

E-helse Regler Veiledning Statistikk DRG



ICD-10 NCSP NCMP NCRP Prosedyre Tilstand

Kodeveiledning 2019

Regler og veiledning for klinisk koding i
spesialisthelsetjenesten

Kolofon

Publikasjonens tittel:

Kodeveiledning 2019 - Regler og veiledning for klinisk koding i spesialisthelsetjenesten

Utgitt:

03/2019

Publikasjonsnummer:

IE-1038

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

kodehjelp@ehelse.no

Postadresse:

Postboks 6737 St. Olavs plass, 0130 OSLO

Besøksadresse:

Verkstedveien 1, 0277 Oslo

Tlf.: 21 49 50 70

www.ehelse.no

Rapporten kan lastes ned på:

www.ehelse.no

Forsideillustrasjon

© Johnér

FORORD

Dette er tiende utgave av samlede regler og veiledning for bruk av de medisinske kodeverkene ICD-10, NCSP, NCMP og NCRP. Første utgave ble utgitt i 2010.


Dokumentet oppdateres hvert år og publiseres i endelig versjon ved slutten av året. Innholdet er normgivende for medisinsk koding som en del av rapportering til Norsk pasientregister (NPR). Kodingsreglene som gis her skal følges og legges til grunn ved revisjoner av medisinsk koding. Både endringer i kodeverkene og reglene ble tidligere publisert på www.kith.no (nå nedlagt), senere flyttet til Helsedirektoratets nettsider og fra 2016 har all publisering skjedd på Direktoratet for e-helse sine [nettsider](#). Direktoratet for e-helse har forvaltningsansvar for de medisinske kodeverkene.



Dokumentet skal også gi lettfattelig opplæring og veiledning i koding. Tilbakemeldinger om både form og innhold er svært velkomne og kan sendes i e-post til kodehjelp@ehelse.no.




Dokumentet kan med fordel leses i elektronisk utgave (PDF) der det er søkbart i fritext ved å trykke Ctrl-F og skrive inn søkeord. Utvidede søkemuligheter får man ved å trykke Shift-Ctrl-F i stedet. Det er utstrakt bruk av klikkbare lenker både internt i dokumentet (markert med tekst i kursiv) og til eksterne nettsider. Man kan også navigere frem og tilbake mellom interne lenker man har fulgt ved å trykke Alt-venstre piltast og Alt-høyre piltast.

OM INNHOLDET

Dokumentet er delt i tre hoveddeler. De første kapitlene inneholder informasjon om og opplæring i koding generelt og en innføring i diagnosekodeverket ICD-10. Deretter følger veiledninger til prosedyrekodeverkene. Til slutt følger tematiske rettleidninger og to kapitler med spesifikke merknader til enkeltkoder og grupper av koder.

 Del 1 *Grunnleggende informasjon* beskriver hva medisinsk koding er og hensikten med det, og gir oversikt over de aktuelle kodeverk. Deretter følger definisjoner av tilstand, hovedtilstand og andre tilstander, som er viktige begreper i medisinsk koding. God kjennskap til informasjonen i del 1 er helt nødvendig for alle som utfører medisinsk koding. Del 1 er også egnet som en første innføring og opplæring i emnet.


 Del 2 *Bruk av de enkelte kodeverk* inneholder mer detaljert informasjon om hvert av de aktuelle kodeverkene. Både oppbygning av og prinsipper for bruk av dem gjennomgås. De aller fleste som koder vil måtte kjenne til mye av innholdet her.



 Del 3 *Spesielle temaområder innen koding* inneholder informasjon om koding innenfor avgrensede områder som hovedsakelig er av interesse for kodere som arbeider innenfor de aktuelle feltene, samt for ressurspersoner som har overordnet ansvar for koding innenfor mange områder. Eksempler på temaer i denne delen er KOLS, cancer og fødsler. De to siste kapitlene inneholder spesifikke merknader til enkeltkoder og grupper av koder for hhv. diagnoser og prosedyrer som man kan slå opp i ved spørsmål om bruk av disse. Før dette kommer et kapittel med en samling mindre kodingstemaer.

For søk etter koder anbefaler vi verktøyet [FinnKode](#), som inneholder alle oppdaterte koder fra diagnose- og prosedyrekodeverkene.

INNHold

FORORD	II
INNHold	IV
NYTT I 2019	1
Del 1: Grunnleggende informasjon	4
1 Hva er medisinsk koding – en introduksjon	5
1.1 Hva menes med medisinsk koding	5
1.2 Koder og kodeverk	6
1.3 Fra sykdom til kode	7
1.4 DRG, ISF og medisinsk koding	9
2 Valg av hovedtilstand og andre tilstander	11
2.1 Begrepet «tilstand»	11
2.2 Definisjon av hovedtilstand og andre tilstander	11
2.3 Eksempler	14
2.4 Valg av hovedtilstand når pasienten overflyttes fra en avdeling til en annen	15
Del 2: Bruk av de enkelte kodeverk	17
3 Introduksjon til ICD-10	19
3.1 Historien bak ICD-10	19
3.2 Oppbygningen av ICD-10	19
4 Viktige begreper og prinsipper og praktisk fremgangsmåte ved koding	25
4.1 Diagnoser, tilstander og koder	25
4.2 Multippel koding	28

INNHold

4.3	Hvordan finne riktig kode	35
5	Generelt om prosedyrekodeverkene	40
5.1	Formål	40
5.2	Alle prosedyrekodene vises fra 2016 som ett kodeverk i FinnKode	40
5.3	Hvordan se hvilket kodeverk koden kommer fra?	41
5.4	Generelle regler	41
5.5	IKA/INA-prosedyrer	41
5.6	Tilleggskoder i kapittel Z	42
5.7	Ønsker om endringer i prosedyrekodeverkene	42
6	Veiledning til NCMP 2019	43
6.1	Innledning	43
6.2	Kodestruktur i NCMP	43
6.3	Hvilke prosedyrer skal og skal ikke kodes	45
6.4	Behandling i gruppe	45
6.5	Spesielle prosedyrekoder	45
6.6	Veiledning til prosedyrekoder for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbruk (TSB) og psykisk helsevern for voksne (kapittel I)	47
6.7	Veiledning til prosedyrekoder for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, inkludert private rehabiliteringsinstitusjoner med avtale (kapittel O)	49
7	Veiledning til NCSP 2019	51
7.1	Innledning	51
7.2	Klassifikasjonens struktur	52
7.3	Kodingsregler	54
8	Veiledning til NCRP 2019	59
8.1	Innledning	59
8.2	Klassifikasjonens struktur	60
8.3	Bruk av kodene i NCRP	62
8.4	Kodingsregler	65

INNHOOLD

8.5	Endringer i NCRP	68
Del 3: SPESIELLE TEMAOMRÅDER INNEN KODING		70
9	Retningslinjer for ICD-10-koding av ondartede svulster og svulster av usikkert malignitetspotensial	74
9.1	Kortfattet oppsummering av kodingsreglene	74
9.2	Innledning	76
9.3	Koding av lokalresidiv, primærsvulst med direkte innvekst i naboorgan eller -strukturer og av svulst med overlappende utbredelse	76
9.4	Koding ved metastaser	78
9.5	Adjuvant behandling, etterundersøkelser og etterbehandling	79
9.6	Koding ved komplikasjoner til kreftsykdommen eller komplikasjoner til behandlingen for kreftsykdommen	81
9.7	Svulster med ukjent eller usikkert malignitetspotensial	81
9.8	Svulster med funksjonell aktivitet	82
9.9	Ondartede svulster utgått fra ektopisk vev	82
9.10	Patologisk fraktur ved cancer	82
10	Retningslinjer for koding av diabetes mellitus og sykdommens komplikasjoner	83
10.1	Diabetes mellitus utenom graviditet	83
10.2	Diabetes mellitus under svangerskap	85
11	Retningslinjer for diagnosekoding ved PCI-behandling av akutt og kronisk koronarsykdom	87
11.1	Faser i utredning og behandling	87
11.2	Diagnosekoding før PCI	87
11.3	Koding under det opphold hvor PCI utføres	89
11.4	Valg av kode for hovedtilstand ved annet sykehus som pasienten overflyttes til etter utført PCI	90

INNHold

12 Retningslinjer for koding ved sepsis	93
12.1 Definisjoner og bakgrunn	93
12.2 Aktuelle koder	94
12.3 Regler for koding	95
12.4 Eksempler	96
12.5 Spesielle pasientgrupper	97
13 Retningslinjer for diagnose- og operasjonskoding ved søvnrelaterte respirasjonsforstyrrelser	103
13.1 Koder ved utredning av søvnrelaterte respirasjonsforstyrrelser uten samtidig operasjon	103
13.2 Snorkeskinne	104
13.3 Koder når operativt inngrep utføres	105
13.4 Diagnosekoding ved rutinemessig kontroll etter behandling	106
14 Retningslinjer for koding av kronisk obstruktiv lungesykdom	107
14.1 Hva er KOLS?	107
14.2 Hva er problemet ved koding av KOLS?	107
14.3 Riktig koding av KOLS med akutt forverrelse	107
15 Koding ved svangerskapskontroll og prenatal diagnostikk	110
15.1 Enkel svangerskapsundersøkelse	110
15.2 Prenatal diagnostikk	111
15.3 Kontakter der det gis helsehjelp for kjent eller mistenkt sykdom eller skade hos fosteret	111
15.4 Kontakter der det gjøres svangerskapskontroll, men der hovedinnholdet i helsehjelpen ikke er selve kontrollen	112
15.5 Aktuelle prosedyrekoder ved svangerskapsundersøkelse og prenatal diagnostikk	112
16 Retningslinjer for koding ved fødsel og kompliserende tilstander til svangerskap, fødsel og barseltid	114

INNHOOLD

16.1	Koding hos mor ved fødsel	114
16.2	Koding hos barn ved fødsel	114
16.3	Koding hos mor ved kompliserende tilstander	115
16.4	Koding ved overflytting til annen avdeling eller institusjon	116
16.5	Andre utvalgte problemstillinger	117
17	Retningslinjer for koding ved svangerskapsavbrudd	119
17.1	Innledning	119
17.2	Aktuelle koder	119
17.3	Oversikt over koding ved ulike typer kontakter	121
17.4	Etter mislykket forsøk på medikamentelt svangerskapsavbrudd	122
18	Retningslinjer for diagnosekoding ved kjønnslemlestelse av kvinner	123
18.1	Ulik koding i ulike situasjoner	123
19	Koding ved ulykker og skader med ioniserende stråling	126
19.1	Koding i forbindelse med akutt eksponering for stråling	126
19.2	Koding når organskomplikasjoner er oppstått etter eksponering for stråling	127
19.3	Senfølger etter stråleskade	128
20	Koding ved flere traumer	129
20.1	Bakgrunn	129
20.2	Eksempler	131
21	Tilstandskoding i fagområdene psykisk helse – voksne (PHV-V) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	132
21.1	Om Blåboka	132
21.2	Regler for tilstandskoding	132
21.3	Utlevering av LAR-legemiddel	133
22	Mindre kodingstemaer	134
22.1	Abdominalt kompartmentsyndrom	134

INNHOOLD

22.2	Akilleseneruptur	134
22.3	Anemi som skyldes svulster eller andre kroniske sykdommer	134
22.4	Avbrutte inngrep	135
22.5	Avkreftet mistanke om sykdom	135
22.6	Avkreftet mistanke om vannavgang	136
22.7	Beintetthetsmåling (DXA/DEXA)	136
22.8	Bruddkontroller	137
22.9	Bærertilstand av multiresistent bakterie, uten påvist sykdom	138
22.10	Dinitrofenol	138
22.11	Endovenøs behandling av åreknuter/varicer	138
22.12	Etterbehandling etter ACB, klaffekirurgi eller innleggelse av pacemaker/ICD	138
22.13	Forberedelse til behandling	139
22.14	Hud – kirurgiske prosedyrer	140
22.15	Koding av poliklinisk lærings- og mestringsaktivitet i sykehusene	141
22.16	Latent tuberkulose	142
22.17	Lystgass	142
22.18	Mutasjoner og forebyggende kirurgi ved risiko for kreftsykdom	143
22.19	Nøytropen feber	143
22.20	Optiflow	144
22.21	Ortopediske proteser	144
22.22	Osteoporotiske brudd	144
22.23	Pacemakerkontroller	144
22.24	Periprotetisk hoftefraktur	145
22.25	Pre- og posteksponeringsprofylakse	145
22.26	Pleuradrenasje	145
22.27	Pleuravæske ved cancer	146
22.28	Poliklinisk utførelse av rutinetester av nyfødte	146
22.29	Profylakse mot rhesusisoimmunisering (Rh-immunisering) i svangerskapet	146
22.30	Radiojodbehandling ved tyreoidesykdom	146
22.31	Sykkelig overvekt	146
22.32	Testing av kvinner for humant papillomavirus (HPV)	147
22.33	Uavklarte diagnoser	148

INNHold

22.34	Xanor	149
23	Spesielle kodingsregler	150
23.1	Kodingsregler i regelverk for Innsatsstyrt finansiering	150
23.2	Fellesbestemmelser om koding, registrering og rapportering	150
23.3	Somatikk	150
23.4	Psykisk helsevern og TSB	151
23.5	Særkoder	151
24	Kapittelspesifikke og kodespesifikke merknader for diagnosekoder	152
25	Kapittelspesifikke og kodespesifikke merknader for prosedyrekoder	168

NYTT I 2019

For 2019 er det i hovedsak gjort følgende endringer:

- Generelt er alle koder som er nevnt oppdatert i henhold til 2019-versjonen av kodeverkene.
- I 6.6 *Veiledning til prosedyrekoder for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbruk (TSB) og psykisk helsevern for voksne (kapittel I)* er det mindre tillegg i teksten i 6.6.1 *Innledning*, side 47 og 6.6.6 *Midlertidig særkode fra 2018*, side 49.
- I 8.2.2 *Bildeveilede intervensjoner* side 60ff er høyfrekvent ultralydbehandling nå spesifikt inkludert under 3. tegn O.
- I 8.3.2 *Registrering av NCRP-koder for utførte prosedyrer*, side 63 er teksten presisert.
- 9.1.6 *Koding ved etterundersøkelser og etterbehandling*, side 75: Opprinnelig primærsvulst skal nå tas med under andre tilstander ved rutinemessige etterundersøkelser.
- 9.6 *Koding ved komplikasjoner til kreftsykdommen eller komplikasjoner til behandlingen for kreftsykdommen*, side 81: Presisering av regler for valg av hovedtilstand.
- 12.5.2 *Kvinner i svangerskap, fødsel eller barseltid*, side 98ff: Presisering av regler for koding ved sepsis under fødsel.
- Kapittel 17 *Retningslinjer for koding ved svangerskapsavbrudd*, side 119ff: Hele kapitlet er omskrevet i tråd med anbefalinger fra Folkehelseinstituttet, som også gjenspeiles i Norsk gynekologisk forenings *Veileder i gynekologi*.
- Det tidligere kapittel 22 om registrering av tilstander i BUP er tatt ut og er nå tilgjengelig i versjon 2.0 som et eget dokument med lenke i [FinnKode](#).
- Kapittel 22 *Mindre kodingstemaer* har følgende endrede eller nye avsnitt:
 - 22.5 *Avkreftet mistanke om sykdom*, side 135: Nytt tema.
 - 22.7 *Beintetthetsmåling (DXA/DEXA)*, side 136: Nytt tema.
 - 22.15 *Koding av poliklinisk lærings- og mestringsaktivitet i sykehusene*, side 141: Nytt tema.
 - 22.21 *Ortopediske proteser*, side 144; Presisering av kodingsregler.
 - 22.25 *Pre- og posteksponeringsprofylakse*, side 145: Nytt tema.

- Kapittel 23 *Spesielle kodingsregler*, side 150ff: Oversikten over hvilke temaer man finner kodingsregler for i ISF-regelverket er oppdatert for 2019.
- Kapittel 24 *Kapittelspesifikke og kodespesifikke merknader for diagnosekoder*, side 152ff har oppdateringer av betydning for følgende koder:
 - *P07.- Tilstander knyttet til kortvarig svangerskap og lav fødselsvekt, ikke klassifisert annet sted* side 161.
 - *Z00-Z99 Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (kapittel XXI)* side 163: Koder fra **Z89** kan også brukes for hovedtilstand.
 - *Z09 Etterundersøkelse etter behandling for andre tilstander enn ondartet svulst* side 164: Presisering og eksempler på bruk av denne kategorien.
 - *Z50.1 Annen fysikalsk behandling* side 165: Presisering av regler for bruk av koden.
 - *Z51.5 Palliativ behandling* 167: Informasjon om sletting av femtegnskode og nye kodingsregler.
- Kapittel 25 *Kapittelspesifikke og kodespesifikke merknader for prosedyrekoder*, side 168ff har oppdateringer av betydning for følgende koder/kategorier/avsnitt:
 - *QxB05 Sårrevisjon* side 170: Presisering av når disse kodene kan brukes.
 - *WBG90 Intravenøs trombololysebehandling* side 170: Ny merknad.

I tillegg til endringene over er det gjort enkelte endringer i mars 2019:

- I 6.6 *Veiledning til prosedyrekoder for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbruk (TSB) og psykisk helsevern for voksne (kapittel I)* er det mindre tillegg i teksten i 6.6.1 *Innledning*, side 47 og 6.6.6 *Midlertidig særkode fra 2018*, side 49.
- I avsnitt 12.5.2 *Kvinner i svangerskap, fødsel eller barseltid*, side 98ff er det gjort endringer i tabellen om sepsiskoding.
- Kapittel 17 *Retningslinjer for koding ved svangerskapsavbrudd*, side 119ff: Enkelte presiseringer.
- Avsnitt 22.5 *Avkreftet mistanke om sykdom*, side 135 er utvidet med presiseringer, siden det kunne oppstå misforståelser sammenholdt med kodespesifikk merknad til *Z03 Medisinsk observasjon og vurdering der mistanke om sykdommer og tilstander blir avkreftet* på side 164.
- Avsnitt 22.6 *Avkreftet mistanke om vannavgang*, side 136 er justert for å stemme overens med reglene i avsnitt 22.5 *Avkreftet mistanke om sykdom*.

Direktoratet for e-helse, 27. mars 2019



DEL 1

DEL 1: GRUNNLEGGENDE INFORMASJON

Del 1 inneholder grunnleggende informasjon om medisinsk koding som alle som har med koding å gjøre må ha kjennskap til. Den er ment som en kortfattet introduksjon og opplæring.

1	Hva er medisinsk koding – en introduksjon	5
1.1	Hva menes med medisinsk koding	5
1.2	Koder og kodeverk	6
1.3	Fra sykdom til kode	7
1.4	DRG, ISF og medisinsk koding	9
2	Valg av hovedtilstand og andre tilstander	11
2.1	Begrepet «tilstand»	11
2.2	Definisjon av hovedtilstand og andre tilstander	11
2.3	Eksempler	14
2.4	Valg av hovedtilstand når pasienten overflyttes fra en avdeling til en annen	15

1 HVA ER MEDISINSK KODING – EN INTRODUKSJON

Dette kapitlet gir en overordnet beskrivelse av hva medisinsk koding er og formålet med det. De viktigste kodeverkene blir nevnt, og hva forholdet mellom en sykdom og en kode er. Til slutt gis en kortfattet oversikt over hvilken rolle medisinsk koding har i forhold til den aktivitetsbaserte finansieringsordningen for spesialisthelsetjenesten.

1.1 Hva menes med medisinsk koding

Ved medisinsk koding beskrives sykdommer eller symptomer med koder som er utviklet for dette formål og samlet i diagnosekodeverk. Tilsvarende beskrives hvilke undersøkelser og behandlinger som utføres med koder fra prosedyrekodeverk.

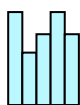
Den store fordelen ved å bruke koder er at man da vet hva man snakker om. Samme sykdom kan ha ulike navn. Setesdalsrykkja og Huntingtons chorea er to helt ulike navn på samme sykdom, men det er bare én kode for sykdommen i ICD-10, **G10**. På samme måte har samme sykdom ulike navn på ulike språk, mens koden fortsatt er den samme om man bruker samme kodeverk. På den annen side kan samme uttrykk ha forskjellig betydning ulike steder. «Brudd i foten» kan for eksempel bety brudd ethvert sted i benet i Troms, mens det er avgrenset til brudd nedenfor ankelen på Østlandet. Koden for bruddet vil imidlertid være forskjellig avhengig av bruddstedet, og kan ikke misforstås.

Medisinsk koding har ulike formål, som beskrives nærmere under. Hvilke regler som er relevante, er avhengig av hvilket formål det kodes for.



1.1.1 Formålet med koding

Det tradisjonelt viktigste formålet med medisinsk koding er epidemiologi, dvs. å få oversikt over forekomsten av ulike sykdommer i befolkningen, og hvordan denne forekomsten varierer med tid og sted. Dette er viktig både for helseovervåkning og forskning. Å bruke koder i stedet for vanlige diagnoser gjør det mulig å behandle informasjon for dette formålet.



Medisinsk koding brukes også i henhold til dødsårsaksstatistikk (mortalitetskoding).

Et tredje bruksområde er anskaffelse av virksomhetsdata som brukes i styring og planlegging. Her skal kodingen gi kortfattet, systematisk informasjon om hva som er funnet og hva som er gjort ved en kontakt med helsevesenet, for eksempel en sykehusinnleggelse eller et poliklinisk besøk. En region, et helseforetak eller en avdeling har bruk for å vite hvor mange pasienter av ulike typer som henvises, undersøkes og behandles i løpet av en tidsperiode. Nasjonale kvalitetsregistre bruker koder når de beskriver aktivitet og forskjeller mellom sykehus.

I Norge brukes sentralt rapporterte virksomhetsdata også som grunnlag for den aktivitetsbaserte finansieringen av spesialisthelsetjenesten. Medisinske koder brukes sammen med andre registreringer når aktiviteten bearbeides for å kunne måles. Dette innebærer blant annet at pasientdataene grupperes ved hjelp av DRG-systemet (se senere avsnitt 1.4 *DRG, ISF og medisinsk koding*). Selv om medisinsk koding indirekte er knyttet til aktivitetsbasert finansiering, er ikke økonomi eller finansiering

formålet med kodingen. At medisinske koder også formidler deler av informasjonen som utgjør grunnlaget for finansieringen, har imidlertid påvirket kodingsreglene i noen grad. Regler på enkelte områder som er utarbeidet med utgangspunkt i nødvendig differensiering av aktiviteten i tråd med finansieringsformål er beskrevet i årets regelverk for Innsatsstyrt finansiering.

1.1.2 Myndighetskrav som gjelder medisinsk koding i spesialisthelsetjenesten

Kontakter med spesialisthelsetjenesten skal registreres og rapporteres med koder i gjeldende medisinske og administrative kodeverk. Det er ved hjelp av disse kodene informasjon om pasientbehandlingen formidles videre til sentrale myndigheter. Dette dokumentet inneholder regler om hvilke kodeverk som skal brukes, og hvordan disse skal brukes. I tillegg redegjøres det for krav om rapportering til Norsk pasientregister (NPR).

Norsk pasientregister har som hovedformål å danne grunnlag for administrasjon, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester, herunder den aktivitetsbaserte finansieringen. I tillegg skal det bidra til medisinsk og helsefaglig forskning, danne grunnlag for etablering og kvalitetssikring av sykdoms- og kvalitetsregistre og bidra til kunnskap som grunnlag for forebygging av ulykker og skader.

Norsk pasientregisterforskrift regulerer innsamling og behandling av helseopplysninger, herunder innhold i registeret. I merknader til § 1-6 spesifiseres det at registeret kun kan inneholde opplysninger som er relevante for den behandling man har fått under den aktuelle kontakten med spesialisthelsetjenesten. Dette betyr også at informasjon om tilstander (for eksempel sykdommer) som ikke har hatt relevans for oppholdet, ikke skal rapporteres.

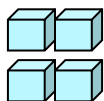
Det forutsettes at kodeverkene brukes korrekt og at reglene følges. Dette gjelder særlig for valg av hovedtilstand og andre tilstander.

1.2 Koder og kodeverk

E03.0

En kode er en sammensetning av tegn, oftest bokstaver og tall, med en tilhørende tekst som angir hva koden beskriver. Et eksempel er **E03.0 Medfødt hypotyreose med diffust struma**, der **E03.0** er koden og «Medfødt hypotyreose med diffust struma» er kodeteksten. Dette er en av kodene i kodeverket ICD-10.

Et kodeverk er en samling av koder med tilhørende tekster, som brukes innenfor et gitt område, for eksempel for sykdommer. Et kodeverk vil ofte samtidig være en klassifikasjon, som er en inndeling av et område i en rekke elementer eller «bokser», der hver boks ikke overlapper med noen annen, og der det er mulig å finne en passende boks for alt som skal klassifiseres.



Ofte har en klassifikasjon også en hierarkisk oppbygning for å være lettere å få oversikt over eller fordi innholdet naturlig har en logisk struktur. For et diagnosekodeverk som samtidig er en klassifikasjon, som bl.a. ICD-10 er, betyr dette at for enhver tenkelig diagnose finnes det én, men ikke flere enn én kode for akkurat denne diagnosen i kodeverket. ICD-10 oppfyller ikke helt dette kravet, i og med at det noen ganger er mulig å finne mer enn én kode for en sykdom. I slike tilfeller må man bruke tilleggsregler for å velge riktig kode.

Diagnosen mycoplasmapneumoni skal for eksempel kodes **J15.7 Pneumoni som skyldes Mycoplasma pneumoniae** i ICD-10, det er ingen andre koder enn denne som passer for akkurat denne diagnosen. Mange ganger må imidlertid én kode dekke mange liknende sykdommer, siden et kodeverk bare kan inneholde et begrenset antall koder, mens det finnes et nesten ubegrenset antall ulike sykdommer. Vanlig akutt

blærekatarr kodes for eksempel med **N30.0 Akutt cystitt** uansett hvilken bakterie som er årsak. Infertilitet hos menn kodes **N46 Infertilitet hos mann** uansett årsak.

Kodeverket ICD-10 brukes i spesialisthelsetjenesten i Norge. Det er forholdsvis innholdsrikt og oftest vil en kode være ganske spesifikk for diagnosen den brukes for. For allmennhelsetjenesten har vi kodeverket ICPC-2, som bare inneholder en brøkdel så mange koder som ICD-10. I ICPC-2 vil for eksempel alle infeksjøs tarminfeksjoner der mikroorganismen er kjent kodes med **D70**. Det at disse to kodeverkene er så ulike i detaljeringsgrad gjenspeiler bl.a. at de brukes for ulike formål.

1.2.1 Vanlige medisinske kodeverk

På vanlige kliniske avdelinger i spesialisthelsetjenesten brukes diagnosekodeverket ICD-10 og prosedyrekodeverkene NCSP, NCMP og NCRP. I tillegg kan informasjon om legemidler kombineres med flere koder i disse tre kodeverkene gjennom ATC-koder.

ICD-10

ICD-10 er den norske utgaven av den engelske originalversjonen *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Denne publiseres og vedlikeholdes av Verdens Helseorganisasjon, WHO.

NCSP

NCSP er den norske utgaven av det opprinnelig felles nordiske kirurgiske prosedyrekodeverket *The NOMESCO Classification of Surgical Procedures*.

NCMP

NCMP, *Norsk klassifikasjon av medisinske prosedyrer*, er et norskutviklet kodeverk for prosedyrer som er aktuelle hovedsakelig for andre fagområder enn de kirurgiske.

NCRP

NCRP, *Norsk klassifikasjon av radiologiske prosedyrer*, er også et norskutviklet kodeverk, for prosedyrer innen bildediagnostikk, bildeveiledet intervensjon og nukleærmedisin.

ATC

ATC-kodeverket (*Anatomisk terapeutisk kjemisk klassifikasjon*) inneholder koder for de aller fleste terapeutiske og diagnostiske substanser. Slike koder finnes bl.a. i Felleskatalogen. ATC vedlikeholdes av et senter som er tilknyttet WHO og lokalisert i Norge.

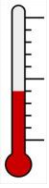
Disse fem kodeverkene er de som i hovedsak brukes for å beskrive virksomheten på kliniske avdelinger i spesialisthelsetjenesten. I denne samlede kodeveiledningen finnes først og fremst utfyllende informasjon om ICD-10, NCSP, NCMP og NCRP. Del 2 av kodeveiledningen gir nærmere introduksjon til alle fire kodeverkene og opplæring i den praktiske bruken av disse.

Mer om ICD-10, NCSP, NCMP og NCRP finnes på nettstedet www.ehelse.no og mer om ATC på www.whooc.no, som inneholder alle internasjonale ATC-koder, ikke bare de som finnes i Felleskatalogen.

1.3 Fra sykdom til kode

Mennesker kommer i kontakt med helsevesenet av mange årsaker. Noen har fått symptomer som hoste, feber eller svimmelhet. Andre kommer for å få vaksine før en reise, for en rutinemessig mammografi eller fordi man ønsker å bli undersøkt fordi andre i familien har en bestemt sykdom som kan være arvelig.

1.3.1 Symptomer, sykdom og koding



En pasient som kommer til undersøkelse kommer oftest ikke med en ferdig diagnose. Pasienten forteller om hva han eller hun merker av symptomer, og det er helsevesenets og legens oppgave å avgjøre om disse symptomene skyldes sykdom, ut fra lærdom, erfaring og videre undersøkelser. Hvis en slik utredning går over flere besøk, er det ofte først ikke mulig å kode noe annet enn symptomene. Først når man finner en sikker eller sannsynlig årsak har man en diagnose som kan kodes. Likevel trenger ikke symptomer skyldes sykdom. For eksempel kan slitenhet og søvnproblemer være helt normale reaksjoner på belastninger i livet.

I tillegg til dette, som er diagnosekoding, beskrives hva som gjøres av undersøkelser og gis av behandling ved hjelp av prosedyrekoder.

1.3.2 Hovedprinsippet ved koding

Kodingen skal gi så presis informasjon som mulig, og så mye informasjon som nødvendig for formålet, men ikke mer.

Med dette menes for det første at man ikke skal velge den første og beste koden man finner, men legge vekt på å finne den koden som gir den mest presise beskrivelsen av tilstanden (sykdommen/symptomet) eller prosedyren (undersøkelsen/behandlingen) som skal kodes.

Hvor mye som skal kodes fra et opphold er i prinsippet uavhengig av typen helsehjelp som gis (innleggelse, poliklinisk behandling, dagbehandling m.m.).

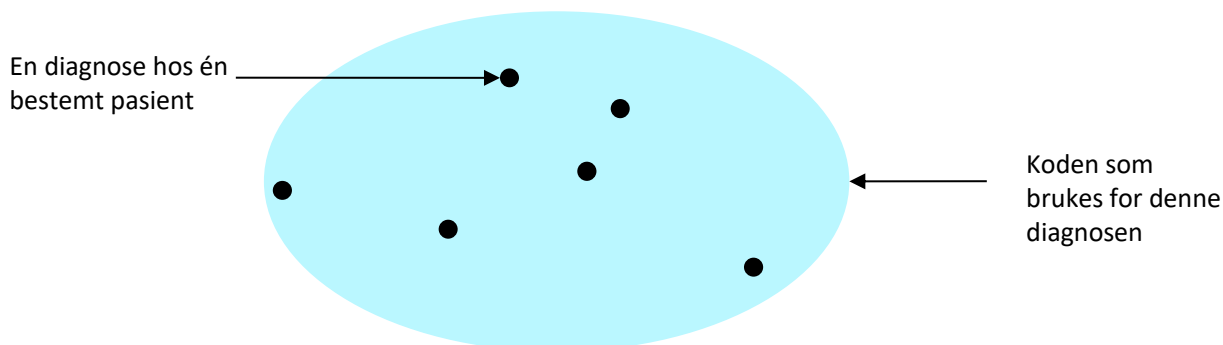
Det er bare det som er relevant for den aktuelle episoden som skal kodes. Tilstander og prosedyrer som ikke bidrar til å fortelle noe vesentlig mer om det reelle innholdet i den aktuelle episoden skal ikke kodes. I veiledningen til hvert kodeverk er det også regler for hva som skal og ikke skal kodes.

1.3.3 Tap av informasjon

Koding av informasjon vil ofte gi noe tap av presisjon sammenliknet med tekstlig beskrivelse. En diagnose kan være beskrevet presist med medisinsk terminologi, for eksempel «fem dager gammelt lakunært høyresidig hjerneinfarkt». I ICD-10 vil koden for dette bli **I63.5**, som har standard kodetekst *Hjerneinfarkt forårsaket av uspesifisert okklusjon eller stenose i hjernearterier.*

Hvis vi visste om infarktets skyldtes emboli eller trombose kunne vi valgt en kode som spesifiserte dette, men lokalisasjonen (høyresidig lakunært) og varigheten lar seg likevel ikke spesifisere ved koding. Koden alene gir mindre informasjon enn den tekstlige diagnosen.

Når vi koder går vi altså fra ett konkret tilfelle til en gruppe av liknende tilfeller som klassifiseres på samme måte:



En kode har en tilhørende standardtekst, som dekker alle mulige diagnoser koden skal brukes for. Den er egentlig bare en hjelp til å lete frem riktig kode. I en epikrise bør ikke denne standardteksten brukes, men erstattes med den kliniske diagnoseteksten.

1.4 DRG, ISF og medisinsk koding



Finansieringen av de regionale helseforetakene er i hovedsak todelt og består av en basisbevilgning og en aktivitetsbasert bevilgning, *innsatsstyrt finansiering (ISF)*. Den prosentvise andelen aktivitetsbasert bevilgning utgjør er politisk bestemt og kan variere.

Innsatsstyrt finansiering skal sammen med øvrige finansieringsordninger understøtte de regionale helseforetakenes «sørge for»-ansvar og bidra til at fastsatte aktivitetsmål nås på en mest mulig effektiv måte.

Størrelsen på basisbevilgningen bestemmes bl.a. av antall innbyggere i en region og deres alderssammensetning, og er uavhengig av produksjon av helsetjenester.

Den aktivitetsbaserte bevilgningen er avhengig av hva slags pasienter som behandles, hvilken type helsehjelp disse mottar og hvor mange som får behandling.

Både pasientens tilstand og hvordan den er behandlet, påvirker refusjonen. Gjennom ISF vil mer ressurskrevende behandlingsaktivitet gi høyere refusjon enn mindre ressurskrevende behandling. Kategoriseringen gjøres gjennom et DRG-system (system av Diagnose-Relaterte Grupper) basert på medisinsk og administrativ informasjon som sykehusene rutinemessig registrerer, der et opphold basert på denne informasjonen grupperes til en DRG som har en bestemt kostnadsvekt knyttet til seg. Medisinsk koding utgjør en del av denne informasjonen.

ISF-refusjon utbetales fra staten til regionale helseforetak. Rammetilskudd og ISF-ordningen utgjør den samlede økonomiske rammen Stortinget stiller til disposisjon for å ivareta «sørge for»-ansvaret. Denne kan brukes til å tilpasse godtgjørelsen av helseforetak og private institusjoner til virksomhetenes faktiske kostnadsnivå og i tråd med ønskede prioriteringer i regionen. En må være oppmerksom på at ISF-ordningen ikke er et system for treffsikker finansiering av enkeltpasienter eller enkeltavdelinger.

All pasientbehandling relatert til ISF skjer på oppdrag fra et regionalt helseforetak. Det er alltid regionale helseforetak som mottar ISF-refusjon, uansett hvor selve behandlingen foregår (offentlig eller privat).

Regelverket for ISF-ordningen skal ikke være styrende for de prioriteringer som gjøres med hensyn til hvilke pasienter som tilbys helsehjelp og hvilken type helsehjelp som velges. Å prioritere pasienter etter forventet ISF-refusjon er i strid med regelverket.

Reglene for medisinsk koding i dette dokumentet har som hensikt å fremme mest mulig korrekt og enhetlig kodingspraksis. De er hovedsakelig utarbeidet i tråd med internasjonale retningslinjer i ICD-10 og nasjonale kodingsfaglige anbefalinger. Spesielle unntak fra disse reglene som skyldes bruk av aktivitetsbasert finansiering er samlet i årets regelverk for Innsatsstyrt finansiering. At det finnes enkelte kodingsregler som har sitt opphav i bruk av aktivitetsbasert finansiering betyr ikke at medisinsk koding er noe som primært er ment for finansieringsformål.

Medisinsk koding er innført lenge før innsatsstyrt finansiering, og vil bli brukt uansett hvordan helsetjenesten finansieres. Den kodede informasjonen om pasientbehandlingen utgjør et varig informasjonsgrunnlag. Kvaliteten av denne informasjonen bestemmes av kvaliteten av den medisinske kodingen.

Mer informasjon om ISF og DRG-systemet finnes på <https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger>

2 VALG AV HOVEDTILSTAND OG ANDRE TILSTANDER

I dette kapitlet definerer vi først begrepet «tilstand» og deretter hovedtilstand og andre tilstander og gir rettleiding for hvordan disse skal velges. Hovedtilstanden er den viktigste opplysningen om pasienten fra et opphold, og at den velges riktig er avgjørende for kvaliteten av sentrale helseregistre.

2.1 Begrepet «tilstand»

Dette begrepet brukes ofte når vi snakker om koding, og vi må se nærmere på hva det betyr, ettersom det ikke er selvforklarende. En måte å definere det på er å lage en liste over hva en tilstand kan omfatte.

Det enkleste eksemplet på en tilstand er en bestemt sykdom, en skade, eller et symptom pasienten har.

En annen type tilstand er en fysiologisk tilstand man er i, som graviditet. At man har født under oppholdet eller er blitt født finnes det også koder for.

En tredje type tilstand er andre årsaker til kontakt med helsevesenet, når det ikke er på grunn av aktuell sykdom/skade eller symptomer. Slike kontaktårsaker kan være:

- Vaksinasjon
- Helseattest
- Rutinemessige helsekontroller eller screeningundersøkelser
- Etterundersøkelse eller etterbehandling etter tilbakelagt sykdom
- Utelukke mulig sykdom, for eksempel etter å ha vært utsatt for smitte eller på grunn av familiær risiko, egen tidligere sykdom eller mistanke av annen grunn

2.1.1 Ikke alle tilstander en pasient har skal kodes

Flere tilstander kan bli behandlet eller på annen måte ha betydning for én kontakt (innleggelse eller konsultasjon) med spesialisthelsetjenesten.

Før man begynner å kode, skal det bestemmes hvilke tilstander som er relevante og hvilke tilstander som ikke skal tas med. Én tilstand velges som hovedtilstand, etter reglene som er beskrevet under.

For at en tilstand skal tas med skal det fremgå av den skriftlige journaldokumentasjonen at tilstanden er behandlet, undersøkt, vurdert eller har hatt betydning for den øvrige behandling.

2.2 Definisjon av hovedtilstand og andre tilstander

Følgende definisjoner ligger til grunn:

Hovedtilstanden er den tilstanden som helsehjelpen hovedsakelig er gitt for under oppholdet eller konsultasjonen, bedømt ved slutten av oppholdet eller konsultasjonen. Hvis mer enn én tilstand kan være aktuell, velges den som har krevd mest behandlingsressurser medisinsk sett.

Andre tilstander er tilstander som eksisterer samtidig med hovedtilstanden eller som oppstår i løpet av behandlingsperioden, og som blir gjenstand for undersøkelse og behandling, som det må tas hensyn til eller som får konsekvenser for behandlingen av pasienten.

Les også neste avsnitt for viktige presiseringer.

2.2.1 Kommentarer til definisjonene

Ordbruk

Definisjonene avviker noe i ordlyd fra den direkte oversettelsen av WHO's definisjoner i originalutgaven. Dette er gjort med hensikt, for å redusere muligheten for ulike tolkninger av definisjonene. Den gjeldende definisjonen fokuserer på tilstander som er det er gitt helsehjelp for under oppholdet. Dette skiller seg fra den originale definisjonen av hovedtilstand, som bl.a. bruker ordet *årsak*. Hensikten er å unngå feilaktige tolkninger, som at det bare er innleggelsesårsaken som kan være hovedtilstand eller at man skal velge den bakenforliggende årsaken i en årsakskjede.

Vi bruker også begrepet *helsehjelp* i stedet for *undersøkelse og behandling*, som ble brukt i den gamle definisjonen. Dette er endret fordi det ikke alltid gis behandling eller foretas undersøkelser ved en kontakt med helsetjenesten, for eksempel når kontakten kun omfatter rådgivning eller undervisning. Begrepet helsehjelp omfatter all slik aktivitet.

Ressursbruk

Ressursbruk er aldri det primære kriteriet for valg av hovedtilstand. Som oftest vil det ikke være tvil om hvilken tilstand man skal velge; kort sagt er det den tilstanden man har arbeidet mest med under oppholdet. Det er kun når det foreligger rimelig grunnlag for tvil om hvilken av flere tilstander som har krevd mest helsehjelp at man må vurdere ressursbruk som kriterium for å velge hovedtilstand. Med ressurser i denne sammenheng menes både tid, menneskelige og materielle ressurser.

Symptomer og bakenforliggende tilstand

Symptomer som er forventede følger av en annen tilstand skal som regel ikke tas med som egne tilstander, for eksempel feber ved infeksjoner. Dette er en generell kodingsregel i ICD-10. Unntaket er om symptomet er et viktig problem i seg selv, som for eksempel urinretensjon ved prostatacancer og behandlingstrengende blodtap fra coloncancer. Behandlingstrengende dehydrering ved gastroenteritt er et annet eksempel. En lettere grad av dehydrering er svært vanlig og skal ikke kodes, men om man må innlegges for rehydrering er det så betydningsfullt at det tas med som egen tilstand.

Det er også en glidende overgang mellom et rent symptom og en selvstendig tilstand. Her må man bruke medisinsk skjønn og vurdere bl.a. alvorlighet, reversibilitet og hvor sterk årsakssammenhengen er.

Akutt hjertesvikt utløst av et infarkt har en sterk årsakssammenheng og er en viktig behandlingstrengende manifestasjon, men det er også en forventet følge av et større infarkt og kan være raskt reversibelt. Det må sees på som et symptom eller en manifestasjon av infarkt. Kronisk hjertesvikt vil derimot gi diverse forandringer både i hjertet og i kroppen (remodellering av myokard, hormonelle og elektrolyttforandringer m.m.). Disse forandringene kan i stor grad være reversible,

men ikke alltid fullstendig, og uansett ikke over kort tid. Kronisk hjertesvikt er derfor en egen tilstand og ikke et rent symptom.

Hvorvidt symptomer og manifestasjoner fra en kjent bakenforliggende tilstand skal kodes som hovedtilstand eller andre tilstander har lenge vært et diskusjonstema. Det ideelle ville være om kodingen kunne fortelle både hva som konkret krevde mest helsehjelp under episoden og hva som evt. var bakenforliggende sykdom. Dette krever imidlertid bruk av multippel koding på en eller annen måte. Siden støtten for multippel koding i de pasientadministrative systemene dessverre fortsatt er svært mangelfull med unntak for sverd/stjernekombinasjoner, har vi fra 2016 bestemt oss for at vi foreløpig koder etter følgende regel:

Når den tilstanden som har krevd mest helsehjelp er et symptom på eller en manifestasjon av en bakenforliggende tilstand, og det også er gitt helsehjelp for den bakenforliggende tilstanden, skal bakenforliggende tilstand velges som hovedtilstand. I alle andre tilfeller velges tilstanden som har krevd mest helsehjelp.

Eventuelle unntak for ISF-formål eller andre spesielle formål kan overstyre denne regelen.

Følgende eksempler illustrerer dette:

1. En pasient innlegges med urinretensjon. Under oppholdet diagnostiseres prostatahyperplasi som årsak til retensjonen. Pasienten sendes hjem med kateter, og videre utredning og behandling planlegges. I dette tilfellet er det gitt helsehjelp for bakenforliggende tilstand (den er diagnostisert og skal følges opp), og prostatahyperplasi velges derfor som hovedtilstand, med urinretensjon som annen tilstand.
2. En pasient med kjent prostatahyperplasi legges inn med tett urinkateter og urinretensjon. Det byttes kateter, men det gjøres ingen ting med prostatahyperplasien. I dette tilfellet er det ikke gitt helsehjelp for bakenforliggende tilstand og urinretensjon/kateterobstruksjon velges som hovedtilstand, med prostatahyperplasi som annen tilstand.

Andre eksempler på dette kan du finne i avsnitt 9.6 *Koding ved komplikasjoner til kreftsykdommen eller komplikasjoner til behandlingen for kreftsykdommen*, side 81.

Kjente tilstander

Når en tilstand er kjent fra før og man bare opprettholder vanlig behandling uten å vurdere eller gjøre nye undersøkelser av tilstanden, skal den i utgangspunktet ikke velges som hovedtilstand. En slik tilstand skal også bare tas med under andre tilstander dersom den har vært av betydning for helsehjelpen som er gitt under oppholdet.

Dokumentasjonskrav

Det skal fremgå av den skriftlige journaldokumentasjonen at alle tilstander som er tatt med har hatt en reell betydning under oppholdet. Det generelle prinsippet er at kodingen skal gi så presis informasjon som mulig, og så mye informasjon som nødvendig for formålet, men ikke mer. Definisjonen for valg av andre tilstander er en konsekvens av dette. Det er en umulig oppgave å i utgangspunktet vite sikkert hvilke tilstander som vil ha betydning for andre tilstander under ett opphold. Dette må bli en skjønnsmessig vurdering, og denne vurderingen må være dokumentert i journalen.

Kravet om god dokumentasjon i journal er også hjemlet i Helsepersonellovens § 40, som bl.a. sier at journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, og at den skal være lett å forstå for annet kvalifisert

helsepersonell. Journalforskriftens § 8 med kommentarer beskriver dette nærmere, og understreker journalens juridiske betydning, bl.a. ved spørsmål om feilbehandling. Den naturlige følgen av dette er at man må dokumentere godt både hva som gjøres under et opphold, og bakgrunnen for det.

Endring av koding eller valgte tilstander i ettertid

I noen tilfeller trenger man i ettertid å endre tilstander eller koder for disse for et opphold. Dette kan skyldes at man får ny informasjon som har relevans for hovedtilstanden eller at det oppdages feil i kodingen. Dersom hverken det faglige innholdet eller hovedtilstanden endres, trenger man ikke sende ut ny epikrise. Hvis man derimot endrer hovedtilstanden, skal dette dokumenteres med journalnotat, og man må vurdere om ny epikrise skal sendes ut. Hovedtilstanden blir endret hvis man eksempelvis konkluderer med at denne var pneumoni i stedet for (tidligere valgt) angina pectoris. Hovedtilstanden er ikke endret hvis man bare har endret kode for samme tilstand. Et eksempel på det siste er at man endrer kode for pneumokokkpneumoni fra **J15.9 Uspesifisert bakteriell pneumoni (feil)** til **J13 Pneumoni som skyldes Streptococcus pneumoniae** (korrekt).

Tilleggsregler

Hovedreglene i ICD-10 for valg av hovedtilstand og andre tilstander kan i enkelte tilfeller bli overstyrt av andre regler gitt av Direktoratet for e-helse eller Helsedirektoratet. Disse er nærmere beskrevet i *Del 3 Spesielle temaområder innen koding*.

2.3 Eksempler

2.3.1 Eksempel 1

En kvinne innlegges for nyrebekkenbetennelse med flankesmerter og høy feber og behandles i 3 dager med intravenøs antibiotika.

Hovedtilstanden er nyrebekkenbetennelse. Flankesmerter og høy feber er vanlige symptomer på dette og tas ikke med som andre tilstander.

2.3.2 Eksempel 2

En mann innlegges og behandles for lungebetennelse. Under oppholdet sparker han borti en skarp kant og får et mindre sår på leggen som sys i lokalbedøvelse.

Her er det åpenbart at helsehjelpen under oppholdet hovedsakelig er gitt for lungebetennelse, og det blir hovedtilstand. Sår på leggen settes under andre tilstander.

2.3.3 Eksempel 3

En eldre pasient innlegges og opereres for akutt blindtarmbetennelse. I forbindelse med intubasjon aspirerer hun ventrikelinnhold og må respiratorbehandles i fire døgn pga. aspirasjonspneumoni.

Her er det ikke umiddelbart klart hvilken tilstand helsehjelpen under oppholdet hovedsakelig er gitt for. Vi må da vurdere hvilken av dem som har krevd mest ressurser. Blindtarmbetennelsen har medført operasjon der en rekke personer har vært involvert samt noen dagers pleie i ettertid. Aspirasjonspneumonien har medført fire dagers intensivopphold med respiratorbehandling, røntgenundersøkelser og antibiotikabehandling samt flere dagers pleie i ettertid. Ut fra dette er det neppe noen tvil om at aspirasjonspneumonien har vært den mest ressurskrevende på flere måter, og skal settes som hovedtilstand og akutt blindtarmbetennelse som annen tilstand.

2.3.4 Eksempel 4

En eldre, overvektig mann med tablettbehandlet diabetes type 2 og atrieflimmer innlegges pga. neseblødning som ikke vil stoppe. Han har en INR på 5,5. Neseblødningen behandles med tamponering over natten. Marevan nulles og vurderes videre ved kontroll etter ett døgn.

Hovedtilstanden er her komplikasjon til Marevanbehandling i form av neseblødning. Atrieflimmer tas med under andre tilstander, siden antikoagulasjonen av denne endres. Det ble ikke gitt noen helsehjelp for hverken overvekt eller diabetes under oppholdet utenom at diabetesmedisiner ble gitt som vanlig og blodsukker kontrollert. Ingen av disse to tilstandene skal derfor tas med.

2.4 Valg av hovedtilstand når pasienten overflyttes fra en avdeling til en annen

Når pasienten overflyttes fra en avdeling til en annen for etterbehandling etter den behandlingen som er gitt på den første avdelingen, uavhengig om avdelingene hører til samme sykehus eller ikke, skal valg av hovedtilstand gjøres etter den vanlige regelen:

Hovedtilstanden er det som helsehjelpen hovedsakelig er rettet mot.

Det innebærer at om man ved avdeling 1 har behandlet en tilstand, og helsehjelpen ved avdeling 2 fortsatt gis for selve denne tilstanden, skal den være hovedtilstand også her.

Hvis helsehjelpen ikke er rettet mot selve tilstanden, men er f.eks. etterbehandling, må noe annet velges som hovedtilstand.

Eksempler på det første kan være ukomplisert akutt hjerteinfarkt eller kreft. Her vil skaden i hjertet fortsatt være til stede og bli behandlet ved avdeling 2. Kreftsykdom vil heller ikke regnes som helbredet rett etter primærbehandlingen, og i begge disse tilfellene er det aktuelt å bruke samme sykdom som hovedtilstand også etter overflytting.

Hvis en sykdom derimot ikke lenger er til stede etter behandling ved den første avdelingen, som ved artrose behandlet med leddprotese, eller det var en akutt sykdom som et brudd eller en blødning der primærbehandlingen ble avsluttet ved den første avdelingen, vil hovedtilstanden oftest være en type etterbehandling. Da skal i utgangspunktet koder fra en av de følgende kategoriene skal velges:

Z42.- Etterbehandling som omfatter plastisk kirurgi

Z43.- Ettersyn av kunstige åpninger

Z44.- Tilpasning og justering av utvendig protese

Z45.- Justering og kontroll av implantert hjelpemiddel

Z46.- Tilpasning og justering av andre hjelpemidler

Z47.- Annen ortopedisk etterbehandling

Z48.- Annen etterbehandling etter kirurgi (bl.a. ettersyn av operasjonsbandasjer og suturer)

Z50.- Rehabiliteringstiltak

Z51.5 Palliativ behandling

Helsedirektoratet har gitt egne regler for bruk av kategoriene **Z50** og **Z51** i regelverk for Innsatsstyrt finansiering.

Dersom ingen av disse kategoriene er beskrivende nok benyttes en kode fra **Z09.- Etterundersøkelse for andre tilstander enn ondartet svulst.**

Som annen tilstand skal det pasienten er behandlet for på avdeling nr. 1 oppgis.



DEL 2

DEL 2: BRUK AV DE ENKELTE KODEVERK

Del 2 inneholder noe mer detaljert informasjon om oppbygning og prinsipper for bruk av hvert av de aktuelle kodeverkene. Spesielt er de to kapitlene om ICD-10 svært viktige å ha gjennomgått for alle kodere. NCMP brukes også på de fleste avdelinger, selv om noen fagområder kun benytter et begrenset utvalg av dette. Veiledningene for NCSP og NCRP er av størst betydning for de kirurgiske spesialiteter og radiologi, men en del koder i NCSP og NCRP brukes også ved andre avdelinger.

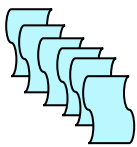
3	Introduksjon til ICD-10	19
3.1	Historien bak ICD-10	19
3.2	Oppbygningen av ICD-10	19
4	Viktige begreper og prinsipper og praktisk fremgangsmåte ved koding	25
4.1	Diagnoser, tilstander og koder	25
4.2	Multippel koding	28
4.3	Hvordan finne riktig kode	35
5	Generelt om prosedyrekodeverkene	40
5.1	Formål	40
5.2	Alle prosedyrekodene vises fra 2016 som ett kodeverk i FinnKode	40
5.3	Hvordan se hvilket kodeverk koden kommer fra?	41
5.4	Generelle regler	41
5.5	IKA/INA-prosedyrer	41
5.6	Tilleggskoder i kapittel Z	42
5.7	Ønsker om endringer i prosedyrekodeverkene	42
6	Veiledning til NCMP 2019	43
6.1	Innledning	43
6.2	Kodestruktur i NCMP	43
6.3	Hvilke prosedyrer skal og skal ikke kodes	45
6.4	Behandling i gruppe	45
6.5	Spesielle prosedyrekoder	45
6.6	Veiledning til prosedyrekoder for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbruk (TSB) og psykisk helsevern for voksne (kapittel I)	47
6.7	Veiledning til prosedyrekoder for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, inkludert private rehabiliteringsinstitusjoner med avtale (kapittel O)	49

7	Veiledning til NCSP 2019	51
7.1	Innledning	51
7.2	Klassifikasjonens struktur	52
7.3	Kodingsregler	54
8	Veiledning til NCRP 2019	59
8.1	Innledning	59
8.2	Klassifikasjonens struktur	60
8.3	Bruk av kodene i NCRP	62
8.4	Kodingsregler	65
8.5	Endringer i NCRP	68

3 INTRODUKSJON TIL ICD-10

Dette kapitlet gir en enkel oversikt over oppbygningen av ICD-10, fra hvordan en enkelt kode er oppbygd til inndelingen i kapitler. Neste kapittel beskriver så hvordan kodeverket brukes i praksis.

3.1 Historien bak ICD-10



ICD, som nå er i sin tiende revisjon, begynte som en liste over dødsårsaker som ble vedtatt av det Internasjonale Statistiske Institutt i 1893, da under navnet *The Bertillon Classification of Causes of Death*. Først i sjette revisjon, i 1948, ble kodeverket vedtatt brukt for koding av både sykdommer, skader og dødsårsaker. Fremdeles skiller bruken av kodeverket seg noe for koding av dødsårsak (mortalitetskoding) og sykdommer (morbiditetskoding), i det kodingsreglene er ulike for de to formålene. Tiende, og hittil siste revisjon, ble vedtatt av WHO i 1990. I Norge ble denne versjonen tatt i bruk først av Kreftregisteret i 1994, deretter for andre formål og endelig i somatiske sykehus i 1999.

3.2 Oppbygningen av ICD-10

Det er flere måter å se på oppbygningen av ICD-10 på. Vi kan bl.a. se på hvordan kodene ser ut, hvordan kodeverket er inndelt i kapitler og hvordan kapitlene igjen er inndelt.

3.2.1 Den originale bokutgaven

Den originale bokutgaven består av tre bind. Bind 1 inneholder først og fremst alle koder med kodetekster, og er den viktigste for oppslag ved koding.

Bind 2 er en instruksjonsbok for bruk av kodeverket, som beskriver oppbygningen av det, konvensjoner og definisjoner som brukes i det, kommentarer til en del koder/kapitler og fremgangsmåten ved henholdsvis mortalitetskoding og morbiditetskoding.

Bind 3 er en hierarkisk oppbygd alfabetisk indeks, der man skal kunne slå opp riktig kode for en diagnose. Riktig bruk av dette krever imidlertid omfattende opplæring og trening.

Den norske oversettelsen består bare av ett bind, som omfatter det meste av bind 1, tidligere en meget redusert versjon av bind 2 som nå er tatt inn i dette dokumentet, og alfabetisk indeks. Opprinnelig alfabetisk indeks er imidlertid ikke blitt oppdatert på flere år, er vanskelig å finne frem i og kan lett kan forårsake feilkoding. Den er fra 2011 derfor erstattet med en forenklet norsk indeks. Det elektroniske søkeverktøyet [FinnKode](#) inneholder for øvrig langt flere søkeord og synonymer.

3.2.2 Oppbygningen av en kode



Byggesteinene i ICD-10 er enkeltkoder på tre tegn, først en bokstav fra A til Z, deretter to sifre fra 0 til 9. Når man sammenlikner koder for statistiske formål internasjonalt brukes bare disse tretegnscodene. I Norge brukes for noen få koder en bokstav i stedet for et siffer som tredje tegn, disse kodene er sammenslåinger av flere koder i originalutgaven.

De fleste koder er imidlertid underinndelt med et fjerde siffer etter et punktum, og da er det ved vanlig bruk obligatorisk å bruke alle fire tegn.

Enkelte koder kan underinndeles med ytterligere et femte tegn. I mange tilfeller er det valgfritt om man vil bruke det femte tegnet, dette vil være angitt.

Eksempel: K40.11 Dobbeltsidig lyskebrokk med gangren, residivbrokk

K40			Lyskebrokk	«Grunnkoden» på 3 tegn
	1		Dobbeltsidig med gangren	Fjerde tegn, som da er obligatorisk å bruke
		1	Residivbrokk	Femte tegn, i dette tilfelle frivillig å bruke

Ved registrering i datasystemer brukes stort sett ikke punktum i kodene.

3.2.3 Grupper av koder

D50-D53

Koder som har en del til felles, samles i hver sine grupper. Disse gruppene kalles *kategoriblokker*. Noen eksempler er *D50-D53 Mangelanemier*, der blokken omfatter alle koder fra **D50** til **D53**, som har det til felles at de brukes for ulike typer mangelanemier, *E10-E14 Diabetes mellitus*, som inneholder koder for ulike typer diabetes mellitus, *H43-H45 Sykdommer i glasslegeme og øyeeple*, *J40-J47 Kroniske sykdommer i nedre luftveier* og *N17-N19 Nyresvikt*. Denne grupperingen gjør det lettere å vite hvor man skal lete etter riktig kode for en tilstand. I tillegg finnes det ofte merknader i begynnelsen av en slik blokk, som kan gi viktig tilleggsinformasjon om hvordan kodene i blokken skal eller ikke skal brukes.

3.2.4 Kapittelinnndeling

ICD-10 er delt inn i 22 kapitler, nummerert med romertall. Kapitteloverskriften angir hva det finnes koder for i kapitlet. Tilsvarende som for kategoriblokkene er det i begynnelsen av hvert kapittel viktige merknader for kapitlet som helhet. Listen over kapitler ser slik ut:

I-XXII

I - Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer (A00-B99)

II - Svulster (C00-D48)

III - Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet (D50-D89)

IV - Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser (E00-E90)

V - Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (F00-F99)

VI - Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)

VII - Sykdommer i øyet og øyets omgivelser (H00-H59)

VIII - Sykdommer i øre og ørebensknute (H60-H95)

IX - Sykdommer i sirkulasjonssystemet (I00-I99)

X - Sykdommer i åndedrettssystemet (J00-J99)

XI - Sykdommer i fordøyelsessystemet (K00-K93)

XII - Sykdommer i hud og underhud (L00-L99)

XIII - Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev (M00-M99)

XIV - Sykdommer i urin- og kjønnsorganer (N00-N99)

XV - Svangerskap, fødsel og barseltid (O00-O99)

XVI - Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden (P00-P99)

XVII - Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik (Q00-Q99)

XVIII - Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted (R00-R99)

XIX - Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker (S00-T98)

XX - Ytre årsaker til sykdommer, skader og dødsfall (V0n-Y98)

XXI Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)

XXII Koder for spesielle formål (U00-U99)

Her ser vi at i de fleste kapitlene begynner alle koder med samme bokstav, men bokstaven H går over to kapitler, VII og VIII, og kapitlene I, II, XIX og XX inneholder mer enn én bokstav. Kapittelinnvidlingen er viktig, mens bokstavinnvidlingen er mer vilkårlig. Likevel er det nok første bokstav i koden som gjør det lettest å huske innen hvilket område koden brukes, fremfor hvilket kapittel den står i.

Flere kapitler inneholder koder for ett bestemt organsystem, spesielt VI – XIV (koder fra G til N), men to kapitler inneholder i stedet koder spesifikke for visse livssituasjoner (XV og XVI, O-koder og P-koder). Koder for skader og ytre årsaker til sykdom og skader er plassert i egne kapitler, XIX (S- og T-koder) og XX (koder fra V til Y), og symptomer eller funn som ikke er sykdommer i seg selv har koder i kapittel XVIII (R-koder). Kapittel XXI (Z-koder) er kanskje det mest spesielle, ettersom det inneholder koder for årsaker til kontakt med helsetjenesten og for andre tilleggsopplysninger (tidligere sykdommer, familiære sykdommer m.m.).

Kapittelinnvidlingen kan til å begynne med virke usystematisk og vilkårlig. Den har sitt opphav i de tidligste utgavene av klassifikasjonen, der man skilte mellom følgende hovedgrupper:

- epidemiske sykdommer
- konstitusjonelle (generelle) sykdommer (som påvirker større deler av kroppen i stedet for bare ett organ)
- lokaliserte sykdommer ordnet etter anatomisk lokalisasjon
- utviklingsforstyrrelser
- lidelser som direkte skyldes skader/vold

Kapitlene I-IV, VI-XIV, XVII og XIX-XX følger omtrent denne inndelingen. Kapittel I dekker epidemiske sykdommer, II-IV omfatter konstitusjonelle sykdommer som kan ha ulik lokalisasjon, VI-XIV inneholder kodene for lokaliserte sykdommer («organkapitlene»), XVII er utviklingsforstyrrelser og XIX-XX brukes for å kode skader. Helt frem til i dag har denne inndelingen vist seg å være mer hensiktsmessig enn andre mulige inndelinger for generelle epidemiologiske formål og for evaluering av helsetjenester. Kapittel V Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser mangler for øvrig i listen over. Disse hadde ingen fremtredende plass i de tidligste versjoner av klassifikasjonen. Som en kuriositet kan vi nevne at i første revisjon fra år 1900 fantes det bare to koder for dette feltet, *85 General paralysis of insane* og *86 Insanity (not puerperal)*! I resten av dette kapitlet skal vi si litt om hvert av kapitlene i ICD-10.

3.2.5 ICD-10 kapittel for kapittel

I - Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer (A00-B99)

Her finnes koder for mange infeksjoner. Imidlertid finnes det også koder for infeksjoner i kapitlene for de spesifikke organsystemene. For eksempel finnes koder for influensa, pneumoni og bronkitt i kapittel X (J-koder, for luftveissykdommer) og for urinveisinfeksjon i kapittel XIV (N-koder, sykdommer i urinveier og kjønnsorganer). Kodene for virushepatitt finnes likevel i kapittel I (A- og B-koder, visse infeksjose sykdommer), selv om denne infeksjonen er lokalisert til ett bestemt organ, noe som er litt forvirrende.



En hovedregel er at i kapittel I finnes koder for infeksjoner som kan skape epidemier (for eksempel tarminfeksjoner og tuberkulose), for infeksjoner som tradisjonelt regnes som spesielt farlige for folkehelsen eller må overvåkes spesielt (for eksempel miltbrann, listeriose, stivkrampe, rabies, kjønnsykdommer, virushepatitt, HIV og malaria), for de vanlige infeksiøse barnesykdømmene og for infeksjoner som kan opptre i mange ulike lokalisasjoner eller ikke har noen fast lokalisasjon (for eksempel erysipelas, gassgangren, sepsis). Til tross for denne tommelfingerregelen, finnes koder for en av de viktigste epidemiske sykdommene og en av de som er gjenstand for mest overvåkning, influensa, i kapittel X.

For de infeksjonene som kan opptre ulike steder finnes det ofte en generell kode for infeksjonen i kapittel I, og kode for infeksjon i spesifikt organ i andre kapitler. Disse kodene skal så brukes sammen, og er et eksempel på at man noen ganger bruker to eller flere koder for å beskrive sykdom så nøyaktig som mulig.

På slutten av kapitlet har vi noen koder for å spesifisere hvilke bakterier eller virus som er årsak til en infeksjon, disse kan brukes som tilleggskoder til koden for selve infeksjonen.

II - Svulster (C00-D48)

Her finnes alle koder for svulster, både godartede og ondartede. En egen kategoriblokk (D37-D48) inneholder i tillegg koder for svulster som man selv etter nærmere undersøkelse ikke kan avgjøre om er godartede eller ondartede. Selv om alle koder for egentlige svulster er samlet i kapittel II, finnes det enkelte koder for forstadier til cancer i andre kapitler, for eksempel for grov dysplasi i livmorhals i kapittel XIV (Sykdommer i urin- og kjønnsorganer).

Faste svulster er organisert etter lokalisasjon, mens det finnes en egen kategoriblokk (C81-C96) for svulster i blod (leukemi), benmarg (plasmacellesvulster) og lymfatisk vev. Del 3 inneholder en egen rettleiding om koding av svulster som ikke sikkert er godartede, kapittel 9 *Retningslinjer for ICD-10-koding av ondartede svulster og svulster av usikkert malignitetspotensial*, side 74.

III - Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet (D50-D89)

Vanlige hematologiske tilstander har koder her, som anemier og koagulasjonsforstyrrelser. Milten faller også inn under dette kapitlet. Hematologiske svulster er det viktige unntaket, disse kodes i kapittel II. I tillegg kodes immunsvikt av ulik årsak her, med unntak av HIV, som har koder i kapittel I (eller XV ved svangerskap/fødsel/barseltid).

IV - Endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser (E00-E90)

Her kodes vanlige endokrinologiske sykdommer, ernæringssykdommer både i form av mangelsykdommer, under- eller feilernæring og overvekt, samt et stort antall metabolske forstyrrelser. Anemier kodes imidlertid i forrige kapittel. Metabolske forstyrrelser omfatter en rekke både vanlige og til dels sjeldne sykdommer, siden metabolisme betyr både oppbygning og nedbrytning av molekyler i kroppen og tilførsel og utskillelse av diverse stoffer. Væskebalansen er også inkludert her.

V - Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (F00-F99)

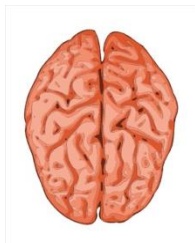
I tillegg til det som fremgår av tittelen, kodes også selvpåført rus her. Når psykiske lidelser er forårsaket av andre organiske sykdommer, brukes ofte en kode fra dette kapitlet sammen med koden for den organiske sykdommen. Utviklingshemming og utviklingsforstyrrelser er også inkludert. Noe som skiller kapittel V fra andre kapitler er at det inneholder diagnostiske kriterier for tilstandene som kodes her. Disse



kriteriene er enda mer detaljerte i den såkalte Blåboka, som er beregnet for bruk i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, og kodene i denne er i flere tilfeller underinndelt ytterligere. Blåboka er tilgjengelig i en egen fane i søkeverktøyet [FinnKode](#).

VI - Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)

Dette er det første av de vanlige «organkapitlene» som inneholder koder for sykdommer innen ett organsystem. Noen infeksjoner har egne koder her som kan brukes alene, mens for andre infeksjoner finnes det koder her som skal brukes sammen med en kode fra kapittel I. Koden fra kapittel I angir da stort sett hva slags infeksjon det dreier seg om men ikke hvor den sitter, og koden fra kapittel VI beskriver nærmere lokalisasjonen av infeksjonen.



Kodene for alle typer svulster finnes i kapittel II, og for skader i kapittel XIX. Hjerneblødning og hjerneinfarkt er klassifisert som karsykdommer, og koder for disse finnes i kapittel IX i stedet for her.

VII - Sykdommer i øyet og øyets omgivelser (H00-H59)

VIII - Sykdommer i øre og ørebensknute (H60-H95)

IX - Sykdommer i sirkulasjonssystemet (I00-I99)

X - Sykdommer i åndedrettssystemet (J00-J99)

XI - Sykdommer i fordøyelsessystemet (K00-K93)

XII - Sykdommer i hud og underhud (L00-L99)

Alle disse kapitlene er bygget opp på tilsvarende måte som kapittel VI.

XIII - Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev (M00-M99)

Dette er også bygget opp omtrent som kapittel VI, med de samme unntakene for svulster og skader, som kodes i andre kapitler. Det som er spesielt med kapittel XIII er at nesten alle koder kan utvides med et frivillig femte tegn for å angi i hvilken del av kroppen sykdommen som kodes er lokalisert. De fleste kodene kan bruke underinndelingen helt først i kapitlet, men for knelidelser, rygglidelser og visse «biomekaniske lesjoner» er det en annen underinndeling.



XIV - Sykdommer i urin- og kjønnsorganer (N00-N99)

Dette er det siste av de vanlige «organkapitlene». Kodene for nyresykdommer finnes her, og spesifikke koder for sykdommer i både mannlige og kvinnelige indre og ytre kjønnsorganer. Det viktige unntaket for kvinner er at ved svangerskap, fødsel og i barseltid skal det oftest brukes koder fra kapittel XV for de fleste tilstander, se under.

XV - Svangerskap, fødsel og barseltid (O00-O99)

Her finnes koder for mange tilstander som er spesifikke for svangerskap, fødsel og barseltid og som ikke har kode i noe annet kapittel. Det som er spesielt er imidlertid at bortsett fra noen unntak, som vanlige skader (se også 16.3.2 *Kompliserende tilstander som ikke har egen kode i kapittel XV* side 116), skal alle sykdommer som opptrer fra svangerskap til barseltid kodes med en kode fra dette kapitlet først dersom de har noen betydning for, eller selv blir påvirket av svangerskapet, fødselen eller barselperioden. Dersom denne koden er uspesifikk skal man bruke en mer spesifikk kode fra et annet kapittel i tillegg.



XVI - Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden (P00-P99)

Kodene her har fellestrekk med kodene i kapittel XV, ettersom de omhandler tilstander som oppstår i eller er spesifikke for en bestemt livsfase, i dette tilfellet perinatalperioden. Som for kapittel XV er det generelt unntak for skader, bortsett fra skader i forbindelse med selve fødselen. Perinatalperioden er etter WHO's definisjon tiden fra 22. fullgatte svangerskapsuke til og med 7 dager etter fødselen.



XVII - Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik (Q00-Q99)

Her finnes det først koder for misdannelser ordnet etter lokalisasjon, og mot slutten av kapitlet misdannelser som omfatter flere organer (syndromer). Helt til slutt er det koder for en del kjente kromosomavvik.

XVIII - Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted (R00-R99)

Som tittelen angir, inneholder dette kapitlet koder for tilstander som oftest er symptomer på sykdom, og ikke egne sykdommer i seg selv. Disse kodene er spesielt aktuelle å bruke når man ikke kjenner årsaken til symptomene, men også når man spesielt ønsker å fremheve, og dermed kode, viktige symptomer. Koder for patologiske funn ved diverse laboratorieundersøkelser og billedundersøkelser finnes også her, de skal hovedsakelig brukes når man ikke kjenner årsaken til det unormale funnet.

XIX - Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker (S00-T98)

I dette viktige kapitlet finnes koder for alle mulige skader av ytre årsak, inkludert skader påført i forbindelse med undersøkelser og behandling, det vil si komplikasjoner. Riktignok finnes det også enkelte koder for komplikasjoner i tidligere kapitler, men hoveddelen er samlet i dette kapitlet. Helt på slutten finnes koder for såkalte følgetilstander, som er senvirkninger som består når den akutte skaden er tilbakelagt. Både skader og komplikasjoner kodes som regel ved hjelp av flere koder sammen, som forklart i avsnitt 4.2 *Multipel koding* side 28ff.

XX - Ytre årsaker til sykdommer, skader og dødsfall (V0n-Y98)

Alt som kodes i kapittel XIX har en årsak, og denne årsaken skal også kodes i tillegg ved primærbehandlingen av en skade, med koder fra kapittel XX.

XXI Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)

Dette er siste hovedkapittel i ICD-10, og også det mest uensartede. Det inneholder først og fremst koder som angir årsak til at personer (som ikke trenger å være syke) er i kontakt med helsevesenet. I de tilfellene årsaken til kontakten er en kjent sykdom eller et bestemt symptom, skal man bruke koden for sykdommen eller symptomet fremfor en kode fra dette kapitlet. I tillegg finnes det koder her for opplysning om tidligere sykdom, sykdom i familien og tidligere behandling pasienten har gjennomgått, inkludert implantater som er satt inn.

En del av kodene fra dette kapitlet kan brukes for to ulike formål, enten for å beskrive årsaken til kontakten med helsevesenet, eller for å gi tilleggsinformasjon om pasienten, for eksempel **Z21 Symptomfri bærer av humant immunsviktvirus**.

XXII Koder for spesielle formål (U00-U99)

Dette kapitlet inneholder bare en håndfull koder. En del er avsatt til nye sykdommer som ennå ikke er plassert andre steder i kodeverket. En annen del inneholder koder for antibiotikaresistens, som kan brukes i tillegg til koder for bakterieinfeksjoner.



4 VIKTIGE BEGREPER OG PRINSIPPER OG PRAKTISK FREMGANGSMÅTE VED KODING

Dette kapitlet forutsetter at strukturen av ICD-10 er kjent. Vi ser på vanlige begreper som ofte brukes feil ved koding og gjennomgår så de viktigste tilfellene der to eller flere koder må kombineres for å kode én tilstand, og forklarer fremgangsmåten man bør følge for å finne riktige koder.

4.1 Diagnoser, tilstander og koder

4.1.1 Hva betyr begrepene?

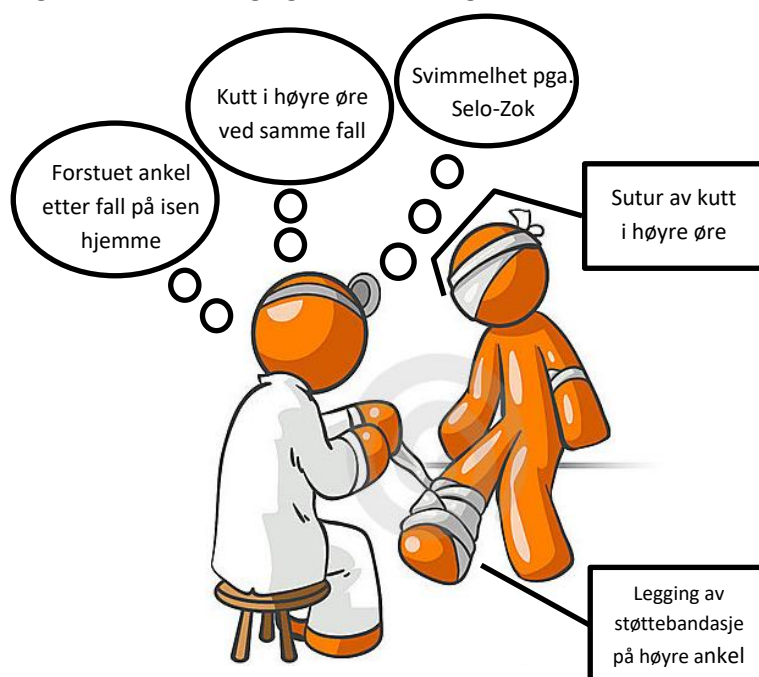
I dagligtale snakker vi om *diagnoser*, som er de medisinske betegnelsene på sykdommer eller skader pasienter har. Leger og andre med diagnostisk kompetanse stiller diagnoser.

I Del 1 så vi at diagnoser uttrykt bare med ord er dårlig egnet for databehandling og statistikk, bl.a. pga. muligheten for skrivefeil, synonyme begreper og at man velger å uttrykke seg litt ulikt. Derfor er det laget kodeverk og klassifikasjoner som skal sørge for at informasjon om like eller liknende diagnoser alltid kan uttrykkes på én måte og lagres likt i datasystemer. Hovedsakelig gjøres dette ved at man bruker standardiserte koder i stedet for ord for å beskrive diagnoser.

På samme måte finnes det kodeverk og klassifikasjoner for medisinske undersøkelser og behandlingsprosedyrer. Koder fra disse (prosedyrekoder) brukes på tilsvarende måte som diagnosekoder, men for å beskrive på en standardisert måte hva som gjøres med pasienter.

ICD-10 bruker først og fremst begrepet *tilstand* i stedet for *diagnose*. Tilstand er oftest synonymt med diagnose eller sykdom. Vi kan f.eks. si at pasientens diagnose, sykdom eller tilstand er lungebetennelse. Tilstand brukes i medisinen også med en annen betydning, som når man sier at pasientens tilstand er stabil eller kritisk. Det er noe annet enn ICD-10 legger i begrepet. Tilstand har en utvidet betydning i ICD-10 og brukes ikke bare om sykdommer eller skader, men også om symptomer og andre typer årsaker til at pasienter er i kontakt med helsevesenet.

La oss ta et praktisk eksempel på hvordan vi går fra sykdommer og behandlinger til koder som skal registreres i datasystemer og rapporteres til helseregistre. En pasient kommer til skadepoliklinikken ved et sykehus med to mindre skader og en legemiddelbivirkning og får behandling:



Pasienten har tre diagnoser: forstuvning av høyre ankel etter fall, kutt i høyre øre også pga. fallet samt svimmelhet som en bivirkning av betablokkeren Selo-Zok.

Det gis to ulike typer behandling: anleggelse av elastisk støttebandasje på høyre ankel samt suturering av kuttet i høyre øre.

I ICD-10-språk sier vi at det foreligger tre ulike *tilstander* som vi skal finne diagnosekoder for, og tilsvarende er det utført to behandlingsprosedyrer som vi skal finne prosedyrekoder for. Når vi har funnet riktige koder skal disse registreres i sykehusets datasystem og etter hvert rapporteres derfra til Norsk pasientregister. For at data både i sykehusets eget system og i Norsk pasientregister skal bli korrekte og kunne brukes for ulike formål er det svært viktig at det brukes riktige koder og at kodene registreres, lagres, trekkes ut, overføres til Norsk pasientregister og behandles der på riktig måte.

I avsnitt 4.2 *Multipel koding* skal vi se at vi ofte bruker en kombinasjon av koder, ikke bare én kode, for å beskrive én tilstand eller én prosedyre. Dette kalles for *multipel koding* og vi bruker pasienten vår over som et eksempel på hvordan dette kan gjøres.

4.1.2 Eksempel på koding



Vi bestemmer oss først for hvilken tilstand som var den viktigste for oppholdet, altså hovedtilstanden. Definisjonen av hovedtilstand finnes i avsnitt 2.2 *Definisjon av hovedtilstand og andre tilstander* på side 11. Vi tenker oss at det er tatt røntgen av ankelen for å utelukke brudd. Når det i tillegg legges en bandasje er det ankelskaden som krever mest helsehjelp, mer enn et lite kutt som sutureres og en bivirkning man kanskje vet at pasienten har fra før. Hovedtilstanden er ankelskaden og vi har i tillegg to andre tilstander, øreskaden og svimmelheten.

Reglene forteller i mange tilfeller hvilke typer og hvor mange koder man skal bruke for å kode ulike typer tilstander. For akutte skader skal man i følge ICD-10 sine regler bruke både en kode som beskriver hva selve skaden består i og en kode som

beskriver omstendighetene som førte til skaden. I vårt tilfelle trengs det derfor to koder for hovedtilstanden, først **S93.4 Forstuing og forstrekking av ankelligament** og deretter **W0n0r Fallulykke i bolig eller boligområde under annen aktivitet**. Tilsvarende blir det for øreskaden. Imidlertid overstyres fra 2016 ICD-10 sine regler om årsakskoding ved akutte skader utenfor helseinstitusjon av nye bestemmelser om skaderapportering til Norsk pasientregister med minste felles datasett (FMDS) og årsakskodene skal ikke alltid rapporteres, de er derfor satt i parentes i eksempel 1 og 2 under. Se også avsnitt 4.2.5 *Årsakskoding*, side 30. For svimmelheten trengs det faktisk en kombinasjon av tre koder, først hva «sykdommen» eller symptomet er (svimmelhet), dernest hva årsaken er (medikamentbivirkning) og til slutt en kode for hvilket medikament som er skyld i bivirkningen. Når vi koder dette ved hjelp av multipel koding blir det seende slik ut:

Tilstand nr. 1, hovedtilstanden

Kode nr. 1 **S93.4 Forstuing og forstrekking av ankelligament**

(Kode nr. 2 **W0n0r Fallulykke i bolig eller boligområde under annen aktivitet**)

Tilstand nr. 2, annen tilstand (enn hovedtilstanden)

Kode nr. 1 **S01.3 Åpent sår i øre**

(Kode nr. 2 **W0n0r Fallulykke i bolig eller boligområde under annen aktivitet**)

Tilstand nr. 3, annen tilstand (enn hovedtilstanden)

Kode nr. 1 **R42 Svimmelhet**

Kode nr. 2 **Y4n Terapeutiske legemidler eller biologiske substanser i terapeutiske**

doser som årsak til bivirkning eller annen uønsket virkning

Kode nr. 3 **C07A B02 Metoprolol**

Kode nr. 3 for svimmelheten er ikke en ICD-10-kode men en ATC-kode, men brukes like fullt for å kode en tilstand.

På samme måte koder vi de to behandlingsprosedyrene:

Prosedyre nr. 1

Kode nr. 1 **NHX 30 Myk bandasje på ankel eller fot**

Kode nr. 2 **ZXA 00 Høyre side**

Prosedyre nr. 2

Kode nr. 1 **QAB 00 Sutur av hud på hode eller hals**

Kode nr. 2 **ZXA 00 Høyre side**

Når vi registrerer ved hjelp av multipel koding er rekkefølgen av diagnosekoder innen hver tilstand viktig. Den første koden er oftest den som hovedsakelig beskriver tilstanden. Når man bruker én eller flere koder i tillegg kalles disse *tilleggskoder* og de gir utfyllende eller presiserende informasjon om tilstanden. I noen tilfeller viser første kode hvilken grunnsykdom pasienten har, f.eks. diabetes, mens kode nr. 2 beskriver en bestemt manifestasjon (måte eller sted grunnsykdommen viser seg på) som foreligger hos denne pasienten. Et eksempel på det siste er leddlidelse ved Crohns sykdom, der koden for Crohns sykdom (fra **K50 Crohns sykdom [regional enteritt]**) settes som nr. 1, mens koden for leddlidelse (**M07.4* Leddlidelse ved Crohns sykdom [regional enteritt]**) settes som nr. 2.

4.1.3 Feilaktig begrepsbruk og tekniske begrensninger

Begrepet *diagnose* brukes på flere måter. I medisinsk språkbruk kan man snakke om pasientens hoveddiagnose og bidiagnoser. Hoveddiagnose er synonymt med hovedtilstand og bidiagnoser med andre tilstander. Imidlertid brukes diagnose også noen ganger synonymt med *kode*, særlig i datasystemer som ikke er designet for å gi støtte for strukturert bruk av koder slik som vist i eksemplet over. Her har vi opplevd at *hoveddiagnose* brukes synonymt med første kode for hovedtilstanden, og alle andre enkeltkoder, enten de er tilleggs-koder til hovedtilstanden eller første kode eller tilleggs-koder til andre tilstander, kalles for *bidiagnoser*. Dette er svært uheldig og et hinder både for å kunne forstå koding og for å kode riktig. Et godt datasystem skal legge til rette for koding med god struktur, med mulighet for registrering av flere koder i riktig rekkefølge både for hovedtilstanden, andre tilstander og hver enkelt prosedyre.

4.2 Multippel koding

Midlertidig regelendring fra 2016:

Koding med sverd og stjerne skal gjøres som tidligere.

Andre tilleggs-koder skal registreres som frittstående koder, ikke ved hjelp av multippel koding.

Som vist i forrige avsnitt menes med dette at man bruker en kombinasjon av to eller flere koder for å beskrive én tilstand eller én prosedyre. Dette er en konsekvens av prinsippet om at kodingen skal gi så presis informasjon som mulig, og nok informasjon. En kombinasjon av koder vil stort sett gi mer spesifikk informasjon enn hver kode enkeltvis, og ved å kombinere koder trengs det dessuten langt færre koder i et kodeverk for å gi samme informasjon i forhold til om man bare brukte enkeltkoder. Har man for eksempel 7 koder som hver kan kombineres med 3 andre, er det 10 koder totalt. Imidlertid kan man lage 21 ulike kombinasjoner av disse hvis det ikke spiller noen rolle hvilken av kodene i en kombinasjon som står først, og dobbelt så mange, 42, hvis rekkefølgen også betyr noe.

Et praktisk eksempel fra ICD-10 er at man har mange koder for infeksjon i ulike organer i kroppen. Mange av disse kan kombineres med en av flere tilleggs-koder som angir hvilken bakterie eller annen mikroorganisme som forårsaker infeksjonen.

Multippel koding ble innført av WHO som metode for registreringsmåte allerede ved innføringen av ICD-10. Det er til nå dessverre ikke lagt til rette for å bruke denne registreringsmåten i spesialisthelsetjenesten i Norge, med unntak av koding med sverd/stjerne-kombinasjon.

På grunn av de tekniske problemene i datasystemene med å registrere multippel koding på en korrekt og brukervennlig måte er det fra 2016 innført en midlertidig regelendring:

Multippel koding skal ikke benyttes som registreringsmåte. Unntak: Sverd/stjerne-kombinasjoner skal registreres som tidligere.

Regelendringen fra 2016 er presisert for hvert enkelt punkt under 4.2.

Når de tekniske løsningene er på plass for ytterligere multippel koding, vil dette bli benyttet som registreringsmåte for de problemstillingene/områdene som er angitt nedenfor. Avsnittet om multippel koding tas derfor ikke ut av dette dokumentet.

4.2.1 Sverd/stjernesystemet

Med dette systemet bruker man to ulike koder for å beskrive en tilstand. Den første koden kalles sverdkoden, og vil oftest være kode for en tilstand som kan opptre ulike steder i kroppen, eller som kan gi seg ulike utslag (ha ulike manifestasjoner). Denne koden har ofte, men ikke alltid, et sverdsymbol knyttet til seg, †. Den andre koden kalles stjerne-koden, og har alltid en stjerne knyttet til seg, *. Stjerne-koden angir hvor sykdommen opptrer eller hva slags manifestasjon den har. Tanken bak dette

systemet er at man lettere skal kunne lage statistikk over sykdommer i visse organsystemer/for visse spesialiteter. Når man beskriver en tilstand med to ulike koder, vil i hvert fall stjernekode være fra et kapittel som dekker ett bestemt organsystem. Sverdkoden står ofte i et kapittel med koder for sykdommer som kan ramme ulike organsystemer.



Et eksempel er tilstanden retinopati ved diabetes mellitus. Her vil en av kodene for diabetes være sverdkoden, for eksempel **E10.3† Diabetes mellitus type 1 med øyekompikasjoner**, mens stjernekode **H36.0* Diabetisk retinopati** er spesifikk for diabetisk retinopati. Til sammen gir de mer presis informasjon enn de kunne gjort enkeltvis. Koden for diabetes vil angi om det dreier seg om diabetes I eller II eller annen type, og at det foreligger en øyekompikasjon, men ikke nøyaktig hvilken type kompikasjon. Koden for retinopati angir at det er en retinopati som skyldes diabetes, men ikke hvilken type diabetes.



Et annet eksempel er perikarditt forårsaket av meningokokker. Her finnes en sverdkode for hjertesykdom forårsaket av meningokokker, **A39.5† Hjertesykdom forårsaket av Meningococcus**. Denne kan kombineres med en stjernekode som spesifiserer hvilken del av hjertet som er affisert, **I32.0* Perikarditt som manifestasjon ved bakteriesykdommer klassifisert annet sted**.

Som eksemplene viser gir stjernekode gjerne bare litt tilleggsinformasjon. Noen ganger sier stjernekode nøyaktig det samme som sverdkoden, og andre ganger faktisk mindre enn sverdkoden, for eksempel **B25.1† Cytomegalovirushepatitt og K77.0* Leveraffeksjoner ved infeksjonssykdommer og parasittsykdommer klassifisert annet sted**, der hepatitt forårsaket av cytomegalovirus er nevnt som eksempel i underteksten. Denne stjernekode kan brukes for leveraffeksjon ved diverse infeksjonssykdommer.

Når en stjernekode brukes må den alltid forutgå av en sverdkode. Motsatt skal alltid en mulig stjernekode brukes når den gir tilleggsinformasjon ut over hva sverdkoden alene gjør.

Sverd-stjernekode skal benyttes også i 2019.

4.2.2 Mikroorganismer som er årsaker til infeksjoner

B95-B98

Sist i kapittel I (visse infeksjøs sykdommer, A- og B-koder) finnes koder for ulike bakterier og virus. Disse kodene gir ingen mening alene, men de kan brukes som tilleggs-koder til andre koder for infeksjonssykdommer, der disse kodene ikke sier noe om årsaken til infeksjonen. Bruken av disse tilleggs-kodene er frivillig.

Et eksempel på dette: for akutt bihulebetennelse finnes det koder som beskriver hvilken eller hvilke bihuler som er affisert, men sier ikke noe om bakterien som er årsak. Hvis man kjenner årsaken kan man bruke en av disse kodene for å kode tilstanden mer spesifikt.

For en del viktige eller vanlige infeksjoner, som pneumokokk-pneumoni eller meningokokk-meningitt, angir teksten til koden for selve infeksjonen hvilken bakterie eller virus som er årsaken, og da er det ikke aktuelt å bruke noen tilleggs-kode.

Midlertidig regelendring fra 2016

Tilleggs-koder for mikroorganismer som er årsaker til infeksjoner skal ved rapportering til NPR registreres i PAS som frittstående koder, ikke koblet til andre koder.

4.2.3 Antibiotikaresistens

U82-U84

Sist i kapittel XXII (U-koder) finnes noen få koder for antibiotikaresistens. Disse kan brukes som tilleggs-koder når man koder en infeksjon med kjent mikrobe. For at det

skal ha noen mening å bruke en slik kode, må det fremgå av en av de andre kodene hvilken mikrobe det gjelder.

Midlertidig regelendring fra 2016

Tilleggs-koder for antibiotikaresistens skal ved rapportering til NPR registreres i PAS som frittstående koder, ikke koblet til andre koder.

4.2.4 Hormonproduksjon i svulster

Både godartede og ondartede svulster kan produsere hormoner, som regel en overproduksjon i forhold til hva som er normalt i kroppen. Dette kan være viktig informasjon å kode, men de vanlige svulstkodene i kapittel II gir ingen slik informasjon. Derfor kan man i tillegg til koden for en svulst legge til en kode fra kapittel IV (en E-kode) som beskriver hormonproduksjonen. Som et eksempel har vi karsinoid syndrom, der en ondartet svulst, som regel i blindtarmsvedhenget, produserer mye av hormonet serotonin, som kan gi flere plagsomme symptomer. For selve svulsten brukes en vanlig kode fra kapittel II for ondartet svulst, men effekten av hormonproduksjonen kan kodes med en spesifikk E-kode for karsinoid syndrom. Hvis oppholdet dreide seg om å gi symptomatisk behandling for å motvirke hormoneffekten, er det til og med riktig å bruke E-koden foran svulstkoden.

Midlertidig regelendring fra 2016

Tilleggs-koder for hormonproduksjon i svulster skal ved rapportering til NPR registreres i PAS som frittstående koder, ikke koblet til andre koder.

4.2.5 Årsakskoding

Årsakskoder for ulykker og skader som skal registreres med felles minste datasett (FMDS) og meldes til NPR iht. NPR-forskriftens § 1-7 skal fra 2016 bare meldes ved hjelp av FMDS. Se veileder fra Helsedirektoratet om dette [her](#). Det er ikke lenger krav om at årsakskodene fra ICD-10 kapittel XX, kategoriene **V0n** til og med **Y3n**, skal registreres så lenge man kan benytte FMDS.

Skader som ikke skal meldes ved hjelp av FMDS skal som før registreres med årsakskode fra **V0n-Y84**. Dette gjelder de typer tilstander som er nevnt nedenfor:

- Skade på pasient som oppstår under behandling i spesialisthelsetjenestens lokaler. Disse registreres og rapporteres på vanlig måte til NPR og registreres i sykehusets registreringssystem for slike hendelser.
- Tilstander som er bivirkninger av medikamenter, her brukes oftest koden **Y4n** **Terapeutiske legemidler eller biologiske substanser i terapeutiske doser som årsak til bivirkning eller annen uønsket virkning** og om mulig ATC-kode som tilleggskoder for å beskrive årsaken nærmere.
- Tilstander som er andre typer behandlingskomplikasjoner enn medikamentbivirkninger, her legges også en kode fra kapittel XX til for å angi årsaken under primærbehandlingen for komplikasjonen.
- **Y85-Y89 Sekvele og følgetilstand etter skade og annen ytre årsak til sykdom eller død** inneholder koder for årsaker til følgetilstander, disse Y-kodene brukes som tilleggskoder på samme måte som over.
- Forgiftninger kodes med en kode fra **T4n-T65 Toksiske virkninger av substanser med hovedsakelig ikke-medisinsk anvendelse**, igjen etterfulgt av kode som angir årsaken til eller omstendighetene rundt forgiftningen, og evt. ATC-kode for medikament, om det er aktuelt.



Midlertidig regelendring fra 2016

Tilleggs-koder (ordinære ICD-10-koder) for årsak til skade eller sykdom skal ved rapportering til NPR registreres i PAS som frittstående koder, ikke koblet til andre koder.

- 4.2.6 Koding ved komplikasjoner unntatt medikamentbivirkninger og forgiftninger
Vi kan dele komplikasjoner til undersøkelser og behandling i to typer, som hver kodes litt forskjellig.

Komplikasjoner som har direkte sammenheng med undersøkelse eller behandling og som ikke ville ha oppstått ellers

Eksempler på dette er sårinfeksjoner, blødninger under eller etter prosedyrer, hormonmangel etter fjerning av hormonproduserende vev, adheranser etter kirurgiske inngrep, mekaniske komplikasjoner til proteser eller implantater osv.

For slike tilstander skal man som første kode for tilstanden velge en kode der det fremgår av kodeteksten at det dreier seg om en komplikasjon. Listen under inneholder de fleste slike koder, men er ikke nødvendigvis helt komplett:

- E89.- Endokrine og metabolske forstyrrelser etter kirurgiske og medisinske prosedyrer, ikke klassifisert annet sted
- G97.- Lidelser i nervesystemet etter kirurgiske og medisinske prosedyrer, ikke klassifisert annet sted
- H59.- Forstyrrelser i øyet og øyets omgivelser etter kirurgiske og medisinske prosedyrer, ikke klassifisert annet sted
- H95.- Lidelser i øre (auris) og ørebenskute (processus mastoideus) etter kirurgiske og medisinske prosedyrer, ikke klassifisert annet sted
- I97.- Forstyrrelser i sirkulasjonssystemet etter kirurgiske og medisinske prosedyrer, ikke klassifisert annet sted
- J95.- Åndedrettsforstyrrelser etter medisinske prosedyrer, ikke klassifisert annet sted
- K91.- Andre forstyrrelser i fordøyelsessystemet som følge av prosedyrer, ikke klassifisert annet sted
- M96.- Lidelse i muskel-skjelettsystemet etter kirurgiske og medisinske prosedyrer, ikke klassifisert annet sted
- N98.- Komplikasjoner i forbindelse med kunstig befruktning
- N99.- Forstyrrelser i urinveier og kjønnsorganer etter kirurgiske og medisinske prosedyrer, ikke klassifisert annet sted
- O04.- Legalt svangerskapsavbrudd (visse underkoder som angir komplikasjoner)
- O07.- Mislykket forsøk på legalt svangerskapsavbrudd (visse underkode som angir komplikasjoner)
- O08.- Komplikasjoner etter abort, svangerskap utenfor livmoren og blæremola (brukes unntaksvis, se kodespesifikk merknad)
- O29.- Komplikasjoner i forbindelse med anestesi under svangerskap
- O35.6 Omsorg for og behandling av mor ved (mistenkt) skade hos foster grunnet ioniserende stråling
- O35.7 Omsorg for og behandling av mor ved (mistenkt) skade hos foster grunnet andre medisinske inngrep
- O74.- Komplikasjoner i forbindelse med anestesi under fødsel og forløsning
- O75.- Andre komplikasjoner ved fødsel og forløsning, ikke klassifisert annet sted (visse underkoder)
- O86.0 Infeksjon i sår etter obstetrisk inngrep
- O89.- Komplikasjoner i forbindelse med anestesi i barseltid
- O90.- Komplikasjoner i barseltid, ikke klassifisert annet sted (visse underkoder)

Disse kodene finnes ofte mot slutten av kapitlet for det aktuelle organsystemet. Finner man ingen dekkende kode blant disse brukes i stedet den mest spesifikke man kan finne blant kategoriene **Komplikasjoner til kirurgisk og medisinsk behandling, ikke klassifisert**

annet sted (T80-T88). Denne kategoriblokken inneholder bl.a. koder for komplikasjoner som blødning, sjokk, utilsiktet punksjon eller laserasjon, sårruptur, infeksjon og komplikasjoner ved proteser, implantater og transplantater.

En del av de spesifikke komplikasjonskodene som er nevnt over, som skal stå som første kode, er upresise og gir dårlig informasjon om hva komplikasjonen egentlig bestod i. Dersom man kan presisere komplikasjonen bedre ved å bruke de koder man vanligvis ville brukt, skal disse brukes som tilleggs-koder.

Helt til slutt skal det legges til en årsakskode fra kapittel **XX Ytre årsaker til sykdommer, skader og dødsfall**, for å angi type hendelse som forårsaket komplikasjonen.

Eksempelvis skal cystitt med E.coli som komplikasjon til blærekateterisering kodes slik:

- T83.5** Infeksjon og betennelsesreaksjon som skyldes protese, implantat og transplantat i urinveier
- N30.0** Akutt cystitt
- B96.2** Escherichia coli [E. coli] som årsak til sykdommer klassifisert i andre kapitler
- Y84.6** Unormal pasientreaksjon eller senere komplikasjon som følge av blærekateterisering uten anmerkning om skade under prosedyren

Komplikasjoner som antas å være utløst av undersøkelse eller behandling, men som også kunne ha oppstått ellers

Dette er tilstander som ikke har en så direkte tilknytning til undersøkelse eller behandling, men der man antar at det i dette tilfellet var prosedyren som utløste tilstanden. Eksempler på slike tilstander er hjerteinfarkt, DVT, lungeemboli, pneumoni og akutt forvirring eller psykose. Det blir ofte en skjønnsmessig vurdering av om man mener det er en sammenheng eller ikke.

I disse tilfellene velger man den koden man vanligvis ville brukt for tilstanden, for eksempel:

- I21.4** Akutt subendokardialt infarkt
- F09** Uspesifisert organisk eller symptomatisk psykisk lidelse
- J18.0** Bronkopneumoni, uspesifisert mikroorganisme

Tilknytningen til prosedyren angis med en årsakskode, oftest fra **Y83 Unormal pasientreaksjon som følge av kirurgisk prosedyre, og senere komplikasjon til slik prosedyre, hvis selve prosedyren forløp uten anmerkning om skade** eller **Y84 Unormal pasientreaksjon som følge av annen medisinsk prosedyre (ikke kirurgisk), og senere komplikasjon til slik prosedyre, hvis selve prosedyren forløp uten anmerkning om skade**.

Midlertidig regelendring fra 2016

Tilleggs-koder for komplikasjoner skal ved rapportering til NPR registreres i PAS som frittstående koder, ikke koblet til andre koder.

4.2.7 Koding av medikamentbivirkninger

Dette er uønskede virkninger av medikamenter som er tatt i riktig dose. De kodes først med den mest dekkende koden man kan finne, i de fleste tilfeller fra kapittel I-XVIII (**A00-R99**). Som tilleggs-koder brukes **Y4n Terapeutiske legemidler eller biologiske substanser i terapeutiske doser som årsak til bivirkning eller annen uønsket virkning**, alternativt kode fra **Y48 Anestetika og terapeutiske gasser som årsak til bivirkning eller annen uønsket virkning** etterfulgt av ATC-koden for medikamentet.

Utenom koder fra **A00-R99** er det enkelte ganger aktuelt å bruke koder fra **T80-T88.8**. **T88.6** er **Anafylaktisk sjokk som skyldes bivirkning av riktig legemiddel gitt i terapeutisk dose**. **T88.8** **Andre spesifiserte komplikasjoner til kirurgisk og medisinsk behandling, ikke**

klassifisert annet sted er siste utvei om man ikke finner noen dekkende kode annet sted.

Midlertidig regelendring fra 2016

Tilleggs-koder for medikamentbivirkninger skal ved rapportering til NPR registreres i PAS som frittstående koder, ikke koblet til andre koder.

4.2.8 Koding av følgetilstander

Dette er også en type årsakskoding. En følgetilstand er en tilstand som er forårsaket av en annen, og der den opprinnelige årsaken er opphørt. Eksempler er dysfasi etter hjerneslag og artrose etter gammelt hoftebrudd.



Følgetilstander kodes ved at man velger en så spesifikk kode som mulig for selve følgetilstanden. Etter det kan man føye til en tilleggs-kode for å markere at denne tilstanden er en følgetilstand etter en annen tilstand. Det finnes en rekke slike tilleggs-koder i ulike kapitler, de fleste i kapittel XIX. De har generelt kodetekst «Følgetilstander etter ...». Når den opprinnelige tilstanden var en skade av ytre årsak, inkludert bivirkninger og komplikasjoner til medisinsk undersøkelse og behandling skal man også bruke en tilleggs-kode fra kategoriblokken **Sekvele og følgetilstand etter skade og annen ytre årsak til sykdom eller død (Y85-Y89)**. Følgende to eksempler illustrerer kodingen i disse tilfellene.

Dysfasi etter gammelt hjerneinfarkt kodes **R47.0 Dysfasi og afasi** og som tilleggs-kode kan man bruke **I69.3 Følgetilstander etter hjerneinfarkt**. Det er foreløpig ikke obligatorisk å føye til **I69.3**, men det er nok å anbefale for å gi så god kvalitet som mulig på den kodete informasjonen.

Hofteleddsartrose etter gammelt hoftebrudd etter fall kodes **M16.5 Posttraumatisk hofteleddsartrose, uten opplysning om bilateral manifestasjon** og man kan bruke **T93.1 Følgetilstander etter brudd i lårben** som frivillig tilleggs-kode. Siden den opprinnelige tilstanden var en skade av ytre årsak sier reglene at vi også skal bruke en tilleggs-kode fra Y85-Y89, i dette tilfellet **Y86 Følgetilstand etter andre ulykker**.

Midlertidig regelendring fra 2016

Tilleggs-koder for følgetilstander skal ved rapportering til NPR registreres i PAS som frittstående koder, ikke koblet til andre koder.

4.2.9 Tilstander som kompliserer svangerskap, fødsel eller barseltid

I kapittel XV finnes det koder for mange tilstander som er spesifikke for svangerskap, fødsel eller barseltid, for eksempel preeklampsi og svangerskapsblødninger. Videre finnes det spesifikke koder for tilstander som også opptrer utenom denne tiden, men som er spesielt viktige her, som diabetes, hypertensjon med eller uten komplikasjoner, infeksjon i urinveier eller kjønnsorganer m.m.



Også mange andre tilstander enn de som har egne koder i dette kapitlet kan være av betydning i denne tiden. Derfor finnes det to tretegns-kategorier med underinndeling sist i kapitlet, for henholdsvis infeksjonssykdommer eller parasittsykdommer (**O98**), og andre sykdommer (**O99**) som kompliserer svangerskap, fødsel eller barseltid.

Når kvinnen har en tilstand som normalt ville blitt kodet i et annet kapittel og som ikke har en annen spesifikk O-kode (slik som diabetes m.m.) og tilstanden er av betydning i denne tiden, skal man kode tilstanden med en kombinasjon av to koder. Først den av kodene fra **O98 Infeksjonssykdommer og parasittsykdommer hos mor, som kan klassifiseres annet sted, men som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid** eller **O99 Andre sykdommer hos mor, som kan klassifiseres annet sted, men som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid** som passer, og deretter den mer spesifikke koden fra et annet kapittel. Tilstanden er av betydning under svangerskap, fødsel eller barseltid

dersom den på en eller annen måte påvirker svangerskapet, fødselen eller barseltiden, inkludert at den er årsak til obstetrisk behandling. Den er også av betydning hvis den selv blir påvirket av svangerskapet, fødselen eller barseltiden eller den medfører ekstra svangerskapsundersøkelser.

En koagulasjonsforstyrrelse vil for eksempel klart være av betydning siden den utgjør en risiko. Den har ingen spesifikk O-kode og kodes derfor med en kode fra **O99 Andre sykdommer hos mor, som kan klassifiseres annet sted, men som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid** kombinert med koden fra kapitlet med blodsykdommer som beskriver tilstanden spesifikt. Diverse typer hjertesykdom fra tidligere kan både påvirke svangerskapet og selv forverres av det, og kodes med en kombinasjon på samme måte som over.

Dyp venetrombose har også betydning, men her finnes det spesifikk O-kode for dette både før fødsel og i barseltid, slik at det ikke brukes noen tilleggskode.

Hammertå eller fregner er imidlertid eksempler på tilstander som kodes i andre kapitler og som det er vanskelig å tenke seg at kan ha noen innvirkning på svangerskap/fødsel/barseltid eller omvendt. Da brukes kode fra andre kapitler for disse uten noen O-kode foran. I slike tilfeller må man gjøre en skjønnsmessig vurdering, og er man i tvil er det riktig å kode med en kombinasjon av uspesifikk O-kode og spesifikk kode fra annet kapittel. Hvis for eksempel valg av medisiner for en tilstand påvirkes av hensynet til svangerskap/fødsel/barseltid (amming), selv om selve tilstanden de brukes for ikke har noen slik betydning, blir det riktig å kode med en kombinasjon av O-kode og annen kode. Slike hensyn og vurderinger skal dokumenteres i journalen som ledd i vanlig god medisinsk praksis.

Unntak fra regelen om å bruke en O-kode først er symptomer som kodes med R-koder, vanlige skader, som kodes i kapittel **XIX Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker**, og diverse kontaktårsaker med Z-koder.

Midlertidig regelendring fra 2016

Tilleggskoder for tilstander som kompliserer svangerskap, fødsel eller barseltid skal ved rapportering til NPR registreres i PAS som frittstående koder, ikke koblet til andre koder.

4.2.10 SIRS

Systemisk inflammatorisk responsyndrom (SIRS) er en kroppslig reaksjonsmåte på sykdom, skade eller andre påkjenninger, definert etter visse kriterier for temperatur, puls, respirasjonsfrekvens og antall hvite blodlegemer. **R65** inneholder flere koder for dette avhengig av årsak og alvorlighetsgrad, disse kan brukes som tilleggskoder til tilstanden som er årsak. Se kapittel 12 *Retningslinjer for koding ved sepsis*, side 93.

Midlertidig regelendring fra 2016

Tilleggskoder for SIRS skal ved rapportering til NPR registreres i PAS som frittstående koder, ikke koblet til andre koder.

4.2.11 Andre tilstander med multipl koding

Også for flere andre typer tilstander kan man bruke multipl koding. Det blir for omfattende å liste opp alle slike tilstander her, men det vil være nevnt i merknader til koder/kategoriblokker når det er aktuelt eller i andre kapitler i dette dokumentet.

4.3 Hvordan finne riktig kode

4.3.1 Konvensjoner

Det er noen særegenheter i ICD-10 man må kjenne til når man leter etter koder.

Ulike typer undertekst

For det første finnes det ofte undertekster man må ta hensyn til. Disse står på ulike nivåer. Først for enkeltkoder, deretter for koder som har underinndeling, deretter på kategoriblokknivå og til slutt på kapittelnivå. Denne hierarkiske inndelingen av kodeverket er også forklart i kapittel 3 *Introduksjon til ICD-10*, side 19ff. Vi kan ta et eksempel fra boken:

A06 Amøbeinfeksjon

Inkl: infeksjon som skyldes *Entamoeba histolytica*

Ekskl: andre protozozosykdommer i tarmkanalen (A07.-)

A06.0 Akutt amøbedysenteri

Akutt amøbeinfeksjon

Amøbeinfeksjon i tarmkanalen INA

Underteksten til A06 består av en inklusjon og en eksklusjon. Inklusjoner gir eksempler på tilstander som skal kodes med koden, og eksklusjoner det motsatte; eksklusjonsmerknaden viser oftest til hvilken kode som skal brukes i stedet.

Underteksten til firetegnskoden A06.0 er ikke merket som hverken merknad, inklusjon eller eksklusjon. Denne typen undertekst gir eksempler på tilstander som skal kodes med A06.0, men dette er bare eksempler og ingen fullstendig liste. I tillegg til typene undertekst som er vist over, finnes også merknader som vist under:

B22.7 Hiv-sykdom med flere sykdommer, klassifisert annet sted, som følge

Merk: Konsulter årets Kodeveiledning ved bruk av denne kategorien.

Denne typen undertekst gir annen viktig informasjon om bruk av koden.

Alle disse fire typene undertekster, umerket undertekst, merknad, inklusjon og eksklusjon kan finnes på alle nivåer, og vil gjelde for alle nivåer nedenfor i hierarkiet. Undertekst i begynnelsen av et kapittel gjelder alle koder i kapitlet, undertekst på kategoriblokknivå gjelder alle koder i blokken, osv. Kjenner man ikke til dette kan man fort velge feil kode i god tro hvis man ikke er oppmerksom på undertekster på høyere nivåer.

Det finnes enda en type informasjon i undertekst som må nevnes, nemlig oversikt over et siste tegn som kan brukes for å underinnde koder. Viktige eksempler er på kapittelnivå i kapittel XIII om muskel- og skjelettsykdommer (M-koder), der frivillige femte tegn for å dele inn de fleste koder i kapitlet etter lokalisasjon i kroppen er listet opp, og for kategoriblokken **Diabetes mellitus E10-E14**, der oversikten over obligatoriske fjerde tegn i koden som beskriver hvilke evt. komplikasjoner tilstanden har er listet opp før selve tretegnkodene.

Bruken av ordet og

Ordet *og* forekommer ofte i kodetekster, som for eksempel **E03.2 Hypothyreose som skyldes legemidler og andre eksogene stoffer**. Her menes det ikke at hypothyreosen hos den aktuelle pasienten skal skyldes *både* legemidler *og* andre eksogene (ytre) stoffer. Det betyr at hypothyreosen kan skyldes *enten* legemidler *eller* andre eksogene stoffer. Egentlig burde man ha skrevet *og/eller* siden det menes enten det første, eller det andre eller begge deler samtidig. Som et apropos kan det nevnes at i ICD-11 blir dette endret, slik at ordet *og* får samme betydning som i dagligtalen, nemlig *både og*, mens alle kodetekster der det menes *og/eller* vil bruke ordet *eller*.

Annen spesifisert, uspesifisert, ikke klassifisert annet sted og INA

J12 Viruspneumoni, ikke klassifisert annet sted

J12.0 Pneumoni som skyldes adenovirus

J12.1 Pneumoni som skyldes respiratorisk syncytialt virus [RSV]

J12.2 Pneumoni som skyldes parainfluenzavirus

J12.8 Annen spesifisert viruspneumoni

J12.9 Uspesifisert viruspneumoni

Uttrykket *ikke klassifisert annet sted* betyr at denne koden bare skal brukes når man ikke finner noen mer spesifikk kode for tilstanden noe annet sted i kodeverket. Koder med teksten *annen spesifisert* brukes når man kjenner årsaken/kan spesifisere nærmere men det ikke finnes en annen kode som spesifiserer akkurat dette. Slike koder har oftest 8 som fjerde tegn. Har man funnet Coxsackievirus som årsaken til pneumoni, må man bruke koden **J12.8 Annen spesifisert viruspneumoni**, siden man kjenner årsaken, men den er ikke listet opp blant kodene over (og finnes heller ikke noe annet sted i kodeverket).

Koder med ordet *uspesifisert* i teksten skal *bare* brukes når man ikke kjenner årsaken/ikke er i stand til å spesifisere, altså når man ikke har opplysninger. Disse kodene har oftest 9 som fjerde tegn. Beslektet med dette er forkortelsen *INA* som står i slutten av en del kodetekster og betyr *ikke nærmere angitt*. I neste avsnitt gis et eksempel på dette.

Ord i parentes

J22 Uspesifisert akutt infeksjon i nedre luftveier

Akutt infeksjon i (nedre) luftvei INA

Her står ordet *nedre* i parentes. I ICD-10 betyr det at teksten kan leses både som om ordet er til stede eller ikke, i dette tilfelle enten *luftvei* eller *nedre luftvei*. Dette er mest en plassbesparende konvensjon for å slippe å ramse opp flere nesten like setninger eller tekster. I underteksten brukes forkortelsen *INA* som vi så i forrige avsnitt. Hva *INA* henspiller på avhenger av sammenhengen. I dette tilfellet må vi se på hele kategoriblokken og hvilke koder den inneholder (underkoder og annen undertekst er tatt bort for enkelhets skyld):

Andre akutte infeksjoner i nedre luftveier (J20-J22)

J20 Akutt bronkitt

J21 Akutt bronkiolitt

J22 Uspesifisert akutt infeksjon i nedre luftveier

Akutt infeksjon i (nedre) luftvei INA

Underteksten til **J22** betyr at koden skal brukes for akutte infeksjoner i nedre luftveier som ikke er angitt spesifikt som bronkitt eller bronkiolitt. I tillegg sier kategoriblokkteksten at det dreier seg om andre typer akutte infeksjoner i nedre luftveier enn de foregående. Hvis vi slår opp, ser vi at både influensa og pneumoni skal kodes med koder tidligere i kapitlet.

Siden ordet *nedre* står i parentes i underteksten kan den faktisk også leses som *Akutt infeksjon i luftvei INA*. Det betyr at den også skal brukes for akutte luftveisinfeksjoner der det ikke er opplyst om det dreier seg om nedre eller øvre luftveier. Diagnosen *akutt luftveisinfeksjon* uten noen nærmere spesifisering skal derfor kodes som **J22 Uspesifisert akutt infeksjon i nedre luftveier**, til tross for at både kodeteksten til **J22** og kategoriblokkteksten for **J20-J22** angir at dette er koder for infeksjon i nedre luftveier. Man har altså i denne versjonen av ICD bestemt seg for at akutte luftveisinfeksjoner skal kodes som om de var lokalisert i nedre luftveier, dersom lokalisasjonen ikke er angitt. I praksis vet man likevel når man koder om det gjelder øvre eller nedre luftveisinfeksjon og kan velge riktig kode ut fra det.

4.3.2 Fra tilstand til kode



Etter at vi nå har sett på både struktur og innhold i ICD-10 samt diverse konvensjoner som gjelder, er vi klare til å gjennomgå hvordan vi leter etter koden for en tilstand.

I begynnelsen av dokumentet så vi på forholdet mellom sykdom og kode, men fant ut at vi måtte innom begrepet *tilstand*, siden det er mye mer enn rene sykdommer som kan kodes med ICD-10. Utgangspunktet vårt er nå at vi har en tilstand vi skal kode.

Sykdommer

Hvis tilstanden er en «vanlig» sykdom, som rosen, tarmslyng eller lipom i huden, leter vi etter koder i de første 14 kapitlene, som inneholder koder for infeksjoner, svulster og sykdommer etter organsystem.

J09

Rosen (erysipelas) kunne man tenkt seg skulle kodes i kapittel XII *Sykdommer i hud og underhud (L00-L99)*, nærmere bestemt i kategoriblokken *Infeksjoner i hud og underhud (L00-L08)*. Det nærmeste vi kommer er **L08.8 Andre spesifiserte lokale infeksjoner i hud og underhud**, men i dette tilfellet er det en eksklusjonsmerknad for hele denne kategoriblokken som bl.a. sier at erysipelas skal kodes **A46 Erysipelas [Rosen]**. Dette er et eksempel på hvordan infeksjoner noen ganger kodes i kapittel I **Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer**, og andre ganger i kapitler for spesifikke organsystemer.

Tarmslyng er enklere, her kan vi gå til kapittel IX som inneholder sykdommer i fordøyelsessystemet, og finner ganske raskt ulike typer ileus under **K56 Paralytisk ileus og tarmobstruksjon uten brokk (hernia)**.

Lipom er en type godartet svulst. Siden svulster alltid kodes i kapittel II skal vi heller ikke nå til hudkapitlet, men til kategoriblokken D10-D36 som inneholder godartede svulster. Her finnes koder for lipom i ulike lokalisasjoner under **D17 Lipom**.

Før vi går videre tar vi med at medfødte tilstander oftest kodes i kapittel XVII (Q-koder).

Skader

Både skader som er forårsaket av traumer (fall, slag osv.), brann- eller frostskafer, etseskafer, forgiftninger eller behandlingskomplikasjoner, inkludert bivirkninger av medisiner har oftest koder i kapittel XIX, men det finnes også koder i andre kapitler for noen behandlingskomplikasjoner eller bivirkninger. For både komplikasjoner, bivirkninger og følgetilstander brukes en kombinasjon av to eller flere koder for å beskrive tilstanden fullt ut, som nevnt tidligere i dette kapitlet i avsnitt 4.2.5 *Årsakskoding*, side 30. Det samme gjelder de skader som ikke skal rapporteres til NPR ved hjelp av felles minste datasett (FMDS).

Symptomer og unormale funn

Symptomer og andre unormale funn som ikke er egne sykdommer har koder i kapittel XVIII. Hvis man vet hvilken sykdom eller skade som forårsaker symptomet skal selve symptomet ikke kodes, med mindre det er et uvanlig symptom/funn ved tilstanden eller er så viktig at man vil fremheve det særskilt. Hoste eller feber skal for eksempel ikke kodes hvis pasienten er forkjølet eller har lungebetennelse. Smerter kodes ikke ved skader. Feberkramper har imidlertid også kode her, **R56.0 Feberkramper**, og det kodes som en egen tilstand, siden det er et viktig symptom som krever behandling.

Symptomer eller funn er også ofte det eneste man kan kode inntil man har tilstrekkelig informasjon til å kunne bruke en spesifikk sykdomskode, både innen somatikk og psykiatri (inkludert BUP og TSB).

Andre kontaktårsaker

Hvis tilstanden hverken er en sykdom eller skade av ulike typer, symptom eller unormalt funn skal den sannsynligvis klassifiseres som en kontaktårsak eller annen faktor med betydning for helsetilstanden, og kodes i kapittel XXI. Som tidligere nevnt finnes koder for en lang rekke ulike kontaktårsaker/helseopplysninger her.

Viktige unntak

Det er to viktige unntak fra fremgangsmåten som er beskrevet over.



1. Tilstander hos kvinner som er gravide, føder eller er i barseltid skal i utgangspunktet kodes i kapittel XV (O-koder), hvis tilstanden har noen betydning for disse situasjonene eller omvendt. Symptomer og vanlige skader skal imidlertid ikke kodes med O-koder, men på vanlig måte.
2. Tilstander som oppstår i perinatalperioden (fra 22 fullgåtte svangerskapsuger til og med 7 dager etter fødsel) kodes generelt i kapittel XVI (P-koder). Også her er unntaket vanlige skader, men også svulster og infeksjoner som er ervervet etter fødselen. I tillegg kodes medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik i kapittel XVII (Q-koder).

Sjekk undertekster

Når man mener å ha funnet den mest riktige koden for en tilstand er det viktig å se etter om det finnes noe i underteksten til koden eller på høyere nivå, helt opp til kapittelinnledningen, som forteller at man skal velge en annen kode i stedet, eller som gir annen informasjon om bruk av koden.

Tilleggskoder?

Som vi har sett er det ofte aktuelt å bruke tilleggskoder for å beskrive en tilstand så fullstendig og spesifikt som mulig. Først og fremst må man ta med den tilhørende sverdkoden dersom koden man har funnet er en stjernekode, ellers må man også være oppmerksom på det øvrige som står beskrevet tidligere om multipl koding.



Oppsummering

Under svangerskap, fødsel og i barseltid gjelder spesielle regler, i det man oftest bruker en O-kode (kapittel XV) som eneste kode eller som første kode for en tilstand. De viktigste unntakene er for vanlige skader som ikke har med fødsel å gjøre og for tilstander som ikke har noen betydning for svangerskap/fødsel/barseltid og som svangerskap/fødsel/barseltid heller ikke har noen betydning for, disse kodes på vanlig måte.

I perinatalperioden leter man først etter P-koder (kapittel XVI) som beskriver tilstanden, med unntak for svulster, infeksjoner ervervet etter fødselen og skader, som kodes på vanlig måte, bortsett fra fødselsskader, som har P-koder. Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik kodes med Q-koder (kapittel XVII).

Utenom disse to unntakene kodes:

- svulster i kapittel II (C- og D-koder)
- skader, forgiftninger, mange behandlingskomplikasjoner og mange medikamentbivirkninger med en første kode fra kapittel XIX (S- og T-koder)
- infeksjoner som kan ramme ulike deler av kroppen oftest i kapittel I (A- og B-koder), mens organspesifikke infeksjoner oftest i kapittel VI-XIV (G-koder til N-koder)
- endokrine sykdommer, mangelsykdommer og metabolske forstyrrelser i kapittel IV (E-koder)
- organsykdommer i kapittel VI-XIV

- Psykiske lidelser i kapittel V (F-koder)
- symptomer og unormale funn i kapittel XVIII (R-koder)
- diverse kontaktårsaker og faktorer med betydning for helsetilstanden i kapittel XXI (Z-koder)

Man vil finne riktig kode om man leter i en slik prioritert rekkefølge. For øvrig finnes midlertidige koder for tilstander som ennå ikke har fått «normal» plassering i kodeverket i kapittel XXII (U-koder).

Mens man leter etter riktig kode må man kontrollere eventuell informasjon om koden man ser på i underteksten på alle nivåer i kapitlet.

Til slutt må man ta med frivillige eller obligatoriske tilleggskoder, inkludert stjerne-koder.

Alt dette utgjør en omstendelig prosedyre, men heldigvis arbeider de fleste innen et begrenset felt der man etter hvert blir godt kjent med de vanlige kodene.

4.3.3 Flere relaterte tilstander

ICD-10 inneholder en del samle-koder for flere tilstander som er relatert til hverandre, spesielt for skader men også andre typer tilstander. Noen eksempler er:

B20.7 Hiv-sykdom med flere infeksjoner

E10.7 Diabetes mellitus type 1 med flere komplikasjoner

F19.- Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av flere stoffer

I61.6 Hjerneblødning med flere lokalisasjoner

S09.7 Flere hodeskader

S62.4 Brudd i flere metakarper

T02.0 Brudd som omfatter hode med hals

T06.8 Andre spesifiserte skader som omfatter flere kroppsregioner

Slike koder skal bare unntaksvis brukes. Om det er praktisk mulig, skal hver tilstand kodes for seg og samle-koden ikke brukes. Dersom det er uoverkommelig å kode et stort antall liknende skader, for eksempel hudavskrapninger på de fleste eller alle kroppsdeler eller multiple hudpenetrasjoner med små fremmedlegemer etter en eksplosjon, kan en samlekode likevel brukes.

For hovedtilstand skal man være svært tilbakeholden med å bruke disse kodene. Det er kun aktuelt i de tilfeller der man etter å ha brukt gjeldende regler for valg av hovedtilstand fortsatt ikke er i stand til å peke ut én enkelt tilstand som hovedtilstand. Bruker man i så fall en samlekode for hovedtilstand, skal om mulig hver av tilstandene kodes separat i tillegg. Se kapittel 20 *Koding ved flere traumer* side 129ff for en mer utførlig behandling av dette temaet.

5 GENERELT OM PROSEDYREKODEVERKENE

Her beskrives kort fellestrekk for de kliniske prosedyrekodeverkene i spesialisthelsetjenesten. I de påfølgende tre kapitler gis detaljert informasjon om innhold i og bruk av de enkelte kodeverk.

5.1 Formål

Korrekt registrerte prosedyrer kan sammen med administrative data og diagnosekoder (ICD-10), legge grunnlaget for statistikk, kvalitetsforbedring, planlegging, styring og helsetjenesteforskning. I tillegg vil helsemyndighetene kunne hente ut rapporter som blant annet kan medvirke til vurdering av om kunnskapsbaserte behandlingsmetoder implementeres i praksis. Utvalgte prosedyrekoder inngår også i de nasjonale kvalitetsindikatorene.

5.2 Alle prosedyrekodene vises fra 2016 som ett kodeverk i FinnKode

Medisinske og radiologiske prosedyrer utføres både i utredning, behandling og oppfølging av pasienter i spesialisthelsetjenesten. Fordi en betydelig andel av prosedyrene i prosedyrekodeverkene er felles for radiologiske, kirurgiske og ikke-kirurgiske spesialiteter, blir de tre kodeverkene fra 2016 presentert i en felles bokutgave og et felles elektronisk søkeverktøy. Dette gjør at brukerne kan finne aktuelle koder på samme sted, uavhengig av hvilket av kodeverkene de tilhører.

Koder fra NCMP (*Norwegian classification of medical procedures*), NCSP (*Nomesco classification of Surgical procedures*) og NCRP (*Norwegian classification of radiological procedures*) er i [FinnKode](#) sortert hovedsakelig alfabetisk i de anatomiske kapitler. Intervensjonskoder som er bildeveiledet er samlet på slutten av hver relevante totegnskategori i grupper med tredje tegn liten x:

AAx **Bildeveilede intervensjoner på kranium og intrakranielle strukturer**

AAB06K Perkutan biopsi av calvariet, ultralydveiledet

AAE11R Perkutan trombektomi eller embolektomi i intrakraniell arterie

I bokversjonen er de fremhevet på prosedyregruppenivå med en grå skygge bak NCMP-kategoriene og en ramme rundt NCSP og NCRP- kategoriene, som vist under:

ABGX **Spesifiserte tiltak IKA**

ABGX00 Epidural blodlapp

ABW **Andre operasjoner på spinalkanal, ryggmarg og nerverotter**

ABW 99 Annen operasjon på spinalkanal, ryggmarg eller nerverot

5.3 Hvordan se hvilket kodeverk koden kommer fra?

Ut fra strukturen på koden er det mulig å se hvilket kodeverk koden hører til:

NCMP har 6 tegn:	4 bokstaver + 2 tall.
NCSP har 5 tegn:	3 bokstaver + 2 tall.
NCRP har 6 tegn:	3 bokstaver + 2 tall + 1 bokstav.

5.4 Generelle regler

Hvilket fagfelt man arbeider innenfor er ikke bestemmende for hvilke typer koder man har lov til å anvende. Riktignok er NCMP (medisinske prosedyrekoder), NCSP (kirurgiske prosedyrekoder) og NCRP (radiologiske prosedyrekoder) separate kodeverk, men alle brukere kan benytte koder fra alle tre, uavhengig av hvilket kapittel koden hentes fra, så lenge koden er dekkende for den prosedyren som utføres.

Prosedyrekodene kan altså registreres av mange ulike profesjoner i helsevesenet, ikke bare av leger. Merk likevel at den som i det pasientadministrative systemet er registrert som ansvarlig behandler, også er ansvarlig for at registreringen av prosedyrekoden(e) er korrekt. Man skal ikke lenger registrere kode for utførende helsepersonell. Tilleggskodene for utførende helsepersonell ble satt ut av bruk i 2016.

En prosedyre skal registreres når den er utført, ikke ved rekvirering eller henvisning. Normalt skal den registreres ved den avdelingen som har behandlingsansvaret for pasienten på det tidspunktet prosedyren utføres, selv om prosedyren er utført ved en annen avdeling. Overordnet ansvar for kodingen ligger hos avdelingens faglige leder. Institusjonen må selv sørge for å fastsette rutiner slik at kodene blir registrert, og at de blir registrert ved riktig avdeling.

Prosedyrer skal registreres med den koden som gjelder på det tidspunktet en prosedyre *utføres*. Revisjon av kodeverkene skjer årlig, og endringer trer i kraft fra 1.januar. Utførte aktiviteter som registreres med en prosedyrekode skal dokumenteres i pasientens journal i forbindelse med en konkret pasientkontakt (episode).

Registrering av flest mulig prosedyrer ved en poliklinisk konsultasjon eller ved et avdelingsopphold er ikke intensjonen med prosedyrekodeverkene. De er utarbeidet for å gi mulighet til systematisk å dokumentere medisinske tiltak og for å gi et godt grunnlag for statistikk.

Opplysninger om døgnopphold, poliklinisk og ambulant behandling er ikke opplysninger som inngår i prosedyrekodeverket. Dette er administrative opplysninger som inngår i den generelle rapporteringen til Norsk pasientregister.

Vedlikehold av prosedyrekodeverket er avhengig av at fagmiljøene deltar aktivt. Forslag til endringer, melding om feil eller spørsmål knyttet til prosedyrekodeverkene kan sendes til kodehjelp@ehelse.no.

5.5 IKA/INA-prosedyrer

Betegnelsene IKA («ikke klassifisert annet sted») og INA («ikke nærmere angitt») i en prosedyretekst karakteriserer samlegrupper av prosedyrer som mangler spesifikke prosedyrekoder. Ettersom samlegrupper har begrenset informasjonsverdi og i tillegg vil kunne bidra til forringet kodekvalitet ved at spesifikke prosedyrekoder som skal

foretrekkes ikke blir registrert, er mengden koder med slik betegnelse redusert så mye som mulig.

Dersom man ikke finner prosedyrekoden for en spesifikk prosedyre, bes dette meldt til kodehjelp@ehelse.no med en beskrivelse av prosedyren, se 5.7 *Ønsker om endringer i prosedyrekodeverkene*.

5.6 Tilleggskoder i kapittel Z

Z-koder er tilleggskoder til andre prosedyrekoder og gir indikasjon på om det foreligger spesielle omstendigheter ved gjennomføringen av en prosedyre. Ved registrering av en prosedyre der en ønsker å gi tilleggsopplysninger ved hjelp av en tilleggskode, registreres tilleggskoden derfor sammen med selve prosedyrekoden. Z-kodene har ingen betydning hvis de står alene.

Tilleggskodene kan i prinsippet benyttes i kombinasjon med koder fra både NCMP og NCSP og NCRP. Likevel skal enkelte av dem av tekniske grupperingsmessige årsaker for DRG-beregning kun brukes i tilknytning til koder for kirurgiske prosedyrer (NCSP-koder) og radiologiske intervensjonskoder (NCRP-koder). Eksempel: **ZXA 10 Bilateral**, som skiller mellom unilaterale og bilaterale inngrep. Dette vil være angitt i kapittel 25 *Kapittelspesifikke og kodespesifikke merknader for prosedyrekoder*, side 168ff.

5.7 Ønsker om endringer i prosedyrekodeverkene

Kodeverkene NCMP, NCSP og NCRP vil bli oppdatert én gang per år, og endringer i kodeverkene publiseres fra hjemmesiden til Direktoratet for e-helse. FinnKode vil alltid inneholde oppdatert kodeverk.

Vi tar gjerne imot innspill om endringer i prosedyrekodeverkene. Skjema for «Ønske om endringer i de helsefaglige kodeverkene» ligger tilgjengelig på våre [hjemmesider](http://hjemmesider.ehelse.no) ehelse.no, og kan sendes ferdig utfylt til kodehjelp@ehelse.no

Frist for innspill er **1. mars** for NCRP, og **1. mai** for NCSP og NCMP.

6 VEILEDNING TIL NCMP 2019

Veiledningen gir en beskrivelse av kodeverket NCMP, dets oppbygning, innhold og bruk. De fleste som koder innen spesialisthelsetjenesten vil bruke dette kodeverket. Merk at det er egne avsnitt for prosedyrekoder for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk og psykisk helsevern for voksne og for habilitering og rehabilitering.

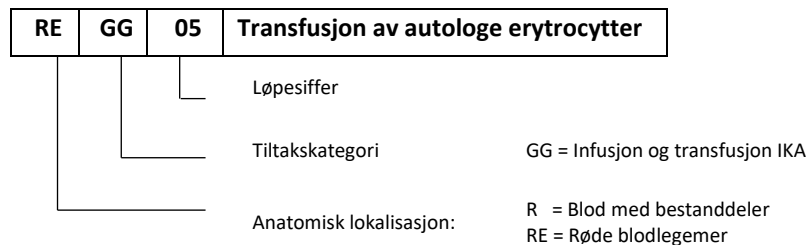
6.1 Innledning

Den norske klassifikasjon for medisinske prosedyrer, NCMP, inneholder koder for kliniske prosedyrer som ikke er kirurgiske eller radiologiske. Se kapittel 5 *Generelt om prosedyrekodeverkene*, side 40ff for generelle regler for bruk av prosedyrekodeverkene, og fremgangsmåte ved ønske om nye koder.

Dette kapitlet beskriver forhold som er spesielle for NCMP.

6.2 Kodestruktur i NCMP

En NCMP-kode består av fire bokstaver og to sifre uten mellomrom. Med unntak for kapittel I og O identifiserer koden den tilhørende anatomiske lokalisasjon og tiltakskategori som illustrert for koden **REGG05 Transfusjon av autologe erythrocytter**:



Følgende tabell angir tiltakskategoriene i NCMP. Merk: Kapittel I, O og W benytter ikke disse tiltakskategoriene.

Kategorigruppe	Kode	Type kategori
A. Intensivtiltak	AA	Overvåking/monitorering
	AB	Intensivbehandling
	AG	Generell anestesi
	AJ	Sedering
	AL	Lokal og regional anestesi IKA
	AP	Blokader IKA
	AT	Væsketerapi og (par-)enteral ernæring
	AV	Assistert ventilasjon
D. Bildeundersøkelser	DP	Foto, film, video o.l.
E. Endoskopi	EX	Endoskopi INA
F. Diagnostiske tester, observasjoner og målinger	FC	Kapasitet/Volumetri
	FE	Elektrofysiologiske undersøkelser
	FF	Flowmåling
	FM	Trykkmåling
	FT	Mikroskopi
	FX	Diagnostiske tester, observasjoner og målinger IKA
G. Klinisk medisinske tiltak IKA	GB	Stimulering ved elektriske eller magnetiske impulser
	GC	Bruk av spesifiserte instrumenter (katetre, pumper o.l.)
	GD	Dialyse, (dia-)filtrasjon o.l.
	GG	Infusjon og transfusjon IKA
	GM	Farmakoterapi (eksklusive cytostatika)
	GP	Oksygenbehandling
	GS	Prøvetaking av vev, celler eller væsker
	GT	Justering eller kontroll av apparatur og implantat
O. Onkologi	OA	Stråleterapi
	OB	Brakyterapi
	OC	Cytostatikaterapi
P. Intervensjon	PE	Perkutane endovaskulære inngrep
S. Kirurgi (midlertidig klassifisering)	SY	Protoser o.l.
X. Administrative tiltak	XJ	Fagspesifikk rådgiving, teknisk opplæring, skoler o.l.

I likhet med NCSP er prosedyrene i NCMP så langt det er mulig sortert etter den anatomiske lokalisasjon prosedyren tilhører. Kapitlene I «Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk og psykisk helsevern for voksne», O «Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, inkludert private rehabiliteringsinstitusjoner med avtale» og W «Tiltak ikke klassifisert i andre kapitler» inneholder imidlertid prosedyrer som ikke naturlig hører inn under et spesifikt organorientert kapittel.

6.3 Hvilke prosedyrer skal og skal ikke kodes

Alle prosedyrer er direkte eller indirekte rettet mot en pasient (alene eller i gruppe). Utførte aktiviteter forventes å være dokumentert i pasientens journal i forbindelse med en konkret pasientkontakt (episode).

Det er ikke utarbeidet prosedyrekoder for aktiviteter som i stor grad utføres for et flertall av pasientene og som anses som en «grunnleggende» aktivitet.

NCMP er utviklet med tanke på relevans for statistikk. Administrative opplysninger som bruk av tid, ressursbruk og bruk av tolk skal ikke registreres. Enkelte slike opplysninger rapporteres via NPR-meldingen for oppholdet. Følgende prosedyrer er ikke ment å bli registrert og er derfor heller ikke med i kodeverket:

- Vanlig klinisk undersøkelse av pasienten
- Anamneseopptak eller senere samtaler med pasient eller pårørende
- Preoperativ informering av pasienten
- Utfylling av skjemaer, attester eller annet administrativt arbeid
- Enkle og hyppig utførte prosedyrer som ikke er relevante for medisinsk statistikk, for eksempel blodprøvetaking, vanlig EKG og telemetriovervåkning på sengepost.
- Prosedyrer som nødvendigvis må utføres under eller som følge av en annen prosedyre, f.eks. vedlikeholdsprosedyrer som stell/kontroll/rensing/skylling av utstyr. Det samme gjelder fjerning av enkle innretninger som sonder og katetre.

6.4 Behandling i gruppe

Alle prosedyrer rettes direkte eller indirekte mot én enkelt pasient. Ved behandling av pasienter i grupper (pasientgruppe eller flerfamiliegruppe) vil en og samme gjennomføring av en gruppebehandling måtte registreres for hver enkelt pasient som inngår i gruppen. Gruppebehandling skal dokumenteres i hver av de deltakende pasientenes journal, og også rapporteres til Norsk pasientregister (NPR) i henhold til gjeldende regler i den grad NPR krever dette. Koder for gruppebasert aktivitet kan bare benyttes når de formelle kravene til slik aktivitet er oppfylt, se årets regelverk for Innsatsstyrt finansiering.

6.5 Spesielle prosedyrekoder

6.5.1 Radiologiske prosedyrer

Radiologiske undersøkelser som utføres av andre enn radiologer som en naturlig del av klinisk arbeid er fra 2016 tatt ut av NCMP, og skal nå kodes med aktuell kode fra NCRP. Koder for radiologiske undersøkelser uten intervensjon finnes i prosedyrekodeverkets kapittel S, og koder for bildeveiledet intervensjon som NCRP-koder i tilhørende organkapittel.

6.5.2 Laboratorieundersøkelser

Disse kodes i egne kodeverk, se <https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referanse katalog/helsefaglige-kodeverk/laboratoriekodeverket>. Enkelte koder for slike undersøkelser finnes likevel i NCMP, for eksempel **BCFX00 Funksjonstest ved synacthenstimulering** og **RAFT00 Mikroskopi av beinmargsutstryk**. Disse er ment å dekke

undersøkelser der både kliniker og pasient er til stede eller der kliniker utfører prosedyren pasientnært og under det aktuelle oppholdet.

6.5.3 Anestesiprosedyrer

Eget anestesikodeverk brukes for å beskrive anesthesiologiske forhold i detalj, men det finnes også enkelte koder i NCMP. Disse skal brukes i tilfeller hvor anestesi ikke gis rutinemessig. Dersom anestesi er en forutsetning for å kunne utføre en prosedyre, trenger ikke anestesikoden registreres.

6.5.4 Bruk av legemidler

Legemiddelbehandling kan registreres med koder i kategorien **WBG M Farmakoterapi (eksklusive medikamentell svulstbehandling)**. Det stilles ikke krav om generell registrering av all farmakoterapi. Kodene i dette kapitlet brukes når det er behov for å registrere medikamentbruk av statistiske grunner eller når aktivitetsbasert finansiering krever dette. Om legemiddelbehandling kodes må det aktuelle legemiddel også angis med ATC-kode eller annen kode som brukes til dette formål. Se også årets liste over nasjonale særkoder og årets regelverk for Innsatsstyrt finansiering.

For enkelte andre NCMP-koder, f.eks. **AXFX00 Diagnostisk legemiddeltest**, kreves registrering av ATC-kode.

6.5.5 Medikamentell behandling av svulster

Medikamentell behandling av svulster (både godartede og ondartede) kodes med koder fra kategorien **WBOC Medikamentell svulstbehandling**. En slik kode skal alltid registreres, både ved innleggelse og poliklinisk kontakt. Koden for medikamentet som er benyttet skal også registreres, enten med en særkode (hvis den finnes) eller ATC-kode. Dersom datasystemet ikke gir mulighet for å registrere alle aktuelle ATC-koder brukes den eller de som en antar er de viktigste for behandlingen. Se også årets regelverk for Innsatsstyrt finansiering.

6.5.6 Hvor ofte skal det registreres prosedyrekoder?

Prosedyrekodene registreres ikke for å dokumentere det totale innholdet i utredning, behandling, rehabilitering og oppfølging av pasienter. Registreringen skal vise hva som faktisk er gjennomført. Registrering av flest mulig koder er ikke intensjonen.

Poliklinikk

Ved poliklinisk kontakt registreres utført(e) prosedyre(r) ved hvert frammøte.

Døgnopphold

For pasienter i døgnenheter registreres aktuell prosedyre ved første gjennomføring og eventuelt med en tilleggskode fra kapittel ZWNM som viser planlagt hyppighet for gjennomføring. ZWNM-koden registreres på nytt hvis hyppighet av gjennomføring endres underveis i oppholdet inkl. hvis regelmessig gjennomføring av prosedyren stoppes.

Ambulant virksomhet

Når en konsultasjon utføres ambulant registreres prosedyrekoder i etterkant. De formelle kravene til ambulant behandling må være oppfylt for å kunne registrere prosedyrekoder knyttet til ambulant behandling, se årets regelverk for Innsatsstyrt finansiering.

6.6 Veiledning til prosedyrekoder for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbruk (TSB) og psykisk helsevern for voksne (kapittel I)

6.6.1 Innledning

Kapittel I *Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB) og psykisk helsevern for voksne* inneholder i hovedsak prosedyrekoder for utredning og behandling.

Aktuelle prosedyrer finnes også i andre deler av prosedyrekodeverket og skal registreres når de er gjennomført i enheter innen TSB eller psykisk helsevern for voksne. Særlig aktuelle koder finnes i kapittel O der blant annet prosedyrer for rehabilitering og samhandling er beskrevet, i kategori **ZWN** i kapittel Z (tilleggskoder for hyppighet av utføring av en prosedyre) og kategori **WBG** i kapittel W (administrasjon av legemidler).

Registrering av prosedyrekoder ble gjort obligatorisk 1.9.2010 og inngår i rapporteringen til Norsk pasientregister (NPR). Prosedyrer i kapittel I inngår, med noen unntak, ikke som grunnlag for finansiering i 2019.

Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) er ikke pålagt å registrere prosedyrekoder. Prosedyrekodene kan også frivillig benyttes i PHBU, når de er dekkende for den aktiviteten som er utført.

6.6.2 Formål

Prosedyrekodene skal gi informasjon om hvordan pasienter i spesialisthelsetjenesten utredes, behandles og følges opp, inkludert prosedyrer om brukerinvolvering, oppfølging av pasienters barn, samarbeid med pårørende og andre tjenesteytere samt evaluering av tiltak i behandlingsplaner.

6.6.3 Kodenes oppbygning

Prosedyrekodene har en oppbygging hvor hovedinndelingen er type aktivitet (f.eks. **IA Utredning**). Hver type aktivitet deles inn i ulike seksjoner (f.eks. **IAA Utredning av pasientens psykiske helse, bruk av rusmidler og kompliserende følgetilstander**).

Kodene består av fire alfabetiske tegn og to sifre. Det er ingen mellomrom i kodene. Kodene identifiserer den tilhørende aktivitetstypen og seksjonen som illustrert nedenfor.

Tegn 1 Det første tegnet er alltid «I» for disse prosedyrene

I er kapitlet i NCMP

Tegn 2 Uttrykker aktivitetstyper som representeres med én bokstav (A - D)

- A Utredning (IA)
- B Behandling (IB)
- C Evaluering (IC)
- D Samhandling (ID)

Tegn 3 Seksjon

Seksjonene grupperer prosedyrer mht. hva de retter seg mot eller forsøker å gjøre noe med.

Utredning

- A Utredning av pasientens psykiske helse, bruk av rusmidler og kompliserende følgefaktorer (IAA)
- B Utredning av pasientens fysiske tilstand (IAB)
- C Utredning av andre faktorer (IAC)

Behandling

- A Behandlingsplan (IBA)
- B Psykoterapi (IBB)
- C Psykofarmakologisk behandling (IBC)
- D Psykososial behandling (IBD)
- E Kombinert psykologisk og somatisk behandling (IBE)

Evaluering

- A Evaluering av behandlingsplan (ICA)

Samhandling

- A Ansvarsgruppemøte (IDA)

Tegn 4 Underinndeling innen hver seksjon

Bokstav som unikt identifiserer prosedyrer innenfor hver enkelt seksjon.

Tegn 5 og 6 Ytterligere detaljering av prosedyren

De fleste prosedyrekodene i kapittel I har ingen ytterligere detaljering og har 0 (null) som 5. og 6. tegn. For noen få prosedyrer beskriver det 5. tegnet en ytterligere detaljering av prosedyren.

6.6.4 Prosedyrekodenes tekst

Prosedyrekodene beskrives med sine unike kodetekster som skal kunne forstås på samme måte av ulike helsepersonellgrupper. De fleste av kodene har i tillegg en forklaring (undertekst) for å tydeliggjøre betydningen av prosedyren.

Det er viktig å lese både kodeteksten og underteksten til kodene for å avgjøre hva som er korrekt prosedyrekode for en (eller flere) aktiviteter. Underteksten er nødvendig for en komplett forståelse av prosedyrekoden. Hvis den ikke vises i pasientadministrativt system kan den letes opp fra [FinnKode](#).

6.6.5 Terminologi

Utredning omfatter datainnsamling ved hjelp av systematiske intervjuer, strukturerte kartlegginger og vurderinger.

Systematisk intervju/kartlegging innebærer planlagt og målrettet innhenting av informasjon, men uten bruk av standardiserte verktøy.

Strukturert kartlegging innebærer at det skal være benyttet standardiserte verktøy som beskrevet i prosedyrekodens undertekst. Fremgangsmåten som er benyttet skal fremgå av pasientens journal.

Vurderinger innebærer både bruk av systematisk/strukturert kartlegging og klinisk intervju som danner grunnlag for å treffe beslutninger, for eksempel **IAAG00 Voldsrisikovurdering**.

Behandlingsplan er en plan for tiltakene i en poliklinisk behandlingsperiode eller et døgnopphold. Pasienten, eventuelt pårørende og involverte behandlere medvirker i utformingen. En lokal behandlingsplan kan inngå som del av en individuell plan (IP).

Tverrfaglig utredning og behandling

For å kunne kalle utredningen/behandlingen tverrfaglig kreves et samordnet utrednings- eller behandlingsopplegg hvor de involverte faggruppene opererer som et samlet team i motsetning til at pasienten henvises fra en faggruppe til en annen eller hvor en utøver assisteres av en eller flere andre fagpersoner.

6.6.6 Midlertidig særkode fra 2018

I påvente av revisjon av kapittel I i prosedyrekodeverket er det fra 2018 innført en midlertidig særkode, til bruk for psykisk helsevern for voksne og TSB. Koden kan også benyttes i BUP, når det er aktuelt.

B0007 Terapeutassistert eksponeringsterapi

Koden skal kun anvendes når behandlingen:

- er del av strukturert og planlagt eksponeringsterapi
- har varighet på minimum 60 minutter
- gjennomføres i kontekster der pasientens problemer utspiller seg

6.7 Veiledning til prosedyrekoder for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, inkludert private rehabiliteringsinstitusjoner med avtale (kapittel O)

6.7.1 Innledning

Prosedyrekodeverk for habilitering og rehabilitering ble gjort obligatorisk fra 1.1.2010 og inngår i rapportering til NPR.

Det var i 2015 en samordning av kapittel I og kapittel O i NCMP, for å fjerne dubletter av koder. Koder er heretter plassert i det kapitlet der de mest logisk hører hjemme. Aktuelle prosedyrer finnes derfor også i andre deler av prosedyrekodeverket og skal registreres når de er gjennomført i enheter for fagområdet (re)habilitering.

6.7.2 Formål

Prosedyrekodeverket skal gi informasjon om hva som gis av tjenester til den enkelte bruker/pasient i den individuelle habiliterings-/rehabiliteringsprosessen, uavhengig av diagnose og alder. Bruk av kodeverket skal også gi informasjon om samhandling med andre aktører, f.eks. kommunalt hjelpeapparat. Registreringen skal vise hva som faktisk er gjennomført. Registrering av flest mulig koder er ikke intensjonen.

6.7.3 Kodenes oppbygning

Inndelingen av kodene i kapitlet bygget tidligere på ICF-kodeverkets struktur. Dette er nå endret, og antall seksjoner redusert til 4, etter tema:

- OA Kartlegging/utredning/vurdering
- OB Tiltak
- OC Evaluering av tiltak
- OD Samhandling

Tegn 1 Det første tegnet er alltid «O» og viser til kapitlet i prosedyrekodeverket.

Tegn 2 Uttrykker aktivitetstyper som representeres med én bokstav (A-D)

- A Kartlegging (OA)
- B Tiltak (OB)
- C Evaluering (OC)
- D Samhandling (OD)

Tegn 3 og 4

Benyttes for alfabetisk sortering og har ingen meningsbærende funksjon.

Tegn 5 og 6 Ytterligere detaljering av prosedyren

Benyttes for å angi versjonering av koden. 5.tegn 0 angir at dette er første versjon av denne koden. 6.tegn er foreløpig alltid 0.

6.7.4 Prosedyrekodenes tekst

De fleste prosedyrekodene har en beskrivende undertekst. Kodetekst og undertekst må alltid ses i sammenheng. Ulike verktøy som brukes i kartlegging er gitt som eksempler, og er ikke absolutte krav.

6.7.5 Terminologiske merknader for enkelte typer av aktiviteter

Strukturert kartlegging og kartlegging/utredning innebærer både observasjon og all innhenting/innsamling av informasjon samt analyse/vurdering, hvis ikke annet er angitt. Der det har vært benyttet en spesifisert metode eller en fast fremgangsmåte for kartleggingen skal metoden/fremgangsmåten som er benyttet skal fremgå av pasientens journal.

Rehabiliteringsplan er en lokal plan for tiltakene i en poliklinisk behandlingsperiode eller et døgnopphold. Pasienten, eventuelt pårørende og involverte behandlere medvirker i utformingen. En lokal rehabiliteringsplan kan inngå som en del av individuell plan forankret i kommunen.

Ved *re-/habilitering av pasienter i grupper* (pasientgruppe eller familiegruppe) vil en og samme gjennomføring av en gruppebehandling måtte registreres for hver enkelt pasient som inngår i gruppen. Gruppebehandling skal dokumenteres i hver av de deltakende pasientenes journal, og også rapporteres til Norsk pasientregister (NPR).

6.7.6 Når skal prosedyrekoder registreres?

Poliklinisk rehabilitering

ICD-10-koden **Z50.9 Behandling som omfatter bruk av uspesifisert rehabiliteringstiltak** for poliklinisk rehabilitering kan bare benyttes dersom de formelle kravene til slik virksomhet er oppfylt, se årets regelverk for Innsatsstyrt finansiering. De utførte prosedyrene registreres ved hvert fram møte.

Døgnopphold (et opphold er en episode)

For pasienter i døgnopphold skal prosedyrekoder registreres både ved vanlig (**Z50.89**) og kompleks rehabilitering (**Z50.80**). Koden registreres ved første gjennomføring sammen med tilleggskode som viser planlagt hyppighet. Prosedyren registreres på nytt hvis hyppighet endres eller stoppes underveis i oppholdet. Det er ønskelig, men ikke et krav, at tilleggskoder registreres, på grunn av tekniske utfordringer. Se avsnitt 5.6 *Tilleggskoder i kapittel Z*, side 42.

7 VEILEDNING TIL NCSP 2019

Oppbygningen av det kirurgiske prosedyrekodeverket NCSP gjennomgås i relativt høy grad av detalj, og det gis veiledning i bruk av det. Dette kapitlet er hovedsakelig av nytte for de som koder kirurgiske inngrep.

7.1 Innledning

The NOMESCO Classification of Surgical Procedures (NCSP) ble utarbeidet som et felles nordisk prosjekt av Nordisk medisinalstatistisk komité (NOMESKO), og er den første felles nordiske klassifikasjon av kirurgiske inngrep. Første utgave (versjon 1.0, 1996) bygget på kirurgisk praksis i de nordiske land i 1994. Den vedlikeholdes av en nordisk referansegruppe for medisinske klassifikasjonsspørsmål i regi av det nordiske WHO-senteret for sykdomsklassifikasjon, med årlige oppdateringer av tekstfilen til klassifikasjonens grunnversjon, som er på engelsk (heretter kalt NCSP-E). Den første norske utgaven: *Klassifikasjon av kirurgiske inngrep 1999* (NCSP-N) bygget på versjon 1.3, gjeldende fra 1. januar 1999, og ble tatt i bruk i Norge fra denne dato.

Se kapittel 5 *Generelt om prosedyrekodeverkene*, side 40ff for generelle regler for bruk av prosedyrekodeverkene, og fremgangsmåte ved ønske om nye koder.

Endringer fra 2016

I 2016 ble det gjort en omfattende revisjon av alle prosedyrekodeverkene. De tre prosedyrekodeverkene NCSP, NCMP (*Norwegian classification of medical procedures*) og NCRP (*Norwegian classification of radiological procedures*) ble tilpasset hverandre slik at de kan brukes uten forveksling, og vises samlet i [FinnKode](#).

Hovedendringene ved revisjonen av NCSP i 2016 var disse:

- Prosedyrekoder som har hatt likelydende innhold (dubletter) ble fjernet, og den gjenværende koden finnes bare i ett av de tre kodeverkene.
- Prosedyrekoder for bildeveiledete intervensjoner ble flyttet fra NCSP til NCRP, og disse prosedyrene fikk nye koder.
- Alle koder for bildediagnostiske undersøkelser ble lagt til NCRP, og disse prosedyrene fikk nye koder.
- Koder for mindre kirurgiske inngrep og koder for transluminal endoskopi ble flyttet til kapitlene for den anatomiske region som inngrepet utføres i, og fikk nye koder.

For NCSP innebar dette til dels store forandringer i de fleste kapitlene, ved at svært mange prosedyrer ble flyttet og fikk nye koder. Kapittelstrukturen er beholdt, og det er ingen endring i strukturen av NCSP-kodene.

Det kan også være endringer i undertekster. Fullstendige undertekster vises i [FinnKode](#). Brukerne av kodeverket anbefales å konferere teksten i [FinnKode](#) eller i PDF-utgaven av de samordnede prosedyrekodeverkene for å få en fullstendig oversikt.

7.2 Klassifikasjonens struktur

7.2.1 Oversikt

NCSP består av 15 hovedkapitler (A-H, J-N, P-Q) med prosedyrer ordnet etter funksjonelt-anatomisk organsystem, et kapittel (Y) som inneholder prosedyrer med tilknytning til transplantasjoner og et kapittel med tillegskoder (Z).

Inngrepskodene i kapitlene A-Y er klassifikasjonens grunnkoder. Grunnkodene omfatter alle aksepterte kirurgiske inngrep og et utvalg av prosedyrer med tilknytning til kirurgisk virksomhet. Tillegskodene i kapittel Z inneholder tilleggsinformasjon om den prosedyre som beskrives av grunnkoden. Se avsnitt 5.6 *Tillegskoder i kapittel Z*, side 42.

7.2.2 Kodestruktur

Kodene i NCSP består av tre alfabetiske kodeposisjoner (1-3) og to numeriske posisjoner (4 og 5). Alle versaler (store bokstaver) i det engelske alfabet tillates i de alfabetiske posisjoner, unntatt I og O, men ikke alle er tatt i bruk.

Prosedyrekodene er knyttet til organsystem, men ikke til de enkelte kirurgiske spesialiteter.

I prinsippet er diagnostisk informasjon utelukket fra prosedyrekodene, med unntak av inngrep som er unike for en diagnose, og hvor den diagnostiske informasjon er nødvendig for å oppnå en hensiktsmessig kode og konsis kodetekst.

Eksempler:

FHE 00 Transatrial rekonstruksjon ved Fallots tettrade

FHH 10 Utvidelse av ventrikkelseptumdefekt ved double outlet ventrikkel

Hver grunnkode finnes bare på ett sted i klassifikasjonen. Eksklusjonskriterier til en kode vil som regel være ledsaget av krysshenvising til de aktuelle koder, kodegrupper eller kapitler.

For å kunne relatere grunnkodene i klassifikasjonen til generelle pasientdata (som alder, kjønn, etc.), til administrative data, og til elementer fra andre klassifikasjonssystemer (for eksempel kliniske og patologisk-anatomiske diagnoser) er et informasjonsteknologisk støtteapparat uunnværlig. Det foreligger derfor et komplett koderegister i Excel-format for alle prosedyrekodeverkene som kan lastes ned fra Direktoratet for e-helses hjemmesider, www.ehelse.no. I Excelboken vises også koder som i prinsipp er forbeholdt det ene kjønn, koder som bare kan brukes som rene tillegskoder og kodetekster forkortet til maksimalt 60 tegn. Forkortede kodetekster skal bare brukes i systemer som av tekniske grunner ikke kan håndtere lengre kodetekster.

7.2.3 Hovedkapitlene A-Q

I hovedkapitlene A-Q er kodene oppbygget slik:



- Første nivå (posisjon 1) i koden viser til kapittel, og representerer i de 15 hovedkapitlene det funksjonelt-anatomiske organsystem, for eksempel kapittel A – Nervesystemet.
- Andre nivå (posisjon 2) viser til den funksjonelle *anatomiske region* innenfor det aktuelle organsystem, for eksempel regiongruppen AA – Kranium og intrakranielle strukturer. X i posisjon 2 betegner uspesifisert anatomisk region innenfor det aktuelle organsystem.
- Tredje nivå (posisjon 3) viser til en inngrepsgruppe som beskriver inngrepets generelle *metode*, for eksempel prosedyregruppe AAA – Diagnostiske intrakranielle inngrep. Bokstaven W i posisjon 3 betegner eventuelle inngrep som foreløpig ikke finnes i klassifikasjonen («andre»-grupper).
- De to siste sifrene i koden (posisjon 4 og 5), identifiserer det spesifikke inngrep i gruppen, bestemt ved kirurgisk teknikk og presis anatomisk lokalisering. Siffer 9 i posisjon 4 betegner eventuelle «andre»-inngrep på samme måte som W i posisjon 3 betegner «andre»-grupper

Siste siffer i koden (posisjon 5) har spesiell betydning i de hovedkapitler som har tilknytning til bryst- og bukhulen, det vil si følgende:

- F (Hjertet og de store intratorakale kar)
- G (Brystvegg, pleura, diafragma, trachea, bronkier, lunger og mediastinum)
- J (Fordøyelsesorganer og milt)
- K (Urinorganer, mannlige genitalia og retroperitonealrommet)
- L (Kvinnelige kjønnsorganer)
- M (Fødselshjelp og prosedyrer under svangerskap)

I disse kapitlene inneholder siste siffer informasjon om tilgangen, på følgende måte:

- 0, 3 og 6 betegner: Åpen eller annen konvensjonell tilgang (inklusive perkutan tilgang med eller uten bildeveiledning).
- 1, 4 og 7 betegner: Endoskopisk tilgang gjennom snitt eller innstikk (inklusive perkutan, transvaginal, etc.)
- 2, 5 og 8 betegner: Transluminale endoskopisk tilgang (gjennom naturlig eller kunstig kroppåpning).

I kapittel F (Hjertet og de store intratorakale kar), gjelder dette med den modifikasjon at sluttsifrene 2, 5 og 8 brukes for perkutane transluminale inngrep.

I gruppen BC (Binyre) i kapittel B (Endokrine organer), er sifrene 1, 4 og 7 brukt på samme måte, mens 0, 2, 3, 5, 6 og 8 alle kan brukes til inngrep med konvensjonell tilgang.

Den samme bruk av siste siffer gjelder i disse kapitlene også for «andre»-kodene, som har 9 i posisjon 4, mens «andre»-kodene i de øvrige kapitlene har 99 i posisjon 4-5.

Disse «andre»-kodene skal ikke brukes som uspesifiserte koder, kun til å kode (nye) inngrep som ikke finnes i NCSP. Men hver av disse kodene kan omfatte et ubegrenset antall typer mulige inngrep som hører hjemme i den aktuelle inngrepsgruppe (tredje posisjons-gruppe).

7.2.4 Kapittel Y

I kapittel Y er bokstavene for organsystem og anatomisk region rykket en posisjon utover i koden, henholdsvis til posisjon 2 og 3, og det er intet eget nivå for inngrepsgrupper. De to siste sifrene er følgelig løpesifre for kodene, og har ingen meningsbærende funksjon.

7.2.5 Tilleggskoder i kapittel Z

Tilleggskodene i kapittel Z gir generell tilleggsinformasjon som kan anvendes på grunnkodene i alle hoved- og underordnede kapitler. Grunnkodenes definisjon eller kodetekster endres ikke ved tilføyelse av en eller flere tilleggskoder.

Bokstaven Z i kodens posisjon 1 representerer kapittelet, som i alle andre kapitlers koder.

I 2.posisjon betyr bokstavene dette:

C, F, L, P, Q:	Anatomisk lokalisasjon
J:	Tilleggskoder for transluminal endoskopi
S:	Inngrep knyttet til tidligere inngrep
W:	Diverse tilleggskoder
X:	Tilgjengelige koder til bruk for alle kapitler
Z:	Transplantater

I 3. posisjon betyr bokstavene anatomisk underinndeling når de kommer etter bokstavene C, F, L, P, Q. Etter de øvrige har de ingen meningsbærende funksjon.

De to siste tegnene er løpesifre for kodene.

Ytterligere kapitelspesifikke Z-kodegrupper kan opprettes etter hvert som fagmiljøene etterlyser slike koder.

7.3 Kodingsregler

7.3.1 Generelle retningslinjer

Alle fagmiljøer kan bruke koder fra alle de tre prosedyrekodeverkene, når dette er nødvendig for å beskrive det aktuelle inngrepet. Klinikere som gjør bildeveiledet intervensjon må følgelig kode slike inngrep med koder fra NCRP. Koder fra NCMP må brukes for de prosedyrene som har koder i dette kodeverket.

Regler for bruk av koder for bildeveilede intervensjoner og bildediagnostiske undersøkelser er beskrevet i kapittel 8 *Veiledning til NCRP 2019*, side 59ff og for bruk av koder for ikke-kirurgiske prosedyrer i kapittel 6 *Veiledning til NCMP 2019*, side 43ff.

Hovedprinsippet er at ethvert kirurgisk inngrep skal kunne beskrives med en grunnkode (fra hoved- eller underordnet kapittel A-Y), så nøyaktig og utvetydig som mulig, og alltid med bruk av alle fem posisjoner i koden.

Dette prinsipp gjelder også sifrene 96, 97, 98 og 99 i 4-5 posisjon, som beskrevet ovenfor.

Foruten herværende tekst, er klassifikasjonen i de enkelte kapitler utstyrt med detaljert veiledning i form av korte, forklarende tekster om inklusjon, eksklusjon, kryssreferanser og henvisninger til tillegskoder.

Eksempel:

JDD

Total gastrektomi

Inklusive: Omentektomi og reseksjon av tilstøtende øsofagus

Inklusive: Lokal lymfeknutedisseksjon

Tillegskode for utvidet lymfeknutedisseksjon (f.eks. D2): Se PJD 98

Samtidig separat torakotomi: Se GAB 10, torakolaparotomi: Se JAH 40

Samtidig splenektomi: Se JMA 10

Subtotal gastrektomi: Se JDC

JDD 00 Total gastrektomi med Roux-en-Y øsofagojejunostomi

JDD 01 Laparoskopisk total gastrektomi med øsofagojejunostomi (Roux-en-Y)

JDD 96 Total gastrektomi med annen rekonstruksjon

Inklusive: Med konstruksjon av reservoar

Bruken av *Inklusive:* ovenfor er til å gjøre rede for tekniske aspekter eller detaljerte modifikasjoner av inngrepet som omfattes av kodens definisjonsmessige avgrensning, men som ikke nødvendigvis er obligatoriske for bruk av koden. I andre tilfeller kan *Inklusive:* beskrive synonymmer til de termer som er benyttet i kodeteksten.

7.3.2 Bruk av tillegskoder

Tillegskodene i kapittel Z skal alltid knyttes til en grunnkode. De kan aldri stå alene, og tjener bare som bærere av generell tilleggsinformasjon om inngrepene.

7.3.3 Terminologiske merknader

Kodetekstene er deskriptive og har til hensikt å gjengi vanlig terminologisk praksis blant nordiske kirurger. Men denne hensikten gjelder kun klassifikasjonsformål – kodetekstene skal ikke være normgivende for terminologien i operasjonsbeskrivelser og journaler! Det er tilstrebet en mest mulig enhetlig terminologi i hele klassifikasjonen, og dette medfører visse avvik fra de vanligste betegnelser på enkelte inngrep i noen kirurgiske spesialiteter. En kodetekst har avgrensende funksjon, og kan ofte omfatte flere nært beslektede modifikasjoner av et kirurgisk inngrep. Den er utformet for å definere det utvalg av inngrep som omfattes av den aktuelle kode. I en operasjonsbeskrivelse kan man være bedre tjent med å bruke termer som er mer spesifikke eller som er lokalt akseptert og foretrukket ved den aktuelle kirurgiske enhet. Forutsatt at de riktige prosedyrekoder blir brukt for registreringsformål, er det ikke noe mål for NCSP å erstatte tradisjonell kirurgisk terminologi i operasjonsbeskrivelser med kodetekster fra NCSP.

Inngrep med *åpen eller annen konvensjonell tilgang* vil vanligvis ikke ha tilgangen spesifisert i kodeteksten. Merk at åpen eller konvensjonell tilgang forutsettes hvis ikke annet er angitt i kodeteksten.

Reseksjonsinngrep: I den engelske grunnversjonen av NCSP benyttes termen *excision* som omfattende ekstirpasjon, reseksjon, enukleasjon og lignende, og det skilles mellom partiell og total eksisjon. I den norske utgaven benyttes i hovedsak eksisjon om total eller subtotal fjerning av et organ, reseksjon om partiell eksisjon, og ekstirpasjon, evt. enukleasjon om fjerning av en lokalisert lesjon fra et organ eller vev.

Reseksjonsinngrep hvor kodeteksten har sluttstavelsen *–ektomi* brukes i tilfelle hvor dette har nordisk tradisjon om *eksisjon* av et organ, altså total eller subtotal fjerning. (I den engelske grunnutgaven er det tilsvarende *–ectomy* brukt om både eksisjon og reseksjon, etter engelskspråklig terminologisk tradisjon.)

Termen *lesjon* omfatter alle slags lokale forandringer i organer eller vev, således tumor i klinisk forstand, så vel som flate eller ekskaverte vevsforandringer eller defekter, uansett om etiologien er neoplastisk, inflammatorisk, traumatisk eller av annen patologisk natur.

Reoperasjon er i kodeverket definert til å ha direkte relasjon til primærinngrepet og det skal være en åpenbar sammenheng mellom den opprinnelige operasjonen og reoperasjonen (eks. blødning, infeksjon, sårruptur). I tillegg skiller en mellom feiloperasjon, reoperasjon og sekundær/tilleggsoperasjon. Eksempelvis er lokalt residiv karakterisert som en sekundær operasjon og ikke en reoperasjon (kode **ZSX 05**, **ZSX 10**, **ZSX 15**). Hvis en skal kode en operasjon der det er utført en tidligere operasjon og dette ikke karakteriseres som reoperasjon kan denne kodes med aktuell kode fra kategorien **ZS**, med to siste tegn 00.

7.3.4 Koderekkefølge for reoperasjoner og tilleggs-koder

Reoperasjoner: Koden for reoperasjon (bokstaven W i posisjon 2) bør være den *første* koden som brukes for å registrere en reoperasjon, etterfulgt av kodene for de spesifikke inngrep som ble utført under reoperasjonen. Datasystemer må utformes slik at koden for et spesifikt inngrep brukes som koden for selve inngrepet, selv om den står etter en reoperasjonskode.

Tilleggs-koder: Kodene fra kapittel Z bør oppføres *umiddelbart etter* den grunnkode de er knyttet til. Hvis det brukes mer enn en tilleggs-kode til et inngrep, bør koder fra gruppene **ZXA-ZXD**, **ZZ** og *kapittelspesifikke Z-grupper* som beskriver tekniske detaljer ved enkeltinngrep oppføres *før* andre tilleggs-koder (fra gruppene **ZXE-ZXG** og **ZS**), som beskriver omstendigheter og inntrufne hendelser som gjelder hele operasjonsseansen.

Eksempel:

JCE 40 Rekonstruksjon av øsofagus med lapp
ZZR 10 Lapp av hud og muskel

og om ønsket:

ZXD10 Elektivt inngrep
ZXE20 Mer enn tre og inntil fem timer
ZXG 05 Peroperativ lukket hjertekompresjon

7.3.5 Sammensatte og multiple inngrep

Enkelte veletablerte standardinngrep består av mer enn en enkeltprosedyre som ellers kan utføres som selvstendig inngrep. Hvis et slikt standardinngrep er vanlig og uten unntak alltid omfatter de samme delinngrepene, kan det sammensatte inngrepet være tildelt en egen grunnkode, som en *sammensatt* grunnkode.

En sammensatt grunnkode er likeverdig med enhver annen grunnkode og representerer alle inngrepets delinngrep, som ikke skal kodes hver for seg.

Eksempel:

JAH 20 Eksplorativ laparotomi med systematiserte lymfeknutebiopsier
«Staging laparotomi» ved lymfomer. Omfatter også leverbiopsi
Samtidig splenektomi: Se **JMA 10**

Ved dette inngrepet, brukes ikke separate koder for lymfeknutebiopsi og leverbiopsi, som utføres uten unntak. Splenektomi utføres vanligvis, men ikke uten unntak, og må derfor kodes separat.

Hvis derimot lymfeknutedisseksjon inngår i en operasjon hvor inngrepets grunnkode ikke omfatter fjerning av lymfeknuter, må det benyttes egen kode for dette.

Eksempel:

HAB 40 Kilereseksjon av mamma
PJD 42 Eksisjon av aksillær lymfeknute

og om ønsket:

ZXA 00 Høyre side

7.3.6 Koderekkefølge ved multiple inngrep

Hvis det utføres mer enn et inngrep i samme seanse, og det ikke finnes en sammensatt kode som omfatter kombinasjonen, må det registreres flere koder med koden for *hovedinngrepet* som første kode, og de øvrige i kronologisk rekkefølge. Hovedinngrepet er det inngrep som etter kirurgens bedømmelse er mest omfattende og krever størst ressursbruk.

Eksempel:

GAE 26 Rekonstruksjon av brystvegg ved skade
AAD 00 Evakuering av epiduralt hematom
EDC 34 Lukket reposisjon og immobilisering av fraktur av corpus mandibulae

og om ønsket:

ZXD 00 Øyeblikkelig hjelp

Urelaterte inngrep som utføres samtidig kodes som multiple inngrep.

Eksempel:

JKA 20 Kolecystektomi
JAB 10 Operasjon for lyskebrokk

og om ønsket:

ZXD 10 Elektivt inngrep

Hvis det benyttes tilleggskoder til enkeltinngrep under en operasjon som består av flere inngrep, plasseres tilleggskodene umiddelbart etter den delprosedyre de tilhører.

Eksempel:

PDG 10 Operasjon på infrarenale bukaorta for aneurisme
ZXD 10 Elektivt inngrep
PDE 30 Trombektomi eller embolektomi i iliakalarterie
ZXD 00 Øyeblikkelig hjelp
ZXA 05 Venstre side

7.3.7 Dobbeltsidige operasjoner

Når samme inngrep utføres på begge sider, kan operasjonen kodes som to uavhengige inngrep etter hverandre, eller ved å bruke felles grunnkode og tilleggskode for dobbeltsidig inngrep.

Eksempel:

NBJ 51 Osteosyntese av humerusfraktur med margnagle
NBJ 51 Osteosyntese av humerusfraktur med margnagle

eller:

NBJ 51 Osteosyntese av humerusfraktur med margnagle
ZXA 10 Bilateral

7.3.8 Operativ tilgang

Ved inngrep hvor bare én operativ tilgang er mulig, skal separat kode for tilgangen (for eksempel laparotomi, torakotomi, kraniotomi) *ikke* brukes. Det skal heller ikke brukes separat kode for tilgang hvis den enkleste eller vanligste tilgang benyttes. Hvis en mer omfattende tilgang benyttes, kan det registreres en separat kode for denne.

Eksempel:

JBC 00 Gastroøsofageal antirefluksoperasjon
GAB 10 Antero- eller posterolateral torakotomi

Legg merke til at tilgangskoden er plassert etter koden for hovedinngrepet under operasjonen.

8 VEILEDNING TIL NCRP 2019

Koder i NCRP beskriver prosedyrer der det benyttes bildeveiledning. Kodene skal brukes av alle typer helsepersonell som utfører prosedyrer der det inngår bildeframstilling.

8.1 Innledning

Fra 1.1.2012 har det vært obligatorisk å benytte koder fra kodeverket NCRP i registrering av utførte undersøkelser og intervensjoner i radiologiske og nukleærmedisinske enheter (bildediagnostiske avdelinger og private røntgeninstitutter).

Fra 01.01.16 er det obligatorisk å benytte NCRP-koder for registrering av *alle* utførte undersøkelser og intervensjoner som benytter bildeteknikk, uavhengig av om disse er utført i kliniske avdelinger eller ved bildediagnostiske (radiologiske) og nukleærmedisinske enheter. Se 8.3 *Bruk av kodene i NCRP*, side 62ff.

8.1.1 Nytt i 2019

Det er for 2019 gjort mindre endringer i kodeverket. I 2019 er det innført 44 nye NCRP-koder, og kodetekst er revidert for 3 koder. For tidligere endringer se tidligere års utgaver av dette dokumentet.

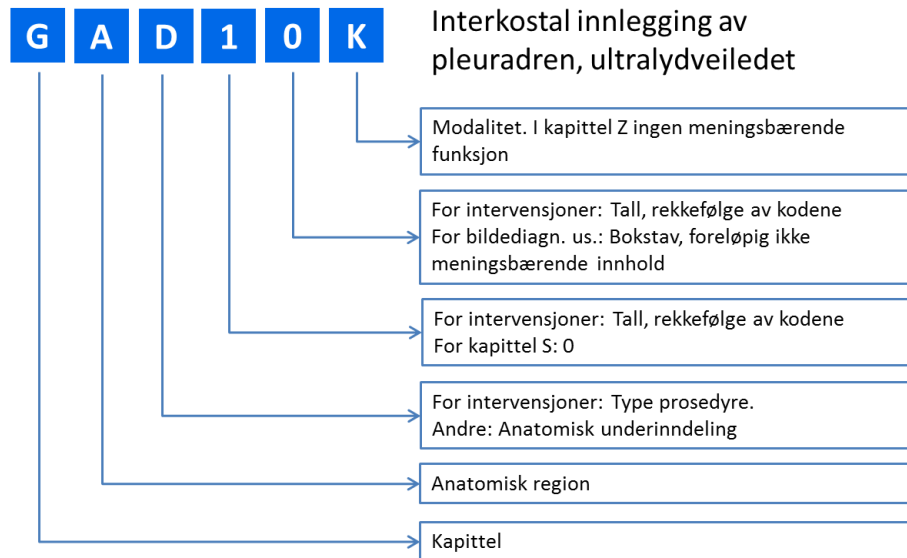
For generelle regler knyttet til bruk av prosedyrekodeverkene, se kapittel 5 *Generelt om prosedyrekodeverkene*, side 40ff.

Koder som er gått ut av bruk vil ikke bli benyttet på nytt med annen mening.

8.2 Klassifikasjonens struktur

8.2.1 Oppbygningen av en kode

Alle NCRP-koder har 6 tegn og er bygget opp slik:



Følgende 6. tegn benyttes for modalitet:

A: Røntgen (RG)	M: PET/MR
B: Røntgen-arteriografi (RGA)	N: Scintigrafi (NM)
C: Røntgen-venografi (RGV)	P: CT-angiografi (CTANG)
D: CT	Q: MR-angiografi (MRANG)
G: MR	T: Nukleærmedisinske terapeutiske prosedyrer (NTP)
K: Ultralyd (UL)	X: Ikke nærmere angitt (INA)
L: PET/CT	

NCRP i revidert form består av 4 hoveddeler:

1. Koder for bildeveilede intervensjoner (avsnitt 8.2.2)
2. Koder for bildediagnostiske undersøkelser (avsnitt 8.2.3)
3. Koder for nukleærmedisinske prosedyrer (avsnitt 8.2.4)
4. Tilleggskoder og koder for radiofarmaka (avsnitt 8.2.5)

8.2.2 Bildeveilede intervensjoner

Bildeveiledet intervensjon defineres som et inngrep i en anatomisk region, et organ eller et organsystem, ved hjelp av en bildedannende modalitet.

En bildeveiledet intervensjon er i utgangspunktet en invasiv prosedyre som utføres som ledd i utredning eller behandling av pasienter.

Koder for bildeveilede intervensjoner gjenfinnes i det organkapitlet de naturlig hører hjemme i etter inndelingen i NCSP (kapittel A-Q).

- A Nervesystemet
- B Endokrine organer
- C Øyet og øyeregionen
- D Øre, nese, bihuler og strupehode
- E Tenner, kjeve, munn og pharynx

- F Hjertet og de store intratorakale kar
- G Brystvegg, pleura, diafragma, trachea, bronkier, lunger og mediastinum
- H Mamma
- J Fordøyelsesorganer og milt
- K Urinorganer, mannlige genitalia og retroperitonealrommet
- L Kvinnelige genitalia
- M Fødselshjelp og prosedyrer under svangerskap
- N Bevegelsesapparatet
- P Perifere kar og lymfesystemet
- Q Hud

Strukturen i intervensjonskodene er slik:

- 1. tegn: alfabetisk Kapittel i kodeverket, tilsvarer anatomisk region
- 2. tegn: alfabetisk Anatomisk lokalisasjon
- 3. tegn: alfabetisk Type prosedyre
- 4. tegn: numerisk Rekkefølge av kodene (ikke meningsbærende)
- 5. tegn: numerisk Rekkefølge av kodene (ikke meningsbærende)
- 6. tegn: alfabetisk Bildedannende modalitet

3.tegn i koder for bildeveiledet intervensjon har denne meningen:

- A Aspirasjon/cytologi/punksjon
- B Biopsi
- C Lukking av perkutan tilgang, vaskulær og ikke vaskulær (f.eks. lungeplugg)
- D Innleggelse av dren, tunnelerte og ikke-tunnelerte katetre
- E Endovaskulær embolektomi/trombektomi
- I Injeksjon av terapeutisk substans unntatt trombolytisk agens (bokstav T)
- K Perkutan eller endovaskulær implantasjon, inkludert ved incisjon
- M Lukking av intravaskulær defekt eller struktur (f. eks. av fistel, aurikkel)
- O Perkutan, endokavitær eller endovaskulær destruksjon av vevskomponenter inkludert ablasjon, tumorbehandling med embolisering og høyfrekvent ultralydbølgebehandling (HIFU)
- P Endovaskulær angioplastikk eller endoluminal ballongplastikk eller dilatasjon
- Q Endovaskulær stent (åpne og dekkede). Endoluminær stent for andre tilstander enn aneurisme, for eksempel i GI-tractus
- R Fjerning av fremmedlegeme under bildeveiledning, inkludert dren og tunnelerte katetre
- S Skifte av dren
- T Endovaskulær injeksjon av trombolytisk agens
- V Endovenøs obliterasjon (inkludert perkutan varicebehandling)
- W Annet
- X Anleggelse av endovaskulær tilgang (for eksempel VAP)
- Y Endovaskulær okklusjonsbehandling (embolisering, coiling)
- Z Endovaskulær innleggelse av stentgraft, for aneurisme

Endovaskulær inkluderer både perkutan og åpen tilgang til karet

Koder for reintervensjoner

NCRP-kodeverket har ingen egne koder for reintervensjoner. Det fremgår av kodingen at det dreier seg om en intervensjon på et organ det tidligere er utført et inngrep på.

8.2.3 Bildediagnostiske undersøkelser

Bilediagnostiske undersøkelser er definert som en avbildning, eller en serie avbildninger eller opptak av en anatomisk region, et organ eller et organsystem, ved bruk av en bildedannende modalitet. Bilediagnostiske undersøkelser benyttes som ledd i utredning av pasienter for å utrede diagnostiske og/eller kliniske problemstillinger.

Koder for bildediagnostiske undersøkelser er nå samlet i kapittel S.

Koder for bildediagnostiske undersøkelser har 3 bokstaver, 1 konstant og 2 bokstaver, og har slik struktur:

1. tegn:	alfabetisk	Bokstav «S» kapitteltilhørighet
2. og 3. tegn:	alfabetisk	Anatomisk lokalisasjon
4. tegn:	numerisk	Ikke meningsbærende. «0» i kapittel S
5. tegn:	alfabetisk	Reservert for ytterligere differensiering
6. tegn:	alfabetisk	Angir bildedannende modalitet

8.2.4 Nukleærmedisinske prosedyrer

Nukleærmedisinske prosedyrer omfatter både nukleærmedisinske undersøkelser og intervensjoner. I nukleærmedisinske prosedyrer benyttes radiofarmaka for diagnostiske og terapeutiske formål.

Koder for nukleærmedisinske prosedyrer er samlet i kapittel T. De har 3 bokstaver, 1 konstant og 2 bokstaver og har følgende struktur:

1. tegn:	alfabetisk	Bokstav «T» (kapitteltilhørighet)
2. og 3. tegn:	alfabetisk	Anatomisk lokalisasjon
4. tegn:	numerisk	Konstant = «0»
5. tegn:	alfabetisk	For PET-undersøkelser: angir benyttet tracersotop. For øvrige: Ingen meningsbærende funksjon
6. tegn:	alfabetisk	Radiologisk modalitet

Fra 2016 er benyttet radiofarmakum lagt inn i kodeteksten for de nukleærmedisinske kodene.

8.2.5 Tilleggskoder

Tilleggskoder brukes for å tilføye informasjon som ikke naturlig ligger i de øvrige kodene. Det finnes tilleggskoder i NCRP, NCSP og NCMP og alle er samlet i kapittel **Z Tilleggskoder**.

Alle tilleggskoder i NCRP og koder for radiofarmaka er samlet i gruppen **ZT Tilleggskoder for bildeveiledede intervensjoner, bildediagnostiske us., og nukleærmedisin**. Radiofarmaka som har ATC-kode er oppført med denne. Radiofarmaka som ikke har ATC-kode har NCRP-kode.

Tilleggskoder av alle typer kan brukes ved behov for både medisinske, kirurgiske og radiologiske prosedyrer.

8.3 Bruk av kodene i NCRP

8.3.1 Bruk av NCRP ved henvisning

NCRP-koder kan benyttes som en del av informasjonen i en henvisning, men er ikke utviklet med tanke på dette, og det er ikke obligatorisk å bruke NCRP-koder i henvisninger. Opplysninger om ønsket undersøkelse og aktuelle tilleggsopplysninger kan gis ved lokale koder eller som fritekst. Dersom NCRP tas i bruk hos rekvirentene

skal alltid hver bildeundersøkelse eller bildeveiledet intervensjon også beskrives i fritekst, for å sikre at mottaker får korrekt informasjon om den kliniske problemstillingen.

8.3.2 Registrering av NCRP-koder for utførte prosedyrer

Det er bare koder for faktiske utførte prosedyrer eller prosedyrer som er påbegynt men avbrytes som skal rapporteres til myndighetene. Dersom en planlagt prosedyre ikke blir gjennomført fordi pasienten ikke møter opp må man sørge for at forhåndsregistrerte prosedyrekoder for planleggingsformål ikke blir rapportert. Dette skal i stedet registreres med koder fra administrativt kodeverk.

Prosedyrer som er utført ved bildediagnostiske og nukleærmedisinske enheter skal registreres i RIS (radiologisk informasjonssystem). Dersom det er utført en intervensjonsprosedyre ved en radiologisk enhet for en inneliggende pasient må det sikres at prosedyren for denne også registreres i PAS (pasientadministrativt system) og ikke bare i RIS, for å sikre korrekt rapportering for innsatsstyrt finansiering.

Personell i kliniske avdelinger/enheter som utfører bildediagnostiske undersøkelser som de tidligere registrerte med koder fra NCMP/NCSP, skal fra 2016 registrere disse undersøkelsene med koder fra NCRP. Kodene skal registreres i enten PAS eller RIS.

NCRP er en klassifikasjon og ikke en katalog over radiologiske prosedyrer. Det er i dag mulig å benytte lokalt definerte protokoller som for eksempel «multitraume» eller «kontroll av kneprotese». Slike protokoller må hos tjenesteyter omsettes til relevante koder i NCRP ved rapportering eller fremsettelse av refusjonskrav.

8.3.3 Bruk av tilleggs-koder

En fullverdig beskrivelse av radiologiske eller nukleærmedisinske prosedyrer forutsetter i noen tilfeller mer enn én kode. Tilleggs-koder (fra kapittel Z) kan registreres når disse beskriver spesielle forhold ved prosedyren, og dette ikke framgår av teksten til hovedkoden for den aktuelle prosedyren.

Disse kodene kan beskrive for eksempel: sideangivelse, bruk av teleradiologi, bruk av kontrast, type organ eller preparat eller bruk av narkose.

Tilleggs-kodene kan aldri benyttes alene eller som første prosedyrekode. Tilleggs-koder kan være frivillige eller obligatoriske. Antall tilleggs-koder som kan benyttes er i prinsippet ubegrenset.

Som rene tilleggs-koder i NCRP-kodeverket finnes disse:

ZTX0AC Undersøkelse utført utenfor radiologisk laboratorium

ZTX0AD Radiologisk prosedyre utført ambulant

ZTX0BA Kun billedtaking

ZTX0BB Kun primærgransking

ZTX0BC Kun sekundærgransking

ZTX0CA Akse- og vinkelmål

ZTX0DA Transplantat

ZTX0DB Preparat

ZTX0EA Intravenøs kontrast

ZTX0EB Kontrast i hulrom via nål/kateter

ZTX0EC Kontrast både intravenøst og i hulrom

ZTX0ED Peroral kontrast

ZTX0EE Intraarteriell kontrast

ZTX0EF Intraarteriell kontrast via nål/kateter

ZTX0EG Luft som kontrastmiddel
ZTX0EH Medikamentavgivende implantat
ZTX0FA Dynamisk undersøkelse
ZTX0FB Perfusjonsundersøkelse
ZTX0FC Spektroskopi
ZTX0FD Radiostereofotometri
ZTX0FE Artrografi
ZTX0FF Termografi
ZTX0FG Bruk av SPECT uten CT
ZTX0FH Bruk av SPECT-CT
ZTX0GA In vitro merking
ZTX0GB Kombinert in vivo og in vitro merking
ZTX0HA Fysisk stressbelastning
ZTX0HB Fysisk stressbelastning og hvile
ZTX0HC Farmakologisk stressbelastning
ZTX0HD Farmakologisk stressbelastning og hvile
ZTX0XA Høyresidig bildediagnostisk undersøkelse
ZTX0XB Venstresidig bildediagnostisk undersøkelse
ZTX0XC Bilateral bildediagnostisk undersøkelse

Følgende tilleggskoder benyttes for å beskrive årsak til avbrutt prosedyre:

ZXF00 Avbrytelse på grunn av forverrelse av pasientens tilstand
ZXF05 Avbrutt prosedyre på grunn av pasientens tilstand
ZXF10 Avbrytelse på grunn av svikt av teknisk utstyr
ZXF20 Avbrytelse på grunn av problem med kirurgisk teknikk
ZXF30 Prosedyre avbrutt av pasient
ZXF99 Avbrytelse av annen årsak

8.3.4 Rapportering av NCRP-koder

Alle undersøkelser og intervensjoner som benytter bildedannende modaliteter skal registreres med prosedyrekoder og rapporteres til sentrale myndigheter. Det skal registreres NCRP-kode når slik finnes. Hvis det ikke finnes NCRP-kode og det er brukt bildeveiledning, benyttes tilleggskode fra NCSP for bildeveiledet teknikk ved prosedyrer.

Alle enheter som bruker bildedannende utstyr som medfører stråling skal melde prosedyrekoder for dette til Norsk pasientregister(NPR). Tidligere direkte rapportering fra enhetene til Statens strålevern utgår. Se NPR-meldingen for detaljer om dette: [Registrere og rapportere data til NPR](#).

Reglene for finansiering utarbeides av Divisjon for helseøkonomi og finansiering i Helsedirektoratet. Informasjonen finnes på Helfos side [Regelverk og refusjon for sjukehus og poliklinikk](#) og Helsedirektoratets side med [gieldende regelverk for Innsatsstyrt finansiering](#).

8.4 Kodingsregler

8.4.1 Regler for koding av bildeveiledede intervensjoner

For hver utført bildeveiledet intervensjon skal det registreres én intervensjonskode, og eventuelle tilleggskoder.

Dersom det er utført en bildediagnostisk undersøkelse før intervensjonen, skal denne kodes med en bildediagnostisk undersøkelseskode fra kapittel **S Bildediagnostiske undersøkelser** i tillegg til intervensjonskoden. Eventuelle tilleggskoder tas med etter vanlige regler.

Merk at tilleggskode for kroppsside må hentes fra NCSP når slike skal benyttes sammen med koder for bildeveiledet intervensjon eller koder for nukleærmedisin. Det er egne NCRP-koder for kroppsside for rene bildediagnostiske undersøkelser.

Tilleggskoder for kroppsside ved bildeveiledede intervensjoner og nukleærmedisin:

ZXA00 Høyre side
ZXA05 Venstre side
ZXA10 Bilateral
ZXB00 Lateral
ZXB10 Medial
ZXB20 Både lateral og medial

Tilleggskoder for tidsbruk og andre forhold knyttet til prosedyren hentes fra NCSP, på samme måte som for kirurgiske inngrep.

Eks.: Det gjøres først mammografi av begge bryst, deretter ultralydundersøkelse av begge bryst og aksiller, og til sist ultralydveiledet nålebiopsi fra venstre bryst.

SHA0AA RG Mammografi
ZTX0XC Bilateral bildediagnostisk undersøkelse (tilleggskode fra NCRP)
SHP0BK UL Mamma og aksille
ZTX0XC Bilateral bildediagnostisk undersøkelse (tilleggskode fra NCRP)
HAB16K Nålebiopsi av mamma, ultralydveiledet
ZXA05 Venstre side (tilleggskode fra NCSP)

Eks.: Det gjøres først røntgenangiografi av halskar og intracerebrale kar, på begge sider. Deretter røntgen angiografi med innleggelse av coil i et intrakranielt aneurisme på høyre side, med tilgang fra perifer arterie gjennom hud.

SAA0AB RGA Cerebral arteriografi
ZTX0XC Bilateral bildediagnostisk undersøkelse (tilleggskode fra NCRP)
ZTX0EF Intraarteriell kontrast via nål/kateter (tilleggskode fra NCRP)
AAY00B Endovaskulær okklusjon av intrakranielt aneurisme
ZXA00 Høyre side (tilleggskode fra NCSP)
ZXE00 En time eller mindre (tilleggskode fra NCSP)

Eks.: Det gjøres først CT-undersøkelse av lever og galleganger med intravenøs kontrast. Deretter gjøres endoskopisk innleggelse av stent i gallegang, under røntgengjennomlysning.

SJJ0AD CT Lever
ZTX0EA Intravenøs kontrast (tilleggskode fra NCRP)
JKE18 Endoskopisk innleggelse av stent i gallegang
ZXM10 Bildeveiledet teknikk med bruk av konvensjonell røntgen
ZXE00 En time eller mindre (tilleggskode fra NCSP)

Kodingsregel når det ikke finnes dekkende kode for bildeveiledet intervensjon i NCRP:

Hvis det finnes en dekkende kode i NCSP (kodeverk for kirurgiske prosedyrer) eller NCMP (kodeverk for medisinske prosedyrer) skal denne koden benyttes sammen med tilleggskode fra kodegruppen **ZXM Bildeveiledet teknikk ved prosedyrer som gir opplysninger om modalitet**

Eks.: Innlegging av CVK med hjelp av ultralyd:

PHX 15 Innlegging av sentralvenøst kateter via v. jugularis externa eller interna
(NCSP-kode)

ZXM 00 Bildeveiledet teknikk med bruk av ultralyd (tilleggskode fra NCSP)

Hvis det ikke finnes en dekkende NSCP- eller NCMP-kode, skal man benytte kode for «Annen bildeveiledet intervensjon» for aktuell anatomisk region eller organ sammen med tilleggskode for anvendt modalitet. Dette vil være aktuelt for sjeldne prosedyrer eller nye prosedyrer som ikke har fått egne prosedyrekoder.

8.4.2 Regler for koding av bildediagnostiske undersøkelser

1. For hver utførte bildediagnostiske undersøkelse skal det først registreres én NCRP-kode og eventuelt én eller flere tilleggskoder.

Eks.: Røntgenundersøkelse av høyre hofte, med artrografi

SNF00A RG hofte

ZTX0XA Høyresidig bildediagnostisk undersøkelse (tilleggskode fra NCRP)

ZTX0FE Artrografi (tilleggskode fra NCRP)

Eks.: Røntgenundersøkelse toraks

SSC0AA RG toraks

Eks.: Røntgenundersøkelse av begge knær

SNG0AA RG kne

ZTX0XC Bilateral bildediagnostisk undersøkelse (tilleggskode fra NCRP)

Eks.: Ultralydundersøkelse av tyreoida

SBA0AK UL tyreoida

2. En bildediagnostisk undersøkelse kan bestå av undersøkelser av en eller flere kroppsregioner. Dersom undersøkelsen er utført i samme seanse samme dag og med samme modalitet skal den om mulig registreres med én kode. Det skal benyttes enten en organkode, en regionkode eller en regionkombinasjonskode. Dersom det undersøkes en kombinasjon av regioner som ikke kan dekkes av én kode må flere koder benyttes.

Eks.: Pasient med trafikkskade som får undersøkt hode, nakke, brystkasse, rygg, buk og bekken med CT:

SSV0AD CT Hode, hals, toraks, abdomen og bekken

3. Når en henvisning inneholder flere uavhengige kliniske problemstillinger som skal utredes separat, enten knyttet til ulike organer i samme region eller ved ulike kliniske problemstillinger i organer på tvers av regioner, kan to eller flere koder benyttes for samme pasient, på samme dato og med samme modalitet. Det skal fremgå av skriftlig henvisning eller pasientens journal at flere kliniske problemstillinger er utredet.

Eks.: CT Toraks og CT Bihuler utført samme dag på samme pasient:

SSC0AD CT Toraks

SDX0AD CT Bihuler

4. MR-serier med ulike protokoller innenfor samme organ, organsystem eller region er å betrakte som én prosedyre når de gjøres sekvensielt i samme undersøkelse.
5. Når det utføres flere uavhengige undersøkelser (dvs. undersøkelser på ulike tidspunkt), selv om det er med samme modalitet, skal hver enkelt undersøkelse kodes med relevant kode.

Eks.: Røntgen ankelledd utført før og etter reposisjon og gipsing, kodes som to uavhengige undersøkelser.

Eks.: CT abdomen og bekken og CT urinveier er to uavhengige undersøkelser når de gjøres hver for seg og på ulike tidspunkt. Inngår de to undersøkelsene i samme prosedyre, for eksempel med serie av urinveier, inngår de i samme prosedyre og skal registreres med én kode.

6. Bruk av tilleggskode for undersøkt kroppsside ved bildediagnostiske undersøkelser er ikke obligatorisk når undersøkelsen gjøres bare på én side. Ved tosidige undersøkelser skal tilleggskode for dette tas med. Det er valgfritt om man ønsker å kode en tosidig undersøkelse med prosedyrekoden og tilleggskode for bilateral undersøkelse (**ZTX0XC Bilateral bildediagnostisk undersøkelse**), eller om dette kodes som to separate undersøkelser der en benytter koder for henholdsvis venstre side (**ZTX0XB Venstresidig bildediagnostisk undersøkelse**) og høyre side (**ZTX0XA Høyresidig bildediagnostisk undersøkelse**) som tilleggs-koder.
7. Ved bruk av kontrastmiddel er det *obligatorisk* å angi dette med tilleggskode, selv om kontrast normalt inngår i undersøkelsen.

ZTX0EA Intravenøs kontrast

ZTX0EB Kontrast i hulrom via nål/kateter

ZTX0EC Kontrast både intravenøst og i hulrom

ZTX0ED Peroral kontrast

ZTX0EE Intraarteriell kontrast

ZTX0EF Intraarteriell kontrast via nål/kateter

ZTX0EG Luft som kontrastmiddel

8. En planlagt undersøkelse/prosedyre som ikke blir gjennomført fordi pasienten ikke møter opp skal ikke kodes med medisinske prosedyrekoder. Dette skal registreres med koder fra administrativt kodeverk.

8.4.3 Regler for koding av nukleærmedisinske prosedyrer

For hver utført nukleærmedisinsk prosedyre skal det registreres en nukleærmedisinsk prosedyrekode samt en tilleggskode for benyttet radiofarmakum (ATC-kode eller NCRP-kode). Andre tilleggs-koder kan registreres etter behov.

For nukleærmedisinske prosedyrer er det obligatorisk å registrere tilleggskode for anvendt radiofarmaka, selv om dette også framgår av kodeteksten.

Merk at tilleggskode for kroppsside må hentes fra NCSP når slike skal benyttes sammen med nukleærmedisinske koder.

Eks.: Myokardscintigrafi med Technetium (99mTc) tetrafosmin, protokoll med fysisk stressbelastning og hvile:

TFY0AN NM Myokardscintigrafi, hvile

ZTX0HB Fysisk stressbelastning og hvile

V09GA02 Technetium (99mTc) tetrafosmin (ATC)

Eks.: Skjelettscintigrafi, helkropp med Technetium (99mTc) oksydrønsyre:

TSY0AN NM Skjelettscintigrafi, helkropp

V09BA01 Technetium (99mTc) oksydrønsyre (ATC)

Eks.: Injeksjon av isotop Technetium (99mTc) nanokolloid, og påfølgende scintigrafi av vaktpostlymfeknute ved cancer mamma – høyre side:

TPJ0DN NM Vaktpostlymfeknute ved cancer mamma

ZXA Høyre side (NCSP-kode)

V09DB01 Technetium (99mTc) nanokolloid (ATC)

Eks.: Tyreoideascintigrafi, Technetium (99mTc) perteknetat **TBA0AN/V09FX01** (ATC):

TBA0AN NM Tyreoideascintigrafi

V09FX01 Technetium (99mTc) perteknetat (ATC)

8.5 Endringer i NCRP

Se avsnitt 5.7 *Ønsker om endringer i prosedyrekodeverkene*, side 42 for hvordan du kan melde inn ønsker om endringer.



DEL 3

DEL 3: SPESIELLE TEMAOMRÅDER INNEN KODING

Del 3 inneholder informasjon om koding innenfor avgrensede områder som hovedsakelig er av interesse for kodere som arbeider innenfor det aktuelle feltet, samt for ressurspersoner som har overordnet ansvar for koding innenfor mange områder.

9	Retningslinjer for ICD-10-koding av ondartede svulster og svulster av usikkert malignitetspotensial	74
9.1	Kortfattet oppsummering av kodingsreglene	74
9.2	Innledning	76
9.3	Koding av lokalresidiv, primærsvulst med direkte innvekst i naboorgan eller -strukturer og av svulst med overlappende utbredelse	76
9.4	Koding ved metastaser	78
9.5	Adjuvant behandling, etterundersøkelser og etterbehandling	79
9.6	Koding ved komplikasjoner til kreftsykdommen eller komplikasjoner til behandlingen for kreftsykdommen	81
9.7	Svulster med ukjent eller usikkert malignitetspotensial	81
9.8	Svulster med funksjonell aktivitet	82
9.9	Ondartede svulster utgått fra ektopisk vev	82
9.10	Patologisk fraktur ved cancer	82
10	Retningslinjer for koding av diabetes mellitus og sykdommens komplikasjoner	83
10.1	Diabetes mellitus utenom graviditet	83
10.2	Diabetes mellitus under svangerskap	85
11	Retningslinjer for diagnosekoding ved PCI-behandling av akutt og kronisk koronarsykdom	87
11.1	Faser i utredning og behandling	87
11.2	Diagnosekoding før PCI	87
11.3	Koding under det opphold hvor PCI utføres	89
11.4	Valg av kode for hovedtilstand ved annet sykehus som pasienten overflyttes til etter utført PCI	90
12	Retningslinjer for koding ved sepsis	93
12.1	Definisjoner og bakgrunn	93
12.2	Aktuelle koder	94

12.3	Regler for koding	95
12.4	Eksempler	96
12.5	Spesielle pasientgrupper	97
13	Retningslinjer for diagnose- og operasjonskoding ved søvnrelaterte respirasjonsforstyrrelser	103
13.1	Koder ved utredning av søvnrelaterte respirasjonsforstyrrelser uten samtidig operasjon	103
13.2	Snorkeskinne	104
13.3	Koder når operativt inngrep utføres	105
13.4	Diagnosekoding ved rutinemessig kontroll etter behandling	106
14	Retningslinjer for koding av kronisk obstruktiv lungesykdom	107
14.1	Hva er KOLS?	107
14.2	Hva er problemet ved koding av KOLS?	107
14.3	Riktig koding av KOLS med akutt forverrelse	107
15	Koding ved svangerskapskontroll og prenatal diagnostikk	110
15.1	Enkel svangerskapsundersøkelse	110
15.2	Prenatal diagnostikk	111
15.3	Kontakter der det gis helsehjelp for kjent eller mistenkt sykdom eller skade hos fosteret	111
15.4	Kontakter der det gjøres svangerskapskontroll, men der hovedinnholdet i helsehjelpen ikke er selve kontrollen	112
15.5	Aktuelle prosedyrekoder ved svangerskapsundersøkelse og prenatal diagnostikk	112
16	Retningslinjer for koding ved fødsel og kompliserende tilstander til svangerskap, fødsel og barseltid	114
16.1	Koding hos mor ved fødsel	114
16.2	Koding hos barn ved fødsel	114
16.3	Koding hos mor ved kompliserende tilstander	115
16.4	Koding ved overflytting til annen avdeling eller institusjon	116
16.5	Andre utvalgte problemstillinger	117
17	Retningslinjer for koding ved svangerskapsavbrudd	119
17.1	Innledning	119
17.2	Aktuelle koder	119
17.3	Oversikt over koding ved ulike typer kontakter	121
17.4	Etter mislykket forsøk på medikamentelt svangerskapsavbrudd	122
18	Retningslinjer for diagnosekoding ved kjønnslemlestelse av kvinner	123
18.1	Ulik koding i ulike situasjoner	123
19	Koding ved ulykker og skader med ioniserende stråling	126

19.1	Koding i forbindelse med akutt eksponering for stråling	126
19.2	Koding når organkomplikasjoner er oppstått etter eksponering for stråling	127
19.3	Senfølger etter stråleskade	128
20	Koding ved flere traumer	129
20.1	Bakgrunn	129
20.2	Eksempler	131
21	Tilstandskoding i fagområdene psykisk helse – voksne (PHV-V) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	132
21.1	Om Blåboka	132
21.2	Regler for tilstandskoding	132
21.3	Utlevering av LAR-legemiddel	133
22	Mindre kodingstemaer	134
22.1	Abdominalt kompartmentsyndrom	134
22.2	Akilleseneruptur	134
22.3	Anemi som skyldes svulster eller andre kroniske sykdommer	134
22.4	Avbrutte inngrep	135
22.5	Avkreftet mistanke om sykdom	135
22.6	Avkreftet mistanke om vannavgang	136
22.7	Beintetthetsmåling (DXA/DEXA)	136
22.8	Bruddkontroller	137
22.9	Bærertilstand av multiresistent bakterie, uten påvist sykdom	138
22.10	Dinitrofenol	138
22.11	Endovenøs behandling av åreknuter/varicer	138
22.12	Etterbehandling etter ACB, klaffekirurgi eller innleggelse av pacemaker/ICD	138
22.13	Forberedelse til behandling	139
22.14	Hud – kirurgiske prosedyrer	140
22.15	Koding av poliklinisk lærings- og mestringsaktivitet i sykehusene	141
22.16	Latent tuberkulose	142
22.17	Lystgass	142
22.18	Mutasjoner og forebyggende kirurgi ved risiko for kreftsykdom	143
22.19	Nøytropen feber	143
22.20	Optiflow	144
22.21	Ortopediske proteser	144
22.22	Osteoporotiske brudd	144
22.23	Pacemakerkontroller	144
22.24	Periprotetisk hoftefraktur	145
22.25	Pre- og posteksponeringsprofylakse	145
22.26	Pleuradrenasje	145
22.27	Pleuravæske ved cancer	146
22.28	Poliklinisk utførelse av rutinetester av nyfødte	146
22.29	Profylakse mot rhesusisoimmunisering (Rh-immunisering) i svangerskapet	146

Del 3: Spesielle temaområder innen koding

22.30	Radiojodbehandling ved tyreoidesykdom	146
22.31	Sykelig overvekt	146
22.32	Testing av kvinner for humant papillomavirus (HPV)	147
22.33	Uavklarte diagnoser	148
22.34	Xanor	149
23	Spesielle kodingsregler	150
23.1	Kodingsregler i regelverk for Innsatsstyrt finansiering	150
23.2	Fellesbestemmelser om koding, registrering og rapportering	150
23.3	Somatikk	150
23.4	Psykisk helsevern og TSB	151
23.5	Særkoder	151
24	Kapittelspesifikke og kodespesifikke merknader for diagnosekoder	152
25	Kapittelspesifikke og kodespesifikke merknader for prosedyrekoder	168

9 RETNINGSLINJER FOR ICD-10-KODING AV ONDARTEDE SVULSTER OG SVULSTER AV USIKKERT MALIGNITETSPOTENSIAL

9.1 Kortfattet oppsummering av kodingsreglene

Avsnittene under gir en kortfattet oppsummering av reglene for koding av svulster. Se hoveddelen av kapitlet for bakgrunnsinformasjon og utfyllende detaljer.

9.1.1 Hva menes med primærsvulst og metastaser?

Med primærsvulst menes svulsten der den har oppstått, uansett om den har vokst utover opprinnelsesstedet ved sammenhengende vekst. Primærsvulsten kodes med ordinære koder fra kapittel II, med unntak av kodene under **C77-C79**, som brukes for metastaser.

9.1.2 Koding av primærsvulst ved direkte innvekst i omkringliggende strukturer eller ved lokalresidiv

Her brukes uansett den vanlige koden for svulsten. Kodingsmessig er det ikke mulig å skille disse situasjonene fra hverandre. Et spesialtilfelle er der man har en svulst som overlapper flere deler av et organ eller organsystem og man ikke er i stand til å bestemme opprinnelsesstedet. For slike svulster finnes det egne koder, se senere i avsnitt 9.3.3 *Overlappende utbredelse*. For ikke-solide svulster skal koder for metastaser ikke brukes.

9.1.3 Koding av metastaser

Metastaser kodes med koder fra **C77-C79**. Se avsnitt 9.4 *Koding ved metastaser*.

9.1.4 Skal primærsvulsten eller metastaser være hovedtilstand?

Når den maligne sykdommen er hovedtilstand, avgjør man om primærsvulsten eller metastaser skal kodes først (som hovedtilstand) etter følgende regler:

- Når primærsvulsten fortsatt er til stede, også om det foreligger lokalresidiv, skal den alltid kodes før eventuelle metastaser. I noen tilfeller vil primærsvulsten være ukjent, for eksempel i en utredningsfase etter funn av metastaser. Da koder man primærtumor med **C80.0 Ondartet svulst med utgangspunkt angitt som ukjent** foran metastasene.
- Når primærsvulst fortsatt er til stede og det gis behandling rettet bare mot metastasene og ikke mot primærsvulsten (f.eks. behandling med kraniotomi ved hjernemetastaser) skal primærsvulst registreres som hovedtilstand, og metastasene som annen tilstand. Prosedyrekoder skal registreres på vanlig måte.

- Ved kontakter som hovedsakelig dreier seg om adjuvant behandling skal primærsvulsten kodes først, selv om den er fjernet.
- Ved kontakter for metastaser som oppdages etter avsluttet primærbehandling eller som oppdages under pågående adjuvant behandling, velges som hovedtilstand metastasene i den lokalisasjon som er viktigst for kontakten.

De eneste tilfellene der metastaser skal velges som hovedtilstand er når alle følgende 4 kriterier er oppfylt samtidig:

1. Primærtumor er ikke lenger til stede
2. Oppholdet dreier seg ikke hovedsakelig om adjuvant behandling
3. Metastasene er oppdaget etter avsluttet primærbehandling eller under pågående adjuvant behandling
4. Oppholdet dreier seg hovedsakelig om de nevnte metastasene

Når er primærsvulst fjernet?

Den vanligste måten å fjerne primærsvulst er ved operasjon. Ondartede svulster i solide vev kan imidlertid primærbehandles også på andre måter, og det er derfor en klinisk avgjørelse om primærsvulst er til stede eller ikke.

9.1.5 Kortvarige opphold som i hovedsak gjelder kreftlegemiddelbehandling

Det kodes fra 2015 etter ordinære regler, med primærsvulst eller metastaser som hovedtilstand. Legemiddelbehandling direkte rettet mot svulsten eller metastasene skal kodes med den eller de aktuelle prosedyrekodene fra kategorien **WBOC Medikamentell svulstbehandling**. Se for øvrig egne regler for poliklinisk administrert og pasientadministrert legemiddelbehandling i årets regelverk for Innsatsstyrt finansiering.

9.1.6 Koding ved etterundersøkelser og etterbehandling

Ved rutinemessige etterundersøkelser brukes en kode fra **Z08 Etterundersøkelse etter behandling for ondartet svulst** for hovedtilstand. Kode for opprinnelig primærsvulst skal tas med som kode for annen tilstand.

Etterbehandling er behandling som er en nødvendig konsekvens av primærbehandlingen, og som er vanlig eller påregnelig, altså ikke for eksempel komplikasjoner. Adjuvant behandling (se avsnitt 9.5.1 side 79) regnes heller ikke som etterbehandling i denne sammenheng. Koder under **Z42-Z48** er de som oftest er aktuelle for hovedtilstanden. Kode for opprinnelig primærsvulst kan tas med som kode for annen tilstand.

9.1.7 Svulster med ukjent eller usikkert malignitetspotensial

Det finnes en rekke koder i kategoriblokken **Svulster med usikkert eller ukjent malignitetspotensial (D37-D48)**. Disse skal utelukkende brukes for svulster som har en morfologi hvor malignitetspotensialet er ukjent eller hvor den morfologiske svulsttypen er kjent for noen ganger å utvikle seg ondartet, andre ganger godartet. For slike svulster må det foreligge en patologisk anatomisk diagnose eller de må være klinisk eller makroskopisk gjenkjennbare som svulsttyper som man vet har ukjent eller usikkert malignitetspotensial. Se også merknad *D37-D48 Svulster med usikkert eller ukjent malignitetspotensial* på side 153 samt avsnitt 9.7.

9.1.8 Svulster med funksjonell aktivitet

For svulster med endokrin aktivitet, enten de er godartede eller ondartede, kan man legge til en tilleggskode fra kapittel IV Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser for å beskrive den endokrine aktiviteten. Se også avsnitt 9.8.

9.1.9 Svulster i ektopisk vev

Når en svulst oppstår i vev som finnes annet sted enn i den lokalisasjon det normalt sett har, kodes svulsten iht. til regler fra WHO gjeldende fra 2016 som svulst i det vevet den oppstår i. Se også avsnitt 9.9.

9.1.10 Oppsummering av koding i ulike faser i forløpet

- Før sikker diagnose er stilt kodes pasientens symptom eller unormale funn, f.eks. **R31 Uspesifisert hematuri** eller **R90.0 Intrakraniell ekspansiv prosess**. Det er viktig å vite at koder fra **D37-D48** (svulster med usikkert eller ukjent malignitetspotensial) ikke skal brukes i påvente av histologisk eller cytologisk prøvesvar. Les mer om valg av koder og endring av koding i ettertid i avsnitt 22.33 *Uavklarte diagnoser*, side 148.
- Under primærbehandling kodes svulsten først, pluss eventuelle metastaser.
- Under adjuvant behandling (som f.eks. Mitomycinbehandling er) kodes det på samme måte som under primærbehandling.
- Ved etterundersøkelser, der det ikke gis behandling, koder man først med en kode fra **Z08 Etterundersøkelse etter behandling for ondartet svulst**. Koden for den opprinnelige svulsten med eventuelle metastaser skal tas med som annen tilstand/andre tilstander.
- Kodene under **Z85 Opplysning om ondartet svulst i egen sykehistorie** brukes bare for å gi tilleggsinformasjon om slik tidligere sykdom ved kontakter som ikke dreier seg om utredning, behandling eller kontroll av kreftsykdommen

9.2 Innledning

På enkelte områder er retningslinjene i originalmaterialet (ICD-10 bind II og veiledning under overskriften til kapittel II i bind I) uklare og kan fortolkes på ulike måter.

Det er valgt en fortolkning som passer best til våre nasjonale formål, og denne avviker fra tidligere retningslinjer fra før 2006, for eksempel for metastasekoding.

Nye regler fra WHO vedr. svulster i ektopisk vev, ble tatt inn i 2016.

9.3 Koding av lokalresidiv, primærsvulst med direkte innvekst i naboorgan eller -strukturer og av svulst med overlappende utbredelse

Ut fra vanlig språkforståelse i nordiske språk er det naturlig å betrakte både direkte infiltrasjon i naboorgan eller -strukturer og lokalresidiv som sekundære manifestasjoner av ondartet svulst. Disse manifestasjonene har klinisk betydning som kunne gjøre det ønskelig å kode dem forskjellig fra primærsvulst uten slike sekundære manifestasjoner. De ville i så fall måtte kodes som metastaser (sekundær svulst), og ville ikke kunne skilles fra metastaser på annen måte enn eventuelt ved lokalisasjonen.

Siden den engelske originalteksten overhodet ikke nevner metastaser, kun "secondary malignant neoplasm", har spørsmålet vært reist om oversettelsen til svensk, dansk og norsk er innsnevrende i forhold til originalen. Dette ble undersøkt internasjonalt, og det viste seg at "secondary" i denne forbindelse i ICD-10 utelukkende sikter til metastaser. Den norske oversettelsen er således helt korrekt i forhold til originalens meningsinnhold.

Det betyr at svulst med infiltrasjon i naboorgan eller nabostrukturer og lokalresidiv bare kan kodes som primær ondartet svulst.

9.3.1 Lokalresidiv

Lokalresidiv etter tidligere fjernet primærsvulst kan bare kodes som primærsvulst.

Det kan i visse tilfelle være vanskelig å avgjøre om det dreier seg om lokalresidiv eller metastase, for eksempel når en svulst med samme morfologi som primærsvulsten tilkommer i eller ved arret etter fjernelse av mamma ved brystkreft. Men dette problemet kan kodeverket ikke løse, det er et spørsmål om klinisk og patologisk anatomisk bedømmelse.

9.3.2 Direkte innvekst

Også direkte innvekst i nabostruktur eller naboorgan kodes bare som primærsvulst. Hvis primærsvulstens lokalisasjon er sikker eller overveiende sannsynlig, kodes som ved direkte innvekst, men i visse tilfelle kan det ikke avgjøres med noen grad av sikkerhet hvor svulsten er oppstått. For dette formål har ICD-10 firetegnskategorier for overlappende utbredelse av svulsten.

9.3.3 Overlappende utbredelse

I merknader under kapitteloverskriften til kapitel II er følgende oppført: «En svulst med utbredelse over to eller flere tilstøtende regioner innenfor en tretegnskategori, og med utgangspunkt som ikke kan henføres til noen av disse regionene, skal tilordnes underkategori .8 («overlappende svulst») med mindre kombinasjonen av lokalisasjoner er angitt annet sted.» I merknaden finnes en ufullstendig liste over slike firetegnskategorier, som her er komplettert:

- C00.8 Ondartet overlappende svulst i leppe**
- C02.8 Ondartet overlappende svulst i tunge**
- C04.8 Ondartet overlappende svulst i munngulv**
- C05.8 Ondartet overlappende svulst i gane**
- C06.8 Ondartet overlappende svulst i andre og uspesifiserte deler av munn**
- C08.8 Ondartet overlappende svulst i store spyttkjertler**
- C09.8 Ondartet overlappende svulst i mandel**
- C10.8 Ondartet overlappende svulst i oropharynx**
- C11.8 Ondartet overlappende svulst i nasopharynx**
- C13.8 Ondartet overlappende svulst i hypopharynx**
- C14.8 Ondartet overlappende svulst i leppe, munnhule og svelg**
- C15.8 Ondartet overlappende svulst i spiserør**
- C16.8 Ondartet overlappende svulst i magesekk**
- C17.8 Ondartet overlappende svulst i tynntarm**
- C18.8 Ondartet overlappende svulst i tykktarm**
- C21.8 Ondartet overlappende svulst i endetarm, endetarmsåpning og analkanal**
- C24.8 Ondartet overlappende svulst i galleveier**
- C25.8 Ondartet overlappende svulst i bukspyttkjertel**
- C26.8 Ondartet overlappende svulst i fordøyelsessystemet**
- C31.8 Ondartet overlappende svulst i bihuler**
- C32.8 Ondartet overlappende svulst i strupe**

- C34.8 Ondartet overlappende svulst i bronkie eller lunge
- C38.8 Ondartet overlappende svulst i hjerte, mediastinum og brysthinne
- C39.8 Ondartet overlappende svulst i åndedretsorganer og intratorakale organer
- C40.8 Ondartet overlappende svulst i knokler og leddbrusk i ekstremiteter
- C41.8 Ondartet overlappende svulst i knokler og leddbrusk
- C43.8 Overlappende malignt melanom i hud
- C44.8 Ondartet overlappende svulst i hud
- C47.8 Ondartet overlappende svulst i perifere nerver og det autonome nervesystem
- C48.8 Ondartet overlappende svulst i retroperitoneum og bukhinne
- C49.8 Ondartet overlappende svulst i bindevev og bløtvev
- C50.8 Ondartet overlappende svulst i bryst
- C51.8 Ondartet overlappende svulst i ytre kvinnelige kjønnsorganer
- C53.8 Ondartet overlappende svulst i livmorhals
- C54.8 Ondartet overlappende svulst i livmorlegeme
- C57.8 Ondartet overlappende svulst i kvinnelige kjønnsorganer
- C60.8 Ondartet overlappende svulst i penis
- C63.8 Ondartet overlappende svulst i mannlige kjønnsorganer
- C67.8 Ondartet overlappende svulst i urinblære
- C68.8 Ondartet overlappende svulst i urinveisorganer
- C69.8 Ondartet overlappende svulst i øyet og øyets adneksstrukturer
- C71.8 Ondartet overlappende svulst i hjerne
- C72.8 Ondartet overlappende svulst i hjerne og andre deler av sentralnervesystemet
- C76.8 Ondartet overlappende svulst med annet og ufullstendig angitt utgangspunkt

Overlappingskategoriene finnes på to nivåer:

- Mellom ulike deler av samme organ
- Mellom ulike organer i samme organsystem

NB! Forutsetningen for å kode for overlappende svulstvekst mellom organer er at utgangspunktet ikke er kjent.

Således skal vanligvis en svulst som er utbredt til magesekk og tynntarm kodes som ondartet svulst i magesekk, fordi man sjelden vil være i tvil om at utgangspunktet er magesekken. Sannsynligvis vil den ha overlappende utbredelse i magesekken, i så fall:

C16.8 Overlappende svulst i magesekk

Hvis det er overlappende svulstvekst i organer som tilhører forskjellige organsystemer, finnes ingen slik .8-kode. Man er da henvist til mer uspesifikk koding basert på topografi. For eksempel blir kodingen ved en svulst som er utbredt i livmor og endetarm, uten at utgangspunktet kan identifiseres følgende:

C76.3 Ondartet svulst i bekken med annet og ufullstendig angitt utgangspunkt

9.4 Koding ved metastaser

Bestemmelsene om metastasekoding ble endret fra ICD-9 til ICD-10, ved at metastaser etter fjernelse av primærsvulst kodes etter metastasenes lokalisasjon, ikke etter primærsvulsten. En måte å kode den tidligere primærsvulsten på er da med en kode fra tretegnsguppen **Z85 Opplysning om ondartet svulst i egen sykehistorie**.

Det begrensede antall koder under **Z85** er imidlertid høyst utilfredsstillende for kliniske formål. Det viser seg også at denne regelen forstås og praktiseres ulikt i

forskjellige land, slik at hensynet til en enhetlig kodepraksis internasjonalt ikke veier tungt i dette tilfelle. Vi har derfor fastsatt retningslinjer som bedre passer til nasjonale behov.

9.4.1 Når primærsvulst fortsatt er til stede

Når primærsvulsten fortsatt er til stede kodes den som hovedtilstand, og i tillegg (som koder for annen tilstand) kodes metastaser i de lokalisasjoner de forekommer, og som er gjenstand for undersøkelse, vurdering eller behandling ved det kontakttilfelle (innleggelse, dagbehandling, poliklinisk konsultasjon) som kodingen gjelder.

Den vanligste måten å fjerne primærsvulst er ved operasjon. Ondartede svulster kan imidlertid fjernes også på andre måter, og det er derfor en klinisk avgjørelse om primærsvulst er til stede eller ikke.

9.4.2 Metastaser som oppdages etter avsluttet primærbehandling eller under pågående adjuvant behandling

Her velges kode for den lokalisasjon av metastaser som er viktigst for det aktuelle kontakttilfelle som hovedtilstand. Kode for primærsvulsten samt koder for eventuelle andre relevante lokalisasjoner av metastaser velges som andre tilstander.

9.4.3 Metastaser og ikke-solide svulster

Ikke-solide svulster (dvs. svulster utgått fra blod og bloddannende organer samt lymfoid vev) kan ha ulike stadier og utbredelse. Begrepet «metastaser» brukes ikke for denne gruppen svulster.

9.5 Adjuvant behandling, etterundersøkelser og etterbehandling

9.5.1 Adjuvant behandling

Med *adjuvant behandling* forstås tilleggsbehandling gitt etter primærbehandling mot kreft for å redusere risiko for tilbakefall. Som adjuvant behandling regnes cellegiftkurer, stråleterapi, hormonterapi, immunterapi og annen målrettet terapi for å hindre vekst av kreftceller. Behandling mot symptomer eller mot komplikasjoner til eller bivirkninger av behandling er ikke adjuvant behandling.

Slik adjuvant behandling kan ved noen svulstformer pågå i lang tid. For tiden vedvarer adjuvant behandling av noen pasientgrupper med brystkreft i fem år etter operasjon med radikal intensjon. Det er umulig å finne noen naturlig tidsgrense som skille mellom primær behandling og etterbehandling.

Etter moderne onkologisk forståelse betraktes kreftsykdom som en systemsykdom, hvor behandling av sannsynlig, mistenkt eller mulig spredning inngår i primærbehandlingen, selv om ingen spredning er konkret påvist. Adjuvant behandling regnes derfor i kodesammenheng som del av primærbehandlingen, selv om den fortsetter i lang tid etter den øvrige primærbehandlingen.

Av denne grunn skal i hovedsak kontakttilfelle med adjuvant behandling som formål kodes med primærsvulsten som hovedtilstand, eventuelt med tillegg av koder for metastaser som ble fjernet sammen med den. Metastaser registreres da som annen tilstand. Det samme gjelder ved undersøkelser for å avdekke komplikasjoner til eller bivirkninger av adjuvant behandling. Behandling av slike komplikasjoner eller bivirkninger er imidlertid ikke adjuvant behandling, se avsnitt 9.6 *Koding ved*

komplikasjoner til kreftsykdommen eller komplikasjoner til behandlingen for kreftsykdommen.

For kortvarige opphold med kjemoterapi som hovedformål vises det til nærmere beskrivelse i årets regelverk for Innsatsstyrt finansiering.

9.5.2 Koding ved etterundersøkelser

Med *etterundersøkelser* menes planlagte kontakter som ledd i rutineopplegg for å følge opp pasienten.

Når kontakten gjelder etterundersøkelse, uten at det gjelder nye symptomer eller kliniske problemstillinger, brukes som hovedtilstand en firetegnskode fra gruppen:

Z08 Etterundersøkelse etter behandling for ondartet svulst

Tilstanden som tidligere er behandlet skal da legges til som annen tilstand for å gi mer informasjon om pasienten.

Ved kontakter hvor det samtidig gis behandling, eller som gjelder nye symptomer eller kliniske problemstillinger skal kode for etterundersøkelse ikke benyttes. Slike kontakter kodes etter vanlige kodingsregler for valg av hovedtilstand.

9.5.3 Koding ved etterbehandling

Med *etterbehandling* menes i denne forbindelse behandling som er nødvendig som konsekvens av den primære behandlingen, og som er vanlig eller påregnelig. Det gjelder altså ikke *komplikasjoner* til primærbehandlingen, og heller ikke ved påvist eller mistenkt utvikling av primærsykdommen.

Etterbehandling, som i eksemplene nedenfor, kan forekomme i forløpet av et adjuvant behandlingsopplegg. Hvis innleggelse eller konsultasjon gjelder både etterbehandling og adjuvant behandling, kodes den av dem som bedømmes som viktigst for kontaktilfellet som hovedtilstand og den andre som annen tilstand.

Etterbehandlingskoder skal ikke brukes når det gjelder behandling av lokalresidiv etter fjernet svulst eller tilkomne metastaser, men kan være aktuell etter fullført behandling av slike manifestasjoner av svulstsykdommen.

Eksempler på koder som er aktuelle ved annen etterbehandling:

- Z44.0 Tilpasning og justering av kunstig arm (hel/del)**
- Z44.1 Tilpasning og justering av kunstig ben (helt/del)**
- Z44.2 Tilpasning og justering av kunstig øye**
- Z44.3 Tilpasning og justering av utvendig protese for bryst (mamma)**
- Z44.8 Tilpasning og justering av annen spesifisert utvendig protese**
- Z44.9 Tilpasning og justering av uspesifisert utvendig protese**
- Z45.1 Justering og kontroll av infusjonspumpe**
- Z45.2 Justering og kontroll av hjelpemiddel for tilgang til blodkar**
- Z45.3 Justering og kontroll av implantert hjelpemiddel for hørsel**
- Z45.8 Justering og kontroll av annet spesifisert implantert hjelpemiddel**
- Z46.5 Tilpasning og justering av ileostomi, kolostomi og annen avlastning for tarmkanal**
- Z46.6 Tilpasning og justering av hjelpemiddel ved urinveis- og inkontinensproblemer**
- Z48.0 Ettersyn av operasjonsbandasjer og suturer**
- Z48.8 Annen spesifisert etterbehandling etter operasjon**

Av ovennevnte koder brukes **Z46.5-6**, som i hovedsak gjelder gastrointestinale og urologiske stomier, ved rutinemessig tilpasning og justering. For funksjonssvikt og komplikasjoner ved stomier og ved nedlegging av dem kodes med firetegnskode fra:

Z43 Kontakt med helsetjenesten for ettersyn av kunstige åpninger

For etterbehandling som omfatter plastisk kirurgi brukes firetegnskoder fra:

Z42 Kontakt med helsetjenesten for etterbehandling som omfatter plastisk kirurgi

Ved både etterundersøkelser og etterbehandling skal primærsvulsten – i likhet med ved tilkomne metastaser – kodes som annen tilstand, selv om den tidligere er fjernet.

Vedrørende særskilt koding ved poliklinikk og korttidsopphold for kjemoterapi vises det til siste avsnitt i foregående punkt om adjuvant behandling.

9.6 Koding ved komplikasjoner til kreftsykdommen eller komplikasjoner til behandlingen for kreftsykdommen

Primærsvulster eller metastaser kan gi sykdom i andre organsystemer enn der svulsten eller metastasen er lokalisert, for eksempel hydronefrose på grunn av avklemming av urinrør eller urinleder, hyperkalsemi på grunn av beinnedbrytning ved skjelettmetastaser, gallestase ved pankreascancer på grunn av innvekst i lever, eller pareser på grunn av avklemming av nerverøtter eller ryggmarg. Når det er dette problemet helsehjelpen *hovedsakelig* er gitt for, også dersom det er gitt helsehjelp for den underliggende kreftsykdommen, skal det aktuelle problemet registreres som hovedtilstand, og kreftsykdommen eller metastasen som annen tilstand, som beskrevet i avsnittet *Symptomer og bakenforliggende tilstand*, side 12. Den samme regelen gjelder hvis pasienten får behandling for komplikasjoner til behandlingen av kreftsykdommen, for eksempel en infeksjon på grunn av immunsvikt sekundært til cellegiftbehandling.

Bakenforliggende sykdom skal i slike tilfeller alltid kodes som annen tilstand. Anemi ved neoplastisk sykdom (**D63.0***) er stjernekode, som må registreres som sverd/stjerne kombinasjon med kreftsykdommen som sverdkode.

9.7 Svulster med ukjent eller usikkert malignitetspotensial

Hovedkategoriene innenfor kapittel II (med tilhørende tretegnskategorier) er:

- Ondartede svulster (C00-C97)
- In situ (preinvasive) svulster (D00-D09)
- Godartede svulster (D10-D36)
- Svulster med usikkert eller ukjent malignitetspotensial (D37-D48)

Inndelingen bygger på svulstenes morfologi. For de tre første gruppene forårsaker dette få problemer. Som regel vil man før patologisk anatomisk diagnose foreligger ha rimelig gode holdepunkter for om en svulst er god- eller ondartet. Og for preinvasive svulster er det innlysende at den kategoriseringen vanligvis ikke kan gjøres pålitelig uten patologisk anatomisk diagnose.

Hovedkategorien *Svulster med usikkert eller ukjent malignitetspotensial* kan feilaktig anvendes ved at den brukes når patologisk anatomisk diagnose ikke foreligger, særlig når biopsi- eller operasjonspreparat er sendt inn, men svar ikke er kommet enda.

Det er ikke dette som er meningsinnholdet i kategoriblokken (**D37-D48**). Denne koderekken gjelder svulster med en *morfologi* hvor malignitetspotensialet er ukjent

eller hvor den morfologiske svulsttypen er kjent for noen ganger å utvikle seg ondartet, andre ganger godartet.

Dette gjelder morfologikoder som i ICD-O (International Classification of Diseases for Oncology) slutter på /1. I Norsk Patologikodeverk (NORPAT) er siste siffer 1, uten noen skråstrek som skilletegn foran.

Forutsetningen for å bruke koder fra denne kategoriblokken er at patologisk anatomisk diagnose foreligger, med mindre svulsten har makroskopisk eller klinisk gjenkjennelige særtrekk som sannsynliggjør at det er en svulsttype som man vet har ukjent eller usikkert malignitetspotensial.

Når man mangler eller venter på patologisk anatomisk diagnose, må man i stedet gjøre som ellers ved diagnoser som er sannsynlige, men ikke sikkert bestemt: Man koder etter det man tror det er, og korrigerer hvis senere tilkommende informasjon fører til en revidert diagnose.

9.8 Svulster med funksjonell aktivitet

For svulster med funksjonell aktivitet kan en tilleggskode fra kapittel IV Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser brukes for å angi den funksjonelle aktiviteten når den har klinisk betydning for det kontaktilfelle som kodes.

Dette gjelder i hovedsak svulster i endokrine organer eller utgående fra endokrint aktive celler i celler og vev som ikke regnes til det endokrine system. Det gjelder både godartede og ondartede svulster. Svulstkoden skal oppføres først.

For eksempel kan en karsinoid svulst i nedre del av tynntarmen med levermetastaser kodes slik:

C17.2 Ondartet svulst i ileum
C78.7 Metastase i lever
E34.0 Karsinoid syndrom

9.9 Ondartede svulster utgått fra ektopisk vev

Slike svulster skal kodes etter den lokalisasjonen svulsten oppstår i. Dette er en endring av kodingsreglene gjeldende fra 2016, bestemt av WHO. En ondartet svulst utgått fra ektopisk hormonproduserende vev og med lokalisasjon i tynntarm kodes derfor slik:

Hovedtilstand: **C17.7** Ondartet svulst i ileum

Annen tilstand: Kode for aktuell hormonproduksjon, eller **E34.2** Ektopisk hormonproduksjon, ikke klassifisert annet sted.

9.10 Patologisk fraktur ved cancer

Når en primærtumor eller metastaser er skyld i patologisk fraktur kodes dette først med kode for svulst/metastase som tidligere beskrevet, etterfulgt av stjernekode **M49.5*** Sammenfalt ryggvirvel ved sykdommer klassifisert annet sted eller **M90.7*** Brudd i knokkel ved neoplastisk sykdom (C00-D48[†]).

10 RETNINGSLINJER FOR KODING AV DIABETES MELLITUS OG SYKDOMMENS KOMPLIKASJONER

Retningslinjene er oppdatert fra tilsvarende emneområde i ICD-10 kodeveiledning 2000 (KITH Rapport 20/2000), som ble utgitt som trykksak i år 2000. De er opprinnelig publisert 13.7.2006. Små korreksjoner er foretatt januar 2010 og januar 2011.

10.1 Diabetes mellitus utenom graviditet

For koding av diabetes mellitus hos ikke-gravide brukes koder i kategoriblokken **E10-E14**. Under norske forhold vil det stort sett være **E10 Diabetes mellitus type 1** og **E11 Diabetes mellitus type 2** som er aktuelle.

10.1.1 Tretegnskoder er ikke gyldige

Det finnes ikke gyldige tretegnskoder for diabetes mellitus. Men firetegnsinndelingen er ikke oppført for hver enkelt tretegnsggruppe. Den er felles for alle tretegnsggruppene, og er oppført under kategoriblokkoverskriften **Diabetes mellitus (E10-E14)**.

Fjerde tegn brukes til å beskrive komplikasjoner til diabetes, eller at det ikke er noen komplikasjoner.

Som regel vil det være én av de komplikasjoner som er listet opp under fjerde tegn .0-.6 som har betydning for det aktuelle oppholdet. Da brukes den, selv om pasienten har flere komplikasjoner. Hvis det er flere som har betydning, kodes de som hovedregel hver for seg i stedet for med fjerde tegn .7, se avsnitt 4.3.3 *Flere relaterte tilstander* side 39.

Uten komplikasjon kodes med fjerde tegn .9.

10.1.2 Hva er insulinavhengig diabetes?

Dette problemet finnes ikke lenger etter 2005-oppdateringen av norsk utgave av ICD-10. Tidligere ble insulinavhengig og ikke insulinavhengig brukt i ICD-10-kodetekstene istedenfor type 1 og type 2 eller juvenil og aldersdiabetes. Den foreldete terminologien førte til at type 2 diabetikere som behandles med insulin ble feilkodet med **E10**-kode. Av denne grunn er nå kodetekstene modernisert til henholdsvis diabetes mellitus type 1 og diabetes mellitus type 2.

10.1.3 Tretegnskategoriene E12, E13 og E14

E12 Underernæringsrelatert diabetes mellitus er en tilstand som ikke er kjent under våre forhold, en sjelden sykdom ved langvarig kronisk underernæring i tropiske strøk.

E13 Annen spesifisert diabetes mellitus er en «samlekategori» for typer diabetes som ikke passer i noen av de andre kategoriene, for eksempel steroidutløst diabetes.

E14 Uspesifisert diabetes mellitus er en kategori hvor firetegnskodene skal brukes kun hvis man vet at pasienten har diabetes, men ikke om det er type 1 eller type 2. Vet man hvilken type det er, skal det kodes med en firetegnskode fra **E10 Diabetes mellitus type 1** eller **E11 Diabetes mellitus type 2**.

10.1.4 Coma diabeticum, hypoglykemi med og uten bevissthetstap

Som man vil se av fjerdetegnsifrene under avsnittsoverskriften, kan det ikke skilles mellom vanlig *diabetisk koma*, *hyperosmolært diabeteskoma* og *hypoglykemisk sjokk med bevissthetstap* (koma). Men som vist senere, skal det legges til ATC-kode¹ for insulin eller peroralt antidiabeticum ved hypoglykemisk sjokk, og dette vil skille registreringen fra coma diabeticum.

Det er hos oss og i mange andre land sterk misnøye med systematikken på dette punkt. Hypoglykemi med bevissthetstap er jo det stikk motsatte av diabetisk coma, og det hyperosmolære koma er en tredje, helt forskjellig komplikasjon til diabetes. Men slik er det bare, ICD-10 er en internasjonal konvensjon som vi er bundet av som medlemmer av WHO, og løsningen for disse komplikasjonene er ikke noe vi har funnet på i Norge. Vi håper problemet vil få sin løsning i ICD-11.

Med koma eller hypoglykemi med bevissthetstap skal altså siste siffer være .0, ved diabetisk ketoacidose uten (kjent) koma skal det være .1.

Diabetes med hypoglykemi på grunn av behandling *uten* koma har følgende kode:

E16.0 Legemiddelutløst hypoglykemi uten koma

Både ved hypoglykemi kodet som **E10.0 Diabetes mellitus type 1 med koma**, **E11.0 Diabetes mellitus type 2 med koma** og **E16.0 Legemiddelutløst hypoglykemi uten koma** bør den medikamentelle årsak angis. Det gjøres ved tilleggskoding fra kapittel XX (Ytre årsaker...) og ATC-kode for substans. ATC-koden finnes under preparatnavnet i Felleskatalogen, men for insulinene kan det være tungvint å lete frem hvilken av kodene som gjelder når det er ført opp flere typer i samme katalogoppførelse. Alternativet er å slå opp i koderegisteret *Anatomisk terapeutisk kjemisk legemiddelregister* som finnes foran i katalogen (del c, gule sider).

Ved hypoglykemi på grunn av åpenbar overdosering – altså dosering utenom terapeutisk område – er det korrekt å bruke kode fra kapittel XIX (Skader, forgiftninger og ...). Det brukes da følgende kodetyper, hvorav de tre første betegner hovedtilstanden, og diabetes-koden annen tilstand:

Eksempel:

Hovedtilstand:

Forgiftning:	T4n	Forgiftning med terapeutiske legemidler og biologiske substanser
Årsakskode:	X4n	Forgiftning, etsing og annen påvirkning av giftige substanser som følge av ulykke²

¹ Anatomisk Terapeutisk Kjemisk legemiddelregister – WHO-klassifikasjon av legemidler.

² Inklusive aksidentell overdosering. Husk å legge til siffer for sted og bokstav for aktivitet ved ulykkeshendelsen, som angitt i innledningen til kapittel XX i ICD-10. Hvis årsakskoden er X6n (villet egenskade) skal det bare legges til stedssiffer, ikke aktivitetsbokstav.

ATC-kode: **A10A B01** **humant monokomponent insulin
(Insulin Actrapid®)**

Annen tilstand:

Grunnsykdom: **E10.9 Diabetes mellitus type 1**

Det finnes andre mulige årsaker som er mindre aktuelle – for eksempel villet egen-skade (**X6n**) eller villet forgiftning av annen person (**X8n**)

Ved hypoglykemi som skyldes vanskelig regulerbar diabetes, eller manglende føde-inntak, uten at det kan sies direkte å være noen feildosering kodes tilstanden som bivirkning:

Eksempel med bevissthetstap:

**E11.0 Diabetes mellitus type 2 med koma
(inklusive hypoglykemisk, vår tilføyelse)**
**Y4n Bivirkninger av terapeutiske legemidler eller biologiske substanser i
terapeutiske doser**
A10B B01 glibenklamid (Daonil®)

Uten bevissthetstap blir det som nevnt **E16.0 Legemiddelutløst hypoglykemi uten koma**. Denne koden gjelder både hos diabetiker og hos ikke-diabetiker som har fått i seg medikament som kan utløse hypoglykemi.

Det kan fortone seg som ulogisk å bruke **E16.0** for hypoglykemi ved type 1 diabetes, fordi gruppeoverskriften til **E16** er Andre forstyrrelser i bukspyttkjertelens hormonsekresjon, og hypoglykemien skyldes jo ikke forstyrrelse av hormonsekresjonen, som er tilnærmet lik null, men tilførsel av hormonet selv. Det er likevel korrekt å bruke **E16.0** i ovennevnte tilfelle, det er bare avsnittsoverskriften som er noe mindre presis enn man skulle ønske (det kunne gjerne ha vært presisert, for eksempel i en inklusjonsmerknad, at kategoriblokken også omfatter hypoglykemi av annen årsak). Det er ikke helt uvanlig med denne mangel på presisjon i ICD-10, slik at kategoriblokkene og tretegningsgruppene i ICD-10 kan inneholde koder som passer der som manifestasjon, selv om de etiologisk ikke riktig stemmer med overskriften. ICD-10 er ikke en medisinsk lærebok, bare en konvensjon for sykdomsstatistikk, og den valgte systematiske plassering av hypoglykemi uten koma hos diabetikere er koden **E16.0**.

Det gjenstår nå bare å kunne kode legemiddelutløst hypoglykemi med koma hos en *ikke-diabetiker*, og da skal man bruke koden som ble nevnt som eksempel på gyldig tretegningskode:

E15 Ikke-diabetisk hypoglykemisk koma

E15 omfatter både legemiddelutløst hypoglykemi og hypoglykemi på grunn av insulom og annet, men hvis den er legemiddelutløst, skal årsakskode + ATC-kode legges til om mulig. Er det insulom, blir det tilleggskode for svulsten fra kapittel II. (Ved insulom med mindre alvorlig hypoglykemi, vil det være naturlig å sette svulstkoden som første kode, med **E16.1 Annen hypoglykemi** som tilleggskode for tumors funksjonelle aktivitet.)

Dessuten har man nødløsningen **E16.2 Uspesifisert hypoglykemi** hvis man ikke får stillet noen nærmere diagnose.

10.2 Diabetes mellitus under svangerskap

Under svangerskap brukes følgende koder for diabetes mellitus:

O24 Diabetes mellitus under svangerskap
Inkl: Under fødsel og i barseltid

- O24.0 Foruteksisterende diabetes mellitus, type 1**
- O24.1 Foruteksisterende diabetes mellitus, type 2**
- O24.2 Foruteksisterende underernæringsrelatert diabetes mellitus**
- O24.3 Uspesifisert foruteksisterende diabetes mellitus**
- O24.4 Diabetes mellitus som oppstår under svangerskap**
Svangerskapsdiabetes INA
- O24.9 Uspesifisert diabetes mellitus under svangerskap**

Som man vil se er fjerde siffer disponert på annen måte her enn under **E10-E14**, slik at det ikke finnes noen kode for svangerskapsdiabetes med diabeteskoma eller hypoglykemi med bevissthetstap. Uten bevissthetstap vil **E16.0 Legemiddelutløst hypoglykemi uten koma** være gyldig for hypoglykemi også under svangerskap, og **O24**-kode bør brukes som tilleggskode for grunnsykdommen. Igjen er det tale om en internasjonalt omforent løsning som vi er bundet av, selv om vi kanskje kunne ha tenkt oss bedre løsninger.

11 RETNINGSLINJER FOR DIAGNOSEKODING VED PCI- BEHANDLING AV AKUTT OG KRONISK KORONARSYKDOM

Disse retningslinjene er utarbeidet etter oppdrag fra Helsedirektoratet på grunn av usikkerhet om hvordan det skal ICD-10-kodes når en pasient etter akutt PCI-behandling ved en spesialavdeling overflyttes til et annet sykehus for oppfølgende observasjon eller behandling. De er opprinnelig publisert 13.7.2006. Små korreksjoner er foretatt januar 2010.

11.1 Faser i utredning og behandling

PCI utføres enten

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

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.

11.2 Diagnosekoding før PCI

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

11.2.1 Elektiv situasjon

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

I20.9 Uspesifisert angina pectoris

I25.1 Aterosklerotisk hjertesykdom

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

Blant andre tilstander kan man ta med 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 Aterosklerotisk hjerte-karsykdom** 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.

Man skal også ta med andre kardiologiske tilstander, inklusive rytmeforstyrrelser, som blir gjenstand for undersøkelse, vurdering eller behandling under oppholdet.

11.2.2 Akutt situasjon

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

I20.0	Ustabil angina
I21.0-I21.9	Akutt hjerteinfarkt
I22.0-I22.9	Påfølgende hjerteinfarkt

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. Fra 2015 er det imidlertid innført en frivillig nasjonal underinndeling på 5. tegnsnivå av alle **I21**- og **I22**-koder i henhold til de seks typene som er beskrevet i konsensusdokumentet *Third universal definition of myocardial infarction* (European Heart Journal (2012) 33, 2551–2567).

Følgende frivillige underinndeling på femtetegnsnivå kan brukes med kategoriene **I21** og **I22** for type hjerteinfarkt:

1: Type 1

Spontant hjerteinfarkt relatert til iskemi forårsaket av en primær koronar hendelse, som plaquefissur, -erosjon eller -ruptur eller disseksjon med intraluminal trombe. Pasienten kan ha underliggende koronarsykdom eller ikke.

2: Type 2

Hjerteinfarkt sekundært til iskemi forårsaket av ubalanse mellom oksygenbehov og -tilførsel i myokard, f.eks. ved koronar endotel-dysfunksjon, arteriespasme, koronar embolus med opphav utenfor koronararteriene, taky-/bradyarytmi, anemi, respirasjonssvikt, hypotensjon og hypertensjon med eller uten venstre ventrikelhypertrofi.

3: Type 3

Kardial død, med symptomer som er forenlige med myokardiskemi, ledsaget av nyoppståtte iskemiske EKG-forandringer eller venstre grenblokk, hvor

pasienten døde før man fikk tatt blodprøver eller før man kunne forvente en økning av infarktmarkører.

a: Type 4a

Hjerteinfarkt assosiert med PCI (som oppstår innen 48 timer etter utført PCI).

b: Type 4b

Stenttrombose dokumentert ved angiografi eller obduksjon.

5: Type 5

Hjerteinfarkt assosiert med ACB-operasjon (som oppstår innen 48 timer etter ACB-operasjon).

Fra 1.1.2010 er kodetekstene for **I22.0-I22.9** endret fra «Akutt hjerteinfarkt (...) 2. gang eller senere» til «Påfølgende hjerteinfarkt (...)». Dette er i tråd med endringer i de originale kodetekstene fra WHO som er anbefalt innført fra 2010. Tidligere ble i Norge kategoriene under **I22 Påfølgende hjerteinfarkt** brukt for alle 2. gangs eller senere infarkter. Fra 2010 skal de bare brukes når et nytt infarkt tilkommer mens det forrige fremdeles gjelder som akutt, hvilket vil si innen 28 dager etter at forrige infarkt inntrådte.

Koding av andre tilstander som omtalt under avsnittet om elektiv situasjon tilkommer også her.

11.3 Koding under det opphold hvor PCI utføres

Her blir diagnosekodingen den samme som under avsnitt 11.2, men kirurgisk prosedyrekode for PCI må også registreres.

11.3.1 Koding av komplikasjoner til PCI-behandlingen ved det sykehuset der PCI utføres

Hvis hjerteinfarkt etter PCI-behandlingen vurderes å være en komplikasjon til selve prosedyren skal dette registreres ved å bruke 5.tegn «a» for type hjerteinfarkt. Ved å bruke 5.tegn i koden er det ikke nødvendig å bruke T-kode for komplikasjonen og spesifikk Y-kode for årsak, da disse opplysningene ligger i det 5.tegnet.

Eks.: I21.4a Akutt subendokardialt infarkt assosiert med PCI

Dersom et hjerteinfarkt etter PCI er av en slik karakter at dette har hatt størst betydning for den medisinske behandlingen skal hjerteinfarkt registreres som kode for hovedtilstand. Vanlige kodingsregler for valg av hovedtilstand gjelder.

11.3.2 Koding av andre komplikasjoner enn hjerteinfarkt

Hvis det oppstår andre komplikasjoner, enten relatert til PCI-behandlingen eller andre forhold under dette sykehusoppholdet, må det i tillegg til kode for selve komplikasjonen også registreres kode for type komplikasjon fra kategoriblokken **T80-T88 Komplikasjoner til kirurgisk og medisinsk behandling, ikke klassifisert annet sted**, og årsakskode fra kategoriblokken **Y4n-Y84 Komplikasjoner ved medisinsk og kirurgisk behandling**. Dette må registreres slik fordi det bare er hjerteinfarkt (**I21 Akutt hjerteinfarkt** og **I22 Påfølgende hjerteinfarkt**) som kan registreres med 5.tegn.

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 for komplikasjonstype skal ha tillegg av en årsakskode fra kapittel XX. Det er i så fall to muligheter:

Y83.1 Unormal 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 Unormal pasientreaksjon som følge av hjertekateterisering, og senere komplikasjon til slik prosedyre, hvis selve prosedyren forløp uten anmerkning om skade

Y84.0 brukes hvis komplikasjonen knytter seg til selve kateteriseringen, og ikke til plasseringen av stenten.

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

Se også avsnitt 2.4 *Valg av hovedtilstand når pasienten overflyttes fra en avdeling til en annen*, side 15 for generelle regler for valg av hovedtilstand ved overflytting mellom sykehus.

11.4.1 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 aterosomatose er ikke helbredet. Koden for denne tilstanden (**I25.1**, se avsnitt 11.2.1 *Elektiv situasjon*) velges da for hovedtilstand.

11.4.2 Etter ukomplisert akutt PCI

- Hvis indikasjonen var et manifest infarkt, kodes dette etter overflytting med infarktkode som beskrevet i avsnitt 11.2.2 *Akutt situasjon* (revaskularisering har ikke helt forhindret infarkt, og selv om behandlingen er vellykket med tanke på begrensning 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 Aterosklerotisk hjertesykdom**) som hovedtilstand.

11.4.3 Ved komplikasjoner etter utført PCI

Hvis kompliserende kardiologiske tilstander vedvarer etter overflytting eller tilkommer og blir gjenstand for undersøkelse, behandling eller vurdering også ved det sykehuset som pasienten er flyttet til etter utført PCI, mens revaskulariseringen som sådan er vellykket, blir en slik tilstand (for eksempel rytmeforstyrrelse) 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. Akutt myokardinfarkt eller kronisk iskemisk hjertesykdom blir da annen tilstand og registreres i pasientsystemet *etter* det som nå blir hovedtilstand.

Hvis det dreier seg om en komplikasjon som er direkte forårsaket av stenting, vil dette også kreve at den blir 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 for hovedtilstand skal ha tillegg av en årsakskode fra kapittel XX. Det er i så fall to muligheter:

- Y83.1 Unormal 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 Unormal pasientreaksjon som følge av hjertekateterisering, og senere komplikasjon til slik prosedyre, hvis selve prosedyren forløp uten anmerkning om skade**

Y84.0 brukes hvis komplikasjonen knytter seg til selve kateteriseringen, og ikke til plasseringen av stenten.

11.4.4 Koder fra ICD-10 kapittel XXI for nærmere karakteristik av opphold ved annet sykehus som pasienten overflyttes til etter utført PCI

Koder fra kapittel XXI (Z-koder) kan benyttes som kode for annen tilstand for nærmere karakteristik 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.³ 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

Rutinemessig etterbehandling

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

- Z48.8 Annen spesifisert etterbehandling etter operasjon**

³ For opphold med overflytting til annet sykehus for akutt PCI, og for overflytting fra PCI-enheten til annet sykehus etter slik behandling, er de tidligere beskrevne kodene sammenholdt med pasientadministrative data (liggetid, overflytting til/fra annet sykehus) tilstrekkelig til å identifisere disse oppholdene.

Ved kompliserende tilstander

Ved kompliserende kardiologiske tilstander kodes som beskrevet i avsnitt 11.4.3 *Ved komplikasjoner etter utført PCI*. Andre tilstander som undersøkes, vurderes, eller behandles kan naturligvis også bli gjenstand for koding. 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 man i tillegg kode tilstedeværelsen av en stent med:

Z95.5 Status med angioplastisk koronarimplantat og -transplantat

12 RETNINGSLINJER FOR KODING VED SEPSIS

12.1 Definisjoner og bakgrunn

Sepsis er en infeksjonsutløst tilstand med livstruende organsvikt forårsaket av en dysregulert vertsreaksjon på infeksjonen.

SIRS (systemisk inflammatorisk responsyndrom) er en reaksjon i kroppen definert ved bestemte endringer i minst to av disse:

- temperatur
- puls
- respirasjon
- antall hvite blodlegemer

SIRS trenger ikke være forårsaket av infeksjon. Funn som oppfyller kriteriene for SIRS kan f.eks. skyldes skader eller kraftig fysisk anstrengelse. I dette kapitlet omtaler vi bare SIRS utløst av infeksjon.

Septisk sjokk er sepsis med tillegg av sirkulasjonssvikt.

Nøyaktige definisjoner og grenser for målte verdier finnes i faglitteraturen. Organsvikten som inngår i definisjonen må være forårsaket av den dysregulerte reaksjonen på infeksjonen, ikke av skade på organet på grunn av infeksjonen i organet. Hjertesvikt pga. klaffelekkasje pga. akutt endokarditt på klaffen er ikke en type organsvikt som oppfyller kriteriene for sepsis, men akutt nyresvikt pga. meningokokksepsis er det.

WHO tok inn spesifikke koder i ICD-10 for SIRS og septisk sjokk i 2010. Dette endret kodingspraksis fra tidligere, da kodene for «sepsis», f.eks. **A41.0 Sepsis som skyldes *Staphylococcus aureus***, hovedsakelig ble brukt for sepsis med organsvikt. Sepsis i henhold til SIRS-definisjonen ble nå i stedet definert som SIRS forårsaket av infeksjon, mens det som tidligere ble kalt sepsis nå ble betegnet som «alvorlig sepsis».

Fagmiljøene har etter hvert diskutert SIRS og funnet svakheter i begrepet, siden det hverken er særlig spesifikt, sensitivt eller godt kan forutsi forløpet av sykdommen hos pasientene. Man har derfor samlet seg om en ny definisjon av sepsis og septisk sjokk, som ikke bruker SIRS-begrepet, men i stedet nye kriterier. Dette er de såkalte «Sepsis-3»-kriteriene for sepsis og septisk sjokk, med introduksjon av SOFA-skår (Sequential [Sepsis-related] Organ Failure Assessment)⁴. I dette dokumentet er organsvikt definert som en stigning i SOFA-skår på minst 2 poeng fra pasientens utgangsverdi. Både SIRS-kriteriene og de nye «Sepsis-3»-kriteriene er nå i klinisk bruk i Norge.

Begrepet sepsis brukes nå omtrent som før SIRS ble tatt i bruk, nemlig som en alvorlig infeksjonsutløst tilstand med livstruende organsvikt.

De nyeste faglige definisjonene har ikke fått noen følger for kodene i ICD-10. Den inneholder fortsatt kodene for SIRS og septisk sjokk som ble innført i 2010. Vi må

⁴ *The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)*
<http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2492881>

derfor finne en hensiktsmessig måte å bruke de eksisterende kodene på som passer for den gjeldende definisjonen av sepsis.

12.2 Aktuelle koder

For å kode infeksjoner, eventuelt også med sepsis eller septisk sjokk, har vi fire typer koder.

1. Vanlige koder for infeksjoner der lokalisasjon stort sett er angitt, f.eks. **N30.0 Akutt cystitt** og **I33.0 Akutt og subakutt infeksjøs endokarditt**. Ved infeksjon der man ikke kjenner lokalisasjon, og som ikke gir sepsis, finnes det koder i kategoriene **A49 Bakterieinfeksjon med uspesifisert lokalisasjon** og **B34 Virusinfeksjon med uspesifisert lokalisasjon**. For slike infeksjoner med andre infeksjøse agens enn bakterier og virus finnes det tilsvarende koder i kapittel I.

2. Tilleggs-koder som angir alvorlighetsgraden av infeksjonen:

R65.0 Systemisk inflammatorisk responssyndrom av infeksjøs årsak uten organsvikt

R65.1 Systemisk inflammatorisk responssyndrom av infeksjøs årsak med organsvikt

Alvorlig sepsis

Infeksjon og endring i SOFA-skår ≥ 2 poeng

R57.2 Septisk sjokk

Disse kodene skal utelukkende brukes som tilleggs-koder til første kode for infeksjonen.

3. Koder for sepsis når infeksjøs agens er kjent (unntatt for **A41.9**), men lokalisasjonen er ukjent:

A02.1 Salmonellasepsis

A20.7 Sepsispest

A22.7 Miltbrannsepsis

A26.7 Sepsis som skyldes Erysipelothrix

A32.7 Listeriasepsis

A40.0 Sepsis som skyldes Streptococcus, serogruppe A

A40.1 Sepsis som skyldes Streptococcus, serogruppe B

A40.2 Sepsis som skyldes Streptococcus, serogruppe D

A40.3 Sepsis som skyldes Streptococcus pneumoniae

A40.8 Annen spesifisert streptokokksepsis

A40.9 Uspesifisert streptokokksepsis

A41.0 Sepsis som skyldes Staphylococcus aureus

A41.1 Sepsis som skyldes andre spesifiserte stafylokokker

A41.2 Sepsis som skyldes uspesifiserte stafylokokker

A41.3 Sepsis som skyldes Haemophilus influenzae A

41.4 Sepsis som skyldes anaerobe bakterier

A41.5 Sepsis som skyldes andre gram-negative organismer

A41.8 Annen spesifisert sepsis

A41.9 Uspesifisert sepsis

A42.7 Aktinomykotisk sepsis

B37.7 Candidasepsis

Merk at kategorien **A41** har en rekke eksklusjoner, se [FinnKode](#).

4. Koder for infeksjøse agens

Det finnes en rekke koder i gruppen **Bakterier, virus og andre infeksjonsfremkallende mikroorganismer (B95-B98)**. Disse legges til når infeksjøs agens er kjent, og dette

ikke fremgår av en annen kode. Akutt cystitt med E. coli må kodes med kombinasjonen:

N30.0 Akutt cystitt

B96.2 Escherichia coli[E. coli] som årsak til sykdommer klassifisert i andre kapitler

Pneumokokkpneumoni har derimot koden **J13 Pneumoni som skyldes Streptococcus pneumoniae**, og da er mikroben allerede angitt i infeksjonskoden.

12.3 Regler for koding

12.3.1 Infeksjon som ikke gir organsvikt

Her brukes kode for lokalisert infeksjon (type 1 over), avhengig av lokalisasjon, samt kode for infeksjøst agens, om det er aktuelt.

Dersom infeksjonen gir SIRS, men ikke organsvikt, kan **R65.0 Systemisk inflammatorisk responssyndrom av infeksjøs årsak uten organsvikt** legges til. Siden infeksjoner av en viss alvorlighetsgrad nærmest alltid vil gi SIRS, gir **R65.0** lite tilleggsinformasjon, og er ikke obligatorisk.

12.3.2 Infeksjon der kroppens reaksjon på infeksjonen gir svikt i ett eller flere organer (sepsis, slik det er definert over i avsnitt 12.1)

Her avhenger kodingen av om lokalisasjon av infeksjonen er kjent eller ikke.

Kjent infeksjonsfokus

Infeksjonen kodes først med kode for lokalisert infeksjon (type 1 over), samt kode for infeksjøst agens (type 4 over), om det er aktuelt. Så legges koden **R65.1 Systemisk inflammatorisk responssyndrom av infeksjøs årsak med organsvikt** til.

Ukjent infeksjonsfokus

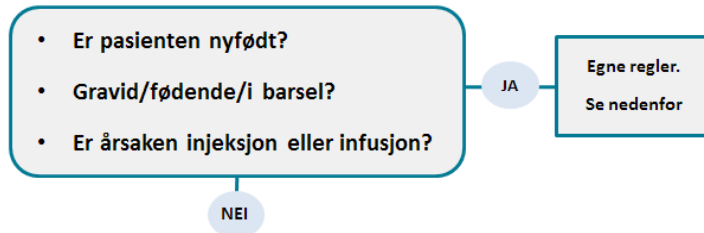
Infeksjonen kodes med en kode av type 3 over, f.eks. **A41.0 Sepsis som skyldes Staphylococcus aureus**. Her er **R65.1** unødvendig, siden **A41.0** sier at pasienten har sepsis. Kode for infeksjøst agens legges til om det er aktuelt.

12.3.3 Infeksjon med septisk sjokk

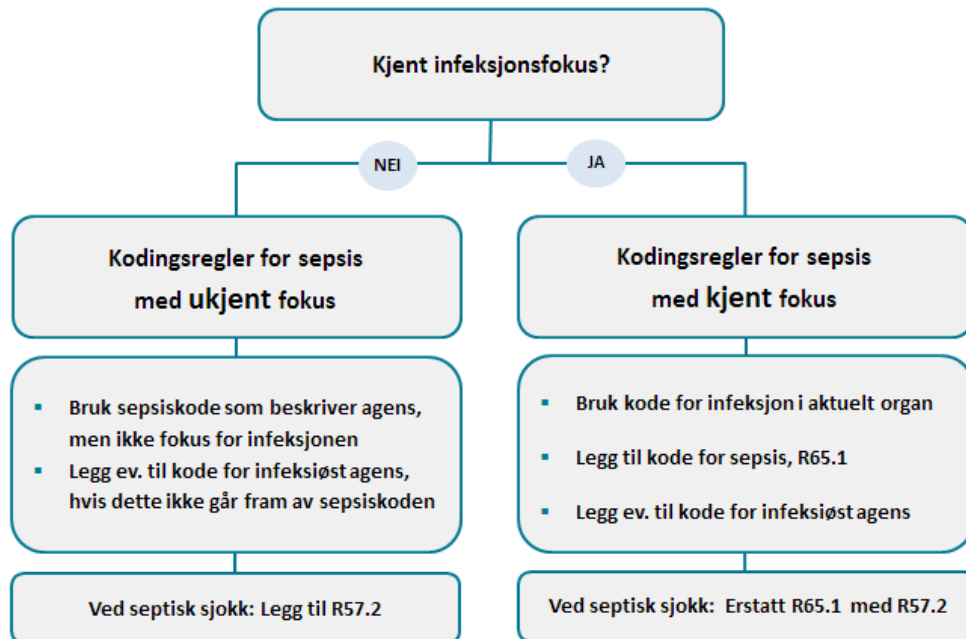
Her kodes det som i 12.3.2, men **R65.1** skal ikke brukes og **R57.2 Septisk sjokk** skal alltid legges til.

12.3.4 Oppsummering av koding ved sepsis og septisk sjokk

Dette kan også illustreres ved disse flytskjemaene:



Hvis svaret på spørsmålene er nei, kodes det slik:



12.4 Eksempler

12.4.1 Pasient 1

*Pasient med kreftsykdom, i nadir under cytostatikabehandling. Han får feber, signifikant stigning i CRP og har alvorlig nøytropeni. Er mentalt påvirket med delir og trenger pressorbehandling for å opprettholde MAP >65 mm Hg. I blodkultur vokser *Pseudomonas aeruginosa*. Fokus for infeksjonen kan ikke bestemmes.*

HT: **A41.5 Sepsis som skyldes andre gram-negative organismer**

AT: **B96.5 Pseudomonas (aeruginosa) som årsak til sykdommer klassifisert i andre kapitler**

R57.2 Septisk sjokk

D70 Agranulocytose og nøytropeni

Kode for cancer fra kapittel II.

Siden fokus for infeksjonen ikke lar seg påvise er **A41.5** korrekt kode for hovedtilstand. Siden denne ikke beskriver infeksiøst agens presist legges **B96.5** til. **R57.2** skal legges til på grunn av septisk sjokk. Nøytropeni kodes med **D70**. Kode for kreftsykdommen tas også med.

12.4.2 Pasient 2

Tidligere organfrisk kvinne med akutt mitralendokarditt med funn av gule stafylokokker i blodkulturer. Venstre ventrikkelsvikt på grunn av perforasjon av mitralklaffen. SOFA-skår: økning fra 0 (før den akutte sykdommen) til 3 poeng (Kreatinin 180 µmol/L, trombocytter 120 x10³/µl).

HT: **I33.0 Akutt og subakutt infeksjons endokarditt**

AT: **B95.6 Staphylococcus aureus som årsak til sykdommer klassifisert i andre kapitler**
R65.1 Systemisk inflammatorisk responssyndrom av infeksjons årsak med organsvikt
I50.1 Venstresidig ventrikkelsvikt
N17.8 Annen spesifisert akutt nyresvikt

SOFA-skår blir 3 på grunn av nyrefunksjonen (2p) og trombocytallet (1p). Dette er diagnostisk for sepsis etter SOFA-kriteriene, og **R65.1**, må derfor tas med. **B95.6** tas med fordi opplysning om infeksjonst agens ikke fremkommer av de andre kodene. Andre tilstander tas med når de har hatt betydning for den helsehjelpen som er gitt, for eksempel påvirket valg av eller dosering av medikamenter. Vurderinger rundt dette må beskrives i journalen.

12.5 Spesielle pasientgrupper

12.5.1 Nyfødte

Ved infeksjon som man regner med at er oppstått intrauterint eller under selve fødselen skal første kode hentes fra gruppen **Infeksjoner spesifikke for perinatalperioden (P35-P39)**, med mindre infeksjonen er en av de som er nevnt i eksklusjonsmerknadene i begynnelsen av gruppen. Avhengig av om det foreligger sepsis eller ikke koder man slik:

Infeksjon uten sepsis

Bruk en av kodene fra

- P35.- Medfødte virussykdommer**
- P37.- Andre medfødte infeksjonssykdommer og parasittsykdommer**
- P38 Omfalitt hos nyfødt med eller uten liten blødning**
- P39.- Andre infeksjoner spesifikke for perinatalperioden**

Kode for infeksjonst agens legges som vanlig til, hvis det er nødvendig.

Infeksjon med sepsis

Ved kjent lokalisasjon av infeksjonen brukes først en av kodene nevnt i forrige avsnitt, etterfulgt av **R65.1 Systemisk inflammatorisk responssyndrom av infeksjons årsak med organsvikt** og kode for infeksjonst agens om nødvendig.

Ved ukjent lokalisasjon av infeksjonen brukes en av disse kodene:

- P36.0 Sepsis hos nyfødt forårsaket av Streptococcus, serogruppe B**
- P36.1 Sepsis hos nyfødt forårsaket av andre og uspesifiserte streptokokker**
- P36.2 Sepsis hos nyfødt forårsaket av Staphylococcus aureus**
- P36.3 Sepsis hos nyfødt forårsaket av andre og uspesifiserte stafylokokker**
- P36.4 Sepsis hos nyfødt forårsaket av Escherichia coli**
- P36.5 Sepsis hos nyfødt forårsaket av anaerobe bakterier**
- P36.8 Annen spesifisert bakteriell sepsis hos nyfødt**
- P36.9 Uspesifisert bakteriell sepsis hos nyfødt**

R65.1 er unødvendig å bruke sammen med kodene fra **P36**. Kode for infeksiøst agens legges til om nødvendig.

Ved septisk sjokk legges **R57.2 Septisk sjokk** alltid til, og erstatter **R65.1** ved infeksjon med kjent lokalisasjon.

Infeksjoner som oppstår *etter fødselen* skal kodes som hos voksne, som beskrevet tidligere i dette kapitlet. Se også eksklusjonsmerknadene til kategorien **Infeksjoner spesifikke for perinatalperioden (P35-P39)**.

Mistanke om sepsis hos nyfødt

Igangsatt behandling for *mistanke* om sepsis, skal ikke kodes som sepsis dersom mistanken om sepsis avkreftes. Det er ingen P-koder som er dekkende for en slik problemstilling. Dette må kodes med andre koder fra ICD-10 som beskriver det dominerende symptomet hos barnet, for eksempel feber (**R50.9 Uspesifisert feber**), forhøyet CRP (**R77.8 Andre spesifiserte abnormiteter i proteiner i plasma**), dårlig mat/væske-inntak (**R63.6 Utilstrekkelig inntak av mat og væske**), eller medfødt svakhet INA (**P96.9 Uspesifisert tilstand som oppstår i perinatalperioden**).

Igangsatt infeksjonsbehandling av premature har ingen spesifikk diagnosekode. Når infeksjon eller sepsis ikke kan påvises, kan aktuell kode for prematuritet brukes som hovedtilstand, dersom ikke andre koder er aktuelle.

At det er gitt antibiotika intravenøst kan eventuelt registreres med prosedyrekode **WBG00 Intravenøs injeksjon av legemiddel** + ATC-kode for det legemiddelet som er gitt.

12.5.2 Kvinner i svangerskap, fødsel eller barseltid

Infeksjoner i denne perioden som ikke har noen betydning for svangerskapet, som hverken påvirker eller påvirkes av dette, kodes på vanlig måte.

I alle andre tilfeller skal første kode for en infeksjon i perioden fra starten av svangerskapet til slutten av barseltiden, være en kode fra kapittel XV (O-kode som første kode). Dette er av statistiske grunner, for å kunne overvåke helsetilstanden i denne populasjonen.

I kapittel XV finnes det to typer koder for infeksjon:

1. Infeksjoner i urinveier eller kjønnsorganer, inkludert etter abort, inndelt etter tidsperioden de forekommer i. Her inngår infeksjon etter abort, i svangerskap, under fødsel og i barseltid:
 - O08.0** Infeksjon i kjønnsorganer og bekken etter abort, svangerskap utenfor livmoren og blæremola
 - O23** Infeksjoner i urinveier og kjønnsorganer under svangerskap
 - O75.3** Annen infeksjon under fødsel
 - O85** Barselfeber
 - O86.-** Andre barseltidsinfeksjoner
 - O91.-** Infeksjoner i bryst (mamma) i forbindelse med fødsel
2. Samlekoder for grupper av infeksjoner under **O98 Infeksjonssykdommer og parasittsykdommer hos mor, som kan klassifiseres annet sted, men som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid**:
 - O98.0** Tuberkulose som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid
 - O98.1** Syfilis som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid
 - O98.2** Gonoré som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid
 - O98.3** Andre infeksjoner med hovedsakelig seksuell overføring som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid
 - O98.4** Virushepatitt som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid

- O98.5 Andre virussykdommer som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid**
- O98.6 Protozosykdommer som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid**
- O98.7 Humant immunsviktvirus-sykdom [hiv-sykdom] som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid**
- O98.8 Andre spesifiserte infeksjonssykdommer og parasittsykdommer hos mor, som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid**
- O98.9 Uspesifisert infeksjonssykdom og parasittsykdom hos mor, som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid**

En kode fra en av disse to gruppene skal altså stå først ved en infeksjon som kompliserer svangerskap/fødsel/barseltid. Om mulig velger man en kode fra gruppe 1, ellers fra gruppe 2. Der koden er uspesifikk skal man om mulig i tillegg bruke den mer spesifikke koden man vanligvis ville brukt, for eksempel **O98.4 Virushepatitt som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid + B15.9 Hepatitt A uten leverkoma**.

Ved sepsis med *kjent lokalisasjon* legger man til **R65.1 Systemisk inflammatorisk responssyndrom av infeksiøs årsak med organsvikt** og kode for infeksiøst agens om nødvendig, når man kjenner lokalisasjon for infeksjonen. Ved septisk sjokk brukes **R57.2 Septisk sjokk** i stedet for **R65.1**.

Ved sepsis med *ukjent lokalisasjon* bruker man først riktig kode fra **O75.3 Annen infeksjon under fødsel**, **O86.- Andre barseltidsinfeksjoner** eller fra **O98** (oftest **O98.8 Andre spesifiserte infeksjonssykdommer og parasittsykdommer hos mor, som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid**), i den rekkefølgen. Deretter riktig kode av type 3 fra avsnitt 12.2 *Aktuelle koder* over. Om nødvendig legger man så til kode for infeksiøst agens, og ved septisk sjokk **R57.2 Septisk sjokk**.

Merk: Fødselen, med kode fra **Z37 Resultat av forløsning**, skal alltid være hovedtilstand ved den avdelingen der fødselen finner sted. Dersom det er aktuelt å kode infeksjoner eller sepsis for dette oppholdet skal disse registreres under andre tilstander. Se mer utfyllende om dette i kapittel 16 *Retningslinjer for koding ved fødsel og kompliserende tilstander til svangerskap, fødsel og barseltid* side 114ff.

I tabellen under summerer vi opp kodingen i henholdsvis svangerskap, fødsel og barseltid.

Fase	Sepsis med ukjent fokus	Sepsis med kjent fokus
Svangerskap (frem t.o.m. fødselsfase 1)	<p>HT: O98.8 Andre spesifiserte infeksjonssykdommer og parasittsykdommer hos mor, som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid</p> <p>AT: sepsiskode fra kapittel I (A-kode) som beskriver agens men ikke fokus for infeksjonen</p> <p>+ kode for spesifikt agens, hvis det kan spesifiseres ytterligere</p> <p>+ R57.2 Septisk sjokk ved septisk sjokk</p>	<p>HT: Bruk riktig O-kode kode for infeksjonen.</p> <p>Hvis det ikke finnes en dekkende O-kode: bruk O98.8 Andre spesifiserte infeksjonssykdommer og parasittsykdommer hos mor, som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid</p> <p>AT: Hvis O-koden er dekkende for infeksjonens utgangspunkt er det ikke nødvendig å legge til en annen organspesifikk kode. Hvis HT er O98.8 må du legge til kode fra organspesifikt kapittel for å angi infeksjonens utgangspunkt.</p> <p>+ R65.1 Systemisk inflammatorisk responssyndrom av infeksiøs årsak med organsvikt eller R57.2 Septisk sjokk</p> <p>+ kode for agens hvis dette ikke fremgår av øvrige koder</p> <p><i>Merknad: R57.2 Septisk sjokk erstatter R65.1 Systemisk inflammatorisk responssyndrom av infeksiøs årsak med organsvikt ved septisk sjokk</i></p>

Fase	Sepsis med ukjent fokus	Sepsis med kjent fokus
Fødsel (f.o.m. fødselsfase 2 til placenta er ute)	<p>NB: Fødselen, med kode fra Z37 Resultat av forløsning, skal alltid være hovedtilstand ved den avdelingen der fødselen finner sted. Kompliserende tilstander registreres under andre tilstander ved denne avdelingen. Sepsis som har oppstått før fødselen og som varer gjennom fødselen kodes på samme måte som sepsis i svangerskap.</p> <p>Hvis sepsis av ukjent årsak og med ukjent utgangspunkt for infeksjonen oppstår under selve fødselen skal O75.3 brukes som kode for sepsis.</p> <p>HT: Z37.x AT: O98.8 (hvis infeksjonen begynte før fødsel) eller O75.3.</p> <p>Legg til sepsiskode fra kapittel I (A-kode) som beskriver agens men ikke fokus for infeksjonen</p> <p>+ kode for spesifikt agens, hvis det kan spesifiseres ytterligere</p> <p>+ R57.2 Septisk sjokk ved septisk sjokk</p>	<p>NB: Fødselen, med kode fra Z37 Resultat av forløsning, skal alltid være hovedtilstand ved den avdelingen der fødselen finner sted. Kompliserende tilstander registreres under andre tilstander ved denne avdelingen. Sepsis som har oppstått før fødselen og som varer gjennom fødselen kodes på samme måte som sepsis i svangerskap.</p> <p>Hvis det oppstår infeksjon med utgangspunkt i fødselskanalen (barsel-feber) under fødsel, kodes dette med O85 Barsel-feber. Legg i tilfelle til R65.1 eller R57.2. Hvis sepsis har et annet utgangspunkt kodes det på samme måte som for sepsis i svangerskap.</p> <p>HT: Z37.x AT: O-kode for infeksjonen eller O98.8 + kode fra organspesifikt kapittel og eventuelt kode for infeksjøst agens. I tillegg R65.1 eller R57.2.</p>
Barsel (Fra fødsel og i 6 uker etter fødsel)	<p>Som for sepsis i svangerskap med ukjent utgangspunkt for infeksjonen: HT: O98.8 Andre spesifiserte infeksjonssykdommer og parasittsykdommer hos mor, som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid AT: sepsiskode fra kapittel I (A-kode) som beskriver agens men ikke fokus for infeksjonen</p> <p>+ kode for spesifikt agens, hvis det kan spesifiseres ytterligere</p> <p>+ R57.2 Septisk sjokk ved septisk sjokk</p>	<p>NB: Bare dersom infeksjonsfokus for sepsis er i fødselsveiene kan O85 brukes som kode for HT. Hvis sepsis i barselstid har utgangspunkt i andre organer kodes som for sepsis i svangerskap.</p>

12.5.3 Infeksjon eller sepsis som komplikasjon til undersøkelse eller behandling

Her er det to mulige koder som kan stå først, avhengig av type behandling som er gitt: **T80.2 Infeksjoner etter infusjon, transfusjon og terapeutisk injeksjon** eller **T81.4 Infeksjon etter kirurgiske og medisinske prosedyrer, ikke klassifisert annet sted**. Unntaket er at for infeksjon i obstetrisk kirurgisk sår skal **O86.0 Infeksjon i sår etter obstetrisk inngrep** brukes i stedet for **T81.4**. Husk også på årsakskode fra **Y4n-Y84 Komplikasjoner ved medisinsk og kirurgisk behandling**. Videre koder man som beskrevet i avsnitt 12.3 *Regler for koding over*.

Koding ved komplikasjoner er for øvrig beskrevet generelt i avsnitt 4.2.6 *Koding ved komplikasjoner unntatt medikamentbivirkninger og forgiftninger*, side 31.

Eksempel: Bakteriell infeksjon i prostata etter transrektal prostatabiopsi

T81.4 Infeksjon etter kirurgiske og medisinske prosedyrer, ikke klassifisert annet sted

Y83.8 Annen kirurgisk prosedyre (transrektal prostatabiopsi)

N41.0 Akutt prostatitt

Kode for bakterielt agens fra **B95-B89**

13 RETNINGSLINJER FOR DIAGNOSE- OG OPERASJONSKODING VED SØVNRELATERTE RESPIRASJONSFORSTYRRELSER

Retningslinjene er utarbeidet etter oppdrag fra Helsedirektoratet etter innspill fra spesialister oppnevnt av direktoratet og konsultasjoner med IT-utvalget i Norsk forening for otorhinolaryngologi, hode- og halskirurgi og flere spesialister med spesialinteresse på området. De bygger på konsensus mellom de involverte spesialister. De er opprinnelig publisert 13.7.2006. Små korreksjoner er foretatt januar 2010.

13.1 Koder ved utredning av søvnrelaterte respirasjonsforstyrrelser uten samtidig operasjon

Dette problemområdet omfatter søvnforstyrrelser og/eller snorking på grunn av obstruksjon i de øvre luftveier, med eller uten apnéproblemer (OSAS)⁵.

Ved utredning kodes etter resultatet av utredningen. Det hadde vært ønskelig med egne ICD-10-koder for de tilfelle som skyldes øvre luftveisobstruksjon, men en slik kategorisering finnes ikke i ICD-10. De mest aktuelle kodene som omfatter diagnosene er:

13.1.1 For øvre luftveisobstruksjon uten apné

Med hypersomni, uten søvnapné:

G47.1 Eksessiv somnolens [hypersomni]

Med snorking:

R06.5 Munnpusting⁶

Hvis begge kategorier passer, velges den som har størst klinisk betydning i det aktuelle kontaktilfellet som kode for hovedtilstand, den andre som annen tilstand («bidiagnose» i DRG-systemet).

13.1.2 For OSAS

G47.3 Søvnapné

⁵ Obstruktivt søvnapné syndrom

⁶ Dette er den kategori ICD-10 har for å kode snorking som helseproblem, selv om man naturligvis både kan snorke med lukket munn og puste med åpen munn uten å snorke.

13.1.3 For obstruksjonens årsak

Skjev neseskillevegg:

J34.2 Skjev neseskillevegg

Conchahypertrofi:

J34.3 Hypertrofi av nesemuslinger

Nesepolypper:

J33.0 Polypp i nesehule

Tonsillehypertrofi:

J35.1 Hypertrofi av mandler

Adenoide vegetasjoner:

J35.2 Hypertrofi av adenoid vev

Begge de to foregående:

J35.3 Hypertrofi av mandler med hypertrofi av adenoid vev

Hypertrofi av tungen:

K14.8 Andre spesifiserte sykdommer i tunge

For obstruksjon på grunn av forhold ved ganeseil og drøvel finnes ingen spesifikke ICD-10-koder. Man bruker da kun de oppførte kodene for manifestasjonen: **G47.3 Søvnapné**, **G47.1 Eksessiv somnolens [hypersomni]** eller **R06.5 Munnpusting**. Er det mer enn én manifestasjon, velges koden for den som anses for viktigst som hovedtilstand, øvrige som koder for andre tilstander.

Om koden for manifestasjonens art (G- og R-kodene) eller koden for obstruksjonens årsak skal velges som hovedtilstand ved utredningstilfellet avgjøres ved en klinisk bedømmelse av hvilken av dem som anses som viktigste årsak til behovet for utredning. Men når utredningen i hovedsak gjelder søvn- og respirasjonsproblem vil koden for dette være mest aktuell som hovedtilstand.

13.1.4 Prosedyrekoder ved utredning av søvnrelaterte respirasjonsforstyrrelser

Følgende NCMP-koder er aktuelle under søvnregistrering. Merk at polysomnografi skal omfatte EEG. Gjøres ikke EEG kan bare **AAFX00** brukes.

AAFX00 Polygrafisk monitorering av respiratoriske parametere (polygrafi)

Uten EEG

Ekskl: kun langtidsoksymetri (GAFX10)

AAFX05 Polysomnografi (PSG) uten respiratoriske parametere

Tilleggskode ZWU30 for videoregistrering

AAFX10 PSG med respiratoriske parametre

Tilleggskode ZWU30 for videoregistrering

AAFX20 Multippel søvnlatenstest med minst åtte parametere under søvn

Inkl: langtidsregistrering

For definisjoner av begrepene se side 221ff i *Retningslinjer for metoder i klinisk nevrofysiologi Del 1 (2. Reviderte utgave)* på

<http://legeforeningen.no/PageFiles/9778/Retningslinjer%20KNF%20Del%201%20%282008%29.pdf>

13.2 Snorkeskinne

For tilpasning av «snorkeskinne» (apnéskinne) brukes koden **EBGC02 Tilpasning av apnéskinne**.

13.3 Koder når operativt inngrep utføres

Når pasienten opereres, uansett om utredning gjøres under samme kontakttilfelle eller pasienten kommer inn til operasjon etter tidligere utført utredning, velges koden for obstruksjonens årsak som hovedtilstand, så sant dette er mulig.

Typen søvn- og respirasjonsproblem kan kodes i tillegg som beskrevet over, men er ikke tatt med i listen nedenfor.

Er det mer enn én slik tilstand som behandles, velges som hovedtilstand den som har størst klinisk betydning.

13.3.1 Koding når obstruksjonen skyldes en tilstand som har spesifikk ICD-10-kode

ICD-10-kode for hovedtilstand	NCSP-kode
J34.2 Skjev neseskillevegg	DJD 20 Neseseptumplastikk
J34.3 Hypertrofi av nesemuslinger	En av følgende: DHB 40 Conchotomi DHB 50 Conchoplastikk DHB 45 Vevsdestruksjon på nesemusling Kode for teknikk legges til ⁷
J33.0 Polyp i nesehule	En eller flere av følgende: DHB 20 Polypevulsjon i nese DHB 30 Antrokoanal polypevulsjon DMB 20 Funksjonell endoskopisk åpning av maksillarsinus DNB 20 Endoskopisk ethmoidektomi
J35.1 Hypertrofi av mandler	EMB 10 Tonsillektomi eller: EMB 15 Intrakapsulær tonsilledestruksjon Kode for teknikk legges til ⁷
J35.2 Hypertrofi av adenoid vev	EMB 30 Adenotomi
J35.3 Hypertrofi av mandler med hypertrofi av adenoid vev	EMB 20 Adenotonsillektomi

⁷ Eksempler på koder fra gruppen ZXC for å angi teknikk:
ZXC 10 Bruk av laser
ZXC 35 Bruk av radiobølger

- 13.3.2 Diagnosekoding ved operasjon når obstruksjonen kun skyldes tilstand i gane eller tunge som ikke har spesifikk kode
Som hovedtilstand velges den av de omtalte ICD-10-koder for manifestasjonen: **G47.3 Søvnapné**, **G47.1 Eksessiv somnolens [hypersomni]** eller **R06.5 Munnpusting** som anses for viktigst som hovedtilstand, øvrige eventuelt som andre tilstander. **G47.3** og **G47.1** kan dog ikke oppføres samtidig. Den uspesifikke **K14.8 Andre spesifiserte sykdommer i tunge** kan brukes for hovedtilstand hvis klinisk bedømmelse tilsier det, eller for annen tilstand hvis relevant.
- 13.3.3 Diagnosekoding ved operasjon når obstruksjonen helt eller delvis skyldes en tilstand i tonsiller, adenoid vev eller nese
Som hovedtilstand velges kode for obstruksjonens årsak som angitt tidligere i rettleidingen.
Manifestasjonens art bør kodes som annen tilstand med **G47.3** eller **G47.1** hvis de er påvist ved søvnutredning utført ved samme kontaktilfelle, særlig hvis det utføres inngrep på ganeseil og/eller tunge. Disse kodene kan også anvendes ved tidligere utført søvnutredning hos voksne, eller når barn opereres etter ren klinisk bedømmelse. **R06.5** kan brukes som kode for annen tilstand etter ren klinisk bedømmelse.
- 13.3.4 Koding av inngrep på ganeseil, drøvel og tunge
Konvensjonell uvulopalatopharyngoplastikk (UPPP) – «knivinngrep»:
ENC 40 Uvulopalatopharyngoplastikk
Ved tilsvarende inngrep utført ved fysikalske/termiske teknikker – laserassistert UPPP (LAUP), radiobølgeablasjon eller bruk av ultralydkniv, med eller uten reduksjonsplastikk av tungen brukes følgende:
ENC 45 Reduksjonsplastikk på den bløte gane med bruk av fysikalsk energi
Tilleggskode for teknikk som i forrige fotnote
EJC 50 Reduksjonsplastikk av tunge
Ev. tilleggskode for teknikk som i forrige fotnote

13.4 Diagnosekoding ved rutinemessig kontroll etter behandling

Hvis det utføres rutinemessig kontroll – søvnregistrering eller annet – etter behandling for søvnrelatert respirasjonsforstyrrelse hos pasient med persisterende symptomer, kodes med G- eller R-kode for den opprinnelige respirasjonsforstyrrelsen.

Hvis rutinemessig kontroll utføres og pasienten er symptomfri, brukes:

Z09.0 Etterundersøkelse etter kirurgisk behandling for andre tilstander

Den opprinnelige diagnosekoden kan da legges til under andre tilstander.

Denne koden kan også brukes som frivillig kode for annen tilstand hos pasienter med persisterende symptomer, med hovedtilstand som nevnt ovenfor.

14 RETNINGSLINJER FOR KODING AV KRONISK OBSTRUKTIV LUNGE-SYKDOM

Retningslinjene er oppdatert fra tilsvarende emneområde i ICD-10 kodeveiledning 2000 (KITH Rapport 20/2000), som ble utgitt som trykksak i år 2000. De er publisert 13.7.2006. Små korreksjoner er foretatt i 2010, 2011, 2012 og 2016.

14.1 Hva er KOLS?

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er en kombinasjon av astma, kronisk bronkitt og eventuelt lungeemfysem. Alle disse tre tilstandene kan hver for seg også opptre alene.

Sykdommen er karakterisert ved hyppig opptreden av akutte forverrelser som forårsaker innleggelse i sykehus eller konsultasjon ved lungepoliklinikk. Forverrelsene kan skyldes øket obstruktivt besvær, akutt infeksjon/forverrelse av infeksjon, eller respirasjonssvikt. Ofte dominerer enten infeksjonsmomentet eller respirasjonsbesværet.

14.2 Hva er problemet ved koding av KOLS?

Undersøkelser av kodepraksis ved medisinske avdelinger har vist at akuttinnleggelser for forverrelser av KOLS ofte feilkodes.

En feil som ofte har vært gjort er at den enkeltkomponenten som er mest fremtredende velges som hovedtilstand, for eksempel akutt astma-anfall (**J46 Akutt alvorlig astma**) eller akutt bronkitt uten angitt mikrobe (**J20.9 Uspesifisert akutt bronkitt**). I særlig alvorlige tilfeller har man ofte brukt **J96.0 Akutt respirasjonssvikt**.

Samtidig har man satt koden for vanlig KOLS (**J44.9 Uspesifisert kronisk obstruktiv lungesykdom**) som annen tilstand.

Dette er ikke korrekt. Astma og bronkitt inngår i slike tilfelle i KOLS-diagnosen, og det finnes egne koder for akutte forverrelser av KOLS.

14.3 Riktig koding av KOLS med akutt forverrelse

14.3.1 Forverrelse med overveiende infeksjonspreg

Hvis det påvises pneumoni velges pneumonien som hovedtilstand og KOLS som annen tilstand.

Men ofte er det hos en KOLS-pasient tale om en akutt dyp infeksjon i luftveiene eller akutt forverrelse av kronisk purulent bronkitt uten at det påvises pneumoni.

Korrekt kode er da:

J44.0 Kronisk obstruktiv lungesykdom med akutt infeksjon i nedre luftveier

14.3.2 Forverrelse med overveiende pustebesvær

Når man ut fra klinisk undersøkelse og eventuelle andre tilleggsundersøkelser ikke påviser eller har grunnlag for å anta at forverrelsen skyldes nedre luftveisinfeksjon brukes koden

J44.1 Kronisk obstruktiv lungesykdom med akutt uspesifisert forverring⁸

14.3.3 KOLS med respirasjonssvikt

Når en pasient har respirasjonssvikt etter vanlige diagnostiske kriterier og respirasjonssvikten har vært av betydning for oppholdet slik som beskrevet i reglene for valg av hovedtilstand og andre tilstander i kapittel 2 *Valg av hovedtilstand og andre tilstander*, side 11ff, er det grunnlag for å kode respirasjonssvikten med den mest korrekte koden fra **J96 Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted**. Når respirasjonssvikten i hovedsak skyldes KOLS skal imidlertid ikke respirasjonssvikt velges som hovedtilstand men i stedet brukes som annen tilstand. Koden for respirasjonssvikt, når den er brukt, vil dermed gi en graderende/kvalifiserende informasjon om KOLS-tilstanden. Ved å benytte 5.tegn (frivillig) kan også type respirasjonssvikt angis.

14.3.4 Forverrelse med behov for mekanisk respirasjonsstøtte, eventuelt respiratorbehandling

I disse tilfellene må det kodes med prosedyrekoder for respirasjonsstøtte. Det finnes følgende koder for mekanisk respirasjonsstøtte, med tilhørende forklaringer. NB: se kodespesifikk merknad til kategorien *GXAV Assistert ventilasjon* side 169 for nærmere forklaring av bruk av kodene.

⁸ I den opprinnelige norske oversettelsen var kodeteksten til J44.1 «Uspesifisert kronisk obstruktiv lungesykdom med akutt forverring». Men det er altså slik at det er forverrelsen som er uspesifisert, ikke KOLS-tilstanden som sådan. Denne oversettelsesfeilen er rettet i 2005-utgaven av ICD-10.

GXAV Assistert ventilasjon

GXAV01 Respiratorbehandling INA

Inkl: akutt/temporær, nasal samt bruk av O2, bronkolytika eller steroider.

Ekskl: CPAP, BiPAP, oscillatorisk, NO eller NO-donor

GXAV10 Behandling med kontinuerlig positivt luftveistrykk

CPAP

GXAV20 Behandling med bifasisk positivt luftveistrykk

BiPAP

Inkl: NIPPV

GXAV22 Behandling med bifasisk positivt og negativt luftveistrykk

Assistert hostefunksjon

GXAV23 Høyfrekvent oscillatorventilasjon

Ekskl: høyfrekvensventilasjon av annen type (GXAV24)

GXAV24 Respiratorbehandling med høyfrekvensventilasjon

Inkl: høyfrekvent jetventilasjon

Ekskl: høyfrekvent oscillatorventilasjon (GXAV23)

GXAV25 Behandling med spesielle inhalasjonsgasser

Inkl: NO, NO-donorer (sildenafil o.a.), helium o.a.

GXAV28 Manuell luftveisventilasjon

Ekskl: brukes ikke ved rutinemessig ventilasjon ved generell anestesi eller ved etablering av respiratorbehandling

GXAV30 Behandling med nasal høyluftstrømkanyle

Med oppvarmet og fuktet luft

14.3.5 Hjemmebehandling med assistert ventilasjon

Ved oppstart av slik behandling brukes kode for det utstyret det er aktuelt at pasienten skal bruke:

GXAV35 Oppstart av behandling med hjemmerespirator

GXAV37 Oppstart av behandling med CPAP eller BiPAP for hjemmebruk

Pasienten må læres opp i bruk av utstyret. Prosedyrekode for dette:

WPCD00 Opplæring i bruk av medisinsk teknisk utstyr

Dersom det er aktuelt å lære opp andre enn bare pasienten bør tilleggskode fra kapittel Z registreres:

ZWWA10 Prosedyre rettet mot par

ZWWA40 Prosedyre rettet mot foreldre/pårørende

Ved senere kontroller for justering av innstillinger mm, brukes prosedyrekodene for kontroll:

GXAV36 Kontroll og justering av hjemmerespirator

GXAV38 Kontroll og justering av CPAP eller BiPAP for hjemmebruk

15 KODING VED SVANGERSKAPS- KONTROLL OG PRENATAL DIAGNOSTIKK

Rettledningen er utarbeidet av KITH i desember 2010.

15.1 Enkel svangerskapsundersøkelse

Dette dreier seg om den rutinemessige kontrollen med ultralydundersøkelse i uke 18, og andre opphold der selve svangerskapsundersøkelsen utgjør hovedinnholdet i helsehjelpen. Da er svangerskapskontroll hovedtilstanden og skal kodes med en av kodene fra **Z34 Kontroll av normalt svangerskap** eller **Z35 Kontroll av høyrisikosvangerskap**. Disse kodene skal ikke brukes i andre sammenhenger, heller ikke som kode for andre tilstander. Aktuelle koder er (se kodeverket for fullstendige undertekster):

- Z34.0** Kontroll av normalt førstegangssvangerskap
- Z34.8** Kontroll av senere normalt svangerskap
- Z34.9** Kontroll av normalt svangerskap, uspesifisert om første eller senere svangerskap
- Z35.0** Overvåking av svangerskap etter tidligere infertilitet
- Z35.1** Kontroll av svangerskap etter tidligere abort
- Z35.2** Kontroll av svangerskap etter andre vansker i forbindelse med forplantning og fødsel
- Z35.3** Kontroll av svangerskap etter utilstrekkelig svangerskapsomsorg
- Z35.4** Kontroll av svangerskap hos flergangsfødende (høy paritet)
- Z35.5** Kontroll av eldre førstegangsgravid (primigravida)
- Z35.6** Kontroll av svært ung førstegangsgravid (primigravida)
- Z35.7** Kontroll av høyrisikosvangerskap hos gravid med sosiale problemer
- Z35.8** Kontroll av andre spesifiserte høyrisikosvangerskap
- Z35.9** Kontroll av høyrisikosvangerskap, uspesifisert årsak

Z35.9 skal i utgangspunktet aldri brukes, siden man naturligvis vet og kan spesifisere hvorfor svangerskapet er et høyrisikosvangerskap.

Z35-kodene skal ikke brukes hvis det gis helsehjelp for de tilstander hos mor som er årsak til risiko. Ellers kan slike tilstander kodes under andre tilstander så sant de er nevnt i journalen. Legg merke til at tilstander i svangerskapet oftest kodes med andre koder (O-koder) enn utenom svangerskap, se tidligere i dette dokumentet for nærmere informasjon om dette, avsnittene *XV - Svangerskap, fødsel og barseltid (O00-O99)* side 23 og *4.2.9 Tilstander som kompliserer svangerskap, fødsel eller barseltid* side 33. Prosedyrer kodes som beskrevet i avsnitt *15.5 Aktuelle prosedyrekoder ved svangerskapsundersøkelse og prenatal diagnostikk* side 112.

Når man kontrollerer svangerskapet som ledd i et opphold der hovedinnholdet i helsehjelpen ikke er selve svangerskapskontrollen, skal **Z34** eller **Z35** ikke brukes. De undersøkelser man utfører kodes med prosedyrekoder.

15.2 Prenatal diagnostikk

For kontakter der hovedinnholdet i helsehjelpen er prenatal diagnostikk kodes hovedtilstanden med en av kodene fra **Z36 Prenatal diagnostikk** eller fra **O28 Unormale funn ved screeningundersøkelse av mor under svangerskap**.

Dersom det ikke gjøres noen patologiske funn brukes **Z36**-kodene (se kodeverket for fullstendige undertekster):

- Z36.0** Prenatal diagnostikk med henblikk på kromosomavvik
- Z36.1** Prenatal diagnostikk med henblikk på forhøyet alfaføtoproteinnivå
- Z36.2** Prenatal diagnostikk basert på fostervannsprøve
- Z36.3** Prenatal diagnostikk med henblikk på misdannelser ved hjelp av ultralyd
- Z36.4** Prenatal diagnostikk med henblikk på veksthemming hos foster ved hjelp av ultralyd og andre fysiske undersøkelsesmetoder
- Z36.5** Prenatal diagnostikk med henblikk på isoimmunisering
- Z36.8** Annen spesifisert prenatal diagnostikk
- Z36.9** Uspesifisert prenatal diagnostikk

Z36.9 er i utgangspunktet uaktuell ettersom man både kan og skal spesifisere hva slags diagnostikk det er snakk om.

Dersom man gjør patologiske funn ved undersøkelsen, skal kode for hovedtilstand være en av kodene fra **O28** (se kodeverket for fullstendige undertekster):

- O28.0** Unormalt hematologisk funn ved screening av mor under svangerskap
- O28.1** Unormalt biokjemisk funn ved screening av mor under svangerskap
- O28.2** Unormalt cytologisk funn ved screening av mor under svangerskap
- O28.3** Unormalt ultralydfunn ved screening av mor under svangerskap
- O28.4** Unormalt røntgenfunn ved screening av mor under svangerskap
- O28.5** Unormalt kromosomfunn og genetisk funn ved screening av mor under svangerskap
- O28.8** Andre spesifiserte unormale funn ved screening av mor under svangerskap
- O28.9** Uspesifisert unormalt funn ved screening av mor under svangerskap

O28.9 er igjen uaktuell av samme grunner som over. **O28**-kodene kan også brukes for andre tilstander ved opphold som ikke dreier seg om prenatal diagnostikk for nevnte tilstand, men der man dokumenterer at slikt funn er kjent, og tar hensyn til det uten å gi noen helsehjelp rettet mot det.

15.3 Kontakter der det gis helsehjelp for kjent eller mistenkt sykdom eller skade hos fosteret

Her brukes en av kodene fra **O35 Omsorg for og behandling av mor ved kjent eller mistenkt patologisk tilstand** eller fosterskade eller **O36 Omsorg for og behandling av mor ved andre kjente eller mistenkte fosterproblemer**. De kan brukes for hovedtilstand eller annen tilstand, avhengig av om hovedinnholdet i helsehjelpen under oppholdet er slik omsorg eller ikke. Aktuelle koder er (se kodeverket for fullstendige undertekster):

- O35.0** Omsorg for og behandling av mor ved (mistenkt) misdannelse i sentralnervesystemet hos foster
- O35.1** Omsorg for og behandling av mor ved (mistenkt) kromosomavvik hos foster
- O35.2** Omsorg for og behandling av mor ved (mistenkt) arvelig sykdom hos foster
- O35.3** Omsorg for og behandling av mor ved (mistenkt) fosterskade som skyldes virussykdom hos mor
- O35.4** Omsorg for og behandling av mor ved (mistenkt) skade hos foster som skyldes alkohol
- O35.5** Omsorg for og behandling av mor ved (mistenkt) skade hos foster som skyldes legemidler
- O35.6** Omsorg for og behandling av mor ved (mistenkt) skade hos foster grunnet ioniserende stråling
- O35.7** Omsorg for og behandling av mor ved (mistenkt) skade hos foster grunnet andre medisinske inngrep
- O35.8** Omsorg for og behandling av mor ved annen spesifisert (mistenkt) patologisk tilstand og fosterskade
- O35.9** Omsorg for og behandling av mor ved uspesifisert (mistenkt) patologisk tilstand og fosterskade

- O36.0** Omsorg for og behandling av mor ved rhesusisoimmunisering
- O36.1** Omsorg for og behandling av mor ved annen isoimmunisering
- O36.2** Omsorg for og behandling av mor ved føtal hydrops (hydrops foetalis)
- O36.3** Omsorg for og behandling av mor ved tegn på fosterhypoksi
- O36.4** Omsorg for og behandling av mor ved intrauterint dødsfall
- O36.5** Omsorg for og behandling av mor ved langsom fostervekst
- O36.6** Omsorg for og behandling av mor ved for hurtig fostervekst
- O36.7** Omsorg for og behandling av mor med levedyktig foster ved svangerskap i bukhule
- O36.8** Omsorg for og behandling av mor ved andre spesifiserte fosterproblemer
- O36.9** Omsorg for og behandling av mor ved uspesifisert fosterproblem

Ved poliklinisk undersøkelse på grunn av «lite liv» (få eller ingen følte fosterbevegelser) der man ikke finner noe galt brukes koden **O36.8 Omsorg for og behandling av mor ved andre spesifiserte fosterproblemer** med passende endring av kodeteksten.

15.4 Kontakter der det gjøres svangerskapskontroll, men der hovedinnholdet i helsehjelpen ikke er selve kontrollen

Dette kan dreie seg om kontakter av ulike årsaker, som ikke trenger å ha sammenheng med svangerskapet, alt fra infeksjoner til preeklampsi. Her brukes ikke kode fra **Z34** eller **Z35**, men i stedet diagnosekoder for de aktuelle tilstander for kontakten. Husk på at tilstander ofte kodes annerledes under svangerskap, ved fødsel og i barseltid enn ellers, som nevnt i første avsnitt i dette kapitlet. De undersøkelser som gjøres kodes med prosedyrekoder (se neste avsnitt).

15.5 Aktuelle prosedyrekoder ved svangerskapsundersøkelse og prenatal diagnostikk

Følgende er ikke en fullstendig oversikt men eksempler på aktuelle koder. Ultralydundersøkelse av livmor og foster kodes som hovedregel med en av kodene:

SMA0BK	Abdominal ultralydundersøkelse av gravid livmor
SMA0CK	Ultralydundersøkelse med vaginalprobe

Koder for inngrep på gravid uterus og foster, inkludert amniocentese, finnes under MAA Intrauterine inngrep på gravid uterus og foster. Det kan også være aktuelt å bruke koder fra **LU Transluminal endoskopi av kvinnelige genitalia**.

Undersøkelse av selve fosteret der selve koden ikke angir at det dreier seg om undersøkelse av foster kan kodes med aktuell prosedyrekode pluss tilleggskode **ZWUU15 Undersøkelse på ufødt barn**. Eksempel: ekkokardiografi av foster med dertil egnet apparatur kodes **SXF0HK Fullstendig ekkokardiografi** eller **SXF0GK Enkel ekkokardiografi + ZWUU15 Undersøkelse på ufødt barn**. I dette tilfellet velges en mer spesifikk koding enn **SMA0BK** eller **SMA0CK** fordi man gjør en utvidet undersøkelse av hjertet med en apparatur og etter en protokoll som skiller seg fra den vanlige ultralydundersøkelsen i svangerskapet, og som det finnes en egen kode for.

16 RETNINGSLINJER FOR KODING VED FØDSEL OG KOMPLISERENDE TILSTANDER TIL SVANGERSKAP, FØDSEL OG BARSELTID

Se også årets regelverk for Innsatsstyrt finansiering og **22.28 Poliklinisk utførelse av rutinetester av nyfødte** side 146. Kapitlet er sist endret i 2018.

16.1 Koding hos mor ved fødsel

Fra 1. januar 2018 er reglene for valg av hovedtilstand hos mor forenklet. Hovedregelen er at selve fødselen, kodet med riktig kode fra **Z37 Resultat av forløsning**, alltid skal være hovedtilstand ved den avdelingen der fødselen finner sted. Dette gjelder både ved kompliserte og ukompliserte forløp. Eventuelle kompliserende tilstander registreres som andre tilstander. Unntaket fra dette er om mor dør på samme avdeling hvor fødselen finner sted. Da skal hovedtilstanden være den som krevde mest helsehjelp og fødselen kodes som annen tilstand, med kode fra **Z37**.

Bortsett fra dette koder man etter vanlige regler for valg av hovedtilstand.

Etter overflytting fra avdelingen der fødselen fant sted til en annen avdeling, eller dersom mor føder utenfor sykehus og så innlegges, brukes ikke kode fra **Z37**. Vanligvis kodes hovedtilstanden da med **Z39.0 Pleie og undersøkelse umiddelbart etter forløsning**. Hvis en annen tilstand enn rutinemessig undersøkelse og pleie etter fødsel krever mer helsehjelp, velges i stedet denne som hovedtilstand, og **Z39.0** brukes som kode for annen tilstand.

16.2 Koding hos barn ved fødsel

Fra 1. januar 2018 er reglene for valg av hovedtilstand hos barn også forenklet. En kode fra **Z38 Levendefødte barn etter fødested** skal alltid være kode for hovedtilstand ved avdelingen der fødselen skjer, eller ved første avdeling hvor barnet innlegges når fødsel har skjedd utenfor sykehus. Dette gjelder både ved kompliserte og ukompliserte forløp. Eventuelle kompliserende tilstander registreres som andre tilstander med passende koder.

Merk at **Z38.-** bare kan registreres på barnet én gang. Dette kan enten være ved den avdelingen der fødselen skjer, eller ved første avdeling hvor barnet innlegges når fødselen har skjedd utenfor sykehus.

Etter overflytting til annen avdeling eller annet sykehus kodes det etter vanlige regler for valg av hovedtilstand. Ved rutinemessig oppfølging og pleie av barnet brukes **Z00.11 Rutinemessig helseundersøkelse av nyfødt**. Ved andre problemer eller

sykdommer kodes disse på vanlig måte, og hovedtilstanden velges etter hva som krever mest helsehjelp under oppholdet.

Det er ikke krav om rapportering av dødfødsel til NPR. Om dette likevel er ønskelig brukes **P95 Fosterdød, uspesifisert årsak**.

16.3 Koding hos mor ved kompliserende tilstander

16.3.1 Typiske svangerskaps-, fødsels- og barselkomplikasjoner

For disse finnes det et rikt utvalg av koder i kapittel **XV Svangerskap, fødsel og barseltid** (O-koder). Noen av dem har egen kode (for eksempel komplikasjoner til anestesi) i hver av de tre fasene svangerskap, fødsel og barseltid, mens andre har egen kode i bare to av fasene.

Det kan altså foreligge ulike koder for prinsipielt samme tilstand, avhengig av om tilstanden oppstår før, under eller etter fødselen (i barseltiden). Det kan i enkelte tilfeller være vanskelig å angi i hvilken fase man skal kode (f.eks. blødning under og/eller etter fødsel). Man må da bruke klinisk skjønn for mest mulig eksakt koding.

Husk at en kode fra **Z37 Resultat av forløsning** som hovedregel skal brukes for hovedtilstand. Vi illustrerer hvordan du velger riktig kode for annen tilstand i eksemplene under.

Kompliserende tilstander før fødselen er begynt

Kodene som skal brukes i denne fasen finnes i kategoriene **O30-O48 Omsorg for og behandling av mor ved tilstander hos foster, i amnionhule og mulige fødselsproblemer**.

Det finnes koder for omsorg for og behov for behandling av mor ved avvikende fosterleie under svangerskapet (**O32**-kodene). De samme kodene skal brukes hvis avvikende leie er grunnen til at det foretas keisersnitt før spontan begynnelse av fødsel (elektiv forløsning med keisersnitt). Dette kan være aktuelt ved placenta praevia.

Eksempel:

O44.0 Forliggende morkake (placenta praevia) spesifisert som uten blødning
MCA 10 Keisersnitt på nedre uterinsegment

Når den aktuelle O-koden er mindre spesifikk enn den man ville valgt utenfor svangerskap/fødsel/barseltid skal man bruke den vanlige koden i tillegg.

Eksempel:

O24.0 Foruteksisterende diabetes mellitus type 1
E10.1 Diabetes mellitus type 1 med ketoacidose

Komplikasjoner under fødselen

Kodene som skal brukes i denne fasen finnes i kategoriene **O60-O75 Komplikasjoner under fødsel og forløsning**.

Hvis avvikende leie under pågående fødsel er grunnen til at operativ forløsning blir nødvendig, brukes kode for mekanisk hindret fødsel som følge av feil i fosterets innstilling eller leie (**O64**-kode).

Eksempel:

Z37.x Resultat av forløsning
O64.1 Mekanisk hindret fødsel som skyldes seteleie
MAG 03 Seteforløsning med tang

Komplikasjoner etter fødselen/i barseltiden

Det finnes O-koder som er spesifikke for denne fasen i kategoriene **O85-O92 Komplikasjoner hovedsakelig i barseltid**, men det kan være behov for å hente koder også fra andre deler av kodeverket for spesifikt å beskrive tilstander i barseltiden (se avsnitt 16.3.2).

For eksempel har urinveisinfeksjoner i svangerskapet koder i tretegningsgruppen **O23 Infeksjoner i urinveier og kjønnsorganer under svangerskap**, men i barseltiden har slike infeksjoner kode **O86.2 Urinveisinfeksjon etter forløsning**.

16.3.2 Kompliserende tilstander som ikke har egen kode i kapittel XV

Hvis det ikke finnes en spesifikk O-kode for den kompliserende tilstanden, velges i de fleste tilfelle kode fra **O98 Infeksjonssykdommer og parasittsykdommer hos mor, som kan klassifiseres annet sted, men som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid** eller **O99 Andre sykdommer hos mor, som kan klassifiseres annet sted, men som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid**. Da må man som regel også legge til koder fra andre kapitler for ytterligere å spesifisere den aktuelle tilstanden.

Eksempel:

- O99.6 Sykdommer i fordøyelsessystemet som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid**
- K35.2 Akutt appendisitt med generalisert peritonitt**
- JEA 10 Appendektomi med drenering**

16.3.3 Kompliserende tilstander som ikke skal kodes til kapittel XV

Tilstander før, under og etter forløsning som skyldes ytre årsaker, beskrevet med kode i kapittel XIX *Skader, forgiftninger og visse andre virkninger av ytre årsaker*, skal ikke kodes med O-koder.

Det finnes likevel to spesifikke unntak fra denne regelen. Hensikten med dette er et ønske om å rapportere alle hendelser som er direkte relatert til svangerskap, fødsel og barseltid, innen samme kapittel:

- komplikasjoner til anestesi under svangerskap (koder i **O29 Komplikasjoner i forbindelse med anestesi under svangerskap**), fødsel (koder i **O74 Komplikasjoner i forbindelse med anestesi under fødsel og forløsning**) og barseltid (koder i **O89 Komplikasjoner i forbindelse med anestesi i barseltid**)
- komplikasjoner til obstetriske operasjonssår etter keisersnitt eller sutur av fødselsrifter: Sårruptur (**O90.0 Sårruptur etter keisersnitt**, **O90.1 Ruptur av obstetrisk sår i perineum**), hematom (**O90.2 Hematom i obstetrisk sår**) og sårinfeksjon (**O86.0 Infeksjon i sår etter obstetrisk inngrep**)

16.4 Koding ved overflytting til annen avdeling eller institusjon

Ved overflytting av mor til annen avdeling eller institusjon settes kodene for mor på den mottakende avdelingen/institusjonen på samme måte som ved fødsel utenfor sykehus. Som hovedtilstand: koden for den tilstanden som krevde mest helsehjelp. På barselavdeling er dette gjerne den vanlige barselpleien, kodet med **Z39.0 Pleie og undersøkelse umiddelbart etter forløsning**. Hvis en annen tilstand krever mer helsehjelp, kodes denne som hovedtilstand, og **Z39.0** brukes som kode for annen tilstand.

Når mor må være innlagt sammen med sykt barn men selv ikke er syk brukes koden **Z76.3 Frisk ledsager til syk person for mor som hovedtilstand**.

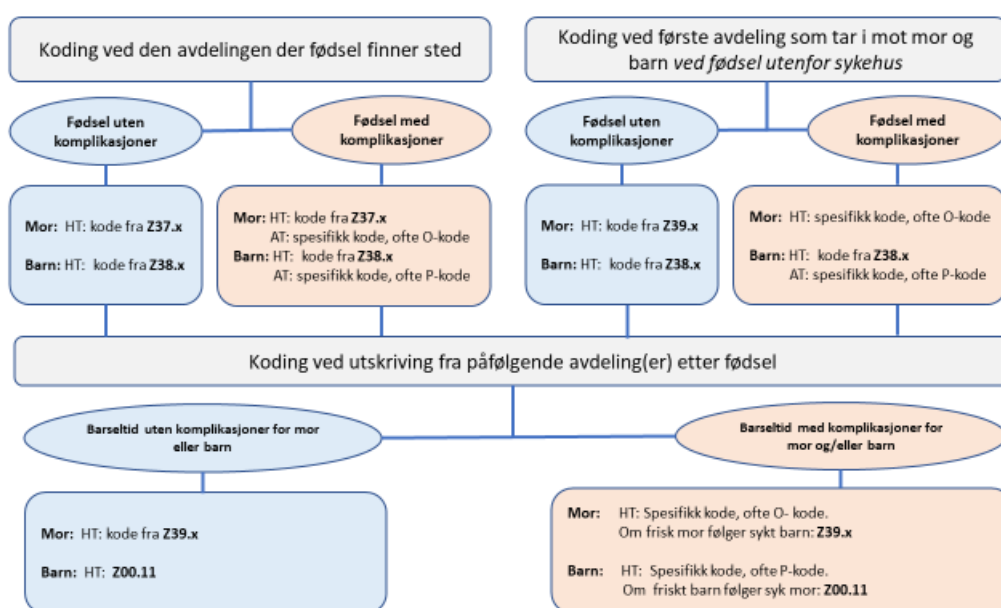
Ved overflytting av barnet til annen avdeling eller institusjon brukes en av følgende to koder på mottakende avdeling/institusjon for hovedtilstand hos barnet:

- Ved ukomplisert forløp: **Z00.11 Rutinemessig helseundersøkelse av nyfødt.**
- Ved komplisert forløp: koden for den tilstanden som krevde mest helsehjelp.

Kode fra **Z38 Levendefødte barn etter fødested** skal ikke registreres etter en overflytting.

Når helseinstitusjonen må ta hele eller deler av omsorgen for et friskt barn på grunn av sykdom hos mor brukes koden **Z76.2 Helsemessig tilsyn med og pleie av annet friskt spedbarn eller barn** i stedet for **Z00.11 Rutinemessig helseundersøkelse av nyfødt.**

Figuren under oppsummerer koding for mor og barn ved fødsler.



16.5 Andre utvalgte problemstillinger

Ukomplisert overtidig svangerskap

Ved ukomplisert overtidig svangerskap som årsak til igangsetting av fødsel brukes aktuell kode fra **Z37** for hovedtilstand og **O48 Overtidig svangerskap** for annen tilstand.

Koding ved keisersnitt uten somatisk medisinsk indikasjon

I de tilfellene hvor mors fødselsangst gir indikasjon for keisersnitt koder du slik:

HT: **Z37.- Resultat av forløsning**

AT: **O99.3 Psykiske lidelser og sykdommer i nervesystemet som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid**

AT: **F40.- Fobisk angstlidelse**

Prosedyrekode: Riktig kode fra **MCA Keisersnitt**

Merk at koden **O99.3** bare kan brukes dersom pasientens tilstand fyller de diagnostiske kravene for klassifisering med kode fra kapittel V (F-kode). F-koden skal legges til som annen tilstand.

Om pasienten velger å få utført et planlagt keisersnitt uten å oppfylle disse kravene, må du bruke en annen kode for annen tilstand. Forslag til kode kan være **R45.0 Nervøsitet** eller **R45.8 Andre spesifiserte symptomer og tegn med tilknytning til emosjonell tilstand**. Kode for hovedtilstand **Z37.-** og prosedyrekode for keisersnitt må selvsagt også tas med.

Koding ved ettersamtaler etter dødfødsel eller traumatisk fødsel

Her brukes **Z63.7 Andre stressende livsopplevelser som påvirker familie og husstand** for hovedtilstand og **Z87.5 Opplysning om komplikasjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid i egen sykehistorie** som kode for annen tilstand.

17 RETNINGSLINJER FOR KODING VED SVANGERSKAPSABBRUDD

Rettledningen er opprinnelig utarbeidet for medikamentelt svangerskapsavbrudd sammen med Norsk gynekologisk forening i 2011. Revidert for 2019.

17.1 Innledning

Koding ved svangerskapsavbrudd avhenger av metode og sted prosedyrene gjennomføres. Kapitlet er omskrevet i 2019-utgaven av kodeveiledningen etter anbefalinger fra Folkehelseinstituttet, som fant merkbare forskjeller i antallet aborter rapportert til Abortregisteret og Norsk pasientregister⁹. I tillegg var det ulik kodingspraksis ved ulike helseforetak. Tabellen og figuren under er i hovedsak identisk med de som er foreslått av Folkehelseinstituttet.

17.2 Aktuelle koder

Fra ICD-10 er det i utgangspunktet disse kodene som er aktuelle:

Z64.0 Problemer i forbindelse med uønsket svangerskap

Brukes når det ikke er noen kjent eller mistenkt patologisk tilstand eller fosterskade)

O35 Omsorg for og behandling av mor ved kjent eller mistenkt patologisk tilstand eller fosterskade

- .0 ved (mistenkt) misdannelse i sentralnervesystemet hos foster
- .1 ved (mistenkt) kromosomavvik hos foster
- .2 ved (mistenkt) arvelig sykdom hos foster
- .3 ved (mistenkt) fosterskade som skyldes virussykdom hos mor
- .4 ved (mistenkt) skade hos foster som skyldes alkohol
- .5 ved (mistenkt) skade hos foster som skyldes legemidler
- .6 ved (mistenkt) skade hos foster grunnet ioniserende stråling
- .7 ved (mistenkt) skade hos foster grunnet andre medisinske inngrep
- .8 ved annen spesifisert (mistenkt) patologisk tilstand og fosterskade

Z30.0 Generell prevensjonsveiledning

Inkluderer første gangs utskrivning av prevensjonsmidler

Z30.4 Overvåkning av befruktningshindrende legemidler

Brukes ved fornyet utskrivning av prevensjonsmidler

O04 Legal abort

- .0 Inkomplett, komplisert med infeksjon i kjønnsorganer og bekken (med tilstander i O08.0)
- .1 Inkomplett, komplisert med forsinket eller usedvanlig stor blødning (med tilstander i O08.1)
- .2 Inkomplett, komplisert med emboli (med tilstander i O08.2)

⁹ [Samanlikning av data om svangerskapsavbrot i Abortregisteret og Norsk pasientregister \(2018\)](#)

- .3 Inkomplett, med andre og uspesifiserte komplikasjoner (med tilstander i O08.3-O08.9)
 - .4 Inkomplett, uten komplikasjoner
 - .5 Komplet eller uspesifisert, komplisert med infeksjoner i kjønnsorganer og bekken (med tilstander i O08.0)
 - .6 Komplet eller uspesifisert, komplisert med forsinket eller usedvanlig stor blødning (med tilstander i O08.1)
 - .7 Komplet eller uspesifisert, komplisert med emboli (med tilstander i O08.2)
 - .8 Komplet eller uspesifisert, med andre og uspesifiserte komplikasjoner (med tilstander i O08.3-O08.9)
 - .9 Komplet eller uspesifisert, uten komplikasjoner
- O07.0 Mislykket forsøk på legal abort, inkomplett, komplisert med infeksjon i kjønnsorganer og bekken**
- O07.1 Mislykket forsøk på legal abort, inkomplett, komplisert med forsinket eller usedvanlig stor blødning**
- O07.2 Mislykket forsøk på legal abort, inkomplett, komplisert med emboli**
- O07.3 Mislykket forsøk på legal abort, inkomplett, med andre og uspesifiserte komplikasjoner**
- O07.4 Mislykket forsøk på legal abort, inkomplett, uten komplikasjoner**
- Z09.8 Etterundersøkelse etter annen spesifisert behandling for andre tilstander**

Fra NCMP, NCSP og NCRP:

- | | |
|--|--|
| SMA0CK | Ultralydundersøkelse med vaginalprobe |
| SMA0BK | Abdominal ultralydundersøkelse av gravid livmor |
| MAGM00 | Medikamentell svangerskapsavbrytelse |
| MAGM00 skal kun brukes én gang, ved den kontakten der misoprostol settes eller deles ut for å avslutte aborten hjemme. | |
| WBG15 | Peroral administrasjon av legemiddel |
| WBG55 | Intravaginal administrasjon av legemiddel |
| LCH 13 | Vakuumaspirasjon fra uterus etter medisinsk induert abort |

Fra ATC-kodeverket:

- G03XB01 Mifepriston (Mifegyne®)**
- G02AD06 Misoprostol (Cytotec®)**

Merk at **G02AD06** er korrekt ATC-kode for denne formuleringen. Den finnes ikke i Felleskatalogen, som ikke inneholder koder for alle tilgjengelige preparater i Norge, men kan søkes fram på http://www.whooc.no/atc_ddd_index.

17.3 Oversikt over koding ved ulike typer kontakter

Tabellen under viser hvilke kontakter som kan forekomme, og hvordan man koder ved hver av dem. Flytskjemaet lenger nede gir en enklere oversikt over mulige forløp og koding ved hvert av dem.

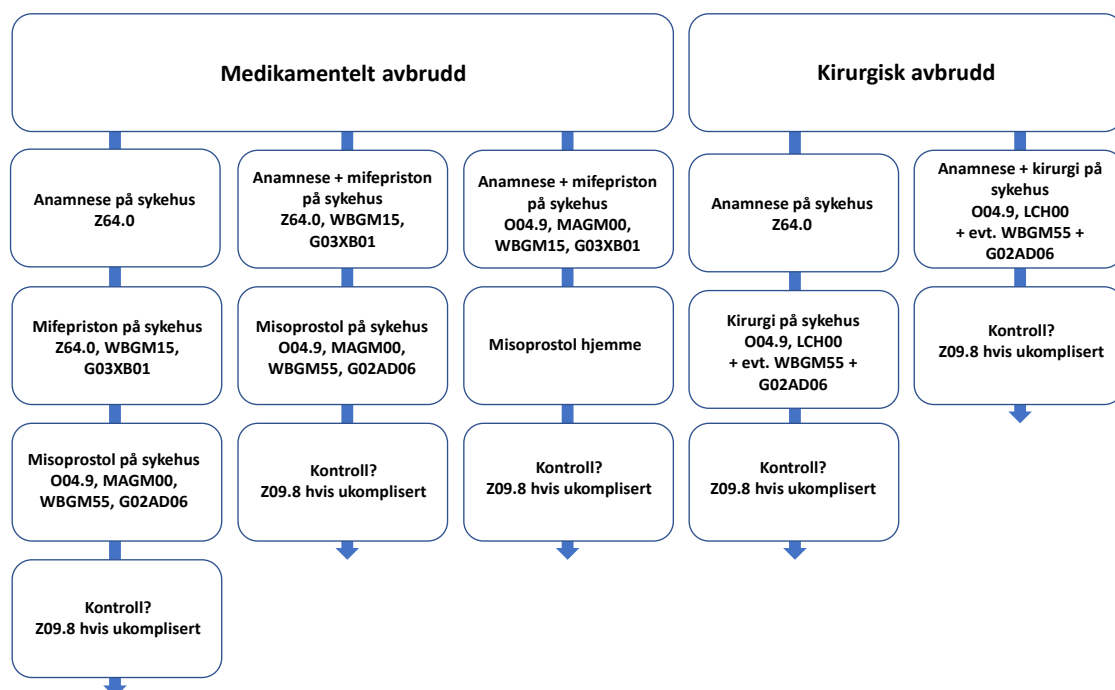
Prosedyrekode skal bare registreres når prosedyrene utføres ved en episode med direkte pasientkontakt, ikke ved indirekte pasientkontakt, som ved telefonkontakt. Tilsvarende kodes medikamenter bare når de er inntatt eller satt ved selve kontakten.

Med primær kontakt menes første kontakt i et forløp. Sekundære kontakter er kontakter etter den første.

Kontakt	Koder
Primær kontakt med anamnese, men ikke inntak av mifepriston.	Z64.0 Problemer i forbindelse med uønsket svangerskap
Primær kontakt med både anamnese og samtidig inntak av mifepriston hvis kvinnen skal avslutte aborten hjemme.	O04.9 Legal komplett eller uspesifisert abort, uten komplikasjon MAGM00 Medikamentell svangerskapsavbrytelse WBG15 Peroral administrasjon av legemiddel G03XB01 Mifepriston
Sekundær kontakt med samtidig inntak av mifepriston hvis kvinnen skal avslutte aborten hjemme.	O04.9 Legal komplett eller uspesifisert abort, uten komplikasjon MAGM00 Medikamentell svangerskapsavbrytelse WBG15 Peroral administrasjon av legemiddel G03XB01 Mifepriston
Sekundær kontakt med samtidig inntak av mifepriston, men kvinnen skal tilbake for å avslutte aborten i sykehus.	Z64.0 Problemer i forbindelse med uønsket svangerskap WBG15 Peroral administrasjon av legemiddel G03XB01 Mifepriston
Sekundær kontakt med samtidig inntak av misoprostol; aborten avsluttes medikamentelt i sykehus. Mifepriston er i det tilfellet tatt 1-2 dager tidligere.	O04.9 Legal komplett eller uspesifisert abort, uten komplikasjon MAGM00 Medikamentell svangerskapsavbrytelse WBG55 Intravaginal administrasjon av legemiddel G02AD06 Misoprostol
Kirurgisk abort den dagen inngrepet blir utført.	O04.9 Legal komplett eller uspesifisert abort, uten komplikasjon LCH00 Vakuumaspirasjon av graviditetsprodukter i uterus Hvis samtidig vaginal administrasjon av misoprostol: WBG55 Intravaginal administrasjon av legemiddel G02AD06 Misoprostol
Oppfølgende telefonsamtale (kontroll) i etterkant av at misoprostol er inntatt hjemme	O04.9 Legal komplett eller uspesifisert abort, uten komplikasjon Kontakttipe: Indirekte kontakt, telefonsamtale med pasient. Ingen prosedyrekoder.
Ekstra kontakt uten kirurgisk inngrep.	Relevant komplikasjonskode: O04.x, O07.x eller O08.x Hvis samtidig vaginal administrasjon av misoprostol: WBG55 Intravaginal administrasjon av legemiddel G02AD06 Misoprostol
Ekstra kontakt med kirurgisk inngrep grunnet komplikasjon.	Relevant komplikasjonskode: O04.x, O07.x eller O08.x MBA00 Vakuumaspirasjon fra uterus etter fødsel eller abort

Kodingen over er skjematisk, og må endres om det tilkommer komplikasjoner under en kontakt eller om aborten er mislykket. Når det er aktuelt brukes en kode fra **O35 Omsorg for og behandling av mor ved kjent eller mistenkt patologisk tilstand eller fosterskade** i stedet for **Z64.0**. Legg også til kode for generell prevensjonsveiledning eller overvåkning av befruktningshindrende legemidler der det er aktuelt.

Flytskjemaet under fremstiller det samme på en annen måte, ordnet etter mulige forløp:



17.4 Etter mislykket forsøk på medikamentelt svangerskapsavbrudd

Hvis forsøket mislykkes, kommer pasienten tilbake for ytterligere tiltak. I så fall brukes riktig kode fra **O07 Mislykket forsøk på svangerskapsavbrudd**.

Prosedyrekodingen avhenger av hvilke tiltak som gjøres, for eksempel:

WBG M15 Peroral administrasjon av legemiddel
G02AD06 Misoprostol

eller

LCH 13 Vakuumaspirasjon fra uterus etter medisinsk indusert abort

18 RETNINGSLINJER FOR DIAGNOSEKODING VED KJØNNSLEMLESTELSE AV KVINNER

Gynekologiske avdelinger i Norge stilles overfor ulike problemer som gjelder kjønnslemlestelse av kvinner, et overgrep som er særlig aktuelt hos kvinner fra Somalia, hvor de mest vidtgående former for «omskjæring» praktiseres. Omsorgen for ofrene for denne type overgrep mot piker og kvinner reiser også kodeproblemer. Etter visse internasjonale undersøkelser av kodepraksis er det utarbeidet retningslinjer for dette problemområdet. De er opprinnelig publisert 13.7.2006. Korreksjoner er foretatt januar 2010 og i 2016.

18.1 Ulik koding i ulike situasjoner

Kjønnslemlestedede kvinner kan møte helsevesenet i ulike sammenhenger som medfører at dette helseproblemet skal kodes etter ICD-10:

1. Akutt etter at mutilasjonen¹⁰ er utført
2. Kvinnen søker hjelp for problemet uten å være gravid, og rekonstruktiv kirurgi utføres eller overveies
3. Kvinnen er gravid og rekonstruktiv kirurgi utføres eller overveies
4. Problemet krever kirurgisk intervensjon under fødsel
5. Kvinnen kommer til rådgivning eller informasjon, uten ønske om undersøkelse eller behandling
6. Kvinnen søker hjelp for komplikasjoner til kjønnslemlestelse

Det kodes primært for skadens eller sekvelets art. Bakgrunnen angis ved tilleggskoding med en ny kode som ble innført for dette formålet i 2016:

Z91.7 Opplysning om kvinnelig kjønnslemlestelse i egen sykehistorie
Kvinnelig omskjæring
Kvinnelig kjønnslemlestelse type 1-4

18.1.1 Akutt, etter at mutilasjonen er utført

Dette er nok en svært sjelden situasjon, fordi det ikke skjer i vårt land, men i hemmelighet i opprinnelseslandet.

¹⁰ Det er straffbar mishandling, og skal ikke kodes som inngrep

Kode for hovedtilstand er avhengig av graden av mutilasjon, som kan variere fra et lite snitt i preputium clitoridis til fjernelse av clitoris, labia minora, og delvis av labia majora, med partiell gjensying av introitus vaginae («infundibulasjon»).

Gjelder det en slik akutt mutilasjonsskade uten komplikasjoner, blir første kode for hovedtilstanden enten

S31.4 Åpent sår i skjede og på ytre kvinnelige kjønnsorganer

eller

S38.2 Traumatisk amputasjon av ytre kjønnsorganer

Dette er et straffbart inngrep i hensikt å skade en annen person. Den obligatoriske tilleggs-koden for skadeårsak blir:

X8n¹¹ Voldsskade, overfall

I øvrige versjoner (i hvert fall svensk og dansk) blir det **X99**, som spesifiserer bruk av skarp gjenstand, det kan vi altså ikke i Norge.

18.1.2 Kvinnen søker hjelp for problemet uten å være gravid, og rekonstruktiv kirurgi utføres eller overveies

Det er da tale om sekvele etter mishandlingen. Her er tilgjengelige koder uspesifikke og lite hensiktsmessige for situasjonen, slik at den kun kan karakteriseres adekvat ved tilleggs-koding. For hovedtilstand velges kode for det aktuelle problemet eller behandlingen. I tillegg registreres koder for følgetilstand, årsak og Z-kode for opplysning om kjønnslemlestelse i egen sykehistorie.

Til kodene **S31.4** Åpent sår i skjede og på ytre kvinnelige kjønnsorganer og **S38.2** Traumatisk amputasjon av ytre kjønnsorganer er de tilhørende sekvele-koder ikke mer spesifikke enn nedenstående:

T91.0 Følgetilstander etter overflateskade og åpent sår på hals og trunkus

T91.8 Følgetilstander etter andre spesifiserte skader på hals og trunkus

I tillegg skal følgende koder brukes:

Y87.1 Følgetilstand etter overfall eller vold

Z91.7 Opplysning om kvinnelig kjønnslemlestelse i egen sykehistorie

18.1.3 Kvinnen er gravid og rekonstruktiv kirurgi utføres eller overveies

Følgende koder skal brukes:

O34.7 Omsorg for og behandling av mor ved patologisk tilstand i ytre kvinnelige kjønnsorganer og perineum

Z91.7 Opplysning om kvinnelig kjønnslemlestelse i egen sykehistorie

18.1.4 Problemet krever kirurgisk intervensjon under fødsel

Følgende koder skal brukes:

O66.8 Annen spesifisert mekanisk hindret fødsel

Z91.7 Opplysning om kvinnelig kjønnslemlestelse i egen sykehistorie

Her skal det i tillegg inn forløsningskode fra NCSP. Det kan også være andre forløsningsrelaterte ICD-10-koder som skal være med.

¹¹ Kodeelementer for skadested og aktivitet skal legges til, slik at det f.eks. blir X8n9y, se forklaring under overskriften til kapittel XX i ICD-10-boken eller søkeverktøyet.

18.1.5 Kvinnen kommer til rådgivning eller informasjon, uten ønske om undersøkelse eller behandling

Følgende koder skal brukes:

Z90.7 Kontakt med helsetjenesten på grunn av ervervet mangel på kjønnsorgan

Z91.7 Opplysning om kvinnelig kjønnslemlestelse i egen sykehistorie

18.1.6 Kvinnen søker hjelp for komplikasjoner til kjønnslemlestelse

Hovedtilstanden blir koden for komplikasjonen, for eksempel kode for urinveisinfeksjon eller fistel, med **Z91.7 Opplysning om kvinnelig kjønnslemlestelse i egen sykehistorie** som kode for annen tilstand. Ved akutte komplikasjoner (blødning, infeksjon, mm), hvor mutilasjonsskaden kodes som omtalt under punkt 1 om akuttsituasjon etter mishandlingen, blir det en klinisk vurderingssak om komplikasjonen eller selve skaden skal regnes som hovedtilstand.

NB! Kjønnslemlestelse av kvinner er skader forvoldt av annen person. Det handler *ikke* om kirurgiske inngrep. Ved kompliserende tilstander som følge av overgrep, skal det derfor *ikke* anvendes koder for kirurgiske komplikasjoner, verken fra ICD-10 eller NCSP.

19 KODING VED ULYKKER OG SKADER MED IONISERENDE STRÅLING

Rettledningen er utarbeidet av KITH i 2010 og beskriver ICD-10-koding ved ulykker med ioniserende stråling i forbindelse med medisinsk undersøkelse eller behandling og ved ulykker av annen årsak

19.1 Koding i forbindelse med akutt eksponering for stråling

Kort tid etter ulykker med ioniserende stråling (mindre enn 24 timer) sees det sjelden noen biologisk observerbare effekter, med mindre stråledosen har vært stor. Før biologiske effekter kan sees er det ikke aktuelt å bruke noen av de organspesifikke kodene for strålingsskader. De første to delene av rettledningen omhandler denne situasjonen, deretter beskrives koding når synlige skader er oppstått.

19.1.1 Akutte hendelser der pasienter utsettes for stråling under undersøkelse eller behandling

Her er selve strålingen en komplikasjon til behandlingen, selv om det ikke foreligger noen organkomplikasjoner ennå. Dette kodes

T88.8 Andre spesifiserte komplikasjoner til kirurgisk og medisinsk behandling, ikke klassifisert annet sted

Når fosteret kan være påvirket av stråling, kan følgende kode også være aktuell for moren i tillegg til **T88.8** (fosteret har ingen egen journal og skal følgelig ikke ha egne diagnosekoder):

O35.6 Omsorg for og behandling av mor ved (mistenkt) skade hos foster grunnet ioniserende stråling

En av følgende årsakskoder brukes sammen med **T88.8**:

Y4n Terapeutiske legemidler eller biologiske substanser i terapeutiske doser som årsak til bivirkning eller annen uønsket virkning

Y63.2 For stor stråledose gitt ved strålebehandling

Y63.3 Utsiktet eksponering av pasient for stråledose i forbindelse med behandling

Y78 Svikt ved radiologisk og strålemedisinsk utstyr

For disse kodene brukes ikke 4. og 5. tegn for sted og aktivitet. For **Y78** kan frivillig 4. tegn, som angitt foran kategorien **Y70 Svikt ved anesthesiutstyr**, brukes i tillegg. **Y4n** er aktuell for stråleskader forårsaket av radioisotoper, disse skal angis med ATC-kode. Disse finnes ikke i Felleskatalogen men under **V09** (diagnostiske) og **V10** (terapeutiske) og kan søkes frem fra nettsiden http://www.whooc.no/atc_ddd_index/ ved å skrive «V09» eller «V10» i feltet «ATC code» og bla videre i søkeresultatet.

19.1.2 Andre akutte hendelser med eksponering for stråling

Under dette faller både medisinsk personell som selv eksponeres for stråling ved uhell under pasientbehandling og andre typer akutt eksponering for stråling, som fra mindre strålekilder brukt i industri eller forskning eller eksponering for radioaktivt nedfall fra for eksempel atomulykker. I slike tilfeller brukes når det ikke er oppstått noen synlig skade en av kodene

Z57.1 Yrkesmessig eksposisjon for stråling

Z58.4 Eksposisjon for stråling

Under svangerskap kan følgende kode være aktuell i stedet i denne situasjonen:

O35.6 Omsorg for og behandling av mor ved (mistenkt) skade hos foster grunnet ioniserende stråling

En av følgende årsakskoder brukes i tillegg til kodene over:

W8n Ulykke med elektrisk kraft, ioniserende stråling, omgivende temperatur og trykk

Y3n Skade etter lovhjemlet inngripen og krigshandlinger

Y78 Svikt ved radiologisk og strålemedisinsk utstyr

For W8n angis også skadested og aktivitet ved skaden med 4. og 5. tegn som beskrevet i kodeverket. For Y3n angis bare sted, ikke aktivitet.

19.2 Koding når organkomplikasjoner er oppstått etter eksponering for stråling

Her skal skaden kodes så spesifikt som mulig med en kode som angir at skaden skyldes stråling, og en passende årsakskode.

19.2.1 Koding når skaden skyldes komplikasjon ved medisinsk undersøkelse/behandling

Som diagnosekode velges den mest spesifikke man kan finne i følgende liste:

G93.8 Andre spesifiserte hjernelidelser

Encefalopati etter stråling

J70.0 Akutte pulmonale manifestasjoner forårsaket av stråling

K03.8 Andre spesifiserte sykdommer i tennenes hardvev

K10.2 Betennelsestilstander i kjeve

K12.3 Oral mukositt

K52.0 Gastroenteritt og kolitt som skyldes stråling

L58.0 Akutt radiodermatitt

L58.1 Kronisk radiodermatitt

L58.9 Uspesifisert radiodermatitt

K62.7 Strålingsproktitt

N30.4 Strålingscystitt

P00.7 Foster og nyfødt påvirket av annen medisinsk behandling av mor, ikke klassifisert annet sted

O35.6 Omsorg for og behandling av mor ved (mistenkt) skade hos foster grunnet ioniserende stråling

T88.8 Andre spesifiserte komplikasjoner til kirurgisk og medisinsk behandling, ikke klassifisert annet sted

P00.7 er bare aktuell for nyfødte ettersom fostre ikke får egen journal. **O35.6** kan både brukes i tillegg til en av de andre kodene, når mor selv er blitt skadet, eller alene når det er skade eller mistenkt skade på fosteret, mens mor selv ikke er skadet.

Som årsakskode kan man igjen bruke en av de fire nevnt i første del av rettleidingen, under «Akutte hendelser der pasienter utsettes for stråling under undersøkelse eller

behandling». Dersom selve prosedyren forløp uten anmerkning om skade brukes i stedet **Y84.2 Radiologisk prosedyre eller strålebehandling**.

Når hverken kodeteksten eller årsakskoden viser at det dreier seg om en stråleskade kan dette angis ved å bruke enten **Z57.1 Yrkesmessig eksposisjon for stråling** som tilleggskode eller **Z58.4 Eksposisjon for stråling** som kode for annen tilstand.

19.2.2 Koding når skaden skyldes ioniserende stråling av annen årsak

En av følgende koder velges:

- G93.8 Andre spesifiserte hjernelidelser**
Encefalopati etter stråling
- J70.0 Akutte pulmonale manifestasjoner forårsaket av stråling**
- K03.8 Andre spesifiserte sykdommer i tennenes hardvev**
- K10.2 Betennelsestilstander i kjeve**
- K12.3 Oral mukositt**
- K52.0 Gastroenteritt og kolitt som skyldes stråling**
- L58.0 Akutt radiodermatitt**
- L58.1 Kronisk radiodermatitt**
- L58.9 Uspesifisert radiodermatitt**
- K62.7 Strålingsproktitt**
- N30.4 Strålingscystitt**
- O35.6 Omsorg for og behandling av mor ved (mistenkt) skade hos foster grunnet ioniserende stråling**
- T66 Uspesifiserte tilstander som skyldes stråling**

Igjen kan **O35.6** brukes alene eller sammen med en annen kode, avhengig av om mor er skadet i tillegg.

Årsaken kodes som angitt tidligere i delen «Andre akutte hendelser med eksponering for stråling», men som frivillig kode for annen tilstand kan her **Z57.1 Yrkesmessig eksposisjon for stråling** brukes hvis aktuelt når årsakskoden er **Y3n Skade etter lovhemlet inngripen og krigshandlinger** eller **Y78 Svikt ved radiologisk og strålemedisinsk utstyrt**.

Når hverken kodeteksten eller årsakskoden viser at det dreier seg om en stråleskade kan dette angis ved å bruke enten **Z57.1 Yrkesmessig eksposisjon for stråling** eller **Z58.4 Eksposisjon for stråling** som kode for annen tilstand.

19.3 Senfølger etter stråleskade

De fleste kroniske stråleskadetilstander er resultat av en progredierende inflammatorisk og fibroserende prosess etter eksponering akutt eller over tid. De skal da ikke kodes som senfølger, men med kode for organskade. Hvis man etter en akutt eksposisjon eller akutt skade sitter igjen med en resttilstand som ikke har karakter av en progredierende prosess, og som har vært observert uforandret over lengre tid, kan den kodes som en av tidligere nevnte skadekoder med tillegg av ett av følgende alternativer:

- Y88.2 Følgetilstand etter uhell med medisinsk utstyr brukt ved diagnose eller behandling**

eller:

- Y86 Følgetilstand etter andre ulykker**

Begge med tillegg av **Z57.1 Yrkesmessig eksposisjon for stråling** eller **Z58.4 Eksposisjon for stråling** som tidligere nevnt, hvis ikke skadekodeteksten spesifiserer at det gjelder stråleskade.

20 KODING VED FLERE TRAUMER

Rettledningen beskriver ICD-10-koding hos pasienter med flere traumer. Publisert i desember 2011.

20.1 Bakgrunn

Diagnosekoding hos pasienter med flere traumer er blitt gjort ulikt ved forskjellige helseforetak. Dette er uheldig, både av hensyn til statistikk og finansiering. Denne rettledningen er utarbeidet av KITH etter anmodning fra Helsedirektoratet og beskriver hva som er korrekt tolkning av kodeverket.

20.1.1 Koder for enkeltskader og flerskadekategorier

Skader kodes generelt i kapittel **XIX Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker (S00-T98)**. I tillegg brukes årsakskoder fra kapittel XX som beskrevet i årets Kodeveiledning.

Det finnes koder for både enkeltskader og for flere skader, for eksempel **S82.5 Brudd i medial malleol** og **S82.7 Flere brudd i legg**. Vi har også kategoriblokken **Skader som omfatter flere kroppsregioner (T00-T07)**. Kjenner man ikke oppbygningen av kodeverket og regelen for valg av hovedtilstand, kan man være i tvil om for eksempel brudd i både proksimale og distale tibiaende skal kodes med **S82.1 Brudd i proksimal ende av skinneben (tibia)** pluss **S82.3 Brudd i distal ende av skinneben (tibia)** eller i stedet med koden **S82.7 Flere brudd i legg** som er et eksempel på en flerskadekategori.

20.1.2 Hvor finnes kodingsreglene?

Det er helt nødvendig å kjenne til strukturen av ICD-10 for å kunne kode riktig. Det kan finnes merknader både til enkeltkoder, tretegnskategorier med underinndeling, kategoriblokker (for eksempel **Skader som omfatter flere kroppsregioner (T00-T07)**) og i begynnelsen av hvert kapittel. Merknadene på høyere nivåer har prioritet over, og overstyrer merknader på lavere nivåer. Kapittelinnledning er høyeste nivå. Alle disse merknadene kan leses i [FinnKode](#).

I tillegg fantes tidligere en opplæringsdel, men relevant innhold fra den er nå lagt inn i dette dokumentet. Bestemmelsene her har høyest prioritet av alle, bortsett fra direkte svar og skriv fra Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse.

20.1.3 Reglene for koding av flere skader

Inntil 2012 sto det i innledningen til kapittel XIX i ICD-10 at «Prinsippet for multipl koding av skader skal følges når det er mulig.» Noen tolket dette som at flerskadekategorier skulle brukes hvis mulig. Multipl koding er imidlertid å beskrive én tilstand ved hjelp av flere koder, altså det motsatte av å bruke én kode for flere tilstander.

Likeledes sto det om kombinasjonskategoriene at de «kan brukes når det ikke foreligger nok detaljer om enkelttilstanders karakter, eller for hovedsakelig statistiske

formål når det er mer hensiktsmessig å registrere én enkelt kode». Denne bestemmelsen gjelder fortsatt, men er presisert og omskrevet fra 2012.

Hovedregel

Om mulig skal hver enkelt skade kodes med sin egen skadekode, og kombinasjonskategorier (flerskadekategorier) skal unngås.

Unntak

Dersom det foreligger et større antall skader av samme type og alvorlighetsgrad der det ikke er praktisk mulig å kode hver skade enkeltvis brukes i stedet en flerskadekategori. Enkeltskader som peker seg ut fordi de krever mer helsehjelp enn resten skal likevel om mulig kodes separat. Spesielt er dette viktig når man velger hovedtilstand.

Reglene for valg av hovedtilstand brukes på vanlig måte. Kun hvis pasienten har to eller flere skader og man ut fra disse reglene ikke er i stand til å velge én av skadene som hovedtilstand, kan flere skader utgjøre hovedtilstanden, og en flerskadekategori brukes for å kode disse. I så fall skal om mulig hver av tilstandene kodes med sin egen kode som andre tilstander i tillegg til flerskadekategorien.

Om T06.8

Koden **T06.8 Andre spesifiserte skader som omfatter flere kroppsregioner** nevnes spesielt siden det er den som kanskje oftest er blitt brukt feil. Den skiller seg fra de andre flerskadekategoriene først og fremst fordi den hverken angir type skade eller lokalisasjon av skadene. Statistisk sett blir derfor denne koden av svært liten verdi om det ikke stilles bestemte krav til bruk av den.

Kodeteksten viser at den bare er aktuell når man er i stand til å spesifisere de enkelte skader den omfatter. Skadene må være av en viss alvorlighetsgrad, ikke bagatellmessige som blåmerker eller hudavskrapninger. De må med andre ord være av en slik karakter at de er av interesse for nasjonal statistikk. Dessuten har denne koden først og fremst vært brukt ved multitraumer, og en endring av bruken av koden vil ødelegge den fremtidige statistiske sammenliknende verdien av koden.

Følgende krav må i tillegg være oppfylt for bruk av **T06.8** for hovedtilstand:

- det foreligger flere skader som alle har krevd like mye helsehjelp/behandlingsressurser og ut fra reglene om valg av hovedtilstand er man derfor ikke i stand til å velge én av disse som hovedtilstand
- skadene omfatter flere kroppsregioner
- skadene er enten av flere typer eller av type som ikke dekkes av **T00-T05**

Dersom **T06.8** skal brukes til å kode andre tilstander enn hovedtilstand må følgende krav være oppfylt i tillegg:

- det foreligger så mange skader at det i praksis er umulig eller meget tungvint å kode alle enkeltvis
- ingen av skadene er så viktige medisinsk sett eller har krevd så mye helsehjelp i forhold til de andre at de må fremheves ved å kodes enkeltvis
- skadene omfatter flere kroppsregioner
- skadene er enten av flere typer eller av type som ikke dekkes av **T00-T05**

Et tenkelig eksempel på bruk av koden for hovedtilstand er en kombinasjon av bukorganskade, bekkenfraktur og hjerneskade der ingen av disse peker seg ut som hovedtilstand. Hovedtilstanden blir da alle disse skadene samlet, og man koder først **T06.8** for hovedtilstand og deretter hver skade separat som andre tilstander.

Koding ved mistanke om andre skader

Pasienter som har vært utsatt for høyenergetiske ulykker, som trafikkulykker eller større fall, og som bare har små synlige skader etter ulykken vil ofte bli observert for å oppdage alvorligere skader, spesielt indre skader. I slike tilfeller gis helsehjelpen under oppholdet hovedsakelig for å oppdage eller utelukke andre skader og ikke som behandling for eventuelle erkjente, små skader. I så fall velges en av kodene fra **Z04 Undersøkelse og observasjon av andre årsaker** som kode for hovedtilstand, oftest **Z04.1 Undersøkelse og observasjon etter transportulykke**, **Z04.2 Undersøkelse og observasjon etter arbeidsulykke** eller **Z04.3 Undersøkelse og observasjon etter annen ulykke**.

20.2 Eksempler

Eksempel 1

Fraktur i tibia samt i en metatars. Her er det uproblematisk å kode hver tilstand for seg, dessuten vil tibiafrakturen som oftest kreve mest helsehjelp og bli hovedtilstand. Tibiafrakturen kodes med en **S82**-kode og metatarsfrakturen med **S92.3 Brudd i metatarsalben**. Det er ikke aktuelt å bruke **T02.3 Brudd som omfatter flere regioner av én underekstremitet**.

Eksempel 2

Fraktur i proksimale falang av 2. og 3. finger etter klemskade. Begge frakturer må reponeres og behandles på samme måte, for eksempel med pinning. Her er det ikke noe problem å kode hver skade for seg, med **S62.6 Brudd i en annen finger**. Kodeteksten endres da så den blir meningsfylt for hver tilstand. Imidlertid er det ikke mulig å velge den ene fremfor den andre som hovedtilstand, så hovedtilstanden blir «fraktur i proksimale falang av 2. og 3. finger». Dette må kodes med en flerskadekategori. Korrekt koding blir derfor i dette tilfellet:

Hovedtilstand: **S62.7 Brudd i flere fingre**

Annen tilstand: **S62.6 Brudd i proksimale falang av 2. finger**

Annen tilstand: **S62.6 Brudd i proksimale falang av 3. finger**

Eksempel 3

Multiple små hudavskrapninger og blåmerker på alle ekstremiteter og på hodet etter å ha kjørt av veien på sykkel og rast ned en skråning. Et 4 cm kutt i den ene tinningen som må sutureres, resten av skadene behandles bare med enkel rengjøring og bandasjering.

Her peker kuttet i tinningen seg ut ved at det trenger mer helsehjelp (rengjøring, suturering, bandasjering) enn de andre (rengjøring og evt. bandasjering). Hovedtilstanden blir derfor kuttet. Resten av skadene kan beskrives som «blåmerker og hudavskrapninger på alle ekstremiteter og på hodet». Skal dette kodes så detaljert som mulig kan det kreve opptil 13 eller flere koder (hode 1-6 ulike koder og inntil 3 ulike koder for hver ekstremitet). I dette tilfellet er det både svært upraktisk og statistisk lite interessant å kode alle småskader for seg. Derfor velges i stedet den aktuelle flerskadekategorien. Korrekt diagnosekoding blir:

Hovedtilstand: **S01.8 Kuttskade i høyre temporalregion**

Annen tilstand: **T00.8 Overflateskader på hode og alle ekstremiteter**

21 TILSTANDSKODING I FAGOMRÅDENE PSYKISK HELSE – VOKSNE (PHV-V) OG TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING (TSB)

Kapitlet beskriver særlige forhold ved koding for de to nevnte områdene. I all hovedsak gjelder ordinære kodingsregler også her. Kapitlet har mindre endringer fra 2018.

21.1 Om Blåboka

Koding av sykdomstilstander fra ICD-10s kapittel V (Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser) («F-koder») følger de kriteriene som er beskrevet i publikasjonen «ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer». Utgaven, som også kalles «Blåboka», er uendret fra 1999, og er WHO's publikasjon i norsk oversettelse. Den er tilgjengelig fra FinnKode, og kan også fås kjøpt som bokutgave.

I 2010 ble 4 koder fra kategori F65 tatt ut av bruk i Norge. Det gjøres oppmerksom på at disse endringene per i dag ikke er tatt inn i Blåboka. De er imidlertid registrert i FinnKode med «Brukes ikke i Norge». FinnKode må derfor benyttes for oppslag mot gyldige koder i Norge, dersom en lur på om Blåboka omtaler gyldige koder.

21.2 Regler for tilstandskoding

En nærmere beskrivelse av bruk av ICD-10-koder ved poliklinisk kontakt i PHV-V og TSB er gitt i brev til helseforetakene 10/10-16: <https://ehelse.no/Documents/Helsefaglig%20kodeverk/Kodingsregler%20for%20bruk%20av%20ICD-10-koder%20ved%20poliklinisk%20behandling%20innen%20psykisk%20helsevern%20voksne%20og%20TSB%2006.10.2016.pdf>

De generelle reglene som er omtalt i dette kapitlet gjelder også for innleggelse.

- Som hovedtilstand velges kode for den tilstanden helsehjelpen hovedsakelig er gitt for.
- Tentative diagnoser skal ikke benyttes mens pasienten er under utredning.
- Mens pasienten er under utredning, og inntil en har tilstrekkelig informasjon til å stille en sykdomsdiagnose, skal en benytte symptomkoder fra ICD-10-kapittel XVIII (R00-R99). Z-koder for kontaktårsak benyttes bare dersom det

ikke er mulig å benytte symptomkoder.

Merk: Med utredning menes her utredning for å stille en diagnose. Dersom utredningen dreier seg om valg av behandlingsmåte for en allerede kjent og diagnostisert tilstand, skal en ved slik utredning bruke koden for den allerede diagnostiserte tilstanden som kode for hovedtilstand.

- Ikke alle tilstander en pasient har skal kodes, se avsnitt 2.1.1 *Ikke alle tilstander en pasient har skal kodes*, side 11.
- Dersom det er aktuelt å registrere mer enn en diagnose: Se omtale av dette i Blåboka, innledningskapitlet.
- Bruk av kode fra kategori **Z03 Medisinsk observasjon og vurdering der mistanke om sykdommer og tilstander blir avkreftet** følger de samme regler som for somatikk, se *Z03 Medisinsk observasjon og vurdering der mistanke om sykdommer og tilstander blir avkreftet*, side 164.
- ROP-pasienter skal alltid registreres med to koder: Som Hovedtilstand skal velges den tilstanden helsehjelpen hovedsakelig er gitt for ved kontakten, enten rusmiddelbruken/ rusmiddelavhengigheten, eller den psykiske lidelsen eller atferdsforstyrrelsen. Det er viktig å registrere kode for begge tilstandene, både samtidig rusmiddelbruk/-avhengighet og den psykiske lidelsen (ROP-lidelse), fordi dette er den eneste måten en med ICD-10 kodeverket kan klassifisere ROP-lidelser. Det skal derfor alltid registreres en F-kode for rusmiddelproblemet, og en F-kode for den psykiske lidelsen for disse pasientene (en F-kode for Hovedtilstand og en F-kode for Annen tilstand).
- Psykiatrisk undersøkelse som er begjært av rettsmedisinske årsaker skal kodes med hovedtilstand **Z04.6 Generell psykiatrisk undersøkelse**, begjært av myndigheter. Kliniske rettsmedisinske undersøkelser utføres på begjæring fra påtalemyndighet eller domstol. Oppdragsgiver skal i slike tilfelle gi den sakkyndige et mandat for undersøkelsen.
- Koden **Z04.6 Generell psykiatrisk undersøkelse** benyttes også når undersøkelse skjer på oppdrag fra barneverntjenesten, som ledd i barnevernets saksbehandling.

21.3 Utlevering av LAR-legemiddel

Bruk av LAR-legemiddel registreres med egne særkoder; om bruk av disse særkodene se årets regelverk for Innsatsstyrt finansiering.

Dersom pasienten får utlevert LAR-legemiddel i spesialisthelsetjenesten og møter opp bare for slik utlevering uten konsultasjon hos behandler samme dag, skal dette registreres med kode for hovedtilstand **Z50.30 Oppmøte for utlevering av legemiddel i legemiddellassistert rehabilitering (LAR), uten samtidig konsultasjon**.

Dersom pasienten får LAR-legemiddel i forbindelse med en konsultasjon kan **Z50.30** benyttes som kode for annen tilstand, som frivillig tilleggskode. Som hovedtilstand velges i slike tilfelle det helsehjelpen er gitt for, etter vanlige regler.

22 MINDRE KODINGSTEMAER

Dette kapitlet beskriver koding innenfor små temaområder, som følger vanlige kodingsregler.

22.1 Abdominalt kompartmentsyndrom

Abdominalt kompartmentsyndrom (ACS) er svikt i funksjonen i ett eller flere organer på grunn av intraabdominal hypertensjon (økt intraabdominalt trykk). ACS kan forårsake svikt i funksjonen i så godt som alle organsystemer, også organer utenfor buken. Årsakene kan være flere, både sykdom og skader, og er følge av en annen sykdom eller hendelse.

Noen egen kode for ACS finnes ikke i ICD-10. Det er WHO-konsensus for å bruke koden

R19.8 Andre spesifiserte symptomer og tegn med tilknytning til fordøyelsessystemet og buken

for ACS. Det vil være naturlig å endre kodeteksten til «Abdominalt kompartmentsyndrom» ved registrering, når dette er mulig.

Kode for hovedtilstand velges etter vanlige retningslinjer. **R19.8** brukes som kode for annen tilstand. Bakenforliggende årsak til ACS anbefales registrert enten med skadetype fra kapittel XIX (**S00-T98 Skade, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker**), eller med kode fra kapittel XX (**V0n-Y98 Ytre årsaker til sykdommer, skader og dødsfall**).

22.2 Akillesseneruptur

Akillesseneruptur som skjer ved etter fysisk traume eller aktivitet uten at det er direkte traume mot akillessenen kodes med **S86.0 Skade på akillessene**, f.eks. ved tennis eller squash. Dette er slik de fleste akillessener skades.

Koden **M66.2 Spontan ruptur i strekkemuskelsener** brukes der det skjer en spontan ruptur av akillessenen, f.eks. hos en reumatiker, hvor en oftere ser spontan ruptur av sener. Et eksempel vil være en reumatiker som leser avisen og får ruptur i strekkesenen til andre finger.

Noen tilfeller er tvilstilfeller; senene rupturerer lettere med høyere alder uten større traumer. For eksempel vil akillesseneruptur ved vanlig gange hjemme på stuegulvet betegnes som en spontanruptur, mens dersom det skjer hos en 80-åring på fjelltur som trår litt feil vil det kodes som en vanlig skade med **S86.0**.

22.3 Anemi som skyldes svulster eller andre kroniske sykdommer

I en del tilfeller kan svulster forårsake anemi, hovedsakelig enten ved benmargspåvirkning som et paraneoplastisk fenomen eller ved at tumoren selv blør. Andre kroniske sykdommer kan også være årsak til anemi, blant andre nyresvikt, leddgikt og inflammatoriske tarmsykdommer.

Sammenhengen angis ved hjelp av sverd/stjernesystemet. Som første kode for tilstanden brukes koden for den kroniske sykdommen. Som kode nr. 2 brukes enten **D63.0* Anemi ved neoplastisk sykdom** eller **D63.8* Anemi ved andre kroniske sykdommer klassifisert annet sted**. For å spesifisere typen anemi (f.eks. kronisk jernmangelanemi som oppstår ved blødning) kan vi legge til enda en tilleggskode for tilstanden, f.eks. **D50.0 Jernmangelanemi ved kronisk blodtap**.

22.4 Avbrutte inngrep

22.4.1 Kirurgiske inngrep

Når et planlagt kirurgisk inngrep er påbegynt men av ulike grunner må avbrytes kodes det med de prosedyrekoder man ville brukt om inngrepet var fullført. Det skal så legges til en av kodene fra **ZXF Årsaker til avbrutt inngrep**:

ZXF 00 Avbrytelse pga. forverrelse av pasientens tilstand
ZXF 05 Avbrutt prosedyre på grunn av pasientens tilstand
ZXF 10 Avbrytelse pga. svikt av teknisk utstyr
ZXF 20 Avbrytelse pga. problem med kirurgisk teknikk
ZXF 30 Prosedyre avbrutt av pasient
ZXF 99 Avbrytelse av annen årsak

Hvis man for eksempel har påbegynt en kolonreseksjon for tumor, men pasienten plutselig får rask atrieflimmer med blodtrykksfall og man må lukke såret og utsette operasjonen koder man kolonreseksjonen, og bruker **ZXF 00 Avbrytelse pga. forverrelse av pasientens tilstand** som tilleggskode.

Inngrepet må være påbegynt, dvs. man må være kommet lengre enn å ha gitt anestesi.

At inngrepet er avbrutt er noe annet enn at man grunnet funn under prosedyren endrer eller avkorter det som var planlagt. Et eksempel på endret inngrep er når man endrer bruddbehandlingen fra en planlagt margnagling til osteosyntese med plate og skruer. Et eksempel på avkortet inngrep er når man underveis i laparotomien finner disseminert kreft, og derfor ikke kan gjennomføre den planlagte kolonreseksjonen. I slike tilfeller skal man ikke kode intensjonen for prosedyren, men kode det man faktisk har gjort uten å bruke noen kode for avbrytelse fra **ZXF**.

22.4.2 Bildediagnostiske undersøkelser og bildeveiledet intervensjon

De samme regler gjelder for dette som for kirurgi, og de samme tilleggskodene for avbrytelse benyttes.

22.4.3 Planlagte tiltak som ikke blir utført

Se avsnittet *Z53 Fremmøte hos helsetjenesten på grunn av spesielle tiltak når disse ikke er utført*, side 167.

22.5 Avkreftet mistanke om sykdom

Når konklusjonen på utredningen av et symptom eller et tegn er at ingen sykdom kan påvises, bruker en kode for symptomet eller tegnet som kode for hovedtilstand. Som annen tilstand velger en kode fra kategorien

Z03 Medisinsk observasjon og vurdering der mistanke om sykdommer og tilstander blir avkreftet

Inkl.: observasjon og vurdering av person som fremviser symptomer eller tegn på en unormal tilstand som krever nærmere utredning, men som etter undersøkelse og observasjon ikke har behov for ytterligere behandling

Dette gjelder selv om symptomet eller tegnet som tidligere var der ikke lenger er til stede ved undersøkelsen, f.eks. når en pasient tidligere har hatt en episode med brystmerter.

I enkelte tilfeller hender det at det symptomet eller tegnet pasienten var henvist for viser seg å ikke være reelt, f.eks. når en mistanke er basert på en feilmåling eller feiltolkning eller på noe som viser seg å være innenfor normal variasjon. Da må man i stedet velge som kode for hovedtilstand

Z71.1 Frykt for lidelse der ingen diagnose er stilt

«Bekymret, men frisk»
Fryktet diagnose ikke påvist
Symptom eller problem som er innenfor normal variasjon

Legg til kode **Z03.x** som kode for annen tilstand.

Z71.1 + Z03.x kan også brukes hos pasienter som er henvist for undersøkelse for mulig sykdom selv om de hverken har hatt symptomer eller unormale funn nylig, f.eks. hvis de har hatt sykdom tidligere i livet. Da kan det også være aktuelt å legge til en kode fra **Z85-Z88** (opplysning om tilstander i egen sykehistorie).

En variant av dette er når en person observeres etter en hendelse uten å ha sikre symptomer eller tegn på sykdom eller skade, og observasjonen heller ikke avdekker noe galt. Dette kan være en person som har fått et elektrisk støt, vært i en trafikkulykke eller et lite barn som man mistenker har spist en farlig gjenstand eller medisiner. I et slikt tilfelle vil det være riktig å bruke en av kodene fra **Z04 Undersøkelse og observasjon av andre årsaker**, med tillegg av en kode fra **Z03**.

22.6 Avkreftet mistanke om vannavgang

En vanlig situasjon er at en gravid kvinne kontakter sykehuset og undersøkes pga. mistanke om vannavgang. I de tilfellene det gjøres en begrenset undersøkelse spesifikt for denne problemstillingen og man avkrefter at kvinnen har hatt vannavgang er riktig diagnosekode for hovedtilstand symptomet som ga mistanke om vannavgang. Dette kan for eksempel være **N89.8 Andre spesifiserte ikke-inflammatoriske lidelser i skjede ved utflod** eller **R32 Uspesifisert inkontinens**. Finner man ingen dekkende symptomkode brukes **Z71.1 Frykt for lidelse der ingen diagnose er stilt** som kode for hovedtilstand. **Z03.8 Observasjon ved mistanke om annen spesifisert sykdom og tilstand** og **Z33 Graviditet** legges til som koder for andre tilstander.

22.7 Beintetthetsmåling (DXA/DEXA)

Hvis det påvises osteoporose, skal osteoporosen være hovedtilstand (**M80-M82**). Osteopeni kodes med **M85.8 Andre spesifiserte forstyrrelser i bentetthet og benstruktur**.

Hvis undersøkelsen ikke viser osteoporose avhenger kodingen av hvorfor undersøkelsen er utført. Her er noen eksempler på dette:

a) Beinbrudd uten adekvat traume:

HT: Z01.8 Annen spesifisert spesiell undersøkelse

AT: Z87.8 Opplysning om andre spesifiserte tilstander i egen sykehistorie
(spesifiseres med tekstendring, f.eks. "Brudd i lårhals")

b) Tidligere påvist tretthetsbrudd i ryggvirvel:

HT: Z01.8 Annen spesifisert spesiell undersøkelse

AT: Z87.3 Opplysning om sykdom i muskel-skjelettsystemet og bindevev i egen sykehistorie

NB: Ved ferskt tretthetsbrudd kodes det som i punkt e) nedenfor

c) Familiær opphoping av osteoporose:

HT: Z01.8 Annen spesifisert spesiell undersøkelse

AT: Z82.6 Opplysning om artritt og andre sykdommer i muskel-skjelettsystem og bindevev i familieanamnesen

d) Kontroll av tidligere målte lave verdier, uten spesifikke risikofaktorer: Hvis osteoporose påvises, kodes dette. Hvis grenseverdier:

HT: Z01.8 Annen spesifisert spesiell undersøkelse

AT: Ingen aktuelle

e) Spesifikk sykdom som indikasjon for DEXA:

Hvis dette er en sykdom som predisponerer for osteoporose og DEXA-målingen er ledd i å følge opp denne sykdommen, brukes sykdommen som HT.

Eks.: **K90.0 Cøliaki**

Eks.: Dersom pasienten er tidligere fedmeoperert med en teknikk som påvirker tarmsystemet og dette er grunnen til målingen kan **Z90.4 Tap av annen del av fordøyelseskana** brukes som kode for hovedtilstand.

f) Fordi pasienten bruker medikamenter (f.eks. prednisolon):

Dersom pasienten er langtidsbruker av prednisolon (f.eks. på grunn av autoimmun sykdom, KOLS eller kreftsykdom) eller andre medikamenter som kan påvirke beinomsætningen, og DEXA-målingen er ledd i oppfølging av pasienten på grunn av dette, brukes sykdommen som hovedtilstand.

g) Pasient som ønsker DEXA-måling, uten familiær opphopning av sykdom eller risikofaktorer i egen sykehistorie:

HT: Z01.8 Annen spesifisert spesiell undersøkelse

AT: Ingen aktuelle

22.8 Bruddkontroller

Brudd skal kodes med kode fra kapittel XIX (S- eller T-kode) kun under primærbehandlingen. Det vil oftest si kun ved første kontakt. Primærbehandlingen varer til bruddet er ferdig reponert og fiksert. I oppfølgingsperioden (tilhelingsfasen), som typisk inkluderer røntgenkontroll og noen ganger gipsskifte, skal det som hovedregel brukes Z-kode. Oftest er en av de følgende riktig: **Z09.4 Etterundersøkelse etter behandling av brudd**, **Z47.0 Etterbehandling som omfatter fjerning av osteosyntesemateriale** eller **Z47.8 Annen spesifisert ortopedisk etterbehandling**. **Z47.8** inkluderer skifte, kontroll eller fjerning av gips eller utvendig fiksasjons- eller strekkutstyr. Ved skifte av gips brukes riktig prosedyrekode anleggelse av gips.

Det vil bli noen tilfeller der en koder med S- eller T-kode flere ganger for samme brudd. Et eksempel på dette vil være der en først gipser bruddet, men deretter velger

å ta pasienten tilbake og operere bruddet. Da skal bruddet kodes med kapittel XIX-kode både ved gipsingen og ved operasjonen.

I de tilfellene man koder med en Z-kode mister man i utgangspunktet informasjonen om hvilken type brudd som er årsaken til etterundersøkelsen eller etterbehandlingen. Først og fremst av hensyn til egen statistikk kan det være ønskelig å beholde denne informasjonen. Inntil dette kan kodes ved hjelp av multipl koding skal Z-koden (som nevnt over) registreres som kode for hovedtilstand, og S- eller T-koden for bruddet registreres som annen tilstand.

Ved å kode slik blir det lettere å få oversikt over hvor mange opphold som skyldes hhv. ferske brudd og kontroller av brudd.

22.9 Bærertilstand av multiresistent bakterie, uten påvist sykdom

Bærertilstanden kodes med **Z22.3 Bærer av annen spesifisert bakteriesykdom**.

Kode fra kategori **U82-U85 Resistens mot antimikrobielle og antineoplastiske medikamenter** legges til for å beskrive type resistens, samt kode for hvilken mikroorganisme det dreier seg om fra kategori **B95-B98 Bakterier, virus og andre infeksjonsfremkallende mikroorganismer**.

22.10 Dinitrofenol

Dinitrofenol er et kjemisk stoff som frikobler oksidativ fosforylering i cellene og øker dermed kroppstemperaturen. Det har vært brukt som slankemiddel tidligere, men har en relativt høy risiko for å indusere livstruende eller fatal hypertermi. Vi regner det ikke som et medikament, og det har heller ingen ATC-kode. Likevel kjøpes det av enkelte fra utlandet og brukes som slankemiddel og det har hatt toksiske effekter og forårsaket akuttinnleggelser.

Dinitrofenolforgiftning skal kodes med **T65.3, Toksisk virkning av nitroderivater og aminoderivater av benzen og dets homologer**.

Tilhørende årsakskode skal være **X4n Forgiftning, etsing og annen påvirkning av giftige substanser som følge av ulykke** med et fjerde og femte tegn som angir sted og pasientens aktivitet ved forgiftningen.

22.11 Endovenøs behandling av åreknuter/varicer

Her brukes prosedyrekoder fra **PHx Bildeveiledede intervensjoner på vener**. Tilleggskode for fysisk teknikk hentes fra **ZXC Operasjonstekniske forhold**, for eksempel **ZXC 10 Bruk av laser**.

22.12 Etterbehandling etter ACB, klaffekirurgi eller innleggelse av pacemaker/ICD

I en del tilfeller overflyttes pasienten til annen avdeling eller institusjon etter behandling av akutt koronarsykdom, klaffekirurgi eller innleggelse av pacemaker/ICD. Vi har ofte fått spørsmål om koding i disse tilfellene. Prinsippene er like for alle. Hvis pasienten fortsatt har den tilstanden som ble behandlet blir den i utgangspunktet hovedtilstand. Hvis tilstanden er helbredet ved kirurgi er i stedet riktig kode **Z48.8 Annen spesifisert etterbehandling etter operasjon**. Hvis pasienten har fått satt inn et implantat eller elektronisk utstyr kodes dette med en kode fra **Z95 Status med implantater og transplantater i hjerte og blodkar**, blant andre tilstander. Ellers kodes

andre tilstander og prosedyrer som utføres under oppholdet som vanlig. Se kapittel 2 *Valg av hovedtilstand og andre tilstander*, side 11ff.

22.12.1 Etter ACB

Kodingen her blir nærmest identisk med koding etter PCI, som er beskrevet i kapittel 11 *Retningslinjer for diagnosekoding ved PCI-behandling av akutt og kronisk koronarsykdom*, side 87ff.

Etter elektiv ACB vil pasienten fortsatt ha koronarsykdom, og **I25.1 Aterosklerotisk hjertesykdom** skal da brukes for hovedtilstand. Det samme blir tilfellet etter ACB for ustabil angina uten infarkt.

Dersom ACB ble utført etter NSTEMI brukes fortsatt **I21.4 Akutt subendokardialt infarkt** de første 4 ukene for hovedtilstand. **Z95.1 Status med aortakoronart bypasstransplantat** brukes som kode for annen tilstand.

Ved ACB etter STEMI blir kode for hovedtilstand en av kodene for akutt transmuralt hjerteinfarkt (**I21.0 - I21.3**) dersom oppholdet finner sted innen de første 4 ukene etter infarkt. Opphold senere enn dette får i stedet **I25.1 Aterosklerotisk hjertesykdom** som kode for hovedtilstand og **I25.2 Gammelt hjerteinfarkt** som annen tilstand.

I alle tilfeller der infarkt settes som hovedtilstand og dette skyldes aterosklerose er det riktig å ta med **I25.1** som annen tilstand, siden man naturligvis vil ta hensyn til og behandle denne.

22.12.2 Etter klaffekirurgi

Etter klaffekirurgi er ofte ikke koronar aterosklerose i fokus selv om det skulle foreligge, og i så fall blir ikke **I25.1 Aterosklerotisk hjertesykdom** aktuell som kode for hovedtilstand. Når hensikten med oppholdet hovedsakelig er postoperativ pleie og oppfølging blir **Z48.8 Annen spesifisert etterbehandling etter operasjon** kode for hovedtilstand. Den opprinnelige klaffefeilen kodes som annen tilstand sammen med **Z95.2 Status med mekanisk hjerteventil** eller **Z95.3 Status med fremmed biologisk hjerteklaff**. Naturligvis kan andre tilstander som hjertesvikt bli hovedtilstand i stedet når det er aktuelt, se også 2.4 *Valg av hovedtilstand når pasienten overflyttes fra en avdeling til en annen*, side 15.

22.12.3 Etter innleggelse av pacemaker og/eller ICD

Her vil tilstanden som forårsaket innleggelsen av apparatet fortsatt være til stede, selv om den ikke trenger være symptomgivende. En rytmeforstyrrelse som behandles vellykket med en pacemaker vil fort opptre igjen uten pacemakeren. Ved resynkroniseringsterapi blir den aktuelle typen hjertesvikt eller kardiomyopati i utgangspunktet hovedtilstand. Når ICD er innlagt pga. ventrikelarytmi blir ikke selve arytmien hovedtilstand (med mindre den er hovedproblemet også ved denne innleggelsen), men i stedet tilstanden som ligger bak arytmien.

22.13 Forberedelse til behandling

I en del tilfeller kommer en pasient utelukkende for forberedelser til videre undersøkelse eller behandling, I slike tilfeller kan hovedtilstanden kodes med **Z49.0 Forberedelse til dialyse** eller **Z51.4 Forberedelse til videre behandling, ikke klassifisert annet sted**. Dette forutsetter at det ikke gis direkte helsehjelp for den sykdommen pasienten har, som det forberedes undersøkelse eller behandling for.

Eksempler på dette er kontakt for anleggelse av arteriovenøs fistel for dialyse, anleggelse av venoport for cytostatikabehandling eller oppvæsking før radiologisk undersøkelse med kontrastvæske. Sykdommen som er årsak til at pasienten trenger undersøkelse eller behandling kodes som annen tilstand.

22.14 Hud – kirurgiske prosedyrer

Fra 2018 er det gjort enkelte endringer i kodene i kapittel Q for å presisere hvordan de skal brukes. De mest aktuelle temaene er omtalt under.

22.14.1 Forsinket sutur

For forsinket sutur av sår bruker du en kode fra **QxB05 Sårrevisjon [i lokalisasjon]**, for eksempel **QAB05 Sårrevisjon på hode eller hals**. Bruken er presisert i underteksten:

Inklusive: Såreksisjon, debridement og sutur

For forsinket hudlukning av sår etter utført kirurgisk prosedyre på hode eller hals: Se **QAG 31**.

For forsinket sutur av kirurgisk sår bruker du altså en kode fra **QxG31 Forsinket hudlukning av sår etter utført kirurgisk prosedyre** (2. tegn angir lokalisasjon), i dette tilfellet **QAG31 Forsinket hudlukning av sår etter utført kirurgisk prosedyre på hode eller hals**. Denne koden har underteksten:

For såreksisjon, debridement og sutur av sår: Se **QAB05**

Sekundærsutur etter ruptur av operasjonssår: Se reoperasjonskode i hovedkapitlene, **AWA 00-QWA 00**

22.14.2 Eksisjon av hudlesjon, inkludert utvidet reseksjon ved tumor

Her bruker du en kode fra **QxE10 Eksisjon av hudlesjon** (2. tegn angir lokalisasjon), for eksempel **QAE 10 Eksisjon av hudlesjon på hode eller hals**. Disse kodene har i de fleste tilfeller denne underteksten:

Inklusive: Reeksisjon etter primærkirurgi

Tilleggskode for iterativ teknikk a.m. Mohs: Se **ZQX 00**.

Disse kodene skal brukes ved fjerning av hudforandringer og ved utvidet reseksjon når tumor er indikasjon for inngrepet.

Koden **ZSQ 00 Inngrep knyttet til tidligere inngrep tilhørende kapittel Q** brukes i tillegg hvis det aktuelle inngrepet er tilknyttet et tidligere inngrep. Alternativt til **ZSQ00** brukes en kode fra kategorien **ZS Inngrepets tilknytning til tidligere kirurgi** hvis operasjonen er en sekundær operasjon:

ZSX 05 Sekundær operasjon pga. lokalt residiv

ZSX 10 Sekundær operasjon med utvidet reseksjon med frie render

ZSX 15 Sekundær operasjon med utvidet reseksjon pga. manglende frie render

Ved fjerning av en lesjon eller utvidet reseksjon skal en kode fra **QxE 35 Rekonstruksjon ved huddefekt** (2. tegn angir lokalisasjon), med evt. kode for lappeplastikk, ikke benyttes. Dette gjelder også ved fjerning av lesjon hvor en underminerer huden.

Det er som regel mer krevende å lukke en lesjon pent enn å fjerne selve lesjonen, men det hører likevel med til prosedyren «fjerning av lesjon» og skal kodes med en **QxE 10**-kode.

22.14.3 Eksisjon av kirurgisk arr

Her bruker du en kode fra **QxE 30 Eksisjon av kirurgisk arr** (2. tegn angir lokalisasjon), for eksempel **QAE 30 Eksisjon av kirurgisk arr på hode eller hals**. Disse kodene har undertekst som dette:

Eksklusive: Reeksisjon etter primærkirurgi: Se **QxE 10**

22.14.4 Rekonstruksjon ved huddefekt

Ved større kirurgi med rekonstruksjon/lappeplastikk pga. huddefekt på hode eller hals etter kirurgi eller skade brukes en kode fra **QxE 35 Rekonstruksjon ved huddefekt** (2. tegn angir lokalisasjon). Tilleggs-koder som definerer type rekonstruksjon som er utført og materialet som er benyttet finnes i disse kategoriene:

ZZA Fritt hudtransplantat

ZZR Lapper

ZZA Fritt hudtransplantat

ZZS Bruk av lapper og vevsekspander til forskyvning og utvidelse av vev

ZZQ Fritt mikrovaskulært transplantat

ZZR-koden beskriver materialet i lappen. **ZZS**-koden spesifiserer lappeteknikken. Ved å bruke kode fra både **ZZR** og **ZZS** har man informasjon om både hva lappen består av og hva slags teknikk som er brukt.

Koden

ZZR 00 Hudlapp

Med subkutant vev

bør bare unntaksvis benyttes. Som regel kan en hudlapp kodes ut ifra mer spesifikke koder fra gruppen **ZZ Transplantater, lapper og vevsekspandere**.

Ved fjerning av en lesjon hvor en også underminerer huden er det ikke riktig å bruke kode for lappeplastikk. Det er kun unntaksvis at det er medisinsk nyttig å vite at man har gjort en større underminering, og de fleste kirurger vil ikke oppfatte en underminering som en lappeplastikk. Det hender at et så stort område undermineres at det er behov for en forskyvingslapp, men da snakker man om en forskyvningslapp (kode fra kategori **ZZS Bruk av lapper og vevsekspander til forskyvning og utvidelse av vev**) og ikke en underminering. De fleste lappeteknikker og hudlapper kan dekkes av kodeverket med de spesifikke Z-kodene nevnt over.

Ved fjerning av hudforandringer i og ved utvidet reseksjon er det korrekt å kode med kode fra **QxE10 Eksisjon av hudlesjon [i lokalisasjon]** (se over).

22.15 Koding av poliklinisk lærings- og mestringsaktivitet i sykehusene

Lærings- og mestringsaktiviteter i sykehus (poliklinisk gruppebasert opplæring) skal kodes for hver enkelt pasient som er henvist til dette. Se ISF-regelverket for regler for bruk av aktuelle koder.

Dersom pasienten er henvist, men ikke selv deltar, skal likevel opplysningene registreres på pasienten. Journalopplysninger og koder skal registreres bare på den som er henvist til lærings- og mestringsstilbudet.

Lavterskeltilbud, der deltakerne kommer på eget initiativ og ikke er henvist fra lege, skal ikke rapporteres til NPR, og derfor ikke registreres eller kodes.

Dersom fagpersoner har individuell samtale med deltaker som har en henvisning til et poliklinisk gruppebasert lærings- og mestringsstilbud, skal dette kodes som en ordinær poliklinisk konsultasjon for deltakeren. Kode for deltakerens problemstilling

skal være kode for hovedtilstand. Kode for poliklinisk rehabilitering skal ikke benyttes i slike tilfeller. Aktuelle prosedyrekoder for slike samtaler med deltakeren finnes i kategori **OB** i prosedyrekodeverket. Prosedyrekoder registreres bare hvis det finnes en kode som er dekkende for innholdet i tiltaket/samtalen.

Dersom pårørende til den som er henvist har individuell samtale som ledd i et poliklinisk lærings- og mestringsstilbud, skal denne kontakten registreres på den som er henvist, som en ordinær poliklinisk konsultasjon, med deltakerens diagnose som kode for hovedtilstand, og med prosedyrekodene **ODBD00 Veiledning/rådgivning til pårørende og/eller kommunalt hjelpeapparat**, og tilleggskode for objekt for undersøkelse/behandling fra kategori **ZWWA**. Dokumentasjon av slike samtaler gjøres i pasientens journal på vanlig måte.

Den som gjennomfører individuelle samtaler med enten deltaker eller pårørende registreres som utførende helsepersonell for slike kontakter.

Aktuelle prosedyrekoder:

WPCK00 Lærings- og mestringsaktivitet vedrørende aktuelle tilstand

Strukturert studieopplegg for pasienten vedrørende aktuelle helseproblem. Inkluderer opplysning om kosthold, trening, trygderettigheter osv. Ved aktivitet rettet mot familien, pårørende og pasientens øvrige sosiale nettverk angis "Foreldre/pårørende" som tilleggskode. Utførelse i gruppe angis som tilleggskode.

ODBD00 Veiledning/rådgivning til pårørende og/eller kommunalt hjelpeapparat

Koder fra kategori **OB Tiltak**: se FinnKode.

Aktuelle tilleggs-koder:

ZWWA10 Prosedyre rettet mot par

Par omfatter pasienten og ektefelle, samboer eller partner, uansett kjønn.

ZWWA20 Prosedyre rettet mot familie (foreldre og barn)

ZWWA25 Prosedyre rettet mot flerfamiliegruppe

ZWWA30 Prosedyre rettet mot en gruppe av pasienter

ZWWA40 Prosedyre rettet mot foreldre/pårørende

A0099 Grupperettet pasientopplæring (se ISF-regelverket for bruk av denne koden)

22.16 Latent tuberkulose

Latent tuberkulose er en tilstand der pasienten tidligere er smittet med tuberkelbakterier men har ikke aktiv sykdom (er ikke smitteførende), og er bare bærer av sykdommen. For å fastslå om en pasient man regner med er tuberkulosesmittet ut fra typiske røntgenfunn eller laboratoriefunn, har aktiv eller latent tuberkulose, kreves det en utredning som tar flere uker. I denne utredningsperioden skal man ikke bruke diagnosekode for latent tuberkulose (**Z22.30 Latent tuberkulose**) eller lungetuberkulose (**A15.-/A16.-**) men i stedet kode for det patologiske funnet som har ledet til utredningen, oftest enten **R76.8 Andre spesifiserte unormale immunologiske funn i serum** eller **R91 Unormale funn ved diagnostisk avbildning av lunge benyttes**. Dette er for å sikre at diagnosekodene for tuberkulose kun benyttes ved bekreftet sykdom eller bærertilstand.

22.17 Lystgass

Sedering/smertebehandling med lystgass, for eksempel ved fødsel, kodes **WDAJ11 Våken sedering** + ATC-kode **N01AX13 Nitrogenoksid**

22.18 Mutasjoner og forebyggende kirurgi ved risiko for kreftsykdom

22.18.1 Mutasjoner

ICD-10 har ingen koder for mutasjoner som ikke har ført til sykdom. Det finnes koder for kromosomfeil, men ikke for mutasjoner. Dette er en mangel som ganske sikkert ikke vil bli rettet opp før i ICD-11.

Hvis pasienten ikke har en manifestasjon av mutasjonen (syndrom, sykdom eller symptom) som kan kodes, må i stedet en Z-kode brukes.

Det vanligste er antakelig at det påvises en mutasjon som er kjent som en arvelig risikofaktor og det er opphopning av den aktuelle sykdommen i familien. Screenes man for en slik sykdom uten selv å være syk eller ha symptomer på sykdom, brukes en kode fra kategori **Z01 Andre spesielle undersøkelser og utredning av personer uten symptomer eller registrert diagnose som kode for hovedtilstand**, og en av kodene fra **Z80-Z85** (opplysning om ulike tilstander i familieanamnesen) kan legges til for annen tilstand.

22.18.2 Populasjonsbasert screening

Ved populasjonsbasert screening brukes en kode fra **Z12 Populasjonsbasert screeningundersøkelse med henblikk på svulster** eller **Z13 Populasjonsbasert screeningundersøkelse med henblikk på andre tilstander**. Kode for spontanmutasjon, som hverken har gitt sykdom hos pasienten eller i familien, finnes ikke i ICD-10.

22.18.3 Forebyggende kirurgi ved risiko for kreftsykdom

Ved forebyggende kirurgi (eks. mastektomi) som følge av risiko for kreftsykdom på grunn av påvist genmutasjon brukes Z-kode for kontaktårsak for hovedtilstand. Aktuelle prosedyrekoder for de operative inngrepene legges til.

Z40.0 Forebyggende kirurgi ved risikofaktorer i forbindelse med ondartede svulster
Sykehusopphold for forebyggende fjerning av organ

22.19 Nøytropen feber

Nøytropen feber er i verste fall tegn på en alvorlig infeksjon, men feberen kan også ha en harmløs årsak som medikamentbivirkning, eller ha sammenheng med grunnsykdommen pasienten behandles for.

Vi går ut fra at helsehjelpen under oppholdet hovedsakelig består i å lete etter årsaken til pasientens feber og gi adekvat behandling for dette. Dersom man påviser en sikker eller sannsynlig årsak er det den som skal stå som hovedtilstand. Det kan være en infeksjon, selve grunnsykdommen (f.eks. cancer) eller medikamentindusert feber. Medikamentindusert feber er en bivirkning, og kodes **R50.2 Legemiddelutløst feber** + årsakskode **Y4n Terapeutiske legemidler eller biologiske substanser i terapeutiske doser som årsak til bivirkning eller annen uønsket virkning** + ATC-kode for medikament(er) som er sannsynlig årsak. I mange tilfeller finner man imidlertid ingen årsak til feberen, og da står man igjen med nøytropen feber som diagnose. Hovedtilstanden må da kodes **R50.8 Annen spesifisert feber** (kodeteksten endres om mulig til Nøytropen feber), og underliggende sykdom som annen tilstand.

I nærmest alle tilfeller vil nøytropeni også være av betydning for behandling og undersøkelser, og tas med under andre tilstander.

22.20 Optiflow

Optiflow er et system for å tilføre oppvarmet og fuktig luft med relativt høy flow. Det kan gis både på nesegrime og kobles til trachealkanyle, men innebærer ikke automatisk PEEP. Det er derfor ikke riktig å kode dette som CPAP eller som respiratorbehandling.

Fra 2016 kan koden

GXAV30 Behandling med nasal høyluftstrømkanyle

Med oppvarmet og fuktet luft

benyttes for alle aldersgrupper som får slik behandling.

22.21 Ortopediske proteser

Når man bytter ut et helt, eller deler av et nativt ledd med en leddprotese, skal dette kodes med koder fra **NxB** i Kapittel N Bevegelsesapparatet.

Dersom man senere bytter ut hele, eller deler av protesen, bruker du koder fra **NxU** for fjerning av protesedelen, og **NxC** som kode for innsetting av ny(e) del(er).

Innsetting av mindre, løse deler som for eksempel caput femoris-komponenten har ikke spesifikk kode i prosedyrekodeverket, og du må bruke en uspesifikk kode, for eksempel **NFC 99 Annen implantasjon av sekundær protese i hofteledd**.

Kodene i gruppene **NBB 7x**, **NBC 7x**, **NFB 7x**, **NFC 7x**, **NGB 7x**, og **NGC 7x** står i en særstilling. Disse skal brukes for større rekonstruksjoner etter for eksempel cancerkirurgi, men også etter større traumer som for eksempel etter skuddskade. Kodene skal ikke brukes ved for eksempel innsetting av primærprotese med forlengede stammer selv om disse protesene fra leverandøren kalles rekonstruksjonsprotese. Innsetting av protese med behov for benpakking kvalifiserer heller ikke for bruk av disse kodene.

22.22 Osteoporotiske brudd

Mange pasienter har osteoporose og pådrar seg fraktur etter traume uten at en nødvendigvis vil kalle det et patologisk brudd. Patologisk brudd er definert som brudd i en knokkel som er svekket pga. en sykdomstilstand i selve knokkelen, slik at den brister av seg selv eller ved meget liten påkjenning (ikke adekvat traume).

22.22.1 Brudd med adekvat traume hos pasient med osteoporose

Kodes med S-koden for bruddet og deretter med osteoporosekode **M81 Osteoporose uten patologisk brudd**.

22.22.2 Brudd uten adekvat traume hos pasient med osteoporose (patologisk brudd)

Kodes med en kode fra **M80.- Osteoporose med patologisk brudd**. S-kode skal da ikke brukes.

22.23 Pacemakerkontroller

Som diagnosekode velger man koden for grunnlidelsen, så sant den fortsatt er til stede. Dette blir riktig for AV-blokk og grenblokk (**I44-I45**), pasienten vil antakelig ha blokk uten pacemakeren. Ved tidligere ventrikelflimmer/-takykardi kan ikke koden for selve arytmien brukes (så sant pasienten ikke har et anfall under kontrollen), men

grunntilstanden som disponerer for arytmi kodes i stedet, f.eks. kardiomyopati, lang QT-tidsyndrom m.m.

Prosedyrekode hentes fra **FPGT Justering eller kontroll av apparatur og implantat** avhengig av typen apparat:

FPGT00 Kontroll, omprogrammering av en-kammer pacemaker eller defibrillator

FPGT05 Kontroll, omprogrammering av to-kammer pacemaker/defibrillator

FPGT10 Kontroll, omprogrammering av biventrikulær pacemaker/defibrillator

FPGT25 Testing av implantert defibrillator med provokasjon av ventrikkelflimmer

Z45.0 Justering og kontroll av hjertepacemaker og defibrillator kan tas med som frivillig kode for annen tilstand. Siden vi har prosedyrekoder som skal brukes og som vil vise at man gjør en pacemakerkontroll, er denne koden på de fleste måter overflødig. Den største nytten er nok om man lokalt ønsker å konsekvent bruke den for egne statistiske formål. Kombinasjonen av diagnosekode og en av prosedyrekodene for pacemakerkontroll vil til sammen gi mer presis informasjon enn **Z45.0** gjør.

Fjernavlesning og tolkning av data fra pacemaker eller ICD ved at et apparat hjemme hos pasienten sender data til sykehuset registreres etter egne regler i årets regelverk for Innsatsstyrt finansiering. Prosedyrekoden som benyttes for dette er **FPFE44 Avlesning og tolking av fjernrapporterte data fra pacemaker og ICD**.

22.24 Periprotetisk hoftefraktur

S72.- Brudd i lårben brukes ved en vanlig ulykke der traumet er tilstrekkelig til å gi brudd og der man antar at en innsatt protese ikke har bidratt til bruddet.

M96.6 Benbrudd etter innsetting av ortopedisk implantat, leddprotese eller benplate brukes ved fraktur der det tidligere er satt inn en protese og der man anser at protesen har bidratt til bruddet, dvs. at ved samme traume ville det sannsynligvis ikke oppstått noe brudd dersom pasienten ikke hadde hatt protese. Samme årsakskode som over brukes.

Proteseløsning kodes imidlertid med **T84.0 Mekaniske komplikasjoner ved innvendig leddprotese**, med årsakskode **Y83.1 Kirurgisk prosedyre med plassering av kunstig implantat** hvis den tidligere implantasjonen var ukomplisert.

22.25 Pre- og posteksponeringsprofylakse

Ved en kontakt der eneste formål er å få utlevert legemiddel for enten PrEP (preeksponeringsprofylakse) eller PEP (posteksponeringsprofylakse) benyttes **Z29.2 Annen forebyggende kjemoterapi** som kode for hovedtilstand. Dersom smittekilde har kjent HIV-infeksjon anbefaler vi at koden **Z20-6 Kontakt med og eksposisjon for humant immunsviktvirus [hiv]** legges til som kode for annen tilstand, for statistisk å kunne skille forebyggende behandling med hhv. kjent eller ukjent bærertilstand.

22.26 Pleuradrenasje

De to viktigste kodene for dette er **GAX 30 Torakocentese** og **GAA 10 Interkostal innlegging av pleuradren**. Dersom pleuradrenet legges inn ultralydveiledet brukes **GAD10K Interkostal innleggelse av pleuradren, ultralydveiledet**.

GAX 30 Torakocentese skal brukes når drenasjen gjøres uten bildeveiledning via punksjon av hud, også dersom det legges inn et tynt kateter gjennom kanylen.

GAA 10 Interkostal innlegging av pleuradren skal brukes når det legges en incisjon i huden og et tykkere dren legges inn ved hjelp av disseksjon og evt. trokar.

I tillegg finnes koden **GAA 15 Innlegging av pleuradren med costareseksjon**, som brukes som angitt i teksten.

Et nytt system som er tatt i bruk en del steder er det såkalte PleurX[®], som er et tunnelert kateter som er beregnet for intermitterende drenasje som kan foretas hjemme hos pasienten. Dette kodes fra 2016 med **GAX33 Innlegging av tynt tunnelert kateter for pleuradrenasje**.

22.27 Pleuravæske ved cancer

Vi skiller mellom *malign* og *paramalign* pleuravæske. Ved malign pleuravæske vil man kunne finne maligne celler i pleuravæsken eller metastaser i pleura. Paramalign pleuravæske har mer indirekte årsak som lymfestase eller lungeembolisering.

Ved malign pleuravæske må man kode **C78.2 Metastase i brysthinne**, mens ved paramalign pleuravæske må man kode canceren først og med **J91* Pleuraeffusjon ved tilstander klassifisert annet sted** som tilleggskode, ettersom man da ikke har pleurametastaser.

22.28 Poliklinisk utførelse av rutinetester av nyfødte

Normalt utføres et standard sett tester av nyfødte, for eksempel av hørsel og hoftefunksjon. Som regel utføres disse under barseloppholdet. I de tilfellene der de utføres poliklinisk, blant annet etter hjemmefødsler, brukes diagnosekode for hovedtilstand **Z00.11 Rutinemessig helseundersøkelse av nyfødt** for barnet. Egne prosedyrekoder brukes bare der funn gjør det nødvendig å gjøre utvidede undersøkelser, for eksempel av hørsel.

22.29 Profylakse mot rhesusisoimmunisering (Rh-immunisering) i svangerskapet

Rh-negative gravide med Rh-positivt foster kan få profylaktisk immunglobulin (Anti-D) mot Rh-(D)-antigenet for å unngå rhesusisoimmunisering. Dette kodes slik:

O26.8 Andre spesifiserte svangerskapsrelaterte tilstander

WBGMO5 Intramuskulær injeksjon av legemiddel

ATC-kode J06B B01 Ig mot Rh-immunisering

22.30 Radiojodbehandling ved tyreoidesykdom

Slik behandling kodes med riktig kode for administrasjonsform fra **WBGM Farmakoterapi (eksklusive cytostatika)** + ATC-kode. Aktuelle ATC-koder er:

V10XA01	Sodium iodide (131I)
V10XA02	Iobenguane (131I)
V10XA53	Tositumomab/iodine (131I) tositumomab

22.31 Sykelig overvekt

22.31.1 Koding i behandlingsforløp forut for operasjon

Kode for hovedtilstand hentes fra **E66.- Fedme** ved all kontakt.

Avregningsutvalget har vurdert om rehabiliteringsdiagnose kan benyttes for tilbud til pasienter med sykelig overvekt, og konkludert med at hovedtilstanden fortsatt skal kodes i kategorien **E66 Fedme**. (Jfr. Avregningsutvalgets årsrapport 2015)

Dersom det gis behandlingstilbud i gruppe kan prosedyrekode for gruppebehandling benyttes, når de formelle kravene til slik gruppebehandling er oppfylt, jfr. årets regelverk for Innsatsstyrt finansiering.

Aktuelle prosedyrekoder:

WPCK00 Lærings- og mestringsaktivitet vedrørende aktuelle tilstand
ZWWA30 Prosedyre rettet mot en gruppe av pasienter

Særkode **A0099 Grupperettet pasientopplæring** kan benyttes en gang per pasient per opplæringsprogram når kravene til slikt opplæringsprogram er oppfylt, se også årets regelverk for Innsatsstyrt finansiering.

22.31.2 Koding ved kirurgisk etterbehandling for løs eller hengende hud etter gjennomgått vekttap

Som kode for hovedtilstand benyttes

L98.7 Mye og overflødig hud og underhudsvev (ny kode fra 2016)

Koder for annen tilstand:

E65.- Lokalisert fedme (hvis aktuelt)

Z42.- Kontakt med helsetjenesten for etterbehandling som omfatter plastisk kirurgi

En av følgende prosedyrekoder:

QBJ00 Fettsuging i trunkus

QBJ10 Minibukplastikk

QBJ15 Full bukplastikk

QBJ20 Full bukplastikk med vertikal komponent

QBJ25 Belteplastikk

QBJ99 Annen kosmetisk korreksjon av hud på trunkus

22.32 Testing av kvinner for humant papillomavirus (HPV)

Når vi skal kode, kan vi dele dette inn i screening uten symptomer, kontakt grunnet risikofaktorer (uten symptomer) og kontakt grunnet faktiske symptomer eller mistanke om infeksjon. Kodingen i disse tilfellene følger anbefalingene i tabellene under. Merk at koding ved oppfølging etter behandling av HPV følger vanlige kodingsregler for kontroll og etterbehandling.

Screening (uten symptomer)		
	HPV-negativ	HPV-positiv
HT	Z11.3 Populasjonsbasert screeningundersøkelse for infeksjoner som overveiende overføres seksuelt	Z22.4 Bærer av seksuelt overførbart infeksjon
AT		B97.7 Papillomavirus som årsak til sykdommer klassifisert i andre kapitler Z11.3 Populasjonsbasert screeningundersøkelse for infeksjoner som overveiende overføres seksuelt

Pasienten har risikofaktorer (uten symptomer)		
	HPV-negativ	HPV-positiv
HT	Z01.4 Gynekologisk undersøkelse (generell/rutinemessig)	Z22.4 Bærer av seksuelt overførbart infeksjon
AT		B97.7 Papillomavirus som årsak til sykdommer klassifisert i andre kapitler

Pasienten har symptomer		
	HPV-negativ	HPV-positiv
HT	R-kode for aktuelt symptom	Kode for aktuelle diagnose
AT		B97.7 Papillomavirus som årsak til sykdommer klassifisert i andre kapitler

22.33 Uavklarte diagnoser

Når pasienter utredes for mistenkt sykdom pga. symptomer eller patologiske funn av ulike slag kan man bli nødt til å sette registrere ICD-10-koder uten at man har diagnostisert noen sikker sykdom. Det kan f.eks. skje:

- når utredning går over flere kontakter med helsetjenesten

- når symptomet eller funnet som foranlediget utredningen forsvinner uten at man har funnet noen årsak
- når utredningen avsluttes fordi man ikke kan påvise noen sykdom
- når videre utredning utsettes eller avventes i en observasjonsperiode (f.eks. ved mistanke om visse psykiske eller nevrologiske lidelser)
- når endelig diagnose avhenger av prøvesvar som først foreligger en tid senere (f.eks. patologisvar etter undersøkelse av svulster)

ICD-10-regelverket fra WHO sier ikke mye om koding av uavklarte diagnoser, men følgende tommelfingerregler finnes:

- Hvis man ikke er kommet frem til en sikker diagnose ved slutten av en kontakt skal man velge hovedtilstand ut fra hva som gir mest spesifikk og oppklarende informasjon om hva som førte til kontakten. Dette bør gjøres ved å velge et symptom, unormalt funn eller annet problem heller enn å velge en mulig, mistenkt eller usikker diagnose. Dette gjelder for alle fagområder og alle aldersgrupper, både i somatikk og psykiatri.
- Ved innleggelser skal man være spesielt varsom med å velge en kode fra kapittel XVIII eller XXI (R-kode eller Z-kode) for hovedtilstanden. WHO-regelverket sier videre at *den som koder* (underforstått *en annen enn den som stiller diagnosen*) likevel skal kode en «mistenkt», «mulig» eller liknende diagnose som om den var bekreftet, dersom ingen ytterligere eller mer klargjørende informasjon er nedtegnet.

I Norge er det imidlertid stort sett leger som koder. De vil ofte selv ha hatt ansvaret for eller vært med på utredningen av pasienten, og vil derfor selv kunne vurdere om en diagnose er sikker nok til at den kan kodes, eller om man må begrense seg til å velge et symptom, funn eller annen kontaktårsak som hovedtilstand.

I de tilfellene man forventer å få avklart en diagnose innen rimelig tid etter siste pasientkontakt, f.eks. i påvente av prøvesvar, er en god løsning om mulig å vente med å kode til prøvesvaret foreligger. Om dette tar for lang tid må man kode så presist man kan ut fra den informasjonen man har, og i stedet endre kodene i ettertid. Slike endringer må dokumenteres i journalen, se avsnittet *Endring av koding eller valgte tilstander i ettertid* side 14.

22.34 Xanor

Vi har fått flere spørsmål om koding av rus hhv. forgiftning med Xanor. Da dette er et benzodiazepin kodes det slik:

- Inntak i hensikt å ruse seg: **F13.0 Akutt intoksikasjon med sedativum eller hypnotikum.**
- Forgiftning: **T4n Forgiftning med terapeutiske legemidler og biologiske substanser + ATC-kode N05B A12 Alprazolam + aktuell årsakskode.**

23 SPESIELLE KODINGSREGLER

Helsedirektoratets Avdeling finansiering har for enkelte emner særskilte kodingsregler. Vi omtaler her hvilke problemstillinger som har egne kodingsregler.

23.1 Kodingsregler i regelverk for Innsatsstyrt finansiering

Spesielle kodingsregler gjelder på enkelte områder der dette har særskilt betydning for identifisering av spesifikt tjenesteinnhold og beregning av ISF. Disse reglene fremgår av regelverk for [Innsatsstyrt finansiering](#), som utgis årlig av Avdeling finansiering i Helsedirektoratet.

I tilfelle av motstrid har bestemmelsene i regelverk for Innsatsstyrt finansiering forrang fremfor bestemmelser i denne kodeveiledningen.

Spørsmål knyttet til finansieringsordninger og regler for dette, kan rettes til drginfo@helsedir.no.

Emnene som er nevnt nedenfor har egne kodingsregler for bruk av vanlige diagnosekoder eller prosedyrekoder i regelverk for Innsatsstyrt finansiering. For detaljer henvises til selve publikasjonen.

23.2 Fellesbestemmelser om koding, registrering og rapportering

- Førerkort
- Multippel koding
- Koding av bilaterale inngrep

23.3 Somatikk

- Telemedisinsk oppfølging av pasienter med pacemaker/ICD
- Strålebehandling
 - Polikliniske behandlingskontakter for ekstern strålebehandling
 - Polikliniske kontakter for planlegging og forberedelse til ekstern strålebehandling
 - Polikliniske behandlingskontakter for brakyterapi
 - Innleggelser der strålebehandling gjennomføres (gjelder både ekstern strålebehandling og brakyterapi)
- Dialysebehandling
 - Dialysebehandling i sykehuset
 - Helsepersonelladministrert hemodialyse utenfor sykehus
 - Pasientadministrert peritonealdialyse og hemodialyse
- Fødsler og nyfødte
 - Fødsler og barselopphold

- Koding av blødning eller anemi som annen tilstand ved fødsel, keisersnitt og abort
- Assistert befruktning
- Medikamentelt svangerskapsavbrudd
- Legemiddelbehandling
 - Kreftlegemiddelbehandling i sykehus
 - Infusjonsbehandling med særskilte (immunmodulerende) legemidler
 - Behandling av makuladegenerasjon eller makulaødem
 - Behandling av Dupuytren's kontraktur/krokfinger uten kirurgi
 - Bruk av botulinumtoksin for ulike indikasjoner
 - Påfyll av baklofen ved ITB-behandling av dystoni og spastisitet
- Pasientadministrert legemiddelbehandling finansiert av regionale helseforetak
- Nasjonale særkoder for legemiddelbehandling
- Tverrfaglig utredning av sammensatte tilstander
- Rehabilitering
 - Poliklinisk rehabilitering
 - Rehabilitering som innlagt
- Pasientopplæring og tiltak i gruppe
- Behandling rettet mot gruppe av pasienter
- Palliativ behandling
- Sterilisering
- Organdonasjon
- Rituell omskjæring av gutter
- Telemedisinsk oppfølging av pasienter med søvnapné som bruker CPAP
- Telemedisinsk oppfølging av pasienter med kroniske sår

23.4 Psykisk helsevern og TSB

- Rapportering av legemiddelassistert rehabilitering (LAR)
- Rapportering av andre nasjonale særkoder med merknader

23.5 Særkoder

Særkodene identifiserer prosjekter, behandlinger, legemiddel eller annet. Listen over kodene og reglene for bruk av dem forvaltes av Helsedirektoratets Avdeling finansiering og oppdateres flere ganger årlig. Listen, som inneholder særkoder for gjeldende år samt kumulative endringer med gyldighetsperiode, publiseres her:

<https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt-finansiering-isf-og-drg-systemet/serkoder>

Spørsmål knyttet til bruk av særkodene kan rettes til drginfo@helsedir.no.

24 KAPITTELSPEKIFIKKE OG KODESPEKIFIKKE MERKNADER FOR DIAGNOSEKODER

Dette kapitlet inneholder viktige merknader til kapitler og koder i ICD-10 ordnet i koderekkefølge.

24.1.1 A00-B99: Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer (kapittel I)

B20-B24 Humant immunsviktvirus-sykdom [hiv-sykdom]

For bruk av kategoriene **B20.7 Hiv-sykdom med flere infeksjoner**, **B21.7 Hiv-sykdom med flere ondartede svulster** og **B22.7 Hiv-sykdom med flere sykdommer**, klassifisert annet sted, som følge se avsnitt 4.3.3 *Flere relaterte tilstander* på side 39.

B95-B98 Bakterier, virus og andre infeksjonsfremkallende mikroorganismer

Disse kodene skal ikke brukes som første kode for en tilstand. De er tilleggs-koder for angivelse av infeksjonsfremkallende mikroorganismer i forbindelse med sykdommer som er klassifisert andre steder enn i kapittel I, og brukes ved angivelse av bærertilstand av resistente og/eller seksuelt overførbare mikroorganismer som ikke har gitt sykdom. Infeksjoner med uspesifisert lokalisasjon som skyldes disse mikroorganismene, er klassifisert andre steder i kapittel I.

Eksempel 4: Hovedtilstand: Akutt cystitt som følge av *Escherichia coli*

Andre tilst.: -

Velg akutt cystitt (**N30.0 Akutt cystitt**) som hovedtilstand. **B96.2 *Escherichia coli* som årsak til sykdommer klassifisert i andre kapitler** kan brukes som valgfri tilleggs-kode.

Eksempel 5: Hovedtilstand: Bakterieinfeksjon

Andre tilst.: -

Velg **A49.9 Uspesifisert bakterieinfeksjon** som kode for hovedtilstand, og ikke en kode fra **B95-B98**.

24.1.2 C00-D48 Svulster (kapittel II)

I Norge foreligger fra 1.1.2007 spesifikke retningslinjer for presisering og tolkning for koding av ondartede svulster, se kapittel 9 *Retningslinjer for ICD-10-koding av ondartede svulster og svulster av usikkert malignitetspotensial* side 74ff.

Se også innledningen til kapittel II i systematisk del.

C80 Ondartet svulst uten spesifisert lokalisasjon

C97 Multiple primære maligne svulster med forskjellig utgangspunkt

C80 skal brukes for koding av hovedtilstand kun dersom behandelende lege helt klart har oppfattet svulsten slik. **C97** skal brukes når to eller flere uavhengige primære ondartede svulster er oppfattet som hovedtilstand, uten at noen av svulstene gis forrang. De enkelte ondartede svulstene som er listet opp kan angis som andre tilstander.

Eksempel 9: Hovedtilstand: Karsinomatose

Andre tilst.: -

Velg **C80 Ondartet svulst uten spesifisert lokalisasjon**.

Eksempel 10: Hovedtilstand: Multipelt myelom og primært adenokarsinom i blærehalskjertel

Velg multiple maligne primære svulster med forskjellig utgangspunkt (**C97**). **C90.0** (Multipelt myelom) og **C61** (Ondartet svulst i blærehalskjertel) kan brukes som andre tilstander.

I Norge er regelen at primærtumor alltid skal kodes før evt. metastaser så lenge primærtumor er til stede. Ved funn av metastaser fra ukjent primærtumor må derfor **C80.0 Ondartet svulst uten spesifisert lokalisasjon** brukes som kode for hovedtilstand for å angi primærtumor foran koder for metastaser.

D37-D48 Svulster med usikkert eller ukjent malignitetspotensial

Kategoriene **D37-D44** samt **D48 Svulst med usikkert eller ukjent malignitetspotensial med annen og uspesifisert lokalisasjon** skal bare brukes etter at det er gjort patologisk anatomisk undersøkelse av svulsten, og det etter denne undersøkelsen fremdeles ikke er mulig å avgjøre om svulsten vil utvikle seg malignt eller benignt. Kategoriene skal ikke brukes i påvente av nærmere diagnostikk eller prøvesvar. Inntil histologisk svar foreligger brukes kode for den aktuelle problemstillingen, f.eks. **R91 Unormale funn ved diagnostisk avbildning av lunge**.

Kategoriene **D45 Polycythaemia vera**, **D46.x Myelodysplastisk syndrom** og **D47.x Andre svulster med usikkert eller ukjent malignitetspotensial i lymfoid, hematopoetisk eller beslektet vev** skiller seg noe fra de ovennevnte. For disse kjenner man histopatologien, og for disse svulsttypene er det kjent at en viss andel vil transformere til klart maligne svulster, f.eks. akutt myelogen leukemi. Polycytemia vera regnes for øvrig nå som en malign svulst, og vil i ICD-11 bli plassert blant maligne svulster. Kodene/kategoriene **D45**, **D46.x** og **D47.x** skal derfor ikke inngå i kvalitetsindikatorer som beregner andel eller antall svulster med ukjent eller usikkert malignitetspotensial der man mistenker at en del av disse er feilkodet eller upresist kodet. Disse kodene beskriver godt definerte morfologiske svulsttyper som ikke kan kodes på noen annen måte.

24.1.3 D50-D89 Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet (kapittel III)

Visse tilstander som kan klassifiseres til dette kapittelet kan skrive seg fra legemidler eller andre ytre årsaker. Koder fra kapittel XX evt. med ATC-kode kan da brukes som valgfrie tilleggs-koder.

D68.3 Blødningstendens som skyldes sirkulerende antikoagulanter

Denne brukes som første kode for blødninger man antar er en bivirkning av antikoagulasjonsbehandling. Om mulig skal det legges til mer spesifikk kode for selve blødningen, for eksempel **R04.0 Epistaxis**. Årsakskode skal være **Y4n Terapeutiske legemidler eller biologiske substanser i terapeutiske doser som årsak til bivirkning eller annen uønsket virkning etterfulgt av ATC-kode for medikamentet**.

D70 Agranulocytose og nøytropeni

Se avsnitt 22.19 *Nøytropen feber* side 143 for koding av dette.

24.1.4 E00-E90 Endokrine sykdommer, ernærings- og stoffskiftesykdommer (kapittel IV)

Visse tilstander som kan klassifiseres til dette kapittelet kan skyldes legemidler eller andre ytre årsaker. Kodene fra kapittel XX evt. med ATC-koder kan brukes som valgfrie tilleggskoder.

E10-E14 Diabetes mellitus

Ved koding av komplikasjoner til diabetes gjelder disse retningslinjene:

- En sykdom som er direkte forårsaket av diabetes koder du med en sverd/stjerne-kombinasjon (se eksempel 11 under).
- En sykdom som selv er forårsaket av en diabeteskomplikasjon koder du med koden for denne sykdommen, og legger til sverd-stjerne/kombinasjonen for komplikasjonen (se eksempel 12 og 13 under).

Eksempel 11 Grå stær forårsaket av diabetes mellitus

Bruk sverd/stjernerkombinasjonen **E10.3† Diabetes mellitus type 1 med øyekomplikasjoner + H28.0* Grå stær ved diabetes mellitus**

Eksempel 12: Nyresvikt som følge av diabetisk glomerulosklerose, diabetes type 1

Velg først riktig kode fra **N18 Kronisk nyresykdom**, deretter diabetes mellitus type 1 med nyrekomplikasjoner (**E10.2†** og **N08.3* Glomerulære forstyrrelser ved diabetes mellitus**).

Eksempel 13 Diabetes mellitus type 1 med nefropati, gangren og fotsår, der helsehjelpen under oppholdet hovedsakelig gis for såret

Velg først **L97 Sår på underekstremitet, IKA**. Deretter koder du hver direkte komplikasjon for seg:

- **E10.5 Diabetes mellitus type 1 med perifere sirkulasjonsforstyrrelser + I79.2 * Perifer angiopati ved sykdommer klassifisert annet sted**
- **E10.2† Diabetes mellitus type 1 med nyrekomplikasjoner + N08.3* Glomerulære forstyrrelser ved diabetes mellitus**
- **E10.3† Diabetes mellitus type 1 med øyekomplikasjoner + H28.0* Grå stær ved diabetes mellitus**

Det finnes egne koder for diabetes under svangerskap og diabetes som oppstår under svangerskap (se kapittel XV). Se for øvrig kapittel 10 *Retningslinjer for koding av diabetes mellitus og sykdommens komplikasjoner* side 83ff.

E34.0 Karsinoid syndrom

Denne koden skal ikke brukes som foretrukket kode for hovedtilstand hvis en karsinoid tumor er oppført, med mindre hovedvekten lå på selve det endokrine syndromet. Ved koding til svulsten kan **E34.0** brukes som valgfri tilleggskode for å angi funksjonell aktivitet.

E64.- Følgetilstander ved feilernæring og andre mangelsykdommer

Disse kodene skal ikke brukes som koder for hovedtilstand hvis følgetilstanden er spesifisert. Ved koding til den spesifiserte tilstanden kan **E64.-** brukes som valgfri tilleggskode. Kodene skal heller ikke brukes for kronisk underernæring/feilernæring/mangelsykdommer. Slike skal kodes som pågående underernæring/feilernæring/mangelsykdommer.

E65 Lokalisert fedme

Se avsnitt 22.31.2 *Koding ved kirurgisk etterbehandling for løs eller hengende hud etter gjennomgått vekttap*, side 147 for bruk av denne koden i forbindelse med plastisk kirurgi etter vektnedgang.

E66.- Fedme

Se avsnitt 22.31 *Sykelig overvekt*, side 146 for bruk av denne koden ved behandling for fedme.

E68 Følgetilstander ved hyperalimentasjon

Disse kodene skal ikke brukes som koder for hovedtilstand hvis følgetilstanden er spesifisert. Ved koding til den spesifiserte tilstanden kan **E68** brukes som valgfri tilleggskode.

E86 Dehydrering

Ved bruk av denne koden skal det være dokumentert i journalen at pasienten er «klinisk dehydrert», har «nedsatt hudturgor» eller liknende. Det er ikke tilstrekkelig at enkel intravenøs væsketilførsel er påført kurven. Se også 2.2 *Definisjon av hovedtilstand og andre tilstander*, avsnittet *Dokumentasjonskrav* side 13

24.1.5 F00-F99 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (kapittel V)

Definisjonene av kategoriene og underkategoriene i dette kapittelet er tatt med som hjelp til å finne frem til riktig kode for diagnosen. Koden bestemmes på grunnlag av diagnosen, også i tilfeller der det kan synes å være uoverensstemmelser mellom diagnosen og definisjonen i ICD. I noen av kategoriene er det lagt inn muligheter for valgfrie tilleggskoder. Nærmere forklaring til bruken av kodene i dette kapitlet finnes i «Blå bok», Innledning.

F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer

Kodene **F10.0-F19.0** (akutt intoksikasjon) brukes når *hensikten* med inntaket av stoffene var å ruse seg. Dette gjelder selv om inntaket forårsaket skade eller til og med død. Når hensikten med inntaket derimot var å skade seg, inkludert suicidalforsøk, eller inntaket var et uhell, brukes i stedet koder fra **T4n-T50 Forgiftning med legemidler og biologiske substanser**.

F13.0 Akutt intoksikasjon med sedativa og hypnotika

Ved intoksikasjon med GHB skal denne koden brukes. GHB har ulike virkninger, men den sederende effekten bedømmes som viktigst.

24.1.6 G00-G99 Sykdommer i nervesystemet (kapittel VI)

Visse tilstander som kan klassifiseres til dette kapittelet kan skyldes legemidler eller andre ytre årsaker. Når det er aktuelt brukes koder fra kapittel XX evt med ATC-koder som tilleggskoder.

G47.3 Søvnapné

Herunder kodes også medfødt sentralt hypoventilasjonssyndrom, også kalt CCHS, Ondines syndrom, Ondine's syndrome, Ondines forbannelse og Ondine's curse.

G09 Følgetilstander etter betennelsesykdommer i sentralnervesystemet

Denne koden skal ikke brukes som foretrukket kode for hovedtilstand hvis følgetilstanden er spesifisert. Ved koding av tilstanden kan **G09** brukes som valgfri tilleggskode. Merk at de spesifiserte følgetilstandene til kategoriene **G01* Meningitt ved bakteriesykdommer klassifisert annet sted**, **G02* Meningitt ved andre infeksjons- og parasittsykdommer klassifisert annet sted**, **G05* Encefalitt, myelitt og encefalomyelitt ved sykdommer klassifisert annet sted** og **G07* Intrakraniell og intraspinal abscess og granulom ved sykdommer klassifisert annet sted** ikke skal tilordnes **G09**, men heller til de kategoriene som er opprettet for følgetilstander etter den underliggende tilstanden, f.eks. **B90-B94 Følgetilstander etter infeksjonssykdommer og parasittsykdommer**. Hvis det

ikke finnes noen følgetilstandskategori for den underliggende tilstanden, velg da selve den underliggende tilstanden.

Eksempel 14: Hovedtilstand: Døvhets som følge av tuberkuløs meningitt

Velg annet spesifisert hørselstap (**H91.8**) som hovedtilstand. **B90.0** (Følgetilstander etter tuberkulose i sentralnervesystemet) kan brukes som valgfri tilleggskode.

Eksempel 15: Hovedtilstand: Epilepsi som følge av gammel hjerneabscess

Velg annen spesifisert epilepsi (**G40.8**) som hovedtilstand. **G09** (Følgetilstander etter betennelsesykdommer i sentralnervesystemet) kan brukes som valgfri tilleggskode.

Eksempel 16: Hovedtilstand: Lett psykisk utviklingshemning etter encefalitt etter immunisering

Velg lett psykisk utviklingshemning (**F70**) som hovedtilstand. **G09** (Følgetilstander etter betennelsesykdommer i sentralnervesystemet) kan brukes som valgfri tilleggskode.

G62.8 Andre spesifiserte polynevropatier

Inkluderer Critical illness polyneuropati (CIP)

G72.8 Andre spesifiserte myopatis

Inkluderer Critical illness myopati (CIM)

G81-G83 Paralytiske syndromer

Disse kodene skal ikke brukes som foretrukne koder for hovedtilstand dersom en aktuell årsak er oppført, med mindre konsultasjonen eller innleggelsen hovedsakelig gjaldt selve lammelsen. Ved koding til årsaken kan **G81-G83** brukes som valgfrie tilleggskoder.

Eksempel 17: Hovedtilstand: Hjernekar sykdom med hemiplegi

Andre tilst.: -

Velg hjerneslag med korrekt kode fra **I60-I64** som hovedtilstand. **G81.9** (Uspesifisert hemiplegi) kan brukes som valgfri tilleggskode.

Eksempel 18: Hovedtilstand: Hjerneinfarkt for tre år siden

Andre tilst.: Lammelse i venstre legg

Velg monoplegi i underekstremitet (**G83.1**) som hovedtilstand. **I69.3** (Følgetilstander etter hjerneinfarkt) kan brukes som valgfri tilleggskode.

24.1.7 H00-H59 Sykdommer i øyet og øyets omgivelser (kapittel VII)

H54.- Blindhet og svaksynthet

Disse kodene skal ikke brukes for hovedtilstand dersom årsaken er spesifisert, med mindre konsultasjonen eller innleggelsen hovedsakelig gjaldt selve blindheten. Ved koding til selve årsaken kan **H54.-** brukes som valgfri tilleggskode.

H60-H95 Sykdommer i øre og ørebensknode (processus mastoideus) (kapittel VIII)

H90.- Mekanisk og nevrogen hørselstap

H91.- Annet hørselstap

Disse kodene skal ikke brukes for hovedtilstand dersom årsaken er spesifisert, med mindre konsultasjonen eller innleggelsen hovedsakelig gjaldt selve hørselstapet. Ved koding av selve årsaken kan **H90.-** eller **H91.-** brukes som valgfri tilleggskode.

24.1.8 I00-I99 Sykdommer i sirkulasjonssystemet (kapittel IX)

I15.- Sekundær hypertensjon

Denne koden skal ikke brukes for hovedtilstand dersom årsaken er spesifisert, med mindre konsultasjonen eller innleggelsen hovedsakelig gjaldt selve hypertensjonen. Ved koding til selve årsaken kan I15.- brukes som valgfri tilleggskode.

I21 Akutt hjerteinfarkt

I22 Påfølgende hjerteinfarkt

Kodene under I21 skal brukes for ethvert nytt hjerteinfarkt som ikke inntreffer i de første 28 dagene etter et tidligere hjerteinfarkt.

Kodene under I22 skal tilsvarende kun benyttes for et hjerteinfarkt som inntreffer i løpet av de første 28 dagene etter et tidligere hjerteinfarkt. Går det lenger tid enn 28 dager fra et infarkt til et nytt inntreffer skal en I21-kode benyttes for det nye infarkt.

Frivillig underinndeling på 5.tegn kan benyttes for å angi type hjerteinfarkt, se [FinnKode](#) under kategoriblokken **Iskemiske hjertesykdommer (I20-I25)** eller avsnitt 11.2.2 *Akutt situasjon*, side 88.

I46.- Hjertestans

Disse kodene skal ikke brukes dersom man påviser en type hjerterytmeforstyrrelse som årsak til hjertestans, for eksempel totalt AV-blokk eller ventrikkelflimmer, da brukes i stedet kode for rytmeforstyrrelsen.

I69.- Følgetilstander etter hjernekar sykdom

Denne koden skal ikke brukes for hovedtilstand dersom følgetilstanden er spesifisert. Ved koding til den spesifiserte følgetilstanden kan I69.- brukes som valgfri tilleggskode.

I78.1 Ikke-neoplastisk nevus

Inkluderer vanlige telangiektasier.

24.1.9 J00-J99 Sykdommer i åndedrettssystemet (kapittel X)

J09 Influensa som skyldes identifiserte zoonotiske eller pandemiske influensavirus

Endring fra WHO gjeldende fra 2016: J09 skal bare benyttes når WHO har bedt om spesiell overvåking av pandemiske influensavirus/influensautbrudd.

J10 Influensa som skyldes identifisert sesongvariabelt influensavirus

Endring fra WHO gjeldende fra 2016: J10 skal benyttes for influensa som skyldes indentifisert sesongvariabelt influensa A, B eller C-virus, som ikke er under særskilt overvåking (se J09).

J90 Pleuraeffusjon, ikke klassifisert annet sted

Ved pleuravæske av malign årsak brukes i stedet **C78.2 Metastase i brysthinne**.

J96 Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted

Når respirasjonssvikt er forårsaket av en annen tilstand, er det årsaken som skal brukes som hovedtilstand når den bakenforliggende sykdommen også behandles. Respirasjonssvikt kan være hovedtilstand når den bakenforliggende sykdommen ikke behandles, eller dersom årsaken til respirasjonssvikten ikke er kjent, for eksempel respirasjonssvikt ved ALS, der ikke ALS behandles.

24.1.10 M00-M99 Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev (kapittel XIII)

Vær oppmerksom på at dette kapitlet inneholder lokalisasjonskoder som kan brukes i nærmere bestemt posisjon, jf. teksten i innledningen til kapittel XIII.

M50.- Lidelser i cervikalskive**M51.- Andre lidelser i mellomvirvelskive****M54.- Ryggsmerte**

Som hovedregel gjelder at kodene under **M54.-** velges dersom hovedsymptomet er smerter. Er mellomvirvelskivelidelsen det primære, velges enten **M50.-** eller **M51.-** avhengig av lidelsens nivå.

Kodene under **M54.- Ryggsmerte** skal brukes for tilstander der ryggsmerten enten opptrer som utstrålende smerte alene eller er ledsaget av nevrologiske utfall fra nerven. Merk at radikulopati på alle nivåer skal kodes til **M54.1 Radikulopati** med mindre det er bekreftet at tilstanden er en mellomvirvelskivelidelse. Da skal tilstanden klassifiseres under **M51.- Andre lidelser i mellomvirvelskive** (gjelder alle nivåer unntatt cervikale) eller **M50.- Lidelser i cervikalskive**, også hvis den er ledsaget av smerte og/eller nevrologiske utfall.

En vanlig isjias (altså ikke isjialgi alene) som skyldes et lumbalt eller lumbosakralt nucleusprolaps, skal kodes som **M51.1† Lidelser i lumbalskive og andre mellomvirvelskiver, med radikulopati**. Lumbago som skyldes skiveutglidning skal kodes som **M51.2 Annen spesifisert forskyvning av mellomvirvelskive**, mens isjialgi skal kodes under **M54.3 Isjialgi**.

Ryggsmerte ledsaget av myelopati har egne koder. **M51.0† Lidelser i lumbalskive og andre mellomvirvelskiver, med myelopati** og **G99.2* Myelopati ved sykdommer klassifisert annet sted** benyttes for tilstander som skyldes skivelidelse på torakalt, lumbalt og sakralt nivå, mens myelopati som skyldes cervikalskivelidelse skal kodes som **M50.0† Lidelse i cervikalskive, med myelopati** og **G99.2* Myelopati ved sykdommer klassifisert annet sted**.

M62.8 Andre spesifiserte muskelsykdommer

Denne koden brukes også for rhabdomyolyse av ikke-traumatisk årsak, f.eks. ved høy feber, alvorlige infeksjoner, autoimmune tilstander, langvarig bevisstløshet uten traume eller etter tung fysisk aktivitet.

Ved traumatisk årsak inkl. losjesyndrom brukes **T79.6 Traumatisk iskemi i muskel**.

M80.- Osteoporose med patologisk brudd**M82.0* Osteoporose ved myelomatose (C90.0†)****M84.4 Patologisk brudd, ikke klassifisert annet sted**

Ved patologisk brudd grunnet cancer brukes i stedet **M90.7* Brudd i knokkel ved neoplastisk sykdom** eller **M49.5* Sammenfalt ryggvirvel ved sykdommer klassifisert annet sted** som stjernekode med kode for canceren først.

Se også avsnitt 22.21 *Ortopediske proteser*

Når man bytter ut et helt, eller deler av et nativt ledd med en leddprotese, skal dette kodes med koder fra **NxB** i Kapittel N Bevegelsesapparatet.

Dersom man senere bytter ut hele, eller deler av protesen, bruker du koder fra **NxU** for fjerning av protesedelen, og **NxC** som kode for innsetting av ny(e) del(er).

Innsetting av mindre, løse deler som for eksempel caput femoris-komponenten har ikke spesifikk kode i prosedyrekodeverket, og du må bruke en uspesifikk kode, for eksempel **NFC 99 Annen implantasjon av sekundær protese i hofteledd**.

Kodene i gruppene **NBB 7x**, **NBC 7x**, **NFB 7x**, **NFC 7x**, **NGB 7x**, og **NGC 7x** står i en særstilling. Disse skal brukes for større rekonstruksjoner etter for eksempel cancerkirurgi, men også etter større traumer som for eksempel etter skuddskade. Kodene skal ikke brukes ved for eksempel innsetting av primærprotese med forlengede stammer selv om disse protesene fra leverandøren kalles rekonstruksjonsprotese. Innsetting av protese med behov for benpakking kvalifiserer heller ikke for bruk av disse kodene.

Osteoporotiske brudd, side 144.

M82.0 * Osteoporose ved myelomatose (C90.0†)

Ved patologisk brudd grunnet myelomatose brukes i stedet **M49.5* Sammenfalt ryggvirvel ved sykdommer klassifisert annet sted** som stjernekode.

24.1.11 O00-O99 Svangerskap, fødsel og barseltid (kapittel XV)

O08.- Komplikasjoner etter abort, svangerskap utenfor livmoren og blæremola

Disse kodene skal bare brukes for hovedtilstand når det dreier seg om en ny konsultasjon eller innleggelse som utelukkende går på behandling av en komplikasjon, f.eks. en aktuell komplikasjon etter en tidligere abort. Kode fra **O08 Komplikasjoner etter abort, svangerskap utenfor livmoren og blæremola** kan brukes som valgfri tilleggskode sammen med kategoriene **O00-O02** for å angi tilknyttede komplikasjoner, eller sammen med kategoriene **O03-O07** for å gi et mer fullstendig bilde av komplikasjonen.

Merk at inklusjonstermene som er listet opp i forbindelse med underkategoriene til O08, skal konsulteres ved tilordning av underkategoriene fra **O03-O07**.

Eksempel 19: Hovedtilstand: Ruptur av tubarsvangerskap med sjokk

Velg svangerskap i eggleder (**O00.1**) som hovedtilstand. **O08.3** (Sjokk etter abort, svangerskap utenfor livmoren og blæremola) kan brukes som valgfri tilleggskode.

Eksempel 20: Hovedtilstand: Inkomplett svangerskapsavbrudd med perforering av livmor

Velg inkomplett svangerskapsavbrudd med andre og uspesifiserte komplikasjoner (**O06.3**) som hovedtilstand. Kode **O08.6** (Skader på organer og vev i bekken etter abort, svangerskap utenfor livmoren og blæremola) kan føyes til som valgfri tilleggskode.

Eksempel 21: Hovedtilstand: Disseminert intravaskulær koagulasjon etter abort utført for to dager siden ved annen institusjon

Velg forsinket eller uvanlig stor blødning etter abort, svangerskap utenfor livmoren og blæremola (**O08.1**).

O24.- Diabetes mellitus under svangerskap

Denne kategorien skal brukes for diabetes under svangerskap, uansett om tilstanden oppstod under svangerskapet eller var til stede før svangerskapet.

O36.0 Omsorg for og behandling av mor ved rhesusisoimmunisering

Denne koden skal kun brukes før fødsel når rhesusisoimmunisering hos mor er påvist eller mistenkt, ikke når man rutinemessig gir immunoglobulin til mor etter at hun har født et Rh-positivt barn for å unngå at hun utvikler immunisering. Se også avsnitt 22.29 *Profylakse mot rhesusisoimmunisering (Rh-immunisering) i svangerskapet*, side 146.

O67.8 Annen spesifisert blødning under fødsel

O67.9 Uspesifisert blødning under fødsel

Se årets utgave av ISF-regelverket for bruk av disse kodene.

O68 Fødsel og forløsning komplisert av fosterstress

Ved første øyekast kan det her se ut som om det klassifiseres etter både type av tegn på fosterstress (hjerterefrekvensforstyrrelser/mekonium/biokjemiske tegn) og metoden som påviser fosterstress (EKG/ultralyd). Dette gir ikke mening.

Hvis vi imidlertid ser på kodetekstene, som er det viktigste, blir det klart at klassifikasjonen går på hvilke(t) tegn på stress man finner.

- .0 Unormal hjerterefrekvens
- .1 Mekoniumavgang
- .2 Unormal hjerterefrekvens pluss mekoniumavgang
- .3 Biokjemiske tegn
- .8 Andre tegn (enn de foregående)
- .9 Uspesifiserte tegn

Dette er dermed heller ingen rangering i økende alvorlighetsgrad.

At EKG (med STAN-elektrode) og ultralyd er nevnt i underteksten for .8 er bare ment som eksempler på *hvordan* man kan påvise tegn på fosterstress, ikke *hvilke tegn* som påvises. Dersom det med STAN-elektrode påvises unormal hjerterefrekvens men ingen ST-forstyrrelse skal dette kodes .0, ikke .8. Hvis det derimot påvises patologisk ST-segment kodes det .8. For ultralyd må det bli tilsvarende; unormal hjerterefrekvens påvist ved ultralyd/doppler kodes .0, mens andre ultrasonografiske tegn på fosterstress kodes .8 (oss bekjent brukes ultralyd sjelden under selve fødselen, men man kan tenke seg at det gjøres ved f.eks. forstyrret navlestrengsflow).

071.4 Obstetrisk høy vaginalrift

Brukes også ved obstetrisk rektovaginal rift uten samtidig perinealrift.

080 -084 Forløsning

Disse kodene er tatt ut av bruk i Norge fra 1.1.2007. Se egen veiledning i dette heftet om koding ved fødsel, kapittel 16 *Retningslinjer for koding ved fødsel og kompliserende tilstander til svangerskap, fødsel og barseltid* side 114ff.

085 Barsel feber

Kodeteksten er endret i 2018 fra tidligere **Sepsis i barseltid**. Se også avsnitt 12.5.2 *Kvinner i svangerskap, fødsel eller barseltid*, side 98.

098-099 Sykdommer hos mor, som kan klassifiseres annet sted, men som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid

Koder fra disse kategoriene skal fra 1.1.2018 ikke benyttes for hovedtilstand ved den avdelingen der fødsel finner sted. Der skal alltid fødselen være hovedtilstand og kodes med en kode fra **Z37 Resultat av fødsel**. Koder fra **098-099** kan legges til for andre tilstander.

Du legger til koder fra **098-099** dersom pasienten har en tilstand som har komplisert graviditeten, er blitt forverret av graviditeten eller har nødvendiggjort obstetrisk behandling. Se imidlertid eksklusjonsmerknadene for disse kodene. De relevante kodene fra andre kapitler skal brukes i tillegg til kodene fra **098-099** for ytterligere spesifisering av tilstanden.

Eksempel 22: Toksoplasmose under svangerskap

Velg **098.6 Protozsykdommer som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid** med tillegg av riktig kode fra **B58 Toksoplasmose** for å angi den spesifikke organismen.

Dersom den kompliserende tilstanden har en spesifikk kode i kapittel XV (O00-O99) skal koden fra **098-099** ikke benyttes.

Eksempel: Infeksjoner i urinveier og kjønnsorganer under svangerskap har egne koder i kategori **O23 Infeksjoner i urinveier og kjønnsorganer under svangerskap** og skal derfor ikke kodes i kategori **098-099**. Det samme gjelder diabetes i svangerskap, som kodes under **O24 Diabetes mellitus under svangerskap** i stedet for **099.2 Endokrine sykdommer, ernæringsykdommer og metabolske forstyrrelser som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid**.

Se utfyllende informasjon i kapittel 16 Retningslinjer for koding ved fødsel og kompliserende tilstander til svangerskap, fødsel og barseltid, side 114

O99.0 Anemi som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid

Se regler i årets regelverk for Innsatsstyrt finansiering for bruk av denne koden.

24.1.12 P00-P96 Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden (kapittel XVI)

P00-P04 Foster og nyfødt påvirket av faktorer hos mor og av komplikasjoner under svangerskap, fødsel og forløsning

Disse kodene skal ikke brukes som første kode for en tilstand. De er tilleggskoder som angir tilstander hos mor som er årsak til tilstander hos barnet. Et eksempel som er gitt av WHO er koding av cefalhematom (kranialt subperiostalt hematoma) på grunn av tangforløsning. Dette kodes med **P12.0 Cefalhematom som skyldes fødselsskade** som første kode og **P03.2 Foster og nyfødt påvirket av tangforløsning** som tilleggskode.

P07.- Tilstander knyttet til kortvarig svangerskap og lav fødselsvekt, ikke klassifisert annet sted

Disse kodene kan brukes så lenge selve prematuriteten eller den lave fødselsvekten utgjør et helseproblem for barnet. Etter spedbarnsalder vil oftest ikke dette være et problem i seg selv, og **P07**-kodene blir da ikke aktuelle. Når barnet senere følges opp spesielt for å fange opp forsinket utvikling eller andre tilstander som kan ha sammenheng med prematuritet eller lav fødselsvekt, kan det i stedet kodes med **Z09.8 Etterundersøkelse etter annen spesifisert behandling for andre tilstander** pluss den opprinnelige **P07**-koden.

P70.0 Syndrom hos barn av mor med svangerskapsdiabetes

P70.1 Syndrom hos barn av diabetisk mor

Disse kodene skal bare brukes hvis det er påvist hypoglykemi hos barnet.

24.1.13 R00-R99 Symptomer, tegn og unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted (kapittel XVIII)

Kategorier fra dette kapitlet skal ikke brukes som koder for hovedtilstand, med mindre selve symptomet, tegnet eller det unormale funnet helt klart var den tilstand som hovedsakelig ble behandlet eller undersøkt. R-koder benyttes for hovedtilstand i en utredningsfase i påvente av svar på undersøkelser som er vesentlige for å stille en diagnose.

Merk at glykosuri som laboratoriefunn skal kodes til **R81 Glykosuri**, mens glykosuri oppdaget ved screening i svangerskap skal kodes til **O28.1 Unormalt biokjemisk funn ved screening av mor under svangerskap**.

Se også innledningen til kapittel XVIII for ytterligere opplysninger om bruken av kodene i dette kapitlet.

R18 Ascites

Ved ascites av malign årsak brukes i stedet **C78.6 Metastase i retroperitoneum og bukhinne**.

R50 Feber av annen og ukjent årsak

Vedrørende nøytropen feber: se merknad til **D70 Agranulocytose og nøytropeni**

R74 Unormale serumnivåer av enzymer

Inkluderer også enzymer som ikke har sin normale funksjon i serum, for eksempel PSA (prostata spesifikt antigen) under **R74.8 Unormalt serumnivå av andre spesifiserte enzymer**.

R77 Andre abnormiteter i proteiner i plasma

Inkluderer også proteiner som ikke normalt sett finnes i plasma, for eksempel CEA (carcinoembryonalt antigen) under **R77.8 Andre spesifiserte abnormiteter i proteiner i plasma**. Forhøyet C-reaktivt protein (CRP) må også kodes med **R77.8**.

24.1.14 S00-T98 Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker (kapittel XIX)

Flerskadekategorier

Se også avsnitt 4.3.3 *Flere relaterte tilstander*, side 39.

Der flere skader er oppført, og ingen av disse peker seg ut som hovedtilstand, velg en av kategoriene for tilstander der det foreligger flere skader av:

- samme type i samme kroppsregion (vanligvis fjerde tegn .7 i kategoriene **S00-S99**)
- ulike typer i samme kroppsregion (vanligvis fjerde tegn .7 i siste kategori innenfor hver enkelt blokk, dvs. **S09 Andre og uspesifiserte hodeskader**, **S19 Andre og uspesifiserte skader i halsregionen**, **S29 Andre og uspesifiserte skader i/på brystkassen (thorax)** osv.)
- samme type i ulike kroppsregioner (**T00-T05**).

Med følgende unntak:

- for innvendige skader oppført kun med overflatiske skader og/eller åpne sår, velg innvendige skader som hovedtilstand
- for brudd på hodeskalle og ansiktsknokler med tilknyttet intrakraniell skade, velg den intrakranielle skaden som hovedtilstand
- for intrakraniell blødning oppført kun med andre hodeskader, velg intrakraniell blødning som hovedtilstand
- for brudd oppført kun med åpne sår i samme lokalisasjon, velg brudd som hovedtilstand.

Med at «ingen tilstand peker seg ut som hovedtilstand» skal det forstås at man selv etter å ha anvendt reglene for valg av hovedtilstand ikke er i stand til å velge én enkelt skade som hovedtilstand. Dette vil oftest ikke være tilfelle, og disse kodene skal bare unntaksvis brukes i Norge. Se kapittel 20 Koding ved flere traumer side 129ff for en mer utførlig behandling av dette temaet.

Der flerskadekategoriene er brukt, skal om mulig de enkelte opplistede skadene kodes separat som andre tilstander i tillegg. Når det gjelder de nevnte unntakene, kan man i tillegg til hovedtilstanden angi de tilknyttede skadene enten som andre tilstander eller ved ett av sifrene som er opprettet for dette formålet.

Eksempel 23: Skade i urinblære og urinrør uten at noen av disse kan velges som hovedtilstand

Velg skade i flere bekkenorganer (**S37.7**) som hovedtilstand. **S37.2** (Skade i urinblære) og **S37.3** (Skade i urinrør) brukes som koder for andre tilstander.

Eksempel 24: Hovedtilstand: Åpent intrakranielt sår med blødning i lillehjernen
Andre tilst.: -

Velg traumatisk blødning i lillehjernen (**S06.8**) som hovedtilstand. Det åpne intrakranielle såret angis ved å kode **S01.9** (Åpent sår i hode, uspesifisert del) som annen tilstand eller ved å legge til sifferet 1 (med åpent intrakranielt sår) til koden **S06.8** (**S06.81**).

T4n-T50 Forgiftning med legemidler og biologiske substanser

Se også merknad til **F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer-**. Kodene **T4n-T50** brukes ved forgiftning enten utført med hensikt

eller ved et uhell. Forgiftning som resultat av inntak av stoffer der hensikten var å ruse seg kodes imidlertid under **F10-F19**.

T90-T98 Følgetilstander etter skader, forgiftninger og andre konsekvenser av ytre årsaker

Disse kodene skal ikke brukes for hovedtilstand dersom følgetilstanden er spesifisert. Ved koding til den spesifiserte følgetilstanden kan **T90-T98** brukes som tilleggskoder.

24.1.15 V0n-Y98 Ytre årsaker til sykdommer, skader og dødsfall (kapittel XX)

Disse kodene skal ikke brukes for hovedtilstand, men sammen med koder for tilstander klassifisert i kapittel XIX. De kan også brukes sammen med koder for tilstander klassifisert i andre kapitler forutsatt at tilstanden har en ytre årsak.

Ved å bruke en kombinasjon av to eller flere koder, får man en komplett beskrivelse av skaden og dens ytre årsak. Vi har i Norge forenklet skadedelen i det opprinnelige kapittel XX ved å slå sammen kategoriblokker i større grupper, og i tillegg bruke egne norske tegn i 4. og 5. posisjon. Kodene i skadedelen (**V0n-Y3n**) består nå i de fleste tilfeller av fem tegn; tre for den ytre årsak til skaden, ett tegn for skadested, og ett for den skaddes aktivitet i skadeøyeblikket.

Meningen er at det skal være enklere å registrere ytre årsaker til skader. Diagnosekoder som er basert på det forenklete norske kapittel XX vil kunne kodes om til WHO's originalversjon på kategoribloknivå.

Kategoriene V0n-Y84 gjelder «ferske» eller nye skader eller komplikasjoner. Ved reinnleggelse for senere kontroller eller følgetilstander, kan man bruke tilleggskodene for følgetilstander (**Y85-Y89**), eller en egnet kode fra kapitlene XIX og XXI (**T90-T98** som tilleggskode, **Z00-Z13** og **Z40-Z54** som kode for annen tilstand) for å få ut opplysninger om helsemessige langtidskonsekvenser av skader og ulykker.

Merk at dersom ytre årsaker til skader sykdommer og dødsfall tilsvarende kategoriene **V0n-Y3n** er registrert på Felles minste datasett (FMDS) til NPR er det ikke nødvendig å registrere dette i pasientadministrativt system i tillegg. Se avsnitt 4.2.5 *Årsakskoding*, side 30.

24.1.16 Z00-Z99 Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (kapittel XXI)

Kodene i dette kapitlet bør som en hovedregel brukes som koder for andre tilstander for å gi tilleggsinformasjon når man har en tilstand som kan kodes i andre kapitler. Når det ikke foreligger sykdom som kan kodes med en spesifikk sykdomskode kan koder i kategoriene **Z00-Z76** benyttes som kode for hovedtilstand for kontakten, med de unntakene som er beskrevet nedenfor. Koder fra kategoriene **Z80-Z88** skal kun benyttes som kode for annen tilstand.

Noen av kodene i dette kapitlet ligger nær opp til prosedyrekoder. Dette gjelder spesielt kodene **Z40-Z54 Kontakt med helsetjenesten i forbindelse med spesielle tiltak og behandlingsopplegg**. Det er viktig å være oppmerksom på at disse kodene ikke skal erstatte prosedyrekodene som brukes i norske sykehus.

Z00.1 Rutinemessig helseundersøkelse av barn

Kontroll av friske barn som følges opp pga. økt risiko for sykdom (f.eks. hofteladdsdysplasi eller lav fødselsvekt), kodes med **Z00.1 Rutinemessig helseundersøkelse av barn** som kode for hovedtilstand, såfremt sykdom ikke påvises. Som kode for annen tilstand kan en benytte **Z84.8 Opplysning om andre spesifiserte tilstander i familieanamnesen** (og spesifisere med hvilke tilstander dette gjelder), eller, når det er aktuelt, **Z87.6 Opplysning om visse tilstander som oppstår i perinatalperioden i egen sykehistorie** (Tilstander som kan klassifiseres i **P00-P96**).

Z00.11 Rutinemessig helseundersøkelse av nyfødt

Denne koden brukes bl.a. som kontaktårsakskode (hovedtilstand) for rutinemessig poliklinisk hørselskontroll hos nyfødte når dette ikke utføres under barseloppholdet. Den brukes også som kode for hovedtilstand for frisk nyfødt etter overflytting fra fødeavdelingen til annen avdeling eller annet sykehus. Se avsnittene 22.28 *Poliklinisk utførelse av rutinetester av nyfødte* side 146, og 16.4 *Koding ved overflytting til annen avdeling eller institusjon*, side 116.

Z01.7 Laboratorieundersøkelse

Under LAR-behandling brukes denne koden for hovedtilstand når den eneste hensikten med fremmøtet er å avlegge prøve for farmakologisk undersøkelse med henblikk på rusmidler.

Z03 Medisinsk observasjon og vurdering der mistanke om sykdommer og tilstander blir avkreftet

Disse kodene brukes som kode for annen tilstand for mistenkte diagnoser som er blitt utelukket etter undersøkelse uten at noen annen tilstand er funnet. Symptomet eller funnet som ledet til undersøkelsen kodes i så fall som hovedtilstand.

Z08 Etterundersøkelse etter behandling for ondartet svulst

Koder fra denne kategorien brukes for hovedtilstand ved planlagte etterundersøkelser etter behandling, når det ikke er nye symptomer og pasienten ikke lenger er under aktiv eller adjuvant behandling. Kreftsykdommen registreres som annen tilstand. For koding under aktiv eller adjuvant behandling, se kapittel 9 *Retningslinjer for ICD-10-koding av ondartede svulster og svulster av usikkert malignitetspotensial*, side 74ff.

Z09 Etterundersøkelse etter behandling for andre tilstander enn ondartet svulst

Koder fra denne kategorien benyttes for hovedtilstand ved opphold på sykehus nr. 2 etter overflytting fra annet sykehus, når den behandlingen som er gitt ved det første sykehuset er helbredende, og oppfølgingen ved sykehus nr. 2 kun har bestått i vanlig medisinsk overvåking. Se eksklusjonsmerknadene til **Z09** i [FinnKode](#). Dersom det er gitt oppfølgende medisinsk behandling skal andre koder benyttes.

Z09-kodene benyttes også som kode for hovedtilstand ved planlagt poliklinisk oppfølging etter tidligere behandling dersom det ikke er spesifikke problemstillinger som skal kodes særskilt. Varigheten av oppfølgingen kan forlenges ved behov etter klinisk skjønn. Kode for bakenforliggende tilstand registreres som annen tilstand.

Z09.- skal ikke brukes dersom en pasient kommer med en ny henvisning grunnet ny problemstilling knyttet til tidligere behandling. Da skal man i stedet bruke kode for aktuelt symptom eller annen kontaktårsak.

Eks.: Poliklinisk oppfølging av komplisert ankelfraktur, der bruddtilhelingen kontrolleres:

Hovedtilstand:

Z09.4 Kontakt med helsetjenesten for etterundersøkelse etter behandling av brudd

Annen tilstand:

S82.51 Åpent brudd i medial malleol

Ved kontroller der ikke selve operasjonsområdet eller det akutte forløpet etter behandlingen er i fokus, vil andre koder være aktuelle, som i neste eksempel.

Eks.: Planlagt transplantasjonskontroll av nyretransplantert pasient som har et velfungerende transplantat:

Hovedtilstand:

Z94.0 Status etter transplantert nyre

Som annen tilstand kan eventuell resterende nyresvikt være aktuell, eller bakenforliggende sykdom, dersom det gis helsehjelp for den.

Z09.0 Etterundersøkelse etter kirurgisk behandling for andre tilstander

Brukes også for etterundersøkelse etter endovaskulær kirurgi, for eksempel bildeveiledet embolektomi eller trombektomi.

Z22.30 Latent tuberkulose

Se avsnitt 22.16 *Latent tuberkulose*, side 142

Z25.1 Behov for immunisering mot influensa

Brukes som første kode når hovedhensikten med et poliklinisk besøk er influensavaksinering. Kroniske sykdommer som er årsak til at vaksinen gis kan kodes som andre tilstander.

Z37 Resultat av forløsning

En kode fra denne kategorien registreres for hovedtilstand bare én gang, og bare ved den avdelingen der fødselen finner sted. Komplikasjoner registreres som annen tilstand ved den avdelingen der fødselen finner sted. Ved fødsel utenfor sykehus: Se **Z39.0**.

Z38 Levendefødte barn etter fødested

En kode fra denne kategorien registreres for hovedtilstand bare én gang for barnet, enten ved den avdelingen der fødsel har funnet sted, eller ved den første avdelingen som registrerer barnet ved fødsel utenfor sykehus.

Z39.0 Pleie og undersøkelse umiddelbart etter forløsning

Denne koden brukes ved opphold dersom moren ikke har født ved den aktuelle avdelingen. Det er aktuelt ved hjemmefødsel/transportfødsel eller etter overflytning fra annen institusjon eller avdeling der mor har født.

Z39.1 Pleie og undersøkelse av ammende mor

Brukes ikke ved vanlige barselopphold, siden dette er en normal del av et slikt opphold. Den kan brukes ved andre opphold der amming står spesielt i fokus. Spesifikke problemer med melkeproduksjon kodes likevel under **O92 Andre forstyrrelser i bryst og melkeproduksjon i forbindelse med fødsel**.

Z39.2 Rutinemessig kontroll i barseltiden

Brukes ikke ved barselopphold i direkte forlengelse av fødselen, men ved kontroller senere i barseltiden, dersom slike foretas i spesialisthelsetjenesten.

Z45.0 Kontakt med helsetjenesten for justering/kontroll av hjertepacemaker og defibrillator

Hovedtilstand ved pacemakerkontroller skal som hovedregel være tilstanden som er årsaken til behovet for pacemaker, pluss at man koder for pacemakerkontroll med prosedyrekode. **Z45.0** gir da ingen tilleggsinformasjon og er unødvendig, men kan evt. være nyttig for lokale statistiske formål.

Z49.0 Forberedelse til dialyse

Se avsnitt 22.13 *Forberedelse til behandling* side 139.

Z49.1 Ekstrakorporeal dialyse

Z49.2 Annen dialyse

Se årets regelverk for Innsatsstyrt finansiering for koding av dialysebehandling i sykehus.

Z50.1 Annen fysikalsk behandling

Denne skal benyttes som kode for hovedtilstand for fysioterapi på poliklinikk når pasienten er ferdigbehandlet for sykdommen eller det som har gitt en funksjonsnedsettelse. Eksempler på dette er generell treningsterapi ved funksjonstap etter langvarig sykdom (uten tap av spesifikke kroppsfunksjoner), bassengtrening og gjenopptrening av funksjon etter brudd, skader eller proteseoperasjoner. Som frivillig tilleggskode kan en benytte en kode fra kategori **Z87 Opplysning om andre sykdommer**

og tilstander i egen sykehistorie, eller Z89 Ervervet mangel på ekstremitet for å beskrive problemstillingen.

Det skal foreligge henvisning fra lege for å kunne registrere og kode en poliklinisk kontakt med **Z50.1**.

Pasienter som følges med generell treningsterapi hos fysioterapeut mens de får adjuvant behandling for kreftsykdom eller mens de er i et planlagt i løp for etterkontroller, og som ellers ikke ville fått slik treningsterapi, kodes med **Z50.1** for hovedtilstand og kreftsykdommen som annen tilstand.

Z50.30 Oppmøte for utlevering av legemiddel i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR), uten samtidig konsultasjon

Se avsnitt 21.3 *Utlevering av LAR-legemiddel* side 133 om bruk av denne.

Z50.70 Rehabilitering med arbeid som mål

Koden kan brukes når det er minimum ulike 4 faggrupper som arbeider i daglig tverrfaglig team med arbeid som mål for brukeren. Det tverrfaglige teamet skal inkludere lege.

Faggruppene skal være organisert i en form som integrerer bruker og faggruppene i et samarbeidsfellesskap hvor målet for hver faggruppes (fagpersons) innsats skal være å bedre brukerens forutsetning for arbeidslivsdeltagelse. Samhandlingsmodellen skal tydeliggjøre at faggruppene setter arbeidslivdimensjonen over særfaglige mål med sin aktivitet.

Faggruppene trenger å ha både vurderingskompetanse og tiltakskompetanse rettet mot alle dimensjonene i ICF sitt begrepsapparat (helsetilstand, kroppsnær funksjon og struktur, aktivitet, personlige faktorer, omgivelsesfaktoren og deltakelse). En skal ha medisinsk kompetanse (lege), en skal ha idrettsfaglig/fysioterapi kompetanse og en skal ha kompetanse innen arbeidsliv og trygd. Det skal være et døgnbasert tilbud med min 6 timer daglig.

Pasienten skal være henvist fra lege eller NAV. Tilbudet skal legge til rette for endringsprosesser hos bruker hvor hensikten er å bidra til økt bevisstgjøring av egne ressurser, egne muligheter til aktivitet og arbeidslivsdeltakelse samt bidra til å gi brukeren økt forståelse for hvordan de kan påvirke egen helsesituasjon. Tilbudet skal innebære fysisk aktivitet med hensikt å normalisere biologiske forandringer og bevegelsesavvik/funksjonsavvik. Det skal utarbeides en plan for oppholdet i samarbeid med pasienten hvor pasientens mål med oppholdet er tydeliggjort. Denne planen skal journalføres.

Det skal være kontinuerlig samarbeid med relevante etater/instanser utenfor institusjonen lokalt. Det skal utarbeides en handlingsplan mot arbeidslivet som skal være lokalt forankret hos ansvarlig person på arbeidsplassen eller i NAV.

Rehabiliteringen ledes av lege som har spesialutdannelse i arbeidsmedisin eller fysikalsk medisin og rehabilitering.

Z50.80 Kompleks rehabilitering

Z50.89 Enkel rehabilitering

Se årets regelverk for Innsatsstyrt finansiering for bruk av disse kodene ved rehabiliteringsopphold.

Z51.1 Kjemoterapi for svulst

Kodene i denne kategorien skal fra og med 2015 ikke lenger brukes ved medikamentell behandling av svulster. Se årets regelverk for Innsatsstyrt finansiering for koding av slik legemiddelbehandling.

Z51.2 Annen kjemoterapi

Denne koden er først og fremst aktuell for bruk i land som ikke har egnede prosedyrekoder for å kode kjemoterapi. I Norge er den i praksis unødvendig.

Z51.4 Forberedelse til videre behandling, ikke klassifisert annet sted

Se avsnitt 22.13 *Forberedelse til behandling* side 139.

Z51.5 Palliativ behandling

Tidligere kode **Z51.50 Behandling ved palliativt senter** er tatt ut av bruk i 2019. Opphold for palliativ behandling skal kodes som beskrevet i årets regelverk for Innsatsstyrt finansiering.

Z51.6 Desensibilisering mot allergener (brukes ikke i Norge)

Fra 2016 skal denne koden ikke benyttes. Kontakt for desensibiliseringsbehandling skal kodes med diagnosekode enten for pågående allergisk lidelse (kode fra aktuelle organkapittel), eller allergisk reaksjon i sykehistorien (**Z88.- Opplysning om allergi mot droger, legemidler og biologiske stoffer i egen sykehistorie** eller **Z91.0 Erfart allergi mot annet enn legemidler og biologiske stoffer i egen sykehistorie**). I tillegg registreres prosedyrekode **WGGM00 Hyposensibilisering** eller **WGGM05 Hurtighyposensibilisering** og ATC-kode for det legemidlet som er benyttet.

Z53 Fremmøte hos helsetjenesten på grunn av spesielle tiltak når disse ikke er utført

Dersom en pasient kommer for behandling og behandlingen avlyses uten at det gjøres noe annet med pasienten brukes en kode fra kategorien **Z53** for hovedtilstand og sykdommen som annen tilstand, f.eks. når en operasjon utsettes pga. kapasitetshensyn. Aktuelle koder er følgende:

- Z53.0 Tiltak ikke utført grunnet medisinsk kontraindikasjon**
- Z53.1 Tiltak ikke utført grunnet pasientbeslutning av overbevisningsårsak eller etter gruppepress**
- Z53.2 Tiltak ikke utført grunnet beslutning tatt av pasient eller pårørende av andre og uspesifiserte årsaker**
- Z53.8 Tiltak ikke utført av andre spesifiserte årsaker**
- Z53.9 Tiltak ikke utført av uspesifisert årsak**

Dersom behandlingen utsettes/avlyses pga. undersøkelser eller vurderinger man gjør under oppholdet har man gjort en vurdering av sykdommen, og da kodes sykdommen som hovedtilstand, med **Z53.-** som kode for annen tilstand.

25 KAPITTELSPEKIFIKKE OG KODESPEKIFIKKE MERKNADER FOR PROSEDYREKODER

Dette kapitlet inneholder viktige merknader til kapitler og koder i prosedyrekodeverket ordnet i koderekkefølge.

25.1.1 Kapittel B Endokrine organer

BCFX10 Funksjonstest ved insulinstimulering

Også kalt insulintoleransetest og insulinstresstest.

25.1.2 Kapittel F Hjertet og de store intratorakale kar

FPFE30 Langtids EKG med hendelsesregistrering

Brukes for EKG-registrering over lang tid (flere dager) med eksternt apparat og hudelektroder. Forskjellig fra Holter-EKG (FPFE15) og langtidsregistrering med implantert apparat (FPGC00). Brukes ikke ved vanlig telemetri eller skopovervåkning (som ikke skal registreres med prosedyrekode).

FPFE44 Avlesning og tolking av fjernrapporterte data fra pacemaker og ICD

Se kommentar til denne i avsnitt 22.23 Pacemakerkontroller, side 144.

FPK00 Implantasjon av elektrokardiograf med loop recorder

Avlesning kodes FPFE45 Avlesning av implantert langtids EKG-registrator ("Loop recorder"). Fjerning kodes QBC 00 Fjerning av fremmedlegeme fra hud på trunkus.

FXL Innlegging av VAD

VAD (Ventricular assist device) klassifiseres dels etter pumpens plassering, dels etter metode for innlegging.

Intrakorporal og ekstrakorporal VAD:

- legges inn ved åpen torakskirurgi
- intrakorporal har pumpen inne i kroppen
- ekstrakorporal har pumpen utenfor kroppen

Parakorporal VAD:

- legges inn perkutant transluminalt
- kan ha pumpen inne i eller utenfor kroppen

25.1.3 Kapittel G Brystvegg, pleura, diafragma, trachea, bronkier, lunger og mediastinum

GBB 00 Tracheostomi

GBB 03 Perkutan tracheostomi

Disse kodene brukes for tracheostomi som anlegges hovedsakelig for ventilasjon. Ved innleggelse av aspirasjonskanyle (noen ganger benevnt minitracheostomi) skal ikke

disse kodene brukes, men i stedet **GBX 10 Perkutan innlegging av aspirasjonskanyle i trachea**.

GXAV Assistert ventilasjon

GXAV01 Respiratorbehandling INA

Brukes for vanlig invasiv respiratorbehandling uansett hvilken modus respiratoren er innstilt på (inkludert CPAP- og BiPAP-modus). Den skal ikke brukes ved ekstern maskebehandling med særskilt CPAP- eller BiPAP-apparat, heller ikke ved behandling med hostemaskin eller høyfrekvensventilasjon.

GXAV10 Behandling med kontinuerlig positivt luftveistrykk

Brukes ved ikke-invasiv maskebehandling med særskilt CPAP-apparat.

GXAV20 Behandling med bifasisk positivt luftveistrykk

Brukes ved ikke-invasiv maskebehandling med særskilt BiPAP-apparat.

GXAV22 Behandling med bifasisk positivt og negativt luftveistrykk

Brukes ved behandling med såkalt «hostemaskin».

GXAV23 Høyfrekvent oscillatorventilasjon

Brukes ved respiratorbehandling av denne type.

GXAV24 Respiratorbehandling med høyfrekvensventilasjon

Brukes ved respiratorbehandling med høyfrekvensventilasjon av andre typer enn oscillatorventilasjon.

GXAV25 Behandling med spesielle inhalasjonsgasser

Brukes i tillegg til kode for respiratorbehandling når det er aktuelt.

GXAV35 Oppstart av behandling med hjemmerespirator + WPCD00 Opplæring i bruk av medisinsk teknisk utstyr

Benyttes ved første gangs innstilling av apparatet og opplæring av pasienten i bruken av det. Dersom andre personer enn pasienten selv har behov for opplæring kan dette spesifiseres med koden **ZWWA40 Prosedyre rettet mot foreldre/pårørende**.

GXAV 36 Kontroll og justering av hjemmerespirator

Brukes ved senere kontakter på sykehus som omfatter kontroll og justering av apparatet.

GXAV37 Oppstart av CPAP eller BiPAP for hjemmebruk

Brukes sammen med **WPCD00 Opplæring i bruk av medisinsk teknisk utstyr** ved første gangs innstilling av apparatet og opplæring av pasienten i bruken av det. Dersom andre personer enn pasienten selv har behov for opplæring kan dette spesifiseres med koden **ZWWA40 Prosedyre rettet mot foreldre/pårørende**.

GXAV38 Kontroll og justering av CPAP eller BiPAP for hjemmebruk

Brukes ved senere kontakter som omfatter kontroll og justering av apparatet.

GXAV40 Avlesing og tolking av fjernrapporterte data fra CPAP eller BiPAP/NIV

Ny kode fra 2018. Brukes når pasienten har utstyr hjemme for å sende data fra det aktuelle apparatet til spesialisthelsetjenesten, og avlesing, tolking og evt. justering av innstillinger gjøres pasientfjernt. Dette regnes ikke som telemedisin, jfr. årets regelverk for Innsatsstyrt finansiering. Koden brukes ikke ved direkte pasientkontakt.

25.1.4 Kapittel L Kvinnelige genitalia

LCA 20 Fjerning av fremmedlegeme fra uterus

Brukes ved fjerning av spiral ved intrauterin instrumentering, men ikke ved ren vaginal fjerning.

LCH 13 Vakuumaspirasjon fra uterus etter medisinsk induert abort

Denne koden brukes etter mislykket forsøk på medikamentelt svangerskapsavbrudd, se avsnittet *Etter mislykket forsøk på medikamentelt svangerskapsavbrudd* side 122. Det gjøres da i praksis en kirurgisk svangerskapsavbrytelse.

25.1.5 Kapittel N Bevegelsesapparatet

Kodene i kapittel T for injeksjon i ledd er fra 2016 flyttet til organkapitlene. Følgende koder gjelder nå for dette:

EGX10 Injeksjon av diagnostisk eller terapeutisk substans i kjeveledd
NAX11 Injeksjon av terapeutisk substans i kolumna
NBX11 Injeksjon av terapeutisk substans i skulderledd
NCX11 Injeksjon av terapeutisk substans i albueledd
NDX11 Injeksjon av terapeutisk substans i håndledd eller hånd
NEX11 Injeksjon av terapeutisk substans i ileosacralledd
NFX11 Injeksjon av terapeutisk substans i hoftledd
NGX11 Injeksjon av terapeutisk substans i kneledd
NXH11 Injeksjon av terapeutisk substans i ankel eller fot

Dersom injeksjonen gjøres bildeveiledet brukes i stedet følgende koder:

NAI20A Injeksjon av terapeutisk substans i kolumna, i gjennomlysning
NAI20D Injeksjon av terapeutisk substans i kolumna, CT-veiledet
NEI20A Injeksjon av terapeutisk substans i bekkenskjelett (under gjennomlysning)
GAI20K Injeksjon av terapeutisk substans i toraksskjelett, ultralydveiledet
NXI20A Injeksjon av terapeutisk substans i overekstremiteter, under gjennomlysning
NXI20D Injeksjon av terapeutisk substans i overekstremiteter, CT-veiledet
NXI30A Injeksjon av terapeutisk substans i underekstremiteter, under gjennomlysning
NXI30D Injeksjon av terapeutisk substans i underekstremiteter, CT-veiledet

25.1.6 Kapittel Q Hud

QxB05 Sårrevisjon

Disse kodene skal brukes ved omfattende sårbehandling med skarpt instrument. De skal ikke brukes ved sårbehandling hvor man kun skaper overflattisk med skarp skje. En rettesnor er at man må bruke lokalbedøvelse, og at det skal være steril prosedyre med minimum hansker, plastforkle og munnbind.

QxE10 Eksisjon av hudlesjon

QxE 30 Eksisjon av kirurgisk arr

QxE 35 Rekonstruksjon ved huddefekt etter kirurgi eller skade

QxG31 Forsinket hudlukning av sår etter utført kirurgisk prosedyre

Se også 22.14 Hud – kirurgiske prosedyrer, side 140ff for bruk av disse kodene.

QXGX70 Tatovering på medisinsk indikasjon

Koden skal hovedsakelig brukes for (re)konstruksjon av kroppspigmentering, spesielt ved brystrekonstruksjon. Den skal ikke brukes ved for eksempel hudmarkeringer som ledd i ulike terapeutiske prosedyrer.

25.1.7 Kapittel W Generelle tiltak

WBG70 Injeksjon av legemiddel i muskelfeste/senefeste/sene/fascie/bursa/annet bindevev

Se årets regelverk for Innsatsstyrt finansiering for koding ved behandling av Dupuytren's kontraktur.

WBG90 Intravenøs trombolysbehandling

Skal også brukes ved trombolys som gis prehospitalt av ambulansetjenesten, og registreres da ved den første avdelingen som tar imot pasienten. ATC-kode for medikament skal legges til.

Tidligere særkode **1XX01** Intravenøs trombolysbehandling ved akutt hjerneinfarkt er tatt ut av bruk fra 2019.

WBOC Medikamentell svulstbehandling

Disse kodene skal nå brukes ved all legemiddelbehandling som er direkte rettet mot svulster, både ved innleggelse og poliklinisk kontakt. Se årets regelverk for Innsatsstyrt finansiering om medikamentell svulstbehandling. Koder fra **WBG M Farmakoterapi** brukes for andre typer medikamentell behandling. Merk at bifosfonatbehandling mot hyperkalsemi ikke er direkte rettet mot svulst og skal derfor kodes med vanlig **WBG M**-kode.

WEOB20 Brakyterapi, intravaskulær (IVBT)

Brukes ikke for radiojodbehandling ved tyreoidesykdom, radiojod gis oftest peroralt. Se avsnitt 22.30 *Radiojodbehandling ved tyreoidesykdom*, side 146.

WEOC00 Protonterapi, WEOC10 Karbonterapi

Brukes for å registrere slik behandling, som foreløpig kun gis i utlandet. Se også om registrering av pasienter behandlet i utlandet i årets regelverk for Innsatsstyrt finansiering.

WJAT 01 Total intravenøs ernæring

Ny kode fra 2016. Sist endret tekst i 2019. Koden erstatter tidligere kode **WJAT00 Parenteral ernæring med eller uten tilleggsstoffer** for å skille mellom total og delvis parenteral ernæring. Ved sporadisk/delvis parenteral ernæring benyttes kode **WBG M00 Intravenøs injeksjon/infusjon av legemiddel + aktuell(e) ATC-kode(r)**. Væsketerapi med klare væsker har fra 2016 ingen egen prosedyrekode. **WBG M00** + ATC-kode for infusjonsvæsken kan eventuelt benyttes.

WMAA10 Tverrfaglig utredning

Ny kode fra 2018, som erstatter tidligere koder **WMAA00** og **WMAB00** for samtidig og sekvensiell tverrfaglig utredning. Se årets regelverk for Innsatsstyrt finansiering for bruk av denne koden.

WMAC00 Kartlegging og vurdering av helsekrav til å inneha førerkort

Ny kode fra 2016, erstatter tidligere tilsvarende kode fra kapittel O. For å få rett til å inneha førerkort må man oppfylle særskilte helsekrav, jfr. *Forskrift om førerkort mm*.

Proseddyrekoden benyttes når det er gjort vurdering av helsekravene i forhold til førerkortforskriften, og det enten er skrevet ut attest for førerkort eller sendt melding til tilsynsmyndigheten om at helsekravene til et eksisterende førerkort ikke er oppfylt. Se også årets regelverk for Innsatsstyrt finansiering.

WMAD00 Kartlegging og vurdering av samtykkekompetanse

Ny kode fra 2016. Koden benyttes når det gjøres vurdering, jfr. *Lov om pasient- og brukerrettigheter* Kapittel 4A, uten at det fattes vedtak.

WMAE00 Fattig av vedtak om helsehjelp for pasient uten samtykkekompetanse, som har motsatt seg helsehjelpen

Ny kode fra 2016. Koden kan bare benyttes når det er fattet skriftlig vedtak og dette er distribuert iht. lovens bestemmelser, jfr. *Lov om pasient- og brukerrettigheter* Kapittel 4A.

25.1.8 Kapittel Z Tilleggskoder

ZTX0XA Høyresidig bildediagnostisk undersøkelse

ZTX0XB Venstresidig bildediagnostisk undersøkelse

ZTX0XC Bilateral bildediagnostisk undersøkelse

Disse kan brukes for sideangivelse ved *bilediagnostiske* undersøkelser.

ZXA00 Høyre side
ZXA05 Venstre side

Disse kan brukes sammen med andre prosedyrekoder enn NCRP-koder for bildediagnostiske undersøkelser.

ZXA 10 Bilateral

Denne koden skal bare brukes sammen med NCSP-koder for operative inngrep og NCRP-koder for bildeveilede intervensjoner, ikke sammen med NCMP-koder eller med NCRP-koder for bildediagnostiske undersøkelser.

 Direktoratet for e-helse

Besøksadresse
Verkstedveien 1
0277 Oslo

Postadresse
Postboks 6737
St. Olavs plass
0130 OSLO