

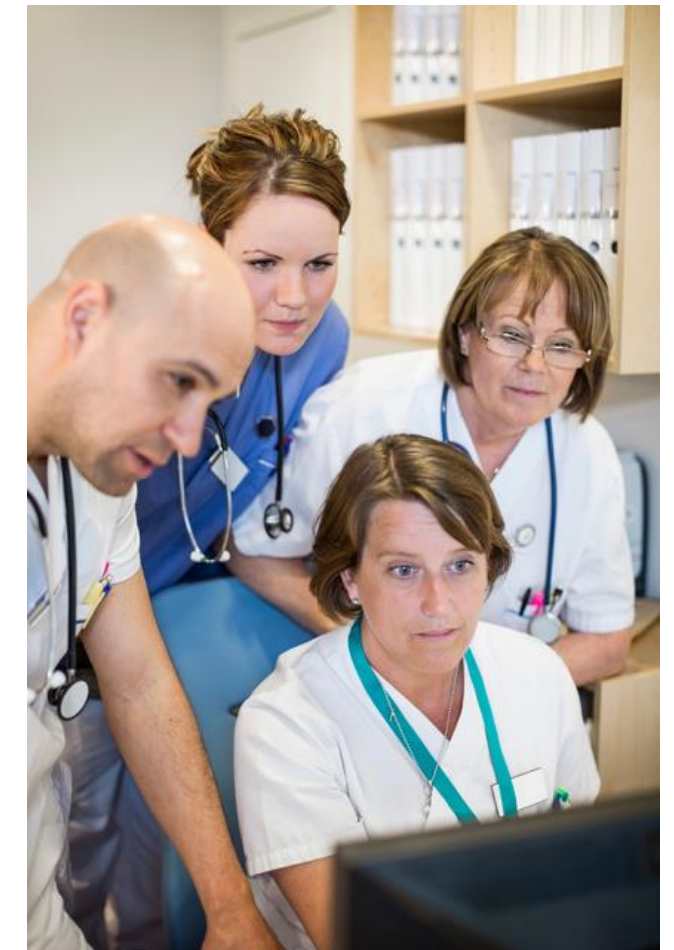


Direktoratet for
e-helse

Innsendte kodingsspørsmål

Avdeling helsefaglige kodeverk

DRG-forum 15.03.2016



Bruk av koden Z04.8

Spørsmål:

Noen avd. bruker veldig mye Z04.8. Dette er på vanlig kontroll og nye pasienter. Jeg trodde den koden var mest brukt når sakkyndige forlanger en uttalelse. En avdeling har brukt denne koden over 4500 ganger.

Z04.8 Undersøkelse og observasjon av annen spesifisert årsak

Undersøkelse etter begjæring om sakkyndig uttalelse

Bruk av koden Z04.8

Svar:

Først må man huske på det som står innledningsvis i kapittel XXI:

Kategoriene i dette kapitlet bør brukes som en tilleggskategori, og der det foreligger en tilstand som kan klassifiseres i kategoriene A00-Y89, bør denne beskrivelsen av sykdom, skade, lyte eller ytre årsak oppgis først.

→ Har personen en sykdom, skade, symptom eller unormalt funn som er årsak til kontakten er det som en hovedregel dette som skal kodes først.

Undersøkelse etter begjæring om sakkyndig uttalelse er nevnt som et eksempel på hva som kan kodes med Z04.8.

Bruk av koden Z04.8

Omfattende bruk av koden **Z04.8 Undersøkelse og observasjon av annen spesifisert årsak** gir mistanke om feilkoding. Den ligger i kategorien **Z04 Undersøkelse og observasjon av andre årsaker**. Andre årsaker er i dette tilfellet slike som ikke faller inn under de foregående kategoriene Z00-Z03:

- Generell undersøkelse og utredning av personer uten symptomer eller registrert diagnose
- Andre spesielle undersøkelser og utredning av personer uten symptomer eller registrert diagnose
- Undersøkelse og kontakt med helsetjenesten for administrative formål
- Medisinsk observasjon og vurdering ved mistanke om sykdommer og tilstander

samt det som ikke faller inn under de foregående Z04-kodene:

- Blodprøvetaking for påvisning av alkohol og legemidler
- Undersøkelse og observasjon etter transportulykke
- Undersøkelse og observasjon etter arbeidsulykke
- Undersøkelse og observasjon etter annen ulykke
- Undersøkelse og observasjon etter påstått voldtekt
- Undersøkelse og observasjon etter annen påført skade
- Generell psykiatrisk undersøkelse, begjært av myndigheter

Striktur i urinleder

Spørsmål:

Pasienter som har fått strikturer i urinleder etter operasjoner, eller som har tumormasser som stenger av urinleder. Kommer inn rutinemessig hver tredje måned for bytting av J-stenter. Opprinnelig diagnose kreft eller hydronefrose. Men når de kommer inn for disse rutinemessige byttene har de jo ikke hydronefrose. Hva blir korrekt hoveddiagnose for disse tilfellene? Om man velger Z46.6 kan/bør man ta med hydronefrose/kreft som bidiagnose? Hvordan kan man få frem at det er en komplikasjon etter kreftoperasjon (striktur)? Disse strikturene oppstår gjerne en stund etterpå og hos mange består de resten av livet. Blir vel feil med T81.8?

Z46.6 Tilpasning og justering av hjelpemiddel ved urinveis- og inkontinensproblemer

T81.8 Andre spesifiserte komplikasjoner til kirurgiske og medisinske prosedyrer, ikke klassifisert annet sted

Striktur i urinleder

Svar:

Z46.6 Tilpasning og justering av hjelpemiddel ved urinveis- og inkontinensproblemer kan nok ikke brukes. Intravaskulære og intraluminal stenter kan ikke kalles hjelpemidler.

Når det er tumormasser som komprimerer ureter uten at det foreligger hydronefrose kan koden **N13.5 Knekkdannelse og striktur i urinleder, uten hydronefrose** brukes.

T81.8 Andre spesifiserte komplikasjoner til kirurgiske og medisinske prosedyrer, ikke klassifisert annet sted kunne vært aktuell når stenosen skyldes tidligere operasjon, men en bedre kode er **N99.8 Andre spesifiserte forstyrrelser i urinveier og kjønnsorganer etter kirurgiske og medisinske prosedyrer**, med tillegg av N13.5 for å spesifisere komplikasjonen, samt årsakskode fra Y60-Y69 eller Y83-Y84.

Nyfødtcoding

Spørsmål:

Mitt spørsmål gjelder nyfødt-coding.

1. Skal man ved sepsis i nyfødtperioden kode med **R65** i tillegg til **P36 Bakteriell sepsis hos nyfødt**?
2. Finnes det ingen P-koder for meningitt i nyfødtperioden? Blir det riktig å kode med **G00-G09 Betennelsesykdommer i sentralnervesystemet på nyfødte**?
3. Er det riktig å kode med **P70.0 Syndrom hos barn av mor med svangerskapsdiabetes**, når pas er over 4500 gram (kodes her med **P08.0 Uvanlig stort barn**) og følges opp med blodsuktermålinger?
4. Ved ABO-isoimmunisering P55.0 skal det også kodes med **P59 Hyperbilirubinemi** når det gis lysbehandling?



Nyfødtkoding

Svar:

Spørsmål 1 og 2 under ett:

Koding av infeksjoner, SIRS og sepsis gjøres prinsipielt helt likt hos nyfødte som andre.

Forskjellene er at:

- infeksjoner ervervet *før og under* fødsel har egne koder i kategoriblokken

(P35-P39) Infeksjoner spesifikke for perinatalperioden. I denne situasjonen brukes disse kodene i stedet for koder fra andre kapitler. For infeksjoner som er ervervet *etter* fødsel brukes vanlige koder fra andre kapitler.

- det er egne diagnostiske kriterier for SIRS hos barn, se [Pediater Crit Care Med](#). 2005 Jan;6(1):2-8..

Kodene under P36 Bakteriell sepsis hos nyfødt tilsvarer kodene under **A40 Streptokokksepsis** og **A41 Annen sepsis**, som brukes for sepsis ervervet *etter* fødsel. Som beskrevet i regelverket punkt 12.3 skal slike koder kun brukes når utgangspunktet for infeksjonen er ukjent.

R65-kodene brukes kun som tilleggs-koder til en foregående kode for lokalisert infeksjon eller kode for sepsis uten angitt utgangspunkt, akkurat som for infeksjoner ervervet etter fødsel.

Nyfødtkoding

Svar:

Spørsmål 3:

For **P08.0 Uvanlig stort barn** er det eksklusjonsmerknad i underteksten mot **P70.0 Syndrom hos barn av mor med svangerskapsdiabetes**. Det vil si at P70.0 skal brukes i stedet for P08.0 i denne situasjonen. Det nyfødtmedisinske miljøet i Norge har foreslått at P70.0 «kan brukes hos barn som følges med blodsuktermålinger og/eller får tilskudd p.o. eller i.v. for å opprettholde normalt blodsukker». Hos barna du beskriver vil P70.0 være riktig.

Spørsmål 4:

Koder fra **P59 Gulsott hos nyfødt som følge av andre og uspesifiserte årsaker** skal ikke brukes ved isoimmunisering, som har egne koder under **P55 Hemolytisk sykdom hos foster og nyfødt**. P55 koder allerede for en spesifikk årsak til gulsott; da er P59 uaktuell.

Kumelkallergi hos baby

Spørsmål:

En baby har symptomer med gastrointestinal blødning og løs avføring. Legen konkluderer med at det er melkeproteinallergi (fra kumelk) og gir han morsmelkerstatning uten kumelk.

- Kan man da kode med **T78.1 Andre reaksjoner på matvarer, ikke klassifisert annet sted** som hovedtilstand og **K92.2 Uspesifisert gastrointestinal blødning** som bitilstand eller skal dette være omvendt?
- Under T78 står det en merknad som sier meg at man kanskje skal bruke K92.2 som hovedtilstand, men er usikker. Legene mener at T78.1 skal være hovedtilstand.

Kumelkallergi hos baby

Svar:

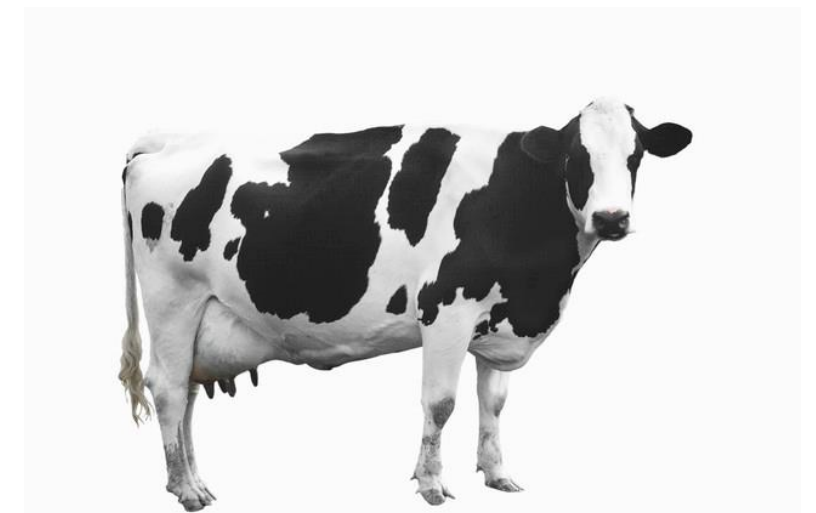
Her er det melkeproteinallergi som er grunntilstanden, mens blødning og diare bare er symptomer. I dette tilfellet har vi en spesifikk kode som kan brukes:

K52.2 Allergisk og diettbetinget gastroenteritt og kolitt

Gastroenteritt eller kolitt som skyldes matintoleranse

T78.1 er da uaktuell siden tilstanden er klassifisert annet sted.

Å kode blødning og diare er også mindre aktuelt, siden disse er vanlige symptomer ved enteritt og kolitt.



Refusjon ved poliklinikk med og uten endoskopi

Spørsmål:

Dette er ikke direkte kodeproblematikk, det er mer et spørsmål om logikk:

Pas. med ondartet svulst i tykktarm, kode C18.9, gir en ref. ved polikl. besøk på kr. 1.482,-

Hvis man da, under dette besøket, i tillegg tar en sigmoidoskopi m/biopsi, UJF 45 (i fjor) går ref. ned til kr. 871,-.

Dette har jeg vanskelig for å skjønne, og lurer på om det finnes en god, og logisk, forklaring på hvorfor det er slik?

Refusjon ved poliklinikk med og uten endoskopi

Svar:

Kommentar fra Avdeling finansiering og DRG, Helsedirektoratet:

Det er riktig at dette ikke er logisk. Dette innspillet har vi fått og vi skal se nærmere på saken – det kan ta noe tid.

Blødning etter fødsel

Spørsmål (2 lignende spørsmål om det samme):

Hva er kriteriene for bruk av kodene under O72?

O72 Blødning etter fødsel

Inkl: blødning hos mor etter fødsel av foster eller barn

O72.0 Blødning i tredje stadium

Blødning i forbindelse med retinert eller fast morkake

Retinert morkake INA

Bruk om ønskelig tilleggskode for å angi patologisk fastsittende morkake (O43.2)

O72.1 Annen umiddelbar blødning etter fødsel

Blødning etter fødsel (atonisk) INA

Blødning etter fødsel av morkake

O72.2 Forsinket og sekundær blødning etter fødsel

Blødning i forbindelse med retinerte rester av morkake eller hinner

Retinerte svangerskapsrester INA etter forløsning

O72.3 Koagulasjonsdefekter etter fødsel

Afibrinogenemi etter fødsel

Fibrinolyse etter fødsel



Blødning etter fødsel

Svar:

I regelverket finnes det ingen spesifikke begrensninger på bruk av O72-kodene. De må brukes i henhold til anerkjente kliniske grenser for hva som er unormalt stor blødning, og dette må være dokumentert i journalen.

Inntil videre gjelder ingen andre kriterier enn disse for bruk, men vi vil vurdere å komme med presiserende bestemmelser om dette.

Utskrivning av død pasient

Spørsmål:

Når skal en død pasient skrives ut?

Ved dødstidspunkt?

Når han flyttes ut av sengeposten?

Utskrivning av død pasient

Svar:

Følgende ble skrevet fra NPR i 2014:

- I NPR-melding er det mulig å registrere Episodens utTilstand som kode 2 «Som død» og innTilstand som kode 2 «Død ved ankomst». Dødstidspunktet skal ikke rapporteres til NPR gjennom NPR-melding. Det kan ikke slutes at UtDatoTid er lik dødstidspunktet selv om pasienten registreres med utTilstand = 2. UtDatoTid beskriver når Episoden avsluttes. En Episode betegner aktivitet og ikke bare behandling. Se beskrivelse i NPR-melding: <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/innrapportering/rapporteringsformat/Sider/default.aspx>.
- NPR mener at det vil være naturlig at Episodens avslutning faller sammen med avslutning av det arbeidet som må utføres ved et dødsfall på et sykehus. Ved organdonasjon er det naturlig å tenke seg at Episoden avsluttes når arbeidet i forbindelse med organtransplantasjonen er ferdig og pasienten trilles vekk.

Reoperasjon

Spørsmål:

På side 58 i koderegler for 2016 står det beskrevet koding av reoperasjon.

Reoperasjon er i kodeverket definert til å ha direkte relasjon til primæringrepet og det skal være en åpenbar sammenheng mellom den opprinnelige operasjonen og reoperasjonen (eks. blødning, infeksjon, sårruptur).

Hvor mange dager etter første operasjon kan man kalle det en reoperasjon?

Det er flere som har hørt at dette defineres som 30 dager etter første operasjon, men ingen som klarer å finne det nedskrevet noen sted.

Kan direktoratet si noe om dette.

Gjerne få det med i neste års koderegelverk.

Reoperasjon

Svar:

I kodehjelpsvar fra 2005 har vi svart følgende:

Det er ikke definert noen tidsgrense for reoperasjoner, fordi man ikke har funnet noe kirurgisk faglig grunnlag for å fastsette én bestemt slik grense. Det vil ofte være under samme sykehusopphold som primæroperasjonen, og som regel innenfor 30 dager fra den, men dette er altså ikke en absolutt grense.

Komplisert og langvarig postoperativt forløp

Spørsmål:

Forkortet fra lang epikrise:

Pasient med kjent postinfarktsvikt og KOLS. Operert ved større sykehus akutt for rumpert abdominalt aortaaneurisme. Midlertidig lukking med VAC. Fascieruptur, gjenåpning av buken.

Overført til lokalsykehus for videre behandling. Her oppvekst av gule stafylokokker i sår. Clostridium difficile-kolitt, behandlet i 2 runder med Flagyl. Moderat akutt nyresvikt. Inhalasjonsbehandling og lungefysioterapi for KOLS. Hudtransplantasjon fra lår til sårbunn. Moderat reaktiv depresjon. 2,5 måneders innleggelse ved lokalsykehuset.

Epikriseskrivende lege har brukt **Z48.8 Annen spesifisert etterbehandling etter operasjon** for hovedtilstand. Skulle det i stedet vært **T81.4 Infeksjon etter kirurgiske og medisinske prosedyrer, ikke klassifisert annet sted**?

Komplisert og langvarig postoperativt forløp

Svar:

Forløpet er til dels vanskelig å bedømme ut fra epikrisen, som inneholder få konklusjoner. Det synes som om forsinket/manglende sårtilheling er det viktigste problemet under oppholdet, altså hovedtilstanden. Den beste koden vi finner for dette er **T81.8 Andre spesifiserte komplikasjoner til kirurgiske og medisinske prosedyrer, ikke klassifisert annet sted**. I tillegg må Z48.8 tas med for å beskrive at pasienten etterbehandles. Årsakskode fra kapittel XX må velges i henhold til operasjonsbeskrivelse.

Hjertesvikten skulle nok vært kodet I50.1 i stedet for I50.9 og det fremgår ikke av epikrisen at kriteriene for bruk av Z50.89 er oppfylt. Z54.0 vil vi heller ikke bruke, ettersom rekonvalesens er noe som evt. vil finne sted senere i forløpet. Under dette oppholdet er det aktiv etterbehandling som finner sted. Nyresvikten skal antagelig kodes **N99.0 Nyresvikt etter kirurgiske og medisinske prosedyrer + årsakskode**.

Behandling med ReoPro

Spørsmål:

Jeg jobber på PCI senter på Ahus. Lurer på hva er riktig kode å bruke for behandling med ReoPro?



Behandling med ReoPro

Svar:

Det er ingen egen måte å kode behandling med ReoPro (abciximab) på. Dette gjøres på vanlig måte med prosedyrekode **WBG00 Intravenøs injeksjon/infusjon av legemiddel** og ATC-kode **B01A C13**

Synekier etter tidligere strålebehandling

Spørsmål:

Hvordan kode at en pasient har synekier i vagina etter strålebehandling (eller andre skader som ikke har egne koder). Pga. dette er det foretatt en åpen operasjon for fjerning av livmor og livmorhals pga mistenkte celleforandringer i livmorhalsen som de ikke når frem til den «vanlige» veien. N90.5 (Atrofi av ytre kvinnelige kjønnsorganer) så klart, men hvordan få frem at dette er en gammel stråleskade? Det er jo ikke en komplikasjon i ordinær forstand, så kan ikke bruke følgetilstand etter komplikasjon. Årets kodeveiledning har noe om det på side 123-125, men slik jeg tolker det gjelder dette når pasienten har blitt utsatt for (for mye) stråling ved en ulykke, og det er ikke tilfellet her. Eller dekkes dette av kapittel 19.2 (Senfølger etter stråleskade), med årsakskode Y84.2?

Synekier etter tidligere strålebehandling

Svar:

Det blir nok riktigst å kalle dette en følgetilstand etter behandling. Strålingen ga opprinnelig en strålingsvaginitt, som etter hvert har resultert i synekier/adheranser. Synekiene er da følgetilstanden etter strålingsskaden. Da kan vi kode dette som beskrevet i 4.2.8 Koding av følgetilstander:

N89.5 Striktur og atresi i skjede

T98.3 Følgetilstander etter komplikasjoner til kirurgisk og medisinsk behandling, ikke klassifisert annet sted

Y88.3 Følgetilstand etter unormal pasientreaksjon på kirurgisk eller medisinsk prosedyre eller senkomplikasjon, uten opplysning om uhell på tiden for prosedyren.



Egenandel ved poliklinikk

Spørsmål:

Fra Helse Bergen: Det jobbes nå intensivt ute i klinikkene med å gjøre om fra innleggelse med permisjon, til å registrere dag for dag (som det står i ISF-heftet på side 54), som poliklinikk (som det står på side 48 i samme regelverk). I den forbindelse har det dukket opp spørsmål om egenandel for pasienter som møter opp på samme poliklinikk flere dager på rad (...)

Svar:

Dette er et ISF-spørsmål som er stilt til Avdeling finansiering og DRG i Helsedirektoratet. Spørsmålet vil bli besvart derfra.

Poliklinisk svangerskapsundersøkelse pga. «lite liv»

Spørsmål:

Fra Helse Bergen:

Poliklinisk besøk, øyeblikkelig hjelp: En gravid kvinne ankommer til Kvinneklinikken med spørsmål om «lite liv», det vil si at hun har kjent lite fosterbevegelser i løpet av dagen og er bekymret. Hun blir undersøkt, tatt CTG og alt er funnet ut til å være i orden. Ingen patologi funnet. Og hun reiser hjem. Hvordan skal dette kodes?



Poliklinisk svangerskapsundersøkelse pga. «lite liv»

Svar:

Dette er en situasjon som faller inn under avsnitt 15.3 *Kontakter der det gis helsehjelp for kjent eller mistenkt sykdom eller skade hos fosteret* i kodingsregelverket. Av O35- og O36-kodene er det **O36.8 Omsorg for og behandling av mor ved andre spesifiserte fosterproblemer** som passer best. Kodeteksten til bør om mulig endres for å angi at kontakten har funnet sted pga. få eller ingen følte fosterbevegelser.

Registrering av infusjoner

Spørsmål:

Iflg. kodeveil. pkt. 6.5.4 (Bruk av legemidler) står det at kodene i kategorien WBGM skal brukes bare når det må dokumenteres medikamentbruk av statistiske grunner, eller når aktivitetsbasert finansiering krever dette. Hvem vet når det er nødvendig å reg. av statistiske grunner? Og hva med f.eks. vanlige antibiotikainfusjoner; skal ikke de registreres i det hele tatt vanligvis?

Hvordan er det mest riktig å kode prosedyrer som gjentas flere ganger i løpet av et opphold? Skal man da ha med ZWNM for hver prosedyre som gjennomføres flere ganger i løpet av et opphold?

Hvor viktig er det å reg. prosedyrekoder i forhold til den aktivitetsbaserte finansieringen til sykehusene?

Synes det generelt er lite informasjon/opplæring i forhold til prosedyrekodene. Jeg trenger noen gode argumenter for å få legene/sykepleierne til å være nøye med å føre på prosedyrekoder.

Registrering av infusjoner

Svar:

Kort sagt er det bare obligatorisk å registrere legemiddelbehandling (og medikament) når dette kreves i kodingsregelverket eller ISF-regelverket. Eksempler er poliklinisk kreftlegemiddelbehandling (her brukes dog WBOC-koder, ikke WBGM-koder) og behandling med særskilte legemidler (se regelverket avsnitt 22.8).

Om man selv ønsker å registrere visse typer av slik behandling i tillegg for eget bruk i helseforetaket er dette naturligvis helt i orden, men det kreves ikke rapportert til NPR. Antibiotikainfusjon er et eksempel på en behandling som per i dag aldri kreves rapportert.

Registrering av infusjoner

Svar:

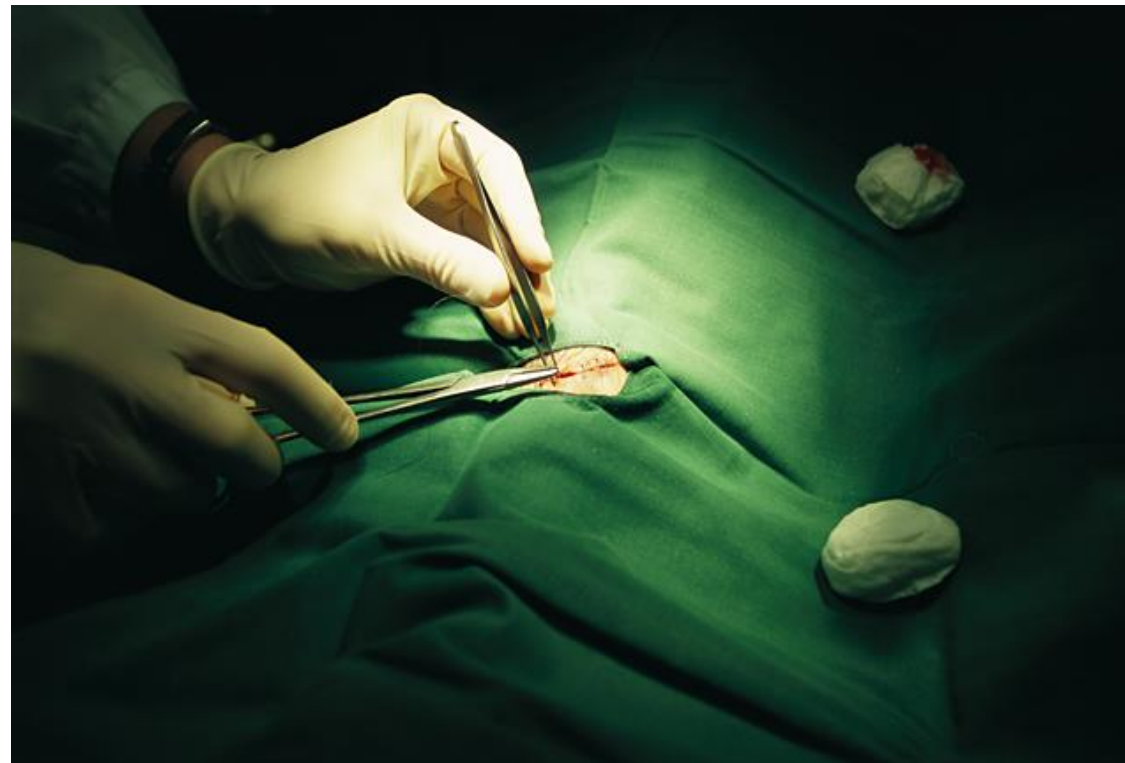
Skal man registrere prosedyrer som gjentas flere ganger i løpet av et opphold kan dette gjøres enten ved å bruke samme prosedyrekode(r) flere ganger, eller ved å bruke tilleggskode fra ZWNM Hyppighet av gjennomføring av prosedyre dersom prosedyren gjentas regelmessig.

Hvor viktig det er å registrere prosedyrekoder i forhold til aktivitetsbasert finansiering kan det ikke gis noe entydig svar på. Hvilke prosedyrekoder som kan påvirke DRG-gruppering avhenger bl.a. av hvilke diagnosekoder som er registrert og kan variere fra år til år. Spesifikke spørsmål om dette må evt. rettes til Avdeling finansiering og DRG i Helsedirektoratet.

Paralytisk ileus etter operasjon

Spørsmål:

Er det alltid K91.3 (Postoperativ tarmobstruksjon) som skal brukes ved paralytisk ileus etter operasjon, også når det ikke er operert direkte på fordøyelsesorganer? Eksempel paralytisk ileus etter prostatektomi.



Paralytisk ileus etter operasjon

Svar:

Det er ikke så lett alltid å skille mellom hva som er en komplikasjon og hva som er innenfor normalvariasjon i et postoperativt forløp. Vi har vurdert koding av paralytisk ileus etter bukkirurgi i 2011 og svarte da at selv om dette trekker ut i tid er det likevel innenfor et normalt postoperativt forløp. Dersom tarmparalysen har krevd ressurser og behandling kodes den som en egen tilstand med **K56.0 Paralytisk ileus** og ikke som en komplikasjon. Sammenhengen med operasjonen kan kodes ved å bruke en årsakskode fra kapittel XX, antagelig fra **Y83 Pasientreaksjon som følge av kirurgisk prosedyre, og senere komplikasjon til slik prosedyre, hvis selve prosedyren forløp uten anmerkning om skade.**

Medikamentell svulstbehandling

Spørsmål:

Kodeveiledning side 141

Det står at reglene gjelder for kontakter hvor medikamentell svulstbehandling er hovedformålet. Hvordan blir det da dersom pasienten blir lagt inn som ø-hjelp pga for eksempel ascites, smerter, dårlig allmenntilstand mv, og det blir foretatt kartlegging, CT, ascitestapping etc, og bestemt å starte med cellegift. Skal kontakten fortsatt kodes etter disse reglene, selv om hovedformålet egentlig ikke er den medikamentelle kreftbehandlingen? Skal WBOC utelates i disse tilfellene?

Medikamentell svulstbehandling

Svar:

Reglene på side 141 gjelder bare for poliklinisk administrert kreftlegemiddelbehandling eller for korte innleggelser på 0-2 dager der behandling av svulst er hovedformålet.

I spørsmålet er årsaken til innleggelsen symptomer som skyldes malign sykdom. Det fremgår ikke om kreftsykdommen er kjent fra før eller diagnostiseres under oppholdet, men uansett gjelder vanlige kodingsregler i dette tilfellet: først kreftsykdommen, så symptom som utredes/behandles. WBOC-koder brukes for kreftbehandling.

Kontroll etter operasjon

Spørsmål:

Kontroll etter opr. Eks hofteprotese.

Z090 eller Z090 + M161 eller M16.1 + Z090 eller M16.1

Hva er riktig?

Kontroll etter operasjon

Svar:

Dette er en generell sak vi holder på å se på sammen med Helsedirektoratet. Vi ser klart en verdi i å kunne kode opprinnelig sykdom ved kontroller eller sammen med Z-kodene for opplysning om tidligere sykdom, men dette er ikke ukomplisert så lenge ikke koding og rapportering på korrekt måte med multippel koding er mulig og gjøres, og det kan også påvirke DRG-plassering.

Per i dag er det bare ved bruddkontroller at man kan legge til koden for bruddet til Z09-koden. Det samme kan man gjøre for svulster der man bruker en Z08-kode først. Svaret på spørsmålet er altså kun Z09.0 per i dag.

Sår på finger ved sklerodermi

Spørsmål:

Pasient med sår på finger uten skade. Ikke puss. Fuktig nekrose. Amputeres. Kode? L03 (Cellulitt) og R02 (Gangren, ikke klassifisert annet sted)? Jeg finner ikke noe god kode. Har ikke diabetes. Har sclerodermi.

Hvordan kode såret?

Sår på finger ved sklerodermi

Svar:

Etter hva vi forstår er kronisk sår ved sklerodermi et såkalt sekundært Raynaudfenomen; sklerodermien kan forårsake unormal vasokonstriksjon. Koden for dette er da **I73.0 Raynauds syndrom**, der gangren er med i underteksten. Sklerodermi tas med som annen tilstand.

Z53 Fremmøte hos helsetjenesten på grunn av spesielle tiltak når disse ikke er utført

Spørsmål:

I årets kodingsregelverk er det motstridende regler på side 130 og side 171 for om Z53-koden eller koden for pasientens sykdom skal stå først. Hva er riktig?



Z53 Fremmøte hos helsetjenesten på grunn av spesielle tiltak når disse ikke er utført

Svar:

Vi ser at det er blitt en feil her. Vi kan ikke gi et endelig svar på dette nå, men vil vurdere det og gjøre reglene entydige igjen.

Reaksjon på matvarer

Spørsmål:

Spm. ang. **T78.0 Anafylaktisk sjokk som skyldes reaksjon på matvarer** og **T78.1 Andre reaksjoner på matvarer, ikke klassifisert annet sted**. Denne brukes ofte som hovedtilstand på barn som har en reaksjon på nøtter, egg m.m. Det står at denne kategorien skal bare brukes som hovedkode når det er nødvendig å beskrive virkninger som ikke kan klassifiseres andre steder. Skal symptomene kodes som hoveddiagnose og T78 som annen tilstand??

Vi ønsker oss så veldig en kode som er spesifikk for matvare allergi.

Ps! Kur-id er veldig fint å få klarhet i.

Reaksjon på matvarer

Svar:

Denne kategorien skal bare brukes som hovedkode når det er nødvendig å beskrive virkninger som ikke kan klassifiseres annet sted, dvs virkninger av ukjente, ubestemte eller uklare årsaker. Ved bruk av flere koder kan denne kategorien brukes som tilleggskode for å angi virkningene av tilstander klassifisert annet sted.

Denne underteksten har vi også vanskelig for å forstå kan gjelde for T78.0 ettersom vi ikke ser noen annen åpenbar måte å kode anafylaktisk reaksjon på matvarer med. Hvis det finnes andre dekkende koder for den type reaksjon pasienten har, skal disse brukes i stedet for T78-koder.

Medikamentell svulstbehandling

Spørsmål:

Kur-ID

Vi oppfatter det slik at Kur-ID kan brukes på de gamle kurene hvor Kur-ID fremdeles eksisterer. Er dette nok i tillegg til indikasjon og administrasjonsmåte, eller må særkode, evt. ATC-kode registreres i tillegg?

Særkode

Oversikten av nasjonale særkoder er lagt ut på nettet i Excel-format, med stigende koderekkefølge, og noen er gulfarget uten forklaring.

Denne oversikten må nå gjennomgås lokalt av alle HF, både for å finne hvilket legemiddel som hører til den enkelte pasientgruppe og hvilke virkestoff som finnes i de ulike legemiddelnavnene.

Ønsker at dette gjøres sentralt og legges ut på nettet, slik at det blir enklere å finne fram.

ATC-kode

Når det ikke finnes Kur-ID eller særkode, skal ATC-kode legges inn.

DIPS har en begrensning på ett legemiddel pr. kontakt.

Ved flere kreftkurer benyttes flere ulike legemidler, og da er det en ufornuftig begrensning å velge kun ett av disse, både mht. dokumentasjon og refusjon.

(Ønsker at DIPS legger inn muligheten for å velge flere ATC-koder for samme kontakt).

Medikamentell svulstbehandling

Svar:

Spørsmålet, inkludert anmodning om mer oversiktlig organisering av særkodelisten, er oversendt til Avdeling finansiering og DRG i Helsedirektoratet.

Vedrørende Kur-ID/særkoder/ATC-koder er det slik at:

Særkoder skal alltid registreres hvis de finnes. Kur-ID skal også registreres hvis det finnes en dekkende slik. ATC-kode er bare nødvendig å registrere dersom det hverken finnes noen dekkende særkode eller Kur-ID.

Prosedyrekoder i psykiatri

Spørsmål:

Hvilke koder erstatter IBEA00, og IBBD00?

Svar:

Kodene fra 2015 **IBBD00 Psykoterapi med annen tilnærming** og **IBEA00 Psykosomatisk fysioterapi** har ingen erstatningskoder i 2016. Det har vært en revisjon av kapittel I i NCMP, ved spesialistavdelingen i Helsedirektoratet. Hensikten var å forenkle kodeverket og redusere omfanget av koding.

Det som heretter skal kodes er aktiviteter det er av nasjonal interesse å følge med på. Dersom man ikke finner koder som er dekkende for den helsehjelpen pasienten får skal denne prosedyren/dette tiltaket heller ikke kodes. Det betyr ikke at helsehjelpen ikke er viktig, men at denne aktiviteten ikke skal registreres for nasjonal statistikk.



Direktoratet for
e-helse

