



Direktoratet for  
e-helse

# Svar på innsendte kodingsspørsmål

Avdeling helsefaglige kodeverk

DRG-forum 21/11-2016





- 12 spørsmål er sendt inn til DRGforum
- Ikke alle er like lette å besvare!



# Spørsmål 1

- Ønsker en klargjøring rundt de ulike prosedyrene for J-stenter / nefrostomier / pyelostomier, herunder begrepsavklaring. I et tidligere svar fra kodehjelp har det stått at innlegging av J-stent fra nyret skal kodes med KBV00 dersom det allerede er etablert en nefrostomi, for da er det ikke en perkutan stent som kodes med KBQ10A. Men KBV00 har jeg alltid regnet som en stor, åpen operasjon som vi i hvert fall så godt som aldri bruker her. Vi bruker nesten utelukkende KBV02/KBV12.
- Oppsummert:
  - \* Kode for Nefrostomi
  - \* Nefrostomi med samtidig innlegging av J-stent
  - \* Innlegging og fjerning av J-stent via nefrostomi
  - \* Innlegging og fjerning av J-stent cystoskopisk. Her vet jeg at mange bruker KBV00/KBV10, og mener at de får uforholdsmessig høy refusjon for dette.
  - \* Skifte av nefrostomi.
- \* Pyelostomi KAD10K har jeg skjønt av slides fra E-helse sjelden og aldri skal brukes, stemmer det?

# Svar 1



Nefrostomi og pyelostomi er begreper med litt ulik betydning operasjonsteknisk, derav tidligere to ulike koder for dette i NCSP. I dag gjøres i praksis bare nefrostomi, og om man sier pyelostomi menes nok egentlig nefrostomi. Koder med «pyelostomi» i teksten utgår derfor fra 2017. Aktuelle koder i 2016 og 2017 er:

# Svar 1



## Ureterstent

### Innlegging

Åpen operasjon

**KBV 00 Innlegging av ureterstent**

Antegrad (ovenfra, gjennom huden)

**KBV 01 Nefroskopisk innlegging av ureterstent**

**KBQ10A Perkutan innlegging av ureterstent (røntgenveiledet)**

Retrograd (nedenfra, via urinblæren)

**KBV 02 Transurethral innleggelse av ureterstent**

### Skifte

Antegrad

Ingen kode for dette

Retrograd

**KBV 15 Cystoskopisk skifte av ureterstent**

# Svar 1



## Ureterstent

### Fjerning

Åpen operasjon

**KBV 10 Fjerning av ureterstent**

Antegrad (ovenfra, gjennom huden)

**KBV 11 Nefroskopisk fjerning av ureterstent**

**KBR10A Perkutan fjerning av ureterstent (røntgenveiledet)**

Retrograd (nedenfra, via urinblæren)

**KBV 12 Transurethral fjerning av ureterstent**

# Svar 1



## Nefrostomikateter

### Innlegging

Åpen operasjon

**KAJ 00 Nefrostomi**

Antegrad (ovenfra, gjennom huden)

**KAJ 01 Perkutan endoskopisk nefrostomi**

**KAJ11 Perkutan endoskopisk pyelostomi (gjelder ut 2016)**

**KAA00K Punksjon av nyre eller nyrebekken, ultralydveiledet (brukes for dette ut 2016)**

**KAD10A Perkutan pyelostomi (røntgenveiledet, gjelder ut 2016)**

**KAD10K Perkutan pyelostomi, ultralydveiledet (gjelder ut 2016)**

**KAD00A Perkutan nefrostomi, røntgenveiledet (fra 2017)**

**KAD00K Perkutan nefrostomi, ultralydveiledet (fra 2017)**

Retrograd (nedenfra, via urinblæren)

**KAJ 02 Retrograd ureteronefroskopsk nefrostomi**

# Svar 1



## Nefrostomikateter

### Skifte

**KAS10K Skifte av kateter i nyre eller nyrebekken, ultralydveiledet (gjelder ut 2016)**

**KAS00A Skifte av nefrostomikateter, røntgenveiledet (fra 2017)**

**KAS00K Skifte av nefrostomikateter, ultralydveiledet (fra 2017)**

### Fjerning

Kodes ikke



# Svar 1



Dersom det i samme operasjon legges inn både nefrostomikateter og ureterstent må begge deler kodes.

## Spørsmål 2



Pas. har en psoriasisartritt, bruker Humira. I forbindelse med dette tåler hun ikke hormonpreparater, og har avstøtt alle spiraler som er forsøkt satt inn. Hun er derfor søkt inn til sterilisering på medisinsk grunnlag.  
Jeg finner ingen fornuftig måte å kode dette på.  
Kan dere hjelpe meg?



## Svar 2

Reglene her er klare. Sterilisering, enten det er på medisinsk indikasjon eller ikke, kodes på samme måte, med diagnosekode Z30.2. Dette er beskrevet i ISF-regelverket:

### 5.14 Sterilisering

Når hovedformålet med helsehjelpen er sterilisering, skal aktiviteten rapporteres som følger:

- ICD-10-koden Z30.2 «Sterilisering» angis som hovedtilstand
- Relevante prosedyrekoder angis for beskrivelse av inngrepets art
- Relevante takstkoder vedrørende pasientbetaling regulert i poliklinikkforskriften rapporteres (takstkode B10b eller B23d, avhengig av kjønn)
- Attributtet Debitor i NPR-meldingselementet Episode rapporteres med kodeverdi 30 «Selvbetalende norsk pasient og selvbetalende konvensjonspasient»

Ved utført sterilisering der pasienten primært er innlagt av andre grunner enn sterilisering, skal ikke sterilisering kodes som hovedtilstand, men som annen tilstand.

# Spørsmål 3



Pasient som gjennomgikk gastric bypass for tre år siden.

«CT abdomen viser tynntarmsileus med kaliberveksling rundt anastomosen hvor en også finner intern herniering». «Postoperativ diagnose: Intern herniering, lukket slits».

Hvordan kodes brokket? Hvordan få frem at det er et resultat av tidligere operasjon?

## Svar 3



Intern herniering skal kodes **K91.3 Postoperativ tarmobstruksjon**. Det nærmeste man kommer å angi sammenheng med tidligere operasjon ved koding er å bruke prosedyrekoden **ZSJ 00 Inngrep knyttet til tidligere inngrep tilhørende kapittel J**. Denne settes da etter koden for inngrepet som utføres.

# Spørsmål 4



Skal metastaser i nærliggende lymfeknuter (for eksempel aksille ved brystkreft, abdomen ved tarmkreft, bekken ved prostatakreft) kodes som metastaser? Når legene beskriver disse metastasene legger de ofte til «ingen fjernmetastaser», og mener at disse lymfemetastasene ikke skal kodes. Kan ikke finne at begrepet «fjernmetastaser» brukes i kodeveiledningen lenger, og tenker at spredning til andre organer (uten direkte innvekst) bør kodes, selv om det ikke har spredt seg så langt. Det medfører jo ofte en mer omfattende operasjon og behandling i ettertid.

# Svar 4



ICD-10 skiller ikke mellom «nærmestastaser» og «fjernmetastaser». Alle metastaser kodes med de vanlige kodene for metastaser.

# Spørsmål 5



Vedlagt er en epikrise som det hadde vært interessant for meg om dere så på i forkant av DRG-forum. Hvilken diagnose er riktig å kode som hovedtilstand?

- En annen ting jeg lurer på; Er det forskjell om vi koder M05.8 og M05.9 på diagnosen seropositiv RA? Jeg vet det ikke er ønskelig å kode uspesifikke diagnoser, hjelper det da å sette siste tegn som 8, "annen seropositiv RA" istedenfor 9 "uspesifisert seropos. RA"?





## Svar 5

Vedlagte epikrise beskriver en pasient som innlegges og opereres for hoftededdsartrose. Fikk ved innleggelse 2 mnd. tidligere påvist atrieflimmer, bruker Fragmin ved aktuelle innleggelse og utskrivelse, men har sinusrytme ved innkomst. Natt 2. postoperative dag får pasienten koronarsuspekterte brystmerter, forhøyet blodtrykk og puls 120-125. Det er «forstyrrelser» i EKG, ikke nærmere beskrevet. Overflyttet medisinsk avdeling for vurdering av mulig hjerteinfarkt. Følgende koder er satt på kirurgisk avdeling:

- I48 Atrieflimmer
- I47.1 Paroksysmal supraventrikulær takykardi med brystmerter
- M13.0 Polyartritt
- M16.0 Coxartrose/Coxartritt

Riktig hovedtilstand ut fra epikrisen er **coxartrose**. Det er ikke beskrevet at pasienten har hverken atrieflimmer eller supraventrikulær takykardi (rask puls kan være sinustakykardi). Brystmerter skulle imidlertid vært tatt med som en tilstand.



# Svar 5

Angående **M05.8 Annen spesifisert seropositiv reumatoid artritt** og **M05.9 Uspesifisert seropositiv reumatoid artritt**:

Hos en pasient med RA bare med affeksjon av ledd er det helt riktig å bruke M05.9. M05.8 er en reservekategori som antagelig sjelden er aktuell å bruke; når det er affeksjon av mer enn bare ledd, og som ikke faller inn under noen av de øvrige firetegnskodene:

## **M05.0 Feltys syndrom**

Reumatoid artritt med splenoadenomegali og leukopeni

## **M05.1† Reumatoid lungesykdom (J99.0\*)**

## **M05.2 Reumatoid vaskulitt**

## **M05.3† Reumatoid artritt med affeksjon av andre organer og systemer**

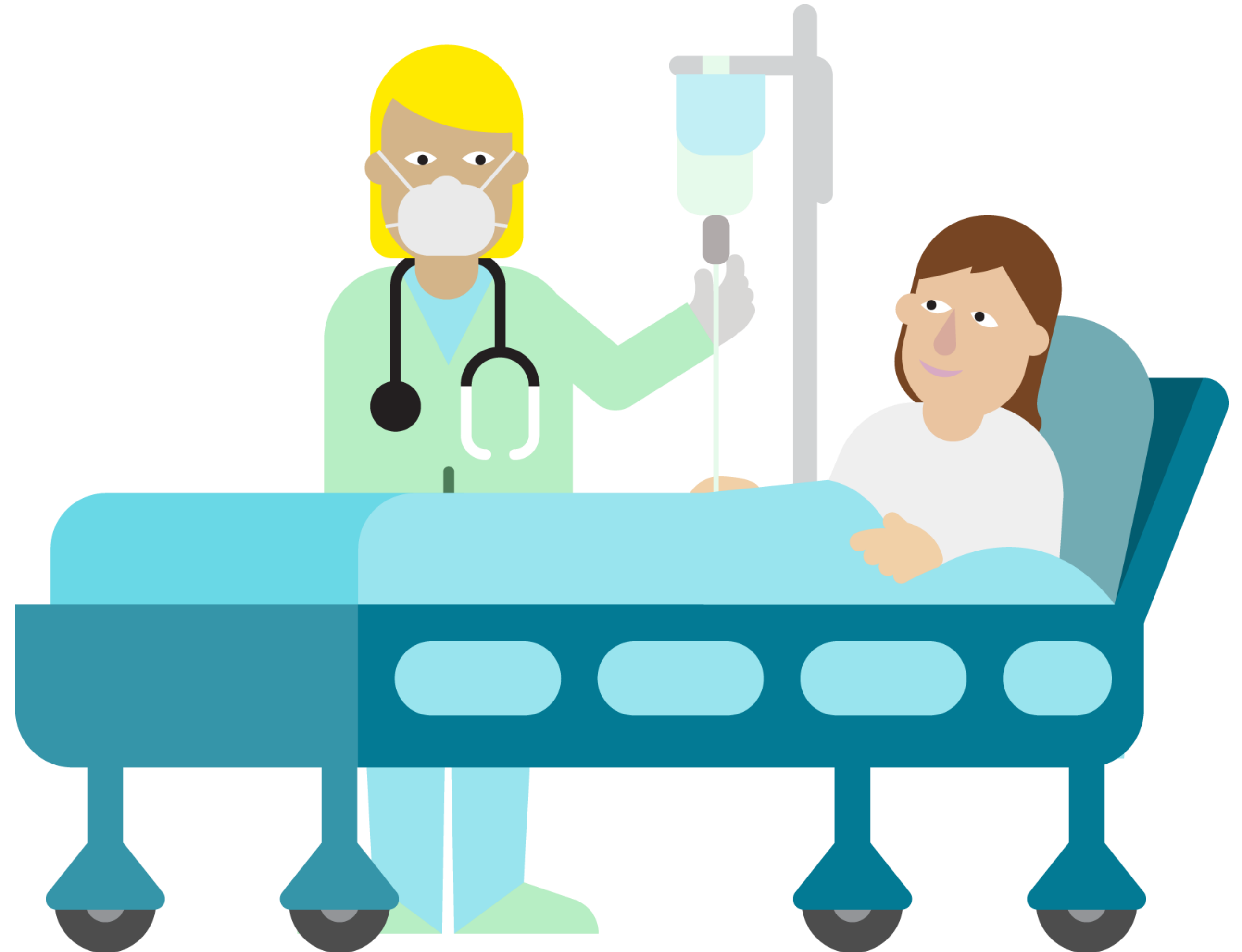
Reumatoid:

- endokarditt ([I39.-\\*](#))
- karditt ([I52.8\\*](#))
- myokarditt ([I41.8\\*](#))
- myopati ([G73.7\\*](#))
- perikarditt ([I32.8\\*](#))
- polynevropati ([G63.6\\*](#))



## Spørsmål 6

- Hva skjer i forhold til Innføring av nye diagnostiske kriterier for sepsis i Norge?
- Si noe om kriteriene?
- Når vil vi måtte bare forholde oss til SOFA skår og ikke SIRS?





# Svar 6

Det gjøres følgende endring i ICD-10 i 2017:

## **R65.1 Systemisk inflammatorisk responssyndrom av infeksøs årsak med organsvikt**

Alvorlig sepsis

**Infeksjon og SOFA-skår  $\geq 2$  poeng**

- Tillegg i undertekst for å presisere at denne koden skal benyttes når SOFA-skår for organsvikt ved infeksjon benyttes.
- Dette er en ren norsk endring, og SIRS-begrepet beholdes inntil videre.
- Innføring av SOFA-skår som klinisk kriterium gjøres av fagmiljøene uten at Direktoratet for e-helse bestemmer dette.



## Spørsmål 7+8

- Har stadig diskusjoner om koding av kontroll/oppfølging etter kirurgisk behandling for ondartet svulst. Kan dere evt. spesifisere riktig koding ved:
  - \* Første kontroll etter operasjon for kreft.
  - \* Videre kontroller etter operasjon for kreft utover første kontroll.
  - \* Oppfølging etter operasjon for kreft i urinblære hvor pasienten får Mitomycin-innstilling for å forebygge tilbakefall.
- Ville også sette pris på en «oppdatert» oversikt over koding ved kreftsykdom – fra utredning til og med kontrollopplegg, da det er mange forskjellige oppfatninger om hvordan dette skal kodes.



## Spørsmål 7+8

- Fant for så vidt svar på en del spørsmål i en oversikt over kreftkoding som ble publisert i regi av DRG-Forum 2015, men skulle likevel gjerne ha fått kort presisert koding på oppfølgende kontroller etter kreftoperasjon, dvs. når bruke kreftkoden som bi-tilstand (kun første besøk), skal en bruke for eksempel Z85.xx som bi-tilstand ved etterfølgende kontroller og da det spørsmålet jeg lurer mest på; koding ved poliklinisk besøk etter operasjon for blærekreft når det blir satt Mitomycin-innstallasjon for å forebygge residiv – skal en da bruke kreftkoden, evt. Z08 (selv om det i ordets forstand ikke er etterbehandling, men forebyggende behandling, evt. annen kode.



## Svar 7+8

- Koding i de ulike faser av utredning, behandling og kontroll ved kreft er ganske godt beskrevet i kapittel 9 i kodingsregelverket. Oppsummert:
- 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.
- 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 etterkontroller, der det ikke gis behandling, koder man først med en kode fra **Z08 Etterundersøkelse etter behandling for ondartet svulst**. Koden for den opprinnelige svulsten kan tas med som annen tilstand.
- 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.



# Spørsmål 9

Vil du sende inn spm. om anafylaktisk sjokk og hva som er kriteriene her. Og hva som må stå dokumentert i epikrisen?

Har en pas som kommer inn pga pustevansker og utslett etter Gammanorm i.v. hjemme. Utslett rundt øyne, blålig misfarging omkring munnen og gir dårlig kontakt. Det vurderes av legen at barnet har hatt en alvorlig anafylaktisk reaksjon på legemiddelet. Pas får EPI penn før ankomst sykehus, får anafylaksi behandling ved ankomst sykehus. Blir liggende 1 døgn til observasjon på sykehus. Ved utskrivelse fortsatt ødemer og noe rødmussete hud. Legen skriver også at pas har hatt en alvorlig livstruende reaksjon på medikamentet.

Er dette nok dokumentasjon for å kode for anafylaktisk sjokk? Eller må det stå at «pas har hatt et anafylaktisk sjokk» ?

Kodet av lege med **T78.2 Uspesifisert anafylaktisk sjokk**

Jeg mener det er riktig å endre kodingen til: Hovedtilstand: **L24.8 Toxisk dermatitt** og Andre tilstander: **T88.6 Anafylaktisk sjokk som skyldes riktig legemiddel gitt i terapeutisk dose + Y4n + ATC J06B A01**





# Svar 9

ICD-10 er litt uklar i sine definisjoner/inkluderinger i den vanlige koden for anafylaktisk sjokk.

## T78.2 Uspesifisert anafylaktisk sjokk

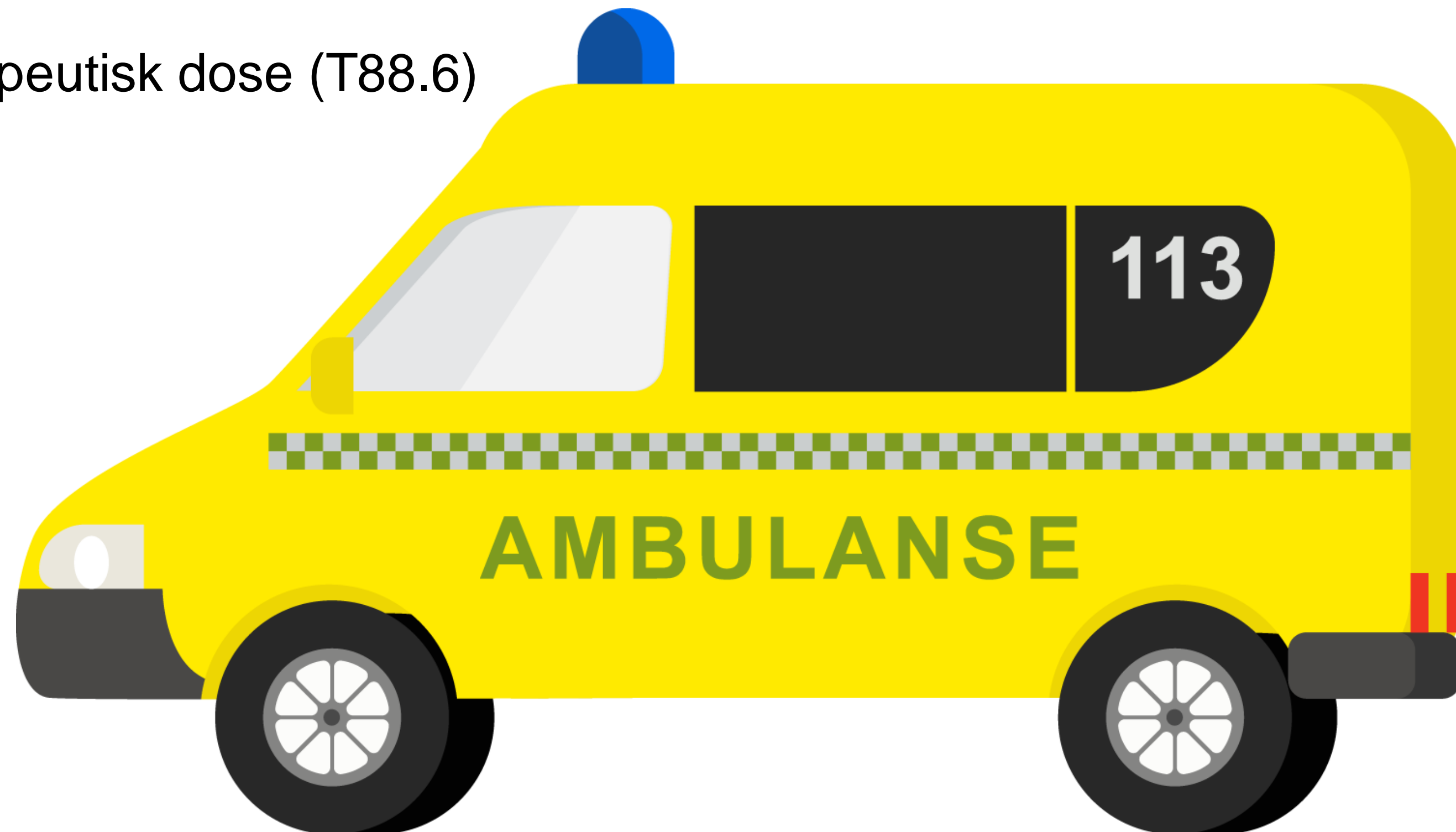
Allergisk sjokk INA

Anafylaksi INA

Anafylaktisk reaksjon INA

Ekskl: anafylaktisk sjokk som skyldes:

- bivirkning av riktig legemiddel gitt i terapeutisk dose (T88.6)
- serum (T80.5)
- ugunstig reaksjon på matvarer (T78.0)



# Svar 9



Det som er beskrevet er utvilsomt en anafylaktisk reaksjon, der respirasjonsbesvær ser ut til å være det viktigste.

Strengt tatt brukes begrepet «sjokk» bare ved et betydelig blodtrykksfall, og det er ikke nevnt noe om blodtrykket eller vanlige tegn på dette som klam hud og rask puls.

På den annen side inkluderes både «anafylaksi» og «anafylaktisk reaksjon» i underteksten til **T78.2**. Vi tolker dette som at alvorlige allergiske reaksjoner med allmennpåvirkning kan kodes med **T78.2** selv om det ikke foreligger et betydelig blodtrykksfall.

I dette tilfellet foreligger det en reaksjon på riktig legemiddel tatt i korrekt dose (formodentlig) og riktig kode blir da **T88.6 Anafylaktisk sjokk som skyldes bivirkning av riktig legemiddel gitt i terapeutisk dose**.

**L24.8** er feil, siden denne koden har tekst «Toksisk *kontakt*dermatitt som skyldes andre spesifiserte stoffer», noe som ikke foreligger her.

# Spørsmål 10



Har hatt en diskusjon med nyrelegene her og ut av det ble vi enige om å sende inn et spørsmål ved koding av nyresvikt.

Vi lurer på når det er aktuelt å bruke **N17.\_** og når vi må bruke **R39.2** for prerenal og postrenal nyresvikt. Nyrelegene mener det ikke er godt å si når i forløpet dette blir alvorligere og forårsaker «problemer» i nyrene i kortere eller lengre periode etterpå. Vårt spørsmål er da når er det lov å bruke **N17.\_**

# Svar 10



Kategoriblokken **Nyresvikt (N17-N19)** har eksklusjon ekstrarenal uremi ([R39.2](#))

**R39.2 Ekstrarenal uremi** skal derfor brukes så lenge det ikke er tilkommet skader i nyren som i seg selv gir nyresvikt. Når det er oppstått slike forandringer brukes **N17.- Akutt nyresvikt.**

Når i forløpet dette skjer, eller hvordan man skal skille dette diagnostisk, er et medisinsk faglig spørsmål som en lege må ta stilling til for den enkelte pasient.

# Spørsmål 11



I finn kode 2016 står det at prosedyre **LCA20** ikke kan brukes ved vaginal ekstraksjon av IUD. Noen poliklinikker bruker denne, andre ikke. (Refusjon for å trekke ut spiralen blir da 9973,- !)  
Hva er korrekt koding ved spiralfjerning?

# Svar 11



Svaret finnes i underteksten til kodene for innlegging og fjerning av spiral:

## **LCA 20 Fjerning av fremmedlegeme fra uterus**

Inklusive: Ekstraksjon av livmorinnlegg (IUD) ved intrauterin instrumentering

Eksklusive: Vaginal ekstraksjon av IUD (klassifiseres ikke som kirurgisk inngrep)

## **LCX 00 Innlegging av livmorinnlegg**

Intrauterine contraceptive device (IUD)

Normal vaginal ekstraksjon av livmorinnlegg klassifiseres ikke som kirurgisk inngrep

Vanlig fjerning av spiral skal altså ikke prosedyrekodes (vi har heller ingen NCMP-kode for det).

# Spørsmål 12



Kan dere si noe om komplikasjonskoding? Når skal komplikasjoner kodes ifht forventet komplikasjon eller ikke? Det er store forskjeller på koding mellom foretakene på T-koding.

# Svar 12



Vi antar at det her ikke menes komplikasjoner som skjer tilfeldig eller i form av uhell i forbindelse med undersøkelse eller behandling, men effekter som er uønskede men påregnelige eller uunngåelige hvis undersøkelsen eller behandlingen skal kunne gjennomføres. Det kan være stråleskader på friskt vev, organskade pga. cytostatikabehandling eller skade på nærliggende strukturer ved kirurgi for å få nødvendig tilgang eller for å få fjernet patologiske forandringer.

I slike tilfeller må det dokumenteres i journalen med ord hva som er gjort og hvorfor, dersom den uønskede effekten oppstår under samme kontakt som det som forårsaker den. Oppdages den i ettertid kodes den dersom den har betydning for helsehjelpen under den aktuelle kontakten.

Koder for påregnelige eller uunngåelige uønskede effekter kan finnes blant **T80-T88**, men vel så ofte i kategoriene under:





# Svar 12

- 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 ørebensknute (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**

Årsakskode i slike tilfeller (som ikke skyldes feil eller uhell) blir en av disse:

- Y65.8 Annen spesifisert skade på pasient under medisinske eller kirurgiske prosedyrer**
- Y83.- Pasientreaksjon som følge av kirurgisk prosedyre, og senere komplikasjon til slik prosedyre, hvis selve prosedyren forløp uten anmerkning om skade**
- Y84.- Pasientreaksjon som følge av annen medisinsk prosedyre (ikke kirurgisk), og senere komplikasjon til slik prosedyre, hvis selve prosedyren forløp uten anmerkning om skade.**



# Kodehjelpsvar er ferskvare

- Kodingsregler endres når det er nødvendig
- Kodeverkene oppdateres – koder kommer inn og går ut
- [kodehjelp@ehelse.no](mailto:kodehjelp@ehelse.no) har nå stadig kortere svartid
- Gjennomsnittlig tid fra mottak av spørsmål til første svar i oktober var 7,3 kalenderdager
- Svar på spørsmål som stadig kommer igjen tas ofte inn i kodingsregelverket, som codespesifikke merknader eller småtemaer i siste del av publikasjonen





Direktoratet for  
e-helse