

# Kodespørsmål og svar – og kanskje litt annet

Bente Nessian og Lill Irene Hind  
m/ E-helsedirektoratet i ryggen

# Spørsmål:

Pasient med kraniebrudd får fjernet del av skallen pga infeksjon eller hevelse

Kommer tilbake etter en viss tid for å gjøre en av to ting:

1. Legge tilbake beinbiten som ble fjernet
2. Få «kunstig» skallebit av titan og mesh

Hvordan skal disse kontaktene kodes. Skal man bruke opprinnelig skade, Z420, Z488, Z478?

**Svar:** (Direkte fra E-helsedirektoratet)

HT: Z42.0

AT: Opprinnelig skade eller infeksjon (om posttraumatisk infeksjon)

Eventuelt T98.3 om det er snakk om postop infeksjon

Prosedyrer:

1: AAK85 Replantasjon av tidligere eksidert skalletak

2: AAK99 Annen operasjon på kranium eller dura

+ evt ZXL20 Implantasjon av individuelt utformet protese

# Spørsmål:

Barnehabilitering ønsker å bruke prosedyrekoden «IBBB20 Psykoedukativ behandling, gruppebehandling» på gruppebehandling av barn med diagnose som f.eks F70, F84; Q90. Koden er plassert under kapittelet for psykiatri i ISF-regelverket. Blir det likevel riktig dersom man ønsker å benytte den i somatikken? Den grupperer til en vanlig DRG. I psykiatrien grupperer den til en DRG som spesifiserer gruppebehandling.

## Svar:

Alle fagfelt kan bruke koder fra alle kapitler, så ja – de kan bruke IBBB20. I somatikken må koden ZWWA30 brukes i tillegg slik at grupperingen blir korrekt

# Spørsmål:

Konsultasjoner som krever tolk er mye mere ressurskrevende enn konsultasjoner der det ikke benyttes tolk.

Ikke bare trenger man en tolk, disse konsultasjonene varer også mye lenger.

Kan man tenke seg at det kan registreres en prosedyrekode for tolk, som genererer et poengtillegg på samme måte som for ambulante konsultasjoner?

Dette er et forslag til regelverket for 2024.

**Svar:**



Forslag til endring i regelverket må sendes helsedirektoratet og ikke DRG-forum.

# Spørsmål:

Hvordan kodes det ved spontant oppståtte hematomer når det ikke beskrives verken traume eller antikoagulasjonsbehandling som årsak til blødning/hematom?



**Svar:**



R58 Blødning, ikke klassifisert annet sted

# Spørsmål:

- Pasient som er levertransplantert (på grunn av antatt alkoholindusert levercirrhose) ved annet sykehus og som nå overflyttes til vårt sykehus for «videre behandling og oppfølging». Inngrepet er vellykket, pasienten er smertefri, i god allmenntilstand og det handler stort sett om oppfølgende prøver (ordinære blodprøver, CMV PCR og Takrolimus-speil), samt videreføring av igangsatt behandling for hypokalemi, hypomagnesemi og videreføring av Bactrim-behandling for påvist Bordertella Pertussis. Inneliggende i 3 dager.
- Hvordan bør dette oppholdet kodes? Er dette et etterbehandlingsopphold med **Z48.8 Kont. med h.tj. for annen spes. etterbeh. etter operasjon** som hovedkode, og **Z94.4 Status etter transplantert lever** som bikode? Dette rimer med formuleringer i Kodeveiledning 2023 om bruk av Z48.8 ved opphold som «ledd i rutinemessig etterbehandling».
- Eller kan **Z94.4 Status etter transplantert lever** stå som hovedkode ettersom det er oppfølging av dette som er det primære?
-

## Svar:

- Z48.8
- Z94.4, E87.6, E83.4
- videreføring av Bactrim-behandling for påvist Bordertella Pertussis vanskelig å kode når man ikke vet hvor infeksjonen er

# Spørsmål:

- Når en diabetespasient legges inn med ketoacidose og man finner feil ved sensoren på insulinpumpa som årsak til dette, hvordan skal vi da kode dette?
- Blir det komplikasjon til behandling som hovedkode med f.eks **T88.8 Andre spes. komp. til kirurgisk og medisinsk behandling IKAS** og **Y82.0 Svikt ved med-tek. utst. IKAS, diagn. el. monitoreringsutst.?** Og E10.1 Diabetes mellitus type 1 med ketoacidose som bikode, med tankegangen at komplikasjonen er bakenforliggende årsak og ettersom man også retter helsehjelpen mot dette (sensor byttes osv) så skal denne stå som hovedkode?
- Eller gjelder prinsippet om hva helsehjelpen hovedsakelig har vært rettet mot her, og diabetes ketoacidose blir det mest ressurskrevende og dermed hovedkode?

**Svar:**

E10.1 – diabetes med ketoacidose

Y82.0 – svikt medisinsk teknisk utstyr

# Spørsmål:



Hvordan det er riktig å kode kontroll/ vurdering for tilbakelegging av tarm?

# Svar:

- Dette vil vel være en etterundersøkelse
  - Z08/Z09 + opprinnelig sykdom og Z93.x

# Spørsmål:

I vårt akuttmottak kan pasientene vurderes på flere ulike fagavdelinger før endelig fagavdelingen blir avklart. Pasienten blir som regel først registrert på akuttmedisinsk avdeling hvor det startes vurdering og evt. behandling før han/hun etter avtale mellom behandlere overføres til en annen fagavdeling som vurderer og behandler pasienten videre. Noen ganger kan dette utgjøre opptil 4 ulike avdelinger i akuttmottak før pasienten avslutter oppholdet i en endelig avdeling. Et sykehusopphold består da av 4 ulike episoder som hver skal kodes. Prøver å kode hver episode ut fra hva som er vurdert og funnet/gitt behandling for, men ofte blir det samme koder som brukes på alle episodene enn den siste. Er det nødvendig å kode alle disse episodene eller kan vi kun kode behandlingen i den siste episoden? Blir svært mange episoder som skal kodes og som har liten verdi for endelig koding.



**Svar:**



Alle avdelingsopphold skal kodes for seg.

Om det blir mye må man heller se på organiseringen

# Spørsmål:

Bruk av kode Z80.0 familiær opplysning om ondartet svults i fordøyelsesorgan i familie anamnesen. Bruker denne koden på de pasientene som med jevne mellomrom undersøkes med henblikk om de har utviklet tegn på ondartet svults pga. at de har dette i familie anamnesen. Hvilken kode skal være hovedtilstand? Får opp i valideringsrapport at Z80.0 brukt som HT er regelbrudd R174\* - kan den da bruke HT fra Z12.x?

## Svar:

- Her må man bruke koden Z01.8 – annen spesifisert undersøkelse. Z80 og evt prosedyrekoder vil gi nødvendig tilleggsinformasjon

# Spørsmål:

- Bruk av kode Z50.89 – Står i kodeveiledningen at et av kravene til å bruke denne koden er at arbeidet ledes av legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering. I neste setningen står det at i tillegg kan legespesialist på aktuelt sykdomsområde som rehabiliteres være ansvarlig for rehabiliteringen. Betyr dette at hvis vi ønsker å lage et hjerterehabiliteringsprogram er det ok at spesialist i hjertemedisin er ansvarlig for rehabiliteringen eller må det være en legespesialist i fysikalskmedisin og rehabilitering?

# Svar:

- I følge ISF-regelverket kan en legespesialist innenfor aktuelt sykdomsområde være ansvarlig for rehabiliteringen, og spesialisten skal ha hatt personlig kontakt med pasienten under oppholdet.
- Ved koding av Kompleks rehabilitering Z50.80 gjelder andre regler.

# Spørsmål:

- Skal man bruke Y4n i tillegg til alle kodene som ha teksten Legemiddelutløst..... , D70, K52.1, K71.1, R50.2, L27.0, L27.1, D68.3, D69.5, E23.1, E24,2, E27.3, G24.0 G25.4, G25.1, G62.0 etc.

# Svar:

- Ikke enkelt å svare. Det står beskrevet forskjellig i ICD10/finn kode og i kodeveiledningen.
- I ICD-10 står det
- *«Bruk hvis mulig tilleggskode fra kapittel XX for å angi medikament, hvis medikamentindusert»*
- I kodeveiledningen står det at Y4n + ATC-kode skal registreres
- MEN: Y4n forklarer at medikamentet er tatt i terapeutisk dose.

# Spørsmål:

- Vi har mange som kommer tilbake etter kreftbehandling med feber og kvalme eller diare, men som ellers er OK. Etter kontroll av blodprøver kan de ofte reise hjem etter noen timer eller senest neste morgen. Da er det vel greit å kode R50.2 R11+ ATC-kode for det aktuelle medikament + C-koden.



## Svar:

Det må være greit å kode slik. Men ta med Y4n.

Y4n forklarer at medikamentet er tatt i terapeutisk dose.

R50.2, R11, Y4n + ATC-kode for det aktuelle medikament + C-koden.

## Spørsmål:

### Fortsatt reaksjon etter kreftbehandling

- Pasientene som kommer inn med Toksisk gastritt/colitt og uttørret,
- K52.1, + ATC-kode, E86 + C-kode ?
- De blir liggende en uke eller mer, behandles med prednison, men som kommer seg; og kan gjenoppta behandlingen senere.
- Er det en komplikasjon?

**Svar:**

K52.1 Medikamentindusert gastroenteritt og kolitt

Det er vel «forventet» medikamentreaksjon, og ikke en komplikasjon.

Det skal ikke være nødvendig å bruke komplikasjonskoder her

**Spørsmål:**

Hvordan koder man **cytomegalovirus med kolitt og enteritt?**

# Svar:

B25.8 Andre spesifiserte cytomegalovirus sykdommer

K93.8\* Sykdommer i andre spesifiserte fordøyelsesorganer ved sykdommer klassifisert annet sted

# Finansiering av kvinnehelse

Innsendt fra SSH:



- Betragtning rundt refusjonsbeløp på to case:
- Case 1 (testgrupperer 1): Kvinne opereres med keisersnitt, får en postoperativ sårinfeksjon og må gjennom en reoperasjon for overfladisk infeksjon. Refusjonsbeløp: **18 863,30**
- Case 2 (testgrupperer 2): Kvinne opereres for appendisitt, får en postoperativ sårinfeksjon og må gjennom en reoperasjon for overfladisk infeksjon. Refusjonsbeløp: **87 368,95**

# Finansiering av kvinnehelse



Utklipp fra VG (<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/15WnKI/mener-kvinnehelse-er-den-store-taperen-blir-systematisk-diskriminert>)

Gynekolog Stig Hill:

Mens en kvinne som skal fjerne livmoren genererer **16.389 kroner**, får sykehuset **23.831 kroner** dersom en pasient skal fjerne blindtarmen. Uten komplikasjoner tar blindtarmoperasjonen rundt en halv time, mens livmor-operasjonen er definert som et relativt komplisert inngrep.

Eva Wensaas, helsedirektoratet:

Blindtarmoperasjoner skjer ofte ved at pasienten kommer inn akutt til sykehuset. Dette skjer i mindre grad for inngrep på livmor. Dette kan bidra til at kostnaden knyttet til blindtarmoperasjon kan bli høyere.

**Hun påpeker også at fjerning av livmor ligger i en DRG-kategori som inneholder 130 ulike inngrep, som alle gir samme tilbakebetaling basert på en gjennomsnittskostnad.**

# Finansiering av kvinnehelse



DRG 359 Op på uterus/adn ved ondartede sykd u/bk

Vekt 1,575 – tilsvarende snittkostnad på 77.937,-

Refusjon 0,828 – pga skal være dagkirurgi

Hysterektomi dagkirurgisk?

KPP 2021 på UNN.

Alle i DRG 359: Snittkostnad 114.000

Hysterektomier i 359: Snittkostnad 144.000