

ICD-10 KODEVEILEDNING 2007

Forfattere:
Arnt Ole Ree
Glen Thorsen

Innledning

Dato:
5. februar 2007

Rapporten inneholder definisjoner, overordnede retningslinjer og generell veiledning i diagnosekoding etter ICD-10. Den er ment som innledning til en serie med retningslinjer for koding i spesialisthelsetjenesten ordnet etter utvalgte kliniske emneområder, hovedsakelig ICD-10-koding, i enkelte tilfelle også prosedyrekoding.

Serien bygger på ICD-10 kodeveiledning 2000 (KITH Rapport 20/2000), som ble utgitt som trykksak i år 2000. Informasjonen er oppdatert og det er tilkommet en rekke nye emneområder. Årets utgave kommer ikke ut som trykksak, men publiseres på Internett, ikke som samlet dokument men som separate dokumenter for hvert emneområdet.

Veiledningen er utarbeidet på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet, som også har godkjent den.

1 Enkelte sentrale termer og definisjoner

1.1 Enkel koding

Ved enkel koding beskrives én og samme tilstand med én kode.

Hovedtilstand: Den tilstand som er hovedårsaken til behovet for helsehjelp, bedømt ved avslutningen av oppholdet eller konsultasjonen. Hvis mer enn én tilstand bedømmes som like viktige, og ingen annen er viktigere, så velges den mest ressurskrevende av dem som hovedtilstand. For visse bestemte områder er det i tillegg i Norge gitt nasjonale bestemmelser som overstyrer den generelle regelen for hva som er hovedtilstand, se under avsnitt 2.1.

Diagnosekoden for hovedtilstanden utgjør ”**hoveddiagnose**” i DRG-sammenheng, jfr. illustrasjonen nedenfor.

Annen tilstand: Annen tilstand eller annet helseproblem som eksisterer samtidig med hovedtilstanden eller som utvikler seg 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.

Diagnosekoder for andre tilstander utgjør ”**bidiagnoser**” i DRG-sammenheng, jfr. illustrasjonen på neste side.

1.2 Multippel koding

Ved multippel koding beskrives én og samme tilstand med mer enn én kode. Flere koder brukes for å belyse ulike aspekter av samme problemstilling og/eller gi tilleggsinformasjon for å dokumentere eller presisere problemstillingen ytterligere. Multippel koding er aktuell for både hovedtilstand og andre tilstander.

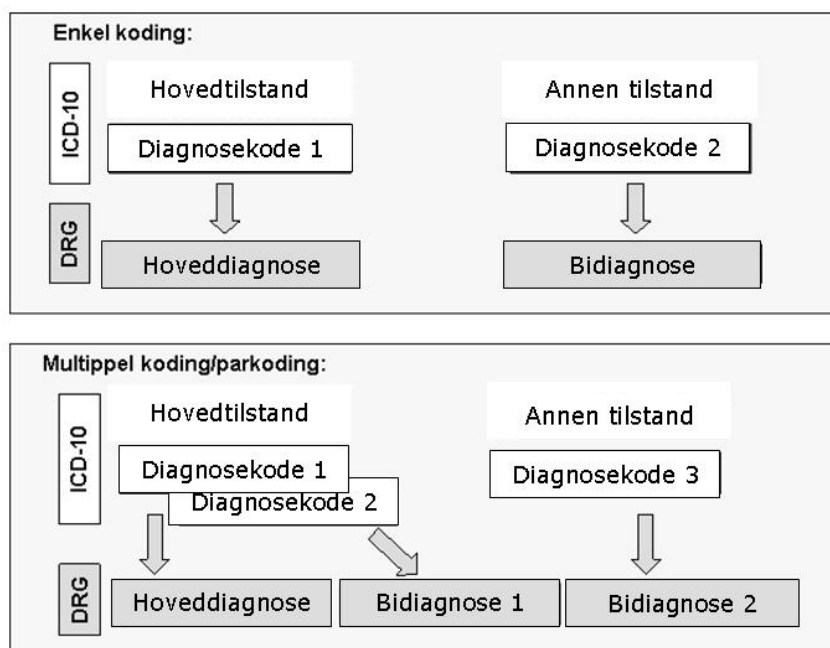
Parkoding

Multippel koding med to koder. Brukes oftest om ICD-10 sverd/stjernekode (se nedenfor).

DRG: Hvis hovedtilstanden er multippekodet, er for DRG-formål hoveddiagnosen hovedkoden for hovedtilstanden, som oppføres først. Men hvis hovedtilstanden er en sverd-stjerne kode, blir stjernekode for DRG-formål hoveddiagnose, selv om den skal registreres etter sverdkoden. Bidiagnoser for DRG-formål er alle andre diagnosekoder enn koden for hoveddiagnose, som har betydning for ressursforbruk, dette blir eventuelle tilleggs-koder for hovedtilstand og enhver kode for andre tilstander.

Den nyansering som multippel koding tillater er altså irrelevant for DRG-systemet. En diagnose i DRG-sammenheng svarer derfor til én enkelt ICD-10 diagnosekode.

Illustrasjon: Forholdet mellom ICD-10 og DRG:



Figuren viser sammenhengen ved de fleste former for multippel koding. For sverd-stjernekode gjelder den spesielle regel at sverdkoden ignoreres ved DRG-beregning, slik at diagnosekode 2 da blir hoveddiagnose.

2 Generelt om ICD-10 diagnosekoding

ICD-10 er utviklet for koding av dødsårsaker, sykdom og helseproblemer. Valg av riktige koder i henhold til ICD-10 er ikke alltid enkelt, fordi det i stor grad mangler kriterier og definisjoner og klassifikasjonen er ikke alltid logisk utformet. Det er ulike retningslinjer for koding av dødsårsaker og sykdomstilfelle.

Valg av riktige koder for hovedtilstand og andre tilstander er viktig, likeledes korrekt rapportering av denne informasjonen, som har betydning både for statistikk og økonomisk oppgjør. I dette dokumentet fremstilles prinsippene for koding av sykdommer og helseproblemer noen ganger på ulike måter, i form av sitater og eksempler fra *Opplæring ICD-10*¹ og systematisk del av boken. En del informasjon er gitt begge steder, og ikke alltid med full overensstemmelse i alle nyanser.

ICD-10 omfatter som kjent en rekke konvensjoner som ikke alltid er logiske og medisinsk sett korrekt ut fra dagens kunnskap. Det er mange hensyn å ivareta for en global sykdomsklassifikasjon: Kontinuitet i kodeverk og statistikk, tilpasning til ulike lands behov, felles retningslinjer for bruk etc., som gjør at det kan gå mange år før ny medisinsk erkjennelse representeres hensiktsmessig i ICD-10.

2.1 Hvilke tilstander skal kodes ved sykehusopphold og polikliniske kontakter?

Hovedtilstanden skal registreres først.

- Hovedtilstanden er den tilstanden som er den viktigste årsaken til behovet for helsehjelp
- Hva som er viktigst bedømmes ved avslutningen av oppholdet eller konsultasjonen
- Hvis mer enn én tilstand bedømmes som like viktige, og ingen annen tilstand er viktigere, skal den av dem som bedømmes som mest ressurskrevende velges som hovedtilstand. Bedømmelsen av hva som er mest ressurskrevende skal skje ved skjønnsmessig bedømmelse som gjelder den individuelle pasient, ikke pasientgrupper
- Hvis det ikke ble stilt noen diagnose, skal hovedsymptomet, det viktigste anomalitetsfunnet eller problemet anses som hovedtilstand.
- Hvis det heller ikke foreligger symptomer eller anomalitetsfunn, velges en kode for kontaktårsak fra kapittel XXI (Z-koder).

Andre tilstander som skal registreres

- I tillegg til hovedtilstanden skal man ta med hver enkelt av de andre tilstandene eller problemene som ble håndtert eller som det måtte tas hensyn til i løpet av omsorgsepisoden.

¹ Vedlegg 2 i boken, tidligere utgitt separat som *Opplæringshefte ICD-10*. Kan lastes ned fra www.kith.no/ICD10.

- ”Andre tilstander” er de tilstander som eksisterer samtidig med hovedtilstanden, eller som utvikler seg i løpet av behandlingsperioden, og som får konsekvenser for undersøkelser eller behandling.
- Kroniske eller andre tilstander som relaterer seg til tidligere omsorgsepisoder, og som ikke undersøkes, behandles eller vurderes under aktuelle kontakt skal ikke tas med.

Nasjonale unntaks- og tilleggsregler for koding av hovedtilstand og andre tilstander

I Norge er det vedtatt nasjonale regler for koding som fraviker ovenstående regler for koding av hovedtilstand. I tillegg kan det være regler for koding av andre tilstander og andre krav som det gjøres rede for i Informasjonsheftet om Innsatsstyrt finansiering (ISF-heftet).

- Vedlikeholdsbehandling med dialysebehandling skal kodes med "Z49.1 Ekstrakorporal dialyse" eller "Z49.2 Annen dialyse", og ikke med koder i kategoriene N17-N19
- Fremmøte til kortvarig kjemoterapi (poliklinisk eller ved 1-2 døgns innleggelse) kodes med nasjonale femtegnskoder under Z51.1 med tillegg av kode for kreftsykdommen
- Fremmøte til poliklinisk strålebehandling kodes med Z51.0 med tillegg av kode for kreftsykdommen
- Fremmøte til behandling ved palliativt senter kodes med nasjonal femtegnskode Z51.50 som hovedtilstand eller som annen tilstand (tilleggskode) etter regler i ISF-heftet
- Rehabilitering kodes med nasjonal femtegnskode Z50.89 eller Z50.80 etter regler i ISF-heftet
- Friske nyfødte skal kodes med firetegnskode under Z38
- Ved lav fødselsvekt kodes dette som hoved- eller annen tilstand med nasjonale femtegnskoder under P07.0 eller P07.1

2.2 Bruk av ”uspesifiserte” eller ”andre spesifiserte” kategorier og tre-, fire- og femtegnskoder

En vanlig form for feilkoding er uspesifisert koding, hvor uspesifisert i stedet for spesifisert firetegnskategori velges, eller fordi det ikke finnes en spesifisert firetegnskategori som passer.

- Uspesifiserte firetegnskoder, som i de fleste tilfelle (men ikke alltid!²) slutter med .9, har samme meningsinnhold som den overliggende tretegnskode, og skal bare brukes når det mangler informasjon som tillater spesifisert firetegnskoding. Det er altså ikke frivillig å la være å spesifisere
- Når man kan spesifisere hva det gjelder, men det ikke finnes en firetegnskode for akkurat dette skal ”andre spesifiserte” kategorier brukes, ikke ”uspesifiserte”

² For eksempel betyr fjerdetegn .9 ved koding av diabetes mellitus ”uten komplikasjoner”.

- Tretegnskoder er ugyldige for kategorier hvor underinndeling i firetegnskoder foreligger. Ugyldige tretegnskoder finnes ikke i offisielle koderegistre
- Femtegnsinndeling er bare obligatorisk i tilfelle hvor nasjonale helsemyndigheter krever dette, ellers frivillig