

Kategori: Pasientbehandling/Pasientadministrasjon	Gyldig fra/til: 23.01.2025/23.01.2026
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Fellesdokumenter/Pasientbehandling	Versjon: 1.00
Godkjenner: Marta Ebbing	Prosedyre
Dok. ansvarlig: Pål Ove Vadset	Dok.id: D80821

## Innhold

1	Hensikt .....	1
2	Målgruppe .....	1
3	Ansvar .....	1
4	Gjennomføring.....	1
4.1	Valg av tilstander .....	2
4.2	Dokumentasjonskrav .....	3
4.3	Koding av symptomer og bakenforliggende tilstand .....	3
4.4	Utskriving i påvente av prøvesvar eller uavklarte tilstander .....	3
4.5	Korrigering av koder .....	3
4.6	Varsling av epikriseansvarlig lege/behandler ved korrigering av koding i ettertid .....	4
5	Definisjoner og begreper .....	5
6	Referanser .....	5
7	Endringer siden forrige versjon .....	5

## 1 Hensikt

Beskrive hvordan den medisinske kodingen i Helse Bergen HF skal utføres, og hvilke rutiner sykehuset har for å kontrollere og eventuelt endre de medisinske kodene som er registrert.

## 2 Målgruppe

Alle ledere, behandlere og administrativt personell som arbeider med medisinsk koding og kvalitetssikring av medisinsk koding.

## 3 Ansvar

Nivå 2-leder har ansvar for å gjøre prosedyren kjent i sin enhet, og at arbeidet med medisinsk koding organiseres forsvarlig i enheten i tråd med retningslinjen [Medisinsk koding i Helse Bergen - opplæring, veiledning og kontroll](#)

Seksjonsleder Helsetjenesteutvikling har ansvar for at prosedyren blir oppdatert ved behov.

## 4 Gjennomføring

Medisinsk koding er prosessen med å tilordne koder for å beskrive tilstander (sykdommer, symptomer), undersøkelser og behandlinger basert på etablerte kodeverk som ICD-10 for diagnoser og NCSP/NCRP/NCMP for prosedyrer. Dette dokumentet beskriver hvordan man

bestemmer hoved- og andre tilstander, samt hvordan man håndterer evt. endringer i koding i ettertid.

#### 4.1 Valg av tilstander

En tilstand beskriver årsaken til kontakt med helsetjenesten. Det kan være en sykdom, et symptom, en skade, en fysiologisk tilstand (som graviditet), eller en årsak som har med å forebygge sykdom å gjøre (som vaksinasjon, screening, etterkontroll eller utelukkelse av farlig sykdom).

Før den medisinske kodingen starter, avgjøres hvilke tilstander som er relevante for den aktuelle kontakten (innleggelsen eller konsultasjonen).

- **Hovedtilstand** er den tilstanden som helsehjelpen hovedsakelig er gitt for, bedømt ved slutten av innleggelsen eller konsultasjonen. Hvis det er to likeverdige tilstander som begge kan være hovedtilstand, velges den tilstanden som har krevd mest medisinske ressurser som hovedtilstand. Ressursbruk skal imidlertid aldri være hovedkriterium ved valg av hovedtilstand.
- **Andre tilstander** er tilstander som eksisterer samtidig med hovedtilstanden eller oppstår i løpet av behandlingsperioden, og som blir undersøkt, behandlet eller vurdert under den aktuelle innleggelsen eller konsultasjonen.
- **Komplikasjoner** skal som hovedregel kodes som annen tilstand på den innleggelsen eller konsultasjonen der komplikasjonen oppstår. Det kan imidlertid være vanskelig å vite når en komplikasjon til en behandling skal være hovedtilstand eller annen tilstand. Ved en innleggelse der pasienten kommer for å få behandling for sin komplikasjon, vil komplikasjonen være hovedtilstand for denne innleggelsen. Ved koding av komplikasjoner, kan tilstander som beskriver komplikasjonen mer presist legges til som annen kode. I tillegg skal det legges til årsakskode fra kapittel «XX Ytre årsaker til sykdommer, skader og dødsfall.»
- **Pasienteksempel komplikasjoner:** Pasient får en skade på ureter under en gynekologisk operasjon, for eksempel en hysterektomi. Dette oppdages raskt og etter den gynekologiske operasjonen overflyttes pasienten fra gynekologisk til urologisk avdeling for videre behandling. Hovedtilstand ved den avdelingen der komplikasjonen oppstår skal være den opprinnelige behandlingen med komplikasjonen som annen tilstand. Ved overføring til annen avdeling for å behandle komplikasjonen skal komplikasjonen kodes som hovedtilstand.

Medisinsk koding (kun diagnoser) ved gynekologisk avdeling:

Hovedtilstand:	D25.0 Submukøst leiomyom i livmor
Annen tilstand	T81.2 Utilsiktet punksjon og laserasjon under kirurgiske og medisinske prosedyrer

Annen tilstand	S37.1 Skade på urinleder
Annen tilstand	Y60.0 Under kirurgisk prosedyre

Medisinsk koding ved urologisk avdeling:

Hovedtilstand:	T81.2 Utilsiktet punksjon og laserasjon under kirurgiske og medisinske prosedyrer
Annen tilstand	S37.1 Skade på urinleder
Annen tilstand	Y60.0 Under kirurgisk prosedyre
Annen tilstand	D25.0 Submukøst leiomyom i livmor

#### 4.2 Dokumentasjonskrav

For at en tilstand skal kunne kodes, skal det fremgå av den skriftlige journal-dokumentasjonen at tilstanden er undersøkt, behandlet, vurdert eller har hatt reell betydning for den øvrige behandlingen under innleggelsen. Alle tilstander som tas med må være dokumentert i pasientens journal, og ha hatt reell betydning under innleggelsen. Dette gjelder både hovedtilstand og eventuelle andre tilstander.

#### 4.3 Koding av symptomer og bakenforliggende tilstand

Symptomer som er forventede følger av en annen tilstand skal ikke kodes separat, med mindre de utgjør et viktig problem i seg selv. Hvis man vet hvilken sykdom eller skade som forårsaker symptomet, skal selve symptomet ikke kodes, med mindre det er et uvanlig symptom ved tilstanden eller er så viktig at man vil fremheve det særskilt. For eksempel skal hoste eller feber ikke kodes hvis pasienten er forkjølet eller har lungebetennelse. Smerter kodes ikke ved skader. Eksempler inkluderer urinretensjon ved prostatakreft eller betydelig dehydrering ved gastroenteritt. Vanlig kvalme ved graviditet trenger man heller ikke kode.

#### 4.4 Utskriving i påvente av prøvesvar eller uavklarte tilstander

Ved utskrivning av pasienter i påvente av prøvesvar eller andre uavklarte situasjoner:

- Vent med koding til prøvesvar foreligger hvis mulig
- Hvis ventetiden er for lang (over 7 dager), må innleggelsen kodes ut fra tilgjengelig informasjon og koder endres/legges til i ettertid når nødvendig. Slike endringer må dokumenteres i pasientens journal,

#### 4.5 Korrigering av koder

Korrigering av koder kan være nødvendig hvis ny informasjon kommer frem eller feil i kodingen oppdages. Korrigeringer skal i hovedsak utføres iht. følgende hovedregler:

Kode-type:	Problem:	Tiltak:	Varsel til:	Kan korrigeres av:	Godkjennes av:
Hovedtilstand	Feil hovedtilstand valgt	Endring av hovedtilstand krever ny epikrise eller tilleggsnotat	Epikrise-ansvarlig lege/ behandler	Merkantil/ lege/ behandler	Epikrise-ansvarlig lege/ behandler

Kode-type:	Problem:	Tiltak:	Varsel til:	Kan korrigeres av:	Godkjennes av:
	Unøyaktig hoved-tilstand valgt	Mindre endringer f.eks. på desimal (N39.9 til N39.0) kan gjøres uten ny epikrise og varsel		Merkantil/lege/ behandler	Merkantil
Andre tilstander	Manglende andre tilstander	Dokumenterte tilstander legges til		Merkantil/lege/ behandler	Merkantil
	Tilstands-koder som ikke er dokumentert eller er feil	Ved manglende dokumentasjon må denne oppdateres	Epikrise-ansvarlig lege/ behandler	Merkantil/lege/ behandler	Epikrise-ansvarlig lege/ behandler
		Slettes		Merkantil/lege/ behandler	Merkantil
Prosedyrer	Feil prosedyre-koder	Riktig prosedyrekode benyttes, og dokumentasjonen oppdateres	Epikrise-ansvarlig lege/ behandler	Merkantil/lege/ behandler	Epikrise-ansvarlig lege/ behandler
	Manglende prosedyre-koder	Koder legges til hvis prosedyrene er utført og dokumentert		Merkantil/lege/ behandler	Merkantil ressurs
		Ved manglende dokumentasjon må denne oppdateres og kode legges til	Epikrise-ansvarlig lege/ behandler	Merkantil/lege/ behandler	Epikriseansvarlig lege/ behandler

#### 4.6 Varsling av epikriseansvarlig lege/ behandler ved korrigering av koding i ettertid

Det er i mange tilfeller viktig å varsle epikriseansvarlig lege/ behandler om endringer i kodingen for godkjenning. Dette gjelder særlig når hovedtilstand endres, samt dersom dokumentasjonen må korrigeres. Noen endringer er imidlertid av en slik art at det ikke trengs varsling til epikriseansvarlig lege/ behandler. Dette gjelder feil på desimalnivå, opplagte tastefeil eller andre bagatellmessige feil.

- Ny hovedtilstand skal varsles til epikriseansvarlig lege/ behandler og godkjennes. Dette gjelder ikke ved mindre endringer der meningen i epikrisen ikke endres, f.eks. fra uspesifisert lungebetennelse til pneumokokklungebetennelse dersom bakteriologi viser pneumokokker.
- Andre tilstander som er korrekt dokumentert i pasientens journal, men ikke kodet, kan legges til uten å varsle epikriseansvarlig lege.
- Andre tilstander som ikke er dokumentert bør varsles om slik at de kan fjernes eller dokumentasjonen oppdateres.
- Prosedyrer som er korrekt dokumentert, kan legges til. Prosedyrer uten dokumentasjon bør meldes til epikriseansvarlig.

Denne fremgangsmåten sikrer at medisinsk koding utføres korrekt og at nødvendige endringer dokumenteres og håndteres på en systematisk måte.

## 5 Definisjoner og begreper

**En tilstand** er uttrykt med en eller flere diagnosekoder (ICD-10). Den første tilstanden av de registrerte tilstandene skal være hoved-tilstanden. ([Informasjonsmodell og meldinger - FHI](#))

**En kontakt** er en uavbrutt samhandling mellom pasient og helsepersonell hvor det utføres helsehjelp for pasienten eller indirekte kontakt. ([Informasjonsmodell og meldinger - FHI](#)). Eksempler er poliklinisk konsultasjon, dagopphold eller døgnopphold.

**Et avdelingsopphold** er en sammenhengende tidsperiode med innleggelse ved samme avdeling for en pasient. Et avdelingsopphold kan bestå av null til mange døgn. Ved skifte av avdeling oppstår et nytt avdelingsopphold ([Informasjonsmodell og meldinger - FHI](#))

## 6 Referanser

Interne referanser

[1.2.5-22](#)

[Medisinsk koding i Helse Bergen - opplæring, veiledning og kontroll](#)

Eksterne referanser

[Medisinsk koding - Medisinsk koding \(Dips Arena\).docx](#)

[Kodeveiledning 2025](#)

[Kodekurs i medisinsk koding \(helsedirektoratet\).](#)

## 7 Endringer siden forrige versjon

Utarbeidet av Helsetenesteutvikling i samråd med fagdirektør.