

# Journalgjennomgang ved privatsykehus

Øyvind B Hope, Asgeir Winge, Glen Thorsen,  
Einar Amlie, Staffan Bryngelsson,  
Gunnar Henriksson og Olafr Steinum

Desember 2006



**SINTEF Helse**  
Norsk pasientregister

Postadresse: 7465 Trondheim  
Besøksadresse:  
Teknobyen innovasjonssenter  
Abels gate 5

Telefon: 40 00 25 90  
Telefaks: 932 70 500

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

# SINTEF RAPPORT

TITTEL

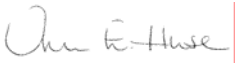
**Journalgjennomgang ved privatsykehus**

FORFATTER(E)

Øyvind B Hope, Asgeir Winge, Glen Thorsen, Einar Amlie, Staffan Bryngelsson, Gunnar Henriksson og Olafr Steinum

OPPDRAGSGIVER(E)

Helse- og omsorgsdepartementet

RAPPORTNR. A678	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Stein Johnsen	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-04189-7 82-14-04189-9	PROSJEKTNR. 78J044.30	ANTALL SIDER OG BILAG 47
ELEKTRONISK ARKIVKODE Rapport journalgjennomgang_v3.doc		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Øyvind B Hope	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Ola Kindseth
ARKIVKODE E	DATO 2006-12-15	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Unn E. Huse, Avdelingssjef 	

## SAMMENDRAG

Rapporten er basert på en gjennomgang av 500 journaler ved privatsykehus. Andelen feilregistrerte hovedtilstandskoder var på 24 prosent. Granskningen viser også at sykehusene har registrert for få bidiagnosekoder (tilleggskoder for hovedtilstand og koder for andre tilstander). Det ble lagt til 101 og fjernet 19 av 255 opprinnelig registrerte bidiagnosekoder i materialet.

I likhet med tidligere journalgranskninger, viser også denne undersøkelsen at det er store variasjoner i kodingskvalitet mellom sykehus, og det er særlig innenfor diagnosekoding at det forekommer feil. Prosedyrekodingen er enklere, og således er feilprosenten også lavere her.

Rapporten viser at det er grunn til å stille spørsmål ved om kravene til journaldokumentasjon er oppfylt ved flere av sykehusene. Begge granskningsteamene har presisert at journaldokumentasjonen er svært mangelfull hos de fleste sykehusene, og fra granskernes side stilles det spørsmål om det i en del tilfeller kan være snakk om brudd på journalforskriften. Det faller utenfor dette prosjektet å forklare årsakene til disse manglene.

Deler av utvalget er vurdert av to ulike revisorteam. Resultatene viser et høyt samsvar mellom teamene i bedømmelsen av hvilke journaler som er korrekt kodet.

Tilstrekkelig kodingskvalitet er viktig for administrasjon og styring av helsetjenesten i Norge, Uten korrekt koding vil nasjonale statistikker og forskningsresultater bli feil. Det er derfor vesentlig at det fokuseres på dette, også i framtiden. Som et resultat av denne gjennomgangen, og arbeidet med en metodehåndbok vil det bli utviklet et elektronisk verktøy som vil gjøre journalgjennomganger mindre ressurskrevende. Dette verktøyet planlegges ferdigstilt i løpet av første halvår 2007.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Sykehus	Hospital
GRUPPE 2	Pasientjournaler	Medical records
EGENVALGTE	Diagnoserelaterte grupper	Diagnosis Related Groups
	Hoveddiagnose	Principal diagnosis
	Kodingskvalitet	Accuracy of coding

## **Innholdsfortegnelse**

<b>Innholdsfortegnelse.....</b>	<b>2</b>
<b>1. Innledning .....</b>	<b>4</b>
1.1 Bakgrunn for rapporten .....	4
<b>2. Koding – retningslinjer og praksis .....</b>	<b>6</b>
2.1 Koding av hovedtilstand og annen tilstand .....	6
2.2 Koding – entydige regler eller skjønn? .....	7
<b>3. Problemstillinger og metode .....</b>	<b>8</b>
3.1 Problemstilling .....	8
3.2 Metode .....	8
3.2.1 Utvalg .....	9
3.2.2 Granskere .....	10
3.2.3 Datainnsamling .....	10
<b>4. Resultater .....</b>	<b>12</b>
4.1 Hoveddiagnosekoder .....	12
4.2 Bidiagnosekoding .....	14
4.3 Prosedyrekoding .....	14
4.4 Oppsummering .....	15
<b>5. Journaldokumentasjon.....</b>	<b>17</b>
<b>6. Teamenes vurdering av samme journaler .....</b>	<b>19</b>
6.1 Koding av hoveddiagnoser .....	19
6.2 Koding av andre tilstander .....	23
<b>7. Oppsummering.....</b>	<b>25</b>
<b>Litteraturliste: .....</b>	<b>26</b>
<b>Vedlegg 1: Invitasjonsbrev til landets privatsykehus.....</b>	<b>27</b>
<b>Vedlegg 2: Samlerapporter av journalgjennomgangen.....</b>	<b>29</b>

**Tabelloversikt**

Tabell 3.1	Trukket utvalg av DRG-grupperte opphold 1. tertial 2005 ved deltagende institusjoner. Antall og prosent.	9
Tabell 4.1	Endring av hoveddiagnosekode etter sykehus. Prosent	12
Tabell 4.2	Endring i hoveddiagnosekode etter sykehus og type endring. Antall og prosent	13
Tabell 4.3	Bidiagnosekoder før og etter granskning etter sykehus. Antall og endring i prosent	14
Tabell 4.4	Antall prosedyrekoder før og etter granskning etter sykehus. Antall	15
Tabell 6.1	Vurdering av hoveddiagnosekoding. Utvalg fra 7 private sykehus 2005.	20
Tabell 6.2	Vurdering av hoveddiagnosekoding på 3-tegns nivå. Utvalg fra 7 private sykehus 2005.	21
Tabell 6.3	Bidiagnosekoding, opprinnelige registreringer og korreksjoner gjort av de to teamene.	24

## 1. Innledning

### 1.1 Bakgrunn for rapporten

Som et ledd i arbeidet med å styrke kvalitets- og kontrollapparatet innenfor ISF-ordningen foreslo SINTEF, i prosjektskisse til Helse- og omsorgsdepartementet, å beskrive retningslinjer og metoder knyttet til journalgjennomganger i en håndbok. I tildelingsbrev for 2005 sluttet Helse- og omsorgsdepartementet seg til dette forslaget, og ba samtidig NPR om å ta kontakt med private aktører for å sikre at håndboken senere også kunne benyttes av disse.

SINTEF valgte å involvere de private institusjonene gjennom å invitere alle offentlig godkjente private sykehus til å delta i en frivillig journalgjennomgang høsten 2005. I tillegg til at det er knyttet interesse til resultatene i seg selv, er altså 2005-gjennomgangen gjennomført som et ledd i utarbeidelsen av metodehåndboken. Dette er bakgrunnen for prosjektet.

I denne rapporten beskrives en journalgjennomgang av 500 journaler ved 7 private sykehus. Ved innføring av innsatsstyrt finansiering i 1997, som erstatning for det tradisjonelle rammefinansieringssystemet, ble det en direkte kobling mellom aktivitet på sykehusene og inntektene. Inntekten til sykehuset er avhengig av to komponenter: Behandlingsaktivitet og pasientsammensetning. Hvordan pasientsammensetningen<sup>1</sup> ved sykehusene er, vil være bestemt av hva som feiler pasientene, og hvordan de behandles. Dette beskrives med koder, i form av diagnosekoder og prosedyrekoder. En korrekt beskrivelse av pasientsammensetningen er avhengig av at kodeverkene brukes korrekt. Et verktøy for å vurdere kodingskvaliteten er journalgjennomganger. Dette innebærer at det gjøres en kvalitativ vurdering av samsvar mellom diagnostiske beskrivelser i journal, og de kodene som er satt til å beskrive disse diagnosene (og prosedyrene).

Det er ved flere anledninger gjennomført journalgjennomganger ved sykehus (se for eksempel Midttun m.fl. 2003 og Jørgenvåg & Hope 2005). KITH (Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren AS), som har et ansvar for utvikling, vedlikehold og tilrettelegging av kodeverk og terminologiske hjelpemidler for planlegging og rapportering av virksomhet i helsevesenet, har hatt en sentral rolle i disse gjennomgangene.

For at finansieringsordningen skal virke etter hensikten, og fordele penger på en korrekt måte, er det i Helse- og omsorgsdepartementets interesse å etablere kontrollsystemer som sikrer dette. Ett av disse kontrollsystemene er journalgjennomganger, også omtalt som journalrevisjoner. I St.prp nr. 1 (2003-2004) ble det satt av ekstra ressurser for å styrke kvalitet og kontrollapparatet med ISF-ordningen. I denne sammenheng ble det fra Helsedepartementet sin side satt fokus på arbeidet med koderevisjon og standardisering av koding.

Sykehusene er i følge Journalforskriften pålagt å føre journal for den enkelte pasient hvor det dokumenteres relevante opplysninger for helsehjelpen til pasienten. Helsepersonell som gjør observasjoner eller forestår behandling og oppfølging av pasienter skal dokumentere dette i pasientjournalen. Grunnlaget for en kodingsrevisjon er Journalforskriftens bestemmelser om dokumentasjon av undersøkelser, vurderinger, diagnoser og tiltak for en pasient.

KITH ved Thorsen (2004) har beskrevet formålet for en journalgjennomgang på denne måten:

---

<sup>1</sup> Med pasientsammensetning menes at pasientene som er sammenlignbar både fra et medisinsk, og økonomisk synspunkt, klassifiseres i samme grupper. Ordet er en oversettelse av det engelske "Case Mix".

*Formålet med en gjennomgang av diagnose- og tiltakskoder i journalen, er å se på sammenhengen mellom det som er dokumentert i journalen vurdert mot de koder som er valgt å representere journalinformasjonen i et statistisk system gjennom koder fra ICD-10 og NCSP. Det som eventuelt måtte formodes å ha rørt seg i legens og andre tjenesteyteres hode eller til og med å ha skjedd med pasienten, uten å være nedfelt i journalen, kan ikke bedømmes.*

I og med at koding ikke er en eksakt vitenskap, men er påvirket av et relativt komplisert kodeverk som kan oppfattes ulikt, er det også et spørsmål om resultatene er avhengige av hvem som gransker. De fleste store journalgjennomganger i Norge er gjort i regi av KITH, som er eksperter på primærkodeverk. I dette arbeidet har vi derfor engasjert flere granskere. To eksperter fra Sverige har dannet ett team (Olaf Steinum og Gunnar Henriksson). To eksperter fra Norge har dannet det andre teamet (Einar Amlie og Glen Thorsen). Ved å benytte to team har det vært mulighet for å teste denne hypotesen. De to teamene har vurdert et utvalg av de samme journalene, og på den måten kan det vurderes om teamene vurderer hver journal likt, eller om det forekommer ulik vurdering også på ekspertnivå.

## 2. Koding – retningslinjer og praksis

I det følgende presiseres at det med hoveddiagnosekoding menes det samme som koding av hovedtilstand, eventuelt fastsettelse av hovedkoden for multipelkodet hovedtilstand, mens bidiagnosekoding betyr koding av tilleggskoder for hovedtilstand og alle koder for andre tilstander. Dette kan misforstås. ICD-10 bruker ikke ordet "diagnose" og inneholder ikke diagnoser, bare kodete kategorier for sortering av diagnostisk informasjon for statistiske formål. NordDRG-systemet bygger på kodene i ICD-10, ikke på diagnoser som sådan. Betegnelsene "hoveddiagnose" og "bidiagnose" i NordDRG er derfor uheldige og fører til misforståelser. Disse kunne ha vært unngått ved at man istedenfor brukte betegnelsene "ICD-10 hovedkode" og "ICD-10 tilleggskode".

En riktig forståelse av NordDRG-systemet forutsetter derfor at man kjenner til det virkelige meningsinnholdet i "hoveddiagnose" og "bidiagnose." Det skal nevnes at i visse tilfelle av parkodet hovedtilstand vil NordDRG-systemet benytte tilleggskoden for hovedtilstand istedenfor hovedkoden for hovedtilstand, men dette berører ikke korrekt kodepraksis, og skal derfor ikke omtales nærmere her.

### 2.1 Koding av hovedtilstand og annen tilstand

Nedenfor følger en kort gjennomgang av hvilke retningslinjer som foreligger i henhold til gjeldende kodeverk, med spesielt fokus på registrering av hovedtilstand og annen tilstand.

Korrekt valg av kode for hovedtilstand og andre tilstander er viktig både av hensyn til statistikk og DRG-gruppering. Hovedtilstand skal settes etter retningslinjer beskrevet i "Opplæring ICD-10", som finnes i ICD-10-boken og søkeverktøyet, og det skilles mellom hovedtilstand og andre tilstander. Nedenstående er en presisering av teksten i "Opplæring ICD-10":

- Hovedtilstanden er den tilstanden som er hovedårsaken til at pasienten trenger behandling eller undersøkelse, bedømt ved avslutningen av oppholdet.
- Hvis mer enn én tilstand like gjerne kunne oppfattes som hovedårsak til tjenestebehov, velges den som bedømmes som mest ressurskrevende. Bedømmelsen skal i så fall skje ved klinisk vurdering av det konkrete tilfelle, og ikke etter DRG-vekt eller andre former for aggregert ressursberegning.
- Hvis det ikke stilles noen diagnose, skal hovedsymptomet, det viktigste anomalitetsfunnet eller problemet ansees som hovedtilstand. Hvis det heller ikke foreligger symptomer eller anomalitetsfunn som kan kodes, velges en kode fra kapittel XXI (Z-kode) som beskriver kontaktårsaken.

I tillegg til hovedtilstanden skal oppteignelsen også, der det er mulig:

- Ha med hver enkelt av de andre tilstandene eller problemene som ble håndtert eller som det måtte tas hensyn til i løpet av behandlingsperioden
- "Andre tilstander" er definert som de tilstander som eksisterer samtidig med hovedtilstanden eller som utvikler seg i løpet av behandlingsperioden, og som får konsekvenser for behandlingen av pasienten.
- Tilstander som relaterer seg til tidligere innleggelser og som ikke har innvirkning på den aktuelle behandlingen, skal ikke tas med. Tilstander som en pasient er påført under et sykehusopphold (f eks sykehusinfeksjoner), skal alltid kodes fullstendig i tillegg til pasientens hovedtilstand (opplæringshefte).

I tillegg er det et prioriteringshierarki for hvilken kode som skal velges for en tilstand når det finnes muligheter i flere kapitler. For nærmere oversikt over dette henvises det til ICD-10.

## 2.2 Koding – entydige regler eller skjønn?

Til tross for at det finnes et regelverk for hvordan man skal kategorisere diagnoser i statistiske termer, er reglene ikke entydige og det finnes rom for individuelle tolkninger. Nedenfor vil vi kort nevne noen slike områder som viser at det ikke er godt samsvar mellom oppfatninger hos de som har et ansvar for forvaltningen av kodeverk og de som anvender tilsvarende kodeverk ute i sektoren.

Et av områdene hvor det ser ut til være avvikende oppfatninger er i forhold til koding av andre tilstander (omfang). I opplæringshefte for ICD-10 heter det at en skal ha med *hver enkelt av de andre tilstandene eller problemene som ble håndtert eller som det måtte tas hensyn til i løpet av behandlingsperioden*. Dette er også beskrevet i definsjonskatalogen for somatiske sykehus (KITH-rapport 4/99). Et vesentlig spørsmål er da om hvilken informasjon som er dokumentert i journal og i hvilken grad tilstander skal uttrykkes gjennom koding. Her er det tydelig også gjennom brev fra sykehusene (vedlegg 1) at ikke alle registrerte tilstander er like godt dokumenterte i journal, men at det likefullt er viktig å registrere koder både i forhold til ressursbruk og statistisk hensyn for å beskrive sykdomstilfellene.

Men ved kodingsrevisjon kan man kun bygge på det som er dokumentert i journalen, og man må med hjemmel i journalforskriften kreve at for tilstander som krever undersøkelse, vurdering eller behandling under det aktuelle kontaktilfelle, og som således skal kodes, må undersøkelser/vurderinger og behandling være dokumentert i journalen.

Det er vel dokumentert at det er forskjeller i registreringspraksis av pasientgrupper mellom sykehus. Dette gjelder for eksempel pasienter med sykdommer i lunge og åndedrettsystemet og ondartede svulster (metastaser). I det første tilfelle har også avvikende registreringspraksis medført avkortninger i refusjonsgrunnlaget.

Det må også understrekes at det ikke er diagnosene som blir revidert. Bedømmelsen gjelder kun om det er brukt riktige ICD-10-koder for de diagnoser som er stillet. Det kan forekomme at granskerne, som er erfarne klinikere, mener diagnosen er feil, enten på diagnosetidspunktet eller på grunnlag av informasjon som er tilkommet senere. Man endrer da ikke kodingen hvis den passer med den antatt feilaktige diagnosen. Revisjon av diagnostikk forutsetter en annen fremgangsmåte, blant annet må da granskningen forutsette innsats av spesialist på alle de fagområder som materialet omfatter.



### 3. Problemstillinger og metode

#### 3.1 Problemstilling

Bakteppet for denne journalgjennomgangen er som beskrevet over, å framskaffe empiri som kan anvendes i arbeidet med en håndbok for journalgjennomganger. Hovedproblemstillingen for prosjektet har vært *hvilke forhold må tas hensyn til for å sikre gode journalgjennomganger?*

Under denne problemstillingen er analysen orientert rundt flere delspørsmål: Selv om måling av kodingskvalitet ikke er det primære målet, er prosjektet gjennomført som en fullverdig journalgjennomgang. Analysen vil derfor si noe om *hvor god diagnose- og prosedyrekodingen er i det aktuelle utvalget*. SINTEF har valgt å bruke data fra private sykehus i prosjektet fordi en blant annet ser det som viktig at verktøy utviklet for å sikre god kodekvalitet, også sikres innpass i den private delen av sykehussektoren. Et andre underspørsmål som belyses er derfor: *Finnes det spesielle problemområder når det gjelder koding ved private sykehus?* Et tredje viktig underspørsmål er *i hvilken grad ulike revisorteam vurderer det samme materialet likt*. Tidligere journalgjennomganger har vært utsatt for metodekritikk. Et høyt samsvar i bedømmingene mellom to revisorteam vil bidra til å øke metodens legitimitet.

#### 3.2 Metode

For å belyse problemstillingen er det gjennomført en fullverdig journalrevisjon på et utvalg sykehusopphold. Utvalget er trukket fra opphold gjennomført ved offentlig godkjente private sykehus i første 1. og 2. tertial 2005.

Journalgjennomganger er et viktig verktøy i arbeidet med å sikre høy kvalitet i sykehusenes medisinske koding. SINTEF valgte i dette prosjektet å gå gjennom journaler og pasientdata registrert ved private sykehus for å sikre at denne delen av sektoren involveres i arbeidet med å forbedre kodingskvaliteten.

To team av granskere har arbeidet med materialet. Denne tilnærmingen ble valgt for å undersøke samsvar mellom ulike granskere. Dette opplegget og teamenes sammensetning er nærmere beskrevet under.

Sykehusene ble invitert til å delta i prosjektet, og deltagelse var frivillig. Det endelige utvalget er altså selvselektert. Hvilke, og hvor mange sykehus som til slutt ble deltakere lå derfor utenfor SINTEF sin kontroll. Etter at det var fastlagt hvilke institusjoner som skulle inngå i prosjektet, ble det trukket et tilfeldig utvalg stratifisert etter institusjonenes andel av opphold i den endelige populasjonen. Ser vi isolert på spørsmålet om *kodingskvalitet* (se problemstilling over), påvirker selvseleksjonen resultatenes validitet. Funnene gjør oss likevel i stand til å si noe om kodingskvalitet på institusjonsnivå, og utvalgets størrelse gjør at vi kan si noe om kodingskvalitet i en relativt stor del av privat sektor.

Ved tidligere journalgjennomganger i Norge har granskerne reist ut til de utvalgte institusjonene og gjennomgått journaldokumentasjonen på stedet. I Sverige har det vært vanlig at granskerne mottar anonymisert journaldokumentasjon som institusjonene selv klargjør og oversender. I dette prosjektet ble det besluttet å be institusjonene om å sende inn anonymiserte journaldokumenter. På forhånd ble det framsatt en hypotese om at dokumentasjonen av opphold ved private sykehus vil være mindre kompleks enn når oppholdene er gjennomført ved offentlige sykehus, og at det var tilstrekkelig at institusjonen selv valgte ut dokumentasjon for revisjon. En ønsket derfor å teste

ut om fordelene ved en postal innsamling (kostnader og tid) var større enn potensielle ulemper (tap av informasjon, feil i utvelgelse).

Under beskrives flere forhold ved metode og framgangsmåte under overskriftene utvalg, granskere og datainnsamling.

### 3.2.1 Utvalg

I 2005 rapporterte 22 private sykehus pasientdata til NPR som grunnlag for nasjonal statistikk, registerdata og ISF-refusjon. Det ble besluttet at utvalget av pasientopphold som skulle være gjenstand for revisjon skulle trekkes fra *DRG-grupperte opphold* i NPR, registrert i 1. tertial 2005. Ved de private sykehusene med ISF-finansiering var i dette tidsrommet registrert 17 482 DRG-grupperte opphold.

I mai 2005 gikk det ut brev til alle offentlig godkjente privatsykehus i Norge, med invitasjon om å delta i en frivillig journalgjennomgang. I brevet ble det redegjort for viktigheten av å kunne benytte journalgjennomganger for å overvåke kvaliteten på medisinsk koding, og at det var et ønske at gjennomgangen i 2005 skulle danne basis for utarbeidelsen av en håndbok på området.

Det ble altså presisert at det var frivillig å delta i revisjonen, og at resultatene ikke skal presenteres på en slik måte at den enkelte institusjon kan identifiseres. Det ble også poengtert at funnene kun vil bli benyttet til å avdekke opplæringsbehov og bidra til å forbedre retningslinjene for registrering og rapportering av pasientdata til Norsk pasientregister. Ved utgangen av mai 2005 hadde ni private institusjoner sagt seg interessert i å delta i prosjektet.

Etter å ha sendt ut invitasjon og kommet i dialog med aktuelle institusjoner, ble det høsten 2005 klart at sju institusjoner var klare til å delta i revisjonen. Journalgjennomgangen omfatter med andre ord en tredjedel av de private institusjonene (32 %). Disse sju institusjonene stod for om lag 6000 DRG-grupperte opphold i 1. tertial 2005, noe som utgjør 35 prosent av alle opphold hos private. Disse oppholdene utgjorde dermed den totale populasjonen som utvalget skulle trekkes fra. Fordelingen av de utvalgte opphold blant de deltagende institusjonene framgår av tabell under. Av hensyn til institusjonenes anonymitet kan ikke totalpopulasjonen presenteres.

Utvalgsstørrelsen ble satt til 500 opphold, og det ble trukket et tilfeldig utvalg stratifisert etter institusjonenes andel av opphold i den endelige populasjonen. Vi har dermed å gjøre med et tilfeldig og proporsjonalt stratifisert utvalg. Utvalgets størrelse og fordeling framkommer i Tabell 3.1.

**Tabell 3.1 Trukket utvalg av DRG-grupperte opphold 1. tertial 2005 ved deltagende institusjoner. Antall og prosent.**

	Utvalg	
	Antall	Prosent
Sykehus A	14	3 %
Sykehus B	22	4 %
Sykehus C	33	7 %
Sykehus D	136	27 %
Sykehus E	83	17 %
Sykehus F	147	29 %
Sykehus G	65	13 %
<b>Total</b>	<b>500</b>	<b>100 %</b>

Totalt ble det altså trukket ut 500 journaler/epikriser for revisjon. De 500 journalene/epikrisene ble fordelt mellom revisorteamene etter følgende nøkkel: Hvert av teamene fikk utlevert 150 unike journaler/epikriser (totalt 300 journaler/epikriser). De resterende 200 journalene/epikrisene ble dublert og delt ut til begge teamene. Hvert revisorteam ble tildelt til sammen 350 journaler/epikriser for revisjon.

Hvilke opphold som skulle revideres av hvilket team, samt hvilke opphold begge teamene skulle revidere ble trukket ut på følgende måte: Først ble det trukket et underutvalg på 350 opphold fra det totale utvalget. Fra dette subutvalget ble det igjen trukket ut 200 opphold. Disse to subutvalgene ble definert som det ene teamets unike journaler/epikriser (150 opphold) og oppholdene som begge temaene skulle revidere (200 opphold). De resterende 150 oppholdene i totalutvalget ble definert som det andre teamets subutvalg av unike opphold (500 – 350). Begge subutvalgene ble i likhet med det totale utvalget trukket tilfeldig og stratifisert etter institusjon. Alle utvalgene er trukket i programpakken SPSS.

### **3.2.2 Granskere**

SINTEF Helse besitter ikke selv nødvendig kompetanse for vurdering av kodingskvalitet, og har derfor leid inn denne kompetansen. Det ene teamet har bestått av to svenske leger, mens to norske leger har arbeidet sammen i det andre teamet. Disse legene regnes å være blant de fremste på fagfeltet bedømmning av diagnosekoding i Norden i dag.

Granskningene er altså gjennomført av to team, som hver har bestått av to leger. Det ene består av Glen Thorsen fra KITH og Einar Amlie fra Analysesenteret AS. Det andre teamet er leid inn av Emendor Consulting AB og består av Gunnar Henriksson og Olafr Steinum. Det har vært et delmål i prosjektet å undersøke og analysere eventuelle forskjeller mellom bedømmningen til de to revisorteamene.

I begynnelsen av oktober 2005 ble det avholdt et møte mellom SINTEF og alle revisorene. I dette møtet ble premissene for gjennomgangen ble gjennomgått og en fikk på forhånd avklart eventuelle metodespørsmål.

Revisorenes oppgave har vært å undersøke om de medisinske registreringene er i samsvar med de medisinske fagkodeverkene. De to teamene har sammenholdt informasjon i journaler/epikriser med diagnosekodene som er innrapportert for de samme pasientene til Norsk pasientregister.

Det ble planlagt at det endelige utvalget av journaler skulle fordeles etter følgende nøkkel: 1/3 unike journaler til hvert av teamene (til sammen 2/3 av utvalget), mens den siste tredjedelen skulle dubleres og deles ut til begge teamene som grunnlag for testing av inter-reliabiliteten mellom teamene. Det ble også planlagt å gjennomføre en pilot-granskning i forkant av revisjonen hvor temaene skulle revidere 50 identiske journaler. Resultatene fra piloten var planlagt brukt til å avdekke og avklare eventuelle metodeforskjeller i forkant av selve revisjonen. På grunn av teamenes arbeidsplaner ble prosjektplanen avveket på dette punktet og det ble ikke gjennomført noen pilotundersøkelse.

### **3.2.3 Datainnsamling**

Selve innsamlingen av data er gjennomført ved at institusjonene ble bedt om å sende inn utvalgte journaler til SINTEF. Ved tidligere revisjoner i Norge har revisorene reist ut til institusjonene og gått igjennom dokumentene på stedet. I dette prosjektet ble institusjonene tilskrevet med en liste

over pasientnummer, og bedt om å sende inn de korresponderende journalene. SINTEF ba i brevet om at *pasientjournaler og annen relevant dokumentasjon kopieres og anonymiseres før oversendelse til NPR*. Ingen journaler ble sendt videre fra SINTEF til revisorene før det var blitt kontrollert at institusjonene hadde anonymisert journaldokumentene på en adekvat måte.

I tillegg til tildelte journaler, ble revisorteamene tilsendt pasientdataene registrert på de samme pasientene hos NPR. Pasientdataene ble oversendt teamene som Microsoft Excel-filer. Det svenske revisorteamet registrerte sine bedømminger av diagnose- og prosedyrekoder i programvaren Excel, mens det norske teamet la de utleverte dataene inn i en egenutviklet databaseløsning. Etter innsending av resultatene til SINTEF ble dataene sammenstilt i en applikasjon.

Selv om dette er en ny metode i Norge, er den benyttet i mange svenske journalgjennomganger uten at det der er reist diskusjon om metoden.

Revisorene har kontrollert om diagnose- og prosedyrekoder rapportert til NPR er i overensstemmelse med de medisinske opplysningene nedtegnet i journal/epikrise for det samme sykehusoppholdet. Revisorene har for hvert opphold bedømt kodingen i NPR-data opp mot journalopplysningene og gjennomført en av følgende endringer hvis de har bedømt kodingen som avvikende fra journalopplysningene: a) Korrigert diagnose- og prosedyrekoder som er feil b) Strøket koder som etter ikke skulle vært registrert c) Tilføyd det de har bedømt til å være manglende koder.

## 4. Resultater

I dette kapitlet går vi gjennom hovedresultatene fra journalgjennomgangen. Det presenteres tabeller som viser endringer i hoveddiagnosekoder, bidiagnosekoder og prosedyrekoder.

Tallmaterialet presenteres på institusjonsnivå for å synliggjøre forskjeller. På bakgrunn av det som er beskrevet om utvalg og metode i rapportens metodedel, presiserer vi at disse forskjellene må tolkes med forsiktighet. Usikkerheten knyttet til tallene for det enkelte sykehus er for stor til at vi kan fastslå at dette er reelle forskjeller i populasjonen (her i betydning sju selvselekterte institusjoner).

Innenfor den selvselekterte populasjonen, er hvert opphold tilfeldig trukket. Samtidig er det totale antallet opphold tilstrekkelig høyt til at totalandelene som framkommer blir retningsgivende for de institusjonene som har deltatt i granskningen.

### 4.1 Hoveddiagnosekoder

Av Tabell 4.1 går det fram at 102 av oppholdene ble bedømt som feilkodet med hensyn til hoveddiagnose. Dette utgjør 24 prosent av alle reviderbare opphold i materialet (N=433). Andelen feil hoveddiagnosekode varierer med en prosentdifferanse på 28 prosentpoeng mellom sykehusene i utvalget. Ved sykehus G ble 14 prosent av oppholdene bedømt som feilkodet på bakgrunn av dokumentasjonen i journalen, mens ved sykehus D endret granskerne hoveddiagnosekode på hele 42 prosent av de reviderte oppholdene.

**Tabell 4.1** Endring av hoveddiagnosekode etter sykehus. Prosent

Sykehus	Korrekt	Feil	Sum
A	64	36	100 (14)
B	82	18	100 (22)
C	82	18	100 (33)
D	58	42	100 (74)
E	74	26	100 (82)
F	82	18	100 (143)
G	86	14	100 (65)
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>24</b>	<b>100 (433)</b>
<b>(N)</b>	<b>(331)</b>	<b>(102)</b>	<b>(433)</b>

Tabell 4.2 viser i tillegg til antall opphold med endret hoveddiagnosekode, i hvilken posisjon av koden endringen ble foretatt. Feil i ICD-kodens første tegn (som er en bokstav) angir at koden er feil på kapitelnivå. Det neste tegnet (ICD-kodens andre posisjon) angir hvilken kategoriblokk

koden tilhører. Kodens tredje tegn angir tretegnskategori innenfor kategoriblokken, mens det fjerde tegnet angir en ytterligere detaljering av tretegnskategorien. Feil koding av hovedtilstand kan altså kategoriseres i 4 typer:

- 1) Kode i feil kapittel
- 2) Kode i feil kategoriblokk
- 3) Kode i feil tretegnsgruppe
- 4) Feil i kodens fjerde posisjon

Av de 102 oppholdene som får endret hoveddiagnosekode, så gjøres denne endringen på kapittelnivå for 53 av oppholdene. Litt over halvparten av hoveddiagnosekodene som granskerne bedømmer som feil, blir altså kodet med en kode fra et annet ICD-10 kapittel. I 10 av tilfellene hvor hoveddiagnosekoden var feil på kapittelnivå, var korrekt kode registrert som en bidiagnosekode.

For alle sykehusene unntatt sykehus B og C er feil på kapittelnivå hyppigst forekommende feil. Sykehus B har kun feil i kategori 4) Feil i kodens fjerde posisjon, mens sykehus C har flest feil i kategori 3) Kode i feil tretegnsgruppe (som påpekt blir prosentueringsgrunnlaget noe lavt på institusjonsnivå, slik at vi her må ta høyde for tilfeldige variasjoner).

Dernest fanger de tre neste feilkategoriene opp henholdsvis 13, 22 og 14 prosent av granskernes endringer i hoveddiagnosekoder.

**Tabell 4.2** Endring i hoveddiagnosekode etter sykehus og type endring. Antall og prosent

Sykehus	Kapittel		Kategoriblokk		3. tegn		4. tegn		Total	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
A	3	60			1	20	1	20	5	100
B							4	100	4	100
C	1	17	1	17	3	50	1	17	6	100
D	16	52	8	26	6	19	1	3	31	100
E	13	62	3	14	2	10	3	14	21	100
F	16	62			9	35	1	4	26	100
G	4	44	1	11	1	11	3	33	9	100
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>52</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

## 4.2 Bidiagnosekoding

Tabell 4.3 viser resultatene av granskernes gjennomgang av bidiagnosekodingen. Av tabellen framgår det hvor mange bidiagnosekoder som var kodet i utvalget, antallet bidiagnosekoder granskerne har lagt til og fjernet samt antall bidiagnosekoder i materialet etter granskningen.

Totalt var det registrert 255 bidiagnosekoder på de 433 oppholdene. Granskerne har lagt til 101 bidiagnoser og strøket 19. Dette tilsvarer en relativ økning i antall koder svarende til 32 prosent. Antallet bidiagnoser øker altså relativt mye. Granskerne finner at dokumentasjonen i journalene gir grunnlag for en volumøkning tilsvarende nesten 1/3 av de opprinnelige kodene. Vi registrerer at alle sykehusene unntatt F i utgangspunktet har registrert få bidiagnosekoder, og alle unntatt sykehus E og G, har registrert for få koder.

**Tabell 4.3** Bidiagnosekoder før og etter granskning etter sykehus. Antall og endring i prosent

Sykehus	Opprinnelig antall bidiagnoser	Antall bidiagnoser lagt til	Antall bidiagnoser fjernet	Antall bidiagnoser etter revisjon	Endring prosent
A	10	3	1	12	20
B	3	1		4	33
C	3	5		8	167
D	1	12		13	1200
E	17	5	6	16	-6
F	216	73	10	279	29
G	5	2	2	5	0
<b>Total</b>	<b>255</b>	<b>101</b>	<b>19</b>	<b>337</b>	<b>32</b>

## 4.3 Prosedyrekoding

Granskningen ga små endringer i prosedyrekodingen. Institusjonene hadde totalt registrert 939 koder, mens granskerne mener at det riktige antallet koder skal være 951 ut fra dokumentasjonen. Granskerne legger til 29 prosedyrekoder og stryker 17. I utvalget er det altså svært godt samsvar mellom sykehusenes, og granskernes registrering av prosedyrekoder og nettoendring i volum tilsvarer et tillegg på 12 prosedyrekoder. Tallene er presentert i Tabell 4.4.

**Tabell 4.4** Antall prosedyrekoder før og etter granskning etter sykehus. Antall

Sykehus	Opprinnelig antall prosedyrer	Antall prosedyrer lagt til	Antall prosedyrer fjernet	Antall prosedyrer etter revisjon
A	31	1	1	31
B	52	1		53
C	81		1	80
D	158	12	7	163
E	128	3	4	127
F	382	6		388
G	107	6	4	109
<b>Total</b>	<b>939</b>	<b>29</b>	<b>17</b>	<b>951</b>

#### 4.4 Oppsummering

I denne oppsummeringen av hovedresultatene sammenligner vi tallstørrelsene med resultatene fra to tidligere journalgjennomganger: Midttun m.fl. 2003 og Jørgenvåg og Hope 2005. Tallene er ikke direkte sammenlignbare, gitt det som er sagt om utvalgsmetode og design tidligere, og gir kun en pekepinn om våre utvalgsresultater kontra resultatene fra tidligere granskninger.

Resultatene viser at granskningen fører til at relativt mange opphold får endret hoveddiagnosekode, og at drøyt halvparten av feilene i hoveddiagnosekoden er på kapittelnivå. Sykehusene har også kodet for få bidiagnosekoder, mens det er godt samsvar mellom registrerte prosedyrekoder før og etter granskning.

Mer spesifikt finner vi det første at 24 prosent av hoveddiagnosekodene blir bedømt som feil av granskerne. Dette er en lavere andel enn i begge undersøkelsene nevnt over hvor tilsvarende andeler var 38 og 42 prosent.

Ser vi på type feil, finner vi i dette utvalget at 52 prosent av hoveddiagnosekodene som blir endret, blir endret til en kode fra et annet kapittel i ICD-10. Dette er en noe høyere andel enn i gjennomgangene fra 2003 og 2005 hvor henholdsvis 45 og 38 prosent av hoveddiagnosekodene ble bedømt som feil på kapittelnivå.

Granskernes sletting og tillegging av bidiagnosekoder i materialet fører til en netto økning av antall bidiagnosekoder på 32 prosent. Både Midttun mfl. (2003) og Jørgenvåg og Hope (2005) ga motsatt resultat. Begge disse studiene førte til en netto nedgang i antallet bidiagnosekoder. Etter å ha trukket fra koder en ikke fant dokumentasjon for og lagt til uregistrerte koder en fant dokumentert, resulterte disse gjennomgangene i en nedgang på 7 (2003) og 24 prosent (2005) i antallet bidiagnosekoder.



Granskningen har medført små endringer i prosedyrekoding. Med utgangspunkt i 939 prosedyrekoder har granskerne strøket 17 og lagt til 29 koder. Også i 2003 og 2005 fant man godt samsvar i prosedyrekoding før og etter granskning.

## 5. Journaldokumentasjon

Som nevnt i innledningen er tilgjengelig informasjon selvsagt viktig i forbindelse med kodingsvurderinger. I dette prosjektet ble det benyttet en metode som går ut på at institusjonene anonymiserer og kopierer nødvendig informasjon og sender denne til NPR. Med nødvendig informasjon menes alt som er nødvendig for å vurdere om de kodene som er registrert i journal (og da også rapportert til NPR) er korrekte i forhold til innholdet i journal.

Metoden som er benyttet ved denne gjennomgangen er ny for norske journalgjennomganger, i den forstand at det tidligere har vært vanlig at granskerne har besøkt hver enkelt institusjon, og gransket journalene på stedet. Denne gangen har sykehusene kopiert og anonymisert journalene og sendt dem til NPR. I NPR er anonymiseringen kvalitetssikret, og videresendt til granskerne. I denne gjennomgangen er det nær sagt ved alle sykehus funnet mangelfull dokumentasjon i journal. Det manglet for eksempel inntakjournal, anamnese og epikrise ved flere sykehus, på nær sagt alle journaler. Dette er lite tilfredsstillende for granskerne, som da har svært lite dokumentasjon å forholde seg til.

Det norske teamets inntrykk er ut fra kontinuiteten i journalkopiene at hovedproblemet er en journalføringspraksis som ikke overensstemmer med journalforskriften. Det var kun ett av sykehusene som regelmessig hadde vanlig inntakjournal med anamneseopptak og kliniske undersøkelsesfunn.

Det andre forholdet som nevnes ovenfor er mangelfullt utvalg av journalmateriale til kopiering. Opplegget fra Sintef Helse sin side var at alt materiale som kunne tenkes å være relevant for granskingen skulle kopieres. Dette har ikke vært etterlevd. Det norske teamet fant for eksempel ikke et eneste tilfelle av dokumentasjon som gjaldt anestesi. En anestesikurve eller et journalnotat fra anestesilege ville være en viktig kilde til å identifisere "andre tilstander" som bør kodes. Man har vondt for å tro at flertallet av sykehusene slett ikke fører anestesikurve eller annen anestesidokumentasjon. I andre tilfelle manglet journalmateriale pga. manglende vurdering fra sykehusets side, for eksempel kunne det være henvisninger til tidligere poliklinisk konsultasjon som ikke var med i kopiert materiale. Dette er en svakhet ved metoden, fordi en fullgod seleksjon av materiale for kopiering egentlig forutsetter at sykehuset selv gjør en vurdering på lignende måte som granskerne. Det er en grense for hvor mye arbeid det kan forventes.

Det norske teamets oppfatning er derfor at denne metoden er dårlig egnet til en generell gransking av et uselektert materiale, men kan være godt anvendbart til avgrensede granskinger, for eksempel av koding ved utvalgte operative inngrep, hvor kopi av operasjonsbeskrivelse og epikrise bør være tilstrekkelig forutsatt at disse er ført på en forskriftsmessig måte, eller bedømmelse av konkrete ICD-10-koder hvor gransking av NPR-materiale viser urimelige forskjeller i kodebruk ved ulike sykehus.

Det svenske teamet deler synet på mangelfull dokumentasjon, og i de fleste tilfeller er også de samme journalene forkastet som mangelfulle, i de tilfellene teamene har vurdert de samme journalene.

Sitat fra Emendors rapport:

*"Om den dokumentation som var tillgänglig för granskarna är den kompletta dokumentationen för varje patient föreligger det stora skillnader i kvalitén på journalföringen mellan de olika sjukhusen. Den tillgängliga dokumentation för flera av dessa patienter kan rimligen inte uppfylla de krav som Patientjournalagen ställer.*

*XX (anonymisert) journaler gick ej att bedöma på grund av att den dokumentation som fanns tillgänglig för granskarna var alltför bristfällig.” Sitat slutt.*

## **6. Teamenes vurdering av samme journaler**

Som nevnt i innledningen er det i denne gjennomgangen benyttet to granskningsteam. Det ene består av Glen Thorsen fra KITH og Einar Amlie fra Analysesenteret AS. Det andre teamet er leid inn av Emendor Consulting AB og består av Gunnar Henriksson og Olafr Steinum. En av oppgavene teamene fikk var å granske et utvalg av identiske journaler. Til sammen ble det gransket 202 felles journaler, der hovedresultatene av denne granskningen blir presentert i dette kapitlet.

Målet med denne metoden er å se om to ekspertteam vurderer koding og journalinnhold på samme måte. Det er av interesse å se om de samme feilene avdekkes av begge teamene, og korrigeres på samme måte.

Det ble også lagt inn mulighet for håndtering av tilfelle hvor de to legene på et team ikke kunne bli enige om kodingen. I det norske teamet hadde vi to kasus hvor det ikke var enighet om å stryke en oppført kode for annen tilstand. Uenigheten gjaldt ikke om tilstanden i og for seg var relevant som annen tilstand, men om kravet til journaldokumentasjon. Dette ble i praksis løst ved at kodene ikke ble strøket.

### **6.1 Koding av hoveddiagnoser**

Som forklart i kapittel 3 var det 438 journaler/epikriser som var tilstrekkelig dokumentert for vurdering. De journalene som ikke var tilstrekkelig dokumentert er ekskludert fra hovedanalysen, men er inkludert her. Grunnen til å inkludere disse her er for å se om dokumentasjonskravene vurderes likt mellom teamene. Dette kan bety at feilprosenten er noe høyere her enn i kapittel 3, fordi de journalene som forkastes her, vil fremstå som feil, mens de er ekskludert i hovedanalysen.

Tabell 6.1 viser i hvilken grad teamenes vurdering av hoveddiagnosekoder på de samme journalene. På dette nivået ser det ut til at teamene vurderer feilene rimelig identisk. Team 1 mener at 129 av 202 journaler er korrekt kodet, mens tilsvarende vurdering av Team 2 er 128 journaler. Dette utgjør om lag 63 prosent av utvalget. Det er høyt samsvar mellom teamene i bedømmelsen av hvilke journaler som er korrekt kodet. 112 journaler blir bedømt til å være korrekte av begge teamene. Sagt på en annen måte: Team 2 bedømmer 128 journaler til å være korrekte, team 1 inkluderer 88 prosent av disse journalene i gruppen av journaler som bedømmes til å være kodet på en adekvat måte.

Det er imidlertid store forskjeller mellom institusjonene fra 20 til 88 prosent korrekt koding. For institusjon D er det et stort antall journaler som ikke vurderes som tilstrekkelig informative til å kunne vurderes. Når disse vurderes som feil her, vil dette bety at feilprosenten blir betydelig høyere enn i kapittel 4.

**Tabell 6.1** Vurdering av hoveddiagnosekoding. Utvalg fra 7 private sykehus 2005.

Team	Sykehus	Korrekt		Feil		Total	
		Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Team 1	A	1	20,00	4	80,00	5	100
	B	7	77,78	2	22,22	9	100
	C	9	64,29	5	35,71	14	100
	D	17	30,91	38	69,09	55	100
	E	28	75,68	9	24,32	37	100
	F	44	78,57	12	21,43	56	100
	G	23	88,46	3	11,54	26	100
		<b>129</b>	<b>63,86</b>	<b>73</b>	<b>36,14</b>	<b>202</b>	<b>100</b>
Team 2	A	1	20,00	4	80,00	5	100
	B	7	77,78	2	22,22	9	100
	C	9	64,29	5	35,71	14	100
	D	15	27,27	40	72,73	55	100
	E	30	81,08	7	18,92	37	100
	F	45	80,36	11	19,64	56	100
	G	21	80,77	5	19,23	26	100
		<b>128</b>	<b>63,37</b>	<b>74</b>	<b>36,63</b>	<b>202</b>	<b>100</b>

Selv om det ikke nødvendigvis er slik at alvorlighetsgraden i feil kan uttrykkes ved å se om korreksjonene er innenfor samme kapittel i ICD-10 eller om man har kodet fra et annet kapittel, sier det ofte noe om presisjonen i kodingen.

Tabell 6.2 viser tilsvarende tall på 3. tegnsnivå. Feilprosenten faller med 6 prosentpoeng fra 36 til 30 for Team 1, mens Team 2 har vurdert kodingen på dette nivået noe annerledes. Tilsvarende nedgang er 2 prosentpoeng, fra 36 til 34 prosent.. Tallene viser at Team 2 har hatt noe større tilbøyelighet til å gjøre endringer i et av kodens 3 første tegn enn Team 1. Dette gjelder særlig for sykehus D og G. Ved disse institusjonene bedømmer altså Team 2 flere opphold (7 stk) som feilkodet enn Team 1 når vi sammenligner de tre første tegnene i kodene før og etter granskningen.

**Tabell 6.2** Vurdering av hoveddiagnosekoding på 3-tegns nivå. Utvalg fra 7 private sykehus 2005.

Team	Sykehus	Korrekt		Feil		Total	
		Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Team 1	A	3	60,00	2	40,00	5	100
	B	9	100,00			9	100
	C	10	71,43	4	28,57	14	100
	D	19	34,55	36	65,45	55	100
	E	30	81,08	7	18,92	37	100
	F	45	80,36	11	19,64	56	100
	G	25	96,15	1	3,85	26	100
		<b>141</b>	<b>69,80</b>	<b>61</b>	<b>30,20</b>	<b>202</b>	<b>100</b>
Team 2	A	2	40,00	3	60,00	5	100
	B	9	100,00			9	100
	C	10	71,43	4	28,57	14	100
	D	15	27,27	40	72,73	55	100
	E	30	81,08	7	18,92	37	100
	F	45	80,36	11	19,64	56	100
	G	22	84,62	4	15,38	26	100
<b>Total</b>		<b>133</b>	<b>65,84</b>	<b>69</b>	<b>34,16</b>	<b>202</b>	<b>100</b>

Det er av interesse å se nærmere på vurderingene de to teamene har gjort. Selv om det på dette nivået ser ut til å være en rimelig lik vurdering, er det muligheter for at de kvalitative vurderingene er forskjellige.

Generelt fremkommer det at teamene vurderer journalene rimelig likt. Institusjonene A, B og C er begge korrigert likt av de to teamene. Vurdering av opphold ved institusjon D avviker noe mellom teamenes. Dette gjelder både dokumentasjon i journal og vurdering av hvilke koder som beskriver pasientbehandlingen best. Ved en anledning har team 1 vurdert journalen å være tilstrekkelig dokumentert for vurdering, mens team 2 har ment at den var utilstrekkelig dokumentert. Til sammen er 23 av 55 journaler forkastet som følge av utilstrekkelig medisinsk informasjon i journal til at teamene har kunnet foreta en vurdering av kodingen. Generelt gjelder det at teamene vurderer dokumentasjonen som kritikkverdig ved de fleste institusjonene.

En annen utfordring som oppsto etter granskning av institusjon D gjelder vurdering av plastikkirurgiske inngrep. En rekke journaler hadde koden E881 "Lipodystrofi", som begge teamene vurderte som feil.

Begge team er enige om at abdominalt fettforkle skal kodes som E65. I alle tilfellene kodet som lipodystrofi var diagnosen abdominalt fettforkle stillet. Det ene teamet mente diagnosen i mange tilfelle var ukorrekt, fordi beskrivelsen av størrelsen på hudfoldene og ev. andre forhold måtte bedømmes som at det ikke forelå noe reelt fettforkle. Etter å ha forkastet diagnosen fant man da ingen annen kode enn Z41.1 "Annen kosmetisk plastisk kirurgisk prosedyre" som dekkende.

Det andre teamet mener at dette er diagnostiske vurderinger som de har ikke gått inn på fordi dette ikke hører til oppdraget. Z41.1 ville bli alternativet i mange tilfelle ved diagnoserevisjon. Men diagnoserevisjon ville i dette tilfelle forutsette at man på forhånd definerte kriterier for diagnosen abdominalt fettforkle. Slike kriterier foreligger ikke, og hvis man skulle gjøre diagnoserevisjon, måtte man i tilfelle på dette område ha medvirkning av spesialister innenfor de områdene som skal revideres. I dette tilfellet plastisk kirurgi.

Det er imidlertid ikke slik at Z41.1 må fortolkes som at det ikke foreligger medisinsk indikasjon, det er koden ikke et kriterium for. Den angir egentlig bare at formålet for øyeblikket er et inngrep som i seg selv ikke bedrer helsetilstanden, men utelukker ikke at indikasjonen kan være avvik fra vanlig aldersrelatert utseende som er skjemmende og psykisk belastende. I så fall bør det nok kodes med en kode som angir dette.

Det norske teamet mener at det i materialet kunne være grunnlag for diagnoserevisjon, og har dessuten i en del tilfelle (men ikke gjennomført systematisk) anført at kasus neppe berettiger dagkirurgisk omsorg, i mange tilfelle kunne inngrepene uten ulempe utføres ved poliklinisk konsultasjon.

Dette har også det svenske teamet kommentert. Sitat:

*"Det material som granskats har av uppdragsgivaren beskrivits som bestående av dagkirurgiska fall förutom ett mindre antal slutenvårdstillfällen.*

*Begreppet "dagkirurgi" är inte entydigt definierat. I 18 fall anser dock granskarna att ingreppen är så enkla att de knappast kan definieras som "dagkirurgi". Exempel på sådana är excision av lipom och enkel excision av naevus." Sitat slutt.*

Siden det er en premiss for herværende granskingsprosjekt at all rapportering skal være anonymisert og ikke kunne føre til økonomiske eller andre reaksjoner fra helsemyndighetene må man i denne omgang nøye seg med å melde tilbake til sykehusene om de funn og vurderinger som teamene har gjort. Men granskingen gir inntrykk av flere forhold ved mangelfull journalføring, usikkerhet om valg av dagkirurgisk omsorg istedenfor poliklinisk konsultasjon, og om hvorvidt inngrepene har karakter av nødvendig helsehjelp.

Diskusjonen stiller flere spørsmål enn svar, og illustrerer at koding (og vurdering av koding) kan være vanskelig. Avvik i teamenes vurdering utover dette gjelder hovedsakelig valg av 4. tegn.

## 6.2 Koding av andre tilstander

I de senere journalgjennomgangene som har vært gjennomført i Norge har det vært mye diskusjon omkring koding av andre tilstander. Når skal de registreres, og når skal de ikke registreres?

Kriteriet for registrering av annen tilstand er en tilstand pasienten har, eller får i løpet av oppholdet i tillegg til hovedtilstanden, som får konsekvenser for behandlingsforløpet. Dette betyr at det i mangel av eksplisitte presiseringer er vesentlig åpent for bruk av skjønn i forhold til når man skal kode, og ikke. Hovedregelen må være at en tilstand som registreres med ICD-10-kode skal være dokumentert i journalen med beskrivelse av relevante undersøkelser, vurdering og behandling. Se omtale av koding av andre tilstander foran. Man kan godt forestille seg en følgetilstand som er relevant (og faktisk blir tatt hensyn til) sammen med en bestemt lidelse, men er irrelevant i forhold til en annen. I utvalget i denne gjennomgangen er det grunn til å tro at det vil være færre bidiagnosekoder enn om man tar utgangspunkt i et tilfeldig utvalg fra akuttsykehus. Inngrepene er ofte enkle (i den forstand at de gjøres dagkirurgisk), og pasientenes behandlingsbehov er således mindre sammensatt. Dessuten vil pasienter med alvorlig kompliserende sykdom bli henvist til offentlige sykehus. Dette gir seg også utslag i at det kodes betydelig færre bidiagnosekoder enn ved de tidligere journalgjennomgangene som er foretatt ved offentlige sykehus.

Tabell 6.3 viser omfanget av bidiagnosekoding, hvor mange koder som gransker har lagt til og fjernet. I det felles utvalget er det totalt registrert 112 bidiagnosekoder. Her er det klart at Team 1 har vurdert at flere bidiagnosekoder mangler i forhold til hva som er dokumentert i journal, enn Team 2. Etter revisjon har Team 1 lagt til 51 og strøket 5, mens team to har lagt til 19 og strøket 9. Avviket knytter seg i hovedsak til én institusjon. Igjen må det nevnes at dokumentasjonen er til dels mangelfull, og at det kan se ut som om det ene teamet stiller strengere krav til dokumentasjon enn det andre. Begge teamenes granskning støtter en viss underkoding av bidiagnoser.



**Tabell 6.3 Bidiagnosekoding, opprinnelige registreringer og korreksjoner gjort av de to teamene.**

Team		Opprinnelig antall bidiagnoser	Antall bidiagnoser lagt til	Antall bidiagnoser fjernet	Antall bidiagnoser etter revisjon
Team 1	A	7	1	1	7
	B		1		1
	C	1	2		3
	D	1	2		3
	E	9	3	2	10
	F	91	42	2	131
	G	3			3
		112	51	5	158
Team 2	A	7	1		8
	B		1		1
	C	1	2		3
	D	1	2		3
	E	9	1	2	8
	F	91	12	6	97
	G	3		1	2
		112	19	9	122

## 7. Oppsummering

Denne journalgjennomgangen er gjennomført som ledd i arbeidet med å sikre god kodingskvalitet i datagrunnlaget for nasjonale helsestatistikker og Innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten. Prosjektet har framskaffet ytterligere grunnlag for å styrke metodikken for journalgjennomganger.

En har oppnådd å involvere bevisstgjøre de private sykehusene i arbeidet med kodingskvalitet. Granskningsresultatene gir imidlertid grunn til å stille spørsmål ved dokumentasjonen ved mange av sykehusene. Det faller utenfor prosjektet å gå inn på årsaksforklaringer, men begge granskningsteamene har presisert at journaldokumentasjonen er svært mangelfull hos de fleste sykehusene, og fra granskernes synspunkt kan det i en del tilfeller være snakk om brudd på journalforskriften. Dette må også ses i sammenheng med måten journaldokumentasjonen ble samlet inn på. Sykehusene sendte selv inn anonymiserte journaler, som igjen ble videresendt til granskerne. Granskernes tilbakemeldinger indikerer at dette ikke var en tilfredsstillende innsamlingsmetode. Konklusjonen er at enten er dokumentasjonen av privat sykehusbehandling mangelfull, eller så har institusjonene sendt for lite av dokumentasjonen.

Hvis årsaken til den mangelfulle dokumentasjonen ligger er at institusjonene sender inn for lite dokumentasjon, må en forvente at det samme problemet vil oppstå om en velger å samle inn journaler postalt fra offentlige sykehus. Det er grunn til å tro at en pasients sykehistorie ved et offentlig sykehus er mer omfattende enn ved privat dagkirurgi. Å finne fram all relevant informasjon og kopiere dette for innsending er også mer ressurskrevende for den som blir gransket, enn om granskerne foretar granskningene ute ved institusjonen. Det kan derfor se ut til at det er mest hensiktsmessig at granskerne besøker sykehusene.

Granskningen har hatt et design som har gjort det mulig å undersøke i hvilken grad ulike revisorteam vurderer det samme materialet likt. Resultatene viser at det er et høyt samsvar mellom teamene i bedømmelsen av hvilke journaler som er korrekt kodet. Deler av avviket mellom teamene kan forklares- og avhjelpes med klarhet i metodikk. Dette gjelder dokumentasjonskrav og grenseoppgang mellom *diagnoserevisjon* og *koderevisjon*. Uansett svarer hovedresultatene fra denne undersøkelsen på noe av den kritikken som er reist mot designet i tidligere undersøkelser.

Sammenlignet med journalgjennomganger som er foretatt tidligere ser det ikke ut til at kodekvaliteten hos privatsykehus er dårligere enn hos offentlige institusjoner. Her må man imidlertid være oppmerksom på at aktiviteten hos de fleste privatsykehus er en undergruppe av pasienter som burde være enklere å klassifisere enn mange pasienter ved offentlige institusjoner som har mer sammensatte lidelser. Det er ikke foretatt journalgjennomganger av dagkirurgisk virksomhet i offentlige sykehus, som vi er kjent med.

Som også denne undersøkelsen viser er det store variasjoner i kodingskvalitet mellom sykehus, og det er særlig innenfor diagnosekoding at det forekommer feil. Prosedyrekodingen er enklere, og således er feilprosenten lavere også her.

Kodingskvalitet er viktig for administrasjon og styring av helsetjenesten i Norge, Uten korrekt koding vil nasjonale statistikker og forskningsresultater bli feil. Det er derfor vesentlig at det fokuseres på dette, også i framtiden. Som et resultat av dette arbeidet, og arbeidet med en metodehåndbok for journalgjennomganger vil det bli utviklet et elektronisk verktøy som vil gjøre dette arbeidet mindre ressurskrevende. Dette verktøyet planlegges slutført i løpet av 2006.

**Litteraturliste:**

Midttun Linda, Sverrbo Erik, Thorsen Glen, Steinum Olafr (2003): Er det sammenfall mellom journalopplysninger og innrapporterte data? Rapport: STF78 A03504 - SINTEF Unimed NPR

Jørgenvåg Ronny og Hope Øyvind (2005): Kvalitet på medisinsk koding og ISF-refusjoner. Rapport: STF78 A055501 – SINTEF Helse NPR.

Thorsen Glen (2004): KITHs kommentarer til sykehusenes tilbakemeldinger etter koderevisjon ved 15 sykehus.

KITH (1999): Definisjonskatalog for somatiske sykehus. KITH rapport 4/99

St.prp.nr 1. (2003-2004). For budsjetterminen 2004.

Sosial- og helsedirektoratet (2005). Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. 10. revisjon (ICD-10). Norsk utgave 2005.

## Vedlegg 1: Invitasjonsbrev til landets privatsykehus.

Landets private sykehus

**SINTEF Helse**  
Norsk pasientregister

Postadresse:  
7465 Trondheim  
Besøksadresse:  
Teknobyen innovasjonssenter  
Abels gate 5

Telefon:  
40 00 25 90  
Telefaks:  
932 70 500

Foretaksregisteret:  
NO 948 007 029 MVA

Deres ref.:

Vår ref.:

Direkte innvalg:  
+47 416 45 845

Trondheim,  
2005-05-11

### **Kartlegging av behov for opplæring og forbedrede retningslinjer for registrering/ rapportering til Norsk pasientregister**

Korrekte medisinske data er av sentral betydning for anvendelighet og legitimitet til data i Norsk pasientregister, både som grunnlag for forskning, statistikk, styringsinformasjon og som grunnlag til finansiering. Et av tiltakene i 2004 for å sikre kvalitet i grunnlagsdata i NPR var en gjennomgang av innrapportering til NPR for utvalgte opphold ved 15 somatiske sykehus sammenholdt med informasjon dokumentert i journal. Arbeidet ble gjennomført i samarbeid med Riksrevisjonen og KITH. Denne journalgjennomgangen utløste som dere kanskje er kjent med, negative reaksjoner fra fagmiljøene og det ble uttrykt tvil om selve gjennomgangen og metode. Vår rapport indikerer at det foreligger en manglende forståelse av forskjellene mellom diagnostisering og kategorisering samt av bruken av kodeverk og retningslinjer.

Vi vurderer det likefullt som svært viktig at journalgjennomganger også i fremtiden gjennomføres som et virkemiddel for å overvåke kvaliteten på den medisinske kodingen. I 2005 ønsker vi derfor primært å fokusere på forbedring og forankring av metode for fremtidige journalgjennomganger, og vil derfor arbeide med utvikling av en metodehåndbok for bruk i disse.

I denne sammenheng ønsker vi å invitere alle landets private sykehus til å samarbeide med oss i en frivillig journalgjennomgang. Denne journalgjennomgangen er planlagt gjennomført i høst og vil være basert på bruk av anonymiserte journaler. Vi vil presisere at resultatene herfra **ikke** vil offentliggjøres slik at enkeltsykehus kan identifiseres. Videre at resultatene kun skal benyttes for å avdekke behov for opplæring og forbedrede retningslinjer for registrering og rapportering av administrative og medisinske data til NPR. I for- og etterkant av journalgjennomgangen planlegger vi å avholde informasjonsmøter på det enkelte sykehus hvor metode, utvalg og resultater gjennomgås for så langt som mulig oppnå konsensus. Avslutningsvis vil vi oppsummere resultatene og foreslå eventuelle tiltak for forbedring av kodingen.

Vi ser frem til et spennende samarbeidsprosjekt og håper dere ser positivt på å delta i prosjektet og sammen med oss teste ut den nye metodehåndboken, samt bidra til at forbedrede retningslinjer/opplæringskonsept kan utvikles og formidles. Vi ber om tilbakemelding på eventuell deltagelse innen 27. mai. Benytt gjerne vår e-postadresse [npr@sintef.no](mailto:npr@sintef.no) og oppgi navn, telefonnummer og e-postadresse til kontaktperson.

2

Skulle det være spørsmål knyttet til gjennomføringen av prosjektet står vi naturligvis gjerne til disposisjon.

Med vennlig hilsen  
for SINTEF Helse  
Norsk pasientregister

Umm E. Huse  
Avdelingssjef

Erik Sverrbo  
Rådgiver

Kopi: Helse- og omsorgsdepartementet

## Vedlegg 2: Samlerapporter av journalgjennomgangen.

### Revisjonsrapport: Diagnosekoder fullsiffernivå

	Uendret diagnosekode		Endret diagnosekode	
	Antall	%	Antall	%
Hoveddiagnosekode	331	76,4	102	23,6
Bidiagnosekode1	359	82,9	74	17,1
Bidiagnosekode2	394	91,0	39	9,0
Bidiagnosekode3	396	91,5	37	8,5
Bidiagnosekode4	418	96,5	15	3,5
Bidiagnosekode5	430	99,3	3	,7

Viser om kodene er like eller endret for alle diagnosekoder. Fullsiffernivå kode

### Revisjonsrapport: Diagnosekoder 3-siffernivå

	Uendret diagnosekode		Endret diagnosekode	
	Antall	%	Antall	%
Hoveddiagnosekode	345	79,7	88	20,3
Bidiagnosekode1	363	83,8	70	16,2
Bidiagnosekode2	397	91,7	36	8,3
Bidiagnosekode3	397	91,7	36	8,3
Bidiagnosekode4	418	96,5	15	3,5
Bidiagnosekode5	430	99,3	3	,7

Viser om kodene er like eller endret for alle diagnosekoder. 3-siffernivå kode

### Revisjonsrapport: Antall diagnosekoder

	Før revisjon		Etter revisjon	
	Antall	%	Antall	%
1 diagnosekode	284	65,6	256	59,1
2 diagnosekoder	73	16,9	89	20,6
3 diagnosekoder	54	12,5	41	9,5
4 diagnosekoder	16	3,7	27	6,2
5 diagnosekoder	4	,9	15	3,5
6 diagnosekoder	2	,5	5	1,2

Viser antall diagnosekoder registrert i utvalget før og etter revisjon (alle diagnosekoder)

### Revisjonsrapport Antall bidiagnosekoder

	Før revisjon		Etter revisjon	
	Antall	%	Antall	%
1 bidiagnosekode	73	49,0	89	50,3
2 bidiagnosekoder	54	36,2	41	23,2
3 bidiagnosekoder	16	10,7	27	15,3
4 bidiagnosekoder	4	2,7	15	8,5
5 bidiagnosekoder	2	1,3	5	2,8

Viser antall bidiagnosekoder registrert i utvalget før og etter revisjon

**Revisjonsrapport: Prosedyrekoder fullsiffernivå**

	Uendret prosedyrekode		Endret prosedyrekode	
	Antall	%	Antall	%
Prosedyrekode1	407	94,0	26	6,0
Prosedyrekode2	396	91,5	37	8,5
Prosedyrekode3	422	97,5	11	2,5
Prosedyrekode4	424	97,9	9	2,1
Prosedyrekode5	430	99,3	3	,7
Prosedyrekode6	433	100,0	0	,0
Prosedyrekode7	433	100,0	0	,0
Prosedyrekode8	433	100,0	0	,0
Prosedyrekode9	433	100,0	0	,0

Viser om kodene er like eller endret for alle prosedyrekoder. Fullsiffernivå kode

**Revisjonsrapport: Prosedyrekoder kapittelnivå**

	Uendret prosedyrekode		Endret prosedyrekode	
	Antall	%	Antall	%
Prosedyrekode1	426	98,4	7	1,6
Prosedyrekode2	404	93,3	29	6,7
Prosedyrekode3	423	97,7	10	2,3
Prosedyrekode4	424	97,9	9	2,1
Prosedyrekode5	431	99,5	2	,5
Prosedyrekode6	433	100,0	0	,0
Prosedyrekode7	433	100,0	0	,0
Prosedyrekode8	433	100,0	0	,0
Prosedyrekode9	433	100,0	0	,0

Viser om kodene er like eller endret for alle prosedyrekoder. Kapittelnivå kode

**Revisjonsrapport: Antall prosedyrekoder**

	Før revisjon		Etter revisjon	
	Antall	%	Antall	%
Ingen prosedyrekoder	7	1,6	7	1,6
1 prosedyrekode	108	24,9	103	23,8
2 prosedyrekoder	195	45,0	194	44,8
3 prosedyrekoder	76	17,6	81	18,7
4 prosedyrekoder	29	6,7	30	6,9
5 prosedyrekoder	12	2,8	12	2,8
6 prosedyrekoder	5	1,2	5	1,2
7 prosedyrekoder	1	,2	1	,2
8 prosedyrekoder	0	,0	0	,0
9 prosedyrekoder	0	,0	0	,0

Viser antall prosedyrekoder registrert i utvalget før og etter revisjon

**Revisjonsrapport: Hoveddiagnosegruppe (HDG)**

	Før revisjon	Etter revisjon
0 Uten hoveddiagnosegruppe	0	5
1 Sykdom i nervesystem	12	12
2 Øyesykdom	2	2
3 Øre/nese/halssykdommer	26	27
4 Sykdom i åndedretsorgan	2	4
5 Sykdom i sirkulasjonsorgan	142	140
6 Sykdom i fordøyelsesorgan	10	9
7 Sykdom i lever, galle, bukspyttkjertel	0	0
8 Sykdom i skjelett/muskelsystem/bindevev	144	145
9 Sykdom i hud, underhud og bryst	36	39
10 Indresekretoriske, ernærings- og stoffskiftesykd	17	11
11 Nyre- og urinveissykdom	1	2
12 Sykdom i mannlige kjønnsorganer	12	11
13 Sykdom i kvinnelige kjønnsorganer	0	0
14 Sykdom under svangerskap, fødsel og barsel	0	0
15 Nyfødt m/tilst. i perinatalperioden	0	0
16 Sykdom i blod, bloddannende org og immunapp.	0	0
17 Myeloproliferative sykdommer og lite diff. svulster	0	0
18 Infeksiøse og parasittære sykdommer	0	0
19 Psykiske lidelser og rusproblemmmer	0	0
21 Skade, forgiftning etc.	1	1
22 Forbrenninger	0	0
23 Faktorer som påvirker helsetilst - annen kont. m/helsetj	7	5
24 Signifikant multitraume	0	0
30 Sykdommer i bryst	21	20
Total	433	433

Gruppering til HDG før og etter revisjon



**Revisjonsrapport: Diagnoserelaterte grupper (DRG)**

	Før revisjon	Etter revisjon
6 Op ved karpaltunnelsyndrom	10	10
8 Perifere, hjerne- & andre nerveop u/bk	2	2
40 Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer	2	2
53 Operasjoner på bihuler & proc mastoideus >17	5	5
55 Diverse operasjoner på øre/nese/hals	4	6
56 Plastiske operasjoner på nesen	14	12
59 Tonsillektomi og/eller adenoidektomi >17år	2	2
63 Operasjoner på øre, nese, hals ITAD	1	1
99 Funn og symptomer fra åndedretsorganer m/bk	1	1
100 Funn og symptomer fra åndedretsorganer u/bk	1	3
104 Op på hjerteklaffer m/hjertekateterisering	1	1
105 Op på hjerteklaffer u/hjertekateterisering	7	7
106 Koronar by-pass op m/hjertekateterisering	2	2
107 Koronar by-pass op u/hjertekateterisering	20	20
108 Op på hjerte og store intratorakale kar ITAD	1	1
112 Terapeutiske perkutane kardiovask prosedyrer	45	45
119 Inngrep for åreknuter	9	9
120 Operasjoner på sirkulasjonsorganene ITAD	1	0
124 Diagnostisk perkut hjerteprosedyre m/bk eksk	0	1
125 Diagnostisk perkut hjerteprosedyre u/bk eksk	55	53
136 Hjertefeil og komplik til kunstig hjerteklaff > 17 år u/bk	1	1
158 Enkle tarmop & op på anus & fremlagt tarm u/bk	3	3
160 Brokkop ekskl inguinal & femoral > 17år u/bk	1	1
162 Inguinal & femoral brokkop > 17år u/bk	6	5
169 Prosedyrer i munnhulen u/bk	0	1
209A Primær proteseop i hofte/kne/ankel	7	7
215C Operasjoner på kolumna ekskl. spodylodese u/bk	4	4
219 Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop > 17 u/bk	3	3
220 Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop < 18	1	1
222 Operasjoner på kneledd ekskl proteseop u/bk	53	53
224 Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderpr u/bk	26	25
225 Operasjoner på ankel & fot	10	10
227 Bløtdelsoperasjoner ITAD u/bk	11	13
229 Op på håndledd/hånd inkl sårkirurgi ekskl prot u/bk	15	15
231 Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntesmat	3	3
232 Artroskopi	9	9
234 Op på skjelett-muskelsystem og bindevev ITAD u/bk	1	1
254 Brudd/forst/luks av o.arm/u.ekstr ekskl fot > 17 u/bk	1	1
261 Mammaop ved godartede sykd ekskl biopsi/loka	20	17
266 Hudtransp og/eller revisj, ekskl sår/cell. u/bk	9	3
268 Plastisk op på hud, underhud & bryst	7	11
270 Op på hud, underhud & bryst ITAD u/bk	19	23
284 Lettere hudsykdom u/bk	1	2
288B Andre operasjoner for adipositas	17	11
311 Transurethrale operasjoner ekskl på prostata u/bk	0	1
316 Nyresvikt	1	1
337 Transurethral prostatectomi u/bk	4	3
339 Op på skrotalinnhold ved godartede sykd > 17	2	2
341 Operasjoner på penis	1	0
342 Omskjæring > 17 år	0	1
343 Omskjæring < 18 år	5	5
442 Operasjoner etter skade ITAD m/bk	1	0
452 Komplikasjoner ved behandling m/bk	0	1
461 Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23	2	0
462B Rehabilitering vanlig	5	5
477 Mindre op uten sammenheng med hoveddiagnosen	0	5
501B Rekonstruksjon av bryst u/bk	1	2
509 Andre operasjoner på bryst	0	1

Gruppering til DRG før og etter revisjon

**Revisjonsrapport: Rekkefølge hoveddiagnosekode**

	Antall	Prosent
Revidert HD-kode matcher HD-kode i utvalget på 4-siffer nivå	329	76,0%
Revidert HD-kode matcher HD-kode i utvalget på 3-siffer nivå	16	3,7%
Revidert HD-kode kodet som BD-kode i utvalget	15	3,5%
Revidert HD-kode ikke kodet som HD- eller BD-kode i utvalget	73	16,9%
Total	433	100,0%

**Revisjonsrapport: ICD-10 koder**

	Hd-kode før revisjon	Bd-kode før revisjon	Hd-kode etter revisjon	Bd-kode etter revisjon
C443 Ondartet svulst i hud i andre og uspes. deler av ansikt	2	0	2	0
C445 Ondartet svulst i hud på trunkus	1	0	1	0
C509 Ondartet svulst i bryst, uspesifisert	1	0	0	0
C61 Ondartet svulst i blærehalskjertel	1	0	1	1
C675 Ondartet svulst i blærehals	0	0	0	1
D162 Godartet svulst i lange knokler i underekstremitet	1	0	0	0
D163 Godartet svulst i korte knokler i underekstremitet	0	0	1	0
D222 Melanocyttnevus på øre og i ytre øregang	1	0	1	0
D223 Melanocyttnevus i andre og uspesifiserte deler av ansikt	0	0	1	0
D225 Melanocyttnevus på trunkus	1	0	3	0
D226 Melanocyttnevus på overekstremitet, inklusive skulder	0	0	1	0
D227 Melanocyttnevus på underekstremitet, inklusive hofte	0	0	2	0
D233 Godartet svulst i hud i andre og uspes. deler av ansikt	6	0	5	0
D235 Godartet svulst i hud på trunkus	2	0	0	0
D236 Godartet svulst i hud på overekstremitet, inklusive sku	4	0	2	0
D237 Godartet svulst i hud på underekstremitet, inklusive ho	1	0	0	0
D239 Godartet svulst i hud, uspesifisert	6	0	2	0
D414 Svulst med usikkert/ukjent malignitetspotensial i urinb	0	1	0	0
D62 Akutt posthemoragisk anemi	0	0	0	1
E039 Uspesifisert hypotyreose	0	1	0	0
E107 Diabetes mellitus type I med flere komplikasjoner	0	0	0	2
E109 Diabetes mellitus type I uten komplikasjoner	0	4	0	2
E111 Diabetes mellitus type II med ketoacidose	0	1	0	0
E117 Diabetes mellitus type II med flere komplikasjoner	0	1	0	0
E119 Diabetes mellitus type II uten kompl	0	11	0	17
E149 Uspesifisert diabetes mellitus uten komplikasjoner	0	0	0	1
E65 Lokalisert fedme	0	0	11	0
E66	0	0	0	1
E660 Fedme som skyldes høyt kaloriinntak	0	1	0	1
E780 Ren hyperkolesterolemi	0	10	0	7
E782 Blandet hyperlipidemi	0	1	0	1
E785 Uspesifisert hyperlipidemi	0	0	0	5
E881 Lipodystrofi, ikke klassifisert annet sted	15	0	0	0
E882 Lipomatose, ikke klassifisert annet sted	2	0	0	0
F171 Psyk. lid. og atf.forst. s. sk. br. av tobakk sk. bruk	0	0	0	14
G473 Søvnapné	0	0	0	5
G560 Carpal tunnel syndrome	10	0	10	0
G562 Skade i nervus ulnaris	1	0	1	0
G576 Skade i nervus plantaris	1	0	1	0
G628 Andre spesifiserte polyneuropatier	0	1	0	0
H023 Løs hud på øyelokk	2	0	2	0
H026 Xantelasme på øyelokk	0	0	1	0
H611 Ikke-infeksiøse sykdommer i aurikkel	0	0	1	0
I10 Essensiell (primær) hypertensjon	4	32	0	42
I200 Ustabil angina	5	4	6	1
I208 Andre spesifiserte former for angina pectoris	0	1	0	0
I209 Uspesifisert angina pectoris	6	56	3	59
I210 Akutt transmuralt hjerteinfarkt i fremre vegg, 1. gang	0	0	0	1
I214 Akutt subendokardialt infarkt, 1. gang	0	2	1	1
I219 Uspesifisert akutt hjerteinfarkt, 1. gang	1	0	1	1

	Hd-kode før revisjon	Bd-kode før revisjon	Hd-kode etter revisjon	Bd-kode etter revisjon
I229 Akutt hjerteinfarkt med uspes. lok., 2. gang eller sene	0	0	0	1
I251 Aterosklerotisk hjertesykdom	87	16	87	20
I252 Gammelt hjerteinfarkt	1	19	0	24
I253 Hjerteraneurisme	0	1	0	1
I340 Ikke-reumatisk mitralinsuffisiens	2	3	2	1
I350 Ikke-reumatisk aortastenose	5	2	5	2
I351 Ikke-reumatisk aortainsuffisiens	3	0	3	1
I352 Ikke-reumatisk aortastenose med insuffisiens	3	0	4	0
I359 Uspesifisert ikke-reumatisk aortaklaffefeil	1	1	0	0
I48 Atrieflimmer og atrieflutter	0	10	0	13
I509 Uspesifisert hjertesvikt	0	0	0	4
I639 Uspesifisert hjerneinfarkt	0	0	0	1
I653 Okklusjon og stenose av flere og bilaterale precereb. a	0	1	0	1
I700 Aterosklerose i aorta	0	1	0	1
I709 Generalisert og uspesifisert aterosklerose	0	2	0	2
I712 Torakalt aorta-aneurisme uten opplysning om ruptur	0	2	0	2
I719 Aorta-aneurisme med uspes. lok., uten opplysning om rup	0	1	0	1
I739 Uspesifisert sykdom i perifere kar	0	0	0	1
I743 Emboli og trombose i arterier i underekstremiteter	0	1	0	1
I809 Flebitt og tromboflebitt med uspesifisert lokalisasjon	0	0	0	1
I839 Åreknuter i underekstremiteter uten ulcus eller betenne	9	0	9	0
I842 Indre hemoroider uten komplikasjoner	3	0	3	0
J320 Kronisk maksillarsinusitt	3	0	2	1
J330 Polypp i nesehule	1	0	1	0
J331 Polypoid bihuledegenerasjon	0	0	2	0
J338 Annen polypp i bihule	1	0	0	0
J342 Skjev neseskillevegg	12	1	13	0
J350 Kronisk tonsillitt	2	0	2	0
J448 Annen spesifisert kronisk obstruktiv lungesykdom	0	4	0	3
J449 Uspesifisert kronisk obstruktiv lungesykdom	0	4	0	5
J458 Blandet astma	0	1	0	0
J459 Uspesifisert astma	0	0	0	2
K137 Andre og uspesifiserte lesjoner i munnslimhinne	0	0	1	0
K409 Enkelts. el. uspes. lyskebrokk uten obstruksjon el. gan	5	1	5	0
K429 Navlebrokk uten obstruksjon eller gangren	1	0	1	0
K439 Ventralt brokk uten obstruksjon eller gangren	0	1	0	0
K920 Hematemese	0	0	0	1
L600 Inngrodd negl	1	0	1	0
L609 Uspesifisert neglelidelse	1	0	1	0
L721 Retensjonscyste i talgkjertel eller hårsekk	1	0	2	0
L82 Seboréisk keratose	0	0	2	0
L905 Arrtilstander og fibrose i hud	6	0	3	0
L918 Andre spesifiserte hypertrofiske hudlidelser	2	2	0	0
M069 Uspesifisert reumatoid artritt	0	1	0	1
M160 Primær hofteleddsartrose, bilateral	3	0	2	0
M161 Primær hofteleddsartrose, uten oppl. om bilateral manif	2	0	3	0
M163 Hofteledd. artr. s. f. av dysplasi, u. oppl. om bilat.manif	1	0	1	0
M171 Primær kneleddsartrose, uten opplysning om bilat. manif	2	6	2	8
M173 Posttraumatisk kneleddsartrose, u. oppl. om bilat. mani	0	1	0	2
M175 Annen sekundær kneleddsartrose, u. oppl. om bilat. mani	0	0	0	1
M180 Primær artrose i første karpometakarpalledd, bilateral	1	0	0	0
M183 Posttraum. artr., 1.karp.met.l., u.oppl. om bilat. mani	0	0	1	0
M1914 Posttraum artrose i andre ledd;hånd/fingre	1	0	0	0
M1991 Uspesifisert artrose;skulderreg	1	0	1	0
M201 Hallux valgus (ervert)	8	0	8	0
M202 Stiv stortå	2	0	1	0
M204 Annen hammerå (ervert)	1	1	2	1
M232 Menisklidelse som skyldes gammel ruptur eller skade	42	5	45	5
M2323 Menisklid pga ruptur el skade;medial kollig/uspes med m	0	0	0	1

	Hd-kode før revisjon	Bd-kode før revisjon	Hd-kode etter revisjon	Bd-kode etter revisjon
M2326 Menisklid pga ruptur el skade;ann/uspes lat menisk	0	0	0	1
M233 Andre menisklidelser	4	0	1	0
M234 Fritt legeme i kne	1	0	1	0
M235 Kronisk instabilitet i kne	1	1	2	1
M2351 Kronisk instabilitet i kne;fremr korsb/medial menisk	2	1	6	0
M2353 Kronisk instabilitet i kne;medial kollig/uspes med men	0	1	0	1
M2356 Kronisk instabilitet i kne;ann/uspes lat menisk	0	0	1	0
M2389 Andre spesifiserte kneleddlidelser;uspes leddb/menisk	1	0	0	0
M239 Uspesifisert kneleddlidelse	4	0	1	0
M242 Ligamentlidelse	2	0	1	0
M2421 Ligamentlidelse;skulderreg	1	0	0	0
M244 Residiverende dislokasjon og sublaksasjon av ledd	0	0	1	0
M2441 Resid dislok/sublux ledd;skulderreg	0	0	1	0
M245 Kontraktur i ledd	0	0	1	0
M248 Annen spesifisert uorden i ledd IKAS	1	0	1	0
M249 Uspesifisert uorden i ledd	1	0	0	0
M255 Leddsmerte	0	0	1	0
M2556 Leddsmerte;legg/kne	0	0	2	0
M2557 Leddsmerte;ankel/fot/tå	0	0	1	0
M353 Polymyalgia rheumatica	0	0	0	1
M511 Lidelse i lumbalsk./mellomvirvelsk., m/radikulop. (G55.	4	0	4	0
M621 Annen muskelruptur ikke-traumatisk	0	0	1	0
M653 Triggerfinger	2	0	4	0
M6533 Triggerfinger;underarm/håndl	1	0	0	0
M6534 Triggerfinger;hånd/fingre	2	0	2	0
M6539 Triggerfinger;uspes lokalis	1	0	0	0
M660 Ruptur i knehasecyste	0	0	0	1
M674 Ganglion	7	0	7	0
M706 Trokanterbursitt	1	0	1	0
M720 Dupuytren's kontraktur	2	0	2	0
M751 Rotator cuff syndrome	3	0	5	1
M753 Skuldertendinit med kalknedslag	0	0	0	1
M754 Impingement syndrome i skulder	17	1	17	2
M758 Andre spesifiserte skulderlidelser	1	0	1	0
M759 Uspesifisert skulderlidelse	0	1	0	1
M765 Patellar senetendinit	1	0	1	0
M771 Lateral epikondylitt	8	0	8	0
M773 Hælbenspore	1	0	1	0
M774 Metatarsalgi	0	1	0	1
M790 Uspesifisert reumatisme	0	1	0	0
M841 Forstyrret bruddtilheling	0	1	0	0
N179 Uspesifisert akutt nyresvikt	1	0	1	0
N189 Uspesifisert kronisk nyresvikt	0	0	0	1
N320 Blærehalsobstruksjon	0	1	1	0
N40 Prostatahyperplasi	3	0	2	1
N430 Cystisk hydrocele	1	0	1	0
N434 Spermatocele	1	0	1	0
N47 Overflødig forhud, fimose og parafimose	1	0	1	0
N486 Induratio penis plastica	1	0	1	0
N62 Hypertrofi av bryst	16	0	14	0
Q175 Utstående øre	5	0	5	0
Q825 Medfødt ikke-neoplastisk nevus	1	0	0	0
Q850 Nevrofibromatose (ikke-ondartet)	0	1	1	0
R060 Dyspné	2	0	4	0
R073 Annen brystsmerte	0	1	1	0
R074 Uspesifisert brystsmerte	7	2	12	1
R104 Annen og uspesifisert smerte i buk og bekken	1	0	0	0
R55 Synkope og kollaps	0	1	0	1
R943 Unormale resultater ved funksjonsstudier av hjerte og k	0	0	2	0
R99 Andre dårlig definerte og uspesifiserte dødsårsaker	0	1	0	0
S460 Skade på sene i rotatormansjett i skulder	2	0	0	0
S461 Skade på muskel og sene i langt hode på biceps	1	0	0	0

	Hd-kode før revisjon	Bd-kode før revisjon	Hd-kode etter revisjon	Bd-kode etter revisjon
S832 Fersk skade i menisk	1	2	0	0
S835 Forstuving/ruptur/forstreking som omfatter korsbånd i	2	1	0	0
T810 Blødning og hematom som komplikasjon til inngrep IKAS	0	0	1	0
T813 Sårruptur, ikke klassifisert annet sted	0	0	0	1
T828 Andre spes. komp., prot./impl./transpl. i hjerte og blo	0	0	0	1
T841 Mek. komp. ved innv. fiks.anordn. for knokler i ekstremitet	1	0	1	0
T842 Mek. komp. ved innv. fiksasjonsanordning for andre knok	0	0	1	1
T845 Infek. og bet.reak. som skyldes innvendig leddprotese	0	0	0	1
T848 Andre spes. komp. ved innvendig ortop. prot./impl./tran	0	0	1	0
T854 Mekaniske komplikasjoner ved brystprotese og - implantat	4	0	3	0
T901 Følgetilstander etter åpent sår i hode	0	0	0	1
T902 F.tilst. etter brudd på hjerneskalle og ansiktsknokler	2	0	0	3
T932 Følgetilstander etter andre brudd i underekstremitet	1	0	0	0
T933 F.tilst. etter dislok./forstuv./forstrekk. av u.eks.	2	3	0	6
T952 Følgetilstander etter brann-, etse- og frostskaade på o.	1	0	0	0
Y579 Bivirk. av droge/legemidler/diagnostikum, preparat, usp	0	0	0	1
Y831 Pas.reak., kir. pros. (u. skadeanm.) m. plass. kunstig	0	0	0	6
Y834 Pas.reak. s.f.a. kir. pros. (u. skadeanm.) m. a. rekons	0	0	0	1
Z025 Generell undersøkelse i forbindelse med deltakelse i id	0	1	0	0
Z035 Observasjon ved mistanke om andre hjerte- karsykdommer	8	7	5	7
Z090 Etterundersøkelse etter kir. behandling for andre tilst	0	1	0	0
Z411 Annen kosmetisk plastisk kirurgisk prosedyre	0	0	4	0
Z412 Rutinemessig og rituell omskjæring (av gutter/menn)	4	0	4	0
Z420 Etterbeh. som omfatter plastisk kirurgi på hode og hals	0	0	1	0
Z421 Etterbehandling som omfatter plastisk kirurgi på bryst	0	0	4	0
Z422 Etterbeh. som omf. plastisk kir. på andre deler av trun	0	0	4	0
Z423 Etterbeh. som omfatter plastisk kirurgi på overekstremitet	0	0	1	0
Z470 Etterbeh. som omfatter fjerning av osteosyntesematerial	0	0	1	0
Z5089 Vanlig rehabilitering	5	0	5	0
Z95	0	1	0	0
Z950 Status med hjertepacemaker	0	0	0	1
Z951 Status med aortakoronart bypasstransplantat	2	4	0	6
Z955 Status med angioplastisk koronarimplantat og - transplan	0	5	0	11
Z958 Status med andre spes. impl. og transpl. i hjerte og bl	0	0	0	1
Z966 Status med ortopediske leddimplantater	0	0	0	1

Antall ICD-10 koder før og etter revisjon

**Revisjonsrapport: Prosedyrekoder (NCSP)**

	Før revisjon	Etter revisjon
ABC16	4	4
ACB19	1	1
ACC51	11	8
ACC53	1	1
CBB20	2	2
DAB00	0	1
DAD10	0	1
DAD30	5	5
DJD20	14	14
DLD20	2	2
DMB20	2	2
DNB20	5	5
EMB10	2	2
EAA10	0	1
FLD00	1	1
FMD00	5	4
FMD10	3	4
FNA00	27	27
FNC10	11	11
FNC20	11	11
FNC30	10	10
FNC40	1	1
FNG02	8	8
FNG05	38	38
FWW96	1	0
FXA00	31	31
GAE53	2	2
GAE96	0	1
HAD10	1	1
HAD20	2	2
HAD30	13	13
HAD40	1	1
HAD50	2	1
HAD60	1	1
HAE00	0	1
HAE05	1	1
HWE00	1	1
JAB10	2	1
JAB30	4	4
JAF10	1	1
JAG96	1	1
JAW96	0	1
JHB00	3	3
KCD02	1	1
KED22	4	4
KED32	1	1
KFD16	1	1
KFD20	1	1
KGH10	1	2
KGV20	4	4
KGW96	1	0
NBA11	20	17
NBA12	1	1
NBE11	7	7
NBE22	1	0
NBE41	1	1
NBF91	1	0
NBH91	1	1
NBK12	1	1
NBK13	21	21
NBL09	2	1
NBL19	2	3
NBL49	2	2
NBM79	0	1
NCL39	4	8
NCL89	4	0

	Før revisjon	Etter revisjon
NDE12	3	6
NDE92	1	1
NDF92	1	1
NDG44	1	1
NDL51	1	1
NDM19	2	2
NDM39	4	4
NDM49	5	5
NDU49	1	1
NFB40	6	6
NFD11	1	1
NFL09	1	0
NFL39	1	0
NFM09	0	1
NFM79	0	1
NGA11	11	11
NGB14	1	1
NGD11	49	49
NGD21	1	1
NGE45	8	8
NGF11	1	0
NGF12	0	1
NGL59	1	1
NGM39	1	1
NGN39	3	3
NGU49	1	1
NHA11	1	1
NHE49	1	1
NHF11	1	1
NHG09	3	3
NHG46	1	1
NHG49	1	1
NHK15	2	2
NHK17	1	2
NHK57	7	6
NHK58	1	1
NHU49	1	1
PHD10	7	7
PHD11	1	1
PHD99	9	9
QAE00	1	0
QAE10	11	12
QAE20	2	1
QAE30	1	0
QBA99	0	1
QBB00	0	1
QBE10	7	4
QBE20	1	2
QBE30	2	3
QBJ00	5	4
QBJ30	19	18
QCE10	4	3
QCE25	1	1
QCH00	1	1
QDE10	3	4
QDH10	1	1
QXE10	1	1
QXE20	1	1
TND32	1	1
XF911	75	75
XF912	100	100
XF913	11	11
XF914	8	8
XF932	6	6
ZSF00	2	2
ZXA00	1	1
ZXA05	1	1
ZXA10	1	1

	Før revisjon	Etter revisjon
ZXB00 Lateral	1	1
ZXB10 Medial	2	2
ZXC85 Endoskopisk assistert inngrep	8	9
ZXD00 Øyeblikkelig hjelp	10	9
ZXD10 Elektivt inngrep	26	30
ZZA50 Fullhudstransplantat	1	1
ZZB00 Bein-sene-bein transplantat av patellarsene	1	1
ZZB10 Transplantat av semitendinosussene	5	5
ZZR00 Hudlapp	6	6

Antall prosedyrekoder (NCSP) før og etter revisjon

### Revisjonsrapport: Hoveddiagnosekoder sortert etter volum før revisjon

	Før revisjon	Etter revisjon
I251 Aterosklerotisk hjertesykdom	87	87
M232 Menisklidelse som skyldes gammel ruptur eller skade	42	45
M754 Impingement syndrome i skulder	17	17
N62 Hypertrofi av bryst	16	14
E881 Lipodystrofi, ikke klassifisert annet sted	15	0
J342 Skjev neseskillevegg	12	13
G560 Carpal tunnel syndrome	10	10
I839 Åreknuter i underekstremiteter uten ulcus eller betenne	9	9
M201 Hallux valgus (ervert)	8	8
M771 Lateral epikondylitt	8	8
Z035 Observasjon ved mistanke om andre hjerte-karsykdommer	8	5
M674 Ganglion	7	7
R074 Uspesifisert brystsmerte	7	12
D233 Godartet svulst i hud i andre og uspes. deler av ansikt	6	5
D239 Godartet svulst i hud, uspesifisert	6	2
I209 Uspesifisert angina pectoris	6	3
L905 Arrtilstander og fibrose i hud	6	3
I200 Ustabil angina	5	6
I350 Ikke-reumatisk aortastenose	5	5
K409 Enkelts. el. uspes. lyskebrokk uten obstruksjon el. gan	5	5
Q175 Utstående øre	5	5
Z5089 Vanlig rehabilitering	5	5
D236 Godartet svulst i hud på overekstremitet, inklusive sku	4	2
I10 Essensiell (primær) hypertensjon	4	0
M233 Andre menisklidelser	4	1
M239 Uspesifisert kneleddlidelse	4	1
M511 Lidelse i lumbalsk./mellomvirvelsk., m/radikulop. (G55.	4	4
T854 Mekaniske komplikasjoner ved brystprotese og -implantat	4	3
Z412 Rutinemessig og rituell omskjæring (av gutter/menn)	4	4
I351 Ikke-reumatisk aortainsuffisiens	3	3
I352 Ikke-reumatisk aortastenose med insuffisiens	3	4
I842 Indre hemoroider uten komplikasjoner	3	3
J320 Kronisk maksillarsinusitt	3	2
M160 Primær hofteladdsartrose, bilateral	3	2
M751 Rotator cuff syndrome	3	5
N40 Prostatahyperplasi	3	2
C443 Ondartet svulst i hud i andre og uspes. deler av ansikt	2	2
D235 Godartet svulst i hud på trunkus	2	0
E882 Lipomatose, ikke klassifisert annet sted	2	0
H023 Løs hud på øyelokk	2	2
I340 Ikke-reumatisk mitralinsuffisiens	2	2
J350 Kronisk tonsillitt	2	2
L918 Andre spesifiserte hypertrofiske hudlidelser	2	0
M161 Primær hofteladdsartrose, uten oppl. om bilateral manif	2	3
M171 Primær kneleddartrose, uten opplysning om bilat. manif	2	2
M202 Stiv stortå	2	1
M2351 Kronisk ustabilitet i kne;fremr korsb/medial menisk	2	6
M242 Ligamentlidelse	2	1
M653 Triggerfinger	2	4
M6534 Triggerfinger;hånd/fingre	2	2
M720 Dupuytren's kontraktur	2	2



	Før revisjon	Etter revisjon	
R060	Dyspné	2	4
S460	Skade på sene i rotatormansjett i skulder	2	0
S835	Forstuvning/ruptur/forstrekkning som omfatter korsbånd i	2	0
T902	F.tilst. etter brudd på hjerneskinne og ansiktsknokler	2	0
T933	F.tilst. etter dislok./forstuv./forstrekk. av u.eks.	2	0
Z951	Status med aortakoronart bypasstransplantat	2	0
C445	Ondartet svulst i hud på trunkus	1	1
C509	Ondartet svulst i bryst, uspesifisert	1	0
C61	Ondartet svulst i blærehalskjertel	1	1
D162	Godartet svulst i lange knokler i underekstremitet	1	0
D222	Melanocyttnevus på øre og i ytre øregang	1	1
D225	Melanocyttnevus på trunkus	1	3
D237	Godartet svulst i hud på underekstremitet, inklusive ho	1	0
G562	Skade i nervus ulnaris	1	1
G576	Skade i nervus plantaris	1	1
I219	Uspesifisert akutt hjerteinfarkt, 1. gang	1	1
I252	Gammelt hjerteinfarkt	1	0
I359	Uspesifisert ikke-reumatisk aortaklaffefeil	1	0
J330	Polypp i nesehule	1	1
J338	Annen polypp i bihule	1	0
K429	Navlebrokk uten obstruksjon eller gangren	1	1
L600	Inngrodd negl	1	1
L609	Uspesifisert neglelidelse	1	1
L721	Retensjonscyste i talgkjertel eller hårasekk	1	2
M163	Hoftel.artr. s. f. av dysplasi, u. oppl. om bilat.manif	1	1
M180	Primær artrose i første karpometakarpalledd, bilateral	1	0
M1914	Posttraum artrose i andre ledd;hånd/fingre	1	0
M1991	Uspesifisert artrose;skulderreg	1	1
M204	Annen hammertå (ervertet)	1	2
M234	Fritt legeme i kne	1	1
M235	Kronisk instabilitet i kne	1	2
M2389	Andre spesifiserte kneleddlidelser;uspes leddb/menisk	1	0
M2421	Ligamentlidelse;skulderreg	1	0
M248	Annen spesifisert uorden i ledd IKAS	1	1
M249	Uspesifisert uorden i ledd	1	0
M6533	Triggerfinger;underarm/håndl	1	0
M6539	Triggerfinger;uspes lokalis	1	0
M706	Trokanterbursitt	1	1
M758	Andre spesifiserte skulderlidelser	1	1
M765	Patellar senetendinit	1	1
M773	Hælbenspore	1	1
N179	Uspesifisert akutt nyresvikt	1	1
N430	Cystisk hydrocele	1	1
N434	Spermatocel	1	1
N47	Overflødig forhud, fimose og parafimose	1	1
N486	Induratio penis plastica	1	1
Q825	Medfødt ikke-neoplastisk nevus	1	0
R104	Annen og uspesifisert smerte i buk og bekken	1	0
S461	Skade på muskel og sene i langt hode på biceps	1	0
S832	Fersk skade i menisk	1	0
T841	Mek. komp. ved innv. fiks.anordn. for knokler i ekstrem	1	1
T932	Følgetilstander etter andre brudd i underekstremitet	1	0
T952	Følgetilstander etter brann-, etse- og frostskaade på o.	1	0
D163	Godartet svulst i korte knokler i underekstremitet	0	1
D223	Melanocyttnevus i andre og uspesifiserte deler av ansik	0	1
D226	Melanocyttnevus på overekstremitet, inklusive skulder	0	1
D227	Melanocyttnevus på underekstremitet, inklusive hofte	0	2
E65	Lokalisert fedme	0	11
H026	Xantelasme på øyelokk	0	1
H611	Ikke-infeksiøse sykdommer i aurikkel	0	1
I214	Akutt subendokardialt infarkt, 1. gang	0	1
J331	Polypoid bihuledegenerasjon	0	2
K137	Andre og uspesifiserte lesjoner i munnslimhinne	0	1
L82	Seboréisk keratose	0	2
M183	Posttraum. artr., 1.karp.met.l., u.oppl. om bilat. mani	0	1
M2356	Kronisk instabilitet i kne;ann/uspes lat menisk	0	1
M244	Residiverende dislokasjon og sublaksjon av ledd	0	1
M2441	Resid dislok/sublux ledd;skulderreg	0	1

	Før revisjon	Etter revisjon
M245 Kontraktur i ledd	0	1
M255 Leddsmerte	0	1
M2556 Leddsmerte;legg/kne	0	2
M2557 Leddsmerte;ankel/fot/tå	0	1
M621 Annen muskelruptur ikke-traumatisk	0	1
N320 Blærehalsobstruksjon	0	1
Q850 Nevrofibromatose (ikke-ondartet)	0	1
R073 Annen brystsmerte	0	1
R943 Unormale resultater ved funksjonsstudier av hjerte og k	0	2
T810 Blødning og hematom som komplikasjon til inngrep IKAS	0	1
T842 Mek. komp. ved innv. fiksasjonsanordning for andre knok	0	1
T848 Andre spes. komp. ved innvendig ortop. prot./impl./tran	0	1
Z411 Annen kosmetisk plastisk kirurgisk prosedyre	0	4
Z420 Etterbeh. som omfatter plastisk kirurgi på hode og hals	0	1
Z421 Etterbehandling som omfatter plastisk kirurgi på bryst	0	4
Z422 Etterbeh. som omf. plastisk kir. på andre deler av trun	0	4
Z423 Etterbeh. som omfatter plastisk kirurgi på overekstremit	0	1
Z470 Etterbeh. som omfatter fjerning av osteosyntesematerial	0	1

**Revisjonsrapport: Hoveddiagnosekoder sortert etter volum etter revisjon**

	Før revisjon	Etter revisjon
I251 Aterosklerotisk hjertesykdom	87	87
M232 Menisklidelse som skyldes gammel ruptur eller skade	42	45
M754 Impingement syndrome i skulder	17	17
N62 Hypertrofi av bryst	16	14
J342 Skjev neseskillevegg	12	13
R074 Uspesifisert brystsmerte	7	12
E65 Lokalisert fedme	0	11
G560 Carpal tunnel syndrome	10	10
I839 Åreknuter i underekstremiteter uten ulcus eller betenne	9	9
M201 Hallux valgus (ervert)	8	8
M771 Lateral epikondylitt	8	8
M674 Ganglion	7	7
I200 Ustabil angina	5	6
M2351 Kronisk instabilitet i kne;fremr korsb/medial menisk	2	6
D233 Godartet svulst i hud i andre og uspes. deler av ansikt	6	5
I350 Ikke-reumatisk aortastenose	5	5
K409 Enkelts. el. uspes. lyskebrokk uten obstruksjon el. gan	5	5
M751 Rotator cuff syndrome	3	5
Q175 Utstående øre	5	5
Z035 Observasjon ved mistanke om andre hjerte-karsykdommer	8	5
Z5089 Vanlig rehabilitering	5	5
I352 Ikke-reumatisk aortastenose med insuffisiens	3	4
M511 Lidelse i lumbalsk./mellomvirvelsk., m/radikulop. (G55.	4	4
M653 Triggerfinger	2	4
R060 Dyspné	2	4
Z411 Annen kosmetisk plastisk kirurgisk prosedyre	0	4
Z412 Rutinemessig og rituell omskjæring (av gutter/menn)	4	4
Z421 Etterbehandling som omfatter plastisk kirurgi på bryst	0	4
Z422 Etterbeh. som omf. plastisk kir. på andre deler av trun	0	4
D225 Melanocyttnevus på trunkus	1	3
I209 Uspesifisert angina pectoris	6	3
I351 Ikke-reumatisk aortainsuffisiens	3	3
I842 Indre hemoroider uten komplikasjoner	3	3
L905 Arrtilstander og fibrose i hud	6	3
M161 Primær hofteleddsartrose, uten oppl. om bilateral manif	2	3
T854 Mekaniske komplikasjoner ved brystprotese og -implantat	4	3
C443 Ondartet svulst i hud i andre og uspes. deler av ansikt	2	2
D227 Melanocyttnevus på underekstremitet, inklusive hofte	0	2
D236 Godartet svulst i hud på overekstremitet, inklusive sku	4	2
D239 Godartet svulst i hud, uspesifisert	6	2
H023 Løs hud på øyelokk	2	2
I340 Ikke-reumatisk mitralinsuffisiens	2	2
J320 Kronisk maksillarsinusitt	3	2
J331 Polypoid bihuledegenerasjon	0	2

	Før revisjon	Etter revisjon
J350 Kronisk tonsillitt	2	2
L721 Retensjonscyste i talgkjertel eller hårsekk	1	2
L82 Seboréisk keratose	0	2
M160 Primær hofteladdsartrose, bilateral	3	2
M171 Primær kneleddsartrose, uten opplysning om bilat. manif	2	2
M204 Annen hammertå (ervert)	1	2
M235 Kronisk instabilitet i kne	1	2
M2556 Leddsmerter;legg/kne	0	2
M6534 Triggerfinger;hånd/fingre	2	2
M720 Dupuytren's kontraktur	2	2
N40 Prostatahyperplasi	3	2
R943 Unormale resultater ved funksjonsstudier av hjerte og k	0	2
C445 Ondartet svulst i hud på trunkus	1	1
C61 Ondartet svulst i blærehalskjertel	1	1
D163 Godartet svulst i korte knokler i underekstremitet	0	1
D222 Melanocyttnævus på øre og i ytre øregang	1	1
D223 Melanocyttnævus i andre og uspesifiserte deler av ansik	0	1
D226 Melanocyttnævus på overekstremitet, inklusive skulder	0	1
G562 Skade i nervus ulnaris	1	1
G576 Skade i nervus plantaris	1	1
H026 Xantelasma på øyelokk	0	1
H611 Ikke-infeksiøse sykdommer i aurikkel	0	1
I214 Akutt subendokardialt infarkt, 1. gang	0	1
I219 Uspesifisert akutt hjerteinfarkt, 1. gang	1	1
J330 Polypp i nesehule	1	1
K137 Andre og uspesifiserte lesjoner i munnslimhinne	0	1
K429 Navlebrokk uten obstruksjon eller gangren	1	1
L600 Inngrodd negl	1	1
L609 Uspesifisert neglelidelse	1	1
M163 Hoftel.artr. s. f. av dysplasi, u. oppl. om bilat.manif	1	1
M183 Posttraum. artr., 1.karp.met.l., u.oppl. om bilat. mani	0	1
M1991 Uspesifisert artrose;skulderreg	1	1
M202 Stiv stortå	2	1
M233 Andre menisklidelser	4	1
M234 Fritt legeme i kne	1	1
M2356 Kronisk instabilitet i kne;ann/uspes lat menisk	0	1
M239 Uspesifisert kneleddlidelse	4	1
M242 Ligamentlidelse	2	1
M244 Residiverende dislokasjon og sublaksasjon av ledd	0	1
M2441 Resid dislok/sublux ledd;skulderreg	0	1
M245 Kontraktur i ledd	0	1
M248 Annen spesifisert uorden i ledd IKAS	1	1
M255 Leddsmerter	0	1
M2557 Leddsmerter;ankel/fot/tå	0	1
M621 Annen muskelruptur ikke-traumatisk	0	1
M706 Trokanterbursitt	1	1
M758 Andre spesifiserte skulderlidelser	1	1
M765 Patellar senetendinit	1	1
M773 Hælbenspore	1	1
N179 Uspesifisert akutt nyresvikt	1	1
N320 Blærehalsobstruksjon	0	1
N430 Cystisk hydrocele	1	1
N434 Spermatocele	1	1
N47 Overflødig forhud, fimose og parafimose	1	1
N486 Induratio penis plastica	1	1
Q850 Nevrofibromatose (ikke-ondartet)	0	1
R073 Annen brystsmerte	0	1
T810 Blødning og hematom som komplikasjon til inngrep IKAS	0	1
T841 Mek. komp. ved innv. fiks.anordn. for knokler i ekstrem	1	1
T842 Mek. komp. ved innv. fiksasjonsanordning for andre knok	0	1
T848 Andre spes. komp. ved innvendig ortop. prot./impl./tran	0	1
Z420 Etterbeh. som omfatter plastisk kirurgi på hode og hals	0	1
Z423 Etterbeh. som omfatter plastisk kirurgi på overekstremit	0	1
Z470 Etterbeh. som omfatter fjerning av osteosyntesematerial	0	1
C509 Ondartet svulst i bryst, uspesifisert	1	0
D162 Godartet svulst i lange knokler i underekstremitet	1	0
D235 Godartet svulst i hud på trunkus	2	0
D237 Godartet svulst i hud på underekstremitet, inklusive ho	1	0

	Før revisjon	Etter revisjon
E881 Lipodystrofi, ikke klassifisert annet sted	15	0
E882 Lipomatose, ikke klassifisert annet sted	2	0
I10 Essensiell (primær) hypertensjon	4	0
I252 Gammelt hjerteinfarkt	1	0
I359 Uspesifisert ikke-reumatisk aortaklaffefeil	1	0
J338 Annen polypp i bihule	1	0
L918 Andre spesifiserte hypertrofiske hudlidelser	2	0
M180 Primær artrose i første karpometakarpalledd, bilateral	1	0
M1914 Posttraum artrose i andre ledd;hånd/fingre	1	0
M2389 Andre spesifiserte kneleddlidelser;uspes leddb/menisk	1	0
M2421 Ligamentlidelse;skulderreg	1	0
M249 Uspesifisert uorden i ledd	1	0
M6533 Triggerfinger;underarm/håndl	1	0
M6539 Triggerfinger;uspes lokalis	1	0
Q825 Medfødt ikke-neoplastisk nevus	1	0
R104 Annen og uspesifisert smerte i buk og bekken	1	0
S460 Skade på sene i rotatormansjett i skulder	2	0
S461 Skade på muskel og sene i langt hode på biceps	1	0
S832 Fersk skade i menisk	1	0
S835 Forstuvning/ruptur/forstrekking som omfatter korsbånd i	2	0
T902 F.tilst. etter brudd på hjerneskalle og ansiktsgnoler	2	0
T932 Følgetilstander etter andre brudd i underekstremitet	1	0
T933 F.tilst. etter dislok./forstuv./forstrekking av u.eks.	2	0
T952 Følgetilstander etter brann-, etse- og frostskaade på o.	1	0
Z951 Status med aortakoronar bypassstransplantat	2	0

**Revisjonsrapport: Prosedyrekoder sortert etter volum før revisjon**

	Før revisjon	Etter revisjon
XF912 Coronar angiografi ved venstre hjertekateterisering	100	100
XF911 Angiocardiografi ved venstre hjertekateterisering	75	75
NGD11 Endoskopisk meniskreseksjon	49	49
FNG05 Perkutan translum coronar angioplastikk m/stentinnlegging	38	38
FXA00 Tot perop kardiopulm bypass v/normotermi el lett hypotermi	31	31
FNA00 Anastomose mellom a.mammaria interna og coronararterie	27	27
ZXD10 Elektivt inngrep	26	30
NBK13 Reseksjon eller eksisjon av scapula	21	21
NBA11 Artroskopi i skulder	20	17
QBJ30 Korreksjon av abdominalt hudforkle	19	18
DJD20 Neseseptumplastikk	14	14
HAD30 Reduksjonsmammoplastikk med transposisjon av areola	13	13
ACC51 Dekompresjon og adheranseløsning av nervus medianus	11	8
FNC10 Aortocoronar venebypass med en distal anastomose	11	11
FNC20 Aortocoronar venebypass med to distale anastomoser	11	11
NGA11 Artroskopi i kneledd	11	11
QAE10 Excisjon av hudlesjon på hode eller hals	11	12
XF913 Coronar angiografi med us av coronar bypass ved ve hjerteka	11	11
FNC30 Aortocoronar venebypass med tre distale anastomoser	10	10
ZXD00 Øyeblikkelig hjelp	10	9
PHD99 Reseksjon av annen vene	9	9
FNG02 Perkutan transluminal coronar angioplastikk	8	8
NGE45 Endoskopisk fremre korsbåndskonstruksjon uten protesemateriale	8	8
XF914 Tilleggsus perifere kargebeter under angiogr v/ve hjertekat	8	8
ZXC85 Endoskopisk assistert inngrep	8	9
NBE11 Endoskopisk deling eller eksisjon av ligament i skulder	7	7
NHK57 Osteotomi i metatars med aksekorreksjon/rotasjon/forskyvning	7	6
PHD10 Reseksjon av v.saphena magna	7	7
QBE10 Excisjon av hudlesjon på truncus	7	4
NFB40 Implantasjon av primær totalprotese i hofteldd med sement	6	6
XF932 Transøsofageal ekkocardiografi	6	6
ZZR00 Hudlapp	6	6
DAD30 Aurikkelplastikk	5	5
DNB20 Endoskopisk ethmoidektomi	5	5
FMD00 Implantasjon av mekanisk aortaklaffeprotese	5	4
NDM49 Spalting av seneskjede i håndledd eller hånd	5	5
QBJ00 Fettsuging i truncus	5	4

	Før revisjon	Etter revisjon
ZZB10	5	5
ABC16	4	4
JAB30	4	4
KED22	4	4
KGV20	4	4
NCL39	4	8
NCL89	4	0
NDM39	4	4
QCE10	4	3
FMD10	3	4
JHB00	3	3
NDE12	3	6
NGN39	3	3
NHG09	3	3
QDE10	3	4
CBB20	2	2
DLD20	2	2
DMB20	2	2
EMB10	2	2
GAE53	2	2
HAD20	2	2
HAD50	2	1
JAB10	2	1
NBL09	2	1
NBL19	2	3
NBL49	2	2
NDM19	2	2
NHK15	2	2
QAE20	2	1
QBE30	2	3
ZSF00	2	2
ZXB10	2	2
ACB19	1	1
ACC53	1	1
FLD00	1	1
FNC40	1	1
FWW96	1	0
HAD10	1	1
HAD40	1	1
HAD60	1	1
HAE05	1	1
HWE00	1	1
JAF10	1	1
JAG96	1	1
KCD02	1	1
KED32	1	1
KFD16	1	1
KFD20	1	1
KGH10	1	2
KGW96	1	0
NBA12	1	1
NBE22	1	0
NBE41	1	1
NBF91	1	0
NBH91	1	1
NBK12	1	1
NDE92	1	1
NDF92	1	1
NDG44	1	1
NDL51	1	1
NDU49	1	1
NFD11	1	1
NFL09	1	0
NFL39	1	0
NGB14	1	1
NGD21	1	1
NGF11	1	0
NGL59	1	1

	Før revisjon	Etter revisjon
NGM39 Eksisjon av synovialt ganglion i kne eller legg	1	1
NGU49 Fjerning av osteosyntesemateriale fra kne eller legg	1	1
NHA11 Endoskopisk eksplorasjon av ledd i ankel eller fot	1	1
NHE49 Rekonstruksjon av ligament i ankel/fot uten protesemateriale	1	1
NHF11 Endoskopisk partiell synovektomi av ledd i ankel eller fot	1	1
NHG46 Artrodese første metatarsofalangealledd med intern fiksasjon	1	1
NHG49 Artrodese av annet ledd i fot med intern fiksasjon	1	1
NHK17 Reseksjon eller eksisjon av metatars	1	2
NHK58 Osteotomi i tå med aksekorreksjon/rotasjon/forskyvning	1	1
NHU49 Fjerning av osteosyntesemateriale fra ankel eller fot	1	1
PHD11 Reseksjon av vene på saphenofemoralovergangen	1	1
QAE00 Excisjon av hud fra hode eller hals	1	0
QAE30 Excisjon av kirurgisk arr på hode eller hals	1	0
QBE20 Excisjon av arr eller hudmembran på truncus	1	2
QCE25 Excisjon av arr på overekstremitet etter forbrenning	1	1
QCH00 Avulsjon av fingernegl	1	1
QDH10 Excisjon av negleseng på tå	1	1
QXE10 Excisjon av lesjon i uspesifisert hudregion	1	1
QXE20 Excisjon av arr eller hudmembran i uspesifisert hudregion	1	1
TND32 Skinne av modellerbart materiale på håndledd eller hånd	1	1
ZXA00 Høyre side	1	1
ZXA05 Venstre side	1	1
ZXA10 Bilateral	1	1
ZXB00 Lateral	1	1
ZZA50 Fullhudstransplantat	1	1
ZZB00 Bein-sene-bein transplantat av patellarsene	1	1
DAB00 Eksisjon av lesjon av aurikkel	0	1
DAD10 Rekonstruksjon av aurikkel	0	1
EAA10 Ekstirpasjon av lesjon i leppe	0	1
GAE96 Annen incisjon, biopsi, reseksjon el rekonstr av brystvegg	0	1
HAE00 Rekonstruksjon av mamma med protese	0	1
JAW96 Annen operasjon på bukvegg, peritoneum, mesenterium el oment	0	1
NBM79 Eksisjon av bursa i skulder eller overarm	0	1
NFM09 Fasciotomi på lår	0	1
NFM79 Eksisjon av bursa i hofte eller lår	0	1
NGF12 Åpen partiell synovektomi i kne	0	1
QBA99 Annen lokal destruksjon av hud på truncus	0	1
QBB00 Sutur av hud på truncus	0	1

**Revisjonsrapport: Prosedyrekoder sortert etter volum etter revisjon**

	Før revisjon	Etter revisjon
XF912 Coronar angiografi ved venstre hjertekateterisering	100	100
XF911 Angiocardiografi ved venstre hjertekateterisering	75	75
NGD11 Endoskopisk meniskreseksjon	49	49
FNG05 Perkutan translum coronar angioplastikk m/stentinnlegging	38	38
FXA00 Tot perop kardiopulm bypass v/normotermi el lett hypotermi	31	31
ZXD10 Elektivt inngrep	26	30
FNA00 Anastomose mellom a.mammaria interna og coronararterie	27	27
NBK13 Reseksjon eller eksisjon av scapula	21	21
QBJ30 Korreksjon av abdominalt hudforkle	19	18
NBA11 Artroskopi i skulder	20	17
DJD20 Neseseptumplastikk	14	14
HAD30 Reduksjonsmammoplastikk med transposisjon av areola	13	13
QAE10 Excisjon av hudlesjon på hode eller hals	11	12
FNC10 Aortocoronar venebypass med en distal anastomose	11	11
FNC20 Aortocoronar venebypass med to distale anastomoser	11	11
NGA11 Artroskopi i kneledd	11	11
XF913 Coronar angiografi med us av coronar bypass ved ve hjerteka	11	11
FNC30 Aortocoronar venebypass med tre distale anastomoser	10	10
PHD99 Reseksjon av annen vene	9	9
ZXC85 Endoskopisk assistert inngrep	8	9
ZXD00 Øyeblikkelig hjelp	10	9
ACC51 Dekompresjon og adheranseløsning av nervus medianus	11	8
FNG02 Perkutan transluminal coronar angioplastikk	8	8
NCL39 Myotomi eller tenotomi i albue eller underarm	4	8

	Før revisjon	Etter revisjon
NGE45 Endoskopisk fremre korsbåndsrekonstruk uten protesemateriale	8	8
XF914 Tilleggsus perifere kargebeter under angiogr v/ve hjertekat	8	8
NBE11 Endoskopisk deling eller eksisjon av ligament i skulder	7	7
PHD10 Reseksjon av v.saphena magna	7	7
NDE12 Åpen deling eller eksisjon av ligament i håndledd eller hånd	3	6
NFB40 Implantasjon av primær totalprotese i hoftelodd med sement	6	6
NHK57 Osteotomi i metatars med aksekorreksjon/rotasjon/forskyvning	7	6
XF932 Transøsofageal ekkocardiografi	6	6
ZZR00 Hudlapp	6	6
DAD30 Aurikkelplastikk	5	5
DNB20 Endoskopisk ethmoidektomi	5	5
NDM49 Spalting av seneskjede i håndledd eller hånd	5	5
ZZB10 Transplantat av semitendinoussene	5	5
ABC16 Mikrokirurgisk ekstirpasjon av lumbalt skiveprolaps	4	4
FMD00 Implantasjon av mekanisk aortaklaffeprotese	5	4
FMD10 Implantasjon av biologisk aortaklaffeprotese	3	4
JAB30 Operasjon for lyskebrokk med bruk av fremmed materiale	4	4
KED22 Transurethral reseksjon av prostata	4	4
KGV20 Rituell circumcisjon	4	4
NDM39 Eksisjon av synovialt ganglion i håndledd eller hånd	4	4
QBE10 Excisjon av hudlesjon på truncus	7	4
QBJ00 Fettsuging i truncus	5	4
QDE10 Excisjon av hudlesjon på underekstremitet	3	4
JHB00 Hemorroidektomi	3	3
NBL19 Sutur eller rekonstruksjon av muskel i skulder eller overarm	2	3
NGN39 Transplantasjon av sene til kne eller legg	3	3
NHG09 Eksisjonsartroplastikk i annet ledd i fot	3	3
QBE30 Excisjon av kirurgisk arr på truncus	2	3
QCE10 Excisjon av hudlesjon på overekstremitet	4	3
CBB20 Eksisjon av løs hud og reseksjon av fetthernie i øyelokk	2	2
DLD20 Rhinoplastikk	2	2
DMB20 Funksjonell endoskopisk åpning av kjevehule	2	2
EMB10 Tonsillektomi	2	2
GAE53 Fjerning av fremmedlegeme fra brystvegg	2	2
HAD20 Fettsuging i mamma	2	2
KGH10 Operasjon for fimose	1	2
NBL49 Sutur eller reinsering av sene i skulder eller overarm	2	2
NDM19 Reseksjon eller eksisjon av fascie i håndledd eller hånd	2	2
NHK15 Reseksjon eller eksisjon av calcaneus	2	2
NHK17 Reseksjon eller eksisjon av metatars	1	2
QBE20 Excisjon av arr eller hudmembran på truncus	1	2
ZSF00 Inngrep knyttet til tidligere inngrep tilhørende kapittel F	2	2
ZXB10 Medial	2	2
ACB19 Eksisjon av lesjon i annen eller uspesifisert perifer nerve	1	1
ACC53 Dekompresjon og adheranseløsning av nervus ulnaris	1	1
DAB00 Eksisjon av lesjon av aurikkel	0	1
DAD10 Rekonstruksjon av aurikkel	0	1
EAA10 Ekstirpasjon av lesjon i leppe	0	1
FLD00 Pliikatur av venstre ventrikelaneurisme	1	1
FNC40 Aortocoronar venebypass med fire distale anastomoser	1	1
GAE96 Annen incisjon, biopsi, reseksjon el rekonstr av brystvegg	0	1
HAD10 Augmentasjon av mamma med protese	1	1
HAD40 Mastopexi	1	1
HAD50 Fjerning av mammaprotese	2	1
HAD60 Utskiftning av mammaprotese	1	1
HAE00 Rekonstruksjon av mamma med protese	0	1
HAE05 Rekonstruksjon av mamma med bløtvev og protese	1	1
HWE00 Reoperasjon for dyp blødning ved mammakirurgi	1	1
JAB10 Operasjon for lyskebrokk	2	1
JAF10 Operasjon for navlebrokk	1	1
JAG96 Annen rekonstruksjon av bukvegg	1	1
JAW96 Annen operasjon på bukvegg, peritoneum, mesenterium el oment	0	1
KCD02 Transurethral reseksjon av blæretumor	1	1
KED32 Transurethral incisjon av prostata	1	1
KFD16 Reseksjon av epididymis	1	1
KFD20 Eksisjon av hydrocele testis	1	1
NBA12 Artrotomi i skulder	1	1
NBE41 Endoskopisk rekonstruk skulderligament uten protesemateriale	1	1

	Før revisjon	Etter revisjon
NBH91 Annen endoskopisk operasjon på skulderledd	1	1
NBK12 Reseksjon eller eksisjon av clavícula	1	1
NBL09 Frilegging av muskel i skulder eller overarm	2	1
NBM79 Eksisjon av bursa i skulder eller overarm	0	1
NDE92 Annen åpen operasjon på leddkapsel/ligament i håndledd/hånd	1	1
NDF92 Annen åpen op på synovialhinne/leddflate i håndledd/hånd	1	1
NDG44 Artrodese første metakarpofalangealledd med intern fiksasjon	1	1
NDL51 Tenolyse/tenosynovektomi av ekstensorsene i håndledd/hånd	1	1
NDU49 Fjerning av osteosyntesemateriale fra håndledd eller hånd	1	1
NFD11	1	1
NFM09 Fasciotomi på lår	0	1
NFM79 Eksisjon av bursa i hofte eller lår	0	1
NGB14 Implant flere primære delprotesekomponenter i kne med sement	1	1
NGD21 Endoskopisk reinsisering av menisk	1	1
NGF12 Åpen partiell synovektomi i kne	0	1
NGL59 Tenolyse eller tenosynovektomi i kne eller legg	1	1
NGM39 Eksisjon av synovialt ganglion i kne eller legg	1	1
NGU49 Fjerning av osteosyntesemateriale fra kne eller legg	1	1
NHA11 Endoskopisk eksplorasjon av ledd i ankel eller fot	1	1
NHE49 Rekonstruksjon av ligament i ankel/fot uten protesemateriale	1	1
NHF11 Endoskopisk partiell synovektomi av ledd i ankel eller fot	1	1
NHG46 Artrodese første metatarsofalangealledd med intern fiksasjon	1	1
NHG49 Artrodese av annet ledd i fot med intern fiksasjon	1	1
NHK58 Osteotomi i tå med aksekorreksjon/rotasjon/forskyvning	1	1
NHU49 Fjerning av osteosyntesemateriale fra ankel eller fot	1	1
PHD11 Reseksjon av vene på saphenofemoralovergangen	1	1
QAE20 Excisjon av arr eller hudmembran på hode eller hals	2	1
QBA99 Annen lokal destruksjon av hud på truncus	0	1
QBB00 Sutur av hud på truncus	0	1
QCE25 Excisjon av arr på overekstremitet etter forbrenning	1	1
QCH00 Avulsjon av fingernegl	1	1
QDH10 Excisjon av negleseng på tå	1	1
QXE10 Excisjon av lesjon i uspesifisert hudregion	1	1
QXE20 Excisjon av arr eller hudmembran i uspesifisert hudregion	1	1
TND32 Skinne av modellerbart materiale på håndledd eller hånd	1	1
ZXA00 Høyre side	1	1
ZXA05 Venstre side	1	1
ZXA10 Bilateral	1	1
ZXB00 Lateral	1	1
ZZA50 Fullhudstransplantat	1	1
ZZB00 Bein-sene-bein transplantat av patellarsene	1	1
FWW96 Annen reop etter inngr på hjerte el stort intrathoracalt kar	1	0
KGW96 Annen operasjon på penis	1	0
NBE22 Åpen sutur eller reinsisering av ligament i skulder	1	0
NBF91 Annen endoskopisk op på synovialhinne/leddflate i skulder	1	0
NCL89 Transposisjon av sene i albue eller underarm	4	0
NFL09 Frilegging av muskel i hofte eller lår	1	0
NFL39 Myotomi eller tenotomi i hofte eller lår	1	0
NGF11 Endoskopisk partiell synovektomi i kne	1	0
QAE00 Excisjon av hud fra hode eller hals	1	0
QAE30 Excisjon av kirurgisk arr på hode eller hals	1	0