

**Nieuwe, gewijzigde en vervallen codeadviezen expertgroep
ICD-10
versie 20150101**

INHOUDSOPGAVE

blz

Nieuwe codeadviezen in versie 20150101

0-11	Opname voor diagnostisch onderzoek (zonder behandeling)	1
2-4	Hoofddiagnose bij behandeling maligniteit	2
2-5	Doorgroei van maligne neoplasma	4
5-4	Psychomotore retardatie	5
10-4	Pneumosepsis	5
9-15	Multipele klepaandoeningen	6
13-13	Artrose primair / secundair	7
14-2	Urosepsis	8
15-15	Bekkeninstabiliteit	9
15-16	Hoofddiagnose bij bevallingen	10
15-17	Afbreken zwangerschap vanwege foetale afwijking	12

Gewijzigde codeadviezen in versie 20150101

0-3	Waarschijnlijkheidsdiagnosen	13
3-3	Doorgeschoten antistolling	15
21-12	Z-codes voor verrichtingen in de LBZ	16

Vervallen codeadviezen in versie 20150101

2-2	Klatskin-tumor	17
11-1	Mucositis van de mond na chemotherapie	18
20-1	Bromfietsongevallen	18
21-1	aanwezigheid ICD/zorg ICD	19
21-3	Cytostaticumkuur	19
21-4	Zelfverwaarlozing	20

Gewijzigde en vervallen codeadviezen in eerdere versies

0-1	Definitie hoofddiagnose	21
1-2	Bacteriëmie of sepsis?	22
6-3	'Lewy body'- dementie	23
13-5	Chondropathie en niet traumatisch(e) chondraallesie/ kraakbeenletsel Van de knie	23
13-7	Impingement van de enkel	24
15-1	Partus - hemofilie dragerschap	24
17-2	Cheilognato-palatoschisis	25

Omnummering

25

De eerste 2 cijfers van de codeadviezen verwijzen naar het betreffende hoofdstuk in de systematische lijst van de ICD-10. Adviezen beginnend met een 0 verwijzen niet naar een specifiek hoofdstuk. De "oude" ICD-9 codeadviezen (CvZ'80) mogen als leidraad worden gebruikt als de ICD-10, of bovenstaande ICD-10 adviezen geen antwoord geven op uw vraag.

Nieuwe codeadviezen in versie 20150101

Opname voor diagnostisch onderzoek (zonder behandeling)

0-11

NIEUW!

ingangsdatum: 01-01-2015
vervangt: CvZ aca 14.10

Vraag

Hoe wordt een opname in het kader van een diagnostisch onderzoek gecodeerd?

Advies

Opname voor diagnostisch onderzoek (in afnemende volgorde van voorkeur):

- codeer de gediagnostiseerde aandoening
- indien deze niet bekend is codeer de symptomen
- indien ook deze niet bekend codeer Z00-Z13

Toelichting

Bij een opname moet de diagnose zo specifiek mogelijk gecodeerd worden. Ook wanneer de opname in het kader van diagnostiek staat. Codeer hetzij de aandoening die vastgesteld wordt bij diagnostisch onderzoek of de (voornaamste) symptomen die aanleiding zijn tot het onderzoek.

Een code voor speciale onderzoeken (Z00-Z13) dient alleen gebruikt te worden als geen verdere informatie beschikbaar is.

Bijvoorbeeld

Lactose intolerantie test wegens chronische diarree

Codeer afhankelijk van de situatie

- Lactose intolerantie aangetoond: codeer lactose intolerantie
- Lactose intolerantie niet aangetoond: codeer diarree

Hoofddiagnose bij behandeling maligniteit

2-4

ingangsdatum: 01-01-2015
 vervangt: CvZ aca 20.5 en 5.1

Vraag:

Wat is de hoofddiagnose bij de behandeling van een maligniteit?

Advies:

Codeer de maligniteit waar de behandeling op gericht is als hoofddiagnose. Dit zal veelal de primaire tumor zijn, maar kan ook een metastase zijn. Ook als een maligniteit verwijderd is wordt gedurende het gehele behandeltraject de oorspronkelijke maligniteit geregistreerd.

Toelichting:

De behandeling van een maligniteit is gericht op de primaire tumor en/of eventuele metastasen. Voor de juiste selectie van de hoofddiagnose is het belangrijk om de LBZ definitie van de hoofddiagnose te hanteren: de diagnose die achteraf, dus bij ontslag, wordt beschouwd als de reden van de opname in het ziekenhuis.

Als de behandeling gericht is op de primaire tumor, dan is de primaire tumor dus de hoofddiagnose. Is de behandeling echter gericht op een metastase, dan is de metastase de hoofddiagnose (ook als de primaire tumor nog aanwezig is).

Voor de aanvullende behandeling van een verwijderde maligniteit wordt tijdens het behandeltraject de oorspronkelijke maligniteit geregistreerd. Hoewel de maligniteit is verwijderd staat de behandeling namelijk nog steeds in het teken van de verwijderde maligniteit.

Pas als het hele behandeltraject is afgerond en de maligniteit niet meer aanwezig is kan code Z85.- worden geregistreerd om een maligniteit in de anamnese vast te leggen.

Opmerking

Als niet duidelijk is of de behandeling op de primaire tumor of op de metastase gericht is, is de primaire tumor hoofddiagnose.

Voorbeeld 1

Opname voor leverbioptie bij een nog niet behandeld coloncarcinoom. PA-verslag: biopt bevat metastase van het eerder gediagnosticeerde coloncarcinoom.

Hoofddiagnose C78.7 'Secundair maligne neoplasma van lever'

Nevendiagnose C18.9 'Colon, niet gespecificeerd'

Voorbeeld 2

Opname voor re-excisie na poliklinische verwijderde melanoom. PA-verslag: er wordt geen melanoom meer aangetroffen.

Hoofddiagnose C43.9 'Maligne melanoom van huid, niet gespecificeerd'

Voorbeeld 3

Opname voor okselkiertoilet nadat in dagopname volledige verwijdering van een mammacarcinoom

heeft plaatsgevonden. PA-verslag okselklieren: geen metastatisch tumorweefsel.

Hoofddiagnose C50.9 'Mamma, niet gespecificeerd'

Voorbeeld 4

Opname voor cytostatica na mastectomie met lymfkliertoilet vanwege mammacarcinoom met okselklier metastasen

Hoofddiagnose C50.9 'Mamma, niet gespecificeerd'

Nevendiagnose C77.3 'Lymfklieren van oksel en bovenste extremiteit'

Voorbeeld 5

Opname voor cytostatica aanvullend op resectie rectumcarcinoom met levermetastasen

Hoofddiagnose C20 'Maligne neoplasma van rectum'

Nevendiagnose C78.7 'Secundair maligne neoplasma van lever'

Voorbeeld 6

Opname voor APD-infuus bij botmetastasen 3 jaar na radicale prostatectomie wegens prostaatcarcinoom.

Hoofddiagnose C79.5 'Secundair maligne neoplasma van bot en beenmerg'

Nevendiagnose Z85.4 'Persoonlijke anamnese met maligne neoplasma van geslachtsorganen'

Nb. Z51 hoeft niet als aanvullende code vastgelegd te worden als er ook een verrichtingcode uit de zorgactiviteitentabel (ZA-code) met dezelfde betekenis is vastgelegd (zie codeadvies 21-12).

ingangsdatum: 01-01-2015
vervangt: CvZ aca 20.4

Vraag

Hoe wordt de doorgroei/ingroei van een tumor in aangrenzende organen en weefsels gecodeerd?

Advies

Codeer doorgroei als secundaire lokalisatie met een code uit de range C76-C79.

Toelichting

Wanneer een tumor doorgroeit (ingroeit) in een aangrenzend orgaan of weefsel wordt dit binnen de ICD-10 als secundaire lokalisatie van de primaire tumor beschouwd.

Een secundaire lokalisatie kan hematogeen, lymfogeen of 'per continuitatem' (invasie, infiltratie, doorgroei) tot stand komen; voor de codering maakt dit geen verschil.

In de alfabetische lijst (hoofdingang Neoplasma) omvat de term 'Metastatisch' in de kolom 'Maligne' zowel metastasen op afstand als secundaire lokalisaties.

Zie ook de aanwijzing in deel 1 bij blok C76-C79; Secundair omvat metastase en doorgroei.

Bijvoorbeeld

Doorgroei van uteruscarcinoom in de blaas
C55 + C79.1 (+ eventueel M8010/3)

Carcinoom van hoofdbronchus met doorgroei in trachea
C34.0 + C78.3 (+ eventueel M8010/3)

Psychomotore retardatie

5-4

ingangsdatum: 01-01-2015

Vraag

Hoe codeer je psychomotore retardatie?

Advies

Psychomotore retardatie is een achtergebleven ontwikkeling van zowel de geestelijke als van de motorische vermogens. Codeer psychomotore retardatie NNO met code F83 "Gemengde specifieke ontwikkelingsstoornissen".

Pneumosepsis

10-4

Ingangsdatum: 01-01-2015

Vraag:

Hoe wordt een pneumosepsis (bij een pneumonie) gecodeerd?

Advies:

- Als eerste dient de pneumonie via de hoofdingang Pneumonie in de alfabetische lijst gecodeerd te worden.
- Codeer aanvullend géén code uit B95-B96 als de bacterie al in de omschrijving van de pneumonie staat.
- Codeer aanvullend de sepsis indien deze in de bloedbaan is bewezen (meestal een code uit A41).

Indien in een zeldzaam geval de sepsis de oorzaak is van de pneumonie, codeer dan de dagger astrisk combinatie A41.-† J17.0* (via het zoekpad Pneumonie – bij (door) - - sepsis).

ingangsdatum: 01-01-2015

Vraag:

Hoe worden verworven afwijkingen van meerdere hartkleppen gecodeerd?

Advies:

Verworven aandoeningen van meerdere hartkleppen worden gecodeerd met I08.- 'Multipele klepaandoeningen'.

De afzonderlijke klepaandoeningen kunnen aanvullend gecodeerd worden voor nadere specificatie.

Toelichting:

De alfabetische index leidt voor aandoeningen aan meerdere kleppen naar code I08.- 'Multiple klepaandoeningen'.

Bijvoorbeeld:

Aandoening

- klep, valvulair I38

- multipel (oorzaak niet gespecificeerd) I08.9/8

Hoewel I08 binnen de range I05-I09 'Chronische reumatische hartziekten' valt is code I08 inclusief klepaandoeningen waarvan de oorzaak niet gespecificeerd is.

Alleen bij een gespecificeerde oorzaak van de hartklepaandoening, anders dan reumatisch, wordt verwezen naar I34-I38.

Bijvoorbeeld

Aortklepinsufficiëntie met mitralisprolaps

I08.0 + I35.1 + I34.1

Opmerking

Als de oorzaak van het kleplijden niet gespecificeerd is vallen deze aandoeningen veelal onder de reumatische klepaandoeningen, bijvoorbeeld mitralisinsufficiëntie met stenose, en tricuspidaalinsufficiëntie. Omdat dit niet altijd terecht zal zijn is het raadzaam om de specialist te vragen aan te geven wat de oorzaak van de hartklepaandoening is. Informeer de specialist daarbij dat (multipel) kleplijden zonder gespecificeerde oorzaak, binnen de ICD-10 veelal in het blok 'Chronische reumatische hartziekten' valt.

Artrose primair / secundair

13-13

ingangsdatum: 01-01-2015
 vervangt: CvZ aca 6.2

Artrose primair / secundair

Voor artrose is in het blok M15-M19 onderscheid te maken tussen primaire artrose en secundaire artrose.

Primaire artrose is artrose zonder bekende oorzaak; bij secundaire artrose wordt wel een oorzaak aangenomen: hetzij een aangeboren of verworven morfologische afwijking, hetzij een stofwisselings- stoornis zoals diabetes.

Het onderscheid is overigens vaak moeilijk te maken.

Advies:

- Codeer in het blok M15-M19 artrose zonder nadere aanduiding als “niet gespecificeerd” met een .9 code.
- Codeer bij vermelding van de term 'primair' of 'idiopatisch' de primaire artrose.
- Codeer bij vermelding van een oorzaak (trauma, ziekte, afwijking) de artrose met de vermelde oorzaak of de overige secundaire artrose.

Voorbeelden:

Coxartrose	M16.7
bij botziekte van Paget (heup)	M88.85
Gonartrose linker knie	M17.3
door auto-ongeval 3 jaar geleden	T93.9 & Y85.0

Coxartrose NNO	M16.9
----------------	-------

ingangsdatum: 01-01-2015
vervangt: CvZ aca 7.3

Vraag:

Hoe wordt een urosepsis gecodeerd?

Advies:

Voor de codering van een sepsis houden we standaard de alfabetische lijst aan. Controleer bij de term "urosepsis" altijd of er sprake is van een bewezen sepsis in de bloedbaan.

- In ieder geval dient als eerste N39.0 gecodeerd te worden (zoekpad alfa: Sepsis, urine N39.0)
- Codeer aanvullend, wanneer de bacterie bekend is, tevens een code uit B95-B96
- Codeer aanvullend de sepsis indien deze in de bloedbaan is bewezen (meestal een code uit A41). Als de code uit A41 de betreffende bacterie specifiek genoeg beschrijft, vervalt de code uit B95-96)

ingangsdatum 01-01-2015
vervangt: CvZ advies nieuwsbr. 3-1998

Bekkeninstabiliteit

Tijdens de zwangerschap verslappen bepaalde ligamenten wat soms leidt tot bekkeninstabiliteit.

Advies:

De volgende vier mogelijkheden kunnen worden onderscheiden:

1. Code 071.6 "Obstetrische beschadiging van bekkengewrichten en ligamenten"
Deze code reserveren we daarom voor bekkeninstabiliteit veroorzaakt door beschadigingen tijdens de bevalling.
2. Code 034.8 "Overige gespecificeerde afwijkingen van bekkenorganen als indicatie voor zorg bij moeder".
Deze code mag alleen gebruikt worden voor aandoeningen die op zichzelf geen relatie met de huidige zwangerschap hebben. Het gaat om aandoeningen die al bestonden en nu verergeren of een complicatie vormen. De bekkeninstabiliteit berust meestal op een aandoening uit hoofdstuk XIII (botspierstelsel). Gebruik aanvullend code M24.25 "Aandoening van ligament" om de aandoening te specificeren.
3. Code 026.8 "Overige gespecificeerde aandoeningen verband houdend met de zwangerschap"
Dit is de enige mogelijkheid om een bekkeninstabiliteit aan te geven die ontstaan is door de huidige zwangerschap. Gebruik aanvullend code M24.25 "Aandoening van ligament; Bekkengebied en bovenbeen" om de aandoening te specificeren.
4. Code M24.25 "Aandoening van ligament; Bekkengebied en bovenbeen". Als er buiten de zwangerschap (ná de kraambedperiode) (nog) sprake is van bekken- instabiliteit dan kan code M24.25 (Alfa: Slap, ligament) daarvoor worden gebruikt

ingangsdatum 01-01-2015

Codeadvies:

De indicatie voor klinische zorg bepaalt de hoofddiagnose.

Toelichting:

De definitie van hoofddiagnose in de LBZ luidt: de diagnose die achteraf, dus bij ontslag, wordt beschouwd als de reden van de opname in het ziekenhuis.

De hoofddiagnose betreft dus de reden van de opname. De reden van opname is veelal de bevalling. Codeer je nu de medische indicatie als hoofddiagnose of bijvoorbeeld een tijdens de opname optredende fluxus?

Onderstaande stappenplan is een hulpmiddel om tot de juiste hoofddiagnose te komen

Opmerking:

Codes uit de range O80-O84 'Bevalling' worden alleen gebruikt als geen enkele andere aandoening uit het hoofdstuk Zwangerschap, bevalling en kraambed, wordt vermeld.

Stappenplan om te komen tot de hoofddiagnose met betrekking tot het coderen van bevallingen.**Stap 1**

Is patiënte opgenomen vanwege een complicatie van de zwangerschap waarbij de bevalling heeft plaatsgevonden tijdens de opname?

Zo ja → ga naar stap 2

Zo nee → ga naar stap 3

Stap 2

Codeer de zwangerschapscomplicatie als hoofddiagnose.

Stap 3

Ga na of er vòòr de opname een medische indicatie is waarvoor de bevalling in het ziekenhuis moet plaatsvinden.

Zo ja → ga naar stap 4

Zo nee → ga naar stap 7

Stap 4

Ga na of de medische indicatie betrekking heeft op de huidige opname.

Zo ja → ga naar stap 5

Zo nee → ga naar stap 6

Stap 5

Medische indicatie heeft betrekking op de huidige opname:

Codeer de medische indicatie als hoofddiagnose

Stap 6

Medische indicatie betreft verloskundige anamnese van huidige of voorgaande zwangerschap maar speelt bij huidige opname geen rol meer:

Codeer

- bij ongecompliceerde bevalling:

- O80.- + aanvullend Z87.5 'Persoonlijke anamnese met complicaties van zwangerschap, bevalling en kraambed' (of andere relevante code voor de anamnese).

- bij gecompliceerde bevalling:

- codeer de belangrijkste complicatie als hoofddiagnose en aanvullend Z87.5 'Persoonlijke anamnese met complicaties van zwangerschap, bevalling en kraambed' (of andere relevante code voor de anamnese).

Stap 7

Ga na of er een kunstverlossing heeft plaatsgevonden (onder kunstverlossing wordt verstaan: een sectio, vacuüm of forceps)

Zo ja → ga naar stap 8

Zo nee → ga naar stap 9

Stap 8

Codeer de indicatie voor de kunstverlossing als hoofddiagnose.

Stap 9

Codeer de belangrijkste complicatie als hoofddiagnose.

Voorbeelden:

Voorbeeld 1

Medische indicatie: negatieve dyscongruentie

Verloop: chemische inleiding; perineumruptuur

Hoofddiagnose: negatieve dyscongruentie (stappen: 1,2)

nevendiagnose perineumruptuur

Voorbeeld 2

Medische indicatie: infertiliteit in anamnese

Verloop: foetale nood waarvoor vacuümextractie en fluxus postpartum

Hoofddiagnose foetale nood (stappen: 1,3,4,6)

Nevendiagnose fluxus postpartum

Nevendiagnose infertiliteit in anamnese

Nb. Een bevalling met infertiliteit in de anamnese wordt aanvullend gecodeerd met Z87.4 'Persoonlijke anamnese met ziekten van urogenitaal stelsel'. Z35.0 'Controle van zwangerschap met onvruchtbaarheid in de anamnese' is niet van toepassing omdat de opname een bevalling betreft en niet de controle van een zwangerschap).

Voorbeeld 3

Medische indicatie: sectio in anamnese

Verloop foetale nood waarvoor sectio

Hoofddiagnose uteruslitteken na vroegere operatie als indicatie voor zorg bij moeder (stappen: 1,3,4,5)

Nevendiagnose foetale nood

Voorbeeld 4

Medische indicatie: Totaal ruptuur in de anamnese

Verloop: perineumruptuur

Hoofddiagnose litteken van vulva en perineum na eerdere totaal ruptuur (stappen: 1,3,4,5)

Nevendiagnose perineumruptuur

ingangsdatum: 01-01-2015

Vraag:

Welke code is hoofddiagnose bij het afbreken van een zwangerschap vanwege een afwijking bij het kindje?

Advies:

Hoofddiagnose O35.- 'Indicaties voor zorg bij moeder wegens bekende of vermoede afwijkingen van of schade aan foetus' en aanvullend O04.- 'Medische abortus'

Toelichting:

De indicatie voor het afbreken van de zwangerschap is de hoofddiagnose. Aanvullend wordt aangegeven dat het een therapeutisch afgebroken zwangerschap betreft. Code O04 is hier de passende code voor, ongeacht de zwangerschapsduur.

voorbeeld 1

Afbreken zwangerschap in de 12^e week vanwege een chromosoomafwijking van het kindje.
Code O35.1 '(Vermoede) chromosoomafwijking bij foetus als indicatie voor zorg bij moeder'
+
Code O04.9 'Medische abortus'

voorbeeld 2

Late zwangerschapschapsafbreking in de 28^e week vanwege anencefalie van het kindje.
Code O35.0 '(Vermoede) misvorming van centraal zenuwstelsel van foetus als indicatie voor zorg bij moeder'
+
Code O04.9 'Medische abortus'
+
Resultaat van de bevalling Z37.-

Waarschijnlijkheidsdiagnosen

0-3

ingangsdatum: 01-03-2013
mutatiedatum: 01-01-2015
vervangt: CvZ aca 23.5

Vraag:

~~Als de hoofddiagnose na ontslag (nog) niet bekend is mag de waarschijnlijkheidsdiagnose dan worden gecodeerd?~~

Advies:

~~Codeer een waarschijnlijkheidsdiagnose alsof deze zeker is (conform CA 23.5 CvZ'80).~~

Toelichting:

~~ICD-10, deel 2, pagina 112:~~

~~Indien, na een zorgperiode, de hoofdaandoening nog steeds als vermoedelijk, twijfelachtig, etc. is vastgelegd en er geen verdere informatie of verduidelijking aanwezig is, dient de vermoedelijke diagnose te worden gecodeerd alsof deze vaststaat.~~

Waarschijnlijkheidsdiagnosen

Niet in alle gevallen zal bij ontslag een diagnose gesteld kunnen worden en wordt de diagnose aangegeven als waarschijnlijkheidsdiagnose. Hoe te handelen in zulke situaties?

Advies

Codeer een waarschijnlijkheidsdiagnose alsof deze zeker is.

Toelichting

Wanneer een patiënt in een ziekenhuis wordt opgenomen is daar altijd een reden voor. Meestal is dat een patroon van klachten en/of symptomen en/of bevindingen die een bepaalde diagnose doen vermoeden. Vaak is de diagnose al vóór de opname duidelijk. In andere gevallen wordt de diagnose tijdens de opname gesteld of bijgesteld. Tenslotte kan het ook gebeuren dat de diagnose pas na ontslag of overlijden van de patiënt wordt gesteld of bijgesteld, of zelfs helemaal niet.

Het belang van een diagnose is dat deze dient als basis voor een behandelplan. Zolang de diagnose nog niet definitief is zal dat behandelplan zijn gebaseerd op een waarschijnlijkheidsdiagnose, vaak als onderdeel van een differentiaaldiagnose. De differentiaaldiagnose bevat een opsomming van mogelijke diagnoses, waarvan er vaak één het meest waarschijnlijk wordt geacht: de waarschijnlijkheidsdiagnose. Het begrip "diagnose" blijkt dus gedurende een zorgepisode een wisselende inhoud te kunnen hebben met een steeds grotere mate van zekerheid en precisie. Het moment van de diagnosestelling is daarbij van groot belang.

Om (dag)opnames waarbij geen zekere diagnose is gesteld toch eenduidig te kunnen registreren wordt zoals gebruikelijk, de LBZ definitie van hoofddiagnose gehanteerd:

De diagnose die achteraf (dus bij ontslag) wordt beschouwd als belangrijkste reden voor de opname in het ziekenhuis.

Er wordt hier dus altijd de voorkeur gegeven aan de meest specifieke diagnose, zoals die bekend is bij ontslag én die de reden vormt voor de opname. Impliciet wordt daarbij uitgegaan van de meest gebruikelijke situatie, namelijk dat de diagnose bij ontslag duidelijk is. In die gevallen, waarbij de diagnose nog niet definitief is, wordt geadviseerd de waarschijnlijkheidsdiagnose te

registreren, omdat daarbij zo nauwkeurig mogelijk de reden van opname en de basis van het behandelplan wordt vastgelegd.

Gebruikelijke termen hierbij zijn:

- Waarschijnlijk
- Vermoedelijk
- Mogelijk
- Passend bij

N.B. Bij (kortdurende)opnames voor diagnostisch onderzoek, zoals bij verdenking op een bepaalde aandoening, zal de diagnose vaak nog minder zeker zijn. In dat geval geldt het advies (in afnemende volgorde van voorkeur):

- codeer de gediagnostiseerde aandoening¹
- indien deze niet bekend is de symptomen
- indien ook deze niet bekend zijn Z01 of Z03

Een verdenking op een aandoening geldt dus over het algemeen niet als waarschijnlijkheidsdiagnose. Meestal is het een reden voor onderzoek en niet voor een specifieke behandeling. Wordt patiënt echter opgenomen om behandeld te worden voor de aandoening waarop verdenking is, dan wordt de betreffende aandoening gecodeerd.

Voorbeelden

Koorts mogelijk bij urineweginfectie, start antibiotica
Codeer urineweginfectie

Opname voor cystoscopie vanwege hematurie bij verdenking op blaastumor
Codeer afhankelijk van de situatie:

- de gediagnosticeerde blaastumor
- hematurie als er geen blaastumor is vastgesteld

Afwijkende EEG met verdenking op epilepsie waarvoor medicatie geïndiceerd is:
Codeer epilepsie

Koliekpijn waarschijnlijk o.b.v. niersteen
Codeer niersteen

¹ Nagekomen uitslagen van het betreffende diagnostisch onderzoek moeten meegenomen worden bij het bepalen van de diagnose van de (dag)opname. Bv een PA-uitslag die bij ontslag nog niet bekend is. Deze telt mee bij het coderen van de uiteindelijke diagnose.

ingangsdatum: 15-01-2014
mutatiedatum: 01-01-2015
vervangt: CvZ aca 9.1

Vraag: Hoe wordt doorgeschoten antistolling (met en zonder bloeding) gecodeerd?

Advies:

Codeer doorgeschoten antistolling:

- zonder bloeding met D68.8 'Overige gespecificeerde stollingsstoornissen' + Y44.2 'Ongewenst gevolg Anticoagulantia'
- met bloeding NNO met D68.3 'Hemorragische aandoening door circulerende anticoagulantia' (waaronder een bloeding tijdens langdurig gebruik van anticoagulantia valt) + Y44.2 'Ongewenst gevolg Anticoagulantia'
- met een gespecificeerde bloeding met ~~(indien mogelijk) de bloeding als eerste, gevolgd door Y44.2~~ D68.3 'Hemorragische aandoening door circulerende anticoagulantia' (waaronder een bloeding tijdens langdurig gebruik van anticoagulantia valt) + Y44.2 'Ongewenst gevolg Anticoagulantia' + aanvullend de bloeding.

Bijvoorbeeld

Hematurie door doorgeschoten antistolling: D68.3 + Y44.2 + R31

Codeer hematoom bij antistolling zonder dat er een relatie is gelegd tussen het hematoom en de antistolling met R58 'Bloeding, niet elders geassocieerd' + Z92.1 'Persoonlijke anamnese met langdurig (actueel) gebruik van anticoagulantia'

ingangsdatum: 01-09-2014

mutatiedatum: 01-01-2015

Advies:

Een aantal Z-codes uit de ICD-10 beschrijven een verrichting. Een Z-code uit hoofdstuk XXI van de ICD-10 hoeft niet vastgelegd te worden als aanvullende code, als er ook al een verrichtingencode uit de zorgactiviteitentabel (ZA-code) met een zelfde betekenis is vastgelegd.

Voorbeelden:

- Chemo voor chronische leukemie nno: C95.1 (géén Z51.1; cytostatica wordt geregistreerd met een zorgactiviteitcode).
- Chemo voor botmeta's ontstaan 2 jaar na behandeld bij verwijderd longcarcinoom: C79.5 & Z85.2 (géén Z51.1; cytostatica wordt geregistreerd met een zorgactiviteitcode).
- Chemo als aanvullende behandeling na verwijderd osteosarcoom distale femur: C40.2 ~~Z51.1 en Z85.2 (uitzondering: vlg. CvZcodeadvies)~~ (géén Z51.1; cytostatica wordt geregistreerd met een-zorgactiviteitcode). (zie ook codeadvies 2-4).
- IVF bij vrouwelijke infertiliteit: N97.-, (géén Z31.2; IVF wordt geregistreerd met een zorgactiviteitcode).
- IV Natalizumab bij MS patiënt: G35 (géén Z51.8; Natalizumab wordt geregistreerd met een zorgactiviteitcode).
- Hemodialyse bij chronische nierinsufficiëntie: N18.9 (géén Z49.2; de dialysebehandeling wordt geregistreerd met een zorgactiviteitcode).

Vervallen codeadviezen in versie 20150101

Klatskin-tumor

2-2

vervallen

ingangsdatum: 01-03-2013
vervaldatum: 01-01-2015
reden vervallen: De code "Klatskin-tumor" is juist opgenomen in de index van de 2014 versie van de ICD-10.

Vraag:

Klatskin-tumor staat in de alfabetische lijst als C22.1 "Carcinoom van intrahepatische galwegen". De WHO update (versie 2013) geeft C24.0 "Extrahepatische galwegen" aan. Volgen we de alfabetische index ondanks dat C24.0 meer van toepassing lijkt?

Advies:

Codeer de Klatskin-tumor met code C22.1

De Klatskin-tumor is een tumor van de extrahepatische galwegen. Met code C22.1 "Carcinoom van intrahepatische galwegen", staat deze code fout in de 2006 versie (alfabetische index) van de ICD-10. We spreken af dat we de versie die gebruikt wordt in een bepaald registratiejaar aanhouden. Op dit moment gebruiken we de ICD-10 2006 versie en coderen daarom C22.1 "Carcinoom van intrahepatische galwegen".

ingangsdatum: 01-03-2013
vervaldatum: 01-01-2015
reden vervallen: Orale mucositis is opgenomen in de 2014 versie van de ICD-10 (K12.3).

Vraag:

Hoe wordt de diagnose 'Mucositis van de mond na chemotherapie' gecodeerd?

Advies:

Codeer K12.1 + Y43.3 (Overige vormen van stomatitis + Overige antineoplastische middelen).

Bromfietsongevallen

ingangsdatum: 01-03-2013
vervaldatum: 01-01-2015
reden vervallen: De bromfiets(er) en de motorfiets(er) zijn in de 2014 versie van de ICD-10 wél goed te onderscheiden.

Bromfietsongevallen:

Het voorstel voor de codering van bromfietsongevallen (zie appendices 7.2 deel 2) is niet overgenomen door de WHO. De bromfiets(er) en de motorfiets(er) kunnen dus niet worden onderscheiden bij de vervoersongevallen.

Aanwezigheid ICD/zorg ICD

21-1 *vervallen*

ingangsdatum: 01-03-2013
vervaldatum: 01-01-2015
reden vervallen: De omschrijving "cardiale pacemaker" is vervangen door de omschrijving "elektronische cardiale hulpmiddelen" in de 2014 versie van de ICD-10

Vraag:

Hoe wordt de aanwezigheid van een ICD en hoe wordt de zorg voor een ICD-geïmplanteerde patiënt gecodeerd?

Toelichting:

In de ICD-10 zijn geen aparte codes voor een Implantable Cardioverter-Defibrillator (ICD).

Advies:

Codeer voor de aanwezigheid van een ICD Z95.0 (Aanwezigheid van cardiale pacemaker).

Codeer voor zorg voor een ICD-geïmplanteerde patiënt Z45.0 (Bijstellen of begeleiden bij cardiale pacemaker).

Cytostaticumkuur

21-3 *vervallen*

ingangsdatum: 01-03-2013
vervaldatum: 01-01-2015
reden vervallen: zie codeadvies 2-4

Vraag:

Hoe wordt een opname voor een cytostaticumkuur als nazorg bij een tumor in de anamnese, die zover bekend nu niet meer aanwezig is gecodeerd?

Advies:

Codeer een kortdurende opname voor een cytostaticumkuur als nazorg bij een tumor in de anamnese, die zover bekend nu niet meer aanwezig is met:

Z51.1 als hoofddiagnose

Z85.- als nevendiagnose

(conform codeadvies 5.1 van de CvZ '80)

Zelfverwaarlozing

21-4vervallen

ingangsdatum: 15-01-2014
vervaldatum: 01-01-2015
reden vervallen: de term "zelfverwaarlozing" is opgenomen in de 2014 versie van de ICD-10 (bij R46.8 staat nu de inclusie "zelfverwaarlozing NNO" en tevens exclusie naar R63.6)

Vraag:

Is er een code om zelfverwaarlozing aan te geven?

Advies:

Codeer indien niet verder gespecificeerd: Z73.8 "Overige gespecificeerde problemen verband houdend met moeite om leven in te richten"

Gewijzigde en vervallen codeadviezen in eerdere versies

Definitie hoofddiagnose

0-1

ingangsdatum: 01-03-2013

mutatiedatum: 15-01-2014

Definitie hoofddiagnose bij gebruik van de ICD-10 in de LMR en de LBZ

Onder hoofddiagnose wordt in de LMR verstaan de diagnose die achteraf (dus bij ontslag) wordt beschouwd als de belangrijkste reden van de opname in het ziekenhuis.

De hoofddiagnose hoeft dus niet de zwaarste diagnose te zijn. Het kan zijn dat een patiënt gedurende de ziekenhuisopname een nieuwe aandoening krijgt, die ernstiger is dan de aandoening waarvoor de patiënt is opgenomen. Deze nieuwe diagnose wordt dan als nevendiagnose geregistreerd, met de aanduiding 'C' van complicatie. Als een patiënt in het ziekenhuis overlijdt, dan gaat het bij de hoofddiagnose niet per se om de doodsoorzaak. Ook bij overlijden wordt als hoofddiagnose de diagnose geregistreerd die achteraf wordt beschouwd als de oorzaak van de opname in het ziekenhuis.

Met deze definitie wordt dus afgeweken van de richtlijnen ICD-10, waarin als hoofddiagnose wordt gehanteerd dat 'de diagnose die aan het eind van het zorgmoment wordt gesteld voor de aandoening die hoofdzakelijk verantwoordelijk is voor de behoefte van de patiënt aan behandeling of onderzoek'.

In het kader van de LBZ wordt voorsnog dezelfde definitie gehanteerd voor hoofddiagnose als in het kader van de LMR. Voor de langere termijn (~~vanaf januari 2014~~) zal in overleg met betrokken partijen worden nagegaan of en op welke wijze wordt aangesloten op de internationaal geldende definitie (conform richtlijnen ICD-10).

ingangsdatum: 01-03-2013

mutatiedatum: 01-09-2014

Vraag:

Codering bacteriëmie of sepsis?

Voorbeeld:

Patiënt heeft een urineweginfectie op basis van E. coli , met een E. coli in de diverse bloedkweken.

Informatie:

Bij een bacteriëmie is er sprake van bacteriën in de bloedbaan. Bacteriën in het bloed leiden niet altijd tot een sepsis.

Advies:

Codeer alleen sepsis indien sepsis expliciet genoemd wordt. Anders codeer bacteriëmie met A49.9 'Bacteriële infectie, niet gespecificeerd (incl. bacteriëmie NNO)', exclusief bacteriëmie door meningokokken ~~A39.9~~ A39.4.

Indien de bacterie bekend is kan deze aanvullend gecodeerd worden.

Dus in bovenstaande voorbeeld:

N39.0 'UWI, lokatie niet gespecificeerd'

B96.2 'E. coli'

A49.9 'Bacteriële infectie, niet gespecificeerd'

B96.2 'E. coli'

ingangsdatum: 15-01-2014
mutatiedatum: 01-09-2014

Advies:

Codeer 'Lewy body'- dementie met code G31.8 "Overige gespecificeerde degeneratieve ziekten van het zenuwstelsel" en aanvullend F02.8 "Dementie bij overige gespecificeerde elders geclassificeerde ziekten". Hierbij volgen we de lijn zoals bij de dagger astrisk systematiek bij Alzheimer dementie (G30.9† en ~~F02.3*~~ F00.9*).

Chondropathie en niet traumatisch(e) chondraallesie/ kraakbeenletsel van de knie

13-5

ingangsdatum: 15-01-2014
mutatiedatum: 01-09-2014

Vraag:

Hoe wordt chondropathie en niet traumatisch(e) chondraallesie/kraakbeenletsel van de knie gecodeerd?

Advies:

Codeer deze aandoening bij met code M23.8/9- "Derangement interne van knie, overig / niet gespecificeerd"

Codeer chondropathie van de patella met code M22.3 "Overige vormen van dérangement van patella"

Zoekpad deel 3:

Aandoening

- kraakbeen

- - gewricht NEC M24.1

Exclusie in deel 1 bij M24.1: dérangement interne van de knie (M23.-)

Exclusie bij M23: aandoeningen van patella (M22.-)

Impingement van de enkel

13-7

ingangsdatum: 15-01-2014
mutatiedatum: 01-09-2014

Vraag:

Wat is de code voor impingement van de enkel

Advies:

Codeer impingement van de enkel met ~~M76.8 "overige gespecificeerde enthesiopathie van ondersteextremitet"~~ M77.5 "Overige enthesopathie van voet".

Partus - hemofilie dragerschap

15-1

ingangsdatum: 01-03-2013
mutatiedatum: 01-09-2014

Vraag:

Hoe wordt een partus gecodeerd van een moeder met hemofilie dragerschap?

Advies:

Codeer ~~O35.2 (Vermoede) afwijking van of schade aan foetus door overige gespecificeerde oorzaken als indicatie voor zorg bij moeder~~ "(Vermoede) hereditaire aandoening bij foetus als indicatie voor zorg bij moeder".

Codeer voor het resultaat van de bevalling Z37.- .

ingangsdatum: 01-03-2013
mutatiedatum: 01-09-2014
vervangt: CvZ aca 14.5

Vraag:

Hoe wordt cheilognatopalatoschisis gecodeerd?

Informatie:

Cheilognatopalatoschisis is niet als geheel opgenomen in de ICD-10. Het gespleten kaakgedeelte ontbreekt in de omschrijving van codes uit klasse Q37.

Advies:

Codeer hier aanvullend. ~~Codeer Q37.9 + K08.8 (Gespleten gehemelte met gespleten lip + Overige gespecificeerde aandoeningen van gebit en steunweefsels).~~ Codeer Q37.- "Gespleten gehemelte met gespleten lip" en aanvullend Q67.4 "Overige congenitale misvormingen van schedel, aangezicht en kaak" voor de kaakspleet.

Omnummering

Tbv een juiste hoofdstukindeling zijn de volgende codeadviezen per 15-1-2014 omgenummerd:

Nr. 6-1 --> 11-7

Nr. 8-1 --> 13-11

Nr. 8-2 --> 13-12