



CARA NNO	496	vervaldatum: 01-01-1996
Chronische bronchitis	zie 491	
Longemfyseem	zie 492	
Astma bronchiale	zie 493	

Inleiding

De ziekten van de luchtwegen kunnen verdeeld worden in acute en chronische aandoeningen. De chronische aandoeningen van de luchtwegen worden samengevat in het begrip CARA.

Hiertoe worden gerekend:

- chronische bronchitis
- longemfyseem
- astma bronchiale

Het begrip CARA benadrukt de mogelijke gemeenschappelijke grondoorzaak van de hiertoe behorende aandoeningen. Het gemeenschappelijke element wordt ook gedeeltelijk teruggevonden in de therapie.

De ziekten uit de CARA-groep kunnen ontstaan door het samengaan van een aantal factoren, t.w.:

- aangeboren gevoeligheid van de luchtwegen
- psychosomatische aspecten
- exogene oorzaken, zoals luchtvervuiling, mist, roken

Codeadvies

Primair moet bij de omschrijving CARA nagegaan worden aan welke aandoening de patiënt(e) lijdt:

- chronische bronchitis - zie 491
- longemfyseem - zie 492
- astma bronchiale - zie 493

Wanneer het niet mogelijk is een specifieke diagnose te coderen, kan de omschrijving CARA NNO worden gecodeerd met 496: 'Chronische luchtwegobstructie, niet elders geclassificeerd'.

Het bekend zijn van een familie-anamnese met CARA wordt gecodeerd met V 17.6 (familie-anamnese met astma: V 17.5).

**Douglas abces vrouw:****614.4 chronisch of niet gespecificeerd****614.3 acuut****man: 567.2***Inleiding*

Het Douglas abces bevindt zich in het cavum Douglasi.

Bij de vrouw is dat de ruimte in het kleine bekken tussen de uterus en het rectum. Deze holte is bekleed met peritoneum, zodat er bij een Douglas abces een ontsteking van het peritoneum bestaat.

De oorzaak van het abces kan o.a. een darmperforatie zijn, waarbij darminhoud en eventueel pus in de vrije buikholte komt en afgekapseld wordt.

Soms spreekt men ook bij de man van een Douglas abces.

Hiermee wordt dan een abces in de ruimte tussen blaas en prostaat enerzijds en rectum anderzijds bedoeld.

Ook hier bevindt zich peritoneum.

Codeadvies

In de Alfabetische lijst levert het coderen van Douglas abces bij de vrouw geen problemen op:

Abces, Douglas enz.. (zie ook)	614.4
acuut	614.3

Douglas abces bij de man wordt als volgt gecodeerd:

Abces, peritoneum	567.2
of:	
Peritonitis, bekken, mannelijk (acuut)	567.2

Zie bij 567.2 in Systematisch deel.



197.2
M8010/6

Inleiding

De diagnose 'pleuritis carcinomatosa' impliceert carcinoommetastasen in de pleura.

Het betreft hier eigenlijk geen ontsteking in de pleura, maar de term pleuritis wordt nu eenmaal in dit verband gebruikt.

Codeadvies

Bij het woord 'Carcinomatose' in de Alfabetische lijst wordt de lokalisatie 'pleura' niet vermeld. Bij 'gespecificeerde lokalisatie NEC (M8010/6) ' staat een zie-verwijzing naar 'Nieuwvorming, naar lokalisatie, secundair'.

De juiste codering van 'pleuritis carcinomatosa' luidt dus:

197.2	Metastasen, pleura
M8010/6	Carcinoom, metastase NNO

**197.6**
M8010/6*Inleiding*

De diagnose 'peritonitis carcinomatosa' houdt in: carcinoommetastasen in het peritoneum.

Het betreft hier eigenlijk geen ontsteking van het peritoneum, maar de term peritonitis wordt nu eenmaal in dit verband gebruikt.

Codeadvies

De Alfabetische lijst vermeldt rechtstreeks de code uit het Hoofdstuk Nieuwvormingen en de M-code, te weten:

 Carcinomatose
 peritonei (M8010/6) 197.6

Systematisch deel:

197.6 Metastasen in peritoneum en retroperitoneaal weefsel
M8010/6 Carcinoom, metastase NNO



**Alfabetische lijst:
Afwezigheid
naar lokalisatie
verworven
+ code V45.89**

Inleiding

In de Alfabetische lijst van de CvZ80 wordt men bij
Afwezigheid (partieel of totaal)(orgaan of deel)
postoperatief

verwezen naar:
Afwezigheid, naar lokalisatie, verworven

Men komt dan in de regel terecht bij de overige gespecificeerde aandoeningen van het betreffende orgaan.

Codeadvies

Als men 'postoperatief ontbrekend orgaan' wil vastleggen dient codering volgens onderstaande richtlijn te worden toegepast:

Codeer 'postoperatief ontbrekend orgaan' volgens de richtlijn in de Alfabetische lijst.

Hierbij kan met code V45.89 de informatie 'postoperatief' worden aangegeven.

(Eventuele informatie over achterliggende oorzaken kan ook met V-codes worden aangegeven, bijvoorbeeld codes uit V10)

voorbeeld

Ontbreken van een nier	593.89
na operatie	V45.89
wegens carcinoom	V10.52



Codeer de aandoening die behandeld wordt*Inleiding*

Code V50 (vooral .1, .8, .9) en V51 geven weinig informatie.

Indien mogelijk moet men daarom vermijden deze als hoofddiagnose te gebruiken.

Codeadvies

Codeer bij opnamen voor 'plastische chirurgie' de aandoening die behandeld wordt als hoofddiagnose.

voorbeelden

Mammareductie	}	611.1
bij mammahypertrofie	}	
Verbeteren van litteken	}	709.2 + 906.9
na brandwond	}	+ E929.4



Primaire lokalisatie:	code 140-195
Metastase(n):	code 196-198
Onbekende lokalisatie:	code 199
	.1 primaire tumor
	.0 metastase(n)

Inleiding

Bij metastasering wordt zo mogelijk zowel de primaire lokalisatie (code 140-195) als de plaats van de metastasen (secundaire lokalisatie, code 196-198) vastgelegd.

Code 199.0 en 199.1 geven weinig informatie en dienen daarom vermeden te worden.

Indien de lokalisatie van primaire tumor of metastase niet bekend is, wordt afgesproken code 199.1 te gebruiken voor een primaire lokalisatie, code 199.0 voor metastase(n).

Codeadvies

Codeer bij metastasering zowel de primaire tumor als de metastase(n).

Gebruik code 199 alleen als de lokalisatie niet bekend is en dan .1 voor een primaire tumor, .0 voor metastase(n).



Op de 2e plaats:

cursieve codes
E-lijst codes
laat gevolg codes
aanvullende codes (in het algemeen)
verklarende codes

Over de volgorde van coderen bij combinatiecodes zijn in de CvZ80 gedeeltelijk duidelijke regels vastgelegd, gedeeltelijk dienen hierover afspraken gemaakt te worden.

Codeadvies

1. Cursief gedrukte codes kunnen nooit als eerste code (hoofddiagnose) genomen worden. De etiologie-code gaat hierbij voorop.
In de Alfabetische lijst zijn deze codes cursief en tussen haakjes weergegeven.
(voorbeeld: 357.3 Polyneuropathie bij kwaadaardige ziekten; De maligne aandoening wordt hierbij eerst vermeld)
2. E-lijst codes komen eveneens altijd op de tweede plaats, dus na de aandoening(en) die zij veroorzaken.
3. Ook laat gevolg codes worden vermeld in aansluiting aan de aandoening die het gevolg is.
(voorbeeld: Littekenweefsel als laat gevolg van brandwond: 709.2 + 906.9 (+ E-code))
4. Bij 'Gebruik (desgewenst) aanvullende code om' komt de aanvullende code in het algemeen op de tweede plaats, met name wanneer het een nadere specificatie betreft.
(voorbeeld: Acute cystitis door E-coli: 595.0 + 041.4)
In een aantal gevallen komt de 'aanvullende' code op de eerste plaats (zie bijvoorbeeld algemeen codeadvies 19.1 en algemeen codeadvies 19.4).
5. In de overige gevallen van combinatiecodes zal men bij voorkeur de aandoening, die behandeld wordt, de eerste plaats geven.
(voorbeeld: Claviculafractuur neonatus door tangverlossing: 767.2 + 763.2)



Gebruik 763 ook bij afwezigheid van pathologie

vervaldatum 01-01-02
zie aca 24.1

763 'Vrucht of pasgeborene beïnvloed door andere complicaties van de bevalling'.

Met decimaalcijfers van dit nummer kunnen ondermeer stuitextractie, forcipale extractie, vacuümextractie en sectio caesarea worden aangegeven als oorzaak van een aandoening.

Maar volgens de bewoordingen van de inclusie op blz. 624 zouden deze codes niet toegestaan zijn bij afwezigheid van pathologie.

Codeadvies

Gebruik codes uit nummer 763 in alle gevallen wanneer de wenselijkheid bestaat om de aard van de bevalling bij een pasgeborene vast te leggen.

De genoemde ingrepen kunnen immers als risicofactoren worden beschouwd, waarvan vastlegging met het oog op latere afwijkingen wenselijk is.



Zowel meer letselcodes als meer E-codes mogelijk

Bij de huidige registratie is het zowel mogelijk meer letselcodes (800-999) te registreren, gevolgd door een E-lijst code, als meer E-coderingen bij één of meer letselcodes.

Men kan dus zowel de letsels als de oorzaken zo nauwkeurig mogelijk vastleggen.

voorbeelden

Brandwonden van gezicht en hand	946.0 + 941.00 + 944.00
door in brand vliegen van benzine	E894.05
na bromfietsongeval	E819.8

Femurfractuur door bromfietsongeval	821.00 + E819.8
brandwonden aan het been	945.00
door hete uitlaat	E924.85

De E-code volgt altijd op het letsel dat erdoor veroorzaakt wordt.



E980-E989: zie CvZ80 blz. 949 (niet als NNO gebruiken)
Geneesmiddelengebruik NNO: E930-E949

Men dient goed te begrijpen dat deze serie E-codes (kolom 'Niet-vestigd' uit de Lijst 'Geneesmiddelen en chemische stoffen' in de Alfabetische lijst) NIET bedoeld is voor NNO-invloeden, maar voor gevallen, waarbij na grondig onderzoek niet vastgesteld kan worden of een letsel c.q. vergiftiging niet-opzettelijk is ontstaan, dan wel het gevolg is van zelfmoord of moord (CvZ80 blz. 949).

De codes E980-E989 zullen dus slechts weinig voorkomen.
Geneesmiddelengebruik, waarvan de toediening onbekend is (NNO), codere men als bijwerkingen van normaal gebruik (E930-E949).



Neem alleen een fout aan (E870-E876) als deze expliciet vermeld staat

vervaldatum: 01-01-03
zie aca 25.1

Voor het aangeven van de oorzaak van complicaties bij medische behandeling staan twee codereeksen ter beschikking:

E870-E876 Complicaties voor patiënten bij genees- en heelkundige behandeling
E878-E879 Genees- en heelkundige ingrepen als oorzaak van abnormale reactie van de patiënt of later optredende complicatie, zonder vermelding van een afwijkende gang van zaken tijdens de ingreep

Dit onderscheid komt overeen met dat bij de geneesmiddelen (verkeerd geneesmiddel c.q. overdosering tegenover bijwerking bij normaal gebruik - E850-E858 respectievelijk E930-E949).

Bij E870-E876 wordt enigerlei fout gemaakt bij een ingreep; bij E878-E879 wordt geen fout vermeld, maar krijgt de patiënt toch een 'bijwerking' (een niet gewenst effect).

Codeadvies

Neem alleen een fout aan van de behandeling als deze expliciet staat vermeld.

Toelichting

Het is voor de codeur moeilijk om te beoordelen of een fout heeft plaatsgevonden. Dit is zelfs het geval bij zwangerschap na voorafgaande sterilisatie.

(Gebruik hierbij derhalve E878.8, niet E876.8)



Status na:	V42 - V45 (een toestand zonder de noodzaak van zorg)
Nazorg:	V51 - V58
Reconvalescentie:	V66 (herstel)
Follow-up:	V67 (alleen onderzoek ter controle)

De V-lijst bevat verschillende termen en codes, die men qua betekenis uiteen moet houden.

Status na (V42 - V45)

Het gaat hierbij om toestanden na transplantatie van een orgaan of weefsel (V42), een orgaan of weefsel dat op andere wijze vervangen is (V43), een kunstmatige lichaamsopening (V44) of overige postoperatieve toestanden (V45), zonder de noodzaak van zorg op dit moment (vergelijk de diverse exclusies).

Nazorg (V51 - V58)

Bij de nummers V51 - V58 wordt wel (na-)zorg gegeven, bijvoorbeeld voor het verwijderen van inwendige of uitwendige middelen van orthopedische fixatie (V54.0, V54.8) of zorg voor kunstmatige lichaamsopeningen (V55). Deze zorg gaat verder dan de gebruikelijke, routinematige, voornamelijk verpleegkundige zorg na iedere operatie en komt vooral voor na ingrijpende operaties met speciale (specialistische) nabehandeling. Dat leidt tot de volgende adviezen t.a.v. van het gebruik van V58.3 en V58.4.

- ▶ Advies V58.3 (Zorg voor chirurgische hechtingen en verbanden):
alleen gebruiken in die gevallen waarbij de zorg (bijvoorbeeld verwijdering van hechtingen en dergelijke) werkelijk de reden van opname of overname is.
- ▶ Advies V58.4 (overige vormen van nazorg na operatie):
als de wenselijkheid bestaat om postoperatieve (na)zorg vast te leggen, bijvoorbeeld bij meer verantwoordelijkheidsperiodes of overplaatsing vanuit een ander ziekenhuis, dan dient een onderscheid gemaakt te worden tussen 'routinematige' (zie Advies V66.0 onder Reconvalescentie) en 'specialistische' zorg. Code V58.4 wordt alleen gebruikt in die gevallen waarbij duidelijk sprake is van 'specialistische zorg'.

Reconvalescentie (V66)

Deze term houdt 'herstel' in en wordt alleen gebruikt indien het wenselijk is de herstelfase als zodanig te coderen zonder de behoefte aan speciale (specialistische) zorg.

- ▶ Advies V66.0 (reconvalescentie na operatie):
deze code kan worden gebruikt als het wenselijk is postoperatieve 'routinematige' (na)zorg vast te leggen, zonder dat er sprake is van speciale (specialistische) zorg en verrichtingen zoals genoemd onder V51-V58.

Follow-up onderzoek (V67)

Hierbij staat als inclusie: 'uitsluitend begeleiding na behandeling'.

Het gaat hier om patiënten die voor controle terugkomen, wederom zonder de noodzaak van specifieke nazorg.

Zie ook nieuwsbrief voor medisch codeurs nummer 3, juni 2001 'Code V58.4 versus code V66.0'.

**5e cijfer bij code 640-676:**

- 1 bevalling met of zonder vermelding van aandoening vóór de partus
- 2 bevalling met vermelding van complicatie post partum
- 3 aandoening of complicatie vóór de bevalling
- 4 aandoening of complicatie post partum

vervaldatum: 01-01-03
zie aca 25.3**0 bij een code 640-676 als verklaring voor een code 630-639**

zie voorbeelden op blz. 15 (serie 4.1.-2)

Inleiding

Bij code 640-676 wordt met een vijfde cijfer de behandelingsperiode aangegeven (CvZ80 blz. 490).

Bij elk der codereeksen 640-648, 650-659, 660-669 en 670-676 wordt met het vijfde cijfer aangegeven of tijdens deze opname de bevalling heeft plaatsgevonden en of een complicatie voor of na de bevalling is opgetreden.

De codereeksen omvatten immers telkens aandoeningen, voornamelijk behorend tot een bepaalde periode.

Met het vijfde cijfer wordt de werkelijke situatie aangegeven.

5e cijfer	bevalling (tijdens deze opname)	complicatie vindt plaats
1	+	vóór (of tijdens) de partus
2	+	na de partus
3	-	vóór de partus
4	-	na de partus

Bij bevalling tijdens deze opname komt dus het 5e cijfer 1 of 2 in aanmerking, en wel 1 bij complicaties vóór of tijdens de bevalling, 2 bij een complicatie na de bevalling.

Het vijfde cijfer 3 en 4 wordt gebruikt bij opnamen zonder bevalling: 3 bij opname wegens complicaties vóór de partus, 4 bij aandoeningen na de partus die opname nodig maken.

Hieruit volgt dat bij één verantwoordelijkheidsperiode de combinatie van 5e cijfer 1 en 2 mogelijk is (wanneer er vóór en na de partus complicaties optreden), maar geen andere combinatie.

Code 630-639

Deze codes, die zwangerschappen met misgeboorte betreffen, hebben een eigen indeling van het vierde en vijfde cijfer.

- bij code 634-638 een 4e cijfer voor complicaties (blz. 483-484)
- bij code 634-637 een 5e cijfer voor compleet, incompleet of NNO (voetnoot)

Indien bij code 630-639 een code uit 640-676 wordt gebruikt voor het aangeven van de oorzaak, wordt bij deze code '0' gebruikt als vijfde cijfer.

voorbeeld

Afbreken van de zwangerschap	635.92
wegens chromosoomafwijking van de vrucht	655.10

De '0' bij de tweede code is gebaseerd op de bovengenoemde code-afspraken.



voorbeelden 5e cijfer bij code 640-676

vervaldatum: 01-01-03
zie aca 25.3

- | | |
|---|------------------|
| 1. Opname wegens dreigende partus prematurus in 29e week
(in 32e week na conservatieve therapie ontslagen) | 644.03 |
| 2. Opname wegens toxicose;
bij dezelfde opname stuitbevalling | 642.41
652.21 |
| 3. Bevalling met secundaire weeënzwakte | 661.11 |
| 4. Opname 37e week i.v.m. placenta praevia zonder bloeding
S.C. in 39e week; in kraambed febris e.c.i. | 641.01
672.02 |
| In dit geval is er een complicatie vóór en na de partus | |
| 5. H.p.p. na normale bevalling in het ziekenhuis | 666.12 |
| Code 650 wordt niet gebruikt als er enigerlei afwijking is.
Het feit van de bevalling wordt aangegeven met het 5e cijfer 2 | |
| 6. Opname na bevalling thuis wegens secundaire bloeding | 666.24 |



Screening:	V73 - V82	vervaldatum: 01-01-07
Pre-operatieve screening:		zie aca 28.2
- algemeen	V70.8	
- hart en vaten	V81.2	
Verdenking:	V71	

Wij spreken van screening wanneer onderzoek plaatsvindt van een individu of populatie zonder vooraf bestaande verdenking.

Bestaat een dergelijk verdenking wel, dan is V71 van toepassing.

Screening: V73-V82

Bij preoperatieve screening is het van belang of dit een algemeen onderzoek van de patiënt betreft of een specifieke screening, bijvoorbeeld gericht op cardiovasculaire aandoeningen.

Algemeen preoperatief onderzoek: V70.8

Preoperatieve screening op cardiovasculaire aandoeningen: V81.2

Het heeft niet zoveel zin deze codes te gebruiken als het onderzoek als regel, of als regel bij een bepaalde leeftijdsgroep, gedaan wordt.



Bijwerkingen: code 001-799 + E930-E949
Vergiftiging: code 960-979 + E850-E858 (+ code 001-799)

In de CvZ80 kan onderscheid gemaakt worden tussen bijwerkingen bij juist gebruik van een geneesmiddel en vergiftiging door verkeerd gebruik (niet-opzettelijke overdosering of verkeerd geneesmiddel).

De codes in hoofdstuk 17 (960-979) worden alleen gebruikt bij vergiftiging. Bijwerkingen worden, afhankelijk van hun aard, gecodeerd met een code 001-799.

Het kan ook wenselijk zijn deze codes bij vergiftiging te gebruiken voor het weergeven van belangrijke symptomen. Zij worden dan als nevendiagnose vermeld naast een code 960-979.

voorbeelden

- | | |
|---|--------|
| 1. Gastritis | 535.4 |
| door aspirinegebruik | E935.3 |
| (Er wordt hier niet van overdosering gesproken) | |
| 2. Slaapmiddelvergiftiging bij kind | 967.9 |
| van 4 jaar door accidenteel innemen; | E852.9 |
| Soporeus | 780.0 |

E-code bijwerkingen: E930-E949

E-code vergiftigingen: E850-E858



Keelpijn:	784.1	
Keelontsteking:	NNO, acuut, viraal	462
	chronisch	472.1

Inleiding

Keelpijn (NNO) vindt men op twee plaatsen in de CvZ80. Dit is gevolg van de vertaling van de Engelse term 'sore throat' die overeenkomt met een keelontsteking (faryngitis).

Codeadvies

Keelpijn 784.1

Keelontsteking

NNO, acuut, viraal 462

chronisch 472.1

N.B.

Verander op de volgende plaatsen in de CvZ80 de term 'keelpijn' in 'keelontsteking':

code 460, bij exclusies

code 462, inclusie 2x

code 463, bij exclusies

code 472.1, inclusie

Desgewenst kan men op deze plaatsen ook een verwijzing (exclusie) toevoegen voor 'keelpijn nno' (784.1).

In de 2e druk van de Alfabetische lijst zijn deze termen correct opgenomen.

Wilt u in het Systematische deel de tekst wijzigen, zoals hierboven aangegeven.



M-code: zie deel 1 Alfabetische lijst
Bij mogelijkheid van keuze: kies het hoogste nummer

De M-codes zoekt men op in deel 1 van de Alfabetische lijst.

voorbeeld

Adenocarcinoom

M8140/3

Behalve de M-code voor Adenocarcinoom NNO vindt men op blz. 20-22 M-codes voor bijzondere soorten adenocarcinoom en in de noot op blz. 20 aanwijzingen hoe te handelen wanneer men een omschrijving niet vindt.

In de CvZ80 worden eveneens aanwijzingen gegeven. In de laatste alinea op blz. 958 vindt men vermeld dat bij twee beschrijvende toevoegingen die tot verschillende M-codes leiden de hoogste hiervan gekozen dient te worden.

voorbeeld

Kleincellig anaplastisch carcinoom

M8041/3

Kleincellig (small cell) carcinoom heeft code M8041/3, anaplastisch carcinoom M8021/3.

De code wordt dus volgens bovenstaande regel

M8041/3

aanvulling

uit: LMR-Nieuwsbrief; 4 december 1992 / nummer 5

M-codering

In verband met de vele vragen die ons over dit onderwerp bereiken, wellicht ten overvloede, het volgende:

Gedragscode (5e cijfer)

De lijst van M-codes (bijlage 1) in het Systematische deel van de Classificatie van Ziekten 1980 (pagina 959 t/m 979) is niet volledig voor wat betreft het 5e cijfer (de gedragscode). Indien de gerapporteerde gegevens dit noodzakelijk maken, dient de gedragscode te worden gewijzigd. Voorbeelden hiervan worden gegeven op pagina 957 van de Classificatie.

Maligne neoplasmata die lokalisatiegrenzen overschrijden

Indien een maligne neoplasma twee of meer decimaalverdelingen binnen één drie-cijferige rubriek overlapt, is het van belang te weten of het 'punt van oorsprong' bekend is. Indien het punt van oorsprong bekend is wordt de daarbij behorende decimaal gekozen voor de codering.

Is dit punt niet bekend, dan dient decimaal .8 (overige) te worden gecodeerd.

Voorbeelden hiervan worden gegeven op pagina 88 van het Systematisch deel van de Classificatie van Ziekten 1980.



Codes altijd te gebruiken als samenhang met geboorte vast staat**Anders: grens bij 4 weken**

De titel van Hoofdstuk 15 luidt: 'Bepaalde aandoeningen die hun oorsprong hebben in de perinatale periode', waarbij nog aangetekend staat: 'ook al doet dood of ziekte zich later voor'.

Het is dus duidelijk dat het gaat om aandoeningen waarvan de oorsprong ligt in de perinatale periode, vergelijkbaar met 'laat gevolg'.

Wat wordt verstaan onder perinataal? Wat onder neonataal en pasgeborene?

Perinataal: rond de geboorte, d.w.z. de geboorte met de periode vlak ervoor en erna
Pasgeborene: }
Neonataal: } wij spreken hiervan tot en met de leeftijd van 4 weken

Codeadvies

Gebruik codes uit hoofdstuk 15 als samenhang met de geboorte (de perinatale periode) vaststaat.

Bij aandoeningen waarvoor zowel in hoofdstuk 15 als elders codes bestaan, wordt als grens de leeftijd van 4 weken afgesproken.

voorbeelden

Hyperkinetisch syndroom	314.9
toegeschreven aan cerebrale bloeding	+
bij de geboorte (patiënt nu 4 jaar)	767.0
Encefalopathie t.g.v. kernicterus	774.7
(ook al is patiënt nu ouder)	
Hypoglycemie bij pasgeborene	775.6
(leeftijd 3 weken)	
Idem op leeftijd van 6 weken	251.2
(als geen samenhang met de geboorte wordt aangegeven)	
(bij wel samenhang	775.6)



315.5

Inleiding

De Alfabetische lijst verwijst naar 307.9 'Overige en niet gespecificeerde speciale symptomen en syndromen, niet elders geassocieerd'.

Een betere code is echter te vinden bij 315 'Specifieke vertraging in ontwikkeling'.

Codeadvies

Codeer 'Psychomotore retardatie' met code 315.5 (Het is immers een gemengde ontwikkelingsstoornis).

N.B.

Breng deze wijziging aan in de Alfabetische lijst.



niet gespecificeerde exostose **726.91 + andere code uit 726 voor de lokalisatie**
• **lokalisatie spinaal** **720.1**

Cartilagineuze exostosen komen terecht bij goedaardige bottumoren, congenitale exostosen bij chondrodystrofie.

Niet gespecificeerde exostosen van bepaalde lokalisaties zijn alfabetisch geregeld. Het betreft de uitwendige gehoorgang (380.81), intracraniaal (733.3), kaak(bot) (526.81), neusbotten (726.91) en orbita(al) (376.42).

Een moeilijkheid doet zich echter voor bij niet gespecificeerde exostosen van andere, niet in de alfabetische index genoemde, lokalisaties.

Mogelijkheden

726.91 Exostose zonder gespecificeerde lokalisatie.
(De Alfabetische index verwijst ook naar dit nummer bij 'Exostose, neusbotten')

Andere codes uit 726

Men vergelijk de inclusie 'bekkenkam spoor' bij 726.5 en code 726.73 'calcaneus spoor'.

Een nadeel van de oplossing is echter dat (behalve bij de calcaneus spoor) verloren gaat dat het een exostose betreft (De nummers omvatten immers ook andere 'enthesopathieën' zoals bursitis en tendinitis).

Codeadvies

Codeer een gelokaliseerde niet gespecificeerde exostose, die niet in de alfabetische index is opgenomen, voor de duidelijkheid met twee codes:

- 726.91 om aan te geven dat het om een exostose gaat
- een andere code uit 726 om de lokalisatie aan te geven

Uitzondering: een niet gespecificeerde spinale exostose (zie ook exclusie bij 726-reeks) wordt vastgelegd met code 720.1 (als enige code).

voorbeelden

Exostose van de patella 726.91 + 726.69

Haglund exostose 726.91 + 726.71



655-656: codes van de moeder i.v.m. afwijkingen van de vrucht
760-763: codes van het kind i.v.m. aandoeningen van de moeder

Twee codereeksen waarvan de betekenis goed begrepen moet worden.

655-656

Dit zijn codes voor de moeder uit het hoofdstuk Verloskunde, waarbij afwijkingen van de vrucht de behandeling beïnvloeden.

voorbeeld

Vermoede vruchtbeschadiging door rubella 655.3*

760-763

In dit geval gaat het om aandoeningen van de moeder als verklaring van afwijkingen bij het kind. Het zijn dus codes voor het kind.

voorbeeld

Aangeboren hartgebrek, toegeschreven 746.9
aan rubella van de moeder tijdens
de zwangerschap 760.2



V58.0-V58.2: **als nazorg** **hoofddiagnose**
 als therapie **nevediagnose**

De bovenstaande behandelingsmethoden worden gegeven:

1. Als nazorg of preventie na voorafgaande behandeling (verwijdering) van een tumor
2. Als therapie bij bestaande tumoren of bij leukemie

De codering zal in deze twee gevallen verschillend zijn.

Codeadvies

1. Als nazorg bij een tumor in de anamnese, die zover bekend nu niet meer aanwezig is:

Codeer	V58.0, V58.1 of V58.2 een code uit V10	als hoofddiagnose als nevediagnose
--------	---	---------------------------------------

voorbeeld

Opname voor chemotherapie na mamma-amputatie (desgewenst plus code voor postoperatief ontbrekende mamma; zie algemeen codeadvies 2.1)	V58.1 V10.3
---	----------------

2. Als therapie bij een nog aanwezig maligne proces:

In dit geval dient de code van de maligniteit hoofddiagnose te zijn.

Er bestaat geen bezwaar tegen gebruik van een code V58.0-V58.2 als nevediagnose wanneer men hiermee een verklaring wil geven voor de korte duur van een opname.

voorbeeld

Opname voor bloedtransfusie bij chronische lymfatische leukemie	204.1 hoofddiagnose (+ M code) V58.2 nevediagnose
--	--



Codeer doorgroei als secundaire lokalisatie met een code 196-198

vervaldatum 01-01-1997

voorbeeld

Doorgroei van (primair) uteruscarcinoom in de blaas

In dit voorbeeld zal geen twijfel bestaan over de codering van het uteruscarcinoom dat de primaire tumor is: 179 + M8010/3

Bij de codering van doorgroei dient men te bedenken dat de term 'secundair' in de verdeling van de kolom 'maligne' onder het hoofdwoord 'Nieuwvorming' in de Alfabetische lijst inhoudt: zowel metastasen op afstand als secundaire lokalisatie (bijvoorbeeld doorgroei in een ander orgaan). De secundaire lokalisatie kan hematogeen, lymfogeen of 'per continuitatem' (invasie, infiltratie, doorgroei) tot stand komen; voor de codering maakt dit geen verschil.

Men dient dus te bedenken dat de term Metastase bij de codes 196, 197 en 198 in het Systematische deel feitelijk 'secundaire lokalisatie' betekent en doorgroei mede omvat.

Derhalve luidt het **codeadvies**

Codeer doorgroei met een code uit 196-198

In bovenstaand *voorbeeld*

Doorgroei van uteruscarcinoom	179	+ M8010/3
in de blaas	198.1	+ M8010/6



Perineumruptuur:	subtotaal	664.2*
	totaal	664.3*

Een subtotale perineumruptuur is een ruptuur waarbij de sfincter ani gedeeltelijk is ingescheurd; bij een totaalruptuur is dit volledig gebeurd.

Hoe dienen deze termen ondergebracht te worden bij de codes 664.0-664.3 die graden van ruptuur weergeven?

664.0 is de lichtste vorm, waarbij uitsluitend huid of slijmvlies is ingescheurd.

Bij 664.1 zijn ook spieren van bekkenbodemp en vagina ingescheurd, maar niet de sfincter ani.

Bij 664.2 en 664.3 is wel de sfincter ingescheurd en wordt een onderscheid gemaakt naar de uitbreiding.

Het lijkt daarom het beste de subtotale en totale perineumruptuur hier onder te brengen en de volgende afspraak te maken:

Codeadvies

Subtotale perineumruptuur	664.2*
Totale perineumruptuur of totaalruptuur	664.3*



Ga na of tibia en/of fibula gebroken is (zijn)
NNO: 823.82 (.92) (tibia + fibula)

vervaldatum: 01-01-1996

De term onderbeenfractuur wordt in twee betekenissen gebruikt:

1. voor elke fractuur van het onderbeen, dus van tibia en/of fibula
2. als synoniem voor 'fractura cruris', een fractuur van tibia plus fibula

Het is bij gebruik van deze term dus wenselijk na te gaan of alleen tibia of fibula danwel tibia plus fibula in combinatie gebroken zijn.

Bij ontbreken van deze mogelijkheid bestaat in de CvZ80 het nadeel dat niet, zoals bij de onderarm, een nummer voor niet gespecificeerd aanwezig is.

Bij het onderbeen dient men een keus te maken tussen 823.80, 823.81 of 823.82 (open fractuur 823.90, 823.91 of 823.92).

Codeadvies

Ga bij onderbeenfractuur NNO na welk(e) botstuk(ken) gebroken is (zijn).

Wanneer dit niet mogelijk is: code 823.82 (tibia plus fibula; indien open 823.92)



Hypoglycemie bij diabetes	251.2 + E932.3 + 250.8*	vervaldatum: 01-01-1996
Hypoglycemisch coma bij diabetes	251.0 + E932.3 + 250.3*	

Hypoglycemie en hypoglycemisch coma bij diabetes patiënten vormen codeproblemen.

Alfabetische lijst:

Hypoglycemie NNO	251.2
Hypoglycemisch coma NNO	251.0

Hypoglycemie, door insuline	251.0
Diabetisch hypoglycemisch coma	250.3*

De beide eerste 'NNO' nummers leveren geen moeilijkheden.

Aan de twee diabetesnummers kleven echter bezwaren:

- 251.0 is een code voor Hypoglycemisch coma, niet voor Hypoglycemie
- met code 250.3 wordt niet duidelijk dat het om een Hypoglycemisch coma gaat

Codeadvies

Hypoglycemie bij diabetespatiënt	251.2 + E932.3 + 250.8*
Hypoglycemisch coma bij diabetespatiënt	251.0 + E932.3 + 250.3*

Op deze wijze wordt zowel de aard van de complicatie als de diabetes als de directe oorzaak (insuline of ander antidiabeticum) vastgelegd.



Symfyysiolyse:	obstetrisch	665.6*
	traumatisch	848.5

Symfyysiolyse kan obstetrisch en traumatisch optreden (het laatste ook bij de man).

Alfabetische lijst:

Lysis, symphysis pubis, obstetrisch trauma	665.6
Distorsie, symfyse, pubis	848.5

Codeadvies

Symfyysiolyse, obstetrisch	665.6*
Symfyysiolyse, traumatisch	848.5



Puerperale infectie:

ernstig, endometritis, sepsis, enz.	670.0*
licht, urinewegen, vagina en vulva	646.6*

Voor puerperale infecties vindt men in de Alfabetische lijst:

Infectie, puerperaal, post partum (ernstig)	670
minder belangrijk	646.6

Als regel zal een kraambedinfectie dus code 670.0* krijgen, zeker als een inclusie uit 670 wordt vermeld.

Lichte infecties, in het bijzonder van de urinewegen en van vagina en vulva, worden gecodeerd met 646.6* (vgl. inclusies bij dit nummer en exclusies bij 670).

Andere in aanmerking komende codes zijn:

658.4*	Infectie van de amnionholte Hiermee kan bijvoorbeeld infectie van vlies(resten) worden gecodeerd.
672.0*	Koorts e.c.i. gedurende het kraambed Dit is een nummer voor (lichte) koorts, waarvan de oorsprong niet vaststaat.



Gelokaliseerde osteo-artrose:

primair of idiopathisch	715.1*
secundair bij andere afwijking	715.2*
niet gespecificeerd	715.3*

Voor gelokaliseerde osteo-artrose (arthrosis deformans) zijn in de CvZ80 drie codes beschikbaar:

715.1	primair
715.2	secundair
715.3	zonder specificatie van primair of secundair

Hierbij kan de lokalisatie (bijvoorbeeld de heup) worden vastgelegd met een vijfde cijfer.

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

Het onderscheid is overigens vaak moeilijk te maken.

Vandaar het volgende **codeadvies**

Codeer gelokaliseerde osteo-artrose zonder nadere aanduiding met 715.3*

715.1* bij vermelding van de term 'primair' of 'idiopathisch'

715.2* bij vermelding van een oorzaak (trauma, ziekte, afwijking)

voorbeeld

Coxartrose	715.25
bij botziekte van Paget	731.0



995.2 + E942.1

Bij digitalis als geneesmiddel voor hartpatiënten kan bij normaal gebruik door cumulatie een intoxicatie optreden.

Normaal gebruik van digitalis als oorzaak van een ongewenst gevolg: E942.1

Dit nummer kan niet samengaan met code 972.1 Vergiftiging door cardiotone glycosiden e.d..

Codeadvies

Digitalisintoxicatie bij patiënt	995.2 + E942.1
met angina pectoris	413.9

Op deze wijze is er consistentie tussen de codes uit hoofdstuk 17 en de E-lijst en vermijdt men de nummers 960-979 die bestemd zijn voor vergissingen of fouten bij het toedienen of innemen van geneesmiddelen.



Voedingsstoornis:	
bij pasgeborene	779.3
op oudere leeftijd	783.3
psychogeen	307.59

Voor voedingsstoornissen vindt men in de CvZ80 een aantal codes:

Voedingsstoornis bij pasgeborene	779.3
Voedingsstoornis op oudere leeftijd	783.3
Voedingsstoornis in de psychische sfeer	307.59

Hiernaast worden bij 260-269 voedingsdeficiënties gecodeerd, onder andere 263.9 voor 'Ondervoeding NNO' en 269.9 voor 'Voedingsdeficiëntie NNO'.

Maak in de Alfabetische lijst onder 'Voeding' een inspring 'stoornis' met daarbij 'zie Stoornis, voeding'.



569.83 + 936 + E915.0*

Men wil in dit geval in ieder geval het corpus alienum coderen: 936 + E915.0*

De darmperforatie kan met 569.83 aangegeven worden.

(Men zou ook kunnen denken aan 863, maar in de kop van de rubriek 860-869 wordt vreemd lichaam via natuurlijke opening geëxcludeerd)

Codeadvies

Darmperforatie	569.83
door botstukje of graat	936 + E915.0*



812.01 (.11)

Codeadvies

Codeer een subcapitale humerusfractuur als fractuur van het collum chirurgicum (812.01 of 812.11).



198.89 + 196.9 + M8010/6

Voor lymfangitis carcinomatosa bestaat geen specifiek codenummer.
Men mag echter aannemen dat ook de lymfklieren zijn aangedaan.

Alfabetische lijst:

Nieuwvorming, maligne, secundair

lymfklier	196.9
lymfvat	198.89

Codeadvies

Codeer lymfangitis carcinomatosa als volgt:

198.89	metastasen van overige gespecificeerde lokalisaties
+ 196.9	lymfklier-metastasen en niet gespecificeerde maligne neoplasmata van lymfklieren, lokalisatie niet gespecificeerd (indien lokalisatie bekend 196.0-196.8)
+ M8010/6	carcinoom, metastase nno

Op deze wijze is men formeel juist (code 198.89), maar geeft men toch informatie dat het lymfstelsel is aangedaan (196.9).



281.0 + 336.2

Over de codering van deze aandoeningen hoeft geen misverstand te bestaan: 281.0 + 336.2

(Alfabetische lijst: Degeneratie, gecombineerde streng, met anemie)

Toch is verwarring mogelijk door de aard van de exclusie bij 281.0 (en 266.2) en door het ontbreken van een inspring in de Alfabetische lijst bij Anemie, pernicious.

Codeadvies

281.0	pernicieuze anemie
+ 336.2	subacute gecombineerde degeneratie van het ruggemerg bij elders geclassificeerde ziekten

Verdere adviezen

1. Voeg in de Alfabetische lijst bij 'Anemie, pernicious' de volgende inspring toe:
met gecombineerde strengdegeneratie 281.0 [336.2]
2. Voeg bij code 281.0 van de CvZ80 toe:
Bij aanwezigheid van een gecombineerde strengdegeneratie wordt 336.2 gebruikt als aanvullende code.
3. Dezelfde toevoeging kan bij 266.2 geplaatst worden (CvZ80 blz. 171).



**599.0 (+ 041.*)
(+ 038.*)**

Dit is een toestand waarbij door resorptie van urinebestanddelen bij een septische urineweginfectie een algemene intoxicatie of sepsis optreedt.

Codering

- In ieder geval dient 599.0 gecodeerd te worden voor de urineweginfectie
- Wanneer de bacterie bekend is, tevens een code uit 041
- 038.* voor sepsis alleen wanneer er aanwijzingen zijn dat ook bacteriën in de bloedbaan zijn gekomen
- Alfabetische lijst verwijst bij toxemie naar 799.8, maar gebruik van deze (rest-)code heeft weinig zin

Dus **codeadvies**

599.0	altijd
041.*	indien bacterie bekend is
038.*	bij tevens bestaande septicemie

N.B.

Codeer zoveel mogelijk de oorzaak van een infectie(★) omdat dit van belang is voor infectiecommissies en antibioticabeleid.

(★) vaak met 041.*, maar soms komen ook andere codes in aanmerking



Abortus:	< 16 weken	vervaldatum: 01-01-03
Partus immaturus:	≥ 16 - < 28 weken	zie aca 25.2

In Nederland kent men de volgende begrippen:

- abortus voor beëindiging van de zwangerschap in de eerste 16 weken
- partus immaturus voor beëindiging vanaf 16 weken tot 28 weken

In de Angelsaksische landen kent men de laatste term niet en spreekt men van 'abortion' tot een zwangerschapsduur van 22 weken. In de CvZ80 is deze grens op een aantal plaatsen terug te vinden (o.a. bij de codes 640, 643 en 644).

Van belang is om af te spreken wanneer men van een bevalling spreekt en wanneer de codes 630-639 voor 'misgeboorte' worden gebruikt.

AFSPRAAK

Spreek van bevalling, dus gebruik een code 640-676, bij elke beëindiging van een zwangerschap vanaf de (voltooide) 16e week (zowel bij een dode als levende vrucht; een uitzondering wordt echter gemaakt in twee gevallen:

- bij medische opgewekte partus immaturus (abortus arte provocatus legalis; geïnduceerde abortus op legale medische indicatie)
- bij 'misted abortion', dus als bekend is dat de vrucht al voor het eind van de 16e week is afgestorven)

Op deze wijze is er overeenstemming met het Nederlandse spraakgebruik.

Overigens:

De Nederlandse wet verplicht aangifte van iedere levend geborene, onafhankelijk van de zwangerschapsduur en van doodgeboren kinderen vanaf 28 weken.

Andere termen, verband houdend met de zwangerschapsduur:

- partus praematurus vanaf 28 weken tot 37 weken
- partus à terme vanaf 37 weken tot 42 weken
- partus serotinus vanaf 42 weken

Registratie van de zwangerschapsduur is dus van veel belang.



Dwarslesie:	codeer bij voorkeur oorzaak en symptomen	
NNO:	zonder vermelding van paralyse	336.9
	met paralyse	336.9 + 344.*

Bij een dwarslesie zijn (vrij) plotseling op één bepaald niveau alle verbindingen in het ruggemerg uitgevallen. Perifeer van de lesie bestaat onder meer motorische en sensibele uitval.

De oorzaak kan zeer verschillend zijn: trauma, compressie, vaatafwijking, ziekteproces. De codering is afhankelijk van de oorzaak. Zo wordt een traumatische dwarslesie gecodeerd met een nummer uit 806 (met wervelletsel) of 952 (zonder wervelletsel), een vasculaire afsluiting met 336.1.

Wanneer alleen de term dwarslesie is opgegeven zonder nadere specificatie van de oorzaak, dan codeert men 336.9.

Naast de oorzaak is het ook van belang de symptomatologie (uitingsvorm) vast te leggen. Vaak worden met name de motorische uitvalsverschijnselen opgegeven en deze kunnen worden vastgelegd met een code uit de 344-reeks.

Codeadvies

Zoek bij de term dwarslesie informatie over de oorzaak en over symptomen.

Dwarslesie NNO:	zonder vermelding van paralyse	336.9
	met paralyse	336.9 + 344.*
	met paralyse NNO	336.9 + 344.9



Als aanvullende codering 997.9 + E878.8 + V15.7

Het komt helaas regelmatig voor dat patiënten worden opgenomen wegens mislukte sterilisatie. Indien men dan voor abortus komt, zal een code 635.** hoofddiagnose zijn. Ook komt V61.7 in aanmerking om de ongewenste zwangerschap aan te geven.

Als men daarnaast de mislukte sterilisatie vast wil leggen dan kan dit met de volgende aanvullende codes: 997.9 + E878.8 + V15.7.

Code 997.9 geeft de complicatie aan, 'een orgaansysteem betreffend'.

Met code E878.8 wordt de 'abnormale reactie van de patiënt of later optredende complicatie' aangegeven zonder dat van een kunstfout sprake hoeft te zijn.

En code V15.7 kan dienen om de aard van de vroegere ingreep, in casu anticonceptie, nader aan te duiden.

Dezelfde codes als bij vrouwen kunnen bij mannen gehanteerd worden.

Codeadvies

Mislukte sterilisatie als aanvullende codering: 997.9 + E878.8 + V15.7



Hersenstamsyndroom NNO 433.0

Bedoeld wordt vasculair hersenstamsyndroom, in de regel veroorzaakt door afsluiting van de arteria basilaris. De code is daarom 433.0, tenzij anders omschreven.

Codeadvies

Hersenstamsyndroom NNO 433.0



V53.3

Alfabetische lijst: Opname, voor, verwisseling van, pacemaker, hart V53.3

Men zit dan bij het nummer voor 'Aanpassen en bijstellen van andere hulpmiddelen'.

Advies

Maak in de CvZ80 bij code V53.3 een notitie: 'inclusief verwisselen'

In de Alfabetische lijst kan men bij Verwijdering waarheen men bij Verwisselen wordt verwezen, ook een insprong 'pacemaker V53.3' toevoegen.



Bij tonsillectomie:

tonsillitis	474.0
hypertrofie	474.1*

Het is wenselijk als diagnosecode bij tonsillectomie een code uit 474 te kiezen. Aangezien veelal de diagnose hetzij vergroting (hypertrofie) hetzij chronische ontsteking is, vormt de keuze in de meeste gevallen geen probleem (code 474.1* respectievelijk 474.0).

Een probleem ontstaat wel, wanneer de specialist de term 'recidiverende tonsillitis' gebruikt, en vooral als men dit opvat als een recidiverende (acute) tonsillitis.

Men dient te bedenken dat ook in deze gevallen de patiënt niet tijdens de acute fase geholpen wordt, dus vanwege de (acute) tonsillitis.

De indicatie is dus feitelijk toch de chronische toestand met herhaalde ontstekingen.

Hier komt nog bij dat bij een andere codering dan met 474.*(*) deze veelvuldig voorkomende gevallen bij een andere diagnosegroep worden ingeteld, hetgeen de vergelijkbaarheid tussen ziekenhuizen niet bevordert.

Om deze reden het zeer dringende **codeadvies**

Gebruik als diagnosecode bij tonsillectomie altijd een code uit 474.



Code chronische + code acute aandoening

vervaldatum: 01-01-1996

Bij code 491 (chronische bronchitis) vindt men een aanwijzing hoe te handelen bij een acute exacerbatie (opflukking, verergering) van deze ziekte:

'Gebruik desgewenst aanvullende code om acute exacerbatie aan te geven (466)'.

Deze gedragslijn lijkt algemener toepasbaar:

Codeer bij een acute exacerbatie van een chronische aandoening zowel de chronische aandoening, die immers niet verdwenen is, als de acute fase waarin de patiënt thans verkeert.

voorbeeld

Acute exacerbatie	601.0
van chronische prostatitis	601.1

Uitzondering:

Bij de leukemieën vindt men bij 204.0, 205.0, 206.0 en 208.0 de aanwijzing om een acute exacerbatie bij de chronische vorm te coderen.

**Toxisch shock syndroom:**

NNO	785.59
door tampon of tamponziekte	785.59 + E915.09
veroorzakende bacterie	041.*

Een andere naam voor tamponziekte is toxisch shock syndroom (zie Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 125e jaargang, 1981, blz. 93-95 en 95-98).

De ziekte wordt in de meeste gevallen veroorzaakt door toxinen, afkomstig van bepaalde typen stafylokokken, die zich soms ophopen boven een tampon.

Een vergelijkbaar beeld wordt echter ook waargenomen bij vrouwen die geen tampons gebruiken en zelfs bij mannen.

Codeadvies

Toxisch shock syndroom NNO	785.59
Tamponziekte of	
Toxisch shock syndroom met } vermelding van tampon }	785.59 + E915.09

Indien de bacterie bekend is, kan deze gecodeerd worden met 041.*, bijvoorbeeld 041.1.



195.* + M9370/3

Chordomen zijn zeldzame gezwellen, ontstaan uit resten van de chorda dorsalis, de embryologische voorloper van de wervelkolom. Als gevolg van deze oorsprong kunnen chordomen voorkomen in het traject van de wervelkolom, van de schedelbasis tot de stuit. In verband met de embryonale herkomst kan de opbouw van de tumor verschillend zijn; kenmerkend zijn physalifore cellen.

Codeadvies

Chordoom 195.* + M9370/3

Afhankelijk van de lokalisatie kan 195.0 - .3 gekozen worden, indien niet gespecificeerd 195.8. De aard van de tumor wordt ondubbelzinnig gecodeerd met M9370/3.



459.0 of andere niet-traumatische code + E934.2

Het gebruik van anticoagulantia brengt het risico van bloedingen of hematomen mee.

In de Alfabetische lijst vindt men bij Hematoom:

- zie ook Contusie

Bij gebruik van anticoagulantia kunnen hematomen echter optreden zonder noemenswaardig letsel.

Het lijkt daarom verkieslijk in dit geval, voor zover geen niet-traumatische code voor hematoom bestaat, niet de contusie-code maar de algemene code 459.0 te gebruiken.

Het is alleen jammer dat de lokalisatie daarbij niet weergegeven wordt.

Codeadvies

Hematoom of bloeding t.g.v. anticoagulantia	specifieke niet-traumatische code of 459.0 + E934.2
--	--

voorbeelden

Hematoom oorschelp t.g.v. gebruik Sintrom	380.31 + E934.2
--	--------------------

Hematoom buikwand t.g.v. gebruik Marcoumar	459.0 + E934.2
---	-------------------



Primaire tumor code**(+ M code)****(+ V10.*(*) voor tumoranamnese)****(+ eventueel codes voor postoperatief ontbrekend orgaan)**

Na verwijdering van een maligne tumor kan recidief optreden, hetzij als echte primaire uitgroei in een ander deel van het orgaan, hetzij doordat tumorresten achtergebleven zijn die opnieuw uitgroeien. Omdat in beide gevallen sprake is van een primaire tumor (lokalisatie), maakt dit voor de codering geen verschil.

Codeadvies

Recidief carcinoom wordt gecodeerd als primaire lokalisatie. Hierbij kan met een code uit V10 de anamnese worden aangegeven, en eventueel overeenkomstig codeadvies 2.1 de voorafgaande (partiële) verwijdering.

voorbeeld

Recidief longcarcinoom 162.9 + M8010/3 + V10.11
(na vroegere lobectomie) + 518.8 + V45.89)



Knie 717.8*
Overige gewrichten 718.0*

Verse letsels van gewrichtsbanden worden gecodeerd als distorsie.
(Alfabetische lijst, blz. 618: Scheur, ligament)
Voor oude letsels is de code 717.8* (knie) of 718.0* (overige gewrichten).

Codeadvies

Oude kniebandlesie 717.8*
Oude bandlesie overige gewrichten 718.0*

voorbeelden

Verse verscheuring ligamentum
collaterale laterale van de knie 844.0
(+ E-code)

Oude verscheuring ligamentum
collaterale laterale van de knie 717.81

Verse verscheuring laterale enkelband 845.02 (+ E-code)

Oude verscheuring laterale enkelband 718.07



Dysbacteriose 569.89
(t.g.v. antibioticum + E930.*)

Van dysbacteriose spreekt men bij verstoring van de normale bacterieflora van de darm, zonder aanwezigheid van pathogene kiemen.

Breedspectrum antibiotica kunnen deze verstoring van het darmevenwicht ten gevolge hebben.

Dysbacteriose kan zich uiten door intestinale symptomen als gasvorming, krampen en diarree.

Hoewel men derhalve zou kunnen denken aan een code uit het hoofdstuk Symptomen, lijkt dysbacteriose als zodanig beter gecodeerd met 569.89 (overige gespecificeerde aandoeningen van de darm, in voorkomende gevallen gecombineerd met een E-code).

Codeadvies

Dysbacteriose 569.89
(t.g.v. antibioticum + E930.*)



Quincke's oedeem:

NNO	995.1 + E928.99
bekende oorzaak	995.1 + oorzaak (E) code
hereditair	277.6

Synoniem: angioneurotisch oedeem.

Soms is er een combinatie van urticaria.

Bij beide wordt vaak een allergische genese aangenomen, maar het veroorzakende agens blijft veelal onbekend.

Er is ook een zeldzame hereditaire vorm van Quincke's (angioneurotisch) oedeem.

Codeadvies

Quincke's oedeem door bekende oorzaak	995.1 + code voor de oorzaak (vaak E-code)
Quincke's oedeem NNO (door onbekende oorzaak; de E-code kan dan alleen de restcode zijn)	995.1 + E928.99
Hereditaire vorm van Quincke's oedeem	277.6

voorbeelden

Quincke's oedeem toegeschreven aan voedingsmiddelen 995.1 + E865.99

Quincke's oedeem met urticaria 995.1 + E928.99
(Alfabetische lijst bij Urticaria)



293.89 + 674.8*

vervaldatum: 01-01-1996

Puerperale depressie is een lichte vorm van puerperale psychose.
De codering is gelijk.

Codeadvies

Puerperale depressie	}	
Puerperale (kraambed-) psychose	}	293.89 + 674.8*

De volgorde is afhankelijk van het specialisme van opname (behandeling).
In het kraambed kunnen ook specifieke psychosen of depressies worden 'losgewoeld'.
De codering is dan de betreffende psychiatrische code met code 674.8*.

N.B.

Op blz. 205 bij code 293.89 toevoegen: 'Puerperale psychose (depressie)'.



300.5

Een andere term hiervoor is neurastheen syndroom.

Symptomen erbij zijn prikkelbaarheid, overgevoeligheid, emotionele labiliteit, moeheid en slapeloosheid.

De oorzaken kunnen zowel van lichamelijke als psychische aard zijn.

Codeadvies

Hyperesthetisch-emotioneel syndroom 300.5



Verkeerde beweging: E927.0*

De beste E-code voor een verkeerde beweging bij sport, beroep, huishouden, recreatie of hobbywerkzaamheden als oorzaak van een letsel lijkt E927.0* (overinspanning en zeer inspannende bewegingen). Men vindt deze code in de Alfabetische lijst onder andere bij tillen, trekken en verdraaiing.

Codeadvies

Verkeerde beweging als oorzaak van een letsel E927.0*

N.B.

Er zijn derhalve drie E-codes die bij sportblessures vaak gebruikt worden:

E917.04 bij botsing, slag, schop of geraakt worden
E886.04 bij val op eenzelfde niveau, na botsing of tackle
E927.04 bij verkeerde beweging zonder val of botsing

Bovenstaande E-codes zijn niet de enige, die bij sportongevallen in aanmerking komen. Men denke aan ongevallen met voertuigen bij races of crosses, aan val van (grote) hoogte bij duiken of parachutespringen, aan snij- en steekwonden, bijvoorbeeld bij schermen. Deze voorbeelden zijn met vele andere uit te breiden.



Status focalis epilepticus 345.7

Status = toestand, dus continuïteit
Focalis = haardvorming, dus partieel

Codeadvies

Status focalis epilepticus 345.7



Litteken ooglid:

met ectropion	374.14
met entropion	374.04
met lagoftalmus	374.23
NNO	374.46 + 709.2

De Alfabetische lijst (blz. 412) geeft aan dat het hierbij wenselijk is na te gaan of sprake is van ectropion (naar buiten omstulpen van de oogrand) of van entropion (naar binnen omstulpen).

Ook kan nog sprake zijn van lagoftalmus (onmogelijkheid om het oog geheel te sluiten).

Als code voor litteken ooglid NNO wordt 374.46 opgegeven, maar uit deze code wordt niet duidelijk dat het om een litteken gaat.

Codeadvies

Litteken ooglid

- met ectropion 374.14
- met entropion 374.04
- met lagoftalmus 374.23
- NNO 374.46 + 709.2

De toevoeging van code 709.2 in het laatste geval maakt duidelijk dat het om een litteken gaat.



Demonposessie	298.*
NNO	298.9

Het aantal buitenlandse werknemers in ons land brengt mee dat soms ziektebeelden worden gezien die vroeger niet in ons land voorkwamen.

Behalve op het terrein van de infectieziekten is dit ook het geval bij de psychische stoornissen, die ten dele (mede) cultureel bepaald zijn.

Demonposessie is een mantelterm waaronder bij met name Marokkanen diverse psychische toestandsbeelden worden samengevat.

Indien mogelijk verdient het de voorkeur het onderliggende ziektebeeld - bijvoorbeeld epilepsie, hysterie of schizofrenie - te diagnostiseren en te coderen.

Wanneer dit, onder andere door de cultuur- en taalbarrière, niet mogelijk is, komt een code uit 298 het meest in aanmerking, waarbij het vierde cijfer afhankelijk is van het toestandsbeeld (.1 opwindingstoestand, .2 verwardheid, enz.).

Indien niet gespecificeerd of 'gemengd' is 298.9 de beste code.

Codeadvies

Demonposessie 298.*



Algemeen (absoluut) vernauwd bekken	653.1*
Dwars en plat vernauwd bekken	653.2*
Relatief vernauwd bekken	653.4* (+ 652.**)
Positieve Osborne	653.2*
Positieve Osborne, relatief	653.4* (+ 652.**)

Wanverhouding of dysproportie kan vele oorzaken hebben.

In de CvZ80 zijn verscheidene hiervan met name vermeld, zoals ingangs- en uitgangsvernauwing van het bekken.

Een aantal termen is echter niet zonder meer in de CvZ80 te vinden:

- algemeen of absoluut vernauwd bekken wordt beschouwd als gelijkmatig vernauwd bekken, code 653.1*
- dwars vernauwd bekken en plat vernauwd bekken zijn vormen van ingangsvernauwing, code 653.2*
- een relatief vernauwd bekken is een wanverhouding vrucht / bekken, code 653.4* (indien tevens sprake is van een liggingsafwijking van de vrucht een code uit 652 toevoegen)
- een positieve Osborne is een teken van ingangsvernauwing. De code is dus 653.2*, tenzij sprake is van een relatieve ingangsvernauwing, in welk geval code 653.4* de voorkeur verdient (bij een eventuele liggingsafwijking een code uit 652 toevoegen)

Codeadvies

- Algemeen (absoluut) vernauwd bekken 653.1*
- Dwars en plat vernauwd bekken 653.2*
- Relatief vernauwd bekken 653.4* (+ 652.**)
- Positieve Osborne 653.2*
- Positieve Osborne, relatief 653.4* (+ 652.**)

N.B.

Indien deze aandoeningen oorzaak van een moeilijke bevalling zijn dient een code uit 660 als hoofddiagnose te worden geregistreerd.



Prominerende schedel NNO **653.4***

De complicatie bij een bevalling, aangeduid met 'prominerende schedel' wijst op een wanverhouding. De oorzaak hiervan kan onder meer zijn: een groot kind of een liggingsafwijking van het kind, zoals een hoge rechtstand t.g.v. een ongewone bekkenvorm of bekkenvernauwing. Indien bekend, coderen wij deze laatste aandoeningen. Bij onbekende etiologie adviseren wij code 653.4* te gebruiken.

Codeadvies

Prominerende schedel NNO 653.4*

N.B.

Bij een moeilijke bevalling code 660.9* als hoofddiagnose registreren.



Positieve dyscongruentie	656.6*
Negatieve dyscongruentie	656.5*

De term positieve of negatieve dyscongruentie wordt in de verloskunde gebruikt om aan te duiden, dat de grootte van de zwangere baarmoeder niet overeenkomt met de veronderstelde zwangerschapsduur. Het houdt in de regel in, dat het kind respectievelijk groter of kleiner is dan passend bij zijn leeftijd, gezien de zwangerschapsduur.

Codeadvies

Positieve dyscongruentie	656.6*
Negatieve dyscongruentie	656.5*



Randsinusbloeding	}	641.8*
Randvenebloeding	}	

Tijdens de zwangerschap of baring kunnen zich pijnloze bloedingen voordoen, zonder dat er sprake is van placenta praevia of premature loslating.

Post partum vindt men dan een stolzel langs de rand van de placenta.

Men spreekt dan van een randsinusbloeding of randvenebloeding.

Deze laatste term verdient de voorkeur, daar het een bloeding uit de randvene betreft.

De alfabetische lijst verwijst onder het zoekpad Placenta, sinus marginalis (randsinus)(bloeding)(ruptuur) naar code 641.2 (Premature loslating van de placenta).

Wanneer men zeker weet dat geen solutio (loslating) heeft plaatsgevonden is deze code niet correct. In deze gevallen wordt geadviseerd om uit te wijken naar code 641.8.

Codeadvies

Randsinusbloeding	}	641.8*
Randvenebloeding	}	



Longinfiltraat NNO **793.1**

Voor longinfiltraat komt men via de Alfabetische lijst terecht bij code 518.3, pulmonale eosinofilie. De term longinfiltraat NNO betekent echter in feite niets meer dan een schaduw op de thoraxfoto, welke wijst op een niet nader te duiden afwijking van het longparenchym.

Ons **codeadvies** luidt dan ook
Longinfiltraat NNO 793.1



Restinfiltraat long **515**

In het algemeen wordt de term restinfiltraat gebruikt, wanneer het infiltratieve proces (bijvoorbeeld longontsteking) in feite verdwenen is en een zekere littekenvorming heeft plaatsgevonden.

Derhalve is code 515 (longfibrose na ontsteking) de beste code om deze resttoestand weer te geven.

Codeadvies

Restinfiltraat long 515



IgA nefritis **583.89**

IgA nefritis berust op het neerslaan van IgA-bevattende immuuncomplexen in de glomeruli (en wordt door nierbiopsie gediagnostiseerd).

Deze aandoening houdt geen verband met IgA immuundeficiëntie.

Voor de codering kan de Alfabetische lijst gevolgd worden:

Nefritis (of Glomerulonefritis)

 immuuncomplex NEC 583.89

Indien meer informatie beschikbaar is kan, afhankelijk van het klinische of histologische beeld, een andere code uit de reeks 580-583 gekozen worden.

Codeadvies

IgA nefritis NNO 583.89



Ammoniak encefalopathie **572.2**

Men spreekt van ammoniak encefalopathie wanneer de hersenen worden aangedaan door verhoging van het ammoniakgehalte van het bloed.

Dit kan ontstaan door een ernstige leverbeschadiging of door een veneuze shunt, waardoor het portale bloed direct in de circulatie komt zonder de lever te passeren.

In dit laatste geval verdient de term 'portale encefalopathie' de voorkeur boven 'ammoniak encefalopathie'.

Codeadvies

Ammoniak encefalopathie 572.2
(al dan niet door een veneuze shunt)



RIND **435.9**

De Engelse term RIND, evenals TIA (transient ischemic attack) en 'progressive stroke' duidt op een vorm van 'onbloedige' CVA, d.w.z. een CVA die niet gepaard gaat met een vaatruptuur.

Terwijl bij een TIA de verschijnselen 24 uur na het ontstaan geheel verdwenen zijn, duurt het herstel na een RIND langer.

De code voor zowel TIA, RIND als 'progressive stroke' is 435.9

Codeadvies

RIND 435.9



Mediale collumfractuur	820.09
Laterale collumfractuur	820.03

Men spreekt in Nederland van een mediale of laterale collumfractuur (dijbeenhalsfractuur). Deze termen ontbreken in de CvZ80 daar zij in het Engelse taalgebied niet gebruikt worden.

De mediale collumfractuur komt overeen met 'subcapitaal' - code 820.09 (indien gesloten).

De laterale collumfractuur bevindt zich in de basis van de femurhals - code 820.03 (indien gesloten).

Codeadvies

Mediale collumfractuur	820.09
Laterale collumfractuur	820.03



Calyx superior syndroom of syndroom van Fraley 591 + (eventueel) 593.0 of 593.81

Dit syndroom wordt veroorzaakt door vasculaire compressie van een calyx of infundibulum van de nier.

Veelal manifesteert dit syndroom zich in een ptotische nier. Door de rotatie van deze nier ontstaat er een grotere druk van het oorzakelijke bloedvat (meestal een aftakking van de arteria renalis) op het infundibulum van de nier.

Maar ook kan een anatomische afwijking van het bloedvat zelf de oorzaak zijn van de compressie.

Deze vasculaire compressie komt tamelijk frequent voor (meestal unilateraal) en wordt slechts als pathologisch beschouwd wanneer deze een dilatatie en een vertraagde ontleding van de proximale nierkelk heeft veroorzaakt: hydrocalyose of hydronefrose.

Codeadvies

Calyx superior syndroom of syndroom van Fraley
591 (hydronefrose, hydrocalyose)

Indien de oorzaak bekend, toevoegen:

nefroptose 593.0
of vaatafwijking 593.81



Neonatale aërofagie **779.3**

Men spreekt van neonatale aërofagie, wanneer een zuigeling bij de voeding veel lucht inslikt.

Wanneer grote bellen ingeslikte lucht zich door de darmen van het kind bewegen kan dit darmkolieken veroorzaken, waardoor het kind veel zal huilen.

Tijdens het huilen slikt het kind weer lucht in, zodat een vicieuze cirkel kan ontstaan:
inslikken van lucht → kolieken → huilen → inslikken van lucht, etcetera.

Aan dit euvel ligt doorgaans een onrijp slikmechanisme ten grondslag (maar een te klein gaatje in de speen kan ook oorzaak zijn van het binnenkrijgen van teveel lucht).

Wij adviseren voor neonatale aërofagie de code voor 'voedingsproblemen van pasgeborenen':

Codeadvies

Neonatale aërofagie 779.3



Bradyfrenie:

NNO	310.8
t.g.v. contusie of commotie	310.2
t.g.v. encefalitis	310.8 + 326

Voor verlangzaming van het psychische tempo of vertraagde denkactiviteit gebruikt men de term bradyfrenie.

Het is een organisch verschijnsel, dat kan optreden na encefalitis of contusio cerebri, maar ook na intoxicaties (bijvoorbeeld door barbituraten).

Voor de codering van bradyfrenie komen codes uit 310 in aanmerking.

Codeadvies

Bradyfrenie t.g.v. contusio of commotio cerebri	310.2
Bradyfrenie t.g.v. encefalitis	310.8 + 326
Bradyfrenie met andere of NNO oorzaak	310.8



Claudicatio intermittens:

door arteriosclerose	440.2
door trombose	444.22
oorzaak onbekend	443.9

Claudicatio intermittens (letterlijk intermitterend hinken) is het gevolg van ischemie van de beenspieren. Het wordt veroorzaakt door arteriosclerotische vernauwing of trombotische afsluiting van een beenarterie. Claudicatio intermittens is derhalve een symptoom of opnamediagnose, en dat komt tot uiting in de codering: code 443.9 (niet gespecificeerde perifere vaatziekte).

Wanneer echter de oorzaak van de claudicatio tijdens de opname vastgesteld wordt, bijvoorbeeld door arteriografisch onderzoek of P.A.-uitslag bij de operatie aan het bloedvat, dienen we deze oorzaak te coderen.

Dat kan dan zijn: arteriosclerose van de extremiteiten, code 440.2 of occlusie, trombose of embolie van een beenarterie, code 444.22.

Code 443.9 dient dus alleen gebruikt te worden indien de oorzaak niet te achterhalen is.

Codeadvies

Claudicatio intermittens - codeer de oorzaak:

Arteriosclerose extremiteit	440.2
of	
Trombose (occlusie, embolie) beenarterie	444.22
Oorzaak onbekend	443.9



**Opname voor secundair peesherstel:
codeer het oorspronkelijke letsel**

Er zijn twee soorten peesherstel:

- a. Letsel van pezen die niet in kokers (peesscheden) zijn gelegen. Deze worden doorgaans primair gehecht.
- b. Letsel van pezen die wél in kokers zijn gelegen, zoals buigpezen van handpalm en vingers.

Het herstel van deze pezen vindt doorgaans in een tweede fase plaats, daar primaire hechting, t.g.v. adhesies in de koker, kan leiden tot functieverlies.

In het algemeen houdt dit uitgestelde peesherstel een peestransplantatie in.

Men kan bij opname voor secundair peesherstel niet spreken van 'laat gevolg'. Het begrip 'laat gevolg' gebruiken we voor gevolg- of resttoestanden van letsel welke ná de voor dat letsel gestelde genezingsperiode nog aanwezig zijn.

Uiteraard varieert deze periode per letsel (een schaafwond geneest sneller dan een femurfractuur).

Secundair peesherstel moet men zien als een uitgestelde primaire handeling, zodat de diagnose gecodeerd wordt met een 'vers letsel'-code (open wond met peesletsel), hoewel de 'open wond' inmiddels genezen zal zijn.

Codeadvies

Opname voor secundair peesherstel: codeer het oorspronkelijke letsel (open wond met peesletsel)

Let op:

Dit codeadvies betreft niet een opname voor peesplastiek i.v.m. adhesies na peesruptuur en peeshechting.

In dat geval gebruikt men wel degelijk de 'laat gevolg'-code !



Thermometerbloeding indien met hemorroïden	569.3 + E870.8 455.2, 455.5 of 455.8
---	---

Een thermometerbloeding kan ontstaan bij onzorgvuldig aanleggen van een thermometer. Deze handeling, hoewel vaak door niet-verpleegkundigen gedaan, is een medische handeling.

De traumatische code voor oppervlakkig letsel van anus of rectum blijkt weinig specifiek. Daarom wordt de voorkeur gegeven aan code 569.3.

N.B.

Indien er sprake is van hemorroïden, moet men 'hemorroïden met bloeding' coderen, zonder toevoeging van de E-code, daar men dan niet van een gevolg van een medische handeling kan spreken.

Codeadvies

Thermometerbloeding	569.3 + E870.8
Thermometerbloeding bij hemorroïden	455.2, 455.5 of 455.8



Hot nodule	226 + M8000/0
Cold nodule	794.5

De term 'hot' en 'cold' nodule worden gebruikt bij scintigrafisch onderzoek van schildkliertumoren.

Na toediening van radio-actieve jodium-isotopen (J131) ziet men óf een 'warm' gebied (hot nodule) dat J131 heeft opgenomen, óf een 'koud' gebied (cold nodule) waar geen opname van J131 heeft plaatsgevonden.

Een hot nodule wijst altijd op een benigne schildkliertumor, waarvoor vaak geen operatie noodzakelijk is. Bij een cold nodule bestaat echter 25% kans op maligniteit. Er zal dan derhalve altijd een exploratie met een vriescoupe worden verricht. De codering is dan afhankelijk van de P.A.-uitslag. Het kan echter voorkomen dat de operatie (nog) niet plaatsvindt, of plaatsvindt in een ander ziekenhuis, of dat de P.A. (nog) niet bekend is.

Gezien de onzekerheid omtrent de aard van de cold nodule, kan men in het laatste geval beter de symptoomcode 794.5 (afwijkend scintigram van de schildklier) hanteren.

Codeadvies

Hot nodule	226 + M8000/0
Cold nodule (voorts niets bekend)	794.5



Plicasyndroom	717.89
indien met chondropathie	717.89 + 733.92

Synoniemen:

mediale plicasyndroom
shelf-syndroom
lino's-bandsyndroom

Plicae synoviales zijn overblijfselen van embryonale scheidingswanden van de synoviale holten in de knie. Deze scheidingswanden verdwijnen meestal. Soms blijven resten bestaan, de plicae, welke artroscoopisch aantoonbaar zijn.

Het voorkomen van deze plicae is op zich niet pathologisch.

Pas wanneer ze onder invloed van microtraumata, relatieve overbelasting of een fors direct trauma fibrotisch veranderen, doen zich knieklachten voor.

De veranderde plicae kunnen bovendien op den duur het kraakbeen van de femurcondylen beschadigen (chondropathie).

Codeadvies

Plicasyndroom	717.89
indien met chondropathie	717.89 + 733.92



Prostatisme sans prostate 599.6
bij bekende oorzaak, deze coderen

Prostatisme sans prostate wil zeggen verschijnselen van prostaatlijden (-hypertrofie) zonder dat deze vergroot is (Codex Medicus) of zelfs zonder dat er een prostaat aanwezig is (Nederlands Leerboek der Urologie).

De klachten zijn gebaseerd op een obstructie van de blaashals of van de urethra.

Gecodeerd wordt derhalve de oorzaak van de obstructie, bijvoorbeeld blaashalsstenose (code 596.0); indien niet gespecificeerd code 599.6 (Niet gespecificeerde urinewegobstructie).

Codeadvies

Prostatisme sans prostate 599.6

Bij bekende oorzaak van de urineweg-obstructie, deze coderen.



Subileus **560.1**
 bij bekende oorzaak, deze coderen

vervaldatum 01-01-1998

Subileus wil zeggen een toestand van onvolledige ileus (belemmering van de darmpassage).
Het wordt gecodeerd als ileus, dat wil zeggen afhankelijk van de oorzaak bijvoorbeeld
code 560.81 (door adhesies, 'strengileus') of code 552.** (door buikbreuken).
Subileus NNO krijgt code 560.1 (Alfabetische lijst blz. 337, Ileus).

Codeadvies

Subileus	oorzaak (vorm) van darmafsluiting coderen
Subileus NNO	560.1

In Alfabetische lijst CvZ80 toevoegen 'Subileus - zie Ileus'.



Spontane abortus bij habituele abortus-patiënte 634. + 646.30**

Bij code 646.3 (Habituele abortus patiënt) staat onder meer een exclusie voor 'met abortus op dit moment' (634).

Dit houdt in dat wanneer bij een patiënte met habituele abortus in de voorgeschiedenis opnieuw een abortus optreedt, deze abortus, dus code 634.** als hoofddiagnose gecodeerd moet worden.

Er is echter niets tegen - integendeel zelfs - om met code 646.3 als nevensdiagnose aan te geven dat het hier om een habituele abortus-patiënte gaat.

(Volgens afspraak - vergelijk codeadvies 4.1 d.d. 09-04-1981 - is hierbij het vijfde cijfer een '0')

Codeadvies

Spontane abortus	634.** (hoofddiagnose)
bij habituele abortus-patiënte	646.30 (nevensdiagnose)



Neurovegetatieve dystonie 337.9

Neurovegetatieve dystonie is een stoornis in het sympatische systeem door dysfunctie van de diëncefale centra (Pinkhof).
Het kan derhalve gecodeerd worden met code 337.9 (Niet gespecificeerde aandoening van het autonome zenuwstelsel).

Codeadvies

Neurovegetatieve dystonie 337.9



Complicaties van huidtransplantatie **996.8**

De Alfabetische lijst verwijst voor het coderen van complicaties van huidtransplantaat naar de codes 996.5, 996.6 en 996.7.

Bij deze codes wordt gesproken van 'prothetische hulpmiddelen of implantaten'.

De huid moet echter als orgaan beschouwd worden.

Codeadvies

Complicaties van huidtransplantatie 996.8

Opmerkingen:

Wijzig in de Alfabetische lijst op blz. 29 bij Afstoten, transplantaat, huid code 996.5 in code 996.8.

Idem op blz. 154 bij Complicaties, transplantaat, huid, enz.



Neurogene claudicatio:

- codeer oorzaak
- **NNO 344.60**

Eerder werd een codeadvies gegeven over Claudicatio intermittens waarbij geadviseerd werd zo mogelijk de oorzaak te coderen (algemeen codeadvies 12.4 d.d. 16-12-1983).

Hetzelfde geldt bij Neurogene claudicatio (intermittens) die berust op compressie van de cauda equina. Deze compressie, en dus de (neurogene) claudicatio, kan veroorzaakt worden door tal van afwijkingen van de wervelkolom of de tussenwervelschijven zoals HNP, spondylolisthesis, spondylose, 'kissing spine', botprocessen of traumata.

Men codere zo mogelijk deze specifieke oorzaak en alleen wanneer dit niet mogelijk is het cauda equina syndroom.

Codeadvies

Neurogene claudicatio intermittens:

- codeer bij voorkeur de oorzaak van de cauda equina compressie (in geval van HNP of spondylose: met myelopathie)
- indien geen oorzaak wordt aangegeven 344.60



Bovenste kwadrant syndroom **723.3**

Pijnsyndromen die vooral de nek en één arm betreffen worden aangeduid met Cervicobrachiaal syndroom.

Wanneer de pijn zich uitbreidt naar het bovenste gedeelte van de rug en borst spreekt men van Bovenste kwadrant syndroom.

De code is dezelfde als bij Cervicobrachiaal syndroom.

Codeadvies

Cervicobrachiaal syndroom	}	723.3
Bovenste kwadrant syndroom	}	

(Bij bekende oorzaak, bijvoorbeeld HNP of spondylose: deze coderen)



(Cheilo)gnatho(palato)schisis 749. + 525.8**

Code 749 geeft een uitgebreide indeling van cheilo- en palatoschisis en de combinatie daarvan. Met deze codes kan echter niet worden aangegeven of tevens een spleet van de kaak (gnathoschisis) bestaat, wat voor de tandarts-kaakchirurg een belangrijk gegeven is. De Alfabetisch lijst geeft voor 'gespleten processus alveolaris' code 525.8.

Codeadvies

(Cheilo)gnatho(palato)schisis 749.** + 525.8

(Dus codeer het gegeven gnathoschisis met de extra code 525.8 naast de code voor de cheilo- en/of palatoschisis)



Ruimte-innemend proces in de hersenen 784.2

Met ruimte-innemend proces in de hersenen wordt aangegeven dat een aandoening in het cerebrum wordt waargenomen zonder dat (al) bekend is waarop deze aandoening berust (tumor, ontsteking, vaatafwijking, enz.).

Om deze redenen is een symptoomdiagnose op zijn plaats, op dezelfde wijze als bij 'ruimte-innemend proces intracranieel' (een wat ruimere term) of 'vlek op de longfoto'.

Codeadvies

Ruimte-innemend proces in de hersenen of schedel 784.2



Subcutaan emfyseem post partum	674.8*
---------------------------------------	---------------

Dit is een doorgaans onschuldige aandoening, meestal gelokaliseerd aan hals, hoofd en borst die ontstaat door knappen van longblaasjes als gevolg van persen.

Volstaan kan daarom worden met de code voor 'overige gespecificeerde complicaties van het kraambed'.

Codeadvies

Subcutaan emfyseem post partum	674.8*
--------------------------------	--------



Eczème craquelé **692.9**

De term Eczème craquelé duidt op het aspect van de huid bij dit eczeemtype.
De codering is net als bij andere vormen van eczeem.

Codeadvies

Eczème craquelé 692.9
(bij gespecificeerde oorzaak 692.*(*))



Opname voor diagnostisch onderzoek

1. aandoening
2. symptomen
3. V72.*

(in afnemende volgorde van voorkeur)

Eerder werd een codeadvies (5.1) gewijd aan kortdurende opnamen voor bloedtransfusie, radiotherapie of een cytostaticumkuur, waarbij geadviseerd werd de aandoening te coderen waarvoor de behandeling werd gegeven.

Dezelfde gedragslijn dient gevolgd te worden bij opname voor diagnostisch onderzoek: codeer hetzij de aandoening die vastgesteld wordt bij diagnostisch onderzoek of de (voornaamste) symptomen die aanleiding zijn tot het onderzoek.

Code V72.* (speciale onderzoeken) dient alleen gebruikt te worden als geen verdere informatie beschikbaar is, óf - en dan als nevendiagnose - als verklaring voor de korte duur van de opname.

Codeadvies

Opname voor diagnostisch onderzoek:

- codeer de gediagnostiseerde aandoening
- indien deze niet bekend is de symptomen
- indien ook deze niet bekend zijn V72.*

**DES:**

screening
aandoening

V72.3 + V15.89
code + E932.2

vervaldatum: 01-01-2001
zie aca 23.1

Bij moederlijk gebruik van DES (di-ethyl-stilboestrol) bestaat bij de dochters een verhoogd risico op aandoeningen van de geslachtsorganen. Bij een aangetoonde aandoening wordt deze gecodeerd, met E932.2 om de oorzaak aan te geven.

Bij opname voor screening (niet leidend tot een gediagnostiseerde aandoening) kan gecodeerd worden V72.3 Gynaecologisch onderzoek + V15.89 om de risicofactor in de anamnese aan te geven.

Codeadvies

Screening op aandoeningen bij DES-dochter
Gediagnostiseerde aandoening toegeschreven
aan moederlijk DES-gebruik

V72.3 + V15.89
code aandoening + E932.2



Verworven VSD:

bij acuut myocard infarct	niet coderen
na (niet meer acuut) myocard infarct	414.8

In de Alfabetische lijst bij de Classificatie van Ziekten wordt bij het ventrikel septum defect (VSD) uitsluitend verwezen naar het congenitale VSD.

Bij een acuut myocard infarct kan echter een ruptuur optreden van het ventrikel septum.

Men spreekt dan van verworven VSD.

Het verworven VSD bij een acuut myocard infarct wordt niet afzonderlijk gecodeerd, maar valt onder de inclusie bij code 410.

Heeft het myocard infarct zich echter langer dan 4 weken¹ geleden voorgedaan (en is het dus niet meer acuut), dan dient het verworven VSD gecodeerd te worden met codenummer 414.8 (overige gespecificeerde vormen van chronische ischemische hartaandoeningen).

Codeadvies

Verworven VSD bij acuut myocard infarct	niet coderen (inclusie bij 410.*)
Verworven VSD na (niet meer acuut) myocard infarct	414.8

¹ Zie algemeen codeadvies 25.4 Termijnaanpassing hartinfarct.



CHILD syndroom **759.8**
(afzonderlijke verschijnselen als nevendiagnose)

Het betreft hier een congenitale aandoening waarbij verschillende orgaanstelsels betrokken zijn. De afweging voor de keuze van code 759.8 (overige gespecificeerde congenitale afwijkingen) werd besproken in 'code-perikelen' van de LMR-Nieuwsbrief nr. 27 (1985) (zie onder **aanvulling**).

Gezien het belang dat de hoofddiagnose zo representatief mogelijk moet zijn voor de opname, is het niet verstandig om één van de symptomen (hemidysplasie, erythrodermie etc.) als hoofddiagnose te coderen. Met de code 759.8 geven we aan dat er congenitale afwijkingen zijn die verschillende orgaanstelsels betreffen. Afzonderlijk genoemde verschijnselen of kenmerken kunnen eventueel als nevendiagnose worden vermeld.

Codeadvies

CHILD syndroom 759.8

Afzonderlijke verschijnselen van het CHILD syndroom (hemidysplasie, erythrodermie etc.) als nevendiagnosen coderen (bijvoorbeeld 757.1 en codes uit 755).

aanvulling

uit: LMR-Nieuwsbrief nummer 27 / 1985; codeperikelen
Congenitale syndromen

"Vaak krijgen we, als we een congenitaal syndroom opzoeken, code 759.8 voorgeschoteld. Ik raak altijd geïrriteerd als ik verplicht ben een 'overig' nummer te nemen. Ik ben dan geneigd om de kenmerken van dat syndroom apart te coderen (als ik ze weet). Toch is het niet juist. We weten dat de hoofddiagnose erg belangrijk is. Er wordt zó veel aan opgehangen: verwachtingscijfers, gemiddelde verpleegduur, overzichten, tabellen, overal gaat men uit van de hoofddiagnose. Het is daarom van belang dat we de hoofddiagnose zo representatief mogelijk voor de opname maken.

Als we een congenitaal syndroom in stukjes gaan hakken, kan maar één stukje hoofddiagnose zijn. Dan doen we te kort aan het syndroom. De code is niet representatief voor de aandoening. Vandaar code 759.8. Hiermee geven we aan dat er congenitale afwijkingen zijn die niet onder één code te vangen zijn. Er is uiteraard niets op tegen om de belangrijkste kenmerken van het syndroom als nevendiagnose te registreren.

Een voorbeeld:

Sirenomelie of caudaal regressie syndroom.

Sirenomelie staat in de Index: 759.8

Als we in een syndromenboek de kenmerken van sirenomelie opzoeken, zien we dat er sprake kan zijn van:

1. diverse afwijkingen van de onderste extremiteiten
2. afwijkingen van het rectum (tot anus imperforatus)
3. nier- en urinewegafwijkingen
4. afwijkingen van de geslachtsorganen
5. afwijkingen van de lumbosacrale wervelkolom
6. andere viscerale afwijkingen

Niet alle kenmerken behoeven aanwezig te zijn.

Sirenomelie krijgt dus als hoofddiagnose 759.8, en desgewenst kan men een aantal van de belangrijkste kenmerken van de patiënt weergeven in een nevendiagnose.

Diezelfde filosofie ligt ook ten grondslag aan codes als 819.** (multipole fracturen van beide bovenste extremiteiten), code 828.* (idem onderste extremiteiten) en code 946.* (multipole brandwonden). Ook hier is het zaak in de hoofddiagnose de belangrijkste informatie te geven. Gedetailleerder informatie komt dan in de nevendiagnosesfeer."



Vasculitis syndroom NNO 447.6

Gegeneraliseerde vasculitis is de meest karakteristieke afwijking van een aantal syndromen, die gekenmerkt worden door sterk wisselende klinische beelden.

In het verleden is getracht op grond van pathologisch-anatomische afwijkingen, lokalisatie van de vasculitis en klinisch beeld, een aantal syndromen te onderscheiden, waarvoor veelal een goede CvZ-code bestaat.

Hiertoe behoren:

- polyarteriitis nodosa (446.0)
- ziekte van Wegener (446.4)
- arteriitis temporalis (446.5)
- ziekte van Takayasu (aortaboogarteriitis) (446.7)

Voor 'vasculitis syndroom NNO' bestaat echter geen code.

Geadviseerd wordt in dit geval de code 447.6 (niet gespecificeerde arteriitis) te registreren.

Codeadvies

Vasculitis syndroom NNO 447.6



Spierloge syndroom (compartiment syndroom)

- **traumatisch** 958.8 + E-code
- **niet-traumatisch** 728.89
- **NNO** 958.8 + E-code

In de benen en in de armen worden de spieren (of groepen van spieren) omsloten door stevige vliezen (fasciën), waardoor verschillende 'compartimenten' (spierloges) zijn te onderscheiden.

Elke volumetoename binnen een spierloge leidt tot drukverhoging in deze ruimte, hetgeen pijn veroorzaakt.

De volumetoename kan worden veroorzaakt door:

- a. bloedingen en/of oedeem in de spier bij traumata
- b. oedeemvorming bij tijdelijk zuurstoftekort (ischemie) bij overmatige inspanning
- c. andere aandoeningen zoals bijvoorbeeld een sepsis (niet-traumatisch)

Door de drukverhoging wordt ook nog eens de veneuze bloedafvoer uit de betreffende spieren afgekneld, waardoor de pijnklachten nog toenemen.

Het spierloge syndroom komt het meest voor in de benen (voorbeeld tibialis-anteriorsyndroom), maar kan zich ook voordoen in de armen.

Het spierloge syndroom is een synoniem voor het compartiment syndroom en dient dus ook als zodanig te worden gecodeerd (Alfabetische index: Syndroom, compartiment 958.8).

De niet-traumatische variant wordt vastgelegd met code 728.89 (Overige gespecificeerde aandoeningen van spieren, ligamenten en fasciën; overige).

Codeadvies

Spierloge syndroom (compartiment syndroom)

- traumatisch 958.8 + E-code
- niet-traumatisch 728.89
- NNO 958.8 + E-code

N.B.

De oorzaak van een traumatisch spierloge syndroom dient te worden aangegeven met een E-code.

Indien de pijn is opgetreden na overmatige inspanning, dan komt code E927.0* in aanmerking.



Lyme-ziekte 104.8
(afzonderlijke verschijnselen als nevendagnosen)

De Lyme-ziekte is een bacteriële infectieziekte, die is genoemd naar het plaatsje Lyme in Amerika, waar zich in 1975 een reeks van gevallen van deze ziekte voordeed.

De infectie wordt veroorzaakt door een spirocheet, die door een steek van een teek wordt overgebracht. De infectie kan zich op verschillende manieren uiten:

- a. dermatologisch:
een chronische, zich verplaatsende rode huiduitslag met soms in het midden een blaas of necrose (erythema chronicum migrans)
- b. neurologisch:
een infectie van het zenuwstelsel (lymfocyttaire meningoradiculitis). De symptomen hiervan kunnen variëren van uitval van de nervus facialis of andere hersenzenuwen tot meningitis / encefalitis en/of neuritis / radiculitis.
Van de secundaire manifestaties van de Lyme-ziekte zijn de neurologische symptomen het meest frequent. Deze worden het Bannwarth-syndroom genoemd.
- c. cardiologisch:
o.a. ritmestoornissen en carditis
- d. gewrichtsverschijnselen (arthritis)

Ook hier is het van belang dat de hoofddiagnose zo representatief mogelijk is voor de opname.

Daarom wordt geadviseerd de Lyme-ziekte in al z'n uitingsvormen te coderen met code 104.8 (overige gespecificeerde spirochetosen).

Afzonderlijk genoemde verschijnselen of kenmerken kunnen dan als nevendagnose worden vermeld.

Codeadvies

Lyme-ziekte 104.8

Afzonderlijke verschijnselen van de Lyme-ziekte als nevendagnose coderen, zoals:

- | | |
|--|--------|
| - erythema, chronicum migrans | 695.89 |
| - Bannwarth-syndroom | 320.7 |
| - lymfocyttaire meningo-radiculitis (bij bacteriële ziekte) | 320.7 |
| - polyneuropathie (bij andere elders geclassificeerde ziekten) | 357.4 |



Codering van late gevolgen vereist in het algemeen twee codes:

- de resttoestand of aard van het late gevolg
- de oorzaak van het late gevolg

De resttoestand of aard van het late gevolg komt eerst, gevolgd door de oorzaak van het late gevolg, behalve wanneer de manifestatiecode in de Alfabetische index cursief gedrukt is.

De code om een acute fase van een ziekte of letsel aan te geven wordt nooit samen met een code voor het late gevolg gebruikt, tenzij er sprake is van twee (of meer) op zichzelf staande ziekte-episodes (bijvoorbeeld: actueel CVA én resttoestand na CVA (2 jaar geleden) in de anamnese).

Code 438 wordt gebruikt om aandoeningen uit de nummers 430 - 437 aan te geven als oorzaak van late gevolgen (neurologische afwijkingen) die zelf elders worden geclassificeerd.

Deze 'late gevolgen' includeren neurologische afwijkingen die blijven bestaan vanaf het begin van de aandoeningen die classificeerbaar zijn onder 430 - 437.

Anders dan bij andere late gevolgen bestaan de neurologische afwijkingen al vanaf het begin in plaats van dat zij maanden later ontstaan.

Codeadvies

Late gevolgen van een cerebrovasculaire ziekte:

- Codeer de specifieke neurologische afwijking (bijv. afasie, dysfasie en/of hemiplegie) gevolgd door code 438.
- Gebruik code 438 niet als een actuele diagnose, classificeerbaar onder de nummers 430 - 437, gegeven is, tenzij code 438 betrekking heeft op de late gevolgen van een eerdere aandoening uit de reeks 430 - 437 die men als nevendiagnose wil vastleggen.
- Gebruik code 438 als enige code, uitsluitend als de diagnose 'oud CVA' is en er geen specifieke afwijkingen genoemd worden.
Indien de opnamereden een 'nieuwe' cerebrovasculaire ziekte betreft wordt deze uiteraard als hoofddiagnose vastgelegd met een nummer uit 430 - 437.
- Gebruik code V12.5 (en niet code 438) als een extra code om een CVA in de anamnese, zonder actuele neurologische afwijkingen, aan te geven.



Destructie:	hoofdstuk 5	vervaldatum 01-01-1998
Omspuiten met niet-destructieve stof:	code 8-571.**	
Injectie ruggemerkanaal niet-destructieve stof:	code 8-570.*	
Definitieve blokkade:	hoofdstuk 5	
Tijdelijke blokkade:	hoofdstuk 8	

De vormen van pijnbestrijding die in aanmerking komen om te coderen zijn grofweg te verdelen in drie groepen:

- a. Destructie
- hoofdstuk 5
- b. Omspuiten met niet-destructieve stof
- code 8-571.**
- c. Injectie met niet-destructieve stof in het ruggemerkanaal
- code 8-570.*

De blokkades (blocks) zijn onder te brengen in één van deze drie groepen. We maken hierbij onderscheid tussen:

1. Tijdelijke blokkade
Diagnostische, prognostische en tijdelijk therapeutische blokkades, inclusief de proefblokkade (b en c). Hiervoor wordt gebruik gemaakt van niet-destructieve stoffen.
2. Definitieve blokkade
Therapeutische definitieve blokkades (a). Hiervoor wordt gebruik gemaakt van destructieve stoffen.

Voor het coderen van een proefblokkade, kiest u voor 'met anestheticum' uit de groep 8-571.

Wanneer een definitieve (destructieve) blokkade wordt uitgevoerd, dan moet informatie beschikbaar zijn over:

De wijze van destructie (neurolyse):

- Door middel van het injecteren van destructieve stof (bijvoorbeeld alcohol of fenol)
- Percutane thermolaesie
- Cryocoagulatie

De plaats van destructie:

- Zenuw(-wortel) in ruggemerkanaal
- Ganglion Gasseri
- Overige zenuwen en ganglia

Op de volgende bladzijde (blz. 97, serie 16.2-2) wordt een aantal voorbeelden gegeven.



Enkele voorbeelden:

vervaldatum 01-01-1998

Ad a)

1. *Neurolytische blokkade van perifere zenuwen en ganglia door middel van een injectie*
Dit is een neurolyse in de betekenis van destructie. Er worden neurolytica (bijvoorbeeld alcohol, fenol) gebruikt. Deze stoffen vernietigen zenuwweefsel en worden met een injectie toegediend. Het toepassingsgebied is beperkt. Momenteel wordt deze vorm van blokkade alleen nog bij carci-noompijnen toegepast.
Gebruik voor een gespecificeerde perifere zenuw de code 5-041.09 en voor een niet gespecificeerde zenuw de code 5-041.00.
2. *Spinale neurolytische blokkade door middel van een injectie*
Dit is een neurolyse in de betekenis van destructie. Er vindt een injectie van destructieve stof in het ruggemergkanaal plaats. Dit is als volgt in de Alfabetische lijst terug te vinden: 'Destructie, zenuw, intraspinaal (zenuwwortel) d.m.v. injectie destructieve stof code 5-037.9' (let op de exclusie bij 5-04 voor spinale neurolyse).
3. *Neurolytische blokkade ganglion Gasseri*
Dit is een neurolyse in de betekenis van destructie. Het betreft hier de destructie van een intracranieële structuur. Deze blokkade mag niet onder 5-041.** worden gecodeerd. Zie de exclusie bij 5-04. Codeer een neurolytische blokkade van het ganglion Gasseri als volgt:
 - door middel van percutane thermolaesie 5-014.1*
 - door middel van injectie 5-014.8
 - NNO 5-014.9

Ad b)

1. *R.I.S. -blokkade*
De R.I.S.-blokkade is tevens bekend onder de naam Ismelineblokkade. Meestal wordt bij de uitvoering van deze blokkade gebruik gemaakt van de zogenaamde 'Bierse' techniek. De term R.I.S.-blokkade staat voor: Regionale Intraveneuze Sympathicus blokkade. Hiervoor wordt Ismeline gebruikt. In een bloedleeg gemaakte arm of been (Bierse techniek) wordt via een venflon (dit is een infuusnaald in een vene) Ismeline gespoten. De Ismeline verdringt de noradrenaline van de receptoren in de perifere zenuwuiteinden (behorend tot het autonome zenuwstelsel) en veroorzaakt een vasodilatatie. Hierdoor verbetert de doorbloeding van het betreffende lidmaat en vermindert de pijn. Het belemmert tevens de noradrenaline re-uptake zodat het enkele dagen werkzaam is. Gebruik de code 8-571.70.

Ad c)

1. *Injectie in het ruggemergkanaal voor lokale werking 8-570.**
Hieronder vallen o.a. de spinale proefinjectie, de epidurale proefinjectie, het inbrengen van een catheter, de bloedpatch, de peridurale en de intrathecale injectie.
Het betreft hier injectie met niet-destructieve stoffen (Injectie met destructieve stof wordt gecodeerd in hoofdstuk 5).



**Carcinoma in situ, naar lokalisatie
(Morfologiecode + gedragscode 2)****codes 230.0 t/m 234.9**

Codeerproblemen kunnen ontstaan wanneer als omschrijving 'niet-infiltrerend carcinoom' of 'carcinoom zonder infiltratieve groei' wordt gegeven.

Wanneer in de Alfabetische lijst onder 'Carcinoom niet infiltrerend' wordt gezocht, wordt een beperkte opsomming gegeven die verwijst naar 'Nieuwvorming, naar lokalisatie, in situ'.

Het is daarom niet duidelijk of ieder niet-infiltrerend carcinoom moet worden geschouwd als carcinoma in situ. In de praktijk blijkt dan ook, dat hier verschillend mee wordt omgegaan. Daarom volgt hier een codeadvies, waarmee alle voorgaande adviezen op dit gebied komen te vervallen.

Codeadvies

Codeer de volgende aandoeningen als carcinoma in situ, naar lokalisatie (codes 230.0 t/m 234.9, morfologiecode + gedragscode 2):

- carcinoma in situ
- niet-infiltrerend carcinoom
- niet-invasief carcinoom
- carcinoom zonder infiltratie
- intraepitheliaal carcinoom
- intraepidermaal carcinoom

**a. Diagnosecodes voor pasgeborenen**

vervaldatum: 01-01-1996

In onderstaand schema worden de diagnosecodes voor pasgeborenen op een rijtje gezet.

	In ziekenhuis geboren	Elders geboren* opnamedag = geboortedag	opnamedag > geboortedag
Gezonde Zuigeling	V30.0	V30.1	V20.1 (met moeder mee)
	Meerling V31-V37.0	Meerling V31-V37.1	Meerling V20.1 (met moeder mee)
Zieke Zuigeling	code(s) aandoening(en) + V30-V37.0	code(s) aandoening(en) + eventueel V30-V37.1	code(s) aandoening(en) --

*elders geboren = inclusief geboren tijdens poliklinische bevalling in het eigen ziekenhuis

Code V37 en code V39 worden bij voorkeur niet voor de ziekenhuisregistratie gebruikt, omdat specificatie (vrijwel) altijd mogelijk is.

b. Rubriek 'herkomst'

Voor herkomst = 3 (ziekenhuis geboren) luidt het advies deze slechts te gebruiken indien een klinische bevalling heeft plaatsgevonden.

Wanneer een pasgeborene direct na een poliklinische bevalling klinisch wordt opgenomen adviseren wij herkomst = 0 (eigen woonomgeving) te coderen.



In dit **codeadvies** gaan we in op:

- het gebruik van code 650 (Bevalling bij een volledig normaal geval)
- het gebruik van code V23.* (Controle van een zwangerschap met verhoogd risico (high risk)) bij een bevalling
- het gebruik van code 659.81 of 659.91 (Overige en niet gespecificeerde indicaties voor zorg of ingrijpen in verband met de bevalling)

Er is een viertal situaties te onderscheiden:

1. Normale bevalling zonder vermelding van zwangerschapsproblemen of andere indicatie voor zorg (dus ook bij gynaecoloog) code 650
2. Normale bevalling met problemen in anamnese (= voor huidige zwangerschap)
code 650 omdat het nu een volledig normaal geval betreft
+ V23.* om de problemen tijdens vorige zwangerschap(pen) / bevalling(en) aan te geven.

voorbeeld 1

Secundaire weeënzwakte tijdens vorige partus waardoor nu indicatie voor opname voor bevalling in het ziekenhuis, normale bevalling
code 650 + V23.4

3. Problemen in de zwangerschap bij/tijdens opname met uiteindelijk normale bevalling tijdens dezelfde opname
codeer de problemen in de zwangerschap, code uit hoofdstuk 11 (voornamelijk reeks 640 t/m 648.9), met als vijfde cijfer 1

code 650 is hier (ondanks de 'normale' bevalling) niet van toepassing.

voorbeeld 1

Bloeding vroeg in de zwangerschap, patiënte blijft opgenomen t/m de normale bevalling
code 640.91

voorbeeld 2

Dreigende partus praematurus, uiteindelijk normale partus à terme
code 644.01

4. Normale bevalling met problemen in deze zwangerschap, vóór de huidige opname
code 659.81 of 659.91, om aan te geven dat de problemen in de zwangerschap aanleiding gaven tot opname voor de normale bevalling, en dus niet code 650

andere codes uit de reeks 650-659 mogen wel gebruikt worden, wanneer zij reden voor opname zijn, maar zij impliceren meestal dat bevalling niet volledig normaal is

voorbeeld 1

Bloeding vroeg in de zwangerschap, (her-)opname voor normale bevalling
code 659.81

voorbeeld 2

Dreigende partus praematurus, (her-)opname voor normale partus à terme
code 659.81



Bij Debulking-operaties wordt zoveel mogelijk tumorweefsel verwijderd. Dit gebeurt bij tumoren waarbij radicale excisie niet meer mogelijk is. De aanvullende therapie (bijvoorbeeld chemotherapie, bestraling) kan dan effectiever zijn.

- Voor 'Debulking van nieuwvormingen van het ovarium' en 'Debulking van nieuwvormingen van het endometrium' zijn codenummers opgenomen in de Classificatie van Verrichtingen.

code 5-655.2 debulking ovariumtumor
code 5-685.3 debulking endometriumtumor

Onder deze nummers vallen alle organen die binnen het tumorgebied verwijderd worden. Het verwijderen van bijvoorbeeld adnexen, de uterus of het omentum is dus inclusief.

Het verwijderen van organen die buiten het tumorgebied vallen kan als nevenverrichting worden gecodeerd.

Wanneer de specialist echter spreekt over:

- anterieure evisceratie (code 5-576.2*) of
- posterieure evisceratie (code 5-485.4) of
- totale evisceratie (code 5-576.3)

codeer dan alleen de evisceratie.

Debulking bij het gelijktijdig voorkomen van een nieuwvorming van het ovarium en endometrium:

code 5-685.3 debulking endometriumtumor

- Debulking in elk ander deel van het lichaam
In operatieverslag nagaan wat verwijderd is, en dit coderen.



Bij coderen van 'incest-problematiek' moet onderscheid worden gemaakt tussen 'huidig trauma' en 'vroeger trauma'.

Huidig trauma

- Opname (van een kind) in verband met incest of de gevolgen van de mishandeling:
code 995.5 (kindermishandeling syndroom) en
code E967.* (kindermishandeling en andere slechte behandeling)
waarbij met het vierde cijfer 'de ouder' of 'een ander persoon' wordt
aangegeven.

- Opname (van een kind) in verband met problemen in het gezin (bijvoorbeeld verdenking op incest):
code V61.21 (ouder-kindprobleem - kindermishandeling)

Vroeger trauma (incest-problematiek in het verleden)

- Als er sprake is van een psychische aandoening in relatie met het incestverleden:
code uit hoofdstuk 5 'Psychische aandoeningen' en
code V15.4 (persoonlijke anamnese met psychologisch trauma)

- Incest-problematiek in het verleden, zonder vermelding van actieve psychische problemen:
code V15.4 (persoonlijke anamnese met psychologisch trauma)

Ingangsdatum: 01-01-1995 (vanaf registratiejaar 1995)



Codeer het meest proximale vat

Als er een keuze dient te worden gemaakt tussen twee bloedvaten codeert u het meest proximale vat (het vat dat het dichtst bij het hart ligt).

In voorkomende gevallen geldt dit ook voor diagnoses.

Ter illustratie de volgende *voorbeelden*:

1. diagnose trombus op overgangsgebied a. iliaca externa en a. femoralis
verrichting trombectomie

diagnose code 444.81 arteriële trombose arteria iliaca
verrichting code 5-380.47 trombectomie arteria iliaca externa

2. diagnose embolus op overgangsgebied aortabifurcatie en a. iliaca communis
verrichting embolectomie

diagnose code 444.0 arteriële embolie aorta abdominalis
verrichting code 5-380.44 embolectomie aorta abdominalis, infrarenaal

Ingangsdatum: **01-01-1995** (vanaf registratiejaar 1995)



Codeer de belangrijkste manifestatie en aanvullende codering

'Koemelk-eiwitallergie', meestal kortweg 'koemelk-allergie' genoemd is een immunologische reactie op koemelkeiwitten. De allergie kan zich op verschillende manieren manifesteren. De manifestatie (het klinische symptoom) is de reden voor opname.

Voor 'koemelk-allergie NNO' komt men via de index (Allergie, voedsel) bij code 693.1, dermatitis door voedsel.

Echter slechts in 50% van de gevallen is sprake van een huidreactie (dermatitis).

Daarom het volgende **codeadvies**

CODEER DE BELANGRIJKSTE MANIFESTATIE
EN
één van de volgende AANVULLENDE CODERINGEN

- a. In de hoofdterm bij de code van de belangrijkste manifestatie is niet opgenomen dat het een allergie of uitwendige prikkel (voeding) betreft:
Codeer aanvullend code 995.3 + E865.8*

voorbeeld

Gastro-intestinale verschijnselen door koemelk-allergie

code 558.9 (overige en niet gespecificeerde niet-infectieuze gastro-enteritis en colitis;
Index: Allergie, gastro-intestinaal) en

code 995.3 (niet gespecificeerde allergie)

code E865.8* (niet opzettelijke vergiftiging door andere gespecificeerde voedingsmiddelen)

- b. In de hoofdterm bij de code van de belangrijkste manifestatie is wel opgenomen dat het een allergie of uitwendige prikkel betreft. Aangegeven moet nog worden dat de uitwendige prikkel 'voeding' betreft:
Codeer aanvullend code E865.8*

voorbeeld

Bronchusspasme door koemelk-allergie

code 508.8 (respiratoire aandoeningen door andere gespecificeerde uitwendige prikkels)
en

code E865.8* (niet opzettelijke vergiftiging door andere gespecificeerde voedingsmiddelen)

- c. In de hoofdterm bij de code van de belangrijkste manifestatie is wel opgenomen dat het een allergie of uitwendige prikkel (voeding) betreft. Om de uitwendige oorzaak aan te geven mag code E865.8* eventueel aanvullend worden gebruikt.

voorbeeld

Dermatitis door koemelk-allergie

code 693.1 (dermatitis door voedsel) en eventueel

code E865.8* (niet opzettelijke vergiftiging door andere gespecificeerde voedingsmiddelen)

Ingangsdatum: 01-01-1995 (vanaf registratiejaar 1995)



CARA / COPD NNO	496
Chronische bronchitis	zie 491
Longemfyseem	zie 492
Astma bronchiale	zie 493

Inleiding

De chronische aandoeningen van de luchtwegen worden vaak samengevat in de begrippen CARA en COPD.

CARA: Chronische Aspecifieke Respiratoire Aandoening

COPD: Chronic Obstructive Pulmonary Diseases

Deze beide afkortingen worden in de praktijk vaak als verzamelterm gebruikt voor ziekten als chronische bronchitis, longemfyseem en astma. Maar uit de volledige omschrijving blijkt al dat zij niet precies dezelfde ziekte(n) aangeven.

Het verschil zit hem vooral in het woordje 'obstructive':

Niet alle ziekten die onder de noemer 'CARA' vallen gaan gepaard met een chronische obstructie van de luchtwegen. Dit geldt met name voor astma.

Bovendien wordt astma nog onderscheiden in een intrinsieke vorm en extrinsieke vorm, waarvan alleen de intrinsieke vorm als 'aspecifiek' kan worden beschouwd.

In de CvZ80 zijn deze inzichten echter niet duidelijk terug te vinden.

In de codereeks 490 - 496 ('Chronische obstructieve longziekten en verwante aandoeningen') is ook astma opgenomen en het codenummer 496 'chronische luchtwegobstructie, niet elders geassocieerd' wordt zowel gebruikt voor niet nader gespecificeerde CARA als voor niet nader gespecificeerde COPD.

De belangrijkste ziekten in dit kader worden met de volgende codereeksen gecodeerd:

- chronische bronchitis - zie 491
- longemfyseem - zie 492
- met chronische bronchitis - 491.2
- astma bronchiale - zie 493

Codeadvies

Wanneer bij één patiënt(e) meer van deze aandoeningen aanwezig zijn gaan voor de volgorde van registratie codes uit de reeksen 491 en 493 voor op 492. Dit omdat *longemfyseem (492)* een gevolgschade betreft.

Wanneer de specialist de chronisch obstructieve longziekte met de term CARA of COPD aanduidt, dient voor de codering te worden nagegaan welke chronisch obstructieve longziekte van toepassing is.

Wanneer het niet mogelijk is de omschrijving CARA of COPD te specificeren kan dit worden gecodeerd met code 496 (Chronische luchtwegobstructie, niet elders geassocieerd).

Op de volgende bladzijde (blz. 106, serie 19.1-2) wordt een codeadvies voor exacerbatie van CARA / COPD gegeven.



Soms treedt een verergering, een exacerbatie, op (zie ook algemeen codeadvies 19.4). Dit betreft vaak een samengaan van factoren welke moeilijk te benoemen is door de specialist.

Codeadvies

- a. Exacerbatie van CARA / COPD *met specificatie van de exacerbatie*
de code van de acute aandoening + de code van de CARA / COPD

voorbeeld 1

Acute bronchitis (466.0) + code van de CARA / COPD (491, 492, 493 of 496 (NNO))

voorbeeld 2

Pneumonie NNO (486) + code van de CARA / COPD (491, 492, 493 of 496 (NNO))

voorbeeld 3

Pulmonaal infect (518.8) + code van de CARA / COPD (491, 492, 493 of 496 (NNO))

- b. Exacerbatie van CARA / COPD *zonder specificatie van de exacerbatie*

Wanneer de aard van de exacerbatie niet bekend is kan deze ook niet worden gecodeerd.
Er wordt dan volstaan met de code voor de chronische aandoening.

voorbeeld 4

Exacerbatie NNO (niet coderen) bij CARA / COPD (491, 492, 493 of 496 (NNO))

De aanwijzing bij code 491 (chronische bronchitis) om acute exacerbatie aan te geven met code 466 (acute bronchitis) dient alleen te worden gevolgd indien de exacerbatie werkelijk acute bronchitis betreft.

voorbeeld 5

Exacerbatie NNO (niet coderen) bij chronische bronchitis (491.9)

Het bekend zijn van een familie-anamnese met een chronisch obstructieve longziekte wordt gecodeerd met:

- V17.5 (familie-anamnese met astma) of
- V17.6 (familie-anamnese met overige chronische respiratoire aandoeningen)

Ingangsdatum: 01-01-1996 (vanaf registratiejaar 1996)



Ga na of tibia en/of fibula gebroken is (zijn)**NNO: 823.80 (.90) (tibia)***Inleiding*

De term onderbeenfractuur wordt gebruikt voor elke fractuur van het onderbeen, dus van tibia en/of fibula.

Het is bij gebruik van deze term dus wenselijk na te gaan of alleen tibia of fibula danwel tibia plus fibula in combinatie gebroken zijn.

Bij ontbreken van deze mogelijkheid bestaat in de systematische lijst van de CvZ80 het nadeel dat niet een nummer voor 'niet gespecificeerd' aanwezig is. De alfabetische lijst verwijst onder Fractuur, been, onderbeen naar Fractuur, tibia.

Codeadvies

Ga bij onderbeenfractuur NNO na welk(e) botstuk(ken) gebroken is (zijn).

Wanneer dit niet mogelijk is: code 823.80 (tibia; indien open 823.90)

Ingangsdatum: 01-01-1996 (vanaf registratiejaar 1996)



Hypoglykemie bij diabetes	251.2 + 250.8*
Hypoglykemisch coma bij diabetes	251.0 + 250.3*
Hypoglykemie door anti-diabeticum bij diabetespatiënt	251.2 + E932.3 + 250.8*
Hypoglykemisch coma door anti-diabeticum bij diabetespatiënt	251.0 + E932.3 + 250.3*

250.8* Diabetes met overige gespecificeerde afwijkingen

Diabetes mellitus type I	insuline-afhankelijk (IDDM = insulin dependent diabetes)
Diabetes mellitus type II	niet-insuline-afhankelijk (NIDDM = non-insulin dependent diabetes)

In dit codeadvies aandacht voor een drietal aspecten met betrekking tot het coderen van diabetes mellitus:

1. hypoglykemie bij diabetes
2. het coderen van multipale complicaties bij diabetes
3. diabetes mellitus type I en type II

ad 1) Hypoglykemie bij diabetes

Inleiding

Hypoglykemie en hypoglykemisch coma bij diabetes patiënten vormen codeproblemen.

Alfabetische lijst:	Hypoglykemie NNO	251.2
	Hypoglykemisch coma	251.0
	Hypoglykemie, door insuline	251.0
	Diabetisch hypoglykemisch coma	250.3

De beide eerste 'NNO' nummers leveren geen moeilijkheden.

Aan de twee diabetesnummers kleven echter bezwaren:

- 251.0 is een code voor Hypoglykemisch coma, niet voor Hypoglykemie
- met code 250.3 wordt niet duidelijk dat het om een Hypoglykemisch coma gaat

Hypoglykemie of hypoglykemisch coma bij een diabetespatiënt kan worden veroorzaakt door insuline of een ander anti-diabeticum. Ook kan dit worden veroorzaakt door een combinatie van factoren, bijvoorbeeld braken, te grote inspanning bij sport etcetera.

Wanneer insuline of een ander anti-diabeticum als oorzaak wordt genoemd kan dit worden vastgelegd met code E932.3.

Codeadvies

Hypoglykemie bij diabetespatiënt	251.2 + 250.8*
Hypoglykemisch coma bij diabetespatiënt	251.0 + 250.3*
Hypoglykemie door anti-diabeticum bij diabetespatiënt	251.2 + E932.3 + 250.8*
Hypoglykemisch coma door anti-diabeticum bij diabetespatiënt	251.0 + E932.3 + 250.3*

vervolg op bladzijde 109 (serie 19.3-2)



ad 2) *Het coderen van multipele complicaties bij diabetes*

Codeadvies

Gebruik code 250.8 alleen voor: 'Diabetes met overige gespecificeerde afwijkingen' en niet (meer) voor multipele afwijkingen.

Ga bij een diabetespatiënt met complicaties als volgt te werk:

- 1 Inventariseer de complicaties die tijdens de opname specialistische aandacht hebben gekregen van de hoofdbehandelaar, van de medebehandelaar(s) of van de consulent(en). Deze aandacht kan zowel van therapeutische als van diagnostische aard zijn.
- 2 Stel vast wat de belangrijkste complicatie is. Dat kan door de specialist(en) zijn aangegeven. Als dat niet het geval is dan is de complicatie die behandeld is door de hoofdbehandelaar van meer belang dan die van de medebehandelaar. En die is weer van groter belang dan die van de consulent.
- 3a Ken aan deze complicatie een code toe uit de reeks 250.1 t/m 250.9.
- 3b Ken ook een aanvullende code toe voor de afwijking in het betreffende tractushoofdstuk.
- 4 Doe dit ook voor de overige complicaties en voor de afwijkingen in de betreffende tractushoofdstukken.
- 5 Registreer in volgorde van belangrijkheid, zoals is aangegeven onder 2, de complicatie-codes met hun aanvullende code.
- 6 Laat bij ruimtegebrek de aanvullende code(s) van de minst belangrijke complicatie(s) vervallen. Op deze manier blijft in de meeste gevallen het overzicht bewaard van het totaal aan complicaties waarvoor een diabetes is opgenomen.

ad 3) *Diabetes mellitus type I en type II*
uit: *Nieuwsbrief; 2 juli 1992 / nummer 3*

Regelmatig bereiken ons berichten dat de keuze van het 5e cijfer bij code 250 door de benaming 'insuline-afhankelijk' en 'niet-insuline-afhankelijk' verwarrend zou zijn. Daarom nogmaals uitleg.

DM type I : insuline-afhankelijk (afgekort IDDM = insulin dependent diabetes mellitus), de alvleesklier kan slechts weinig insuline produceren: er is een absoluut gebrek aan insuline. Type I treft vooral jonge mensen, maar kan ook pas op hogere leeftijd ontstaan. Dit type vormt 15% van het totaal aantal gevallen. Coderen met 5e cijfer 1.

DM type II: niet-insuline-afhankelijk (afgekort NIDDM = non-insulin dependent diabetes mellitus). De alvleesklier kan wel insuline produceren, maar reageert onvoldoende op een hoge bloedsuiker waardoor te weinig insuline geproduceerd wordt om aan de vraag te voldoen: er is een relatief tekort aan insuline. Deze vorm komt veel frequenter voor en ontstaat meestal na het 40e levensjaar. Het ontstaan van deze vorm wijkt af van type I.

Patiënten met type II worden wel eens met insuline behandeld. Soms worden ze dan ook insuline-afhankelijk genoemd maar hebben toch een NIDDM.

Voor insulinebehandeling kan worden gekozen als orale medicatie (en dieet) onvoldoende zijn. Insulinebehandeling bij type II wordt o.a. toegepast ter voorkoming van complicaties. Coderen met 5e cijfer 0.

Ingangsdatum: **01-01-1996** (vanaf registratiejaar 1996)



Code acute aandoening + code chronische aandoening*Inleiding*

Er zijn veel patiënten die in het ziekenhuis worden opgenomen met een acute exacerbatie van een chronische aandoening.

In de Classificatie vindt men regels hoe in deze gevallen gecodeerd moet worden. Zo is er bij code 491 (chronische bronchitis) een aanwijzing opgenomen hoe te handelen bij een acute exacerbatie (opflikkering, verergering) van deze ziekte:

'Gebruik desgewenst aanvullende code om acute exacerbatie aan te geven (466)'.

Deze gedragslijn lijkt algemener toepasbaar:

Codeer bij een acute exacerbatie van een chronische aandoening zowel de chronische aandoening, die immers niet verdwenen is, als de acute fase waarin de patiënt thans verkeert.

In de meeste gevallen gaat hierbij de aandacht van de specialist vooral uit naar de acute exacerbatie, welke in LMR dan ook als hoofddiagnose geregistreerd dient te worden.

Codeadvies

Codeer bij een acute exacerbatie van een chronische aandoening zowel de acute exacerbatie als de chronische aandoening. De acute exacerbatie komt daarbij op de eerste plaats (hoofddiagnose).

voorbeeld

Acute exacerbatie	601.0 (hoofddiagnose)
van chronische prostatitis	601.1 (nevendiaagnose)

Uitzondering:

Bij de leukemieën vindt men bij 204.0, 205.0, 206.0 en 208.0 de exclusie om een acute exacerbatie bij de chronische vorm te coderen (één code).

Zie voor gebruik 'aanvullende code' ook algemeen codeadvies 3.2 (punt 4) en algemeen codeadvies 19.1.

Ingangsdatum: **01-01-1996** (vanaf registratiejaar 1996)



Inleiding

Postnatale depressie (foutief synoniem voor Postpartale depressie, postnatale gegevens verwijzen immers naar het kind en niet naar postpartum gegevens van de moeder) is een depressieve stoornis in het kraambed die soms overgaat in een kraambedpsychose (Postpartale psychose).
Voor de codering willen we daarom het volgende onderscheid aanbrengen:

Codeadvies

Postpartale depressie (niet-psychotisch)	648.4* + 311
Postpartale psychose	648.4* + code uit reeks 295 - 298 of 293.89 (indien de vorm van psychose onbekend is)

De volgorde is afhankelijk van het specialisme van opname (behandeling).

Indien onbekend of het een depressie (niet-psychotisch) of psychose betreft:

opnamespecialisme gynaecologie	depressie (niet-psychotisch) (311) als NNO
opnamespecialisme psychiatrie	psychose (295 - 298 of 293.89) als NNO

Samenvattend: Codeer in het kraambed losgewoelde psychosen of depressies met de betreffende psychiatrische code en code 648.4*, waarbij de volgorde afhankelijk is van het opnamespecialisme.

Als vijfde cijfer bij 648.4* kan in deze gevallen alleen de 2 of 4 worden toegepast (2 = bevalling, met vermelding van complicatie post partum; 4 = aandoening of complicatie post partum).

De (eventueel) gemaakte toevoeging 'puerperale psychose (depressie)' bij code 293.89 (naar aanleiding van het vervallen codeadvies 9.6), dient gewijzigd te worden in 'puerperale psychose NNO'.

Ingangsdatum: 01-01-1996 (vanaf registratiejaar 1996)

**Codeadvies**

a. Diagnosecodes voor pasgeborenen

In onderstaand schema worden de diagnosecodes voor pasgeborenen op een rijtje gezet.

	In ziekenhuis geboren	Elders geboren* opnamedag = geboortedag	opnamedag > geboortedag
Gezonde Zuigeling	V30.0 Meerling V31-V37.0	V20.1 (logé) Meerling V20.1 (logé)	V20.1 (logé) Meerling V20.1 (logé)
Zieke Zuigeling	code(s) aandoening(en) + V30-V37.0	code(s) aandoening(en) + V30-V37.1	code(s) aandoening(en) --

*elders geboren = inclusief geboren tijdens poliklinische bevalling in het eigen ziekenhuis

Code V37 en code V39 worden bij voorkeur niet voor de ziekenhuisregistratie gebruikt, omdat specificatie (vrijwel) altijd mogelijk is.

Codeadvies

b. Rubriek 'herkomst'

Voor herkomst = 3 (ziekenhuis geboren) luidt het advies deze slechts te gebruiken indien een klinische bevalling heeft plaatsgevonden.

Wanneer een pasgeborene direct na een poliklinische bevalling klinisch wordt opgenomen adviseren wij herkomst = 0 (eigen woonomgeving) te coderen.

Ingangsdatum: 01-01-1996 (vanaf registratiejaar 1996)



Codeadvies

vervaldatum 01-01-1998

- a. - Als een operatie (hoofdstuk 5) niet is afgemaakt verdient het de voorkeur te coderen wat er wel is gedaan (de *essentie* van de wel uitgevoerde operatie), dit kan bv. een incisie van de huid zijn.
- Als de *essentie* van de wel uitgevoerde operatie echter niet te achterhalen is codeer dan 5-999 (uitgevoerde operatie onbekend).
- b. Omdat de *essentie* van de geplande operatie (de *intentie*) niet is uitgevoerd wordt in beide onder a. genoemde gevallen 5-995 (niet afgemaakte operatie) als *aanvullende code* gebruikt.

Voor de overige hoofdstukken (1, 3, 8 en 9) voorziet de Classificatie (nog) niet in dergelijke codes (5-995 en 5-999). Daarom geldt voor niet-afgemaakte verrichtingen uit deze hoofdstukken, dat deze (voorlopig) worden gecodeerd alsof de *essentie* wel is uitgevoerd, **zonder** aanvullende codering.

N.B.

Het codeadvies uit *LMR-Nieuwsbrief; 2 juli 1992 / nummer 3* "Het gebruik van code 5-995 "Niet afgemaakte operatie" komt hiermee te vervallen en dient derhalve geschrapt te worden.

Ingangsdatum: 01-01-1996 (vanaf registratiejaar 1996)



Codeadvies

vervaldatum: 01-01-2001

Dubbelzijdige verrichtingen:

zie aca 23.2

Codeer dubbelzijdige verrichtingen uitgevoerd in één zitting, wanneer de classificatie hierin niet voorziet met één code, tweemaal.

Meervoudige verrichtingen:

Codeer in één zitting uitgevoerde meervoudige verrichtingen binnen één code (op diepste niveau) eenmaal.

voorbeelden

Hamerteencorrectie, dubbelzijdig

codeer tweemaal

Hamerteencorrectie, twee tenen, rechter voet

codeer eenmaal

Poliepectomie (drie poliepen) colon

5-452.1 (eenmaal)

Excisie naevus van arm, beide armen

5-884.25 (tweemaal)

Excisie naevi van arm

5-884.25 (eenmaal)

Oogspieroperaties (5-01)

meerdere spieren één oog

één code uit 5-106

beide ogen

5-106.1, 5-106.2 of

5-106.8 (tweemaal), 5-106.9 (tweemaal)

Ingangsdatum: 01-01-1996 (vanaf registratiejaar 1996)



Inleiding

Bij correctie van standafwijkingen van de voet vindt veelal één of meer van de volgende verrichtingen plaats:

- verlengen van spieren en pezen
- transpositie van spieren en pezen
- verkorten van spieren en pezen
- klieven (release) van kapsel en ligamenten
- repositie en fixatie gewricht
- verrichtingen aan bot en gewricht

We onderscheiden twee groepen:

- 1) verrichtingen aan spieren, pezen en ligamenten ('weke delen')
- 2) verrichtingen aan spieren, pezen, ligamenten ('weke delen') en bot

Tevens wordt het onderscheid 'één of meerdere operatiegebieden' gemaakt.

- *één operatiegebied*
Hiermee wordt bedoeld een operatie aan één voet (inclusief teen / tenen aan één voet)
- *meerdere operatiegebieden*
Hiermee wordt bedoeld operaties aan beide voeten of aan bovenbeen en onderbeen (bijvoorbeeld bij de diagnose 'spasticiteit')

algemeen:

- omdat het onmogelijk is bij een combinatie van verrichtingen onderscheid te maken tussen hoofd- en nevenverrichting willen we een 'combinatie' zoveel mogelijk vastleggen in één verrichtingencode.
- meerdere dezelfde verrichtingen aan (verschillende) spieren, pezen of ligamenten (bijvoorbeeld tenotomie), één operatiegebied, éénmaal coderen om de essentie weer te geven.
- meerdere dezelfde verrichtingen beiderzijds of meerdere operatiegebieden, meervoudig coderen.

Codeadvies

ad 1) verrichtingen aan spieren, pezen en ligamenten

per operatiegebied:

- code 5-837.9* plastische operaties van overige weke delen, niet gespecificeerd
- tenzij maar één verrichting heeft plaatsgevonden (gebruik dan de specifieke code)

'niet gespecificeerd' wordt hierbij gelezen als 'overig en niet gespecificeerd'

voorbeeld a

Steindler release en release van abductor hallucis beiderzijds:

rechts: klieven van de aponeurose (= Steindler) en intermusculair verlengen van de abductor hallucis (= operatiegebied 1)

links: idem dito (= operatiegebied 2)

operatiegebied 1: code 5-837.98

operatiegebied 2: code 5-837.98

voorbeeld b

Adductor longus-, gracilis- en psoas tenotomie, neurectomie nervus obturatorius, mediale- en laterale hamstring release (= operatiegebied 1, bovenbeen) en achillespeesverlenging, tibialis posticuspeesverlenging, Steindler release en split anterior tibial tendon transfer (= operatiegebied 2, onderbeen)

operatiegebied 1: code 5-831.29

operatiegebied 2: code 5-837.98

vervolg op bladzijde 116 (serie 19.9-2)



Codeadvies vervolg

ad 2) verrichtingen aan spieren, pezen, ligamenten en bot

per operatiegebied:

- code 5-789.8* overige operaties aan bot
- tenzij maar één verrichting of een combinatie van verrichtingen die in één code weergegeven kan worden heeft plaatsgevonden (gebruik dan de specifieke code)

voor de verrichting(en) aan *bot*

met

per operatiegebied

- code 5-837.9* plastische operaties van overige weke delen, niet gespecificeerd
 - tenzij maar één verrichting heeft plaatsgevonden (gebruik dan de specifieke code)
- voor de verrichting(en) aan *spieren, pezen en ligamenten*

met uitzondering van correcties voor hallux valgus en quintus varus, zie code 5-782

De verrichting aan bot is de hoofdverrichting.

voorbeeld c

Klieven van extensorpezen van de tweede teen met resectie van een deel van de proximale falanx rechts en DIP-arthrodese derde en vierde teen links

rechts: code 5-784.88 met

code 5-831.38

links: code 5-811.8

voorbeeld d

Cheilectomie en peesplastiek bij hallux valgus

één operatiegebied code 5-782.8

(*N.B. t/m registratiejaar 2004 was code 5-782.3 bij dit voorbeeld van toepassing*)

Zie ook algemeen codeadvies 19.8 inzake het coderen van dubbelzijdige en meervoudige verrichtingen.

Ingangsdatum: 01-01-1996 (vanaf registratiejaar 1996)



Inleiding

De regels voor het coderen van 'Complicaties van chirurgische en medische behandeling' (zie ook pagina 787 van de Classificatie van Ziekten 'Complicaties van chirurgische en medische behandeling, niet elders geassocieerd') zijn als volgt:

Alle complicaties van verrichtingen, hoe weinig specifiek ook, dienen geklasseerd te worden met een code uit de reeks 996 - 999 in hoofdstuk 17

tenzij ze als zodanig omschreven voorkomen in hoofdstuk 1 t/m 16 (of elders in hoofdstuk 17, bijvoorbeeld complicatie bestraling, code 990)

of het anders geregeld is in de Alfabetische Lijst, waarbij ze specifiek als complicatie van chirurgische en medische behandeling omschreven zijn

of wanneer ze als exclusie (op pagina 787) opgenomen zijn bij de reeks 996 - 999

Conform de richtlijnen van de American Hospital Association wordt de volgende uitbreiding, voorzien van een kleine aanpassing toegesneden op de Nederlandse codeerpraktijk, toegevoegd:

Codeadvies

- Een complicatie uit de codereeks 996 - 999 mag worden gevolgd door een code uit hoofdstuk 1 t/m 16 (of elders in hoofdstuk 17) om de aandoening / complicatie nader te specificeren

Het aanvullend coderen uit hoofdstuk 1 t/m 16 om de complicatie nader te specificeren zal met name geschieden bij complicaties uit de 997-reeks waar de specificiteit van de complicatie vaak niet tot zijn recht komt. Door het gebruik van een code uit hoofdstuk 1 t/m 16 kan de specifieke aandoening erbij worden aangegeven

- Complicatiecodes zoals bijvoorbeeld 998.2 (niet-bedoelde punctie of laceratie gedurende een verrichting) waarbij de complicatie zelf (punctie of laceratie) specifiek genoeg wordt beschreven kunnen eventueel worden voorzien van een aanvullende codering uit hoofdstuk 17 om de lokalisatie specifieker aan te geven. Een eventuele exclusie naar een code uit de reeks 996 - 999 mag in die gevallen, wanneer het een *aanvulling* op een code uit de reeks 996 - 999 betreft, genegeerd worden.

Samenvattend:

Complicaties van chirurgische en medische behandeling:

- *code uit de reeks 996 - 999 in hoofdstuk 17 + E-code* (tenzij als zodanig beschreven in hoofdstuk 1 t/m 16 (of elders in hoofdstuk 17), tenzij de alfabetische index naar hoofdstuk 1 t/m 16 (of elders in hoofdstuk 17) verwijst, tenzij opgenomen als exclusie bij de reeks 996 - 999 op pagina 787)
- *eventueel een aanvullende code* wanneer de specificiteit van de complicatie / de lokalisatie hiermee kan worden vastgelegd.

voorbeeld 1

Een voorbeeld waarbij door het opvoeren van een nevendiagnose de complicatie nader wordt gespecificeerd treft u aan in algemeen codeadvies 19.11 over 'CAPD-gerelateerde peritonitis'.

voorbeeld 2

Laceratie sacrale zenuw tijdens herniotomie

Code 998.2 + eventueel 953.3 + E870.0

Ingangsdatum: 01-01-1996 (vanaf registratiejaar 1996)



Een peritonitis bij CAPD kan ontstaan:

- 1) door de catheter
- 2) door het dialyseren (de vloeistof / het proces)

Conform algemeen codeadvies 19.10 betreffende het coderen van 'Complicaties van chirurgische en medische behandeling' is de volgende codering van toepassing:

Codeadvies

- ad 1) door de catheter
- code 996.6 Infectie en ontstekingsreactie ten gevolge van een inwendig prothetisch hulpmiddel of implantaat
 - code E878.8 Operatie of andere heelkundige ingreep als oorzaak van een abnormale reactie van de patiënt of van een later optredende complicatie, zonder vermelding van een afwijkende gang van zaken tijdens de operatie; Overige gespecificeerde operaties en chirurgische ingrepen
 - code 567.8 Overige gespecificeerde vormen van peritonitis
- ad 2) door het dialyseren (de vloeistof / het proces)
- code 999.3 Complicaties van medische behandeling, niet elders geclassificeerd; Overige vormen van infectie
 - code E879.1 Overige ingrepen, zonder vermelding van een abnormale gang van zaken tijdens de ingreep, als oorzaak van een abnormale reactie van de patiënt of van een later optredende complicatie; Nierdialyse (*)
 - code 567.8 Overige gespecificeerde vormen van peritonitis

(*) De inhoud van code E879.1 (Nierdialyse) wordt hiermee verruimd tot 'Nierdialyse en Peritoneaal dialyse'

Als de oorzaak niet te achterhalen (NNO) is adviseren wij de CAPD-gerelateerde peritonitis te coderen als zijnde veroorzaakt door de catheter (1).

In sommige gevallen treedt direct volgend op de ingreep (het aanleggen van de CAPD) een peritonitis op. Deze peritonitis betreft geen CAPD-gerelateerde peritonitis maar een 'Peritonitis als gevolg van operatie', en wordt gecodeerd met code 998.5 (Postoperatieve infectie) en E878.8.

Ingangsdatum: 01-01-1996 (vanaf registratiejaar 1996)



-
- 651.3** vijfling zwangerschap
 - 651.4** zesling zwangerschap
 - 651.5** zevenling zwangerschap
 - 651.6** achtling (en meer) zwangerschap

Inleiding

Met de intrede van LMR-nieuw in 1991 is een Registratie-/code-advies opgesteld voor het vastleggen van bevallingen (zie LMR-handboek; versie 04.92; deel 4; hoofdstuk 2; pagina 34). Dit om het ziekenhuismanagement inzicht te kunnen geven in het verloskamergebeuren vanuit de LMR-registratie. Eind oktober 1991 is het advies *facultatief* geworden omdat de Landelijke Verloskunde Registratie (LVR-tweede lijn) vanaf dat moment een deelname kende welke het verstrekken van landelijke informatie mogelijk maakte. Die ziekenhuizen die (nog) niet deelnemen aan de LVR-2 registratie kunnen gebruik blijven maken van het advies.

In het Registratie-/code-advies is de onderverdeling bij code 651, in de Classificatie van ziekten 1980, uitgebreid met enkele nieuwe codes. Deze onderverdeling geldt voor alle ziekenhuizen, ook wanneer het advies niet wordt toegepast.

Code 651

Meervoudige zwangerschappen worden gecodeerd met een code uit de 651-reeks. Met het vijfde cijfer wordt aangegeven of tijdens de opname al dan niet een bevalling heeft plaatsgevonden.

Om de 'meervoudigheid' specifieker te kunnen aangeven zijn de volgende codenummers toegevoegd:

- 651.3 vijfling zwangerschap
- 651.4 zesling zwangerschap
- 651.5 zevenling zwangerschap
- 651.6 achtling (en meer) zwangerschap

N.B. De codes 651.8 en 651.9 worden niet gebruikt om een bevalling te coderen.

Wij verzoeken u in het Systematische deel van de CvZ80 de uitbreiding bij code 651 over te nemen zoals hierboven aangegeven.

Ingangsdatum: 01-01-1991 (vanaf registratiejaar 1991)



Codeer het symptoom of de klacht*Inleiding*

Op de vraag hoe een 'appendix sana' te coderen werd jarenlang code 543.9 (Overige en niet gespecificeerde ziekten van de appendix) geadviseerd.

Welbeschouwd was dit eigenlijk niet correct omdat er in zo'n geval immers geen sprake is van een ziekte van de appendix. Gecodeerd zou moeten worden wat er wél aan de hand is, dus bijvoorbeeld de klacht of het symptoom.

Daarom is het advies 'appendix sana' met ingang van het registratiejaar 1996 gewijzigd.

Codeadvies

Als een appendectomie is verricht en de PA-uitslag 'appendix sana' luidt, codeert men het symptoom of de klacht waarvoor de patiënt is opgenomen.

Dus bijvoorbeeld 'buikpijn': code 789.0.

Dit advies sluit goed aan bij de richtlijnen van de American Hospital Association (uitgave Coding Clinic 2-e kwartaal 1990, volume 7, nummer 2).

Ingangsdatum: **01-01-1996** (vanaf registratiejaar 1996)



Huilbaby e.c.i. V71.9*Inleiding*

In de vergadering van november 1995 van de Landelijke Werkgroep Codeadviezen is de codering van de 'huilbaby' aan de orde geweest.

Wanneer géén oorzaak voor het huilen wordt gevonden (e causa ignota; e.c.i.) is overeengekomen dit (vanaf registratiejaar 1996) te coderen met code V71.9 'Observatie in verband met verdenking op een niet gespecificeerde aandoening'. Er is immers een probleem (huilen) wat geobserveerd wordt.

Indien deze observatie tot het onderkennen van een aandoening leidt (bekende oorzaak), wordt uiteraard deze aandoening vastgelegd, idem wanneer de specialist een Ouder-kind probleem (code V61.20) constateert.

Codeadvies

Huilbaby e.c.i. V71.9

Ingangsdatum: **01-01-1996** (vanaf registratiejaar 1996)



Codeer doorgroei als secundaire lokalisatie met een code 196-198*voorbeeld 1*

Doorgroei van (primair) uteruscarcinoom in de blaas

In dit voorbeeld zal geen twijfel bestaan over de codering van het uteruscarcinoom dat de primaire tumor is: 179 (+ M8010/3)

Bij de codering van doorgroei dient men te bedenken dat de term 'secundair' in de verdeling van de kolom 'maligne' onder het hoofdwoord 'Nieuwvorming' in de Alfabetische lijst inhoudt: zowel metastasen op afstand als secundaire lokalisatie (bijvoorbeeld doorgroei in een ander orgaan). De secundaire lokalisatie kan hematogeen, lymfogeen of 'per continuitatem' (invasie, infiltratie, doorgroei) tot stand komen; voor de codering maakt dit geen verschil.

Men dient dus te bedenken dat de term Metastase bij de codes 196, 197 en 198 in het Systematische deel feitelijk 'secundaire lokalisatie' betekent en doorgroei mede omvat.

Derhalve luidt het **codeadvies**

Codeer doorgroei met een code uit 196-198

In *voorbeeld 1*

Doorgroei van uteruscarcinoom	179	(+ M8010/3)
in de blaas	198.1	(+ M8010/6)

voorbeeld 2

Carcinoom van hoofdbronchus	162.2	(+ M8010/3)
Doorgroei in trachea	197.3	(+ M8010/6)

Ingangsdatum: **01-01-1997** (vanaf registratiejaar 1997)



Niet geheel verwijderde maligniteit	140 -198 of 200 - 203
Recidief carcinoom	140 -198 of 200 - 203
Verwijderde maligniteit, zonder verdere informatie	V10.*
Maligniteit in remissie, zonder verdere informatie	V10.*
Onderzoek i/h kader van follow-up	V67.*
Therapie i/h kader van vervolgbehandeling	V50-V59
Therapie gericht op metastasen, doorgroei, etcetera	196.* - 199.*

Inleiding

In LMR geldt, zowel in de kliniek als bij dagverpleging, dat de diagnoses worden gecodeerd zoals die aanwezig waren bij die opname. Er wordt niet teruggekeken naar vorige opnamen of een poliklinische voorfase. Ook bij een 'verwijderde maligniteit' wordt daarom niet de totale zorgperiode in beschouwing genomen. De maligniteit is verwijderd, alleen nog in de anamnese aanwezig.

Codeadvies

Als de maligniteit niet geheel is verwijderd of als er sprake is van een recidief carcinoom (zie ook algemeen codeadvies 9.2) dan is voor het vastleggen van de maligniteit nog steeds een code uit de codereeks 140-198 of 200-203 van toepassing.

Een 'verwijderde maligniteit' wordt gecodeerd met een code uit de V10-reeks.

Eenzelfde code moet worden gebruikt voor een 'maligniteit in remissie, zonder verdere informatie'.

V10.* is altijd een nevendiagnose (CvZ80, inleiding tot de V-lijst, blz 801).

Voor het vaststellen van de belangrijkste diagnosecode (hoofddiagnose) gaat het steeds om een vervolgonopname in de kliniek of de dagverpleging.

De volgende mogelijkheden kunnen zich daarbij voordoen:

- a. Indien follow-up onderzoek plaatsvindt waarbij geen aandoening wordt aangetoond dan is een code uit de **V67-reeks** hoofddiagnose.

voorbeeld

Dagopname voor controlecystoscopie na operatieve behandeling i.v.m. blaascarcinoom 6 maanden geleden.

hoofddiagnose V67.0

nevendiagnose V10.51

N.B. Codes uit de V67-reeks worden alleen gebruikt indien 'onderzoek' plaatsvindt.

Voor specifieke verrichtingen en nazorgmaatregelen in het kader van 'follow-up', zie onder b.

vervolg op bladzijde 124 (serie 20.5-2)



- b. Bij (dag)opname voor specifieke verrichtingen en/of nazorgmaatregelen in het kader van een vervolgbehandeling waarbij geen maligniteit meer aanwezig is komt een code uit de reeks **V50-V59** in aanmerking als hoofddiagnose.

Op bladzijde 825 van het systematische deel van de Classificatie van Ziekten staat hierover het volgende:

De nummers V51-V58 zijn bedoeld voor het aangeven van een reden voor zorg bij patiënten die reeds behandeld zijn voor een ziekte of letsel, welke nu niet meer aanwezig is, maar die zorg krijgen om de behandeling te consolideren, resttoestanden te behandelen of recidief te voorkomen.

voorbeeld 1

Opname voor re-excisie melanoom huid nadat in de polikliniek verwijdering heeft plaatsgevonden.

PA-verslag: geen melanoom meer aanwezig.

hoofddiagnose V58.4

nevendiagnose V10.82

voorbeeld 2

Opname voor okselkliertoilet nadat in dagopname volledige verwijdering van een mammacarcinoom heeft plaatsgevonden. PA-verslag okselklieren: geen metastatisch tumorweefsel.

hoofddiagnose V58.4

nevendiagnose V10.3

NB. Omdat hier sprake is van een vervolgbehandeling is code V71.1 (Observatie) niet van toepassing.

- c. Indien de therapie zich richt op metastasen, doorgroei etcetera, dan komt een code uit de reeks **196.*-199.*** als hoofddiagnose in aanmerking voor deze secundaire lokalisatie van de maligniteit (zie aca 20.4).

Ingangsdatum: **01-01-1998** (vanaf registratiejaar 1998)
 of zo mogelijk eerder

**TIJDELIJK:****Diagnostisch:**

m.b.v. injectie

1-100 t/m 1-109

Therapeutisch:

met operatief ingebrachte stimulators

5-029.0, 5-039.0* en 5-049.0

m.b.v. injectie

8-570 en 8-571

Bij aanleggen m.b.v. catheter

(zie exclusies bij 1-100 en 8-570):

5-038.**

Anesthesie voor operatieve verrichtingen:

8-891.**, 8-892 en 8-893

DEFINITIEF:**Therapeutisch:**5-014.0, 5-014.1*, 5-031.*, 5-032.*,
5-035.*, 5-037.**, 5-040.**, 5-041.**,
5-043.**, 5-049.1* en 5-049.2*

Dit advies is als toelichting bedoeld bij de codes voor pijnbestrijding in de Classificatie van Verrichtingen (CvV).

We maken hierbij een onderscheid tussen het aanleggen van blokkades (1) en anesthesie voor operatieve verrichtingen (2).

1. Pijnblokkades

De hoofdindeling bij pijnblokkades is als volgt:

- tijdelijk:

hieronder vallen de diagnostische blokkades (zoals de proef- en de prognostische blokkade) en de tijdelijk therapeutische blokkade.

Dit gebeurt met niet-destructieve stoffen zoals een anestheticum of een corticosteroid. Ook kan gebruik worden gemaakt van operatief ingebrachte stimulators.

Codereeksen: 1-100 t/m 1-109;
5-029.0, 5-038.**, 5-039.0* en 5-049.0;
8-570 en 8-571

N.B. Omdat het aanleggen van een epidurale en subarachnoïdale blokkade m.b.v. een catheter een operatieve verrichting is wordt deze geïnclassificeerd in hoofdstuk 5 (5-038.***) (zie exclusies bij 1-100 en 8-570). Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen diagnostisch en therapeutisch.

- definitief:

dit zijn altijd therapeutische of palliatieve vormen van pijnbestrijding waaronder de destructies (zoals neurolytische blokkades), excisies en doorsnijdingen.

Bij destructie (neurolyse) wordt gebruik gemaakt van:

- destructieve stoffen (alcohol of fenol)
- warmte (percutane thermolaesie)
- koude (cryocoagulatie)

Codereeksen: 5-014.0, 5-014.1*, 5-031.*, 5-032.*, 5-035.*, 5-037.**, 5-040.**,
5-041.**, 5-043.**, 5-049.1* en 5-049.2*

vervolg op bladzijde 126 (serie 21.1-2)



De plaats van de pijnbestrijding wordt als volgt aangegeven:

- *binnen wervelkolom:*
tussen de vliezen (subarachnoïdaal en epiduraal), in de zenuwwortels en het ruggemerg.
- *in gewrichten:*
gewrichtsblokkades in de facet- en discusgewrichten van de wervelkolom en in de overige gewrichten zoals het sacro-iliacale - en het sacrococcygeale gewricht.
- *in zenuw of ganglion:*
onderscheiden worden hersenzenuw of -ganglion, spinale zenuw of -ganglion en autonome zenuw of -ganglion (waaronder de grensstreng) en perifere zenuw.

In hoofdstuk 8 komt ook nog de term *in wervelkolom* voor (8-570). Dat is zowel binnen de wervelkolom als in de gewrichten en de benige structuren ervan.

2. Anesthesie voor operatieve verrichtingen

Bij anesthesie voor operatieve verrichtingen wordt een onderscheid gemaakt tussen:

- *lokale en regionale anesthesie voor operatieve verrichtingen (8-891. **)*
- *algemene anesthesie voor operatieve verrichtingen (8-892)*
- *anesthesie met spierrelaxantia (8-893)*

N.B. Anesthesie voor operatieve verrichtingen wordt in het kader van LMR niet vastgelegd.

Ingangsdatum: **01-01-1998** (vanaf registratiejaar 1998)



Niet afgemaakte operatieve verrichting (hoofdstuk 5)	5-995
Niet afgemaakte niet-operatieve verrichting (hoofdstuk 1, 3, 4, 8 en 9)	9-995

Inleiding

Het kan voorkomen dat een verrichting (operatief / niet-operatief) niet wordt afgemaakt.

Een niet afgemaakte verrichting is een geplande verrichting waaraan begonnen is maar waarvan de essentie niet is uitgevoerd.

In de Classificatie van Verrichtingen (CvV) zijn hiervoor twee codes beschikbaar.

Code 5-995 voor geplande verrichtingen in hoofdstuk 5 (operatieve verrichtingen) en code 9-995 voor geplande verrichtingen in hoofdstuk 1, 3, 4, 8 en 9 (niet-operatieve verrichtingen).

Vorbereidingen, zoals anesthesie, worden *niet* beschouwd als het begin van een verrichting.

Codeadvies

1. **A) Operatieve verrichtingen (hoofdstuk 5)**
Als een operatieve verrichting (hoofdstuk 5) niet is afgemaakt codeer deze niet afgemaakte verrichting dan alleen met code 5-995 (Niet afgemaakte operatie).

- B) Niet-operatieve verrichting (hoofdstuk 1, 3, 4, 8 en 9)**
Als een niet-operatieve verrichting (hoofdstuk 1, 3, 4, 8 en 9) niet is afgemaakt codeer deze niet afgemaakte verrichting dan alleen met code 9-995 (Niet afgemaakte niet-operatieve verrichting).

De codes 5-995 en 9-995 zijn ondergebracht in hoofdstukken met aanvullende omschrijvingen maar kunnen, in tegenstelling tot wat de CvV suggereert, binnen LMR ook als hoofdverrichting worden opgevoerd.

2. - Codeer code 5-995 of code 9-995 alleen als hoofdverrichting indien dit de enige verrichting is geweest.
- Bij meer dan één verrichting wordt code 5-995 of code 9-995 als nevenverrichting vastgelegd.

Ingangsdatum: 01-01-1998 (vanaf registratiejaar 1998)



Subileus **560.9**
bij bekende oorzaak, deze coderen

Subileus wil zeggen een toestand van onvolledige ileus (belemmering van de darmassage). Wanneer de oorzaak bekend is wordt subileus gecodeerd als ileus, bijvoorbeeld code 560.81 (door adhesies, 'strengileus') of code 552.** (door buikbreuken). Wanneer de oorzaak niet bekend is wijkt de codering af. Een ileus NNO wordt vastgelegd met code 560.1 (Paralytische ileus), voor subileus NNO is code 560.9 (Darmobstructie, niet gespecificeerd) beter op zijn plaats.

Codeadvies

Subileus oorzaak (vorm) van darmafsluiting coderen
Subileus NNO 560.9

De in de alfabetische lijst van de CvZ80 aangebrachte toevoeging (zie ook het vervallen algemeen codeadvies 13.3) 'Subileus - zie Ileus' moet als volgt worden gewijzigd:
Subileus 560.9
- bekende oorzaak - zie Ileus

Ingangsdatum: **01-01-1998** (vanaf registratiejaar 1998)



geen repositie		vervaldatum: 01-01-2001
• alleen niet-operatieve immobilisatie	8-3**.*	zie aca 23.3
• alleen tractie	8-4**.*	
gesloten repositie		
• met gips of tractie (behalve schedeltractie)	8-20*.**	
• met schedeltractie	5-790.3*	
• met operatieve of interne fixatiemethoden, zonder openlegging van fractuur (inclusief artroscopische benaderingsweg)	5-790.**	
• met operatieve of interne fixatiemethoden, met openlegging van fractuur	5-792.**	
open repositie		
• zonder interne fixatie	5-791.**	
• met operatieve of interne fixatie	5-792.**	

Inleiding

Steeds vaker worden fracturen via een gesloten benaderingsweg gefixeerd. Zo vindt er bij een fractuurbehandeling met percutane schroeffixatie geen open repositie plaats en komt de fractuur tijdens de verrichting niet bloot te liggen. Deze fractuurbehandeling zou eigenlijk gecodeerd moeten worden onder 'gesloten repositie van fractuur met operatieve fixatie'.

Dat geldt ook voor de artroscopische fractuurbehandeling met inbrengen van osteosynthesemateriaal.

Tot nu toe werd bij deze verrichtingen een algemeen codeeradvies uit de nieuwsbrief van 12 april 1990 gevolgd, betreffende de codering van 'gesloten' en 'open' reposities van fractuurbehandelingen:

*Wanneer na **gesloten** repositie interne fixatie plaatsvindt met Kirschnerdraad cerclage, krammen, platen, schroeven, cement en osteosynthese, wordt een **open** repositie gecodeerd! Hier is voor gekozen omdat de fractuur tijdens de operatie **open** komt te liggen.*

De opkomst van nieuwe fixatietechnieken waarbij de fractuur niet bloot komt te liggen maakt het noodzakelijk om dit codeadvies verder te nuanceren.

- Als de fractuur tijdens de operatie bloot komt te liggen dan wordt een open repositie gecodeerd.
- Als dat niet het geval is dan wordt een gesloten repositie gecodeerd, ook bij operatieve vormen van fixatie.

Het advies uit de nieuwsbrief van 12 april 1990 komt hiermee als zodanig te vervallen en is in de nieuwe genuanceerde vorm in dit algemene codeadvies 22.1 (Fractuurbehandeling) verwerkt.

Codeadvies

Bekend moet zijn of er repositie heeft plaatsgevonden, en zo ja, of deze open of gesloten was. Daarbij moet de eventuele operatieve of interne fixatie gespecificeerd worden, of de vorm van tractie.

De echte *conservatieve* fractuurbehandeling wordt in *hoofdstuk 8* gecodeerd:

- **gesloten repositie** met gips of tractie (behalve schedeltractie) 8-20*.**
- **geen repositie**, maar alleen:
 - niet-operatieve immobilisatie (gips, spalk, etc.) 8-3**.*
 - tractie 8-4**.*

vervolg op bladzijde 130 (serie 22.1-2)



Alle *andere* fractuurbehandelingen staan in *hoofdstuk 5*:

vervaldatum: 01-01-2001
zie aca 23.3

1. Gesloten repositie

- a) met operatieve of interne fixatiemethoden, zonder openlegging van fractuur: 5-790.**
- Kirschnerdraad, Kirschnerpen
 - (merg)pen
 - fixateur externe
 - schedeltractie
 - schroeven

Toelichting bij a):

Schroeffixatie *zonder* openlegging van de fractuur wordt in de 5-790-reeks niet expliciet genoemd en valt derhalve onder 5-790.8* (gesloten repositie van fractuur met *overige* vormen van operatieve fixatie).

- b) met operatieve of interne fixatiemethoden, met openlegging van fractuur: 5-792.**
- cerclagemateriaal (waaronder Kirschnerdraadcerclage, Zuggurtung-osteosynthese)
 - krammen, platen, schroeven
 - (merg)pen
 - cement en osteosynthesemateriaal
 - Kirschnerpen

Toelichting bij b):

Wanneer na *gesloten* repositie operatieve of interne fixatie plaatsvindt waarbij de fractuur tijdens de operatie *open* komt te liggen, wordt een **open** repositie (5-792.***) gecodeerd.

2. Open repositie

- a) zonder interne fixatie: 5-791.**
- gips
 - snaartractie
 - fixateur externe
- b) met operatieve of interne fixatie: 5-792.**
- cerclagemateriaal (waaronder Kirschnerdraadcerclage, Zuggurtung-osteosynthese)
 - krammen, platen, schroeven
 - (merg)pen
 - cement en osteosynthesemateriaal
 - Kirschnerpen

N.B. Alleen in de uitzonderlijke situatie dat bij een 'fractuurbehandeling met operatieve of interne fixatie' echt niet te achterhalen is of de fractuur wel of niet bloot kwam te liggen tijdens de operatie adviseren wij een open repositie te coderen.

Kirschnermateriaal is metaaldraad, ook wel *K-draad* genoemd, met verschillende toepassingsmogelijkheden.

- a) als cerclagemateriaal bij operatieve, interne fixatie (5-792.0*)
b) als pennetje bij operatieve of percutane, interne fixatie (5-790.0*, 5-792.8*)
c) als 'snaar' bij snaartractie (8-401.*)

Zuggurtung-osteosynthese [Zuggurtung = stevig aangetrokken gordel], techniek met behulp van Kirschnermateriaal (pennetjes en 8-vormige cerclagedraad), is een operatieve, interne fixatie, te coderen als cerclage (5-792.0*).

vervolg op bladzijde 131 (serie 22.1-3)



Het *verwijderen* van intern fixatiemateriaal wordt gecodeerd met 5-788.**. **vervaldatum: 01-01-2001**
Voor het *verwijderen* van de *fixateur externe* (een operatieve fixatie-methode), **zie aca 23.3**
met zijn specifieke constructie, adviseren wij code 5-788.8* te gebruiken.

Fractuurbehandeling van *aangezichtsbeenderen*, zowel open, als gesloten, vormt een aparte groep:
5-76**.
Voor *verwijderen* van intern fixatiemateriaal van de *aangezichtsbeenderen* staat code 5-779.1.

Alle operatieve behandelingen van de *schedel*, inclusief fractuurbehandeling zijn te vinden in 5-01*.* en
5-02*.*.

Ingangsdatum: 01-01-1999 (vanaf registratiejaar 1999)

Aanvulling

Uit: Nieuwsbrief voor de ziekenhuizen nummer 2 / 20 juli 1990
Fractuurbehandeling gewrichten

“In de nieuwsbrief van 12 april is de fractuurbehandeling uitgebreid behandeld. De fractuurbehandeling van een gewricht is daar echter niet apart besproken. Een gewricht is een verbinding tussen twee of meer skeletdelen (botten). De behandeling van een fractuur van een gewricht wordt daarom gecodeerd als de fractuurbehandeling van het betreffende bot.

voorbeeld

diagnose: elleboogsfractuur (olecranon)

operatie: open repositie, Zuggurtung-osteosynthese 5-792.03

Het olecranon is het platte, brede bovineind van de ulna. Zuggurtung is osteosynthese met cerclage- (Kirschner)-materiaal.”

**DES:**

screening	V81.6 + V15.89
aandoening	code + E932.2
derde generatie	V19.8

DES-dochters

Bij moederlijk gebruik van DES (di-ethyl-stilboestrol) bestaat bij de dochters een verhoogd risico op aandoeningen van de geslachtsorganen. Bij een aangetoonde aandoening wordt deze gecodeerd, met E932.2 om de oorzaak aan te geven.

Bij opname voor screening (niet leidend tot een gediagnostiseerde aandoening) kan gecodeerd worden V81.6 "Specifieke screening op cardiovasculaire, respiratoire en urogenitale ziekten; Overige en niet gespecificeerde urogenitale aandoeningen" + V15.89 om de risicofactor in de anamnese aan te geven.

De derde generatie

In eerste instantie waren er geen aanwijzingen dat kinderen van DES-kinderen (de derde generatie) problemen ondervonden door het DES-gebruik van hun oma. Het enige risico leek, omdat DES-dochters meer kans hebben op een vroeggeboorte, een grotere kans op een handicap dan kinderen die na een voldragen zwangerschap worden geboren.

Bij een onderzoek naar hypospadie bij jongens is nu gebleken dat de DES-kleinzonen een ruim 20 keer zo hoog risico lopen als 'gewone' jongens op deze aangeboren afwijking. Hiermee is voor het eerst aangetoond dat DES doorwerkt in de derde generatie.

Wij adviseren daarom, indien die informatie bekend is uiteraard, om bij kinderen van DES-dochters code V19.8 (familie-anamnese met overige aandoeningen) mee te geven. Hierdoor ontstaat de mogelijkheid deze groep op eenvoudige wijze te selecteren als daar in de toekomst behoefte naar zou ontstaan.

Codeadvies

Screening op aandoeningen bij DES-dochter	V81.6 + V15.89
Gediagnostiseerde aandoening toegeschreven aan moederlijk DES-gebruik	code aandoening + E932.2
Bij alle opnamen van kleinkinderen (derde generatie) waarvan DES-gebruik door (biologische) oma bekend	V19.8 (nevendiagnose)

Ingangsdatum: 01-01-2001 (vanaf registratiejaar 2001)

**Codeadvies**

Dubbelzijdige verrichtingen:

Codeer dubbelzijdige verrichtingen uitgevoerd in één zitting, wanneer de classificatie hierin niet voorziet met één code, tweemaal.

Meervoudige verrichtingen:

Codeer in één zitting uitgevoerde meervoudige verrichtingen binnen één code (op diepste niveau) eenmaal.

voorbeelden

Hamerteencorrectie, dubbelzijdig		codeer tweemaal
Hamerteencorrectie, twee tenen, rechter voet		codeer eenmaal
Poliepectomie (drie poliepen) colon		5-452.1 (eenmaal)
Excisie naevus van arm, beide armen		5-884.25 (tweemaal)
Excisie naevi van arm		5-884.25 (eenmaal)
Operaties van meer oogspieren (5-10*)		afhankelijk van type operatie
recessie	zelfde oog	eenmaal 5-106.0
	beide ogen	eenmaal 5-106.1
anteropositie	zelfde oog	tweemaal 5-102.5
	beide ogen	tweemaal 5-102.5
resectie	zelfde oog	eenmaal 5-106.0
	beide ogen	eenmaal 5-106.1
recessie met resectie	zelfde oog	eenmaal 5-106.0
	beide ogen	eenmaal 5-106.1

Ingangsdatum: **01-01-2001** (vanaf registratiejaar 2001)

**geen repositie**

- **alleen niet-operatieve immobilisatie** 8-3**.*
- **alleen tractie** 8-4**.*
- **alleen immobilisatie, niet elders geclassificeerd** 8-531
- **met operatieve of interne fixatie** 5-787.**

gesloten repositie

- **met gips of tractie (behalve schedeltractie)** 8-20**. **
- **met schedeltractie** 5-790.3*
- **met operatieve of interne fixatiemethoden, zonder openlegging van fractuur (inclusief artroscopische benaderingsweg)** 5-790.**
- **met operatieve of interne fixatiemethoden, met openlegging van fractuur** 5-792.**

open repositie

- **zonder interne fixatie** 5-791.**
- **met operatieve of interne fixatie** 5-792.**

Inleiding

Met de update van de Classificatie van Verrichtingen is, ingaande 01-01-2001, een oplossing gecreëerd voor het registreren van "gesloten repositie van een fractuur met schroeffixatie" in de vorm van een nieuwe code, code 5-790.5.

Tevens is een aantal verbeteringen aangebracht waardoor de tekst van algemeen codeadvies 22.1 d.d. 15-01-1999 (Fractuurbehandeling) in een aantal opzichten achterhaald is. Daarom hierbij een nieuwe versie, algemeen codeadvies 23.3.

Versoepeling aanwijzing/regel bij codereeks 5-787

Hiernaast is in de Landelijke Werkgroep Codeadviezen (LWG) afgesproken de aanwijzing (regel) bij de codereeks 5-787 "bij operatieve of interne fixatie van botfractuur wordt, behalve bij wervelfractuur, aangenomen dat deze met repositie plaatsvindt (zie onder 5-790, 5-792" soepeler toe te passen. De achtergrond van deze aanwijzing is dat er van uitgegaan lijkt te worden dat bij een operatieve of interne fixatie van een botfractuur meestal tevens repositie plaatsvindt, zeker als de fractuur daarbij open komt te liggen. In veel gevallen is de repositie zelfs zo vanzelfsprekend dat deze niet expliciet wordt vermeld. Om die gevallen toch goed te coderen geldt daarom de regel dat bij een operatieve of interne fixatie van een botfractuur in principe een repositie mag worden aangenomen. Iedere aanname is echter per definitie een hypothese die door aanvullende informatie kan worden ontkracht. Daarom moet deze regel ook soepel worden toegepast. Zodra er aanwijzingen zijn dat er (waarschijnlijk) geen repositie heeft plaatsgevonden hoeft deze regel niet te worden opgevolgd. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn bij geïnclaveerde fracturen of bij bepaalde revisies van bijvoorbeeld extern fixatiemateriaal. Om hier duidelijkheid over te krijgen zal in het algemeen overleg met de behandelend specialist noodzakelijk zijn.

Codeadvies

De echte *conservatieve* fractuurbehandeling wordt in *hoofdstuk 8* gecodeerd:

- **gesloten repositie** met gips of tractie (behalve schedeltractie) 8-20**. **
- **geen repositie**, maar alleen:
 - niet-operatieve immobilisatie (gips, spalk, etc.) 8-3** *
 - tractie 8-4** *
 - immobilisatie, niet elders geclassificeerd 8-531

vervolg op bladzijde 135 (serie 23.3-2)



Alle *andere* fractuurbehandelingen staan in *hoofdstuk 5*:

1. Geen repositie
met operatieve of interne fixatie 5-787.**

2. Gesloten repositie

a) met operatieve of interne fixatie, zonder openlegging van fractuur: 5-790.**

- draadosteosynthese (waaronder Kirschnerdraad, Kirschnerpen)
- (merg)pen, gammanail
- fixateur externe
- schedeltractie
- schroeven

b) met operatieve of interne fixatie, met openlegging van fractuur (inclusief in combinatie met cement of kleefstoffen): 5-792.**

- draadosteosynthese (waaronder Kirschnerdraad, Kirschnerpen, Zuggurtung, cerclage)
- krammen, platen, schroeven
- (merg)pen, gammanail
- cement of kleefstoffen *zonder* osteosynthesemateriaal

Toelichting bij b):

Wanneer na *gesloten* repositie operatieve of interne fixatie plaatsvindt waarbij de fractuur tijdens de operatie *open* komt te liggen, wordt een **open** repositie (5-792.***) gecodeerd.

3. Open repositie

a) zonder interne fixatie: 5-791.**

- gips
- snaartractie
- fixateur externe

b) met operatieve of interne fixatie (inclusief in combinatie met cement of kleefstoffen): 5-792.**

- draadosteosynthese (waaronder Kirschnerdraad, Kirschnerpen, Zuggurtung, cerclage)
- krammen, platen, schroeven
- (merg)pen
- cement of kleefstoffen *zonder* osteosynthesemateriaal

N.B. Alleen in de uitzonderlijke situatie dat bij een 'fractuurbehandeling met operatieve of interne fixatie' echt niet te achterhalen is of de fractuur wel of niet bloot kwam te liggen tijdens de operatie adviseren wij een open repositie te coderen.

4. Revisie van fractuurbehandeling

a) na operatieve of interne fixatie van bot zonder repositie 5-787.2*

b) na operatieve of interne fixatie van wervels zonder repositie 5-787.3*

c) na gesloten repositie van fractuur met operatieve of interne fixatie 5-790.7*

d) na open repositie van fractuur met operatieve of interne fixatie 5-792.7 *

N.B. Voor alle "revisie-codes" geldt dat zij ook mogen worden gebruikt voor het *vervangen van fixatiemateriaal door zelfde of ander fixatiemateriaal*.

Indien van toepassing dan luidt de voorkeur "de aard van de revisie" te coderen.

vervolg op bladzijde 136 (serie 23.3-3)



Het *verwijderen* van intern fixatiemateriaal wordt gecodeerd met 5-788.**.
Voor het *verwijderen* van de *fixateur externe* (een operatieve fixatie-methode), met zijn specifieke constructie, adviseren wij code 5-788.8* te gebruiken.

Fractuurbehandeling van *aangezichtsbeenderen*, zowel open, als gesloten, vormt een aparte groep: 5-76**.

Revisie van operatief of intern fixatiemateriaal van de *aangezichtsbeenderen* wordt gecodeerd met code 5-779.2.

Voor *verwijderen* van operatief of intern fixatiemateriaal van de *aangezichtsbeenderen* staat code 5-779.1.

Alle operatieve behandelingen van de *schedel*, inclusief fractuurbehandeling zijn te vinden in 5-01** en 5-02**.

Ingangsdatum: 01-01-2001 (vanaf registratiejaar 2001)

Aanvulling

Uit: Nieuwsbrief voor de ziekenhuizen nummer 2 / 20 juli 1990

Fractuurbehandeling gewrichten

“In de nieuwsbrief van 12 april is de fractuurbehandeling uitgebreid behandeld. De fractuurbehandeling van een gewricht is daar echter niet apart besproken.

Een gewricht is een verbinding tussen twee of meer skeletdelen (botten). De behandeling van een fractuur van een gewricht wordt daarom gecodeerd als de fractuurbehandeling van het betreffende bot.

voorbeeld

diagnose: elleboogsfractuur (olecranon)

operatie: open repositie, Zuggurtung-osteosynthese 5-792.03

Het olecranon is het platte, brede bovineind van de ulna. Zuggurtung is osteosynthese met cerclage-(Kirschner)-materiaal.”



1. In het algemeen kan worden gesteld dat V-codes pas aan bod komen als er geen andere code tussen 001 en 999 in aanmerking komt.

Samenvatting van bladzijde 801 van het systematische deel van de Classificatie van Ziekten 1980 (CvZ80):

De V-lijst is opgesteld voor gebruik in die gevallen waarin omstandigheden, anders dan ziekte of ongeval classificeerbaar bij de nummers 001-999, of bij de E-code, vermeld worden als 'diagnose' of 'probleem'. Deze situatie kan zich voornamelijk op twee manieren voordoen:

- a) Wanneer een persoon, die op dat moment niet ziek is, contact heeft met de gezondheidszorg voor één of ander specifiek doel. In deze gevallen kan de V-code ook worden gebruikt voor enkelvoudige tabellering.
 - b) Wanneer omstandigheden of problemen aanwezig zijn die iemands gezondheidstoestand beïnvloeden, maar die op zichzelf geen thans bestaande ziekte of letsel zijn. Dit kan voorkomen als bijkomend gegeven bij iemand die een behandeling ondergaat voor een thans bestaande ziekte of aandoening, classificeerbaar onder 001-999. In dit geval dient de V-code uitsluitend als supplementaire code.
2. Een bijzondere groep is de codereeks V50-V59. Deze groep heeft te maken met zorgmaatregelen en de codes ervan zijn vaak hoofddiagnose(*): de belangrijkste en meestal enige reden voor klinische opname of opname in dagbehandeling.

(*) Voor het gebruik van de codereeks V58 zie algemeen codeadvies 5.1 (Kortdurende opnamen voor bloedtransfusie, radiotherapie of cytostaticumkuur) en Codeadviezen voor ziekenhuizen nr. 3, juni 2006 (Kortdurende opnamen voor kuren bij andere aandoeningen dan maligniteiten).
 3. De meeste overige V-codes zijn bestemd voor gebruik als aanvullende code (nevendiagnose).
 4. In de meeste gevallen zal een V-code bij meer diagnoses (uit de reeks 001-999) nevendiagnose zijn, zoals bijvoorbeeld bij anamnestiche gegevens of een kunstmatige hartklep in situ.
 5. Toch kan het voorkomen dat een V-code, bij meer diagnoses (uit de reeks 001-999), toch als hoofddiagnose moet worden gecodeerd wanneer de registratiedefinities correct worden toegepast.

Definitie "hoofddiagnose" (LMR-handboek deel 1 hoofdstuk 3, pagina 2):

De diagnose die achteraf (dus bij ontslag) wordt beschouwd als de oorzaak van de opname in het ziekenhuis.

Definitie "complicatie" (LMR-handboek deel 1 hoofdstuk 3, pagina 1):

Aandoening die zich tijdens het verblijf in het ziekenhuis voor het eerst heeft gemanifesteerd, ongeacht de oorzaak.

voorbeelden

- Opname voor sterilisatie (V25.2) waarbij zich een anemie manifesteert of een hartinfarct optreedt of patiënt een fractuur oploopt door een val uit bed (allemaal complicaties in het kader van LMR)
- Opname voor verwijderen van platen en schroeven (V54.0) waarbij zich tijdens de opname een aandoening manifesteert
- Opname voor het opheffen van een gastrostoma (V55.1) met een nabloeding tot gevolg

vervolg op bladzijde 138 (serie 23.4-2)



Een "Complicatie in de betekenis van LMR" kan nooit hoofddiagnose zijn(*).
(zie ook Sig Trends - nieuwsbrief voor medisch codeurs - , december 1998)

(*) met uitzondering van 'pasgeborenen' (V30 - V37.0 of .1 / V20.1).

Het doorvoeren van de definitie "complicatie" bij pasgeborenen zou, wanneer zich bij pasgeborenen aandoeningen manifesteren, leiden tot een scala aan C-codes. Zie algemeen codeadvies 19.6 (pasgeborenen) waarin wordt aangegeven om bij 'zieke zuigelingen' de code(s) voor de aandoening op de eerste plaats te zetten, gevolgd door de V-code.

Ook bij opnamen voor zwangerschap en bevalling kan de hoofddiagnose elementen van complicaties bevatten. Dit vloeit voort uit de classificatie, waarin b.v. in het laatste cijfer kan worden aangegeven of er post partum complicaties zijn opgetreden.

6. Overige V-code-weetjes:

- V59.* als *hoofddiagnose* voor een *gezonde* donor
als *nevendiagnose* bij orgaanverwijdering *na de dood*
- V63.1 heeft binnen LMR de betekenis "verkeerde bed: medische dienstverlening thuis niet beschikbaar"
- V63.2 heeft binnen LMR de betekenis "verkeerde bed: persoon wachtend op opname voor adequate medische zorg elders"
- V64.* deze codes zijn *altijd* nevendiagnose; de aandoening waar patiënt voor werd opgenomen is hoofddiagnose
- V71.* observatie i.v.m. verdenking op bepaalde aandoening; als observatie plaatsvindt bij een patiënt *met* symptomen worden die symptomen als hoofddiagnose gecodeerd.
- V73-V82 in geval van screening heeft patiënt *geen* klacht of symptoom passend bij de ziekte of afwijking waarop het onderzoek is gericht; de intentie van het onderzoek is het vroegtijdig opsporen van bepaalde ziekten of afwijkingen met het oog op vroege interventie; de screeningcodes worden binnen LMR niet (of nauwelijks) gebruikt; screening betreft immers onderzoek van een individu of populatie zonder vooraf bestaande verdenking (zie algemeen codeadvies 28.2) en zal in het algemeen poliklinisch of als bevolkingsonderzoek plaatsvinden (bijvoorbeeld de bekende mammografie-bus waarbij vrouwen uit een bepaalde leeftijdscategorie worden opgeroepen om een mammografie te ondergaan).

7. Algemene codeadviezen waarin het gebruik van V-codes aan bod komt op een rijtje:

- 2.1 Postoperatief ontbrekend orgaan (totaal of partieel)
- 2.4 Plastische chirurgie
- 3.12 Status na, Nazorg, Reconvalentie, Follow-up
- 5.1 Kortdurende opnamen voor bloedtransfusie, radiotherapie of cytostaticumkuur
- 7.6 Mislukte sterilisatie
- 7.8 Pacemakervervanging wegens lege batterijen
- 9.2 Recidief carcinoom
- 14.10 Opname voor diagnostisch onderzoek (zonder behandeling)
- 16.1 Late gevolgen van cerebrovasculaire ziekte
- 16.5 Normale bevalling
- 18.1 Incest-problematiek
- 19.1 Chronische obstructieve longziekten en verwante aandoeningen (490-496)
- 19.6 Pasgeborenen
- 20.3 Huilbaby
- 20.5 Verwijderde maligniteit binnen LMR
- 23.1 DES problematiek
- 28.2 Screening



Ingangsdatum: 01-01-2001 (vanaf registratiejaar 2001)



Codeer een waarschijnlijkheidsdiagnose alsof deze zeker is*Inleiding*

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.

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 dit toch eenduidig te kunnen registreren wordt in LMR een specifieke definitie van *hoofddiagnose* gehanteerd:

De diagnose die achteraf (dus bij ontslag) wordt beschouwd als de oorzaak van 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.

Codeadvies

Codeer een waarschijnlijkheidsdiagnose alsof deze zeker is.

N.B. In Dagverpleging voor diagnostisch onderzoek zal de diagnose vaak (nog) minder zeker zijn dan bij ontslag na opname in de Kliniek (zie ook algemeen codeadvies 14.10).

Ingangsdatum: 01-01-2001 (vanaf registratiejaar 2001)

**Multipele fracturen beide bovenste extremiteiten**

- hoofddiagnose: code 819.**
- nevensdiagnosen: zo mogelijk de codes voor de afzonderlijke fracturen

Multipele fracturen bovenste extremiteit met rib(ben) of sternum

- hoofddiagnose: code 819.**
- nevensdiagnosen: zo mogelijk de codes voor de afzonderlijke fracturen

Multipele fracturen beide onderste extremiteiten

- hoofddiagnose: code 828.*
- nevensdiagnosen: zo mogelijk de codes voor de afzonderlijke fracturen

Multipele fracturen onderste met bovenste extremiteit

- hoofddiagnose: code 828.*
- nevensdiagnosen: zo mogelijk de codes voor de afzonderlijke fracturen

Multipele fracturen onderste extremiteit(en) met rib(ben) en sternum

- hoofddiagnose: code 828.*
- nevensdiagnosen: zo mogelijk de codes voor de afzonderlijke fracturen

Brandwonden met multipele gespecificeerde lokalisaties

- hoofddiagnose: code 946.*
- nevensdiagnosen: zo mogelijk de codes voor de gespecificeerde lokalisaties (940-945)

Inleiding

Voor het vastleggen van *multipele* fracturen van meer dan één extremiteit respectievelijk brandwonden met *multipele* gespecificeerde lokalisaties voorziet de Classificatie van Ziekten 1980 (CvZ80) in een drietal aparte codenummers, een soort combinatienummers.

Code 819.** Multipele fracturen van beide bovenste extremiteiten en van een bovenste extremiteit met rib(ben) of sternum

Code 828.* Multipele fracturen van beide onderste extremiteiten, onderste met bovenste extremiteit en onderste extremiteit(en) met rib(ben) en sternum

Code 946.* Brandwond met multipele gespecificeerde lokalisaties

Op pagina 669 van het systematische deel van de CvZ80 staat een kanttekening deze zogenaamde combinatienummers te gebruiken indien onvoldoende gegevens beschikbaar zijn of voor primaire tabelleringsdoeleinden. In andere gevallen dienen samengestelde verwondingen afzonderlijk te worden gecodeerd.

Voor de Landelijke Medische Registratie (LMR) geldt dat de hoofddiagnose representatief moet zijn. Door bovengenoemde multipele fracturen respectievelijk multipele brandwonden *apart* te coderen wordt dit doel niet bereikt. Immers, één fractuur / brandwond kan dan maar de belangrijkste zijn. Het gebruik van bovenstaande combinatiecodes (primaire tabellering), zo mogelijk aangevuld met codes voor de afzonderlijke fracturen / gespecificeerde lokalisaties van de brandwonden leidt tot een beter, uniformer, resultaat.

(zie ook Algemeen codeadvies 15.2; aanvulling; 'Congenitale syndromen')

vervolg op bladzijde 141 (serie 23.6-2)



Codeadvies

Multipele fracturen

- a) Gebruik voor het vastleggen van multipele fracturen van meer dan één extremiteit code 819.** respectievelijk code 828.* als hoofddiagnose. Om de afzonderlijke fracturen te specificeren kunnen deze aanvullend als nevendiaagnosen worden vastgelegd.

N.B. Wanneer er behalve de fracturen van de extremiteiten ook nog andere fracturen zijn dan wordt gecodeerd volgens onderstaande volgorde (zie ook kader op pagina 261 van de alfabetische lijst, 2^e druk en 3^e druk (pagina 262 1^e druk)):

- schedel- of aangezichtsbeenderen,
- bekken of ruggenwervel,
- benen,
- armen.

- b) Gebruik bij een *combinatie* van multipele *open en gesloten* fracturen de multipliciteitscode voor de *open* variant als hoofddiagnose, zo mogelijk gevolgd door de codes voor de afzonderlijke fracturen (in volgorde van belangrijkheid of, indien dit niet te achterhalen/duidelijk is, eerst de open en dan de gesloten fracturen).

voorbeeld

Diagnose: gesloten femurfractuur en open fractuur van vingerkootje
828.1 (multipel onderste met bovenste, open)
821.00 (femurfractuur NNO, gesloten)
816.10 (vingerfractuur NNO, open)

Multipele brandwonden

- a) Gebruik voor het vastleggen van multipele brandwonden met gespecificeerde lokalisaties (classificeerbaar onder meer dan één nummer in 940-945) code 946.*. De afzonderlijke lokalisaties kunnen aanvullend als nevendiaagnosen worden vastgelegd.
- b) Wanneer er sprake is van multipele brandwonden met *verschillende* gradaties, gebruik dan het vierde cijfer voor de *hoogste* van deze gradaties bij code 946.

Ingangsdatum: 01-01-2001 (vanaf registratiejaar 2001)



Gebruik 760 - 763 ook bij afwezigheid van pathologie

Inleiding

De behoefte om 'aandoeningen / complicaties / afwijkingen van placenta, navelstreng en vliezen tijdens de zwangerschap / bevalling van de moeder' ook bij de pasgeborene vast te kunnen leggen is groot gebleken. In veel gevallen leidt dit namelijk tot een consult / onderzoek door de kinderarts. Kijkend naar de betreffende codes in het hoofdstuk 'Perinatale aandoeningen', codereeksen 760 - 763, wordt echter duidelijk dat er sprake moet zijn geweest van beïnvloeding (morbiditeit, pathologie of mortaliteit) van de vrucht of pasgeborene. In het geval van een 'gezonde zuigeling', waarbij je vast wilt leggen dat er behoefte was aan 'extra zorg / extra aandacht', heb je dus een codeerprobleem.

Voor het vastleggen van 'De aard van de bevalling bij pasgeborenen' is in 1981 reeds een advies geformuleerd.

In algemeen codeadvies 3.3 wordt het gebruik van codes uit de 763-reeks aangeraden in alle gevallen waarin de wenselijkheid bestaat om de aard van de bevalling bij een pasgeborene vast te leggen, dus ook bij afwezigheid van pathologie ('gezonde zuigeling'). Reden hiervoor is dat de genoemde ingrepen als risicofactor kunnen worden beschouwd, waarvan vastlegging met het oog op latere afwijkingen wenselijk is.

Echter naast de 'aard van de bevalling' kunnen ook andere 'complicaties' in de codereeks 760 - 763 als risicofactor worden beschouwd.

Om die reden en omdat men eerdergenoemde 'behoefte aan extra zorg / extra aandacht' bij een 'gezonde zuigeling' wil kunnen vastleggen is besloten algemeen codeadvies 3.3 te verruimen. Met deze uitbreiding, in dit (nieuwe) algemene codeadvies opgenomen, komt algemeen codeadvies 3.3 te vervallen.

Codeadvies

Gebruik codes uit de codereeksen 760 - 763 in die gevallen waarin de wenselijkheid bestaat om de 'behoefte aan extra zorg / extra aandacht' bij een pasgeborene vast te leggen. Dus ook als nevendiaagnose bij een 'gezonde zuigeling' waarbij er niet duidelijk sprake is van morbiditeit of beïnvloeding van de vrucht.

Ingangsdatum: 01-01-2002 (vanaf registratiejaar 2002)



Inleiding

Voor het aangeven van de oorzaak van complicaties bij medische behandeling zijn twee codereeksen beschikbaar:

- E870-E876 Complicaties voor patiënten bij genees- en heelkundige behandeling
- E878-E879 Genees- en heelkundige ingrepen als oorzaak van abnormale reactie van de patiënt of later optredende complicatie, zonder vermelding van een afwijkende gang van zaken tijdens de ingreep

Dit onderscheid komt overeen met dat bij de geneesmiddelen (verkeerd geneesmiddel c.q. overdosering tegenover bijwerking bij normaal gebruik - E850-E858 respectievelijk E930-E949).

Met andere woorden: Wanneer er sprake is van een geneeskundige (be)handeling die afwijkt van dat wat algemeen gebruikelijk is, dan valt de complicatie binnen de reeks E870-E876, is dat niet het geval, en was de (be)handeling dus geheel conform wat gebruikelijk is in een dergelijke omstandigheid, dan valt hij onder E878-E879.

Tot registratiejaar 2003 was algemeen codeadvies 3.7 van kracht waarin werd geadviseerd alleen een afwijkende gang van zaken tijdens de ingreep te coderen (E870-E876) als expliciet een fout vermeld werd.

Het gebruik van de codes E870-E876 drukt echter alleen het oorzakelijke verband uit en heeft niets met schuld of verwijtbaarheid te maken. Elke ingreep brengt immers een bepaald risico met zich mee. De codes 998.2 en E870.* bijvoorbeeld zijn in feite onlosmakelijk met elkaar verbonden terwijl een niet-opzettelijke snede niet altijd een vermijdbare en dus verwijtbare fout is. Het ligt vaak meer in de sfeer van een ongelukje dat altijd kan voorkomen. Het wegschrijven van dergelijke accidenten als abnormale reactie van de patiënt (E878-E879) is in feite het ontkennen van de realiteit.

De grote mate van voorzichtigheid bij het coderen van 'fouten' gemaakt door artsen zoals algemeen codeadvies 3.7 voorschreef is derhalve, met name m.b.t. E870-reeks, enigszins overdreven.

Algemeen codeadvies 3.7 is daarom met ingang van registratiejaar 2003 vervallen zodat er meer genuanceerd kan worden omgegaan met de codereeksen E870-E876.

Codeadvies

Leg de oorzaak van een complicatie bij medische behandeling vast volgens de realiteit met een code uit de reeks E870-E876 of uit de reeks E878-E879.

Ingangsdatum: 01-01-2003 (vanaf registratiejaar 2003)



Abortus: < 16 weken
Partus immaturus: ≥ 16 - < 28 weken

In Nederland kent men de volgende begrippen:

- abortus voor beëindiging van de zwangerschap in de eerste 16 weken
- partus immaturus voor beëindiging vanaf 16 weken tot 28 weken

In de Angelsaksische landen kent men de laatste term niet en spreekt men van 'abortion' tot een zwangerschapsduur van 22 weken. Als gevolg hiervan is de grens van 22 weken in de CvZ80 op een aantal plaatsen nog terug te vinden.

Lees waar in de CvZ80 (systematisch en alfabetisch) 22 weken staat 16 weken (o.a. bij de codes 632, 640, 643 en 644.0).

Van belang is om af te spreken wanneer men van een bevalling spreekt en wanneer de codes 630-639 voor 'misgeboorte' worden gebruikt.

AFSPRAAK

Spreek van bevalling, dus gebruik een code 640-676, bij elke beëindiging van een zwangerschap vanaf de (voltooide) 16e week (zowel bij een dode als levende vrucht).

Een uitzondering wordt gemaakt bij opname na de 16^e week voor 'missed abortion' (dus als bekend is dat de vrucht al voor het eind van de 16e week is afgestorven).

Andere termen, verband houdend met de zwangerschapsduur:

- partus praematurus vanaf 28 weken tot 37 weken
- partus à terme vanaf 37 weken tot 42 weken
- partus serotinus vanaf 42 weken

Registratie van de zwangerschapsduur is dus van veel belang.

Ingangsdatum: 01-01-2003 (vanaf registratiejaar 2003)

**5e cijfer bij code 640-676:**

- 1 bevalling met of zonder vermelding van aandoening vóór de partus
- 2 bevalling met vermelding van complicatie post partum
- 3 aandoening of complicatie vóór de bevalling
- 4 aandoening of complicatie post partum

0 bij een code 640-676 als verklaring voor een code 630-639

zie voorbeelden op blz. 146 (serie 25.3-2)

Inleiding

Bij code 640-676 wordt met een vijfde cijfer de behandelingsperiode aangegeven (CvZ80 blz. 490). Bij elk der codereeksen 640-648, 650-659, 660-669 en 670-676 wordt met het vijfde cijfer aangegeven of tijdens deze opname de bevalling heeft plaatsgevonden en of een complicatie voor of na de bevalling is opgetreden.

De codereeksen omvatten immers telkens aandoeningen, voornamelijk behorend tot een bepaalde periode.

Met het vijfde cijfer wordt de werkelijke situatie aangegeven.

5e cijfer	bevalling (tijdens deze opname)	complicatie vindt plaats
1	+	vóór (of tijdens) de partus
2	+	na de partus
3	-	vóór de partus
4	-	na de partus

Bij bevalling tijdens deze opname komt dus het 5e cijfer 1 of 2 in aanmerking, en wel 1 bij complicaties vóór of tijdens de bevalling, 2 bij een complicatie na de bevalling.

Het vijfde cijfer 3 en 4 wordt gebruikt bij opnamen zonder bevalling: 3 bij opname wegens complicaties vóór de partus, 4 bij aandoeningen na de partus die opname nodig maken.

Hieruit volgt dat bij één verantwoordelijkheidsperiode de combinatie van 5e cijfer 1 en 2 mogelijk is (wanneer er vóór en na de partus complicaties optreden), maar geen andere combinatie.

Code 630-639

Deze codes, die zwangerschappen met misgeboorte betreffen, hebben een eigen indeling van het vierde en vijfde cijfer.

- bij code 634-638 een 4e cijfer voor complicaties (blz. 483-484)
- bij code 634-637 een 5e cijfer voor compleet, incompleet of NNO (voetnoot)

Indien bij code 630-639 een code uit 640-676 wordt gebruikt voor het aangeven van de oorzaak, wordt bij deze code '0' gebruikt als vijfde cijfer.

voorbeeld

Afbreken van de zwangerschap bij een termijn kleiner dan 16.0 weken (*) (abortus provocatus lege artis (APLA))	635.92
wegens chromosoomafwijking van de vrucht	655.10

De '0' bij de tweede code is gebaseerd op de bovengenoemde code-afspraken.

vervolg op bladzijde 146 (serie 25.3-2)



voorbeelden 5e cijfer bij code 640-676

- | | |
|--|------------------|
| 1. Opname wegens dreigende partus prematurus in 29e week
(in 32e week na conservatieve therapie ontslagen) | 644.03 |
| 2. Opname wegens toxicose;
bij dezelfde opname stuitbevalling | 642.41
652.21 |
| 3. Bevalling met secundaire weeënzwakte | 661.11 |
| 4. Opname 37e week i.v.m. placenta praevia zonder bloeding
S.C. in 39e week; in kraambed febris e.c.i. | 641.01
672.02 |
| In dit geval is er een complicatie vóór en na de partus | |
| 5. H.p.p. na normale bevalling in het ziekenhuis | 666.12 |
| Code 650 wordt niet gebruikt als er enigerlei afwijking is.
Het feit van de bevalling wordt aangegeven met het 5e cijfer 2 | |
| 6. Opname na bevalling thuis wegens secundaire bloeding | 666.24 |
| 7. Opname voor inleiding middels Nalador bij een zwangerschaps-
duur \geq 16 weken (*) in verband met een chromosoomafwijking
van het kind | 655.11 |

(*) voor termijnsafspraken zie algemeen codeadvies 25.2.

Ingangsdatum: **01-01-2003** (vanaf registratiejaar 2003)



Inleiding

In de CvZ80 wordt voor het onderscheid in codering van een hartinfarct, acuut (410.*) - chronisch (414.8) - genezen of oud (412), een termijn vermeld van acht weken.

Uit de alfabetische index blijkt daarnaast het al dan niet aanwezig zijn van symptomen voor de codering een rol te spelen. Omdat dit gegeven in de praktijk bij de codeur, met name in het geval van een genezen of oud infarct, vaak niet bekend is heeft het termijngegeven tot nu toe de doorslag gegeven in adviezen. De termijn van acht weken blijkt echter verouderd en over het coderen van symptomatologie kunnen afspraken worden gemaakt.

Na uitgebreid overleg binnen de LWG en een inventarisatieronde onder medische registraties en cardiologen is daarom tot het volgende codeadvies besloten.

Codeadvies

- De termijn wordt aangepast in een termijn van vier weken.
- Als bij de diagnose oud hartinfarct informatie m.b.t. symptomen ontbreekt code 412.
- Als bij de diagnose oud hartinfarct informatie m.b.t. termijn ontbreekt:
 - met symptomen code 414.8
 - zonder symptomen of geen informatie m.b.t. symptomen code 412

Een oud hartinfarct met symptomen wordt dus afhankelijk van de termijn gecodeerd met code 410.* (< 4 weken) of code 414.8 (> 4 weken en termijn NNO).

Wij verzoeken u de termijn, in zowel het systematische als het alfabetische deel van de CvZ80, aan te passen (de wijzigingen zijn onderstreept).

Systematische deel:

Bij code 410 → Inclusies: aandoeningen classificeerbaar onder 414.1-414.9
gespecificeerd als acuut of met een vermelde duur van vier weken of minder

Bij code 414.8 → Aandoeningen classificeerbaar onder 410 gespecificeerd als
chronisch of met een vermelde duur van meer dan 4 weken

Alfabetische deel:

- ***pagina 341 (tweede en derde druk); pagina 343 (eerste druk)***
Infarct, infarcering
myocard, myocardiaal (acuut of met vermelde duur van 4 weken of minder) (met hypertensie) 410.9
met symptomen na 4 weken na infarct 414.8
....
chronisch (met symptomen na 4 weken na infarct) 414.8
- ***pagina 342 (tweede en derde druk); pagina 344 (eerste druk)***
Infarct, infarcering
myocard, myocardiaal (acuut of met vermelde duur van 4 weken of minder) (met hypertensie) – *vervolg*

Ingangsdatum: 01-01-2003 (vanaf registratiejaar 2003)



Inleiding en toelichting

Een tot nog toe ongeschreven regel luidt dat bij de codereeks 635 (geïnduceerde abortus op legale indicatie) altijd als het 5^e cijfer een '2' (compleet) dient te worden gebruikt alsof we de *situatie bij vertrek* uit het ziekenhuis vastleggen (er kan immers aangenomen worden dat 'de zwangerschapsproducten' bij een abortus provocatus lege artis (APLA) volledig worden verwijderd).

Dit, en dan met name de gebruikte toelichting, kan aanleiding zijn tot verwarring. Daarom hier een nadere uitleg.

In het kader van de LMR wordt voor elke opname of dagbehandeling, na ontslag uit het ziekenhuis, de diagnose (dus de aandoening) die reden was voor de opname vastgelegd (hoofddiagnose). Ook indien de codenummers van 634 t/m 637 (exclusief 635) van toepassing zijn wordt dit principe gevolgd. Bij de codenummers 634 t/m 637 (exclusief 635) wordt daarom met het 5^e cijfer het stadium van het abortieve proces op het moment dat medische zorg nodig is (dus op het moment van opname) geïdentificeerd. (0 = niet gespecificeerd; 1 = incompleet; 2 = compleet)

Wanneer de reden van opname een verrichting betreft is het niet altijd noodzakelijk dat er sprake is van een aandoening. De 'geïnduceerde abortus op legale indicatie' (code 635) is hiervan een voorbeeld. Er is in dat geval immers geen sprake van een te behandelen aandoening, maar slechts van een voorgenomen verrichting. De APLA is de reden van opname.

In zo'n geval moet noodzakelijkerwijs van het hierboven genoemde principe t.a.v. het 5^e cijfer worden afgeweken. In dat geval wordt de verrichting (635) als 'opnamediagnose' gecodeerd. Op het moment van opname is het abortieve proces per definitie nog niet in gang en als gevolg hiervan kan het 5^e cijfer dus eigenlijk niet worden gebruikt. Als oplossing hiervoor is afgesproken dat bij code 635 altijd het cijfer '2' als 5^e cijfer wordt gecodeerd.

Tot zover zijn deze regels redelijk eenduidig. Maar zoals zo vaak bij regels, bestaat er ook op deze regel een uitzondering. In de praktijk komt het soms voor dat er na een APLA, in het eigen ziekenhuis of elders uitgevoerd, zwangerschapsproducten blijken te zijn achtergebleven. Classificatietechnisch gezien is dan wederom codereeks 635 van toepassing (Alfabetische index: Retentie (in)(van), na Abortus – zie Abortus, naar soort; Abortus, legaal).

De indicatie voor deze (her)opname is in dat geval dus wederom de APLA, maar nu wel als 'een aandoening', nl. een APLA waarbij zwangerschapsproduct is achter gebleven. Met het oog op dat laatste (de verwijdering was incompleet) dient als 5^e cijfer dan ook gekozen te worden voor de '1' (= incompleet) en niet voor de '2'.

In het verleden werd door Prismant geadviseerd in dat laatste geval, indien mogelijk, de codering van de eerste opname te wijzigen (verfijning achteraf) in 635.*1. Omdat dit vaak niet mogelijk is (bijvoorbeeld eerste opname in andere instelling) en in feite ook niet correct (de indicatie voor de eerste opname betrof immers de verrichting abortus en niet een aandoening) geldt met ingang van registratiejaar 2004 onderstaand gewijzigde advies. Dit advies sluit aan bij een advies van Coding Clinic, een uitgave van de American Hospital Association.

Codeadvies

- Gebruik bij codereeks 635 altijd het 5^e cijfer '2' (compleet) tenzij het een opname voor achtergebleven zwangerschapsproducten na een APLA betreft,
- *Achtergebleven zwangerschapsproducten na APLA*
(Her)opname voor achtergebleven zwangerschapsproducten na een APLA wordt gecodeerd met de van toepassing zijnde code uit de reeks 635 (Geïnduceerde abortus op legale indicatie). Het vijfde cijfer is een '1' (incompleet), ook al is patiënte voor dezelfde zwangerschap eerder ontslagen met de diagnose complete abortus (635.*2).

Voorbeeld:

Opname voor heftig bloedverlies één week na electieve abortus; curettage.

PA-verslag: achtergebleven zwangerschapsproducten.

code 635.11 Geïnduceerde abortus op legale indicatie, gecompliceerd door late of excessieve bloeding; incompleet

Ingangsdatum: **01-01-2004** (vanaf registratiejaar 2004)



Inleiding

Uit de codeerpraktijk is gebleken dat het eenduidig registreren van 'letsel' nogal eens problemen oplevert. Het gaat dan met name om de vraag wanneer een letsel (nog) in hoofdstuk 17 (Ongevalsletsels en vergiftigingen) thuishoort ofwel 'vers letsel' betreft. Denk hierbij bijvoorbeeld aan patiënten die met de zogenaamde gipsvlucht van hun wintersportvakantie terugkeren en in het ziekenhuis worden opgenomen voor hun behandeling.

De Classificatie van Ziekten (CvZ80) kent eigenlijk geen 'vers letsel', maar uitsluitend 'letsel' (800-959 + E-code) en (binnen deze codereeks) 'late gevolgen van letsel' (905-909).¹ Er wordt daarbij geen duidelijk tijds criterium voor dit onderscheid gegeven.

Om tot een eenduidige registratie te komen is derhalve een tweetal voorwaarden opgesteld die, wanneer aan deze voorwaarden wordt voldaan, leidt tot de codering van 'vers' letsel ofwel traumatologie (800-959).

Codeadvies

- Gebruik voor een letsel-diagnose altijd een code uit hoofdstuk 17 (Ongevalsletsels en vergiftigingen) (800-959) indien aan de volgende twee voorwaarden wordt voldaan:
 1. Er is een 'luxerend moment', een voorval waar de aandoening een oorzakelijke relatie mee heeft.
 2. Er zijn aanwijzingen / feiten waardoor duidelijk is dat de aandoening zich nog in de verse (herstel-) fase bevindt (bijvoorbeeld opname-indicatie acuut, via eerste hulp, gekoppeld aan externe oorzaak (E-code), opname < 6 weken² vanaf luxerend moment).
- Codeer bij 'opname voor secundair peesherstel' het oorspronkelijke letsel, te weten 'open wond met peesletsel', zie algemeen codeadvies 12.5.
- Gebruik in alle andere gevallen van letsel-diagnosen een code uit één van de overige hoofdstukken.

N.B. Voor 'late gevolgen van letsel' wordt de omschrijving genoemd op blz. 728, van het systematische deel van de CvZ80, gehanteerd:

De 'late gevolgen' omvatten die, welke als zodanig zijn gespecificeerd, of als gevolgoestanden, of die welke een jaar of langer na het acute trauma nog aanwezig zijn.

Voor de codering van 'late gevolgen van letsel': zie algemeen codeadvies 3.2, punt 3.

Ingangsdatum: 01-01-2005 (vanaf registratiejaar 2005)

¹ Ondanks het feit dat de classificatie alleen 'letsel' en 'late gevolgen van letsel' onderscheidt komt de terminologie 'oud' en 'vers letsel' er toch in voor, zie in- en exclusie bij de codereeks 717 en omschrijvingen bij bijvoorbeeld de codes 717.0, 717.8* en 718.0*.

² De termijn van 6 weken is zowel arbitrair als in overeenstemming met de, in het algemeen, door de beroepsgroep van het bewegingsapparaat gehanteerde termijn.



Inleiding

Voor de codering van maligne neoplasmata van de oesofagus staan de codes 150.0 t/m 150.9 en code 151.0 (Cardia; cardio-oesofageale overgang) ter beschikking.

Bij de codes 150.2, 150.5 en 151.0 zijn daarbij in de Classificatie van Ziekten 1980 (CvZ80) exclusies opgenomen o.b.v. morfologie; *adenocarcinomen* van de oesofagus dienen te worden vastgelegd met code 151.0, *plaveiselcelcarcinomen* van de oesofagus met code 150.2 respectievelijk 150.5. Met andere woorden: de classificatie acht de morfologie hier belangrijker dan de lokalisatie.

Toch is nu gebleken dat men in de praktijk de lokalisatie belangrijker vindt. Ook in de ICD-10 (de opvolger van de ICD-9(-CM) waarop de CvZ80 is gebaseerd) is de lokalisatie, en niet de morfologie, het onderscheidende kenmerk. De bijbehorende morfologie is m.b.v. de CvZ80 aanvullend vast te leggen door gebruikmaking van de M-codering.

In samenspraak met de LWG is derhalve besloten de 'morfologische' exclusies bij de codes 150.2, 150.5 en 151.0 te schrappen.

Codeadvies

Codeer alle maligne neoplasmata van de oesofagus naar lokalisatie, dus ongeacht de morfologie.

Wij verzoeken u de tekst, op pagina 95 van het systematische deel van de CvZ80, conform onderstaande aan te passen (= driemaal verwijderen van exclusie):

150.2 Abdominale oesofagus

Exclusies: — ~~adenocarcinoom (151.0)~~
~~cardio-oesofageale overgang (151.0)~~

150.5 Onderste derde deel van de oesofagus

Distaal derde deel van de oesofagus
Exclusies: — ~~adenocarcinoom (151.0)~~
~~cardio-oesofageale overgang (151.0)~~

151.0 Cardia

Cardio-oesofageale overgang
Orificium cardiacum
Exclusie: — ~~plaveiselcel carcinoom (150.2, 150.5)~~

N.B. Wanneer uw ziekenhuis gebruik wil gaan maken van de morfologiecodering (M-code) dan geldt het volgende:

- De M-code is een facultatief gegeven. Bij deelname moet de M-code worden opgegeven in alle gevallen waarbij in de direct voorafgaande diagnosecodering één van de codenummers of een reeks van codenummers van 140 t/m 239 is ingevuld.
- Wijzigingen in het wel of niet deelnemen aan een facultatieve rubriek kunnen, m.u.v. de vrije ruimten, alleen op jaarbasis (= registratiejaar) plaatsvinden.
Wilt u voor het registratiejaar 2005 van de M-codering gebruik gaan maken neem dan contact met ons op via de servicedesk, tel. 030 2345 800.

Ingangsdatum: 01-01-2005 (vanaf registratiejaar 2005)

**Alzheimer dementie**

- NNO	290.0 (290.20, 290.21 of 290.3) + 331.0
- preseniële vorm	290.1* + 331.0
- seniele vorm	290.0 (290.20, 290.21 of 290.3) + 331.0

Inleiding

Toen Dr. Alois Alzheimer in 1907 voor het eerst over de ziekte van Alzheimer publiceerde, beschreef hij zijn patiënte, een vrouw van eenenvijftig jaar. Vandaag zouden we haar een jonge Alzheimerpatiënte noemen. Onze huidige kennis over de ziekte van Alzheimer, de voornaamste vorm van dementie, is veel groter dan bij het begin van de 20^e eeuw.

De classificering van Alzheimer dementie in de Classificatie van Ziekten 1980 (CvZ80) is nog steeds gebaseerd op de informatie die er begin 20^e eeuw over deze ziekte voorhanden was. Via de alfabetische lijst (o.a. Dementie, Alzheimer en Alzheimer, dementie) wordt men naar code 290.10 geleid die staat voor een 'preseniële' vorm van dementie.

In de ICD-10, maar ook in updates van de ICD-9-CM (latere versies dan die waarop de CvZ80 is gebaseerd), is het nu mogelijk om zowel een preseniële vorm (ontstaan vóór het 65^e jaar) als een seniele vorm (ontstaan na het 65^e jaar, doorgaans na het 75^e jaar of nog later) van Alzheimer dementie vast te leggen. In de ICD-9-CM (versie 1996) is daarbij als default gekozen voor de seniele variant. Omdat dementie van het Alzheimer-type voornamelijk optreedt bij patiënten tussen de 70 en 80 jaar (de seniele vorm) hebben wij besloten bovenstaande lijn ook in de CvZ80 te gaan volgen.

Codeadvies

Alzheimer dementie

- NNO	290.0 (290.20, 290.21 of 290.3) + 331.0
- preseniële vorm	290.1* + 331.0
- seniele vorm	290.0 (290.20, 290.21 of 290.3) + 331.0

Wij verzoeken u derhalve in het alfabetische deel van de CvZ80 onderstaande wijzigingen, of een verwijzing naar dit codeadvies, aan te brengen (de wijzigingen zijn onderstreept en doorgestreept).

- ***pagina 47 (eerste, tweede, derde en vierde druk)***

Alzheimer

dementie (seniel) ~~290.10~~ 290.0
 met
 delirium 290.3
 depressieve trekken 290.21
 waanachtige trekken 290.20
sclerose of ziekte 331.0
 met dementie - zie Alzheimer, dementie ~~290.10~~
preseniël 290.10
 met
 delirium 290.11
 depressieve trekken 290.12
 waanachtige trekken 290.13

- ***pagina 193 (eerste, tweede, derde en vierde druk)***

Dementia, dementie (*zie ook Psychose*) 298.9
 bij
 Alzheimer, ziekte van - zie Alzheimer, dementie ~~290.10~~
 ...
 Alzheimer - zie Alzheimer, dementie ~~290.10~~

vervolg op bladzijde 152 (serie 27.3-2)



-
- **pagina 621 (eerste, tweede, derde en vierde druk)**

Sclerose, sclerotisch

...
Alzheimer 331.0
met dementie - zie Alzheimer, dementie 290.10

- **pagina 661 (eerste, tweede, derde en vierde druk)**

Syndroom (van) – zie ook Ziekte

...
Alzheimer 331.0
met dementie - zie Alzheimer, dementie 290.10

- **pagina 758 (tweede, derde en vierde druk; pagina 757 (eerste druk))**

Ziekte (van)

...
Alzheimer 331.0
met dementie - zie Alzheimer, dementie 290.10

Verplaats in het systematische deel van de CvZ80 de aanwijzing:

Gebruik aanvullende code om de ermee samenhangende neurologische aandoening aan te geven zoals:

ziekte van Alzheimer (331.0)

ziekte van Jacob-Creutzfeld (046.1)

ziekte van Pick van de hersenen (331.1)

bij code 290.1 naar het begin van codereeks 290 (Seniele en preseniële organische psychotische aandoeningen).

N.B. De codering van dementie (preseniël/seniël) is niet afhankelijk van de (huidige) leeftijd van een patiënt maar van zijn/haar leeftijd op het moment van ontstaan van de ziekte.

Ingangsdatum: 01-01-2005 (vanaf registratiejaar 2005)

**Bestraling i.e.z.**

(stralingsbron buiten, en op enige afstand van, het lichaam) (zie 1)

3-210.* Stralingstherapie

Invasieve brachytherapie

(stralingsbron *in* het aangedane weefsel) (zie 2c) (ook indien ingebracht via lichaamsholte)

3-220.* Isotopenimplantatie

- **Operatief** plaatsen van met radio-actief materiaal gevulde omhulsels: incisie in het betreffende orgaan (primaire verrichting) + code 3-220.* (nevenverrichting)
- **Operatief** plaatsen van lege omhulsels t.b.v. radio-actief materiaal: incisie in het betreffende orgaan
- Vullen van, **operatief** geplaatste, omhulsels met radio-actief materiaal: code 3-220.*

Externe brachytherapie

(stralingsbron buiten het lichaam *op* het aangedane weefsel)(zie 2a)

3-228 Overige gespecificeerde therapeutisch nucleair geneeskundige verrichtingen

Niet-invasieve, intracavitare brachytherapie

(stralingsbron in lichaamsholte *op* het aangedane weefsel) (zie 2b)

3-228 Overige gespecificeerde therapeutisch nucleair geneeskundige verrichtingen

Inleiding

Binnen de radiotherapie wordt door middel van bestraling (electromagnetische straling of deeltjes) een therapeutisch effect nagestreefd. Hierbij zal men er steeds naar streven dat de energie die in deze straling besloten zit zich concentreert in de aandoening, terwijl het omringende weefsel hiervan zo weinig mogelijk mee krijgt. Om dat laatste te bewerkstelligen worden verschillende methodieken gehanteerd.

Van groot belang hierbij is onder andere de mate waarin de aandoening bereikbaar is voor het applicatie-instrument, het instrument dat de straling levert. Dit bepaalt in feite de primaire onderverdeling van de radiotherapie:

1. Bestraling in engere zin des woords

De bron bevindt zich uitwendig van het lichaam en in principe op enige afstand van het oppervlak van dat lichaam. Door de bron te bewegen, maar er wel voor te zorgen dat de straling de aandoening steeds blijft treffen, wordt voorkomen dat weefsel tussen bron en aandoening een te grote dosis (te veel energie) ontvangt.

2. Brachytherapie

De bron bevindt zich in principe direct op, of zelfs in, de aandoening. Door het type straling juist te kiezen kan voorkomen worden dat het zover doordringt in het weefsel, dat naast het zieke weefsel ook het gezonde weefsel wordt bereikt.

Bij brachytherapie kunnen zich dus in feite drie situaties voor doen:

- a. de bron bevindt zich op het aangedane weefsel, maar bevindt zich wel buiten het lichaam (aan het lichaamsoppervlak = in contact met de huid),
- b. de bron bevindt zich op het aangedane weefsel, maar bevindt zich in het lichaam (in een via een natuurlijke opening te bereiken holte),
- c. de bron bevindt zich in het aangedane weefsel (de continuïteit van het bovenliggende weefsel moet worden onderbroken voor het plaatsen van de bron).

Idealiter zou voor de codering een verdeling in 'op afstand' versus 'brachytherapie' met voor de laatste een onderverdeling naar -interstitieel (in het weefsel)(2c), -intracavitair (2b) en -uitwendig (extern)(2a) dan ook de voorkeur verdienen. Binnen de huidige onderverdeling in de Classificatie van Verrichtingen (3-21, 3-22) is dat helaas niet mogelijk.

vervolg op bladzijde 154 (serie 27.4-2)



Codeadvies

Om toch zoveel mogelijk uniformiteit in de codering te bewerkstelligen, met bovenstaande verdeling als uitgangspunt, adviseren we daarom m.i.v. registratiejaar 2005 om Bestraling i.e.z. (1) vast te leggen met een code uit de 3-210-reeks (Stralingstherapie) en Brachytherapie (2) met een code uit de 3-22-reeks (Therapeutisch nucleair geneeskundige verrichtingen) vast te leggen.

In de CvV wordt onder 3-22 alleen het isotoop Radium benoemd. Tegenwoordig zijn er veel meer isotopen dan Radium die opgewerkt kunnen worden tot een stralingsbron. In de praktijk worden voor brachytherapie verschillende isotopen in verschillende applicatievormen gebruikt (Cesium, Kobalt, Iridium, Radium, Selectron enz.). Daarom is nu besloten ook implantatie van andere isotopen m.b.v. de reeks 3-220 te registreren¹.

Door de term 'implantatie' bij de 3-220-reeks is besloten deze reeks de betekenis te geven van 'het erin prikken' van radio-actief materiaal, de continuïteit van het bovenliggende weefsel wordt onderbroken ten behoeve van het plaatsen van de bron (2c).

Dit in tegenstelling tot de situatie waarbij de stralingsbron in een gepreformeerde (= natuurlijke) holte van het lichaam (bijv. in cavum uteri, in de vagina, in de blaas) wordt aangebracht, en dus (via een natuurlijke opening) *op* het aangedane weefsel (2b). In zo'n geval (intracavitair) kiezen we daarom voor het gebruik van code 3-228 (Overige gespecificeerde therapeutisch nucleair geneeskundige verrichtingen).

"Bestraling van een cervixcarcinoom" vormt evenwel een probleem. Dit kan zowel intracavitair (3-228) als ook invasief (in het aangedane weefsel) plaatsvinden (3-220.1). Voor een juiste codering hebt u dus meer informatie nodig.

Samenvatting codeadvies

- 3-210.* Stralingstherapie
 - bestraling i.e.z.
(stralingsbron buiten, en op enige afstand van, het lichaam) (zie 1)
- 3-220.* Isotopenimplantatie
 - invasieve brachytherapie
(stralingsbron *in* het aangedane weefsel) (zie 2c) (ook indien ingebracht via lichaamsholte)
- 3-228 Overige gespecificeerde therapeutisch nucleair geneeskundige verrichtingen
 - externe brachytherapie
(stralingsbron buiten het lichaam *op* het aangedane weefsel) (zie 2a)
 - niet-invasieve, intracavitare brachytherapie
(stralingsbron in lichaamsholte *op* het aangedane weefsel) (zie 2b)

N.B. Voor het *operatief* plaatsen van omhulsels, naaldjes et cetera, al dan niet al voorzien van radio-actief materiaal, luidt het advies dit als 'incisie' (in het betreffende orgaan) op te vatten.

Vindt er direct bestraling plaats, dus wanneer de omhulsels, naaldjes et cetera al voorzien zijn van radio-actief materiaal, dan de incisie als primaire verrichting vastleggen en de bestraling (isotopenimplantatie) als nevenverrichting.

Wanneer het *vullen* van de applicatie met radio-actief materiaal (= bestraling) in een later stadium plaatsvindt adviseren wij dan alleen de "isotopenimplantatie" (code 3-220.*) vast te leggen.

Ingangsdatum: 01-01-2006 (vanaf registratiejaar 2006)
of zo mogelijk eerder

¹ Vervang de term 'radium' bij 3-220.* in uw classificatie overal door 'isotopen'.



-
- **verplaatsing prothese t.o.v. oorspronkelijke inbrengplaats in bot (t.g.v. trauma)**
996.4 + E878.1 (+ E-code trauma)
 - **prothesekop uit kom t.g.v. trauma**
835.00 + E-code trauma + V43.6
 - **prothesekop uit kom, spontaan**
996.7 + E878.1 + 718.*5 + evt. V43.6
 - **NNO**
835.00 + E-code trauma (NNO E928.99) + V43.6

Inleiding en toelichting

Uit de codeerpraktijk is gebleken dat het registreren van “luxerende heupprothesen” niet eenduidig plaatsvindt. De oorzaak hiervan is m.n. gelegen in een aanwijzing in de Alfabetische lijst – Luxatie, prothese, inwendig - zie *Complicatie, mechanisch* – en de interpretatie daarvan.

Bij patiënten met een gewrichtsprothese neemt de prothese de functie van het deel van het oorspronkelijke gewricht over, waar het een vervanging voor is, en de zo ontstane situatie kan daarmee dus als (nieuw) gewricht beschouwd worden.

Dit (nieuwe) gewricht kan luxeren (gewrichtsluxatie) maar ook de prothese zelf kan voor problemen zorgen, het implantaat kan luxeren (uit de positie waarin het tijdens de operatie in het bot werd gefixeerd), een zogenaamde mechanische complicatie.

Verder kan bij het plaatsen van een prothese een inschattingsfout gemaakt zijn bij het kiezen van de maat van de prothese. Als gevolg hiervan ontstaat een situatie waarbij de kop relatief gemakkelijk (en dan meestal bij herhaling) uit de kom luxeert. De luxatie is ‘een gevolg van’ die inschattingsfout: een complicatie van de ingreep dus (overige complicaties).

Met het oog op een eenduidige codering is het volgende uitgangspunt leidend:

Een heupluxatie is een aandoening van het gewricht en niet een aandoening van de prothese. Met de prothese zelf is in het geval van een gewrichtsluxatie niets aan de hand.

Er kunnen zich dus drie verschillende situaties voordoen die vanuit medisch inhoudelijk oogpunt verschillend zijn en waarbij het dus zinvol is om deze in de registratie te kunnen onderscheiden.

De volgende situaties kunnen worden onderscheiden:

1. luxatie van de prothese
2. gewrichtsluxatie (kop-uit-de-kom)
 - a. door trauma
 - b. spontaan

ad 1) luxatie van de prothese

Wanneer de prothese zelf, en dus niet het (nieuwe) gewricht, luxeert dan is er sprake van een mechanische complicatie.

Een *mechanische complicatie* is een complicatie waarbij iets met het hulpmiddel zelf aan de hand is. In het geval van luxatie van gewrichtsprothesen wordt daarmee een *verplaatsing t.o.v. de oorspronkelijke inbrengplaats in het bot waarin het verankerd werd* bedoeld.

Patiënten met deze complicatie zullen vrijwel altijd *onder het mes* moeten voor het (opnieuw) vastzetten van de prothese in het bot.

ad 2a) gewrichtsluxatie (kop-uit-de-kom) door trauma

Net als bij oorspronkelijke gewrichten kan een trauma een *gewrichtsluxatie* tot gevolg hebben.

In principe zal er in deze gevallen uitsluitend een *repositie* worden uitgevoerd om de gewrichtsluxatie op te heffen.

Het feit dat er, als bijkomende omstandigheid, sprake is van ‘een nieuw gewricht’ (prothese in situ) is voor de codering als nevendiagnose (dus niet als hoofddiagnose) van belang (V-code).

vervolg op bladzijde 156 (serie 28.1-2)



ad 2b) gewrichtsluxatie (kop-uit-de-kom) spontaan

Dit betreft gewrichtsluxaties die bijvoorbeeld door een te kleine kop of te ruime kom optreden. Er is ook in dit geval niets aan de hand met de prothese zelf, maar de prothese veroorzaakt wel de luxatie (de specialist heeft wellicht een inschattingsfout gemaakt bij het kiezen van de maat). Er is sprake van een *complicatie van een medische verrichting*.

De patiënt zal (uiteindelijk) *onder het mes* moeten bijvoorbeeld voor een *vervanging van (een deel van) de prothese* (bijvoorbeeld een grotere kop).

N.B. Gegeven is het feit dat situatie 2b, als er in eerste instantie alleen tot repositie wordt overgegaan, niet altijd herkend zal worden. Daarnaast kan bij deze gewrichtsluxatie ook sprake zijn van een trauma, bijvoorbeeld een val. Vaak zal het dan niet duidelijk zijn of er sprake is van ‘trauma waardoor’ een luxatie optreedt of ‘trauma doordat’ een luxatie optreedt. Voor deze optie kan daarom vaak pas worden gekozen als er vaker een luxatie optreedt of wanneer daadwerkelijk tot vervanging van (een deel van) de prothese wordt overgegaan.

En dan zijn er natuurlijk ook nog de zogenaamde overgangssituaties.

- Als de prothese is uitgebroken uit de inbrengplaats in het bot dan kan hieraan ook een luxerend moment, bijvoorbeeld een val, zijn voorafgegaan.
Wanneer dit het geval is kan de codering worden uitgebreid met een extra E-code voor de val.
- In het geval van een kop-uit-de-kom (situatie 2a en 2b) terwijl ook de prothese niet (meer) op zijn oorspronkelijke plaats in het bot zit (situatie 1) is de ‘kop-uit-de-kom’ ondergeschikt aan de mechanische complicatie.
Registreer in zo’n geval de mechanische complicatie als hoofddiagnose.
- Als default (NNO) is gekozen voor de traumatische kop-uit-de-kom-situatie (situatie 2a) omdat deze situatie het meest voor de hand ligt en voorkomt.
Naar aanleiding van informatie over een eventueel uitgevoerde verrichting kan zonodig tot een specifiekere codering worden overgegaan.

Codeadvies

“Luxerende heupprothese”

- Verplaatsing (luxatie) van de prothese t.o.v. de oorspronkelijke inbrengplaats in het bot
= mechanische complicatie van inwendig orthopedisch hulpmiddel of implantaat
996.4 + E878.1
 - t.g.v. trauma 996.4 + E878.1 + E-code trauma
- Prothesekop uit de kom t.g.v. trauma
= gewrichtsluxatie 835.00 + E-code trauma + V43.6
- Prothesekop uit de kom, spontaan
= overige complicaties van inwendig orthopedisch hulpmiddel of implantaat
996.7 + E878.1 + 718.*5¹ + evt. V43.6
- NNO 835.00 + E-code trauma (NNO E928.99) + V43.6

Ingangsdatum: 01-01-2006 (vanaf registratiejaar 2006 of zo mogelijk eerder)

¹ . 25 pathologische luxatie respectievelijk .35 recidiverende gewrichtsluxatie om de specificiteit van de complicatie vast te leggen (zie algemeen codeadvies 19.10).



Screening **zie stroomschema en voorbeelden***Inleiding*

Regelmatig blijkt dat het algemeen codeadvies 4.2 vragen oproept m.b.t. het gebruik van de specifieke screeningscodes (V73-V82): Wat is nu precies de scheidslijn tussen (het gebruik van deze) screening(s)codes en (codes voor) andere onderzoeken?

Daarnaast blijkt ook dat er regelmatig wordt afgeweken van dit advies, met name omdat bij de codes V73-V82 veel meer detaillering aanwezig is dan met de codereksen V70 (algemeen medisch onderzoek), V71 (observatie) en V72 (speciale onderzoeken) kan worden vastgelegd.

Dit roept de vraag op, op welke manier het mogelijk is om enerzijds op een eenduidige wijze gebruik te maken van genoemde screeningcodes en anderzijds tegemoet te komen aan de wens tot detaillering die er vanuit het oogpunt van informatievoorziening is.

Screening

We spreken van screening als er sprake is van een onderzoek bij (een individu uit) een groep, zonder dat er bij de leden van die groep voorafgaande aan het onderzoek een verdenking bestaat op een ziekte of zonder dat er een afwijking bestaat waarop dat onderzoek gericht is.

Selectie van de groep vindt vrijwel steeds plaats op grond van 'risicofactoren' voor de ziekte of afwijking waarop het onderzoek gericht is, een kenmerk van de patiënt dus zoals bijvoorbeeld leeftijd, geslacht, (familie-)anamnese. Het individu heeft dus géén klacht of symptoom, passend bij de ziekte of afwijking waarop het onderzoek gericht is.

De intentie van het onderzoek is het vroegtijdig opsporen van bepaalde ziekten of afwijkingen met het oog op vroege interventie.

Andere onderzoeken en observatie

Bij onderzoek naar een bekende of veronderstelde aandoening spreken we van diagnostisch onderzoek. De patiënt heeft een aandoening, symptomen of klachten waarop het onderzoek gericht is (V72.*).

Diagnostisch onderzoek kan ook plaatsvinden in het kader van follow-up ná de behandeling van een aandoening (V67.*) of pre-operatief (V70.8). In het laatste geval wordt onderzocht of een reeds bekende/bestaande aandoening geen contra-indicatie voor de operatie vormt of wellicht een aanpassing van de behandeling noodzakelijk maakt.

In het geval van observatie (V71.*) is er minimaal sprake van een verdenking op een bepaalde aandoening.

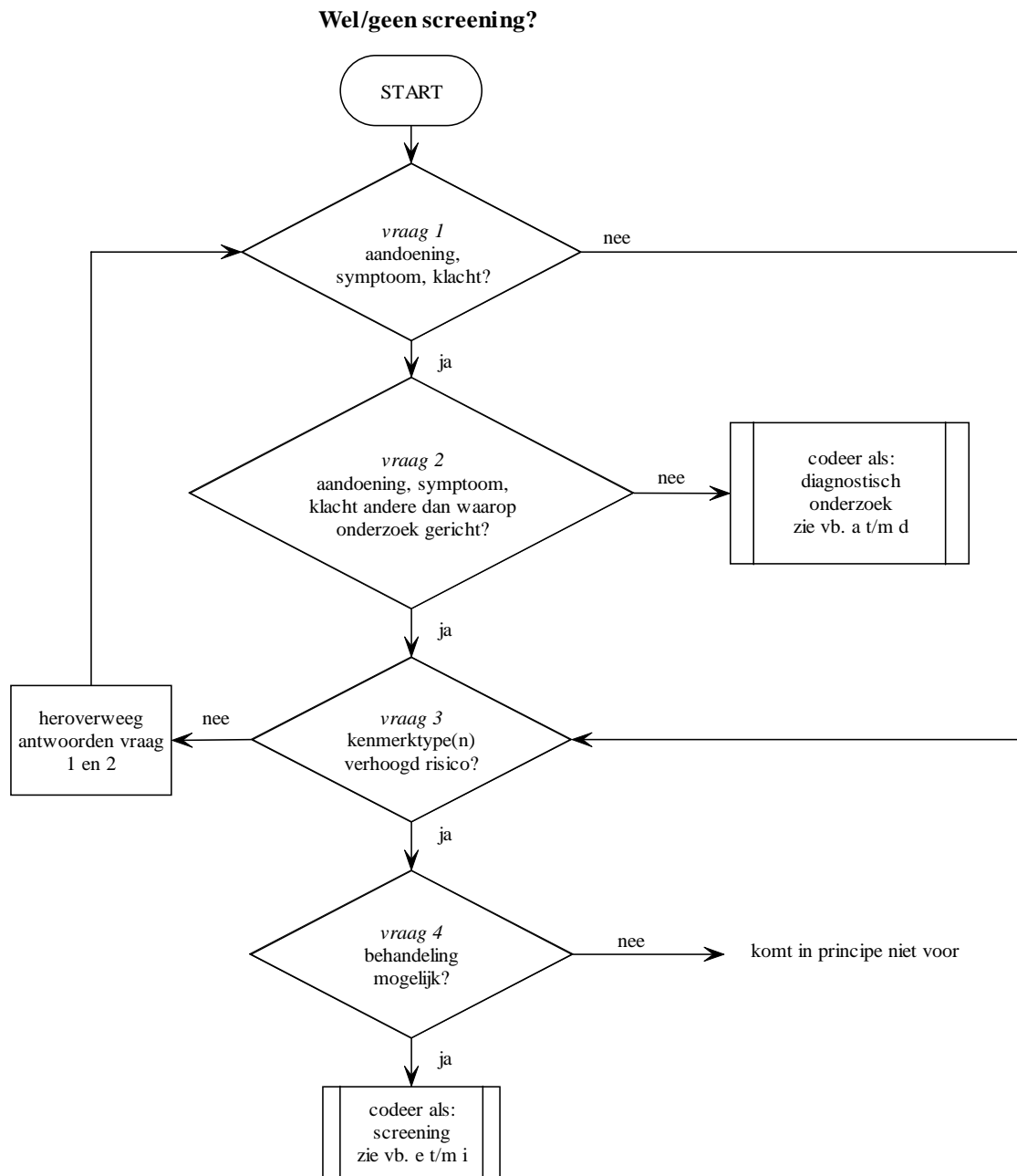
Praktische uitwerking:

Om te bepalen of een onderzoek een screening betreft dienen in feite de volgende vier aspecten te worden beoordeeld:

- Wordt het onderzoek geïnitieerd als onderdeel van de behandeling van een aandoening, symptoom of klacht?
- Is de aandoening, het symptoom of de klacht in het kader waarvan het onderzoek plaatsvindt een andere dan de aandoening waarop het onderzoek gericht is?
- Is er één of meer kenmerk(t)en te benoemen op grond waarvan individuele personen kunnen worden geselecteerd die tot een groep behoren die een verhoogd risico heeft op het krijgen van de aandoening waarop het onderzoek gericht is?
- Is er behandeling mogelijk voor de aandoening waarop het onderzoek gericht is?

Deze vier vragen zouden bij zo'n afweging op de navolgende wijze als *stappenplan* (zie stroomschema op de volgende bladzijde) kunnen worden gehanteerd:

vervolg op bladzijde 158 (serie 28.2-2)



Voorbeelden

In het algemeen vinden pre-operatief diagnostisch onderzoek en screening veelal buiten de (dag)kliniek plaats, bijvoorbeeld op de polikliniek, en worden dan dus niet binnen de LMR geregistreerd. Voor een deel van de navolgende voorbeelden geldt dan ook dat het niet waarschijnlijk is dat ze ten behoeve van de LMR gecodeerd zullen moeten worden, ze dienen slechts als voorbeeld. Bij de gegeven coderingen is er wel steeds vanuit gegaan dat het om een codering ten behoeve van de LMR gaat.

Diagnostisch onderzoek (zie ook algemeen codeadvies 14.10 Opname voor diagnostisch onderzoek):

- a) slaapregistratie i.v.m. slaapstoornissen
780.50 + eventueel V72.8
- b) coloscopie i.v.m. buikklachten
789.0 + eventueel V72.8

vervolg op bladzijde 159 (serie 28.2-3)



In beide voorbeelden (a en b) wordt het onderzoek geïnitieerd als onderdeel van de behandeling van een aandoening respectievelijk klacht (vraag 1 = ja).

Het onderzoek vindt plaats in het kader van én gericht op diezelfde aandoening respectievelijk klacht (vraag 2 = nee).

Diagnostische onderzoek in het kader van follow-up

- c) controlecystoscopie na operatieve behandeling i.v.m. blaascarcinoom 6 maanden geleden
V67.0 + V10.51

Het onderzoek wordt geïnitieerd als onderdeel van de behandeling van een aandoening (vraag 1 = ja). Het (behandelde) blaascarcinoom is ook de aandoening waarop het onderzoek is gericht (vraag 2 = nee). Het onderzoek vindt plaats in het kader van follow-up.

'Adhoc' pre-operatief diagnostisch onderzoek

- d) pre-operatief onderzoek door cardioloog bij patiënt met liesbreuk bekend met hartaandoening
550.90¹ + code hartaandoening + V70.8

Het onderzoek vindt plaats als een onderdeel van de behandeling van een aandoening (liesbreuk) (vraag 1 = ja). Het cardiologisch onderzoek vindt immers plaats met het oog op de voorgenomen operatie aan de liesbreuk.

Het pre-operatief cardiologisch onderzoek, i.v.m. het bestaan van de hartaandoening (ad hoc), richt zich op de eventuele consequenties voor de voorgenomen liesbreukoperatie (vraag 2 = nee).

Screening

- e) coloscopie bij patiënt met polyposis coli *ter uitsluiting van coloncarcinoom*
211.3 (+ M-code) + V76.49²

Het onderzoek wordt geïnitieerd als onderdeel van de behandeling van een aandoening (polyposis coli) (vraag 1 = ja).

Het onderzoek leidt eventueel tot een vroegtijdige behandeling van een andere aandoening (coloncarcinoom)³; patiënten met de aandoening polyposis coli hebben een verhoogd risico op het ontstaan hiervan, een andere aandoening (en dus andere behandeling) dan die in het kader waarvan het onderzoek plaatsvindt (vraag 2 = ja).

Het hebben van polyposis coli is het gemeenschappelijke kermerk van de groep die in aanmerking komt voor het onderzoek naar (i.e. de screening op) coloncarcinoom: de groep met een verhoogd risico op coloncarcinoom (vraag 3 = ja).

Als gevolg van het onderzoek is (vroeg) behandeling van een eventueel coloncarcinoom mogelijk (vraag 4 = ja).

- f) onderzoek naar borstkanker i.v.m. borstkanker in de familie-anamnese
V76.1 + V16.3

Het onderzoek wordt *niet* geïnitieerd als onderdeel van de behandeling van een aandoening, symptomen of klachten (vraag 1 = nee).

Op grond van de familie-anamnese (kenmerktype) worden individuele patiënten die tot deze groep met een verhoogd risico behoren geselecteerd (vraag 3 = ja).

Door vroege detectie is (tijdige) behandeling mogelijk voor de aandoening waarop het onderzoek is gericht (vraag 4 = ja).

vervolg op bladzijde 160 (aca 28.2-4)

¹ Voor 'ad hoc' pre-operatief onderzoek geldt code V70.8 (nevendiagnose) waarbij de aandoening die (in de toekomst) behandeld gaat worden als hoofddiagnose dient te worden geregistreerd.

² De screeningscode dient bij een dergelijke groep, een groep met een risicovolle aandoening, als nevendiagnose te worden vastgelegd omdat binnen de LMR geldt dat de aandoening op de eerste plaats komt.

³ Wanneer aanvullende informatie zoals in dit voorbeeld "ter uitsluiting van" ontbreekt leidt het stappenplan uiteraard tot een andere uitkomst (in dat geval geen screening) respectievelijk codering.

Vraag 1 = ja, vraag 2 = nee.

211.3 (+ M-code) + eventueel V72.8



- g) onderzoek naar aandoening van de geslachtsorganen bij DES-dochter (zie ook algemeen codeadvies 23.1)
V81.6 + V15.89

Het onderzoek wordt *niet* geïnitieerd als onderdeel van de behandeling van een aandoening, symptomen of klachten (vraag 1 = nee).

Wel is er een kenmerktype, het DES-gebruik van de moeder, op grond waarvan individuele patiënten kunnen worden geselecteerd die tot deze groep met een verhoogd risico behoren (vraag 3 = ja).

Er is behandeling mogelijk voor de aandoening waarop het onderzoek gericht is (vraag 4 = ja).

- h) specifiek pre-operatief onderzoek i.v.m. de leeftijd van de patiënt(e), bijvoorbeeld pre-operatief onderzoek naar cardiovasculaire aandoeningen bij alle patiënten ouder dan 65 jaar
OK-diagnose⁴ + V81.2

Het onderzoek wordt geïnitieerd als onderdeel van de behandeling van een aandoening (de OK-diagnose) (vraag 1 = ja).

Het pre-operatieve onderzoek is gericht op (een) andere aandoening(en) dan de aandoening in het kader waarvan het onderzoek plaatsvindt (vraag 2 = ja).

Er is een kenmerk, de leeftijd van de patiënt (ongeacht of patiënt wel/niet klachten heeft), op grond waarvan individuele patiënten kunnen worden geselecteerd (vraag 3 = ja).

Er is behandeling mogelijk voor de aandoening(en) waarop het onderzoek gericht is (vraag 4 = ja).

- i) mammografie bij vrouwen tussen de 50 en 75 jaar in het kader van bevolkingsonderzoek (de zogenaamde mammografiebus)
V76.1

Het onderzoek wordt *niet* geïnitieerd als onderdeel van de behandeling van een aandoening, symptomen of klachten (vraag 1 = nee).

Op grond van de kenmerktypen leeftijd en geslacht worden individuele patiënten die tot deze groep met een verhoogd risico behoren geselecteerd (vraag 3 = ja).

Er is behandeling mogelijk voor de aandoening waarop het onderzoek gericht is (vraag 4 = ja).

Dit codeadvies vervangt algemeen codeadvies 4.2 dat derhalve m.i.v. registratiejaar 2007 (of zo mogelijk m.i.v. registratiejaar 2006) komt te vervallen.

Additioneel

In Amerika is het gebruik van screeningscodes nu ook toegestaan in situaties waarbij er geen sprake is van screening in de strikte zin van het woord. De screeningscodes worden dan als *aanvullende* code (nevendiagnose) gebruikt om onderzoeken uit de V70- respectievelijk V72-reeks te specificeren.

Ook in Nederland willen wij deze Amerikaanse modificatie op het gebruik van de Classificatie *facultatief* toestaan. Wanneer er lokaal behoefte bestaat aan meer detaillering is het, in aanvulling op bovenstaande, dan mogelijk dit zogenaamde "Amerikaanse model" toe te passen. Dit scheidt desgewenst de mogelijkheid tot een meer gedetailleerde registratie van diagnostische onderzoeken door de individuele ziekenhuizen.

Let wel, bij toepassing hiervan dus altijd *eerst* een code uit de V70- of V72-reeks en als *aanvulling* een code uit V73 - V82.

Ingangsdatum: 01-01-2007 (vanaf registratiejaar 2007)
of zo mogelijk vanaf registratiejaar 2006

⁴ De aandoening die (in de toekomst) behandeld gaat worden geldt uiteraard als hoofddiagnose.



grens durante partum/postpartum	geboorte kind
5 ^e cijfer bij de codereeksen 666 en 667	2 of 4
partus over meer "locaties"	
• normale bevalling	V24.*
• gecompliceerde bevalling	complicatie(s) met 5 ^e cijfer 4

Inleiding en toelichting

Voor de keuze van het vijfde cijfer in het hoofdstuk Verloskunde (zie hieronder) is het cruciaal om vast te stellen wanneer de partus als afgerond beschouwd dient te worden.

- 0 = bij een code 640-676 als verklaring voor een code 630-639
- 1 = bevalling + complicatie vóór (of tijdens) partus
- 2 = bevalling + complicatie na de partus
- 3 = complicatie vóór de partus (geen bevalling tijdens deze opname)
- 4 = complicatie na de partus (geen bevalling tijdens deze opname)

De partus bestaat uit vier tijdperken:

- 1 = volledige ontsluiting (tot totale cercixdilatatie)
- 2 = uitdrijvingsfase (dilatatie t/m geboorte kind)
- 3 = nageboorte tijdperk (vanaf geboorte kind t/m extractie of expulsie placenta en vliezen)
- 4 = postplacentair

Voor de klinicus is de partus na de geboorte van het kind (fase 2) nog niet afgerond. Pas na de geboorte van de placenta (fase 3) beschouwt hij de partus als afgelopen en om die reden worden de kersverse ouders ook pas dan gefeliciteerd.

Voor de codering is er echter een tweetal situaties waarbij het bovenstaande problemen oplevert/op kan leveren:

a) Bij de codereeksen 666 en 667

De codereeksen 666 (Bloeding post partum) en 667 (Achtergebleven placenta of vliezen, zonder bloeding) in de Classificatie van Ziekten (CvZ80) betreffen problemen *rond* de partus.

De reeks 666 (CvZ80) 'Bloeding *post partum*' scheidt verwarring.

Door elkaar wordt hier in het ene geval de geboorte van het kind als 'omslagpunt' gehanteerd (666.0 Bloeding *in het derde stadium* van de bevalling) en op andere plaatsen wordt de grens gelegd bij de geboorte van de placenta of blijft dit onduidelijk.

b) Bij een partus over meer "locaties"

Ook wanneer een partus over meer "locaties" plaatsvindt (kind wordt thuis of onderweg naar het ziekenhuis (in ambulance, taxi of eigen vervoer) geboren en de placenta in het ziekenhuis) doet zich het probleem voor wanneer de partus als afgerond te beschouwen. Het kind is immers "elders" geboren.

Codeadvies

Hanteer voor de codering van het 5^e cijfer in het hoofdstuk Verloskunde de geboorte van het kind als grens.

Concreet betekent dit dat:

- a) bij de codereeksen 666 en 667 alleen de 5^e cijfers 2 en 4 zijn toegestaan;
- b) in geval van een partus over meer "locaties" (kind elders geboren) voor de opname van de moeder
 - een code uit de V24-reeks (Onderzoek en behandeling post partum) van toepassing is wanneer het een *normaal verlopende partus* zonder complicaties betrof of
 - in het geval van *complicaties* (bijvoorbeeld een ruptuur, het achterblijven van de placenta¹ etc.) de code van de complicatie(s) met als 5^e cijfer de 4 (complicatie na de partus; geen bevalling tijdens deze opname).

¹ N.B. Een *achtergebleven placenta* (666.0, 666.2, 667.0 en 667.1) is een placenta die niet is afgescheiden of uitgedreven binnen één uur na het beëindigen van fase 2 (de geboorte van het kind) van de bevalling.

Ingangsdatum: 01-01-2007 (vanaf registratiejaar 2007) of zo mogelijk vanaf registratiejaar 2006