

Codeadviezen expertgroep ICD-10
versie 20180401

Inhoud

Inhoud	2
Inhoudsopgave op alfabetische volgorde	8
Codeadviezen	12
0-1 Definitie hoofddiagnose en primaire diagnose	12
0-2 Coderen van neventdiagnosen en risicofactoren bij (dag)opnamen binnen de LBZ	13
0-3 Waarschijnlijkheidsdiagnosen	15
0-4 Aanvullend coderen	16
0-5 Multipele aandoeningen	16
0-6 Multiorgaanfalen (MOF).....	17
0-7 Koemelkallergie	17
0-8 Acute exacerbaties bij chronische aandoeningen.....	18
0-9 DES dochter/kleinkind	18
0-10 Dubbelzijdige aandoeningen	19
0-11 Opname voor diagnostisch onderzoek (zonder behandeling)	20
0-12 Aandoeningen en complicaties van chirurgische en medische behandeling.....	20
0-13 Aandoeningen veroorzaakt door geneesmiddelen	28
0-14 C-code voor complicatie bij perinatale aandoeningen en aandoeningen	29
tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed	29
0-15 Late gevolgen van cerebrovasculaire ziekten	30
0-16 Volgorde van coderen van etiologie en manifestatie	31
0-17 Onderzoek vanwege positieve iFOBT-test bij darmkankerscreening	33
0-18 Plastische (reconstructieve) chirurgie	34
0-19 De aanduiding 'C' van complicatie in de LBZ.....	35
0-20 Hoofddiagnose bij postoperatieve overname vanuit een ander ziekenhuis	36
0-21 Hiërarchie van exclusies	37
1-1 Diarree NNO	38
1-2 Bacteriëmie of sepsis?.....	38
2-1 Maligne neoplasma van onafhankelijke multipale lokalisaties C97.....	39
2-4 Hoofddiagnose bij behandeling maligniteit	40
2-5 Doorgroei van maligne neoplasma	42
2-6 Marginale zone lymfoom	43
2-7 Niet-infiltrerend carcinoom / carcinoom in situ / hooggradige dysplasie	44
2-8 Lymfangitis-, peritonitis- en pleuritis carcinomatosa.....	44
2-9 Symptomen en aandoeningen in het kader van een maligniteit	45
2-10 Meerdere onafhankelijk gelokaliseerde primaire maligne tumoren in één orgaan.....	47
3-1 Postoperatieve afwezigheid milt.....	47

3-3	Doorgesloten antistolling	48
4-1	Ontregelde diabetes.....	48
4-2	Diabetische voet.....	49
4-3	Mitochondriële encefalopathie.....	49
4-4	Refeeding syndroom	49
4-5	Type 2-diabetes met insulinebehandeling	50
5-1	Acute alcoholintoxicatie/ comazuipen.....	51
5-3	Roken.....	51
5-4	Psychomotore retardatie	51
5-5	GHB-intoxicatie.....	52
6-2	Occipitalis neuralgie	52
6-3	'Lewy body'- dementie	52
7-1	Seniel cataract	53
7-2	Ptosis wenkbrauw	53
9-1	Postoperatief atriumfibrilleren	53
9-2	Brugada syndroom	54
9-3	Rechtsdecompensatie en cardiomyopathie.....	54
9-4	Idiopathische pulmonale hypertensie.....	54
9-5	STEMI/nonSTEMI.....	54
9-6	Hemorragisch infarct.....	55
9-7	AV geleidingsstoornis	55
9-8	Hartfalen/ hartdecompensatie.....	55
9-10	Acuut coronair syndroom.....	56
9-11	Recidief myocardinfarct	56
9-12	CADASIL	57
9-13	Minor stroke	57
9-14	Stenose arterie	57
9-15	Multipele klepaandoeningen	58
9-16	Claudicatio intermittens.....	58
9-17	Ischemisch CVA.....	59
9-18	Stenose van een coronaire stent en van een coronaire bypass (CABG)	59
9-19	Hoofddiagnose bij out of hospital cardiac arrest (OHCA)	60
9-20	Hoofddiagnose bij behandeling en nazorg acuut myocardinfarct met coronairsclerose	61
9-21	Doorgemaakt CVA (uit de reeks I60-I64).....	62
9-22	Asystolie niet resulterend in reanimatie en/of overlijden	63
9-23	ICU acquired weakness	64
10-1	Exacerbatie van COPD o.b.v. een pneumonie.....	64
10-2	Exacerbatie chronische aandoeningen van de onderste luchtwegen (J40- J47).....	65

10-3	Bronchiale hyperreactiviteit	66
10-4	Pneumosepsis.....	66
10-5	Tonsillitis en hypertrofie van de tonsillen bij tonsillectomie	67
10-6	Hoofddiagnose bij respiratoire insufficiëntie.....	67
10-7	Influenza	68
10-8	Cryptogene organiserende pneumonie (COP / BOOP)	69
10-9	Emfysemateus COPD	69
11-3	Short bowel syndroom	70
11-5	Angiodysplasie van de dunne darm	70
11-6	Rectaal bloedverlies	70
11-7	Naadlekkage na ileocecale resectie	71
11-8	Watermeloenmaag / GAVE	71
11-9	High output stoma (HOS)	71
11-10	Overloopdiarree.....	72
12-1	Neuroom in litteken	72
12-2	Hand-voet-syndroom na chemotherapie.....	72
12-3	Huidoverschot na (extreem) afvallen.....	73
12-4	Sacrale dimple	73
13-1	Opsoclonus-myoclonussyndroom	73
13-2	Haglundse exostose.....	73
13-3	Labrumlesie (niet traumatisch)	74
13-4	Girdlestone situatie heup.....	74
13-5	Chondropathie en niet traumatisch(e) chondraallesie/ kraakbeenletsel van de knie.....	74
13-7	Impingement van de enkel.....	75
13-8	Spondylodiscitis.....	75
13-10	Pseudoradiculair syndroom	76
13-11	Posttraumatische dystrofie	76
13-12	Lage rugpijn	76
13-13	Artrose primair / secundair	76
13-14	Carpal boss.....	77
13-15	‘Oud’ versus ‘vers’ letsel van het bewegingsstelsel	77
13-16	Klapvoet.....	78
13-17	Neurogene claudicatio.....	78
14-1	Fausse route urethra door katheter.....	79
14-2	Urosepsis	79
14-3	Preterminale nierinsufficiëntie.....	80
15-1	Partus - hemofilie dragerschap	80
15-2	Harde buiken bij een gravida	80

15-3	Minder leven (foetale bewegingen) voelen tijdens de zwangerschap	81
15-4	Spontane drieling bevalling in ziekenhuis	81
15-5	Gebruik O80-O84.....	81
15-6	Dreigende serotiniteit	81
15-7	Voortijdig breken van de vliezen.....	82
15-8	Langdurige bevalling.....	83
15-10	Epidurale pijnbestrijding bij de bevalling	83
15-12	Stuitligging/bevalling	83
15-13	Gebruik O35.-.....	84
15-14	GBS dragerschap.....	84
15-15	Bekkeninstabiliteit	84
15-16	Hoofddiagnose bij bevallingen	85
15-17	Afbreken zwangerschap vanwege foetale afwijking	87
15-18	Bevalling bij HIV-positieve moeder.....	88
16-1	ALTE / near SIDS	88
16-2	Zuigeling van moeder met diabetes tijdens zwangerschap zonder gevolgen voor het kind	88
16-3	Behoeftte aan extra zorg/aandacht/observatie bij gezonde neonaten	89
16-4	Perinatale en neonatale aandoeningen	89
16-5	Pasgeborene van moeder met GBS-infectie, pasgeborene geen infectie.....	93
16-6	Pasgeborene van moeder met HIV-infectieziekte, pasgeborene geen infectie.....	93
16-7	Pasgeborene van moeder met GBS- of HIV-dragerschap, pasgeborene geen infectie.....	93
16-8	Pasgeborene zowel prematuur als dysmatuur	94
17-1	Pitt-Hopkins syndroom.....	95
17-2	Cheilognatopalatoschisis.....	95
17-3	Gecorrigeerde congenitale afwijkingen	95
18-1	Huilbaby.....	96
18-2	Verhoogd PSA.....	96
18-3	Prerenale en postrenale nierinsufficiëntie.....	97
18-5	Keelpijn.....	97
18-6	SIRS.....	97
18-7	Systolische soufflé	99
18-8	Verhoogd troponine	99
19-1	Aneurysma spurium / vals aneurysma t.g.v. een hartkatheterisatie.....	99
19-2	Mediale en laterale collumfractuur.....	100
19-3	Delayed graft na een transplantatie.....	100
19-4	Brandwonden	101
19-5	Trauma capitis	101
19-6	Licht traumatisch schedelhersenletsel (LTSH).....	101

19-7	CAPD-gerelateerde peritonitis	102
19-8	Lijnsepsis	102
19-9	Luxatie gewrichtsprothese door ongeval	103
20-2	Vervoermiddelen	103
20-3	Rollator	104
20-4	Val uit maxi cosi etc.	104
20-5	Peritoneaal dialyse	104
20-6	Complicaties na het plaatsen van orthopedische prothesen	105
20-7	Vierde en vijfde teken bij ongevalstoedracht	106
20-8	Y-codering bij complicaties door genees- en heelkundige behandeling	107
20-9	Ongevalscode voor gewonde scooterrijder	108
21-2	Palliatieve zorg	109
21-5	Status na gastric bypass	109
21-6	Status na sleeve gastrectomie	109
21-7	Status na plaatsing endoluminale sleeve	110
21-8	Verwijderen van een CAPD katheter	110
21-9	Z76.3 en Z76.2	111
21-10	Abstinerend beleid	111
21-11	Status na CABG en PTCA	111
21-12	Z-codes voor verrichtingen in de LBZ	112
21-13	Leeftijdsgrens oudere primigravida en zeer jonge primigravida	112
21-14	Opname voor preventieve verrichtingen i.v.m. genetische aanleg	113
21-15	Status na TIA	113
	Wijzigingen	115
	Codeadviezen expertgroep ICD-10 versie 20180401	115
	Codeadviezen expertgroep ICD-10 versie 20180101	116
	Codeadviezen expertgroep ICD-10 versie 20171001	117
	Codeadviezen expertgroep ICD-10 versie 20170701	118
	Codeadviezen expertgroep ICD-10 versie 20170401	119
	Codeadviezen expertgroep ICD-10 versie 20170101	120
	Codeadviezen expertgroep ICD-10 versie 20161001	121
	Codeadviezen expertgroep ICD-10 versie 20160701	122
	Codeadviezen expertgroep ICD-10 versie 20160401	123
	Codeadviezen expertgroep ICD-10 versie 20160101	124
	Codeadviezen expertgroep ICD-10 versie 20151001	125
	Codeadviezen expertgroep ICD-10 versie 20150801	127
	Codeadviezen expertgroep ICD-10 versie 20150101	128

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

Inhoudsopgave op alfabetische volgorde

0-12	Aandoeningen en complicaties van chirurgische en medische behandeling	20
0-13	Aandoeningen veroorzaakt door geneesmiddelen	28
0-4	Aanvullend coderen	16
21-10	Abstinerend beleid	111
5-1	Acute alcoholintoxicatie/ comazuipen	51
0-8	Acute exacerbaties bij chronische aandoeningen	18
9-10	Acuut coronair syndroom	56
15-17	Afbreken zwangerschap vanwege foetale afwijking	87
16-1	ALTE / near SIDS	88
19-1	Aneurysma spurium / vals aneurysma t.g.v. een hartkatheterisatie	99
11-5	Angiodysplasie van de dunne darm	70
13-13	Artrose primair / secundair	76
9-22	Asystolie niet resulterend in reanimatie en/of overlijden	63
9-7	AV geleidingsstoornis	55
1-2	Bacteriëmie of sepsis?	38
16-3	Behoeftte aan extra zorg/aandacht/observatie bij gezonde neonaten	89
15-15	Bekkeninstabiliteit	84
15-18	Bevalling bij HIV-positieve moeder	88
19-4	Brandwonden	101
10-3	Bronchiale hyperreactiviteit	66
9-2	Brugada syndroom	54
9-12	CADASIL	57
19-7	CAPD-gerelateerde peritonitis	102
13-14	Carpal boss	77
0-14	C-code voor complicatie bij perinatale aandoeningen en aandoeningen tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed	29
17-2	Cheilognatopalatoschisis	95
13-5	Chondropathie en niet traumatisch(e) chondraallesie/ kraakbeenletsel van de knie	74
9-16	Claudicatio intermittens	58
0-2	Coderen van nevendiaagnosen en risicofactoren bij (dag)opnamen binnen de LBZ	13
20-6	Complicaties na het plaatsen van orthopedische protheses	105
10-8	Cryptogene organiserende pneumonie (COP / BOOP)	69
0-19	De aanduiding 'C' van complicatie in de LBZ	35
0-1	Definitie hoofddiagnose en primaire diagnose	12
19-3	Delayed graft na een transplantatie	100
0-9	DES dochter/kleinkind	18
4-2	Diabetische voet	49
1-1	Diarree NNO	38
9-21	Doorgemaakt CVA (uit de reeks I60-I64)	62
3-3	Doorgesloten antistolling	48
2-5	Doorgroei van maligne neoplasma	42
15-6	Dreigende serotiniteit	81
0-10	Dubbelzijdige aandoeningen	19
10-9	Emfysemateus COPD	69
15-10	Epidurale pijnbestrijding bij de bevalling	83

10-2	Exacerbatie chronische aandoeningen van de onderste luchtwegen (J40- J47)	65
10-1	Exacerbatie van COPD o.b.v. een pneumonie	64
14-1	Fausse route urethra door katheter	79
15-14	GBS dragerschap	84
15-13	Gebruik O35.-	84
15-5	Gebruik O80-O84	81
17-3	Gecorrigeerde congenitale afwijkingen	95
5-5	GHB-intoxicatie	52
13-4	Girdlestone situatie heup	74
13-2	Haglundse exostose	73
12-2	Hand-voet-syndroom na chemotherapie	72
15-2	Harde buiken bij een gravida	80
9-8	Hartfalen/ hartdecompensatie	55
9-6	Hemorragisch infarct	55
0-21	Hiërarchie van exclusies	37
11-9	High output stoma (HOS)	71
9-20	Hoofddiagnose bij behandeling en nazorg acuut myocardinfarct met coronairsclerose	61
2-4	Hoofddiagnose bij behandeling maligniteit	40
15-16	Hoofddiagnose bij bevallingen	85
9-19	Hoofddiagnose bij out of hospital cardiac arrest (OHCA)	60
0-20	Hoofddiagnose bij postoperatieve overname vanuit een ander ziekenhuis	36
10-6	Hoofddiagnose bij respiratoire insufficiëntie	67
12-3	Huidoverschot na (extreem) afvallen	73
18-1	Huilbaby	96
9-23	ICU acquired weakness	64
9-4	Idiopathische pulmonale hypertensie	54
13-7	Impingement van de enkel	75
10-7	Influenza	68
9-17	Ischemisch CVA	59
18-5	Keelpijn	97
13-16	Klapvoet	78
0-7	Koemelkallergie	17
13-3	Labrumlesie (niet traumatisch)	74
13-12	Lage rugpijn	76
15-8	Langdurige bevalling	83
0-15	Late gevolgen van cerebrovasculaire ziekten	30
21-13	Leeftijdsgrens oudere primigravida en zeer jonge primigravida	112
6-3	'Lewy body'- dementie	52
19-6	Licht traumatisch schedelhersenletsel (LTSH)	101
19-8	Lijnsepsis	102
19-9	Luxatie gewrichtsprothese door ongeval	103
2-8	Lymfangitis-, peritonitis- en pleuritis carcinomatosa	44
2-1	Maligne neoplasma van onafhankelijke multipole lokalisaties C97	39
2-6	Marginale zone lymfoom	43
19-2	Mediale en laterale collumfractuur	100
2-10	Meerdere onafhankelijk gelokaliseerde primaire maligne tumoren in één orgaan	47

15-3	Minder leven (foetale bewegingen) voelen tijdens de zwangerschap	81
9-13	Minor stroke	57
4-3	Mitochondriële encefalopathie	49
0-6	Multiorgaanfalen (MOF)	17
0-5	Multipele aandoeningen	16
9-15	Multipele klepaandoeningen	58
11-7	Naadlekkage na ileocecale resectie	71
13-17	Neurogene claudicatio	78
12-1	Neuroom in litteken	72
2-7	Niet-infiltrerend carcinoom / carcinoom in situ / hooggradige dysplasie	44
6-2	Occipitalis neuralgie	52
0-17	Onderzoek vanwege positieve iFOBT-test bij darmkankerscreening	33
20-9	Ongevalscode voor gewonde scooterrijder	108
4-1	Ontregelde diabetes	48
0-11	Opname voor diagnostisch onderzoek (zonder behandeling)	20
21-14	Opname voor preventieve verrichtingen i.v.m. genetische aanleg	113
13-1	Opsoclonus-myoclonussyndroom	73
13-15	Oud versus vers letsel van het bewegingsstelsel	77
11-10	Overloopdiarree	72
21-2	Palliatieve zorg	109
15-1	Partus - hemofilie dragerschap	80
16-7	Pasgeborene van moeder met GBS- of HIV-dragerschap, pasgeborene geen infectie	93
16-5	Pasgeborene van moeder met GBS-infectie, pasgeborene geen infectie	93
16-6	Pasgeborene van moeder met HIV-infectieziekte, pasgeborene geen infectie	93
16-8	Pasgeborene zowel prematuur als dysmatuur	94
16-4	Perinatale en neonatale aandoeningen	89
20-5	Peritoneaal dialyse	104
17-1	Pitt-Hopkins syndroom	95
0-18	Plastische (reconstructieve) chirurgie	34
10-4	Pneumosepsis	66
9-1	Postoperatief atriumfibrilleren	53
3-1	Postoperatieve afwezigheid milt	47
13-11	Posttraumatische dystrofie	76
18-3	Prerenale en postrenale nierinsufficiëntie	97
14-3	Preterminale nierinsufficiëntie	80
13-10	Pseudoradiculair syndroom	76
5-4	Psychomotore retardatie	51
7-2	Ptosis wenkbrauw	53
9-3	Rechtsdecompensatie en cardiomyopathie	54
9-11	Recidief myocardinfarct	56
11-6	Rectaal bloedverlies	70
4-4	Refeeding syndroom	49
5-3	Roken	51
20-3	Rollator	104
12-4	Sacrale dimple	73
7-1	Seniel cataract	53

11-3	Short bowel syndrome	70
18-6	SIRS	97
13-8	Spondylodiscitis	75
15-4	Spontane drieling bevalling in ziekenhuis	81
21-11	Status na CABG en PTCA	111
21-5	Status na gastric bypass	109
21-7	Status na plaatsing endoluminale sleeve	110
21-6	Status na sleeve gastrectomie	109
21-15	Status na TIA	113
9-5	STEMI/nonSTEMI	54
9-14	Stenose arterie	57
9-18	Stenose van een coronaire stent en van een coronaire bypass (CABG)	59
15-12	Stuitligging/bevalling	83
2-9	Symptomen en aandoeningen in het kader van een maligniteit	45
18-7	Systolische soufflé	99
10-5	Tonsillitis en hypertrofie van de tonsillen bij tonsillectomie	67
19-5	Trauma capitis	101
4-5	Type 2-diabetes met insulinebehandeling	50
14-2	Urosepsis	79
20-4	Val uit maxi cosi etc.	104
18-2	Verhoogd PSA	96
18-8	Verhoogd troponine	99
20-2	Vervoermiddelen	103
21-8	Verwijderen van een CAPD katheter	110
20-7	Vierde en vijfde teken bij ongevalstoedracht	106
0-16	Volgorde van coderen van etiologie en manifestatie	31
15-7	Voortijdig breken van de vliezen	82
0-3	Waarschijnlijkheidsdiagnosen	15
11-8	Watermeloenmaag / GAVE	71
20-8	Y-codering bij complicaties door genees- en heelkundige behandeling	107
21-9	Z76.3 en Z76.2	111
21-12	Z-codes voor verrichtingen in de LBZ	112
16-2	Zuigeling van moeder met diabetes tijdens zwangerschap zonder gevolgen voor het kind	88

Codeadviezen

0-1 Definitie hoofddiagnose en primaire diagnose

ingangsdatum: 01-03-2013
mutatiedatum: 15-01-2014
mutatiedatum: 01-07-2016 (definitie primaire diagnose toegevoegd, definitie hoofddiagnose is niet aangepast)

Definitie hoofddiagnose bij gebruik van de ICD-10 in de LBZ (voorheen LMR)

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

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

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

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

Definitie primaire diagnose

De primaire diagnose is de diagnose die door het specialisme dat de zorg verleent achteraf (dus bij ontslag) beschouwd wordt als de voornaamste reden van opname, overname, medebehandeling of ICC.

(de hoofddiagnose is één van de primaire diagnoses die tijdens een opname is vastgelegd)

0-2 Coderen van nevensdiagnosen en risicofactoren bij (dag)opnamen binnen de LBZ

ingangsdatum: 01-03-2013
mutatiedatum: 01-04-2016 of zo mogelijk eerder

Vraag

Welke nevensdiagnosen zijn relevant om te registreren bij de (dag)opnamen binnen de LBZ?

Advies

Codeer alle nevensdiagnosen en risicofactoren die gedurende de huidige (dag)opname naast elkaar voorkomen of zich ontwikkelen en van invloed zijn op de behandeling of de uitkomst van de behandeling van de patiënt.

Het coderen van de nevensdiagnosen betreft slechts de aandoeningen die de huidige (dag)opname beïnvloeden op één van de volgende manieren:

- er is onderzoek of diagnostiek uitgevoerd
- er is een behandeling uitgevoerd
- er is een verlenging van de duur van het verblijf
- er is extra verpleegkundige zorg en/of andere monitoring nodig

Diagnosen die geen invloed hebben op de patiëntenzorg tijdens het huidige verblijf in het ziekenhuis worden niet gecodeerd, zelfs al zijn ze aanwezig.

Diagnosen die betrekking hebben op een vorige (dag)opname en die geen invloed hebben op de huidige (dag)opname, worden niet gecodeerd.

Toelichting

Binnen de LBZ worden de hoofddiagnose en eventuele nevensdiagnosen vastgelegd. Voor een correcte registratie is het belangrijk de juiste hoofddiagnose vast te leggen en de co-morbiditeit weer te geven aan de hand van nevensdiagnosen. De diagnosen spelen een rol binnen meerdere informatieproducten. Een aantal van deze informatieproducten wordt gebruikt om te benchmarken (het vergelijken van eigen ziekenhuisgegevens t.o.v. andere ziekenhuizen). Hierbij is het van zeer groot belang om uniform om te gaan met het coderen van de (neven)diagnosen en het vastleggen van overige items (zoals opname urgentie) waarmee de LBZ gevuld wordt.

Steeds meer informatieproducten zijn er op gericht een indicatie van kwaliteit van de zorg weer te geven. Een voorbeeld hiervan is de berekening van de onverwacht lange opname duur (OLO). Een ander voorbeeld is de HSMR-rapportage. Deze rapportage levert alleen betrouwbare informatie op als alle instellingen dezelfde uitgangspunten hanteren bij de registratie van de gegevens.

Voor een goede en betrouwbare berekening van de HSMR is het belangrijk om naast het coderen van de juiste hoofddiagnose, ook volledig te zijn bij het coderen van relevante nevensdiagnosen. Dit betekent niet per definitie dat er zoveel mogelijk nevensdiagnosen gecodeerd moeten worden.

NB: Bij de berekening van de HSMR-cijfers wordt o.a. gebruik gemaakt van de Charlson index. Deze index bevat 17 comorbiditeitsgroepen die een voorspellende waarde hebben bij de berekening van de sterftkans. Het betreft veelal chronische aandoeningen die van invloed kunnen zijn op de behandeling van de patiënt. Ook bij aandoeningen die in de Charlson index zijn opgenomen moet beoordeeld worden of ze relevant zijn om gecodeerd te worden bij de betreffende (dag)opname binnen de LBZ. Het is dus niet zo dat alle aandoeningen op deze index standaard als nevensdiagnose gecodeerd dienen te worden.

Uitwerking van het advies ter verduidelijking

A. Voorgaande aandoeningen (anamnese)

Codeer geen aandoeningen of factoren uit het verleden die niet langer actueel zijn en die de thans verleende zorg niet beïnvloeden. Anamnesecodes kunnen wél worden gecodeerd als de persoonlijke en/of familie anamnese impact heeft op de huidige zorgbehoefte en/of behandeling.

B. Chronische aandoeningen

Vaak hebben chronische aandoeningen gedurende het hele leven invloed op de gezondheidstoestand van de patiënt. Deze aandoeningen vereisen vrijwel altijd extra aandacht en zorg en moeten in dat geval gecodeerd worden. Als de chronische aandoening daarentegen tijdens de huidige opname geen reden voor extra zorg is (in de vorm van behandeling, controles en/of onderzoek), wordt de chronische aandoening niet gecodeerd.

Bij twijfel of de chronische aandoening reden is voor extra zorg, codeer de chronische aandoening dan wél als nevendiagnose.

C. Aandoeningen/symptomen die deel uit maken van een ziekteproces

Deze worden niet gecodeerd als nevendiagnose, tenzij de aandoeningen/symptomen op zich zelf extra zorg behoeven of dit is bepaald door andere aanwijzingen in de classificatie (dagger/asterisk).

D. Afwijkende bevindingen/resultaten

De codes voor afwijkende bevindingen (R70-R97) hebben betrekking op al dan niet specifieke resultaten van labonderzoek, diagnostische beeldvorming, functieonderzoek en andere diagnostische onderzoeken.

Deze codes mogen alleen gebruikt worden indien:

- Deze afwijkende bevinding heeft geleid tot verder onderzoek, en
- er geen aan het afwijkend resultaat gerelateerde diagnose gesteld is

0-3 Waarschijnlijkheidsdiagnosen

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

Waarschijnlijkheidsdiagnosen

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

Advies

Codeer een waarschijnlijkheidsdiagnose alsof deze zeker is.

Toelichting

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

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

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

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

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

Gebruikelijke termen hierbij zijn:

- Waarschijnlijk
- Vermoedelijk
- Mogelijk
- Passend bij

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

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

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

Voorbeelden

Koorts mogelijk bij urineweginfectie, start antibiotica
Codeer urineweginfectie

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

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

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

Koliekpijn waarschijnlijk o.b.v. niersteen
Codeer niersteen

0-4 Aanvullend coderen

ingangsdatum: 01-03-2013

Aanvullend coderen

Codeer aanvullend indien de omschrijving van de code niet het gehele ziektebeeld beschrijft.

0-5 Multipele aandoeningen

ingangsdatum: 01-03-2013

mutatiedatum: 01-04-2018

Multipele aandoeningen

Wanneer er bij een opname geen aandoening ernstiger is of zwaarder weegt dan een andere, kan gebruik worden gemaakt van de 'multipele' codes als hoofddiagnose of primaire diagnose. Alle bijbehorende specifieke codes dienen daaronder aanvullend gecodeerd te worden (zie 4.4.1 deel 2).

Bijvoorbeeld:

Multipele maligne tumoren in verschillende organen (verschillende 3-tekencategorieën): C97

Multipele letsels (fracturen S02.7, brandwonden)

Multipele complicaties bij diabetes (gebruik als vierde teken .7)

Multipele aandoeningen bij HIV

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

0-6 Multiorgaanfalen (MOF)

ingangsdatum: 01-03-2013

mutatiedatum: 01-07-2016

Vraag

Hoe wordt multiorgaanfalen (MOF) gecodeerd?

Advies

Codeer de betrokken organen. Wanneer deze niet staan vermeld in de ontslagdocumentatie, dan navragen bij de specialist.

Toelichting

Om multiorgaanfalen te kunnen coderen moet per geval worden nagegaan welke organen in hun functie gestoord zijn geraakt. In de alfabetische lijst van de ICD-10 wordt de suggestie R68.8 'Overige gespecificeerde algemene symptomen' gegeven via het zoekpad falen,- orgaan, - - multiple. Het wordt ten zeerste afgeraden deze codering te gebruiken; probeer altijd meer informatie te achterhalen over dit ernstige ziektebeeld.

0-7 Koemelkallergie

ingangsdatum: 15-01-2014 of zo mogelijk eerder

mutatiedatum: 01-08-2015

vervangt: CvZ aca 18.3

Vraag

Hoe wordt koemelkallergie gecodeerd?

Advies

- Codeer de belangrijkste manifestatie van de koemelkallergie + X49.-4 'Onopzettelijke vergiftiging door en blootstelling aan overige en niet gespecificeerde chemicaliën en schadelijke stoffen'.
- Codeer koemelkallergie NNO met T78.1 'Overige ongewenste reacties op voedsel, niet elders geclassificeerd' + X49.-4

Toelichting

Voor de persoon die allergisch is voor koemelk is deze stof schadelijk. Codeer daarom aanvullend de blootstelling aan de koemelk met een code uit X49 'Onopzettelijke vergiftiging door en blootstelling aan overige en niet gespecificeerde chemicaliën en schadelijke stoffen'.

Voorbeelden

- Gastro-enteritis door koemelk: K52.2 'Allergische en door voeding veroorzaakte gastro-enteritis en colitis' + X49.-4
- Eczeem door koemelk: L27.2 'Eczeem door ingenomen voedsel' + X49.-4
- Urticaria door koemelk: L50.0 'Allergische urticaria' + X49.-4
- Bronchusspasme door koemelk: J70.8 'Respiratoire aandoeningen door overige gespecificeerde uitwendige agentia' + X49.-4

0-8 Acute exacerbaties bij chronische aandoeningen

ingangsdatum: 15-01-2014
vervangt: CvZ aca 19.4

Vraag

Welke codes moeten worden geregistreerd als er sprake is van een acute exacerbatie van een chronische aandoening. Welke code gebruik je als hoofddiagnose?

Advies

Indien de systematische index hierover geen uitsluitel geeft, volg dan de regels uit paragraaf 4.4.2 in deel 2 van de ICD-10 (zie *'Het coderen van acute en chronische aandoeningen'*):

“Waar de hoofdaandoening is vastgelegd als zowel acuut (of subacuut) als chronisch en de ICD voorziet in afzonderlijke categorieën of subcategorieën voor beide, maar niet voor de combinatie daarvan, dan moet de categorie voor de acute aandoening bij voorkeur voor de hoofdaandoening worden gebruikt.

Voorbeeld 20: Hoofddiagnose: Acute en chronische cholecystitis
Nevendiagnosen: -

Codeer acute cholecystitis (K81.0) als hoofdaandoening. De code voor chronische cholecystitis (K81.1) kan gebruikt worden als facultatieve aanvullende code.

Voorbeeld 21: Hoofddiagnose: Acute exacerbatie van chronische obstructieve bronchitis
Nevendiagnosen: -

Codeer chronische obstructieve longaandoening met acute exacerbatie (J44.1-) als hoofdaandoening aangezien de ICD voorziet in een passende code voor de combinatie.”

0-9 DES dochter/kleinkind

ingangsdatum: 15-01-2014
vervangt: CvZ aca 23.1

Vraag

Hoe codeer je:

1. Een screening op een aandoening bij een DES- dochter?
2. De diagnose 'Aandoening toegeschreven aan DES-gebruik'?
3. De diagnose 'Aandoening mogelijk t.g.v. DES-gebruik (bijvoorbeeld hypospadie) van kleinkind van DES-gebruikster'?

Advies

1. Codeer voor 'screening op aandoening bij DES-dochter' Z13.8 + Z91.8 (Specifiek screeningsonderzoek op overige gespecificeerde ziekten en aandoeningen + Persoonlijke anamnese met overige gespecificeerde risicofactoren, niet elders geassocieerd).

2. Codeer voor 'Aandoening toegeschreven aan DES-gebruik' de code voor de aandoening + Y42.5 + Z84.2 (Overige oestrogenen en progestagenen leidend tot ongewenste gevolgen bij therapeutisch gebruik + Familie-anamnese met overige ziekten van urogenitaal stelsel).
3. Codeer voor 'Aandoening mogelijk t.g.v. DES-gebruik (bijvoorbeeld hypospadie) van kleinkind van DES-gebruikster' de code voor de aandoening + Z84.2.
Informatie: Hypospadie komt vaker voor bij kleinkinderen van DES-gebruiksters.

MUTATIE

0-10 Dubbelzijdige aandoeningen

ingangsdatum: 01-09-2014
mutatiedatum: 01-01-2017 & 01-04-2018

Vraag

Mogen dubbelzijdige aandoeningen (bijv. dubbelzijdig dezelfde beenbreuk of dubbelzijdig hetzelfde mammacarcinoom) 2x met dezelfde code worden vastgelegd?

Advies

Dubbelzijdige aandoeningen worden alleen vastgelegd bij codes waarbij de z.g.n. 'multipale' categorieën worden gebruikt. Een dubbelzijdig dezelfde beenbreuk mag 2x gecodeerd worden. Als er niet één van de 2 fracturen overheerst, gebruik dan de code voor multipale fracturen als hoofddiagnose/primaire diagnose en codeer de fracturen daaronder x2.

Bij aandoeningen waar de z.g.n. 'multipale' categorieën niet worden gebruikt, registreer je de dubbelzijdigheid met één code.

Voorbeeld:

Dubbelzijdige gesloten femurschachtfractuur waarbij niet één enkele fractuur overheerst:
Codeer als hoofdaandoening T02.5- 'Fracturen van multipale regio's van beide onderste extremiteiten'.
Codeer aanvullend 2 x S72.3- 'Femurschachtfractuur'

Dit advies geldt voor alle categorieën waarbij met de z.g.n. 'multiple' codes gebruikt kunnen worden. Voor dubbelzijdige carcinomen, zie advies 2-10. Categorieën waar geen codes voor multipale regio's/lokalisaties voorkomen, worden niet meervoudig gebruikt.

Voorbeelden van multipale categorieën:

Letsels van multipale lichaamsregio's (T00-T07)
Brandwonden en etsingen van multipale lichaamsregio's (T29)
Maligne neoplasmata van onafhankelijke (primaire) multipale lokalisaties (C97): zie advies 2-10
Zie ook paragraaf 4.4.2 onder het kopje 'Het coderen van multipale aandoeningen' en paragraaf 4.4.4 voor het coderen van multipale aandoeningen en letsels in deel 2 van de ICD-10.

Voorbeelden van multipale of dubbelzijdige aandoeningen waar geen z.g.n. 'multipale' codes gebruikt worden:

Dubbelzijdig cataract (codeer 1 x H26.9)
Dubbelzijdige en/of multipale nierstenen (codeer 1 x N20.0)
Multipale en/of dubbelzijdige neuspoliepen (codeer 1 x J33.8)

0-11 Opname voor diagnostisch onderzoek (zonder behandeling)

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

Vraag

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

Advies

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

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

Toelichting

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

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

Voorbeelden

Lactose intolerantie test wegens chronische diarree.

Codeer afhankelijk van de situatie

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

Positieve uitslag allergietest pinda's zonder ziekteverschijnselen op dat moment

- Bij een allergische reactie door de provocatietest zonder aanwezige ziekteverschijnselen op dat moment, codeer je Z01.5 'Diagnostische huid- en overgevoeligheidstests'

0-12 Aandoeningen en complicaties van chirurgische en medische behandeling

ingangsdatum: 01-08-2015 of zo mogelijk eerder
vervangt: CvZ aca 19.10
mutatiedatum: 01-10-2015 & 01-04-2016 & 01-07-2016

Vraag

Hoe kom je tot de juiste codering van aandoeningen en complicaties die ontstaan zijn na medisch handelen?

Codeadvies

De alfabetische lijst is leidend voor het zoeken naar een juiste code.

Als een complicatie van een verrichting niet in de alfabetische lijst is opgenomen (ook niet als synoniem) codeer dan:

- A Vroege complicaties van medische verrichtingen en mechanische complicaties: T80-T88 'Complicaties van chirurgische en medische behandeling, niet elders geclassificeerd'

B Late² en functionele complicaties³:

Binnen het betreffende hoofdstuk naar orgaansysteem, voornamelijk in het blok 'Aandoeningen van...na medische verrichting niet elders geassocieerd'.

Let op; bij een complicatie van medisch handelen is er sprake van een oorzaak- en gevolg relatie, zie ook 'Wat is een postoperatieve complicatie'.

Toelichting

Met dit codeadvies wordt een leidraad gegeven hoe tot de juiste code voor een complicatie of aandoening na medisch handelen te komen.

De volgende onderwerpen komen hierbij aan bod:

1. Wat is een postoperatieve complicatie
2. Hoe te handelen bij het coderen van een aandoening of complicatie na medisch handelen
3. Aanvullend coderen, inclusief het gebruik van de C-code

Dit codeadvies sluit af met een groot aantal voorbeelden ter illustratie.

NB Zie codeadvies 20-6 voor complicaties na het plaatsen van orthopedische protheses.

Wat is een postoperatieve complicatie

Wanneer mag je een aandoening die na een operatie optreedt opvatten als een complicatie van die operatie?

Vragen die men zich daarbij moet stellen zijn:

- ✓ Wat is een postoperatieve complicatie?
- ✓ Is iedere postoperatieve complicatie ook een complicatie van medisch handelen?
- ✓ Wanneer wordt een postoperatieve complicatie gecodeerd als een complicatie van medisch handelen?

De term 'postoperatieve complicatie' wil eigenlijk niets anders zeggen dan een 'complicatie na een operatie', waarbij in het midden wordt gelaten of er een relatie bestaat tussen de operatie en de complicatie. Het kan dus zowel een naadlekkage zijn als bijvoorbeeld een hartinfarct of zelfs een gebroken heup na een val onder de douche in het ziekenhuis.

De term 'complicatie van medisch handelen' veronderstelt wél een relatie tussen de medische behandeling en de complicatie. Een aandoening die zich 'postoperatief' manifesteert is dus niet per definitie een 'complicatie van medisch handelen'.

Bijvoorbeeld: een trombosebeen 3 weken na operatie kan ook worden veroorzaakt door de immobilisatie (bedrust) na de operatie, en is daarmee geen complicatie van medisch handelen.

Wat betekent dat nu voor de codering?

Het probleem is dat vrijwel geen enkele specialist precies hetzelfde met de termen 'complicatie' en 'postoperatief' omgaat. Daarom volgt hier een tweetal uitgangspunten:

1. Als zich na een operatie een aandoening manifesteert die misschien een 'complicatie van medisch handelen' betreft, zonder dat de specialist dit aangeeft, is het advies hierover uitsluitend bij de specialist te vragen. Als navraag niet mogelijk is dan wordt de betreffende aandoening niet als 'complicatie van medisch handelen' aangemerkt.

² Late complicaties zijn aandoeningen gespecificeerd als resttoestand of aandoeningen die 1 jaar of langer na de medische verrichting nog aanwezig zijn

³ Een functionele complicatie is een complicatie waarbij het orgaan of lichaamsdeel niet (meer) optimaal functioneert, zonder dat het op een organische afwijking berust.

2. In een aantal gevallen dwingt de alfabetische index van de ICD-10 tot een code uit de range T80-T88 'Complicaties van chirurgische en medische behandeling, niet elders geassocieerd'. Bijvoorbeeld in het geval van een postoperatieve infectie. In die gevallen, waarin de alfabetische index een relatie veronderstelt, dient de classificatie te worden gevolgd.

Hoe te handelen bij het coderen van een aandoening of complicatie na medisch handelen

Aandoeningen en complicaties die betrekking hebben op chirurgische en andere medische behandelingen zijn op verschillende plaatsen binnen de ICD-10 opgenomen.

In de systematische lijst zijn hiervoor vier plaatsen te onderscheiden:

1. T80-T88 'Complicaties van chirurgische en medische behandeling, niet elders geassocieerd'.

Bijvoorbeeld

- Infectie na medische verrichting, niet elders geassocieerd T81.4
 - Mechanische complicaties van implantaten o.a. T82.0
 - Shock tijdens of als gevolg van medische verrichting, niet elders geassocieerd T81.1
 - Vasculaire complicaties na medische verrichting, niet elders geassocieerd T81.7
 - Afstoting van beenmergtransplantaat T86.0
2. Specifiek blok voor 'Aandoeningen na medische verrichting, niet elders geassocieerd' aan het einde van de hoofdstukken die betrekking hebben op een orgaansysteem (behalve bij het hoofdstuk van de ziekten van huid en subcutis). Dit betreft veelal late en functionele complicaties.

Bijvoorbeeld

- Lymfoedeem na mastectomie I97.2
 - Kyfose na bestraling M96.2
3. Codes elders opgenomen binnen een orgaanhoofdstuk met omschrijving van de complicatie in de code.
- Bijvoorbeeld*
- Bestralingscystitis N30.4
 - Complicatie van inbrengen van embryo bij embryotransfer N98.3
4. Codes elders opgenomen in een orgaanhoofdstuk waarbij in de alfabetische lijst de term 'postoperatief' als inclusie bij een code is opgenomen, zonder omschrijving van de complicatie in de code zelf.

Bijvoorbeeld bij de zoektermen

- Oesofagitis (postoperatief) K20
- Osteomalacie bij volwassenen door malabsorptie (postoperatief) M83.2
- Strictuur van ureter (postoperatief) N13.5

Selectie van de juiste code voor de aandoening/complicatie

1. De alfabetische lijst is leidend voor het zoeken naar een juiste code. Zoek dus of daar een suggestie voor een code wordt gegeven. Dit kan via een hoofdingang voor een beschreven complicatie/aandoening of via een neven zoekterm (ingesprongen term) bij een specifieke aandoening:

Voorbeelden van hoofdingangen zijn:

- Complicaties (door) (van)
- Mislukken, mislukt

Bijvoorbeeld

Complicatie

- fixatiemateriaal
- - infectie of ontsteking

Complicatie

- stoma
- - blaas

Voorbeelden van neven zoektermen (ingesprongen term) in de alfabetische lijst zijn:

- na medische verrichting
- na operatie
- postoperatief
- door hulpmiddel, implantaat of transplantaat
- als gevolg van medische verrichting
- mislukken
- mislukt

Bijvoorbeeld

Embolie

- postoperatief

Emfyseem

- subcutaan

- - na medische verrichting

2. Als een complicatie van een verrichting niet in de alfabetische lijst is opgenomen (ook niet als synoniem) codeer dan:

A Vroege complicaties en mechanische complicaties:

T80-T88 'Complicaties van chirurgische en medische behandeling, niet elders geassocieerd' (volg de inclusie- en exclusietermen)

Bijvoorbeeld

Luchtlekkage na pneumectomie T81.8 'Overige gespecificeerde complicaties medische verrichtingen niet elders geassocieerd' + Y83.6 'Verwijdering van overig orgaan'

B Late en functionele complicaties:

Binnen het betreffende hoofdstuk naar orgaansysteem, voornamelijk in het blok 'Aandoeningen van...na medische verrichting niet elders geassocieerd'.

Bijvoorbeeld

Postoperatief atriumfibrilleren na CABG I97.1 'Overige functionele stoornissen na hartchirurgie' + Y83.2 'Operatie met anastomose, bypass of transplantaat' + I48.9 'Atriumfibrilleren en -flutter, niet gespecificeerd'

NB Symptomen die geen invloed hebben op het zorgproces (bijvoorbeeld door verlenging van de opname duur) of de gezondheidstoestand van de patiënt worden niet als complicatie gecodeerd.

Bijvoorbeeld

Postoperatieve misselijkheid, zonder invloed op behandeling → niet coderen.

Aanvullend coderen bij een aandoening of complicatie van medische verrichting

Een complicatiecode uit hoofdstuk XIX wordt altijd aanvullend gecodeerd met een code uit hoofdstuk XX (Uitwendige oorzaken van ziekte en sterfte) om de aard van de medische behandeling aan te geven.

Een code uit hoofdstuk XX kan ook aanvullend aan een aandoening uit de overige hoofdstukken gecodeerd worden. Dit is alleen relevant als de omschrijving van de code niet de uitgevoerde medische verrichting beschrijft.

Bijvoorbeeld

- T82.6 'Infectie en ontstekingsreactie als gevolg van hartklepprothese' aanvullend coderen met Y83.1 'Operatie met implantatie van kunstmatig inwendig hulpmiddel'

- N30.4 'Bestralingscystitis' zonder vermelding van afwijkende gang van zaken, geen aanvullende Y-code voor de uitgevoerde verrichting. Dit staat immers al in de omschrijving van de code.
- N99.0 'Nierinsufficiëntie na medische verrichting' aanvullende Y-code om de uitgevoerde medische verrichting aan te geven

Wanneer de specificiteit van een aandoening of complicatie van chirurgische en medische behandeling niet tot zijn recht komt in de omschrijving van de code is het advies om nader te specificeren met een aanvullende code uit hoofdstuk I t/m XIX.

Bijvoorbeeld

- Stafylokokkensepsis t.g.v. infuus T80.2 'Infecties na infusie, transfusie en therapeutische injectie' + Y84.8 'Overige gespecificeerde medische verrichtingen' + A41.2 'Sepsis door niet gespecificeerde stafylokokken'
- Laceratie maagwand door gastroscopie T81.2 'Onopzettelijke punctie en laceratie tijdens medische verrichting' + S36.30 'Letsel van maag' + Y60.4 'Onopzettelijke snee, punctie, perforatie of bloeding tijdens endoscopisch onderzoek'

Let op: Indien een aandoening of complicatie is ontstaan in de huidige opname, is het verplicht om de diagnosecode aan te duiden met een 'C' van complicatie⁴.

Bijvoorbeeld

Bloeding na uterusextirpatie tijdens de opname waarbinnen de operatie heeft plaatsgevonden C T81.0 'Bloeding en hematoom als complicatie van medische verrichting nec' + Y83.6 'Verwijdering van overig orgaan'

NB Wanneer een aandoening of complicatie niet het gevolg is van een behandeling, maar wel is ontstaan tijdens het ziekbed (in de huidige opname), codeer de aandoening dan op de gebruikelijke wijze, voorafgegaan met de aanduiding C van complicatie. Een aanvullende code uit hoofdstuk XX is bij een spontaan ontstane aandoening of complicatie niet van toepassing.

Voorbeelden

1 Hematoom van obstetrische wond na sectio in huidige opname

Code C 090.2 'Hematoom van obstetrische wond' + Y83.8 'Overige gespecificeerde heelkundige verrichtingen'

Zoekpad:

Hematoom

- obstetrische operatiewond 090.2

2 Bestralingscystitis ten gevolge van bestraling in eerdere opname, zonder afwijkende gang van zaken,

Code N30.4 'Bestralingscystitis'

Zoekpad:

Cystitis

- door

⁴ C van complicatie

LBZ: 'Een complicatie is een aandoening die tijdens het verblijf in het ziekenhuis is ontstaan, ongeacht de oorzaak. Een specialist zal bij complicaties vooral denken aan verwikkelingen die optreden in het ziektebeeld, spontaan of als gevolg van de behandeling. Het begrip complicatie is in de LBZ ruimer; bijvoorbeeld een beenbreuk door een val tijdens een opnameperiode die geen verband houdt met de aandoening of behandeling waarvoor de patiënt werd opgenomen, wordt ook als complicatie beschouwd. Of er sprake is van een complicatie wordt aangeduid met een C (= complicatie).

Binnen sommige LBZ modules wordt bij het invoeren van de diagnosecode de C niet aan de code gekoppeld maar dient het item 'complicatie' aangevinkt te worden.'

- - bestraling N30.4

3 Pneumonie ten gevolge van cholecystectomie in huidige opname

Code C J95.8 'Overige gespecificeerde respiratoire aandoeningen na medische verrichting' + Y83.6 'Verwijdering van overig orgaan' + aanvullend C J18.9 'Pneumonie, niet gespecificeerd'

Zoekpad:

Pneumonie

- als gevolg van medisch handelen J95.8

Of

Pneumonitis (*zie ook* Pneumonie)

- postoperatief J95.8

4 Pneumonie na onderbeen amputatie in huidige opname

Code C J18.9 'Pneumonie, niet gespecificeerd' (pneumonie is wel ontstaan tijdens de opnameperiode maar er is geen relatie gelegd met de operatie)

Zoekpad:

Pneumonie J18.9/8

5 Urineretentie na heupvervangning in huidige opname

Code C R33 'Retentie van urine' (urineretentie is wel ontstaan tijdens de opnameperiode maar er is geen relatie gelegd met de operatie)

Zoekpad:

Retentie

- urine R33

6 Laceratie sacrale zenuw tijdens herniotomie

Code C T81.2 'Onopzettelijke punctie en laceratie tijdens medische verrichting, nec' + C S34.2 'Letsel van zenuwwortel van lumbale en sacrale wervelkolom' + Y60.0 'Tijdens heelkundige ingreep'

Zoekpad:

Complicatie

- heelkundige ingreep

- - onopzettelijke punctie of laceratie T81.2

En

Letsel

- zenuw

- - spinaal

- - - wortel

- - - - sacraal S34.2

7 Pneumothorax na onbedoelde perforatie tijdens het aanbrengen van een centrale lijn in huidige opname

Code C T81.2 'Onopzettelijke punctie en laceratie tijdens medische verrichting, nec' + C S27.00 'Traumatische pneumothorax' + Y60.8 'Tijdens overige gespecificeerde genees- en heelkundige behandeling'

Zoekpad:

Pneumothorax

- door operatief letsel van borstwand of long J95.8

- - onopzettelijke punctie of laceratie T81.2

En

Pneumothorax

- traumatisch S27.0

8 Opname voor urethrastrictuur na TURP in eerdere opname

Code N99.1 'Urethrastrictuur na medische verrichting' + Y83.6 'Verwijdering van overig orgaan'

Zoekpad:

Strictuur

- urethra

- - na medische verrichting of postoperatief N99.1

9 Verlengde opname door koorts postoperatief

Code C T81.4 'Infectie na medische verrichting, niet elders geclassificeerd' + Y-code + C R50.9

'Koorts, niet gespecificeerd'

Zoekpad:

Koorts

- postoperatief (door infectie) T81.4

Opmerking:

T81.4 lijkt een zware code hiervoor maar omdat de alfabetische index een relatie veronderstelt, dient de classificatie te worden gevolgd. Alleen als je weet dat de postoperatieve koorts een andere oorzaak heeft dan de operatie, mag je hiervan afwijken en de specifieke oorzaak van de koorts coderen.

10 Delier postoperatief na operatie in huidige opname

Code C F05.8 'Delirium, niet gespecificeerd' (delier is wel ontstaan tijdens de opnameperiode maar er is geen relatie gelegd met de operatie)

Zoekpad:

Delier

- postoperatief F05.8

11 Naadlekkage na ileocoecale resectie in eerdere opname

K91.8 'Overige gespecificeerde aandoeningen van spijsverteringsstelsel na medische verrichting, nec' + Y83.2 'Operatie met anastomose, bypass of transplantaat'

Zoekpad:

Complicaties (door) (van)

- anastomose (en bypass) NEC T85.9

- - intestinaal (inwendig) NEC K91.8

12 Girdlestone situatie heup (instabiliteit gewricht secundair aan verwijderen gewrichtsprothese), heup verwijderd in eerdere opname

M96.8 'Overige gespecificeerde aandoeningen van botspierstelsel na medische verrichting' +

Y88.3 'Late gevolgen van geneeskundige- en heelkundige verrichtingen als oorzaak van afwijkende reactie van patiënt of van latere complicatie, zonder vermelding van afwijkende gang van zaken tijdens verrichting'

Zoekpad:

Instabiliteit

- gewricht (posttraumatisch)

- - secundair aan verwijderen van gewrichtsprothese M96.8

13 Aneurysma spurium / vals aneurysma arteria radialis t.g.v. een hartkatheterisatie in eerdere opname

T81.7 'Vasculaire complicaties na medische verrichting, nec' + Y84.0 'Hartkatheterisatie' + I72.1

'Aneurysma van arterie van bovenste extremiteit'

Zoekpad:

Bijvoorbeeld

Complicaties (door) (van)

- heelkundige ingreep

- - vasculair (perifeer) NEC T81.7

14 Delayed graft na een niertransplantatie in eerdere opname
T83.8 'Overige gespecificeerde complicaties van urogenitale prothesen, implantaten en transplantaten' + Y83.0 'Operatie met transplantatie van volledig orgaan'

Zoekpad:

Complicaties (door) (van)

- transplantaat (bypass)(patch)(*zie ook* Mislukken, transplantatie) T85.9/8

- - urine-orgaan T83.9/.8

15 Fausse route urethra door letsel bij katheterisatie in huidige opname
C T81.2 'Onopzettelijke punctie en laceratie tijdens medische verrichting, nec' + C S37.30 'Letsel van urethra' + Y60.6 'Tijdens aspiratie, punctie en overige katheterisatie'

Zoekpad:

Bijvoorbeeld

Laceratie

- onopzettelijk, complicatie van heelkundige ingreep T81.2

16 Fausse route urethra door verplaatsing (=mechanische complicatie)van katheter
(bijvoorbeeld thuis, waarna heropname):
T83.0 'Mechanische complicatie van urine(verblijfs)katheter' + S37.30 'Letsel van urethra' + Y73.2 'Gastro-enterologische en urologische hulpmiddelen verband houdend met ongewenste gebeurtenissen'

Zoekpad:

Complicaties (door) (van)

- katheter

- - urine (verblijfskatheter) (suprapubisch) T83.9/8

- - - mechanisch T83.0

NB Met de term 'Fausse route van urethra' bij code N36.0 wordt geen letsel bedoeld dat is ontstaan is door een medische verrichting. Daarom wordt deze code niet gebruikt bij letsel van de urethra ontstaan door een katheter.

17 Radiatie oesofagitis twee maanden na laatste bestraling
K20 'oesofagitis' + Y84.2 'radiologische verrichting en radiotherapie'

Zoekpad:

Complicatie (door) (van)

- radiotherapie NEC T66

Bij T66 'niet-gespecificeerde gevolgen van straling' staat een exclusie voor gespecificeerde ongewenste-gevolgen van straling. Dit geeft aan dat de specifieke aandoening die ontstaan is door de (be)straling gecodeerd moet worden.

Voor aandoeningen die ontstaan zijn na radiotherapie geldt dus:

- Volg de alfabetische index (bv cystitis, door bestraling N30.4)
- Als de alfabetische index geen code geeft codeer dan de specifieke aandoening + Y84.2 bij ongewenste gevolgen van (be)straling (zie exclusie bij T66)

18 Plexus brachialis letsel door radiotherapie in het verleden
G54.0 'aandoening van plexus brachialis' + Y84.2

Zie uitleg bij voorbeeld 17

19 Duralek/liquor lekkage na hersenoperatie in eerdere opname
In dit geval is de opening in de dura als onderdeel van de ingreep gemaakt dus is er geen sprake van een onbedoelde perforatie.

G97.8 'overige gespecificeerde aandoeningen van zenuwstelsel na medische verrichting' + Y83.8 + G96.0 'liquorlekkage'.

20 Duraletsel/lekkage onbedoeld ontstaan door HNP operatie in huidige opname C T81.2 'Onopzettelijke punctie en laceratie tijdens medische verrichting, niet elders geclassificeerd' + C S19.8 'Overige gespecificeerde letsels van hals' òf C S29.8 'Overige gespecificeerde letsels van thorax' òf C S39.8 'Overige gespecificeerde letsels van buik, bekken en onderste deel van rug' (afhankelijk van de lokalisatie van de dura) + Y60.0 'Tijdens heelkundige ingreep' + C G96.0 'liquorlekkage'.

21 Pneumothorax na aspiratie van pleuravocht d.m.v. pleurapunctie in eerdere opname In dit geval is er middels een punctie een bedoelde opening in de pleura gemaakt. Soms kan als gevolg hiervan een pneumothorax als complicatie optreden.

Code J95.8 'overige gespecificeerde respiratoire aandoening na medische verrichting' + Y84.4 'aspirate van vloeistof' + J93.8 'overige gespecificeerde vormen van pneumothorax'

Zoekpad:

Pneumothorax

- door operatief letsel van borstwand of long J95.8

0-13 Aandoeningen veroorzaakt door geneesmiddelen

ingangsdatum: 01-08-2015 of zo mogelijk eerder

vervangt: CvZ aca 4.3

Vraag

Wat is de juiste codering voor een aandoening veroorzaakt door het gebruik van een geneesmiddel?

Advies

1. Bijwerkingen en ongewenste gevolgen/reacties: code uit de reeksen A00-R99 en T80-T88.8 + aanvullend Y40-Y59 voor specificatie van het geneesmiddel
2. Vergiftigingen door geneesmiddelen bij verkeerd of onbedoeld gebruik: code uit de reeks T36-T50 + X40-X49 voor specificatie van het geneesmiddel, en eventueel aanvullend belangrijke aandoeningen/symptomen ontstaan door de vergiftiging.

Toelichting

Aandoeningen veroorzaakt door geneesmiddelen zijn te onderscheiden in twee typen:

1. Bijwerkingen, ongewenste gevolgen/reacties op geneesmiddelen bij juist gebruik
2. Vergiftigingen door geneesmiddelen door verkeerd of onbedoeld gebruik

1. Bijwerkingen en ongewenste gevolgen/reacties worden afhankelijk van hun aard gecodeerd met een code uit de reeksen A00-R99 en T80-T88.8 + aanvullend Y40-Y59 'Geneesmiddelen en biologische stoffen leidend tot ongewenste gevolgen bij therapeutisch gebruik'.

De alfabetische lijst is leidend voor de juiste code. Er is in een aantal gevallen een specifieke code voor een bijwerking of ongewenst gevolg/reactie. Als dat niet het geval is, wordt een algemene code voor de betreffende aandoening gecodeerd. Aanvullend wordt met een Y-code het geneesmiddel aangegeven.

Bijvoorbeeld

- Gastritis door ibuprofen
K29.6 'Overige gespecificeerde gastritis' + Y45.2 'Propionzuurderivaten'
- Door prednison geïnduceerde diabetes

E13.9 'Overige gespecificeerde vormen van diabetes mellitus' + Y42.0 'Glucocorticoden en synthetische analogen'

- Eczeem door antibiotica
L27.0 'Gegeneraliseerde huidruptie door geneesmiddelen' + Y40.9 'Systemische antibioticum, niet gespecificeerd'
- Allergische reactie door clonidine
T88.7 'Niet gespecificeerd ongewenst gevolg van geneesmiddel' + Y52.5 'Overige antihypertensiva, niet elders geassocieerd'

2. Vergiftigingen door geneesmiddelen door verkeerd of accidenteel gebruik wordt gecodeerd met T36-T50 'Vergiftiging door geneesmiddelen en biologische stoffen' + X40-X49 'Onopzettelijke vergiftiging door en blootstelling aan schadelijke stoffen'.

In dit geval is er sprake van niet opzettelijke overdosering, gebruik van een verkeerd geneesmiddel of onbedoeld gebruik van een geneesmiddel.

Bijvoorbeeld

- Slaapmiddelvergiftiging bij peuter door accidenteel innemen van geneesmiddel van oma. Peuter is hierdoor comateus.
Codeer: T42.7 'Anti-epileptica, sedativa en hypnotica, niet gespecificeerd' + X41.-- 'Onopzettelijke vergiftiging door en blootstelling aan anti-epileptica, sedativa, hypnotica, antiparkinsonmiddel en psychotrope geneesmiddelen, nec' + R40.2 'Coma, niet gespecificeerd'
- Patiënt wordt onwel na inname van dopamine. Er blijkt door de apotheek per ongeluk een te hoge dosering van het geneesmiddel aan de patiënt verstrekt te zijn.
Codeer: T44.9 'Overige en niet gespecificeerde geneesmiddelen primair aangrijpend op autonoom zenuwstelsel'+ X43.-- 'Onopzettelijke vergiftiging door en blootstelling aan overige geneesmiddelen met werking op autonoom zenuwstelsel'

NB Let bij alle categorieën goed op de in- en exclusies!

0-14 C-code voor complicatie bij perinatale aandoeningen en aandoeningen tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed

ingangsdatum: 01-08-2015 of zo mogelijk eerder

Vraag

Bij perinatale aandoeningen en aandoeningen tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed is het vaak lastig of niet te bepalen wanneer een aandoening als complicatie van de opname aangemerkt moet worden (bijvoorbeeld of foetale nood is ontstaan vóór of tijdens de opname). Moet de C-code⁵ ook worden gebruikt bij deze opnames?

⁵ C van complicatie

LBZ: 'Een complicatie is een aandoening die tijdens het verblijf in het ziekenhuis is ontstaan, ongeacht de oorzaak. Een specialist zal bij complicaties vooral denken aan ontwikkelingen die optreden in het ziektebeeld, spontaan of als gevolg van de behandeling. Het begrip complicatie is in de LBZ ruimer; bijvoorbeeld een beenbreuk door een val tijdens een opnameperiode die geen verband houdt met de aandoening of behandeling waarvoor de patiënt werd opgenomen, wordt ook als complicatie beschouwd. Of er sprake is van een complicatie wordt aangeduid met een C (= complicatie).

Binnen sommige LBZ modules wordt bij het invoeren van de diagnosecode de C niet aan de code gekoppeld maar dient het item 'complicatie' aangevinkt te worden.

Advies

Gebruik géén C-code voor complicaties bij perinatale aandoeningen in de opnames aansluitend aan de geboorte (zowel ziekenhuis geboren, thuis geboren en bij overplaatsing naar een ander ziekenhuis). Bij opnames niet aansluitend aan de geboorte worden de complicaties wél op de gebruikelijke wijze aangegeven.

Ook bij opnames voor zwangerschap en bevalling kan de diagnose elementen van complicaties bevatten. Bij opnames voor zwangerschap en bevalling wordt ook géén C-code voor complicatie gebruikt. Complicaties verband houdend met het kraambed (O85-O92) worden wél op de gebruikelijke wijze aangegeven.

Het doorvoeren van de LBZ definitie van complicatie bij pasgeborenen en zwangerschap en bevalling zou, wanneer zich aandoeningen manifesteren, kunnen leiden tot een scala aan C-codes. Strikt genomen zou er een C-code moeten worden gebruikt, maar vanwege bovengenoemde redenen en in het kader van de uniformiteit van de codering is het advies om bij de meeste van deze opnames géén C-code te gebruiken.

Schema gebruik C-code:

voor opnames bij perinatale aandoeningen aansluitend aan de geboorte	geen C-code
voor opnames bij perinatale aandoeningen niet aansluitend aan de geboorte	wél C-code
voor opnames bij zwangerschap en bevalling	geen C-code
bij blok (O85-O92) 'Complicaties hoofdzakelijk verband houdend met kraambed' ontstaan tijdens de opname van de bevalling	wél C-code

0-15 Late gevolgen van cerebrovasculaire ziekten

ingangsdatum: 01-08-2015 of zo mogelijk eerder
mutatiedatum: 01-04-2017
vervangt: CvZ aca 16.1

Vraag

Hoe codeer je late gevolgen na een cerebrovasculaire ziekte?

Advies

De resttoestand of aard van het late gevolg wordt als hoofdaandoening gecodeerd. Aanvullend wordt de oorzaak van het late gevolg gecodeerd met code I69.- 'Late gevolgen van cerebrovasculaire ziekten'.

Toelichting

Het coderen van late gevolgen vereist in het algemeen twee codes:

1. de resttoestand of aard van het late gevolg
2. de oorzaak van het late gevolg

Code I69.- 'Late gevolgen van cerebrovasculaire ziekten' is te gebruiken om aandoeningen uit de codereeks I60-I67 'Cerebrovasculaire ziekten' aan te geven als oorzaak van late gevolgen die elders worden geclassificeerd.

Als een aantal verschillende late gevolgen aanwezig is en geen enkele daarvan als belangrijkste is aangemerkt, is het toegestaan I69.- als de hoofddiagnose vast te leggen.

De alfabetische lijst geeft via de ingang Accident, - cerebrovasculair, - - oud, code I69.4 'Late gevolgen van beroerte, niet gespecificeerd als bloeding of infarct'. Deze code kan alleen gebruikt worden als er sprake is van restafwijkingen. Gebruik anders code Z86.7 'Persoonlijke anamnese met ziekten van hartvaatstelsel' als aanvullende code om een CVA in de anamnese, zonder actuele restafwijkingen, aan te geven.

NB 'Late gevolgen' omvatten aandoeningen, gespecificeerd als resttoestand of als late gevolgen, of aandoeningen die 1 jaar of langer na het begin van de oorzakelijke ziekte nog aanwezig zijn. Als een aandoening als resttoestand of laat gevolg omschreven is, is er dus geen sprake van een minimum tijdsinterval.

Voorbeelden

1. Hemiparese na cerebraal infarct
G81.9 'Hemiplegie, niet gespecificeerd' + I69.3 'Late gevolgen van cerebraal infarct'
2. Slikstoornis na CVA
R13 'Dysfagie' + I69.4 'late gevolgen van beroerte, niet gespecificeerd als bloeding of infarct'
3. Recidief CVA NNO
I64 'Beroerte, niet gespecificeerd als bloeding of infarct' + Z86.7 'Persoonlijke anamnese met ziekten van hartvaatstelsel'

0-16 Volgorde van coderen van etiologie en manifestatie

ingangsdatum: 01-08-2015 of zo mogelijk eerder
vervangt: CvZ advies nieuwsbrief december 2004

Vraag

Hoe wordt bepaald of de etiologie (onderliggende ziekte) of de manifestatie (uiting) als hoofddiagnose vastgelegd moet worden?

Codeadvies

Als de classificatie geen uitsluitel geeft aan de hand van de dagger († etiologie) en astrisk (* manifestatie) systematiek of andere codeerregels, codeer dan de aandoening die de reden van opname is, als hoofddiagnose.

Let op:

- voor het coderen van symptomen en aandoeningen in het kader van een maligniteit geldt zie codeadvies 2-9
- voor het coderen van de hoofddiagnose bij OHCA geldt codeadvies 9-19
- voor het coderen van de hoofddiagnose bij respiratoire insufficiëntie geldt codeadvies 10-6

Toelichting

Voor bepaalde aandoeningen is het belangrijk zowel de ten grondslag liggende ziekte (etiologie) als de manifestatie (uiting) van de ziekte te registreren. Soms is het moeilijk om hierbij te bepalen wat de volgorde van coderen is. Met het oog op het registreren van de juiste hoofddiagnose is het van belang hier zo uniform mogelijk mee om te gaan.

Uitgangspunt is dat de definitie van de hoofddiagnose, zoals deze bij de LBZ gehanteerd wordt, leidend is:

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

Binnen de ICD-10 zijn een aantal afspraken en codeerregels die de volgorde van coderen voorschrijven;

Op de eerste plaats is de classificatie leidend voor de juiste codering/keuze van hoofddiagnose.

- In een aantal gevallen zijn etiologie en manifestatie in één code gevat.

Bijvoorbeeld

N13.2 'Hydronefrose met obstructie door nier- en uretersteen'

I12.0 'Hypertensieve nierziekte met nierinsufficiëntie'

- Soms schrijft de classificatie de volgorde van registreren voor door middel van een dagger (etiologie) en asterisk (manifestatie) combinatie.

Bijvoorbeeld

Polyneuropathie bij diabetes mellitus 2; E11.4† en G63.2*.

Daarnaast zijn codeerregels bepalend bij de keuze van hoofddiagnose:

- Indien een symptoom of een probleem als de hoofdaandoening is vastgelegd en dit duidelijk een symptoom of probleem van een gediagnosticeerde aandoening betreft, en waarvoor zorg werd gegeven, dan dient de gediagnosticeerde aandoening als hoofddiagnose te worden geselecteerd.

Bijvoorbeeld

Buikpijn bij appendicitis; appendicitis is de hoofddiagnose

- Als de hoofdaandoening is vastgelegd als zowel acuut (of subacut) als chronisch dan moet de code voor de acute aandoening als de hoofddiagnose worden geselecteerd.

Bijvoorbeeld

Acute prostatitis bij chronische prostatitis. Acute prostatitis is de hoofddiagnose en aanvullend wordt de chronische prostatitis gecodeerd.

- De ICD-10 voorziet in een aantal categorieën getiteld '*Late gevolgen van*'⁶ die gebruikt kunnen worden om aandoeningen die niet meer aanwezig zijn aan te duiden als de oorzaak van een actueel probleem waarvoor behandeling of onderzoek wordt ondergaan. De voorkeurscode voor de hoofdaandoening is de code voor de aard van het late gevolg zelf, waaraan de code voor *Late gevolgen van* als (facultatieve) aanvullende code kan worden toegevoegd.

Bijvoorbeeld

Hemiplegie door herseninfarct in de anamnese.

Hemiplegie is de hoofddiagnose en het herseninfarct in de anamnese wordt aanvullend gecodeerd met een code uit de reeks 'late gevolgen van cerebrovasculaire ziekten'.

Als de classificatie of één van bovenstaande codeerregels geen uitsluitel geeft, wordt de te coderen hoofddiagnose geselecteerd op basis van de LBZ-definitie (zie eerder).

De reden van opname zal veelal de te behandelen aandoening zijn. Met andere woorden waar is de behandeling op gericht? Het behandelen van de onderliggende aandoening of de manifestatie?

Is de behandeling gericht op de **onderliggende ziekte** → codeer de onderliggende ziekte als hoofddiagnose

⁶ 'late gevolgen' omvatten aandoeningen, gespecificeerd als resttoestanden of als late gevolgen, of aandoeningen die 1 jaar of langer na het begin van de oorzakelijke ziekte nog aanwezig zijn.

Bijvoorbeeld

Bloedverlies door tubulair adenoom

Hoofddiagnose is het tubulair adenoom. Door behandeling van het adenoom is het bloedverlies verholpen.

Is de behandeling gericht op de **manifestatie** → codeer de manifestatie als hoofddiagnose

Bijvoorbeeld

Dagopname voor bloedtransfusie voor ijzerebreksanemie door gastro-intestinaal bloedverlies bij angiodysplasie van het colon

Hoofddiagnose is de ijzerebreksanemie.

Opmerking 1: Een symptoom kan hoofddiagnose zijn als de onderliggende ziekte op zich geen reden tot opname is.

Bijvoorbeeld

Koortsstuip bij acute otitis.

Over het algemeen is een otitis geen reden tot opname maar is de koortsstuip waarvoor opname geïndiceerd is.

Opmerking 2: Houd rekening met het opnamespecialisme.

Bijvoorbeeld

Slikklachten bij ALS

- Opname voor de MDL-arts voor het plaatsen van een PEG sonde. De MDL arts behandelt niet de ALS maar plaatst de PEG sonde i.v.m. de slikklachten → hoofddiagnose slikklachten.
- Opname voor neurologie. De slikklachten worden verklaart door de ALS. De behandeling door de neuroloog is niet specifiek gericht op de slikklachten maar op het gehele ziektebeeld → hoofddiagnose ALS.

NB Bovenstaande systematiek geldt ook voor het bepalen van de volgorde van nevendiagnosen indien er al een andere hoofddiagnose is vastgelegd.

0-17 Onderzoek vanwege positieve iFOBT-test bij darmkankerscreening

ingangsdatum: 01-08-2015 of zo mogelijk eerder

mutatiedatum: 01-10-2015

Vraag

Wat wordt er gecodeerd wanneer een patiënt na een positieve darmkankerscreening (iFOBT-test) als vervolgonderzoek een coloscopie ondergaat?

Advies

Indien de iFOBT-test positief is en patiënt komt voor vervolgonderzoek, codeer dan

- Indien carcinoom geconstateerd: het carcinoom coderen
- Indien (premalig) poliepen worden geconstateerd: de poliepen coderen
- Indien andere verklaring voor de positieve test: de betreffende aandoening coderen
- Indien geen verklaring voor de positieve test is geconstateerd: codeer de positieve iFOBT met R19.5 'Overige afwijkingen van feces' en aanvullend Z03.1 "Observatie in verband met verdenking op maligne neoplasma"

Opmerking:

Aanvullend wordt de observatie op een maligne neoplasma vastgelegd met Z03.1.

Een screeningscode (Z12.-) is in dit geval niet van toepassing omdat er immers al sprake is van een afwijking van de feces.

Een code voor screeningsonderzoek wordt alleen gebruikt 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.

Toelichting

Bij het bevolkingsonderzoek voor screening op darmkanker wordt gebruik gemaakt van de iFOBT-test. Dit staat voor "immunologische fecale occult bloedtest". Met deze test kunnen hele kleine hoeveelheden bloed, die niet met het oog waarneembaar zijn, in de ontlasting worden opgespoord.

0-18 Plastische (reconstructieve) chirurgie

ingangsdatum: 01-10-2015 of zo mogelijk eerder
Vervangt: CvZ aca 2.4

Vraag

Hoe codeer je (na)behandeling met plastische chirurgie?

Advies

Codeer de aandoening die behandeld wordt.

Toelichting

De codes Z41.1 'Overige plastische chirurgie voor kosmetisch niet acceptabel uiterlijk' en Z42.- 'Nabehandeling met plastische chirurgie' geven weinig informatie. Bovendien omschrijven deze codes geen diagnose maar een uitgevoerde behandeling. Zie ook codeadvies 21-12 'Z-codes voor verrichtingen in de LBZ' waarin geadviseerd wordt een Z-code voor een behandeling niet vast te leggen als er een verrichtingencode uit de zorgactiviteitentabel (ZA-code) met een zelfde betekenis is vastgelegd.

Voorbeelden

Mammareductie bij mammahypertrofie
N62 'Hypertrofie van mamma'

Verbeteren van litteken na brandwond
L90.5 'Littekens en fibrose van huid' + T95.9 'Late gevolgen van niet gespecificeerde brandwond, etsing en bevriezing' + Y89.9 'Late gevolgen van niet gespecificeerde uitwendige oorzaak'

Mammareconstructie na mastectomie vanwege mammacarcinoom
Z90.1 'Verworven afwezigheid van mamma(e)' + Z85.3 'Persoonlijke anamnese met maligne neoplasma van mamma'

Een voorbeeld waarbij Z42.- wel van toepassing is, is het losmaken van een transpositielap als afwerking van een eerdere operatie. In dit geval is er geen te coderen aandoening meer aanwezig en geeft Z42.- het beste de situatie weer.

0-19 De aanduiding 'C' van complicatie in de LBZ

ingangsdatum: 01-10-2016 of zo mogelijk eerder

Inleiding

Met de aanduiding 'C' van complicatie wordt in de LBZ aangegeven dat een aandoening tijdens het verblijf in *het ziekenhuis ontstaat*, ongeacht de oorzaak. Een specialist zal bij complicaties vooral denken aan verwikkelingen die optreden in het ziektebeeld, spontaan of als gevolg van de behandeling. De aanduiding 'C' van complicatie is in de LBZ ruimer; bijvoorbeeld een beenbreuk door een val tijdens een opnameperiode die geen verband houdt met de aandoening of behandeling waarvoor de patiënt werd opgenomen, wordt ook als complicatie beschouwd.

Een aandoening/complicatie die tijdens het ziekenhuisverblijf ontstaat wordt aangeduid met een 'C' bij de ICD-10 code.

Een aandoening/complicatie die reeds aanwezig is op het moment van ziekenhuisopname wordt *niet* aangeduid met een 'C' bij de ICD-10 code.

In de LBZ is de aanlevering van de C-code, indien van toepassing, verplicht bij een klinische opname, dagopname en langdurige observatie. De vastlegging van aandoeningen/complicaties die tijdens het ziekenhuisverblijf ontstaan is vooral van belang in het kader van bewaking van de kwaliteit c.q. het aanleveren van gegevens met betrekking tot de kwaliteitsindicatoren zoals de HSMR.

Alleen primaire diagnoses die geen hoofddiagnose zijn en nevendiaagnosen kunnen worden aangeduid met een 'C'. Een aandoening/complicatie die ontstaat tijdens de ziekenhuisopname kan immers nooit de reden van opname zijn.

Zie voor de registratie van complicaties bij perinatale aandoeningen en aandoeningen die ontstaan zijn tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed, codeadvies 0-14.

Hieronder volgen een aantal registratieregels en voorbeelden ter verduidelijking.

Wel 'C' van complicatie registreren

- Een aandoening/complicatie die tijdens het ziekenhuisverblijf ontstaat wordt aangeduid met een 'C' bij de ICD-10 code.
- Een aandoening die is ontstaan tijdens de opname dient gedurende *de hele opname* met een 'C' in de LBZ te worden geregistreerd, ook als een andere specialist daarvoor in medebehandeling komt of bij overdracht. Bij medebehandeling of overdracht is het immers nog steeds een aandoening die bij opname niet aanwezig was en moet daarom met een 'C' aangeduid worden.

Voorbeeld

Patiënt ontwikkelt een urineweginfectie tijdens een opname voor een myocardinfarct en wordt overgeplaatst naar inwendige geneeskunde.

Codering: C N39.0

Zowel voor de cardioloog als voor de internist wordt de urineweginfectie aangeduid met een 'C'.

- Indien een bestaande aandoening verergert of ontregelt, codeer dan alleen de manifestatie van de verergering/ontregeling met de aanduiding 'C'

Voorbeeld

Bij een diabetes type 2 patiënt treedt een hyperglykemische ontregeling op tijdens de postoperatieve fase.

Codering E11.9 + C R73.9

Alleen de hyperglykemie wordt als 'C' aangeduid, de diabetes niet, want deze was al bij opname aanwezig.

Geen 'C' van complicatie registreren

- Een aandoening/complicatie die reeds aanwezig is op het moment van ziekenhuisopname wordt niet aangeduid met een 'C' bij de ICD-10 code.
- Aandoeningen waarvan in het algemeen kan worden aangenomen dat ze bij opname reeds aanwezig waren (bijvoorbeeld chronische aandoeningen en nieuwvormingen), worden niet gecodeerd met de aanduiding 'C'.

Voorbeeld

Tijdens opname voor de behandeling van een heupfractuur wordt een diabetes type 2 geconstateerd.

De DM wordt als nevendiagnose geregistreerd en niet met een 'C' aangeduid, hoewel de DM bij opname nog niet gediagnosticeerd was, was deze wel al aanwezig.

- Een complicatie die al aanwezig is op het moment van opname
Als er een (her)opname plaatsvindt vanwege een reeds aanwezige complicatie, wordt de complicatie niet met een 'C' aangeduid. Binnen de definitie van de LBZ betreft het namelijk geen complicatie 'C' als deze al aanwezig is bij opname.

Voorbeeld

Opname i.v.m. infectie van een in eerdere opname geplaatste heupprothese.

De infectie was al bij opname aanwezig en wordt daarom niet met een 'C' aangeduid.

- Externe oorzaken
Als een complicatie ontstaat tijdens opname met een code uit hoofdstuk 19 wordt vastgelegd, krijgt deze een 'C' aanduiding. De aanvullende code voor de uitwendige oorzaak (hoofdstuk 20) krijgt géén 'C' aanduiding.

Voorbeeld

Tijdens de opname voor een appendectomie ontstaat een postoperatieve infectie.

Codering: C T81.4 + Y83.6

Patiënt valt tijdens de opname uit bed en heeft als gevolg daarvan een commotio cerebri

Codering: C S06.00 + W06.29

0-20 Hoofddiagnose bij postoperatieve overname vanuit een ander ziekenhuis

ingangsdatum: 01-01-2017

vervangt deels: CvZ aca 3.12 Status na, Nazorg, Reconvalescentie, Follow-up

Vraag

Wat is de hoofddiagnose als een patiënt postoperatief vanuit een ander ziekenhuis wordt overgenomen?

Advies

De hoofddiagnose is afhankelijk van de reden van opname:

1. de overplaatsing vindt plaats vanwege een postoperatieve complicatie → de postoperatieve complicatie is de hoofddiagnose.
2. er wordt doorbehandeld op de oorspronkelijke (geopereerde) aandoening → de oorspronkelijke aandoening is de hoofddiagnose en aanvullend wordt, indien mogelijk, de postoperatieve status gecodeerd.
3. de zorg na overplaatsing is gericht op postoperatieve nazorg → de hoofddiagnose is Z48.8 'overige chirurgische nabehandeling' en aanvullend wordt, indien mogelijk, de postoperatieve status gecodeerd.

Let op: Voor overdracht na een operatieve behandeling in verband met een maligniteit geldt codeadvies 2-4 'Hoofddiagnose bij behandeling maligniteit'.

Zie ook advies 9-20 'Hoofddiagnose bij behandeling en nazorg acuut myocardinfarct met coronairsclerose'.

NB

- nazorg voor niet-operatieve ingrepen valt onder Z51.- 'overige gespecificeerde medische zorg' (alfabetische index: nazorg, - zie nabehandeling)
- dit advies is ook van toepassing op de keuze van de primaire diagnose bij interne overname door een ander specialisme

Voorbeeld opnamereden 1:

Overname i.v.m. postoperatief delier na plaatsen knieprothese in ZBC

F05.8 'overige gespecificeerde vormen van delirium' + Z96.6 'aanwezigheid van orthopedische gewrichtsimplantaten'

Voorbeeld opnamereden 2:

Overname na stentplaatsing stent elders vanwege acute cholangitis

K83.0 'cholangitis' + Z96.8 'aanwezigheid van overige gespecificeerde functionele implantaten'

Voorbeeld opnamereden 3:

Overname na hartklepvervangning

Z48.8 'overige chirurgische nabehandeling' + Z95.4 'aanwezigheid van overige hartklepvervangning'

Toelichting

In het verleden werd voor postoperatieve overdracht code Z54 geadviseerd. Code Z54 'reconvalescentie' is echter bedoeld voor herstel na ziekte en/of behandeling. Als een patiënt na een operatieve ingreep in het ziekenhuis moet verblijven is dat voor postoperatieve nazorg, dat omvat meer dan alleen herstel. Postoperatieve nazorg komt beter tot uiting in code Z48.8 'overige gespecificeerde vormen van chirurgische nabehandeling' en daarom wordt Z54.0 niet meer gebruikt binnen de ziekenhuiszorg. Code Z54 is van toepassing op bijvoorbeeld herstel in revalidatie instellingen of verpleeghuizen.

0-21 Hiërarchie van exclusies

ingangsdatum: 01-01-2018 of zo mogelijk eerder

Vraag

Wat is de hiërarchie als er bij een code meerdere exclusies gelden?

Advies

Exclusies op codeniveau bij drie-/viertekencategorieën gaan voor op exclusies op blok- of hoofdstukniveau.

Toelichting

In de ICD-10 zijn op verschillende niveaus exclusies opgenomen:

- Op hoofdstukniveau (aan het begin van een hoofdstuk)
- Op blokniveau (aan het begin van een blok van drie-tekencategorieën)
- Op codeniveau bij drie-tekencategorieën
- Op codeniveau bij vier-tekencategorieën

Exclusies bij vier-tekencategorieën zijn het meest specifiek en gaan daarom voor op hoger gelegen exclusies. Zo ook exclusies bij drie-tekencategorieën etc..

Bijvoorbeeld:

Candidastomatitis bij pasgeborene ontstaan 1 week na de geboorte.

Voor het blok 'infecties specifiek voor perinatale periode (P35-P39)' geldt een exclusie voor infectieziekten verworven na geboorte (A00-B99, J09-J11).

Op basis van deze exclusie moeten infecties uit de reeksen A00-B99, J09-J11, die na de geboorte zijn ontstaan, vastgelegd worden binnen één van deze genoemde reeksen.

Candidastomatitis zou dan gecodeerd worden met B37.0. Echter, voor de drie-tekencategorie B37 geldt een exclusie voor neonatale candidiasis (P37.5). Omdat de exclusie bij B37 op een dieper niveau staat (drie-teken) dan de exclusie bij blok P35-P39 moet de exclusie bij B37 worden gevolgd.

Conclusie: Candidastomatitis bij pasgeborene ontstaan 1 week na de geboorte, wordt dus gecodeerd met P37.5 'neonatale candidiasis'. Aanvullend wordt B37.0 gecodeerd om de lokalisatie van de candidiasis aan te geven (de exclusies in de ICD-10 zijn er namelijk voor het bepalen van de hoofddiagnose. Als je via de exclusie in een klasse uitkomt waar de term minder specifiek is beschreven, codeer je aanvullend als daarmee het ziektebeeld beter beschreven wordt).

1-1 Diarree NNO

ingangsdatum: 01-03-2013
mutatiedatum: 01-10-2015 of zo mogelijk eerder

Vraag

Wat is de NNO code voor diarree / colitis / gastro-enteritis?

Advies

In de 2014 versie van de ICD-10 valt diarree/colitis/gastro-enteritis NNO onder A09.9.

Let op : diarree, colitis en gastro-enteritis gespecificeerd als niet infectieus valt wel onder K52.9.

1-2 Bacteriëmie of sepsis?

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

Vraag

Codering bacteriëmie of sepsis?

Voorbeeld:

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

Informatie:

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

Advies

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

Indien de bacterie bekend is kan deze aanvullend gecodeerd worden.

Dus in bovenstaande voorbeeld:

N39.0 'UWI, lokalisatie niet gespecificeerd'

B96.2 'E. coli'

A49.9 'Bacteriële infectie, niet gespecificeerd'

B96.2 'E. coli'

MUTATIE

2-1 Maligne neoplasma van onafhankelijke multipele lokalisaties C97

ingangsdatum: 01-03-2013

mutatiedatum: 01-04-2018

Vraag

Hoe wordt code C97 gebruikt?

Advies

C97 wordt alleen gebruikt bij meerdere primaire maligniteiten van gelijke zwaarte in verschillende organen. C97 mag alleen als primaire diagnose en hoofddiagnose worden gebruikt.

C97 wordt **niet** gebruikt bij:

- Meerdere tumoren in één orgaan (één drie-tekencategorie)(zie codeadvies 2-10).
- Dubbelzijdige tumoren in extremiteiten en dubbelzijdige organen (zie codeadvies 2-10).

C97 wordt zonder M-code gebruikt.

Als gebruik gemaakt wordt van de M-code, dan wordt een primaire tumor (behalve C97) altijd gevolgd door een M-code, ook als het dezelfde morfologie betreft (zie ook pagina 127 en 128 deel 2)

Voorbeeld:

Patiënt met plaveiselcelcarcinoom van de linker longhilus en intestinaal carcinoom van het colon: C97 + C34.0 + M8070/3 + C18.9 + M8144/3

2-4 Hoofddiagnose bij behandeling maligniteit

ingangsdatum: 01-01-2015
mutatiedatum: 01-08-2015
vervangt: CvZ aca 20.5 en 5.1

Vraag

Wat is de hoofddiagnose bij de behandeling van een maligniteit?

Advies

Codeer de maligniteit waar de behandeling op gericht is als hoofddiagnose. Dit zal veelal de primaire tumor zijn, maar kan ook een metastase zijn. Ook als een maligniteit verwijderd is, wordt gedurende het gehele behandeltraject de oorspronkelijke maligniteit geregistreerd. De medisch specialist beschouwt de maligniteit gedurende de hele behandeling namelijk als de hoofddiagnose, ongeacht of dat voor of na de operatie is.

Toelichting

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

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

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

Pas als het gehele behandeltraject is afgerond en de maligniteit niet meer aanwezig is (de follow-up is gestart), kan code Z85.- worden geregistreerd om een maligniteit in de anamnese vast te leggen.

Opmerkingen

- Voor dit codeadvies vallen onder het behandeltraject operaties, radiotherapie, chemotherapie en immunotherapie. Hormoonbehandelingen vallen hier buiten. Als de aanvullende behandeling van een verwijderde maligniteit alleen uit een hormoonbehandeling bestaat, dan wordt niet meer de oorspronkelijke maligniteit gecodeerd maar een maligniteit in de anamnese.
- Als niet duidelijk is of de behandeling op de primaire tumor of op de metastase gericht is, dan is de primaire tumor hoofddiagnose.
- Een opname voor een preventieve verrichting wegens belaste familie- anamnese en/of persoonlijke anamnese wordt gecodeerd met hoofddiagnose Z40.0 'Preventieve chirurgie voor risicofactoren verband houdend met maligne neoplasma'. Aanvullend wordt de familie- anamnese en/of persoonlijke anamnese vastgelegd (zie ook codeadvies 21-14).

Voorbeeld 1

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

Hoofddiagnose C78.7 'Secundair maligne neoplasma van lever'

Nevendiagnose C18.- 'Maligne neoplasma van colon'

→ De opname is in het kader van diagnostiek van de leveraandoening en niet voor de behandeling van het coloncarcinoom.

Voorbeeld 2

Opname voor re-excisie na poliklinisch verwijderd melanoom, waarbij getwijfeld werd aan de radicaliteit. PA-verslag: er wordt geen melanoom meer aangetroffen.

Hoofddiagnose C43.- 'Maligne melanoom van huid'

→ De opname staat in het teken van een verdere behandeling van het gediagnostiseerde melanoom.

Voorbeeld 3

Opname voor okselkliertoilet, nadat in dagopname volledige verwijdering van een mammacarcinoom heeft plaatsgevonden. Bij de definitieve PA-uitslag blijkt er een micrometastase in de schildwachtkliert te zijn. Vandaar dat in tweede instantie een okselkliertoilet wordt uitgevoerd. PA-verslag okselkliertoilet: geen metastatisch tumorweefsel meer aanwezig.

Hoofddiagnose C77.3 'Secundair maligne neoplasma van lymflieren van oksel en bovenste extremiteit'

Neveniagnose C50.- 'Maligne neoplasma van mamma'

→ De opname staat in het teken van de verdere behandeling van de eerder geconstateerde micrometastase van het verwijderde mammacarcinoom.

Voorbeeld 4

Opname voor cytostatica na mastectomie met lymfkliertoilet vanwege mammacarcinoom met okselkliermetastasen

Hoofddiagnose C50.- 'Maligne neoplasma van mamma'

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

→ Omdat hier niet duidelijk blijkt of de chemotherapie met name gericht is op het nabehandelen van het mammacarcinoom of op de metastasen is de primaire tumor de hoofddiagnose.

Voorbeeld 5

Opname voor cytostatica aanvullend op resectie rectumcarcinoom met levermetastasen

Hoofddiagnose C20 'Maligne neoplasma van rectum'

Neveniagnose C78.7 'Secundair maligne neoplasma van lever'

→ Omdat hier niet duidelijk blijkt of de chemotherapie met name gericht is op het nabehandelen van het rectumcarcinoom of op de levermetastasen is de primaire tumor de hoofddiagnose.

Voorbeeld 6

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

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

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

→ De behandeling van het prostaatcarcinoom was geheel afgerond toen na 3 jaar botmetastasen ontstonden. Vandaar dat de primaire tumor niet meer wordt vastgelegd.

Voorbeeld 7

Opname voor liexcisie nadat uit een excisiebiopt van de cervix een carcinoom bleek.

Hoofddiagnose C53.- 'Maligne neoplasma van cervix uteri'

→ Ongeacht of bij de liexcisie nog maligne weefsel aanwezig is, wordt een cervixcarcinoom vastgelegd. De liexcisie is immers een verdere behandeling van het gediagnostiseerde cervixcarcinoom.

Voorbeeld 8

Opname voor cystoscopie met biopsie in verband met onderzoek naar blaascarcinoom. 3 jaar eerder is dit behandeld met lokale excisie en blaasspoelingen. Er wordt geen recidief gevonden.

Hoofddiagnose Z08.7 'Vervolgonderzoek naar gecombineerde behandeling van maligne neoplasma'

Nevendiagnose Z85.5 'Persoonlijke anamnese met maligne neoplasma van nier en urinewegen'.

→ Z-codes omdat de behandeling is afgerond. Opname staat in het kader van controle na een maligniteit.

Voorbeeld 9

Tijdens de periode dat patiënte nabehandeld wordt voor een verwijderd mammacarcinoom (patiënte zit dus nog niet in de follow-up), wordt patiënte voor de orthopeed opgenomen met een enkelfractuur (niet pathologisch). Vanwege de behandeling van het mammacarcinoom komt de internist in medebehandeling.

Hoofddiagnose voor de orthopeed is de enkelfractuur.

Primaire diagnose voor de medebehandeling van de internist C50.- 'Maligne neoplasma van mamma'

→ Omdat de behandeling van het mammacarcinoom nog niet is afgerond wordt de primaire tumor gecodeerd. De internist beschouwt de maligniteit gedurende de hele behandeling namelijk als de hoofddiagnose, ongeacht of dat voor of na de operatie is.

Voorbeeld 10

Opname voor plastische chirurg voor mammareconstructie, na amputatie vanwege mammacarcinoom.

Hoofddiagnose Z90.1 'Verworven afwezigheid mamma'

Nevendiagnose Z85.3 'Persoonlijke anamnese met maligne neoplasma van mamma'

→ Deze codering geldt ongeacht de termijn waarbinnen de reconstructie plaatsvindt. De reconstructie op zich is immers geen onderdeel van de behandeling van het carcinoom, want deze verandert niets aan het verloop van de ziekte.

Als de reconstructie in dezelfde operatiesessie plaatsvindt als de amputatie door de chirurg, is Z90.1 de primaire diagnose voor de plastisch chirurg. Z85.3 is in dat geval als nevediagnose niet van toepassing omdat voor de chirurg het mammacarcinoom met code C50.- vastgelegd wordt.

Z42 'Nabehandeling met plastische chirurgie' is hier niet van toepassing omdat deze code een verrichting omschrijft die vastgelegd wordt met een verrichtingcode uit de zorgactiviteitentabel (zie codeadvies 21-12).

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

- Z90.- is beschikbaar om desgewenst de verworven afwezigheid van een orgaan aanvullend vast te leggen.

2-5 Doorgroei van maligne neoplasma

ingangsdatum: 01-01-2015

vervangt: CvZ aca 20.4

Vraag

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

Advies

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

Toelichting

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

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

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

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

Bijvoorbeeld

Doorgroei van uteruscarcinoom in de blaas

C55 + C79.1 (+ eventueel M8010/3)

2-6 Marginale zone lymfoom

ingangsdatum: 01-08-2015 of zo mogelijk eerder

mutatiedatum: 01-10-2015 of zo mogelijk eerder

Vraag

Met welke code wordt een marginale zone lymfoom vastgelegd?

Advies

Er zijn 3 belangrijke soorten marginale zone lymfomen

1. MALT lymfoom

Codeer dit lymfoom met C88.4 & eventueel M9699/3

Toelichting: MALT "Mucosa associated lymphoid tissue" (MALT) of extranodale marginale zone B-cel lymfomen, beginnen op andere plaatsen dan de lymfeklieren. Lokalisaties zijn maag, longen, huid, schildklier, speekselklieren, en weefsels rond het oog. Dit lymfoom wordt gecodeerd met code C88.4 'Extranodaal B-cellymfoom, van marginale zone, van slijmvliesgeassocieerd lymfoid weefsel [MALT-lymfoom]' + als het ziekenhuis de morfologiecode registreert, aanvullend M9699/3 'Marginale zone B-cellymfoom, NNO'

2. Nodaal marginale zone B-cel lymfoom

Codeer dit lymfoom met C83.0 & eventueel M9699/3

Toelichting: Bij dit type lymfoom zijn vooral de lymfeklieren betrokken. Lymfoomcellen worden echter soms ook gevonden in het beenmerg. Dit lymfoom wordt gecodeerd met code C83.0 'Kleincellig B-cel-lymfoom' + als het ziekenhuis de morfologiecode registreert, aanvullend M9699/3 'Marginale zone lymfoom NNO'.

3. Milt-marginale zone B-cel lymfoom

Codeer dit lymfoom met C83.0 & eventueel M9689/3

Toelichting: Dit lymfoom wordt gecodeerd met code C83.0 'Kleincellig B-cel-lymfoom' + als het ziekenhuis de morfologiecode registreert, aanvullend M9689/3 'Splenisch marginale zone B-cellymfoom' (zoekpad ICD-O-3: Lymfoom, marginale zone, splenisch).

2-7 Niet-infiltrerend carcinoom / carcinoom in situ / hooggradige dysplasie

ingangsdatum: 01-01-2016 of zo mogelijk eerder
vervangt: CvZ aca 16.3

Vraag

Welke aandoeningen worden als carcinoom in situ gecodeerd?

Advies

Codeer de volgende aandoeningen als carcinoma in situ, naar lokalisatie (codes D00 t/m D09, & eventueel morfologiecode uit de ICD-O-3):

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

Voorbeelden

Niet invasief urotheelcelcarcinoom van de blaas
D09.0 'Carcinoma in situ van blaas'
& eventueel
M8120/2 'Carcinoma in situ van overgangsepitheel'

Hooggradige dysplasie van de prostaat
D07.5 'Carcinoma in situ van prostaat'
& eventueel
M8010/2 'Carcinoma in situ, NNO'

Toelichting

Het PA-verslag zal uitsluitsel geven over het al dan niet infiltrerend/invasief zijn van de tumor. Als de tumor één van de omschrijvingen uit het advies bevat wordt dit gecodeerd als carcinoom in situ.

Let speciaal op bij:

- Blaascarcinoom: de specialist omschrijft dit doorgaans als blaascarcinoom terwijl uit de PA-uitslag kan blijken dat het om een niet invasieve tumor gaat en wordt het gecodeerd als een carcinoom in situ.
- Darm adenoom/poliep: als het een hooggradige dysplasie betreft moet dit als een carcinoom in situ gecodeerd worden.

2-8 Lymfangitis-, peritonitis- en pleuritis carcinomatosa

ingangsdatum: 01-01-2016 of zo mogelijk eerder
vervangt: CvZ aca 1.4, 1.5 en 7.1

Vraag

Hoe worden lymfangitis-, peritonitis-, en pleuritis carcinomatosa gecodeerd?

Advies

Lymfangitis carcinomatosa

C79.8 'Secundaire maligne neoplasma van overige gespecificeerde lokalisaties'
&

C77.9 'Secundair en niet gespecificeerde maligne neoplasma van lymfeklier, niet gespecificeerd' (indien lokalisatie gespecificeerd C77.0-C77.8)

Peritonitis carcinomatosa

C78.6 'Secundair maligne neoplasma van retroperitoneale ruimte en peritoneum'

Pleuritis carcinomatosa

C78.2 'Secundair maligne neoplasma van pleura'

Codeer bovenstaande ziektebeelden eventueel aanvullend met de desbetreffende morfologie van de primaire tumor.

Toelichting

Lymfangitis carcinomatosa is een zwelling van de lymfevaten door uitzaaiing van kankercellen, deze cellen kunnen de lymfevaten ook verstoppen. Men mag echter aannemen dat ook de lymfklieren zijn aangedaan.

Alfabetische lijst:

Neoplasma, maligne, metastatisch

Lymfe, vat C79.8

Lymfe, klier C77.9

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.

Alfabetische lijst:

Carcinomatose, peritoneum C78.6

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.

Alfabetische lijst:

Neoplasma, maligne, metastatisch

Pleura C78.2

NB Bovenstaande systematiek wordt ook toegepast bij de codering van meningitis- en pericarditis carcinomatosa.

2-9 Symptomen en aandoeningen in het kader van een maligniteit

ingangsdatum: 01-04-2016 of zo mogelijk eerder

Vraag

Codeer je symptomen en aandoeningen in het kader van een maligniteit?

Advies

Als het symptoom of de aandoening wordt vermeld als reden van behandeling of onderzoek kan deze aanvullend worden gecodeerd. De maligniteit is de oorzaak van het optredende symptoom

of aandoening, en derhalve hoofddiagnose. Symptomen en aandoeningen in het kader van een maligniteit mogen dus alleen als nevendiagnose worden vastgelegd.

Toelichting

Symptomen (R00-R69) die deel uit maken van een ziekteproces worden niet gecodeerd als nevendiagnose, tenzij het symptoom op zich zelf extra zorg behoeft.

Voorbeelden:

1. Buikpijn bij peritonitis carcinomatosa.
Codeer C78.6 'secundair maligne neoplasma van retroperitoneale ruimte en peritoneum'
2. Ascitespunctie bij peritonitis carcinomatosa
Codeer C78.6 'secundair maligne neoplasma van retroperitoneale ruimte en peritoneum' + R18 'ascites' (maligne ascites is weliswaar inclusief bij C78.6 maar door R18 toe te voegen maak je onderscheid tussen C78.6 met en C78.6 zonder ascites)
3. Algehele malaise bij maagcarcinoom
Codeer C16.9 'maligne neoplasma van maag, niet-gespecificeerd'
4. Braken bij oesofaguscarcinoom waarvoor plaatsen voedingssonde
Codeer C15.9 'maligne neoplasma van oesofagus, niet-gespecificeerd' + R11 'misselijkheid en braken'
5. Dyspnoe bij longmetastase
Codeer C78.0 'secundair maligne neoplasma van long'

Aandoeningen die deel uit maken van een ziekteproces worden veelal wel als nevendiaagnosen gecodeerd omdat zij over het algemeen extra zorg behoeven.

Voorbeelden:

6. Epileptisch insult door hersenmetastase
Codeer C79.3 'secundair maligne neoplasma van hersenen en hersenvliezen' + G40.9 'epilepsie, niet-gespecificeerd'
7. Ileus op basis van obstruerend ovarium carcinoom
Codeer C56 'maligne neoplasma van ovarium' + K56.7 'ileus, niet-gespecificeerd'
8. Dwarslaesie op basis van wervelmetastase
Codeer C79.5 'secundair maligne neoplasma van bot en beenmerg' + G99.2* 'myelopathie bij elders geclassificeerde ziekten'

NB Als het symptoom/aandoening niet een direct gevolg is van de maligniteit maar van de oncologische behandeling, kan het symptoom wel hoofddiagnose zijn.

Voorbeelden:

9. Misselijkheid en braken door cytostatica vanwege Hodgkin lymfoom
Codeer R11 misselijkheid en braken' + Y43.3 'ongewenst gevolg antineoplastisch-geneesmiddel' + C81.9 'Hodgkin-lymfoom, niet-gespecificeerd' (+ evt M-code).
10. Obstipatie door morfine als pijnstilling bij pancreascarcinoom
Codeer K59.0 'constipatie' + Y45.0 'ongewenst gevolg opioïde en verwante analgetica' + C25.9 'maligne neoplasma pancreas, niet-gespecificeerd'

Let op: Zie voor het coderen van de volgorde etiologie en manifestatie, bij overige aandoeningen codeadvies 0-16.

2-10 Meerdere onafhankelijk gelokaliseerde primaire maligne tumoren in één orgaan

NIUW

ingangsdatum: 01-04-2018 of zo mogelijk eerder

Vraag

Hoe codeer je meerdere onafhankelijk gelokaliseerde primaire maligne tumoren in één orgaan (één drie-tekencategorie binnen C00-C76)?

Advies

Codeer de overheersende/meest zware tumor als primaire diagnose. Indien deze onbekend is, selecteer dan de eerstgenoemde tumor als primaire diagnose.

Indien er maar één code is om alle lokalisaties te beschrijven, beperk je dan tot het éénmalig registreren van deze code. Uitzondering hierbij geldt voor dubbelzijdige tumoren in extremiteiten en dubbelzijdige organen; registreer dan altijd tweemaal dezelfde code.

Code C97 'Maligne neoplasmata van onafhankelijke multipele (primaire) lokalisatie' wordt niet gebruikt bij meerdere tumoren in één (dubbelzijdig) orgaan (zie ook advies 2-1).

Voorbeelden

Kleincellig longcarcinoom, onafhankelijk in de bovenkwab en de onderkwab van de rechter long die beide bestraald worden:

C34.1 + C34.3 + evt. M8041/3

Twee onafhankelijke maligne tumoren in het buitenste bovenkwadrant van de rechter mamma: C50.4 + evt. M-code (als de tumoren een verschillende morfologie hebben, wordt C50.4 evt. gevolgd door twee M-codes)

Melanoom van linker en rechter ooglid: C43.1 + C43.1 + evt. M8720/3

Multifocaal mammacarcinoom in linker boven en linker onderkwadrant van de linker borst: C50.4 + C50.5 + evt. M-code

NB Multifocale en multicentrische tumoren coderen we in de ICD-10 als onafhankelijk gelokaliseerde primaire maligne tumoren

3-1 Postoperatieve afwezigheid milt

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag

Hoe wordt een postoperatief afwezige milt gecodeerd?

Advies

Codeer D73.0 Hyposplenie (Asplenie, na operatie) + Z90.8 (Verworven afwezigheid van overige organen).

3-3 Doorgeschoten antistolling

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

Vraag

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

Advies

Codeer doorgeschoten antistolling:

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

Bijvoorbeeld

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

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

4-1 Ontregelde diabetes

ingangsdatum: 01-03-2013
mutatiedatum: 01-04-2016
vervangt: CvZ aca 9.1

Vraag

Hoe wordt ontregelde diabetes mellitus gecodeerd?

Advies

1. Codeer een ontregelde DM NNO (zonder complicaties) met E10-E14 en vierde teken .9 (zonder complicaties')
2. Codeer een hyperglykemische ontregelde DM NNO (zonder complicaties) met E10-E14 en vierde teken .9 'zonder complicaties'+ aanvullend R73.9 'hyperglykemie, niet gespecificeerd'
3. Codeer een hypoglykemische ontregelde DM NNO (zonder complicaties) met E16.0, E16.1 of E16.2 'hypoglykemie' + aanvullend E10-E14 en vierde teken .9 'zonder complicaties'

Toelichting

Bij de vierde tekens gaat het om orgaanschade. Bij ontregeling van de diabetes is daarvan nog geen sprake, daarom .9.

Als er naast de ontregeling sprake is van een complicatie wordt het vierde teken van de betreffende complicatie vastgelegd. De ontregeling is, net als bij een ongecompliceerde DM, ook hier niet specifiek vast te leggen.

Voorbeelden

1. Hyperglykemie bij DM type 1
E10.9 + R73.9
2. Hypoglykemie bij DM type 2 door het per ongeluk innemen van een te hoge dosering insuline
T38.3 + X44.- - + E16.0 + E11.9
Zoekpad: Hypoglykemie
-door
- -insuline
- - -therapeutisch ongeluk T38.3
3. Ontregelde DM type 2 met diabetische nefropathie
E11.2† + N08.3*

4-2 Diabetische voet

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag

Hoe wordt een diabetische voet gecodeerd?

Advies

Hier is niet één advies over te geven. Ga na per casus of er bijvoorbeeld sprake is van een ulcus, van vaatlijden of van osteomyelitis. Diabetes is het onderliggend lijden, codeer de diabetes daarom als de hoofddiagnose.

4-3 Mitochondriële encefalopathie

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag

Hoe wordt mitochondriële encefalopathie gecodeerd?

Advies

Mitochondriële encefalopathie is een stofwisselingsstoornis. Codeer deze aandoening met E88.9 "Stofwisselingsstoornis niet gespecificeerd" + G93.4 "Encefalopathie, niet gespecificeerd" + evt. Q04.9 "Congenitale misvorming van hersenen, niet gespecificeerd"

4-4 Refeeding syndroom

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag

Hoe wordt het refeeding syndroom gecodeerd?

Advies

Codeer bij het refeeding syndroom de hypofosfatemie indien mogelijk als hoofd/primaire diagnose. Codeer aanvullend de overige klinische verschijnselen en de oorzaak (bijv. de ondervoeding).

Toelichting

Refeeding syndroom

Hiermee wordt bedoeld het brede scala aan complicaties dat kan ontstaan als gevolg van metabole en functionele veranderingen door start van dieetinterventie bij patiënten met klinische depletie / ernstig ondervoeding. Klinische verschijnselen, met name: hypofosfatemie, hypokaliëmie en hypomagnesiëmie, glucose-intolerantie, manifest worden van thiamine (B1)deficiëntie, verminderde orgaanfunctie en overvulling.

Voor de behandeling van het refeeding syndroom zal in de praktijk meestal de hypofosfatemie het grootste probleem zijn.

4-5 Type 2-diabetes met insulinebehandeling

ingangsdatum: 01-04-2016 of zo mogelijk eerder

Vraag

Hoe wordt een type 2-diabetes met insulinebehandeling gecodeerd?

Advies

Codeer type 2-diabetes met insulinebehandeling met code E11.- 'type 2-diabetes'

Toelichting

Patiënten met type 2-diabetes worden wel eens met insuline behandeld. Soms worden ze dan ook insuline-afhankelijk genoemd maar hebben toch een type 2-diabetes (NIDDM).

Voor insulinebehandeling kan worden gekozen als orale medicatie en dieet onvoldoende zijn. Insulinebehandeling bij type 2 wordt o.a. toegepast ter voorkoming van complicaties.

Verschillen tussen DM type 1 en DM type 2.

- DM type 1 :

insuline-afhankelijk (afgekort IDDM = insulin dependent diabetes mellitus), de alvleesklier kan slechts weinig insuline produceren: er is een absoluut gebrek aan insuline. Type 1 treft vooral jonge mensen, maar kan ook pas op hogere leeftijd ontstaan. Coderen met E10.-

- DM type 2:

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 1.

Patiënten met type 2 worden wel eens met insuline behandeld. Soms worden ze dan ook insuline-afhankelijk genoemd maar hebben toch een type 2-diabetes (NIDDM).

Coderen met E11.-

5-1 Acute alcoholintoxicatie/ comazuipen

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag

Hoe wordt een acute alcoholintoxicatie of 'comazuipen' gecodeerd?

Informatie:

De exclusies bij code T51.0 (Toxisch gevolg van alcohol, Ethanol) zijn hierbij leidend:

Exclusies: acute alcoholintoxicatie of 'kater' (F10.0)
dronkenschap (F10.0)
pathologische alcoholintoxicatie (F10.0)

Advies

Codeer voor acute alcoholintoxicatie F10.0 (Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door gebruik van alcohol, acute intoxicatie).

Codeer aanvullend evt. R40.2 (Coma, niet gespecificeerd).

Codeer aanvullend evt. R68.0 (Hypothermie, niet verband houdend met lage omgevingstemperatuur).

5-3 Roken

ingangsdatum: 01-09-2014

Vraag

Hoe wordt roken vastgelegd?

Advies

Er zijn 2 codes die relevant zijn om vast te leggen in de LBZ: F17.1 en F17.2.

Als roken vermeld wordt bij de te behandelen aandoening: F17.1 "Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door gebruik van tabak, schadelijk gebruik". Tabaksgebruik is immers altijd schadelijk voor jezelf en anderen.

Als de behandeling in het kader van de verslaving staat: F17.2 "Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door gebruik van tabak, afhankelijkheidssyndroom"

Een voorbeeld hiervan is de "stoppen met roken poli". Deze behandeling zal in de ziekenhuizen niet klinisch of in dagverpleging plaatsvinden, maar is wél relevant voor het vastleggen van de ambulante patiënten binnen de LBZ.

5-4 Psychomotore retardatie

ingangsdatum: 01-01-2015

Vraag

Hoe codeer je psychomotore retardatie?

Advies

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

5-5 GHB-intoxicatie

ingangsdatum: 01-08-2015 of zo mogelijk eerder

Vraag

Hoe wordt een GHB-intoxicatie gecodeerd?

Advies

Codeer een intoxicatie met de (party)drug GHB afhankelijk van de situatie:

- Door eigen toedoen: code F19.0 'Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door meervoudig-druggebruik en gebruik van andere psychoactieve middelen; Acute intoxicatie'
- Door toedoen van een andere persoon waardoor iemand bewust is gedrogeerd: code F19.0 en aanvullend X89.-- 'Geweldpleging door overige gespecificeerde chemicaliën en schadelijke stoffen'

Toelichting

De exclusie bij code T40 'Vergiftiging door drugs en psychodysleptica [hallucinogenen]' is leidend voor de keuze voor code F19: intoxicatie in de betekenis van bedwelming of verdooving (F10- F19)

NB GHB wordt ook als geneesmiddel (Xyrem) tegen narcolepsie voorgeschreven. Codeer daarom een intoxicatie met Xyrem gebruikt als geneesmiddel met code T50.9 en aanvullend X44.-- bij een onopzettelijke intoxicatie, of X64.-- bij een opzettelijke intoxicatie.

6-2 Occipitalis neuralgie

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag

Hoe codeer je nervus occipitalis neuralgie?

Advies

Codeer nervus occipitalis neuralgie met G58.8 "Overig gespecificeerde mononeuropathieën"

Zoekpad:

Neuralgie M79.2: Exclusie: mononeuropathieën (G56-G58)
G58.8 "Overig gespecificeerde mononeuropathieën"

6-3 'Lewy body'- dementie

ingangsdatum: 15-01-2014

mutatiedatum: 01-09-2014

Advies

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

7-1 Seniel cataract

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag

Zijn er internationale richtlijnen voor leeftijdsgrenzen zoals bijvoorbeeld bij seniel cataract?

Advies

Er zijn geen internationale richtlijnen. Codeer alleen als de specialist dit aangeeft.

7-2 Ptosis wenkbrauw

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag

Hoe wordt een ptosis van de wenkbrauw gecodeerd?

Advies

Codeer een ptosis van de wenkbrauw met H02.4 "Ptosis van ooglid".

9-1 Postoperatief atriumfibrilleren

ingangsdatum: 01-03-2013

mutatiedatum: 01-08-2015

Vraag

Hoe wordt de diagnose 'Postoperatief atriumfibrilleren' gecodeerd?

Advies

Zie codeadvies 0-12 Aandoeningen en complicaties van chirurgische en medische behandeling!

Codeer postoperatief atriumfibrilleren alleen als complicatie van de operatie als er een direct oorzaak en gevolg relatie met de operatie is.

- Codeer na een hartoperatie I97.1 'Overige functionele stoornissen na hartchirurgie' + Y83.- 'Operatie en overige heelkundige verrichtingen als oorzaak van afwijkende reactie van patiënt of van latere complicatie, zonder vermelding van afwijkende gang van zaken tijdens verrichting' + I48.- 'Atriumfibrillatie en - flutter'
- Codeer na een operatie van iets anders dan het hart I97.8 'Overige gespecificeerde aandoeningen van hart en vaatstelsel na medische verrichting, niet elders geclassificeerd' + Y83.- + I48.-
- Als de oorzaak-gevolg relatie tussen het atriumfibrilleren en de operatie niet is gelegd of niet duidelijk is, codeer dan alleen I48.-.

Als het atriumfibrilleren tijdens de opname ontstaat worden I97.- en I48.- vooraf gegaan door een C voor complicatie.

9-2 Brugada syndroom

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag

Hoe wordt het Brugada syndroom gecodeerd?

Advies

Codeer I49.8 (Overige gespecificeerde hartritmestoornissen).

Toelichting

Het Brugada syndroom is een erfelijke aandoening met abnormale vorming van elektrische impulsen in de hartventrikels, waardoor een verhoogde kans op ventrikelfibrilleren en plotse hartdood ontstaat.

9-3 Rechtsdecompensatie en cardiomyopathie

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag

Een patiënt heeft cardiomyopathie en rechtsdecompensatie. Moeten cardiomyopathie en rechtsdecompensatie beide worden gecodeerd?

Advies

Ja, codeer I42.0 + I50.0 (Cardiomyopathie met hartdilatatie + Rechtsdecompensatie).
Zie voor het coderen van de volgorde codeadvies 0-16 'Volgorde van coderen van etiologie en manifestatie'.

9-4 Idiopathische pulmonale hypertensie

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag

Hoe wordt idiopathische pulmonale hypertensie gecodeerd?

Advies

Codeer I27.0 (Primaire pulmonale hypertensie).

9-5 STEMI/nonSTEMI

ingangsdatum: 01-03-2013

vervangt: CvZ advies nieuwsbrief 5-1998

Vraag

Hoe wordt een ST segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) en hoe wordt een non-STEMI gecodeerd?

Advies

Codeer voor een STEMI I21.0 - I21.3 (Acuut transmuraal myocardinfarct van voorwand - Acuut transmuraal myocardinfarct, lokalisatie niet gespecificeerd).

Codeer voor een non-STEMI I21.4 (Acuut subendocardiaal myocardinfarct).

9-6 Hemorragisch infarct

ingangsdatum: 01-03-2013
mutatiedatum: 01-04-2017 of zo mogelijk eerder

Vraag

Hoe wordt een hemorragisch infarct van de hersenen gecodeerd?

Advies

Een hemorragisch infarct is een type infarct, te coderen met I63.-. Indien er geen informatie is gegeven over de aard van de afsluiting (te specificeren met I63.0 t/m I63.8) codeer dan I63.9.

Toelichting

Een infarct kan worden ingedeeld in een ischemisch (niet-bloedig, wit) en een hemorragisch (bloedig, rood) infarct. Bij een ischemisch infarct is de bloedtoevoer naar het achterliggende hersenweefsel volledig afgesloten door bijvoorbeeld een trombus. Bij een hemorragisch infarct is de bloedtoevoer ook afgesloten, maar kan er nog bloed doorsijpelen naar het achterliggende hersenweefsel, door bijvoorbeeld reperfusie via collaterale vaten of door het oplossen van het embolus.

9-7 AV geleidingsstoornis

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag

Hoe wordt een AV-geleidingsstoornis gecodeerd?

Advies

Gebruik 'Dissociatie' als ingang voor het zoekpad.
Codeer een AV-geleidingsstoornis met I45.8 (Overige gespecificeerde geleidingsstoornissen).

Toelichting

Er is geen direct zoekpad in deel drie voor AV-geleidingsstoornis.

9-8 Hartfalen/ hartdecompensatie

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Hoe wordt hartfalen gecodeerd?

Advies:

Codeer hartfalen met I50.9

Toelichting

De alfabetische index geeft voor hartfalen code I51.9 aan. Dit moet I50.9 zijn; de vertaling van failure moet uitkomen op decompensatie. Voor de nieuwe versie van de ICD-10 wordt voorgesteld hartfalen en hartdecompensatie beide uit te laten komen op code I50.9

9-10 Acuut coronair syndroom

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag

Hoe wordt het acuut coronair syndroom gecodeerd?

Advies

Het acuut coronair syndroom is een klinisch beeld met pijn op de borst waarbij sterke verdenking bestaat op angina pectoris (instabiel) of (dreigend) myocardinfarct. Geeft de specialist een acuut coronair syndroom aan, kijk dan in de ontslagdocumentatie of het gaat om één van de bovenstaande aandoeningen.

Indien de ontslagdocumentatie geen uitsluitsel geeft kan worden uitgeweken naar I24.9 (Acute ischemische hartziekte, niet gespecificeerd).

Zoekpad: Syndroom, coronair, acuut NEC I24.9

9-11 Recidief myocardinfarct

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag

Tot welke termijn na een acuut myocardinfarct mag je een recidief myocardinfarct coderen?

Advies

Codeer alleen een recidief infarct (alle lokalisaties) als dit infarct binnen 4 weken (28 dagen) na het 1e acute infarct plaatsvindt.

Voorbeelden:

1. Patiënt wordt opgenomen met een acuut myocardinfarct en krijgt in dezelfde opname na 3 weken een recidief myocardinfarct: codeer I21.- "Acuut myocardinfarct" als hoofddiagnose en C I22.- "Recidief myocardinfarct" als nevendiagnose.
2. Na behandeling van een acuut myocardinfarct wordt de patiënt na een week ontslagen. Binnen 28 dagen na het ontstaan van het 1e acute myocardinfarct wordt de patiënt weer opgenomen voor een recidief myocardinfarct. Codeer I22.- "Recidief myocardinfarct" als hoofddiagnose.
3. Patiënt is 3 jaar geleden behandeld voor een acuut myocardinfarct. Patiënt heeft nu opnieuw een acuut myocardinfarct. Codeer als hoofddiagnose I21.- "Acuut myocardinfarct" en als nevendiagnose I25.2 "Vroeger myocardinfarct".

9-12 CADASIL

ingangsdatum: 15-01-2014
mutatiedatum: 01-01-2017

Vraag

Hoe wordt Cerebraal Autosomaal Dominante Arteriopathie met Subcorticale Infarcten en Leukoencefalopathie (CADASIL) gecodeerd?

Advies

Dit is een erfelijke aandoening. Codeer I67.3 "progressieve vasculaire leuko-encefalopathie". Als zich dementie heeft ontwikkeld, wordt F01.2 "subcorticale vasculaire dementie" aanvullend gecodeerd.

9-13 Minor stroke

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag

Hoe wordt een minor stroke gecodeerd?

Advies

Een minor stroke is een lichte beroerte. Om een minor stroke juist te coderen zal de ontslagdocumentatie moeten worden geraadpleegd. Blijkt uit de documentatie dat er sprake was van een infarct, codeer dan I63.- "Cerebraal infarct". Zijn er geen gegevens te achterhalen uit het EPD, dossier of via de behandelende arts, codeer dan de minor stroke met I64 "beroerte niet gespecificeerd als bloeding of infarct".

9-14 Stenose arterie

ingangsdatum: 01-09-2014

Vraag

De diagnose stenose arterie femoralis of stenose arterie iliaca komt veel voor. De alfabetische lijst verwijst dan niet verder dan I77.1 "Stricture van arterie". Dit is een algemene code, waarbij de arteriën niet verder gespecificeerd kunnen worden.

Advies

Code I77.1 "Stricture van arterie" is heel verleidelijk in dergelijke gevallen, maar is meestal niet correct. In de praktijk blijkt vaak dat termen als 'claudicatio, perifeer vaatlijden, (niet acute) afsluiting, stenose' gebruikt worden, terwijl een (afsluitende) vorm van arteriosclerose wordt bedoeld. Maak daarom duidelijke afspraken met de specialist omtrent het terminologiegebruik. Verder geeft een radiologieverslag hierin ook vaak uitsluitel. Bij arteriosclerose verwijst de alfabetische lijst naar code I70.- "Atherosclerose". Een acute vaatafsluiting kan optreden wanneer er een trombus ontstaat, de alfabetische lijst verwijst daarbij naar code I74.3 "Embolie en trombose van arteriën van onderste extremiteiten".

9-15 Multipele klepaandoeningen

ingangsdatum: 01-01-2015

Vraag

Hoe worden verworven afwijkingen van meerdere hartkleppen gecodeerd?

Advies

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

De afzonderlijke klepaandoeningen kunnen aanvullend gecodeerd worden voor nadere specificatie.

Toelichting

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

Bijvoorbeeld:

Aandoening

- klep, valvulair I38
- - multipel (oorzaak niet gespecificeerd) I08.9/8

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

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

Bijvoorbeeld

Aortaklepinsufficiëntie met mitralisprolaps

I08.0 + I35.1 + I34.1

Opmerking

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

9-16 Claudicatio intermittens

ingangsdatum: 01-08-2015 of zo mogelijk eerder

vervangt: CvZ aca 12.4

Vraag

Hoe codeer je claudicatio intermittens?

Advies

Codeer bij voorkeur de oorzaak van claudicatio intermittens:

- door arteriosclerose I70.2- 'Atherosclerose van arteriën van extremiteiten'
- door trombose I74.3 'Embolie en trombose van arteriën van onderste extremiteiten'
- oorzaak onbekend I73.9 'Perifere vaatziekte, niet gespecificeerd'

Toelichting

Claudicatio intermittens (letterlijk intermitterend hinken) is het gevolg van ischemie van de beenspieren. Het wordt voornamelijk veroorzaakt door arteriosclerotische vernauwing (in meer dan 90% van de gevallen) of trombotische afsluiting van een beenarterie. Claudicatio intermittens is één van de kenmerkendste symptomen passend bij de diagnose perifeer arterieel vaatlijden en dat komt tot uiting in de codering: I73.9 'Perifere vaatziekte, niet gespecificeerd'. Wanneer de oorzaak van de claudicatio bekend is, bijvoorbeeld door arteriografisch onderzoek of P.A.-uitslag bij de operatie aan het bloedvat, wordt de oorzaak gecodeerd. Code I73.9 is dus alleen van toepassing als de oorzaak niet te achterhalen is.

MUTATIE

9-17 Ischemisch CVA

ingangsdatum: 01-08-2015 of zo mogelijk eerder
vervangt: CvZ advies nieuwsbrief 5-2002
mutatiedatum: 01-04-2018

Vraag

Hoe wordt een ischemisch CVA gecodeerd?

Advies

Codeer een ischemisch CVA als een cerebraal infarct; I63.-.

Toelichting

Een CVA kan bloedig of niet bloedig zijn. In het laatste geval is er sprake van een afsluiting van een bloedvat (ischemie) welke een infarct als gevolg heeft.

9-18 Stenose van een coronaire stent en van een coronaire bypass (CABG)

ingangsdatum: 01-08-2015 of zo mogelijk eerder
mutatiedatum: 01-04-2016

Vraag

Hoe codeer je stenose van een coronaire stent en van een coronaire bypass (CABG)?

Advies

1. Stenose van een coronaire stent (in-stent stenose):
 - Stenose ontstaan **binnen** een jaar na het plaatsen van de stent: T82.8 'Overige gespecificeerde complicaties van cardiale en vasculaire prothesen, implantaten en transplantaten' + Y83.1 'Operatie met implantatie van kunstmatig inwendig hulpmiddel' + I25.1 'Atherosclerotische hartziekte'
 - Stenose ontstaan **na** één jaar na het plaatsen van de stent: I25.1 'Atherosclerotische hartziekte' + Z95.5 'Aanwezigheid van implantaat en implantaat voor coronaire vaatplastiek'
2. Stenose van een coronaire bypass
 - Stenose ontstaan **binnen** een jaar na de CABG: T82.8 'Overige gespecificeerde complicaties van cardiale en vasculaire prothesen, implantaten en transplantaten' + Y83.2 'Operatie met anastomose, bypass of implantaat' + I25.1 'Atherosclerotische hartziekte'

- Stenose ontstaan **na** één jaar na de CABG: I25.1 'Atherosclerotische hartziekte' + Z95.1 'Aanwezigheid van transplantaat voor aortacoronaire bypass'

Toelichting

Na de plaatsing van een stent of CABG, is het mogelijk dat er opnieuw een vernauwing van de kransslagader optreedt, deze keer in de stent of coronaire bypass. Bij de codering van een (re)stenose wordt onderscheid gemaakt in het ontstaan van stenose **binnen** een jaar na de ingreep en **na** een jaar na de ingreep.

Binnen een jaar na de ingreep wordt het beschouwd als een ongebruikelijke reactie op de stent of de bypass. Na een jaar wordt het beschouwd als het voortzetten van het ziekteproces (de atherosclerose). Deze termijnen zullen niet in alle gevallen opgaan, maar omdat de exacte oorzaak van een stenose vaak moeilijk te achterhalen is, wordt voor dit advies de termijn van een jaar gehanteerd om tot een eenduidige codering te komen.

NB Deze wijze van registreren geldt ook voor andere (niet coronaire) stenose van stents en bypasses. Bijvoorbeeld stenose ontstaan **na** één jaar na het plaatsen van een stent in de arteria femoralis vanwege arteriosclerose: I70.2- 'atherosclerose van arteriën van extremiteiten' + Z95.8 'Aanwezigheid van overige gespecificeerde cardiale- en vasculaire-implantaten en transplantaten' (zie ook codeadvies 9-14 Stenose arterie).

9-19 Hoofddiagnose bij out of hospital cardiac arrest (OHCA)

ingangsdatum: 01-04-2016 of zo mogelijk eerder

mutatiedatum: 06-12-2016 met terugwerkende kracht geldend voor registratiejaar 2016

Vraag

Wat is de hoofddiagnose als iemand wordt opgenomen na een OHCA?

Advies

Codeer de geslaagde reanimatie na een out of hospital cardiac arrest (I46.0) als hoofddiagnose (zie voor exclusies de toelichting op dit advies). Aanvullend wordt de aan de hartstilstand ten grondslag liggende aandoening gecodeerd.

Toelichting

Een hartstilstand wordt vaak veroorzaakt door een aandoening van het hart en dan met name een myocardinfarct en/of ventrikelfibrilleren. Deze aandoening(en) wordt aanvullend aan de geslaagde reanimatie vastgelegd.

Met een geslaagde reanimatie wordt bedoeld dat de circulatie weer op gang is gekomen.

Let op:

Voor code I46 gelden exclusies:

1. op codeniveau, bijvoorbeeld de exclusie voor hartstilstand als complicatie van abortus,
2. op hoofdstukniveau, bijvoorbeeld de exclusie voor letsels, vergiftigingen en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken

Dit codeadvies heeft uiteraard alleen betrekking op de aandoeningen die niet bij deze code geëxcludeerd worden. Voor traumapatiënten geldt dus: bij een trauma dat gepaard gaat met een hartstilstand waarvoor succesvol is gereanimeerd, is het trauma de hoofddiagnose. I46.0 kan in dat geval wel aanvullend gecodeerd worden.

Bijvoorbeeld:

OHCA na ventrikelfibrilleren o.b.v. een myocardinfarct:

I46.0 'hartstilstand met geslaagde reanimatie'

+

I21.9 'acuut myocardinfarct, niet gespecificeerd'

+

I49.0 'ventrikelfibrillatie en -flutter'

9-20 Hoofddiagnose bij behandeling en nazorg acuut myocardinfarct met coronairsclerose

ingangsdatum: 01-01-2017 of zo mogelijk eerder

Vraag

Patiënten met een acuut myocardinfarct én coronairsclerose ondergaan vaak een PCI of CABG. Meestal vinden er rondom de behandeling overnames en/of heropnames plaats; binnen het eigen ziekenhuis en/of tussen algemene ziekenhuizen en hartcentra. Bij deze op- en overnames is het de vraag welke aandoening als hoofd/primaire- en welke als nevendiagnose moeten worden gecodeerd.

Advies

De hoofd/primaire diagnose is de reden van opname en kan hier gezien worden als de aandoening waar de behandeling op gericht is:

1. Het acute infarct en/of voorkomen van uitbreiding van het infarct: codeer het acute infarct als hoofddiagnose en de coronairsclerose als nevendiagnose
2. De coronairsclerose: codeer de coronairsclerose als hoofddiagnose en het infarct als nevendiagnose met I21.- (indien nog acuut of met vermelde duur van 28 dagen of minder vanaf begin) of I25.2(indien oud)
3. Overplaatsing voor nazorg na CABG: codeer de nabehandeling als hoofddiagnose (Z48.8) aanvullend de status na CABG met Z95.1 en het infarct met I21.- (indien nog acuut of met vermelde duur van 28 dagen of minder vanaf begin) of I25.2 (indien oud)
4. Overplaatsing na PCI:
 - a. Overplaatsing aansluitend op een PCI die is uitgevoerd bij een acuut infarct: Codeer het acute infarct als hoofddiagnose en aanvullend de status na PCI met Z95.5 (met stent) of Z92.8 (zonder stent)
 - b. Overplaatsing aansluitend op een PCI die is uitgevoerd in een niet acute fase: Codeer de nabehandeling als hoofddiagnose (Z51.8) en aanvullend Z95.5 (met stent) of Z92.8 (zonder stent) en het infarct met I21.- (indien nog acuut of met vermelde duur van 28 dagen of minder vanaf begin) of I25.2 (indien oud)

Behandelde coronairsclerose wordt na overname niet meer aanvullend gecodeerd, behalve als er sprake is van reststenose.

Een myocardinfarct wordt na overname gecodeerd als acuut indien het niet ouder is dan 28 dagen vanaf het begin, ook al heeft behandeling van het infarct plaatsgevonden.

Voorbeelden

(Alle voorbeelden gaan over patiënten met een acuut myocardinfarct én coronairsclerose)

- a) Een patiënt is voor de acute afsluiting van een coronairvat direct behandeld (acute opname) met een PCI of CABG.

Hoofddiagnose: acuut myocardinfarct
Nevendiagnose: coronairsclerose

- b) Een patiënt is bij de eerste opname succesvol behandeld met trombolysen en naar huis ontslagen.

Een tweede (niet acute) opname volgt een week later, waarbij een PCI of CABG wordt uitgevoerd.

eerste opname:
Hoofddiagnose: acuut myocardinfarct
Nevendiagnose: coronairsclerose

tweede opname:
Hoofddiagnose: coronairsclerose
Nevendiagnose: acuut myocardinfarct (code I21.- want infarct is niet ouder is dan 28 dagen vanaf het begin)

- c) Een patiënt heeft in een hartcentrum met spoed een PCI met stentplaatsing ondergaan en is direct overgedragen naar een algemeen ziekenhuis. Er is na behandeling in het hartcentrum geen reststenose meer aanwezig.

Hartcentrum:
Hoofddiagnose: acuut myocardinfarct
Nevendiagnose: coronairsclerose

Algemeen ziekenhuis
Hoofddiagnose: acuut myocardinfarct (code I21.- want infarct is niet ouder is dan 28 dagen vanaf het begin)
Nevendiagnose: status na PCI & stent met Z95.5

NB, een patiënt die alleen behandeld is voor coronairsclerose (zonder myocardinfarct), codeer je bij overname voor nazorg, vanuit een andere instelling, na percutane interventie (PCI) met Z51.8 & Z95.5 (met stent) of Z92.8 (zonder stent) en na operatie (CABG) met Z48.8 & Z95.1.

9-21 Doorgemaakt CVA (uit de reeks I60-I64)

ingangsdatum: 01-04-2017 of zo mogelijk eerder

Vraag

Hoe codeer je een doorgemaakt CVA?

Advies

Voor een patiënt die een CVA heeft doorgemaakt gelden vijf situaties:

1. acuut CVA --> codeer het acute CVA met een code uit de reeks I60-I64
2. acuut CVA met overplaatsing naar ander ziekenhuis --> codeer bij een overplaatsing aansluitend aan het CVA in beide ziekenhuizen het acute CVA (ook als er in het ziekenhuis van herkomst een (operatieve) ingreep voor heeft plaatsgevonden).
3. doorgemaakt CVA waarvan niet duidelijk is of het CVA nog als I60-I64 geregistreerd dient te worden --> uit de verslaglegging of navraag bij de specialist moet blijken of het CVA zich nog in de acute situatie bevindt of als 'status na'/'laat gevolg van' geregistreerd dient te worden.
4. status na CVA zonder restverschijnselen --> codeer Z86.7 'persoonlijke anamnese met ziekten van hartvaatstelsel'

5. status na CVA met restverschijnselen --> codeer de restverschijnselen + aanvullend I69.- 'late gevolgen van cerebrovasculaire ziekten', zie codeadvies 0-15 Late gevolgen van cerebrovasculaire ziekten

Voorbeelden (corresponderen qua nummering met de bovenstaande 5 situaties):

1. Patiënt wordt opgenomen met een subarachnoïdale bloeding op basis van een cerebraal aneurysma nno.
Codeer I60.9 'subarachnoïdale bloeding, niet-gespecificeerd'.
2. Patiënt wordt vanuit een buitenlands ziekenhuis overgeplaatst na een intracerebrale bloeding tijdens een vakantie.
Codeer I61.9 'intracerebrale bloeding, niet-gespecificeerd'.
3. Patiënt wordt opgenomen vanwege een enkelfractuur en heeft 4 weken eerder een CVA doorgemaakt. Als uit de verslaglegging niet blijkt wat de status van het CVA is moet bij de specialist nagevraagd worden of het CVA een rol speelt bij de huidige opname.
Codeer de enkelfractuur als hoofddiagnose en afhankelijk van de reactie van de specialist, als nevendiagnose:
 - I60-I64 als het infarct nog als acuut beschouwd moet worden
 - de restverschijnselen en laat gevolg (I69.-) als het CVA niet meer als acuut beschouwd moet worden maar er wel restverschijnselen zijn
 - status na CVA (Z86.7) als het CVA niet meer als acuut beschouwd moet worden en er geen restverschijnselen zijn
 - niets, als het CVA restloos genezen is en geen enkele rol speelt bij de huidige opname.
4. Patiënt wordt opgenomen vanwege een trombosebeen en heeft 2 jaar geleden een niet-traumatische intracerebrale bloeding gehad (geen aanvullende informatie over eventuele restverschijnselen bekend).
Codeer het trombosebeen als hoofddiagnose en aanvullend de status na de intracerebrale bloeding met Z86.7 'persoonlijke anamnese met ziekten van hart vaatstelsel'
5. Patiënt wordt opgenomen met coxartrose en heeft nog last van een hemiparese door een herseninfarct in het verleden.
Codeer de coxartrose als hoofddiagnose en aanvullend de status na herseninfarct met G81.9 'hemiplegie, niet-gespecificeerd' + I69.3 'late gevolgen van cerebraal infarct'

Opmerking:

Manifestaties van een CVA kunnen ook in de acute fase aanvullend gecodeerd worden. Hanteer hierbij codeadvies 0-2 'Coderen van nevendiaagnosen en risicofactoren bij (dag)opnamen binnen de LBZ'; codeer alleen die manifestaties die van invloed zijn op de opname.

Bijvoorbeeld een hemiplegie of slikklachten waarvoor logopedie mee behandelt of een PEG sonde geplaatst wordt.

9-22 Asystolie niet resulterend in reanimatie en/of overlijden

ingangsdatum: 01-01-2018 of zo mogelijk eerder

Vraag

Hoe wordt een asystolie waarbij er geen hartstilstand optreedt gecodeerd?

Advies

Als een asystolie niet resulteert in reanimatie of overlijden, maar als bevinding wordt vermeld, codeer de onderliggende ritmestoornis of geleidingsstoornis. Als de onderliggende aandoening niet is gegeven, dan codeer je de tijdelijke asystolie als een afwijkend ECG met code R94.3 'afwijkende uitslagen van cardiovasculair functieonderzoek'.

Toelichting

De alfabetische index geeft voor asystolie code I46 'hartstilstand'. Dit is niet in alle gevallen terecht. Een asystolie kan ook een bevinding van een ECG, ritmechip of het uitlezen van een ICD zijn. In dat geval is code I46 niet van toepassing.

9-23 ICU acquired weakness

NIEUW

ingangsdatum: 01-04-2018

Vraag

Hoe codeer je ICU acquired weakness?

Advies

Codeer ICU acquired weakness als polyneuropathie en polymyopathie. Codeer aanvullend Y95 'Door verblijf in ziekenhuis veroorzaakte aandoening'.

Voorbeelden

ICU acquired weakness gespecificeerd als inflammatoir:

- G61.9 'Inflammatoire polyneuropathie, niet gespecificeerd'
- G72.4 'Inflammatoire myopathie, niet elders geclassificeerd'
- Y95 'Door verblijf in ziekenhuis veroorzaakte aandoening'

ICU acquired weakness niet nader omschreven:

- G62.9 'Polyneuropathie, niet gespecificeerd'
- G72.9 'Myopathie, niet gespecificeerd'
- Y95 'Door verblijf in ziekenhuis veroorzaakte aandoening'

Toelichting

ICU acquired weakness (ICU-AW) is een gevolg van langdurige immobiliteit en diepe sedatie die veel ernstig zieke intensievezorgpatiënten meemaken. Een andere benaming voor ICU-AW is critical illness polyneuromyopathie.

NB Omdat ICU-AW meestal gedurende de ziekenhuisopname ontstaat registreer je de diagnosecodes met de aanduiding 'C' van complicatie.

10-1 Exacerbatie van COPD o.b.v. een pneumonie

ingangsdatum: 01-03-2013

vervangt: CvZ aca 19.1

Vraag

Hoe wordt een exacerbatie van COPD o.b.v. een pneumonie gecodeerd?

Advies

Codeer J44.0- + J18.9 (Chronische obstructieve longaandoening met acute infectie van de onderste luchtwegen + Pneumonie, niet gespecificeerd).

Toelichting

J44.0- is in bovenstaande casus de hoofddiagnose. De verergering / exacerbatie wordt in de tekst bij code J44.0- immers weergegeven (met acute infectie...). Daarom wijkt dit advies af van het oude CvZ'80 advies 19.1-2, waarbij de gespecificeerde acute aandoening als hoofddiagnose werd gecodeerd.

10-2 Exacerbatie chronische aandoeningen van de onderste luchtwegen (J40-J47)

ingangsdatum: 15-01-2014
mutatiedatum: 01-10-2017
vervangt: CvZ aca 19.1

Exacerbatie chronische aandoeningen van de onderste luchtwegen

Soms treedt bij een chronische longaandoening een exacerbatie (verergering) op. Dit betreft vaak een samengaan van factoren welke moeilijk te benoemen zijn door de specialist.

Let op:

In tegenstelling tot het algemene codeadvies dat gold voor de CvZ80, wordt eerst de chronische longaandoening gecodeerd en aanvullend de aard van de exacerbatie.

Advies

Exacerbatie chronische obstructieve longaandoeningen (COPD)

a. Exacerbatie van COPD met specificatie van de oorzaak van de exacerbatie:

- J44.0- "Chronische obstructieve longaandoening met acute infectie van onderste luchtwegen" voor exacerbatie door pneumonie of bronchi(oli)tis
NB
 - Let op de exclusie die bij J44.0 staat voor acute infectie van de onderste luchtwegen met influenza (J09-J11)
 - Omdat in de omschrijving van J44.0 'exacerbatie' niet is genoemd, is deze code te gebruiken voor COPD met acute infectie van de onderste luchtwegen, zowel met als zonder de vermelding van exacerbatie
- J44.1- "Chronische obstructieve longaandoening met acute exacerbatie, niet gespecificeerd" voor exacerbatie door overige luchtweginfecties of zonder gespecificeerde oorzaak

De oorzaak van de exacerbatie (bv. pneumonie) wordt aanvullend gecodeerd.

b. Exacerbatie van COPD zonder specificatie van de exacerbatie

- J44.1- "Chronische obstructieve longaandoening met acute exacerbatie, niet gespecificeerd"

Wanneer de oorzaak van de exacerbatie niet is benoemd, wordt deze dus niet aanvullend gecodeerd.

Exacerbatie overige chronische, niet obstructieve longaandoeningen

c. Exacerbatie chronische, niet obstructieve longaandoening met specificatie van de exacerbatie:

- een code uit de reeks J40 t/m J43 of J45 t/m J47

De aard van de exacerbatie (bv. pneumonie) wordt aanvullend gecodeerd.

d. Exacerbatie chronische, niet obstructieve longaandoening, zonder specificatie van de

exacerbatie

- een code uit de reeks J40 t/m J43 of J45 t/m J47

Wanneer de oorzaak van de exacerbatie niet is benoemd, wordt deze dus niet aanvullend gecodeerd.

Opmerking

Code J46 "Status asthmaticus" wordt alleen gecodeerd indien de astma als zodanig omschreven is en dus niet standaard voor een exacerbatie.

10-3 Bronchiale hyperreactiviteit

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag

Hoe wordt bronchiale hyperreactiviteit gecodeerd?

Informatie:

Bronchiale hyperreactiviteit betekent het overmatig reageren van de bronchiale luchtwegen op prikkels door samentrekking. Het kan een voorteken zijn van astma.

Advies

Zolang geen astma bewezen is codeer J98.0 (Spasme bronchus).

10-4 Pneumosepsis

ingangsdatum: 01-01-2015

mutatiedatum: 01-07-2016

Vraag

Hoe wordt een pneumosepsis gecodeerd?

Advies

- De pneumonie wordt via de hoofdingang Pneumonie in de alfabetische lijst gecodeerd
- Codeer alleen aanvullend een sepsis als uit de documentatie van de arts blijkt dat er daadwerkelijk sprake is van een sepsis (meestal te coderen met A41.-)
- Indien in een zeldzaam geval de sepsis de oorzaak is van de pneumonie, codeer dan de dagger asterisk combinatie A41.-† J17.0* (via het zoekpad Pneumonie – bij (door) - - sepsis)

•

Toelichting

Een pneumosepsis is een sepsis die voortkomt uit een pneumonie. In de praktijk blijkt echter dat deze term niet altijd zuiver gebruikt wordt, ook wanneer er geen sprake is van een sepsis wordt een pneumonie soms aangeduid als 'pneumosepsis'. Het is daarom belangrijk om na te gaan of er daadwerkelijk sprake is van een sepsis naast de pneumonie.

10-5 Tonsillitis en hypertrofie van de tonsillen bij tonsillectomie

ingangsdatum: 01-08-2015 of zo mogelijk eerder
vervangt: CvZ aca 8.1

Vraag

Hoe codeer je tonsillitis en hypertrofie van de tonsillen als patiënt wordt opgenomen voor tonsillectomie?

Advies

Bij een opname voor tonsillectomie moet een diagnosecode uit J35.- gecodeerd worden.

- Tonsillitis NNO J35.0
- Chronische tonsillitis J35.0
- Recidiverende tonsillitis J35.0
- Hypertrofie van tonsillen J35.1
- Hypertrofische tonsillitis J35.0

Toelichting

Bij een opname voor tonsillectomie zal de diagnose meestal vergroting (hypertrofie) of chronische ontsteking zijn. In dat geval is er bij het coderen geen probleem (code J35.1 respectievelijk J35.0). Een probleem ontstaat wel, wanneer de specialist de term 'recidiverende tonsillitis' gebruikt, en vooral als men dit opvat als een recidiverende acute tonsillitis. Een patiënt wordt namelijk niet in een acute fase opgenomen voor een tonsillectomie. De indicatie is dus de chronische toestand met herhaalde ontstekingen.

Een opname voor tonsillectomie bij een tonsillitis NNO wordt dus gecodeerd als chronische tonsillitis (J35.0) en niet als acute tonsillitis (J03.9) waar de alfabetische lijst naar verwijst.

10-6 Hoofddiagnose bij respiratoire insufficiëntie

ingangsdatum: 01-07-2016 of zo mogelijk eerder

Vraag

Wat is bij een opname voor respiratoire insufficiëntie, waarvan de onderliggende aandoening bekend is, de hoofddiagnose?

Advies

Codeer de onderliggende aandoening altijd als hoofddiagnose.

Als er sprake is van een overdracht en/of medebehandeling mag de respiratoire insufficiëntie wel de primaire diagnose zijn.

Voorbeelden

- Opname rechtstreeks voor de intensivist voor beademing vanwege acute respiratoire insufficiëntie bij een pneumonie. Na de opname voor de intensivist wordt patiënt overgeplaatst naar een ander ziekenhuis.
Coderen intensivisme:
hoofddiagnose J18.9 'Pneumonie, niet gespecificeerd'
nevendiaagnose J96.0- 'Acute respiratoire-insufficiëntie'
- Opname voor longgeneeskunde voor pneumonie, overplaatsing naar intensivisme vanwege een bijkomende acute respiratoire insufficiëntie.
Coderen longgeneeskunde:
hoofddiagnose J18.9 'Pneumonie, niet gespecificeerd'

nevendiagnose C J96.0- 'Acute respiratoire-insufficiëntie' (C van complicatie, zie⁷)

Coderen intensivisme:

Primaire diagnose C J96.0- 'Acute respiratoire-insufficiëntie'

Nevendiagnose J18.9 'Pneumonie, niet gespecificeerd'

- Opname voor intensivisme met acute respiratoire insufficiëntie bij een pneumonie, na de behandeling van de respiratoire insufficiëntie overplaatsing naar longgeneeskunde voor verdere behandeling van de pneumonie.

Coderen intensivisme:

primaire diagnose J96.0- 'Acute respiratoire-insufficiëntie'

nevendiagnose J18.9 'Pneumonie, niet gespecificeerd'

Coderen longgeneeskunde:

hoofddiagnose J18.9 'Pneumonie, niet gespecificeerd'

Let op: Zie voor het coderen van de volgorde etiologie en manifestatie, bij overige aandoeningen codeadvies 0-16.

10-7 Influenza

ingangsdatum: 01-01-2017

Vraag

Wanneer codeer je voor influenza J09 'Influenza door vaststaand geïdentificeerd influenzavirus', J10.- 'Influenza door overig geïdentificeerd influenzavirus' of J11.- 'influenza, virus niet geïdentificeerd'?

Advies

De subtypen influenza A/H1N1 [varkensgriep] en A/H5N1 [vogelgriep] worden met code J09 vastgelegd. Alle andere geïdentificeerde vormen van influenza, voornamelijk influenza A en influenza B, worden met code J10.- vastgelegd.

Als het influenzavirus niet geïdentificeerd is wordt code J11.- vastgelegd.

Toelichting

Voor sommige subtypen van het influenza-A-virus bestaat (vrijwel) geen weerstand. Subtypen (H1N1 & H5N1) hebben daarom code J09 'Influenza door vaststaand geïdentificeerd influenzavirus' gekregen van de WHO.

NB Let goed op de exclusie bij J09, J10 en J11 voor aandoeningen door *Haemophilus influenzae*. Dit is een bacterie en geen virus en valt daarom niet binnen deze codes. Het is dus belangrijk om bij 'influenza' goed te kijken of het daadwerkelijk om het virus gaat of om de bacterie '*Haemophilus influenzae*'.

⁷ C van complicatie

LBZ: 'Een complicatie is een aandoening die tijdens het verblijf in het ziekenhuis is ontstaan, ongeacht de oorzaak. Een specialist zal bij complicaties vooral denken aan ontwikkelingen die optreden in het ziektebeeld, spontaan of als gevolg van de behandeling. Het begrip complicatie is in de LBZ ruimer; bijvoorbeeld een beenbreuk door een val tijdens een opnameperiode die geen verband houdt met de aandoening of behandeling waarvoor de patiënt werd opgenomen, wordt ook als complicatie beschouwd. Of er sprake is van een complicatie wordt aangeduid met een C (= complicatie).

Voorbeelden

Influenza A pneumonie	J10.0 'Influenza met pneumonie, overig influenzavirus geïdentificeerd'
Influenza B NNO	J10.1 'Influenza met overige manifestaties van luchtwegen, overig influenzavirus geïdentificeerd'
Vogelgriep A/H5N1 pneumonie	J09 'Influenza door vaststaand geïdentificeerd influenzavirus' & J12.8 'overige gespecificeerde viruspneumonie'
H. influenzae pneumonie	J14 'Pneumonie door Haemophilus influenzae'
Influenza NNO	J11.1 'influenza met overige manifestaties van luchtwegen, virus niet geïdentificeerd'

10-8 Cryptogene organiserende pneumonie (COP / BOOP)

ingangsdatum: 01-07-2017 of zo mogelijk eerder

Vraag

Hoe codeer je cryptogene organiserende pneumonitis (COP), ook wel 'idiopathische bronchiolitis obliterans met organiserende pneumonie' genoemd (BOOP)

Advies

Codeer een cryptogene organiserende pneumonie (COP) / bronchiolitis obliterans organiserende pneumonie (BOOP) met code J84.8 'Overige gespecificeerde interstitiële longziekten'

10-9 Emfysemateus COPD

ingangsdatum: 01-10-2017 of zo mogelijk eerder

Vraag

Hoe wordt emfysemateus COPD gecodeerd?

Advies

Emfysemateus COPD wordt gecodeerd met code J43.- 'emfyseem'.

Tenzij:

- er naast emfyseem of emfysemateuze COPD sprake is van chronische bronchitis, dan wordt dit vastgelegd met J44.8 - 'overige gespecificeerde chronische obstructieve longaandoeningen'.
J43.- wordt aanvullend gecodeerd ter specificatie van het type COPD.
- er bij emfyseem of emfysemateuze COPD sprake is van een acute onderste luchtweginfectie en/of exacerbatie, dan wordt J44.0 - 'chronische obstructieve longaandoening met acute infectie van onderste luchtwegen' of J44.1 - 'chronische obstructieve longaandoening met acute exacerbatie, niet-gespecificeerd' gecodeerd, aangevuld met de acute infectie of andere oorzaak van de exacerbatie.
J43.- wordt aanvullend gecodeerd ter specificatie van het type COPD.

Toelichting

Longemfyseem is een specifieke vorm van COPD (chronic obstructive pulmonary disease). COPD omvat twee groepen van aandoeningen, vaak in onderlinge samenhang voorkomend: chronische bronchitis (incl. bronchiolitis) en longemfyseem.

De alfabetische index is leidend voor de codering en heeft verschillende ingangen voor emfyseem/emfysemateus COPD:

1. Emfyseem (atrofisch)(chronisch)(.....)(obstructief) J43.9/.8
2. Aandoening, - long, - - obstructief, - - - met, - - - - emfyseem J43.-
3. Obstructie, obstructief, - luchtweg, - - met, - - - emfyseem J43.9

J44.8 - is alleen van toepassing als er naast emfyseem ook sprake is van chronische bronchitis. Het onderscheid tussen J43 en J44 is dus het chronische bronchitis aspect.

11-3 Short bowel syndrome

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag

Hoe wordt het short bowel syndrome gecodeerd?

Informatie:

Het short bowel syndrome is een kortedarmsyndroomziektecomplex met water- en elektrolytenverlies en malabsorptie na resectie van driekwart van de dunne darm. (Pinkhof)

Advies

Codeer het short bowel syndroom met code K91.2 "Postoperatieve malabsorptie, niet elders geassocieerd".

Zie ook codeadvies 0-12 Aandoeningen en complicaties van chirurgische en medische behandeling.

11-5 Angiodysplasie van de dunne darm

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag

Hoe wordt angiodysplasie van de dunne darm gecodeerd?

Advies

Codeer angiodysplasie van de dunne darm met K55.2 "Angiodysplasie van colon". Omdat in de alfabetische index de term colon tussen haakjes staat is het een niet essentiële aanvulling. In dit geval mag de term colon in de systematische index genegeerd worden. (zie ook pag. 4 deel 3 onder "Haakjes").

11-6 Rectaal bloedverlies

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag

Hoe wordt rectaal bloedverlies gecodeerd?

Advies

Indien niet bekend is waar het bloedverlies door veroorzaakt wordt, gebruik dan code K92.2 'Gastro-intestinale bloeding, niet gespecificeerd'.

Code K62.5 'Bloeding van anus en rectum' alleen gebruiken als het een bloeding van de anus of rectum betreft.

11-7 Naadlekkage na ileocecale resectie

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Hoe wordt een naadlekkage na ileocecale resectie gecodeerd?

Advies:

Codeer K91.8 + Y83.2 (Overige gespecificeerde aandoeningen van spijsverteringsstelsel na medische verrichting, niet elders geclassificeerd + operatie met anastomose, bypass of transplantaat).

Zie ook codeadvies 0-12 Aandoeningen en complicaties van chirurgische en medische behandeling.

11-8 Watermeloenmaag / GAVE

ingangsdatum: 01-09-2014

Vraag

Wat is de code voor een watermeloenmaag / GAVE?

Advies

Codeer een watermeloenmaag met K31.8 "Overige gespecificeerde ziekten van maag en duodenum".

Toelichting

Watermeloenmaag en GAVE zijn synoniemen. De watermeloen-maag, ofwel 'gastric antral vascular ectasia' is een betrekkelijk zeldzaam ziektebeeld. Het kan de oorzaak zijn van persisterend bloedverlies.

11-9 High output stoma (HOS)

ingangsdatum: 01-04-2016

Vraag

Hoe wordt een high output stoma (HOS) gecodeerd?

Advies

Codeer een high output stoma met K91.2 'postoperatieve malabsorptie'.

Codeer aanvullend Y83.3 'operatie met aanleggen van uitwendig stoma' als externe oorzaak.

Gevolgen van een HOS, zoals dehydratie en/of hypokaliëmie worden tevens vastgelegd.

Volgorde van de codering is afhankelijk van de reden van opname, zie codeadvies 0-16 'Volgorde van coderen van etiologie en manifestatie'.

Toelichting

Bij een high output stoma is er sprake van een hoge stomaproductie, waarbij het overgebleven darmgedeelte, onvoldoende vocht en voedingsstoffen kan opnemen. Het stoma functioneert in feite goed. Door deze situatie kan bijvoorbeeld dehydratie ontstaan.

11-10 Overloopdiarree

ingangsdatum: 01-10-2016 of zo mogelijk eerder

Advies

Codeer overloopdiarree met K59.0 'constipatie'

Toelichting

Bij obstipatie kan overloopdiarree voorkomen. Doordat niet ingedikte feces rond de blokkade van geïmpacteerd feces stroomt is er sprake van een dunne defecatie. Dit gevolg van de obstipatie wordt niet aanvullend gecodeerd.

Codeer overloopdiarree als obstipatie met K59.0.

Overloopdiarree wordt ook wel paradoxale diarree genoemd.

12-1 Neuroom in litteken

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag

Hoe wordt de diagnose 'Neuroom in litteken' gecodeerd?

Advies

Codeer L90.5 + D36.1 + M9570/0 (Littekens en fibrose van huid + Benigne neoplasma van perifere zenuwen en autonoom zenuwstelsel + Neuroom NNO).

12-2 Hand-voet-syndroom na chemotherapie

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag

Hoe wordt het hand-voet-syndroom na chemotherapie gecodeerd?

Advies

Codeer het Hand-voet-syndroom na chemotherapie met L27.1 "Gelokaliseerde huidruptie door geneesmiddelen" en aanvullend Y43.3 "Overige antineoplastische geneesmiddelen" om de chemotherapie als oorzaak aan te geven.

Toelichting

Door de behandeling met chemotherapie kan een patiënte het hand-voet syndroom krijgen. Dit is een vorm van lokaal erytheem die over het hele lichaam kan voorkomen maar meestal enkel aan de handen en voeten optreedt.

Zie ook codeadvies 0-13 Aandoeningen veroorzaakt door geneesmiddelen

12-3 Huidoverschot na (extreem) afvallen

ingangsdatum: 01-08-2015 of zo mogelijk eerder

Vraag

Hoe wordt huidoverschot na (extreem) afvallen gecodeerd?

Advies

Huidoverschot na afvallen wordt vastgelegd met L98.8 'Overige gespecificeerde aandoeningen van huid en subcutis' en aanvullend Z86.3 'Persoonlijke anamnese met endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen' om de obesitas in de anamnese aan te geven.

12-4 Sacrale dimple

ingangsdatum: 01-04-2017 of zo mogelijk eerder

Vraag

Hoe codeer je een sacrale dimple?

Advies

Een sacrale dimple wordt gecodeerd met L05.9 'sinus pilonidalis zonder abces'

Toelichting

Een sacrale dimple is een putje/deukje in de huid ter hoogte van het sacrum. Dit kan wijzen op een afwijking in het wervelkanaal. Als een sacrale dimple beperkt blijft tot de huid codeer je dit met L05.9 'sinus pilonidalis zonder abces' (alfa: sinus (= holte), dermaal (congenitaal)). Als er wel een afwijking van het wervelkanaal blijkt, codeer je uiteraard de betreffende aandoening zoals spina bifida of spina bifida occulta.

13-1 Opsoclonus-myoclonussyndroom

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag

Hoe wordt het Opsoclonus-myoclonussyndroom gecodeerd?

Advies

Codeer M35.9 + G96.9 + G25.3 + H55 (Auto-immuunziekte + Aandoening van het centraal zenuwstelsel, niet gespecificeerd + Myoclonus + Nystagmus en andere onregelmatige oogbewegingen).

13-2 Haglundse exostose

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag

Hoe wordt een Haglundse exostose gecodeerd?

Advies

Codeer M89.97 'Aandoening van bot, niet gespecificeerd, lokalisatie enkel en voet'

Toelichting

De lokalisatie van een exostose is in de ICD-10 met het vijfde teken aan te geven.

13-3 Labrumlesie (niet traumatisch)

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag

Hoe wordt een niet traumatische labrumlesie van het schouder- of heupgewricht gecodeerd?

Advies

Codeer M24.1 en gebruik lokalisatiecode 1 voor het schoudergewricht en 5 voor het heupgewricht.

Toelichting

Labrum is kraakbeen.

13-4 Girdlestone situatie heup

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag

Hoe wordt een Girdlestone situatie van de heup gecodeerd?

Advies

Codeer deze situatie met code M96.8 "Overige gespecificeerde aandoeningen van botspierstelsel na medische verrichting"

Zoekpad alfabetische index:

instabiliteit

- gewricht

- - secundair aan verwijderen gewrichtsprothese M96.8

Codeer aanvullend de uitwendige oorzaak van deze resttoestand: Y88.3

Zie ook codeadvies 0-12 Aandoeningen en complicaties van chirurgische en medische behandeling.

13-5 Chondropathie en niet traumatisch(e) chondraallesie/ kraakbeenletsel van de knie

ingangsdatum: 15-01-2014

mutatiedatum: 01-09-2014

Vraag

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

Advies

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

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

Zoekpad deel 3:

Aandoening

- kraakbeen

- - gewricht NEC M24.1

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

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

13-7 Impingement van de enkel

ingangsdatum: 15-01-2014

mutatiedatum: 01-09-2014

Vraag

Wat is de code voor impingement van de enkel

Advies

Codeer impingement van de enkel met M77.5 "Overige enthesopathie van voet".

13-8 Spondylodiscitis

ingangsdatum: 15-01-2014

mutatiedatum: 01-01-2016 of zo mogelijk eerder

Vraag

Hoe wordt spondylodiscitis nno gecodeerd?

Advies

Spondylodiscitis nno is niet in één code te vatten en wordt daarom gecodeerd met M46.4- "Discitis, niet gespecificeerd" en M46.9- "Inflammatoire spondylopathie, niet gespecificeerd".

Vraag

Hoe wordt een spondylodiscitis door E-coli gecodeerd?

Advies

Codeer de spondylodiscitis door E-coli met M46.3- "Infectie van tussenwervelschijf (pyogeen)" en M46.5 'Overige infectieuze-spondylopathieën'. Codeer de E-coli aanvullend met B96.2 "Escheria coli [E. coli] als oorzaak van ziekten geclassificeerd in andere hoofdstukken".

13-10 Pseudoradiculair syndroom

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag

Hoe wordt het pseudoradiculair syndroom gecodeerd?

Advies

Er is bij het pseudoradiculair syndroom (nog) geen sprake van een radiculair syndroom; codeer één of meerdere van de vastgelegde symptomen, bijvoorbeeld:

Lumbago NNO M54.59

Rugpijn NNO M54.99

Lumbago met uitstraling M54.49

Alleen uitstraling M54.39

13-11 Posttraumatische dystrofie

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag

Hoe wordt posttraumatische dystrofie gecodeerd?

Advies

Codeer M89.0- (Sympathische reflexdystrofie) (voor de lokalisatiecode, zie inleiding bij hoofdstuk XIII)

Toelichting

In deel drie is posttraumatische dystrofie niet te vinden.

Posttraumatische dystrofie is synoniem met sympathische reflexdystrofie en Sudeckse dystrofie.

13-12 Lage rugpijn

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag

Welk vijfde teken wordt gecodeerd bij lage rugpijn?

Advies

Codeer bij M54.5 (Lage rugpijn) als vijfde teken .9 als geen specifieke lokalisatie is aangegeven.

13-13 Artrose primair / secundair

ingangsdatum: 01-01-2015

vervangt: CvZ aca 6.2

Artrose primair / secundair

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

Primaire artrose is artrose zonder bekende oorzaak; bij secundaire artrose wordt wel een oorzaak aangenomen: hetzij een aangeboren of verworven morfologische afwijking, hetzij een stofwisselings- stoornis zoals diabetes.
Het onderscheid is overigens vaak moeilijk te maken.

Advies

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

Voorbeelden:

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

13-14 Carpal boss

ingangsdatum: 01-08-2015 of zo mogelijk eerder

Vraag

Met welke code wordt carpal boss vastgelegd?

Advies

Codeer de carpal boss als een osteofyt tussen de carpus en de metacarpale met M25.74 'Osteofyt, van hand'.

Toelichting

Carpal boss is een aandoening waarbij er een benige verdikking is ontstaan over het CMC2 en/of CMC3 gewricht op de handrug. Dit wordt gecodeerd als een osteofyt.

Een osteofyt is een gewrichtsgebonden botwoekering, in tegenstelling tot een exostose welke een **niet** gewrichtsgebonden botwoekering is.

13-15 'Oud' versus 'vers' letsel van het bewegingsstelsel

ingangsdatum: 01-07-2016 of zo mogelijk eerder
vervangt: CvZ aca 27.1

Vraag

Hoe bepaal je of een letsel van het bewegingsstelsel als oud of als vers letsel gecodeerd moet worden?

Advies

Gebruik voor een letseldiagnose van het bewegingsstelsel, een code uit hoofdstuk XIX (letsel, vergiftiging en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken) indien aan beide onderstaande voorwaarden wordt voldaan:

1. er is een 'luxerend moment', een voorval waar de aandoening een oorzakelijke relatie mee heeft, en
2. er zijn aanwijzingen waardoor duidelijk is dat de aandoening zich nog in de verse (herstel) fase bevindt. Bijvoorbeeld;
 - opname-indicatie acuut
 - opname via SEH
 - opname binnen 6 weken⁸ na luxerend moment

Gebruik in alle andere gevallen van een letseldiagnose een code uit hoofdstuk XIII 'Ziekten van bot-spiersysteem en bindweefsel'.

NB Voor 'late gevolgen van letsels' wordt de omschrijving genoemd op blz. XIX. 102, van het systematische deel van de ICD-10, gehanteerd:

Categorieën T90-T98 dienen te worden gebruikt voor het aangeven van aandoeningen uit de codereeksen S00-S99 en T00-T88 als oorzaak van late gevolgen die zelf elders geclassificeerd zijn. De 'late gevolgen' omvatten die, welke als zodanig of als resttoestanden zijn gespecificeerd, of die welke een jaar of langer na het acute trauma nog aanwezig zijn.

13-16 Klapvoet

ingangsdatum: 01-10-2016 of zo mogelijk eerder

Vraag

Hoe wordt een klapvoet gecodeerd?

Advies

Volg voor de codering van klapvoet het zoekpad dropping, - foot in de alfabetische lijst.

Code: M21.37 "dropping hand" en "dropping foot" (verworven), enkel en voet'

13-17 Neurogene claudicatio

ingangsdatum: 01-01-2018 of zo mogelijk eerder

vervangt: CvZ aca 14.3

Vraag

Hoe wordt neurogene claudicatio gecodeerd?

Advies

- Codeer de oorzaak en aanvullend de compressie van de zenuw(wortel).
- Indien geen oorzaak aangegeven, codeer dan M48.09 'Spinale stenose van lokalisatie niet gespecificeerd' & G55.3* 'Compressie van zenuwwortel en zenuwplexus bij overige dorsopathieën† (M45-M46†, M48.- †, M53-M54†)'

⁸ De termijn van 6 weken is zowel arbitrair als in overeenstemming met de, in het algemeen, door de beroepsgroep van het bewegingsapparaat gehanteerde termijn.

Toelichting

Neurogene claudicatio berust op compressie van de cauda equina. De oorzaak ligt in de vernauwing van het wervelkanaal. Met compressie van de cauda equina wordt niet het cauda equinasyndroom bedoeld zoals de codesuggestie in de alfabetische lijst.

Voorbeelden

Neurogene claudicatio tgv HNP L4-L5: M51.1† 'Aandoeningen van lumbale en andere tussenwervelschijven met radiculopathie (G55.1*)' & G55.1* 'Compressie van zenuwwortel en zenuwplexus bij aandoeningen van tussenwervelschijven (M50-M51+)'

Neurogene claudicatio tgv wervelkanaalstenose lumbosacraal: M48.07 'Spinale stenose van lumbosacraal gebied' & G55.3* 'Compressie van zenuwwortel en zenuwplexus bij overige dorsopathieën† (M45-M46†, M48.- †, M53-M54†)'

14-1 Fausse route urethra door katheter

ingangsdatum: 01-03-2013

mutatiedatum: 01-08-2013

Vraag

Hoe wordt een fausse route van de urethra door het inbrengen van een katheter gecodeerd?

Advies

Codeer bij urethra letsel door het inbrengen van een katheter: T81.2 'Onopzettelijke punctie en laceratie tijdens medische verrichting, niet elders geclassificeerd' + S37.30 'Letsel van urethra' + Y60.6 'Onopzettelijke snee, punctie, perforatie of bloeding tijdens aspiratie, punctie en overige katheterisatie'

Codeer bij urethra letsel door verplaatsing van katheter T83.0 'Mechanische complicatie van urine(verblijfs)katheter' S37.30 + Y73.2 'Gastro-enterologische en urologische hulpmiddelen verband houdend met ongewenste gebeurtenissen'

Toelichting

Met de term 'Fausse route van urethra' bij code N36.0 wordt geen letsel bedoeld dat is ontstaan is door een medische verrichting. Daarom wordt deze code niet gebruikt bij letsel van de urethra ontstaan door een katheter.

Zie ook codeadvies 0-12 Aandoeningen en complicaties van chirurgische en medische behandeling.

14-2 Urosepsis

ingangsdatum: 01-01-2015

mutatiedatum: 01-07-2016

vervangt: CvZ aca 7.3

Vraag

Hoe wordt een urosepsis gecodeerd?

Advies

- Codeer als eerste N39.0 (zoekpad alfa: urosepsis N39.0) (als de lokalisatie van de urineweginfectie gespecificeerd is wordt deze uiteraard specifiek gecodeerd)

- Codeer alleen aanvullend een sepsis als uit de documentatie van de arts blijkt dat er daadwerkelijk sprake is van een sepsis (meestal te coderen met A41.-)

Toelichting

Een urosepsis is een sepsis die voortkomt uit een urineweginfectie. In de praktijk blijkt echter dat deze term niet altijd zuiver gebruikt wordt, ook wanneer er geen sprake is van een sepsis wordt een urineweginfectie soms aangeduid als 'urosepsis'. Het is daarom belangrijk om na te gaan of er daadwerkelijk sprake is van een sepsis naast de urineweginfectie.

14-3 Preterminale nierinsufficiëntie

ingangsdatum: 01-01-2015

Vraag

Met welke code wordt preterminale nierinsufficiëntie vastgelegd?

Advies

Preterminale nierinsufficiëntie wordt vastgelegd met code N18.5 'Chronische nierziekte, stadium 5'.

Toelichting

Bij chronische nierinsufficiëntie staat stadium 5 voor een klaring (GFR) van < 15 ml/min. Dialyse start bij een klaring (GFR) van <12 ml/min. In dat geval is er sprake van terminale nierinsufficiëntie.

Bij preterminale nierinsufficiëntie is er nog geen dialyse noodzakelijk maar is er wel al sprake van een stadium 5.

15-1 Partus - hemofilie dragerschap

ingangsdatum: 01-03-2013

mutatiedatum: 01-09-2014

Vraag

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

Advies

Codeer O35.2 "(Vermoede) hereditaire aandoening bij foetus als indicatie voor zorg bij moeder"
Codeer voor het resultaat van de bevalling Z37.- .

15-2 Harde buiken bij een gravida

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag

Hoe wordt de diagnose 'Harde buik bij een gravida' gecodeerd?

Advies

Codeer O47.- (Valse weeën).

15-3 Minder leven (foetale bewegingen) voelen tijdens de zwangerschap

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag

Hoe wordt 'minder leven (foetale bewegingen) voelen tijdens de zwangerschap' gecodeerd?

Advies

Codeer O36.8 'Overige gespecificeerde foetale problemen als indicatie voor zorg bij moeder'.

15-4 Spontane drieling bevalling in ziekenhuis

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag

Hoe wordt een spontane drieling bevalling in het ziekenhuis gecodeerd?

Advies

O30.1 (Drielingzwangerschap) voor de hoofdaandoening en Z37.5 (Overige meerlinggeboorten, allen levend geboren) voor het resultaat van de bevalling.

15-5 Gebruik O80-O84

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag:

Wanneer mag de codereeks O80-O84 (Bevalling) worden gebruikt?

Advies:

Gebruik deze codereeks zoals aangegeven in de handleiding bij de hoofdstuk specifieke opmerkingen (paragraaf 4.4.4.)

Als hoofddiagnose:

Codes uit dit blok mogen alleen worden gebruikt voor codering van de hoofdaandoening als geen enkele andere aandoening uit Hoofdstuk XV wordt vermeld.

Als neventiagnose:

Als facultatief aanvullend kunnen deze codes worden gebruikt om een methode of type van bevalling aan te geven wanneer geen afzonderlijke rubriek of verrichtingenclassificatie voor dit doel wordt gebruikt.

15-6 Dreigende serotiniteit

ingangsdatum: 15-01-2014

mutatiedatum: 01-04-2016

mutatiedatum: 01-01-2018

Vraag

Hoe wordt dreigende serotiniteit gecodeerd?

Advies

Codeer een opname vanwege dreigende serotiniteit met code O99.8 'overige gespecificeerde aandoeningen en toestanden die zwangerschap, bevalling en kraambed compliceren'.

15-7 Voortijdig breken van de vliezen

ingangsdatum: 15-01-2014

Informatie

Men spreekt van voortijdig breken van de vliezen als aansluitend hieraan geen weeënactiviteit optreedt. De term voortijdig gebroken vliezen zegt dus niks over de duur van de zwangerschap.

Zijn de vliezen voortijdig gebroken voor het einde van de 37e zwangerschapsweek, dan spreekt men ook wel van preterm premature rupture of the fetal membranes (PPROM).

Als de vliezen voortijdig zijn gebroken vanaf het einde van de 37e zwangerschapsweek, dan spreekt men van premature rupture of membrane (PROM).

Premature slaat in bovenstaande termen alleen op het voortijdig breken van de vliezen en niet op de duur van de zwangerschap. Preterm slaat wél op de zwangerschapsduur. Verwarrend is dat in plaats van premature soms de term prelabour wordt gebruikt (prelabor = vóór de latente en actieve fase met weeën tot aan de uitdrijving).

Advies

- A. 042.0 "Voortijdig breken van de vliezen met begin van de weeën binnen 24 uur"
Gebruik deze code als de weeën niet meteen aansluitend beginnen na het breken van de vliezen.
- B. 042.1 "Voortijdig breken van de vliezen met begin van de weeën meer dan 24 uur later"
Gebruik deze code als de weeën meer dan 24 uur later beginnen na het breken van de vliezen (= langdurig gebroken vliezen).
- C. 042.2 "Voortijdig breken van vliezen met uitstel van bevalling door middel van therapie"
Na toediening van bijvoorbeeld weeënremmers kunnen er 4 situaties ontstaan:
 - 1. Weeënremmers hebben geen effect en de bevalling zet door: dan is gebruik van deze code niet van toepassing (zie A of B voor de juiste code).
 - 2. Weeënremmers hebben effect en de bevalling vindt in dezelfde opname plaats: codeer 042.2 en aanvullend het resultaat van de bevalling met een code uit Z37.-
 - 3. Weeënremmers hebben effect en de bevalling vindt niet tijdens deze opname plaats: codeer 042.2
 - 4. Weeënremmers hebben effect en de bevalling vindt in een latere heropname plaats: codeer 042.2 en aanvullend het resultaat van de bevalling met een code uit Z37.-
- D. Als er gedurende de opname voor voortijdig gebroken vliezen ook sprake is van premature weeën (voor het einde van de 37e zwangerschapsweek, PPRM), gebruik dan aanvullend een code uit categorie O60 "voortijdige weeën". De exclusie bij O60 kan in dit geval worden genegeerd. De exclusies in de ICD-10 zijn er voor bedoeld om de hoofddiagnose te bepalen.

15-8 Langdurige bevalling

ingangsdatum: 15-01-2014

Langdurige bevalling

Categorie 063 “Langdurige bevalling” heeft in de ICD-10 betrekking op de periode als de bevalling op gang is gekomen. De codes uit deze categorie worden bijvoorbeeld gebruikt bij een verlengde ontsluitingsfase (1e fase), en een verlengde uitdrijvingsfase (2e fase). Het gebruik van deze codes heeft geen relatie met de codes uit categorie 042 “Voortijdig breken van vliezen”, het zijn 2 verschillende toestanden.

Daarom kunnen codes uit categorie 042 “Voortijdig breken van vliezen” en 063 “Langdurige bevalling” naast elkaar gebruikt worden als er bijvoorbeeld sprake is van voortijdig gebroken vliezen met in een latere fase een verlengde uitdrijving.

Codes 075.5 en 075.6

Gebruik deze codes alleen bij een langdurige/late bevalling na het (kunstmatig) breken van de vliezen als geen specificatie in categorie 042 en/of 063 mogelijk is.

Advies

- Gebruik een code uit categorie 063 “Langdurige bevalling”, ongeacht van het tijdstip waarop de vliezen zijn gebroken.
- Codes uit categorie 042 “Voortijdig breken van vliezen” en 063 “Langdurige bevalling” kunnen naast elkaar gebruikt worden als er bijvoorbeeld sprake is van voortijdig gebroken vliezen met in een latere fase een verlengde uitdrijving.
- Gebruik codes 075.5 en 075.6 alleen bij langdurige/late bevalling na het (kunstmatig) breken van de vliezen als geen specificatie in categorie 042 en/of 063 mogelijk is.

15-10 Epidurale pijnbestrijding bij de bevalling

ingangsdatum: 15-01-2014

Informatie

De expertgroep beschouwt pijnbestrijding bij de bevalling niet als complicatie van de bevalling voor codering in de ICD-10.

In principe komt iedere barendende vrouw met onhoudbare pijn voor epidurale pijnbestrijding in aanmerking, al dan niet in combinatie met een niet-vorderende baring of uitputting van de vrouw.

Wanneer er geen complicatie van de bevalling is en de pijnbestrijding dus niet op medische indicatie maar op verzoek van de patiënte gegeven wordt is er sprake van een ongecompliceerde bevalling.

Advies

Pijnbestrijding bij bevalling zonder medische indicatie:

080.- “Spontane enkelvoudige bevalling”.

15-12 Stuitligging/bevalling

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag

Hoe wordt een sectio i.v.m. stuitligging en hoe wordt een vaginale stuitbevalling gecodeerd?

Advies

Een geplande sectio i.v.m. stuitligging wordt gecodeerd met O32.1 “Stuitligging als indicatie voor zorg bij moeder”.

Een spoedsectio vanwege een mislukte vaginale stuitbevalling wordt gecodeerd met O64.1 “Moeilijke bevalling door stuitligging”.

Een vaginale stuitbevalling wordt gecodeerd met O64.1 “Moeilijke bevalling door stuitligging” ongeacht of dit door de specialist als moeilijke bevalling wordt omschreven.

Dit op basis van de alfabetische index:

Bevalling

- gecompliceerd (door)

- - stuitligging

De keuze voor een gecompliceerde bevalling is dat een stuitligging een risico vormt voor de bevalling.

15-13 Gebruik O35.-

ingangsdatum: 01-09-2014

Vraag

Wanneer mag je een code uit de klasse O35 gebruiken?

Advies

Gebruik alleen een code uit O35.- als er sprake is van een bekende of vermoede afwijking / schade aan de foetus die reden is van zorg bij de moeder. Medicatiegebruik op zich is bijvoorbeeld geen reden om code O35.5 te gebruiken. Er moet daadwerkelijk een reden voor zorg (bijvoorbeeld observatie of langere opnameduur) zijn.

15-14 GBS dragerschap

ingangsdatum: 01-09-2014

Vraag

Hoe wordt een GBS dragerschap gecodeerd?

Advies

GBS dragerschap kan worden gecodeerd met code Z22.3 “Drager van overige gespecificeerde bacteriële ziekten”.

Voorbeeld:

Codeer een patiënt die GBS draagster is indien het een normale enkelvoudige bevalling betreft, met de codes O80.- & Z22.3 & Z37.0

15-15 Bekkeninstabiliteit

ingangsdatum: 01-01-2015

vervangt: CvZ advies nieuwsbrief 3-1998

Bekkeninstabiliteit

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

Advies

De volgende vier mogelijkheden kunnen worden onderscheiden:

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

15-16 Hoofddiagnose bij bevallingen

ingangsdatum: 01-01-2015

Codeadvies

De indicatie voor klinische zorg bepaalt de hoofddiagnose.

Toelichting

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

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

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

Opmerking:

Codes uit de range 080-084 ‘Bevalling’ worden alleen gebruikt als geen enkele andere aandoening uit het hoofdstuk Zwangerschap, bevalling en kraambed, wordt vermeld.

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

Stap 1

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

Zo ja → ga naar stap 2

Zo nee → ga naar stap 3

Stap 2

Codeer de zwangerschapscomplicatie als hoofddiagnose.

Stap 3

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

Zo ja → ga naar stap 4

Zo nee → ga naar stap 7

Stap 4

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

Zo ja → ga naar stap 5

Zo nee → ga naar stap 6

Stap 5

Medische indicatie heeft betrekking op de huidige opname:

Codeer de medische indicatie als hoofddiagnose

Stap 6

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

Codeer

- bij ongecompliceerde bevalling:

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

- bij gecompliceerde bevalling:

- codeer de belangrijkste complicatie als hoofddiagnose en aanvullend Z87.5

'Persoonlijke anamnese met complicaties van zwangerschap, bevalling en kraambed' (of andere relevante code voor de anamnese).

Stap 7

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

Zo ja → ga naar stap 8

Zo nee → ga naar stap 9

Stap 8

Codeer de indicatie voor de kunstverlossing als hoofddiagnose.

Stap 9

Codeer de belangrijkste complicatie als hoofddiagnose.

Voorbeelden:

Voorbeeld 1

Medische indicatie: negatieve dyscongruentie

Verloop: chemische inleiding; perineumruptuur

Hoofddiagnose: negatieve dyscongruentie (stappen: 1,2)
nevendiagnose perineumruptuur

Voorbeeld 2

Medische indicatie: infertiliteit in anamnese

Verloop: foetale nood waarvoor vacuümextractie en fluxus postpartum

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

Nevendiagnose fluxus postpartum

Nevendiagnose infertiliteit in anamnese

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

Voorbeeld 3

Medische indicatie: sectio in anamnese

Verloop foetale nood waarvoor sectio

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

Nevendiagnose foetale nood

Voorbeeld 4

Medische indicatie: Totaal ruptuur in de anamnese

Verloop: perineumruptuur

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

Nevendiagnose perineumruptuur

15-17 Afbreken zwangerschap vanwege foetale afwijking

ingangsdatum: 01-01-2015

mutatiedatum: 01-10-2015 of zo mogelijk eerder

Vraag

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

Advies

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

Toelichting

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

NB Z37.- 'Resultaat van bevalling' aanvullend coderen bij een lichaamsgewicht van minimaal 500 gram. Als het gewicht niet bekend is geldt een zwangerschapsduur van minimaal 22 weken (zie deel 2 van de ICD-10 paragraaf 5.7.2).

voorbeeld 1

Afbreken zwangerschap in de 12^e week vanwege een chromosoomafwijking van het kindje.

Code O35.1 '(Vermoede) chromosoomafwijking bij foetus als indicatie voor zorg bij moeder'

+

Code O04.9 'Medische abortus'

voorbeeld 2

Late zwangerschapsafbreking in de 28^e week vanwege anencefalie van het kindje.

Code O35.0 '(Vermoede) misvorming van centraal zenuwstelsel van foetus als indicatie voor zorg bij moeder'

+
Code 004.9 'Medische abortus'
+
Resultaat van de bevalling Z37.-

15-18 Bevalling bij HIV-positieve moeder

ingangsdatum: 01-10-2015 of zo mogelijk eerder

Vraag

Hoe codeer je een normale bevalling bij een moeder die HIV positief is?

Advies

Codeer een normale bevalling bij een HIV positieve moeder met de code O80.- 'Spontane enkelvoudige bevalling' + Z21 'Status van asymptomatische infectie met humaan immunodeficiëntievirus [HIV]' + Z37.- 'Resultaat van bevalling'.

16-1 ALTE / near SIDS

ingangsdatum: 01-03-2013
vervangt: CvZ advies nieuwsbrief 10-1994

Vraag

Hoe wordt een 'Apparent Life Threatening Event' (ALTE) of een 'near Sudden Infant Death Syndrome' (near SIDS) gecodeerd?

Advies

- Codeer ALTE / near SIDS tot vier weken: P28.4 (Overige vormen van apnoe van pasgeborene)
- Codeer ALTE / near SIDS na vier weken: R06.8 (Overige en niet gespecificeerde afwijkingen van ademhaling).

16-2 Zuigeling van moeder met diabetes tijdens zwangerschap zonder gevolgen voor het kind

ingangsdatum: 01-09-2014

Vraag

Opname zuigeling van een moeder met diabetes tijdens de zwangerschap. Het kind wordt opgenomen ter observatie. De diabetes blijkt geen gevolgen te hebben gehad voor het kind. Informatie:

In tegenstelling tot de inclusie onder blok P00-P04 mogen deze codes ook gebruikt worden in die gevallen waarin pathologie afwezig is en de wenselijkheid bestaat om de 'behoefte aan extra zorg / extra aandacht' bij een pasgeborene vast te leggen.

Advies

Codeer de behoefte aan extra zorg / extra aandacht bij:

- Kind van moeder met diabetes gravidarum met P01.8 "Gevolgen voor foetus en pasgeborene door overige gespecificeerde zwangerschapscomplicatie bij moeder".

- Kind van moeder met een bestaande diabetes met P00.8 “Gevolgen voor foetus en pasgeborene door overige gespecificeerde aandoeningen van moeder”.

16-3 Behoeftte aan extra zorg/aandacht/observatie bij gezonde neonaten

ingangsdatum: 01-08-2015 of zo mogelijk eerder
 vervangt: CvZ aca 24.1

Vraag

Hoe wordt de behoefte aan extra zorg bij een gezonde neonat gecodeerd?

Advies

Behoeftte aan extra zorg/aandacht/observatie bij gezonde neonaten kan worden vastgelegd met een code uit de reeks P00-P04 ‘Gevolgen voor foetus en pasgeborene door factoren van de moeder en door complicaties van zwangerschap en bevalling’.

Toelichting

In tegenstelling tot de inclusie onder blok P00-P04 mogen deze codes ook gebruikt worden in die gevallen waarin pathologie afwezig is maar de wenselijkheid bestaat om de 'behoefte aan extra zorg / extra aandacht' bij een pasgeborene vast te leggen.

Volgorde van vastleggen

- indien de neonat is opgenomen bij een gynaecoloog, codeer deze behoefte aan extra zorg dan met een code uit P00-P04 als **nevendiagnose**. Codeer Z38.- ‘Levendgeboren zuigeling naar plaats van geboorte’ als hoofddiagnose.
- indien de neonat is opgenomen bij een kinderarts codeer deze behoefte aan extra zorg dan als **hoofddiagnose**. Codeer Z38.- ‘Levendgeboren zuigeling naar plaats van geboorte’ als nevendiagnose.

Code Z38.- wordt alleen gecodeerd bij het specialisme waarvoor het kind als eerste is opgenomen.

Voorbeelden

Gezonde zuigeling, ivm chemische inleiding opgenomen voor extra zorg/aandacht/observatie

- indien opname voor gynaecoloog: Z38.- en aanvullend P03.8
- indien opname voor kinderarts: P03.8 en aanvullend Z38.-

Gezonde zuigeling, ivm sectio opgenomen voor extra zorg/aandacht/observatie

- indien opname voor gynaecoloog: Z38.- en aanvullend P03.4
- indien opname voor kinderarts: P03.4 en aanvullend Z38.-

zie ook CA 16-2

16-4 Perinatale en neonatale aandoeningen

ingangsdatum: 01-08-2015 of zo mogelijk eerder
 vervangt: CvZ aca 4.6
 mutatedatum: 01-10-2016

Vraag

Tot welke leeftijd mogen perinatale en neonatale aandoeningen uit hoofdstuk XVI (P00-P96) worden gecodeerd?

Advies

Gebruik codes uit hoofdstuk XVI als samenhang met de geboorte (de perinatale periode) of de neonatale periode vaststaat.

Bij aandoeningen waarvoor zowel in hoofdstuk XVI als elders codes bestaan, wordt als grens de leeftijd t/m 28 dagen na de geboorte afgesproken.

Toelichting

Onder perinataal verstaan we de periode kort voor en kort na de geboorte. Voor pasgeborenen/neonaten (ook onderdeel van hoofdstuk XVI) wordt als leeftijdsgrens 28 dagen afgesproken.

We volgen hier de inclusie bij hoofdstuk XVI op pagina XVI.1: 'aandoeningen ontstaan in perinatale periode, ook al doet sterfte of ziekte zich later voor'.

Voorwaarde is dat de oorsprong van de aandoening in de perinatale of neonatale periode ligt en dat de aandoening nog actueel is.

Om aan te geven dat er een niet actueel probleem uit de perinatale/neonatale periode van invloed is op de huidige zorgperiode kan Z87.6 'Persoonlijke anamnese met bepaalde aandoeningen die hun oorsprong hebben in de perinatale periode' aanvullend worden gecodeerd.

Voorbeelden

- Erbse paralyse ontstaan door geboortetrauma P14.0 'Paralyse van Erb door geboortetrauma'. Deze paralyse is ontstaan bij de geboorte en niet meer hersteld, dus nog actueel en te coderen in dit hoofdstuk.
- Taalstoornis toegeschreven aan cerebrale bloeding door geboortetrauma F80.9 'Ontwikkelingsstoornis van spraak of taal, niet gespecificeerd' + Z87.6 'Persoonlijke anamnese met bepaalde aandoeningen die hun oorsprong hebben in perinatale periode'. De taalstoornis is het gevolg van de cerebrale bloeding maar de bloeding is nu niet meer actueel, deze wordt aanvullend gecodeerd met een code voor de aandoening in de anamnese (Z87.6).
- Hypoglykemie bij pasgeborene (leeftijd 3 weken) P70.4 'Overige neonatale hypoglykemie'
Idem op leeftijd van 6 weken E16.1 'Overige gespecificeerde vormen van hypoglykemie' (als geen samenhang met de geboorte wordt aangegeven, zoekpad: hypoglykemie, infantiel) (bij wel samenhang P70.4)

Stappenplan bij codering van perinatale en neonatale aandoeningen

Stap 1

Is patiënt bij ontstaan⁹ van de aandoening ouder dan 28 dagen?

Zo ja → ga naar stap 2a of 2b

Zo nee → ga naar stap 3

Stap 2a

Patiënt is bij ontstaan van de aandoening ouder dan 28 dagen en de oorsprong van de aandoening is niet gelegen in de perinatale of neonatale periode → codeer de aandoening niet met een code uit hoofdstuk XVI (P00-P96).

⁹ Het zal niet altijd duidelijk zijn op welke levensdag een aandoening is ontstaan. Als dat niet te achterhalen is wordt gecodeerd alsof de aandoening is ontstaan in de periode t/m 28 dagen na de geboorte

Stap 2b

Patiënt is bij ontstaan van de aandoening ouder dan 28 dagen maar de oorsprong van de aandoening ligt in de perinatale of neonatale periode → codeer de aandoening volgens dit codeadvies (16-4 'Perinatale en neonatale aandoeningen').

Stap 3

Zoek de betreffende aandoening op in de alfabetische lijst, geeft deze een suggestie voor een P-code?

Zo ja → codeer, na controle in de systematische lijst, de P-code

Zo nee → ga naar stap 4

Stap 4

Wordt in de alfabetische lijst een suggestie gegeven voor een code buiten het P-hoofdstuk?

Zo ja → ga naar stap 5

Zo nee → ga naar stap 7

Stap 5

Geldt voor de voorgestelde code een exclusie¹⁰ voor bepaalde aandoeningen die hun oorsprong hebben in de perinatale of neonatale periode (P00-P96)?

Zo ja → ga naar stap 6

Zo nee → codeer, na controle in de systematische lijst, de voorgestelde code

Stap 6

Staat bij de exclusie een suggestie voor een P-code?

Zo ja → codeer, na controle in de systematische lijst, de voorgestelde code¹¹

Zo nee → ga naar stap 7

Stap 7

Hoe ga je te werk als de te coderen aandoening niet in de alfabetische lijst staat of als er een exclusie geldt bij de voorgestelde code zonder dat een suggestie voor een P-code wordt gegeven?

1. Kies binnen welk blok van hoofdstuk XVI de aandoening valt (zie pagina XVI.1 van de systematische lijst)
2. Kies binnen het blok de meest passende code. Indien gewenst kan een code uit één van de andere hoofdstukken aanvullend worden gecodeerd voor verdere specificatie van de aandoening

Voorbeelden:

1. Neonatale pneumonie ontstaan op de 3e dag na geboorte
Code P23.9 'congenitale pneumonie, niet-gespecificeerd' (stappen 1→ 3)

2. Neonataal herseninfarct ontstaan op 10e dag na geboorte
Code P29.8 'overige gespecificeerde cardiovasculaire aandoeningen, ontstaan in perinatale periode' + I63.9 'cerebraal infarct niet-gespecificeerd' (stappen: 1→ 3 → 4 → 5 → 6 → 7)

¹⁰ Let op: de exclusie kan aan het begin van het hoofdstuk staan maar ook aan het begin van een blok of bij de betreffende code zelf

¹¹ Indien gewenst kan de P-code voor nadere specificatie aangevuld worden met een code uit één van de andere hoofdstukken. Dit mag ook de code zijn waarbij de exclusie voor de P-code is opgenomen. De exclusies in de ICD-10 zijn er namelijk voor het bepalen van de hoofd diagnose. Als je via de exclusie in een klasse uitkomt waar de term minder specifiek is beschreven, mag je aanvullend specificeren als daarmee het ziektebeeld beter beschreven wordt.

3. Bradycardie direct na de geboorte
Code P29.1 'neonatale cardiale-dysritmie' + R00.1 'bradycardie, niet-gespecificeerd' (stappen 1 → 3 → 4 → 5 → 6)
4. Meningokokkenmeningitis ontstaan op 21e dag na geboorte
Code A39.0† 'meningitis door meningokokken' + G01*'meningitis bij elders geclassificeerde bacteriële-ziekten' (stap 1 → 3 → 4 → 5)
Toelichting: de exclusies aan het begin van hoofdstuk 1 en bij blok P35-P39 geven aan dat infecties die bij de geboorte aanwezig zijn worden vastgelegd met een P35-P39 (behalve waar een exclusie binnen dit blok een andere code geeft) en dat infecties ontstaan na de geboorte worden vastgelegd met A00-B99/J09-J11 (behalve waar een exclusie bij één van deze codes een P-code geeft).
Als onduidelijk is of de infectie bij geboorte aanwezig was of ontstaan is na de geboorte, wordt gecodeerd aan de hand van de codes en aanwijzingen bij blok P35-P39.
5. Streptokokkensepsis ontstaan op de 10e dag na geboorte
Code P36.1 'sepsis van pasgeborene door overige en niet-gespecificeerde streptokokken' (stappen 1 → 3)
Toelichting: zie voorbeeld 4, omdat de infectie na de geboorte is ontstaan word je in eerste instantie gewezen op code A40.9 maar omdat daar een exclusie voor neonataal staat, kom je uit op code P36.1.
6. Persisterende anemie bij prematuur geboren kind van 8 weken oud
Code P61.2 'anemie bij praematuritas' (stappen 1 → 2)
7. Opname van kind van 2 weken oud met RS bronchiolitis
Code P28.8 'overige gespecificeerde respiratoire aandoeningen van pasgeborene' + J21.0 'acute bronchiolitis door respiratoir-syncytieel virus' (stappen 1 → 3 → 4 → 5 → 6 → 7)
8. Pneumonie ontstaan op de 30e dag van de opname van een in het ziekenhuis geboren kind
Code J18.9 'pneumonie, niet gespecificeerd' (stappen 1 → 2)
Opmerking: Als de termijn waarop de aandoening ontstaat niet duidelijk is wordt gecodeerd aan de hand van de richtlijnen voor de perinatale periode (dus leeftijd ≤ 28 dagen hierbij aanhouden).
9. Meningitis ontstaan op de 14e dag na de geboorte
Code P96.8 'overige gespecificeerde aandoeningen, ontstaan in de perinatale periode + G03.9 'meningitis, niet gespecificeerd' (stappen 1 → 3 → 4 → 5 → 6 → 7)

Keuze van de hoofddiagnose

Bij meerdere aandoeningen van de pasgeborene kan het lastig zijn te bepalen wat de hoofddiagnose is. Dit moet door de specialist worden aangegeven. Als de specialist dat niet doet èn de codeur kan de keuze niet maken, codeer dan de eerst genoemde aandoening als hoofddiagnose (zie hiervoor de aanwijzing in deel 2 van de ICD-10 bij paragraaf 4.4.3. MB2).

16-5 Pasgeborene van moeder met GBS-infectie, pasgeborene geen infectie

ingangsdatum: 01-10-2015 of zo mogelijk eerder

Vraag

Wat is de juiste code voor een pasgeborene waarvan de moeder een GBS-infectie heeft maar de pasgeborene deze infectie niet heeft?

Advies

Pasgeborene van moeder met GBS-infectie: P00.8 'gevolgen voor foetus en pasgeborene door overige gespecificeerde aandoening van moeder' (zie exclusie bij P00.2).

Toelichting

In tegenstelling tot de inclusie boven hoofdstuk XVI mogen de codes uit P00-P04 ook gebruikt worden in die gevallen waarin pathologie afwezig is en de wenselijkheid bestaat om de 'behoefte aan extra zorg / extra aandacht' bij een pasgeborene vast te leggen.

16-6 Pasgeborene van moeder met HIV-infectieziekte, pasgeborene geen infectie

ingangsdatum: 01-10-2015 of zo mogelijk eerder

mutatiedatum: 01-10-2016

Vraag

Wat is de juiste code voor een pasgeborene waarvan de moeder een HIV-infectieziekte heeft maar de pasgeborene deze infectie niet heeft?

Advies

Pasgeborene van moeder met een HIV-infectieziekte: P00.2 'gevolgen voor foetus en pasgeborene door infectieziekten en parasitaire aandoening van moeder'

Toelichting

In tegenstelling tot de inclusie boven hoofdstuk XVI mogen de codes uit P00-P04 ook gebruikt worden in die gevallen waarin pathologie afwezig is en de wenselijkheid bestaat om de 'behoefte aan extra zorg / extra aandacht' bij een pasgeborene vast te leggen.

16-7 Pasgeborene van moeder met GBS- of HIV-dragerschap, pasgeborene geen infectie

ingangsdatum: 01-10-2015 of zo mogelijk eerder

Vraag

Wat is de juiste code voor een pasgeborene waarvan de moeder draagster is van GBS of HIV en de pasgeborene geen van deze infecties heeft?

Advies

Voor zowel de pasgeborene van een moeder met GBS-dragerschap als een moeder met HIV-dragerschap wordt code P00.8 'gevolgen voor foetus en pasgeborene door overige gespecificeerde aandoening van moeder' vastgelegd.

Toelichting

In tegenstelling tot de inclusie boven hoofdstuk XVI mogen de codes uit P00-P04 ook gebruikt worden in die gevallen waarin pathologie afwezig is en de wenselijkheid bestaat om de 'behoefte aan extra zorg / extra aandacht' bij een pasgeborene vast te leggen.

16-8 Pasgeborene zowel prematuur als dysmatuur

ingangsdatum: 01-10-2014 of zo mogelijk eerder

Vraag

Wat is de juiste hoofddiagnose als een pasgeborene zowel prematuur als dysmatuur is?

Advies

Als een kindje zowel prematuur als dysmatuur is wordt als hoofddiagnose de aandoening vastgelegd die beschouwd wordt als de belangrijkste reden tot opname. Dit zal veelal de prematuriteit zijn maar kan ook, als het achterblijven van de foetale groei de belangrijkste reden voor zorg is, de dysmaturiteit zijn.

Als niet duidelijk blijkt of de prematuriteit of de dysmaturiteit de belangrijkste reden tot opname was codeer dan de prematuriteit als hoofddiagnose.

Toelichting

Dysmatuur geboren baby's hebben een te laag geboortegewicht voor de duur van de zwangerschap. Dit wordt vastgelegd met code P05.0 'Licht voor zwangerschapsduur'.

Prematuur geboren baby's worden geboren na een zwangerschap van minder dan 37 voltooide weken. Dit wordt vastgelegd met code P07.- 'Stoornissen gerelateerd aan korte zwangerschapsduur en laag geboortegewicht, niet elders geassocieerd'.

Een laag geboorte gewicht dat gerelateerd is aan de zwangerschapsduur valt ook binnen code P07.-. Bij P07 staat een aanwijzing dat, wanneer zowel het geboortegewicht als de zwangerschapsduur bekend zijn, het geboortegewicht prevaleert. Let wel; dit gaat om een laag geboorte gewicht gerelateerd aan de zwangerschapsduur. Als er sprake is van een laag geboorte gewicht door trage foetale groei of foetale ondervoeding wordt dat vastgelegd met P05.- (zie de exclusie bij P07).

Voorbeelden

1. Prematuur geboren bij een zwangerschapsduur van 36 weken en 5 dagen, en dysmatuur met een geboortegewicht van 1800 gram. Vanwege het lage geboortegewicht moet het kindje in de couveuse verpleegd worden.
Hoofddiagnose P05.0 'Licht voor zwangerschapsduur' + P07.1 'Laag geboortegewicht, overig' + P07.3 'Overige preterme kinderen'
2. Prematuur geboren bij zwangerschapsduur van 27 weken en geboortegewicht 900 gram.
Hoofddiagnose P07.0 'Extreem laag geboortegewicht' + P07.2 'Extreme immaturiteit'
3. Prematuur geboren bij 32 weken en dysmatuur geboortegewicht van 1100 gram.
Vanwege de prematuriteit wordt het kindje op de NICU verpleegd.
Hoofddiagnose P07.1 'Laag geboortegewicht, overig' + P07.3 'Overige preterme-kinderen' + P05.0 'licht voor zwangerschapsduur'

NB Bij overplaatsingen aansluitend aan de geboorte van prematuren en dysmaturen wordt, indien relevant voor de opname, het oorspronkelijke geboortegewicht en zwangerschapsduur gecodeerd.

Bijvoorbeeld:

premaatuur van 26 weken en 800 gram geboren in academisch centrum en na 6 weken overgeplaatst naar perifeer ziekenhuis. Inmiddels weegt het kindje 1200 gram. In het perifere ziekenhuis worden (net als in het academisch centrum) codes P07.0 'Extreem laag geboortegewicht' + P07.2 'Extreme immaturiteit' geregistreerd.

17-1 Pitt-Hopkins syndroom

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag

Hoe wordt het Pitt-Hopkins syndroom gecodeerd?

Advies

Codeer Q87.8 (Overige gespecificeerde congenitale gestoorde-ontwikkelingssyndromen, niet elders geassocieerd).

17-2 Cheilognatopalatoschisis

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

Vraag

Hoe wordt cheilognatopalatoschisis gecodeerd?

Informatie:

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

Advies

Codeer hier aanvullend. Codeer Q37.- "Gespleten gehemelte met gespleten lip" en aanvullend Q67.4 "Overige congenitale misvormingen van schedel, aangezicht en kaak" voor de kaakspleet.

17-3 Gecorrigeerde congenitale afwijkingen

ingangsdatum: 01-08-2015 of zo mogelijk eerder

Vraag

Hoe codeer je een congenitale aandoening waarvoor operatieve correctie heeft plaatsgevonden?

Advies

Codeer een congenitale afwijking

1. waarbij de 'natuurlijke' anatomische situatie en functie is hersteld met code Z87.7 'Persoonlijke anamnese met congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosoomafwijkingen'. Indien wenselijk kan met een Z-code de postoperatieve toestand worden gespecificeerd.

2. waarbij de 'natuurlijke' anatomische situatie en/of functie niet volledig is hersteld met de oorspronkelijke congenitale aandoening. Indien wenselijk kan met een Z-code de postoperatieve toestand worden gespecificeerd.

Toelichting

Bij het coderen van een (dag)opname is het van belang om de actuele reden van zorg voor de patiënt vast te leggen. Als een congenitale aandoening is hersteld, is deze niet meer aanwezig en dient niet gecodeerd te worden. Soms kan het relevant zijn om vast te leggen dat er een congenitale aandoening in het verleden was en in dat geval is bovenstaand advies nummer 1 van toepassing.

Bijvoorbeeld

Cervixinsufficiëntie bij status na excisie van embryonale cyste van de cervix.
N88.3 'Cervixinsufficiëntie' + Z87.7 'Persoonlijke anamnese met congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosoomafwijkingen'

Als de congenitale aandoening niet volledig anatomisch en/of functioneel hersteld is èn relevant is voor de huidige (dag)opname dan is de oorspronkelijke congenitale aandoening nog reden tot zorg en geldt bovenstaande advies nummer 2.

Bijvoorbeeld

Decompensatio cordis bij patiënt met status na operatieve correctie tetralogie van Fallot. Omdat een operatieve correctie bij deze aandoening niet tot een volledig normaal anatomisch hart zal leiden is de codering als volgt: I50.9 'Hartdecompensatie, niet gespecificeerd' + Q21.3 'Tetralogie van Fallot'

18-1 Huilbaby

ingangsdatum: 01-03-2013
vervangt: CvZ aca 20.3

Vraag

Hoe wordt een huilbaby gecodeerd?

Advies

Codeer R68.1 (Overmatig huilen van kind).

18-2 Verhoogd PSA

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag

Hoe wordt een verhoogd PSA gecodeerd?

Informatie:

PSA staat voor Prostaat Specifiek Antigeen en dit wordt gemeten in het serum.

Advies

Gebruik zoekpad: Abnormale bevinding > immunologisch > immunologische bevinding > serum.
Codeer R76.8 (Overige gespecificeerde afwijkende immunologische bevindingen in serum, niet gespecificeerd).

18-3 Prerenale en postrenale nierinsufficiëntie

ingangsdatum: 15-01-2014
mutatiedatum: 01-10-2017

Vraag

Hoe codeer je prerenale nierinsufficiëntie en postrenale nierinsufficiëntie?

Advies

Prerenale nierinsufficiëntie en postrenale nierinsufficiëntie worden beide met R39.2 'extrarenale uremie' gecodeerd.

Toelichting

Prerenale nierinsufficiëntie is het slecht functioneren van de nier als gevolg van een slechte bloeddorstrooming van de nier of een verminderde bloedtoevoer naar de nieren. De oorzaak hiervan is gelegen voor de nier (pre/extrarenaal). Het bekendste voorbeeld hiervan is nierinsufficiëntie t.g.v. dehydratie.

Postrenale nierinsufficiëntie is het slecht functioneren van de nier als gevolg van obstructie van hogere of lagere urinewegen, zoals bij urolithiasis en prostaatcarcinoom. De oorzaak hiervan is gelegen na de nier (post/extrarenaal).

NB

Renale nierinsufficiëntie is het slecht functioneren van de nier als gevolg van schade aan de nier zelf. Bijvoorbeeld schade veroorzaakt door medicijnen, diabetes mellitus of acute glomerulonefritis.

Nierinsufficiëntie en uremie zijn in de ICD-10 synoniem (uremie is het gevolg van nierinsufficiëntie).

Vanwege de exclusie voor extrarenale uremie bij blok N17-N19, wordt prerenale en postrenale nierinsufficiëntie met R39.2 vastgelegd, dit geldt ook voor de acute vorm.

18-5 Keelpijn

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag

Bij het zoekpad (deel 3) pijn, - keel kan er twijfel ontstaan welke code te gebruiken; J02.9 "Acute faryngitis, niet gespecificeerd" of code R07.0 "Pijn in keel". Welke code is juist en welke code kan gebruikt worden voor keelpijn NNO?

Advies

Codeer keelpijn in het kader van ontsteking met J02.9 "Acute faryngitis, niet gespecificeerd"
Codeer keelpijn niet in het kader van ontsteking / NNO met R07.0 "Pijn in keel"

18-6 SIRS

ingangsdatum: 01-01-2015
vervangt: CvZ nieuwsbrief juli 1998 en december 2002

Vraag

Wat is het juiste gebruik van de codes voor SIRS?

Advies

Codes voor SIRS (R65.0-R65.9) mogen alleen worden gebruikt om aanvullend aan de oorzaak te coderen.

Wanneer er sprake is van SIRS:

1. Codeer de oorzaak
2. Codeer aanvullend SIRS
3. Codeer aanvullend de complicaties (zoals (multipale) orgaanfalen en/of shock)

Toelichting

De afkorting SIRS staat voor systemisch inflammatoir responsyndroom. Oorzaken van dit syndroom kunnen o.a. zijn:

- trauma
- complicaties van een operatie
- brandwonden
- pancreatitis

Complicaties

Bij SIRS leidt een te heftige inflammatoire respons op zichzelf vaak tot complicaties zoals (multipale) orgaanfalen en/of shock.

Voorbeelden

- SIRS met acute nier en respiratoire insufficiëntie t.g.v. een acute pancreatitis
Codeer de oorzaak
K85.9 'Acute pancreatitis, niet gespecificeerd'

Codeer aanvullend SIRS
R65.1 'Systemisch inflammatoir responsyndroom van infectieuze oorsprong, met orgaanfalen'

Codeer aanvullend de acute nier en respiratoire insufficiëntie
N17.9 'Acute nierinsufficiëntie, niet gespecificeerd'
J96.0- 'Acute respiratoire insufficiëntie'
- Stomp leverletsel t.g.v. val van steiger, tijdens opname ontwikkeling SIRS zonder orgaanfalen
Codeer de oorzaak
S36.10 'Letsel van lever of galblaas; zonder open wond naar buikholte'
W12.99 'Val op en van steiger; niet gespecificeerde plaats tijdens niet gespecificeerde bezigheid'

Codeer aanvullend het tijdens de opname ontwikkelde SIRS met de aanduiding 'C' van complicatie¹²
C R65.2 'Systemisch inflammatoir responsyndroom van niet-infectieuze oorsprong, zonder orgaanfalen'

¹² 'C' van complicatie

LBZ: Een complicatie is een aandoening die tijdens het verblijf in het ziekenhuis is ontstaan, ongeacht de oorzaak. Een specialist zal bij complicaties vooral denken aan verwickelingen die optreden in het ziektebeeld, spontaan of als gevolg van de behandeling. Het begrip complicatie is in de LBZ ruimer; bijvoorbeeld een beenbreuk door een val tijdens een opnameperiode die geen verband houdt met de aandoening of behandeling waarvoor de patiënt werd opgenomen, wordt ook als complicatie beschouwd. Of er sprake is van een complicatie wordt aangeduid met een C (= complicatie).

Binnen sommige LBZ modules wordt bij het invoeren van de diagnosecode de C niet aan de code gekoppeld maar dient het item 'complicatie' aangevinkt te worden.

18-7 Systolische soufflé

ingangsdatum: 01-01-2018 of zo mogelijk eerder

Vraag

Hoe wordt een systolische soufflé NNO gecodeerd?

Advies

Codeer een systolische soufflé NNO met code R01.1 'hartgeruis, niet-gespecificeerd'.

Toelichting

De alfabetische index verwijst voor systolische soufflé naar endocarditis. Dit is echter niet in alle gevallen juist.

Een systolische soufflé heeft verschillende oorzaken:

- onschuldig geruis zonder betekenis
- het extra moeten pompen van het hart door bijvoorbeeld bloedarmoede of koorts
- aangeboren hartafwijkingen, zoals een ventrikelseptumdefect of atriumseptumdefect (geruis wordt veroorzaakt doordat er te veel bloed door de longslagader stroomt).
- klepafwijkingen zoals aortaklepstenose, mitralisinsufficiëntie of endocarditis.

Codeer voor een systolische soufflé bij voorkeur de onderliggende aandoening, indien deze niet bekend of aanwezig is wordt R01.1 gecodeerd.

18-8 Verhoogd troponine

ingangsdatum: 01-01-2018 of zo mogelijk eerder

Vraag

Hoe wordt een verhoogde waarde van troponine gecodeerd?

Advies

Codeer een verhoogd troponine met R77.8 'overige gespecificeerde afwijkingen van plasmaproteïne'

Toelichting

Troponine is een onderdeel van de hartspier. Het is een eiwit maar geen enzym en valt daarom onder het plasmaproteïne.

Als het verhoogde troponine verklaard is door een infarct (of andere oorzaak) wordt de afwijkende waarde niet gecodeerd.

19-1 Aneurysma spurium / vals aneurysma t.g.v. een hartkatheterisatie

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag

Hoe wordt een aneurysma spurium t.g.v. een hartkatheterisatie gecodeerd?

Advies

Codeer een aneurysma spurium na hartkatheterisatie met T81.7 + Y84.0 (Vasculaire complicaties na medische verrichting + complicatie na hartkatheterisatie)

Codeer aanvullend de lokalisatie van het aneurysma met een code uit blok I72, bijvoorbeeld een aneurysma van de arteria femoralis (I72.4)

Toelichting

Een aneurysma spurium of vals aneurysma, is een aneurysma waarvan de wand niet of slechts voor een deel bestaat uit de arteriewand, bijv. na verwonding van een arterie, waarna zich in of naast de vaatwand een met bloed gevulde bindweefselzak vormt. Na hartkatheterisatie is een vals aneurysma ter hoogte van de punctieplaats een bekende complicatie. (bron: Ned Tijdschr Geneeskd. 1994;138:1178-81 en Pinkhof geneeskundig woordenboek).

Zie ook codeadvies 0-12 Aandoeningen en complicaties van chirurgische en medische behandeling.

19-2 Mediale en laterale collumfractuur

ingangsdatum: 01-03-2013

Vraag

Hoe wordt een mediale of laterale collumfractuur gecodeerd?

Advies

Codeer S72.0- (Fractuur van femurhals).

Toelichting

Een mediale of laterale collumfractuur is een femurhalsfractuur.

19-3 Delayed graft na een transplantatie

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag

Hoe wordt een delayed graft na een transplantatie gecodeerd?

Advies

Codeer een delayed graft na een niertransplantatie met code T83.8 "Overige gespecificeerde complicaties van urogenitale prothesen, implantaten en transplantaten" en aanvullend Y83.0 "Operatie met transplantatie van volledig orgaan".

Gebruik bij andere organen dan de nier de code T82.8 / T84.8 / T85.8 en aanvullend Y83.0.

Zie ook codeadvies 0-12 Aandoeningen en complicaties van chirurgische en medische behandeling!

Toelichting

Als de nierfunctie van een nier na transplantatie vertraagd op gang komt is er sprake van een delayed graft.

19-4 Brandwonden

ingangsdatum: 01-09-2014
mutatiedatum: 01-10-2015 of zo mogelijk eerder

Advies

Indien er binnen een drie-teken categorie meerdere graden brandwonden bestaan, bijv. 1e en 2e graads brandwond hoofd, wordt uitsluitend de hoogste graad brandwond gecodeerd.

Gebruik van code T31.- en T32.-, "Brandwonden/etsing geklasseerd naar uitgebreidheid van betrokken lichaamsoppervlak":

- a) als codering wanneer de lokalisatie van de brandwond/etsing niet is gespecificeerd
- b) als aanvullende codering bij de codes T20-T29 om het percentage aangedane lichaamsoppervlakte aan te geven.

19-5 Trauma capitis

ingangsdatum: 01-01-2016 of zo mogelijk eerder

Vraag

Hoe codeer je een trauma capitis?

Advies

Achterhaal wat het precieze letsel is. Als dat niet mogelijk is, dan wordt een trauma capitis NNO gecodeerd met code S09.9 'niet gespecificeerd letsel van hoofd'.

Toelichting

Trauma capitis zegt niet meer dan 'hoofd- en schedelletsel'. Pinkhof geeft als omschrijving: letsel aan het hoofd, veelal leidend tot hersenletsel (trauma cerebri). Het is dus belangrijk om te achterhalen wat het exacte letsel is. Als dat niet mogelijk is wordt trauma capitis NNO gecodeerd met code S09.9.

19-6 Licht traumatisch schedelhersenletsel (LTSH)

ingangsdatum: 01-04-2016 of zo mogelijk eerder

Vraag

Hoe codeer je een LTSH?

Advies

Achterhaal wat het precieze letsel is. Als dat niet mogelijk is, dan wordt een LTSH NNO gecodeerd met code S09.9 'niet gespecificeerd letsel van hoofd'.

Toelichting

Onder patiënten met een LTSH worden de patiënten met een schedeltrauma verstaan die op de Glasgow-comaschaal (GCS) een score hebben van 13-15 met een bewustzijnsverlies van 0-15 minuten en een posttraumatische amnesie van 0-60 minuten. Dit geeft een indicatie van eventueel hersenletsel (trauma cerebri). Het is dus belangrijk om te achterhalen wat het exacte letsel is. Als dat niet mogelijk is wordt LTSH NNO gecodeerd met code S09.9.

19-7 CAPD-gerelateerde peritonitis

ingangsdatum: 01-04-2016
vervangt: CvZ aca 19.11

Vraag

Hoe wordt een CAPD-gerelateerde peritonitis gecodeerd?

Advies

1. Codeer een CAPD peritonitis welke ontstaan is door de katheter met:
T85.7 'infectie en ontstekingsreactie als gevolg van overige inwendige prothesen, -implantaten en -transplantaten'
+
Y83.1 'operatie met implantatie van kunstmatig inwendig hulpmiddel, als oorzaak van afwijkende reactie van patiënt of van latere complicatie, zonder vermelding van afwijkende gang van zaken tijdens verrichting'
+
K65.8 'overige gespecificeerde peritonitis'
2. Codeer een CAPD peritonitis welke ontstaan is door het dialyseren (de vloeistof/het proces) met:
T80.2 'infecties na infusie, transfusie en therapeutische injectie'
+
Y84.1 'hemodialyse, als oorzaak van afwijkende reactie van patiënt of van latere complicatie, zonder vermelding van afwijkende gang van zaken tijdens verrichting'¹³
+
K65.8 'overige gespecificeerde peritonitis'

Als de oorzaak niet is te achterhalen (NNO) is het advies de CAPD-gerelateerde peritonitis te coderen als zijnde veroorzaakt door de katheter (1).

19-8 Lijnsepsis

ingangsdatum: 01-01-2017

Vraag

Hoe wordt een lijnsepsis gecodeerd?

Advies

Codeer een lijnsepsis met T82.7 'infectie en ontstekingsreactie als gevolg van overige cardiale- en vasculaire- hulpmiddelen, -implantaten en -transplantaten'. Codeer aanvullend Y83.1 'Operatie met implantatie van kunstmatig inwendig hulpmiddel' en voor de verdere specificatie van de sepsis een code uit A40-A41.

Toelichting

Een lijnsepsis wordt veroorzaakt door de aanwezigheid van de lijn (= intravasculaire katheter). In de ICD-10 vallen katheters onder de kunstmatige implantaten en hulpmiddelen. Het juiste zoekpad in sectie I van de alfabetische index is:

¹³ De toepassing van code Y84.1 is verruimd tot 'hemodialyse en peritoneaal dialyse' (codeadvies 20-5)

complicatie
- infusie
- - katheter
- - - infectie of ontsteking T82.7

Voor de oorzaak is het zoekpad in sectie II van de alfabetische index:

complicatie
- implantaat, implantatie (van)
- - kunstmatig
- - - inwendig hulpmiddel... Y83.1

NB Een lijnsepsis die is ontstaan tijdens de te registreren ziekenhuisopname, wordt voorzien van de aanduiding 'C' van complicatie bij de T- en de A-code (C T82.7 & Y83.1 & C A40.-/A41.-).

19-9 Luxatie gewrichtsprothese door ongeval

ingangsdatum: 01-10-2017 of zo mogelijk eerder
Vervangt: CvZ codeadvies 28-1

Vraag

Hoe wordt een luxatie van een gewrichtsprothese door een ongeval gecodeerd?

Advies

Een luxatie van een gewrichtsprothese door een ongeval wordt als een mechanische complicatie van de prothese gecodeerd. Aanvullend codeer je het ongeval om aan te geven dat er een bijkomende externe oorzaak was waardoor het mankement van de prothese kon optreden. Code T84.0 'mechanische complicatie van inwendige gewrichtsprothese' + Y79.2 'orthopedische hulpmiddelen verband houdend met ongewenste gebeurtenissen' + code uit V01-Y36 (bijvoorbeeld W19.99 'niet-gespecificeerde val').

Toelichting

Bij patiënten met een gewrichtsprothese neemt de prothese de functie van (een deel) van het oorspronkelijke gewricht over en de zo ontstane situatie kan daarmee dus als (nieuw) gewricht beschouwd worden. Dit nieuwe gewricht heeft echter wel de functie van het oorspronkelijke gewricht maar niet de structuur van het oorspronkelijke gewricht. Problemen die zich in het nieuwe (kunstmatige) gewricht voordoen worden daarom gecodeerd als complicaties van de prothese.

NB, zie ook codeadvies 20-6 voor complicaties na het plaatsen van orthopedische protheses.

20-2 Vervoermiddelen

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag

Onder welk vervoermiddel valt een scootmobiel, brommobiel, trike, quad etc.?

Advies

In overleg met o.a. het RIVM en de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersongevallen is het volgende besloten:

Scotmobiel en brommobiel onder V20 - V29
Trike en quad vallen onder V86.-
Segway, rolstoel en elektrische rolstoel vallen onder de voetgangersvervoermiddelen.

20-3 Rollator

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag

Hoe wordt een val met een rollator gecodeerd?

Advies

Een rollator is géén vervoermiddel maar een hulpmiddel zoals bijvoorbeeld een stok. Codeer een val met een rollator daarom als een "gewone" val, bijvoorbeeld met code W18 "Overige val op eenzelfde niveau" of W19 "Niet gespecificeerde val".

20-4 Val uit maxi cosi etc.

ingangsdatum: 15-01-2014

Onderwerp

Val uit maxi cosi, fietsstoeltje, boodschappenkar, of kinderwagen.

Advies

bij vervoersongevallen (V01-V99):

maxi cosi in auto = passagier

maxi cosi als wandelwagen = voetganger

wandelwagen = voetganger

fietsstoeltje = passagier

boodschappenkar = voetganger

Val uit maxi cosi, niet samenhangend met de risico's verbonden aan vervoer (exclusie pag.XX.4 deel 1), (W00-X59):

Val uit maxi cosi gebruikt als stoel thuis = W07.--

Val uit maxi cosi die wordt gedragen = W04.--

Val uit maxi cosi (die wordt gedragen) door botsing met voetganger, (ook op openbare weg!) = W03.-- (= voetganger tegen voetganger)

20-5 Peritoneaal dialyse

ingangsdatum: 15-01-2014

Toevoegen in deel 1

Voeg in deel 1 bij code Y84.1 Peritoneale dialyse toe.

20-6 Complicaties na het plaatsen van orthopedische protheses

ingangsdatum: 15-01-2014

mutatiedatum: 01-08-2015

Onderwerp

Er zijn 2 codes beschikbaar voor de uitwendige oorzaak voor complicaties na het plaatsen van orthopedische protheses zonder afwijkende gang van zaken tijdens de verrichting:

1. Y79.2 'Orthopedische hulpmiddelen verband houdend met ongewenste gebeurtenissen, Prothesen en overige implantaten, materialen en bijkomende hulpmiddelen'
2. Y83.1 'Operatie en overige heelkundige verrichtingen als oorzaak van afwijkende reactie van patiënt of latere complicatie, zonder vermelding van afwijkende gang van zaken tijdens verrichting, Operatie met implantatie van kunstmatig inwendig hulpmiddel'

Advies

Code Y79.2 valt binnen het blok 'Medische hulpmiddelen verband houdend met ongewenste gebeurtenissen bij diagnostisch en therapeutisch gebruik'. Hierbij is een inclusie voor mankement of slecht functioneren van medische hulpmiddelen.

Bij code T82.0 staat opgesomd wat er onder mechanische complicaties valt. Dit staat weliswaar bij de cardiale en vasculaire prothesen, implantaten en transplantaten, maar deze opsomming geldt ook voor mechanische complicaties van andere organen en weefsels (zoals de inwendige orthopedische prothesen bij code T84.-). Voor alle mechanische complicaties is Y79.- de aanvullende code voor de uitwendige oorzaak.

Code Y83.1 valt binnen het blok 'Genees- en heelkundige verrichtingen als oorzaak van afwijkende reactie van patiënt of latere complicatie, zonder vermelding van afwijkende gang van zaken tijdens verrichting'.

Niet mechanische complicaties (behalve infecties en ontstekingsreacties) zijn gespecificeerd bij code T82.8. Ook hiervoor geldt dat de hier genoemde complicaties ook voor andere organen en weefsels opgaan. Voor alle niet mechanische complicaties is Y83.1 de aanvullende code voor de uitwendige oorzaak.

Voorbeelden

- Loslaten kop van totale heup wordt gecodeerd met: T84.0 'Mechanische complicatie van inwendige gewrichtsprothese'+ Y79.2
- Geïnfecteerd osteosynthesemateriaal van de tibia wordt gecodeerd met T84.6 'Infectie en ontstekingsreactie als gevolg van inwendig fixatiemateriaal [elke lokalisatie]' + Y83.1

Zie ook codeadvies 20-8 Y-codering bij complicaties door genees-en heelkundige behandeling.

NB Zie codeadvies 19-9 voor luxatie van een kunstgewricht na een ongeval.

20-7 Vierde en vijfde teken bij ongevalstoedracht

ingangsdatum: 15-01-2014

Onderwerp

Er is soms onduidelijkheid over het gebruik van het vierde en vijfde teken bij de ongevalstoedracht.

Voorbeelden:

a) Verkeersongeval ↔ niet-verkeersongeval

Het is vaak onduidelijk of het om een ongeval op de openbare weg gaat. Dit zal meestal wel het geval zijn.

Wat is het vierde teken bij een verkeersongeval zonder vermelding van de exacte locatie waar het ongeval heeft plaatsgevonden?

Advies:

In de meeste gevallen zal het gaan om een ongeval op de openbare weg, daarom het advies om bij een onbekende plaats van het ongeval het vierde teken voor een verkeersongeval te gebruiken.

b) 4e teken voor fietser nno

Bij de ongevallen van een wielrijder wordt met het 4e teken aangegeven of het de bestuurder of een passagier betreft. Vaak is dat niet bekend.

Coderen we dan standaard de .9 “niet gespecificeerde wielrijder gewond bij verkeersongeval” of .4/.6/.7 “Bestuurder (van...) gewond bij verkeersongeval”, omdat dat waarschijnlijk het meeste voorkomt?

Advies:

Als het verkeersslachtoffer een fietser is wordt het 4e teken voor bestuurder gebruikt.

c) Val uit klimwand/rek in gymzaal

W09 “Val waarbij speeltuinitrusting betrokken is” of W17 “Overige val van ene niveau naar andere”?

Advies:

Een klimwand/rek wordt niet als speeluitrusting gezien. Een val uit klimwand/rek wordt gecodeerd met W17.

d) Gymzaal in/bij school

4e teken .2 “Scholen, andere instellingen en openbare ruimten” incl. schoolterrein of .3 “Plaats voor sport en atletiek” incl. gymnastiekzaal.

Advies:

De gymzaal maakt deel uit van de school vandaar het vierde teken 2.

e) 5e teken voor activiteit bij uit eten gaan

Is dit .1 “Bezig met vrijetijdsbesteding” of .4 “Tijdens rusten, slapen, eten en overige voor het leven noodzakelijke activiteiten”, maar kan ook .2 “Werkend voor inkomen” zijn bij bv een zakenlunch.

Advies:

Over het algemeen zal uit eten gaan een vrijetijdsbesteding zijn. Als dit niet duidelijk blijkt kan je strikt genomen niet anders dan .9 “Tijdens niet gespecificeerde bezigheid” coderen.

NB De informatie over de bezigheid tijdens het ongeval is heel vaak niet voorhanden en zal dus vaak met .9 vastgelegd worden.

20-8 Y-codering bij complicaties door genees- en heelkundige behandeling

ingangsdatum: 01-08-2015 of zo mogelijk eerder
vervangt: CvZ aca 25.1

Vraag

Wat is de juiste Y-code om de uitwendige oorzaak aan te geven bij een complicatie na een genees- en heelkundige behandeling vast te leggen?

Advies

1. Codeer voor een onbedoelde gang van zaken tijdens de genees- en heelkundige behandeling Y60-Y69.
2. Codeer voor een mechanische complicatie van een medisch hulpmiddel Y70-Y82.
3. Codeer voor een afwijkende reactie of latere complicatie Y83-Y84.

Toelichting

Voor het vastleggen van de uitwendige oorzaak van complicaties bij medische behandelingen zijn drie codereeksen beschikbaar:

1. Y60-Y69 'Ongelukken met patiënten tijdens genees- en heelkundige behandeling'
2. Y70-Y82 'Medische hulpmiddelen verband houdend met ongewenste gebeurtenissen bij diagnostisch en therapeutisch gebruik'
3. Y83-Y84 'Genees- en heelkundige verrichting als oorzaak van afwijkende reactie van patiënt of latere complicatie, zonder vermelding van afwijkende gang van zaken tijdens verrichting'

1. Bij codereeks Y60-Y69 is er sprake van een 'ongeluk' tijdens een genees- en heelkundige behandeling. Het gebruik van deze codes geeft alleen het oorzakelijke verband weer en heeft niets met schuld of verwijtbaarheid te maken. Elke ingreep brengt immers een bepaald risico met zich mee.

Bijvoorbeeld

- Uterusperforatie tijdens hysteroscopie: ongevalscode Y60.4 'Onopzettelijke snee, punctie, perforatie of bloeding tijdens endoscopisch onderzoek'.

NB Y60-Y69 wordt voorafgegaan door een code uit hoofdstuk XIX 'Letsel, vergiftiging en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken' om de aard van het letsel aan te geven.

2. Bij Y70-Y82 is er sprake van mankementen of slecht functioneren van medische hulpmiddelen. Er is geen sprake van een 'ongeluk' bij het plaatsen of een (late) complicatie van de ingreep zelf maar er is een probleem met het hulpmiddel.

Bijvoorbeeld

- Spontane luxatie van een heupprothese: ongevalscode Y79.2 'Orthopedische hulpmiddelen verband houdend met ongewenste gebeurtenissen'
- IUD gemigreerd naar in de buikholte: ongevalscode Y76.2 'Obstetrische en gynaecologische hulpmiddelen verband houdend met ongewenste gebeurtenis'

NB Y70-Y82 wordt voorafgegaan door T82.0 t/m T82.5, T83.0 t/m T83.4, T84.0 t/m T84.4 of T85.0 t/m T85.6 om de aard van de mechanische complicatie mee aan te geven.

3. Bij Y83-Y84 is er sprake van een afwijkende reactie van patiënt of latere complicatie, veroorzaakt door een medische verrichting, zonder vermelding van afwijkende gang van zaken tijdens de verrichting. De medische verrichting is dus geheel conform wat gebruikelijk is verlopen, maar veroorzaakt een ongewenst gevolg. Er is hierbij geen sprake van een tijdslimiet tussen de uitgevoerde verrichting en het ontstaan van de complicatie, dus ook late complicaties vallen onder deze codes.

Bijvoorbeeld

- Postoperatieve infectie na cholecystectomie: ongevalscode Y83.6 'Verwijdering van overig orgaan (gedeeltelijk)(volledig)'

- Peritoneale adhesies na niertransplantatie: ongevalscode Y83.0 'operatie met transplantatie van volledig orgaan'

NB Y83-Y84 kan voorafgegaan worden door iedere willekeurige diagnosen om het oorzakelijk verband met de genees- of heelkundige ingreep aan te geven.

Opmerking

Y88.- 'Late gevolgen met genees- en heelkundige behandeling als uitwendige oorzaak' wordt gebruikt om aan te geven dat een aandoening het late gevolg van een complicatie is. De complicatie zelf is niet meer aanwezig maar het gevolg van de complicatie wel. Er is een resttoestand na een eerdere complicatie.

Bijvoorbeeld

- Girdlestone situatie (chirurgische verwijdering van caput en collum femoris bij infectie of losraken van femurkoprothese); Dit is het resultaat van het verwijderen van de prothese maar is geen complicatie van de heupprothese zelf. In dit geval is de ongevalscode Y88.3 'Late gevolgen van geneeskundige- en heelkundige verrichtingen als oorzaak van afwijkende reactie van patiënt of van latere complicatie, zonder vermelding van afwijkende gang van zaken tijdens verrichting'.

20-9 Ongevalscode voor gewonde scooterrijder

ingangsdatum: 01-01-2015

mutatiedatum: 01-01-2016

Vraag

Hoe codeer je bij een verkeersongeval een gewonde scooterrijder als onduidelijk is:

1. Om welk type scooter het gaat (snor- of bromscooter)
2. Of de gewonde persoon bestuurder of passagier is

Advies

1. Als het type scooter niet is gespecificeerd, codeer deze dan als een niet gespecificeerde bromfietser, ongeacht of de gewonde persoon bestuurder of passagier is.

Codes:

V20-V29 met vierde teken .9 'niet gespecificeerde bromfietser gewond bij verkeersongeval'

2. Als het type scooter wél is gespecificeerd, maar de gewonde persoon niet gespecificeerd is als bestuurder of passagier, codeer dan alsof het de bestuurder betreft.

Codes:

V20-V29 met vierde teken .4 'Bestuurder bromfiets, bromscooter gewond bij verkeersongeval' of .6 'Bestuurder snorfiets, snorscooter gewond bij verkeersongeval'

Toelichting

Snorscooters

- vallen onder V20-V29 'Bromfietser gewond bij vervoersongeval' met vierde teken .6 of .7 bij een verkeersongeval
- wetgeving: géén helmplicht, max. snelheid 25 km/u (fietspad)

Bromscooters

- vallen onder V20-V29 'Bromfietser gewond bij vervoersongeval' met vierde teken .4 of .5 bij een verkeersongeval
- wetgeving: helmplicht, max snelheid 45 km/u (rijbaan)

Scooters waarbij het onduidelijk is of het een snor- of bromscooter betreft vallen onder V20-V29 'Bromfietser gewond bij vervoersongeval' met vierde teken .9 bij een verkeersongeval

21-2 Palliatieve zorg

ingangsdatum: 01-03-2013
mutatiedatum: 01-10-2015 & 01-04-2016

Vraag

Hoe wordt palliatieve zorg gecodeerd?

Advies

Codeer Z51.5 (Palliatieve zorg) als aanvullende code bij het onderliggende lijden.
Codeer Z51.5 niet als hoofdaandoening.
Codeer Z51.5 ook als er een zorgactiviteit die de palliatieve zorg beschrijft is vastgelegd (dit is een uitzondering op codeadvies 21-12 Z-codes voor verrichtingen in de LBZ.)

21-5 Status na gastric bypass

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag

Wat is de code voor "status na een gastric bypass"?

Advies

Codeer "status na een gastric bypass" met Z98.0 "Aanwezigheid van bypass en anastomose van darm" + als een gedeelte van de maag verwijderd is, aanvullend Z90.3 "Verworven afwezigheid van maag (deel van maag)".

Toelichting

Hierbij wordt een deel van de van de maag buiten werking gesteld doordat deze dicht geniet wordt. Het nog functionele deel van de maag wordt direct aangesloten op het tweede deel van de dunne darm. In een enkel geval wordt een deel van de stuk maag daadwerkelijk verwijderd.

21-6 Status na sleeve gastrectomie

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag

Wat is de code voor status na sleeve gastrectomie?

Advies

Te coderen met Z90.3 "Verworven afwezigheid van maag (deel van maag)".

Toelichting

Hierbij wordt een groot deel van de maag verwijderd waardoor een buisvormige maag overblijft.

21-7 Status na plaatsing endoluminale sleeve

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag

Wat is de code voor status na plaatsing van een endoluminale sleeve in het duodenum (bijvoorbeeld Endobarrier™)?

Informatie:

Met een endoscopie wordt een capsule ingebracht met daarin opgevouwen de sheet met aan het begin een uitvouwbaar ankertje. Daarmee haakt de endoluminale sleeve zich vast achter de overgang van de maag naar de twaalfvingerige darm. Na de plaatsing komt het voedsel dat de patiënt eet, niet meer in aanraking met de twaalfvingerige darm. Nadat het voedsel door de endoluminale sleeve is gegaan, komt het verderop in de darm terecht.

Advies

Aanwezigheid endoluminale sleeve: Z96.8 "Aanwezigheid van overige gespecificeerde functionele implantaten"

Verwijderen endoluminale sleeve: Z45.8 "Bijstellen van en begeleiden bij overige gespecificeerde geïmplanteerde hulpmiddelen" en niet Z46.5 "Aanmeten en bijstellen van ileostoma en andere gastro-intestinale hulpmiddelen" omdat het een geïmplanteerd hulpmiddel betreft en deze vallen onder Z45.

Complicatie van endoluminale sleeve: T85.- + Y-code (zie ook codeadvies 0-12 Aandoeningen en complicaties van chirurgische en medische behandeling)

21-8 Verwijderen van een CAPD katheter

ingangsdatum: 15-01-2014

mutatiedatum: 01-10-2015 of zo mogelijk eerder

Vraag

Met welke Z-code wordt het verwijderen van een CAPD katheter gecodeerd?

Advies

Alleen als het verwijderen van een CAPD katheter de reden van opname is en er geen sprake van een complicatie van de katheter is, codeer dan het verwijderen van een CAPD katheter met code Z45.8 'Bijstellen van en begeleiden bij overige gespecificeerde geïmplanteerde hulpmiddelen'.

Toelichting:

Z45.8 wordt alleen aanvullend gecodeerd als er geen verrichtingencode uit de zorgactiviteiten - tabel (ZA-code) met een zelfde betekenis is vastgelegd. Zie ook codeadvies 21-12 Z-codes voor verrichtingen in de LBZ.

Codes voor bijvoorbeeld het verwijderen van myringotomiebuisjes en vaatcanules zijn via het zoekpad Verwijdering (van) (uit) te vinden bij code Z45.-. Daarom adviseren we het verwijderen van een CAPD katheter te coderen met Z45.8 "Bijstellen van en begeleiden bij overige gespecificeerde geïmplanteerde hulpmiddelen".

21-9 Z76.3 en Z76.2

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag

Wat is de code voor een gezonde moeder die meekomt (opname) met een zieke zuigeling in de kraamtijd?

Advies

Wanneer een gezonde moeder in de kraamtijd meekomt met een zieke zuigeling: codeer de gezonde moeder met Z76.3 "Gezonde persoon die zieke begeleidt". Om aan te geven dat het de kraamperiode betreft: codeer aanvullend Z39.0 "Zorg en onderzoek onmiddellijk na bevalling"

Wanneer een gezonde zuigeling meekomt met een zieke moeder: codeer de gezonde zuigeling dan met Z76.2 "gezondheidszorgtoezicht op en gezondheidszorg voor andere gezonde zuigeling en kind"

21-10 Abstinerend beleid

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag

Is er een Z-code om abstinerend beleid aan te geven?

Advies

Dit is niet te coderen in het domein van de ICD-10. Codeer de onderliggende aandoening.

21-11 Status na CABG en PTCA

ingangsdatum: 15-01-2014

Vraag

Hoe wordt een status na CABG, status na PTCA met stentplaatsing en een status na PTCA zonder stentplaatsing gecodeerd?

Advies

Status na CABG: Z95.1 "Aanwezigheid van transplantaat voor aortocoronaire bypass (inclusief LIMA en RIMA anastomosen)

Status na PTCA met stent: Z95.5 "Aanwezigheid van implantaat en transplantaat voor coronaire vaatplastiek"

Status na PTCA zonder stentplaatsing: Z92.8 "Persoonlijke anamnese met overige gespecificeerde medische behandeling"

21-12 Z-codes voor verrichtingen in de LBZ

ingangsdatum: 01-09-2014
mutatiedatum 1: 01-01-2015
mutatiedatum 2: 01-10-2015

Advies

Een aantal Z-codes uit de ICD-10 beschrijft een verrichting. Een Z-code uit hoofdstuk XXI van de ICD-10 hoeft niet vastgelegd te worden, als er een verrichtingencode uit de zorgactiviteitentabel (ZA-code) met een zelfde betekenis is vastgelegd. Codeer bij voorkeur de te behandelen, of te onderzoeken aandoening.

Voorbeelden:

- Chemo voor chronische leukemie nno: C95.1 (géén Z51.1; cytostatica wordt geregistreerd met een zorgactiviteitcode).
- Chemo voor botmeta's ontstaan 2 jaar na behandeld longcarcinoom: C79.5 & Z85.2 (géén Z51.1; cytostatica wordt geregistreerd met een zorgactiviteitcode).
- Chemo als aanvullende behandeling na verwijderd osteosarcoom distale femur: C40.2 (géén Z51.1; cytostatica wordt geregistreerd met een zorgactiviteitcode). (zie ook codeadvies 2-4).
- IVF bij vrouwelijke infertiliteit: N97.-, (géén Z31.2; IVF wordt geregistreerd met een zorgactiviteitcode).
- IV Natalizumab bij MS patiënt: G35 (géén Z51.8; Natalizumab wordt geregistreerd met een zorgactiviteitcode).
- Hemodialyse bij chronische nierinsufficiëntie: N18.9 (géén Z49.2; de dialysebehandeling wordt geregistreerd met een zorgactiviteitcode).
- Mammareconstructie na mastectomie vanwege mammacarcinoom Z90.1 'Verworven afwezigheid van mamma(e)' + Z85.3 'Persoonlijke anamnese met maligne neoplasma van mamma' (géén Z42.1; de plastisch chirurgische nabehandeling wordt geregistreerd met een zorgactiviteitcode)

21-13 Leeftijdsgrens oudere primigravida en zeer jonge primigravida

ingangsdatum: 01-09-2014

Vraag

Welke leeftijdsgrens wordt er gehanteerd voor de oudere primigravida en de zeer jonge primigravida bij de codes Z35.5 en Z35.6

Advies

Als 'oudere primigravida' wordt aangemerkt de vrouw met een leeftijd > 35 jaar die voor het eerst zwanger is. De zeer jonge primigravida is < 15 jaar.

21-14 Opname voor preventieve verrichtingen i.v.m. genetische aanleg

ingangsdatum: 01-09-2014
mutatiedatum: 01-10-2015 of zo mogelijk eerder

Onderwerp

Opname voor preventieve verrichtingen i.v.m. genetische aanleg voor een kwaadaardige aandoening

Informatie

Steeds vaker worden preventieve verrichtingen uitgevoerd nadat via DNA-onderzoek, wegens belaste familie- anamnese of persoonlijke anamnese, de aanleg voor een kwaadaardige ziekte is vastgesteld. Een goed voorbeeld hiervan is de aanwezigheid van een mutatie in het BRCA-1-gen, verantwoordelijk voor het ontstaan van (erfelijk) borst- en ovariumcarcinoom. Wanneer de mutatie van dit gen is aangetoond, kan worden besloten om preventief over te gaan tot borstamputatie of ovariëctomie. Omdat het een verrichting bij een gezond persoon betreft, immers alleen 'de aanleg tot het mogelijk ontwikkelen van de ziekte' is vastgesteld, betreft het hier een vorm van electieve chirurgie, als diagnose te coderen met code Z40.0. Aanvullend kan uiteraard de familieanamnese of persoonlijke anamnese als verklaring voor de electieve chirurgie worden vastgelegd. De aanwezigheid van de mutatie op het BRCA-1 gen is niet afzonderlijk te coderen, maar de belaste familie- anamnese kan in dit geval als een uitingsvorm daarvan worden beschouwd.

Advies

Opname voor een preventieve verrichting i.v.m. genetische aanleg:
code Z40.0 + evt. aanvullend de familie- of persoonlijke anamnese

voorbeeld 1

Preventieve ovariëctomie i.v.m. aangetoond BRCA-1-gen bij patiënte met mammacarcinoom (waarvoor borstamputatie) in de persoonlijke anamnese en ovariumcarcinoom in de familieanamnese:
code Z40.0 + evt. Z85.3 + Z80.4

voorbeeld 2

Preventieve mastectomie i.v.m. aangetoond BRCA-1-gen bij patiënte met mammacarcinoom en ovariumcarcinoom in de familie- anamnese:
code Z40.0 + evt. Z80.3 + Z80.4

Toelichting

Bij preventieve verrichtingen ivm genetische aanleg is (nog) geen sprake van een aandoening aan het te behandelen orgaan en is codeadvies 21-12 Z-codes voor verrichtingen in de LBZ niet van toepassing.

21-15 Status na TIA

ingangsdatum: 01-04-2016

Vraag

Hoe wordt een status na TIA gecodeerd?

Advies

Status na TIA: Z86.6 'Persoonlijke anamnese met ziekten van zenuwstelsel en zintuigen'

Toelichting

Met de komst van de ICD-10 is een TIA ingedeeld in het hoofdstuk Ziekten van zenuwstelsel. In de ICD-9 stond deze aandoening nog onder het Hart vaatstelsel. Voor de codering van de persoonlijke status na een bepaalde aandoening (Z-code), houden we bij de codering strikt de (nieuwe) ICD-10 indeling aan

Wijzigingen

Codeadviezen expertgroep ICD-10 versie 20180401

20180401 Nieuwe adviezen

2-10 Meerdere onafhankelijk gelokaliseerde primaire maligne tumoren in één orgaan

9-23 ICU acquired weakness

20180401 Mutaties op bestaande adviezen

Codeadvies	Mutatie
0-5 Multipele aandoeningen	Voorbeeld afgestemd op nieuw advies 2-10
0-10 Dubbelzijdige aandoeningen	Afgestemd op nieuw advies 2-10
2-1 Maligne neoplasma van onafhankelijke multipele lokalisaties C97	Afgestemd op nieuw advies 2-10
9-17 Ischemisch CVA	Aangepast n.a.v. opmerkingen uit het veld/hernieuwd inzicht

20180401 Tekstuele aanpassingen (niet als mutatie per advies in dit document aangegeven)

Codeadvies	Mutatie
2-5 Doorgroei van maligne neoplasma	Voorbeeld verwijderd

20180401 Vervallen adviezen

Codeadvies	Reden
2-3 Meerdere maligniteiten in hetzelfde orgaanstelsel	Dit advies vervalt i.v.m. nieuw advies 2-10

Codeadviezen expertgroep ICD-10 versie 20180101

20180101 Nieuwe adviezen

0-21 Hiërarchie van exclusies

9-22 Asystolie niet resulterend in reanimatie en/of overlijden

13-17 Neurogene claudicatio

18-7 Systolische soufflé

18-8 Verhoogd troponine

20180101 Mutaties op bestaande adviezen

Codeadvies	Mutatie
15-6 Dreigende serotiniteit	Het advies is gewijzigd. In tegenstelling tot het eerdere advies wordt dreigende situatie, m.i.v. registratiejaar 2018 als aandoening/toestand vastgelegd.

20180101 Tekstuele aanpassingen (niet als mutatie per advies in dit document aangegeven)

Codeadvies	Mutatie
0-2 Coderen van nevendiagnosen en risicofactoren bij (dag)opnamen binnen de LBZ	Bij punt B (chronische aandoeningen) opgenomen dat bij twijfel de chronische aandoening gecodeerd dient te worden.
0-18 Plastische (reconstructieve) chirurgie	Een voorbeeld opgenomen over wanneer Z42.- wel is toegestaan.
9-3 Rechtsdecompensatie en cardiomyopathie	Voor de volgorde van de codering een verwijzing opgenomen naar codeadvies 0-16.
16-8 Pasgeborene zowel prematuur als dysmatuur	Bij het eerste voorbeeld code P07.1 toegevoegd als aanvullende code. Een NB opgenomen over het coderen van het geboortegewicht en zwangerschapsduur bij overplaatsing van pre- en dysmaturen.
0-19 De aanduiding 'C' van complicatie in de LBZ	Een verwijzing opgenomen naar codeadvies 0-14 voor het registreren van complicatie bij perinatale aandoeningen en aandoeningen tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed.
0-11 Opname voor diagnostisch onderzoek (zonder behandeling)	Een voorbeeld toegevoegd voor een allergische reactie door een provocatietest zonder ziekteverschijnselen.

Codeadviezen expertgroep ICD-10 versie 20171001

20171001 Nieuwe adviezen

10-9 Emfysemateus COPD

19-9 Luxatie gewrichtsprothese door ongeval

20171001 Mutaties op bestaande adviezen

Codeadvies	Mutatie
10-2 Exacerbatie chronische longaandoening	Titel aangepast zodat duidelijk is dat het advies de aandoeningen uit de reeks J40-J47 betreft. Middels een NB extra informatie over de geldende exclusie en het gebruik van J44.0 opgenomen.
18-3 Prerenale nierinsufficiëntie	Advies en toelichting uitgebreid met postrenale nierinsufficiëntie.

20171001 Tekstuele aanpassingen (niet als mutatie per advies in dit document aangegeven)

Codeadvies	Mutatie
20-6 Complicaties na het plaatsen van orthopedische prothesen	Een verwijzing naar 19-9 Luxatie gewrichtsprothese door ongeval, opgenomen.

Codeadviezen expertgroep ICD-10 versie 20170701

20170701 Nieuwe adviezen

10-8 Cryptogene organiserende pneumonie (COP / BOOP)

20170701 Vervallen adviezen

Codeadvies	Reden
15-9 Pijnstilling tijdens zwangerschap	Dit advies wordt als niet relevant gezien omdat de indicatie voor de pijnstilling niet is gegeven.

Codeadviezen expertgroep ICD-10 versie 20170401

20170401 Nieuwe adviezen

9-21 Doorgemaakt CVA (uit de reeks I60-I64)

12-4 Sacrale dimple

20170401 Mutaties op bestaande adviezen

Codeadvies	Mutatie
9-6 Hemorragisch infarct	Het advies is genuanceerd voor als de oorzaak van het infarct bekend is en aangevuld met een toelichting.
0-15 Late gevolgen van cerebrovasculaire ziekten	In voorbeeld 2 de code voor laat gevolg van CVA gecorrigeerd in I69.4 (was I69.8).

20170401 Tekstuele aanpassingen (niet als mutatie per advies in dit document aangegeven)

Codeadvies	Mutatie
9-12 CADASIL	Opgenomen dat F01.2 aanvullend gecodeerd wordt.
10-7 Influenza	De NB, aangevuld met J11

Codeadviezen expertgroep ICD-10 versie 20170101

20170101 Nieuwe adviezen

- 0-20 Hoofddiagnose bij postoperatieve overname vanuit een ander ziekenhuis
- 9-20 Hoofddiagnose bij behandeling en nazorg acuut myocardinfarct met coronairsclerose
- 10-7 Influenza
- 19-8 Lijnsepsis

20170101 Mutaties op bestaande adviezen

Codeadvies	Mutatie
0-10 Dubbelzijdige diagnoses	Titel gewijzigd in 'Dubbelzijdige aandoeningen'. Advies verduidelijkt: Dubbelzijdige aandoeningen worden alleen vastgelegd bij codes waarbij de z.g.n. 'multipelen' categorieën worden gebruikt.
9-12 CADASIL	Benoemd dat een dementie alleen aanvullend gecodeerd wordt als deze zich heeft ontwikkeld. Omdat het subcorticale infarcten betreft is de aanvullende code voor de dementie aangepast van F01.1 in F01.2.
9-19 Hoofddiagnose bij out of hospital cardiac arrest (OHCA)	Advies is gewijzigd: I46.0 is bij opname na OHCA de hoofddiagnose i.p.v. nevendiagnose.

20170101 Tekstuele aanpassingen (niet als mutatie per advies in dit document aangegeven)

Codeadvies	Mutatie
Algemeen	Geldt voor gehele document: <ul style="list-style-type: none"> • omschrijving van gebruik van aanduiding 'C' van complicatie in de LBZ verduidelijkt: het gaat om aandoeningen die tijdens het verblijf in het ziekenhuis <i>ontstaan</i>. • codes J44 en J96 krijgen met ingang van 1-1-2017 een vijfde teken. Dit is verwerkt in de betreffende adviezen door met '-' aan te geven dat er nog een cijfer moet volgen.
0-5 Multipelen aandoeningen	Aangepast dat een code voor multipelen aandoeningen zowel als hoofd- als primaire diagnose vastgelegd kan worden (i.p.v. alleen als hoofdaandoening)
11-9 High output stoma (HOS)	Bij het advies toegevoegd dat de volgorde van codering van HOS en gevolgen van HOS, afhankelijk is van de reden van opname.
10-6 Hoofddiagnose bij respiratoire insufficiëntie	Verwijzing naar IC vervangen door intensivist of intensivisme. Bij de LBZ gaan we uit van registratie per specialisme en niet per afdeling.

Codeadviezen expertgroep ICD-10 versie 20161001

20161001 Nieuwe adviezen

0-19 De aanduiding 'C' van complicatie in de LBZ

11-10 Overloopdiarree

13-16 Klapvoet

20161001 Mutaties op bestaande adviezen

Codeadvies	Mutatie
0-8 Acute exacerbaties bij chronische aandoeningen	Paginaverwijzing aangepast: (<i>zie 'Het coderen van acute en chronische aandoeningen'</i>) (pagina 116-117)
0-10 Dubbelzijdige diagnoses	Paginaverwijzing aangepast
0-17 Onderzoek vanwege positieve iFOBT-test bij darmkankerscreening	Suggestie in de opmerking dat een code voor screeningsonderzoek alleen gebruikt mag worden voor bevolkingsonderzoek verwijderd.
16-4 Perinatale en neonatale aandoeningen	Stappenplan bij codering van perinatale en neonatale aandoeningen toegevoegd
16-6 Pasgeborene van moeder met HIV-infectie, pasgeborene geen infectie	Termen HIV-infectie aangepast in HIV-infectieziekte.

Codeadviezen expertgroep ICD-10 versie 20160701

20160701 Nieuwe adviezen

- 10-6 Hoofddiagnose bij respiratoire insufficiëntie
 13-15 'Oud' versus 'vers' letsel van het bewegingsstelsel

20160701 Mutaties op bestaande adviezen

Codeadvies	Mutatie
0-1 Definitie hoofddiagnose	Advies aangevuld met definitie primaire diagnose
0-6 Multiorgaanfalen (MOF)	Bij de toelichting opgenomen dat de alfabetische index van de nieuwe versie van de ICD-10 de suggestie R68.8 geeft voor MOF maar dat deze code in principe wordt afgeraden.
0-12 Aandoeningen en complicaties van chirurgische en medische behandeling	Voorbeeld 7 voor de pneumothorax aangepast van pleurapunctie in het aanbrengen van een centrale lijn. Een pleurapunctie is geen onbedoelde punctie of laceratie (zie nieuwe voorbeeld 20) 3 voorbeelden aan advies toegevoegd: <ul style="list-style-type: none"> • 19 Duralek/liquorlekkage na hersenoperatie • 20 Duraletsel/lekkage onbedoeld ontstaan door HNP operatie • 21 Pneumothorax na pleuradrainage middels pleurapunctie
10-4 Pneumosepsis	Aangepast dat voor het aanvullend coderen van de sepsis de bacterie niet in de bloedbaan aangetoond hoeft te worden maar uit de documentatie van de arts moet blijken dat er sprake van een sepsis is. Toelichting bijgevoegd en tekstueel in lijn gebracht met codeadvies 14-2 Urosepsis.
14-2 Urosepsis	Aangepast dat voor het aanvullend coderen van de sepsis de bacterie niet in de bloedbaan aangetoond hoeft te worden maar uit de documentatie van de arts moet blijken dat er sprake van een sepsis is. Toelichting bijgevoegd.

Codeadviezen expertgroep ICD-10 versie 20160401

20160401 Nieuwe adviezen

- 0-2 Coderen van nevendiagnosen en risicofactoren bij (dag)opnamen binnen de LBZ
- 2-8 Lymfangitis-, peritonitis- en pleuritis carcinomatosa
- 2-9 Symptomen en aandoeningen in het kader van een maligniteit
- 4-5 Type 2-diabetes met insulinebehandeling
- 9-19 Hoofddiagnose bij out of hospital cardiac arrest (OHCA)
- 11-9 High output stoma (HOS)
- 19-6 Licht traumatisch schedelhersenletsel (LTSH)
- 19-7 CAPD-gerelateerde peritonitis
- 21-15 Status na TIA

20160401 Mutaties op bestaande adviezen

Codeadvies	Mutatie
0-2 Risicofactoren	Advies vervangen door algemener advies 'Coderen van nevendiagnosen en risicofactoren bij (dag)opnamen binnen de LBZ'.
0-12 Aandoeningen en complicaties van chirurgische en medische behandeling	2 voorbeelden aan advies toegevoegd: <ul style="list-style-type: none"> • Radiatie oesofagitis twee maanden na laatste bestraling • Plexus brachialis letsel door radiotherapie in het verleden
4-1 Ontregelde diabetes	Voorbeelden (o.a. hyperglycemische DM NNO & hypoglycemische DM NNO) toegevoegd en toelichting uitgebreid.
9-18 Stenose van een coronaire stent en van een coronaire bypass (CABG)	Advies uitgebreid met stenose in andere (niet coronaire) arteriële stents / bypasses (zie NB).
21-2 Palliatieve zorg	Advies aangepast: Codeer Z51.5 <u>ook als er een zorgactiviteit die de palliatieve zorg beschrijft is vastgelegd.</u>

Codeadviezen expertgroep ICD-10 versie 20160101

20160101 Nieuwe adviezen

- 2-7 Niet-infiltrerend carcinoom / carcinoom in situ / hooggradige dysplasie
19-5 Trauma capitis

20160101 Mutaties op bestaande adviezen

Codeadvies	Mutatie
13-8 Spondylodiscitis	Code en tekst aangepast in 2 ^e vraag: M46.9- "Inflammatoire spondylopathie, niet gespecificeerd" <u>M46.5 'Overige infectieuze-spondylopathieën'</u> (juiste zoekpad is: spondylitis, infectieus NEC M46.5)
20-9 Scooterongevallen (bij verkeersongevallen)	Motorscooter uit het advies gehaald (SWOV: motorrijders zijn veel minder geneigd om hun vervoermiddel als scooter te omschrijven en echte motorscooters komen ook niet zo vaak voor). Scooter NNO was eerst geadviseerd als snorscooter te coderen (argument dat de meeste ongevallen hiermee gebeuren). Dit blijkt volgens de SWOV eerder andersom te liggen, maar niet in die mate dat je een standaardwaarde zou kunnen nemen. Titel aangepast: Ongevalscode voor gewonde scooterrijder.

20160101 Vervallen adviezen

Codeadvies	Reden
9-9 Atherosclerotisch gangreen	ICD-10 tabel is aangepast: het is nu mogelijk het vijfde teken 0 'zonder gangreen en 1 'met gangreen' bij de codes I70.2, I70.8 en I70.9 te registreren.

Codeadviezen expertgroep ICD-10 versie 20151001

20151001 Nieuwe adviezen

- 0-18 Plastische (reconstructieve) chirurgie
- 15-18 Bevalling bij HIV-positieve moeder
- 16-5 Pasgeborene van moeder met GBS-infectie, pasgeborene geen infectie
- 16-6 Pasgeborene van moeder met HIV-infectie, pasgeborene geen infectie
- 16-7 Pasgeborene van moeder met GBS- of HIV-dragerschap, pasgeborene geen infectie
- 16-8 Pasgeborene zowel prematuur als dysmatuur

20151001 Mutaties op bestaande adviezen

Codeadvies	Mutatie
0-12 Aandoeningen en complicaties van chirurgische en medische behandeling	Voorbeeld 9 verduidelijkt waarom T81.4 de juiste code is Voorbeeld 10 aangepast n.a.v. nieuwe ingang voor postoperatief delier Bij voorbeeld 15 een 'C' voor complicatie toegevoegd aan de codes T81.2 en S37.30
0-17 Onderzoek vanwege positieve iFOBT-test bij darmkanker-screening	N.a.v. nieuwe ingang voor occult bloed in ontlasting codeadvies aangepast van R85.5 in R19.5
1-1 Diarree NNO	N.a.v. de nieuwe versie van de ICD-10 is het advies gewijzigd van K52.9 in A09.9
2-6 Marginale zone lymfoom	Onderscheid gemaakt in de 3 belangrijkste soorten marginale zone lymfomen
9-9 Atherosclerotisch gangreen	Zodra RIVM de ICD-10 tabel heeft aangepast aan het opnemen van het vijfde teken 0 'zonder gangreen en 1 'met gangreen' bij de codes I70.2, I70.8 en I70.9, komt dit advies te vervallen
15-17 Afbreken zwangerschap vanwege foetale afwijking	Bij de toelichting opgenomen wanneer Z237.- aanvullend gecodeerd moet worden
19-4 Brandwonden	Tekst dat codes T31.- en T32.- alleen worden gebruikt bij 3e graads verbrandingen of bij 1e en 2e graads verbrandingen die groter of gelijk zijn dan 30% van het lichaamsoppervlak, vervallen omdat deze opmerking achterhaald is.
21-2 Palliatieve zorg	Beter laten aansluiten bij codeadvies 21-12 Z-codes voor verrichtingen in de LBZ
21-8 Verwijderen van een CAPD katheter	Beter laten aansluiten bij codeadvies 21-12 Z-codes voor verrichtingen in de LBZ
21-12 Z-codes voor verrichtingen in de LBZ	Advies algemener gemaakt; geldt niet alleen voor de codering als aanvullende code maar ook voor de hoofddiagnose
21-14 Opname voor preventieve verrichtingen i.v.m. genetische aanleg	Toelichting opgenomen waarom codeadvies 21-12 Z-codes voor verrichtingen in de LBZ, hier niet van toepassing is

20151001 Vervallen adviezen

Codeadvies	Reden
------------	-------

3-2 Heterozygote proteïne-S-deficiëntie	In verband met de nieuw toegevoegde code D68.5 'primaire trombofilie'
5-2 Postoperatief delier	De alfabetische lijst van de nieuwe ICD-10 versie heeft een ingang voor delier postoperatief
11-2 Gastro-intestinale mucositis bij chemotherapie	De alfabetische lijst van de nieuwe ICD-10 versie heeft een ingang voor mucositis gastro-intestinale
11-4 Gastro-enteritis van de kinderleeftijd	N.a.v. de nieuwe versie van de ICD-10 waarin gastro-enteritis NNO is gewijzigd van K52.9 in A09.9
13-6 Pijn in de schouder	De alfabetische lijst van de nieuwe ICD-10 versie heeft een nieuwe ingang voor pijn schouder
15-11 Navelstreng omstrengeling zonder compressie	De alfabetische lijst van de nieuwe ICD-10 versie heeft een ingang voor navelstrengomstrengeling zonder compressie

Codeadviezen expertgroep ICD-10 versie 20150801

20150801 Nieuwe adviezen

- 0-12 Aandoeningen en complicaties van chirurgische en medische behandeling
- 0-13 Aandoeningen veroorzaakt door geneesmiddelen
- 0-14 C-code voor complicatie bij perinatale aandoeningen en aandoeningen tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed
- 0-15 Late gevolgen van cerebrovasculaire ziekten
- 0-16 Volgorde van coderen van etiologie en manifestatie
- 0-17 Onderzoek vanwege positieve iFOBT-test bij darmkankerscreening
- 2-6 Marginale zone lymfoom
- 5-5 GHB-intoxicatie
- 9-16 Claudicatio intermittens
- 9-17 Ischemisch CVA
- 9-18 Stenose van een coronaire stent en van een coronaire bypass (CABG)
- 10-5 Tonsillitis en hypertrofie van de tonsillen bij tonsillectomie
- 12-3 Huidoverschot na (extreem) afvallen
- 13-14 Carpal boss
- 14-3 Preterminale nierinsufficiëntie
- 16-3 Behoeftte aan extra zorg/aandacht/observatie bij gezonde neonaten
- 16-4 Perinatale en neonatale aandoeningen
- 17-3 Gecorrigeerde congenitale afwijkingen
- 18-6 SIRS
- 20-8 Y-codering bij complicaties door genees- en heelkundige behandeling
- 20-9 Scooterongevallen (bij verkeersongevallen)

20150801 Mutaties op bestaande adviezen

Codeadvies	Mutatie
0-7 Koemelkallergie	Verduidelijkt en voorbeelden toegevoegd
2-4 Hoofddiagnose bij behandeling maligniteiten	Verduidelijkt en voorbeelden toegevoegd
5-2 Postoperatief delier	Meer de nadruk gelegd op het al dan niet bestaan van een relatie tussen de aandoening en de operatie, n.a.v. nieuw codeadvies 0-12 Aandoeningen en complicaties van chirurgische en medische behandeling
9-1 Postoperatief atriumfibrilleren	Meer de nadruk gelegd op het al dan niet bestaan van een relatie tussen de aandoening en de operatie, n.a.v. nieuw codeadvies 0-12 Aandoeningen en complicaties van chirurgische en medische behandeling
14-1 Fausse route urethra door katheter	Codering aangepast o.b.v. nieuw inzicht n.a.v. nieuw codeadvies 0-12 Aandoeningen en complicaties van chirurgische en medische behandeling
20-6 Complicaties na het plaatsen van orthopedische prothesen	Verduidelijkt dat de complicaties genoemd bij T82.0 en T82.8 ook voor T84.- gelden.

Codeadviezen expertgroep ICD-10 versie 20150101

20150101 Nieuwe adviezen

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

20150101 Mutaties op bestaande adviezen

Codeadvies	Mutatie
0-3 Waarschijnlijkheidsdiagnosen	Verduidelijkt
3-3 Doorgesloten antistolling	Gedeelte van het advies over doorgesloten antistolling met een gespecificeerde bloeding aangepast in: D68.3 'Hemorragische aandoening door circulerende anticoagulantia'+ Y44.2 'Ongewenst gevolg Anticoagulantia' + aanvullend de bloeding. Was: de bloeding als eerste, gevolgd door Y44.2
21-12 Z-codes voor verrichtingen in de LBZ	Voorbeelden aangepast aan het nieuwe codeadvies 2-4 Hoofddiagnose bij behandeling maligniteit

20150101 Vervallen adviezen

Codeadvies	Reden
2-2 Klatskin-tumor	De code "Klatskin-tumor" is juist opgenomen in de index van de 2014 versie van de ICD-10.
11-1 Mucositis van de mond na chemotherapie	Orale mucositis is opgenomen in de 2014 versie van de ICD-10 (K12.3).
20-1 Bromfietsongevallen	De bromfiets(er) en de motorfiets(er) zijn in de 2014 versie van de ICD-10 wél goed te onderscheiden.
21-1 Aanwezigheid ICD/zorg ICD	De omschrijving "cardiale pacemaker" is vervangen door de omschrijving "elektronische cardiale hulpmiddelen" in de 2014 versie van de ICD-10
21-3 Cytostaticumkuur	In verband met nieuw codeadvies 2-4 Hoofddiagnose bij behandeling maligniteit
21-4 Zelfverwaarlozing	De term "zelfverwaarlozing" is opgenomen in de 2014 versie van de ICD- 10 (bij R46.8 staat nu de inclusie "zelfverwaarlozing NNO" en tevens exclusie naar R63.6)