

# Een nieuwe classificatie

## Redenen om naar de huisarts te gaan

DR. H. LAMBERTS

Op uitnodiging van de WHO kwam in november 1978 een werkgroep van vier mensen met ervaring op het gebied van classificatie bijeen in Genève om daar samen met de afdeling die is belast met de ICD te werken aan een modelclassificatie van redenen waarom patiënten contact hebben met eerstelijns gezondheidszorgvoorzieningen. Een van de leden van de werkgroep brengt verslag uit.

## Tobben

Het blijft tobben met het classificeren van klachten in de huisartsgeneeskunde. Wat betekent deze zin? Gaat het hier om een constatering of om meer? Gaat het om een klacht, een argument om iets te doen? Gaat het om een probleem of is de exclamatie juist een uiting van een zekere tevredenheid? Wordt er een beroep op een ander gedaan of wordt de mogelijkheid dat iemand anders een nuttige bijdrage zou kunnen leveren bij voorbaat uitgesloten?

Het blijft tobben... Met slechts één simpele openingszin kunnen uiteenlopende aspecten van de sinds lang gevoerde discussie over een klachtenlijst in de huisartsgeneeskunde en over een classificatie van de redenen om naar de huisarts te gaan, worden gekarakteriseerd. Overeenstemming bestaat in ieder geval over één ding: het feit dat de sequens tussen het hebben van problemen – ook lichamelijke –, daarover klagen en zich tot een medische hulpverlener wenden zeer ingewikkeld is en dat de diagnose die de professional tenslotte als bekroning van deze ontwikkeling aanvoert niet steeds een aantoonbare relatie met het oorspronkelijke probleem behoeft te onderhouden. De afgelopen twintig jaar heeft een serie klachtenlijsten en andersoortige classificaties het licht gezien. Elk van deze lijsten heeft een aantal voordelen en een aantal nadelen omdat het nu eenmaal karakteristiek voor zo'n classificatie is dat er een zeer omschreven ordening wordt aangebracht in het huisartsgeneeskundige referentiekader.

Iedere classificatie benadrukt het feit dat „de werkelijkheid” niet bestaat. Steeds weer worden nieuwe werkelijkheden geconstitueerd en een classificatie helpt daaraan mee. Anderzijds leidt classificeren tot een reductie van

### Leden van de werkgroep

Ms. Sue Meads  
Senior Adviser  
WHO Center for Classification of Diseases for North America  
National Center for Health Statistics  
3700 EastWest Highway  
Hyattsville, Maryland, U.S.A.

Dr. Martin Osnes, D. F. M. & H.  
Ekebergveren 294, No. 28  
Oslo 11, Norway

Dr. Maurice Wood  
Professor/Director of Research  
Department of Family Practice  
Box 251, M.C.V. Station  
Virginia Commonwealth University  
Richmond, Virginia, U.S.A.

Dr. Henk Lamberts  
Health Centre, Ommoord  
Municipal Department of Public Health  
Briandplaats 15  
3068 JJ Rotterdam, Netherlands

de werkelijkheid zoals deze bijvoorbeeld door hulpverleners wordt ervaren.

De afgelopen jaren is er een toenemende belangstelling voor classificaties van klachten en voor classificaties van re-

denen waarom mensen zich tot een hulpverlener wenden. Daarnaast is er een ontwikkeling om de classificatie van diagnoses zoveel mogelijk op het professionele referentiekader van de huisarts toe te spitsen. Hoe je het ook wendt of keert, het blijft hierbij gaan om de werkelijkheid zoals deze door degenen die classificeert – en dat is de huisarts – wordt beleefd.

Het is niet mijn bedoeling om hier nog eens uitvoerig in te gaan op de praktische, theoretische en semantische aspecten van de verschillende classificatiesystemen. Het is voldoende op te merken dat reductie als het ware het handelsmerk van een classificatie is. Deze reductie is niet altijd een bezwaar, niet zelden gaat het juist om een belangrijk voordeel. Wij worden immers gedwongen om exact aan te geven op welk beperkt onderdeel van het functioneren van de eerstelijns gezondheidszorg respectievelijk het gezondheidszorgsysteem de classificatie zich richt. De gedachtengang wordt toetsbaar, de argumenten staan open voor discussie.

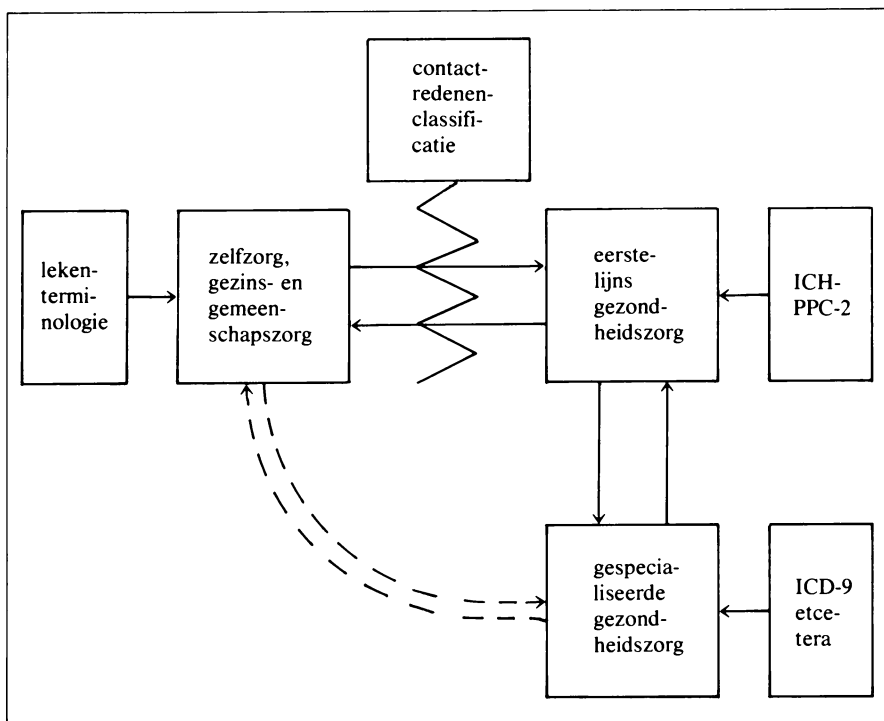
Hoe mooi dit ook mag klinken, het is onmiskenbaar dat er bij velen een zekere verwarring bestaat over de ontwikkelingen op het gebied van de classificatie voorzover de huisarts daarmee van doen heeft. Het is mijn bedoeling om hier verslag te doen van de resultaten van een werkgroep (*inzet*), die als opdracht had het ontwerpen van een nieuwe modelclassificatie, gericht op de redenen waarom mensen met de eerstelijns gezondheidszorg contact hebben.

Alvorens daar nader op in te gaan, dien ik iets te zeggen over de positie van verschillende classificatiesystemen ten opzichte van elkaar. Kerr White (Deputy Director Division of Health Sciences, Rockefeller Foundation) heeft in een eenvoudig schema de positie van de verschillende zorgsystemen en van de communicatiestromen weergegeven (*figuur 1*).

De ICD-9 (International Classification of Diseases), de nieuwste door de WHO geproduceerde classificatie, is op 1 januari 1979 operationeel geworden. Deze internationale classificatie en de daarvan afgeleide gespecialiseerde classificaties zijn typisch gericht op het specialistisch-klinisch handelen.

De ICHPPC-2 (International Classification of Health Problems in Primary Care) is de nieuwste classificatie die de WONCA de internationale huisartsgemeenschap aanbiedt. Deze clas-

Figuur 1. Zorgsystemen en communicatiekanalen volgens White



sificatie leunt aan tegen de ICD-9 maar men heeft geprobeerd om er zoveel mogelijk specifieke aspecten van het huisartsgeneeskundig handelen mee te bereiken. Het is en blijft echter een professionele jargonlijst. Op het terrein van de zelfzorg en de zorg, die mensen in leefgemeenschappen voor elkaar hebben, is sprake van een lekenterminologie.

Uiteraard is er geen volstrekte scheiding tussen de lekenterminologie enerzijds en de ICHPPC respectievelijk de ICD anderzijds. De kloof echter tussen het hebben van een klacht of een probleem waarvoor men al dan niet naar de huisarts gaat en het stellen van een diagnose met behulp van een professioneel referentiekader is diep. Het maken van een classificatie van redenen om contact met een hulpverlener in de eerste lijn te hebben heeft niet tot doel deze kloof volledig te dichten; het gaat erom meer over deze kloof te weten te komen en om wellicht de diepte ervan hier en daar wat te doen afnemen.

### Uitgangspunten en doelstellingen

In beginsel is het mogelijk om in internationale kring eindelijk te discussiëren en van mening te blijven verschillen over wat nu precies eerstelijns gezondheidszorg is. Om deze discussie in Genève te ontlopen hebben wij de Declaratie van Alma Ata aangehouden.

De daarin gehanteerde, nogal wollige omschrijving van eerstelijns gezondheidszorg was voor een ieder aanvaardbaar.

De werkgroep koos twee uitgangspunten. In de eerste plaats zou een nieuwe classificatie aandacht dienen te besteden aan de toenemende scepisis ten aanzien van het bestaan van een logische, consistente en wetenschappelijk verdedigbare relatie tussen de reden waarom iemand patiënt wordt en het gezondheidszorgsysteem binnentreedt en wat er daarna met hem gebeurt. Er is sprake van een opmerkelijke en bijzonder welkome verschuiving in de richting van de eerstelijns gezondheidszorg. De culturele functie ervan wordt erkend. Voorts is er de wenselijkheid dat de gecompliceerde relatie tussen vraag en behoefte opnieuw wordt geformuleerd, evenals de invloed van deze relatie op het daadwerkelijke gebruik van de verschillende voorzieningen in de gezondheidszorg. Ook wordt steeds meer ingezien dat de patiënt beter af is in zo weinig mogelijk gespecialiseerde en klinische hulpverleningssituaties; de discussies over onderwerpen als medicalisering en deprofessionalisering, iatrogene schade, het gebrek aan effectiviteit van talrijke medische ingrepen en de groeiende betekenis van de zelfzorg dragen daartoe bij. Een van de meest relevante aspecten van deze ontwikkeling is de ge-

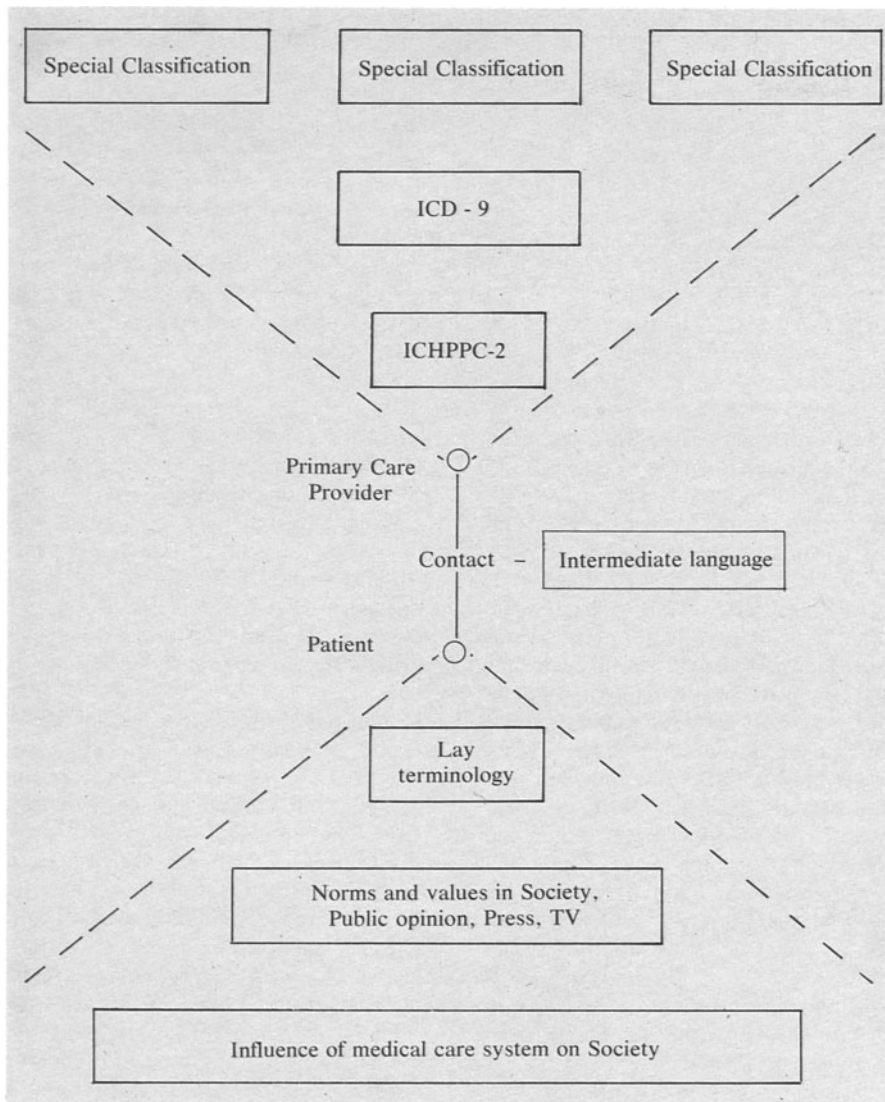
noemde scepisis ten aanzien van de aard van de relatie tussen de oorspronkelijke redenen om het gezondheidszorgsysteem binnen te treden en de daarop volgende gebeurtenissen.

Iedere classificatie formaliseert niet alleen een bepaalde opvatting, maar dwingt de gebruiker ook om het dagelijkse werk aan te passen aan een nogal rigide referentiekader. Naast een aantal taxonomische problemen heeft dit ook praktische gevolgen. Het tweede uitgangspunt was daarom dat de werkgroep zou moeten streven naar een oplossing die aan dit soort problemen zoveel mogelijk tegemoet komt: zowel aan de gebruikers van de ICHPPC-2 als aan die van de NAMCS-RVC (National Ambulatory Medical Care Survey - Reason for Visit Classification) moest de ruimte geboden worden om gemakkelijk naar de nieuwe classificatie over te schakelen. Dit houdt in dat beide soorten gebruikers enerzijds zeer veel bekends zullen terugvinden in de nieuwe classificatie, anderzijds zich zullen moeten schikken in een aantal expliciet geformuleerde uitzonderingen.

Op grond van deze twee uitgangspunten heeft de werkgroep zich tot doel gesteld om:

- te definiëren op welk moment het gezondheidszorgsysteem begint, met andere woorden: aan te geven om welke redenen mensen het gezondheidszorgsysteem – zowel in de inhoudelijke als in de praktische betekenis van het woord – binnentreden;
- een model te bieden dat van dienst kan zijn bij het opnieuw vorm geven van de gezondheidszorgsystemen in verschillende landen; daarbij diende rekening te worden gehouden met de huidige potentiële c.q. gewenste betekenis van zelfzorg en mantelzorg ten opzichte van professionele zorg; uitgangspunt was dat zelf- en mantelzorg de voorkeur verdienen boven professionele zorg en dat – wanneer geprofessionaliseerde zorg noodzakelijk is – eerstelijns gezondheidszorg de voorkeur verdient boven gespecialiseerde zorg;
- de mogelijkheid te bieden om ervaringen op te doen die relevant zijn voor de ontwikkeling van de tiende versie van de ICD: De ICD-9 is duidelijk te weinig toegesneden op de eerstelijns gezondheidszorg; dit wordt algemeen erkend en het is noodzakelijk dat de ICD-10 verregaand aan deze bezwaren tegemoet zal komen.

Figuur 2. De positie van de Reasons For Contact Classification



### De Reasons For Contact Classification

In *figuur 2* is schematisch weergegeven wat de positie van de Reasons For Contact Classification naar de mening van de werkgroep is. De driehoek aan de onderkant belichaamt de sociale achtergrond van de patiënt: de leken-terminologie, de normen en waarden in de gemeenschap waarin hij leeft en de invloed van het gezondheidszorgsysteem op het maatschappelijke systeem zijn hierin ondergebracht. De driehoek aan de bovenkant omvat de familie van professionele classificaties, die in beginsel alle in een of andere relatie tot de ICD-9 staan.

Binnen het raamwerk van de voorgestelde nieuwe classificatie is het essentieel, dat een klacht die iemand ertoe brengt om contact te hebben met een hulpverlener een omschreven

realiteit voor die persoon betekent. Het is echter eveneens duidelijk dat het optreden van de gezondheidszorg-professionaal die de klacht labelt, eventueel een diagnose stelt en een voorstel van actie doet, een nieuwe realiteit tot stand brengt. Dit betekent dat zich op het gebied tussen de twee driehoeken een ingewikkeld fenomeen afspeelt. Representanten van beide culturen zijn betrokken bij het tot stand brengen en uitwisselen van werkelijkheden. Dit heeft gevolgen voor de patiënt maar ook voor de maatschappelijke groepering waarvan het gezondheidszorgsysteem deel uitmaakt.

Een patiënt is gedefinieerd als iemand die de patiëntenrol aanneemt en blijkt geeft van ziektegedrag (zoals dit is gedefinieerd door *Mechanic*) doordat hij het gezondheidszorgsysteem binnentreedt. Een hulpverlener is gedefinieerd als een professioneel iemand tot

wie de patiënt toegang heeft wanneer hij het gezondheidszorgsysteem binnentreedt. Dit is vaak een huisarts maar het kan ook een verpleegkundige, een verloskundige, een fysiotherapeut, een maatschappelijk werker of iemand anders zijn.

Een contact tussen een patiënt en een hulpverlener wordt gedefinieerd als een vis-à-vis contact tussen iemand die de patiëntenrol heeft aanvaard en iemand die erkend wordt als een professionele hulpverlener.

De reden om het gezondheidszorgsysteem binnen te treden wordt gedefinieerd in de termen van de hulpverlener. Het is duidelijk dat deze reden op voorhand niet steeds identiek kan zijn met de reden die de patiënt zelf in leken-terminologie zou opgeven. De werkgroep realiseert zich deze kloof maar meent tevens dat het tot de verantwoordelijkheid van de hulpverlener behoort om zich zoveel mogelijk duidelijkheid te verschaffen over de reden van de patiënt om hulp te vragen. Dit impliceert een interactie tussen patiënt en hulpverlener.

Op dit terrein is veel onderzoek gedaan en het lijkt geen twijfel dat er onvoldoende duidelijkheid is over wat zich hier allemaal kan afspelen. Daarom wordt erkend dat er semantische en inhoudelijke problemen bestaan die het werken met de nieuwe classificatie – ook in wetenschappelijk opzicht – bemoeilijken. Enerzijds is dit een beperking, anderzijds maakt het de voorgestelde classificatie in de ogen van de werkgroep tot een bruikbaar instrument, juist om onderzoek te doen naar de hierbovengenoemde problematiek.

De classificatie dient aan twee eisen te voldoen:

- de inhoud van de classificatie behoort begrijpelijk en overdraagbaar te zijn binnen de relatie tussen patiënt en hulpverlener en de classificatie die door de hulpverlener wordt opgeschreven, behoort voor de patiënt herkenbaar te zijn als iets dat wezenlijk zijn reden om contact met het gezondheidszorgsysteem te hebben, weergeeft;
- de classificatie van de reden voor het contact behoort tevens het startpunt voor een expliciete actie of voor het achterwege blijven van een expliciete actie door de hulpverlener aan te geven.

### Methodologie

Het zou hier te ver voeren om uitvoerig in te gaan op de technische aspecten die bij de methodische opbouw van de (1979) huisarts en wetenschap 22, 381

nieuwe classificatie een rol hebben gespeeld; het is voldoende om aan te geven dat gekozen is voor een opbouw uit zogenaamde componenten. Deze componenten gelden voor elk der gekozen zestien hoofdstukken.

Zoals bekend bestaat ook de ICD uit hoofdstukken. De RFC-classificatie kent deels dezelfde hoofdstukken deels andere. Essentieel is, dat de hoofdstukken over infectieziekten en over neoplasmata ontbreken. De ziekten die hierin thuishoren, zijn ondergebracht in de overige hoofdstukken die in beginsel samenvallen met de verschillende systemen. In *tabel 1* vindt men deze hoofdstukken terug.

Elk van de zestien in *tabel 1* genoemde hoofdstukken is in beginsel opgebouwd uit – steeds dezelfde – zeven componenten. Er is met het hanteren van componenten reeds ervaring opgedaan met de NAMCS-RVC. Het blijkt dat aan het hanteren van componenten verschillende voordelen vastzitten, zoals de mogelijkheid om uitputtend alle redenen om het gezondheidszorgsysteem binnen te treden te beschrijven, de flexibiliteit, het leggen van relaties met bestaande classificatiesystemen en de mogelijkheid om met een wat grotere accuratesse te classificeren. In *tabel 2* zijn de door ons gehanteerde componenten weergegeven. Een essentieel aspect van de door ons gekozen opbouw is de zogenaamde „line” die de bovenste zes componenten van de zevende scheidt. Boven de „line” staat in beginsel een uitputtende classificatie van klachten en allerlei andere redenen om met een hulpverlener contact op te nemen. Hierbij wordt in belangrijke mate gebruik gemaakt van een taalgebruik dat ligt op het overlap-

*Tabel 1. De Hoofdstukken.*

| Code | Title                          |
|------|--------------------------------|
| P    | Mental and Life Problems       |
| N    | Neurological                   |
| F    | Eye                            |
| H    | Ear                            |
| K    | Circulatory                    |
| R    | Respiratory                    |
| D    | Digestive                      |
| U    | Urinary                        |
| Y    | Male Genital                   |
| X    | Female Genital                 |
| S    | Skin                           |
| L    | Musculoskeletal                |
| B    | Blood and Blood-Forming Organs |
| Z    | Endocrine                      |
| T    | Metabolic and Nutritional      |
| A    | General                        |

*Tabel 2. De Componenten.*

|  |
|--|
| 1. Complaints and Symptoms                       |
| 2. Diagnostic Screening and Preventive Component |
| 3. Treatment, Procedures and Medications         |
| 4. Test Results                                  |
| 5. Administrative                                |
| 6. Other   |
| „the Line”                                       |
| 7. Diagnoses/Diseases                            |

pingsterrein tussen de driehoek van het professionele taalgebruik en de driehoek van de lekterminologie zoals in *figuur 2* aangegeven; in beginsel treft men boven de „line” ook geen medische diagnoses aan. Zoals bekend beschrijven patiënten echter vaak hun problemen met behulp van de medische terminologie, bijvoorbeeld hypertensie, diabetes, hartinfarct, leukemie, multiple sclerose etcetera. Onder de „line” treft men alle termen aan die stuk voor stuk een duidelijke en omschreven medische diagnose inhouden. Het is duidelijk dat met name de eerste component voor de meeste hoofdstukken nogal uitvoerig zal zijn. Het gaat hier om de klachten- respectievelijk symptomencomponent. Klachten en symptomen worden zoveel mogelijk ondergebracht bij het lichaamssysteem dat er de meeste betrekking mee onderhoudt. Daarom komt diarree in het hoofdstuk over de tractus intestinalis en een klacht als „ik voel me niet lekker” of „moe” in het hoofdstuk over algemene problemen.

Een belangrijk aspect van de componenten is dat hiermee de mogelijkheid wordt geboden om de contacten die alleen maar bedoeld zijn voor een diagnostische of preventieve handeling of voor screening als zodanig te coderen zonder dat de achterliggende – potentiële – ziekte wordt geclassificeerd. In feite geldt hetzelfde voor de derde component waarin behandelingen kunnen worden vastgelegd.

De eerste zes componenten vertonen nogal wat overeenstemming met de NAMCS-RVC. Het gedeelte onder de „line” – de zevende component – valt daarentegen vrijwel volledig samen met die diagnoses uit de ICHPPC-2 die aan onze criteria voldeden: medisch jargon in de vorm van nauw omschreven diagnoses, die echter door de patiënt genoemd kunnen worden. In deze zevende component is een onderverdeling gemaakt waardoor infectieziekten, tumoren, traumata en congenitale afwijkingen ondergebracht kunnen worden.

Over het praktisch gebruik van de nieuwe classificatie valt niet veel mee te delen omdat er nog geen reële ervaringen mee zijn opgedaan. Wel kan gesteld worden dat het voor de hand ligt dat de classificering van iemands reden voor contact met het gezondheidszorgsysteem in de loop der tijd zal veranderen. In beginsel zal dat van boven naar beneden zijn.

Als een voorbeeld van de gevolgde strategie is toegevoegd de tractus digestivus zoals de werkgroep deze heeft uitgewerkt (*bijlage*).

### Toekomstige ontwikkeling

Hiervoor is al het een en ander gezegd over de achtergronden van de nieuwe classificatie en over de bedoelingen van de werkgroep. Het is duidelijk dat talrijke instanties zich met het voorstel dienen bezig te houden. Het is immers niet meer dan een voorstel en er kan pas praktische ervaring mee worden opgedaan, indien duidelijk is wat de status van de voorgestelde nieuwe classificatie zal zijn. Het ligt dan ook in de lijn der verwachting dat het komende jaar besteed zal worden aan overleg met verschillende organisaties waarbij deze hun bezwaren en wensen naar voren zullen brengen.

Tevens dient duidelijk te worden hoeveel belang men aan een verdere ontwikkeling en aan testen van het voorgestelde model koppelt. De WHO dient zich hierover uit te laten en ook de WONCA. Er zijn daarnaast vooral Amerikaanse instellingen die zich hiermee bezighouden. Voorts ligt voor de hand dat bijvoorbeeld een beroepsvereniging als het Nederlands Huisartsen Genootschap zich met de ontwikkeling van een nieuw meetinstrument wenst in te laten. Tenslotte is het tot stand brengen van nieuwe, internationaal aanvaardbare classificaties, zoals de ICD-10 en in de toekomst wellicht de ICHPPC-3, een belangrijke zaak. Met dergelijke classificaties immers wordt voor een vrij lange periode een referentiekader van een beroepsgroepering als het ware bevroren. Aan de andere kant is het feit dat een classificatie gedurende een wat langere periode stabiel blijft van groot belang bij het ontwikkelen van nieuwe strategieën. Indien men nader onderzoek wenst te doen naar de fenomenen die zich afspelen aan de voet van de gezondheidszorgpyramide, bestaat niet alleen behoefte aan een classificatiemethode die daaraan tegemoet komt en praktisch hanteerbaar is, maar ook

aan een zekere stabiliteit. Vooral wanneer men ernaar zou streven het gezondheidszorgbeleid in toenemende mate te baseren op de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek kan een classificatie als hier bedoeld een rol spelen.

De werkgroep is dan ook tot een aantal praktische aanbevelingen gekomen. Hiervoor is reeds aangegeven dat verschillende organisaties zich min of meer formeel over het voorstel dienen te buigen. Tot dit gebeurd is heeft het produkt van de werkgroep in feite geen enkele status.

De volgende stap zou kunnen bestaan

uit het volledig uitwerken van de classificatie (waarbij uiteraard rekening wordt gehouden met alle op- en aanmerkingen) en het testen van het resultaat in een aantal proefsituaties. Dit zou dan bij voorkeur dienen te gebeuren in verschillende landen en uiteenlopende gezondheidszorgsystemen, waarbij niet alleen huisartsen betrokken zijn maar ook andere hulpverleners.

Voorzover de huisartsen hierbij betrokken zijn, zal de WONCA-vergadering in 1980 in New Orleans de mogelijkheid kunnen bieden om uitvoerig van gedachten te wisselen over de achtergronden, bedoelingen en prakti-

sche ervaringen met de classificatiemethode. Het zou dan kunnen komen tot een advies aan de WONCA-Council en eventueel tot een beslissing van de Council over de rol die de WONCA wenst te spelen bij het verder ontwikkelen, toepasbaar maken en in de praktijk hanteren van een nieuwe classificatie van redenen voor mensen om met het gezondheidszorgsysteem in contact te treden.

Mechanic, D. Medical sociology: a selective view. The Free Press, New York, 1968.

## Bijlage

### Reasons For Contact (RFC) Classification, Chapter D - Digestive System

| RFC      | Component 1                                  | RFC    | Component 1                                  |
|----------|--|--------|--|
| <b>1</b> | <b>Symptom/Complaint Component D100-D190</b> |        |  |
| D100     | Symptoms of teeth and gums                   |        | <i>Includes:</i>                             |
| D100.1   | <i>Toothache</i>                             |        | <i>Right lower quadrant pain (RLQ)</i>       |
| D100.2   | <i>Gum pain</i>                              |        | <i>Left lower quadrant pain (LLQ)</i>        |
| D100.3   | <i>Bleeding gums</i>                         | D130.2 | <i>Upper abdominal pain</i>                  |
| D110     | Symptoms referable to lips                   |        | <i>Includes:</i>                             |
| D110.1   | <i>Cracked, bleeding, dry</i>                |        | <i>Epigastric pain</i>                       |
| D110.2   | <i>Abnormal color</i>                        |        | <i>Left upper quadrant pain (LUQ)</i>        |
| D111     | Symptoms referable to mouth                  |        | <i>Pain in umbilical region</i>              |
| D111.1   | <i>Pain, burning, sore mouth</i>             | D140   | <i>Right upper quadrant pain (RUQ)</i>       |
| D111.2   | <i>Bleeding in mouth</i>                     | D140   | Change in abdominal size                     |
| D111.3   | <i>Ulcer, sore in mouth NEC</i>              | D140.1 | <i>Distention, fullness, NOS</i>             |
| D112     | Symptoms referable to tongue                 | D140.2 | <i>Mass of tumor</i>                         |
| D112.1   | <i>Pain in tongue</i>                        | D140.6 | <i>Abdominal swelling, NOS</i>               |
| D112.2   | <i>Bleeding of tongue</i>                    | D145   | Appetite, abnormal                           |
| D111.3   | <i>Swollen tongue NEC</i>                    |        | Excessive appetite                           |
| D112.4   | <i>Abnormal color, ridges, coated</i>        |        | Eats too much                                |
| D115     | Difficulty in swallowing (dysphagia)         |        | Always hungry                                |
|          | <i>Includes:</i>                             |        | Decreased appetite                           |
|          | Choking                                      |        | Not hungry                                   |
|          | Inability to swallow                         |        | Loss of appetite                             |
| D118     | Nausea                                       | D148   | Gastrointestinal bleeding                    |
|          | <i>Includes:</i>                             | D148.0 | <i>Blood in stool (melena)</i>               |
|          | Upset stomach                                | D148.5 | <i>Vomiting blood (hematemesis)</i>          |
|          | Sick to stomach                              | D150   | Flatulence                                   |
|          | Nervous stomach                              |        | <i>Includes:</i>                             |
|          | Feel like throwing up                        |        | Bloated, gas                                 |
| D119     | Vomiting                                     |        | Excessive gas                                |
|          | <i>Includes:</i>                             |        | Distention due to gas                        |
|          | Can't keep food down                         |        | <i>Excludes:</i>                             |
|          | Throwing up                                  |        | Gas pains                                    |
|          | Retching                                     | D151   | Constipation                                 |
|          | <i>Excludes:</i>                             | D160   | Diarrhea                                     |
|          | Regurgitation, infants                       |        | <i>Includes:</i>                             |
|          | vomiting blood                               |        | Loose stools                                 |
| D120     | Heartburn and indigestion (dyspepsia)        |        | The runs                                     |
|          | <i>Includes:</i>                             | D165   | Other symptoms or changes in bowel function  |
|          | Excessive belching                           |        |  |
| D125     | Stomach pain, cramps and spasms              |        |  |
|          | Pain   | D165.1 | <i>Discharge in stools</i>                   |
|          | <i>Includes:</i>                             |        | <i>Includes: Mucous</i>                      |
|          | Stomach ache,                                |        | <i>Pus</i>                                   |
|          | Cramps, spasm                                | D165.2 | <i>Worms NEC</i>                             |
| D130     | Abdominal pain, cramps, spasms               | D165.3 | <i>Changes in size, color, shape or odor</i> |
|          | <i>Includes:</i>                             |        | <i>Includes: Bulky stools</i>                |
|          | Intestinal colic                             |        | <i>Too narrow</i>                            |
|          | Gas pains                                    |        | <i>Unusual odor or color</i>                 |
|          | <i>Excludes:</i>                             |        |  |
|          | Groin pain                                   |        |  |
| D130.1   | <i>Lower abdominal pain</i>                  |        |  |

| RFC      | Components 1, 2, 3   |
|----------|--|
| D165.4   | <i>Incontinence of stool</i><br><i>Includes: Dirty pants (encopresis)</i><br><i>Leaking stools</i>   |
| D170     | Symptoms referable to anus/rectum  |
| D170.1   | <i>Rectal pain</i>   |
| D170.2   | <i>Rectal bleeding</i>   |
| D170.3   | <i>Rectal swelling or mass</i>   |
| D170.4   | <i>Rectal itching</i>  |
| D175     | Symptoms of liver, gall bladder and biliary tract  |
| D175.1   | <i>Pain</i>  |
| D175.2   | <i>Jaundice</i><br><i>Includes: Yellow eyes</i><br><i>Yellow skin</i>  |
| D180     | Fear of suffering from digestive system disease  |
| D190     | Other symptoms referable to digestive system<br><i>Includes: Bad breath (halitosis)</i><br><i>Stomach problem NEC</i><br><i>Hicoughs</i><br><i>Gastrointestinal distress</i> |
| <b>2</b> | <b>Diagnostic Procedures, Screening, Prevention Component D200-D290</b>  |
| D200     | Sensitization test, Allergy test   |
| D210     | Glucose level determination  |
| D215     | Other blood tests  |
| D230     | Diagnostic endoscopies   |
| D230.1   | <i>Proctoscopy</i>   |
| D230.2   | <i>Sigmoidoscopy</i>   |
| D230.3   | <i>Laparoscopy</i>   |
| D235     | Biopsies   |
| D245     | Diagnostic radiography   |
| D250     | Preventive and screening procedures (e.g., Sweat test, enzymes)  |
| D270     | Other diagnostic tests<br><i>Includes: Centesis, faeces examination, gastric content, bacteriological and virological tests</i>  |
| D280     | Prophylactic inoculation   |
| D290     | Exposure to other infectious diseases<br><i>Includes: Viral hepatitis</i><br><i>Mumps</i>  |
| <b>3</b> | <b>Treatment, Procedures, Medication Component D300-D390</b>   |
| D300     | Allergy redication   |
| D310     | Injections   |
| D315     | Medication, other<br><i>Includes: Renew prescription</i><br><i>Request prescription</i><br><i>Check medication</i>   |
| D350     | Preoperative visit etcetera  |
| D355     | Postoperative visit  |
| D360     | Physical medicine and rehabilitation   |
| D361     | Tube insertion/removal   |
| D363     | Cauterization  |
| D365     | Minor surgery  |
| D370     | External prosthetic devices, artificial bodyparts (Fit, adjusting, removing)   |
| D372     | Dressing, bandage/application, change  |
| D375     | Irrigation, lavage   |

| RFC      | Components 4, 5, 6, 7   |
|----------|---|
| D378     | Suture/insertion, removal   |
| D379     | Other specific therapeutic procedures<br><i>Includes: enema</i>   |
| D380     | Diet and nutritional counseling   |
| D385     | Counseling NOS  |
| D390     | Progress visit NOS  |
| <b>4</b> | <b>Test Results Component D400-D490</b>   |
| D410     | For findings of blood tests   |
| D430     | For pathological and cytological findings   |
| D450     | For radiological findings   |
| D490     | For other and NEC test results  |
| <b>5</b> | <b>Administrative Component D500-D550</b>   |
| D500     | Physical examination required for employment<br><i>Includes: Pre-employment examination</i><br><i>Required company physical</i><br><i>Return to work check-up</i><br><i>Teacher's certificate</i>           |
| D505     | Executive physical examination  |
| D510     | Physical examination required for school<br><i>Includes: High school physical examination</i><br><i>Nursery school</i><br><i>College physical</i><br><i>Grade school physical</i><br><i>Day care center</i> |
| D515     | Physical examination for extra-curricular activities<br><i>Includes: Boy Scouts</i><br><i>Little League</i><br><i>Camp physical</i><br><i>Athletics</i>   |
| D530     | Insurance examination   |
| D540     | Disability examination<br><i>Includes: Evaluation of a disability</i><br><i>Social Security Examination</i>   |
| D550     | Other reason for visit required by party other than the patient or the health care provider<br><i>Includes: Physical exam for adoption</i>  |
| <b>6</b> | <b>Other Component D600-D630</b>  |
| D600     | Problems, complaints, etc., not elsewhere codeable  |
| D610     | Entry of „none” or „no complaint”   |
| D620     | Inadequate data base  |
| D630     | Illegible entry<br><i>„the Line”</i>  |
| <b>7</b> | <b>Diagnostic/Disease Component</b>   |
|          | <i>Infectious</i>   |
| D700     | Intestinal disease of proven infective origin, incl. bacterial food poisoning, enteritis caused by a specified virus  |
| D710     | Intestinal disease presumed to be infective, of either unspecified viral or unknown origin, incl. diarrhea presumed to be infective<br><i>Excludes: Diarrhea - not presumed</i>                             |

| RFC  | Component 7   |
|------|---|
|      | to be infective, cause not yet determined and NOS (558-); vomiting, not presumed to be infective, cause not yet determined and NOS (7870); non-infective (specified) enteritis and gastroenteritis (5580, 5640, 579-); chemical-induced gastroenteritis (536-, 558)         |
| D712 | Herpes simplex, cold sore on lip  |
| D714 | Mumps   |
| D715 | Infectious hepatitis, including all hepatitis presumed viral  |
| D718 | Oxyuriasis, pin worms and all other intestinal parasites  |
|      | <i>Neoplasms</i>  |
| D720 | Esophagus, stomach, large bowel, rectum anus  |
|      | Malignant neoplasms   |
| D725 | Other malignant neoplasm, including lip, oral cavity, carcinoma in situ, secondary malignancy   |
| D728 | Benign neoplasms of digestive system  |
|      | <i>Injuries</i>   |
| D730 | Open wounds & superficial injuries of the mouth   |
| D731 | Foreign body in digestive organs  |
| D732 | Accidental poisoning  |
| D733 | Adverse effects of medication   |
| D734 | Complications of surgical and medical treatment, including post-operative wound infection   |
| D735 | Adverse effects of physical factors; including heat; cold, pressure, motion   |
| D736 | Poisoning of medicinal agent, accidental or deliberate overdose   |
| D737 | Adverse effects of medicinal agent correctly administered in proper dosage<br>May also code the nature of the adverse effect.<br>Excludes: reaction to immunization and transfusion   |
| D738 | Toxic effects of other substances, including lead, carbon monoxide, industrial materials, poisonous plants  |
| D739 | Complications of surgery & medical treatment, incl. post-operative wound infection, hemorrhage, and disruption; complications of prostheses, devices and implants; immunization and transfusion reactions<br>Excludes: adverse effects of diagnostic and therapeutic X-rays |
| D740 | Certain adverse effects not elsewhere classified, including anaphylactic shock, angioneurotic edema, allergic edema, allergic reaction NOS, anesthetic shock  |
| D750 | <i>Congenital Anomalies</i>   |
|      | <i>Other</i>  |
| D760 | Diseases of the teeth and supporting structures, including caries, dental abscess,  |

| RFC  | Component 7  |
|------|--|
|      | teething, gingivitis, disorders of temporomandibular joint   |
| D761 | Diseases of the mouth, tongue, and salivary glands, including mucocele, aphthous ulcer, angular cheilosis, effect of dentures, glossitis, stomatitis<br>Excludes: Herpes simplex   |
| D762 | Diseases of esophagus, incl. esophagitis<br>Excludes: esophageal varices   |
| D763 | Duodenal Ulcer, with or without complications  |
| D765 | Other peptic ulcers, including gastric gastrojejunal, marginal, and peptic ulcer NOS   |
| D766 | Disorders of stomach function and other diseases of stomach and duodenum, including indigestion NOS, dyspepsia, gastritis (inc. alcoholic), duodenitis<br>Excludes: infective gastritis or duodenitis  |
| D770 | Appendicitis, all types  |
| D772 | Inguinal hernia, with or without obstruction   |
| D773 | Hiatus hernia, diaphragmatic hernia  |
| D779 | Other abdominal hernias, including femoral, umbilical, incisional  |
| D780 | Diverticular disease of intestines, including diverticulosis, diverticulitis   |
| D781 | Irritable Bowel Syndrome (colospasm, spastic colon, mucous colitis) and other non-infective, non-ulcerative disorders of intestines, including allergic, dietetic and toxic gastroenteritis and colitis, diarrhea NOS presumed to be non-infective<br>Excludes: intestinal disease which is either proven or presumed to be of infective origin, regional enteritis, vascular insufficiency of gut, psychogenic diarrhea |
| D782 | Chronic enteritis, ulcerative colitis, Crohn's disease   |
| D783 | Anal fissure or fistula, perianal abscess  |
| D784 | Hemorrhoids, including thrombosed external piles, residual hemorrhoidal skin tags  |
| D785 | Cirrhosis and other liver diseases<br>Excludes: viral hepatitis  |
| D790 | Cholecystitis, cholelithiasis, cholangitis and other diseases of the gall bladder and biliary tract  |
| D799 | Other diseases of the digestive system. Including mesenteric vascular insufficiency and block, intestinal obstruction, intussusception, ileus, dumping syndrome and other functional results of gastrointestinal surgery, secondary megacolon, diseases of pancreas, malabsorption syndrome, sprue, rectal polyp   |