

# Recente ontwikkelingen rond de ICD-9

W. EKKER EN W. M. HIRS\*

De Classificatie Ontwikkelings Groep inzake de International Classification of Diseases (COG-ICD) is op 14 mei 1982 opgericht door de Werkgroep Classificatie en Coderingen. Opdracht van de COG-ICD is het voorbereiden van adviezen over de unificatie op het gebied van de diagnoseclassificaties, in het bijzonder van de ICD en zijn toepassingen. In deze bijdrage wordt een overzicht gegeven van het werkterrein van de COG-ICD. Het ligt in de bedoeling dit overzicht periodiek aan te vullen met recente gegevens.

## Inleiding

De COG-ICD denkt haar taak inzake de ontwikkelingen rond de ICD en zijn toepassingen uit te oefenen door:

- te fungeren als brievenbus voor de desbetreffende informatie;
- het geven van voorlichting;
- het geven van hulp bij de ontwikkeling van nieuwe toepassingen;
- het (helpen) vertalen van ICD-gerelateerde classificaties;
- het bevorderen van standaardisatie in het gebruik (bijvoorbeeld door coördinatie van code-adviezen);
- het verzamelen van commentaar van gebruikers;
- het (helpen) opstellen van wijzigingsvoorstellen;
- het onderhouden van contact met de WHO (World Health Organization) over de evaluatie en de revisie.

## ICD-9 en ICD-afleidingen

Momenteel zijn in Nederland de ICD-9 en vier ICD-afleidingen in gebruik (tabel):

- de ziektewetlijst;
- de ICD-9-CM/CvZ80;
- de ICHPPC-2;
- de SIVIS-diagnoselijst.

Over het beheer van deze classificaties zal de COG-ICD een advies voorberei-

den, strokend met de bestaande situatie op ICD-terrein, en in de verwachting dat ook andere afleidingen op soortgelijke wijze beheerd gaan worden.

In de tabel worden ook de DSM-III, de RFEC en de SIVIS-diagnoselijst II genoemd, voorbeelden van afgeleide toepassingen van eerdere ICD-afleidingen.

**ICD-9.** De International Classification of Diseases werd tot dusver elke tien jaar door de WHO herzien. De huidige, negende revisie werd in mei 1976 in de 29e vergadering van de World Health Assembly (Resolutie WHA 29.34) goedgekeurd en in 1979 vrijwel mondiaal ingevoerd voor de sterftestatistiek. Het CBS heeft van de „viercijferlijst” van de ICD-9 in 1980 een Nederlandse vertaling uitgegeven.

Over het gebruik voor de sterftestatistiek bestaan afspraken tussen de WHO en de verschillende lidstaten, teneinde de internationale vergelijkbaarheid te bevorderen. Dit gebeurt ondermeer door een groot aantal, ook in de ICD vastgelegde *rules for classification*.

In de laatste decennia is ook het gebruik van de ICD voor morbiditeitsstatistiek sterk toegenomen.

Bijzonderheden van de ICD-9 zijn ondermeer:

- Evenals zijn voorgangers, is de ICD-9 enerzijds ingedeeld naar orgaansysteem (ziekten van het zenuwstelsel, van het hartvaatstelsel, enzovoort), anderzijds naar etiologie (infectieziekten, ongevalsletsels en dergelijke). Er zijn ook hoofdstukken voor aandoeningen die samenhangen met zwangerschap, beval-

ling en kraambed, voor aandoeningen die hun oorsprong hebben in de perinatale periode en voor symptomen en onvolledig beschreven ziektebeelden.

- Een nieuwigheid van de ICD-9 is de introductie van een stelsel van dubbele classificatie bij sommige diagnostische omschrijvingen, waarbij de oorzaak in het betreffende hoofdstuk met een *dagger-code* (†) wordt gecodeerd, de manifestatie in het hoofdstuk naar topografie met een *asterisk-code* (\*) (bijvoorbeeld tuberculeuze meningitis 013.0†320.4\*). De ICD-9 schrijft hierbij voor dat de *dagger-code* (etiologie) de primaire code is, en dat bij eventuele indeling naar *asterisk-code* dit feit altijd vermeld dient te worden.

- De ICD-9 kent een aantal driecijferige codes (onder meer 214 lipoma en 600 hyperplasia of prostate), overwegend viercijferige codes (drie cijfers en één decimaal) en een aantal codes met een vijfde cijfer (onder meer voor de lokalisatie in hoofdstuk 13 Ziekten van het bewegingsstelsel en voor de plaats van het ongeval bij E-codes).

- Bij hoofdstuk 5 Psychische ziekten worden definities gegeven om de uniformiteit van spraakgebruik en codering te bevorderen.

- In vergelijking met eerdere edities is de rol van de E-codes gewijzigd. E-codes kunnen nu, waar nodig, ook worden gebruikt bij codes uit andere hoofdstukken dan hoofdstuk 17 om de oorzaak aan te geven (bijvoorbeeld agranulocytose ten gevolge van pyrazolon derivaten 288.0 E935.3).

- De M-codering voor de morfologische (histologische) typering van tumoren is een nieuwe toevoeging. Hiernaast wordt door de WHO een speciale, op gebruik door kankercentra toegesneden classificatie uitgegeven, de ICD-O (ICD-adapted for oncology).

- In de ICD-9 wordt een *certificate of cause of perinatal death* weergegeven, dat door de WHO wordt aanbevolen voor gebruik bij geboortenstatistiek. Dit nieuwe element in de ICD-9, onderdeel van de *medical certification and rules for classification*, wordt hier vermeld hoewel het in strikte zin als formulier-regel buiten het taakgebied van de COG-ICD valt.

**ICD-9CM en CvZ80.** De ICD-9CM is de in de Verenigde Staten samengestelde *clinical modification* van de ICD-9, onder verantwoordelijkheid van het National Center for Health Statistics; de CvZ80 (Classificatie van Ziekten 1980) is de door de Stichting Medische Registratie (SMR) uitgegeven vertaling hiervan.

\* Respectievelijk voorzitter en secretaris van de COG-ICD. Verdere leden van de COG-ICD zijn: Drs. J. W. H. van den Berg (Nederlands afgevaardigde bij de ICD-9 revisie in 1975), Drs. J. T. P. Bonte (CBS), Dr. H. Lamberts (NHG) en Dr. P. H. M. Wouters (GMD).

Het voornaamste verschil tussen ICD-9CM en ICD-9 is de grotere detaillering die in de *clinical modification* is doorgevoerd: veel meer nummers hebben een onderverdeling tot het vijfde cijfer en sommige nummers een uitbreiding van het vierde cijfer.

Terwille van de vergelijkbaarheid met de ICD-9 is, waar op viercijferig niveau werd afgeweken van de ICD-9, dit duidelijk aangegeven. Door samenvoeging van viercijfer-codes is dan steeds de indeling van de ICD-9 weer te bereiken.

**ICHPPC-2.** ICHPPC-2 wordt ook wel ICD-9-GM (General Medicine) genoemd, dit om aan te geven dat deze speciaal voor

de eerstelijns gezondheidszorg bedoelde classificatie vrijwel volledig compatibel is met ICD-9. Op deze grond heeft de WHO de ICHPPC-2 dan ook formeel erkend. Eindverantwoordelijke instantie is de World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations for General Practitioners/Family Physicians (WONCA).

De ICHPPC-2 is een driecijfer-classificatie, die bij voorkeur gebruikt wordt met behulp van de zogenaamde positie-nummers. De ICHPPC-2 kent 371 rubrieken; 44 procent ervan staat in een 1 op 1 verhouding tot een overeenkomstige ICD-9 rubriek, zowel op het drie- als op het viercijfer-niveau.

Het aantal ICHPPC-2 rubrieken dat een onderdeel vormt van een ICD-9 rubriek, is beperkt tot 7 procent. Het belangrijkste is dat ongeveer de helft van alle rubrieken (48 procent) weliswaar specifiek op de huisartsgeneeskunde is toegesneden, maar compatibel en vergelijkbaar met ICD-9 blijft op basis van het groeperen van twee of meer rubrieken op het drie- of vierdig-niveau.

In 1983 kwam een nieuwe uitgave van ICHPPC-2 beschikbaar waarin de *inclusion criteria* voor het gebruik van de meeste rubrieken zijn vermeld.<sup>1</sup> Dit maakt het gebruik van het classificatiesysteem aanzienlijk eenvoudiger. Op basis van het definiëren van de

Tabel. ICD-9 en afleidingen, belangrijkste overeenkomsten en verschillen.

Titel	ICD-9/viercijferlijst		Ziektewetlijst	ICD-9-CM/ CvZ 80	DSM-III as I en II	ICHPPC-2	RFEC comp. 7	SIVIS-diagnoselijst		
								I	II	
Autorisatie uitgave	WHO/CBS		CBS/Fed. v. BV-en	NCHS CPHA/SMR	APA Swets & Z	WONCA/Ox- ford Medical Publications	WHO/ WONCA	SIG		
Status	intergouvernementeel		sociale zeker- heids-sector	landelijk in intramuraal sector in USA en Ned.	psychiaters in USA en Ned.	internat. huisartsen organ.	intern. onderzoek	landelijke verpleeghuizen		
Voertaal	Engels/Ned.		Ned.	Engels/Ned.	Engels/Ned.	Engels	Engels	Ned.		
Systematisch	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
Alfabetisch	×	-	×	×	×	-	-	-	×	
Omvang in aantal code- ringen	6900		283	20000	229	371	285	420	82	
In gebruik bij	CBS	GMD	BV-en	SMR/LISZ/CBS	psychiaters	huisartsen	huisartsen	SIG		
Gebruiks- niveaus in aantal digits	3 (verplicht) 4 (facultatief) 4		3	3/4 (verplicht) 5 (facultatief)	ontleend aan hfdst. V ICD-9-CM	3	comp. 7 ontleend aan ICHPPC-2	3	4	
Andere verschil- punten	dagger † verplicht asterisk * facultatief	alleen*	aparte ongeval codering	alleen †	5-assig systeem waarvan as III=rest ICD-9-CM		deels ICHPPC- 2 deels andere redenen	drie ICD- hoofdst. ontbreken		
Vergelijkbare klassen door 1 op 1 relatie	98,5%		90%	op 4-digit niveau 97%	90%	44%	- -	60%	20%	
Idem door groepering van klassen	WHO- norm		1,5%	10%	3%	10%	48%	- -	40%	80%
Belangrijkste reden van on- vergelijkbaar- heid	ander gebruik van classifi- catieregels		groepering van klassen	gebruik E- code in ziekenhuizen is problematisch	eigen defini- ties en dia- gnostische criteria leiden tot verschil met ICD-9 hfdst. V	7% betreft onderdeel van ICD-klassen	codering van diagnosen vormt slechts 30% van de RFEC	de lijst I clas- sificatie blijft in verpl. hui- zen moeilij- ke hanteren	de lijst II is te grofmazig voor gedetail- leerde verge- lijking van diagnose gegevens	

rubrieken wordt ook de vergelijkbaarheid van de uitkomsten beter.

Tenslotte blijkt ICHPPC-2 zich in de praktijk goed te lenen tot een zogenaamde drie-assige benadering waarin, naast de somatische aspecten ook de psychische en sociale aspecten van gezondheidsproblemen aan de orde komen. Met name hoofdstuk V (psychische problemen) en hoofdstuk XVIII (sociale problemen) maken deze benadering mogelijk.

**SIVIS-diagnoselijst I.** De SIVIS-diagnoselijst werd opgesteld voor het in 1981 ingevoerde verpleeghuisinformatiesysteem van de SIG. Dit systeem vervangde de tot dan bestaande informatiesystemen met betrekking tot verpleeghuispatiënten van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) en de Geneeskundige Hoofdinspectie Geestelijke Volksgezondheid (GHI-VG). Gemeend werd dat in de verpleeghuiswereld geen behoefte bestond aan de mate van detaillering die ICD-9 en CvZ80 geven. De diagnoselijst I omvat

420 coderingen. Zij was geldig tot 1 januari 1984.

**Ziektewet-lijst.** In oktober 1981 is door de Federatie van Bedrijfsverenigingen een nieuwe *Nummerlijst en Alfabetische lijst van ziekte en ongevallendiagnoses* uitgegeven, die is gebaseerd op de ICD-9. Deze nieuwe uitgave kwam in de plaats van de al jaren in gebruik zijnde *Nationale lijst van ziektegroepen*. De nieuwe classificatie is het resultaat van een werkgroep die door het CBS is ingesteld in het kader van de diagnosestatistiek ziekteverzuim, die door het CBS wordt gevoerd.

Van de zeventien normale hoofdstukken van de ICD-9 zijn er zestien overgenomen. Alleen hoofdstuk XV (perinatale aandoeningen) wordt voor de ziekteperiode niet gebruikt. Indien het noodzakelijk mocht blijken, kunnen de verschijnselen ten gevolge van perinatale aandoeningen met behulp van de andere hoofdstukken worden omschreven.

De ziektecode komt overeen met

een of meer driecijferige ICD-codes. De laatste code van iedere subgroep omvat alle ICD-codes die voor de ziekte wet van minder belang zijn. De ziekte wet-lijst is voorzien van verscheidene in- en exclusies als hulpmiddel bij het coderen.

De diagnosecode kent, naast de drie posities voor de diagnose zelf, nog een extra positie waarin de aard/oorzaak van een ongeval dient te worden aangegeven. Deze extra positie gaat *vooraf* aan de diagnosecode.

## Nieuwe ontwikkelingen

Er vinden momenteel verschillende ontwikkelingen plaats met raakvlakken met de ICD. Daarbij wordt getracht om de deskundigheid van WCC/COG in voldoende mate in te brengen.

**Revalidatieregistratie.** Onder auspiciën van de SIG wordt gewerkt aan een registratie-project voor revalidatie-inrichtingen en revalidatie-afdelingen van algemene ziekenhuizen.

Voor revalidatiepatiënten is de ICD-diagnose van minder belang dan adequate vastlegging van stoornissen, beperkingen en handicaps waarvoor de ICIDH<sup>2</sup> een uitgangspunt biedt.

**Verpleeghuisregistratie.** Na een periode van gebruik en evaluatie is de eerste diagnoselijst herzien; de nieuwe SIVIS-diagnoselijst is per 1 januari 1984 ingevoerd.

De SIVIS-diagnoselijst II wordt eveneens onder verantwoordelijkheid van de SIG uitgegeven en omvat 82 rubrieken, landelijk te gebruiken voor diagnosen bij ontslag of overlijden. Ruim vijftig rubrieken daarvan mogen ook worden gebruikt voor de weergave van (validiteit-bepalende) diagnosen bij opname of verblijf in het verpleeghuis. De coderingen zijn vertaalbaar naar de ICD-9 en Classificatie van Ziekten 80.

**Polikliniekregistratie.** In de eerste fase van een polikliniekregistratie-project, dat in SIG-verband wordt ontwikkeld, wordt nog niet gedacht aan vastlegging van diagnostische informatie. In latere fasen zal mogelijk wel informatie worden vastgelegd, zodat van tevoren ook nagegaan moet worden op welke wijze dit zal geschieden.

**Psychiatrie.** Door de WHO is een afzonderlijke *Glossary* gepubliceerd met definities voor hoofdstuk 5 van de ICD. Ook elders is verdere bewerking van dit onderdeel van de ICD noodzakelijk ge-

### Toelichting

**ICD-9.** International Classification of Diseases, 9th revision, WHO, Genève, 1977, volume 1 en 2.

**Viercijferlijst.** Internationale statistische classificatie van ziekten, verwondingen en doodsoorzaken 1975, vertaling van de ICD list of four digit categories, CBS, 1980, systematisch register.

**Ziektewetlijst.** Nummerlijst en alfabetische lijst van ziekte- en ongevallendiagnoses gebaseerd op de ICD-9, 1975, Federatie van Bedrijfsverenigingen, 1981.

**ICD-9-CM.** International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification, Commission on Professional and Hospital activities, Michigan, 1978.

**CvZ80.** Classificatie van Ziekten 1980, Stichting Medische Registratie, Utrecht, systematisch en alfabetisch.

**ICHPPC-2.** International Classification of Health Problems in Primary Care, World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, 1979, 2e editie.

**RFEC.** Reason for Encounter Classification for use in primary care, field trial version WHO/WONCA, 1982.

**SIVIS-diagnoselijsten I en II.** Classificatie van diagnosen ten behoeve van het SIG-verpleeghuisinformatiesysteem (SIVIS) op basis van de CvZ80 en de ICD-9, lijst I door de SIG uitgegeven december 1980, lijst II in druk.

**DSM-III.** Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of the Ame-

rican Psychiatric Association, 3e revisie), uitgegeven door Swets en Zeitlinger, 1982; op as I worden vermeld: Klinische syndromen en toestanden die niet toe te schrijven zijn aan een psychiatrische stoornis, maar die een punt van aandacht en behandeling zijn, met bijkomende codes; op as II worden vermeld: Persoonlijkheidsstoornissen en specifieke ontwikkelingsstoornissen.

**WHO.** World Health Organization.

**Fed. v. BV-en.** Federatie van Bedrijfsverenigingen.

**NCHS.** National Center of Health Statistics.

**SMR.** Stichting Medische Registratie.

**WONCA.** World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.

**SIG.** Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg.

**APA.** American Psychiatric Association.

**Swets & Z.** Swets & Zeitlinger.

**CBS.** Centraal Bureau voor de Statistiek.

**GMD.** Gemeenschappelijke Medische Dienst.

**BV-en.** Bedrijfsverenigingen.

**LISZ.** Landelijk Informatiesysteem Ziekenfondsen.

**Dagger †.** Diagnose naar oorzaak aangeduid.

**Asterisk\*.** Diagnose naar manifestatie aangeduid.

**1 op 1 relatie.** De vergelijkbaarheid tussen classificaties uitgedrukt in het percentage klassen (diagnosenamen) dat in ICD-afleidingen in benaming en definitie identiek is aan de ICD-9.

acht. De derde editie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) van de American Psychiatric Association is zoveel mogelijk afgestemd op de ICD-9-CM. Er wordt echter een herindeling aan toegevoegd, waardoor gecodeerd moet worden volgens een vijfassig systeem:

- klinische syndromen;
- persoonlijkheidsstoornissen;
- somatische stoornissen;
- psychosociale stoornissen;
- mate van aanpassing.

In dit systeem wordt gewerkt met *beslisingsbomen*, onder meer beschreven in de Nederlandse vertaling van de beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-III. Welke officiële status de DSM-III in de Nederlandse psychiatrie zal gaan krijgen, lijkt afhankelijk van de ontvangst in kringen van opleiders en onderzoekers.

**Eerstelijns gezondheidszorg.** Voor de eerstelijns gezondheidszorg is door de ICD-unit van de WHO, in samenwerking met de internationale huisartsenorganisatie WONCA, een nieuw classificatiesysteem ontwikkeld, de Reason for Encounter Classification (RFEC). Na een *pilot study* in Nederland is een uitgebreide *field trial* van dit nieuwe systeem in voorbereiding. Ook hier doet Nederland aan mee. Het gaat hier om een twee-assig classificatiesysteem met een alfanumerieke codering met drie digits. De hoofdstukken worden met een alfacode aangegeven en representeren de belangrijkste fysiologische systemen en andere eenheden van belang voor het classificeren van gezondheidsproblemen (psychische en sociale problemen). De tweecijfer-code binnen ieder hoofdstuk is over zeven componenten verdeeld die goeddeels in alle hoofdstukken terugkeren. Behoudens de symptomen en klachten die door de patiënt als reden voor het contact kunnen worden opgegeven, wordt er rekening gehouden met de verschillende onderdelen van het proces in de eerstelijns gezondheidszorg. Tenslotte wordt ieder hoofdstuk met een zevende component afgesloten waarin diagnoses en ziekten zijn vermeld.

Deze laatste diagnostische component is vrijwel volledig identiek aan de ziekterubrieken uit de ICHPPC-2. Dit maakt dat ook ICHPPC-2-defined be-

langrijk kan zijn bij het gebruiken van de RFEC. Dit laatste geldt te meer wanneer de nomenclatuur van de RFEC niet alleen wordt gebruikt voor het verhelderen van de reden voor het contact voor de patiënt, maar ook voor het interpreteren daarvan in een meer diagnostisch georiënteerde terminologie. In de termen van probleemgeoriënteerde benadering biedt de RFEC de nomenclatuur voor drie onderdelen van de zogenaamde SOEP-notatie. Het subjectieve deel (S) wordt gedekt door de RFEC in de oorspronkelijke vorm: het verhelderen van de reden voor contact. De objectieve bevindingen (O) worden met de RFEC-nomenclatuur niet gedekt. De evaluatie of diagnose (E) wordt met de eerste en de zevende component van de RFEC evengoed gedekt als met de ICHPPC-2. Het plan tenslotte (P) kan volledig beschreven worden met behulp van de tweede tot en met de zesde component van de RFEC, die dan geldt als procesclassificatie.

**Oncologie.** Voor gespecialiseerde organisaties op het gebied van de oncologie is door de WHO een op dit vakgebied toegespitste classificatie uitgegeven, de ICD-O (ICD-Oncologie). Deze classificatie is verwant aan hoofdstuk 2 van de ICD-9 en de daarin tevens opgenomen morfologiecodering (M-code). In Nederland wordt nog niet op landelijke schaal gebruik gemaakt van de ICD-O. Nu de plannen voor een landelijke kankerregistratie vastere vormen aannemen, zal men ook na moeten denken over de keuze van codesystemen. Dit zal gebeuren in een van de groepen die door het Landelijk Overleg Kankerregistratie (LOK) met de verdere uitwerking worden belast.

### Vergelijkbaarheid

Een standaard-codesysteem als de Internationale Classificatie van Ziekten, is een indeling die voor tien jaar of langer door artsen is aanvaard en goedgekeurd teneinde op uniforme wijze diagnoses te coderen in informatiesystemen. Hoewel hiermee in theorie en intentie sprake is van vergelijkbaarheid van diagnosegegevens uit diverse informatiesystemen, doet de inhoud van beide voorgaande hoofdstukken vrezen dat vergelijkingen in de praktijk doorkruist

worden door vele beperkende factoren. Het blijkt dat informatiesystemen de ICD niet op identieke wijze toepassen. Dat kan ook niet en dat hoeft ook niet. Het stellen van een diagnose vormt voor de huisarts een anders gericht keuzeprobleem dan voor de verzekeringdeskundige, de oogarts of de patholoog-anatoom. Informatiesystemen dienen voor het verwerven van betrouwbare en valide gegevens primair op het meer of minder expliciet diagnostiseren van diverse artsengroepen te worden gebaseerd. Verder is dan van belang dat een zo hoog mogelijke graad van vergelijkbaarheid van diagnosegegevens wordt bereikt, waardoor de medische, economische, sociale en psychische betekenis van bepaalde ziektebeelden in onze samenleving kan worden beschreven. Anders gezegd: pas wanneer populaties met elkaar moeten worden vergeleken die het rechtvaardigen om classificaties op één lijn te trekken, doet zich het probleem van de vergelijkbaarheid voor.

In het kader van zijn opdracht onderzoekt de COG-ICD ten principale hoe het met de vergelijkbaarheid van de ICD-afleringen in informatiesystemen is gesteld. Het is duidelijk dat dit telkens een standpuntbepaling vereist ten aanzien van de haalbare en wenselijke mate van deze vergelijkbaarheid.

### Coördinatie

Naast de algemene lijn die ten aanzien van de ICD-10 zal moeten worden uitgestippeld, zal de COG-ICD ook kanaal moeten zijn voor Nederlands commentaar op onderdelen van de ICD. In verschillende kringen wordt hieraan momenteel gewerkt.

<sup>1</sup> Classification Committee of WONCA. ICHPPC-2-defined (International Classification of Health Problems in Primary Care). 3rd ed. Oxford, etc.: Oxford University Press, 1983.

<sup>2</sup> International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. Geneva: WHO, 1980. Nederlandse vertaling: Internationale Classificatie van Stoornissen, Beperkingen en Handicaps 1980. Voorburg: PPC, 1981; prijs f 25,-, te bestellen bij Bureau PCC, p/a Prinses Beatrixlaan 428, 2273 XZ Voorburg.