

## Voorschrift Coderen cervix-histologie: stand van zaken nog niet goed.

### *Inleiding*

Het NVVP-voorschrift coderen bij histologie (T nummers) van cervix, uterus en endometrium houdt in dat u zo uniform mogelijk codeert (plaats, ingreep, gevolgd door de 'ernstigste' bevinding of diagnose). Voor de bevindingsterm moet u gebruik maken van een beperkt aantal termen. In een bulletin van 2005 is voor het laatst bericht over dit NVVP voorschrift omdat toen een 'filter' in DPS werd aangezet ter controle op de naleving van dit voorschrift. Dit controlefilter controleert op het gebruik van de beperkte set PALGA termen uit het voorschrift (onder andere de 22 bevindingstermen: zie [www.palga.nl](http://www.palga.nl) → kies coderen → kies NVVP cervix-codeervoorschrift). Deze bijdrage gaat in op de volgende drie vragen: waarom is dit voorschrift gemaakt, hoe goed werkt het controlefilter en wat levert het voorschrift tot dusver op?

#### **NVVP cervix codeervoorschrift.**

**Plaats meest ernstige afwijking als eerste na topo en ingreep.** De afspraak is om de 'meest ernstige term' direct na de topografie en de ingreep term te gebruiken. Bijvoorbeeld: cervix\*resectie\*matige dysplasie. U mag meer codes gebruiken (bv metaplasie) maar u moet de hiërarchie in de gaten houden (dus: cervix\*resectie\*matige dysplasie\*metaplasie).

#### **Let op juist gebruik van topografie:**

Op [www.palga.nl](http://www.palga.nl) (→ coderen → NVVP cervixcodeervoorschrift) kunt u lezen dat dit *cervix* of *endometrium* moet zijn, of, in geval van uterusextirpatie, *uterus\*cervix* of *uterus\*endometrium*.

#### *Waarom is dit voorschrift gemaakt?*

Aanleiding voor het NVVP-voorschrift was onmogelijkheid om gegevens uit PALGA centraal te kunnen omzetten in begrijpelijke tabellen. De losse gegevens in PALGA centraal vormen jaarlijks een verzameling van circa 90.000 'ingrepen' uit het cervix-endometrium-uterus gebied. Ze

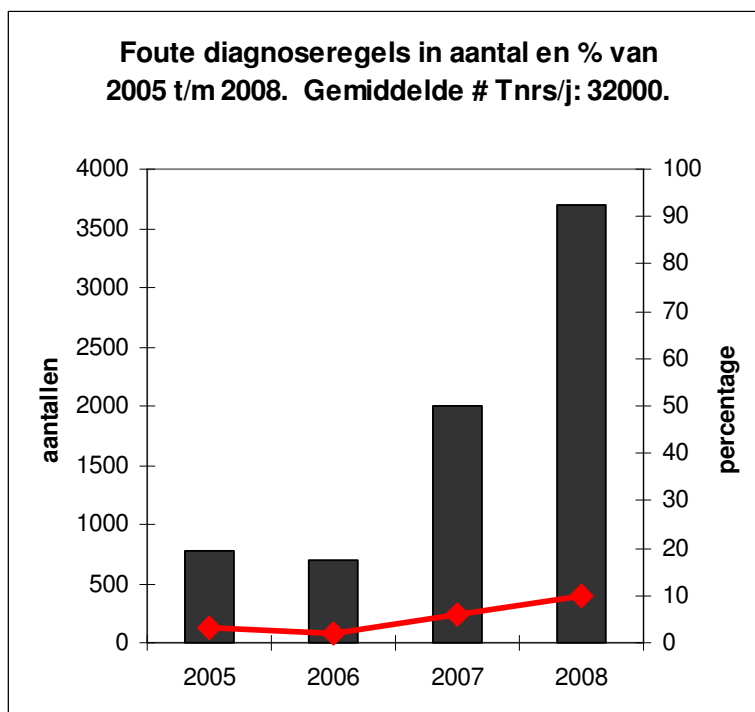
kunnen als een lange waslijst wel heel snel uit PALGA centraal gehaald worden, maar met een lijst van 90.000 gegevens kunnen we niet zoveel. Deze informatiewolk moet tot begrijpelijke proporties worden ingedikt. Bij dit indikken ('aggregeren') treden problemen op: het is bijvoorbeeld onmogelijk om uit de lijst een betrouwbare telling te maken van het aantal adenocarcinomen van de endocervix. Diagnosecoderegels zoals uterus\*resectie\*adenocarcinoom blijken dan verwarrend: waar gaat zo'n adenocarcinoom dan vanuit? Van het endometrium of van de endocervix? Er zit dan niets anders op om de conclusies 'handmatig' te gaan nalezen en vaak moet ook nog de eventuele voor- en nageschiedenis erbij betrokken worden. De NVVP heeft, mede op aandrang van regionaal coördinerend pathologen (RCPen) een voorschrift gemaakt om hier iets aan te gaan doen. Een afstemming in de wijze van invoer van gegevens om, uiteindelijk, begrijpelijke uitvoer te kunnen maken. Daar was PALGA toch voor bedoeld?

### *Hoe goed werkt het controlefilter cervixhistologie?*

Voor deze vraag heeft de thesauruscommissie en Lucy Overbeek van de stichting PALGA ons geholpen. Met een landelijke zoekvraag-steekproef hebben we geprobeerd een idee te krijgen over de werking van het controlefilter ('handhaving') én over de inhoudelijke consistentie van de cervixcodes in PALGA centraal. Met andere woorden: hoe goed werkt het controlefilter en wat is de aard, om de analogie door te trekken, van het filtraat na het controlefilter? Theoretisch zouden er géén foute coderegels in PALGA meer kunnen komen. Idealiter zou op positie

drie (of positie vier) de meest relevante bevinding moeten staan in relatie tot de topografie op positie één.

De uitslag van de werking op de controle staat in de grafiek: weergegeven in de balken staan, per jaar, de tellingen van alle foute diagnosecode regels terwijl de lijn (met de rechter Y-as) het percentage weergeeft. Zoals te zien valt in de grafiek, blijkt over 2005 dat 770 coderegels van de 30440 regels die beginnen met



topografie 'cervix' er circa 3% fout zijn. In 2006 daalde dit naar 2%, maar in 2007 en 2008 liep dit weer op van 6% naar 10% (zie lijn). Over 2008 betekent 10% dat er 3700 foute diagnosecoderegels waren (zie balk).

Hiervan waren 95% afkomstig uit slechts twee laboratoria. Het probleem is hiermee hanteerbaar en reflecteert waarschijnlijk de toename van zgn. 'andere' laboratorium informatie systemen in Nederland dan U-DPS (in U-DPS zit sowieso de controlefilter terwijl in andere systemen dit zeer waarschijnlijk niet zo is). Eén lichtpuntje: van 2005 steeg het aantal laboratoria 'foutloos' van 53 naar 55 (van de 60) in 2008.

Een toets op goed gebruik van de hiërarchie in codeervoorschrift hebben we als volgt gedaan: alle T nummers met 'cervix' als enige topografie zouden op positie 3 de meest ernstige diagnose moeten hebben staan. Door alle T nummers die beginnen met topografie cervix te laten sorteren op het aantal M codes dat er achter staat (in één regel), konden we kijken op 'interne consistentie'. Wat bleek? In regels met meer dan vier termen in één regel, werd de term 'geen maligniteit' nogal eens geplaatst vóór CIN 2 of CIN3. In 438 van de 1076 gevallen bleek dit zo te zijn. Dat is niet in overeenstemming met het voorschrift. Kijkt u naar de volgorde van de 22 bevindingstermen (zie website PALGA voor nadere toelichting) en let u op de hiërarchie hiervan. Ernstige dysplasie (nr 11) staat hoger dan 'geen maligniteit' (nr 2) en moet dus als eerste bevindingscode gebruikt worden.

*Wat levert het voorschrift tot dusver op?*

De testcase is natuurlijk de term 'adenocarcinoom'. Afgezien van het feit dat er altijd een klein groepje ambigue gevallen blijft waarin een onderscheid tussen endocervix en endometrium (klinisch) onoplosbaar blijft, moet het natuurlijk mogelijk zijn met PALGA inzicht te krijgen in het juiste aantal adenocarcinomen van de cervix versus die van het endometrium. Ruim vier jaar na de introductie van het voorschrift, kunnen we dat helaas nog steeds niet. Nadat alle T nummers met slechts één diagnosecoderegule en topografie 'uterus', als eerste term, waren gesorteerd op positie van de term 'adenocarcinoom' vonden we het volgende: van de 2780 éénregelige excerpten met de term 'uterus' (op positie 1), bleek in 1161 excerpten de term adenocarcinoom gebruikt te zijn. Deze term stond op positie 3 bij 76 excerpten, op positie 4 bij 1009 excerpten, op positie 5 bij 31 excerpten, op

positie 6 bij 32 excerpten en op positie 7 bij 13 excerpten. Op positie 3, 5, 6 en 7 is dit zonder meer fout. Alleen in geval van positie vier is dit juist, op voorwaarde van een tweede topografie, direct achter de term uterus. In 917 gevallen stond 'endometrium' op de 2<sup>e</sup> positie en in 67 excerpten cervix op de 2<sup>e</sup> positie. Bij 25 gevallen was dit niet zo. In totaal bleek dus bij deze steekproef dat van de 1161 gevallen er  $(76+25+31+32+13=)$  177 gevallen (15%) onmogelijk herleid kon worden naar de juiste topografie van het adenocarcinoom. Men is dan gedwongen de conclusie na te lezen en te interpreteren.

### *Concluderend*

Het is moeilijk uit te leggen dat de Nederlandse pathologen geen voorschrift kunnen naleven. Als beroepsgroep van amper 350 dokters hebben wij het gemakkelijker dan bijvoorbeeld de psychiaters of internisten. Het codeervoorschrift voor dit topografie gebied blijkt na 4 jaar nog steeds niet goed nageleefd te worden. Het is waarschijnlijk niet simpel genoeg. Een aanpassing is gewenst. Waarschijnlijk is een verslagmodule, zoals voor colon en mammaresectiepreparaten is gemaakt, de enige oplossing. Denk u daar maar eens over als u uw volgende verslaglegging verricht van een uterusextirpatie. Wordt vervolgd.

Folkert van Kemenade