

De ICPC-1

Stand van zaken, praktische problemen en oplossingen

R.S. GEBEL

Gebel RS. De ICPC-1. Stand van zaken. Praktische problemen en oplossingen. Huisarts Wet 2000;43(1):20-2, 28.

De Nederlandse versie van de International Classification of Primary Care (ICPC) wordt sinds 1988 gebruikt voor het coderen van klachten, symptomen, diagnoses en interventies in de huisartspraktijk. Het gebruik van de ICPC is de laatste jaren duidelijk toegenomen, mede door de inbouw van een semi-automatisch zoekprogramma in de huisartsinformatiesystemen (HISsen). Toch is de praktische waarde van de ICPC in de huidige generatie HISsen beperkt. Dit is onder andere te wijten aan tekortkomingen in de praktische toepassing en aan de beperkingen van de ICPC-1. Door de ontwikkeling van nieuwe subtitels en het verschijnen van de nieuwe generatie HISsen zal het nut van het gebruik van ICPC sterk toenemen, met name door de invoering van het episodegericht registreren en consultondersteunende programma's, zoals een elektronisch formularium en probleemgeoriënteerde laboratoriumaanvragen.

R.S. Gebel, huisarts, Nederlands Huisartsen Genootschap, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht.

Inleiding

De afgelopen jaren zijn huisartsen in toenemende mate gebruik gaan maken van de International Classification of Primary Care (ICPC).¹ Volgens de NUT-III-enquête maakt thans 70 procent van de huisartsen op enigerlei wijze gebruik van de ICPC-codes; 40 procent doet dit regelmatig tot altijd. In 1993 waren deze cijfers respectievelijk 60 en 25 procent.^{2,3} Deze toename levert, behalve voldoening, ook veel vragen over en problemen met de ICPC op. Huisartsen kunnen met vragen en opmerkingen terecht bij het Nederlands Huisartsen Genootschap, dat de Nederlandse versie van de ICPC-1 beheert.

Doel van dit artikel is zowel de beginnende als de gevorderde gebruiker van de ICPC inzicht te geven in de huidige stand van zaken en te ondersteunen bij het gebruik van de ICPC. Het geeft, na een schets van de voorgeschiedenis en het nut van de ICPC bij de dagelijkse praktijkvoering, een overzicht van de meest voorkomende vragen en problemen, alsmede van de antwoorden en oplossingen. Tot slot worden kort de toekomstige ontwikkelingen geschetst.

Voorgeschiedenis

De ICPC is een twee-assig classificatiesysteem. De ene as wordt gevormd door zogenaamde hoofdstukken, die worden weergegeven door een letter; de meeste hoofdstukken corresponderen met een orgaanstelsel (bijvoorbeeld D – tractus digestivus). De andere as wordt gevormd door de zogenaamde componenten, waarvan de onderdelen worden weergegeven door twee cijfers; zo vormen 70 t/m 99 de ziektecomponent. Een voorbeeld van een ICPC-code met bijbehorende rubriekstijl is D88 – appendicitis.

In 1988 hebben de Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap de ICPC geaccepteerd als de classificatie voor het coderen van klachten, symptomen, diagnoses en interventies in de Nederlandse huisartspraktijk. In dat jaar is ook de Nederlandse vertaling van de rubriekstijls ('short titles')

van de ICPC tot stand gekomen.⁴ Voornaamste reden om voor de ICPC te kiezen was (en is) dat er ruime mogelijkheden zijn om met name klachten en symptomen te coderen. Dit is van groot belang, omdat de huisarts in veel gevallen niet in staat is een 'harde' diagnose te stellen en niet verder komt dan bijvoorbeeld de 'diagnose' hoesten.

In het ICPC Thesaurusproject (1989-1992) is een semi-automatisch zoekprogramma ontwikkeld, dat inmiddels is ingebouwd in de huidige huisartsinformatiesystemen (HISsen).⁵ Dit zoekprogramma helpt de huisarts om tijdens het spreekuur op een eenvoudige, snelle manier de juiste ICPC-code bij een klacht, symptoom of diagnose te vinden. In de NUT-II-enquête geeft 70 procent van de respondenten aan het zoekprogramma matig tot zeer goed te waarderen.

In het project zijn ook de subtitels ontwikkeld.⁶ De subtitels vormen een onderverdeling van bepaalde rubriekstijls (*tabel 1*). Inherent aan het internationale karakter van de ICPC is dat sommige (in Nederland) zeldzame diagnoses een aparte code hebben (bijvoorbeeld A73 – malaria), terwijl anderzijds vaak gestelde diagnoses in een restrubriek vallen (zo valt bursitis onder L99 – andere ziekten bewegingsapparaat). Onderverdeling van specifieke rubriekstijls in subtitels maakt het voor de huisarts mogelijk om specifiekere labels toe te kennen.

Gebruik door huisartsen

Waarom moeten huisartsen de ICPC (gaan) gebruiken?

In de huidige HISsen levert de toepassing van de ICPC de gebruiker nog niet veel op. In de NUT-III-enquête blijkt dat een kwart van de respondenten geen voordelen ziet in het gebruik van de ICPC. Door degenen die de ICPC wel als nuttig ervaren, wordt de ICPC vooral gebruikt bij het selecteren van patiënten voor preventieve activiteiten, zoals de griepvaccinatie, en bij medicatiebewaking.

In de nieuwe generatie HISsen, die conform de eisen in het WCIA-HIS-Referentiemodel 1995 zijn gebouwd, levert het

Tabel 1 Subtitels bij rubriekstitel 'F99 – Andere ziekten oog'

- 1 Kleurenblindheid
- 2 Gezichtsveldbeperking (diagnose)
- 3 Diplopie (diagnose)
- 4 Ectropion/entropion
- 5 Pterygium/pingueculum
- 6 Scleritis/episcleritis
- 7 Andere afwijkingen cornea/lens
- 8 Insufficiënte traanfilm
- 9 Andere ziekten oog/adnexen

Tabel 2 Huisartsgeneeskundig irrelevante subtitels bij de rubriekstitel 'B99 – Andere ziekten bloed/lymfestelsel/milt'

- 1 Polycythaemia vera
- 2 Niet-traumatische miltruptuur
- 3 Ziekte milt
- 4 Methaemoglobulinemie
- 5 Andere ziekten bloed/lymfestelsel

Tabel 3 Classificatie-technisch onjuiste subtitels bij de rubriekstitel 'L15 – Knie-symptomen/klachten'

- 1 Pijn knie
- 2 Gezwollen knie
- 3 Slotklachten
- 4 Kraken
- 5 Instabiliteit knie
- 6 Bewegingsbeperking knie
- 7 Andere knie symptomen/klachten

gebruik van de ICPC meer voordelen op.⁷ De ICPC is van groot nut bij het episodegericht registreren.⁸ Daarnaast zal de ICPC de ingang tot veel consultondersteunende programmatuur vormen. Enkele voorbeelden zijn probleemgeoriënteerde laboratoriumaanvragen, kennisbronnen, zoals de NHG-standaarden en De Geïnfomeerde Huisarts, informatie voor patiënten, zoals de NHG-Patiëntenbrieven en het doen van aangifte van een infectieziekte (zogenaamde A-, B- of C-ziekte).

De ICPC heeft ook gebruikswaarde buiten het arts-patiëntcontact. Zo kan ten behoeve van het farmacotherapeutisch overleg een relatie worden gelegd tussen diagnose en voorschrijfgedrag. De ICPC kan worden gebruikt voor het verzamelen van cijfers voor het jaarverslag.

Problemen

Met het gebruik van de ICPC nemen ook de vragen en problemen toe. De problemen zijn in te delen in de volgende categorieën:

- 1 Problemen die samenhangen met de ICPC zelf.
- 2 Problemen die samenhangen met de subtitels.
- 3 Problemen die samenhangen met het HIS.
- 4 Problemen die samenhangen met het zoekprogramma en/of de thesaurus.

1 De ICPC is in oorsprong een internationale epidemiologische, huisartsgeneeskundige classificatie. Dat betekent dat de

codes zijn samengesteld op grond van het vóórkomen in de huisartspraktijk van symptomen, klachten en diagnoses in de wereld. Deze kenmerken hebben diverse consequenties.

- De regels van het classificeren – de criteria – geven aanwijzingen voor de indeling van een klacht, symptoom of diagnose in het classificatiestelsel; het zijn geen diagnostische criteria, die bepalen wanneer een bepaalde diagnose mag worden gesteld.

- Niet elke in Nederland vaak voorkomende aandoening heeft een aparte ICPC-code. Daar waar een aparte code zinvol is, is een subtitel vervaardigd (bijvoorbeeld L99 – bursitis). Vaak is een specifieke code niet nodig en kan worden volstaan met een toevoeging in de vrije tekst bij de code (bijvoorbeeld 'bursitis trochanterica links'). Voor epidemiologische doeleinden is het niveau van de rubriekstitels voldoende om gegevens te verzamelen voor het signaleren van trends en het uitstippelen van beleid.

- Specialistische verrichtingen, zoals operaties, kunnen niet in de ICPC worden gecodeerd. Er zal naar verwachting een aparte classificatie voor verrichtingen komen, die is afgeleid van de Classificatie van Verrichtingen die gebruikt wordt door de specialisten.⁹ Dit maakt uitwisseling van deze gegevens tussen huisarts en specialist eenvoudiger.

2 De wijze waarop destijds subtitels zijn gemaakt, was niet altijd consistent: sommige subtitels dienden als nadere onder-

verdeling van rubriekstitels, andere waren bedoeld om de inhoud van een rubriekstittel te verduidelijken. Dit heeft tot veel zinloze subtitels geleid, die elkaar bovendien soms overlappen (tabellen 2 en 3).

In geval van de onderverdeling van B99 is er sprake van in de huisartsgeneeskunde zeer zeldzame diagnoses, die een onderverdeling op grond van huisartsgeneeskundige relevantie niet rechtvaardigen. In geval van L15 is er sprake van symptomen die vaak gelijktijdig voorkomen (dikke, pijnlijke knie met bewegingsbeperking), waardoor ten onrechte aan één klacht drie keer de code L15 toegekend kan worden.

Het NHG heeft nieuwe subtitels ontwikkeld, die eind 1999 zijn gepubliceerd. Uitgangspunt was dat gebruik van de subtitels zou moeten leiden tot vereenvoudiging van de praktijkvoering van de huisarts. De subtitels moeten gebruikt kunnen worden voor toepassingen als het aansturen van een formulier en het raadplegen van informatiebronnen.

3 De inbouw van het ICPC-zoekprogramma en de mate van gebruiksvriendelijkheid zijn afhankelijk van de HIS-leverancier. In het WCIA-HIS-Referentiemodel 1995 staat dat inbouw van het zoekprogramma verplicht is en dient te voldoen aan de door het NHG geformuleerde specificaties, zodat de problemen die thans op dit vlak nog bestaan, opgelost zullen zijn met de komst van de nieuwe HISsen.

4 Veel vragen betreffen klachten, symptomen of diagnoses waarvoor men via het

Algemene regels voor gebruik van het zoekprogramma

- 1 Hoe specifieker de invoer, des te groter de kans dat men direct de juiste code krijg gepresenteerd (typ dus als u migraine zoekt, 'migraine' in en niet 'hoofdpijn').
 - 2 Bij sommige HISsen kan men op delen van een woord zoeken. Dat leidt soms tot onverwachte codes (zo levert **ang**(ina pectoris) ook tonsillitis en angststoelstanden op).
 - 3 Typ in eerste instantie één zoekwoord in. Volzinnen leiden tot vreemde codes.
 - 4 Maak veel gebruik van de mogelijkheid van symptoomcodes. Men mag geen diagnosecode toekennen als men niet zeker is van de diagnose; dit wordt wel 'coding at a true level of understanding' genoemd. Als een patiënt komt met hoesten, en u vermoedt dat er sprake is van astma, handel dan als volgt: Type eerst 'hoesten', stel het zoekprogramma in werking, codeer hoesten 'R05', en type achter hoesten '(astma?)'. De hele regel ziet er als volgt uit: 'E hoesten (astma?) R05'.
- Op deze wijze heeft u aan de regel 'coding at a true level of understanding' voldaan en heeft u ook melding gemaakt van uw overwegingen. Als u tegelijk 'hoesten (astma?)' typt, komt het systeem met zowel de code 'hoesten R05' als 'astma R96'.
- 5 Als het systeem een code niet kan vinden op basis van de ingegeven term, probeer dan via de hoofdstukletter de juiste code te zoeken en maak bij het NHG melding van het ontbreken van een zoekterm.

zoekprogramma geen aparte code kan vinden. De meest voorkomende oorzaak van dit probleem is het ontbreken van de juiste zoektermen. Voorbeelden van ontbrekende termen zijn 'hematurie' en 'bekkeninstabiliteit'. De term 'gezond' verwijst naar de code Z10 (problemen met gezondheidszorg), terwijl de code A97 (geen ziekte) wordt bedoeld. In de nieuwe versie zijn de ontbrekende termen toegevoegd.

Soms ligt de oorzaak bij de gebruiker, bijvoorbeeld doordat deze te veel woorden invult of juist slechts enkele letters. Zo levert de invoer 'heeft financiële problemen en hoofdpijn door echtscheiding' de codes N02, N90, R09, Z01 en Z19 op, terwijl de invoer 'ang' leidt tot angina tonsillaris, angina pectoris, angststoornis en angioneurotisch oedeem. In het *kader* op deze pagina staan enkele tips voor het gebruik van het zoekprogramma.

Coderen

Hoe kan men het beste coderen?

Eén van de voornaamste stelregels bij het coderen is dat men nooit hoger moet coderen dan men voor zichzelf en/of andere huisartsen waar kan maken (coderen op een 'true level of understanding'). Patiënt A wordt naar het ziekenhuis gestuurd met pijn op de borst, en de huisarts kent op basis hiervan de code K75 (myocardinfarct) toe. Op basis van deze code genereert het systeem onder meer een ruiter voor de griepvaccinatie en diverse medicatiebewakingssignalen. De patiënt wordt enkele

dagen later ontslagen onder de diagnose 'reflux-oesofagitis'. Zonder correctie zal hij nu ten onrechte worden opgeroepen voor de griepvaccinatie, terwijl de huisarts al wordt lastiggevallen met zinloze medicatiebewakingssignalen.

Het beste kan de huisarts in dit geval als diagnose 'pijn op de borst' invullen en vervolgens het systeem de juiste code laten zoeken. Na het kiezen van de juiste code (K01) kan men in de tekst nog een differentiële diagnose invullen, waardoor de tekstregel er als volgt uitziet: 'pijn op de borst (DD instabiele AP / hartinfarct)'. De code K01 genereert geen signalen, zoals een ruiter voor de griepvaccinatie. Na ontvangst van het ontslagbericht van de specialist kan men de code K01 (laten) vervangen door D84 Ziekte oesofagus.

De nieuwe huisartsinformatiesystemen zullen dit proces door gebruik van het episodegericht registreren sterk vereenvoudigen, zoals de gebruikers van Medicom al enige tijd ervaren.

De toekomst

Zoals gemeld, zijn inmiddels herziene subtitels verschenen. Na een eerste commentaar door leden van de ICPC-discussielijst op Artsnet (de Internetsite van de ICPC) is een tweede conceptversie ter beoordeling gezonden aan onder andere de gebruikersverenigingen c.q. NedHis, en de huisartseninstituten. De laatste versie is ter autorisatie aan de NHG-commissie ICPC voorgelegd.

Inmiddels is ook de Engelse versie van de ICPC-2 verschenen.¹⁰ De verwachting is dat de Nederlandse versie van de ICPC-2, voorzien van in- en exclusiecriteria en een koppeling met de ICD-10, in 2003 breed zal worden ingevoerd. Naar verwachting zal in dat jaar ook een versie met lekentermen beschikbaar zijn.^{11,12} Voornaamste verbetering ten opzichte van de ICPC-2 voor de praktiserende huisarts is de koppeling met de ICD-10, die specifiekere coden en uitwisseling van gegevens met de specialist mogelijk maakt. Daarnaast vormen de in- en exclusiecriteria een hulpmiddel bij het toekennen van de juiste code.

Vragen

Huisartsen kunnen met vragen bij het NHG terecht. Daarnaast kan men deelnemen aan de discussiegroep ICPC op Artsnet (www.knmg.nl, keuze 'discussie'). In deze groep krijgt men antwoord op vragen en blijft men op de hoogte van recente ontwikkelingen.

Voor eigen gebruik kan men een demonstratieversie van het ICPC-zoekprogramma downloaden van de NHG-site op Artsnet.

Literatuur op pag. 28.

De Nederlandse ICPC-2 en de episodegerichte elektronische patiëntenkaart in de huisartspraktijk

R.S. GEBEL
H. LAMBERTS
I.M. OKKES
J.S. MEIJER

Gebel RS, Lamberts H, Okkes IM, Meijer JS. De Nederlandse ICPC-2 en de episodegerichte elektronische patiëntenkaart in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 2000;43(1):23-8.

In mei 1998 is de tweede versie van de International Classification of Primary Care (ICPC-2) verschenen. Deze verschilt in een aantal opzichten van de ICPC-1. Er is een beperkt aantal wijzigingen in de coderingen aangebracht. De inclusiecriteria van ICPC-2 zijn volledig vernieuwd; het betreft overigens classificatiecriteria, geen diagnostische criteria. De ICPC-2 gaat uit van een nieuwe structuur voor het beschrijven van deelcontacten binnen een symptome. De contactreden betreft niet alleen symptomen of klachten, maar kan ook het verzoek om een interventie behelzen; dit dient expliciet geregistreerd te worden. Zo dienen ook de interventies die tijdens het contact en de interventies die na het contact plaatsvinden, apart geregistreerd te worden. De ICPC-2 is geconverteerd naar de ICD-10. In een gemeenschappelijk project van NHG en AMC zal onder andere een zoekalgoritme ontwikkeld worden waarmee bij het toekennen van een ICPC-2-code aan een zorgepisode ook de relevante ICD-10-diagnose wordt gekozen.

R.S. Gebel, huisarts, Nederlands Huisartsen Genootschap, Postbus 3231, 350 GE Utrecht. prof.dr. H. Lamberts, hoogleraar huisartsgeneeskunde; dr. I.M. Okkes, taalkundige; dr. J.S. Meijer, huisarts, AMC/Uva Divisie Public Health, afdeling Huisartsgeneeskunde.
Correspondentie: R.S. Gebel.

Inleiding

In 1987 verscheen de International Classification of Primary Care (ICPC).¹ Sindsdien heeft deze classificatie in de internationale huisartsgeneeskunde veel succes gehad.² In ons land bleef het oorspronkelijke boek als bron bestaan. Een Nederlandse vertaling van de rubriekstitels ('short titles') en de inclusiecriteria van de tweede editie van de International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC-2-Defined) kwamen wel beschikbaar.^{3,4} In het ICPC-thesaurusproject zijn subtitels ontwikkeld, evenals een elektronisch zoekalgoritme waarmee het coderen van symptomen, klachten en diagnosen met de ICPC door de huisarts werd ondersteund.⁵ Dit zoekalgoritme is met wisselend succes ingebouwd in de bestaande huisartsinformatiesystemen (HIS-sen).

Het volledig gebruik van de ICPC in de elektronische patiëntenkaart is in ons land beperkt gebleven tot een elektronische patiëntenkaart voor onderzoek (Transhis) waarin voor ieder deelcontact binnen een episode de contactreden van een patiënt, de bevindingen bij anamnese en lichamelijk onderzoek, de interventies en uiteraard ook de episodetitel (diagnose) met de ICPC worden gecodeerd.⁶

In mei 1998 – ruim tien jaar na de publicatie van de eerste versie – verscheen de ICPC-2,⁷ die mede dankzij een grote Nederlandse inbreng tot stand is gebracht. De nieuwe classificatie verschilt in een aantal opzichten van de eerste ICPC. De Nederlandse huisarts zal in zijn nieuwe episodegerichte HIS behoefte hebben aan een ICPC-2 in een vorm die het eenvoudiger maakt aan de eisen van het nieuwe elektronische patiëntendossier te voldoen.^{8,9} Op 1 januari 1999 is een door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gefinancierd project begonnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de afdeling Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam (AMC) waarin stapsgewijs aan de totstandkoming van een elektronische Nederlandse ICPC-2 zal worden gewerkt.

Doel van dit artikel is het beschrijven

van de verschillen tussen ICPC-1 en ICPC-2, en de verschillende activiteiten binnen het NHG-AMC-project.

Verschillen

De ontwikkeling van de ICPC-2 was nodig om twee redenen. Ten eerste diende een koppeling tot stand te worden gebracht met de ICD-10. Ten tweede moesten inclusiecriteria worden aangebracht om consistent en eenvoudiger coderen mogelijk te maken.

De ICPC-2 verschilt in diverse opzichten van de ICPC-1.

Wijzigingen in de coderingen

Er is een beperkt aantal wijzigingen in de coderingen aangebracht. Daarbij gaat het om nieuwe rubrieken, vervallen rubrieken en qua tekst en/of inhoud gewijzigde rubrieken (*tabellen 1-3*). Inmiddels zijn de Nederlandse rubriekstitels van de ICPC-2 beschikbaar als ASCII-bestand.

Een waarschuwing is hier op zijn plaats. Het is niet verstandig om een bestaand ICPC-bestand zonder meer om te zetten naar een ICPC-2-bestand. Een eenvoudige conversie op het niveau van rubriekstitels kan tot ernstige fouten leiden (*tabellen 4-6*), omdat de inhoud van diverse rubrieken is veranderd. Bij coronair ischemie wordt nu steeds één zorgepisode 'ischemie' gecodeerd, waarbij zich één of meer infarcten kunnen voordoen. De rugpijn-rubrieken zijn veranderd door het incorporeren van de spondylartrose. Tenslotte is de posttraumatische stress-stoornis afgescheiden, en zijn de criteria in hoofdstuk P veranderd.

De ICPC is in de eerste plaats een manier om gegevens te ordenen (classificeren) en geen lijst voor het benoemen van diagnosen. Als de classificatieregels veranderen, zoals bij coronair ischemie, rugpijn en vooral voor het benoemen van psychische problemen is gebeurd, verandert ook de inhoud van de verschillende rubrieken die te samen het domein van de huisartsgeneeskunde beschrijven.

Voor onderzoeksdoeleinden is daarom de beste oplossing het ICPC-1-bestand op een bepaalde datum af te sluiten en dan

REGISTRATIE & VERSLAGLEGGING

Tabel 1 Nieuwe ICPC-2-rubrieken

| | | | |
|------|---|-----|---|
| A11 | Pijn op de borst nao | N95 | Spanningshoofdpijn |
| A18 | Bezorgd om uiterlijk | P81 | Overactief kind/hyperkinetisch syndroom |
| A21 | Risicofactor voor kanker | P82 | Post traumatische stress stoornis |
| A23 | Risicofactor nao | P86 | Anorexia nervosa/boulimie |
| A92* | Allergie/allergische reactie nao | R79 | Chronische bronchitis |
| A98 | Preventie | R92 | Niet gespecificeerd neoplasma luchtwegen |
| D07 | Dyspepsie/indigestie | T89 | Insuline afhankelijke diabetes mellitus |
| D23 | Hepatomegalie | U08 | Urineretentie |
| D96* | Wormen/andere parasieten | W21 | Bezorgd over uiterlijk tijdens zwangerschap |
| K22 | Risicofactor voor hartvaatziekten | W85 | Zwangerschap diabetes |
| K91* | Cerebrovasculaire aandoening | X22 | Bezorgd over uiterlijk borsten |
| L97* | Benigne/niet gespec. neoplasma bew.app. | X92 | Chlamydia infectie geslachtsorganen |
| N08 | Abnormale onwillekeurige bewegingen | | |

Tabel 2 Vervallen ICPC-1-codes, waarvan de inhoud in ICPC-2-codes is overgegaan.

| ICPC-1 | ICPC-2 | ICPC-1 | ICPC-2 |
|--------|--|--------|---|
| A12 | Allergie/allergische reactie nao | L97* | Chronisch inwendig trauma knie |
| A14 | Koliek bij zuigeling | N02 | Spanningshoofdpijn |
| A15 | Overmatig hullende zuigeling | P21 | Overactief kind/hyperkinetisch syndroom |
| A17 | Andere algemene symptomen zuigeling | R22 | Symptomen/klachten tonsillen |
| A92* | Toxoplasmose ² | R70 | Tuberculose luchtwegen [ex.A70] |
| B03 | Andere symptomen/klachten lymfeklieren | R91 | Chronische bronchitis/bronchiëctasieën |
| B85 | Onverklaarde afwijking bloedonderzoek | R93 | Pleuravocht nao |
| B86 | Andere hematologische afwijkingen | T06 | Anorexia nervosa/boulimie |
| D22 | Wormen/oxyuren/andere parasieten | T15 | Knobbel/zwelling schildklier |
| D96* | Hepatomegalie | T88 | Renale glucosurie |
| K91* | Atherosclerose [ex.coronair,cerebraal] | W20 | Andere sympt./klacht. borsten zwang./krb. |
| L06 | Oksel symptomen/klachten | W77 | Zwang,complicerende aangeb. afw.moeder |
| | | | L99 |
| | | | N95 |
| | | | P81 |
| | | | R21 |
| | | | A70 |
| | | | R79 |
| | | | R82 |
| | | | P86 |
| | | | T81 |
| | | | T99 |
| | | | W19 |
| | | | W76 |

* De codes zijn in de ICPC-2 gehandhaafd, maar hebben een nieuwe inhoud gekregen.

Tabel 3 Partieel gewijzigde ICPC-rubrieken bij dezelfde code

| Code | ICPC-1 | ICPC-2 |
|------|---|--|
| A05 | Algemene achteruitgang | Zich ziek voelen |
| A13 | Bezorgdheid over bijwerking geneesmiddel | Bezorgd over/bang voor behandeling |
| K74 | Angina pectoris | Ischemische hartziekte met angina |
| K76 | Andere/chronische ischemische hartziekten | Ischemische hartziekte zonder angina |
| K80 | Ectopische slagen/extrasystolen alle types | Hartritmestoornis neg |
| K81 | Hartgeruis nao | Hart-/vaatgeruis nao |
| K92 | Andere ziekten perifere arteriën | Atherosclerose/andere ziekte perifere vaten (atherosclerose van K91) |
| L05 | Flank symptomen/klachten | Flank/oksel symptomen/klachten (okselklachten van L06) |
| L71 | Neoplasma | Maligne neoplasma bewegingsapparaat |
| L83 | Syndromen cervicale wervelkolom | Nek syndroom |
| L84 | Artrose/spondylose wervelkolom | Rug syndroom zonder uitstraling |
| L86 | Lage-rugpijn met uitstraling | Discuslaesie/lage rugpijn met uitstraling |
| L87 | Ganglion gewricht/pees | Bursitis/tendinitis/synovitis nao (bursitis/tendinitis van L99) |
| N80 | Ander letsel hoofd [ex.fract. L76] | Ander letsel hoofd |
| P75 | Hysterie/hypochondrie | Somatisatie stoornis |
| P77 | Suicidepoging | Suicide/suicidepoging |
| R72 | Streptokokken-angina/ roodvonk | Streptokokken-angina (roodvonk bij A78) |
| R80 | Influenza bewezen [ex.R81] | Influenza |
| R82 | Pleuritis alle vormen | Pleuritis/pleuravocht (pleuravocht van R93) |
| S11 | Andere lokale infecties huid/subcutis | Post-traumatische wondinfectie |
| S79 | Andere benigne neoplasmata huid/subcutis | Ander benigne/niet gespecificeerd neoplasma huid/subcutis |
| S80 | Ander/niet gespecificeerd neoplasma huid/subcutis | Fotokeratose/zonnebrand (andere neoplasmata naar S79) |
| S94 | Unguis incarnatus/andere nagelaandoening | Unguis incarnatus |
| T90 | Diabetes mellitus | Niet insuline afhankelijke diabetes mellitus (insuline-afhankelijke diabetes naar T89) |

met een nieuw bestand met de ICPC-2 te beginnen. Voor de medicus practicus zal de overgang van de ICPC-1 naar de ICPC-2 geleidelijk dienen te verlopen via

een stapsgewijze procedure; de herziene subtitels van de ICPC-1 die eind 1999 zijn verschenen zullen deze procedure sterk vereenvoudigen.

Nieuwe inclusiecriteria

De inclusiecriteria van de ICPC-2 zijn volledig nieuw. De ICHPPC-2-Defined gaf inclusiecriteria die het gebruik van de

Tabel 4 De codering van coronair ischemie in de ICPC-2

K74 Ischaemic heart disease with angina

ICD-10: I20, I24

- incl:** angina of effort, angina pectoris, angina with spasm; ischaemic chest pain, unstable angina
- excl:** ischaemic heart disease without angina K76
- criteria:** history plus ECG or imaging evidence of old myocardial infarction; or demonstration of myocardial ischaemia by resting or exercise ECG; or investigation evidence of coronary artery narrowing or ventricular aneurysm
- consider:** heart pain K01

K75 Acute myocardial infarction

ICD-10: I21, I22, I23

- incl:** myocardial infarction specified as acute or within 4 weeks (28 days) of onset
- excl:** old or healed myocardial infarct K74, K76
- criteria:** chest pain characteristic of myocardial ischaemia, lasting more than 15 minutes, and/or abnormal ST-T changes or new Q-waves in electrocardiogram or elevation of blood cardiac enzymes
- consider:** heart pain K01, angina pectoris K74, chronic ischaemic heart disease K76
- Note:** double code K74 or K76 as well

K76 Ischaemic heart disease without angina

ICD-10: I24, I25

- incl:** aneurysm of heart, arteriosclerotic or atherosclerotic heart disease, coronary artery disease, ischaemic cardiomyopathy, old myocardial infarction, silent myocardial ischaemia
- excl:** ischaemic heart disease with angina K74
- criteria:** history plus ECG, or imaging evidence of old myocardial infarction; or demonstration of myocardial ischaemia by resting or exercise ECG; or investigation evidence of coronary artery narrowing; or ventricular aneurysm

Tabel 5 De codering van rugpijn in de ICPC-2

L02 Back symptom/complaint

ICD-10: M54.0, M54.6, M54.8, M54.9

- incl:** backache NOS; thoracic back pain
- excl:** low back pain L03

L03 Low back symptom/complaint

ICD-10: M53.3, M54.0, M54.5

- incl:** back pain (lumbar or sacroiliac); coccydynia; lumbago, lumbalgia
- excl:** thoracic back pain L02, sciatica L86

L84 Back syndrome without radiating pain

ICD-10: M43.0, M43.1, M46.0, M46.1, M46.8, M46.9, M47.0, M47.8, M47.9, M48, M51, M53.2 to M53.9, S33.5, S33.7

- incl:** back strain; collapsed vertebra NOS; facet joint degeneration; osteoarthritis, osteoarthritis of spine; spondylosis; spondylolisthesis
- excl:** coccydynia L03; syndromes related to the neck L83; back pain with radiation L86; sciatica L86; psychogenic backache P75
- criteria:** back pain without radiation plus limitation of movement confirmed at medical examination
- consider:** symptoms/complaints back L02; low back L03

L86 Back syndrome with radiating pain

ICD-10: M47.1, M47.2, M51, M54.3, M54.4

- incl:** disc prolapse or degeneration, sciatica
- excl:** cervical disc lesion L83; spondylolisthesis L84; recent back strain L84
- criteria:** pain in lumbar or thoracic of sciatica, pain radiating down the back by pain radiating to, or a neurological deficit of, an appropriate area; or sciatica, pain radiating down the back of the leg, aggravated by coughing, movement, or posture; or demonstration of a prolapsed lumbar or thoracic disc by appropriate imaging technique, or at surgery
- Note:** exclude referred pain which is diffuse
- consider:** back pain L02, L03

classificatie dienden te bevorderen.⁴ Inclusiecriteria zijn bedoeld om de coderende huisarts te helpen uit de beschikbare

ICPC-rubrieken de beste te kiezen. De opbouw van de ICPC is geheel anders dan van de ICHPPC-2 en alleen daarom was er

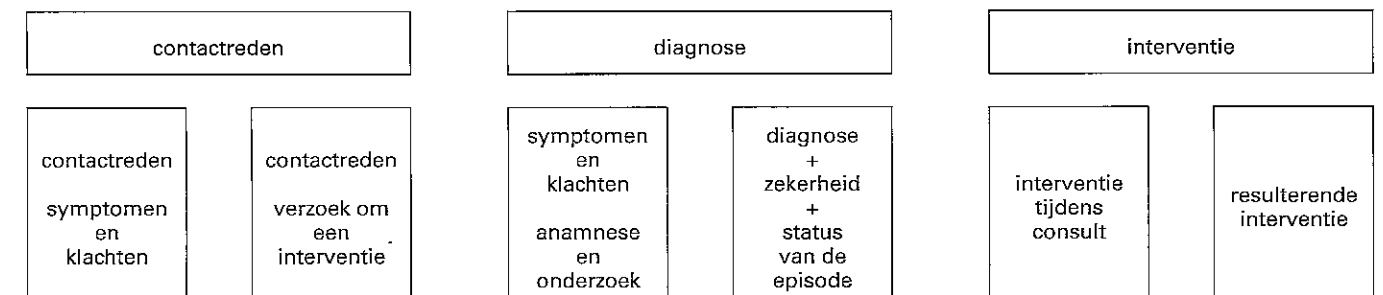
voor deze inclusiecriteria al geen plaats meer.¹⁰ Bovendien maakte men ten onrechte nogal eens gebruik van een aantal

Tabel 6 De codering van depressie en stress in de ICPC-2

| | |
|--|--|
| P02 Acute stress reaction | <i>ICD-10: F43.0, F43.2, F43.8, F43.9, F50.4</i> |
| incl: adjustment disorder, culture shock, feeling stressed, grief, homesick, immediate post-traumatic stress, shock (psychic) | |
| excl: feeling depressed P03, depressive disorder P76, post-traumatic stress disorder P82 | |
| criteria: a reaction to a stressful life event or significant life change requiring a major adjustment, either as an expected response to the event or as a maladaptive response interfering with daily coping and resulting in impaired social functioning, with recovery within a limited period of time | |
| P03 Feeling depressed | <i>ICD-10: R45.2, R45.3</i> |
| incl: feeling inadequate, lonely, unhappy, worried | |
| excl: depressive disorder P76, low self-esteem P28 | |
| criteria: feelings reported by the patient as an emotional or psychological experience not attributed to the presence of a mental disorder. A gradual transition exists from feelings that are unwelcome – but quite normal – to feelings that are so troublesome to the patient that professional help is sought | |
| P76 Depressive disorder* | <i>ICD-10: F32, F33, F34.1, F34.8, F34.9, F38, F39, F41.2, F53.0</i> |
| incl: depressive neurosis; depressive psychosis; mixed anxiety and depression; reactive depression; puerperal/post-natal depression | |
| excl: acute stress reaction P02 | |
| criteria: fundamental disturbance in affect and mood towards depression. Mood, energy and activity are simultaneously lowered, together with an impaired capacity for enjoyment, interest and concentration. Sleep and appetite are usually disturbed and self-esteem and confidence are decreased. | |
| consider: feeling depressed P03 | |
| P82 Post-traumatic stress disorder* | <i>ICD-10: F43.1</i> |
| incl: persistent adjustment disorder | |
| criteria: a stressful event followed by a major state of distress and disturbance, with a delayed or protracted reaction, flashbacks, nightmares, emotional blunting, and anhedonia interfering with social functioning and performance, and including depressed mood, anxiety, worry, and feeling unable to cope, persistent over time | |
| consider: acute stress reaction P02, feeling anxious P01, feeling depressed P03 | |

* A mental disorder is a clinically significant psychological syndrome or pattern, with or without an association with stressors (such as disability, increased risk, or an important loss), which cannot be considered an expected response to a particular event, but rather a manifestation of a behavioral, psychological or biological dysfunction.

Figuur De oude (boven) en nieuwe (onder) structuur voor het coderen van deelcontacten binnen een zorgepisode



ICHPPC-2-'definities' als waren het diagnostische criteria voor een ziekte. De formulering van een aantal criteria in de ICHPPC-2-Defined gaf daar ook wel aanleiding toe, omdat bij een aantal rubrieken eigenlijk de regels voor het opstellen van exclusiecriteria werden gevolgd. Exclusiecriteria zijn bedoeld om de huisarts te helpen diagnose te stellen aan de hand van diagnostische criteria.

Daarom is er bij de voorbereiding van de inclusiecriteria voor de ICPC-2 streng op toegezien dat deze het gebruik van de ICPC-2 als classificatie bevorderen en dat de gebruiker snel duidelijk is dat er geen sprake is van diagnostische criteria.¹¹ Door naast de criteria voor het coderen ook de conversiestructuur met de ICD-10, de exclusies en overwegingen ('consider') van andere ICPC-rubrieken op te nemen (tabel 4-6), is toch de weg geopend naar een elektronische ICPC-2 die de huisarts bij het documenteren van de diagnostiek ondersteunt.¹²

In een moderne elektronische patiëntenkaart is het gestandaardiseerd vastleggen van de aan- of afwezigheid van symptomen en klachten met een hoge positieve dan wel negatieve voorspellende waarde voor een bepaalde aandoening essentieel. Op basis van de inmiddels beschikbare epidemiologische gegevens kan de Nederlandse versie van de ICPC-2-criteria (desgewenst) worden vergezeld van lijstjes symptomen en klachten die tijdens het contact op aan- respectievelijk afwezigheid dienen te worden onderzocht en met de betreffende ICPC-2-codes worden vastgelegd.

Nieuwe structuur voor het beschrijven van deelcontacten

De ICPC-2 gaat uit van een nieuwe structuur voor het beschrijven van deelcontacten binnen een zorgepisode. De *figuur* geeft het verschil aan tussen de elementen die voor ieder deelcontact binnen een zorgepisode dienen te worden gecodeerd met de ICPC-1 en met de ICPC-2.^{10,11} De WONCA-classificatiecommissie vindt dat in de documentatie van zorgepisoden in de huisartspraktijk niet slechts de diagnose moet worden gecodeerd, maar ook

de symptomen en klachten van patiënten in de vorm van contactredenen en zoals zij worden vastgesteld bij anamnese en onderzoek. Daarnaast is het belangrijk de contactredenen van patiënten in de vorm van een verzoek om een bepaalde interventie expliciet te registreren. In een elektronische patiëntenkaart kunnen alleen al om juridische redenen dergelijke gegevens niet ontbreken, maar de klinisch-huisartsgeneeskundige redenen voor de nieuwe (codeer)structuur van deelcontacten is van meer belang.

Bij de introductie van de ICPC-1 werd wel verwacht dat de contactredenen van patiënten veel variatie in het handelen van de huisarts binnen zorgepisoden met dezelfde diagnostische titel zouden verklaren, maar zekerheid bestond daar niet over. Inmiddels staat vast dat zowel symptomen en klachten als verzoeken om een interventie een eigen plaats in de patiëntgebonden documentatie hebben, opdat het verloop van zorgepisoden optimaal wordt gedocumenteerd. Dat geldt ook voor het onderscheid tussen interventies die tijdens het contact (feitelijk) worden verricht en interventies die na het contact op verzoek van de huisarts plaatsvinden, maar waarvan uiteraard niet zeker is dat zij ook plaatsvinden. Niet alle recepten worden opgehaald of gebruikt en niet alle verwijzingen en verzoeken om aanvullend onderzoek vinden plaats op de wijze zoals de huisarts dat tijdens het betreffende contact voor ogen stond.

Conversie naar de ICD-10

De ICPC-2 is geconverteerd naar de tiende editie van de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). Zoals al eerder gesteld, is de ICPC in de eerste plaats de ordeningsmethode waarmee het domein van de internationale huisartsgeneeskunde wordt gekarakteriseerd.¹³ De specificiteit van de diagnostische rubrieken schiet echter vaak tekort bij de documentatie voor individuele patiënten. Daarom is besloten de benodigde diagnostische specificiteit te ontlenen aan de ICD-10.^{13,14} Overigens is de verwachting dat de Nederlandse ICD-10, waarvan de alfabetische index

naar verwachting dit jaar klaar zal zijn, niet in de huidige vorm in de elektronische ziekenhuis- respectievelijk specialistendossiers zal worden ingevoerd, maar in de vorm van de aanzienlijk specifiekere ICD-10-CM (Clinical Modification) zoals indertijd ook de ICD-9-CM ook in Nederland als standaard is ingevoerd.¹⁵ Deze 'clinical modification' wordt op dit moment in de Verenigde Staten vervaardigd. Iets dergelijks geldt voor de ICIDH-2 (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) die op dit moment evenmin in definitieve vorm beschikbaar is maar waarmee op termijn een voor huisartsen en andere hulpverleners in de eerste lijn belangrijk kader wordt geboden waarmee de consequenties van ziekten voor de patiënt beter beschreven kunnen worden.^{16,17}

Het NHG-AMC-project

In het NHG-AMC-project zullen stapsgewijs producten beschikbaar komen waarmee de Nederlandse huisarts in de komende jaren met de nieuwe elektronische episodegerichte patiëntenkaart kan werken. De ervaringen met de ICPC-1 hebben ons geleerd dat de onderliggende basisstructuur helder dient te zijn om latere verfijningen en 'updates' min of meer probleemloos aan te kunnen brengen.

Voor het routinegebruik van elektronische patiëntendossiers door huisartsen zal een zoekalgoritme ontwikkeld worden waarmee bij het toekennen van een ICPC-2-code aan een zorgepisode ook de relevante ICD-10-diagnose wordt gekozen. Er wordt in eerste instantie uitgegaan van een strikte ICPC-2/ICD-10 conversiestructuur zoals deze op dit moment deels vastligt, en deels nog ontwikkeld wordt. Daar aan kunnen in een later stadium verfijningen gekoppeld worden zoals deze voortkomen uit de ICD-10-CM en de ICIDH-2; voor de laatste zal een conversiestructuur worden ontwikkeld. De alfabetische zoekmogelijkheden en de ruimte voor steeds specifiekere beschrijvingen van de zorgepisoden van de patiënt kunnen zo stap voor stap ingevoerd worden.

Het is de bedoeling het zoekalgoritme

in de verschillende HISSen in te bouwen en bij tien gebruikers gedurende drie tot zes maanden te testen door de resultaten van zoekacties automatisch te registreren. Op grond van de testresultaten zal het zoekalgoritme worden aangepast. Door de gebruikers en leveranciers van de HISSen in een vroeg stadium bij het project te betrekken, is een hoge mate van kwaliteit en acceptatie gewaarborgd.

De nieuwe structuur van de deelcontacten binnen een zorgepisode verlangt dat de zoekalgoritmen per te coderen veld gedifferentieerd worden, zodat de Nederlandse huisarts snel en betrouwbaar de ziektegeschiedenis van zijn patiënten kan documenteren. Uiteraard kunnen huisartsen besluiten alleen de zorgepisode te coderen, maar de verwachting is dat in de volledige elektronische patiëntenkaart geen van de elementen in de *figuur* gemist kan worden.

Bovenstaande ontwikkelingen (nog niet gereed zijn van de alfabetische index van ICD-10, verdere ontwikkeling van de ICD-10-CM en de koppeling tussen ICPC-2 en ICD-10, bouwen en testen van het zoekalgoritme) maken dat de ICPC-2 in volle omvang in 2003 voor alle huisartsen beschikbaar zal zijn.

Besluit

Uiteindelijk doel van het project is een gebruiksvriendelijk systeem van hoge kwa-

liteit voor het coderen van alle facetten van het huisartsgeneeskundig contact, dat aangepast kan worden aan de wensen van de individuele gebruiker, van medicus practicus tot huisarts-onderzoeker. Naast de inspanningen van NHG en AMC is de hulp van gebruikers en HIS-leveranciers onontbeerlijk. Met inspanning van alle betrokkenen is de verwachting dat uiterlijk 1 januari 2003 alle Nederlandse huisartsen met de ICPC-2 zullen kunnen werken.

Literatuur

- Lamberts H, Wood M, editors. ICPC. International Classification of Primary Care. Oxford, etc.: Oxford University Press, 1987.
- Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes IM, editors. The International Classification of Primary Care in the European Community. Oxford, etc.: Oxford University Press, 1993.
- Boersma JJ, Gebel RS, Lamberts H, redactie. ICPC short titles (vertaald in het Nederlands) en Nederlandse subtitels. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1993.
- WONCA International Classification Committee. International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC-2-Defined). New York: Oxford University Press, 1983.
- Boersma JJ, Duisterhout JS, Gebel RS, redactie. Eindrapportage ICPC-Thesaurus-project. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1992.
- Veltman MTM. Huisartsgeneeskundige zorgepisoden. Analyse van een zevenjaarsbestand [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1995.
- ICPC-2. International Classification of Primary Care. Second edition. Oxford, etc.: Oxford University Press, 1998.
- Van Overbeeke JJ, Westerhof HP. WCIA-HIS-Referentiemodel 1995. Deel A: Functionele eisen. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, Landelijke Huisartsen Vereniging, 1996.
- Westerhof HP, Van Althuis TR. De zorgepisode als basisstructuur in de nieuwe generatie huisartsinformatiesystemen. Huisarts Wet 1998;41: 515-9.
- Hofmans-Okkes IM, Lamberts H. The International Classification of Primary Care (ICPC): new applications in research and computer-based patient records in family practice. Fam Pract 1996;13:294-302.
- Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. Van klacht naar diagnose. Episodegegevens uit de huisartspraktijk. Bussum: Coutinho, 1998.
- Lamberts H, Hofmans-Okkes IM. The generic patient record; an alliance between patient documentation and medical informatics. Meth Inform Med 1996;35:5-7.
- Meijer JS. Zicht op ziekte. De classificatie van ziekten en gezondheidsproblemen in de huisartsgeneeskunde [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1998.
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision (ICD-10). Geneva: WHO, 1992.
- Centrum voor Informatieverwerking voor de Nederlandse ziekenhuizen. Classificatie van ziekten 1980. Deel 1: systematisch [Vertaling ICD-9-CM]. Utrecht: SMR, 1979.
- Raad voor Gezondheidsresearch TNO. Internationale classificatie van stoornissen, beperkingen en handicaps 1980 [Vertaling van de ICIDH - A manual of classification relating to the consequence of disease; WHO 1980]. Voorburg: COG-Gehandicapten, 1980.
- ICIDH-2. Internationale Classificatie van Stoornissen, Activiteiten en Participatie. Een handleiding voor de Dimensies van Gehandicapten en Gezondheid. Concept Beta-1 voor field trials 1997. Zeist: CSIZ, 1997.

De ICPC-1. Stand van zaken, praktische problemen en oplossingen

Literatuur

- Lamberts H, Wood M, editors. ICPC. International Classification of Primary Care. Oxford, etc.: Oxford University Press, 1987.
- Westerhof HP. Automatiseren in de huisartspraktijk, deel II. De toepassing van het elektronisch patiëntendossier. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1994.
- Van Althuis TA. Rapportage NUT III enquête. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1999.
- De Kanter JS, Lamberts H, Mulder JD. ICPC. International Classification of Primary Care. Nederlandse vertaling. Leiden.: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, 1988.
- Boersma JJ, Duisterhout JS, Gebel RS, et al. Eindrapportage ICPC-Thesaurus-project. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1992.
- Boersma JJ, Gebel RS, Lamberts H, redactie. ICPC short titles (vertaald in het Nederlands) en Nederlandse subtitels. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1993.
- Van Overbeeke JJ, Westerhof HP. WCIA-HIS-Referentiemodel 1995. Deel A: Functionele eisen. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, Landelijke Huisartsen Vereniging, 1996.
- Westerhof HP, Van Althuis TR. De zorgepisode als basisstructuur in de nieuwe generatie huisartsinformatiesystemen. Huisarts Wet 1998;41: 515-9.
- Classificatie van Verrichtingen. Utrecht: SIG Zorginformatie, 1996.
- ICPC-2. International Classification of Primary Care. Second edition. Oxford, etc.: Oxford University Press, 1998.
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision (ICD-10). Geneva: WHO, 1992.
- Gebel RS, Okkes IM, Lamberts H, Meijer JS. De Nederlandse ICPC-2 en de episodegerichte elektronische patiëntenkaart in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 2000;43(1):9-14.

huisarts en wetenschap

MAANDBLAD VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

- peter lucassen & marjolein berger
2 **Wetenschap en zorg: twee onverenigbare uitersten?**
- e.a. hofmans & n.p. van duijn
5 **Naar een nieuwe NHG-Standaard Medische Verslaglegging?** GP
- h.g.a. cremers, et al.
7 **Is elke huilbaby een excessieve huiler?** AIS
- p.l.b.j. lucassen, et al.
12 **De effectiviteit van behandelingen van excessief huilen bij zuigelingen** AIS
- r.s. gebel
20 **De ICPC-1** GP
Stand van zaken, praktische problemen en oplossingen
- r.s. gebel, et al.
23 **De Nederlandse ICPC-2 en de episodegerichte elektronische patiëntenkaart in de huisartspraktijk** GP
- w.j.j. assendelft, et al.
29 **Systematische literatuuroverzichten voor de huisarts** GP
- a.n. goudswaard, et al.
32 **NHG-Standaard Enkeldistorsie (eerste herziening)** CH
- 38 **Rubrieken**
- 45 **NHG-katern**

2000

1

BESTAND 2

BESCHRIJVING VAN DE ICPC

De International Classification of Primary Care (ICPC) is bedoeld om het domein van de huisartsgeneeskunde te ordenen. Deze classificatie maakt het mogelijk de meest voorkomende symptomen en klachten, diagnoses en interventies in de huisartspraktijk te benoemen en te coderen. De ICPC is een twee-assig classificatiesysteem: de ene as wordt gevormd door 17 hoofdstukken, elk met een lettercode; de andere as bestaat uit zeven componenten met een tweecijferige code.

De 17 hoofdstukken zijn:

- A: Algemeen
- B: Bloed, bloedvormende organen en immuunstelsel
- D: Spijsverteringsorganen
- F: Oog
- H: Oor
- K: Cardiovasculair stelsel
- L: Bewegingsapparaat
- N: Zenuwstelsel
- P: Psychische problemen
- R: Luchtwegen
- S: Huid
- T: Endocriene klieren, stofwisseling en voeding
- U: Urinewegen
- W: Zwangerschap, bevalling en geboorteregeling
- X: Geslachtsorganen vrouw, inclusief borsten
- Y: Geslachtsorganen man, inclusief borsten
- Z: Sociale problemen

De 7 componenten zijn:

- 1: Symptomen en klachten (01-29)
- 2: Diagnostische/preventieve verrichtingen (30-49)
- 3: Medicatie/therapeutische verrichtingen (50-59)
- 4: Uitslagen van onderzoek (60-61)
- 5: Administratieve verrichtingen (62)
- 6: Verwijzingen/andere verrichtingen (63-69)
- 7: Omschreven ziekten (70-79)

Symptomen en klachten zijn ondergebracht in de eerste component, en zoveel mogelijk geordend naar orgaansysteem of aandachtsgebied (hoofdstuk) waarop zij betrekking hebben. Zo zijn alle oorklachten in het hoofdstuk met ooraandoeningen (H) ondergebracht, alle klachten over maag en

darmen in hoofdstuk D, alle klachten over het bewegingsapparaat - de gewrichten, spieren, botten en pezen - in hoofdstuk L; hoofdstuk Z bevat sociale problemen.

Voor de codering van interventies geldt hetzelfde: de in de huisartsgeneeskunde gebruikelijke diagnostische en therapeutische interventies hebben voor ieder hoofdstuk dezelfde code en de hoofdletter geeft aan tot welk hoofdstuk de interventie gerekend wordt. Zo duidt de code -34 'bloedonderzoek' aan; wordt dat gedaan bij een patiënt met diabetes (een ziekte in hoofdstuk T: endocriene klieren), dan is de code voor het bloedonderzoek: T34. Vindt bloedonderzoek echter plaats in het kader van diagnostiek voor ijzergebrekanemie (een ziekte uit hoofdstuk B: bloed en lymfeklieren), dan is de code B34. Op dezelfde manier geeft -50 altijd aan dat er medicatie is voorgeschreven: R50 (medicatie probleem luchtwegen), D50 (medicatie probleem maagarmstelsel), L50 (medicatie probleem bewegingsapparaat), enz.

Tenslotte zijn in de zevende component van de ICPC de meest voorkomende ziekten ondergebracht. In hoofdstuk K hart/vaatziekten, in hoofdstuk S huidziekten, in hoofdstuk F oogziekten, enz.

De benoeming en classificatie van symptomen, klachten, interventies en diagnoses volgt een systematiek als die van de coördinaten van een landkaart. De eerste stap is het vinden van het meest voor de hand liggende orgaansysteem of probleemgebied, en de tweede stap is de beslissing of het gaat om een symptoom of klacht, om een diagnostische of therapeutische interventie, of om een 'echte', omschreven ziekte. De alfanumerieke drieteken-code die zo tot stand komt begint met de hoofdletter van het hoofdstuk, en wordt gevolgd door twee cijfers: 1-29 voor symptomen en klachten, 30-69 voor interventies en 70-99 voor ziekten.

Contactredenen, diagnoses en interventies vormen de kern van een zorgepisode: een gezondheidsprobleem of ziekte vanaf de eerste presentatie tot en met het laatste contact ervoor. Een zorgepisode kan één of meer contacten omvatten; vinden in een episode meer contacten plaats, dan kan de diagnose in de loop van de tijd veranderen (bijv. van 'hoest' in 'bronchitis').

[Terug naar readme](#)