

liggen, dat wil zeggen dat zij worden geholpen hun van „nature aanwezige potentie als onderwijzer tot wasdom te brengen”. Daar toe wordt voor elke groep huisarts-opleiders een viertal terugkomdagen georganiseerd, waarvan het programma overeenkomt met de terugkomdagen van de arts-assistenten, met onder andere spuien, oefenen in huisarts-denken door middel van casus- en werkwijze-bespreking, gespreksvoering en relatietraining. Daarnaast worden er basis- en vervolgcursussen voor de huisarts-opleiders (drie opeenvolgende dagen in een conferentie-oord) georganiseerd, waar de nadruk ligt op de communicatie en de samenwerking tussen de huisarts-opleider en de arts-assistent en de inhoud van de opleidersrol van de huisarts-opleider. Voor de toekomst stelde Koperberg aan een uitbreiding van de opleiding naar twee jaar en aan een betere rechts- en financiële positie van de arts-assistenten de hoogste prioriteit toe te kennen.

Besluit

Zowel na de ochtend- als na de middagzitting werd een forumdiscussie gevoerd. De uitgebreide gedachtenwisseling, waarbij vele vragen werden opgeroepen, is waarschijnlijk een aanwijzing voor de aandacht die de komende jaren aan de hier onder de aandacht gebrachte problemen zal worden besteed. Kan men een specifiek beslissingsprobleem van de huisarts wetenschappelijk oplossen? In hoeverre zijn er normen ontwikkeld om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te onderzoeken en zou dit niet een hoge prioriteit moeten hebben? Zetten wij ons niet teveel af tegen de specialistische geneeskunde in plaats van te proberen tot een vruchtbare samenwerking te komen? Wat zijn de mogelijkheden en wenselijkheden van formatieve en summatieve toetsing van de opleiding? Ongetwijfeld zal ook in dit tijdschrift deze discussie verder en meer uitgebreid worden gevoerd.

Het slotwoord werd uitgesproken door Prof. Dr. F. J. A. Huygen, die van af het begin nauw betrokken is geweest bij de ontwikkelingen, die deze dag in de belangstelling stonden. De moeilijke opdrachten die de huisartsgeneeskunde de komende jaren heeft te vervullen, nu haar integratieproces binnen de universiteit niet meer is te stuiten, stelde hij hierin centraal. Dit proces heeft namelijk als neveneffect gehad dat er een leemte is ontstaan tussen de medewerkers van de huisartsinstituten en de Nederlandse huisartsen; deze moet worden overbrugd. De universitaire huisartsgeneeskunde dient in een vitale relatie te leven met de praktijkwereld, zonder haar integratie met de medische faculteit teniet te doen. Juist vanuit een dergelijke brugpositie kan zij namelijk werken aan de humanisering van de geneeskunde, de verbetering van de relatie tussen de intra- en extramurale zorg en aan een verder aanpassing van de gezondheidszorg aan de maatschappelijke behoeften.

Nieuwe classificatie van ziekten en andere codesystemen

W.EKKER*

In 1977 verscheen de negende editie van de International Classification of Diseases (ICD-9) die internationaal van kracht zal worden op 1 januari 1979. Een scala nieuwe classificaties is ter beschikking gekomen die ook voor ons land duidelijke consequenties heeft. De nieuwe diagnoseclassificatie is dusdanig uitgebreid en aangepast aan de huidige tijd dat vele specialismen hun arbeidsveld beter in kaart kunnen brengen. Dit is van belang voor ontwikkelingen zoals „medical audit” en probleemgeoriënteerde registratie.**

ICD-9 zal krachtens internationale afspraak over de gehele wereld worden gebruikt voor de sterftestatistiek. Voor de morbiditeit, inclusief de ziekenhuisstatistiek, zullen wij ook te maken krijgen met „afgeleiden”. Evenals voorheen wordt in de Verenigde Staten een op de morbiditeit toegespitste „clinical modification” van ICD-9 samengesteld (afgekort: ICD-9-CM). Aangezien deze ook voor ons land voordelen lijkt te bezitten, wordt ten behoeve van de registratie in ziekenhuizen en andere instellingen van gezondheidszorg een Nederlandse vertaling gereed gemaakt, die op 1 januari 1980 ingevoerd zal worden.

Behalve de bovengenoemde classificaties zijn ongeveer ter zelfder tijd nog enkele an-

dere codesystemen verschenen, namelijk:

- Classification of Procedures;
- Classification of Impairments and Handicaps;
- ICD-O (Oncology);
- International Nomenclature of Ophthalmology.

Ook deze willen wij kort bespreken en de implicaties voor Nederland aangeven.

ICD-9

De nieuwe wijnde editie van de ICD is beduidend kloeker dan zijn donkerblauwe voorganger en de inhoud is navenant. Vooral door veel inspraak van geledingen uit de gezondheidszorg is deze herziening ingrijpend geworden. Hoewel de hoofdstukindeling ongewijzigd is gebleven en ook verder de nummering zoveel mogelijk is gehandhaafd, is in het gehele boek toch een groot aantal veranderingen aangebracht, waarvan de voornaamste zijn:

- een grotere mogelijkheid van detaillering door uitbreiding van het aantal drie- en viercijferige codes;
- invoering van een vijfde cijfer op verschillende plaatsen, dat als „optional” (facultatief) wordt gepresenteerd;
- invoering van een dubbele classificatie voor een aantal aandoeningen, enerzijds

derdejaars stage huisartsgeneeskunde. U.H.I., R.U. Utrecht, juni 1977: 10.

- 1 Kenmerken van de huisarts; rapport onderwijsdoelstellingen 1975. Instituut voor huisartsgeneeskunde van de rijksuniversiteit te Utrecht, mei 1975.
- 2 Zie ook J. V. van Es. De opleiding van de huisarts in Croatië en diens plaats in de gezondheidszorg. (1973) huisarts en wetenschap 16, 421-426.
- 3 R. de Melker. Evaluatief verslag van de

- 4 Kenmerken van de huisarts; op cit. : 5, 6.
- 5 C. A. van Peursen. Strategie van de cultuur. Elsevier, Amsterdam-Brussel, 1970.
- 6 J. C. van Es. Patiënt en huisarts. Een leerboek huisartsgeneeskunde. Oosthoek, Scheltema & Holkema, Utrecht, 1974.

(1978) huisarts en wetenschap 21, 189

* Medewerker bij de Stichting Medische Registratie.

**World Health Organization, Manual of the International Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death, Volume 1, 1977; XXIII + 773 pagina's.

De WHO-uitgaven zijn verkrijgbaar bij Martinus Nijhoff's Boekhandel, Lange Voorhout 9, Den Haag, met uitzondering van de Classification of Impairments and Handicaps. Deze is beschikbaar als werkdocument WHO/ICD-9/REV.CONF/75.15 en kan worden aangevraagd bij de WHO, Genève, Zwitserland, Afdeling Documentatie (DOC.Unit).

De International Nomenclature of Ophthalmology kan verkregen worden via het bureau van de American Academy of Ophthalmology: 15 Second Street S.W., Rochester, Minnesota 55901, USA.

naar etiologie en anderzijds naar manifestatie;

– vergrote gebruiksmogelijkheid van de classificatie voor poliklinisch en extramuraal gebruik door uitbreiding van de aanvullende classificatie (nu met V aangeduid in plaats van voorheen met Y) met onder meer auto- en hetero-anamnestiche codes.

De classificatie is door deze en andere veranderingen veel bruikbaar geworden. Analyse in meer detail doet dit nog beter uitkomen:

Bij de neoplasmata kan voortaan niet alleen onderscheid worden gemaakt tussen „maligne”, „benigne” en „niet nader omschreven”, maar daarnaast zijn groepen voor „borderline” en voor „in situ” tumoren toegevoegd. De morfologie (histologie) van de tumor kan worden aangegeven met een, eveneens in de ICD-9 opgenomen, M classificatie. Voor oncologische centra is daarnaast een, hierna nog te bespreken, aan de ICD verwante classificatie (ICD-O) uitgebracht.

Ter wille van de internationale vergelijkbaarheid zijn alle codes in het hoofdstuk psychische ziekten van uitgebreide, in overleg met de betreffende specialistenorganisaties tot stand gekomen, omschrijvingen voorzien. Zoals blijkt uit de toelichting hierbij, zijn deze omschrijvingen in de eerste plaats voor de beroepsbeoefenaren zelf bedoeld, omdat de termen waarop tot dusver werd gecodeerd van land tot land niet dezelfde inhoud dekken.

Het gedeelte over oogziekten is door toedoen van het Internationaal Oogheelkundig Genootschap ingrijpend gewijzigd en uitgebreid. Daarnaast is door dit genootschap ook een afzonderlijke classificatie uitgegeven, waarin alle op de oogheelkunde betrekking hebbende codenummers uit de ICD zijn samengebracht. In deze International Nomenclature of Ophthalmology is voor (super-) specialistisch gebruik een facultatieve onderverdeling met gebruik van een vijfde cijfer opgenomen.

In het hoofdstuk Zwangerschap, bevalling en kraambed, is een logischer indeling van de complicaties in de verschillende tijdperken tot stand gebracht. Nummer 650 luidt nu: bevalling bij een volledig normaal geval, dat wil zeggen zonder enige complicatie tijdens zwangerschap, bevalling of kraambed. Van veel belang is de introductie van een nieuw formulier voor registratie van perinatale sterfte, waarop zowel oorzaken gelegen bij het kind als moederlijke en andere oorzaken kunnen worden vastgelegd. Nauwkeuriger definities van perinatale sterfte en dergelijke moeten verder bijdragen aan betere internationale vergelijkbaarheid.

In hoofdstuk XIII, Bewegingsstelsel, kan desgewenst de lokalisatie door middel van een vijfde cijfer worden vastgelegd.

Bij de ongevallen is de oude N-code (nature of injury) hoofdstuk XVII geworden. De E-code (external cause of injury) is nu een aanvullende classificatie, die niet alleen bij hoofdstuk XVII, maar ook bij andere hoofdstukken uit de ICD kan worden gebruikt. (Zo kan bij een agranulocytose of een eczeem hiermee de oorzaak worden aangegeven). De E-codering laat ook een beter onderscheid dan tot dusver toe tussen onopzettelijke of opzettelijke vergiftiging door geneesmiddelen, dat wil zeggen door een bij vergissing dan wel met opzet ingenomen te hoge dosis of verkeerd geneesmiddel en tussen bijwerkingen bij juist gebruik van geneesmiddelen. Een nieuwe regel bij de doodsoorzakenstatistiek houdt in dat - waar sprake is van een fout of ongeluk tijdens een medische ingreep - deze voortaan als primaire doodsoorzaak zal worden aangemerkt, met voorbijgaan van de aandoening waaraan de patiënt lijdt.

Wij vermeldden reeds dat de V-codering nu veel meer mogelijkheden biedt. Men kan hiermee onder andere belastende gegevens uit de auto- en hetero- (familie)anamnese vastleggen, maar ook velerlei redenen voor contact met de gezondheidszorg.

Er worden nieuwe verkorte lijsten voor tabellen van ziekte of sterfte aangeboden volgens een meer flexibel systeem dan voorheen, doordat uit een basislijst met 307 nummers aan de lokale situatie aangepaste lijsten kunnen worden samengesteld.

Resumerend betekent de ICD-9 een veelzijdig classificatiesysteem, dat door een grote inspanning is aangepast aan de huidige tijd en dat in de komende tien jaar de verwerking van ziekte- en sterftegegevens zal gaan bepalen. Elke tien jaar wordt op deze wijze de ICD aan de ontwikkelingen in de medische wetenschap en in de gezondheidszorg aangepast. De discussie en voorbereiding van de tiende revisie is alweer gestart, waarbij onder meer de vraag onder ogen zal worden gezien of de vertrouwde - enigszins heterogene - „medische” indeling kan worden gehandhaafd of dat dient te worden overgegaan op een ander indelingsprincipe.

ICD-9-CM

Ondanks de verdiensten van de ICD-9 heeft men in de Verenigde Staten deze classificatie voor morbiditeitsdoeleinden in hoog ontwikkelde Westerse landen niet geheel toereikend geacht. Gevolg van dit inzicht is de vervaardiging, eveneens voor invoering per 1 januari 1979, van een „clinical modification” van de ICD. Deze ICD-9-CM komt tot stand onder verantwoordelijkheid van het National Center of Health Statistics en wordt ondersteund en voorbereid door alle betrokken groeperingen. Belangrijke toepassingsgebieden van de ICD-9-CM zullen onder andere zijn:

- de door het National Center of Health Statistics uitgevoerde nationale gezondheidsstatistieken (National Health Survey, Health Examination Survey, en dergelijke);
- verslaglegging in het kader van evaluatie van de gezondheidszorg (Professional Standard Review Organizations, peer review, en dergelijke);
- statistieken van instellingen, organisaties en financiers van de gezondheidszorg (CPHA, Medicare/Medicaid, Blue Cross, HIP, etcetera).

De ICD-9-CM onderscheidt zich van de ICD-9 door:

- nog meer detail (uitbreiding van de vijf-cijfer codes);
- een uitgebreider systeem van inclusies, exclusies en verwijzingen, wat bijdraagt aan een uniforme codering.

De dubbele classificatie, die in de ICD-9 wordt ingevoerd, is in de ICD-9-CM niet gevolgd. Evenals voorheen in de meeste classificaties, heeft iedere aandoening altijd één vaste plaats. Belangrijk is dat de Amerikaanse overheid besloten heeft alle afwijkingen tussen ICD-9 en ICD-9-CM op vijfcijferig niveau uit te voeren. Dit zal dus betekenen dat in het derde en vierde cijfer de beide classificaties volledig vergelijkbaar zijn. ICD-9-CM komt in de eerste helft van 1979 beschikbaar.

Nederlandse classificatie van ziekten

In Nederland is besloten om voor morbiditeitsdoeleinden de ICD-9-CM te volgen, omdat deze van de beschikbare classificaties het best is aangepast aan Westerse klinische behoeften. Aan de totstandkoming van de ICD-9-CM hebben adviescolleges van de Amerikaanse specialistenorganisaties bijgedragen. Ook verder is het werk ondersteund, bijvoorbeeld door de Organisaties van Huisartsen, de American Medical Association, American Hospital Association en Association of Pathologists.

De vertaling van de ICD-9-CM en de uitgave van een Nederlandse Classificatie van Ziekten worden uitgevoerd door de Stichting Medische Registratie, die ook in 1969 de „Classificatie van Ziekten voor de medische registratie in ziekenhuizen” heeft verzorgd. Vertraging in het beschikbaar komen van ICD-9-CM maakt echter dat de nieuwe classificatie niet in 1979, doch in 1980 in de SMR-registratie zal worden ingevoerd.

Classification of procedures

Tot dusver bestond geen internationaal aanvaarde classificatie van operaties en andere verrichtingen in de gezondheidszorg. Op de in 1975 gehouden revisieconferentie van de World Health Organization is een „Classification of Procedures” aanvaard, niet als een onderdeel van de ICD-9, maar ter voorlopige

publikatie om na verloop van tijd en met gebruik van de opgedane ervaring een meer definitief karakter te krijgen.

De (voorlopige) Classification of Procedures verschijnt in twee delen, waarvan het eerste deel thans beschikbaar is. Deze bestaan uit de volgende onderdelen:

Deel I: Diagnostische verrichtingen; Laboratoriummethoden; Preventie; Operaties; Overige therapeutische verrichtingen; Bijkomstige verrichtingen.

Deel II: Radiologie en bepaalde andere toepassingen van de natuurkunde in de geneeskunde; Geneesmiddelen en andere biologische stoffen.

Met beide delen samen kan een groot deel van de medische verrichtingen worden gecodeerd. Het ligt echter nog niet in de bedoeling de nieuwe classificatie in Nederland in te voeren, wel om hier bij toekomstige herzieningen rekening mee te houden. Voor de medische registratie in ons land blijft de Classificatie van Operaties, die per 1 januari 1977 werd herzien, dus van kracht. In de Verenigde Staten zal een op het operatie-deel van de WHO-uitgave gebaseerde „Classification of Operations” verschijnen, als een afzonderlijke uitgave naast de ICD-9-CM.

Classification of impairments and handicaps

Door de World Health Organization is ook een - eveneens experimentele - classificatie van gebreken, functiestoornissen en handicaps uitgegeven voor gebruik naast de ICD. Met de ICD kunnen in hoofdzaak ziekten en ongevallen worden gecodeerd. De als gevolg hiervan ontstane resttoestanden (gebreken) kunnen onvoldoende worden vastgelegd en nog minder de graad en aard van de hierdoor veroorzaakte functiestoornissen of beperkingen die hierdoor op verschillende levensgebieden kunnen ontstaan.

Voor gebruik ten behoeve van revalidatie-

instellingen en sociale verzekeringsinstaties is daarom de „Classification of Impairments and Handicaps” ontwikkeld. In de eerste plaats worden de begrippen „impairment”, „disability” en „handicap”, waarover nationaal en internationaal weinig overeenstemming bestaat, daarin gedefinieerd. Voor de „impairments” (gebreken) wordt een driecijferige classificatie aangeboden, met als voornaamste onderdelen stoornissen van psyche of intellect, zintuigen, interne organen, hoofd en romp, en ledematen. Bij de laatste wordt afzonderlijk plaats ingeruimd voor mechanische stoornissen, paralyse, sensibele stoornissen, amputatie en misvorming. De „disability” (functiestoornis) wordt met een vierde cijfer aangegeven, verschillend al naar de aard van het gebrek. Voor het beschrijven van de als gevolg van gebreken en functiestoornissen optredende handicaps staan vijf „velden” ter beschikking, waaraan een zesde toegevoegd kan worden om de prognose weer te geven. De handicap-code staat aldus als „IMOSEF code” bekend, naar de eerste letters van de zes velden:

I = independence (in somatisch opzicht)

M = mobility

O = occupation

S = social integration

E = economic self-sufficiency

F = future outlook.

Het toekennen van deze codes is een specialistische aangelegenheid. Een volledig profiel van een gehandicapte patiënt bestaat bij gebruikmaking van ICD en Classification of Handicaps uit de volgende onderdelen:

- één of meer ICD codes (voor de oorzakelijke aandoening);
- impairment code (drie cijfers);
- disability code (één cijfer);
- handicap(IMOSEF)code (vijf of zes cijfers).

Het is ons niet bekend of in Nederland al plannen bestaan om deze speciale classificatie te gaan gebruiken.

ICD-O*

Eveneens voor gespecialiseerd gebruik is een „International Classification of Diseases for Oncology” (ICD-O) opgesteld, die in verschillende opzichten verder gaat dan de ICD. Een volledige tumorcode volgens de ICD-O bestaat uit tien cijfers:

- Een topografiecode van vier cijfers, die vrijwel overeenkomt met de nummering van het gedeelte betreffende maligne neoplasmata uit de ICD-9. Bij de ICD-O wordt deze code echter gebruikt voor de topografie van alle neoplasmata, dus bijvoorbeeld ook benigne en in-situ-tumoren. Het voordeel hiervan is dat men een maximale differentiatie verkrijgt.

- Voor de morfologie staat eveneens een viercijferige code ter beschikking, die gebaseerd is op „MOTNAC 1968”.

- Gedrag (goedaardig, kwaadaardig, etcetera) en histologische differentiatie (graad I-IV en niet gespecificeerd) worden ieder met één cijfer aangegeven. De morfologie- en gedragscode zijn tezamen als „M-lijst” in de ICD-9 opgenomen. Naast verschillen zijn er dus ook veel overeenkomsten tussen ICD-O en ICD-9. ICD-O is in het bijzonder bestemd voor gebruik door gespecialiseerde kankercentra.

Oogheelkunde

Een laatste indeling die wij willen noemen is de „International Nomenclature of Ophthalmology”. Hierin zijn alle oogheelkundige codes uit de ICD-9 bijeengebracht, terwijl voor gebruik in gespecialiseerde centra onderverdelingen in het vijfde cijfer zijn aangebracht. Deze nomenclatuur is dus gedetailleerder dan de ICD-9. In hoeverre zij afwijkt van de ICD-9-CM en dus van de toekomstige Nederlandse Classificatie van Ziekten, hebben wij nog niet kunnen nagaan.

* International Classification of Diseases for Oncology. First edition, 1976, WHO, Genève, Zwitserland. XXIII + 131 pagina's.