

# Hulpmiddelen bij het classificeren en registreren

CHRIS VAN WEEL\* EN WILLEM VAN VEEN\*\*

Problemen kunnen eerst dan als zodanig worden erkend, wanneer zij kunnen worden benoemd. Wie tracht te registreren in welke mate hij allerlei problemen ontmoet, loopt de kans dat wat hij kan benoemen, niet interessant is, terwijl het interessante niet valt te benoemen. Over welke middelen kan de huisarts nu beschikken om de werkelijkheid zoals die zich aan hem voor doet, te benoemen en te vergelijken met de werkelijkheid van andere huisartsen?

Bij onze inventarisatie willen wij een drietal facetten onderscheiden: de praktijkvoering, de morbiditeit en een aantal andere aspecten. Alvorens men echter kan beginnen met classificeren en registreren zal men de praktijkgrootte en de opbouw van de praktijk naar leeftijd en geslacht moeten kennen.

In landen als Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Canada ligt dit „denominator problem“ betrekkelijk simpel door de unieke positie van de huisarts als iemand die met een redelijk goed omschreven groep mensen te doen heeft. Hier te lande staat de „population at risk“ min of meer vast omdat inschrijving op naam van een huisarts of van een huisartsengroep verplicht (ziekenfonds-verzekerden) of althans gebruikelijk (particulier verzekerden) is. Toch zal de huisarts voor actuele leeftijds- en geslachtsregisters doorgaans niet kunnen uitgaan van het eigen kaartstelsel. Ook de ziekenfondsen kunnen leeftijds- en geslachtsregisters niet direct leveren. Zij zullen echter bij een duidelijke vraagstelling veelal bereid zijn te helpen bij de tijdrovende samenstelling van dergelijke registers.

## Praktijkvoering

*Verwijskaarten, opnamen en verpleegdagen.* Gegevens met betrekking tot het aantal poliklinische en klinische verwijzingen van ziekenfondsverze-

kerden worden verzameld en gepubliceerd in het kader van het Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen (*Jaarboek LISZ*). De aantallen verwijskaarten, opnamen en verpleegdagen zijn zowel naar huisarts als naar specialist weergegeven. De gegevens over de „productie“ van huisartsen zijn per specialisme gerubriceerd naar provincie, urbanisatiegraad, praktijkgrootte en samenwerkingsvorm. Deze totaalcijfers worden jaarlijks gepubliceerd.

Iedere huisarts kan voorts inzage krijgen van de hem betreffende gegevens middels de directies of medische adviseurs van de ziekenfondsen waarmee hij in relatie staat.

*Patiënt-huisarts-contacten.* De LISZ-gegevens hebben betrekking op het aantal in de praktijk ingeschreven verzekerden en gaan voorbij aan het aantal huisarts-patiënt-contacten. In hoeverre inzicht in het aantal verrichtingen (consulten, visites, telefonische contacten) mogelijk is, zal sterk afhankelijk zijn van de gehanteerde registratiemethodiek. Over de ontwikkelingen op dit terrein is kortgeleden uitvoerig verslag uitgebracht in het themanummer *Probleemgeöriënteerde registratie* van dit tijdschrift. Doorgaans zullen contactfrequenties aan de orde komen bij morbiditeitsregistratie.

*Voorgescreven geneesmiddelen.* Een aantal ziekenfondsen stelt aan de medewerkende huisartsen periodieke gegevens ter beschikking over de recep-

tuur. Zo verstrekt de Vereniging van Amsterdamse Ziekenfondsen per kwartaal gegevens over het gemiddelde aantal afleveringen per verzekerde, de gemiddelde kosten per verzekerde, de gemiddelde kosten per aflevering en het gemiddelde aantal afleveringen per voorschrift. De Amsterdamse huisartsen kunnen aldus elk kwartaal de gegevens betreffende de eigen praktijk vergelijken met de algemene gemiddelden. Het Instituut voor Medische Statistiek (I.M.S.) verzamelt diverse gegevens voor farmaceutische bedrijven. Deze gegevens dienen als uitgangspunt voor marktanalyse. De opzet is om via een intermitterend steekproefonderzoek bij steeds een andere groep huisartsen en specialisten een continu beeld te krijgen van een deel van de morbiditeit met de eventueel toegepaste (farmaco)therapie, het aantal consulten per jaar en de „consultation rate“. Als leidraad voor de morbiditeitsregistratie hanteert het I.M.S. de ICD. De medewerkende artsen ontvangen een uittreksel van de gegevens, getiteld *Diagnose analyse uit de praktijk van de huisartsen in Nederland*.

## Morbiditeit

Sinds de oprichting in 1946 houdt de Wereldgezondheidsorganisatie zich bezig met een regelmatige herziening van de *International Classification of Diseases (ICD)*, waarvan de negende versie op 1 januari 1979 is ingevoerd. De ICD, van oorsprong een lijst van doodsoorzaken, is een internationaal compromis ten aanzien van het classificeren van ziekten, met alle voordelen (internationaal geaccepteerd en vergelijkbaar) en nadelen (nog nauwelijks gericht op het huisartsgeneeskundig handelen en culturele verschillen negerend) van dien.

Voor het registreren van morbiditeit in de huisartspraktijk zijn verschillende classificaties in omloop die zijn afgeleid van of terug te voeren op de ICD). Daarnaast bestaan nog talloze individuele morbiditeitsindelingen.

*E-lijst.* Het Britse Royal College of General Practitioners heeft in 1958 een classificatie voor huisartsen ontwikkeld, de E-lijst, die is afgeleid van de ICD. Deze E-lijst is door een werkgroep uit het N.H.G. en het N.H.I. bewerkt voor Nederlands gebruik: de *Morbiditeitsclassificatie voor gebruik door huisartsen*. De E-lijst en de eraan ontleende Nederlandse lijst dienden als basis voor onder meer de tweede natio-

\* Huisarts te Rotterdam, afdeling Gezondheidscentrum Ommoord van de G.G. en G.D.

\*\* Huisarts te Amsterdam.

nale morbiditeitsregistratie van 1970-71 door Britse huisartsen, de onderzoeken van *Oliemans* in de jaren 1966-68 de morbiditeitsanalyse 1972 door de groepspraktijk *Ommoord* (*Lamberts* 1975a) en de Continue Morbiditeitsregistratie die het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut in een aantal huisartspraktijken voert. De E-lijst heeft duidelijk een richtinggevende rol vervuld bij de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde.

*International Classification of Health Problems in Primary Care*. Zoals aan iedere classificatielijst kleven ook aan de E-lijst bezwaren. Met name *Lamberts* (1975<sup>a</sup>) heeft erop gewezen dat de resultaten van de verschillende morbiditeitsregistraties uiteenlopen; dit feit doet zich vooral voor op het terrein van het probleemgedrag en hangt onder andere samen met verschillen in opvatting over de inhoud van de huisartsgeneeskunde.

Tussen 1972 en 1974 heeft de Werkgroep Classificatie van de WONCA de *International Classification of Health Problems in Primary Care* (ICHPPC) ontwikkeld die, in tegenstelling tot de E-lijst, een afspiegeling vormt van diverse pogingen uit verschillende landen om te komen tot classificatiemogelijkheden die de huisartsgeneeskunde zouden kunnen typeren. In 1975 publiceerden *Van Dijk* en *Lamberts* de Nederlandse vertaling van de eerste versie van ICHPPC. Van de discussie rond het tot stand komen van de ICHPPC is reeds uitvoerig verslag gedaan (*Lamberts* 1974<sup>b</sup>). In vergelijking met de E-lijst is de ICHPPC meer probleem- en minder ziektegericht.

Overeenkomstig de bedoeling aan te sluiten op de ICD volgde dit jaar op het in gebruik komen van de ICD-9 een tweede versie van de ICHPPC. De ICHPPC-2, ook wel ICD-9-GM (General Medicine) genoemd, wordt mede gedragen door de WHO, de verantwoordelijke instantie achter de ICD. De veranderingen in de ICHPPC-2 zijn deels terug te voeren tot wijzigingen van de ICD-9, deels tot meer specifiek huisartsgeneeskundige overwegingen. Het resultaat is dat de ICHPPC-2 en de ICD-9 beter met elkaar harmoniëren dan de voorafgaande versies. Belangrijke wijzigingen zijn zeker nog nodig en worden druk voorbereid door de WONCA.

In dit nummer van huisarts en wetenschap treft de lezer een Nederlandse vertaling aan van een gecompriëerde versie van de ICHPPC-2: *De*

*ICHPPC-2* (1979). Een Nederlandse versie is vooral van belang om de classificatie zoveel mogelijk open te stellen voor gebruik door de Nederlandse huisarts en om de gehanteerde benoemingen van ziekten en problemen zo goed mogelijk af te stemmen op het in onze situatie gangbare idioom.

*Beperkte morbiditeitsregistratie*. Morbiditeitsonderzoek in de huisartspraktijk kan ook zijn gericht op een beperkt aantal problemen. Voorbeelden hiervan zijn de continue morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland, georganiseerd door het N.H.I. in samenwerking met het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid, het sinds 1977 functionerende equivalent hiervan in het Vlaamse gedeelte van België en een stedelijk peilstations-project, georganiseerd door de Amsterdamse G.G. en G.D. Elk van deze projecten maakt gebruik van een lijst met een klein aantal, in de tijd soms wisselende diagnoses.

#### Andere aspecten

Het is goed mogelijk de morbiditeit in de huisartspraktijk te classificeren en registreren. Of daarmee ook wordt gemeten wat interessant is, is natuurlijk de vraag. Aan ziektegedrag kleven behalve de „ziekte“ nog allerlei andere aspecten die minstens zo „interessant“ kunnen zijn. In hoeverre bestaan er classificatiesystemen om – desgewenst – op dit terrein te registreren?

*Redenen om naar de dokter te gaan*; zie *Lamberts* 1979.

*Ernst van de ziekte of klacht*. *Hodgkin* geeft een rubricering naar ernst, die weer gekoppeld is aan de classificatie. Hij onderscheidt vijf graden van ernst: – triviale ziekten; – triviale ziekten die van belang zijn in verband met complicaties en recidieven; – ziekten waarvan vroeger opsporing en behandeling essentieel zijn; – chronische of progressieve ziekten; – levensbedreigende ziekten.

*Westbury* ontwikkelde een driedeling in niet ernstig, enigszins ernstig en ernstig op grond van een communis opinio hierover van Canadese huisartsen. Hij maakte hierbij gebruik van een op de ICHPPC gelijkende Canadese classificatielijst, het *Canuch*-boek. Ook het Nijmeegs Universitair Huis-

artsen Instituut hanteert een classificatielijst ten aanzien van de ernst van de ziekten.

*Patiëntengedrag*. Hoe brengt de patiënt zijn of haar klacht? *McWhinney* ontwikkelde een classificatiesysteem betreffende patiëntengedrag, dat los van de morbiditeitsregistratie valt te gebruiken (*Stewart e.a.*):

- limit of tolerance (hulp zoeken in verband met hinder van symptomen);
- limit of anxiety (hulp zoeken in verband met verontrusting over symptomen);
- signal behavior (symptoom is toegangsbiljet);
- administrative (verkrijgen van een certificaat en dergelijke);
- opportunity (patiënt brengt een klacht uitsluitend omdat er de gelegenheid voor is);
- lanthanic (het ontdekken van een de patiënt onbekende afwijking);

Bij het werken met deze classificaties blijkt er een onmiskenbare interdoktervariatie te bestaan. In circa 75 procent van de gevallen blijkt er overeenstemming te bestaan. Blijkbaar zegt zo'n classificatie niet alleen iets over de patiënt maar ook over de dokter.

*Lamberts* en *Sloot* hebben onderzocht welke betekenis medische diagnoses hebben voor de andere leden van het eerstelijns team. Slechts 117 diagnoses uit de ICHPPC-1 bleken dezelfde professionele betekenis voor de niet-huisartsen te hebben; deze diagnoses zouden de basis kunnen vormen van een multidisciplinaire classificatielijst. Bij 162 diagnoses bleek een onderling verschillende professionele betekenis. Overigens bestaat een multidisciplinaire classificatie niet en valt te betwijfelen of zo'n lijst zin zou hebben.

Alles bij elkaar verkeert het classificeren van andere aspecten dan morbiditeit nog in de kinderschoenen. In hoeverre wij erin zullen slagen het „interessante“ meetbaar te maken in de huisartsgeneeskunde, zal de toekomst leren.

Diagnose analyse uit de praktijk van huisartsen in Nederland, 1975 en 1976. Instituut voor Medische Statistiek, 's-Gravenhage, 1978

*Dijk, W. van en H. Lamberts*. De „International Classification of Health Problems in Primary Care“. (1975) huisarts en wetenschap 18, 361-369.

*Hodgkin, K.* Towards earlier diagnosis (1979) huisarts en wetenschap 22, 401

- in primary care. 4th ed. Churchill Livingstone, Edinburgh etc., 1978.
- ICHPPC-2 (1979), De. (1979) huisarts en wetenschap 22, 398-403.
- International Classification of Diseases. 1975 edition. WHO, Geneva, 1977.
- International Classification of Health Problems in Primary Care. American Hospital Association, Chicago, 1975.
- Jaarboek LISZ 1977. Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, Zeist, 1978.
- Lamberts, H. De morbiditeitsanalyse-1972 door de groepspraktijk Ommoord II. (1975<sup>a</sup>) huisarts en wetenschap 18, 7-39.
- Lamberts, H. De „International Classification of Health Problems in Primary Care” en een nieuwe patiëntenkaart voor de huisarts-geneeskunde. (1975<sup>b</sup>) huisarts en wetenschap 18, 165-173).
- Lamberts, H. en E. Sloot. Multidisciplinaire probleemclassificatie. (1978) huisarts en wetenschap 21, 53-59.
- Lamberts, H. Een nieuwe classificatie. Redenen om naar de huisarts te gaan. (1979) huisarts en wetenschap 22, 379-385.
- Morbiditeitsclassificatie voor gebruik door huisartsen, ontleend aan de Engelse zgn. „E-lijst”. N.H.G., Utrecht, z.j.
- Oliemans, A. P. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Stenfert Kroese, Leiden, 1969.
- Stewart, M. A., I. R. McWhinney and C. Buck. How illness presents. A study of patient behavior. (1975) J. Family Practice 2, 411-414.
- Westbury, R. C. The analyses of family practice workloads by seriousness. (1977) J. Family Practice 4, 125-129.

### Vertaling ICHPPC-2 voor bureauebruik

Op de pagina's 395-399 van dit nummer treft de lezer een vertaling aan van de „condensed titles” van de ICHPPC-2. Op het ogenblik wordt tevens een tot één (tweezijdig bedrukt) vel A-4 formaat gecomprimeerde versie voorbereid. Exemplaren kunnen besteld worden bij Huisartsenpers b.v., telefoon 030 - 52 07 16.

(1979) huisarts en wetenschap 22, 402

# De handtekening van de huisarts

## Een dilemma tussen medische macht en verantwoordelijkheid

DR. K. GILL

De huisarts zet in zijn leven vele handtekeningen. Zij vormen de bekrachtiging van hetgeen is gesteld in het voorafgaande. Het is evident dat er gradaties zijn in de betekenis en de waarde van handtekeningen. Men kan zich afvragen hoe het in deze is gesteld met de handtekening van de behandelend geneeskundige bij een sterfgeval en van de gemeentelijke lijkschouwer en de door de officier van justitie aangewezen geneeskundige.

### Aanleiding

In een nummer van British Medical Journal handelt een Leading article over de *Hidden hazards of cremation* (zie ook (1979) huisarts en wetenschap 22, 177 voor een referaat). Gesteld wordt dat tegenwoordig in de as metalen voorwerpen zoals heupprothesen, schroeven en platen, hartklepprothesen en pacemakers worden aangetroffen.

*Techniek maakt, verhelpt, maar verzorgt niet.*

*J. H. van den Berg*

In de arme landen worden de pacemakers na de dood uit het stoffelijk overschot verwijderd. In Europa en zeer waarschijnlijk ook daarbuiten gebeurt dat niet, hetgeen tot gevaarlijke situaties kan leiden. Bij crematies gebruikt men temperaturen van achthonderd graden Celsius. De eerste pacemakers bevatten kwikzinkbatterijen en explodeerden op zo'n manier, dat de muren van de crematoriumruimten werden beschadigd. Tevens ontstonden giftige gassen. De later gebruikte pacemakers met lithiumbatterijen leverden zelfs een groter explosiegevaar op. Het gevaar nam nog toe met de komst na 1970 van de pacemakers waarvan de krachtbron Plutonium-238 of Promethium-147 was.

Hoewel de vorengenoemde gevaren bij dertienhonderd graden Celsius niet bestaan, blijft de mogelijkheid van stra-

lingsgevaar voor de personeelsleden van crematoria. Zij zijn blootgesteld aan de gevaren, die zijn verbonden aan het opruimen van deze gevaarlijke resten.

Ergo:

- het lijkt aanbevelingswaardig dat vóór de crematie pacemakers worden verwijderd;

- de verklaring van overlijden moet over deze materie vragen bevatten;

- therapeutische isotopen als caesium-137 en iridium-192 in de vorm van naalden, tubes, korrels en radium in naaldvorm mogen op de verklaring van overlijden niet onvermeld blijven.

Tot zover de voornaamste inhoud van het Leading article over de verborgen gevaren bij crematie.

### Nadere beschouwingen

De volgende beschouwingen zijn ontleend aan gegevens uit de literatuur. Naast de gevaren die zijn verbonden aan crematies, dient eveneens het stralingsgevaar van de dragers van hartstimulatoren zelf in ogenschouw te worden genomen, alsmede het gevaar voor hun partners, de genetische stralingsbelasting en de milieubelangen door het zwerven van nucleaire energiebronnen, zoals bij begraven het geval kan zijn. Wij spreken dan nog niet over het weg- en vliegverkeer met de daarbij voorkomende ongevallen en rampen.

Om te beginnen is het goed stil te staan bij enkele kwantitatieve gegevens. In Nederland worden momenteel per jaar ongeveer honderdvijfentwintig hartstimulatoren per miljoen inwoners