

De ICPC als diagnostische classificatie I

Nog meer keuze voor de huisarts?

J. S. MEIJER, H. BROUWER EN H. LAMBERTS

Huisartsen kunnen in beginsel kiezen uit vier diagnostische classificatiesystemen. Bij deze keuze spelen verschillende overwegingen een rol. Historische elementen blijken vooral bij de ontwikkeling van de ICD en de daarvan afgeleide systemen een rol te spelen. De ICHPPC-2 is een door de WONCA ontwikkelde classificatie: afgeleid van de ICD-9, maar in de praktijk goed bruikbaar door de definities en de keuze van de hoofdrubrieken. Met de ontwikkeling van de ICPC zijn drie extra elementen ingebracht: de extra nadruk op symptomen en klachten, het loslaten van de etiologische hoofdstukken uit de ICD en de twee-assige structuur. De ICPC is niet alleen een diagnostische classificatie, maar is ook geschikt voor het classificeren van de contactredenen en de diagnostische en therapeutische interventie.

Inleiding

Sinds de introductie in 1984 van de International Classification of Primary Care – ICPC – kan de huisarts kiezen uit vier diagnostische classificatiesystemen kiezen.¹⁻⁵ Van oudsher is er de International Classification of Diseases, sinds 1977 de negende versie, de ICD-9. Hier van zijn de andere twee systemen afgeleid: de International Classification of Health Problems in Primary Care – sinds 1979 de ICHPPC-2 – en de Classification of Diseases, Problems and Procedures van de Royal College of General Practitioners – de RCC, sinds 1984.

In tweetal artikelen zullen wij de vier beschikbare systemen – eerst kwalitatief (deel 1) en vervolgens kwantitatief (deel 2) – met elkaar vergelijken. Centraal staat daarbij de vraag, welke eigenschappen de ICPC als diagnostische classificatie heeft in vergelijking met de drie andere systemen. In een derde artikel zal het gebruik van de ICPC als systeem om simultaan de S, de E en de P

Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.

J. S. Meijer, huisarts te Amsterdam; drs. H. Brouwer, psycholoog; Prof. dr. H. Lamberts, hoogleraar huisartsgeneeskunde.

Correspondentie-adres: Prof. dr. H. Lamberts.

uit de SOEP-notatie te classificeren, worden onderzocht.

Classificatie en nomenclatuur

Waarnemen, benoemen, identificeren en ordenen zijn diepgewortelde menselijke behoeften. Identificeren is het vaststellen van een identiteit van iets als eenheid van wezen. Vaak heeft zo'n eenheid een aantal identificerende kenmerken, waarbij elk kenmerk verschillende waarden kan hebben (bijvoorbeeld: oogkleur – bruin, blauw, groen...). Het ordenen van gelijksoortige eenheden in een aantal tevoren vastgestelde klassen maakt het, dankzij de reductie van het oorspronkelijke grote aantal, mogelijk om meer greep te krijgen op de onderliggende structuur. Een classificatie geeft een verzameling klassen, waarin alle eenheden waarop de classificatie betrekking heeft, logisch en eenduidig geplaatst kunnen worden, op basis van tevoren gedefinieerde kenmerken.

Classificeren van ziekten is dus het indelen van ziekte-eenheden in klassen, op grond van de afgesproken identificerende kenmerken, die tezamen de onderliggende structuur bepalen.^{6,7} Daarom is het nodig dat de identificerende kenmerken eenduidig zijn – zodat de klassen elkaar over en weer uitsluiten – en dat de identificerende kenmerken relevant zijn. In de geneeskunde zijn de etiologie, het patholoog-anatomisch beeld, de lokalisatie, de pathofysiologie en de bevindingen bij onderzoek de belangrijkste kenmerken, naast de prognose en het beloop, al dan niet met therapie. In ons geval komt daar de vraag bij: is het kenmerk ook huisartsgeneeskundig belangrijk?

Vooralsnog praktisch belangrijk is een logische constructie van het systeem. Een hiërarchie maakt het gemakkelijk om subklassen te herleiden tot hoofdklassen en omgekeerd; een twee-assige structuur – zoals op een schaakbord of een grafiek – vereenvoudigt het zoeken en lokaliseren.

De omvang van een classificatiesysteem – het aantal klassen – wordt be-

paald door het nut dat men toekent aan de mate van specificiteit. De vraag om meer of minder specificiteit bepaalt ook of een klasse open of gesloten is. Een open klasse kan gemakkelijk in subklassen worden opgesplitst worden, een gesloten klasse sluit dat uit.

Een zeer specifiek classificatiesysteem biedt aan elke eenheid een gesloten klasse en is daarmee een nomenclatuur geworden. Een nomenclatuur is een systematisch gerangschikte (bijvoorbeeld alfabetische) verzameling namen, die volgens de gemaakte afspraken alle ertoe behorende begrippen, inzichten en onderscheidingen bevat. Vaak gaat het bij een nomenclatuur om vaktermen waarmee de inhoud van een omschreven maar beperkt – gespecialiseerd – aandachtsveld wordt gekarakteriseerd. De dagelijkse bezigheden op een vakgebied dwingen tot gericht en efficiënt communiceren in een aangepaste taal: de woordenschat daarvan is de nomenclatuur.

Terwijl een classificatie wordt geconstrueerd om door ordening meer inzicht in de werkelijkheid te krijgen, ontstaat en groeit een nomenclatuur vaak in de praktijk. Bij een sterke groei wordt echter de verleiding groot om alsnog enige orde te scheppen, door het aanbrengen van meer systematiek dan een alfabetische index geeft; die systematiek gaat dan in de richting van een classificatie.

Samenvattend: een classificatie heeft een doelgerichte structuur, die als het ware van bovenaf wordt opgelegd. Elke classificatie heeft een nomenclatuur, het omgekeerde is zelden het geval.

De historie

De ontwikkelingen rond de medische nomenclatuur begonnen met John Graunt (1662), die de eerste alfabetische lijst van doodsoorzaken vervaardigde. In 1853 kreeg William Farr opdracht van het Eerste Internationale Statistische Congres een nieuwe nomenclatuur van doodsoorzaken op te stellen, maar hij kwam met het eerste voorstel voor een classificatie (*kader*).⁶

In de volgende decennia is steeds geprobeerd om de namen van nieuwe ook niet-dodelijke ziekten (nomenclatuur) in het slecht passend keurslijf van een classificatie van doodsoorzaken te persen. De spanning tussen de groeiende specificiteit van het ziektebegrip en de behoefte aan praktisch hanteerbare statistieken nam toe. Het principiële

classificatiebeginsel van de ICD werd in 1893 door Bertillon vastgesteld (*kader*).

Sindsdien blijft de classificatie achter de nomenclatuur aanhinken.^{6, 8} Bij de huidige ICD-9 resulteert dit in een classificatie met ruim 11.000 rubrieken, vergezeld van een alfabetische index met 25.000 synoniemen. De ICD-10 zal blijken het nu voorliggende ontwerp nog specifiek en aanzienlijk omvangrijker zijn.⁹

De huisarts zal temidden van deze ontwikkeling moeten opkomen voor zijn eigen professionele belangen: er is behoefte aan een of meer bruikbare huisartsgeneeskundige diagnostische classificaties.

ICD-9

De ICD is in opzet een classificatie van doodsoorzaken, na aanpassing geschikt als een ziekenhuisclassificatie, maar in geen enkel opzicht een huisartsgeneeskundige classificatie.^{3, 10-12}

Bij de zesde revisie, in 1948, is voor het eerst plaats ingeruimd voor ziekten die niet tot de dood leiden. In 1965 (achtste revisie) resulteerde het verlangen uit de kliniek om ontslagdiagnosen te kunnen coderen, tot een enorme expansie.⁶

De oorspronkelijke ICD-9 heeft codes van drie of vier cijfers; deze versie (*figuur 1*) wordt weinig gebruikt en kan niemand volledig tevreden stellen.¹¹ Van de ICD-9 zijn echter verschillende gespecialiseerde classificaties afgeleid; deze hebben gemeen dat zij hoofdstukken bevatten die soms de etiologie en soms de lokalisatie volgen; verder hebben zij, al naar gelang de behoefte aan specificiteit, codes met vier of vijf cijfers.¹³

De ICD-9 is een één-assige of lineaire classificatie: de hoofdstukken zijn zonder onderling verband in een bijna willekeurige volgorde achter elkaar opgenomen. Door het gelijktijdig voorkomen van etiologische en morfologische (naar lokalisatie) diagnoses kunnen talrijke ziekten in meer dan één hoofdstuk worden aangetroffen (*figuur 1*).

Om dubbel coderen zoveel mogelijk te voorkomen, is in de ICD-9-CM (Clinical Modification) – en dus ook in de Nederlandse 'Classificatie van Ziekten 1980' – gekozen voor etiologische 5-cijferscodes, waarbinnen de lokalisatie tot zijn recht komt.^{10, 14}

Bij gebruik van de ICD-9 dient men met behulp van symbolen ('dagger and asterisk') aan te geven tot welke hoofdstukken de twee potentiële codes voor

Nomenclatuur van doodsoorzaken in London volgens John Graunt (1662)

- 1 Abortive and stillborn
- 2 Aged
- 3 Ague and fever
- 4 Apoplex
- 5 Bleach
- 6 Blasted
- 7 Bleeding
- 8 Bloody Flux, Scouring and Flux
- 9 Burnt
- 10 Calenture
- 11 Canker, Gangrene and Fistula
- 12 Cancer, Sore Mouth and Thrush
- 13 Childbed
- 14 Chrisomes and Infants
- 15 Cold and Cough
- 16 Colick and wind
- 17 Consumption and Cough
- 18 Convulsion
- 19 Cramp
- 20 Cut of the Stone
- 21 Dropsy and Tympany
- 22 Drowned
- 23 Excessive Drinking
- 24 Executed and Prest to Death
- 25 Fainted in a bath
- 26 Falling-Sickness
- 27 Flox and small Pox
- 28 Found dead in the Streets
- 29 French-Pox
- 30 Frighted
- 31 Gowt
- 32 Grief
- 33 Ranged and made away with themselves
- 34 Head-Ach
- 35 Impostumes
- 36 Itch
- 37 Jaundies
- 38 Jaw-faln
- 39 Killed by several Accidents
- 40 King's Evil
- 41 Leprosy
- 42 Lethargy
- 43 Livergrown, Spleen and Rickets
- 44 Lunatique
- 45 Meagrom
- 46 Measles
- 47 Mother
- 48 Murdered
- 49 Overlayd and starved at Nurse
- 50 Palsie
- 51 Piles
- 52 Plague
- 53 Plague in the Guts
- 54 Planet
- 55 Pleurisie
- 56 Poysoned
- 57 Purples and spotted fever
- 58 Quinsie and sore throat
- 59 Rickets
- 60 Rising of the Lights
- 61 Rupture
- 62 Scal'd-head
- 63 Sciatica

- 64 Scurvey
- 65 Shingles
- 66 Shot
- 67 Smothered and stifled
- 68 Sores, Ulcers, broken and brused limb
- 69 Spleen
- 70 Starved
- 71 Stitch
- 72 Stone and Strangury
- 73 Stopping of the Stomach
- 74 Surfet
- 75 Swine-Pox
- 76 Teeth and Worms
- 77 Thrush
- 78 Tissick
- 79 Vomiting
- 80 Wen
- 81 Wolf
- 82 Worms
- 83 Sodainly

Classificatie van doodsoorzaken volgens Farr (1853)

- Class 1 Epidemic, Endemic and Contagious Diseases
- Class 2 Constitutional Diseases
- Class 3 Local Diseases
 - Order 1 Diseases of the Nervous System
 - Order 2 Diseases of Circulation
 - Order 3 Diseases of Respiration
 - Order 4 Diseases of Digestion
 - Order 5 Diseases of the Urinary System
 - Order 6 Diseases of Reproduction
 - Order 7 Diseases of Locomotion
 - Order 8 Diseases of the Integumentary System
- Class 4 Developmental Diseases
- Class 5 Violent Deaths of Diseases

Classificatie van doodsoorzaken volgens Bertillon (1893)

- I Maladies générales
- II Maladies du système nerveux et des organes des sens
- III Maladies de l'appareil circulatoire
- IV Maladies de l'appareil respiratoire
- V Maladies de l'appareil digestif
- VI Maladies de l'appareil génito-urinaire et de ses annexes
- VII Etat puerpéral
- VIII Maladies de la peau et du tissu cellulaire
- IX Maladies des organes de la locomotion
- X Vices de conformation
- XI Premier âge
- XII Vieillesse
- XIII Affections produites par des causes extérieures
- XIV Maladies mal définies

Figuur 1. Voorbeeld uit het hoofdstuk *Infectieziekten van de ICD-9*.

054 Herpes simplex	
Excludes: congenital herpes simplex (771.2)	
054.0 <i>Eczema herpeticum</i> Kaposi's varicelliform eruption	
054.1 <i>Genital herpes</i>	
Herpetic vulvovaginitis† (616.1*)	Herpetic ulceration of vulva† (616.5*)
054.2 <i>Herpetic gingivostomatitis</i>	
054.3† <i>Herpetic meningoencephalitis</i> (323.4*)	
Herpes encephalitis	Simian B disease
054.4† <i>With ophthalmic complications</i>	
Herpes simplex:	Keratitis:
dermatitis of eyelid (373.5*)	dendritic (370.1*)
keratitis (370.4*)	disciform (370.5*)
keratoconjunctivitis (370.4*)	
Iritis due to herpes simplex (364.0*)	
054.5 <i>Herpetic septicaemia</i>	
054.6 <i>Herpetic whitlow</i>	
054.7 <i>With other complications</i>	
Meningitis due to herpes simplex† (321.4*)	
Visceral herpes simplex	
054.8 <i>With unspecified complication</i>	
054.9 <i>Herpes simplex without mention of complication</i>	
055 Measles	
Includes: morbilli rubeola	
055.0† <i>Postmeasles encephalitis</i> (323.6*)	
055.1† <i>Postmeasles pneumonia</i> (484.0*)	
055.2† <i>Postmeasles otitis</i> (382.0*)	
055.7 <i>With other complications</i>	
055.8 <i>With unspecified complication</i>	
055.9 <i>Measles without mention of complication</i>	
056 Rubella	
Includes: German measles	
Excludes: congenital rubella (771.0)	
056.0 <i>With neurological complications</i> Encephalomyelitis† (323.4*)	
056.7 <i>With other complications</i>	
Rubella arthritis† (711.5*)	
056.8 <i>With unspecified complications</i>	
056.9 <i>Rubella without mention of complication</i>	

de diagnose behoren. Zo is herpes genitalis zowel in een etiologisch hoofdstuk (infectieziekten) als in een anatomisch hoofdstuk (genitaal) te coderen. De oplossing voor dit storende probleem lijkt gelegen in een grotere specificiteit, waardoor echter de herkenbaarheid van de codes afneemt, ten gevolge van de toename in het aantal cijfers; voor statistische overzichten moeten daarom de verschillende rubrieken weer worden samengevoegd, hetzij in de ene – de etiologie – hetzij in de andere – de localisatie – richting. Voor huisartsen is het daarom aantrekkelijk zich uit te spreken over de voor hen relevante samenvoegingen en daar vervolgens een van de ICD-9 afgeleide eigen classificatie op te baseren.

ICHPPC-2

De International Classification of Health Problems in Primary Care is het resultaat van het streven van de internationale huisartsenorganisatie WONCA naar een voor de practicus relevante classificatie van ziekten en gezondheidsproblemen.^{2 15-18} Rond 1970 werd er in diverse landen met sterk uiteenlopende huisartsgeneeskundige classificaties gewerkt, zodat internationale vergelijking van de gegevens onmogelijk was. Op het WONCA-congres in 1972 in Melbourne werd een werkgroep opgericht met de opdracht een met de toen fungerende ICD-8 compatibele huisartsgeneeskundige classificatie te construeren. Deze ICHPPC-1 – geënt op de ICD-8 – werd in 1975 gepubliceerd.¹⁵

Met de komst van de ICD-9 werd de ICHPPC dienovereenkomstig herzien en de ICHPPC-2 geldt sinds 1979 als de internationaal geaccepteerde diagnostische classificatie voor de huisartspraktijk (figuur 2).¹⁶ Voor de belangrijkste rubrieken zijn definities voor het gebruik ervan ontwikkeld, bedoeld voor het eenduidig hanteren van de classificatie.² Binnen de beperkte mogelijkheden, zowel van de ICD-structuur als van een internationaal bereikbaar compromis, vormt de ICHPPC-2-defined een mijlpaal.

Note: Codes marked with a dagger (†) should be used where identification of the underlying diseases are required, and the alternative codes marked with an asterisk (*) may be used to identify the manifestations or complications.

De structuur van ICD en ICHPPC is dezelfde: van de in totaal 362 rubrieken van de ICHPPC-2 is 44 procent identiek aan driecijferige ICD-9-rubrieken. Zij hebben vaak betrekking op ook voor de huisarts belangrijke omschreven ziektebeelden. Van de overige ICHPPC-2-rubrieken omvat 48 procent meer dan één ICD-9 rubriek: zij zijn dus minder specifiek. Juist hier komt, door de keuze bij het samenvoegen van ICD-rubrieken, de huisartsgeneeskundige benadering naar voren. Bij de resterende 8 procent van de rubrieken wijkt de ICHPPC-2 essentieel af van de ICD-9.

Uiteraard kan bij dit alles de samenstelling van sommige ICHPPC-2-rubrieken of de keuze voor het achterwege laten van bepaalde ziekten worden aangevochten. Dit gebeurt vooral aan de hand van concrete gekwantificeerde informatie uit morbiditeitsonderzoek.¹⁹ In dat verband rijst de vraag, of men voor een diagnostische classificatie voor de huisarts op den duur de handicap van de ICD-structuur moet accepteren, dan wel een eigen huisartsgeneeskundige weg zal inslaan, los van de komende ICD-10.

Een praktische aantekening moet worden gemaakt bij de vorm van de ICHPPC-2-coderingen. De driecijfercode voor de positie nummers van de rubrieken in de ICHPPC-2 is niet systematisch en dus moeilijk te memoriseren, ofschoon het routinematig coderen door huisartsen met een bureaulijst (en af en toe het boek) in de praktijk goed mogelijk blijkt te zijn.

Met de ICHPPC-2 is ook in ons land veel – goede – ervaring opgedaan.¹⁹ De kwaliteit van morbiditeitsgegevens verbetert bij het gebruiken van de inclusiecriteria voor de belangrijkste diagnostische rubrieken in ICHPPC-2-definieerd.² Toch is de kous daarmee niet af: er bestaan nog andere classificatiebehoefte.

RCC

De Engelsen zijn als eersten begonnen met het classificeren in de huisartspraktijk. De E-lijst van Eimerl, in 1963 door de Royal College officieel uitgegeven, heeft jarenlang goede diensten bewezen.²⁰ Deze classificatie is met verschillende aanpassingen gebruikt bij de drie National Morbidity Surveys in Engeland. In ons land biedt de E-lijst nog steeds de basis voor de belangrijke Continue Morbiditeits Registratie in Nijmegen, ofschoon men er ook daar naar streeft beter aan te sluiten op de ICHPPC-2-definieerd.²¹

De historische ontwikkeling verklaart, samen met de financiering door de Britse overheid van de grote morbiditeitsonderzoeken, dat Engelse huisartsen sterk georiënteerd zijn op de ICD, wat ook blijkt uit de recente Royal College Code 1984.⁴ Het gaat hier niet alleen om een op de specificiteit van de ICD-9 toegesneden nomenclatuur, maar ook om een computer-thesaurus die kan worden gebruikt voor het automatisch classificeren van morbiditeitsgegevens in praktijken die over een computer beschikken (figuur 3). De huisarts tikt in dat geval slechts een diagnose in en de bijbehorende code wordt door het systeem automatisch geproduceerd.

Het is nog onduidelijk tot welke vertekeningen van de uitkomsten deze wij-

ze van coderen van informatie kan leiden. Overigens wordt ook in ons land experimenteel gewerkt aan het automatisch classificeren met de ICPC.

De Royal College Code kent een viercijfercode, met de grote specificiteit en de hybride opbouw van de ICD-9. De introductie van deze classificatie door het College stuitte op protest, omdat de internationale samenwerking hierdoor wordt doorkruist en ook omdat er nogal wat ziekten in zijn opgenomen die zo weinig voorkomen in de huisartspraktijk, dat het gevaar van een groot aantal codeerfouten bij het gebruik van deze rubrieken aanzienlijk is.²² De RCC sluit dan ook niet aan op de ontwikkeling rond de ICPC.

Figuur 2. Voorbeeld uit het hoofdstuk Infectieziekten van de ICHPPC-2.

Position no.	ICHPPC code	List of diseases, disorders, and health problems, with inclusion criteria	Comparable ICD-9 codes
11	054-	Herpes simplex, all sites <i>Inclusion in this rubric requires one of the following:</i> (a) Small vesicles with characteristic appearance and location which evolve to painful ulcers and scabs (b) Herpetic whitlow, dendritic ulcer, and other conditions listed in ICD-9	054
12	055-	Measles <i>incl. complications</i> <i>excl. German measles (13, 056-)</i> <i>Inclusion in this rubric requires one of the following</i> (a) Serological evidence of acute measles (b) <i>Two of the following:</i> (i) Prodrome including injected conjunctivae, fever, and cough (ii) White specks on a red base in the mucous membranes of the cheek (Koplik's spots) (iii) Confluent maculopapular eruption spreading over the face and body (c) An atypical exanthem in a partially immune person during an epidemic of measles <i>Consider: (14, 057-) Pyrexia with rash NOS</i>	055
13	056-	Rubella <i>excl. Roseola infantum (14, 057-)</i> <i>Inclusion in this rubric requires one of the following:</i> (a) An acute exanthem with enlarged lymph nodes, most prominently suboccipital and post-auricular, with a macular rash on the face, spreading to the trunk and proximal portions of the limbs (b) Serological evidence of rubella infection <i>Consider: (14, 057-) Pyrexia with rash NOS</i>	056

INFECTIOUS & PARASITIC DISEASES

- 0075 ... 052
CHICKENPOX
VARICELLA
- 0080 ... 053.1
POST-HERPETIC NEURALGIA
- 0085 ... 053.2
HERPES ZOSTER OPHTHALMICUS
OPHTHALMIC HERPES ZOSTER
- 0090 ... 053.7-9
HERPES ZOSTER [all other sites]
- 0095 ... 054.1
GENITAL HERPES
HERPES SIMPLEX, GENITAL
- 0100 ... 054.0,2-9
HERPES SIMPLEX [all other sites]
HERPETIC STOMATITIS
- 0105 ... 055
MEASLES
- 0110 ... 056
GERMAN MEASLES
RUBELLA

Chapter Component	General complaints and diseases	Organ systems 14 chapters	Psychological problems	Social problem																														
1. Symptoms and complaints	NAMCS - RVC																																	
2-5. Process	IC - Process - PC																																	
7. Diagnoses	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Infection</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Neoplasm</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Injury</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Congenital</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Other</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				Infection					Neoplasm					Injury					Congenital					Other									
Infection																																		
Neoplasm																																		
Injury																																		
Congenital																																		
Other																																		
	ICD-9																																	
	ICHPPC-2																																	

ICPC

In 1978 stelde de WHO een werkgroep in, in een later stadium vooral bemand met leden van de Classificatie Commissie van de WONCA, om een classificatie te maken voor het coderen van de redenen voor contact met de huisarts.²³⁻³¹

Over het benoemen van gezondheidsproblemen, zoals patiënten deze aan huisartsen aanbieden, bleek weinig bekend.³²⁻³³ Morbiditeitsonderzoeken in de huisartspraktijk registreren immers steevast de geneeskundige interpretatie van de hulpvraag met de diagnostische termen waarin de classificatie voorziet: wat er niet in voorkomt, wordt niet benoemd en vervolgens niet geteld, en blijft daarmee praktisch onzichtbaar.⁸ Als men inzicht wil krijgen in de relatie tussen wat de patiënt zegt en vraagt, en de diagnostische interpretatie door de arts en de daarop volgende geneeskundige interventies, zal men eerst in staat moeten zijn de 'subjectieve' presentatie van de problemen van de patiënt te benoemen en classificeren.

In de Verenigde Staten had inmiddels de ontwikkeling plaatsgevonden van een 'Reason for Visit'-classificatie ten behoeve van de National Ambulatory Medical Care Survey (NAMCS/RVC).³⁴ Daarmee konden niet alleen de klachten en symptomen van de patiënt benoemd en gecodeerd worden, maar ook verschillende diagnoses, in het geval dat patiënten zich van diagnostische termen bedienden. Diagnostiek, screening, preventie, therapie, uitslagen van onderzoek en administratieve procedures konden hiermee, naast klachten en symptomen, als reden voor contact worden geclassificeerd. In de praktijk bleek echter het onderscheid tussen klacht en ziekte te weinig uitgewerkt te zijn. Een belangrijk bezwaar was verder dat de classificatie onvoldoende was toegesneden op de problematiek in de eerste lijn.

De WHO-werkgroep ontwikkelde vervolgens een structuur voor een huisartsgeneeskundige classificatie, zowel geschikt voor het vastleggen van de 'reason for encounter' als van diagnoses en tenslotte ook van diagnostische en therapeutische handelingen (figuren 4 en 5).¹⁻³⁵⁻³⁷ In het eerste ontwerp van de RFE-classificatie werd de twee-assige structuur met hoofdstukken en compo-

Figuur 3 (boven). Voorbeeld uit het hoofdstuk Infectieziekten van de RCC. **Figuur 4 (onder).** De ICPC in relatie tot andere classificatiesystemen.

nenten van NAMCS/RVC overgenomen.³³ Daarbinnen leverde de ICHPPC-2 de meeste diagnostische termen, terwijl de psychische en sociale hoofdstukken werden afgestemd op de zogenaamde triaxiale classificatie, die eveneens in het kader van de WHO was ontwikkeld.³⁸ De procescomponenten sluiten aan op de hoofdrubrieken van de nieuwe International Classification of Process in Primary Care (IC-Process-PC).³⁹

De ICPC wijkt, evenals zijn voorganger (de RFEC), wezenlijk af van de drie andere classificaties. De structuur bestaat – net als een schaakbord – op twee assen met als ene as de 17 hoofdstukken en als andere as de 7 componenten, waarmee onderscheid tussen klacht en symptoom, onderzoek, behandeling en diagnose wordt gemaakt. Er is gekozen voor een alfanumerieke codering met drie symbolen (figuur 5). Elk hoofdstuk heeft een eigen letter, die gemakkelijk kan worden onthouden. De componenten zijn steeds op dezelfde wijze per hoofdstuk gerangschikt: de codes 1 t/m 29 voor klachten en symptomen, 30 t/m 69 voor de vijf verschillende soorten verrichtingen en 70 t/m 99 voor de diagnoses (figuur 6).

Bij de RFEC – en dus ook de ICPC – is weloverwogen gebroken met de structuur van de ICD-9.⁴⁰ De etiologische hoofdstukken (infectieziekten, nieuwvormingen, congenitale afwijkingen en traumatische aandoeningen) zijn verdwenen en verdeeld over de op lokalisatie en morfologie toegesneden hoofdstukken.⁷ Het in de praktijk zo lastige probleem bij het gebruik van de ICD-9 – de keuze tussen een etiologische of een orgaangebonden code – is daarmee niet verdwenen, maar wel veel kleiner geworden.

In 1980 is de RFEC in Nederlandse huisartspraktijken getest en met de ICHPPC-2 vergeleken.⁴¹ In aansluiting hierop volgde in negen landen een internationale studie naar de praktische bruikbaarheid.^{20 32} De classificatie blijkt goed hanteerbaar en betrouwbaar, ook als de huisarts zelf tijdens het spreekuur codeert.^{42 43}

Op grond van de beschikbare ervaringen is de International Classification of Primary Care gepubliceerd voor het verrichten van studies naar de prakti-

CHAPTERS		A-General	B-Blood, blood forming	D-Digestive	F-Eye	H-Ear	K-Circulatory	L-Musculo-skeletal	N-Neurological	P-Psychological	R-Respiratory	S-Skin	T-Metabolic, Endocrine, Nutr	U-Urinary	W-Pregnancy, Childbearing, Family Planning	X-Female genital	Y-Male genital	Z-Social
COMPONENTS	1. Symptoms and complaints																	
	2. Diagnostic, screening prevention																	
	3. Treatment, procedures, medication																	
	4. Test results																	
	5. Administrative																	
	6. Other																	
	7. Diagnoses, disease																	

Component 1. Symptoms and complaints

- S01 Pain, tenderness of skin
- S02 Pruritis, skin itching (excl. anogenital D05)
- S03 Warts
- S04 Localized swelling/papules/lump/mass/skin/subcut. tissue
- S05 General. multiple swelling/papules/lumps/skin/subcut. tissue
- S06 Localized redness/erythema/rash of skin
- S07 Generalized/multiple redness/erythema/rash of skin
- S08 Other changes in skin color
- S09 Infected finger/toe; paronychia
- S10 Boil/carbuncle/cellulitis localized
- S11 Other localized skin infection
- S12 Insect bite
- S13 Animal/human/bite
- S14 Burns/scalds
- S15 Foreign body in skin
- S16 Bruise/contusion/crushing with intact skin surface
- S17 Abrasion/scratch/blister
- S18 Laceration/cut
- S19 Other injury to skin and subcutaneous tissue
- S20 Corns/callosities
- S21 Symptoms/complaints of skin texture
- S22 Symptoms/complaints nails
- S23 Baldness, losing hair (incl. alopecia)
- S24 Other symptoms/compl. hair and scalp
- S26 Fear of cancer of skin
- S27 Fear of having other skin disease
- S28 Disability/impairment
- S29 Other symptoms/complaints skin/subcutaneous tissue

Component 7 – Diagnosis/diseases

- S70 Herpes zoster
- S71 Herpes simplex (excl. eye F85; genital X90, Y72)
- S72 Scabies and other acariases
- S73 Pediculosis and other skin infestations
- S74 Dermatophytosis
- S75 Moniliasis/monilia infection/candidiasis (excl. urogen)
- S76 Other infectious skin dis. NEC/erysipelas
- S77 Malign. neoplasms of skin
- S78 Lipoma of skin
- S79 Other benign neoplasms of skin
- S80 Other unspecified neoplasm skin
- S81 Hemangioma/lymphangioma
- S82 Nevus/mole
- S83 Other congenital lesions
- S84 Impetigo
- S85 Pilonidal cyst/fistula
- S86 Seborrheic dermatitis/other erythematous dermatoses
- S87 Atopic dermatitis/eczema
- S88 Contact dermatitis/other eczema
- S89 Diaper rash
- S90 Pityriasis rosea
- S91 Psoriasis w/wo arthropathy
- S92 Pompholyx/other dis. Sweat glands
- S93 Sebaceous cyst
- S94 Ingrown toenail/other disease of nail
- S95 Mollusca contagiosa
- S96 Acne
- S97 Chr. ulcer skin/bedsore (incl. varicose ulcer)
- S98 Urticaria
- S99 Other disease skin/subcutaneous tissue

Figuur 5 (boven. De twee-assige structuur van de ICPC.

Figuur 6 (onder). De componenten 1 en 7 uit Hoofdstuk S van de definitieve ICPC.

sche bruikbaarheid van het systeem.^{1 37} Twee van dergelijke studies zijn inmiddels voltooid. Op grond daarvan is de ICPC aangepast; in 1987 wordt deze herziening gepubliceerd als definitieve nieuwe WONCA-classificatie.

- ¹ Working Party on ICPC. International Classification of Primary Care (ICPC). Manual for use of ICPC in relevance studies. Amsterdam: Department of General Practice, University of Amsterdam, 1985.
- ² Classification Committee of WONCA. ICHPPC-2-Defined. Inclusion criteria for the use of the rubrics of the International Classification of Health Problems in Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1983.
- ³ Anonymous. International Classification of Diseases – Ninth revision. Geneva: World Health Organization, 1977.
- ⁴ Anonymous. Classification of Diseases, Problems and Procedures 1984 [Occasional paper 26]. London: Royal College of General Practitioners, 1984.
- ⁵ Lamberts H, Wood M, eds. International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- ⁶ Anonymous. International Conference of Health Statistics for the Year 2000. Report of WHO on a Bellagio Conference. Budapest: WHO Statistical Publishing House, 1984.
- ⁷ Last JM, ed. A Dictionary of epidemiology. A handbook sponsored by the International Epidemiological Association. Oxford: Oxford University Press, 1983.
- ⁸ White KL. Restructuring the International Classification of Diseases: need for a new paradigm. *J Fam Pract* 1985; 21: 17-20.
- ⁹ Anonymous. ICD-10-proposal. Geneva: World Health Organization, 1986.
- ¹⁰ Anonymous. ICD-9-CM. The International Classification of Diseases 9th Revision, Clinical Modification. Washington DC: United States Department of Health and Human Services, 1980.
- ¹¹ Ekker W, Hirs W. Recente ontwikkelingen rond de ICD-9. *Huisarts Wet* 1984; 27: 61-4.
- ¹² Anonymous. Classificatie en codering in

- de gezondheidszorg. *Maandbericht Gezondheid (CBS)* 1983; 11: 20-8.
- ¹³ Kupka K. International Classification of Diseases: Ninth revision. *WHO Chronicle* 1978; 32: 219-25.
 - ¹⁴ Anoniem. Classificatie van ziekten, 1980. Delen 1 en 2. Utrecht: Stichting Medische Registratie, 1979.
 - ¹⁵ Classification Committee of WONCA. International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC). Chicago: WONCA/American Hospital Association, 1975.
 - ¹⁶ Classification Committee of WONCA. ICHPPC-2. International Classification of Health Problems in Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1979.
 - ¹⁷ Van Weel C, Van Veen W. Hulpmiddelen bij het classificeren en registreren. *Huisarts Wet* 1979; 22: 400-2.
 - ¹⁸ Van Weel C, Van Veen W. De Nederlandse vertaling (ICHPPC-2). *Huisarts Wet* 1979; 22: 398-3.
 - ¹⁹ Lamberts H. Morbidity in general practice. Diagnosis-related information from the Monitoring Project. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.
 - ²⁰ Anonymous. A classification of disease. *J Coll Gen Pract* 1959; 2: 140-59.
 - ²¹ Anonymous. Morbidity figures from general practice. Data from four general practices 1978-1982. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1985.
 - ²² Anonymous. New classification of diseases and problems. *J R Coll Gen Pract* 1984; 34: 125-7.
 - ²³ Froom J. A new classification. *Fam Pract* 1985; 2(3): WONCA News X-XII.
 - ²⁴ Kay CR. RCGP Classification 1984. *Fam Pract* 1986; 3: 66-7.
 - ²⁵ Froom J. RCGP Classification 1984. *Fam Pract* 1986; 3: 132-3.
 - ²⁶ Kay CR. RCGP Classification 1984. *Fam Pract* 1986; 3(1): WONCA News X-XI.
 - ²⁷ Froom J. RCGP Classification 1984. *Fam Pract* 1986; 3(1): WONCA News XI-XII.
 - ²⁸ Froom J. New directions in standard terminology and classifications for primary care. *Public Health Rep* 1984; 99: 73-7.
 - ²⁹ Working party on RFEC. Report to develop a classification of the 'Reason for Contact with primary health care services'. Geneva: World Health Organization, 1981.

- ³⁰ Lamberts H, Meads S, Wood M. Waarom gaat iemand naar de huisarts? Een internationale studie met de Reason For Encounter Classification. *Huisarts Wet* 1984; 27: 234-44.
- ³¹ Lamberts H, Meads S, Wood M. Classification of reasons: why persons seek primary care: pilot study of a new system. *Public Health Rep* 1984; 99: 597-605.
- ³² Meijer JS. Op zoek naar een klachtenlijst. *Huisarts Wet* 1979; 22: 386-94.
- ³³ Martini CJM, Clayden AD, Turner ID. A comparison of three systems of classifying presenting problems in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1977; 27: 236-40.
- ³⁴ Anonymous. A reason for visit classification for ambulatory care. Hyattsville Md: US Public Health Service, National Center for Health Statistics, 1979. (DHEW Publication Nr. 79-1352).
- ³⁵ Bentsen BG. International Classification of Primary Care. *Scand J Prim Health Care* 1986; 4: 43-50.
- ³⁶ Wood M. Family medicine classification systems in evolution. *J Fam Pract* 1981; 12: 199-210.
- ³⁷ Working Party on ICPC. International Classification of Primary Care (ICPC) conversion to ICHPPC-2, Royal College Code, ICD-9. Delen I-III. Amsterdam: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, 1986.
- ³⁸ Lipkin M, Kupka K, eds. Psychosocial factors affecting health. New York: Praeger, 1982.
- ³⁹ Classification Committee of WONCA. International Classification of Process in Primary Care (IC-Process-PC). Oxford: Oxford University Press, 1986.
- ⁴⁰ Meads S. The WHO Reason for Encounter Classification. *WHO Chronicle* 1983; 37(suppl 5): 159-62.
- ⁴¹ Lamberts H. Redenen om naar de huisarts te gaan. *Huisarts Wet* 1982; 25: 301-10.
- ⁴² Nylenna M. Why do our patients see us? A study of reasons for encounter in general practice. *Scand J Prim Health Care* 1985; 3: 155-62.
- ⁴³ Van der Horst F, Seelen A, Vissers F, Plagge H, et al. Registratie in de huisartspraktijk. Over de betrouwbaarheid, praktische hanteerbaarheid en adequaatheid van het RFE-classificatiesysteem. *Huisarts Wet* 1985; 28: 229-34.