

# Tussen wetenschap en zorg

## ICPC-coderingen van probleellijsten in vier huisartspraktijken

A. HARTSEMA  
R.J. SMITH  
G.Th. VAN DER WERF

**Hartsema A, Smith RJA, Van der Werf G.Th. Tussen wetenschap en zorg. ICPC-coderingen van probleellijsten in vier huisartspraktijken. Huisarts Wet 1996; 39(6): 271-5.**

**Samenvatting** Classificatie van relevante problemen schept in de geautomatiseerde huisartspraktijk betere mogelijkheden voor signaleringen. In de Nederlandse verhoudingen is de ICPC aangewezen als classificatie-code. Maar het gebruik van de ICPC is in de dagelijkse praktijk niet zonder problemen, zo blijkt uit dit onderzoek. Regelmatig overleg tussen artsen die de ICPC gebruiken lijkt gewenst om interpretatieverschillen te voorkomen, zeker als er ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek wordt geclassificeerd. Maar ook voor wie zijn gegevens gebruikt voor FTO of voor onderlinge toetsing is dergelijk overleg noodzakelijk en zinvol. Er is veel voor te zeggen het gebruik van diagnostische categorieën in de NHG-standaarden te laten sporen met ICPC-codes. Het vermelden van relevante medische ingrepen, prothesen en *life style*-kenmerken in andere rubrieken van het HIS dan op de probleellijst leidt tot versnippering van informatie. Bepaalde ICPC-codes op de probleellijst moeten apart gemerkt kunnen worden, bijvoorbeeld wanneer het problemen met de status van episode of probleem betreft, of problemen met een signaalwaarde in de zin van 'ruiters'.

Rijksuniversiteit Groningen, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen, Antonius Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen.

A. Hartsema, arts; Drs. R.J. Smith, psycholoog; Dr. G.Th. van der Werf, huisarts. Correspondentie: Dr. G.Th. van der Werf.

### Inleiding

In 1989 werd door de Vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen het Registratie Netwerk Groningen (RNG) opgericht. In 1993 bereikte het RNG zijn voorlopig definitieve omvang: bijna 26.000 patinten, ingeschreven bij 15 huisartsen (drie solisten in Groningen-Stad en drie groepspraktijken in Groningen, Sappemeer en Hoogeveen). De huisartsen gebruiken MicroHIS zowel voor de dagelijkse praktijkvoering als voor de morbiditeits-, medicatie- en verwijzingsregistratie.

In het kader van NESTOR, een onderzoek naar determinanten van zorg bij ouderen, werden in de RNG-praktijken probleellijsten gemaakt voor alle patiënten van 57 jaar en ouder. De problemen werden daarop vermeld als tekstregel en als ICPC-code; daarbij werd gebruik gemaakt van de criteria van de ICHPPC-2-defined.<sup>1</sup> Het RNG kreeg vervolgens de beschikking over de ICPC-codes (dus zonder tekstuele informatie) in combinatie met gegevens over leeftijd en geslacht van de patiënten.

De International Classification of Primary Care (ICPC) is ontwikkeld om het proces van zorgverlening door de huisarts in kaart te brengen ten behoeve van min of meer grootschalig epidemiologisch onderzoek.<sup>2,3</sup> Het is daarbij de vraag of classificatie ook wenselijk en mogelijk is in de dagelijkse praktijk, en of vrije tekst, met al zijn mogelijkheden tot nuancering, voornamelijk niet veel bruikbaar is voor de individuele patiëntenzorg. De analyse van de interpraktijk-variatie, bij voorbeeld met betrekking tot het gebruik van symptoomdiagnosen zou argumenten in deze discussie kunnen leveren.

Bij het coderen van de probleellijsten bleek ons in ieder geval dat belangrijke gezondheidsproblemen niet konden worden ondergebracht in de ICPC. Zo is het niet mogelijk onderscheid te maken tussen diabetes mellitus type 1 en type 2; er ontbreken codes voor risicofactoren als al dan niet roken en familiale belasting, voor klinisch relevante ingrepen als uterusextirpaties, voor prothesen en kunstge-

wrichten, en voor orgaantransplantaties. Dat kan bij voorbeeld consequenties hebben voor het signaleren van risicogroepen. Evenals een al te overvloedig gebruik van restgroep-codes zoals de \*29 en \*99.

Dat was voor ons aanleiding tot een onderzoek met als vraagstelling:

- Is de ICPC geschikt als classificatie ten behoeve van probleellijstregistratie in de patiëntenzorg?
- Welke aanbevelingen kunnen gedaan worden om het klinisch gebruik van de ICPC te bevorderen?
- Welke maatregelen dienen genomen te worden om met ICPC gecodeerde probleellijsten bruikbaar te maken voor wetenschappelijk onderzoek?

### Methoden

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van de gegevens van vier praktijken; de drie groepspraktijken (A, C en D) en één solopraktijk (B).

De probleellijsten werden gemaakt volgens de richtlijnen van *Metsemakers et al.*: 'Als probleem wordt beschouwd datgene waarvoor nader onderzoek of handelen door 'werkers in de gezondheidszorg' nodig is of iets dat het lichamelijk of geestelijk welzijn van de patiënt kan verminderen of heeft verminderd.'<sup>4</sup> Op de probleellijst komen te staan: chronische en recidiverende problemen, permanente problemen, en problemen van blijvend belang voor de gezondheidstoestand van de patiënt. *Metsemakers et al.* onderscheiden vier typen problemen: medisch-technische problemen, psychosociale problemen, risicofactoren en overige problemen. Daarnaast maken zij onderscheid tussen actieve en inactieve problemen: actieve problemen zijn problemen die nog steeds onder de aandacht van huisarts of patiënt staan. Voor de niet met de ICPC te coderen gezondheidsproblemen werden in het RNG nadere codeerafspraken gemaakt (*tabel 1*). Elke probleellijst behoorde afgesloten te worden met een regel waarop de update-datum vermeld stond. Deze regel werd gecodeerd met de niet bestaande ICPC-code Z99.

De probleemlijsten in praktijk A werden in 1988/89 gemaakt door twee huisartsen-in-opleiding en zijn sindsdien bijgehouden door de huisartsen zelf. In de praktijken B en C werd het overgrote deel van de lijsten gemaakt door de eerste auteur. In praktijk D werden de meeste lijsten gemaakt door de huisartsen zelf, en een deel door de eerste auteur.

De gegevens voor dit onderzoek werden van januari tot mei 1994 verzameld.

Om de vraagstelling te beantwoorden werden de twintig meest voorkomende actieve problemen besproken, benevens de praktijkverschillen bij deze problemen; er wordt aandacht besteed aan de problemen waarvoor bijzondere codeerafspraken zijn gemaakt; het aandeel van probleemregels met codes uit component I uit de ICPC, de symptoomdiagnosen is onderzocht; en het aandeel van de probleemregels die in de ICPC gecodeerd zijn met een 'rest'-groepcode.

## Resultaten

### Omvang en volledigheid registratie

De populatie die op 1 januari 1993 – de startdatum van het NESTOR-project – was ingeschreven in de vier RNG-praktijken, omvatte 3483 personen van 57 jaar of ouder, van wie iets meer dan de helft afkomstig uit praktijk C. Het percentage vrouwen varieerde van 62 tot 57 procent.

Bij 3328 (96 procent) personen was een probleemlijst aanwezig. Op 110 (3 procent) van deze probleemlijsten ontbrak de update-code (Z99) (tabel 2).

Op de 3328 probleemlijsten kwamen in totaal 26.492 problemen voor. Na aftrek van de bijzondere codeerafspraken (exclusief die over diabetes mellitus) bleven er 20.349 problemen over (6,1 per persoon): 11.085 actieve (3,3 per persoon) en 9263 inactieve problemen.

### De meest voorkomende problemen

Hypertensie (K86), bijwerkingen van geneesmiddelen (A85), vetstofwisselingsstoornissen (T93) en angina pectoris (K74) behoorden in alle vier de praktijken tot de meest voorkomende problemen,

**Tabel 1** Bijzondere codeerafspraken probleemlijsten RNG

D52	buikoperatie, stoma, levertransplantaties
K00	familiaire aanleg hart vaatziekten
K52	vaatprothesen ed.
L52	gewrichtsprothesen
X52	uterus extirpatie
T90.1	diabetes mellitus type I
T90.2	diabetes mellitus type II
P17.0	nooit gerookt
P17.1	roken, <5 per dag
P17.2	roken, ≥5 per dag
P17.3	roken gestopt
P18.1	inadequaet geneesmiddelgebruik overige geneesmiddelen
P18.2	geneesmiddelgebruik met verslavingskenmerken
P18.4	inadequaet gebruik laxantia
P18.5	inadequaet gebruik psychofarmaca
P18.6	inadequaet gebruik pijnmiddelen
P18.8	inadequaet gebruik slaapmiddelen
P18.9	inadequaet gebruik diuretica

**Tabel 2** Kwantitatieve kenmerken van de probleemlijsten in vier praktijken (ABCD)

	Totaal	A	B	C	D
Aantal personen ≥57 jaar	3483	465	549	1751	718
Percentage zonder probleemlijst	4,5	0,4	1,5	3,3	12,2
Aantal probleemlijsten	3328	463	541	1693	633
Percentage zonder updatedatum	3,3	7,6	10,7	0,2	2,2

**Tabel 3** De twintig meest voorkomende actieve problemen in vier praktijken (ABCD); frequentie van voorkomen per 1000 patiënten ≥57 jaar

code short title	Totaal	A	B	C	D	
1 K86	Hypertensie zonder orgaanbeschadiging	279	216	154	361	212
2 A85	Geneesmiddelbijwerking juiste dosering	206	62	250	251	155
3 T93	Vetstofwisselingsstoornissen	112	76	166	100	124
4 K74	Angina pectoris	102	89	118	116	62
5 K07	Gezwellen enkels/enkeloedeem	75	6	70	116	16
6 H86	Doofheid (alle graden) neg	71	37	111	71	62
7 R96	Astma	67	50	70	70	71
8 T90.2	Diabetes mellitus type II	65	65	92	72	22
9 K95	Varices benen (ex. ulcus cruris)	63	39	115	68	25
10 T82	Adipositas (Quetelet-index >30)	63	30	85	74	40
11 F92	Cataract	62	45	100	45	84
12 K87	Hypertensie met orgaanbeschadiging	60	39	159	27	79
13 L90	Gonatrose	51	48	54	54	43
14 P01	Angstig/nerveus/gespannen gevoel	51	22	65	69	11
15 K78	Boezemfibrilleren, -fladderen	50	65	41	54	37
16 H84	Presbyacusis	46	48	43	53	29
17 L89	Coxartrose	42	65	63	34	30
18 S88	Contact eczeem/ander eczeem	41	35	50	48	21
19 P18.8	Slaapmiddelgebruik zonder duidelijke indicatie	41	50	-	61	14
20 K77	Decompensatio cordis	39	76	48	37	8

maar de prevalenties liepen per praktijk nogal uiteen. Andere opvallende verschillen waren de relatief lage prevalenties van angina pectoris (K74), diabetes mellitus type 2 (T90.2) en varices (K95) in praktijk D, het vaak voorkomen van cataract (F92) en doofheid (H86) in praktijk B en de lage prevalentie van bijwerkingen (A85), astma (R96), doofheid (H86) en varices (K95) in praktijk A (tabel 3).

### Speciale groepen problemen en praktijkspecifieke codes

Van de klassen buikoperatie, anus praeternaturalis, levertransplantatie (D52), pacemakers, kunstkleppen en bypassoperaties (K52), kunstgewrichten, platen en schroeven na breuken (L52) en uterusextirpatie (X52) werd in alle praktijken gebruik gemaakt. De klasse positieve familiale belasting voor hart- en vaatziekten (K00)

werd niet gebruikt in praktijk A (tabel 4). Slaapmiddelen, psychofarmaca, pijnmiddelen en soms ook diuretica werden nogal eens chronisch gegeven, zonder dat de huisarts de indicatie duidelijk was. In tabel 5 worden alleen de cijfers over de praktijken A en C gegeven, omdat de beide andere praktijken pas na mei 1994 begonnen zijn medicatie te registreren.

In de praktijken A en B werd op de probleemlijst genoteerd of mensen al dan niet rookten (codes P17.0-3) (tabel 6).

**Tabel 4** Bijzondere codeerafspraken probleemlijst: frequentie van voorkomen per 1000 patiënten  $\geq 57$  jaar in vier praktijken (ABCD)

D52	buikoperatie, stoma, levertransplantaties	246
K00	fam. aanleg HVZ	24
K52	vaatprothesen ed.	38
L52	gewrichtsprothesen	47
X52	uterus extirpatie	108
T90.1	diabetes mellitus type I	21
T90.2	diabetes mellitus type II	65

**Tabel 5** Bijzondere codeerafspraken probleemlijst: inadequaat geneesmiddelgebruik in twee praktijken (A en C); frequentie van voorkomen per 1000 patiënten  $\geq 57$  jaar

P18.1	inadequaat gebruik overige geneesmiddelen	26
P18.2	geneesmiddelgebruik met verslavingskenmerken	2
P18.4	inadequaat gebruik laxantia	3
P18.5	inadequaat gebruik psychofarmaca	26
P18.6	inadequaat gebruik pijnmiddelen	9
P18.8	inadequaat gebruik slaapmiddelen	58
P18.9	inadequaat gebruik diuretica	4

**Tabel 6** Verdeling rookgedrag in twee praktijken (A en B); frequentie van voorkomen per 1000 patiënten  $\geq 57$  jr

P17.0	nooit gerookt	322
P17.1	roken, <5 per dag	62
P17.2	roken, >5 per dag	190
P17.3	roken gestopt	261
	onbekend	165

**Tabel 7** Procentuele verdeling van het aantal problemen in de componenten 1 (klachten) en 7 (diagnosen) van de ICPC in vier praktijken (ABCD)

	Totaal n=20349	A n=2715	B n=4287	C n=10328	D n=3019
Component 1 (klachten)	22	12	17	11	16
Component 7 (diagnosen)	78	88	83	89	84

### Klachten versus diagnoses

Het aantal probleemregels dat met een code uit component 1 van de ICPC was gecodeerd, was betrekkelijk gering. In praktijk A gebeurde dat relatief het meest (tabel 7). Dat bleek vooral het gevolg van het veelvuldig voorkomen van nekpijn, rugpijn, lage-rugpijn en borstkassymptomen op de probleemlijst (L01, L02, L03 en L04). In praktijk C was bij vrouwen relatief vaak enkeloedeem (K07) gecodeerd.

### Restgroepen

Elk hoofdstuk heeft voor 'overige' klachten de \*29-code en voor diagnoses de \*99-code. De \*29-code kwam in totaal 32 keer voor, waarvan 18 maal actief. De \*99-code kwam 818 keer voor, waarvan 330 maal actief.

Ook enkele andere klassen kunnen als restgroepen worden betiteld, bijvoorbeeld: andere hartziekten (K84). In totaal komt K84 101 keer voor, waarvan 66 keer actief. In totaal zijn er dus minstens 414 actieve problemen die in een restgroepcode zijn ondergebracht; dat is iets minder dan 4 procent van alle actieve problemen.

### Beschouwing

Tussen de praktijken zijn er verschillen in voorkomen van problemen. De probleemlijsten in de praktijken B en C zijn door één arts gemaakt. Aanvankelijk werden ischemische hartziekten niet als orgaanschade bij hypertensie aangemerkt, zodat hypertensie in dat geval gecodeerd werd als K86. Later werden in praktijk C de inclusiecriteria er nog eens op nagelezen en

werd in dat geval hypertensie toch als K87 gecodeerd. Dit is daarna ook op die wijze in praktijk B gebeurd. Daarmee is het verschil tussen de praktijken in voorkomen van hypertensie verklaard. Andere verschillen tussen deze twee praktijken zoals het voorkomen de prevalentie van vetstofwisselingsstoornissen (T93), doofheid (H86) en cataract (F92) zijn op deze manier niet te verklaren: de afspraken over deze problemen waren gelijk. *Marinus* heeft dergelijke vormen van interdoktervariatie beschreven.<sup>5</sup> Deze zijn niet alleen toe te schrijven aan onderregistratie of registratiefouten; klinische interpretatieverschillen spelen zeker ook een rol.

Enkeloedeem (K07) had in praktijk C een hoge, en *decompensatio cordis* (K77) een lage frequentie van voorkomen. In praktijk A lag dat precies andersom. Enkeloedeem heeft als inclusie criterium uitsluitend het enkeloedeem als zodanig zonder aanvullende criteria uit een andere rubriek. Enkeloedeem kan berusten op *decompensatio cordis* (K77) of op een *veneus symptomencomplex* (K95). De 'short title' van K95 is echter 'varices'. In de praktijk is het niet altijd even eenvoudig om de kortsluiting enkeloedeem-diuretica te vermijden.<sup>6</sup> En bij varices passen zeker geen diuretica...

Alle criteria ten spijt, het oordeel blijft lastig, zeker als de registrerende arts in andere categorieën denkt dan de classificatie voorschrijft. Een te grote afstand tussen de inclusiecriteria van de classificatie en de klinische nomenclatuur kan tot moeilijkheden leiden. Onder de Nederlandse omstandigheden zou er veel voor te zeggen zijn aansluiting te zoeken bij de diagnostische categorieën die in de NHG-standaarden gebruikt worden. Het zou het aanroepen van standaarden en formularia vereenvoudigen. Een dergelijke ontwikkeling kan overigens in strijd komen met het internationale karakter van de ICPC en zijn oriëntatie op epidemiologisch onderzoek.

Huisartsen die ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek registreren, moeten in ieder geval regelmatig bijeenkomen om coderingen teijken en te vergelijken.

Ook het organiseren van cursussen en onderling overleg over het juiste gebruik van de ICPC ten behoeve van de zorgverlening kunnen bijdragen aan een verheldering van de spanning tussen de eisen die wetenschap en dagelijkse zorg aan het gebruik van de ICPC stellen. Bij een revisie van de ICPC zou met de ervaringen uit deze cursussen rekening gehouden kunnen worden. Daarmee zou een stap gezet zijn in de richting van oplossing van de moeilijkheden.

Misschien vertoont de ICPC tekortkomingen op het terrein van een te geringe sensitiviteit dan wel specificiteit als het gaat om het signaleren van risicogroepen. De omvang van de restgroepen in de ICPC is niet direct alarmerend. Maar nader onderzoek is nodig om te zien in hoeverre deze moeilijkheid in de praktijk een rol speelt, bijvoorbeeld bij het oproepen voor griepvaccinaties, of bij meldingen van contra-indicaties.

Bij gebruik van de probleemlijst ten behoeve van de individuele patientenzorg, bv als bijlage bij een verwijsbrief is echter de vrije tekst veel informatiever dan ICPC-codes en de 'short titles'.

De vraag hoe registratie in de huisartspraktijk toegankelijk gemaakt kan worden voor wetenschappelijk onderzoek in, discussie over en reflectie op de huisartsgeneeskunde, is van groot belang in een tijd waarin *disease management* en onderlinge toetsing actueel zijn. Een algemeen erkende classificatie is daarvoor een eerste vereiste. En die classificatie moet in de praktijk bruikbaar zijn.

Een aantal aanbevelingen daartoe hebben we hierboven gegeven. Ter discussie staat of het bij de door ons gesignaleerde tekortkomingen van de ICPC wel om problemen gaat die op de probleemlijst thuis horen. De stelling dat roken een belangrijk gezondheidsprobleem is, en daarom op de probleemlijst hoort, is zeker te verdedigen.<sup>7</sup> Roken staat hoog in de Maastrichtse top 20. De ICPC kent als code slechts 'tabaksmisbruik' (P17); volgens de ICHPPC-2-defined: overmatig tabaksgebruik, zonder nadere aanduiding van sigaret, sigaar, pijp of pruimtabak, of roken als

het gecontra-indiceerd is op grond van concurrente ziekte, of roken dat door de patiënt als probleem wordt ervaren. Maar voor wie geïnteresseerd is in roken als risicofactor, is het minstens even belangrijk te weten wie niet roken, of wie weinig roken, of wie met roken gestopt zijn. De werkgroep NUT-II adviseert het al dan niet roken in een HIS op het preventiescherm te vermelden; voor andere problemen, zoals de uterusexcitatie adviseert de werkgroep een ruit.<sup>8</sup> Over prothesen en kunstgewrichten wordt niet gerept, maar voor de pacemaker adviseert de werkgroep opname op de probleemlijst.

Het zijn ongetwijfeld belangrijke en klinisch relevante gezondheidsproblemen. Als zodanig horen ze thuis op de probleemlijst. Wie deze typen problemen gecodeerd op zijn probleemlijst vermeldt, 'vervuilt' echter de probleemlijst met problemen die geen diagnoses zijn maar risicofactoren, aspecten van *life style* of ingrepen. Wie ze ruitert of op het preventiescherm plaatst, versnipperd informatie over verschillende, niet samenhangende compartimenten van het HIS.

Voor bepaalde aandoeningen, zoals diabetes mellitus en hypertensie, geeft de werkgroep een ruitcode, (zonder overigens onderscheid te maken tussen de beide typen van diabetes) en wordt tegelijkertijd het advies gegeven deze diagnoses op de probleemlijst te zetten. Dit is uit oogpunt van uitwisselbaarheid van gegevens tussen artsen en voor de bruikbaarheid van gegevens voor wetenschappelijk onderzoek een slechte ontwikkeling. Ook wetenschappelijk onderzoek is gebaat bij eenvoud en eenvormigheid van registratie. Een veel betere oplossing ware de mogelijkheid te creëren dat (bepaalde) ICPC-codes op de probleemlijst zodanig gemarkeerd kunnen worden, dat er een signalering verschijnt op de plaats waar nu ruiters gebruikt worden. Uit een oogpunt van toegankelijkheid voor wetenschappelijk onderzoek zou gewenst zijn de problemen die de status hebben van diagnose of episodenaam als zodanig te markeren.<sup>9</sup>

Er is kortom alle reden om de relatie tussen probleemlijst en andere rubrieken uit het HIS nog eens kritisch te bezien.

Er bestaat spanning tussen de behoeften van de dagelijkse praktijk en de eisen die registratie ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek stelt. De ICPC is ontwikkeld als instrument om de (de epidemiologie van) het proces van zorgverlening door de huisarts in kaart te brengen.<sup>2,3</sup> De ICPC is in Nederland door de LHV en het NHG als classificatiesysteem geaccepteerd. Met het voortschrijden van de automatisering dringt ook voor de dagelijkse praktijk de noodzaak van een classificatie zich op. Het zou jammer zijn als de ICPC uitsluitend het instrument van wetenschap zou blijven. Dat zou ontwikkelingen in de Nederlandse huisartsgeneeskunde die door de automatisering mogelijk worden, niet ten goede komen. Te weinig rekening houden met de eisen die de dagelijkse praktijk stelt draagt het risico dat onderzoek, bijvoorbeeld de evaluatie van standaarden gedaan moet worden in een situatie die de dagelijkse werkelijkheid onvoldoende weerspiegelt.

#### Literatuur

1 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.

- 2 Lamberts H, Wood M, eds. International Classification of Primary Care Oxford: Oxford University Press, 1987.
- 3 Boersma J. ICPC: International Classification of Primary Care. Short titles and Nederlandse subtitels. 2e dr. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1994.
- 4 Metsemakers JFM, Plagge HWM, De Kanter J. De probleemlijst. Suggesties voor de huisarts. Huisarts Wet 1988; 31: 379-81.
- 5 Marinus AFM. Inter-doktervariatie in het Transitieproject. Huisarts Wet 1990; 33: 4-8.
- 6 De Jonge JW, Van Zutphen WM, De Bruijne GA, Knottnerus JA. De behandeling van enkeloedeem bij ouderen in de huisartspraktijk; wanneer en hoe vaak worden diuretica gebruikt? Ned Tijdschr Geneesk 1990; 134: 1702-5.
- 7 Metsemakers JFM. Unlocking patients' records in general practice for research, medical education and quality assurance: the registration network family practices. Amsterdam: Thesis, 1994.
- 8 Werkgroep NUT-II Advies ten aanzien van het gebruik van ruitercodes in Huisarts Informatie Systemen. Huisarts Wet 1993; 36: 396-8.
- 9 Van der Werf GTh. Probleemlijst, SOEP en ICPC. Huisarts Wet 1996; 39(6): 265-70.

#### Abstract

**Hartsema A, Smith RJA, Van der Werf GTh. In between science and care. ICPC coding of problem lists in four medical practices. Huisarts Wet 1996; 39(6): 271-5.**

In computerized primary care practice classification is necessary. In the Dutch situation the International Classification of Primary Care (ICPC) has been designated as the classification code. However, research has revealed that using the ICPC in day-to-day medical practice is not without difficulties. Regular consultation between GPs using the ICPC seems desirable in order to prevent differences in interpretation, the more so when classification is done to provide data for research. But also to those using the data for pharmacotherapy counseling or mutual assessment these consultations are necessary and relevant. Much is to be said in favour of bringing the diagnostic categories of the Dutch College of General Practitioners' standards in line with the ICPC codes. Recording relevant medical procedures, prostheses, and lifestyle characteristics in different parts in the General Practitioner Information System results in fragmented data. It is important that certain problems of the problem list can be marked separately, e.g. when it concerns problems with the status of episode or life style problems.

**Key words** Classification; Family practice; ICPC; Problem list.

**Correspondence** Dr. G.Th. van der Werf MD, Department of General Practice, Universiteit Groningen, Antonius Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen, The Netherlands. ■