

Nederlands Huisartsen Instituut  
Postbus 2570 - 3500 GN Utrecht  
Telefoon: 030 319946



driehaagstraat 26  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946

## NAAR EEN INFORMATIENETWERK IN DE EERSTE LIJN

Rapport van de eerste fase van het  
project Classificatie/Registratie in de  
huisartspraktijk

Marten Hoekstra  
Wil van den Bosch



INHOUDSOPGAVE

PAG.

Inleiding 1

Deel I

Hoofdstuk 1:	Voorgeschiedenis, voorstel en opdracht	3
Hoofdstuk 2:	Projecten en systemen in Nederland	11
Hoofdstuk 3:	Knelpunten	27
Hoofdstuk 4:	Ideeën over de aanpak van het project	31
Hoofdstuk 5:	Oriëntatiepunten	33
Hoofdstuk 6:	Samenvatting en conclusies van de bevindingen in de eerste fase	38

Deel II

Hoofdstuk 7:	Hoe verhouden de bevindingen zich tot het oorspronkelijke projectvoorstel	39
Hoofdstuk 8:	Samenvatting van het rapport "Huisartsen Infor- matie Systeem"	40
Hoofdstuk 9:	Probleemstelling en doelstelling van het project	53
Hoofdstuk 10:	Projectplanning	60
Hoofdstuk 11:	Organisatie	68
Hoofdstuk 12:	Samenvatting	74

BIJLAGEN:

1. lijst van medewerkers aan de projecten
2. literatuuroverzicht
3. brieven V&M met subsidietoekenningen



## Inleiding

Dit rapport is opgesteld op het eind van de eerste fase van het project classificatie/registratie in de huisartspraktijk. In dit project wordt samengewerkt tussen het Nederlands Huisartsen Instituut en het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut. De eerste fase van dit driejarige project loopt van 2 januari tot oktober 1981.

In de eerste maanden van deze eerste fase hebben de onderzoekers, socioloog van het NHI en huisarts van het NUHI, de gelegenheid gekregen zich in de problematiek te oriënteren. Dit met als uitgangspunt het onderzoeksvoorstel, dat in 1979 door het NHI is opgesteld en in 1980 leidde tot de onderzoeksopdracht door het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Deze tijd werd afgesloten met het aanbieden van een voorlopig rapport aan de begeleidingscommissie. Dit gebeurde op 1-7-1981.

Dit voorlopige rapport bevatte de voorgeschiedenis van dit project; de activiteiten van het NHI en het NUHI wat betreft registratie en classificatie; de eerste inventarisatie van projecten en systemen op dit gebied in Nederland met een aantal knelpunten die wij hierbij vonden; ideeën over de aanpak van het project zoals wij deze vernamen van de verschillende deskundigen met wie wij een gesprek hebben gehad en een aantal oriëntatiepunten die voor ons van belang waren. Het rapport bevatte ook de voorlopige probleemstelling en doelstelling. Deze bevindingen zullen -hier en daar ingekort- in dit rapport terugkomen. Zie hoofdstukken 1 t/m 8 van dit rapport.

Nadat het voorlopige rapport zowel binnen het NHI als binnen het NUHI besproken was en nadat beide instellingen de geformuleerde probleemstelling en doelstelling hadden onderschreven, werd het rapport besproken in de begeleidingscommissie waar wij voldoende instemming verkregen om op onze weg verder te gaan.

In de laatste maanden van de eerste fase (1 juni-oktober '81) is intensief overleg met de diverse partners gevoerd over het op te stellen definitieve plan voor het project. Veel aandacht is besteed aan het in augustus gereedgekomen rapport van de eerste fase van het NHI-project "automatisering in de huisartspraktijk". In het automatiseringsproject zal op experimentele wijze een geautomatiseerd informatiesysteem voor de huisartspraktijk worden ontwikkeld (zie hoofdstuk 8). Het classificatieproject zal voor een gedeelte de inhoud van wat in dit systeem wordt geregistreerd, bewerkt en opgeleverd moeten bepalen. Het ligt voor de hand, dat in dit project de externe informatievoorziening vanuit de huisartspraktijk meer op de eerste plaats komt, terwijl in het automatiseringsproject van het NHI de ondersteuning van de hulpverlening, het diagnostisch onderzoek en de administratie van de huisarts binnen de praktijk centraal staan.

Gedacht is dat de combinatie van beide invalshoeken in een experimenteel kader een aanloop kan geven voor een toekomstig huisartseninformatiesysteem dat zowel binnen de praktijk als voor externe informatievoorziening dienst kan doen. Daarom is gestreefd naar het op elkaar afstemmen van de plannen voor de uitvoering van beide, nauw met elkaar verband houdende projecten. Als resultaat hiervan kan een gezamenlijke projectplanning worden gemaakt (hoofdstuk 10), en een organisatiestructuur voor beide projecten opgesteld (hoofdstuk 11).

DEEL I

Hoofdstuk 1: Voorgeschiedenis, voorstel en opdracht

1.1.: Ontwikkelingen rond registratie in de gezondheidszorg

Registratie, automatisering, informatica e.d. is in de gezondheidszorg, zoals in andere sectoren van de maatschappij vanaf de zestiger jaren in versnelde mate tot ontwikkeling gekomen. Dit ging via de uiteenlopende en elkaar soms weer rakende ontwikkelingslijnen van medische en financiële administratie, medische registratie, regionalisatie, planning, automatisering, epidemiologie. De geautomatiseerde bewerking van medische gegevens van ziekenhuizen met een epidemiologische doelstelling is via het ontstaan van de Stichting Medische Registratie SMR, (opgericht in 1963) het eerst van de grond gekomen. Daarna zijn in de ziekenhuiswereld met begeleiding van het Nationaal Ziekenhuis Instituut regionale informatiecentra ontstaan. Vrijwel tegelijk deed de automatisering binnen de ziekenhuizen (financiële administratie, laboratorium onderzoeken) zijn intrede. In de zeventiger jaren zijn in de ziekenfondswereld (landelijk informatie systeem ziekenfondsen (LISZ)), en in vele andere sectoren van de gezondheidszorg registratie en informatiesystemen van de grond gekomen. De informatievoorziening voor planning, beleid, financiering en onderzoek kreeg zo per sector steeds meer gestalte. Belangrijke verzamelaars van informatie zijn bijvoorbeeld het CBS, de geneeskundige (hoofd)inspecties, Het NZI, de SMR, de ziekenfondsen via het LISZ.

Ook werd steeds meer aandacht besteed aan het registreren en gebruiken van gegevens in de hulpverleningssituaties. Dossiers en kaartsystemen werden onderwerp van studie. Veel werk werd verricht door de medische administrateurs in ziekenhuizen en hun Vereniging (Nederlandse Vereniging van Medische Administrateurs - NVMA). Dit betreft zowel de handmatige administratie als de automatisering, financieel en medisch. De maatschappelijke discussie over de privacy werd ook in de gezondheidszorg gevoerd. Van belang is vooral een rapport van de gezondheidsraad over deze problematiek.<sup>1</sup>

De sector van de algemene ziekenhuizen liep bij al deze ontwikkelingen voorop. De extramurale gezondheidszorg, en vooral die sectoren daarvan waarin de hulpverlening instellingsgewijs georganiseerd is (het kruiswerk en de ambulante geestelijke gezondheidszorg bijvoorbeel) lieten daarna overeenkomstig ontwikkelingen zien. Het minst werd vooralsnog de kleinschalige ambulante zorg, zoals met name de huisartsen die geven, door de groei van de informatiemaatschappij geraakt.

<sup>1</sup> Gezondheidsraad 1978

## 1.2.: Ontwikkelingen rond registratie in de huisartsgeneeskunde

Huisartsen zijn in het verleden steeds meer gaan vastleggen. Beperkte zich dat in het begin tot de naam van de patiënt met wie de huisarts contact had en was de huisarts gewoon informatie over zijn patiënten in zijn geheugen op te slaan, later werd de behoefte gegevens schriftelijk vast te leggen steeds groter. het aantal vormen van diagnostiek nam toe, schriftelijke rapportage van en naar andere zorgsystemen en hoger echelons werd steeds uitgebreider, een groter scala van therapieën (met al hun bijwerkingen, contra-indicaties en interacties) kwam onder bereik van de huisarts. Ook de samenwerking van huisartsen onderling deed de behoefte aan een goed registratiesysteem toenemen. Veel huisartsen kwamen in een opleiderssituatie. De in 1958 door het N.H.G. ingevoerde patiëntenkaart vulde lange tijd de behoefte. het ontstaan van een andere kijk op de huisartsgeneeskunde (minder afgeleid van de specialistische geneeskunde) maakte dat men behoefte kreeg aan een andere vorm van registreren. Daarin stond niet het klassieke (klinische) symptoom-diagnose-therapie model voorop maar een meer op de huisartsgeneeskunde-nieuwe stijl (methodisch werken, gezinsbenadering, probleem-georiënteerd i.p.v. diagnose-georiënteerd) geënte vorm.

Dit gaf de impuls tot overneming van de door Weed<sup>1</sup> ontwikkelde Probleem Georiënteerde Verslaglegging. Hierin speelt het bijhouden van een problemenlijst een grote rol.

Deze laatste ontwikkeling, waarbij de Nederlandse huisarts zich tot dusver slechts schoorvoetend aansluit, geeft mogelijkheden het niveau van de huisartsgeneeskunde op een hoger peil te brengen<sup>2</sup>.

Morbiditeitsclassificatie voor huisartsen is nog geen 25 jaar oud. In deze korte tijd zijn de ontwikkelingen stormachtig geweest. De eerste classificaties komen uit Engeland (E-list) en werden in het einde van de zestiger jaren voor nederlands gebruik vertaald en aangepast. Oliemans<sup>3</sup> gebruikte deze lijst voor het eerst grote Nederlandse morbiditeitsonderzoek. Internationale ontwikkelingen hebben geleid tot de ICHPPC, een diagnoselijst waarmee de huisarts meer mogelijkheden heeft probleemgedrag te classificeren<sup>4</sup>.

Echter al deze classificaties blijven op "medische" grondslag. De roep om nog meer op de huisarts gerichte classificatie wordt harder.

<sup>1</sup> Weed '69

<sup>2</sup> Meijboom '79

<sup>3</sup> Oliemans '69

<sup>4</sup> Lamberts '79



Belangrijke ontwikkelingen hierin zijn studies zoals de reason for contact classification waar Lamberts<sup>1</sup> in Ommoord zich mee bezig houdt en het classificeren van de 4 basisonderdelen van het arts-patiënt contact waarmee men gaat experimenteren in Maastricht (zie blz. 20 enz.).

Buiten de typische huisartsen classificatie om raken huisartsen als beroepsgroep meer betrokken bij ontwikkelingen als het voorbereiden van een nieuwe versie van de ICD, classificaties voor ziekteverzuim en ICIDH (International Classification for Impairments, Disabilities and Handicaps).

Als perspectief voor de toekomst lijkt het belangrijk bovendien aansluiting te zoeken bij de registratiesystemen die ontwikkeld zijn voor andere disciplines in de eerste lijn.

### 1.3. Het Nederlands Huisartsen Instituut en registratie

Registratie is binnen het N.H.I. steeds bijzonder in de aandacht geweest. Het instituut richt zich op beleidsonderbouwend onderzoek. Getracht wordt kwantitatief inzicht te verkrijgen in de zorg in de eerste lijn (behoefte aan zorg en hulpvraag enerzijds, hulpverlenerspotentieel, hulpaanbod en verwerking hulpvraag anderzijds).

Sinds 1970 kent het instituut een "continue morbiditeits registratie" via Peilstations: zestig huisartsen leveren daarin hun aandeel via het signaleren/registreren van een aantal klachten, ziekten of gebeurtenissen die zij in hun praktijk tegenkomen<sup>2</sup>. Voor een korte beschrijving van dit Peilstation-systeem verwijzen we naar hoofdstuk 2.3., onder 8.

Daarnaast heeft het N.H.I. sedert 1968 een registratiesysteem van gevestigde huisartsen<sup>3</sup>. Hiermee wordt informatie verkregen over het beschikbare potentieel aan hulpverleners. het systeem is geleidelijk aan uitgebreid tot een meer volledig overzicht van mankracht en voorzieningen in de huisartssector o.a. groepspraktijken en gezondheidscentra.

Besprekingen zijn gaande over het opzetten van een soortgelijke registratie voor andere beroepsgroepen in de eerste lijn.

De laatste jaren heeft het begrip "registratie in de eerste lijn" bij het NHI sterk in de belangstelling gestaan. De leidende gedachte daarbij was dat het peilstationproject zou kunnen worden uitgebouwd tot een meer volledig registratiesysteem voor de huisartsgeneeskunde/eerste lijn.

<sup>1</sup> Lamberts '79

<sup>2</sup> Verslagen t/m 1980

<sup>3</sup> Series "studies- en cijfers uit de huisartsenregistratie"

Er vond een uitvoerige literatuurverkenningen probleemoriëntatie plaats door C.W. Aakster in 1977/78. De daarin vervatte ideeën zijn bouwstenen geweest voor het NHI om te komen tot een plan betreffende de registratie in de eerste lijn, verwoord in: "eerste aanzet tot een meerjarenplanning". Gesignaleerd wordt dat er behoefte is aan een landelijk registratiesysteem dat realiseerbare cijfers over de hulpvraag en het hulpaanbod in de huisartspraktijk oplevert.

De volgende ontwikkelingen spelen een rol:

- " 1. de discussie over de voor de eerste lijn meest geëigende classificatiemethode
2. de voortschrijdende automatisering en automatiseringsmogelijkheden
3. de theoretische ontwikkelingen in het denken over interdokter-variatie ("de artsfactor", "labeling", etc.)"

Deze kunnen de basis zijn van een aantal onderzoeks- respectievelijk ontwikkelingsprojecten die een noodzakelijke fase vormen in de voorbereiding van een landelijk registratiesysteem.

Voor het laatste project zijn nog geen financiële middelen gevonden.

Dit heeft geleid tot het vormen van de basiseenheid: "registratie in de eerste lijn" op het NHI waarin op dit moment de onderzoekers van dit project en die van het automatiseringsproject werkzaam zijn.

De verbinding tussen beide projecten, die al in de opdrachten van het ministerie is gelegd, komen in het werkplan duidelijk naar voren.

In het automatiseringsproject zal op experimentele wijze een geautomatiseerd informatiesysteem voor de huisartspraktijk worden ontwikkeld. Het classificatieproject zal voor een gedeelte de inhoud van wat in dit systeem wordt geregistreerd, bewerkt en opgeleverd moeten bepalen. Het ligt enigszins voor de hand, dat dit in dit project de externe informatievoorziening vanuit de huisartspraktijk meer op de eerste plaats komt, terwijl in het automatiseringsproject van het NHI de ondersteuning van de hulpverlening, het diagnostisch onderzoek en de administratie van de huisarts binnen de praktijk centraal staan.

Echter het lijkt zinloos om, zonder de "toegevoegde waarde" van de externe informatiebehoefte, een geautomatiseerd systeem te ontwikkelen louter voor administratieve doeleinden.

Gedacht is dat de combinatie van beide invalshoeken in een experimenteel kader een aanloop kan geven voor een toekomstig huisartseninformatiesysteem dat zowel binnen de praktijk als voor de externe informatievoorziening dienst kan doen.

#### 1.4. Het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut en registratie

De Nijmeegse continue morbiditeitsregistratie is gestart uit de behoefte materiaal uit de eerstelijnsgezondheidszorg voor onderwijsdoeleinden te gebruiken, terwijl het doel tevens was om deze gegevens toe te passen voor onderzoek op het gebied van huisartsgeneeskunde.

In de opleiding tot arts komt de medisch student in aanraking met een scala ziektebeelden die vrijwel geheel gebaseerd is op wat in specialistische afdelingen ter behandeling komt. Uit onderzoek o.a. Hodgkin<sup>1</sup> en ook door eigen onderzoeksmateriaal komt naar voren dat juist gezondheidsstoornissen die in de gemeenschap vrij frequent voorkomen in het onderwijs slechts een zeer kleine plaats toebedeeld hebben gekregen. Dit was een belangrijke motivatie om te beginnen met een continue morbiditeitsregistratie in de huisartspraktijk om medisch-studenten bekend te maken met het morbiditeitsspectrum van de eerstelijns. Sinds 1971 wordt in 4 praktijken geregistreerd, nadat er in 1967 in twee praktijken gestart was. Tezamen worden de gegevens van 12.000 patiënten verwerkt.

Kenmerken van continue morbiditeitsregistratie van het NUHI zijn:

- 1: Nauwkeurige registratie van de samenstelling van een praktijkbevolking door vastleggen van persoons- en gezinskenmerken.
- 2: Het registreren van alle morbiditeit die de huisarts ter kennis komt, ook die via specialisten e.a. In de morbiditeit wordt onderscheid gemaakt tussen nieuwe, chronische ziektes en exacerbaties van chronische ziekten.
- 3: Verwijzingen naar andere hulpverleners van de eerste lijn en tweede lijn alsmede ziekenhuisopname worden gespecificeerd vastgelegd.
- 4: De mogelijkheid bovenstaande items te koppelen.

Als mogelijkheden van een continue morbiditeitsregistratie ziet men bij het N.U.H.I.:

- 1: Het geven van een beeld van het morbiditeitsspectrum in de eerstelijns van de gezondheidszorg door de mogelijke incidenties en prevalenties te berekenen en in de tijd te plaatsen.
- 2: De mogelijkheid tot een opbouw te komen van een "levensloopgeneeskunde"; de invloed van bepaalde gebeurtenissen op het morbiditeitspatroon van bepaalde personen en gezinnen kan bestudeerd worden.
- 3: De mogelijkheid bijdrage te leveren aan de opbouw van een "gezinsgeneeskunde". Dit is de basis geweest voor vele onderzoeken die het N.U.H.I. een naam hebben gegeven in de toepassing van de geneeskunde in het gezin.

<sup>1</sup> Hodgkin '63.

4: De mogelijkheid morbiditeitsvariabelen in verband te brengen met de betreffende huisartsen en zo een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde.

Het materiaal van de continue morbiditeitsregistratie van het N.U.H.I. is de basis geweest van een groot aantal publikaties en enkele dissertaties. Het materiaal is ook beschikbaar voor andere personen en instellingen buiten het instituut. Om dit laatste te vergemakkelijken is in 1980 de klapper verschenen "Gewone Ziektes"<sup>2</sup> waarin cijfers over het voorkomen van ziektes beschreven zijn terwijl de te verwachten frequenties van de meest voorkomende ziektes in een standaardpraktijk zijn berekend.

Voor verdere informatie over de gang van zaken bij de CMR wordt verwezen naar het derde gedeelte van hoofdstuk 4.

#### 1.5. Onderzoeksvoorstel en onderzoeksoopdracht

Naar aanleiding van de bovengenoemde activiteiten en beleidsvoornemens van het N.H.I. werd door dit instituut in september 1979 een onderzoeksvoorstel gepubliceerd. Daarin werden een aantal classificatiesystemen geschreven, en aangegeven dat systematisch onderzoek zou moeten plaatsvinden naar de effectiviteit, haalbaarheid en toepasbaarheid van deze verschillende systemen. Als centrale vraagstelling werd aangegeven: is het mogelijk met behulp van bestaande classificatiesystemen te komen tot een vorm van registratie die tegemoet komt aan de eisen gesteld vanuit hulpverlening, beleid, onderzoek en onderwijs?

De daarbij gestelde subvragen zijn:

- 1: Hoe zitten de bestaande systemen in elkaar, d.w.z. welk doel streeft elk systeem na en in hoeverre zijn deze systemen ook bruikbaar voor eisen gesteld vanuit andere aandachtsvelden.
- 2: Hoe werken deze systemen, d.w.z. in hoeverre bereikt elk systeem zijn doel en welke factoren zijn op het al dan niet bereiken van dat doel van invloed.
- 3: Hoe moet uitgaande van de vigerende registratiesystemen een systeem opgezet worden, dat zoveel mogelijk tegemoet komt aan de eisen gesteld vanuit de hulpverlening, het onderzoek en het beleid.
- 4: Hoe voldoen de classificatie/ registratiesystemen in de praktijk.

<sup>2</sup> Gewone Ziektes '80

Voorgesteld wordt om in de onderzoeksopzet uit te gaan van de bestaande registratiesystemen waarbij de continue morbiditeitsregistratie uit Nijmegen, het monitoringproject uit Ommoord en de werkgroep registratie van het N.H.G. genoemd worden. In die eerste fase zal het onderzoeksterrein moeten worden verkend, de vraagstellingen aangescherpt en de definitieve onderzoeksopzet voorbereid. Deze fase moet tevens het antwoord opleveren op de vraag, of voor het zelf verzamelen van materiaal eveneens van de bestaande systemen gebruik moet worden gemaakt. Als kern van het project werd een evaluatie van de verschillende classificatiesystemen aan de hand van nieuw te verzamelen materiaal gezien. Het onderzoeksvoorstel werd van een fasering voorzien met een:

- fase 1 voor voorbereiding
- fase 2 voor formulering van het definitieve onderzoeksplan
- fase 3 voor evaluatie van verschillende classificatiesystemen aan de hand van nieuw te verzamelen materiaal
- fase 4 voor het opmaken van de balans
- fase 5 implementatie van de onderzoeksresultaten

Een en ander werd afhankelijk gesteld van het in de eerste fase op te stellen definitieve projectvoorstel.

Het onderzoeksvoorstel was aanleiding voor het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne om het Nederlands Huisartsen Instituut op 31 juli 1980 een onderzoeksopdracht te geven. Aangetekend werd dat door de regering, blijkens het Wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg, groot belang gehecht wordt aan het beschikbaar komen t.b.v. de beleidsvoering, van gegevens over de gezondheidszorgvoorzieningen en het gebruik ervan. In het bijzonder voor de eerste lijn werd veel ontwikkelingswerk voorzien, alvorens tot een voldoende sluitend systeem van gegevensverzameling kan worden gekomen. Meer nog dan in het onderzoeksvoorstel werd de opdracht toegespitst op een te ontwikkelen registratiesysteem, dat zowel op de morbiditeit (of meer algemeen de hulpvraag) als op de interventie gericht moet zijn.

Daarbij werd verwezen naar de COFOG-voorstellen.\* D.m.v. onderzoek dient te worden nagegaan aan welk classificatiesysteem t.b.v. de registratie in de huisartspraktijk de voorkeur dient te worden gegeven. De in het onderzoeksvoorstel genoemde centrale vraagstelling wordt onderschreven.

Het project dient in drie fasen te worden uitgevoerd. Concretisering van de tweede en derde fase is afhankelijk van de resultaten van de eerste fase.

\* Commissie onderzoek functioneren en organisatie gezondheidszorg van de Raad voor gezondheidsresearch TNO. Deze commissie stelde in 1977 een "projectvoorstel registratie" over en voor de huisartspraktijk op.

Als fasen worden aangegeven:

fase 1: (duur circa 9 maanden). Inventarisatie en evaluatie van bestaande systemen ondermeer via een informatieronde langs de bestaande systemen, en formulering van het definitieve onderzoeksplan.

fase 2: (duur circa 18 maanden). Verzameling onderzoeksmateriaal en formulering van een registratiesysteem.

fase 3: (duur circa 9 maanden). Feasibility-studie waarin de toepasbaarheid van het systeem in de huisartspraktijk wordt nagegaan.

Het project zal worden uitgevoerd in samenwerking met het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut. Gewezen wordt op de activiteiten van de werkgroep Classificatie en Coderingen (WCC) van de raad voor gezondheidsresearch TNO. Verzocht wordt bij de opzet en uitvoering van het project contact op te nemen met de WCC en het Nederlands Huisartsen Genootschap.

De opdracht van het Ministerie is in overleg met het N.H.I. een nuance meer op registratie in de huisartspraktijk gericht, dan het onderzoeksvoorstel van het N.H.I.. Onder de titel classificatie in de eerste lijn werd daarin vooral aandacht geschonken aan classificatiesystemen om klachten, problemen, diagnoses en andere aspecten van morbiditeit te registreren. De opdracht is qua onderwerp breder (hulpvragen en interventie; gebruik van voorzieningen; registratie i.p.v. classificatie) en qua werkterrein smaller (huisartspraktijk i.p.v. eerste lijn) dan het voorstel. Dit past beter in de lijn van de "eerste aanzet voor een meerjarenplanning" (zie 1.3.).

#### 1.6. Werkzaamheden in de eerste fase

De feitelijke start van het project vond plaats in januari 1981 toen de onderzoekers waren aangesteld en in dienst getreden.

In de eerste fase van het project was de aandacht van de onderzoekers gericht op het inwerken in de huisartsgeneeskunde respectievelijk in de problematiek van de registratie en classificatie; op een aantal organisatorische aspecten van het project (instelling en samenstelling van een projectgroep, opstellen van een samenwerkingsovereenkomst NHI-NUHI, leggen van contact met de werkgroep classificatie en codering, contact met medewerkers van het automatiseringsproject van het N.H.I., versterking van het team met een psycholoog-gewetensbezwaarde).

De belangrijkste activiteiten waren het voeren van gesprekken met een groot aantal deskundigen en het verzamelen en doornemen van literatuur (zie hiervoor de bijlagen). Vanaf medio mei werd gewerkt aan het concipiëren van dit eerste rapport.

## Hoofdstuk 2: Projecten en systemen in Nederland.

### 2.1. Basisregistratie

De meeste huisartsen gebruiken een kaartstelsel, ten eerste om basisgegevens van de patiënt vast te leggen, ten tweede als geheugensteun voor contact.

Er zijn vele soorten kaartsystemen in gebruik. De meest gebruikte is de bekende groene kaart, geïntroduceerd door het N.H.G. in 1958. Het eerste deel van de kaart bestaat uit een ruimte beschikbaar voor het vastleggen van basisgegevens, zoals persoonsgegevens, gegevens over verzekeringsvorm, vroegere ziektes, vaccinatie, allergieën, belangrijke gegevens uit de familie-anamnese etc. Het tweede deel van de kaart heeft de mogelijkheid contacten te registreren samen met andere gegevens zoals uitslagen van laboratoriumonderzoek en uittreksels uit specialistenbrieven.

De ervaring is dat het eerste gedeelte van de kaart slecht tot zeer slecht wordt ingevuld en bijgehouden. De opbouw van de kaart leent zich dan ook niet voor het bijhouden van belangrijke gegevens. Ook het tweede deel van de kaart wordt weinig systematisch bewerkt. Indien de huisarts uittreksels van specialistenbrieven en laboratoriumuitslagen door zijn assistente op de kaart laat vermelden, geeft dat nog, ook voor anderen dan de huisarts zelf, het meeste inzicht in de ziektegeschiedenis van de patiënt.

Als de huisarts in zijn praktijk met andere samenwerkt zal de kaart niet alleen als geheugensteun maar ook als werkdocument gebruikt dienen te worden.

Uit een onderzoek waarbij de door verschillende huisartsen geregistreerde gegevens op patiëntenkaarten vergeleken werden met de gegevens door patiënten zelf in vragenlijsten ingevuld, bleek dat geen van de kaarten volledig was en dat belangrijke gegevens er niet op vermeld stonden.<sup>1</sup>

Uit onvrede met bestaande systemen werd de Probleem Georiënteerde Patiëntenkaart ontwikkeld. Weer was de eerste die met deze methode werkte in een interne opleidingskliniek.

De Probleem Georiënteerde Patiëntenkaart bestaande uit 3 gedeelten:

1e de basisgegevens

2e de problemlijst

3e het journaal geregistreerd volgens de S.O.E.P.-methode.

<sup>1</sup> Bensing e.a., 1978

De Probleem Georiënteerde Registratie (P.O.R.) werd in Nederland geïntroduceerd door de vertaling van Van der Velden van de artikelen die Metcalfe eerder publiceerde in Update (H&W 1977)<sup>1</sup>. Nadien is een N.H.G.-werkgroep opgericht om de mogelijkheid van een dergelijke registratie in de praktijk te bekijken. In 1979 verscheen een themanummer van Huisarts en Wetenschap waarin voorbeelden van Probleem Georiënteerde Patiëntenkaarten werden uitgewerkt. De hoop was dat vele huisartsen op dit systeem zouden overschakelen. Echter de Probleem Georiënteerde vorm van registreren heeft niet de opmars gemaakt die men ervan gehoopt had.

## 2.2. Classificatiesystemen

Alle bestaande classificatiesystemen die in de huisartspraktijk gebruikt worden zijn afgeleid van de I.C.D.: International Classification of Diseases. De geboorte van de I.C.D. als internationaal statistisch instrument was in 1893 toen het International Statistical Institute de eerste International List of causes of Death uitgaf. Deze start vanuit de doodsoorzakenstatistiek in de 19e eeuw verklaart de grote plaats die infectieziekten in de classificatie innemen.

Ongeveer iedere tien jaar werd de lijst aangepast en veranderd. De zesde revisie stond voor het eerst onder auspiciën van de WHO en de lijst werd uitgebreid met classificaties voor morbiditeit. Op dit moment is de negende versie in gebruik (1975), de tiende is in voorbereiding. Naar verwachting wordt deze pas in 1995 ingevoerd.

De I.C.D.-9<sup>2</sup> is opgebouwd uit 17 hoofdstukken en 2 supplementen. De indeling is gedeeltelijk op basis van orgaansystemen, gedeeltelijk etiologisch en gedeeltelijk rond bepaalde levensfasen, terwijl er een restgroep is met symptomen en moeilijk te definiëren condities. Als supplementen zijn opgenomen een lijst met externe oorzaken van verwondingen en verrichtingen met een lijst met factoren die de gezondheid en het contact met de gezondheidszorg beïnvloeden. De basislijst heeft een drie-cijfercode met specificatie naar een vier-cijfercode. De I.C.D. wordt in Nederland vooral gebruikt door het C.B.S. de IMS, de Gemeenschappelijke Medische Dienst en sinds kort de verpleeghuisregistratie van de Stichting Informatiecentrum Gezondheidsdienst (SIVIS). De meeste medische administraties van ziekenhuizen en de Stichting Medische Registratie (SMR), maken gebruik van één van de varianten (ICD-CM).

<sup>1</sup> Metcalfe (v.d. Velden) 1977

zie ook o.a. Weed '69, Ryback '79, Sheldon '76

<sup>2</sup> I.C.D. 1977



Voor de specifieke doeleinden zijn (of worden) door werkgroepen van de WHO de volgende aanpassingen ontwikkeld:

- I.C.D.-CM is de clinical mode, de versie voor gebruik in ziekenhuizen
- I.C.D.-DA is de aangepaste versie voor dentistry en stomatologie
- I.C.D.-O voor oncologie
- I.C.D.-E is International Classification of Disorder of the Eye
- I.C.I.D.H. is International Classification of Impairment, disabilities and handicaps.

Allround wordt in Nederland de I.C.D. toegepast voor ziekte- en ongevallen-coderingen, de bedrijfsgeneeskundige diensten, SIVIS, de GMD. Er is een tendens naar de ontwikkeling van meer beschrijvende classificatiesystemen, die zijn toegesneden op de behoeften van de verschillende medische beroepsgroepen. Deze hebben meerdere assen (dimensies) van categoriën binnen één systeem. De diagnose is dan geen hoofdzaak, maar hooguit een onderdeel van het classificatiesysteem. De ICIDH is daar een voorbeeld van, evenals de in 2.3. onder 9 beschreven reason for contact classificatie.

Al vanaf het begin bleek dat de op doodsoorzaken georiënteerde I.C.D. weinig toepasbaar was in de huisartspraktijk.

Al in 1959 werd in het rapport van de Royal College of General Practitioners in Engeland aangetoond dat 50% van de problemen aan de huisarts aangeboden niet in een I.C.D. code als diagnose te plaatsen waren.

Dit heeft geleid tot een aparte huisartsenclassificatie, RCGP: classificatie ofwel de E-list (naar EIMERL, één van de ontwerpers) een lijst die in 1963 zijn definitieve vorm kreeg. De lijst was afgeleid van de zevende versie van de I.C.D.

De belangrijkste aanpassing was dat de diagnose in de diverse hoofdstukken werden gevolgd door codes voor symptomen; symptomen die pasten in de betreffende rubriek. Een tweede verschil was de beperking van het aantal diagnoses.

De duizend basisdiagnoses uit de I.C.D. exclusief de supplementen werd beperkt tot 500 diagnoses in Engelse E-list. Deze classificatieslijst was de basis van een aantal landelijke morbiditeitsstudies in Engeland (Logan<sup>1</sup>, morbidity statistics in General Practice, 1959, herhaald in second national study 1970-1971).

De E-list werd in Nederland geïntroduceerd in 1967 door de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO) van het N.H.G (Aulbers<sup>2</sup> H & W, 1967).

<sup>1</sup> Logan '58

<sup>2</sup> Aulbers 67

De E-list werd voor de Nederlandse situatie aangepast en vormde de basis van het grote morbiditeitsonderzoek van Oliemans (zie verder).

De E-list wordt ook gebruikt bij de continue morbiditeitsregistratie van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Insituut.

Lamberts<sup>1</sup> gebruikt de E-List als basis voor zijn morbiditeitsonderzoek in 1972 in de groepspraktijk Ommoord maar bracht essentiële veranderingen aan door met name een vergaande beperking van het aantal diagnoses en het introduceren van de mogelijkheid probleemgedrag te classificeren.

Door alle aanpassingen in de E-list in de diverse onderzoeken werd het steeds moeilijker de uitkomsten onderling te vergelijken. Tevens was het niet mogelijk de ontwikkelingen van de I.C.D. te volgen.

Op grond van deze argumenten nam de Working Party on Diseases van de WONCA in 1972 de taak op zich een internationale classificatie van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk te ontwikkelen. Deze lijst, de ICHPPC, werd afgeleid van de achtste versie van de I.C.D..

De ICHPPC wordt door Lamberts<sup>2</sup>, één van de leden van de Working Party, gebruikt in zijn monitoring project in Ommoord terwijl in de toekomst ook het basisproject in Maastricht volgens de ICHPPC zal classificeren.

De ICHPPC werd in 1979 aangepast aan de negende versie van de I.C.D. tot de ICHPPC II. De belangrijkste verschillen met de E-list zijn:

- een verdere beperking van het aantal diagnoses en het verzamelen van symptomen in het desbetreffende hoofdstuk: symptomen.
- de introductie van een hoofdstuk problemenclassificatie.
- meer mogelijkheden voor optional hierarchie (dit is het specificeren van rubrieken op een verder gespecificeerd niveau).

De ICHPPC zal in de toekomst aangepast blijven aan nieuwe versies van de I.C.D.

Voor verdere ontwikkelingen op het gebied van classificatie, voor zover de huisarts hier in Nederland bij betrokken is, wordt verwezen naar het derde deel van dit hoofdstuk.

<sup>1</sup> Lamberts '74 - '75

<sup>2</sup> Lamberts '80

### 2.3. Overzicht projecten en systemen in Nederland

#### 1. Aangifte infectieziekten

Artsen zijn verplicht een aantal infectieziekten aan te geven bij de geneeskundig hoofdinspecteur van Volksgezondheid. De infectieziekten die daarvoor in aanmerking komen worden onderverdeeld:

- a. aangifte bij het vermoeden van die ziekte.
- b. aangifte met naam van de patiënt.
- c. aangifte zonder naam van de patiënt.

De doelstelling is het herkennen van patronen in verspreiding en voorkomen van infectieziekten om daardoor gericht maatregelen te kunnen nemen.

De medewerking van de deelnemende artsen is zeer slecht. In het gunstige geval wordt de diagnose gesteld aan de hand van bacteriologisch- of serologisch onderzoek. In dat geval worden de uitslagen rechtstreeks aan de inspectie doorgegeven, wat de betrouwbaarheid t.a.v. de incidentie vergroot.

De resultaten worden maandelijks gepubliceerd in het nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.

#### 2. Diagnose-analyse van het instituut voor medische statistiek (IMS)

Het gaat hier om intermitterend onderzoek bij een representatieve steekproef van  $\pm$  270 huisartsen en specialisten die zeven opeenvolgende dagen alle arts-patiënt contacten registreren op formulieren.

Geregistreerd worden data als: leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm.

Verder gegevens als: wijze van contact (consult, visite, telefonisch of overige) en datum. Per contact is er de mogelijkheid drie diagnoses te registreren waarbij behalve de diagnose aangegeven wordt of er sprake is van het eerste of een vervolggconsult voor die diagnose, eventueel verwijzing naar specialist, eventueel voorgeschreven produkt, nieuw of herhaling en de gewenste therapeutische werking van dat produkt.

Doelstelling is het verzamelen van gegevens die dienen als uitgangspunt voor marktanalyse voor farmaceutische bedrijven.

Er wordt geclassificeerd volgens de ICD. Het coderen gebeurt niet door de huisarts maar later door het IMS d.m.v. een trefwoordenlijst.

Er wordt niet gericht op enige classificatie-voorkennis van de deelnemende artsen. Het achteraf coderen heeft tot gevolg dat in de lijst van 50 meest voorkomende diagnoses, waarmee gewerkt wordt, een groot deel bestaat uit weinig gespecificeerde verzameldiagnoses.

De deelnemende artsen tracht men te werven door hen telefonisch te benaderen waarbij het voordeel van de kortdurende registratie (1 week) een rol zal spelen. Het IMS geeft zelf toe dat niet alle verrichtingen worden geregistreerd, ook worden de formulieren vaak zeer onvolledig ingevuld.

Het geheel lijkt voor de doelstelling redelijk toepasbaar, voor het doel van morbiditeitsonderzoek is de betrouwbaarheid veel te laag.

De deelnemende artsen ontvangen de uiteindelijke resultaten in de vorm van het boekje: "Diagnose-analyse" dat eens per 2 jaar uitkomt<sup>1</sup>.

### 3. Het LISZ<sup>2</sup>

Bij het LISZ worden als zodanig bij het Ziekenfonds bekende gegevens opgenomen. Dit heeft vooral betrekking op de produktie van specialisten en ziekenhuizen. Voor de gegevens over opname-indicaties wordt de ICD gebruikt als classificatiesysteem.

Gegevens over de produktie van huisartsen blijven beperkt tot de verwijskaarten, de opnames en verpleegdagen. Deze worden dan bekeken per specialisme, per provincie, per urbanisatiegraad, huisartspraktijken naar gemiddelde praktijkgrootte, naar samenwerkingsvorm van huisartspraktijken.

In het hoofdstuk algemene gegevens wordt informatie gegeven over het aantal huisartspraktijken per provincie naar praktijkgrootte, per urbanisatiegraad naar praktijkgrootte en de verdeling van ziekenfondspraktijken naar huisarts naar gemiddelde praktijkgrootte.

### 4. Oliemans, morbiditeit in de huisartspraktijk

In 1969 promoveerde Oliemans op een groot morbiditeitsonderzoek dat nadien materiaal opleverde voor vele huisartsenstudies. Het project werd geïnitieerd door het NHG en het NHI. Het is de grondslag geweest voor het NHI: peilstationsnetwerk. De deelnemende huisartsen gingen na afsluiting van het onderzoek op separatieve schaal door met registratie, als peilstations. Het onderzoek bestond uit 2 gedeelten; een continue registratie door vijf huisartsen in 4 praktijken en een intermitterend onderzoek bij 52 huisartsen verdeeld over Nederland die telkens iedere 3 maanden één week registreerden.

<sup>1</sup> Diagnose-analyse IMS 1976

<sup>2</sup> LISZ-jaarboek 1979

Als classificatie-methode werd een aan de nederlandse situatie aangepaste E-list gebruikt. Voor het onderzoek werden uniformiteitstesten uitgevoerd die grote verschillen in registreren tussen de huisartsen lieten zien. Er waren slechts weinig (zeer duidelijk omschreven) omschrijvingen van ziektegegevens die tot een eensluidende codering leidde. De meeste verschillen ontstonden bij vaag omschreven ziektebeelden die door sommige werden omschreven als symptoom, andere als diagnoses terwijl ook procedures zoals pilcontrole, GVO of geboortecontrolle werden gebruikt. De uniformiteit nam toe naarmate de deelnemende huisartsen meer ervaring kregen met registreren .

De E-list werd zeker niet ideaal gevonden. Oliemans twijfelt echter aan het nut van het exacte omschrijven van diagnoses omdat dat slechts in schijn een grotere betrouwbaarheid zou geven. Enkele problemen met registreren die Oliemans nog naar voren brengt zijn:

- het probleem van de dubbel- of nevendiaognoses. Er waren artsen die nooit, andere die zeer veel dubbeldiaognoses registreerden.
- het registreren van preventieve arbeid.
- het registreren van administratieve handelingen.
- veranderingen of verbeteringen in diagnoses.
- niet als zodanig verwoordde maar wel zichtbare pathologie zoals adipositas.
- morbiditeit ontdekt bij periodiek geneeskundig onderzoek.
- de mogelijkheid meer gebruik te maken van verzamelgroepen.

De studie van Oliemans was van veel belang voor het inzicht in het werk van de huisarts en de aan hen aangeboden morbiditeit. Vergelijking met andere onderzoekingen (Logan) was mogelijk omdat dezelfde classificatie was gebruikt.

De gegevens uit het onderzoek van Oliemans zijn echter verouderd en moeilijk toepasbaar op hedendaagse studies. De auteur sprak in een gesprek dat wij met hem hadden de wens uit dat het onderzoek nog eens herhaald zou moeten worden.

### 5. Lamberts: morbiditeitsanalyse 1972 Ommoord

In 1972 hebben Lamberts en zijn collega's van het gezondheidscentrum Ommoord gegevens verzameld voor een morbiditeitsanalyse met als vraagstellingen:

- welke is de inhoud en de omvang van het ziekte- en probleemgedrag zoals dat in 1972 in Ommoord tot stand is gekomen.
- is er een classificatie van ziekten en probleemgedrag te construeren welke het ons mogelijk maakt de inhoud vast te leggen?
- welke factoren beïnvloeden de inhoud en de omvang van het ziekte en probleemgedrag in de huisartspraktijk.
- zijn er aanwijzingen dat de inhoud en de omvang van het ziekte en probleemgedrag zoals dat in Ommoord gezien is, afwijkt van andere gegevens over de inhoud van het werk van de huisarts.

Er werden twee soorten gegevens verzameld, enerzijds gegevens over ziekte- en probleemgedrag zoals de huisarts dit in zijn contact met de patiënt kon registreren en classificeren, anderzijds interveniërende variabelen. Na het verzamelen van deze twee data-sets werden deze met elkaar in verband gebracht door middel van een uitgewerkte data-analyse.

Als het classificatiesysteem gebruikt Lamberts een door hemzelf ontwikkelde lijst die afgeleid was van de E-list maar daarin verschilde door de lengte van de lijst en door het opnemen van codes voor probleemgedrag. Getracht is alleen diagnoses te registreren als dit met enige mate van zekerheid kon geschieden zo niet werd alleen het symptoom geclassificeerd. Bleek later dat het symptoom toch uitliep is een diagnose was het mogelijk dit te veranderen.

T.a.v. het gebruikte classificatieschema zijn een aantal opmerkingen te maken:

- Ten eerste: het aantal diagnoses is t.o.v. de E-list gehalveerd (250), dit is gebeurd door het aantal diagnoses te beperken tot welke waarvan verwacht kan worden dat de huisarts er redelijk vaak mee te maken heeft.
- Ten tweede: het is mogelijk initiatief van de patiënt (als diagnose) te classificeren zoals: wens tot afvallen, angst voor mammacarcinoom, kinderwens en stoppen borstvoeding.

Ten derde : in het hoofdstuk psycho-sociale problematiek zijn codes opgenomen voor relationele problemen, werkproblemen, levensfaseproblemen etc.

Zoveel mogelijk is getracht onduidelijke, niet omschreven klachten en beelden te classificeren in restgroepen.

De interveniërende variabelen bestaan uit: leeftijd, geslacht, beroepsprestige, gezinsstructuur, kindertal, gezin, woonvorm, problemen in gezin, ziekte in gezin, werken of niet werken, een oordeel over het contact met de huisarts, al dan niet pilgebruik, persoonlijke actuele problematiek, belangrijke ziekten, het aantal diagnoses per jaar, het aantal verrichtingen per jaar, verzekeringsvorm.

Een van de conclusies van dit onderzoek was dat de persoon van de huisarts een belangrijke rol speelt in het tot stand komen van ziekte- en probleemgedrag "diagnosen kunnen meer zeggen over de huisarts dan over de patiënt". Lamberts stelt dan ook dat diagnoses welke ons worden opgedrongen vanuit het referentiekader van de klinische geneeskunde, de huisartsgeneeskunde allerminst steunde. Hij verwacht dat zijn onderzoek een bijdrage zal leveren aan classificatie van ziekten- en probleemgedrag waarmee de huisartsgeneeskunde wel gediend wordt.

#### 6. Het monitoringproject van Lamberts.

Het verzamelen van een continue stroom informatie over alle contacten tussen 12 huisartsen en circa 20.000 patiënten gedurende twee jaar.

De doelstelling van dit project was tweeledig:

Ten eerste: door het geven van wekelijkse feedback op het professionele handelen van elk van de deelnemers afzonderlijk en door gezamenlijke toetsing werd bestudeerd of het hierdoor mogelijk was huisartsgeneeskundig gedrag in een welomschreven richting te veranderen.

Het tweede doel was op een kwantificeerbare manier informatie verzamelen in een wel omschreven populatie met de nadruk op de betrouwbaarheid van codering, classificatie en registratie.

Alle 12 deelnemende huisartsen verspreid over 4 centra waarvan 2 in Rotterdam, 1 in Hoogvliet en 1 in Maastricht gebruikten de probleemgeoriënteerde patiëntenkaart. Het via de computer verzamelen van informatie stond hier los van.

Verzameld werden:

Database: -naam, adres

-positie binnen het gezin

-geslacht

-leeftijd

-gezinsopbouw

-verzekeringsvorm.

Verder werden gecodeerd code van de betreffende huisarts, datum, aanmelding in betreffende praktijk, aantal contacten in het eerste jaar qua probleemgedrag of chronisch ziekzijn in het eerste jaar.

Als classificatie voor diagnose werd gebruikt de tweede versie van de ICHPPC. Zoveel mogelijk werd getracht het drie-assig karakter (somaatich, psychologisch en sociaal) van de ICHPPC II te volgen.

Behalve de diagnosen word per contact geregistreerd:

nieuw of bekend probleem, of de dokter zeker of niet zeker is over diagnosen en of de dokter afwijkend handelt onder de druk van de patiënt.

Ook werd gecodeerd het handelen van de huisarts en wel het al dan niet geven van therapie en verwijzing binnen of buiten de eerste lijn.

Als resultaten werden gemeld dat in het jaar waarover verslag werd uitgebracht het aantal problemen per patiënt en het aantal contacten per patiënt in dat jaar toenamen, dat het percentage patiënten dat geen therapie nodig had toenam; dat symptomatische farmacotherapie door de huisarts in frequentie afnam; en dat het aantal verwijzingen in het jaar constant bleef. Geschreven werd verder dat de deelnemende huisartsen redelijk tevreden waren met hun professioneel gedrag en redelijk tolerant stonden t.o.v. de aanzienlijke interdokter-variantie.

#### 7. HTV-CMR Nijmegen.

Ten aanzien van de doelstelling van dit project wordt verwezen naar hoofdstuk 1: N.U.H.I. en registratie.

Ten aanzien van de praktische gang van zaken: het data-systeem is opgebouwd uit gezinnen. Per gezin worden de volgende data vastgelegd:

1. gezinsvolledigheid
2. huisvesting
3. gemeente of dorp of wijk
4. godsdienst
5. datum van burgerlijk-kerkelijk huwelijk
6. bestaan van stief- of pleegkinderen
7. aantal kinderen
8. datum van binnenkomst in de praktijk

Van individuen binnen het gezin wordt vastgelegd:

1. het volgnummer en geslacht
2. geboortemaand en jaar
3. godsdienst



4. burgerlijke staat
5. verzekeringsvorm
6. sociale laag.

Tevens kan worden vastgelegd van welk gezin de betreffende persoon afkomstig is of naar welk gezin hij vertrekt.

Op deze manier wordt van ieder gezin een kaart gemaakt met alle gegevens die aanwezig blijft in de betreffende praktijk en die door de assistente up-to-date wordt gehouden. Veranderingen op de kaart worden d.m.v. formulieren naar de centrale gegevens verwerkende computer doorgegeven. Dit systeem is zo uitgebreid omdat het anders niet mogelijk zou zijn zowel individuen als gezinnen in de tijd te volgen.

Het CMR is in eerste instantie een diagnose registrerend systeem. Geregistreerd wordt elke keer als er bij een patiënt een nieuwe diagnose wordt vastgesteld (zo'n diagnose kan ook een "symptoomdiagnose" zijn).

Behalve nieuwe diagnoses worden bekende (chronische) diagnoses ieder jaar eenmaal vastgelegd mits de patiënt met de betreffende een of andere klacht contact heeft met de huisarts. Dit gebeurt door het diagnose-nummer te laten volgen door een zgn. doorloopcode. Deze code geeft aan of het een nieuwe aandoening betreft een onbekende ziekte of een exacerbatie van een chronische aandoening. Tevens wordt vastgelegd of de patiënt verwezen is c.q. opgenomen.

De ziektegegevens van de patiënten worden geclassificeerd m.b.v. de E-list. De huisarts heeft de mogelijkheid de diagnose voorlopig open te laten, later in te vullen of later te veranderen. Indien er in een contact meerdere diagnoses gesteld worden, worden deze samen met de doorloopcodes geregistreerd.

De gang van zaken van het CMR-project is uitgebreid vastgelegd in een handleiding. Dit betreft ook de procedures die ontworpen zijn als controle op de geregistreerde gegevens.

De deelnemende huisartsen komen regelmatig bij elkaar om te trachten zoveel mogelijk uniformiteit in hun classificatie te bereiken. Ook de assistentes zien elkaar samen met de project-statisticus regelmatig om zo te trachten het aantal fouten bij het vastleggen van de gegevens zo klein mogelijk te houden.

Het materiaal uit de continue morbiditeitsregistratie is tot nu toe de basis geweest voor vele studies binnen het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut terwijl ook personen en instellingen buiten het instituut gebruik maken van deze gegevens.

#### 8. N.H.I. peilstations<sup>1</sup>

Het peilstationproject is gestart als gezamenlijk project van het Ministerie van Volksgezondheid (de geneeskundige hoofdinspectie van Volksgezondheid) en het Nederlands Huisartsen Instituut. Het is gestart in 1970 na het onderzoek van Oliemans (zie 4). Het netwerk omvat ruim 60 huisartsen verspreid door Nederland. Sinds 1980 is het project geheel in handen van het N.H.I.

Jaarlijks worden in een aantal ( $\pm 10$ ) te registreren items vastgesteld door een projectcommissie waarin vertegenwoordigers van het ministerie, de universitaire huisartsen instituten, de geneeskundige hoofdinspectie, de deelnemende artsen en het NHI zitting hebben.

Criteria om items op te nemen zijn:

1. maatschappelijke relevantie
2. wetenschappelijke relevantie
3. relevantie voor de uitvoering van het project.

Voorwaarden waaraan moet worden voldaan zijn:

- a. de eisen van de vraagstelling scherp en eenduidig te definiëren
- b. de mogelijkheid om de data op een eenvoudige wijze te verzamelen.

De meeste items worden enige jaren achtereenvolgend geregistreerd<sup>2</sup>. Vanaf 1970 wordt op die manier influenza geregistreerd. Zo werd in 1971 tot en met 1979 abortus provocatus geregistreerd. Ook het voorschrijven van de morning after pil, sterilisatie van de man en sterilisatie van de vrouw wordt continu geregistreerd vanaf 1972 c.q. 1974.

Andere items worden een beperkt aantal jaren geregistreerd. Als voorbeelden: het voorschrijven van tranquillizers, schedel traumata in het verkeer en monocleósis infectiosa. Andere worden na een aantal jaren geregistreerd te zijn na een periode opnieuw geregistreerd zoals suicide-poging en consultatie voor druggebruik. Enkele items worden slechts een jaar geregistreerd. Als voorbeelden: het voorkomen van rode hond, otitis media, ulcus ventriculi/duodenie en het voorschrijven van geneesmiddelen voor urineweginfecties.

Als data worden per praktijk en per patiënt vastgelegd: geslacht, leeftijd, provinciegroep, urbanisatiegroep.

<sup>1</sup> Bruins 1975

<sup>2</sup> Verslagen vanaf 1970 t/m 1980

Door de huisarts wordt geregistreerd (geturfd) op weekstaten waar al de te registreren items staan vermeld evenals de data.

De gegevens uit de continue morbiditeitsregistratie - peilstations worden jaarlijks gepubliceerd door het Nederlands Huisartsen Instituut.

Het basismateriaal wordt voor onderzoek in binnen- en buitenland ter beschikking gesteld. Het verloop in deelnemende huisartsen is laag. De conclusie kan worden getrokken dat de gebruikte methode van beperkte morbiditeitsregistratie, die weinig arbeidsintensief is voor de deelnemende huisarts, als methode voldoet.

#### 9. De reason for contact classificatie van Lamberts

Na het aflopen van het monitoringproject wordt in Ommoord Rotterdam op dit moment gewerkt met de reasons for contact classification .

Terwijl diagnose classificaties min of meer de gedachtenlijn van de hulpverlener volgen is met deze classificatie getracht het tussengebied te bestrijken wat er is tussen de terminologie van de hulpvragen (lekenterminologie) en die van de hulpverlener.

Binnen deze classificatie is gebruik gemaakt van zowel de ICHPPC-II als van de NAMCS-RVC (National Ambulatory Medical Care Survey-Reason for Visit Classification).

Voor de opbouw van de classificatie is uitgegaan van hoofdstukken die onderverdeeld worden in componenten.

De hoofdstukken: anders dan in de ICD (en ICHPPC) zijn de hoofdstukken zoveel mogelijk gekozen op basis van orgaansystemen d.w.z. dat de hoofdstukken: infectieziekten, neoplasmata, traumatologie en congenitale afwijkingen verdeeld zijn over de diverse hoofdstukken.

Ieder hoofdstuk is onderverdeeld in 7 componenten. De eerste 6 componenten staan "boven de lijn" en volgen zoveel mogelijk de lekenterminologie.

Onder de lijn staat de 7e component: diagnoses die de ICHPPC volgt.

De componenten zijn:

1. klachten en symptomen
2. procedures rond behandeling waaronder medicatie
3. procedures rond behandeling waaronder medicatie
4. informatie rond uitslagen van onderzoeken
5. administratieve handelingen
6. overigen \_\_\_\_\_ (de lijn)
7. diagnoses

De reason for contact classificatie is nog in ontwikkeling. Het project wordt binnenkort gestart.

<sup>1</sup> Lamberts 1979

### 10. Het basisproject, Maastricht

Binnen niet al te lange tijd gaat in Maastricht het "basisproject" van start. Het project heeft tot doel meer inzicht te geven in het probleemaanbod bij huisartsen, de probleemverwerking en de samenhang tussen beide.

Dit zal gebeuren door op geldige betrouwbare wijze systematisch de invoer, doorvoer en uitvoer te beschrijven van de bij de huisarts aangeboden problemen, in hun onderlinge samenhang, ten einde het probleemoplossend proces empirisch te onderbouwen.

De behoefte op deze manier informatie te verzamelen wordt gevoed uit:

- De algemene tendens hulpverlening te situeren in de directe omgeving van de patiënt.
- De toenemende aandacht voor samenwerking van huisartsen met andere eerstelijns werkers en met specialisten.
- Het verkrijgen van inzicht in de functie van de huisarts.
- Onderwijs en onderzoekstaken op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg.
- Intercollegiale toetsing als middel tot kwaliteitbewaking en -bevordering.

Om dit tot stand te brengen is gekozen voor het zgn. S.O.E.P.-systeem waarbij de elementen S,O,E en P te beschouwen zijn als benoemingen van de procesfase: invoer (S, staat voor subjectieve waarneming) doorvoer (O, staat voor objectieve waarneming) en uitvoer (E, staat voor evaluatie en (P, staat voor (behandelings-)plan). De hoop is hierdoor tot een geldig en betrouwbaar meetinstrument voor het probleem-oplossend proces. De eerste twee jaar van het project zijn gereserveerd om de bestaande classificatieschema's waarmee geregistreerd zou worden verder te ontwikkelen. De daarop volgende twee jaar wordt vervolgens de onderlinge samenhang van geregistreerde gegevens geëxploreerd.

Als classificatieschema's worden gebruikt:

1. Voor de "S" de reason for visit lijst van de NAMCS. Deze lijst heeft een aantal componenten: de symptomencomponent, de ziektecomponent, de diagnose, screenings- en preventiecomponent, de behandelingscomponent, de letsels, verwondingen en ongevallencomponent, de component met onderzoeksresultaten, de administratievecomponent, en een component overigen.
2. De "O". Hiervoor is gebruik gemaakt van het door de Blijham ontwikkelde S.O.E.P.-boek dat in het Maastrichts onderwijs wordt gebruikt.
3. De "E". Hiervoor is gebruik gemaakt van de ICHPPC-II.
4. De "P". De planlijst ook afgeleid van het S.O.E.P.-boek van Blijham, onderverdeeld in een planlijst met betrekking tot een diagnose, screening en preventie en een plan lijst met betrekking tot behandeling en administratie.

Aan dit onderzoek zullen acht huisartsen deelnemen, allen praktizerend in de regio, verdeeld in solo-, associatie- en groepspraktijken. Er is getracht de deelnemende huisartsen over te laten schakelen op de Probleem Georiënteerde Registratie. Vooralsnog is dit nog niet verwezenlijkt. Als database wordt voorlopig alleen een leeftijd-/geslachtsverdeling gebruikt.

#### 11. Het Amsterdamse Peilstation project<sup>1</sup>

In 1979 is het Amsterdamse Peilstation project van start gegaan.

Twintig Amsterdamse huisartsen registreren gegevens over een aantal ziekten en aandoeningen, wekelijks worden deze gegevens verzameld en verwerkt.

Doel was inzicht te krijgen over het voorkomen van bepaalde ziektes in de grote stad onder de amsterdamse bevolking.

De dertig huisartsen bestrijken tesamen 11,4 % van de Amsterdams bevolking.

De praktijken zijn verspreid over de stad en komen in leeftijdsopbouw en sociale achtergrond goed overeen met die van de gehele amsterdamse bevolking.

Het onderzoek wordt uitgevoerd door de afdeling volksgezondheid van de GG en GD in Amsterdam in samenwerking met de Amsterdamse huisartsenvereniging.

De keuze van de te onderzoeken onderwerpen berust bij een programmacommissie. Voorstellen worden door deze commissie bekeken op duidelijkheid van de vraagstelling en hanteerbaarheid door de huisarts.

Er is begonnen met een beperkt aantal ziektebeelden: influenza, gonorroë, virale hepatitis, acute diarrhee, CBA en overledenen.

In 1980 zijn influenza, GO en CBA gehandhaafd, de andere ziektebeelden zijn vervangen door: acute hyperventilatie, tonsillitis, tentamen suicide en bof.

Van de deelnemende praktijken is door studenten op vertrouwelijke basis het kaartstelsel doorgewerkt en zijn de patiënten geteld naar leeftijdsgroep geslacht en verzekeringsvorm.

Het ligt in de bedoeling de gegevens jaarlijks te publiceren.

De gelijkenis met het NHI peilstationsproject is groot. In Den Haag wordt momenteel een vergelijkbaar project voorbereid.

#### 12. Andere registraties

We hebben ons bij bovenstaande opsomming beperkt tot projecten die betrekking hebben op huisartspraktijken en de huisartsgeneeskunde.

Op een breder gebied zijn de gezondheidsstatistieken van het CBS van belang, in het bijzonder de gezondheidsenquête die vanaf 1 juli 1979 wordt uitgetoet.

<sup>1</sup> Amsterdams Peilstation-project 1979

De onderdelen "persoons- en huishoudkenmerken" en "medische consumptie" zijn per 1-1-1981 gestart. Het onderdeel "gezondheidstoestand" is nog in ontwikkeling.

Met betrekking tot de registratie in andere sectoren van de extramurale gezondheidszorg volstaan we met te memoreren, dat:

- voor het algemeen maatschappelijk werk sedert 1974 een registratiesysteem door de JOINT wordt opgebouwd;
- de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg sedert 1977 over een landelijk (NVAGG-) registratiesysteem beschikt;
- ook bij de Nationale Kruisvereniging hiervoor plannen bestaan.

## Hoofdstuk 3: Knelpunten

### 3.1. Basisregistratie

In het voorafgaande werd al vermeld dat huisartsen slecht registreren. Lang niet alle gegevens worden opgetekend en de gegevens die opgetekend worden zijn slecht toegankelijk voor anderen dan de huisarts zelf. Er zijn zelfs nog huisartsen die werken zonder een kaartstelsel.

De meeste informatie over de patiënt en de arts-patiënt contacten komt op de patiëntenkaart terecht. Zoals al eerder vermeld werd heeft de patiëntenkaart al een hele historie achter zich. De laatste telg, de POR doet zeer aarzelend zijn intrede in de praktijk. Huisartsen die op het probleem georiënteerde kaartstelsel zijn overgegaan vermelden dat het veel tijd en nauwgezetheid vereist om het vol te houden.

Met het toenemend aantal gebruikers neemt ook het aantal eigen interpretaties toe, waardoor het stelsel al lang niet zo uniform meer is als al eens wordt aangenomen.

Behalve op de patiëntenkaart wordt informatie ook vastgelegd op andere kaarten (zoals pil -hypertensie- zwangerschapskaart) of in archieven (bv. voor specialistenbrieven).

Er bestaat geen enkele standaardisatie met betrekking tot het vastleggen van gegevens. Dit geldt niet alleen voor zaken als klacht en diagnose maar ook voor de op het eerste oog eenvoudige items als terugbestelafpraak, advies roken te stoppen of "oriënterend neurologisch onderzoek".

Conclusie: de huidige gangbare patiëntenkaarten van de meeste huisartsen zijn in het algemeen ongeschikt om gebruikt te worden als basismateriaal voor verdere studies zowel uit epidemiologisch, uit huisarts-wetenschappelijk als uit health-service-survey oogpunt.

Zowel de E-list als de ICHPPC zijn "medische"-registratiesystemen. Beide zijn afgeleid van de klinische ICD en zijn daarom nooit geheel aangepast aan het typische huisartsgeneeskundige werk.

Het voordeel van de ICHPPC is dat het de internationale ontwikkelingen volgt terwijl het ook aangepast blijft aan veranderingen binnen de ICD. Tevens biedt de ICHPPC (weliswaar mager) de mogelijkheid probleemgedrag te classificeren. Echter voor een verdere ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde is het nodig andere classificatiesystemen te ontwikkelen. Hierbij lijkt de reason for contact classificatie (Lamberts) een zeer interessante ontwikkeling.

Voor het verrichten van morbiditeitsonderzoek worden beide systemen (E-list en ICHPPC) op dit moment beide gebruikt. Het nadeel van de E-list is dat het in de toekomst steeds minder mogelijk zal zijn resultaten te vergelijken met andere (vooral buitenlandse) studies, de lijst heeft een overmaat aan diagnoses die van weinig belang lijken voor de huisartsgeneeskunde en hij biedt weinig of geen mogelijkheden probleemgedrag te classificeren.

Al met al lijken er tussen beide systemen weinig echt essentiële verschillen. Als er toch een keuze dient te worden gemaakt lijkt het vooralsnog de beste weg om internationale ontwikkelingen te volgen om in dat opzicht niet buitenspel te komen te staan.

Het is zeer de vraag of het voldoende op zal leveren om systemen die op dit moment classificeren m.b.v. de E-list over te laten gaan op de ICHPPC. Het is zeer wel mogelijk programma's te schrijven om de codering van het ene naar het andere systeem over te zetten.

Echter de knelpunten rond classificatie liggen niet alleen rond de classificatie van morbiditeitsgegevens. Zij liggen evengoed op andere gebieden waar gegevens vastgelegd worden.

Over classificatie van achtergrondgegevens zoals; risicofactoren, familieanamnese, sociale laag en medische voorgeschiedenis ligt geen gestandaardiseerd systeem voorhanden. Evenmin over verrichtingen als medicatie, advies en geruststelling, lichamelijk onderzoek en counseling.

Zelfs de meest eenvoudige begrippen zijn niet gestandaardiseerd, als worden wel pogingen hiertoe gedaan m.n. door het uitbrengen van een "international Glossary for Primary Care" (WONCA), waarin vele begrippen uit de eerstelijnsgezondheidszorg gedefinieerd worden.

Ook de WCC rekent het tot zijn taak te komen tot classificatie en standaardisatie van bovengenoemde begrippen. (zie hoofdstuk 5.3.).

### 3.3. Projecten en systemen in Nederland

#### a. Morbiditeitsregistratie

Op het gebied van morbiditeitsregistratie wordt in Nederland een continue onderzoek gedaan d.m.v. de peilstations en in Nijmegen door de huisartsen die meewerken aan de HTV-CMR.

Voor de morbiditeitsregistratie functioneren de peilstations uiterst fragmentarisch. Het is slechts voor enige ziektebeelden mogelijk een overzicht te krijgen terwijl de morbiditeitsgegevens niet persoonsgebonden zijn.

<sup>1</sup> Froom e.a. 1977



Daarom is het niet mogelijk met de gegevens longitudinaal onderzoek te doen. Dat laatste is wel mogelijk bij de HTV-CMR.

Het nadeel van dit systeem is dat het vrij beperkt en regionaal van opzet is waardoor de gegevens hieruit niet generaliseerbaar zijn naar de Nederlandse situatie. Door de grote betrokkenheid van de deelnemende huisartsen aan dit project is betrouwbaarheid groot, wat niet wil zeggen dat er geen verschillen zijn tussen de deelnemende huisartsen, zonder dat deze epidemiologisch te verklaren zijn. Dit laatste maakt het zeker illusoir dat een groot opgezet morbiditeitsonderzoek waarbij vele huisartsen de morbiditeit van al hun patiënten verzameld in alle arts-patiënt contacten gedurende lange tijd registreren ook maar enige mate van betrouwbaarheid heeft.

Indien iemand in Nederland voor studiedoeleinden morbiditeitscijfers nodig heeft dient hij deze uit het buitenland te halen, (Hodgkin, Fry<sup>1</sup>, Logan) van het meer dan 10 jaar geleden verrichte intermitterende onderzoek van Oliemans, dat zeker verouderd genoemd mag worden, van de NHI-peilstations, of van de CMR te Nijmegen.

De morbiditeitscijfers die beschikbaar zijn gekomen uit het monitoringproject van Lamberts in Ommoord zijn in eerste instantie met een andere doelstelling dan morbiditeitsonderzoek vergaard en dus daarom al minder geschikt te gebruiken als uitgangspunt voor morbiditeitsonderzoek.

Het morbiditeitsmateriaal dat verzameld wordt door het Instituut voor Medische Statistiek heeft een zo lage betrouwbaarheidswaarde en is zo weinig "huisarts-geneeskundig" verzameld en geclassificeerd dat het voor het verrichten van morbiditeitsonderzoek totaal ongeschikt lijkt.

Ook voor deelstudie op het gebied van morbiditeitsonderzoek zoals voor epidemiologie van maligne aandoeningen, waarvoor een centrale kankerregistratie de laatste tijd steeds meer bepleit wordt (Bijlsma<sup>2</sup>).

Er is overigens wel een groot verschil tussen de registratiesystemen waarbij de opbouw van een database voorop staat (b.v. CMR), en die waarbij van een bepaalde onderzoeksvraagstelling wordt uitgegaan (b.v. Lamberts).

Overigens, de moeilijkheid van registratie in het ambulante veld is ook bekend uit bijv. de vele mislukte pogingen een goede polikliniek registratie op te zetten.

#### b. Gegevens over verrichtingen van de huisarts

De ziekenfondsen hebben veel materiaal over de medicatievoorschriften en verwijzingen en opnames van huisartsen. Echter dit materiaal is alleen gericht op ziekenfondspatiënten en geeft dus zeker geen totaal beeld.

<sup>1</sup> Fry 1979

<sup>2</sup> Bijlsma 1981

Ook is het niet mogelijk met dit materiaal te koppelen naar probleemaanbod en andere patiëntfactoren. Andere therapeutische en diagnostische verrichtingen van huisartsen worden in een groot aantal projecten wel geregistreerd (zie hoofdstuk 10) maar geven te weinig overzicht om te zien wat hiermee in Nederland gebeurt.

T.a.v. de work-load van huisartsen wordt op dit moment weinig materiaal verzameld bijv. het tellen van consulten is alleen mogelijk in Ommoord en Maastricht.

c. Initiatieven en gebruikers

Wat er op het gebied van huisartsenregistratie in Nederland gebeurt is eigen initiatief. Ommoord is bezig vanuit een WHO-project, Nijmegen is een gesubsidieerd project van het N.U.H.I., het basisproject is een onderzoek van het Universitair Huisartsen Instituut in Maastricht, het Peilstationsproject Utrecht is een initiatief van het N.H.I. in samenwerking met G.H.I. (gesubsidieerd door het Ministerie van Volksgezondheid) en het peilstationsproject Amsterdam wordt uitgevoerd door de GG en GD te Amsterdam.

De gebruikers zijn personen en instituten in Nederland die persoonlijk contact opnemen met de betreffende projectleiding om hierdoor materiaal te verkrijgen of om onderzoek te laten uitvoeren.

In dit geheel zit totaal geen systematiek. Er bestaat geen overzicht wat er in Nederland verzameld wordt in de diverse projecten noch is het mogelijk centraal informatie in te winnen. Het lijkt zeer zinvol dat hierin verandering komt.

#### Hoofdstuk 4: Ideeën over de aanpak van het project

In de eerste fase van het project werden gesprekken gevoerd met ongeveer 20 personen die betrokken zijn bij de problematiek van registratie en classificatie in de gezondheidszorg. Voor de verslagen van de gesprekken verwijzen wij naar de bijlage van het onderzoeksverslag van de eerste fase. Hieronder volgt een samenvatting van de belangrijkste punten die uit deze gesprekken naar voren kwamen.

Wij hebben gesprekken gevoerd met:

- Bertien Collette, projectleidster NHI-Peilstations
- Dr. H. Crebolder, huisarts Withuis Venlo
- Marian Dieleman, assistente NUHI-registratiepraktijk te Oosterhout (Geld.)
- Karel van Dijk, hoofd afd. informatieanalyse van het NZI
- G.K. Freeman, huisarts Southampton
- Prof. Dr. H. Hogerzeil, voorzitter WCC
- Drs. W. Hirs, projectleider PCC
- Henk v.d. Hoogen, statisticus CMR NUHI
- F. Krutzen, projectleider RIVOG
- H. Lamberts, huisarts Ommoord, projectleider monitoringproject
- Herman Levelink, huisarts Lindeholt Nijmegen, lid werkgroep registratie NHG
- Wim Meulders, socioloog, basisproject Maastricht
- Frans v.d. Horst, socioloog, basisprject Maastricht
- Dr. Oliemans, huisarts Den Haag, auteur: Morbiditeit in de huisartspraktijk
- Prof. dr. H. v.d. Velden, huisarts NUHI
- Peter Verhaak, Wetenschappelijk medewerker NHI
- P. de Vries Robbé, academisch ziekenhuis Groningen

##### 4.1. Basisregistratie

Men is het er over eens dat de wijze waarop de huisarts nu in het algemeen registreert weinig betrouwbare gegevens op zal leveren voor externe informatiebehoeften. Enkelen vragen zich zelf af of het mogelijk zal zijn gegevens voor de registratie van de huisarts te gebruiken voor onderzoek of beleid. Anderen menen echter dat dit uit oogpunt van efficiëntie en medewerking van de huisarts de enige weg is..

Ook over het invoeren van de probleemgeoriënteerde registratie waren de meningen verdeeld. Uit het gegeven dat de feitelijke werkwijze van de huisarts toch anders is en dat de POR gebruikt moet worden om tot een verbetering van de hulpverlening te komen werden verschillende conclusies getrokken t.a.v. het wel of

niet betrekken van de POR bij het ontwerpen van een registratiesysteem.

#### 4.2. Classificatie en registratie

Classificatie en registratie zijn begrippen die dwars op elkaar staan. In een registratie-systeem wordt van verschillende classificaties (voor verschillende te meten aspecten) gebruik gemaakt. Dezelfde classificatie kan ook in verschillende registratiesystemen gebruikt worden.

Er worden twee ontwikkelingen onderscheiden binnen het onderzoek rond classificatie: de vanouds epidemiologisch georiënteerde classificatie en die rond hulpvraag en hulpaanbod. Er bestaat onvrede wanneer beide doelstellingen binnen één systeem verenigd moeten worden.

Aan de laatstgenoemde doelstelling wordt in een aantal projecten, vanuit verschillende achtergronden, gewerkt aan een verdere ontwikkeling.

De zorg werd uitgesproken dat bij deze ontwikkelingen niet uit het oog mag worden verloren dat aansluiting met de medische specialistische geneeskunde moet worden gehouden.

#### 4.3. Ideeën over de aanpak van dit project

Unaniem werden ideeën in de richting van een grootschalig systeem verworpen. Uitgegaan dient te worden van datgene wat er al is. Het gaat meer om het koppelen van bestaande systemen dan om ontwikkelingswerk in een nieuwe richting. De meeste van onze gesprekspartners spraken zich uit niet eerst zeer uitgebreid te gaan inventariseren wat de behoeften zijn of zouden kunnen zijn. Dit is een te statische benadering. Beter is het uit te gaan van datgene wat al geregistreerd wordt en daarna in een wisselwerking tussen bestaande behoeften en mogelijkheden het informatiesysteem verder uit te werken. Voor de medewerkende huisartsen is het belangrijk het doel te kennen en te onderschrijven waarvoor zij gegevens verzamelen. Zij moeten via geregelde contacten zorgvuldig begeleid worden. Er moet een terugkoppeling bestaan van de resultaten van registraties. Buiten dit alles is het nodig dat huisartsen bepaalde voordelen hebben van hun extra activiteiten en dat deze niet te belastend zijn.

Door enkele gesprekspartners, vertegenwoordigers van projecten op gebied van registratie, is samenwerking toegezegd.

Belangrijk werd verder gevonden contact te houden met: andere disciplines in de eerste lijn, tweedelijnsinstanties, universitaire huisartsen instituten en basisgezondheidsdiensten.

## Hoofdstuk 5: Oriëntatiepunten

Bij de voorbereiding van een registratiesysteem over de huisartspraktijk en/of de eerste lijn in breder verband, moet rekening gehouden worden met een aantal ontwikkelingen in binnen- en buitenland.

Hieronder noemen wij een aantal instanties en activiteiten die als oriëntatiepunten moeten dienen voor een op te zetten systeem.

### 5.1. Belangen van patiënten, huisartsen en anderen bij de zorg betrokken personen

Wij gaan er van uit dat allen die betrokken zijn bij de hulpverlening in de eerste lijn, patiënten zowel als hulpverleners en assisterend personeel, voordeel kunnen ondervinden van een goede registratie en informatievoorziening, binnen zowel als over de praktijk.

Registratie en andere aspecten van omgaan met informatie zijn nuttige hulpmiddelen die de beschikbaarheid, de toegankelijkheid en kwaliteit van de hulpverlening kunnen doen toenemen.

Dat er ook nadelen en risico's aan verbonden zijn is bekend.

Het op grote schaal verzamelen en bewaren van gegevens over patiënten kan bij een onzorgvuldig beheer de privacy aantasten. Wanneer gegevens over huisartsen worden samengebracht en vergeleken, geeft dat het risico dat lichtvaardig of op verkeerde gronden geoordeeld wordt over de kwaliteit en omvang van hun werkzaamheden.

Een nieuw op te zetten informatiesysteem zal aan hoge eisen van beveiliging en bescherming van belangen van de betrokkenen moeten voldoen. Vooralsnog ontbreekt een wettelijke regeling op dit gebied. Wel is er een uitvoerig rapport met richtlijnen van de gezondheidsraad<sup>1</sup>. Door deze richtlijnen na te leven kunnen de nadelen en risico's in principe worden geminimaliseerd.

### 5.2. Internationale ontwikkelingen op het gebied van classificatie

In hoofdstuk 2.2. werd aangegeven, dat in internationaal verband een aantal meer of minder uitgebreide classificaties ontwikkeld zijn. Het betreft de International Classification of Diseases (ICD), en daarop aansluitende classificaties voor deelterreinen, zoals de ICHPPC. Van de ICD wordt een nieuwe versie voorbereid, de ICD-10, die in 1995 de huidige negende versie moet vervangen.

<sup>1</sup> Gezondheidsraad 1978

In het kader van deze voorbereiding vinden field-trials plaats, o.a. in Nederland door Lamberts met de reason for contact classificatie.

Met het oog op internationale vergelijkbaarheid van gegevens is het van belang zoveel mogelijk rekening te houden met deze ontwikkelingen. Ook voor vergelijking van gegevens met andere sectoren van de Nederlandse gezondheidszorg is dat van belang. Daar heeft men zich eveneens op de ICD en haar afleidingen georiënteerd (zie hoofdstuk 3.2.).

### 5.3. De werkgroep Classificatie en Coderingen van de raad voor de gezondheidsresearch TNO (WCC)

Door het ministerie is bij het verstrekken van de opdracht voor het project gevraagd contact te onderhouden met deze werkgroep. Een nauwe aansluiting met de werkzaamheden van de WCC is inderdaad van het grootste belang. Deze heeft tot opdracht de ontwikkeling van landelijke richtlijnen voor een coherent stelsel van classificaties en coderingen in de gezondheidszorg. De WCC heeft zich de afgelopen jaren bezig gehouden met standaardisatie van coderingen van organisatorische eenheden, instellingen, verrichtingen, de classificatie van handicaps, diagnoses, andere algemene en medisch-administratieve zaken. In discussie is nu hoe de ontwikkeling en uitvoering van nieuwe te standaardiseren classificatiesystemen kan worden georganiseerd. Stappen daarbij zijn de ontwikkeling, autorisatie, het gebruik en het onderhoud van systemen. Ook is de methodologie van standaardisatie aan de orde.

Er liggen reeds verbindingen tussen de WCC en het onderhavige project, via de deelname van het WCC-lid Lamberts namens de WCC in de begeleidingscommissie, en het lidmaatschap van Hoekstra van de WCC.

Waar overleg via de WCC kan verlopen, hoeven geen andere kaders hiervoor te worden gekozen of gesticht.

### 5.4. Het Wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg

In het wetsontwerp, dat de Tweede Kamer thans is gepasseerd, wordt in artikel 79 een raamwerk aangegeven voor de informatievoorziening in de gezondheidszorg. Dit in verband met de gedecentraliseerde planning en besluitvorming die in deze worden geregeld. Hiermee worden de lijnen, die in de structuurnota gezondheidszorg van 1975 worden aangegeven, verder doorgetrokken.

De WVG vormt een belangrijk oriëntatiepunt voor de ontwikkeling van een informatiesysteem. Het probleem is echter, dat de wet het karakter heeft van een kaderwet waarvan de onderdelen op langere termijn zullen worden ingevuld. Het noodzakelijke beleidskader ontbreekt nog.

De planningspraktijk werkt al wel enigszins in de intramurale sector (via uitvoering van de wet ziekenhuisvoorzieningen), maar in het geheel niet voor de extramurale c.q. eerstelijns zorg.

Over organisatie en beheer van de informatievoorziening bestaan verschillende ideeën. Het beleidsadviescollege automatisering gezondheidszorg (BAG) heeft een belangrijke plaats bij de gedachtevorming op dit gebied. Een subcommissie van de BAG, de Subcommissie organisatie en Beheer heeft zich bezig gehouden met de beschrijving van de informatiestromingen in de gezondheidszorg en werkt thans aan een voorstel voor een gedecentraliseerde structuur.

Een punt van zorg is, hoe de specifieke mogelijkheden en problemen van de eerstelijns gezondheidszorg voldoende aan bod kunnen komen in de toekomstige structuur. De informatievoorziening is in de intramurale gezondheidszorg veel verder ontwikkeld, binnen de instellingen (ziekenhuis informatiesystemen), in een aantal regionale centra voor informatieverwerking en landelijk via de stichting medische registratie, de activiteiten van het Nationaal Ziekenhuis Instituut enz.

Daar staat tegenover, dat in het overheidsbeleid de eerstelijns en in het bijzonder de huisartsen een centrale plaats in het voorzieningen systeem wordt toebedacht. Het ligt voor de hand daarbij het informatica aspect te betrekken. De kleinschaligheid en directe toegankelijkheid van de huisartspraktijk en de continuïteit van zorg die daarin voorop staat maakt dat dit ook een geschikt en relatief veilig punt is om gegevens van patiënten te verzamelen en te bewaren. Dit in plaats van regionale of landelijke centra die verder van de mensen afstaan en minder door hen controleerbaar zijn. Deze zijn minder geschikt voor het verzamelen en bewaren van basisgegevens van patiënten, wel voor bijeenbrengen van statistische gegevens uit de verschillende werksectoren.

De projecten van het N.H.I. op gebied van de classificatie en automatisering zullen bij de informatica-ontwikkeling in het kader van de WVG een pilot-functie kunnen vervullen.

### 5.5. Integratie in de eerstelijns

De bovengenoemde structuurnota gezondheidszorg wijst op de noodzaak van grotere samenhang binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. De eerste lijn wordt als geheel een plaats en taak toegedacht die in het geheel van de gezondheidszorg belangrijker is, vooral ten opzichte van de intramurale voorzieningen.

De laatste tien jaar is in het veld een ontwikkeling op gang gekomen van samenwerking in de eerste lijn, tussen vooral huisartsen, wijkverpleegkundigen en het maatschappelijk werk, in de vorm van gezondheidscentra, e.d.. Ook wordt de behoefte gevoeld en belang gehecht aan samenwerking met apothekers, fysiotherapeuten, vroedvrouwen, ambulante geestelijke gezondheidszorg. Voor gezondheidsvoorlichting en preventie zijn er raakvlakken met vormen van sociaal cultureel werk en andere terreinen van gemeentelijk beleid.

Het wetsontwerp voorzieningen gezondheidszorg beoogt door het opzetten van een gedecentraliseerde, lokale en regionale beleidsplanning eveneens de samenhang in de gezondheidszorg te bevorderen. Getracht wordt dit te doen harmoniseren met de welzijnsplanning waarvoor in de kaderwet specifiek welzijn, gelijktijdig in de Tweede Kamer behandeld, de regels worden gegeven.

De eerstelijnsgezondheidszorg is onlangs in kaart gebracht via de "schets van de eerstelijnsgezondheidszorg", een beleidsnota van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (februari 1980).

Geconstateerd daarin wordt dat voor het beleid noodzakelijke gegevens ontbreken. Het betreft zowel gegevens over beroepsgroepen als de omvang van de aan eerstelijnsverleners aangeboden problematiek en het functioneren van de zorg. Bij de ontwikkeling van een registratiesysteem voor de eerstelijnsgezondheidszorg wordt verwezen naar het NHI-project registratie in de eerste lijn, "waarin op experimentele wijze nagegaan zal worden op welke manier de morbiditeitsregistratie in de eerste lijn ter hand dient te worden genomen. Tevens zal in dit project worden onderzocht welke voorwaarden het ontwikkelen en introduceren van administratieve structuur van de praktijkvoering.

Het spreekt voor zich dat enerzijds gewaarborgd dient te worden dat de uit de registratiesystemen verkregen gegevens ter beschikking komen van de betrokken beleidsinstanties. Anderzijds dient ook de privacy van de patiënt en/of cliënt gewaarborgd te worden".



De toekomst van toenemende decentralisatie en samenhang binnen de eerste lijn, de gezondheidszorg en welzijnszorg in zijn geheel maakt dat een informatiesysteem voor en over de huisartspraktijk niet los van de ontwikkeling in andere werkvelden kan worden opgezet.

De resultaten ervan zullen in een gedecentraliseerd beleidsregime bruikbaar moeten zijn. Dit mag echter niet betekenen dat gewacht wordt met ontwikkeling van de informatievoorziening in de huisartspraktijk tot in een groter verband organisatorische en inhoudelijke integratie tot stand is gebracht.

De huisartsgeneeskunde loopt achter op het gebied van informatievoorziening. Het beleid en andere sectoren zijn gebaat bij het inhalen van deze achterstand.

Bij het opzetten van een informatiesysteem zal rekening moeten worden gehouden met wat in o.a. het kruiswerk en het algemeen maatschappelijk werk op het gebied van registratie en informatica gaande is.

#### 5.6. Onderzoeksbeleid in de eerste lijn

Gerelateerd aan bovengenoemde schets over de eerstelijnsgezondheidszorg heeft het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne hoofdlijnen aangegeven voor een onderzoeksprogramma voor de eerstelijnsgezondheidszorg (mei 1980).

Ook daarin wordt verwezen naar het onderhavige project. In vervolg hierop is een landelijk overleg Onderzoek Eerstelijnsgezondheidszorg van start gegaan, waarin de universitaire huisartsen instituten, het N.H.G. en het N.H.I. trachten bestaande onderzoeken te inventariseren en tot onderlinge afstemming te komen. Dit overleg zou een goed punt kunnen zijn voor het verbinden van de behoeften aan gegevens, die in de onderzoekswereld bestaan, met de voor een informatiesysteem te kiezen inhoud.

Dit geldt ook voor het interuniversitair overleg van huisartsen instituten (IOH).

Binnen het N.H.I. en het N.U.H.I. is voor projecten behoefte aan een continue registratie. Men denke b.v. aan het onderzoeksplan "Verwijzen op microniveau", dat in de meerjarenplanning van het NHI aan de voorbereiding van een registratiesysteem gekoppeld is.

## Hoofdstuk 6: Samenvatting en conclusies van de bevindingen in de eerste fase

De bevindingen, zoals in voorgaande hoofdstukken weergegeven, laten zien dat er wel een groot aantal activiteiten zijn op het gebied van de registratie en classificatie in de huisartsenpraktijk, maar dat daarin geen onderlinge verbindingen bestaan. Het enige bindmiddel blijkt de oriëntatie van de meeste systemen op de diagnose classificaties die internationaal zijn ontwikkeld, i.c. de ICD en daarvan afgeleide systemen.

De doelmatigheid van gegevensverzamelingen, vooral waar het de onderlinge vergelijkbaarheid van informatie betreft, lijkt tekort te schieten door het gebrek aan onderlinge samenhang.

Veel van de geraadpleegde deskundigen wezen op de problemen die verbonden zijn met het tot stand brengen van een informatie-systeem voor en over de huisartsenpraktijk, c.q. voor en over de eerstelijns gezondheidszorg als geheel. Dit heeft te maken met het werk dat de huisarts doet, de setting waarin dat plaatsvindt, de gebrekkige registratie van nu. Daarbij ontbreekt thans nog het kader voor planning en beleid, en daaraan gerelateerd het kader voor de informatieverwerking.

Er zijn veel verschillende impulsen om tot grotere samenhang tussen hulpverlening, onderzoek en beleid te komen. Er is een ontwikkeling naar versterking en integratie van de eerstelijns gezondheidszorg. In het landelijk beleid moet het Wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg daarvoor zorgen, en worden er lijnen aangegeven in de "schets van de eerstelijns gezondheidszorg".

In het voetspoor van het algemene beleid is er een ontwikkeling naar een meer samenhangend informaticabeleid. Voor ons onderwerp is daarvoor met name de werkgroep classificatie en coderingen van belang en het begin van een onderzoeksbeleid in de eerstelijns gezondheidszorg.

Een informatiesysteem voor de eerstelijns zal gebruik makend van de bestaande initiatieven en systemen en georiënteerd op de vele ontwikkelingen in de (eerstelijns) gezondheidszorg en informatica, stapsgewijs moeten worden opgezet. Daarbij moet eerder aan een netwerk dan aan één systeem gedacht worden.

DEEL II

Hoofdstuk 7: Hoe verhouden de bevindingen zich tot het oorspronkelijke  
onderzoeksvoorstel

In de projecttoekenning van het Ministerie wordt als centrale vraagstelling van het project opgegeven hoe met behulp van bestaande classificatiesystemen kan worden gekomen tot een registratiesysteem dat aansluit bij de behoeften van beleid, hulpverlening en onderzoek.

T.a.v. het ontwikkelen van een classificatiesysteem dat gebruikt kan worden voor de verschillende genoemde doelstellingen wordt er in het oorspronkelijke projectvoorstel vanuit gegaan dat dit een voorwaarde is vóór dat tot het ontwerpen van het informatiesysteem kan worden overgegaan. De vele onderzoeksmatige, beleidsmatige en technische problemen die ook samenhangen met het opzetten van een informatiesysteem worden minder aan de orde gesteld. Zou het inderdaad zo zijn dat een informatiesysteem gestalte krijgt, als de classificatieproblematiek daarvoor is opgelost?

De voorkeur van de onderzoekers gaat er naar uit het einddoel van het project meer voorop te stellen: het ontwerpen en ontwikkelen van een informatiesysteem. Vooralsnog lijkt het niet zinvol classificaties te gaan analyseren en te vergelijken zonder dat duidelijk is voor welk informatiesysteem de gegevens waarop die classificaties betrekking hebben dienen. Het project moet in samenwerking met het NHI-automatiseringsproject gericht worden op de systeemontwikkeling in zijn totaliteit, i.p.v. alleen op classificatieontwikkeling als onderdeel daarvan. Standaardisering van gegevens en de classificaties die daarvoor nodig zijn worden onderwerp van studie binnen het project, wanneer de betreffende gegevens binnen het huisartseninformatiesysteem worden opgenomen.

T.a.v. het ontwikkelen van een registratiesysteem is in het oorspronkelijk onderzoeksvoorstel gedacht aan een groot aantal artsen (gesproken wordt van ± 150) die voortdurend allerlei gegevens verzamelen, ontleend aan verschillende doelstellingen of onderzoeksvragen.

Mede door de gesprekken die de onderzoekers gevoerd hebben zijn zij tot de overtuiging gekomen dat een al te grootschalige aanpak op vele problemen zal stuiten, zowel methodisch als organisatorisch, zeker op korte termijn. Dit idee gaat tevens voorbij aan de bestaande registratiesystemen, waarvan de registrerende huisartsen niet gemakkelijk bereid zullen zijn om op een -buiten hen om ontwikkeld- nieuw systeem over te gaan.

Hoofdstuk 8: Samenvatting van het rapport "Huisartsen Informatie Systeem"

Het project 'automatisering in de huisartspraktijk' wordt evenals het classificatieproject uitgevoerd door het Nederlands Huisartsen Instituut binnen de basiseenheid 'Registratie in de eerste lijn'.

Diverse projectvoorstellen leidden uiteindelijk tot de toekenning van het project aan het NHI op basis van financiering door het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Het Ministerie formuleerde de doelstellingen en randvoorwaarden van het project in het toekenningsbesluit aldus (brief dd. 31 juli 1980):

"Ten behoeve van de invoering van een registratiesysteem in de eerstelijnsgezondheidszorg waarmee relevante gegevens kunnen worden verkregen voor het beleid, onderzoek en hulpverlening, is onderzoek naar de mogelijkheden van invoering van automatisering in de huisartspraktijk van belang.

In de nabije toekomst te verwachten ontwikkeling, waarbij de computer-industrie zich op de huisartspraktijk zal richten, schuilt een gevaar dat wildgroei, te weten het gevaar dat huisartsen geheel verschillende hardware en software aanschaffen en gaan gebruiken zonder over voldoende deskundigheid te beschikken, met als resultaat dat de gegevens, welke met deze verschillende systemen verzameld worden onderling onvergelykbaar zullen zijn.

Het door uw instituut ingediende projectvoorstel richt zich op de inventarisatie van de diverse informatiefuncties in de huisartspraktijk, op het ontwerpen van een geïntegreerde systematiek van informatieverzorging en op de toepasbaarheid van computers in de huisartspraktijk.

Gezien het onderwerp zal aan het project de titel "Automatisering in de huisartspraktijk" worden gegeven.

Het project zal worden uitgevoerd in circa vijf huisartspraktijken in samenwerking met de Stichting SAZZOG te Arnhem.

Het project sluit aan bij het in het kader van het Wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg te voeren (regionaal) informaticabeleid. Het is ook van belang uit een oogpunt van beleidsonderbouwend onderzoek ten aanzien van de eerstelijnsgezondheidszorg.

En het beoogt een ondersteuning aan de huisartsen te leveren die in de toekomst met de specifieke problemen van inschakeling van computerapparatuur en -programmatuur in hun praktijk zullen worden geconfronteerd.

In de loop van het project zal de wenselijke relatie tussen dit project en het ook door uw instituut (i.s.m. het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut) uitgevoerde project "Registratie/classificatie in de huisartspraktijk worden nagegaan. Zonodig dient vervolgens een afstemming van beide projecten plaats te vinden".

Na een ongelukkige startperiode, waarin onder andere samenwerking met de Stichting SAZZOG moest worden opgezegd, ging het project op 1 maart 1981 van start.

Doel van de eerste fase van het project was op basis van een analyse van informatiegebruik in de huisartspraktijk en van de informatiebehoeften vanuit beleid en de doelstellingen en de aanpak van het project nader in te vullen. Daarnaast heeft er een uitgebreide informatieronde plaatsgevonden bij deskundigen op allerlei terrein waarvan verwacht kon worden dat ze relevante aanbevelingen konden doen voor het project.

Evenals bij het classificatieproject verscheen op het einde van de eerste fase een rapportage van de bevindingen en een projectplan<sup>1</sup>. Een van de conclusies daarin is dat voor ontwikkeling van het systeem vanaf het begin daadwerkelijk nauw met het classificatieproject zal moeten worden samengewerkt.

Van dit rapport en plan geven we hieronder de samenvatting:

#### 8.1. Doel van het automatiseringsproject

Doel van het project is na te gaan welke mogelijkheden er zijn het registratiesysteem in de huisartspraktijk te automatiseren met het perspectief daarmee relevante gegevens te verzamelen t.b.v. beleid en onderzoek.

Achtereenvolgens worden hier de volgende aspecten daarvan nader toegelicht en wordt aangegeven welke deelonderzoeken daarin te onderscheiden zijn.

- a. automatisering binnen de huisartspraktijk
- b. beleids- en onderzoeksrelevante gegevens
- c. koppeling van de registratie binnen de huisartspraktijk en de onderzoeksfunctie
- d. proefproject versus ontwikkelingsproject

<sup>1</sup> De Moel e.a. 1981

ad a. automatisering binnen de huisartspraktijk

Om inzicht te krijgen in de organisatie en de activiteiten binnen een huisartspraktijk is er in nauwe samenwerking met zes huisartsen in Arnhem en omgeving en geïnteresseerde huisartsen uit diverse plaatsen in Nederland een procesanalyse van het werk van de huisarts gemaakt.

Er werd onderscheid gemaakt tussen de volgende vijf deelprocessen:

1° ondersteuning verder verdeelt in:

- afspraakstelsel
- patiëntengegevens registreren
- oproepen
- administratieve ondersteuning

2° hulpverleningsproces onderscheiden in:

- medisch handelen
- medische registratie
  - consultgegevens
  - visitegegevens
  - externe informatie
  - medische historie

3° financiële administratie

4° informatie ontvangen en verstrekken

- selecteren
- laboratorium uitslagen verwerken
- specialisten brieven verwerken
- informatie verschaffen

5° praktijk management

Bij alle processen blijkt informatieverwerking een centrale plaats in te nemen. Omgang met informatie gebeurt echter weinig gestructureerd. Vooral de medische registratie is alles behalve volledig. Het doel van de medische registratie verschilt van praktijk tot praktijk zoals bv. steun bij methodisch werken, communicatiemiddel tussen praktijkmedewerkers tot geheugensteuntje bij vervolcontact.

Meest betrouwbaar en volledig zijn daarbij de verrichtingenadministratie voor particuliere patiënten en het afspraakstelsel (voorzover van toepassing).

Behoeftte bestond er

- aan een beperkt pakket kruistellingen op basis van de patiënten en medische registratie,
- aan een financieel administratiesysteem,
- aan een bewakingssysteem voor verwijzingen en medicatie,
- aan informatie over de sociale kaart en
- aan een gestructureerde medische registratie volgens een niet nader genoemde indeling

Automatisering biedt voor de eerste drie behoeften faciliteiten.

Informatievoorziening over de sociale kaart zal in onderhavig project niet worden ontwikkeld, ook zullen er geen faciliteiten voor beschikbaar komen.

De medische registratie zal wel worden aangepakt. Structurering is voorwaarde voor automatisering.

Subdoelen die aldus geformuleerd konden worden zijn:

- in het project wordt een informatieverwerkingssysteem ontwikkeld welke aansluit op de processen in de huisartspraktijk. Daartoe zal er samen met de huisartsen een nadere informatie-analyse worden uitgevoerd.
- de ontwikkelde systeemdelen worden in een vroegtijdig stadium op bruikbaarheid getoetst.
- aparte vermelding verdient de studie waarin proefondervindelijk een structurering van het medisch record wordt vastgesteld welke aansluit bij het werken in de praktijk en bij de onderzoeksbehoeften.

#### ad b. Beleids- en onderzoeksrelevante gegevens

Om in een later stadium gegevens aan een geautomatiseerd verwerkingsysteem binnen de huisartpraktijk te kunnen ontlenu ten behoeve van onderzoek en beleidsonderbouwing dient er van het begin af aan met deze toepassing rekening gehouden te worden. Verzamelen van gegevens kan nooit los gezien worden van het doel wat er mee wordt nagestreefd. Hetzelfde geldt dientengevolge voor gegevensverwerkingsystemen. In deze eerste fase van het project werd begonnen met de studie naar de onderzoeksprocessen en de behoeften aan gegevens ervoor. Hierbij is gebruik gemaakt van materiaal dat verzameld is in het project "classificatie/registratie in de huisartspraktijk" en van de ervaringen binnen de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek van het NHI.

Op basis van de onderzoeksdoelen en behoeften uit de huisartspraktijk zullen er door het projectteam classificatie/registratie in de huisartspraktijk gegevensbeschrijvingen (data dictionaries) en classificatiesystemen ontwikkeld worden. Ontwikkeling ervan is een dynamisch proces waarvoor in het informatiesysteem faciliteiten beschikbaar dienen te zijn. Een andere belangrijke voorwaarde van onderzoek is de beheersbaarheid van de gegevensverzameling en de gegevensuitwisseling. Vanuit de huisartspraktijken grote centrale gegevensbanken aanleggen en up-to-date houden behoort welhaast tot de onmogelijkheden. Sterk gedecentraliseerde netwerksystemen bieden hier meer perspectief.

Subdoelen die daartoe geformuleerd kunnen worden zijn:

- van het begin af aan wordt naast de ontwikkeling van een geautomatiseerd gegevensverwerkingssysteem binnen de huisartspraktijk faciliteiten gemaakt t.b.v. onderzoeksfunctie.
- er wordt een netwerksysteem ontwikkeld, waarin programma's en gegevens worden uitgewisseld.
- er wordt nauw samengewerkt met het projectteam classificatie/registratie in de huisartspraktijk bij de samenstelling van gegevensbeschrijvingen en classificatiesystemen.

#### ad c. Koppeling van registratie binnen de huisartspraktijk met onderzoeksfuncties

Onderzoek en praktijkregistratie vereisen gelijklopende, additionele maar soms ook tegengestelde gegevens. Verschillen zitten er met name in het doel van registratie en de vereiste betrouwbaarheid en volledigheid van de gegevensverzameling. Automatisering van de registratiesystemen binnen de huisartspraktijk levert dan pas extra resultaat op boven handadministratie als de gegevens tenminste deels verwerkbaar worden ten behoeve van kwaliteitsverbetering van hulpverlening en praktijkvoering. Daartoe is een gelijksoortige betrouwbaarheid en volledigheid vereist als ook voor de onderzoeksfuncties noodzakelijk was. Automatisering en onderzoek stellen blijkbaar gelijksoortige eisen aan registratiesystemen, een rede waarom koppeling van een automatiseringsproject aan een onderzoeksfunctie een gelukkige keuze kan zijn.



De vraag die over blijft is of en hoe de registratie binnen de huisartspraktijk zo te laten gebeuren dat de vereiste betrouwbaarheid en volledigheid wordt bereikt. Van alle medewerkers binnen de praktijk zal daartoe veel inspanning gevraagd worden. Ze zullen daarbij moeten leren volgens vast omschreven normen te registreren. Dat een interactief werkend zogenaamd gebruikersvriendelijk computersysteem een waardevolle hulp kan zijn in dit leerproces betekent allerm minst dat omscholing eenvoudig zal zijn. Naast het leerproces bij de praktijkmedewerkers is ook bij het projectteam onbekend

- wat haalbaar is t.a.v. de gecombineerde registratie
- hoe de variabelen geclassificeerd en gecodeerd moeten worden

Er is sprake van een leerproces aan beide kanten.

Bij de ontwikkeling van het geautomatiseerde verwerkingssysteem wordt begonnen met de gebieden waarvoor (zowel vanuit de huisartspraktijk als vanuit onderzoeksveld) het meeste interesse is getoond.

Subdoelen die hieraan ontleend kunnen worden, zijn:

- in het project wordt vastgesteld welk pakket in de registratie in de huisartspraktijk algemeen zo betrouwbaar te registreren is dat daarmee bewerkingen o.a. t.b.v. onderzoek verantwoord zijn. Dit zal gebeuren in samenwerking met het project classificatie/registratie in de huisartspraktijk
- de functies in het systeem worden zo ontwikkeld dat zowel de huisartspraktijk als het onderzoeksveld in een vroegtijdig stadium verwerkte gegevens verstrekt kunnen worden om aldus het leerproces dat beide mee moeten maken te versnellen
- als onderdeel van de evaluatie wordt een kosten-baten-analyse in de huisartspraktijk gemaakt van het verwerkingssysteem.

ad d. Proefproject versus ontwikkelingsproject

Informatica in de huisartsgeneeskunde bevindt zich nog in de kinderschoenen. Gezien de plaats die informatieverzorging in de huisartspraktijk inneemt is aan te nemen dat invoering van een geautomatiseerd gegevensverwerkingssysteem vergaande gevolgen kan hebben op de praktijkorganisatie en de praktijkvoering. Hieraan dient het gegevensverwerkingssysteem te worden aangepast in een dynamisch proces.

Gezien de beperkte doorlooptijd van het project kan onmogelijk aangenomen worden dat het hele scala aan functies welke geautomatiseerd kunnen worden, zal worden gedekt.

Daarbij komt nog dat de verschillende organisatievormen, waarin zich de huisartsgeneeskunde aandient, heel speciale eisen stellen aan de flexibiliteit van het verwerkingssysteem.

Het vereiste gegevensverwerkingssysteem is slechts proefondervindelijk samen te stellen. Daartoe wordt het uitgetest bij 'proefpraktijken'.

Van de proefpraktijken wordt gedurende het project verwacht dat ze actief meewerken aan bovengenoemd leerproces en dat ze tijd besteden aan de totstandkoming van de gegevensbanken. Gedurende het proefproject wordt het systeem kosteloos ter beschikking gesteld.

Subdoelen:

- gedurende de uitvoering van het project worden de functiespecificaties steeds aangepast aan de ervaringen die ermee zijn opgedaan in het veld. Op basis hiervan wordt het systeem aangepast. Het is niet aannemelijk dat na de doorlooptijd van het project dit proces van herhaald aanpassen naar volle tevredenheid zal zijn afgerond.
- het systeem dient uit te munten in flexibiliteit zowel qua programmatuur als apparatuur. Alleen in een dergelijk flexibele omgeving is te bereiken dat het leerproces bij zowel de huisarts als het projectteam wordt gevoed
- om de gewenste verschillen in flexibiliteit te kunnen meten dienen in het proefproject
  - 2 solo-praktijken
  - 2 duo/groepspraktijken en
  - 2 gezondheidscentrate worden betrokken (totaal 10-12 huisartsen komt overeen met 25.000-36.000 patiënten).

## Randvoorwaarden

Informatica en automatiseringsprojecten in de huisartspraktijk vereisen een tweetal randvoorwaarden, waaraan voldaan moet worden in het verwerkings-systeem, te weten

- privacy-bescherming
- eigendomsreglement

### a. Privacy-bescherming

Er is in Nederland nog geen privacy wetgeving. Aan te nemen is echter dat die gedurende de looptijd van het project van kracht wordt. Dat gestreefd moet worden naar minimale inbreuk op de privacy, zeker waar het een medisch registratiesysteem betreft, wordt aangegeven in de 'Schets eerstelijnsgezondheidszorg', waarin over onderhavig en gelijksoortige projecten wordt gezegd:

"Het spreekt voor zich dat enerzijds gewaarborgd dient te worden dat de uit de registratiesystemen verkregen gegevens ter beschikking komen te staan van de betrokken beleidsinstanties. Anderzijds dient ook de privacy van de patiënt en/of cliënt gewaarborgd te worden".

### b. Eigendomsverhoudingen

Het netwerksysteem is eigendom van het NHI. De gegevens die erin worden opgeslagen zijn eigendom van de huisartsen.

Zonder vertrouwensrelatie is deze gecombineerde eigendomsverhouding ondenkbaar. Naast vertrouwen dienen er echter ook afspraken te komen waarin de taak, de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van beider partijen zijn vastgelegd.

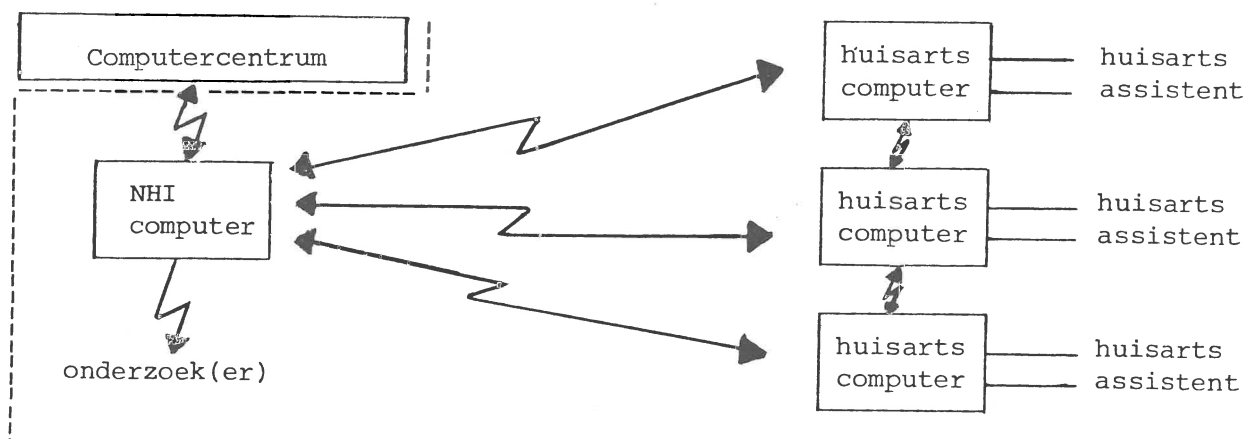
## 8.2. Systeemconcepten

In dit hoofdstuk wordt in globale termen omschreven hoe het netwerksysteem eruit zal gaan zien. Het volgende hoofdstuk, realisatie genaamd, wordt aangegeven welke maatregelen er worden genomen of voorzieningen daartoe vereist zijn om dit te bereiken.

### a. Netwerksysteem

Het systeem wordt opgezet als een netwerksysteem\*. Centraal punt daarin is het NHI. Het NHI fungeert als systeemeigenaar en systeembeheerder. Systeemontwikkeling wordt vanuit het NHI gecoördineerd. Het NHI laat zich daartoe bijstaan door diverse commissies en organisaties.

Schematisch is het computernetwerk als volgt weer te geven:



Alle systeemdelen rechts van de stippellijn worden in het project betrokken, inclusief data, communicatiefaciliteiten en deelname van de huisarts.

Opslag van persoonsgegevens wordt volledig gedecentraliseerd; d.w.z. gegevens blijven uitsluitend in de huisartspraktijk bewaard, ook als daar uitsluitend vanuit het NHI belangstelling voor bestaat. Geaggregeerde gegevens worden centraal opgeslagen en staan ter beschikking van bevoegde onderzoekers.

\* Onder een netwerksysteem wordt hier verstaan een gecoördineerd geheel van informatiesystemen (computers).

In het classificatieproject wordt onder informatienetwerk verstaan een gecoördineerd geheel van registratiesystemen. (zie hoofdstuk 9.2.).

Systeemontwikkeling en systeembeheer wordt volledig gecentraliseerd. Slechts vanuit één coördinerend punt, het NHI, worden programma's ontwikkeld en opdrachten voor landelijke verwerking gegeven. Voor de huisarts blijft het vanzelfsprekend altijd mogelijk voor eigen gebruik gegevens ver- en bewerkingen te doen.

Onderlinge communicatie tussen de huisartspraktijken is vereist in geval van uitvallen van het computersysteem.

Het totale systeem wordt Huisarts Informatie Systeem genoemd.

#### b. volgorde van functieontwikkeling

Op basis van

- de procesanalyse in de praktijk,
  - bruikbaarheid voor onderzoek,
  - moeilijkheidsgraad van de te automatiseren functie,
  - kosten en de verplichting het SAZZOG-systeem over te nemen
- is een ontwikkelingsvolgorde samengesteld.

De fasen zijn achtereenvolgens:

- voorbereidend onderzoek (reeds afgesloten)
- a) overname SAZZOG-systeem
  - . patiëntenregistratie
  - . verrichtingenregistratie
  - . facturering particuliere patiënten
- b) aanpassing en uitbreiding SAZZOG-systeem
  - . patiëntenbestand structureren naar samenlevingsverbanden
  - . incassoverwerking
- uitgebreide patiëntenregistratie
  - . toevoegen medische historie
  - . aanvullen sociaal demografische gegevens
  - . selecteren risicogroepen
  - . overzichten patiëntenpopulatie
- ontwikkeling netwerksysteem
  - . programma en data uitwisselingsprotocols
- verwijzingen laboratoriumonderzoek en receptenregistratie
  - . verwijzingen en laboratoriumonderzoek en recepten vastleggen en status aangeven (eenmalig, herhaling, uitslag ontvangen, etc.)
  - . medicatiebewaking

- consultregistratie
  - . vrije tekstinvoer
- t/m n gecodeerde probleemsgewijze registratie
  - bv. in volgorde
    - . diagnostische faciliteiten
    - . therapeutische verrichtingen
    - . diagnose
    - . probleem
    - . prognose
    - . etc.

### c. hard- en software-eisen huisartsinformatiesystemen

De veelheid en diversiteit aan functies en gegevens die elke medewerker in de praktijk zou moeten kunnen beheersen stelt zeer hoge eisen aan de 'gebruikersvriendelijkheid' van het huisartsinformatiesysteem. Daartoe wordt gebruik gemaakt van:

- interactieve invoerprocedures met uitvoerige validiteitstesten
- menu georiënteerde zoek- en coderingstechnieken en aanraakgevoelige beeldscherm-eenheden
- 'help-functies' (zelfdocumenterend)
- geïntegreerde verwerking ter voorkoming van dubbel registreren en om alle functies voor verwerking ter beschikking te hebben.

Zeer hoge beschikbaarheid van de gegevens met name voor bepaalde medische gegevens is vereist . De beschikbaarheid wordt vergroot door

- service overeenkomsten
- print-out van het bestand
- verspreide opslag van duplicaten van bestanden bij collega's of het NHI (onderlinge communicatiefaciliteiten)

Pluriformiteit van de hardware configuratie moet samen gaan met uniformiteit op het niveau van programmatuur en op gebruikersniveau. Het aantal aansluitingen op het systeem varieert tussen 3 en 8.

Geavanceerde relationele data base programmatuur moet gemakkelijke programma- en gegevensstructuur aanpassing mogelijk maken.

Zeer veel beveiligingsmethoden dienen door het operating system tot op file niveau beheerd te worden.

De opslag capaciteit varieert per huisarts van 5M byte na de 3e fase tot 20M byte na de 6e fase van het project.

Er moeten communicatiefaciliteiten zijn naar alle netwerksysteemdelen. Over de lijnen worden zowel data als programma's uitgewisseld. Ook is rekening te houden met onderzoeksfaciliteiten: in enkele uren dienen eenvoudige onderzoeken over alle bestanden te kunnen worden uitgevoerd.

#### d. financiering

Met het project wordt beoogd twee doelen te dienen, te weten de praktijkvoering en onderzoek. Vooralsnog is niet aan te geven wat de baten zijn van automatisering voor de praktijkvoering, zodat niet kan worden vastgesteld hoe groot de bijdrage door de huisartsen redelijkerwijze aan het systeem zou kunnen of behoren te zijn. Daarbij komt nog dat van de medewerkers uit de huisartspraktijk een grote bijdrage wordt verwacht bij de ontwikkeling van het systeem. Het lijkt dan ook zeer redelijk van de huisartsen geen bijdrage te eisen gedurende het proefproject.

Op basis van een kosten-baten analyse zal gedurende het proefproject de netto opbrengst voor de praktijk worden vastgesteld. Het moet niet onmogelijk geacht worden dat het geautomatiseerde gegevensverwerkingssysteem met onderhavige dubbele doelstelling werkverzwaring betekent.

### 8.3. Realisatie

#### a. samenwerking

Het NHI zal gaan samenwerken met een 'systeemhuis'. Vooralsnog zal ze samenwerking met Philips na streven in het kader van de BIPO-regeling. De verantwoordelijkheid voor de opzet van het systeem, de functiespecificaties, gegevensbeschrijvingen en de evaluatie blijft berusten bij het NHI. Informatie-analyse, systeemontwikkeling, programmering en service berust bij de participant onder verantwoordelijkheid en met een nauwe betrokkenheid van het NHI.

#### b. continuïteit

Systeemontwikkeling is alleen zinvol in een levensechte omgeving. Dubbele registratie is onhaalbaar. Dit betekent dat de huisarts na afloop van het project afhankelijk is van het geautomatiseerde systeem. het computersysteem kan pas dan blijvend toegepast worden als het geïntegreerde verwerking toestaat. De doorlooptijd van het project van 3 jaar is ontoereikend.

Voor geval geen continuïteit gewaarborgd kan worden, dienen nu al gelden gereserveerd te worden om verplichtingen af te kopen en de huisartspraktijk schadeloos te stellen.

#### c. organisatie

Het project wordt gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en voor een gering deel door de Landelijke Huisartsen Vereniging. Ze worden over de voortgang geadviseerd door een begeleidingscommissie. Het project is uitbesteed aan het NHI, dat daarmee de verantwoordelijkheid van het project draagt. Voor de uitvoering schakelt het NHI een systeemhuis in, waarschijnlijk Philips. Intern draagt het NHI de uitvoering van het project op aan de basiseenheid registratie in de eerste lijn die een onderdeel vormt van de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek.

Met de proefpraktijken in het project worden contracten afgesloten waarin uiteenlopende zaken geregeld worden. De uitvoering van het project zal in zeer nauw contact met de huisartsen gebeuren.



## Hoofdstuk 9: Probleemstelling en doelstelling van het project

In het voorafgaande werd een beeld gegeven van de verschillende initiatieven die op het gebied van de classificatie en registratie bestaan. Op de problemen en knelpunten werd ingegaan, mogelijkheden en suggesties voor een meer samenhangende landelijke registratie werden genoemd. Vervolgens werden deze bevindingen uit de eerste fase van het project vergeleken met het oorspronkelijke onderzoeksvoorstel. Nagegaan werd welke verwachtingen er met betrekking tot een op te bouwen landelijk informatiesysteem voor de eerste lijn bestaan. De plannen voor het automatiseringsproject van het NHI zijn samengevat weergegeven.

In dit hoofdstuk willen we de probleemstelling en doelstelling voor het vervolg van het project formuleren.

### 9.1. De probleemstelling

Het probleem waarmee wij ons in het project bezig houden is, dat de in Nederland bestaande registratiesystemen op het gebied van de huisartsgeneeskunde niet onderling in een ordelijk verband gebracht zijn; daardoor kan de informatie niet doelmatig worden gebruikt voor het verkrijgen van inzicht in de gang van zaken in dit onderdeel van de eerstelijnsgezondheidszorg. Dit probleem willen wij als volgt uiteen leggen:

1. Wat er op dit gebied in Nederland gebeurt is slechts gedeeltelijk bekend. De verkenning in de eerste fase leert dat er een groeiend aantal systemen en systeempjes zijn. Deze zijn nog maar voor een gedeelte in kaart gebracht.
2. De doelmatigheid van deze systemen afzonderlijk en in onderling verband, is niet gewaarborgd. De systemen zijn uiteraard niet zonder redenen opgezet. De verwachtingen en behoeften vanuit onderzoek, beleid, onderwijs en de hulpverleningspraktijk zijn echter niet systematisch geïnventariseerd. Er zijn ook geen criteria gesteld waaraan systemen met het oog op doelmatigheid moeten voldoen.
3. De bruikbaarheid van de informatie uit deze systemen schiet te kort.

De gegevens zijn niet of slechts beperkt toegankelijk voor onderzoekers, die niet tot de kring van organisatoren van een systeem behoren. Slechts incidenteel kan informatie verkregen worden, die bruikbaar is in verband met planning en beleid.

4. De resultaten van de verschillende registratiesystemen zijn onvoldoende vergelijkbaar, omdat van verschillende classificaties gebruik gemaakt wordt.
5. Het ontbreekt aan een kader c.q. coördinatiepunt voor onderlinge afstemming van de systemen. De beheerders ervan zijn autonoom. Onderling contact is er niet of incidenteel vanuit persoonlijke interesse. De belangen van de afzonderlijke initiatiefnemers en beheerders hebben een groter gewicht, dan een gemeenschappelijk belang vanuit hulpverlening, onderzoek en beleid op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg.

## 9.2. Doelstelling

De doelstelling van het project is tweeledig:

1. Het in samenwerking met het NHI-projectteam automatisering (p.a.) ontwerpen en ontwikkelen van een "huisartseninformatiesysteem" (HIS).
2. Het aanbrengen van meer samenhang en systematiek in de informatievoorziening binnen en over de huisartspraktijk, door het samenbrengen van het HIS en andere systemen in een "Informatie Netwerk Eerstelijns" (INE).

ad 1. Het projectteam classificatie (p.c.) zal bij de ontwikkeling van het HIS de volgende deeltaken vervullen:

- a) Het op basis van literatuuronderzoek, overleg en waarnodig experimenten aangeven wat de inhoud van het systeem moet zijn: welke registratieeenheden en onderlinge relaties, definities, classificatiesystemen en coderingen moeten worden opgenomen en gebruikt. Een belangrijk punt is hierbij de standaardisatie t.o.v. andere systemen en richtlijnen van (b.v.) de Werkgroep Classificatie en Coderingen.
- b) daarbij wordt de externe informatievoorziening door dit team centraal gesteld: Welke gegevens zijn nodig voor onderzoek en beleid over de huisartspraktijk. Hoe zijn deze te verzamelen en na verwerking te distribueren onder de gebruikers.

Het projectteam automatisering ontwikkelt het informatieverwerkings-systeem, gebruikmakend van de sub a. genoemde ontwikkelingswerkzaamheden. Dit team let ook in het bijzonder op de informatiebehoeften en faciliteiten bij deelnemende huisartsen waarmee het ook in de eerste plaats de communicatie verzorgt.

ad 2. De tweede doelstelling van het project is het maken van een begin, als proef, met het aanbrengen van meer samenhang en systematiek in de informatievoorziening binnen en over de huisartspraktijk, door het samenbrengen van het HIS met registratiesystemen in een netwerk: het "Informatie Netwerk Eerstelijns (INE)".

Onder een informatienetwerk verstaan we hier een gecoördineerd geheel van verschillende registratiesystemen, waartussen uitwisseling van gegevens plaatsvindt. We gebruiken het woord netwerk hier breder dan in de informatica-terminologie, waarin hieronder de koppeling van computervoorzieningen via directe onderlinge verbindingen verstaan wordt. Zeker in het begin zal de uitwisseling van de gegevens van de huisartsenregistratiegegevens uit andere systemen dan het HIS ook conventioneel (zonder verbindingen tussen computers) plaatsvinden. In principe gaat het echter om dezelfde netwerk gedachte: systemen worden fysiek en/of meer indirect aan elkaar gekoppeld in een infrastructuur voor informatievoorziening. In het automatiseringsproject wordt onder netwerksysteem verstaan een geheel van onderling gekoppelde informatiesystemen, i.c. computers van huisartsen, van het NHI en van een computercentrum (zie 8.2.), binnen het HIS.

In het classificatieproject wordt getracht dit HIS met andere registratiesystemen te verbinden. Deze systemen hebben eigen verwerkingsprocedures. Een netwerk van registratiesystemen is meer dan een netwerk van computers. Alle facetten en niet alleen de informatie-technische worden er in betrokken. Gesproken wordt in de doelstelling van een informatie netwerk Eerstelijns omdat de aanpak die voor ogen staat zich goed leent voor een verbreding (op den duur) naar andere onderdelen van de eerstelijnsgezondheidszorg dan de huisartsgeneeskunde alleen. Het INE is een eindperspectief waar naar toegewerkt wordt, maar dat niet binnen het NHI-NUHI project zal zijn te voltooien. Het wordt als proef opgezet.

Om zoveel mogelijk concreet de informatie-uitwisseling op gang te brengen zal binnen het project de mogelijkheid worden onderzocht en voor zover mogelijk beproefd om specifieke gegevens van het NUHI-CMR-systeem en het NHI-HIS al of niet geaggregeerd samen te brengen en te bewerken tot statistische overzichten.

### 9.3. Uitgangspunten

In het voorgaande is al zichtbaar geworden, dat we de problemen waar we ons in het project voor geplaatst zien vanuit bepaalde opvattingen willen aanpakken. Hier willen we deze expliciteren:

1. Het perfecte landelijke informatiesysteem zal nooit worden uitgevonden.

De mogelijkheden van registratie, de behoefte aan informatie en de belangen van de participanten lopen daarvoor te zeer uiteen, bovendien wisselen ze. Een pragmatische aanpak en niet een fundamentele is aangevoelen. Startpunt is, dat er meer of minder goed functionerende bestaande systemen zijn die als gemeenschappelijk gebrek hebben, dat ze te weinig inzicht leveren in de huisartsgeneeskunde om aan vele vraagstellingen in de hulpverlening, onderzoek en beleid het antwoord te kunnen geven. Er moet toegewerkt worden naar meer samenhang en ordening.

2. Een informatiesysteem is een systeem, waarin processen worden gesystematiseerd (voor een informatienetwerk geldt hetzelfde)

De volgende processen zijn te onderscheiden <sup>1</sup> :

- a) In de eerste plaats is een empirisch proces van belang. Hierbij wordt gezocht naar mogelijkheden de werkelijkheid in de hulpverlening te beschrijven, resultaten te meten en te verklaren. In een empirisch proces worden problemen gesteld, vraagstellingen geoperationaliseerd, meetwijzen ontwikkeld en getoetst. In een informatiesysteem wordt getracht dergelijke onderzoeksprocessen op systematische wijze aan te pakken. Dat gebeurt in een afzonderlijk onderzoek uiteraard ook. Maar in een informatiesysteem wordt getracht continu gegevens te verzamelen, samen te brengen, te bewerken, te interpreteren. Er wordt daarin een grotere samenhang aangebracht, zowel in ruimte als in tijd: gedurende langere tijd worden op verschillende plaatsen overeenkomstige gegevens op dezelfde manier vastgelegd, verzameld enz.

<sup>1</sup> Hoekstra 1980

b: Binnen een informatiesysteem spelen daarnaast sociale processen een belangrijke rol. Daar wordt onder verstaan dat veel overleg, onderhandeling, onderlinge aanpassing en conflictbeheersing nodig zijn om een informatiesysteem op te zetten en in stand te houden. Het is noodzakelijk daarvoor een organisatiestructuur op te bouwen. Wanneer dat niet goed gebeurt gaan variabelen van sociologische en (sociaal-)psychologische aard disfunctioneel werken. De verschillende belanghebbenden bij het systeem moeten in de organisatiestructuur aan bod komen.

c: Daarnaast worden in een informatiesysteem technische processen op gang gebracht en beheerst. Gegevens worden op bepaalde media (formulieren, beeldschermen) vastgelegd, er vindt geautomatiseerde bewerking van gegevens plaats, er worden statistische technieken toegepast. Technische ontwikkelingen maken het bestaan van informatiesystemen mogelijk. Dit betekent echter niet dat de louter technische benadering voldoende is.

Eenzijdige gerichtheid op hetzij de empirische, hetzij de sociale, hetzij de technische processen bij het opzetten van een informatiesysteem moet vermeden worden. Het is ook onjuist processen van elkaar te isoleren. Er is een grote onderlinge samenhang en afhankelijkheid. Een systeem dat bijvoorbeeld technisch slecht functioneert en/of empirisch weinig oplevert, zal organisatorisch moeilijk kunnen functioneren. Zonder een goede organisatie is het niet mogelijk tot goede technische oplossingen te komen. Wanneer een systeem alleen technisch goed functioneert kan het zinloos worden, omdat het niet aan de behoefte van de betrokkene voldoet en/of administratieve constructies in plaats van de werkelijkheid in de hulpverlening geregistreerd worden.

Dit alles geldt uiteraard ook voor informatienetwerken waarin meerdere informatiesystemen gecoördineerd worden.

3. De behoeften aan informatie vanuit hulpverlening, onderzoek en beleid zijn niet definitief te bepalen. Zoals algemeen wordt ingezien dat planning een doorgaand proces is, waarin een plan eerder een momentopname dan een definitief resultaat is, zo geldt dit ook voor de uit planning, beleid, onderzoek voortkomende behoeften aan informatie. Daarbij komt dat de verschillende betrokkenen bij onderzoek en beleid al naar gelang hun positie daarbij verschillende behoeften zullen hebben. Dit wisselt per situatie en fase. Behoeften aan gegevens leiden niet alleen tot gegevens-

verzameling, maar komen ook uit gegevensverzameling voort. Er ontstaan nieuwe of andere behoeften in een wisselwerking. De registratiesystemen binnen een netwerk kunnen stuk voor stuk van tijd tot tijd voor verschillende vraagstellingen informatie verzamelen.

4. De externe informatievoorziening (de informatie die over de huisartspraktijk en de hulpverlening door de huisarts naar buiten komt voor beleid en onderzoek) moet zoveel mogelijk aansluiten op de interne informatievoorziening (de informatie die de huisarts zelf gebruikt bij zijn hulpverlening en praktijkvoering). De externe informatievoorziening stelt echter wel eigen eisen aan de informatieverzameling. De gegevens worden verschillend gebruikt. Andere soorten variabelen zijn van belang. Omwille van uniformiteit met andere gegevensverzamelingen moeten bepaalde spelregels nageleefd worden. Daarom moeten vanuit een landelijk informatienetwerk eisen geformuleerd worden, die aan de interne informatieverzameling moeten worden gesteld. Anders zijn basisgegevens niet bruikbaar voor beleid. De landelijke gegevens moeten in een landelijk informatiesysteem, dat onderdeel is van het netwerk, worden verzameld en bewerkt.

Voordelen van het wel zoveel mogelijk gebruik maken van basisgegevens voor de externe informatievoorziening, is dat dan de meeste garanties bestaan dat de hulpverleners zich erbij betrokken voelen, dat dubbele vastlegging vermeden wordt dat een voortdurende wisselwerking met de praktijk blijft bestaan.

5. De verstrekkers van gegevens en beheerders van registratiesystemen kunnen niet gedwongen worden aan een informatienetwerk mee te werken. Zij moeten daartoe worden gemotiveerd doordat zij er zelf werkelijke voordelen van zien. Vanuit erkenning en respect voor de autonome positie van huisartsen en anderen die de gegevens verstrekken en van degenen die registratiesystemen hebben opgezet en deze beheren, moeten onderlinge afspraken gemaakt worden, procedures worden vastgesteld om onderlinge aanpassingen mogelijk te maken. Er moet hiervoor een soort ruilverhouding ontstaan, waarbij degenen die iets inleveren profijt hebben van een groter gezamenlijk systeem.

Het dilemma is dat een informatienetwerk niet kan functioneren als de samenwerking en coördinatie te vrijblijvend zijn. Dan kan het gemeenschappelijk belang ook te weinig tegemoet gekomen worden. Het opzetten van een informatiesysteem in de gezondheidszorg is een riskante onderneming.

Behalve belangentegenstellingen tussen betrokkenen bij registratiesystemen, zijn er belangen mee gemoeid van patiënten, beleidsinstanties, andere hulpverleningssectoren. Zowel de interne als de externe belangen kunnen ervoor zorgen dat het systeem niet van de grond komt. Aan overleg en besluitvorming moet zeer veel aandacht besteed worden.

6. We hebben het hier over een informatienetwerk dat betrekking heeft op een deel van de gezondheidszorg. De grotere kennis die via een systeem is te verzamelen over de huisartsgeneeskunde, moet in verband gebracht kunnen worden met informatie uit andere sectoren dan de eerstelijnsgezondheidszorg en de gezondheidszorg als geheel. De achterstand die er met betrekking tot de informatieverzameling voor en over de huisartspraktijk bestaat, moet echter kunnen worden ingelopen. Dit kan niet gebeuren als bredere belangen in dit project teveel gaan domineren. De keuze is dus gericht te gaan werken binnen een groter geheel. In het oog zal worden gehouden wat elders in de gezondheidszorg gebeurt, waar nodig en mogelijk zal afstemming plaatsvinden, maar de voortgang voor de eigen sector wordt binnen dit project op de eerste plaats gesteld.

In de praktijk zal dit neerkomen op het contact onderhouden met en participeren in groter overlegorganen, zoals de Werkgroep Classificatie en Coderingen, tijdens de uitvoering van het project.

## Hoofdstuk 10: Projectplanning

De in het vorige hoofdstuk 9. aangegeven probleemstellingen en doelstellingen voor het project en de daarbij vermelde uitgangspunten leiden tot de volgende voorwaarden voor de projectplanning:

- de dubbele doelstelling van het project, namelijk het in samenwerking met het automatiseringsproject tot ontwikkeling brengen van een huisartseninformatiesysteem, en het op gang brengen van samenwerking tussen huisartsenregistratiesystemen in het kader van een informatienetwerk eerste lijn, moet in de planning de aandacht krijgen. In verband hiermee wordt hieronder onder 10.1. ingegaan op de ontwikkeling van het HIS, in 10.2. op de ontwikkeling van het INE.
- het project is niet door het projectteam voor classificatie alleen uit te voeren. De probleem- en doelstellingen impliceren samenwerking met het NHI-projectteam voor automatisering en andere participanten in het automatiseringsproject, en met huisartsen en beheerders van andere huisartseninformatiesystemen, zoals met name de continue morbiditeitsregistratie van het NUHI. In een wijdere cirkel moeten onderzoeksinstanties en beleidsinstanties bij de projecten worden betrokken. De structuur voor samenwerking wordt uitgewerkt in hoofdstuk 11. van dit rapport.
- de complexiteit van de taakstelling, die uit de beide doelstellingen voortvloeit, maakt het noodzakelijk een aantal projectfasen te onderscheiden. In onderstaande uitwerking wordt deze fasering aangegeven. In deze fasering zal ook evaluatie en terugkoppeling naar de begeleidingscommissies en de opdrachtgevers worden opgenomen.
- Voor het opzetten van een informatiesysteem is efficiënte samenwerking tussen verschillende deskundigheden vereist (materiedeskundigen, informatie-analisten, systeemanalisten, programmeurs, leveranciers van hardware en systeem-software e.a.). Hiervoor is een strakke planning noodzakelijk. Niet in alle gevallen zal voor het bestuderen en evalueren van coderingen en classificaties evenveel tijd beschikbaar zijn, als wenselijk. Zoals bij de uitgangspunten vermeld, is een pragmatische opstelling vereist.

In de projectplanning wordt gebruik gemaakt van resultaten van de eerste fase van de beide projecten. Met name de daarin plaatsgevonden hebbende inventarisaties werken in de opzet door.



In het automatiseringsproject zijn randvoorwaarden en oriëntatiepunten voor automatisering in de huisartspraktijk geïnventariseerd, en er heeft een procesanalyse van de informatiebehoefte vanuit de huisartspraktijk plaatsgevonden. Ook werd in dit kader aandacht besteed aan de informatiebehoefte vanuit health service research. In het classificatieproject werden de inventariserende activiteiten gericht op het maken van een overzicht van projecten en systemen in Nederland en de voor het opzetten van een landelijk registratiesysteem van belang zijnde oriëntatiepunten. Ook werd een aanzet tot inventarisatie gemaakt van beschikbare en uit het oogpunt van onderzoek benodigde informatie uit de huisartspraktijk. Dit laatste werd uitgewerkt in een verkenning naar gegevens die verzameld zouden moeten worden voor epidemiologisch onderzoek.

#### 10.1. Ontwikkeling van het huisartseninformatiesysteem

Voor dit systeem zullen achtereenvolgens de volgende functies geautomatiseerd worden:

1. eenvoudige patiënten- en verrichtingenregistratie en een deel van de financiële administratie (A)
2. uitgebreide patiëntenregistratie (B)
3. ontwikkeling netwerksysteem (C)
4. uitgebreide contacten- en verrichtingenregistratie (D)
5. gecodeerde probleemgerichte registratie (E)

De uitwerking van deze verschillende aspecten van het informatiesysteem wordt ondergebracht in vijf fasen\*, waarvoor in het totaal vijf jaar wordt uitgetrokken. Hieronder worden in het schema deze functies verder naar de te registreren aspecten uitgewerkt.

De uitwerking van de gegevenselementen die in het HIS moeten worden opgenomen, hun onderlinge relaties en de gebruiksmogelijkheden ervan moeten worden uitgewerkt tot een algemeen logisch ontwerp voor het systeem. Dit ontwerp, dat het geheel van het systeem weergeeft, waarvan de delen volgens de te kiezen fasering verder worden uitgewerkt, zal naar verwachting in oktober 1981 zijn voltooid. Bij het opstellen van de projectplanning is gebruik gemaakt van de voorhanden notities hierover.

Na voltooiing van het algemeen logische ontwerp voor het systeem zal per onderdeel (functie en fase, volgens de aangegeven volgorde) een specifiek logisch ontwerp (datamodel) gemaakt worden, verder uit te werken in een technisch ontwerp.

\* een niet gecodeerde consultregistratie is als korte fase daarnaast nog in de opzet van het systeem voorzien. Deze vraagt echter geen inzet van het projectteam classificatie.

De volgorde waarin de functies ontwikkeld worden is bepaald volgens criteria, die in het rapport voor het automatiseringsproject op bladzijde 21 zijn weergegeven. De gekozen fasering komt er op neer, dat de combinatie van eenvoudige patiënten- en verrichtingenregistratie zoals door het SAZZOG gestart terwille van de deelnemende huisartsen wordt gecontinueerd en in het HIS ondergebracht. Daarna wordt eerst de patiëntenregistratie (database van patiëntgegevens) uitgebreid, en daarna de registratie van de werkzaamheden van de huisarts (contacten, verrichtingen, verwijzingen, enz.). Inmiddels worden in de derde fase de faciliteiten voor de uitwisseling van gegevens (ontwikkeling netwerksysteem) geschapen. In de laatste fase worden de moeilijk registreerbare aspecten als diagnostische en therapeutische verrichtingen, diagnoses, probleem, reden voor contact e.d. op experimentele wijze in het systeem opgenomen. Daarvoor zal o.a. moeten worden bestudeerd of de Problem Oriënted Record van Weed, c.q. de probleemgeoriënteerde patiëntenkaart van de NHG als uitgangspunt kan dienen (zie hoofdstuk 2.1.).

Voor de deelnemende huisartsen heeft deze volgorde het voordeel, dat na overname van de SAZZOG-activiteiten de werkzaamheden binnen de praktijk vooral door de assistente, met door het NHI beschikbaar te stellen hulpkrachten, zullen worden verricht in het kader van opbouw van het patiënten-databestand.

Wel zullen de huisartsen worden ingeschakeld bij het verzamelen en toetsen van gegevens over de patiënten. Voor de projectteams heeft deze fasering als voordeel, dat meer tijd beschikbaar is voor de opzet van de meer dynamische werkregistratie. Voor het classificatieteam is het van belang dat het moeilijkste onderdeel van het informatiesysteem in de vorm van de probleemgeoriënteerde registratie pas eind 1983 behoeft te zijn ontwikkeld, en al experimenterend in het systeem is in te voeren. De voorbereiding hiervan zal vanaf de eerste fase ter hand genomen kunnen worden.

De activiteiten van het classificatieteam bij de opzet van het HIS zullen betrekking hebben op het uitwerken van de te gebruiken codes en classificatiesystemen. Daartoe zal de inbreng heel direct zijn bij het opzetten van het logische ontwerp. Als vervolg daarop is bij het uitwerken van het technische ontwerp en de verdere realisatie van systeemonderdelen een meer begeleidende en adviserende rol te voorzien. De uitwerking van deze onderdelen van de systeemontwikkeling ligt in handen van het automatiseringsteam en het in te schakelen systeemhuis.

Het gereed maken van coderingen en classificatiesystemen voor ontwikkeling van HIS zal volgens een aantal stappen verlopen. Voor ogen staat in principe de volgende werkwijze voor elk onderdeel (elk te registreren item) te volgen.

Daarbij wordt het patiëntkenmerk "beroep" als voorbeeld gebruikt:

1. Verkenning:

Nagegaan wordt welke coderingen en classificaties voor gebruik in het HIS in aanmerking komen. Zijn er richtlijnen van de Werkgroep Classificatie en Coderingen, wat wordt in andere sectoren van de gezondheidszorg gebruikt, zijn er internationaal gebruikte classificaties, wat is gangbaar bij CBS enz. Op basis van deze verkenning wordt een nota met een ontwikkelingsplan opgesteld, voor het ene onderwerp kort, voor het andere onderwerp langer. In verband met de beoogde samenwerking in INE met het CMR-systeem uit Nijmegen, zal telkens worden aangegeven of en hoe in dat systeem het betreffende item gehanteerd wordt. Voorbeeld: voor het item beroep zijn t.b.v. sociologisch onderzoek, marktonderzoek e.d. enkele classificatie c.q. coderingssystemen ontwikkeld. Bij CMR is de beroepenklapper van het instituut voor toegepaste sociologie uit Nijmegen in gebruik.

2. De verkennende nota wordt aan de in te stellen programcommissie (zie hoofdstuk 11 Organisatie) voorgelegd. Deze adviseert over richting van het zoeken van een oplossing. Ook mag van de programcommissie verwacht worden, dat deze aangeeft of een bepaald probleem veel of weinig aandacht moet hebben.

3. Vervolgens vinden verdere studie en eventueel onderzoek plaats.

Naar gelang het onderwerp zullen hierbij verschillende methoden moeten worden gebruikt. Zo kunnen gebruikerservaringen worden nagegaan, kan geëxperimenteerd worden met een of enkele classificaties, kan advies gevraagd worden van belanghebbende instanties.

Voorbeeld: onderzocht wordt of de ITS-beroepenklapper, een nogal uitgebreid systeem, bruikbaar is in de huisartspraktijk.

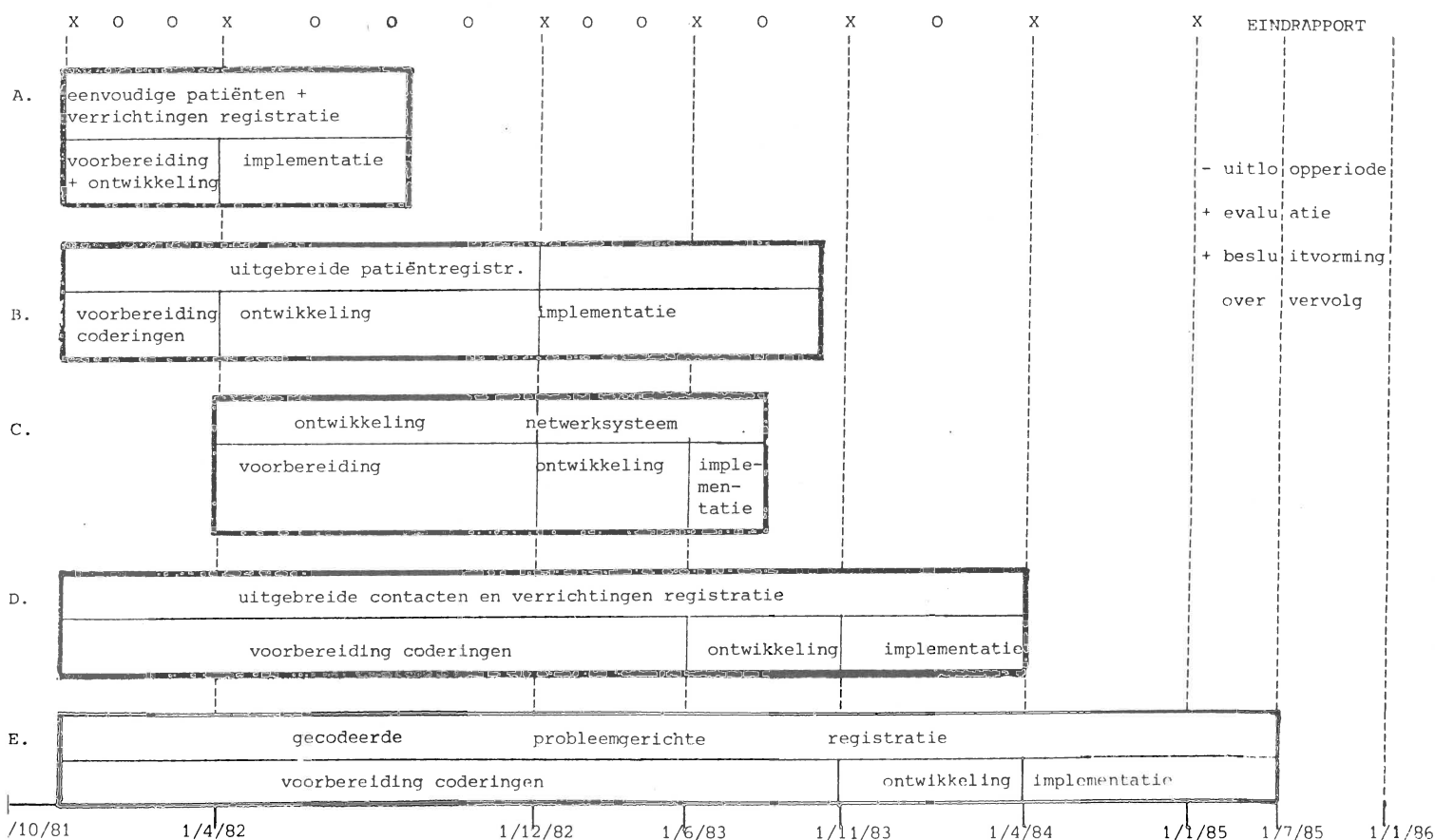
4. Op basis van het onderzoek wordt een voorstel opgesteld, dat ter toetsing aan de programcommissie wordt voorgelegd.

5. De gekozen codering wordt ingevoerd in het HIS door de projectteams.

Het is duidelijk, dat voor sommige items de bovengenoemde fasen snel en gemakkelijk zijn te doorlopen. Voor anderen zal hiervoor vrijwel de gehele projectperiode benodigd zijn. In onderstaand schema, waarin de functies, fasen en uit te werken items zijn opgenomen, wordt zoveel mogelijk met de ontwikkelingsduur die nodig is voor de verschillende coderingen rekening gehouden.

SCHEMA ONTWIKKELING HIS

VERGADERINGEN/TUSSENRAPPORTAGE: - Programmacommissie O  
 - Begeleidingscommissies X



10.2. Ontwikkeling informatienetwerk eerstelijns

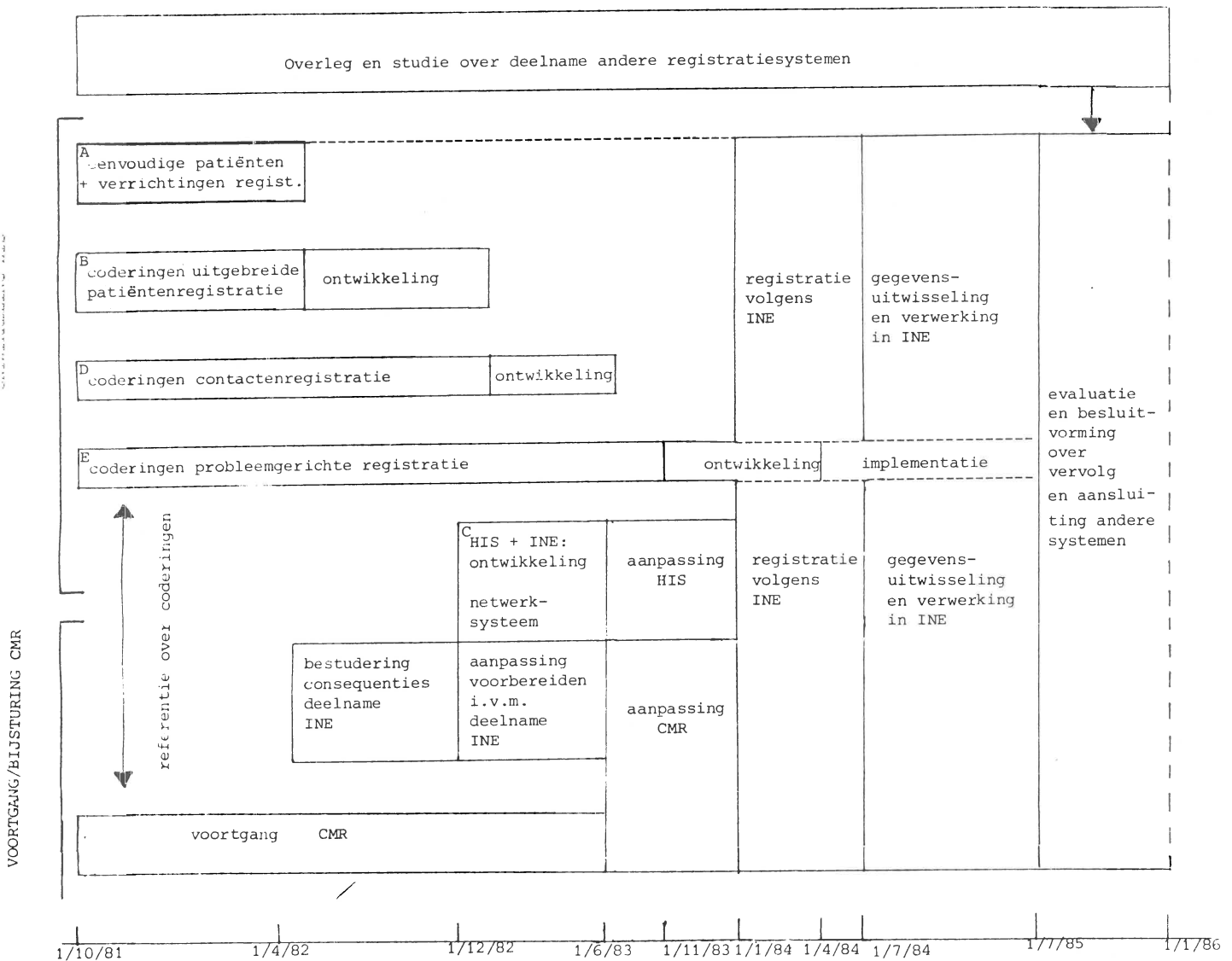
Bij het opzetten van het INE wordt ervan uitgegaan, dat binnen de projectperiode de samenwerking betrekking zal hebben op het HIS van het NHI en het CMR-systeem van het NUHI. In de laatste fase is te bezien of en hoe het peilstationproject van het NHI in het netwerk is op te nemen. Dit geldt ook voor de deelname van andere registratiesystemen.

Bij het opzetten van het INE moet er zorgvuldig te werk gegaan worden. Er moet voor worden gewaakt, dat op hun eigen wijze goed functionerende registratiesystemen niet te lijden krijgen van de kinderziekten die het nieuw op te zetten

HIS onvermijdelijk zal kennen. In verband daarmee wordt de feitelijke koppeling en uitwisseling van gegevens pas voorzien, als het HIS enkele jaren functioneert.

Het volgende schema geeft aan hoe op gefaseerde wijze een start kan worden gemaakt met de opbouw van het netwerk. We noemen dit "zwaan kleef aan model", omdat in principe de mogelijkheid moet worden geschapen dat steeds meer huisartsregistratiesystemen in het netwerk gaan samenwerken.

SCHEMA PROJECTPLANNING INE



Voor samenwerking tussen registratiesystemen, leidend tot samenvoeging en onderlinge vergelijking van de informatie daaruit zijn er in theorie verschillende mogelijkheden. Deze gaan meer of minder ver, volgens een globale volgorde van ingrijpendheid:

1. Er vindt inventarisatie plaats van de functionerende huisartseninformatie-systemen.
2. Er wordt bijgehouden, wie wat waar hoe registreert.
3. Er vindt studie plaats, waarin de resultaten van de verschillende systemen op een aantal punten met elkaar worden geconfronteerd.
4. Er vindt standaardisatie van registratie-items en op te leveren statistieken plaats.
5. De gegevens die op gestandaardiseerde wijze in de verschillende systemen worden geregistreerd, worden bij elkaar gebracht en tot statistieken verwerkt.
6. Integratie of mogelijk zelfs fusie van systemen.

Het project zal (voorlopig) tot en met de vijfde mogelijkheid gaan. Getracht zal worden de basisregistratie van HIS en CMR te standaardiseren. Dit kan gebeuren door zoveel mogelijk rekening te houden met hetgeen in het lopend systeem -de CMR- geregistreerd wordt bij de opzetten van het nieuwe systeem -het HIS-. Alleen bij duidelijke strijdigheid van doelstellingen, of wanneer de ervaringen met het CMR-systeem daartoe aanleiding geven, zal in onderling overleg bij het opzetten van het HIS van de CMR-aanpak worden afgeweken. Gezien de aard van het CMR-systeem heeft dit vooral consequenties voor de patiëntenregistratie op korte termijn en op lange termijn de probleem- c.q. diagnoseregistratie. Het CMR-systeem is namelijk opgebouwd rond oude en nieuwe diagnoses, en niet rond contacten of verrichtingen.

Zoals in het schema is te zien, zal eind 1983 getracht worden daadwerkelijk gegevens uit beide systemen met elkaar te confronteren. Gezien de technische problemen die daarbij zullen ontstaan, als gebruik moet worden gemaakt van verschillende rekencentra met verschillende operationsystems moet er naar worden gestreefd een koppeling tot stand te brengen tussen micro-computers bij het NHI en het NUHI. Dit brengt met zich mee, dat de geautomatiseerde gegevensbewerking in het CMR-systeem zal moeten worden aangepast en uitgebouwd. Hier-voor zal verdere studie moeten plaatsvinden. Bij de keuze van apparatuur voor het NHI-systeem wordt van meet af aan rekening gehouden met de mogelijkheid van koppeling met andere computernetwerken.

Wat betreft de organisatie van de samenwerking tussen het NHI en het NUHI over de opzet van het INE wordt gedacht aan drie niveaus:

In de programcommissie zullen de beheerders van het systeem en de deelnemende huisartsen vertegenwoordigd moeten zijn. Daarnaast is samenwerking nodig bij de projectuitvoering tussen de statisticus-beheerder van het CMR-systeem en de projectteams van het NHI. De reeds ingestelde projectgroep voor de samenwerking van NHI en NUHI aan het classificatieproject zal coördinerend en bewakend kunnen optreden.

### 10.3. Uitbreiding projectduur en continuïteit

Uit boven aangegeven projectplanning vloeit voort, dat de projectduur van drie naar vijf jaar zal moeten worden verlengd. De planning voor de opbouw HIS en INE is krap. Wanneer deze gehaald wordt, dan zullen de systemen over drie jaar functioneren. Daarna kan pas op basis van dit functioneren evaluatie plaatsvinden. Op basis van deze evaluatie moeten besluiten worden genomen over de al of niet continuering van HIS en INE, en de eventuele uitbouw ervan. Dit kan dan beter dan nu gebeuren in de context van het beleid op het gebied van voorzieningenplanning, onderzoek, en informatica in de eerste lijn. Te voorzien is, dat dan een belangrijke rol zal spelen of er behoefte bestaat aan een breder informatienetwerk waarin een groter aantal huisartsen en eventueel andere eerstelijnszorg via een gemeenschappelijke basisregistratie zijn opgenomen. Dit naast de meer uitgebouwde registratiesystemen HIS, CMR en anderen, in het netwerk. Te verwachten is, dat voor de technische realisatie daarvan omstreeks 1985 meer mogelijkheden beschikbaar zijn dan nu.

### 10.4. Uitwerking detail-planning

Als vervolg op de bovenstaande -nog steeds globale- projectplanning zal een detail-planning worden uitgewerkt, waarin wordt aangegeven hoe in de eerstvolgende fasen de medewerkers van de projectteams zullen moeten worden ingezet. Het is noodzakelijk op dit moment het voorbehoud te maken, dat bij de uitwerking van deze planning uit oogpunt van haalbaarheid bijsturing in bovenstaande projectplanning zal moeten plaatsvinden.

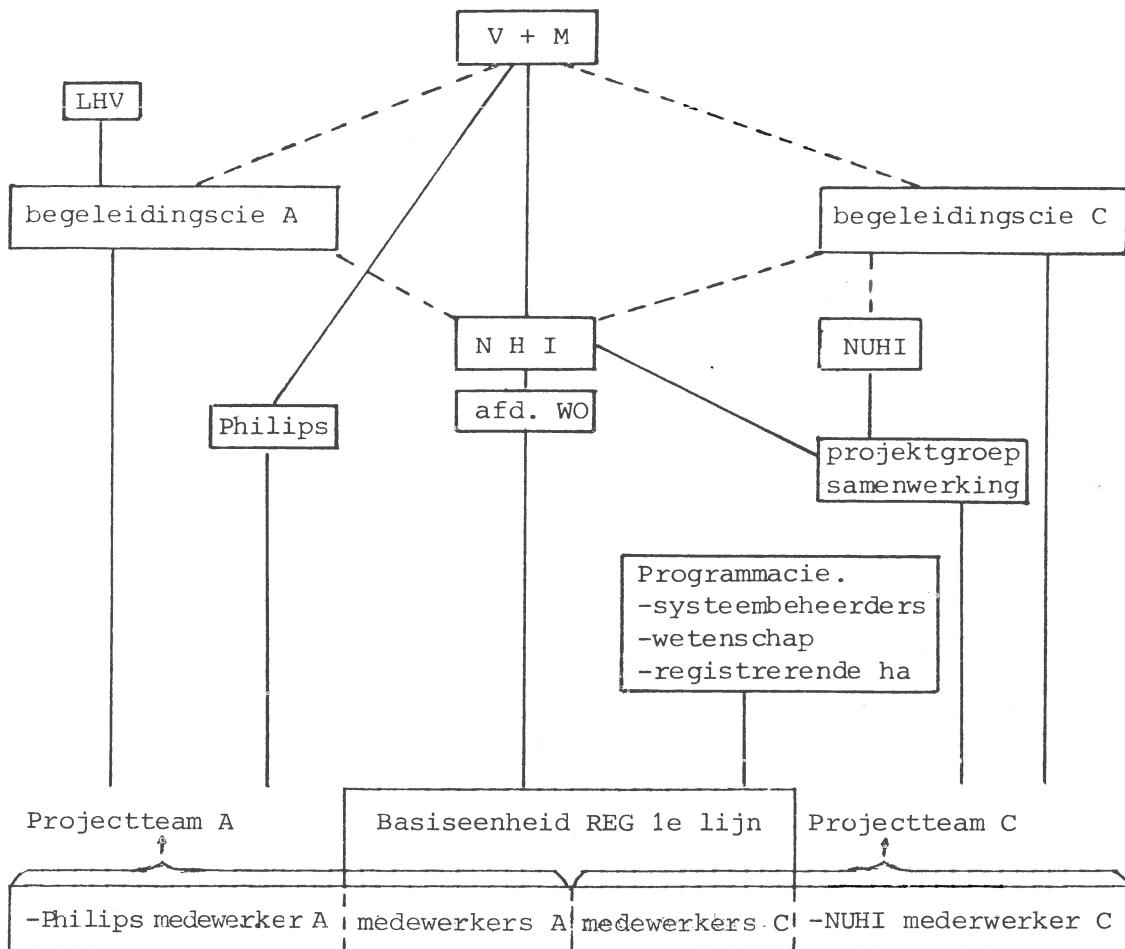
Hoofdstuk 11: Organisatie

Om de organisatie van het project inzichtelijk te maken is er een organisatieschema opgesteld.

In het schema zijn diverse commissies, organisaties en uitvoerende teams opgenomen. Het schema geeft bovendien de hechte samenwerking aan tussen de beide projecten binnen de basiseenheid registratie in de eerste lijn (A=automatisering en C=classificatie/registratie).

Automatisering (A)

Classifikatie (C)





Achtereenvolgens worden hieronder voor elk van de genoemde commissies en projectteams de taken beschreven.

#### Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne

Het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (VOMIL) is de belangrijkste subsidiënt van beide projecten en de opdrachtgever van het NHI.

Het Ministerie is verantwoordelijk voor de controle op de goede uitvoering van het project door het NHI. Ze laat zich bij de controle bijstaan door begeleidingscommissies, voor beide projecten één.

#### Landelijke Huisartsen Vereniging

De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) is de tweede subsidiënt van het project "automatisering in de huisartspraktijk". De LHV kan daarmee doelen voorstaan als:

- ondersteuning van de huisarts
- beleidsondersteuning
- onderlinge toetsing
- ontwikkeling huisartsgeneeskunde

Zij het op bescheidener schaal heeft de LHV dezelfde soort relatie met het project als het ministerie.

#### De begeleidingscommissies

De begeleidingscommissies brengen hun adviezen uit aan het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

De begeleidingscommissies hebben de volgende taken:

- a. adviseren omtrent en zonodig een bijdrage leveren aan de opzet en uitwerking van het onderzoekplan;
- b. adviseren omtrent de uitvoering van het onderzoekplan (incl. begroting en tijdschema);
- c. adviseren omtrent en vaststellen van volledigheid en bruikbaarheid van voortgangsverslagen, interimrapportages en eindrapportage, alsmede desgewenst leveren van commentaar daarop;
- d. fungeren als informatiebron voor de onderzoeker m.b.t. de inhoudelijke en technische kant van het onderzoek.

De begeleidingscommissies worden samengesteld uit vertegenwoordigers van alle betrokken instanties. Onderaannemers en eventueel aan hen gelieerde overlegorganen (bijvoorbeeld Philips en BIPO bij het automatiseringsproject) worden in de begeleidingscommissies als waarnemer benoemd.

Er moet door hun samenstelling en werkwijze naar worden gestreefd dat de verschillende begeleidingscommissies een geïntegreerde aanpak van de twee projecten niet in de weg staan.

Daartoe hebben zij beide dezelfde onafhankelijke voorzitter en wordt de vertegenwoordiging van het ministerie en het NHI door dezelfde personen gevormd. Waar nodig zal gezamenlijk moeten worden vergaderd.

Schema van Samenstelling:

begeleidingscie Automatisering		begeleidingscie Classificatie	
- deskundige (onafh.)	- voorzitter (onafh.)	- deskundige (onafh.)	
- vertegenw. LHV		- vertegenw. NUHI	
- vertegenw. huisartsen HIS	- vertegenw. VOMIL	- vertegenw. GHI	
- vertegenw. NHG	- vertegenw. NHI	- vertegenw. NHG	
- waarnemer BIPO/BIZA		- vertegenw. WCC	
- waarnemer Philips			

Nederlands Huisartsen Instituut (NHI)

Het NHI is de feitelijke projecthouder en daarmee verantwoordelijk voor de uitvoering en invulling van de projecten. Het NHI voert deze uit in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne in samenwerking met Philips respectievelijk NUHI. Het legt daartoe wel verantwoording naar alle betrokken instanties.

Als onafhankelijk onderzoeks- en begeleidingsinstituut heeft het NHI een aantal spelregels die het ook in het project zal toepassen, te weten:

- inpasbaarheid in NHI-beleid
- openbaarheid van publicatie
- niet gebonden aan overheidsbeleid ten aanzien van uitvoering (bijvoorbeeld inschakeling van landelijke industrie)
- niet gebonden aan beroepsorganisaties en belangenbehartiging van de beroepsgroep

Afdeling Wetenschappelijk Onderzoek

De afdeling WO is een afdeling van het NHI waarbij de NHI projectmedewerkers

organisatorisch zijn ingedeeld. De afdeling heeft specifieke deskundigheid op het gebied van "health services research" in de eerste lijn in Nederland.

Ze heeft dan ook een belangrijke taak in de specificatie van de onderzoeksdoelen en methoden die in het netwerksysteem voor ogen staan.

Het hoofd van de afdeling regelt de relatie met het NHI-bestuur en is nauw betrokken bij de formele realisatie van het project.

#### NUHI

Het classificatieproject wordt op verzoek van V&M door het NHI uitgevoerd in samenwerking met het NUHI. Daarvoor is een samenwerkingsovereenkomst in voorbereiding.

Dat deze samenwerking ook de koppeling van de CMR-registratie van het NUHI met die van het NHI-HIS in het informatienetwerk behelst is een nadere keuze, die wel voor de hand ligt maar niet op voorhand is bepaald. Daarover zal in het kader van het project overleg plaatsvinden, dat moet resulteren in een nadere overeenkomst over de samenwerking in INE.

#### Projectgroep samenwerking NHI-NUHI

Hierin hebben de hoofden van de onderzoeksafdelingen van NHI respectievelijk NUHI zitting, met de twee project-onderzoekers. De projectgroep dient voor overleg over de samenwerking van de twee instituten in het project.

#### Programmacommissie

Deze commissie is een nieuw te vormen eenheid binnen de organisatiestructuur. De commissie fungeert als het overleg- en adviesorgaan waarin de inhoud van het systeem en de informatie welk ermee wordt verzameld wordt beadviseerd en getoetst.

De programmacommissie dient te bestaan uit systeem beheerders (NHI en NUHI), deelnemende huisartsen en andere deskundigen in de huisarts-wetenschap en huisartspraktijkvoering. Ze zal wat de huisartsen betreft worden bemand door vertegenwoordigers van de registrerende huisartsen (HIS en CMR). Uit de huisartswetenschap wordt vertegenwoordiging gezocht van personen die op het vlak van registratiewetenschap en huisartsgeneeskunde hun sporen verdiend hebben. Ook wetenschappers op het gebied van gezondheid, gezondheidszorg, health service research en beleidsvorming hebben zitting in de commissie.

Nadrukkelijk dient er voor gewaakt te worden dat geen belangen- tegenstellingen in de programmacommissie worden uitgevochten. Op basis van gemeenschappelijke interesses wordt aan het ontwikkelingsprogramma deelgenomen. Gestreefd moet worden naar personele verbindingen met de beide begeleidingscommissies.

### Basiseenheid Registratie in de eerste lijn

De ontwikkeling en het beheer van het systeem wordt opgedragen aan de NHI-basiseenheid Registratie in de eerste lijn. In de basiseenheid worden de deeltaken onderscheiden en gedelegeerd naar de beide projectteams, die deels in samenstelling de Basiseenheid overlappen. De coördinator van de basiseenheid is verantwoordelijk voor de uitvoering van de projecten door de basiseenheid.

### Projectteams Automatisering en Classificatie

Er worden twee projectteams gevormd bestaande uit medewerkers van de Basiseenheid en andere uitvoerders van de respectievelijke projecten.

Globaal worden de taken binnen de basiseenheid verdeeld volgens volgende criteria:

- beleid- en onderzoeksfaciliteiten worden primair behartigd door het projectteam classificatie
- faciliteiten ten behoeve van de huisartsen en communicatie met de huisartsen worden primair geregeld door het projectteam automatisering
- projectteam classificatie ontwerpt en ontwikkelt coderings- en classificatiesystemen ten behoeve van HIS en bereid het INE voor
- projectteam automatisering ontwikkelt het informatieverwerkingssysteem van HIS en INE

### Philips

Inschakeling van Philips in het automatiseringsproject is mogelijk door bemiddeling en financiering van de Begeleidingscommissie Inschakeling Philips bij Overheidsprojecten (BIPO). De BIPO wordt gefinancierd door het ministerie van Binnenlandse Zaken.

Inschakeling via de BIPO is mogelijk als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- de projecthouder dient zelf een eigen inbreng te leveren (mankracht, financiën)
- het onderzoeksproject dient bij voorkeur geavanceerde oplossingsmogelijkheden in te houden (inclusief beproeving in de praktijk van geavanceerde database/datacommunication-mogelijkheden)
- het te realiseren systeem dient een landelijke spreiding en inzicht te hebben, met mogelijke informatische relaties naar informatiesystemen op "hogere" bestuurlijke niveaus.

Het project "automatisering in de huisartspraktijk" wordt door BIPO als een welkom project in de gezondheidszorg beschouwd, zij het dat het zich niet binnen de rijksdienst afspeelt.

Gebruik van de BIPO-regeling houdt in dat er een tri-partite overeenkomst moet komen waarin de taken van de overheid, NHI en Philips op elkaar worden afgestemd. De overheid wordt hierin vertegenwoordigd door het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. In het contract worden de taken van alle partijen uiteengezet. Er worden garanties vastgelegd ten aanzien van de tegemoetkoming aan de eisen welke aan het systeem gesteld zijn en ten aanzien van de onafhankelijkheid van het NHI en de projecten ten opzichte van de commerciële bedrijven van Philips.

## Hoofdstuk 12: Samenvatting deel II

Het voorliggende rapport is het resultaat van de eerste fase van het project: registratie/classificatie in de huisartspraktijk.

In een eerder stadium heeft al rapportage plaatsgevonden van de inventarisatie van projecten en systemen in Nederland, van knelpunten die hierbij gevonden zijn, van ideeën over de aanpak van het project, zoals deze naar voren kwamen in gesprekken die de onderzoekers hebben gehad met een aantal deskundigen en van oriëntatiepunten, die in de vorm van instanties en activiteiten een rol spelen bij een op te zetten systeem.

Al deze punten zijn, in verkorte vorm, in dit rapport weergegeven in hoofdstuk 1 tot en met 5. In hoofdstuk 6 wordt een samenvatting gegeven van de bevindingen in de eerste fase en wordt getracht hieruit conclusies te trekken. Ten opzichte van de classificatiesystemen die ontwikkeld moeten worden, wordt geconcludeerd dat dit gericht dient te worden op de ontwikkeling van een concreet huisartseninformatiesysteem. Het oplossen van classificatieproblemen en het standaardiseren van gegevens kan niet los staan van de ontwikkeling van een informatiesysteem maar loopt ermee hand in hand.

Het opzetten van een nieuw zeer grootschalig systeem lijkt zowel methodisch als organisatorisch niet haalbaar en ook niet zinvol in dit stadium. Zinvoller lijkt het aan te sluiten bij bestaande systemen en deze, met behoud van eigen autonomie in een netwerkstructuur samen te brengen.

Dit alles betekent dat in dit project twee grote lijnen kunnen worden onderscheiden:

1. Het meewerken aan de ontwikkeling van een kleinschalig "huisartseninformatiesysteem" (HIS), door het ontwikkelen van classificaties, en coderingen met het doel gegevens uit de huisartspraktijk te kunnen gebruiken voor onderzoek en beleid.

Het ontwikkelen van het HIS zal in samenwerking gebeuren met het projectteam automatisering van het NHI. In dit project worden de mogelijkheden van invoering van automatisering in de huisartspraktijk onderzocht ten behoeve van de invoering van een registratiesysteem in de eerstelijnsgezondheidszorg waarmee relevante gegevens kunnen worden verkregen voor het beleid, onderzoek en hulpverlening. Er wordt naar gestreefd zes huisartspraktijken in dit project te betrekken.

Een uitgewerkte samenvatting van het rapport: "huisartseninformatiesysteem" van het projectteam automatisering is ondergebracht in hoofdstuk 8.

De fasering in de ontwikkeling van het HIS geeft ook de fasering aan van de werkzaamheden voor de projectgroep classificatie. Achtereenvolgens zullen classificaties ontwikkeld moeten worden voor de verschillende fasen in de opzet. Deze fasen lopen van een eenvoudige patiënten- en verrichtingenregistratie via een uitgebreide patiëntenregistratie en een uitgebreide contacten- en verrichtingeregistratie tenslotte tot de laatste fase waarin een probleemgeoriënteerde registratie experimenteel ontwikkeld zal worden.

De procedure rond de ontwikkeling van coderingen en classificatieschema's wordt zo opgezet dat de onderzoekers voorstellen maken, voorleggen aan een programma-commissie (zie onder), die zal adviseren over verdere inventarisaties, studies en eventueel verder onderzoek in de praktijk. Na deze studies zal de programma-commissie een eindadvies moeten geven, waarna de onderzoekers de codes kunnen implementeren in het HIS.

## 2. De ontwikkeling van een informatienetwerk eerstelijns (INE)

Bij de ontwikkeling van het INE is er voor gekozen uit te gaan van de twee systemen die (gaan) functioneren op beide samenwerkende instituten: het HIS van het NHI en het CMR van het NUHI. In een latere fase kunnen hier andere systemen bij aansluiten, waarbij in eerste instantie gedacht kan worden aan het peilstationproject van het NHI. Deze constructie wordt het "zwaan kleef aan model" genoemd.

Om gegevens uit meer systemen samen te brengen zullen deze gestandaardiseerd moeten worden. Het ligt in de bedoeling bij de ontwikkeling van het HIS zo veel mogelijk rekening te houden met het lopend systeem van het CMR.

In de werkwijze bij de opbouw van het INE (en het HIS) kunnen drie soorten processen en procedures worden onderscheiden:

De empirische procedure heeft te maken met de keuze van classificaties/coderingen en bovengenoemde standaardisaties, de technische procedure dient zich te richten op de mogelijkheden op computerniveau gegevens uit te wisselen.

en de sociale procedure richt zich op de samenwerking tussen beide systemen, de belangen die daar een rol spelen en de belangen van anderen die gebruik willen maken van de gegevens die verzameld gaan worden.

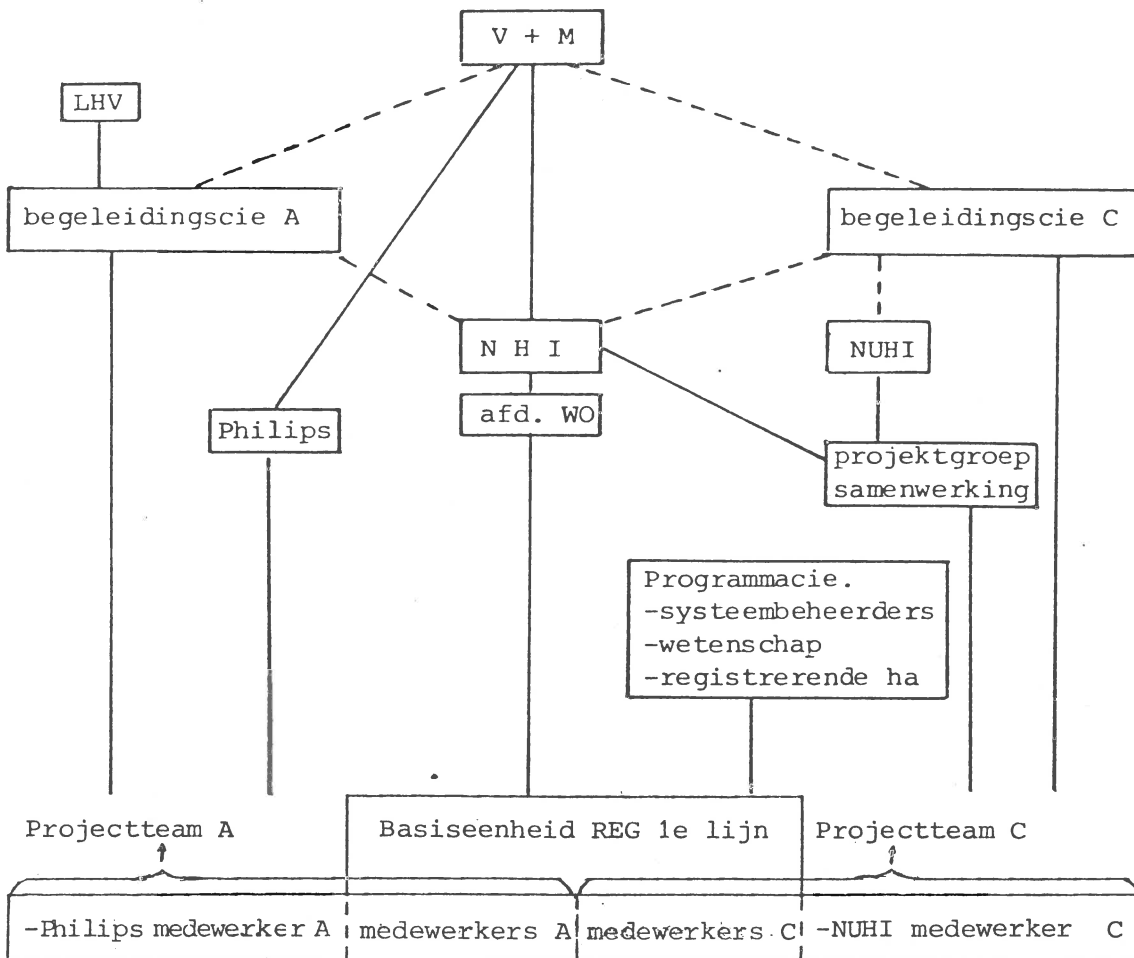
Wij zien als belangrijk voordeel van de netwerkstructuur dat de gegevens van tot nu toe op zich staande systemen met elkaar in verband worden gebracht, waardoor er meer gegevens ten behoeve van hulpverlening, onderzoek en beleid beschikbaar komen. Ook kunnen de systemen zelf hun mogelijkheden uitbreiden omdat ze gebruik kunnen maken van gegevens van andere systemen.

De hechte samenwerking met het projectteam automatisering, de twee hoofdsporen (HIS en INE) waarop het project zich zal begeven en de samenwerking tussen de twee instituten (NHI en NUHI) die het project uitvoeren maakt een goede organisatiestructuur noodzakelijk.

Deze structuur is in hoofdstuk 11. schematisch als volgt weergegeven :

Automatisering (A)

Classifikatie (C)



Gezien het voorafgaande zijn juist de organen waar samenwerking aan de orde is zeer belangrijk. Dit zijn:

De projectgroep waarin beide hoofden van de onderzoeksafdelingen van NHI en NUHI samen met de onderzoekers zitting hebben dient voor overleg over de samenwerking van de twee instituten in dit project.

De projectteams automatisering en classificatie. Hier worden de taken verdeeld



die bij de ontwikkeling van het HIS en INE aan de orde komen, waarbij de onderzoekers van dit project de beleids- en onderzoeksfaciliteiten behartigen, coderings- en classificatiesystemen ten behoeve van het HIS ontwerpen en ontwikkelen en het INE voorbereiden.

De programmacommissie heeft zoals hierboven al is aangegeven twee functies: ten eerste adviseert ze over de inhoud van het HIS en INE en de weg die gevolgd dient te worden om tot die inhoud te komen, op de tweede plaats functioneert zij als overleg- en adviesorgaan om te komen tot keuzes welke gegevens uit de systemen gebruikt zullen worden voor de beschreven doelen en op welke wijze. De programmacommissie dient te bestaan uit systeembeheerders (voorlopig NHI en NUHI), deelnemende (registrerende) huisartsen en deskundigen uit de huisartsenwereld wat betreft registratie, health service research en beleidsvorming.

De eerste fase van dit project heeft geleerd dat de weg om te komen tot een goed functionerend netwerk, waaruit betrouwbare gegevens uit de huisartspraktijk wat betreft onderzoek en beleid te putten zal zijn, nog lang en moeizaam zal zijn.

De registratiesystemen die bestaan en voor hun doelstelling goed functioneren zijn versnipperd en vertonen een totaal gebrek aan samenhang.

Een van de belangrijkste voorwaarden: een gestandaardiseerd coderingssysteem moet nog ontwikkeld worden. Classificaties voor de meest elementaire registratiegegevens ontbreken nog.

Weinig is nog bekend over de behoeften en verwachtingen wat betreft de informatie ten behoeve van onderzoek en beleid. Dit geldt zeker de vraag welke gegevens hiervoor verzameld dienen te worden en in welke onderlinge samenhang.

Gedacht wordt dat dit project voor dit alles een belangrijke bijdrage kan leveren, zowel door het invullen van voorwaarden wat betreft classificaties en coderingen als door het in gang zetten van processen nodig om te komen tot een landelijk informatie netwerk voor de huisartspraktijk, met als perspectief een informatie netwerk voor de eerste lijn.



BIJLAGE 1

LIJST VAN MEDEWERKENDEN AAN DE PROJECTEN

Project classificatie/registratie in de huisartspraktijk

Projectgroep

Mevr. Drs. J. Bensing	NHI
Drs. W. v.d. Bosch	NUHI
Dr. J. v. Eijk	NUHI
Drs. M. Hoekstra	NHI

Begeleidingscommissie (voorlopig)

Dr. Chr. Bruins	Voorzitter
Dr. G. v. Etten	Ministerie van V. en M.
Drs. L. ter Heijne	Ministerie van V. en M.
Prof. Dr. F. Huygen, huisarts	NUHI
Dr. J. v. Eijk	NUHI
Drs, S. v.d. Kooij, arts	NHI
Mevr. Drs. J. Bensing	NHI
Dr. H. Lamberts, huisarts	WCC
W.A. Meijboom, huisarts	NHG
Drs. A. Vrij	Geneeskundige Hoofdinspectie

Medewerkers

M. Hoekstra, socioloog, projectleider  
W. v.d. Bosch, huisarts  
B. Zonneveld, projectsecretaresse  
R. Severien, psycholoog, assistent

Project automatisering in de huisartspraktijk

Begeleidingscommissie (voorlopig)

Dr. Chr. Bruins	Voorzitter
A.H. Zwennes	Ministerie van V. en M.
Ir. H.G.M. Hilderink	Ministerie van V. en M.
Drs. L. ter Heyne	Ministerie van V. en M.
Ir.H.J. Roelants (tot 1-7-'81)	Ministerie van V. en M.
Ir. J. Blank	BIZA /BIPO
R. Steenbak	Philips
J.W. van den Blink, arts	LHV
C.H. Springer, arts	LHV
J.H. de Boer, huisarts	huisartsen
Th. van Stockum, huisarts	NHG
Drs. Th. van Sprundel	onafhankelijk deskundige
Drs. J. Bensing	NHI
Drs. S. v.d. Kooij, arts	NHI

Medewerkers

J. de Moel, projectleider  
H. Kasbergen, huisarts  
R. Steenbak, Philips  
B. Zonneveld, projectsecretaresse



BIJLAGE 2

Literatuuroverzicht

Amsterdamse Peilstationproject, 1979, Jaarverslag

Aulbers, F., 1967, Een voorstel voor morbiditeitsregistratie voor huisartsen,  
Huisarts en Wetenschap 10:447

Bensing, J.M. e.a., Consultatieproject Eindhoven, een procesbeschrijving (enz.),  
NHI, Utrecht 1978.

Bruins, C.P., Peilstations, Tijdschrift Sociale Geneeskunde 53(1975)121

Bijlsma, F., 1981 Waarom kankerregistratie? Medisch Contact 23:695

Froom, J. e.a., An integrated medical record and data systeem for primary  
care, part 3, The journal of medical practice, vol. 5, no. 1, 1977.

Fry, John, 1979, Common Diseases, second edition, MTP Press Limited Falcon  
House Lancaster England.

Gewone Ziektes, 1980 uitgave NUHI Nijmegen

Gezondheidsraad, Advies in zake registratie van medische en psychologische  
gegevens en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, Rijswijk  
november 1978.

Hodgkin, Keith, 1973, Towards Earlier Diagnosis, third edition, Churchill  
Livingstone limited Edinburgh England.

Hoekstra, M.J., Experiences with a nationwide registration system project  
in ambulatory mental health care, prepapers, 8e international  
congress on health records, e d. J.J. Velthoven, Den Haag, 1980.  
Vol. 2, blz. 364.

ICD 1977, Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, World Health Organization Geneva 1975 revision.

I.M.S. 1976, Diagnose-Analyse 1975-1976, ims Nederland bv.

Lamberts, H., 1974-1975, De morbiditeitsanalyse - 1972 door de groepspraktijk Ommoord; een nieuwe ordening van ziekte- en probleemgedrag voor de huisartsgeneeskunde, Huisarts en Wetenschap, 17:455, 18:7 en 18:61.

Lamberts, H. 1975, De ICHPPC en een nieuwe patientenkaart voor de huisartsgeneeskunde, Huisarts en Wetenschap 18:165

Lamberts, H. 1979, Een nieuwe classificatie Huisarts en Wetenschap, 22:379

Lamberts, H., 1980, Primary care monitoring project, Huisarts en Wetenschap 23:293

LISZ-jaarboek, 1979, uitgave Nederlandse vereniging van ziekenfondsen

Logan, W.P.D., 1958, Morbidity statistics from general practice London

Metcalfe, David, 1977, Probleem georiënteerde registratie in de huisartspraktijk (vertaald door Dr. v.d. Velden) Huisarts en Wetenschap, 20:15, 57, 103, 149, 191, 230, 271, 306, 351, 399

× Meyboom, W.A., 1979, Inleiding tot de probleemgeoriënteerde patientenkaart Huisarts en Wetenschap 22:4.

de Moel, J.e.a., 1981, Huisartsen Informatie Systeem, delen I en II, uitgave NHI, Utrecht

NHI, Continue morbiditeitsregistratie peilstations Nederland, Utrecht, jaarverslagen vanaf 1970 t/m 1980.

NHI, serie "cijfers" en serie "studies" uit de Huisartsenregistratie, Utrecht vanaf 1979.

Oliemans, A.P. 1969, Morbiditeit in de huisartspraktijk, Stenfert Kroese n.v. Leiden.

Ryback, R.S., The problem oriented record in psychiatry and mental care, New York 1974.

Sheldon, M.G., The problems of problem-oriented records, Journal of the RCGP, 1976, 26, 437-446.

De Vries Robbé, P.F., Medische besluitvorming, een aanzet tot formele geneeskunde, proefschrift Groningen 1978.

Weed, L.L., 1969, Medical records, medical education and patient care Cleveland Press of Case Western University.

Lijst van publicaties van NUHI medewerkers waarbij CMR cijfers gebruikt zijn

J. v. Eyk

1978,  
General practice and weekend duty in Holland I.G.P. 4: 183  
De weekenddienst van huisartsen M.C. 33: 17

1979,  
Levensgebeurtenissen en ziekte Dissertatie  
Verschillen in praktijkvoering van huisartsen M.C. 31: 987  
De verwerking van levensgebeurtenissen en enkele  
demografische kenmerken T. soc. G. 57: 553

1980,  
De verwerking van levensgebeurtenissen en steun uit  
sociale netwerken Gezondheid en Samenleving 53

Prof. F. Huygen

1977,  
Een praktijk doorgelicht op CARA H en W 20: 383, 435 en 438

1978,  
De epidemiologie van otitis media in de huisarts-  
praktijk H en W 21: 208

Preventie van somatische fixatie; de geschiedenis  
van een onderzoeksproject H en W 21: 363  
De ziektefrequentie bij kinderen en gezinsachter-  
gronden in: persceptieven in de  
psychosociale zorg voor  
het zieke kind: 75

1979,  
Family medicine; the medical life history of families  
How families master health problems I.G.P.: 57  
Characteristics of health care for the aged I.G.P.: 29

- 1980,  
**Familien und gezondheid**  
 Die familie und der hausarzt  
 Primary health care for the elderly  
 Schweizerische Arztezeit. 689  
 I.G.P.: 57  
 in: Occasional paper no 10  
 RCGP  
 Hippocrates Verlag, Stuttgart  
 uitgave NUHI, Nijmegen  
 (samen met v.d. Veldxn,  
 Mesker, Wouters e.a.)
- Familien Medezin**  
 Gewone ziekten, deel 1. een aantal morbiditeitsge-  
 gevens uit een 4 tal huisartspraktijken  
 deel 2. te verwachten frequenties van ziekten in een  
 standaardpraktijk  
 Hippocrates Verlag  
 in: Querido en Roos, Contro-  
 versen in de geneeskunde  
 Wetensch. Uitg. Bunge  
 H en W 23: 59
- Arzt und Hausarzt; Gestern und Heute**  
 Functionele klachten; heeft psychotherapie de voor-  
 keur?  
 Patient Care(ned) 9: 4  
 Patient Care(ned) 9: 2
- Huisartsgeneeskundige conferenties**  
 Virus-hepatitis; vorderingen in de epidemilologi-  
 sche kennis  
 Huisartsgeneeskunde, epidemiologie en onderwijs  
 H en W 23: 59
- 1981,  
 Verwirklichung der familienmedizin  
 I.G.P.; 5
- E. v.d. Lisdonk
- 1980,  
 Otitis media acuta  
 H en W 23: 59  
 Sinusitis  
 H en W 23: 106  
 Hooikoorts  
 H en W 23: 238  
 Acute gastro-enteritis  
 H en W 23: 355  
 Het ulcuslijden  
 H en W 23: 393  
 Deovergangsjaren (samen met A. Verstegen)  
 H en W 23: 478
- P. Mesker en J. Mesker-Niesten
- 1979,  
 Some difficulties in comparing morbidity between  
 countries  
 J. o.th. Royal College 29:746
- H. Nolet
- 1980,  
 Bent over concussion of the brain  
 H en W 23: 312



R. Grol

1981,

Huisarts en somatische fixatie

uitgave NUHI

J. Schellekens

1980,

Mononucleosis infectiosa

H en W 23: 238

A. Smits

1973,

Nervous functionele klachten vanuit gezinsgeneeskundig perspectief

H en W 16: 310

1988,

Kind, huisarts en gezin

dissertatie

1980,

The child as a presenting symptom, topic of family research

I.G.P.:

Prof. H. v.d. Velden

1971,

Huisvrouw, huisarts, huisgezin

dissertatie

1975,

Huidaandoeningen in de huisartspraktijk

H en W 18: 337

1978,

Over huisartsgeneeskunde

Inaugurale rede

1980,

Aandoeningen van de huid

Patient care(ned) 10: 22

Th. Voorn

1980,

Urinewegsinfecties

H en W 23: 15

Nog een bewerkelijk praktijkje

M.C. : 608

## Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne

Leidschendam - Drinc. Blijensstraat 12 - Tel. (070) 20 92 60 - Telex 32362 v m n n - Telegramadres VIMM  
 Correspondentie uitsluitend in het n. 439 2265 AH Leidschendam

AAN: het Nederlands Huisartsen Instituut  
 t.a.v. de heer S. van der Kooy, arts  
 Postbus 2570  
 3500 GN UTRECHT

uw kenmerk

uw brief

ons kenmerk

nr. 168289  
DG Vgz/STABO

onderwerp

project "Registratie/klassifikatie in  
de huisartsenpraktijk"

datum

31 juli 1980

Naar aanleiding van het door uw instituut ingediende projectvoorstel "Klassifikatie in de eerste lijn" deel ik u het volgende mede.

Door de regering (zie het Wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg) wordt groot belang gehecht aan het beschikbaar komen ten behoeve van de beleidsvoering van gegevens over de gezondheidszorgvoorzieningen en het gebruik ervan.

In het bijzonder voor de eerste lijn geldt dat nog veel ontwikkelingswerk moet worden verricht om tot een voldoende sluitend systeem van gegevensverzameling te komen.

Het doel van het project "Registratie/klassifikatie in de huisartsenpraktijk", dat een nadere uitwerking vormt van een in 1977 door de Commissie Onderzoek Punctioneren en Organisatie Gezondheidszorg (COFOG) van de RGR-TNO ingediend voorstel is op experimentele wijze na te gaan op welke wijze de registratie in de huisartsenpraktijk dient te worden ontwikkeld, zodat relevante gegevens kunnen worden verkregen ten behoeve van beleid, hulpverlening en onderzoek.

Het te ontwikkelen registratiesysteem zal zich zowel op de morbiditeit (meer algemeen de hulpvraag) als op de interventie richten.

Een belangrijk probleem hierbij is gelegen in de wijze van klassifikatie. Momenteel is een aantal klassifikatiesystemen ten behoeve van de registratie in de huisartsenpraktijk in omloop. Systematisch onderzoek naar de effectiviteit, de haalbaarheid en de toepasbaarheid van deze verschillende systemen heeft nog nauwelijks plaats gevonden.

Gezien het vorenstaande acht ik het gewenst dat door middel van onderzoek wordt nagegaan aan welk klassifikatiesysteem ten behoeve van de registratie in de huisartspraktijk de voorkeur dient te worden gegeven.

In verband met het bovenstaande en gezien het feit dat het door uw instituut ingediende projectvoorstel voorziet in de reeds langer bestaande departementale behoefte om te komen tot een registratie in de huisartsenpraktijk, ben ik bereid u een financiële bijdrage in de kosten van het project toe te zeggen voor een periode van drie jaar. Het project zal worden uitgevoerd in samenwerking met het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.

De centrale vraagstelling van het project is hoe met behulp van bestaande klassificatiesystemen kan worden gekomen tot een registratiesysteem dat aansluit bij de behoeften van beleid, hulpverlening en onderzoek.

Het project zal in drie fasen worden uitgevoerd.

Concretisering van de tweede en derde fase is afhankelijk van de resultaten van de eerste fase.

fase 1: (duur ca. 9 maanden) Inventarisatie en evaluatie van bestaande systemen onder meer via een informatieronde langs de bestaande systemen.

Formulering van definitief onderzoeksplan.

fase 2: (duur ca. 18 maanden) Verzameling onderzoeksmateriaal en formulering van een registratiesysteem.

fase 3: (duur ca. 9 maanden) Feasibility-study waarin de toepasbaarheid van het systeem in de huisartspraktijk wordt nagegaan.

In fase 2 zal tevens de wenselijke relatie tussen dit project en het ook door uw instituut (i.s.m. de Stichting SAZZOG) uitgevoerde project "Automatisering in de huisartsenpraktijk" worden nagegaan. Zonodig dient vervolgens een afstemming van beide projecten plaats te vinden.

Het gehele project zal circa f 740.000,-- kosten.

Met de uitvoering van de eerste fase (duur circa 9 maanden) zal een bedrag van circa f 184.150,-- gemoeid zijn.

Voor subsidiëring van de eerste fase zullen de volgende posten in aanmerking worden genomen:

Personele kosten	NHI	NUHI
- sociale wetenschapper sch. 130	f 51.900,--	f -
- 0,5 arts, sch. 148	" -	" 39.600,--
- 0,5 secretaresse, sch. 32	" 12.450,--	" -
- arts-adviseurs, 5 x 30 uur	" 13.500,--	" -
- werkstudenten	" 3.150,--	" 2.250,--
- uitzendkracht type-werk	" 3.300,--	" -
- aandeel financiële administratie NHI	" 2.025,--	" -
- vergoeding deelnemende artsen	" 9.000,--	" -
- 0,5 research-assistent	" 15.375,--	" -
Totaal	f 110.700,--	f 41.850,--
<u>Materiële kosten</u>		
- reis- en verblijfkosten	f 3.000,--	f 3.000,--
- huisvestingskosten	" 4.200,--	" 4.200,--
- inventaris	" 6.000,--	" 2.000,--
- bureau- en vergaderkosten	" 4.000,--	" 4.000,--
- rapportage	" 1.200,--	" -
Totaal	f 18.400,--	f 13.200,--

Ten verantwoorde begroting voor de tweede en derde fase van het project is op dit moment nog niet goed mogelijk.

Ik verzoek u de begroting voor deze fasen in te dienen zodra meer duidelijkheid over de verdere uitvoering van het project is verkregen.

Ik wijs u op de activiteiten van de Werkgroep Classificatie en Coderingen (WCC) van de Raad voor Gezondheidsresearch TNO, welke werkgroep ten doel heeft een algemeen plan op te stellen voor een geïntegreerd landelijk systeem van classificatie en coderingen ten behoeve van de geautomatiseerde gegevensverwerking in de gezondheidszorg. Ik verzoek u bij de opzet en uitvoering van het project contact te hebben met de WCC en het NHG.

Ten aanzien van de begeleiding van het project dient u nader overleg te voeren met het Stafbureau Beleidsontwikkeling. De rapportage dient via de in te stellen begeleidingscommissie te geschieden.

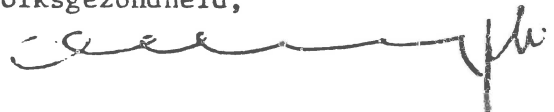
Gespecificeerde declaraties van de werkelijk gemaakte kosten dienen per kwartaal in tweevoud te worden ingezonden onder vermelding van datum en nummer van deze brief.

De toezegging voor de jaren 1981 en 1982 geschiedt onder voorbehoud van opneming van de desbetreffende begrotingspost in de Rijksbegroting en goedkeuring daarvan door de Staten-Generaal.

Het definitieve subsidiebedrag zal worden vastgesteld aan de hand van de werkelijk gemaakte subsidiabele kosten, na een eventueel in te stellen boekenonderzoek door de Centrale afdeling financieel economische zaken van dit ministerie.

Een afschrift van deze brief heb ik doen toekomen aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut en aan de voorzitter van de Werkgroep Classificatie en Coderingen van de Raad voor Gezondheidsresearch TNO.

De Staatssécretaris van  
Volksgezondheid en Milieuhygiëne,  
namens de Staatssecretaris:  
de Directeur-Generaal van de  
Volksgezondheid,



(J. van Londen)

# Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne

Leidschendam. Dokker Reijersstraat 12 - Tel: (070) 20 92 60 - Telex: 32362 v m n l - Telegramadres: VFNM  
Correspondentie uitsluitend Postbus 439 2260 AK Leidschendam

AAN: het Nederlands Huisartsen Instituut  
t.a.v. de heer S. van der Kooy, arts  
Postbus 2570  
3500 GN UTRECHT

uw kenmerk

uw brief

ons kenmerk nr. 168624  
DG Vgz/STABO

onderwerp Project Automatisering in de huisartsen-  
praktijk

datum 31 juli 1980

Naar aanleiding van het door uw instituut ingediende projectvoorstel "Automatisering in de huisartsenpraktijk" deel ik u het volgende mede.

Ten behoeve van de invoering van een registratiesysteem in de eerstelijnsgezondheidszorg waarmee relevante gegevens kunnen worden verkregen voor het beleid, onderzoek en hulpverlening, is onderzoek naar de mogelijkheden van invoering van automatisering in de huisartsenpraktijk van belang.

In de in de nabije toekomst te verwachten ontwikkeling, waarbij de computerindustrie zich op de huisartsenpraktijk zal richten, schuilt een gevaar van wildgroei, te weten het gevaar dat huisartsen geheel verschillende hardware en software aanschaffen en gaan gebruiken zonder over voldoende deskundigheid te beschikken, met als resultaat dat de gegevens, welke met deze verschillende systemen verzameld worden onderling onvergelijkbaar zullen zijn.

Het door uw instituut ingediende projectvoorstel richt zich op de inventarisatie van de diverse informatiefuncties in de huisartsenpraktijk, op het ontwerpen van een geïntegreerde systematiek van informatieverzorging en op de toepasbaarheid van computers in de huisartsenpraktijk.

Gezien het onderwerp zal aan het project de titel "Automatisering in de huisartsenpraktijk" worden gegeven.

Het project zal worden uitgevoerd in circa vijf huisartspraktijken in samenwerking met de Stichting SAZZOG te Arnhem.

Het project sluit aan bij het in het kader van het Wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg te voeren (regionaal) informaticabeleid. Het is ook van belang uit een oogpunt van beleidsonderbouwend onderzoek ten aanzien van de eerstelijnsgezondheidszorg.

En het beoogt een ondersteuning aan de huisartsen te leveren die in de toekomst met de specifieke problemen van inschakeling van computerapparatuur en -programmatuur in hun praktijk zullen worden geconfronteerd.

In de loop van het project zal de wenselijke relatie tussen dit project en het ook door uw instituut (i.s.m. het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut) uitgevoerde project "Registratie/klassifikatie in de huisartsenpraktijk

worden nagegaan. Zonodig dient vervolgens een afstemming van beide projecten op plaats te vinden.

Gezien het bovenstaande ben ik bereid een financiële bijdrage in de kosten van het project toe te zeggen.

Hierbij zal voor de periode 1 april 1980 tot en met 31 december 1981 worden uitgegaan van de volgende gegevens.

ZIE BIJGEVOEGDE BIJLAGE.

Het bedrag voor 1982 en 1983 zal worden bepaald na ontvangst van de door uw instituut ingediende begrotingen.

Het definitieve subsidiebedrag zal worden vastgesteld aan de hand van de werkelijk gemaakte subsidiabele kosten na een eventueel in te stellen boekenonderzoek door de Centrale afdeling financieel economische zaken van dit ministerie.

Het aanvragen van voorschotten is mogelijk.

Declaraties kunnen in tweevoud worden ingediend onder vermelding van datum en nummer van deze brief.

De toezegging voor 1981 en volgende jaren geschiedt uiteraard onder voorbehoud van opneming van het desbetreffende begrotingsartikel in de Rijksbegroting en goedkeuring daarvan door de Staten-Generaal.

Het project zal worden begeleid door een stuurgroep bestaande uit vertegenwoordigers van het NHI, de Stichting SAZZOG, de LHV, het NHG, het departement en een vertegenwoordiger van de aan het project deelnemende artsen.

Een afschrift van deze brief heb ik doen toekomen aan de Stichting SAZZOG ter attentie van ir. J. Roukens.

De Staatssecretaris van  
Volksgezondheid en Milieuhygiëne,  
namens de Staatssecretaris:  
de Directeur-Generaal van de  
Volksgezondheid,



(J. van Londen)