

telefoon: 030 319946

REGISTRATIE/CLASSIFICATIE IN DE HUISARTSPRAKTIJK

Deel III: De haalbaarheid van het centraal coderen van
klachten, ziekten en problemen in de
huisartspraktijk

R. Severien

J. van der Zee

juni 1984

NUHI St. Annastraat 284 6525 HC Nijmegen Telefoon: 080 - 519222
NHI Postbus 812 3500 AV Utrecht Telefoon: 030 - 319946

2005
1858

5 SEP 1984

BIBLIOTHEEK NEDERLANDS
HUISARTSEN INSTITUUT
POSTBUS 812-3500 AA UTRECHT

Project Registratie/Classificatie
in de huisartspraktijk

R. Severien
J. van der Zee

Utrecht, mei 1984

<u>INHOUDSOPGAVE</u>	<u>Blz.</u>	
Hoofdstuk 1	Inleiding	3
1.1.	De haalbaarheid van centraal coderen	7
Hoofdstuk 2	Een korte beschrijving van de classificatiesystemen	9
2.1.	De keuze van de classificatiesystemen	9
2.2.	De ICD-9-CM	10
2.3.	De E-lijst	12
2.4.	De ICHPPC-2	14
2.5.	De RFE	16
Hoofdstuk 3	Nadere precisering van de probleemstelling	21
Hoofdstuk 4	Methode van gegevensverzameling en gegevensverwerking	23
4.1.	Werving van huisartsen	23
4.2.	Aard van de werkzaamheden	23
4.3.	Het registratieformulier	25
4.4.	De instructie	25
4.5.	Het afsluitend evaluatief gesprek	27
4.6.	De gegevensverwerking	27
4.7.	De opzet van het classificatie-experiment	28
4.8.	De instructie aan de codeurs	28
4.9.	De coderingen	29
Hoofdstuk 5	Resultaten I - Een globale analyse van de bruikbaarheid van een viertal classificatiesystemen als codeersystemen van ziektegegevens uit de huisartspraktijk	30
5.1.	Inleiding	30
5.2.	Het aantal toegekende codes	30
5.2.1.	Het aantal verschillende codes	32
5.3.	De overeenkomst in het aantal toegekende codes	33
5.3.1.	Het aantal gelijke codes	34
5.4.	De subjectieve evaluatie van codeurs	38

	<u>Blz.</u>
5.4.1. De mate van 'moeite' met het coderen	38
5.4.2. De mate van 'zekerheid'	39
5.5. Een 'overall' maat voor de overeenstemming tussen een evaluatie van de codeurs	40
5.6. Codeerbaarheid gewogen met de frequentie van voorkomen van de items	41
Hoofdstuk 6 Resultaten II - Een differentiatie naar de aard van de te coderen diagnoses, symptomen, klachten en problemen.	43
6.1. Inleiding	43
6.2. Morbiditeit versus geen morbiditeit	44
6.3. Somatisch versus psychosociaal	46
6.4. Klacht versus diagnose	50
6.5. De invloed van de codeurs	53
6.6. De slecht te coderen items	54
6.7. Het aantal maal dat de code 'overig' gescoord wordt	55
Hoofdstuk 7 Algemene beschouwingen en conclusies	57
Noten	64
Literatuurlijst	65
Bijlagen I, II en III	69

HOOFDSTUK I. INLEIDING

Het doel van deze deelstudie is na te gaan in hoeverre het mogelijk is om de hulpvraag in de huisartspraktijk centraal, dat wil zeggen buiten de spreekkamer van de huisarts, te coderen. De verschillende classificatiesystemen die momenteel in Nederland worden gebruikt voor het coderen van klachten, symptomen, ziekten en/of problemen in de huisartspraktijk zullen worden getest op hun bruikbaarheid van centraal coderen.

Daarbij wordt zowel een vergelijking gemaakt tussen de verschillende systemen, maar vooral ook wordt nader ingegaan op de bruikbaarheid van elk van de systemen voor de verschillende typen hulpvragen die zich in de huisartspraktijk voordoen (morbiditeit versus geen morbiditeit; somatisch versus psychosociaal; klacht versus diagnose).

De studie moet een antwoord geven op de vraag of centraal coderen van hulpvragen in de huisartspraktijk mogelijk is en een aantal *technische* argumenten aandragen die een rol kunnen spelen bij de (rationele) besluitvorming in de keuze van één der classificatiesystemen. De studie gaat niet in op beleidsinhoudelijke argumenten die aan de keuze van een classificatiesysteem ten grondslag kunnen (en moeten) liggen.

De relevantie van deze deelstudie (die een onderdeel vormt van het project "Classificatie/Registratie in de Huisartspraktijk") is gelegen in het feit dat er een aantal inhoudelijke en pragmatische argumenten zijn om bij een praktijkstudie die wordt opgezet als gezondheidszorgonderzoek te kiezen voor de methode van centraal coderen.

Een van de meest treffende resultaten van vrijwel elk onderzoek in de gezondheidszorg waarin meer artsen of praktijken zijn betrokken, is, dat de voornaamste variantie in de aangetroffen verschijnselen (welk verschijnsel men ook bestudeert) arts- of praktijkgebonden is. Crombie (Crombie - Van der Zee, 1984) geeft een overtuigend overzicht van de patiëntgebonden en praktijkgebonden variantie in de meest uiteenlopende parameters uit het Engelse Second National Morbidity Survey.

Als het zo is dat de belangrijke variantiebron van morbiditeitsstudies in de (huis)arts of de (huisarts)praktijk is gelokaliseerd, dan draait de onderzoeker zichzelf een rad voor de ogen als hij daarmee geen rekening

houdt en denkt dat de gevonden morbiditeitsratio's een onverstoorde afspiegeling van de werkelijkheid vormen. Hij zal in zijn onderzoeksofzet rekening met dit gegeven moeten houden.

Men kan op twee manieren reageren op dit gegeven (of liever gezegd op drie manieren: men kan het gegeven ook verdringen):

1. Men kan proberen de variantie te elimineren door strikte surveillance, onderlinge afspraken en continue terugkoppeling van resultaten. Deze methode wordt meestal toegepast bij huisartsgeneeskundig klinisch onderzoek. We zien echter dat ook dan nog verschillen tussen artsen blijven bestaan (zie Van Eijk's beschrijving van de verschillen tussen de artsen deelnemend aan de Continue Morbiditeits Registratie - Van Eijk, 1979). Dit hoeft overigens voor huisartsgeneeskundig klinisch onderzoek niet altijd een bezwaar te zijn. Zoals ook de selectiviteit die optreedt omdat alleen hoog gemotiveerde artsen aan een dergelijk intensieve onderzoeksofzet zullen meewerken, en de meestal geringe groepsgrootte die in dergelijke projecten (noodzakelijkerwijs) wordt gehanteerd, voor veel huisartsgeneeskundig onderzoek geen doorslaggevend bezwaar hoeft te zijn. Dat is het echter wel wanneer men voor Nederland generaliseerbare cijfers wil verzamelen over hulpvraag en hulpaanbod in de huisartspraktijk.
3. Men kan ook de verschillen tussen artsen en/of praktijken als apart onderwerp van studie nemen, en nagaan waar de verschillen (in geregistreerde morbiditeit, in verwijzingen, prescripties, gebruik van diagnostische faciliteiten, etcetera) door veroorzaakt worden en wat de consequenties ervan zijn voor het gebruik dat van het gezondheidszorgsysteem wordt gemaakt. Men belandt dan in het gebied van het gezondheidszorgonderzoek. Lamberts heeft daartoe ooit alleen een aanzet voor gegeven als hij in zijn analyse van ziekten, problemen en medische consumptie in Ommoord, de 'arts' als een aparte (dummy-, i.e. 'ja-nee')-variabele in zijn onderzoek opneemt (Lamberts, 1975). Dit laatste is echter niet voldoende als men bijvoorbeeld een nationale morbiditeitstudie wil transformeren tot een onderzoek naar het functioneren van de gezondheidszorg. Van der Zee heeft een opsomming gegeven van de punten waarop men in een dergelijk geval moet letten (Crombie en Van der Zee, 1984):
 - a. Periodieke gegevensverzameling (een continue gegevensverzameling is niet nodig)

- b. Geen interferentie met de dagelijkse werkzaamheden van de huisarts
- c. Voldoende variantie aan aanbodzijde
- d. Meer informatie aan vraagzijde
- e. Vooral aandacht voor de gevolgen van een contact (verwijzingen, relatie met andere delen van de gezondheidszorg)
- f. Deelnemende artsen op contractbasis.

Vooraf de eis dat men het functioneren van de gezondheidszorg op een zo natuurlijk mogelijke wijze dient te bestuderen, en het feit dat er voldoende variantie aan de aanbodzijde (gezondheidscentra vs hometeams vs solopraktijken, variantie in afstand tot de tweede lijn, etc.) moet zijn, hetgeen consequenties heeft voor de grootte (en samenstelling) van de steekproef leidt tot de doelstelling die geformuleerd is in de eerste zin van dit betoog.

Perifeer, dat wil zeggen door de huisarts zelf tijdens het contact met de patiënt, coderen heeft namelijk een aantal nadelen. Ten eerste dienen niet alleen de klachten, problemen en ziekten van de patiënt te worden gecodeerd, maar ook hetgeen er in en als gevolg van het consult wordt afgesproken: verwijzing, recept, herhalingscontact, laboratorium of röntgenonderzoek. Dit betekent dat de huisarts niet met één classificatiesysteem te maken heeft, maar met een aantal systemen voor de verschillende onderdelen van het consult. Dit zou zijn handelen zo belasten, dat een deelname aan een grootschalige morbiditeits- en interventieonderzoek niet gestimuleerd zal worden, wat de selectiviteit van de onderzoeksgroep zal beïnvloeden. Zou men toch al deze gegevens ter plaatse door de huisarts zelf willen laten coderen, dan dienen de classificaties eenvoudig van aard te zijn en relatief weinig categorieën te bevatten; van een huisarts kan immers niet verwacht worden dat hij tijdens het spreekuur allerlei naslagwerken raadpleegt, wat bij centraal coderen zonder problemen kan geschieden. Bovendien bestaat, zoals gezegd, de mogelijkheid dat huisartsen door het hanteren van classificatiesystemen en door de noodzaak hun handelen in codes om te zetten, zich op een andere wijze gedragen dan in het geval dat zij de bevindingen die zij voor hun eigen werk nodig hebben, op een groene kaart noteren. Deze mogelijkheid is zeker niet denkbeeldig. Voorstanders van perifeer coderen wijzen erop, dat het omgaan met- en beïnvloed worden door een systematisch classificatieapparaat, het handelen van huisartsen

in positieve zin beïnvloedt. Het is een middel om het huisartsgeneeskundig handelen te systematiseren en te verbeteren, en daarmee de kwaliteit te verhogen.

Als wij echter geïnteresseerd zijn in de werking van de gezondheidszorg op een zo natuurlijk mogelijke wijze, dan dient men het handelen van de huisarts zo min mogelijk te beïnvloeden.

Kortom, er zijn wat argumenten om bij een grootschalige praktijkstudie die geschikt moet zijn om een gezondheidszorgonderzoek mee te bedrijven (in navolging van bijvoorbeeld in Nederland de SMR en in Engeland de National Morbidity Surveys), te kiezen voor een systeem van centraal coderen mits dat voldoende betrouwbaar kan geschieden.

Aan dit centraal coderen kleven echter ook enkele nadelen. Zo is een van de belangrijkste premissen, dat informatie die de huisarts als conclusie van een consult noteert, geschikt is om in een classificatiesysteem onder te brengen. Dit lijkt een triviale uitspraak maar dat is het niet. Stel dat de huisarts een longontsteking tegenkomt en hij noteert na afloop van het consult als diagnose: pneumonie of longontsteking. De codeur die de informatie moet verwerken ziet in zijn codesysteem, dat er een aantal varianten van longontsteking bestaat: eenzijdig, tweezijdig, enz.. Als de huisarts geweten zou hebben dat achteraf een onderscheid zou worden gemaakt tussen eenzijdige of dubbelzijdige longontsteking, dan had hij ongetwijfeld een van beide categorieën genoteerd. Onbekendheid met het te gebruiken classificatiesysteem veroorzaakt nu dat zijn notatie te grof is en in een categorie terechtkomt die minder specifiek is dan wenselijk, of in dit geval zelfs mogelijk was. Geheel zonder instructies kan men dan ook niet in het geval van centraal coderen. Het is waarschijnlijk zelfs nodig om een introductie te geven in het te gebruiken classificatiesysteem zodat de huisartsen ongeveer weten wat van hen wordt verwacht. Minder precies dan in het geval zij zelf de codering zouden moeten verrichten, maar toch met enige richtlijnen over de te noteren informatie.

1.1. De haalbaarheid van centraal coderen: probleemstelling van het onderzoek

Men kan het onderzoek naar de haalbaarheid van centraal coderen van gegevens uit de huisartspraktijk in twee gedeelten splitsen. Het eerste deel heeft betrekking op centraal coderen van klachten, ziekten en problemen in de huisartspraktijk; dit probleem wordt in dit rapport behandeld. Daarnaast moet er studie worden verricht naar de mogelijkheden om de uitkomsten van het consult in termen van verwijzingen, herhaalcontacten, voorschriften te classificeren en coderen.

Op het gebied van de classificatie van klachten, problemen en diagnoses is de afgelopen 25 jaar het nodige onderzoek verricht en zijn er verschillende systemen voor de huisartspraktijk toepasbaar gemaakt en uitgewerkt. Op de andere gebieden rond het huisartsconsult zijn classificaties afwezig of in ontwikkeling. In deelrapport II van dit project: "Classificatie en Registratie van interventies - een inventariserend onderzoek in Nederlandse huisartspraktijken" zal verslag worden gedaan van een poging om uitkomsten van consulten met een eerste versie van een door de North-American Primary Care Research Group (NAPCRG) ontworpen systeem te coderen. Men kan op dit gebied nog niet van een haalbaarheidsonderzoek spreken, omdat naar aanleiding van de resultaten van een groots opgezet internationaal veldonderzoek de classificatie nog zal worden bijgesteld en verder ontwikkeld. Toch geeft het in deelrapport II beschreven experiment wel een zekere indruk over de problemen die zich voordoen als men uitkomsten van consulten centraal wil coderen. Maar dit terzijde, in deelrapport III gaat het om de haalbaarheid van het centraal coderen van klachten, problemen, ziekten en diagnoses in de huisartspraktijk. De belangrijkste vraag is de omschrijving van het begrip haalbaarheid. Dit moet men van drie zijden benaderen: ten eerste gaat het om de aard en de hoedanigheid van de door de huisartsen te formuleren bevindingen in termen van klachten, problemen en diagnoses. Ten tweede spelen de eigenschappen van de verschillende in omloop zijnde classificatiesystemen een belangrijke rol. Tenslotte zijn er nog de codeurs die hun oordeel kunnen geven over het gemak waarmee de produkten uit de huisartspraktijk in het betreffende classificatiesysteem onder te brengen zijn.

De indeling van het rapport is als volgt: eerst worden de verschillende in omloop zijnde en in dit experiment gebruikte classificatiesystemen beschreven. Dan volgt een beschrijving van de wijze waarop de gegevens verzameld en verwerkt zijn. Vervolgens wordt de (semi-)experimentele opzet van het onderzoek beschreven en wordt aandacht besteed aan de wijze waarop het begrip haalbaarheid is geoperationaliseerd. Een van de belangrijkste samenvattende onderdelen van deze operationalisatie van het begrip haalbaarheid is de mate van overeenstemming tussen de codeurs die per classificatiesysteem ingeschakeld zijn bij het verwerken van de gegevens (de zogenaamde interbeoordelaarsbetrouwbaarheid).

Een ander criterium is de mate van moeite en de mate van zekerheid waarmee het coderen plaats vond. Uit al deze maten tezamen wordt een algemene maat geconstrueerd die kan worden gekenschetst als de mate waarin de door huisartsen geformuleerde conclusies naar aanleiding van een consult kunnen worden ondergebracht in (gecodeerd volgens) een viertal in zwang zijnde classificatiesystemen. Bovendien is door een test-hertest operatie uit te voeren, naast de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid nog een extra maat van de betrouwbaarheid van het (centraal) coderen opgenomen. Op de validiteit wordt in dit rapport niet verder ingegaan.

Twee dingen moet men onderscheiden:

- ten eerste worden de classificaties als *codeersysteem* gebruikt en waren de in het project deelnemende artsen niet op de hoogte van de aard van de gebruikte systemen;
- ten tweede is aan het vergelijken van classificatiesystemen een aantal extra problemen verbonden, waarop we in het volgende hoofdstuk nader zullen ingaan.

HOOFDSTUK 2. EEN KORTE BESCHRIJVING VAN DE CLASSIFICATIESYSTEMEN

2.1. De keuze van de classificatiesystemen

Van de vier uitgekozen classificatiesystemen zijn er eigenlijk slechts twee ontworpen als een classificatiesysteem speciaal geschikt voor de huisartspraktijk. Beide systemen (de E-lijst en de ICHPPC-2) zijn afgeleid van de 'oerclassificatie' nl. International Classification of Diseases and Causes of Death. De sterke klinische gerichtheid van deze classificatie, tot uiting komend in de mogelijkheden om ook zeldzame ziekten zeer verfijnd te specificeren, de omvang ervan en de verwaarlozing van de klachten en problemen in de huisartspraktijk, die vaak het symptoomniveau niet overstijgen, hebben geleid tot het ontwikkelen van speciaal op de huisartspraktijk gerichte classificatie. Meestal door een selectie te maken uit de ICD op basis van frequentie van voorkomen en een niet altijd even goed traceerbaar (en dus misverstanden wekkend) begrip als 'relevantie voor de huisartsgeneeskunde'. Soms (in het geval van de ICHPPC-2) door de diagnose en symptoomgerichte classificatie aan te vullen met een lijst van puur sociale of psychosociale problemen, waarover de huisarts (soms direct, maar meestal verhuld) wordt geconsulteerd.

De ICD-9-CM is opgenomen als contrast. Onze veronderstelling is, dat deze classificatie het minst geschikt zal zijn (zie de redenen waarom de huisartsclassificaties zijn ontwikkeld) om het resultaat van een huisarts/patiënt contact vast te leggen.

De andere classificatie, die niet of moeilijk vergelijkbaar is, is de speciaal voor het classificeren van door de patiënten geformuleerde klachten en problemen (symptomen) ontworpen: RFE (Reason for Encounter)-Classification. Dit is een vreemde eend in de bijt, want de subjectieve kant van het hele proces van klacht tot diagnose wordt door ons geheel buiten beschouwing gelaten. De reden om deze classificatie toch op te nemen is de volgende: onderzoekers die met deze classificatie werken, constateren (zie bijvoorbeeld Lamberts, 1982) dat meer dan de helft (Lamberts komt tot 58%) van de gebeurtenissen in de huisartspraktijk in de categorie klachten/symptomen vallen; ook als men afgaat op de uiteindelijke conclusie van de huisarts. Als dat zo is, dan is de RFE, ook in de gevallen dat huisartsen niet specifiek gevraagd worden om weer te geven waarmee de patiënt bij hen kwam, a priori het classificatiesysteem bij uitstek voor gebeurtenissen in

de huisartspraktijk.

Dit alles maakt de vergelijking tussen de systemen niet eenvoudiger; het beste is om elk systeem op zijn eigen merites te bekijken en alert te zijn op problemen die ontstaan als men classificatiesystemen gebruikt voor doelen waar ze in ieder geval niet voor zijn ontworpen. Of ze er toch voor gebruikt kunnen worden, is een van de vragen die we in dit rapport willen beantwoorden.

2.2. De ICD-9-CM

De geboorte van de International Classification of Diseases (ICD) als internationaal statistisch instrument heeft in 1893 plaatsgevonden toen het International Statistical Institute de eerste International List of Causes of Death uitgaf. Ongeveer iedere 10 jaar werd de lijst aangepast en veranderd. De zesde versie stond voor het eerst onder auspiciën van de World Health Organization (opgericht in 1946). In deze versie werd de ICD uitgebreid met classificaties voor morbiditeit. De negende en huidige versie is internationaal ingevoerd in 1979.

De ICD-9 wordt voor doodsoorzaken-statistiek en ten behoeve van gegevensvastlegging en -verwerking op het gebied van ziekten en ongevallen gebruikt. Voor de medische registratie en administratie van ziekenhuizen is een variant van de ICD-9 ontwikkeld: International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification (ICD-9-CM). De voornaamste redenen voor de ontwikkeling van deze variant waren de behoefte aan nog verdergaande detaillering, bezwaren tegen het systeem van dubbele codering (etiologie en lokalisatie) en moeilijkheden rond het coderen van bevelingen.

De classificatie is opgebouwd uit 17 basishoofdstukken met twee aanvullende classificatielijsten. De indeling is gedeeltelijk op basis van orgaan-systemen, gedeeltelijk etiologisch en gedeeltelijk rond bepaalde levensfasen, terwijl er een restgroep is met symptomen en moeilijk te definiëren condities. Als supplementen zijn opgenomen a) een lijst van externe oorzaken en verwondingen en vergiftigingen en b) een lijst van factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden en van contacten met gezondheidsdiensten. Er wordt gebruik gemaakt van een drie-cijferige code*. In die gevallen waarin een verdere detaillering gewenst is kan men gebruik maken van een vier-

*) dit systeem bevat een duizendtal basiscodes.

cijferige of zelfs een vijf-cijferige code.

Over de aanvullende classificaties kan het volgende worden gezegd: De E-code is bedoeld om omgevingsinvloeden en uitwendige omstandigheden te kunnen classificeren als oorzaak van letsel, vergiftiging en andere ongewenste gevolgen. Als een E-code van toepassing is, wordt deze gebruikt als aanvulling op een code uit één van de andere hoofdstukken waarmee de aard van de aandoening wordt weergegeven. De V-code is opgesteld voor gebruik in die gevallen wanneer omstandigheden, anders dan ziekte of ongeval classificeerbaar bij de nummers 001-999 (het hoofddeel van de classificatie), of bij de E-code, vermeld worden als 'diagnose' of 'probleem'. Deze situatie kan zich voornamelijk op twee manieren voordoen:

- a. Wanneer een persoon die op dat moment niet ziek is, contact heeft met de gezondheidszorg voor een of ander specifiek doel, zoals het optreden als donor van een orgaan of weefsel, het ontvangen van een profylactische vaccinatie, of voor bespreking van een probleem dat op zichzelf geen ziekte of ongeval is. Dit zal betrekkelijk zelden voorkomen bij in het ziekenhuis opgenomen patiënten, maar naar verhouding frequenter bij poliklinische patiënten, patiënten van huisartsen, gezondheidscentra e.d. en in de openbare gezondheidszorg. In deze gevallen kan de V-code ook gebruikt worden voor enkelvoudige tabellering.
- b. Wanneer omstandigheden of problemen aanwezig zijn die iemands gezondheidstoestand beïnvloeden, maar die op zichzelf geen thans bestaande ziekte of letsel zijn. Zulke factoren kunnen tevoorschijn komen bij bevolkingsonderzoek, waarbij de betrokkenen op dat moment al dan niet ziek zijn, of als een bijkomend gegeven worden vermeld bij iemand die een behandeling ondergaat voor een thans bestaande ziekte of aandoening, classificeerbaar onder 001-000. In het laatste geval dient de V-code uitsluitend als supplementaire code te worden gebruikt en dient deze niet te worden gebruikt voor primaire enkelvoudige tabellering. Voorbeelden hiervan zijn anamnestiche gegevens van bepaalde ziekten of iemand met een kunstmatige hartklep in situ.

In het kort kan de hoofdstuk-indeling als volgt worden weergegeven (zie schema 2.1):

Schema 2.1: Hoofdstuk indeling van de ICD-9-CM

codes	hoofdstukken	inhoud
001-139	1	Infectieziekten en parasitaire ziekten
140-239	2	Nieuwvormingen
240-279	3	Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten
280-289	4	Bloed en bloedvormende organen
290-319	5	Psychische stoornissen
320-389	6	Zenuwstelsel en zintuigen
390-459	7	Hart vaatstelsel
460-519	8	Ademhalingswegen
520-579	9	Spijsverteringsstelsel
580-629	10	Urogenitaal systeem
630-679	11	Zwangerschap, bevalling en kraambed
680-709	12	Huid en subcutis
710-739	13	Bewegingsstelsel en bindweefsel
740-759	14	Congenitale afwijkingen
760-779	15	Aandoeningen perinatale periode
780-799	16	Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden
800-999	17	Ongevalsletsel en vergiftigingen

Aanvullende classificaties

V lijst van factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden en van contacten met gezondheidsdiensten.

E lijst van uitwendige oorzaken van ongevallen en vergiftigingen.

2.3. De E-lijst

In het begin bleek dat de oorspronkelijk op doodsoorzaken georiënteerde ICD weinig toepasbaar was in de huisartspraktijk. Dit heeft geleid tot een aparte huisartsen classificatie: RCGP classificatie, ofwel de E-lijst (naar Eimerl, een van de ontwerpers), een lijst die in 1963 zijn definitieve vorm kreeg. De lijst was afgeleid van de zevende versie van de ICD. De belang-

rijkste aanpassing was dat de diagnoses in de diverse hoofdstukken werden vervolgd door codes voor symptomen die pasten in de betreffende rubriek. Een tweede belangrijk verschil was de beperking van het aantal diagnoses. De \pm 1000 basis-diagnosen uit de ICD werden beperkt tot \pm 500 diagnoses in de E-lijst.

De E-lijst werd in Nederland geïntroduceerd in 1967 door de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO) van het NHG, en bewerkt en aangepast aan de Nederlandse situatie. De E-lijst vormde het instrument in het morbiditeitsonderzoek van Oliemans en werd in aangepaste vorm door Lamberts in zijn morbiditeitsonderzoek in 1972 gebruikt. Het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (NUHI) heeft ten behoeve van de Continue Morbiditeits Registratie (CMR) een eigen versie van de E-lijst ontwikkeld. In dit deelonderzoek wordt onderzoek verricht met de E-lijst zoals die door de CMR van het NUHI wordt gebruikt (1).

De code bestaat altijd uit drie getallen. De codes zijn verdeeld over 18 groepen (zie schema 2.2).

Schema 2.2: Hoofdstuk-indeling in de E-lijst

groep	inhoud
groep 1=	Infectieziekten
groep 2=	Neoplasmata - maligne neoplasmata - benigne neoplasmata
groep 3=	Allergieën, endocriene stoornissen, stofwisselingsziekten en voedingsziekten
groep 4=	Ziekten van bloed en bloedvormende organen
groep 5=	Psychiatrische ziekten en andere psychische stoornissen
groep 6=	Ziekten van het zenuwstelsel en zintuigen - zenuwstelsel - zintuigen
groep 7=	Ziekten van de tractus circulatorius
groep 8=	Ziekten van de tractus respiratorius - bovenste luchtwegen - onderste luchtwegen
groep 9=	Ziekten van de tractus digestivus
groep 10=	Ziekten van de tractus urogenitalis
groep 11=	Graviditeit, partus, puerperium
groep 12=	Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel
groep 13=	Ziekten van het bewegingsapparaat
groep 14=	Congenitale afwijkingen
groep 15=	Ziekten van de neonatus
groep 16=	Overige symptomen en niet duidelijk te diagnosticeren ziektebeelden
groep 17=	Traumata, vergiftigingen
groep 18=	Inentingen, onderzoek, voorlichting, e.d.

Afgezien van hoofdgroep 18 die 22 codenummers omvat, wordt in de CMR gebruik gemaakt van 325 diagnose- en 66 symptoom-codes. De rangschikking van aandoeningen over de diagnose groepen is niet hiërarchisch, d.w.z. dat de nummering binnen de groepen dooreenloopt.

2.4. De ICHPPC-2

Door alle aanpassingen in de E-lijst in diverse onderzoeken werd het steeds moeilijker de uitkomsten onderling te vergelijken. Tevens was het niet mogelijk de ontwikkelingen van de ICD te volgen. Om deze redenen nam de Working Party Diseases van de World Organization of National Colleges, Academies, and academic associations of general practitioners/family physicians (WONCA) in 1972 de taak op zich een internationale classificatie van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk te ontwikkelen. Deze lijst, genaamd de International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC), werd afgeleid van de achtste versie van de ICD. In 1979 werd de ICHPPC aangepast aan de negende versie van de ICD.

In 1983 is een nieuwe editie van de ICHPPC-2 verschenen: ICHPPC-2-Defined. De nummering en inhoud van de rubrieken van deze nieuwe editie is gelijk aan die van de ICHPPC-2. Het voornaamste verschil bestaat uit het feit dat in de ICHPPC-2-Defined de meeste termen gedefinieerd zijn.

De belangrijkste verschillen tussen deze ICHPPC-2 en de E-lijst zijn:

- een verdere beperking van het aantal diagnoses
- de verplaatsing van bijna alle symptomen naar het desbetreffende hoofdstuk: Symptomen
- de introductie van een hoofdstuk problemen-classificatie
- meer mogelijkheden voor 'optional' hiërarchie (het verder specificeren van rubrieken)
- gedefinieerde termen.

In totaal beslaat de ICHPPC-2 19 hoofdstukken. De indeling van de hoofdstukken is deels gebaseerd op lichaams- c.q. orgaansystemen, deels op de aard van de ziekten en kent tenslotte een hoofdstuk afwijkingen, symptomen en slecht definieerbare toestanden en een hoofdstuk aanvullende classificaties.

Schema 2.3 geeft een overzicht van de indeling.

Schema 2.3: Hoofdstukindeling ICHPPC-2

hoofdstuk	inhoud
1	Infectieziekten
2	Neoplasmata
3	Endocriene, metabole en voedingsziekten
4	Ziekten van het bloed en bloedvormende organen
5	Psychische stoornissen
6	Aandoeningen van het centrale zenuwstelsel en de zintuigen
7	Aandoeningen van de tractus circulatorius
8	Aandoeningen van de tractus respiratorius
9	Aandoeningen van de tractus digestivus
10	Aandoeningen van de tractus urogenitalis
11	Zwangerschap, geboorte en kraambed
12	Aandoeningen van de huid en subcutaan weefsel
13	Aandoeningen van spieren, skelet en bindweefsel
14	Aangeboren afwijkingen
15	Perinatale aandoeningen
16	Lichamelijke afwijkingen, symptomen en slecht gedefiniëerde toestanden
17	Ongevallen, vergiftigingen en geweld
18	Aanvullende classificaties

De code bestaat maximaal uit vier getallen (behalve in hoofdstuk 18, waar het eerste digit altijd bestaat uit de letter V). De ICHPPC-2 kent afgezien van groep 18, 282 diagnose-codes en 45 symptoomcodes. Groep 18 neemt in het geheel een aparte plaats in. Deze bevat voor een deel omschrijvingen van psychosociale problemen van allerlei aard (17 codenummers), geneeskundige activiteiten (16 codenummers) en één diagnose.

2.5. De RFE

De RFE-classificatie is ontworpen door een werkgroep van de World Health Organization (WHO) in samenwerking met de World Organization of National Colleges, Academies and academic associations of general practitioners/family physicians (WONCA).

In de huidige ontwikkeling in de eerstelijnsgezondheidszorg is de vraag gerezen of er wel overeenstemming bestaat tussen wat er met de patiënt gebeurt (diagnostiek en behandeling) en waar hij voor komt (reden/klacht). De RFE-classificatie is dan ook in eerste instantie ontworpen als instrument om alle mogelijke redenen of klachten van patiënten te kunnen registreren en onder te brengen in een classificatiesysteem.

Het RFE-classificatiesysteem is gebaseerd op twee assen. Op de horizontale as zijn de hoofdstukken afgezet terwijl de verticale as uit componenten is opgebouwd. Van de in totaal uit zestien hoofdstukken bestaande horizontale as hebben dertien hoofdstukken betrekking op orgaansystemen. De overige drie hoofdstukken zijn gewijd aan klachten van respectievelijk algemene, psychologische en sociale aard (zie schema 2.4 a).

Schema 2.4 a: Hoofdstukindeling van de RFE

hoofdstuk	inhoud
A	General
B	Blood, blood-forming organs and lymphatics
D	Digestive
F	Eye
H	Ear
K	Circulatory
L	Musculoskeletal
N	Neurological
P	Psychological
R	Respiratory
S	Skin
T	Metabolic, Endocrine, Nutritional
U	Urological
X	Female Genital (including breast)
Y	Male Genital
Z	Social Problems

De componenten op de verticale as staan als het ware op de hoofdstukken zodat voor ieder afzonderlijk hoofdstuk dezelfde componenten gelden (behalve voor hoofdstuk Z waar component 7 ontbreekt).

De zeven componenten zijn:

- 1 - Symptoms and complaints
- 2 - Diagnostics, Screening and Preventive Procedures
- 3 - Treatment, Procedures and Medications
- 4 - Test results
- 5 - Administrative
- 6 - Other reason
- 7 - Diagnosis and Diseases

Vijf componenten (component 2 tot en met 6) zijn identiek voor alle hoofdstukken. Component 1 en component 7 zijn variabel over de hoofdstukken. (Alleen in hoofdstuk Z 'Social problems' ontbreekt de component 7 "Diagnosis and Diseases".) Component 2 tot en met 6 bevat voor ieder hoofdstuk 33 codes. Over alle hoofdstukken betekent dit dat deze component 528 codes omvat. Component 1 bevat in totaal 216 codes en component 7 bevat 284 codes. De code bestaat altijd uit drie digits waarvan de eerste digit een letter (het hoofdstuk) is, en de laatste twee digits cijfers (de componenten) zijn. De meeste classificatiesystemen zijn georiënteerd op en ontwikkeld voor de diagnose classificatie en zijn gericht op 'ziekte' en 'de hulpverlener'. De RFE-classificatie daarentegen is ontworpen om de reden van de komst van de patiënt vast te kunnen leggen en is daarom meer gericht op de patiënt, d.w.z. dat de registratie van de reden voor contact, hulpvraag, klacht, etcetera dient te geschieden in termen die zo dicht mogelijk liggen bij de terminologie van de patiënt en niet de interpretatie of het oordeel van de hulpverlener betreffen. Toch staat de RFE-classificatie niet geheel los van de andere classificatiesystemen. In schema 2.4 b is duidelijk te zien waar de raakpunten en overlappingsen tussen de verschillende classificatiesystemen zich bevinden.

Schema 2.4 b: De constructie van de RFE (componenten en hoofdstukken) *

Components	Chapters													Relaties met andere classificatiesystemen				
	A General	B Blood, blood forming	D Digestive	F Eye	H Ear	K Circulatory	L Musculoskeletal	N Neurological	P Psychological	R Respiratory	S Skin	T Metabolic, Endocrine Nutritional	U Urinary		X Female genital	Y Male genital	Z Social	
1 Symptoms and complaints									●								●	NAMCS - RVC
2 Diagnostic, screening, and preventive procedures									-								-	NAPCRG - 1 (processcode voor eerstelijns gezondheidszorg)
3 Treatment, procedure, and medication									-								-	
4 Test results									-								-	
5 Administrative									-								-	
6 Other									-								-	
7 Diagnoses and diseases									●									ICHPPC-2, ICD-9-GM

We zien in dit schema dat:

- De diagnose rubrieken van de ICHPPC-2 kan men terug vinden in de zevende component van de verschillende hoofdstukken. Deze component bevat de diagnostische nomenclatuur van de ICHPPC-2.

Een belangrijk verschil tussen de ICHPPC-2 (en ICD-9) met de RFE-classificatie is dat aparte hoofdstukken in ICHPPC-2 te weten infectieziekten, neoplasmata, congenitale aandoeningen en traumata in de RFE-classificatie niet als hoofdstuk staan beschreven maar verweven zijn in de zevende component (diseases & diagnosis) door alle hoofdstukken heen. Verder kent de RFE een apart hoofdstuk voor problemen van algemene aard en een hoofdstuk voor problemen van sociale aard.

* Huisarts en Wetenschap nr. 25 (1982) p. 303

- De NAPCRG-1 process-code; een classificatie die gericht is op de activiteiten en het geneeskundig handelen van de huisarts komt overeen met de componenten 2 tot en met 6 van de RFE-classificatie. De NAMCS-RVC vertoont overeenkomsten met de eerste component (symptoms and complaints) van de RFE-classificatie.

De RFE-classificatie is een flexibel systeem met een eenvoudige structuur. Het maakt maar gebruik van één nomenclatuur.

In de SOEP-benadering betekent dit dat drie van de vier onderdelen door de RFE-classificatie gedekt worden namelijk:

- S - subjectief : reden voor contact, kan geclassificeerd worden in alle componenten
- O - objectief : dit onderdeel kan niet met de RFE geclassificeerd worden
- E - evaluatie : de diagnoses en de interpretatie van de problemen van de patiënt kunnen geclassificeerd worden in respectievelijk: component zeven (diagnosis and diseases) en component één (symptoms and complaints) van de RFE
- P - plan : het plan kan geclassificeerd worden met behulp van component twee tot en met zes (2=diagnostic, screening and preventive procedures; 3=treatment, procedures and medications; 4= test results; 5=administrative; 6=other).

Omdat de diagnostische nomenclatuur van de ICHPPC-2 in de RFE-classificatie is opgenomen is het mogelijk om naast de opheldering van de reden van contact ook de interpretatie van de problemen te classificeren. De RFE-classificatie is dus op twee niveau's bruikbaar (clarification en interpretation niveau).

De NAPCRG process-code (volledige beschrijving van alle geneeskundige behandelingen van de huisarts) kan in aangepaste vorm opgenomen worden in de RFE-classificatie.

Enkele voorname verschillen tussen de classificatiesystemen:

Ieder classificatiesysteem is gericht op een bepaald terrein van de gezondheidszorg. De ICD-9-CM is voornamelijk geënt op de intramurale sector terwijl de ICHPPC-2, de RFE en de E-lijst meer gericht zijn op de huisartsgeneeskunde.

In de tweede plaats kan men een onderscheid maken in het gebied der medische gegevens waarover de systemen handelen. ICD-9-CM, ICHPPC-2 en E-lijst zijn duidelijke diagnose-classificatiesystemen, waarin niet primair aandacht wordt besteed aan klachten en symptomen. Bij de RFE daarentegen ligt de nadruk juist op deze klachten en symptomen.

Als laatste verschil kan de gedetailleerdheid van het systeem opgemerkt worden. Dit uit zich voornamelijk in het aantal digits wat gebruikt kan worden. In de ICD-9-CM worden maximaal 5 digits gehanteerd, in de ICHPPC-2 komen 4 digits voor en zowel de E-lijst als de RFE-classificatie bestaat uit 3 digits. De ICD-9-CM is het meest uitgebreide systeem.

HOOFDSTUK 3. NADERE PRECISERING VAN DE PROBLEEMSTELLING

Afhankelijk van het gezichtspunt van waaruit het probleem beschreven wordt, kent onze centrale vraagstelling twee formuleringen. De eerste versie van de formulering luidt: zijn door huisartsen naar aanleiding van een consult of ziekte-episode geformuleerde conclusies in termen van diagnose, symptomen, enz., *buiten* de huisartspraktijk in een of ander geaccepteerd classificatiesysteem onder te brengen? De nadruk ligt bij deze variant van de formulering op de kwaliteit van de 'productie' uit de huisartspraktijk. Als het namelijk zo is dat huisartsen, weliswaar na instructie, maar zonder speciale training, nauwelijks vergelijkbare, particuliere en idiosyncratische producten voortbrengen, dan heeft het geen zin om een grootschalige registratie van ziekten, problemen en verrichtingen in de huisartspraktijk op te zetten volgens het principe van 'centraal coderen'. Dit laatste zou weer, zoals in de verschillende inleidende paragrafen is gesteld, een belangrijke waardevermindering van een dergelijke studie betekenen vanuit het oogpunt van het belang voor gezondheidsonderzoek.

De vraag die we in dit geval moeten beantwoorden is: bestaat er enig, geaccepteerd (i.e. met andere studies vergelijkbare resultaten opleverend) classificatiesysteem, waarin de registratieproducten op het gebied van ziekten, klachten en problemen op bevredigende wijze onder te brengen zijn? In dit geval rest ons te omschrijven wat onder 'op bevredigende wijze onder te brengen' wordt verstaan.

De tweede variant van de vraagstelling gaat uit van de gekozen classificatiesystemen. De vraag luidt: in welke mate zijn de gekozen systemen *bruikbaar als codeersysteem* voor niet door de huisarts zelf te coderen benoemingen van de ziekten, klachten en problemen die hij tegenkomt? Deze tweede variant van de vraag ligt in het verlengde van de eerste. Op het moment dat men meer classificatiesystemen kent, dan heeft men vanzelf te maken met de verschillen tussen die systemen en beschrijft men in zekere zin (zij het met voorzichtigheid, want de systemen worden niet als classificatiesysteem, maar als codeersysteem gebruikt) de zwakkere en sterkere kanten van de systemen.

Primair willen we de eerste variant beantwoorden: voldoet één van de gebruikte systemen. Secundair zullen hier en daar de systemen worden vergeleken. Deze vergelijking heeft echter slechts een beperkte waarde, omdat de keuze van een bepaald classificatiesysteem toch vooral afhankelijk is van de vraagstelling van het betreffende onderzoek. Alleen wanneer uit het onderhavige onderzoek zou blijken dat een van de hierin beschreven classificatiesystemen sterk negatief afwijkt van de andere zou besloten moeten worden dat men dit classificatiesysteem niet zou moeten gebruiken in onderzoek waarin men kiest voor centraal coderen.

Rest ons nader te omschrijven wat we verstaan onder 'op bevredigende wijze onder te brengen in een classificatiesysteem'.

We hebben deze vraag op drie manieren beantwoord. Ten eerste door de verschillende codeurs per te coderen item naar hun mening te vragen over de mate van moeite en zekerheid waarmee ze het betreffende item hebben ondergebracht. Ten tweede door de mate van overeenstemming in codering tussen de codeurs te berekenen (de zogenaamde 'interbeoordelaarsbetrouwbaarheid'). Ten derde door de test-hertest betrouwbaarheid te berekenen.

Deze informatie tezamen levert voldoende indicaties op om - gegeven het feit dat alle vier de systemen in zekere zin acceptabel zijn (ook de hier en daar als wat verouderd beschouwde E-lijst vormt zowel de basis voor het longitudinaal opgebouwde Nijmeegse CMR-systeem als voor het nu ten derde male uitgevoerde Nationale Morbiditeits Onderzoek in Engeland en Wales) en gegeven de beperkte en specifieke doelstelling die aan het onderzoek ten grondslag ligt, n.l. het voorbereidingen treffen voor een grootschalige Nederlandse morbiditeits- en interventie onderzoek, te besluiten of de gekozen werkwijze mogelijk is en zo ja op welke gronden aan welk systeem de voorkeur moet worden gegeven.

HOOFDSTUK 4. METHODE VAN VERZAMELING EN VERWERKING VAN DE GEGEVENS

Teneinde de eerdergenoemde vraagstelling te kunnen beantwoorden hebben wij in de eerste plaats zoveel mogelijk diagnoses, symptomen en problemen moeten verzamelen uit de huisartspraktijk. In dit kader was het van belang dat de WONCA op dat tijdstip een internationale field-trial van de NAPCRG process-code (een interventie-classificatiesysteem) had georganiseerd. De field-trial duurde acht weken, waarbij een tiental huisartsen elke week een van de hoofdstukken van de NAPCRG process-code moest uittesten. Dit veld-experiment is aangegrepen voor het verzamelen van extra informatie op het gebied van de Evaluaties* ten behoeve van dit deelonderzoek. De extra informatieverzameling heeft een periode van twee weken in beslag genomen.

4.1. Werving van de huisartsen

Elf huisartsen hebben zich bereid verklaard, ten behoeve van het project gedurende enige tijd extra gegevens over hun huisarts-patiënt-contact te registreren. Bij het zoeken naar huisartsen is getracht zoveel mogelijk rekening te houden met regionale spreiding, geslacht en praktijkvorm (al of niet apotheekhoudend). De regionale spreiding is te zien in figuur 4.1. In totaal hebben 7 solo-artsen, 2 groepspraktijken en 1 gezondheidscentrum aan de registratie deelgenomen. Drie van de 11 huisartsen werken parttime in de praktijk (twee 0,6 en één 0,8) zodat feitelijk over 10 fulltime werkende huisartsen gegevens werden verzameld.

4.2. Aard van de werkzaamheden

De huisartsen werd gevraagd gedurende een periode van twee weken, aanvangend op 6-12-1982 een aantal gegevens over alle huisarts-patiënt-contacten te registreren. In de instructie die hen vooraf werd verstrekt werden zij geïnstrueerd elk consult af te sluiten met een conclusie in termen van een bevinding (in volgorde van voorkeur: diagnose, symptoom, klacht, probleem of reden voor contact) en een activiteit. Hiernaast werden per consult enkele kenmerken van het consult en de patiënt geregistreerd:

- datum van het contact
- volgnummer van het contact
- soort contact (nieuw of herhaal)

* De 'E' uit het SOEP-systeem.

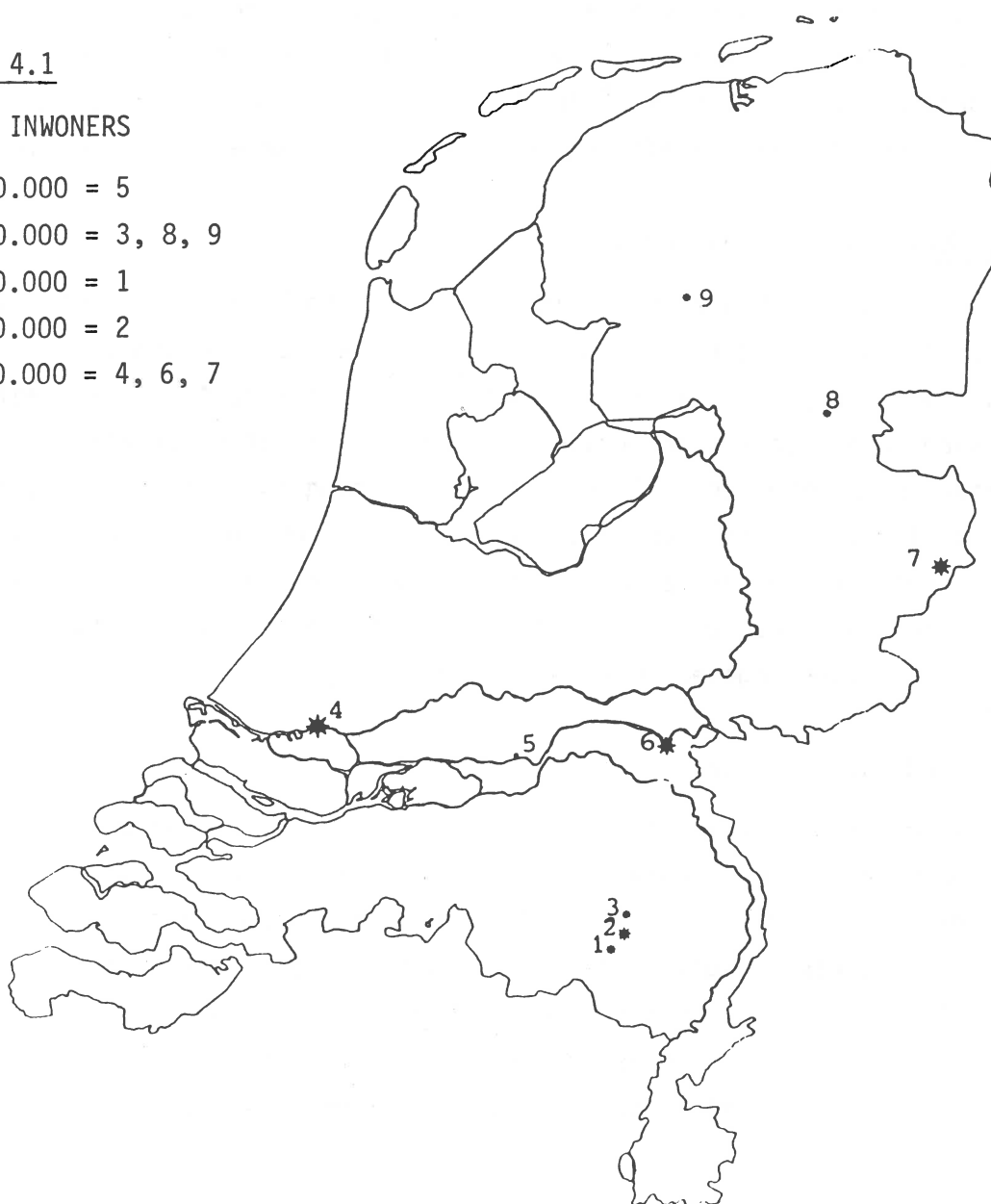
- geslacht van de patiënt
- geboortjaar van de patiënt
- ziektekostenverzekering (ziekenfonds of particulier).

De gegevens moesten geregistreerd worden op een speciaal hiervoor ontworpen registratieformulier. De tijdsbelasting voor de registrerende huisarts werd tevoren geschat op circa twee minuten per huisarts-patiënt-contact. De gegevens zijn anoniem, dat wil zeggen zonder referentie naar de patiënt, geregistreerd.

Figuur 4.1

AANTAL INWONERS

- $\leq 10.000 = 5$
- 10 - 20.000 = 3, 8, 9
- 20 - 50.000 = 1
- 50 - 100.000 = 2
- $\geq 100.000 = 4, 6, 7$



4.3. Het registratieformulier

Door de projectmedewerkers is een registratieformulier ontworpen uitgaande van een aantal eisen waaraan het formulier zou moeten voldoen. Deze eisen waren: overzichtelijkheid, gemak bij het verbatim invullen en de herkenbaarheid ervan voor het gebruik in de situatie van de dagelijkse praktijk. Uiteraard moest het formulier vooral dienen voor de registratie van bevindingen (evaluaties, diagnoses) en activiteiten (interventies). Daarnaast moesten tevens enkele contact- en patiëntgegevens geregistreerd kunnen worden (de algemene gegevens).

Een van de medewerkende huisartsen heeft in november 1982 gedurende enkele dagen het registratieformulier in de praktijk getest, op grond waarvan enkele bijstellingen hebben plaatsgevonden. Het definitieve registratieformulier (zie figuur 4.2) zag er als volgt uit.

Het registratieformulier is in grote lijnen verdeeld in drie gedeelten:

- Algemene gegevens.
- Diagnosen / problemen.
- Activiteiten.

Per gedeelte is een aantal onderverdelingen gemaakt in rubrieken, waarin de desbetreffende gegevens geregistreerd kunnen worden. De formulieren zijn ontworpen voor de registratie van gegevens in woordelijke weergave. De registratieformulieren werden, tweezijdig bedrukt op A5-formaat, in gelijmde blocs van 40 exemplaren aan de huisartsen verstrekt. Iedere huisarts heeft in totaal 12 van dergelijke blocs ontvangen.

4.4. De instructie

Allereerst hebben alle huisartsen vooraf een algemene instructie* toegestuurd gekregen. Hierin werd globaal uitgelegd wat er van hun verwacht werd en in welk kader deze gegevensverzameling plaatsvond.

In de week voorafgaand aan de eerste registratieweek zijn alle medewerkende huisartsen persoonlijk bezocht en heeft een mondelinge toelichting plaatsgevonden omtrent het doel van deze registratie en de wijze waarop dit diende te gebeuren. De instructie ten aanzien van de interpretatie en het invullen van de diverse rubrieken van het registratieformulier was tevens

* zie bijlage I.

Figuur 4.2: Registratieformulier

Nederlands Huisartsen Instituut		Evaluatie/Interventie Registratie	
algemene gegevens		diagnosen	
contactgegevens code huisarts: datum contact: volgnummer contact: soort contact: <input type="checkbox"/> nieuw <input type="checkbox"/> herhaal		diagnose/probleem (2) belangrijke vroegere diagnoses (voor diagnose 2):	
patiëntgegevens geslacht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> v geboortejaar: ziektekostenverzekering: <input type="checkbox"/> zf <input type="checkbox"/> part.		diagnose/probleem (1) belangrijke vroegere diagnoses (voor diagnose 1):	
activiteiten			
recept (naam, hoeveelheid, vorm, dosis, etc.)		(instrumentele) behandeling, P.G.O., vaccinaties, etc.	
R/	(1)	(1)	vervolg afspraken <input type="checkbox"/> geen afspraak <input type="checkbox"/> niet terugkomen <input type="checkbox"/> terugkomen bij <input type="checkbox"/> geen verbetering <input type="checkbox"/> terugkomen bij <input type="checkbox"/> geen verbetering <input type="checkbox"/> binnen <input type="checkbox"/> opbellen d.d. <input type="checkbox"/> terugkomen d.d.
	(2)	(2)	<input type="checkbox"/>
chronische medicatie:		diagnostisch hulponderzoek	
R/	(2)	<input type="checkbox"/> lab: <input type="checkbox"/> röntg: <input type="checkbox"/> overig:	<input type="checkbox"/> terugkomen bij <input type="checkbox"/> geen verbetering <input type="checkbox"/> binnen <input type="checkbox"/> opbellen d.d. <input type="checkbox"/> terugkomen d.d.
chronische medicatie:		<input type="checkbox"/> lab: <input type="checkbox"/> röntg: <input type="checkbox"/> overig:	
adviezen, leefregels, gesprek, etc.	(1)	verwijzing/opname	overige activiteiten
	(1)	<input type="checkbox"/> verwijzing discipline: <input type="checkbox"/> opname	(1)
	(2)	<input type="checkbox"/> verwijzing discipline: <input type="checkbox"/> opname	(2)
in geval van meer dan twee diagnoses of meerdere patiënten met klachten in hetzelfde contact: z.o.z.			

schriftelijk voorhanden en werd bij de huisarts achtergelaten. In de eerste week van de registratie-periode werden alle huisartsen nogmaals persoonlijk bezocht om eventueel gerezen problemen en vragen ten aanzien van de registratie ter plaatse op te kunnen lossen, respectievelijk te kunnen beantwoorden.

4.5. Het afsluitend evaluatief gesprek

De registratie activiteiten van de deelnemende huisartsen zijn afgesloten met een mondeling evaluatief gesprek waarin de ervaringen met deze vorm van registreren, de instructies en de invloed ervan zowel op het gebeuren in de dagelijkse praktijk als op het handelen van de huisarts zelf, aanbod zijn gekomen.

4.6. De gegevensverwerking

Na de periode van gegevensverzameling heeft de eerste periode van de gegevensverwerking plaatsgevonden. Het doel dat we ons hierbij stelden, bestond uit het selecteren van de op schrift gestelde bevindingen op een zodanige wijze, dat de geselecteerde bevindingen door de centrale codeurs geclassificeerd en gecodeerd konden worden (het classificatie-experiment). Aangezien het niet onze bedoeling was de codeurs de totale lijst van 3718 bevindingen te laten coderen (in verband met tijd en financiële aspecten), hebben een drietal huisartsen die niet tot de registrerende huisartsen behoorden, uit het totaal-bestand een gereduceerd aantal bevindingen geselecteerd. De selectie heeft als volgt plaatsgevonden: een groot aantal bevindingen bleken identiek te zijn, dan wel uit synoniemen te bestaan. Door iedere bevinding op een kaart te zetten en op een toegewezen hoofdstuknummer (uit de ICD-9-CM) in een kaartsysteem onder te brengen, ontstond er de mogelijkheid per hoofdstuknummer de 'dubbele bevindingen' eruit te halen. Na deze selectie-procedure bleven er 1070 unieke bevindingen over. Met de gereduceerde lijst werd het classificatie-experiment uitgevoerd.

4.7. De opzet van het classificatie-experiment

De methode van het classificatie-experiment is opgezet aan de hand van in gebruik zijnde classificatie-systemen en aan de hand van de op dat moment beschikbare codeurs ervoor. (Deze codeurs zijn ervaren met het coderen in de hun toegewezen classificatie-systemen).

Gecodeerd moest worden alleen de geselecteerde unieke diagnoses (de gereduceerde diagnoselijst). Deze lijst werd volgens schema 4.1 ter beoordeling voorgelegd aan de verschillende codeurs.

Schema 4.1

classificatiesystemen	codeurs
E-lijst zoals die in de continue morbiditeits-registratie wordt gebruikt	twee huisartsen van de continue morbiditeits-registratie
ICHPPC-2 defined	twee codeurs van het NHI
RFE-classificatie	twee codeurs van het NHI
ICD-9-CM zoals die door de Stichting Medische Registratie wordt gehanteerd	twee codeurs van de Stichting Medische Registratie

4.8. De instructie aan de codeurs

De te coderen bevindingen-lijst bestaat, zoals reeds vermeld in het voorgaande, uit 1070 unieke bevindingen. Iedere bevinding wordt vooraf gegaan door een aantal cijfers die een unieke sleutel (key) vormen voor het betreffende gezondheidsprobleem. De codeurs moeten aan de bevinding een code toekennen; bovendien moet per code de mate van moeite en de mate van zekerheid die de codeur heeft bij het coderen, aangegeven worden. Aan de rechterkant van dit geheel is een ruimte opengelaten waarin de codeurs de mogelijkheid geboden wordt om in geval van meerdere codes deze hierin te kunnen plaatsen of om eventuele op- of aanmerkingen te kunnen noteren. Figuur 4.3 is een voorbeeld van deze te classificeren lijst.

Figuur 4.3

151060111	(.) (.) (.) (.) (.) (.)
151060111 2 25	MAKKELIJK BLEEDENDE POPYIC IN ZWANGERSCHAP
151060311	(.) (.) (.) (.) (.) (.)
151060311 2 26	PECIDIEF SCHIMMELINFECT VAEINA IN ZWANGERSCHAP
151060711	(.) (.) (.) (.) (.) (.)
151060711 2 2	RADICULITIS
151061211	(.) (.) (.) (.) (.) (.)
151061211 2 50	ECZEEM OP ECGLEDEN
151061411	(.) (.) (.) (.) (.) (.)
151061411 2 4	VERKUCEN

4.9. De coderingen

De coderingen zijn genoteerd in het aantal digits dat door het classificatiesysteem wordt voorgeschreven. Het aantal aangegeven digits verschilt daarom van classificatiesysteem tot classificatiesysteem. De codeurs is gevraagd in zoveel mogelijke gevallen per bevinding één code toe te kennen. Indien er meerdere codes zijn toegekend moet de code-volgorde stroken met de volgorde van de gecodeerde elementen uit de bevinding. Zo niet, dan moet dit aangegeven worden. Per code is de mate van moeite en zekerheid bij het coderen vastgelegd. De mate van moeite geeft aan in welke mate het de codeur moeite heeft gekost om met behulp van het betreffende classificatiesysteem te coderen. De mate van zekerheid geeft aan in welke mate de codeur zeker is dat die code specifiek behoort tot die bevinding (bijvoorbeeld in het geval dat er een keuze gemaakt moet worden tussen verschillende codes die ieder een deel van de bevinding 'dekken', is de mate van zekerheid niet hoog). De maten van moeite en zekerheid zijn aangegeven door middel van een 5 puntsschaal, lopend respectievelijk van (1) geen moeite tot (5) zeer veel moeite en van (1) zeer zeker tot (5) zeer onzeker.

HOOFDSTUK 5. RESULTATEN I - Een gobale analyse van de bruikbaarheid van een viertal classificatiesystemen als codeersysteem van ziektegegevens uit de huisartspraktijk

5.1. Inleiding

De voorbereiding van de analyse bestond, zoals we in het vorige hoofdstuk hebben gezien, uit het destilleren van zoveel mogelijk verschillende diagnoses, klachten en problemen uit hetgeen de tien deelnemende artsen in twee weken tijds noteerden.

Twee zaken moet men hierbij in het oog houden, als waarschuwing voor degenen die de in dit hoofdstuk vermelde resultaten willen vergelijken met andere bronnen. Ten eerste wijken de resultaten af van wat gebruikelijk is omdat de huisartsen gevraagd is om *elk consult* met een conclusie af te sluiten in plaats van te wachten totdat de ziekte-episode voldoende is voortgeschreden om een definitieve gevolgtrekking te maken. Ten tweede zijn de resultaten 'ongewogen', dat wil zeggen dat iedere diagnose maar éénmaal wordt gecodeerd en geëvalueerd, onafhankelijk van de frequentie van voorkomen. Vooral dit laatste levert een overschatting op als men conclusies wil trekken over mogelijke problemen bij het coderen van het dagelijkse werk van huisartsen.

De indeling in het hoofdstuk is als volgt. Achtereenvolgens zullen we beschrijven:

- 5.2 - Het aantal toegekende codes per classificatiesysteem.
- 5.3 - De overeenstemming tussen de codeurs.
- 5.4 - De door de codeurs gerapporteerde mate van moeite en zekerheid.
- 5.5 - Een 'over-all' score waarin overeenstemming en evaluatie zijn verwerkt.
- 5.6 - Als 5.5, rekening houdend met de frequentie van voorkomen van de verschillende diagnoses, symptomen, klachten en problemen.

5.2. Het aantal toegekende codes

Het probleem dat wij bij het vergelijken van de codenummers tegenkomen, is het feit dat codeurs hetzelfde 'item' (de door de huisarts geregistreerde eindconclusies) onder kunnen brengen in meerdere codes. Een huisarts heeft

bijvoorbeeld als bevinding van het consult 'nervuus, slapeloos, werk- en gezinsproblematiek' geregistreerd. Dit kan de huisarts registreren als hij van mening is dat deze 4 facetten van de bevinding zoveel met elkaar te maken hebben, dat hij ze niet kan of wil scheiden in 4 aparte bevindingen, zoals hij zou doen als patiënten in één consult meerdere niet gerelateerde problemen zouden noemen. In dat geval zou de huisarts (zie het codeerformulier) de verschillende problemen en de vermoedelijk per probleem verschillende interventies, apart hebben genoteerd. Voor de codeurs zijn de meervoudige items lastig te coderen.

Aan de ene kant kunnen zij het item opvatten als één samengestelde bevinding en zullen zij trachten er een code voor te vinden, maar aan de andere kant hebben zij ook de mogelijkheid één of meerdere facetten van de bevinding apart te coderen. In deze gevallen zal het aantal gescoorde codes van de codeurs variëren. In de werkelijkheid is dit dan ook gebeurd. Tabel 5.1 heeft het resultaat van de gescoorde codes over het item 'nervuus, slapeloos, werk- en gezinsproblematiek'. In deze tabel zien we dat voor hetzelfde item codeurs 1 en 2 beiden één code hebben gescoord die bovendien gelijk is; dat codeurs 3 en 4 beiden 4 codes hebben gescoord die bovendien alle vier gelijk zijn (alleen de volgorde is anders); dat codeurs 5 en 6 een ongelijk aantal codes hebben gescoord (codeur 5 heeft 3 codes gescoord en codeur 6 heeft 2 codes gescoord), waarbij 2 codes gelijk zijn; dat codeurs 7 en 8 een ongelijk aantal codes hebben gescoord (codeur 7 heeft 4 codes gescoord en codeur 8 heeft 2 codes gescoord), waarbij geen van de gescoorde codes van codeur 7 overeenkomt met de gescoorde codes van codeur 8.

Tabel 5.1: De coderingen van het item 'nervuus, slapeloos, werk- en gezinsproblematiek'

codeur	classificatiesysteem	1e. code	2e. code	3e. code	4e. code
1	E-lijst	135	-	-	-
2	E-lijst	135	-	-	-
3	RFE	p08	Z21	p12	Z10
4	RFE	p12	Z10	p08	Z21
5	ICHPPC-2	V620	V611	3074	-
6	ICHPPC-2	V620	V611	-	-
7	ICD-9-CM (5 cijferig)	7992	78052	V622	V611
8	ICD-9-CM (5 cijferig)	30741	V6289	-	-
7-a	ICD-9-CM (3 cijferig) x)	799	780	V62	V61
8-a	ICD-9-CM (3 cijferig)	397	V62	-	-

x) basiscode

Over de 1070 items hebben de codeurs aldus een verschillend aantal codes toegekend. In tabel 5.2 wordt hiervan een overzicht gegeven.

Tabel 5.2: Aantal eerste, tweede, derde of vierde codes per codeur

codeurs	een code		twee codes		drie codes		vier codes		totaal aantal codes
	N	%	N	%	N	%	N	%	
1 E-lijst	1030	96	38	4	2	0	0	0	1112
2 E-lijst	1003	94	61	6	6	1	0	0	1143
3 RFE	939	88	115	11	13	1	3	0	1220
4 RFE	852	80	181	17	32	3	5	0	1330
5 ICHPPC-2	946	88	102	10	19	2	3	0	1219
6 ICHPPC-2	1003	94	60	6	7	1	0	0	1344
7 ICD-9-CM 5-cijferig	882	82	176	17	9	1	3	0	1273
8 ICD-9-CM 5 cijferig	860	80	195	18	13	1	2	0	1295
7-a ICD-9-CM basiscode	882	82	176	17	9	1	3	0	1273
8-a ICD-9-cm basiscode	860	80	195	18	13	1	2	0	1295

Hierbij moet één opmerking worden geplaatst: De codeurs 7 en 8 van de Stichting Medische Registratie hebben de 1070 items gecodeerd met behulp van de ICD-9-CM. Codeur 7 heeft in totaal 1403 codes gescoord en codeur 8 heeft in totaal 1453 codes gescoord. In dit classificatiesysteem kan echter gebruik worden gemaakt van aanvullende codes. Deze codes hebben slechts betekenis als extra informatie en mogen daarom niet als aparte codes worden gezien. Ook hier moeten dus de totale aantallen codes van beide codeurs gecorrigeerd worden. De correctie heeft plaatsgevonden door alle codes die als extra informatie dienen, uit het bestand te halen. Codeur 7 heeft in totaal 1273 codes toegekend en codeur 8 komt uit op 1295 codes.

5.2.1. Het aantal verschillende codes

Naast het aantal toegekende codes is het van belang te weten uit hoeveel verschillende codes dit aantal bestaat. In tabel 5.3 wordt hiervan een overzicht gegeven. We zien in deze tabel dat de codeurs 7 en 8 verreweg het grootste aantal verschillende codes gebruiken, althans wanneer naar de 5-cijferige versie wordt gekeken. Aangezien iedere code een aparte omschrijving inhoudt, mogen we hieruit concluderen dat de items het meest gedifferentieerd in de ICD-9-CM gecodeerd kunnen worden. Dit is niet verwonderlijk omdat de ICD-9-CM het meest uit-

gebrede en gedetailleerde systeem is. Ook zien we dat de codeurs van de RFE meer verschillende codes gebruiken dan de codeurs uit de E-lijst en de ICHPPC-2. Toch worden zelfs in het meest uitgebreide codeersysteem de 1070 items, die tevoren geselecteerd zijn op grond van het feit dat ze van elkaar *verschillen* tot ongeveer 2/3 gereduceerd. De beide huisarts-diagnose classificaties, afgeleid van de ICD (de E-lijst en de ICHPPC-2) geven de grootste reductie in informatie (tussen de 20 en 25% van het totaal aantal items respectievelijk het aantal toegekende codes). De RFE is duidelijk 'rijker' dan de 2 diagnoseclassificaties.

Tabel 5.3: Het aantal verschillende codes

codeur	classificatiesysteem	verschillende codes		
		aantal	%-A *	%-B *
1	E-lijst	255	24%	23%
2	E-lijst	254	24%	22%
3	RFE	365	34%	30%
4	RFE	396	37%	30%
5	ICHPPC-2	289	27%	24%
6	ICHPPC-2	264	25%	20%
7	ICD-9-CM 5-cijferig	708	66%	56%
8	ICD-9-CM 5-cijferig	712	67%	55%
7-a	ICD-9-CM basiscode	364	34%	29%
8-a	ICD-9-CM basiscode	362	34%	28%

5.3. De overeenkomst in het aantal toegekende codes

Om de vraag naar de overeenkomst van de codes te kunnen beantwoorden wordt in de eerste plaats per classificatiesysteem (E-lijst, RFE, ICHPPC-2 en ICD-9-CM) het aantal codes van de twee codeurs met elkaar vergeleken.

Tabel 5.4 heeft hiervan de resultaten. In deze tabel worden de codeurs, die in hetzelfde classificatiesysteem hebben gecodeerd, paarsgewijs vergeleken op het aantal codes dat zij per item hebben toegekend. De eerste kolom geeft de combinaties aan van het aantal gescoorde codes, die per item kunnen voorkomen. Kolom 2 geeft aan het aantal malen dat de betreffende combinatie van het aantal gescoorde codes bij codeur 1 en 2 voorkomt. Kolom 3 geeft hiervan het percentage berekend over de 1070 items. Voor kolommen 5, 6, 7, 8, 9 en 10 geldt hetzelfde, maar dan voor de codeurs 3-4, 5-6 en 7-8.

* Als % van het aantal verschillende items (n=1070) = %-A

Als % van het aantal toegekende codes = %-B

We zien dat codeur 1 en 2 in 93% van de gevallen beiden één code toekennen en in 2% van de gevallen 2 codes. Dit betekent dat zij in 95% van de gevallen eens zijn over het aantal codes dat zij moeten toekennen. Codeur 3 en codeur 4 zijn het in 89% van de gevallen eens (79% beiden 1 code, 9% beiden 2 codes en 1% beiden 3 codes). Codeur 5 en 6 geven in 90% hetzelfde aantal codes (87% beiden 1 code en 3% beiden 2 codes) en voor codeurs 7 en 8 geldt dit in 87% van de gevallen (76% beiden 1 code en 11% beiden 2 codes).

Tabel 5.4: Percentage overeenkomst van het aantal toegekende codes per classificatiesysteem

combinatie van het aantal codes	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9-CM 5-cijferig		ICD-9-CM basiscode	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1-1	992	93	841	79	928	87	812	76	812	76
1-1	47	4	99	9	86	8	117	11	117	11
1-3	2	0	8	1	7	1	1	0	1	0
1-4	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
2-2	24	2	93	9	33	3	120	11	120	11
2-3	4	0	11	1	8	1	13	1	13	1
2-4	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0
3-3	1	0	13	1	5	0	4	0	4	0
3-4	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
4-4	0	0	3	0	0	0	2	0	2	0
totaal	1070	100	1070	100	1070	100	1070	100	1070	100

5.3.1. Het aantal gelijke codes

In het voorafgaande hebben wij de codeurs vergeleken op het aantal gescoorde codes. Daarbij is buiten beschouwing gelaten of de codes zelf met elkaar in overeenstemming zijn. De vraag die wij ons hierbij stellen luidt: In hoeveel procent van de gevallen komen bij een gelijk aantal gescoorde codes de code-nummers overeen, en in hoeveel procent van de gevallen komen bij een ongelijk aantal gescoorde codes een of meerdere codes overeen? Tabel 5.5 geeft de resultaten van de vergelijking van codeurs 1 en 2, tabel 5.6 van codeurs 3 en 4, tabel 5.7 van codeurs 5 en 6 en tabel 5.8 van codeurs 7 en 8.

Uit de tabellen 5.5 tot en met 5.8 kunnen we het volgende concluderen:

1. Codeurs 1 en 2 komen in 68% van de gevallen geheel overeen, in 4% gedeeltelijk en in 28% geheel niet met elkaar overeen.
2. Codeurs 3 en 4 komen in 48% geheel, in 11% gedeeltelijk en in 41% geheel niet met elkaar overeen.

3. Voor codeurs 5 en 6 geldt: 49% geheel, 8% gedeeltelijk en 43% geheel niet.

4. Voor codeurs 7 en 8: 55% geheel, 12% gedeeltelijk en 33% geheel niet.

Tabel 5.5: Percentage overeenkomst van gelijke codes van codeurs 1 en 2 (E-lijst).

overeenkomst tussen beide codeurs	zelfde aantal codes		ongelijk aantal codes		totaal	
	N	%	N	%	N	%
gehele overeenstemming	732	68	-	-	732	68
gedeeltelijke overeenstemming	3	0	37	3	40	4
geen overeenstemming	282	26	16	1	298	28
TOTAAL	1017	95	53	5	1070	100

Tabel 5.6: Percentage overeenkomst in gelijke codes van codeurs 3 en 4 (RFE).

overeenkomst tussen beide codeurs	zelfde aantal codes		ongelijk aantal codes		totaal	
	N	%	N	%	N	%
gehele overeenstemming	517	48	-	-	517	48
gedeeltelijke overeenstemming	44	4	72	7	116	11
geen overeenstemming	389	36	48	4	437	41
TOTAAL	966	90	104	10	1070	100

Tabel 5.7: Percentage overeenkomst in gelijke codes van codeurs 5 en 6
(ICHPPC-2)

overeenkomst tussen beide codeurs	zelfde aantal codes		ongelijk aantal codes		totaal	
	N	%	N	%	N	%
gehele overeenstemming	525	49	-	-	525	49
gedeeltelijke overeenstemming	13	1	72	7	85	8
geen overeenstemming	428	40	32	3	460	43
TOTAAL	966	90	104	10	1070	100

Tabel 5.8: Percentage overeenkomst in gelijke codes van codeurs 7 en 8
(ICD-9-CM)

overeenkomst tussen beide codeurs	zelfde aantal codes		ongelijk aantal codes		totaal	
	N	%	N	%	N	%
gehele overeenstemming	590	55	-	-	590	55
gedeeltelijke overeenstemming	46	4	81	8	127	12
geen overeenstemming	302	28	51	5	353	33
TOTAAL	938	87	132	13	1070	100

We zien dat codeurs 1 en 2 (E-lijst) het sterkst overeenstemmen. Hun training en ervaring in het gebruik van de E-lijst voor typisch huisartsgeneeskundige problematiek, zal hier niet vreemd aan zijn. We moeten echter niet vergeten dat codeurs 7 en 8 (ICD-9-CM) regelmatig gebruik maken van een 5-cijferige code, terwijl codeurs 1 en 2 van een driecijferige code gebruik maken.

Vergelijken wij de codes van codeurs 7 en 8 op de 'basiscode' van drie cijfers, dan krijgen wij het volgende resultaat: codeurs 7 en 8: 62% gehele overeenstemming, 12% gedeeltelijke overeenstemming en 26% geen overeenstemming.

Conclusie

Samenvattend kunnen we de resultaten van de code-vergelijkingen als volgt in tabel 5.9 weergeven.

Tabel 5.9: Percentages van de code-overeenkomsten per classificatiesysteem

Mate van overeenkomst	E-lijst x	RFE x	ICHPPC-2 x	ICD-9-CM y	ICD-9-CM* x
gehele overeenkomst	68%	48%	49%	55%	62%
gedeeltelijke overeenkomst	4%	11%	8%	12%	12%
geen overeenkomst	28%	41%	43%	33%	26%

De beide 'beproefde' systemen (E-lijst en ICD-9) hebben de hoogste percentages overeenstemming. Weliswaar doen de codeurs andere dingen dan ze normaal doen: de E-lijst codeurs *classificeren* niet hun eigen resultaten, maar *coderen* de resultaten van andere huisartsen in hun systeem en de ICD-9 codeurs coderen geen klinische diagnoses maar de vaak diffusere problematiek uit de huisartspraktijk; dit geeft echter geen onbevredigende resultaten. RFE/ICHPPC-2 geven lagere overeenkomst te zien. Dit kan liggen aan de betrekkelijke nieuwheid van de systemen, aan de aard van de systemen of aan de geringere ervaring van de codeurs 3, 4, 5 en 6.

* op 3-digit niveau (basiscode)

Gezien de verschillen tussen beide systemen en de overeenkomst in type classificatiesysteem tussen E-lijst en ICHPPC-2, is de meest voor de hand liggende gevolgtrekking, dat de nieuwigheid van de systemen (tot uiting komend in het gebrek aan naslagmogelijkheden) de codeurs parten heeft gespeeld. Nu is onze eerste vraagstelling: zijn de 'producten' uit de huisartspraktijk codeerbaar in 'een' geaccepteerd classificatiesysteem? beantwoord als één van de systemen redelijke resultaten oplevert. Als men ook nog aanwijzingen wil krijgen welke systemen, gegeven de doelstelling, beter geschikt zijn dan de andere, moet men meer informatie verzamelen. We zullen daarom nu de subjectieve ervaringen van de codeurs in onze beschouwingen betrekken.

5.4: De subjectieve evaluatie van de codeurs

5.4.1. De mate van 'moeite' met het coderen

Zoals in het voorgaande is aangegeven hebben de codeurs achter iedere apart gescoorde code de mate van moeite aangegeven op een 5-puntsschaal, lopende van 'geen moeite' tot 'zeer veel moeite'. Bovendien is reeds gezegd dat het aantal toegekende codes per item kan variëren van één tot maximaal vier codes, waardoor er per item meerdere waarden voor de moeite kunnen worden toegekend. Om een uitspraak te kunnen doen over de totale moeite die het coderen in een classificatiesysteem gekost heeft en om deze onderling te kunnen vergelijken, wordt de gemiddelde maat voor de moeite berekend⁽²⁾.

De maat voor de 'moeite' is weer samengevoegd tot 3 klassen: 1 = veel moeite; 2 = redelijke moeite; 3 = geen moeite.

In tabel 5.10 worden de resultaten van deze berekeningswijze weergegeven.

Tabel 5.10: Totale moeite die bij het coderen is ondervonden

	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9-CM	
	N	%	N	%	N	%	N	%
veel moeite	5	0	14	1	51	5	15	1
redelijke moeite	150	14	185	17	252	24	170	16
geen moeite	915	86	871	81	767	72	885	83
totaal	1070	100	1070	100	1070	100	1070	100

Bij de vergelijking van de moeite zien we dat de E-lijst codeurs de minste moeite met het classificeren zeggen te hebben. Maar ook laat de tabel zien dat de ICD-9-CM en de RFE als systemen gekenmerkt kunnen worden waarin men weinig moeite heeft bij een item een toepasselijke omschrijving te vinden. De opbouw en structuur van de RFE (hoofdstukken en componenten), zou ten grondslag kunnen liggen aan de 'codeer-vriendelijkheid' van dit systeem. Bij de ICD-9-CM speelt de aanwezigheid van de alfabetische lijst waarschijnlijk een rol; de lagere resultaten van de ICHPPC-2 wijzen wellicht op een gebrek aan nederlandstalige documentatie.

5.4.2. De mate van zekerheid

Bij het bepalen van de totale gemiddelde zekerheid waarmee de codeurs de items in de classificatiesystemen hebben kunnen onderbrengen, stuiten we op dezelfde problemen die geschetst zijn bij de mate van moeite. Eenzelfde berekeningswijze is daarom ook voor de totale gemiddelde zekerheid toegepast.

Ook de mate van zekerheid is in 3 klassen ingedeeld: 1 = geen zekerheid; 2 = redelijke zekerheid; 3 = veel zekerheid.

Tabel 5.11 geeft een overzicht van de totale gemiddelde zekerheid per classificatiesysteem. Uit tabel 5.11 kunnen we concluderen dat de codeurs tijdens het coderen in de ICD-9-CM het grootst aantal malen (75%) zeker zijn dat de gescoorde code ook werkelijk de inhoud van het item dekt. Het kan

zijn dat het gespecificeerd kunnen aangeven van de inhoud van de items door middel van een extra digit achter de basiscode (3-digits) de codeurs meer zekerheid verschaft dat zij de juiste code hebben toegekend.

Tabel 5.11: Totale zekerheid die bij het coderen is opgetreden

	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9-CM	
	N	%	N	%	N	%	N	%
geen zekerheid	44	4	82	8	82	8	41	4
redelijke zekerheid	517	48	370	35	285	27	222	21
veel zekerheid	509	48	618	58	703	66	807	75
totaal	1070	100	1070	100	1070	100	1070	100

5.5: Een 'over-all' maat voor de overeenstemming tussen een evaluatie van de codeurs

Als men behoefte heeft aan een zeker overzicht van het geheel, dan is het nuttig om de drie gebruikte evaluatie-maten te combineren. De 'overeenstemming' tussen de codeurs is de klassieke maat, die bij het beoordelen van een classificatiesysteem of bij het beoordelen van de mate waarin bepaalde eenheden in een systeem zijn onder te brengen, gebruikt wordt. Aan deze overeenstemming zal ook het zwaarste gewicht worden toegekend bij het construeren van de 'over-all' maat (1 = gehele overeenkomst; 3 = gedeeltelijke overeenkomst; 5 = geen overeenkomst). 'Moeite' en 'zekerheid' worden hier als tot 3 waarden teruggebrachte variabelen aan toegevoegd (1 = weinig moeite respectievelijk veel zekerheid; 2 = redelijke moeite/zekerheid; 3 = veel moeite/ weinig zekerheid). Op deze wijze ontstaat een schaal die varieert van 3-11. De verdeling van deze gecombineerde score over de classificatiesystemen is als volgt (tabel 5.12):

Tabel 5.12: 'Over-all' score voor de mate van codeerbaarheid

		E-lijst	RFE	ICHPPC-2	ICD-9(5)	ICD-9(3)
goed	(3)	39	35	34	47	52
	(4)	25	9	10	4	5
	(5)	6	11	9	14	15
matig	(6)	2	4	2	1	2
	(7)	7	15	19	17	12
	(8)	12	14	12	5	4
slecht	(9)	8	8	8	10	9
	(10)	1	4	3	1	1
	(11)	0	1	3	1	1
totaal		100%	100%	100%	100%	100%

In tabel 5.12 zijn de resultaten van deze berekening vastgelegd. We zien dat in de ICD-9-CM (basiscode) 72% in de categorie 'goed' valt. In de E-lijst kan 70% van de items goed worden gecodeerd en 9% slecht. Het coderen met behulp van de RFE of de ICHPPC-2 maakt weinig verschil uit: een fractie meer dan de helft van de items is goed te coderen; een derde is matig te coderen en de rest is slecht te coderen.

Wie geïnteresseerd is in de bijdrage van respectievelijk 'moeite' en 'zekerheid' aan de totaal score, wordt verwezen naar bijlage II.

Voor de volgorde waarin de systemen worden gerangschikt, maakt het niet uit welk van beide onderdelen ('moeite' of 'zekerheid') men weglaat. Zoals we aan het begin van het hoofdstuk hebben gesteld, kan één ding de zaak vertekenen; er wordt namelijk geen rekening gehouden met de frequentie van voorkomen van de classificatie-items. In paragraaf 5.6 zullen we laten zien wat er gebeurt als dit wél wordt gedaan.

5.6: Codeerbaarheid gewogen met de frequentie van voorkomen van de items

We verwachten dat de resultaten van speciaal voor de huisartspraktijk ontworpen classificaties (E-lijst, ICHPPC-2, RFE) het meest zullen verbeteren als we rekening houden met de frequentie van voorkomen van de verschillende items. Eén van de criteria bij de constructie van deze classificaties is

namelijk dat zaken die in de huisartspraktijk frequent voorkomen goed moeten kunnen worden ondergebracht.

In plaats van de 1070 items, gaat het nu om de 3718 bevindingen uit de 2-weekse registratieperiode. De resultaten vindt men in tabel 5.13:

Tabel 5.13: Mate van codeerbaarheid gewogen met frequentie van voorkomen van de items (n=3718)

	E-lijst	RFE	ICHPPC-2	ICD-9	ICD-9*
goed 3-5	72% (+2)	64% (+10)	54% (+1)	73% (+7)	79% (+7)
matig 6-8	24% (+3)	28% (- 5)	34% (+1)	18% (-5)	11% (-6)
slecht 9-11	4% (-5)	8% (- 5)	12% (-2)	10% (-2)	10% (-1)
totaal	100%	100%	100%	100%	100%

In deze tabel zien we dat als we rekening houden met de frequentie van voorkomen van de items, de mate van codeerbaarheid voor alle classificatiesystemen stijgt. In het geval van de RFE stijgt de mate van codeerbaarheid het meest: 10% in de categorie 'goed'. In de ICD-9-CM (basiscode) neemt de maat in de categorie 'goed' toe met 7%. Het is dus niet zo, dat de stijging het grootst is voor de huisartsgeneeskundige classificaties (E-lijst en ICHPPC-2 stijgen nauwelijks -RFE en ICD-9 wel).

Blijkbaar hebben de ICHPPC-2 codeurs, ook moeite gehad met het coderen van frequent voorkomende diagnoses, symptomen, klachten en problemen in tegenstelling tot de RFE-codeurs. Het is op deze plaats niet zo gemakkelijk om definitieve conclusies aan de resultaten te verbinden.

Als het coderen 'goed' is gegaan, dan kan men concluderen dat het in ieder geval mogelijk is geweest om de door de huisarts gegenereerde diagnoses, symptomen, klachten en problemen te coderen. Voor een vergelijkend oordeel verschillen de systemen teveel in belangrijke kenmerken als:

- het doel van de systemen (RFE versus de rest);
- de ervarenheid van de codeurs (E-lijst/ICD-9 versus RFE/ICHPPC-2, en van beide laatste RFE meer dan ICHPPC-2);
- de uitgebreidheid en toegankelijkheid van de documentatie (ICD-9 versus de rest).

Desalniettemin is het verrassend om te zien dat ook met de niet voor de huisartsgeneeskunde ontworpen ICD-9 de gegevens van de huisartsen in deze studie goed te coderen zijn.

* basiscode

HOOFDSTUK 6. RESULTATEN II - Een differentiatie naar de aard van de te coderen diagnoses, symptomen, klachten en problemen

6.1. Inleiding

Tot nu toe zijn alle te coderen eenheden gelijk behandeld. Er is geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende soorten items. Het maken van een dergelijk onderscheid, kan ons verder helpen bij het bepalen van de haalbaarheid van het coderen van 'producten' uit de huisartspraktijk. Als het namelijk zo zou zijn, dat de slecht tot matig classificeerbare producten te benoemen zijn, dan kan men proberen om ze zoveel mogelijk te elimineren, hetzij door de classificaties aan te passen, hetzij door de instructie te verbeteren of bijvoorbeeld onderdelen van verschillende classificatiesystemen te combineren.

Men moet zich realiseren dat de reeds geconstateerde verschillen in betrouwbaarheid etc. ook in de nu volgende deelanalyses doorwerken. In dit hoofdstuk gaat het er echter primair om, de sterke en zwakke kanten binnen elk classificatiesysteem te ontdekken. In eerste aanleg heeft een zekere groepering plaats gevonden van de 1070 items. De volgende onderscheidingen zijn aangebracht:

1. *Het item behelst geen morbiditeit.* Dit is aangegeven door de twee huisartsencodeurs van de Continue Morbiditeits Registratie. In deze registratie wordt namelijk alleen 'morbiditeit' geregistreerd volgens een aangepaste versie van de E-lijst. De E-lijst kent een hoofdgroep (XVIII) waarin preventieve, profylactische en administratieve procedures zijn gebruikt; de codeurs hadden dan ook in eerste instantie een aantal items buiten beschouwing gelaten en geclassificeerd als 'geen morbiditeit'. Een dergelijke kwalificatie zegt wel iets over de eenheden; we kunnen ons voorstellen dat bijvoorbeeld de RFE-classificatie juist deze eenheden goed kan onderbrengen.
2. *Het item is somatisch danwel psychosociaal van aard.* Classificatiesystemen kunnen variëren in de mate waarin ze minder somatische items kunnen onderbrengen. De klinische versie van de ICD zal -specifiek gericht op klinische, duidelijk omschreven morbiditeit als zij qua origine is- meer moeite hebben met het onderbrengen van de typisch psychosociale items dan de ICHPPC-2, die de hele hoofdgroep wijdt aan psychosociale en sociale problematiek. Van 1070 items is door een huisarts (tevens projectmedewerker van het classificatieproject) met een 6-puntsschaal aangegeven in

welke categorieën van de 6-puntsschaal zij vallen. De schaalpunten hebben hierbij de volgende omschrijving meegekregen:

- 1 = volkomen somatisch
- 2 = meer somatisch dan psychosociaal
- 3 = zowel somatisch als psychosociaal
- 4 = meer psychosociaal dan somatisch
- 5 = volkomen psychosociaal
- 6 = niet van toepassing

3. *Het item is een diagnose, symptoom, klacht of probleem.* Hiervoor geldt in feite hetzelfde als onder 2 gesteld. De RFE is een systeem gericht op symptomen, klachten en problemen, en zal hier waarschijnlijk beter voldoen dan de andere drie classificatiesystemen. De ordening is aangebracht door op een 5-puntsschaal aan te geven welke items in aanmerking komen voor de volgende omschrijvingen:

- 1 = klacht
- 2 = symptoom
- 3 = diagnose
- 4 = heterogeen van samenstelling
- 5 = niet van toepassing.

6.2. Morbiditeit versus geen morbiditeit

De codeurs 1 en 2 (twee huisartsen van de Continue Morbiditeits Registratie) hebben tijdens het coderen in de E-lijst aangegeven wanneer het item geen morbiditeit betrof. Bij 19% van de items bleek dit zo te zijn. Om een indicatie te krijgen van de moeilijkheden die met het coderen van deze items gepaard kunnen gaan, hebben we de mate van codeerbaarheid van deze itemsgroep berekend voor de classificatiesystemen. Tabel 6.1 geeft hiervan een overzicht.

Tabel 6.1: Mate waarin de items betreffende 'geen morbiditeit' te coderen zijn

	E-lijst	RFE	ICHPPC-2	ICD-9	ICD-9(basiscode)
goed	48%	49%	48%	47%	59%
matig	31%	34%	34%	26%	18%
slecht	21%	17%	18%	27%	23%
totaal	100%	100%	100%	100%	100%

In deze tabel zien we dat de codeurs van de ICD-9 (3-digit basiscode) items met het etiket 'geen morbiditeit' het beste kunnen onderbrengen: 59% goed. We zien echter ook dat de meeste items tevens het slechts gecodeerd kunnen worden in ditzelfde systeem (23% slecht). De ICHPPC-2 en de RFE ontlopen elkaar op dit terrein niet veel (48% tegen 49% goed; 18% tegen 17% slecht). Met de E-lijst gaat het coderen van deze items het minst goed (48% goed, 31% matig en 21% slecht).

Zoals verwacht scoort de RFE het laagst in de categorie 'slecht', maar ook de ICHPPC-2 kan redelijk met deze items uit de voeten.

Passen we nu de enkelvoudige correctie toe (de mate van codeerbaarheid alleen gecorrigeerd voor de mate van 'moeite' of 'zekerheid'), dan zien we de volgende resultaten (tabellen 6.2 en 6.3).

Tabel 6.2: Mate van codeerbaarheid van de items betreffende 'geen morbiditeit', alleen bestaand uit 'overeenstemming' en 'mate van moeite'.

	E-lijst	RFE	ICHPPC-2	ICD-9	ICD-9(basiscode)
goed	51%	52%	49%	47%	60%
matig	31%	32%	32%	27%	17%
slecht	18%	16%	19%	26%	23%
totaal	100%	100%	100%	100%	100%

Tabel 6.3: Mate van codeerbaarheid van de items betreffende 'geen morbiditeit', bestaande uit 'overeenstemming' en 'mate van zekerheid'

	E-lijst	RFE	ICHPPC-2	ICD-9	ICD-9(basiscode)
goed	46%	48%	48%	46%	57%
matig	15%	19%	21%	20%	14%
slecht	39%	33%	31%	34%	30%
totaal	100%	100%	100%	100%	100%

In tabel 6.2 zien we dat het coderen van de items betreffende 'geen morbiditeit' met de minste moeite geschiedt door de codeurs van de ICD-9 (60% goed, 17% matig en 23% slecht). Het coderen van deze items met behulp van

de E-lijst, RFE en ICHPPC-2 gaat ongeveer even goed (\pm 50% goed, 32% matig en 18% slecht).

Combineren we 'overeenstemming' met alleen de mate van 'zekerheid', dan zien we dat coderen van de items betreffende 'geen morbiditeit' (tabel 6.3) de minste problemen geeft in de ICD-9 (57% goed, 14% matig en 30% slecht). In de ICHPPC-2 scoren de codeurs iets beter dan in de RFE (2% beter in de categorie matig en 2% beter in de categorie slecht). Het coderen met behulp van de E-lijst gaat het slechtst (46% goed, 15% matig en 39% slecht).

Vergelijking tussen tabel 6.2 en 6.3 laat zien dat de codeerproblemen vooral bij de mate van 'zekerheid' zitten. In elk classificatiesysteem valt meer dan 30% in de categorie 'slecht'. Blijkbaar weet men niet goed raad met deze items en zijn de codeurs onzeker over de juiste toekenning van de code.

6.3. Somatisch versus psychosociaal

Een tweede variabele die de mate van codeerbaarheid zou kunnen bepalen is aard van het item. Om de 1070 items te kunnen indelen naar de aard ervan, heeft een huisarts (tevens medewerker aan het project) de items ingeschaald op een 6-puntsschaal lopende van 1 = volkomen somatisch naar 5 = volkomen psychosociaal met een extra categorie voor de items die hier niet ondergebracht kunnen worden, n.l. 6 = niet van toepassing.

De invloed die deze variabele kan hebben op de mate van codeerbaarheid is af te lezen uit de tabellen 6.5 tot en met 6.10.

Tabel 6.5 geeft de mate aan van codeerbaarheid van de items die volkomen somatisch van aard zijn.

Tabel 6.6 geeft de mate van codeerbaarheid van de items die meer somatisch dan psychosociaal zijn.

Tabel 6.7 geeft de mate van codeerbaarheid van de items die zowel somatisch als psychosociaal van aard zijn.

Tabel 6.8 geeft de mate van codeerbaarheid van de items die meer psychosociaal dan somatisch van aard zijn.

Tabel 6.9 geeft de mate van codeerbaarheid van de items die volkomen psychosociaal van aard zijn.

Tabel 6.10 geeft de mate van codeerbaarheid van de items die noch somatisch

noch psychosociaal van aard zijn (de aanduiding 'niet van toepassing').

In tabel 6.4 staat de verdeling van de items over deze variabele vermeld.

Tabel 6.4: Het aantal items verdeeld over de variabele somatisch-psychosociaal*

	N	%
volkomen somatisch	629	58.8
meer somatisch dan psychosociaal	112	10.5
zowel somatisch als psychosociaal	82	7.7
meer psychosociaal dan somatisch	70	6.5
volkomen psychosociaal	112	10.5
niet van toepassing	65	6.1
totaal	1070	100 %

Tabel 6.5: Mate van codeerbaarheid van items die volkomen somatisch van aard zijn

	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9		ICD-9(basiscode)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
goed	457	73	342	54	337	54	433	69	473	75
matig	118	19	204	32	214	34	143	23	106	17
slecht	54	9	83	13	78	12	53	8	50	5
totaal	629	100	629	100	629	100	629	100	629	100

In deze tabel zien we dat de codeurs van de ICD-9 de minste moeite hadden met de items die volkomen somatisch van aard zijn (75% is goed codeerbaar in ICD-9-basiscode). Ook in de E-lijst wordt een goed resultaat behaald (73% goed). De RFE en de ICHPPC-2 ontlopen elkaar niet veel. In beide systemen kan iets meer dan de helft van deze items goed gecodeerd worden.

* N.B.: Het betreft steeds de 1070 geselecteerde items en dus niet de gehele steekproef.

Tabel 6.6: Mate van codeerbaarheid van items die meer somatisch dan psychosociaal van aard zijn

	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9		ICD-9(basiscode)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
goed	69	62	66	59	54	48	84	75	89	80
matig	34	30	35	31	38	34	16	14	12	11
slecht	9	8	11	10	20	18	12	11	11	10
totaal	112	100	112	100	112	100	112	100	112	100

In tabel 6.6 zien we dat de items die meer somatisch zijn dan psychosociaal van aard, het beste gecodeerd kunnen worden in de ICD-9-CM(basiscode): 80% goed. De RFE en de E-lijst resultaten liggen dicht bij elkaar (respectievelijk 59% en 62% in de categorie goed, 31% en 30% in de categorie matig, 10% en 8% in de categorie slecht). In de ICHPPC-2 worden mindere resultaten behaald: 48% goed, 34% matig en 18% slecht.

Tabel 6.7: Mate van codeerbaarheid van items die zowel somatisch als psychosociaal van aard zijn

	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9		ICD-9(basiscode)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
goed	49	60	45	55	44	54	47	57	52	63
matig	16	20	25	31	22	27	20	24	18	22
slecht	17	21	12	15	15	20	15	18	12	15
totaal	82	100	82	100	82	100	82	100	82	100

In deze tabel zien we dat de items die zowel somatisch als psychosociaal van aard zijn, het beste gecodeerd kunnen worden in de ICD-9-CM(basiscode): 63% goed en 15% slecht. In de E-lijst kan 60% goed en 21% slecht worden gecodeerd. De RFE behaalt ten opzichte van de ICHPPC-2 een iets beter resultaat: respectievelijk 55% versus 54% in de categorie goed, 31% versus 27% matig, 15% versus 20% slecht.

Tabel 6.8: Mate van codeerbaarheid van items die meer psychosociaal dan somatisch van aard zijn

	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9		ICD-9(basiscode)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
goed	46	66	35	50	37	53	39	58	46	66
matig	17	24	22	31	21	30	21	30	15	21
slecht	7	10	13	19	12	17	10	14	9	13
totaal	70	100	70	100	70	100	70	100	70	100

In deze tabel zien we dat de items die meer psychosociaal dan somatisch van aard zijn, het beste gecodeerd kunnen worden in de E-lijst en in de ICD-9-CM(basiscode). In de categorie 'goed' scoren beide classificatiesystemen even hoog (66%). In de categorieën matig en slecht behaalt de E-lijst een iets beter resultaat: 24% versus 21% en 10% versus 13%. Met de ICHPPC-2 en de RFE worden mindere resultaten geboekt: respectievelijk 53% en 50% goed, 30% en 31% matig, 17% en 19% slecht.

Tabel 6.9: Mate van codeerbaarheid van items die volkomen psychosociaal van aard zijn

	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9		ICD-9(basiscode)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
goed	88	79	69	62	64	57	61	55	67	60
matig	17	15	33	30	34	30	28	25	25	22
slecht	7	6	10	9	14	13	23	21	20	18
totaal	112	100	112	100	112	100	112	100	112	100

In tabel 6.9 zien we dat de items die volkomen psychosociaal van aard zijn het beste resultaat behalen in de categorie 'goed' van de E-lijst: 79%. In dezelfde categorie scoren de andere classificatiesystemen: RFE=62%, ICD-9-CM=60% en ICHPPC-2=57%. In de categorie matig behalen de codeurs met de RFE en de ICHPPC-2 de minste resultaten: beide 30%, terwijl de codeurs met de ICD-9 hiervoor 22% en de codeurs met de E-lijst 15% scoren. De minste items kunnen in de E-lijst 'slecht' gecodeerd worden: 6%.

Tabel 6.10: Mate van codeerbaarheid van items die niet van toepassing zijn op de psychosociale schaal

	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9		ICD-9(basiscode)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
goed	35	54	24	37	28	43	30	46	41	63
matig	24	37	30	46	28	43	16	25	9	14
slecht	9	9	11	17	9	14	19	30	15	23
totaal	65	100	65	100	65	100	65	100	65	100

In deze tabel zien we dat de items die noch als somatisch, noch als psychosociaal worden gezien, het beste onder te brengen zijn in de ICD-9-CM(basiscode): 63%. Maar tegelijkertijd zien we dat bijna een kwart van deze items slecht te coderen zijn in dit systeem. De E-lijst komt op de tweede plaats: 54% goed en 9% slecht. Hierna volgt de ICHPPC-2: 43% goed en 14% slecht, en de RFE: 37% goed en 17% slecht.

Passen we op de mate van codeerbaarheid de enkelvoudige correctie toe (alleen gecorrigeerd voor de mate van 'moeite' of 'zekerheid') dan kunnen de resultaten vastgelegd worden in de tabellen III-1 t/m III-12 (zie bijlage III).

6.4. Klacht versus diagnose

Een derde variabele die de mate van codeerbaarheid van de items in de verschillende classificatiesystemen kan beïnvloeden is de vorm waarin de eindconclusie gegoten is. Onder de vorm van de eindconclusie verstaan we of de eindconclusie gesteld is in termen van een klacht, een symptoom, een diagnose of uit een samenstelling hiervan. Hiertoe heeft een huisarts (tevens medewerker aan het project) de 1070 items ingedeeld op een 5-puntsschaal lopende van 1 = klacht

2 = symptoom

3 = diagnose

4 = heterogeen van samenstelling

5 = kan niet ingedeeld worden in de 4 voorgaande schaalpunten.

In tabel 6.11 staat de verdeling van de items over deze variabele vermeld.

Tabel 6.11: Verdeling van het aantal items over de variabele 'klacht - diagnose

	N	%
klacht	133	12.4
symptoom	175	16.4
diagnose	484	45.2
heterogeen van samenstelling	57	5.3
niet van toepassing	221	20.7
totaal	1070	100%

In tabellen 6.12 tot en met 6.16 staan de resultaten van de invloed van de variabele klacht-diagnose op de mate van codeerbaarheid.

Tabel 6.12: Mate van codeerbaarheid van items die als klacht worden beschouwd

	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9		ICD-9(basiscode)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
goed	71	53	88	66	69	52	72	54	78	59
matig	37	28	31	23	44	33	37	28	32	24
slecht	25	19	14	11	20	15	24	18	23	17
totaal	133	100	133	100	133	100	133	100	133	100

In deze tabel zien we dat de items die als klacht worden beschouwd het beste gecodeerd kunnen worden in de RFE: 66% goed en 11% slecht. Voor de ICD-9-CM liggen deze percentages lager: 59% goed en 17% slecht. In de E-lijst en de ICHPPC-2 kunnen dit soort items minder goed gecodeerd worden: respectievelijk 53% en 52% goed, 28% en 33% matig, 19% en 15% slecht.

De RFE blijkt goed te voldoen voor het doel waarvoor zij ontworpen is: het coderen van de subjectieve kant van het arts-patiënt contact.

Tabel 6.13: Mate van codeerbaarheid van items die als symptoom worden beschouwd

	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9		ICD-9(basiscode)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
goed	102	58	98	56	77	44	124	71	134	77
matig	49	28	57	33	66	38	33	20	25	14
slecht	24	14	20	11	32	18	18	10	16	9
totaal	175	100	175	100	175	100	175	100	175	100

In tabel 6.13 zien we dat de items die als symptoom worden beschouwd het beste gecodeerd kunnen worden in de ICD-9-CM(basiscode): 77% goed en 9% slecht. Het coderen in de RFE geeft de volgende resultaten: 56% goed en 11% slecht. In de E-lijst kan beter gecodeerd worden dan in de ICHPPC-2: 58% versus 44% goed, 14% versus 18% slecht.

Tabel 6.14: Mate van codeerbaarheid van items die als diagnose worden beschouwd

	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9		ICD-9(basiscode)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
goed	388	80	288	60	295	61	358	74	382	79
matig	72	15	134	28	136	28	99	21	77	16
slecht	24	5	62	13	53	11	27	6	25	5
totaal	484	100	484	100	484	100	484	100	484	100

In deze tabel zien we dat met de items die als diagnose worden beschouwd, de codeurs van de ICD-9(basiscode) de minste problemen hadden: 79% goed en 5% slecht. Dat geldt ook voor de codeurs van de E-lijst: 80% goed en 5% slecht. De ICHPPC-2 en de RFE ontlopen elkaar ook niet veel (respectievelijk 61% en 60% goed, 11% en 13% slecht), maar de mate van codeerbaarheid ligt voor deze beide systemen wel lager dan die voor de twee eerstgenoemde systemen.

Tabel 6.15: Mate van codeerbaarheid van items die heterogeen van samenstelling zijn

	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9		ICD-9(basiscode)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
goed	41	72	33	58	28	49	39	68	46	81
matig	10	18	18	32	23	40	10	18	6	11
slecht	6	11	6	11	6	11	8	14	5	9
totaal	57	100	57	100	57	100	57	100	57	100

We zien in deze tabel dat de items die heterogeen van samenstelling zijn het beste gecodeerd kunnen worden in de ICD-9CM(basiscode): 81% goed en 9% slecht. In de E-lijst kan 72% goed gecodeerd worden en 11% slecht. De RFE komt op de derde plaats met 58% goed en 11% slecht. De percentages voor de ICHPPC-2 luiden: 49% goed en 11% slecht.

Tabel 6.16: Mate van codeerbaarheid van items die niet van toepassing zijn op de klachtenschaal

	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9		ICD-9(basiscode)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
goed	142	64	74	34	95	43	101	46	128	58
matig	58	26	109	49	88	40	65	29	45	20
slecht	21	10	38	17	38	17	55	25	48	22
totaal	221	100	221	100	221	100	221	100	221	100

In tabel 6.16 zien we dat de items die noch als klacht noch als symptoom of diagnose worden beschouwd, niet goed codeerbaar zijn. Het beste resultaat wordt bereikt met de E-lijst: 64% goed en 10% slecht. In de ICD-9 kan 58% goed en 22% slecht gecodeerd worden, voor de ICHPPC-2 geldt dat 43% goed en 17% slecht gecodeerd kan worden, en voor de RFE geldt: 34% kan goed gecodeerd worden en 17% kan slecht gecodeerd worden.

De resultaten van de enkelvoudige correctie op de mate van codeerbaarheid

(alleen voor 'moeite' of 'zekerheid' gecorrigeerd) worden samengevat in de tabellen III-13 tot en met III-22 (zie bijlage III).

6.5. De invloed van de codeurs

De invloed van de codeurs en de invloed van de classificatiesystemen op de mate van codeerbaarheid is in dit experimenteel design moeilijk te onderscheiden. Per classificatiesysteem zijn er slechts 2 codeurs voor handen geweest, die bovendien niet als gelijkwaardige specialisten op het gebied van het coderen beschouwd mogen worden. Om deze redenen hebben we d.m.v. een a-selecte trekking 113 items, van de oorspronkelijk 1070 te coderen items, nogmaals door alle codeurs laten coderen.

Per codeur vergelijken we de toegekende codes, en de resultaten zijn als volgt (zie tabel 6.17).

Tabel 6.17: Overeenkomst in codes tussen de eerste en tweede codering

codeurs	overeenkomst	gehele overeenkomst		gedeeltelijke overeenkomst		geen overeenkomst	
		N	%	N	%	N	%
E-lijst	1	79	70%	7	6%	27	24%
	2	83	73%	9	8%	21	19%
RFE	3	75	66%	13	12%	25	22%
	4	75	66%	16	14%	22	20%
ICHPPC-2	5	70	62%	17	15%	26	23%
	6	75	66%	6	5%	32	28%
ICD-9	7	72	64%	15	13%	26	23%
	8	75	66%	13	12%	25	22%

In deze tabel zien we dan de codeurs van de CMR (gecodeerd met behulp van de E-lijst) het beste resultaat boeken: 70% en 73% gehele overeenkomst; 24% en 19% geen overeenkomst. De andere codeurs behalen in gemiddeld 65%

van de gevallen een gehele overeenkomst en in gemiddeld 23% van de gevallen geen overeenkomst.

Van deze codeurs behalen de RFE-codeurs het beste resultaat. In tabel 6.17 valt eveneens op dat de codeurs van de SMR (ICD-9 codeurs), die als ervaren beschouwd kunnen worden, geen beter resultaat boeken dan de onervaren codeurs (RFE en ICHPPC-2 codeurs).

6.6. De slecht te coderen items

Uit het voorgaande kunnen we afleiden dat in ieder classificatiesysteem een aantal items slecht te coderen zijn. Wil men met het centraal coderen betrouwbare resultaten behalen, dan zal men ervoor moeten zorgen dat dergelijke items niet voorkomen danwel anders geformuleerd zijn, zodat zij toch op een redelijk betrouwbare wijze gecodeerd kunnen worden. Slechts 1% van de 1070 items bleek in *alle* classificatiesystemen slecht te coderen; hieruit valt dus niet direct een algemene aanbeveling te destilleren. Deze is blijkbaar afhankelijk van het gekozen systeem.

6.7. Het aantal maal dat de code 'overig' gescoord wordt

In paragraaf 5.2 hebben we laten zien dat de codeurs van meer dan één code gebruik maken. Bovendien hebben we laten zien hoeveel verschillende codes zij gebruiken. Hieruit concluderen wij dat een aantal codes veelvuldig voorkomen. Aangezien de 1070 items op een zodanige wijze geselecteerd zijn, dat dubbel of meervoudig voorkomende eindconclusies niet voorkomen, betekent dit dat de unieke 1070 items niet allemaal een unieke code toebedeeld hebben gekregen.

Een aantal van deze unieke items worden als het ware in één enkele code gestopt, omdat men ze elders niet kwijt kan. Een vorm van codes die hiervoor in aanmerking komt is de categorie met de inhoud 'overig, niet elders te classificeren'. Elk classificatiesysteem herbergt wel een aantal van dit soort codes in zich. Dit gaat echter wel ten koste van de specificiteit van het classificatiesysteem. Hoe minder men gebruik hoeft te maken van dit soort codes, hoe beter men de items gespecificeerd kan onderbrengen. We hebben daarom deze speciale categorie codes per classificatiesysteem bekeken op het aantal items dat daaronder valt.

Tabel 6.18 geeft hiervan een overzicht. Binnen elk systeem zijn het aantal codes van de twee codeurs bij elkaar opgeteld.

Tabel 6.18: Percentage van het gebruik van de code 'overig

	code overig (N)	totaal aantal codes (N)	code overig %
E-lijst	385	2260	17%
RFE	408	2550	16%
ICHPPC-2	493	2563	19%
ICD-9-CM (basis)	659	2568	26%

We zien dat de codeurs van de ICD-9-CM 26% van de toegekende codes onderbrengen in categorieën 'overig', terwijl de codeurs van de E-lijst, de RFE en de ICHPPC-2 beduidend lager scoren (respectievelijk 17%, 16% en 19%).

Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de specificiteit van de 'overige' codes bij de ICD-9-CM beduidend hoger ligt dan bij de andere systemen.

HOOFDSTUK 7. ALGEMENE BESCHOUWINGEN EN CONCLUSIES

Dit deelonderzoek richt zich op de vraag in hoeverre het haalbaar is om gegevens uit de huisartspraktijk (in dit geval gegevens over de hulpvraag van de patiënt) centraal te coderen. Uitgegaan wordt van door de huisarts spontaan gegenereerde medische gegevens. De huisarts is gevraagd ieder consult in eigen terminologie en naar eigen beste weten en kunnen af te sluiten met een of een aantal bevindingen in de vorm van diagnoses, symptomen, klachten of problemen. Van de verzamelde gegevens kan dan gezegd worden dat zij op een voor de huisarts zo natuurlijk mogelijke wijze geregistreerd zijn, hetgeen betekent dat de huisartsen bij het registreren geen belemmeringen hebben ondervonden van de regels en criteria, die hen door de classificatiesystemen worden opgelegd.

Vervolgens zijn de verzamelde gegevens door 8 codeurs gecodeerd met behulp van vier classificatiesystemen, waarbij de classificatiesystemen als codeersystemen gehanteerd zijn. Voor vier van deze codeurs (de codeurs van de Nijmeegse Continue Morbiditeits Registratie en Stichting Medische Registratie) behoort het coderen van gegevens tot de dagelijkse bezigheden. De andere codeurs (de codeurs van het NHI) kunnen beschouwd worden als redelijk ervaren in het coderen. Tenslotte zijn de classificatiesystemen, of althans de wijze waarop binnen deze classificatiesystemen gecodeerd moet worden, met elkaar vergeleken op de mate waarin de items door de codeurs onder te brengen zijn (de mate van codeerbaarheid), op de overeenstemming in het coderen (de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid) en de constantheid van de codering in de tijd (de test-hertest betrouwbaarheid). Daarbij is een onderscheid gemaakt tussen verschillende typen hulpvragen (morbiditeit versus geen morbiditeit; somatische hulpvragen versus psychosociale hulpvragen; klachten versus diagnoses), vanuit de gedachte dat het heel wel mogelijk is dat sommige classificatiesystemen zich beter lenen voor het coderen van een type hulpvragen terwijl andere systemen meer geschikt zijn voor andere type hulpvragen.

Problemen en beperkingen

Uit het onderzoek blijkt duidelijk dat het vergelijken van classificatiesystemen niet zo eenvoudig is. Genoemd is het verschil in kwaliteit van de

documentatie van de verschillende systemen (thesaurus, e.d.). De ICD-9 heeft een uitstekend documentatiesysteem, dat ook voor minder ervaren codeurs een uniek hulpmiddel is bij het classificeren. Een in ontwikkeling zijnde classificatiesysteem als RFE of ICHPPC-2 is wat dat betreft in het nadeel en krijgt niet een geheel faire kans.

Een tweede probleem dat in dit onderzoek heeft gespeeld, betreft de ervaring van de codeurs. ICD-9 en E-lijst werden gecodeerd door personen voor wie het hanteren van deze classificaties dagwerk is; RFE en ICHPPC-2 werden door (ervaren weliswaar) amateurs gecodeerd.

Een derde probleem (van meer inhoudelijke aard), dat in het onderzoek moeilijk is op te lossen, betreft een problematiek die het best geïllustreerd kan worden aan de hand van de bekende Amsterdamse classificatie van gevogelte. Deze classificatie kent slechts 3 categorieën: sijzen, drijsijzen en palenpieten. Op zichzelf zijn al onze gevederde vrienden heel wel in deze typologie onder te brengen: het informatiegehalte is echter niet het sterkste punt van deze classificatie. Hetzelfde geldt voor een in medische kringen opgeld doend systeem waarin alleen de categorieën 'pluis' en 'niet pluis' worden gehanteerd.

De bekende categorie '135' van de E-lijst (psychoneurose met en zonder somatische klachten), lijdt aan dit euvel. Alles wat te maken heeft met spanningsklachten en psychosociale problematiek wordt hierin ondergebracht*, terwijl de ICHPPC-2 juist voor dit type problemen een serie onderverdelingen heeft ingeruimd. Dit is één van de redenen waarom de E-lijst in de door ons gebruikte methode redelijk lijkt te voldoen voor het classificeren van psychosociale problemen. Het is echter niet zo eenvoudig om dit dilemma op te lossen. Weliswaar hebben wij alle verzamelrubrieken gemarkeerd en hebben wij genoteerd hoe vaak deze werden gebruikt: een probleem is echter dat de classificaties intrinsiek verschillen in de mate van verfijning. Een categorie 'overige' in de ICD-9-CM kan heel goed overeenkomen met een gespecificeerde rubriek in E-lijst en ICHPPC-2.

Verfijning betekent verlies aan betrouwbaarheid (een grotere kans op een gebrek aan overeenstemming), maar een hoger informatiegehalte.

* In ons onderzoek is gebleken dat in 90% van de gevallen de codeurs van de E-lijst items die psychosociaal van aard zijn, onderbrengen in de rubriek 135, hetgeen de hoge mate van codeerbaarheid van dit soort items in dit systeem verklaart.

Een beperking van het onderzoek is tenslotte gelegen in het feit dat uitsluitend is gekeken naar de *mogelijkheid* om door de huisarts spontaan gegenereerde medische gegevens in een aantal classificatiesystemen onder te brengen en naar de *betrouwbaarheid* waarmee dit gedaan kan worden (interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en test-hertest betrouwbaarheid).

Geen uitspraken worden gedaan over de geldigheid van de door de huisartsen geformuleerde conclusies. Als zij iets 'influenza' noemen, dan is het voor de onderzoeker 'influenza' en wordt niet bekeken of de huisarts alle criteria voor de benoeming wel (juist) heeft gehanteerd.

Dit is een belangrijke beperking, die echter ook ten grondslag zal (moeten) liggen aan op grote schaal op te zetten praktijkstudie. Wat dat betreft spiegelen we ons aan de Engelsen, die op eenzelfde basis hun National Morbidity Surveys uitvoeren (zie ook Crombie's opmerkingen over dit vraagstuk. Crombie en Van der Zee, 1984, p. 17 e.v.).

Conclusies

Een *eerste* conclusie is dat spontaan gegenereerde diagnoses, klachten en problemen uit de huisartspraktijk redelijk wel codeerbaar zijn, welk systeem men ook neemt. Als men uitgaat van de 1070 unieke klachten, ziekten en problemen dan valt gemiddeld 61% als goed te coderen en 12% als slecht. Houdt men rekening met de frequentie van voorkomen, dan wordt de verhouding nog gunstiger: 67% goed en 10% slecht. De betrouwbaarheid van de coderingen (zowel de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid als de test-hertest betrouwbaarheid) was voldoende hoog (van 62% tot 73% volledige overeenstemming). Dat is geen slecht resultaat, zeker niet als men in aanmerking neemt dat de gedurende 2 weken in 10 huisartspraktijken verzamelde gegevens in zoverre een bijzonder karakter hadden, dat het bevindingen van *elk* consult betrof. Aan de huisartsen is gevraagd om ieder consult (onafhankelijk van de plaats van het consult in de ziekte-episode) met een bevinding in termen van diagnose, klacht, probleem of reden voor contact af te sluiten. Zou zijn gevraagd om te wachten tot een definitieve conclusie kan worden getrokken, dan was de classificeerbaarheid ongetwijfeld nog vergroot.

Een *tweede* conclusie is dat geen van de classificaties er nu echt 'uitspringt', noch in positieve noch in negatieve zin. De RFE is (niet verwon-

derlijk) wat beter geschikt voor het classificeren van klachten en symptomen; de ICHPPC-2 scoort op sommige punten ietwat lager dan de andere systemen, maar echt groot zijn de verschillen niet.

Als er al verschillen worden geconstateerd (bijvoorbeeld de alles bij elkaar genomen wat minder hoge scores voor de ICHPPC-2), dan zijn er voldoende externe oorzaken aan te wijzen (classificatie in ontwikkeling; ontbreken van een thesaurus; ontbreken van echt in het systeem geverseerde codeurs) om voorzichtigheid bij de conclusies te rechtvaardigen.

Het onderscheiden van differentiatie tussen de systemen was ook niet het voornaamste doel van het onderzoek: de belangrijkste vraag was of spontaan gegenereerde concluderende bevindingen van huisartsen in *enig* geaccepteerd systeem codeerbaar zouden zijn. Deze vraag is, de handicaps van de opzet in aanmerking genomen, positief te beantwoorden.

Een *derde* conclusie is dat het van belang is over getrainde en ervaren codeurs te beschikken: de in het algemeen goede resultaten voor zowel E-lijst als ICD-9 zouden aanleiding tot deze conclusie kunnen zijn. Het coderen dient dagelijks werk te zijn en niet als incidentele neven-activiteit te worden uitgeoefend. Het lijkt geen zin te hebben om artsen of andere codeurs voor een specifiek in de tijd beperkt onderzoek te trainen in het hanteren van een classificatiesysteem.

Al met al blijkt de vraag die aan het onderzoek ten grondslag ligt - 'zijn door huisartsen gegenereerde conclusies over de hulpvraag in de huisartspraktijk buiten de huisartspraktijk (d.w.z. centraal) te coderen?' - positief te kunnen worden beantwoord. Bovendien blijkt dat de resultaten van deze studie ten aanzien van de verschillende geteste classificatiesystemen niet zodanig van elkaar verschillen* dat men op voorhand (dat wil zeggen op technische argumenten) een van deze systemen zou moeten uitsluiten voor gebruik in morbiditeitsonderzoek waarin de gegevens centraal worden gecodeerd.

De keuze van een classificatiesysteem zal op pragmatische, maar vooral

* Zoals gezegd scoort de ICHPPC-2 weliswaar over de gehele linie lager dan de andere geteste classificatiesystemen, maar hier zijn een aantal verklaringen voor aan te geven.

inhoudelijke argumenten moeten worden gemaakt. Pragmatische argumenten, wat betreft het voorhanden zijn van goede en uitputtende documentaire hulp bij het coderen en de aanwezigheid van goed getrainde codeurs. Inhoudelijke argumenten voor zover het punten betreft als het al dan niet opnemen van een hoofdstuk voor expliciete (of vermoede, en daar ligt natuurlijk een akelig validiteitsprobleem, maar dat terzijde) psychosociale problematiek of het opnemen van substantiële codeermogelijkheden voor alle contacten waar geen sprake of slechts indirect sprake is van 'morbiditeit' (bijvoorbeeld vragen om medicatie, contrôle-bezoeken, etcetera). Een andere inhoudelijke overweging is gelegen in de mogelijkheid van de verschillende systemen om de gegevens die met het systeem verzameld worden, te vergelijken met elders verzamelde gegevens.

Met deze criteria in ons achterhoofd zullen we -tot slot- de verschillende classificatiesystemen nog eenmaal de revue laten passeren, en daarbij een aantal aanbevelingen doen.

De ICD-9-CM

Als er uitgaande van het experimenteel design tevoren weddenschappen zouden zijn afgesloten over de vraag welk classificatiesysteem het beste uit de bus zou komen, dan zou de klinische versie van de ICD-9-CM zeer laag hebben gescoord. De verwachtingen van de onderzoekers - ook op grond van de beschikbare literatuur - waren dat voor de pure 'diagnosen' de ICD-9 waarschijnlijk wel goed zou voldoen, maar dat voor alle gevallen waarin sprake was van minder duidelijk omschreven ziektebeelden (zoals in de huisartspraktijk vaak het geval is) de ICD-9 niet geschikt zou zijn. Dit is immers de premisse geweest die ten grondslag heeft gelegen aan de ontwikkeling van specifiekere op de huisartsgeneeskunde geënte classificatiesystemen, als de E-lijst en de ICHPPC-2. De resultaten van dit onderzoek wijzen in de richting dat het voor externe codeurs zowel goed mogelijk is om de diagnosen, symptomen, klachten en problemen uit de huisartspraktijk onder te brengen in de ICD-9-CM, als dat dit ook heel betrouwbaar kan geschieden. In feite scoort de ICD-9-CM over de gehele linie het beste, waarschijnlijk mede dankzij voortreffelijk documentatie-materiaal, maar ook dankzij een voortgaande evolutie van dit classificatiesysteem. (De gedachte dat de ICD niet geschikt zou zijn voor de huisartspraktijk dateert uit 1946 en heeft betrekking op de ICD-6.) De ICD-9 wordt zowel nationaal als internationaal veel-

vuldig gebruikt, waardoor vergelijking van de gegevens met de gegevens uit andere onderzoeken en registratiegegevens mogelijk is (in Nederland bijvoorbeeld vergelijking van de gegevens uit de 2e lijn (SMR-registratie) van de gezondheidszorg en vergelijking van de gegevens over de morbiditeit in de huisartspraktijk met de doodsoorzakenstatistieken). Dit pleit ervoor om bij de opzet van een grootschalige praktijkstudie met perifere gegevensverzameling en centrale gegevensverwerking de keuze voor de ICD-9-CM als classificatiesysteem serieus te overwegen. Wil men (onverhulde) psychosociale problematiek coderen dan kan men gebruik maken van de aanvullende codes (V-codes in dit geval) als zelfstandige categorie.

De E-lijst

De van de ICD-9 afgeleide E-lijst is gebruikt in de klassieke morbiditeitsstudie van het NHG in 1969. Momenteel wordt de E-lijst (althans een aangepaste versie hiervan) in Nederland gebruikt in de longitudinaal opgezette Continue Morbiditeits Registratie van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut. Doordat dit systeem zijn kracht ontleent aan het longitudinale karakter is het niet waarschijnlijk dat hier zal worden overgegaan op een ander classificatiesysteem, temeer niet, daar (uit een andere deelstudie in dit project) blijkt dat de vergelijkbaarheid van de E-lijst met bijvoorbeeld de ICHPPC-2 problemen oplevert (n.b.: De E-lijst is wel compatibel met de ICD-9). Een door het Britse Royal College of General Practitioners ontworpen en aangepaste versie van de E-lijst wordt gebruikt in de 2e. en 3e. National Morbidity Survey in Engeland. De keuze (in een grootschalige praktijkstudie) voor de E-lijst maakt dus een vergelijk mogelijk met de morbiditeit in Nederland aan het eind van de jaren zestig, met de morbiditeit in de huisartspraktijk Engeland (een van de weinige landen met een vergelijkbaar gezondheidszorgsysteem wat huisartsen betreft) en met de longitudinaal opgezette kleinschalige CMR studie in Nijmegen.

Wanneer men voor de E-lijst zou kiezen, zou men wel het probleem van de verzamelcodes moeten oplossen. Een elegante oplossing hiervoor is in het 2e. en 3e. National Morbidity survey (voor het 2e. survey het *tweede* verslagjaar (71-72)) genomen. Telkens als in de (aangepaste versie van) E-lijst een verzamelcode zou moeten worden gecodeerd, heeft de codeur (niet de huisarts zelf overigens, maar een speciale praktijkassistente) de opdracht om een specifieke ICD-code in te vullen. Ook deze oplossing heeft voordelen. De meeste voorkomende zaken kunnen snel in de gemakkelijk raadpleegbare E-lijst worden gecodeerd, hetgeen de snelheid en efficiëntie van coderen ten goede komt: stuit men

echter op een verzamelcode dan moet men alleen voor die gevallen het ICD-boek raadplegen. Eenzelfde oplossing zou men ook voor de ICHPPC-2 kunnen aanbevelen.

De ICHPPC-2

De eveneens van de ICD afgeleide ICHPPC-2 is in Nederland gebruikt in het monitoring project, en vindt internationaal op dit moment brede toepassing in de huisartsgeneeskunde. Bij de keuze van de ICHPPC-2 is internationale vergelijking van gegevens uit de huisartspraktijk daarom mogelijk. Vergelijking met de onderzoeken/registratiesystemen die de E-lijst hanteren is veel moeilijker (zie hiervoor). Het systeem is nog in ontwikkeling en kent daarom op dit moment nog niet de voortreffelijke documentatie faciliteiten van de ICD-9. Naar verwachting zullen deze t.z.t. wel beschikbaar komen. Keuze voor de ICHPPC-2 is geïndiceerd als men (psycho)sociale problematiek in onverhulde zin wil duiden en beschrijven. Voor de verschillende soort 'leefproblemen' zijn aparte codes opgenomen. Wanneer men kiest voor de ICHPPC-2 kan men overwegen om het probleem van de verzamelcodes op dezelfde manier op te lossen als hiervoor ten aanzien van de E-lijst is vermeld.

De RFE

De RFE is - zoals gezegd - een vreemde eend in de bijt. Dit systeem is vooral geschikt voor het coderen van klachten en symptomen en van hulpvragen die niets met morbiditeit te maken hebben. Evenals in de ICHPPC-2 is veel aandacht besteed aan psychische en sociale categorieën. De diagnose - categorieën zijn echter onvoldoende voor een echte morbiditeitsregistratie. Wanneer men voor de RFE zou kiezen zou men daarom moeten overwegen om voor de 7e component van het RFE-classificatiesysteem (waarin de diagnoses worden geclassificeerd) te kiezen voor een compleet diagnose gericht classificatiesysteem. Dit kan hetzij de ICD-9 zijn, hetzij de ICHPPC-2 (n.b. momenteel is dit deel van het classificatiesysteem ontleend aan de ICHPPC-2). Ook de RFE is sterk in ontwikkeling. Dit heeft zowel consequenties voor de kwaliteit van de documentatie als voor de stabiliteit in de tijd. Het risico bestaat dat, wanneer een praktijkstudie op dit moment volgens de al dan niet aangepaste RFE zou worden opgezet, de resultaten straks niet vergelijkbaar zullen zijn met de dan ongetwijfeld gemodificeerde RFE (dit laatste geldt overigens ook - zij het in mindere mate - voor de ICHPPC-2).

NOTEN

1. Hier moet onderscheid gemaakt worden tussen de wijze waarop de registratie plaatsvindt bij de Continue Morbiditeits Registratie en de mogelijkheden die de E-lijst biedt om "eindconclusies" te kunnen coderen. In de Continue Morbiditeits Registratie worden hoofdzakelijk aandoeningen (niet contact gebonden) geregistreerd. In de E-lijst kunnen ook andere gegevens dan alleen aandoeningen worden gecodeerd. Aangezien er in dit deelonderzoek een contact gebonden registratie heeft plaatsgevonden (ieder contact werd afgesloten met een eindconclusie in de vorm van een klacht, symptoom beschrijving of diagnose), hebben de codeurs van de Continue Morbiditeits Registratie in eerste instantie alle aandoeningen gecodeerd zoals zij dat gewend zijn en in tweede instantie de overgebleven "eindconclusies" ondergebracht.
2. Dit zou geen probleem zijn indien de moeite per item homogeen van samenstelling zou zijn, d.w.z. wanneer de maten van moeite in iedere aparte code ongeveer overeen zouden komen. Is dit namelijk niet het geval, dan betekent dit dat een gedeelte van het item gemakkelijk te coderen is. Als voorbeeld: codeur A heeft voor het item X twee codes toegekend en bij deze twee codes de volgende mate van moeite aangegeven (1=geen moeite, 5=zeer veel moeite). Codeur B heeft aan item X slechts één code toegekend met als mate van moeite (3=redelijke moeite).
Uit het voorbeeld zien we dat de gemiddelde moeite van codeur A gelijk is aan de moeite van codeur B (3=redelijke moeite), hetgeen niet geheel terecht is, daar codeur B niet het probleem van de 2 codes heeft gekend. Met de berekening van de totale gemiddelde moeite van beide codeurs zal daarom rekening gehouden moeten worden met het probleem dat de maten van moeite niet overeenkomen. Wij hebben daarom gekozen voor de volgende berekeningswijze: de totale moeite per classificatiesysteem is gelijk aan de gemiddelde moeite van de twee codeurs tenzij een of beide codeurs een extra probleem heeft gekend, waardoor de mate van moeite niet overeenkomen. In dit geval zal in de totale gemiddelde moeite een verschuiving kunnen optreden. Deze maat kan dan de volgende waarden aannemen:
0=n.v.t.; 1=geen moeite; 2=redelijke moeite; 3=veel moeite.

LITERATUURLIJST

- ANDERSON, J., B.J. Kostrewski, R.A. Côté, F.Grémy, F.M.Jørgenson, e.a. Special issue nomenclature and classification, SNOMED to ICD-10, Taylor & Francis Ltd London.
- ANDERSON, J.E. Central Morbidity Coding, The international classification of health problems in Primary Care, International Journal of Epidemiology 8 (1979) 3, p.257-263.
- Classificatie van ziekten 1980; Deel I - systematisch; Stichting Medische Registratie; Utrecht, 1981,1039p.
- Classificatie van ziekten 1980; Deel II - alfabetisch; Stichting Medische Registratie; Utrecht, 1981, 843p.
- Diagnose- en Trefwoordencodering gebaseerd op Continue Morbiditeitsregistratie; 2e druk; Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut; Nijmegen, 1983; 30 CM
- CROMBIE, D.L. en J. van der Zee The feasibility of a national general-practice morbidity and intervention survey in the Netherlands, Utrecht, NHI, 1984.
- EIJK, J.Th.M. van Verschillen in praktijkvoering van huisartsen, Medisch Contact, 1979,p987-991.
- Glossary of mental disorders and guide to their classification for use in conjunction with the International Classification of Diseases, 8th revision; World Health Organization; Genève, 1974; 86p. 22 CM
- ICHPPC-2 Second edition; Oxford etc., Oxford University Press, 1979
- ICHPPC-2 Defined International Classification of Health Problems in Primary Care; third edition; Oxford etc. Oxford University Press, 1983.

- KROGH-JENSEN, P. Classifying disease in general practice, Journal of the Royal College of General Practitioners 27 (1977) 177, p. 232-234.
- KUPKA, Karl International classification of diseases, 9th revision, WHO chronicle 32 (1978), p. 219-225
- HORST, F. van der Verslaglegging-registratie: waartoe en hoe? Huisarts en Wetenschap(H&W) 20 (1977) 7, p. 259-261.
- LAMBERTS, H. Incidence and prevalence of health problems in Primary Care Morbidity data classified with ICHPPC-2 during 2 years in a Dutch practice population, June 1982.
- LAMBERTS, H. The Reason For Encounter classification for use in Primary Care: a pilot study in the Netherlands, October 1981, Z.pl., Z.uitg., z.j.32p., tabn., afbn.30 CM
- LAMBERTS, H. Redenen om naar de huisarts te gaan, eerste ervaringen met de Reason For Encounter Classification, H&W 25 (1982)8 p.301-311.
- LAMBERTS, H. Een nieuwe classificatie, redenen om naar de huisarts te gaan, H&W 22(1979) 10 p. 379-386.
- LAMBERTS, H. De International Classification of Health Problems in Primary Care, en een nieuwe patiëntenkaart voor de huisartsgeneeskunde H&W 18 (1975) 4 p. 165-174.
- LAMBERTS, H. De probleemgeoriënteerde patiëntenkaart, een nieuwe loot aan een oude stam. H&W 22 (1979) 1 p. 3.

- LIPKIN MACK jr.,
Kupka, Karl
Psychosocial factors affecting health,
Praeger Special Studies, Praeger Scientific 1982.
- KOOIJ, S. van der
Probleemgeoriënteerde registratie bij het
onderwijs, H&W 33 (1979) p. 37-39.
- MARTINI, C.J.M., A.D.Claydon,
and I.D. Turner
Classification of health problems 2,
Journal of the Royal College of General
Practitioners 27 (1977) 177 p. 236-240.
- METCALFE, David e.a.
Probleemgeoriënteerd registreren in de
huisartspraktijk, H&W (Huisarts en Praktijk)
20 (1977) 1 p.15-19.
- METCALFE, David, e.a.
Probleemgeoriënteerde registratie in de
huisartspraktijk I, H&W (Huisarts en Prak-
tijk) 20 (1977) 2 p. 57-58.
- METCALFE, David, e.a.
Probleemgeoriënteerde registratie in de
huisartspraktijk II, H&W (Huisarts en Prak-
tijk) 20 (1977) 3 p. 57-58.
- METCALFE, David, e.a.
Probleemgeoriënteerde registratie in de
huisartspraktijk III. H&W (Huisarts en
Praktijk) 20 (1977) 4 p. 103-106.
- METCALFE, David, e.a.
Probleemgeoriënteerde registratie in de
huisartspraktijk IV. H&W (Huisarts en
Praktijk) 20 (1977) 5 p. 149-151.
- METCALFE, David, e.a.
Probleemgeoriënteerde registratie in de
huisartspraktijk V. H&W (Huisarts en Prak-
tijk) 20 (1977) 6 p. 191-194.
- MEYBOOM, W.A.
H. Levelink
Probleemgeoriënteerd registreren in de
huisartspraktijk. H&W 22 (1979) 1 p.3-4
- MEYBOOM, W.A.
Registreren op: A level of understanding,
een nieuwe impuls voor de ontwikkeling van
de huisartsgeneeskunde H&W 22(1979)1p.22-25

MEYBOOM, W.A.

Inleiding tot de probleemgeoriënteerde
registratiekaart. H&W 22 (1979) 1 p4-6.

Reason For Encounter
Classification

field trial version, july 1982, Lamberts,
Meads, Wood, The reason for encounter
classification for use in Primary Care -
Manual for field testing the new RFE.

WEEL, Chr. van.
W. van Veen

Hulpmiddelen bij het classificeren en
registreren, H&W 22 (1979) 10 p. 400-402.

BIJLAGEN

Behorende bij Deel III: De haalbaarheid van het centraal coderen
van klachten, ziekten en problemen in de
huisartspraktijk

BIJLAGE I ALGEMENE INSTRUCTIE AAN DEELNEMENDE HUISARTSEN

1. Inleiding

Het project 'Registratie/Classificatie in de huisartsenpraktijk' is gestart op 1-1-1981 en heeft een beoogde looptijd van drie jaar.

Het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft de opdracht tot uitvoering van het project verleend aan het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) in samenwerking met het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (NUHI).

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

De bezetting van het projectteam is op dit moment als volgt:

- | | | |
|-----------------------|--------------------|-------------------|
| . Francois Schellevis | - huisarts (NUHI) | - 0,5 aanstelling |
| . Ruud Severien | - psycholoog (NHI) | - 1,0 aanstelling |
| . Jouke van der Zee | - socioloog (NHI) | - begeleider |

2. Onderzoeksfase

Het project is op dit moment (najaar 1982) in de onderzoeksfase. Binnen de wijde projectopdracht is gekozen voor veldonderzoek in de huisartsenpraktijk op het terrein van:

- a. diagnoses;
- b. behandelingen/interventies.

Voor dit veldonderzoek is de medewerking gevraagd van tien huisartsen.

Met de resultaten van dit veldonderzoek willen wij het volgende bereiken:

- a. De beantwoording van de vraag 'In hoeverre is het mogelijk om diagnoses betreffende een huisarts-patiënt-contact onder te brengen in bestaande diagnose-classificatiesystemen, indien deze diagnoses door de huisarts, na instructie, in woorden worden geregistreerd?'
Tevens willen we nagaan hoeveel tijd en moeite het kost om deze diagnoses te classificeren.
- b. Met behulp van door huisartsen geregistreerde behandelingen/interventies, welke zowel in woorden als in een bestaand classificatiesysteem

worden vastgelegd, het ontwerpen van een classificatiemodel betreffende behandelingen/interventies, zoals die in de huisartspraktijk in de Nederlandse situatie plaatsvinden.

3. Activiteiten

De medewerking aan dit onderzoek houdt concreet het volgende in:

a. Evaluatie-interventie-onderzoek:

Gedurende 2 weken het registreren per huisarts-patiënt-contact van:

- enkele patiëntgegevens (anoniem);
- diagnose(n);
- behandeling/interventie, inclusief vervolgspraak.

b. NAPCRG-field-trial:

Gedurende 8 weken het 'turven' van de aard van de behandelingen/interventies van alle huisarts-patiënt-contacten in een bestaand classificatiesysteem voor dit onderdeel van het huisarts-patiënt-contact.

In deze acht weken zal elke week een ander 'soort behandeling' geregistreerd worden (bijv. één week medicatie, één week verwijzingen, etc.).

c. Vervolg a:

Het onderbrengen van diagnoses in een bestaande diagnose-classificatie.

4. Tot slot

Bijgaand treft U een korte uitleg aan over de NAPCRG-field-trial (onderdeel b. in paragraaf 3).

Wat betreft het onderdeel a. (Evaluatie-interventie-onderzoek) en c. (het classificeren zelf) zullen wij U een mondelinge toelichting geven.

5. Planning

a. Het evaluatie-interventie-onderzoek start op 6 november 1982 en loopt door tot en met december 1982.

b. De NAPCRG-field-trial loopt van 20 december 1982 tot en met 13 februari 1983.

c. Voor het classificeren van diagnoses hopen wij op U een beroep te mogen doen in de loop van het voorjaar van 1983.

Instructie Evaluatie-Interventie-onderzoek

Project Classificatie/Registratie in de huisartspraktijk

1. Huisarts-patiënt-contacten

Het onderzoek wordt beperkt tot face-to-face-contacten, welke tot de normale praktijkvoering van de huisarts behoren. Hiertoe worden gerekend:

- spreekuurcontacten;
- visites;
- zwangerschapscontrôles (al dan niet op speciale tijden);
- keuringen (zowel voor eigen- als niet eigen patiënten);
- waarnemingspatiënten (bij vakanties, avond-, nacht- en weekenddiensten).

Niet hiertoe worden gerekend:

- telefonische contacten;
- consultatiebureau's zuigelingen/kleuters, inentingszittingen;
- contrôlepatiënten (sociale verzekeringen);
- bedrijfsgeneeskundige activiteiten (keuringen wél!).

Contactgegevens

- De 'code huisarts' zal in het algemeen van tevoren zijn ingevuld.
- 'Datum contact' spreekt voor zich.
- Een 'volgnummer contact' is alleen dan van belang, indien U voor één contact meer dan de voor- en achterzijde van één formulier gebruikt. U kunt dan bijvoorbeeld door middel van een nummer aangeven dat deze formulieren hetzelfde contact betreffen. Indien er geen volgnummer wordt ingevuld, gaan wij ervan uit dat ieder formulier een nieuw contact betreft. De volgende mogelijkheden kunnen zich voordoen:
 - a. Eén patiënt met één of twee problemen - U vult alleen de voorzijde van het formulier in en neemt voor het volgende contact het volgende formulier.
 - b. Eén patiënt met meer dan twee problemen - U vult de voor- en achterzijde van één formulier in.
 - c. Eén patiënt met meer dan vier problemen - U gaat op het volgende formulier verder met een aantekening (bij 'volgnummer contact') dat dit hetzelfde contact betreft.
 - d. Twee patiënten met ieder één of twee problemen in één contact - U vult

per patiënt één zijde van het formulier in (de één op de voorzijde, de ander op de achterzijde). Vergeet niet de patiëntgegevens van de twee patiënten de vermelden.

- e. Twee of meer patiënten met meer dan twee problemen - U vult per patiënt voorzijde (en zonodig achterzijde) van één formulier in, waarbij U bij 'volgnummer contact' aangeeft dat het hetzelfde contact betreft.
- 'Soort contact' - het betreft hier het onderscheid tussen 'nieuw' en 'herhaalcontact'. Onder een nieuw contact verstaan wij een nog niet eerder geuite klacht of probleem, het begin van een nieuwe 'ziekte-episode' (het is mogelijk dat dit een al eerder geuite klacht/probleem is, maar dan is het probleem destijds opgelost of afgesloten). Een 'herhaalcontact' is een huisarts-patiënt-contact naar aanleiding van een reeds eerder gedefinieerd probleem, een contact tijdens of ter afsluiting van een ziekte-episode. Onder de herhaalcontacten rekenen wij ook de patiënten met chronische aandoeningen, die om de zoveel tijd ter controle komen.

2. Patiënten

In principe worden alle patiënten met wie U contact heeft volgens de eerder genoemde criteria in het onderzoek betrokken. Personen die slechts als begeleider meekomen horen hier uiteraard niet bij.

Patiëntgegevens

- 'geslacht'
- 'geboortjaar' - indien er verwarring kan ontstaan omtrent de geboorteeuw (bijv. 1882), dan gaarne volledige vermelding
- 'ziektekostenverzekering'

3. Diagnose/probleem

Hiervoor kunnen wij U slechts enkele richtlijnen en uitgangspunten geven. Het onderzoek is gericht op de vraag of diagnoses, conclusies, eventueel klachten/symptomen in de door U gehanteerde termen, bruikbaar zijn als materiaal voor morbiditeitsonderzoeken.

Enerzijds zouden we U daarom zo min mogelijk richtlijnen willen geven, anderzijds zijn medische termen nodig om gegevens uit de verschillende praktijken te kunnen vergelijken.

- Wat U registreert dient zo dicht mogelijk aan te sluiten bij Uw gedachten of hypothesen (U zou zich bijv. de vraag kunnen stellen: als ik een conclusie van dit contact op de patiëntenkaart zou moeten schrijven, in welke woorden zou ik dat dan doen?).
- Voel U zelf niet verplicht om een diagnose te stellen, als U in het contact niet meer dan enkele symptomen heeft kunnen vaststellen.
- Het gaat niet om de (absolute) geldigheid van hetgeen U op schrift stelt (bijv. of de keelpijn nu écht een virale of bacteriële oorzaak heeft), maar om het noteren van hetgeen U als medicus practicus denkt of constateert.
- Als U een diagnose overweegt, noteer deze dan. Zo niet, dan geven wij de voorkeur aan de volgende omschrijvingen (in afnemende voorkeur):
 - . differentiële diagnose
 - . voorlopige conclusie
 - . probleemdefinitie
 - . sympto(o)m(en)
 - . klacht(en)
 - . 'hulpvraag'

Bij een aantal patiënten spelen eerder gestelde diagnoses een rol bij de beoordeling van de klacht(en)/symptoom(symptomen) in dit contact (bijv. chronische aandoeningen). Soms zijn deze bekende gegevens zo belangrijk dat de door U ingevulde gegevens zonder deze informatie niet goed te interpreteren zijn. In dat geval verzoeken wij U te vermelden dat er aan de hand is onder het kopje: belangrijke vroegere diagnoses.

4. Activiteiten

Het onderdeel 'Activiteiten' van een huisarts-patiënt-contact betreft in feite de 'outcome' van het contact. Het betreft hier bijvoorbeeld medicatie, adviezen, leefregels, screening, laboratorium- en röntgen-diagnostiek, verwijzingen, vervolgspraken, etc.

'Activiteiten' zijn niet altijd even duidelijk te scheiden van hetgeen tijdens een huisarts-patiënt-contact gebeurt. Voor het onderdeel 'Activiteiten' stellen wij de volgende omschrijving voor:

Tot de 'Activiteiten' van een huisarts-patiënt-contact (de 'P' in de SOEP-notatie) worden die handelingen gerekend tot welke men besloten heeft op

basis van dit contact in het licht van verdere verduidelijking, behandeling of begeleiding van een aandoening/probleem op een termijn van langer dan één dag.

Uitgesloten van de registratie in dit onderzoek zijn derhalve die activiteiten welke binnen het huisarts-patiënt-contact of kort daarna plaatsvinden, hetzij om een beter inzicht te krijgen in het probleem of om meer informatie op korte termijn te verzamelen, etc., zonder welke een aandoening niet gedefinieerd c.q. een diagnose gesteld kan worden, gevolgd door daarop gerichte (be)handeling. Ter toelichting enkele voorbeelden:

a. Probleem: Moeheid.

- Hb-meting tijdens het contact of direct daarna valt niet onder activiteit.
- Hb-meting (niet cito) en/of andere laboratoriumbepalingen op grond van en na het contact valt wel onder activiteit.

b. Probleem: Verdenking op appendicitis acuta.

- BSE-meting (cito), al of niet op de praktijk, valt niet onder activiteit.
- Verwijzing/opname chirurgie valt wel onder activiteit.

c. Probleem: Contrôle hypertensie-patiënt.

- Tensiemeting wordt niet tot activiteit gerekend.
- Recept voor bijvoorbeeld diureticum, maken van ECG (waar dan ook) wordt wel tot activiteit gerekend.

Wij hopen met deze omschrijving voldoende handreiking te geven bij het registreren. Bij twijfel wordt U verzocht deze regel naar eigen inzicht te interpreteren, onder het motto: liever teveel dan te weinig opschrijven.

Activiteit-gegevens

Het registratieformulier is zodanig ontworpen dat U zo min mogelijk schrijfwerk hoeft te verrichten. De indeling in verschillende rubrieken is alleen voor het gemak gemaakt.

- 'Recept': gaarne zo uitvoerig mogelijke vermelding van middel, hoeveelheid, dosis, etc. Voor de interpretatie van de gegevens kan het van belang zijn andere (veelal chronische) medicatie te vermelden. U wordt ook verzocht eventuele wijzigingen in bestaande medicatie (verhoging, verlaging) expliciet als zodanig te vermelden.
- 'Adviezen, leefregels, gesprek, etc.': dit betreft adviezen betreffende het omgaan met de klachten/probleem (bijv. rust, oefeningen, stomen), leefre-

gels, (sociaal getint) gesprek, etc.

- 'Instrumentele behandeling, Periodiek Geneeskundig Onderzoek, vaccinaties, etc.': Onder deze rubriek kunt U bijvoorbeeld vermelden: keuringen, inentingen, cervix-uitstrijkjes en alle behandelingen met behulp van instrumenten (petite chirurgie, verbinden, oren uitspuiten, puncties, etc.).
- 'Diagnostisch hulponderzoek': met name laboratorium- en röntgen-onderzoek, gaarne met vermelding van het onderzoek dat U aanvraagt. Onder deze rubriek vallen ook de functie-onderzoeken en bijvoorbeeld een ECG-aanvraag.
- 'Verwijzing': Dit begrip dient U ruim te interpreteren, het dient ook voor adviezen om zich bij de wijkverpleegkundige, maatschappelijk werkende, etc., te vervoegen. Ook de fysiotherapeut en de psycholoog en uiteraard de verwijzingen naar een specialist, worden in deze rubriek vermeld. Gaarne de discipline aangeven!

Het vakje 'opname' is alleen voor die situaties gereserveerd, indien U een patiënt verwijst naar een specialist voor acute ziekenhuisopname.

- 'Vervolgafspraken': Een huisarts-patiënt-contact wordt in het algemeen afgesloten met een vervolgafpraak.

Wij onderscheiden hierin de volgende rubrieken:

- a. 'Geen afspraak' - Deze rubriek wordt aangekruist indien een vervolgafpraak niet in het contact ter sprake komt (bijv. indien impliciet wordt aangenomen dat met dit contact het probleem of de ziekte-episode is afgesloten).
 - b. 'Niet terugkomen' - Deze rubriek wordt aangekruist indien expliciet wordt uitgesproken dat de patiënt niet terug hoeft te komen.
 - c. 'Terugkomen bij geen verbetering' - Deze rubriek wordt aangekruist indien van toepassing. Een andere formulering zou kunnen zijn: 'U hoeft niet terug te komen, tenzij
 - d. 'Terugkomen bij geen verbetering' - Dit spreekt voor zich. Gaarne de termijn vermelden. binnen'
 - e. 'Opbellen d.d...'- Spreekt voor zich.
 - f. 'Terugkomen op..'- Spreekt voor zich.
- 'Overige activiteiten': Dit is een 'rest'-rubriek, om U de gelegenheid te geven hier dingen te noteren die U niet kunt onderbrengen in één van de andere rubrieken.

5. Tot slot

Het registratieformulier is zodanig ontworpen dat U per patiënt meerdere problemen/diagnosen kunt vermelden; deze zijn (1) en (2) genummerd. U wordt verzocht de verschillende activiteiten zoveel mogelijk te splitsen naar de verschillende problemen/diagnosen.

De registratieformulieren zijn in pakjes van 40 stuks bijeen gebonden, zodat U (geschat) per pakje één dag kunt registreren. Begin elke dag met een nieuw blok, zodat U kunt volstaan met het éénmaal vermelden van de datum.

Mochten er, met deze instructie en onze mondelinge toelichting, nog problemen of vragen rijzen, neem dan s.v.p. contact op met één van ons.

- Ruud Severien - Nederlands Huisartsen Instituut
Tel.: 030 - 31 99 46 / toestel 40.
- Jouke van der Zee - Nederlands Huisartsen Instituut
Tel.: 030 - 31 99 46 / toestel 37
- François Schellevis - Dorpsstraat 6A, 5293 AM GEMONDE
Tel.: 04105 - 5352.

BIJLAGE II

Een over-all maat voor de codeerbaarheid van de 1070 items - enkele varianten.

In paragraaf 5.5 is een combinatie weergegeven van de overeenstemming tussen de codeurs in de door hen aangegeven mate van 'moeite' en van 'zekerheid' bij het coderen. Om na te kunnen gaan wat de invloed van beide laatstgenoemde evaluatiematen is, zijn de berekeningen ook uitgevoerd voor de combinaties van 'overeenstemming' met 'moeite' en 'zekerheid' afzonderlijk. In tabel II-2 en II-3 zijn de resultaten vermeld. Ter vergelijking geven we de percentages die in tabel 5.12 al zijn weergegeven (II-1).

Tabel II-1: Mate van codeerbaarheid van de 1070 items in de verschillende classificatiesystemen (overeenstemming + moeite + zekerheid)

	E-lijst	RFE	ICHPPC-2	ICD-9(5)	ICD-9(3)
goed (3- 5)	70%	54%	53%	65%	72%
matig (6- 8)	21%	33%	33%	23%	17%
slecht(9-11)	9%	13%	14%	12%	11%
totaal	100%	100%	100%	100%	100%

Als we de mate van 'zekerheid' uit de combinatie weghalen en dus alleen 'overeenstemming + moeite' overhouden, krijgen we het volgende resultaat:

Tabel II-2: Mate van codeerbaarheid berekend uit 'overeenstemming' en mate van 'moeite'

	E-lijst	RFE	ICHPPC-2	ICD-9(5)	ICD-9(3)
goed (3- 5)	71%	58%	54%	66%	73%
matig (6- 8)	20%	29%	28%	22%	16%
slecht(9-11)	9%	13%	18%	12%	11%
totaal	100%	100%	100%	100%	100%

In tabel II-2 zien we dat er ten opzichte van tabel II-1 slechts een lichte positieve verschuiving optreedt, die het grootst is bij de RFE: 4% van de categorie matig naar de categorie goed. Bij de ICHPPC-2 zien we dat er een stijging plaatsvindt in de categorieën goed (1%) en slecht (3%). De onderlinge verhouding tussen de classificatiesystemen blijft echter hetzelfde, dat wil zeggen dat het coderen met behulp van de ICD-9-CM en E-lijst de minste problemen oplevert, dat de RFE er iets minder voor geschikt is en dat de codeurs met de ICHPPC-2 de meeste problemen hebben.

In tabel II-3 is de mate van moeite weggelaten.

Tabel II-3: De mate van codeerbaarheid berekend uit 'overeenstemming' en mate van 'zekerheid'

	E-lijst	RFE	ICHPPC-2	ICD-9(5)	ICD-9(3)
goed (3- 5)	70%	54%	53%	65%	72%
matig (6- 8)	9%	20%	26%	20%	14%
slecht(9-11)	21%	26%	21%	15%	14%
totaal	100%	100%	100%	100%	100%

In tabel II-3 zien we dat er ten opzichte van tabel II-1 een verschuiving optreedt van de categorie matig naar de categorie slecht, die het grootst is bij de RFE (13%) en de E-lijst (12%). Een lichtere verschuiving treedt op bij de ICHPPC-2 (7%). Bij de ICD-9-CM zien we een verschuiving van 3%. Ook nu weer blijft de verhouding tussen de classificatiesystemen hetzelfde. De volgorde is de ICD-9-basiscode, E-lijst, ICD-9-5 digits, RFE, ICHPPC-2.

BIJLAGE III.

Aanvullende tabellen bij paragraaf 6.2

Tabel III-1: Mate van codeerbaarheid van de items die volkomen somatisch van aard zijn, alleen gecorrigeerd voor de mate van moeite

	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9		ICD-9(basiscode)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
goed	465	74	358	57	344	55	440	70	482	77
matig	117	19	186	30	178	28	134	21	95	15
slecht	47	7	85	13	107	17	55	9	52	8
totaal	629	100	629	100	629	100	629	100	629	100

Tabel III-2: Mate van codeerbaarheid van de items die volkomen somatisch van aard zijn, alleen gecorrigeerd voor de mate van zekerheid

	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9		ICD-9(basiscode)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
goed	456	73	340	54	340	54	432	69	472	75
matig	51	8	128	20	175	28	121	19	90	14
slecht	122	19	161	26	114	18	76	12	67	11
totaal	629	100	629	100	629	100	629	100	629	100

Tabel III-3: Mate van codeerbaarheid van de items die meer somatisch dan psychosociaal van aard zijn, alleen gecorrigeerd voor de mate van moeite

	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9		ICD-9(basiscode)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
goed	73	65	71	63	56	50	85	76	91	81
matig	30	27	30	27	30	27	16	14	11	10
slecht	9	8	11	10	26	23	11	10	10	9
totaal	112	100	112	100	112	100	112	100	112	100

Tabel III-4: Mate van codeerbaarheid van de items die meer somatisch dan psychosociaal van aard zijn, alleen gecorrigeerd voor de mate van zekerheid

	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9		ICD-9(basiscode)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
goed	69	62	66	59	53	47	84	75	89	80
matig	10	9	15	13	30	27	11	10	8	7
slecht	33	29	31	28	29	26	17	15	15	13
totaal	112	100	112	100	112	100	112	100	112	100

Tabel III-5: Mate van codeerbaarheid van de items die zowel somatisch als psychosociaal van aard zijn, alleen gecorrigeerd voor de mate van moeite

	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9		ICD-9(basiscode)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
goed	52	63	49	60	46	56	47	57	52	63
matig	14	17	20	24	17	21	21	26	18	22
slecht	16	20	13	16	19	23	14	17	12	15
totaal	82	100	82	100	82	100	82	100	82	100

Tabel III-6: Mate van codeerbaarheid van de items die zowel somatisch als psychosociaal van aard zijn, alleen gecorrigeerd voor de mate van zekerheid

	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9		ICD-9(basiscode)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
goed	49	60	45	55	45	55	47	57	51	62
matig	3	4	17	21	14	17	14	17	14	17
slecht	30	37	20	24	23	28	21	26	17	21
totaal	82	100	82	100	82	100	82	100	82	100

Tabel III-7: Mate van codeerbaarheid van de items die meer psychosociaal dan somatisch van aard zijn, alleen gecorrigeerd voor de mate van moeite

	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9		ICD-9(basiscode)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
goed	47	67	39	56	40	57	40	57	47	67
matig	17	24	18	26	19	27	19	27	13	19
slecht	6	9	13	19	11	16	11	16	10	14
totaal	70	100	70	100	70	100	70	100	70	100

Tabel III-8: Mate van codeerbaarheid van de items die meer psychosociaal dan somatisch van aard zijn, alleen gecorrigeerd voor de mate van zekerheid

	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9		ICD-9(basiscode)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
goed	46	66	34	49	38	54	39	56	46	66
matig	6	9	12	17	15	21	15	21	11	16
slecht	18	26	24	34	17	24	16	23	13	19
totaal	70	100	70	100	70	100	70	100	70	100

Tabel III-9: Mate van codeerbaarheid van de items die volkomen psychosociaal van aard zijn, alleen gecorrigeerd voor de mate van moeite

	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9		ICD-9(basiscode)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
goed	90	80	75	67	65	58	63	56	69	62
matig	17	15	28	25	33	30	26	23	23	21
slecht	5	5	9	8	14	12	23	21	20	18
totaal	112	100	112	100	112	100	112	100	112	100

Tabel III-10: Mate van codeerbaarheid van de items die volkomen psychosociaal van aard zijn, alleen gecorrigeerd voor de mate van zekerheid

	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9		ICD-9(basiscode)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
goed	88	79	69	62	65	58	61	55	67	60
matig	6	5	19	17	24	21	26	23	23	21
slecht	18	16	24	21	23	21	25	22	22	20
totaal	112	100	112	100	112	100	112	100	112	100

Tabel III-11: Mate van codeerbaarheid voor de items die niet van toepassing zijn op de psycho-somatische schaal, alleen gecorrigeerd voor de mate van moeite

	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9		ICD-9(basiscode)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
goed	37	57	27	42	29	45	30	46	41	63
matig	22	34	28	43	27	41	16	25	9	14
slecht	6	9	10	15	9	14	19	29	15	23
totaal	65	100	65	100	65	100	65	100	65	100

Tabel III-12: Mate van codeerbaarheid voor de items die niet van toepassing zijn op de psycho-somatische schaal, alleen gecorrigeerd voor de mate van zekerheid

	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9		ICD-9(basiscode)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
goed	34	52	24	37	28	43	29	45	40	62
matig	19	29	20	31	15	23	15	23	8	12
slecht	12	19	21	32	22	34	21	32	17	26
totaal	65	100	65	100	65	100	65	100	65	100

Tabel III-13: Mate van codeerbaarheid van de items die als klacht beschouwd kunnen worden, alleen gecorrigeerd voor de mate van moeite

	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9		ICD-9(basiscode)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
goed	74	56	95	71	73	55	73	55	80	60
matig	39	29	24	18	39	29	38	29	31	23
slecht	20	15	14	11	21	16	22	16	22	17
totaal	133	100	133	100	133	100	133	100	133	100

Tabel III-14: Mate van codeerbaarheid van de items die als klacht beschouwd kunnen worden, alleen gecorrigeerd voor de mate van zekerheid

	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9		ICD-9(basiscode)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
goed	69	52	88	66	69	52	72	54	77	58
matig	6	4	21	16	28	21	26	20	24	18
slecht	58	44	24	18	36	27	35	26	32	24
totaal	133	100	133	100	133	100	133	100	133	100

Tabel III-15: Mate van codeerbaarheid van de items die als symptoom beschouwd kunnen worden, alleen gecorrigeerd voor de mate van moeite

	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9		ICD-9(basiscode)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
goed	106	61	108	62	81	46	128	73	139	79
matig	48	27	49	28	53	30	28	16	19	11
slecht	21	12	18	10	41	23	19	11	17	10
totaal	175	100	175	100	175	100	175	100	175	100

Tabel III-16: Mate van codeerbaarheid van de items die als symptoom beschouwd kunnen worden, alleen gecorrigeerd voor de mate van zekerheid

	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9		ICD-9(basiscode)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
goed	101	58	97	55	77	44	123	70	133	76
matig	18	10	37	21	51	29	25	14	20	11
slecht	56	32	41	23	47	27	27	15	22	13
totaal	175	100	175	100	175	100	175	100	175	100

Tabel III-17: Mate van codeerbaarheid van de items die als diagnose beschouwd kunnen worden, alleen gecorrigeerd voor de mate van moeite

	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9		ICD-9(basiscode)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
goed	392	81	300	62	298	62	362	75	386	80
matig	68	14	120	25	108	22	94	19	72	15
slecht	24	5	64	13	78	16	28	6	26	5
totaal	484	100	484	100	484	100	484	100	484	100

Tabel III-18: Mate van codeerbaarheid van de items die als diagnose beschouwd kunnen worden, alleen gecorrigeerd voor de mate van zekerheid

	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9		ICD-9(basiscode)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
goed	389	80	287	59	300	62	359	74	383	79
matig	33	7	74	15	114	24	89	18	67	14
slecht	62	13	123	25	70	15	36	7	34	7
totaal	484	100	484	100	484	100	484	100	484	100

Tabel III-19: Mate van codeerbaarheid van de items die heterogeen van samenstelling zijn, alleen gecorrigeerd voor de mate van moeite

	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9		ICD-9(basiscode)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
goed	43	75	36	63	29	51	39	68	46	81
matig	8	14	14	25	24	42	10	18	6	10
slecht	6	11	7	12	4	7	8	14	5	9
totaal	57	100	57	100	57	100	57	100	57	100

Tabel III-20: Mate van codeerbaarheid van de items die heterogeen van samenstelling zijn, alleen gecorrigeerd voor de mate van zekerheid

	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9		ICD-9(basiscode)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
goed	42	74	33	58	29	51	39	68	46	81
matig	4	7	10	17	16	28	8	14	4	7
slecht	11	19	14	25	12	21	10	18	7	12
totaal	57	100	57	100	57	100	57	100	57	100

Tabel III-21: Mate van codeerbaarheid van de items die niet van toepassing zijn op de klachtenschaal, alleen gecorrigeerd voor de mate van moeite

	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9		ICD-9(basiscode)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
goed	149	67	80	36	99	45	103	47	131	59
matig	54	24	103	47	80	36	62	28	41	19
slecht	18	8	38	17	42	19	56	25	49	22
totaal	221	100	221	100	221	100	221	100	221	100

Tabel III-22: Mate van codeerbaarheid van de items die niet van toepassing zijn op de klachtenschaal, alleen gecorrigeerd voor de mate van zekerheid

	E-lijst		RFE		ICHPPC-2		ICD-9		ICD-9(basiscode)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
goed	141	64	73	33	94	42	99	45	126	57
matig	34	15	69	31	64	29	54	24	39	18
slecht	46	21	79	36	63	29	68	31	57	25
totaal	221	100	221	100	221	100	221	100	221	100