

De ICPC als diagnostische classificatie II

Een onderzoek naar de vergelijkbaarheid en herleidbaarheid van de ICPC naar de ICHPPC-2 en de RCC

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

De hoofdrubrieken en de synoniemen van de ICPC zijn vergeleken met die van de ICHPPC-2, de Royal College Code en de ICD-9. De vergelijkbaarheid en – deels – de herleidbaarheid van de ICPC naar de ICHPPC-2 zijn goed, vooral bij de gedefinieerde rubrieken van de ICHPPC-2. De herleidbaarheid tot de RCC is gering, de vergelijkbaarheid is beperkt. Op basis van de uitkomsten van deze vergelijking is een aantal wijzigingen in de ICPC aangebracht. Na een tweede vergelijking wordt geconcludeerd dat de drie onderzochte diagnostische classificaties sterk van elkaar verschillen door de gekozen structuur en door de achterliggende doelstellingen. Dat maakt ook een technische conversie door middel van een gecomputeriseerde thesaurus goeddeels onmogelijk. Wel wordt gepleit voor een gemeenschappelijke huisartsgeneeskundige nomenclatuur, die zich verdraagt met de uiteenlopende structuren van de beschikbare classificaties.

Inleiding

Bij het vergelijken van twee verschillende classificaties wordt gebruik gemaakt van de begrippen 'compatibility' en 'comparability'.

• 'Compatibility' wordt gedefinieerd als: 'The capability of existing together in harmony. The ability of interrelating in an established consistent manner'.

• 'Comparability' is: 'The quality or state of being equivalent or similar. One classification may be a subset of a larger system and would be equivalent at some level'.¹²

Bij 'compatibility' gaat het dus om *vergelijkbaarheid*, bij 'comparability' om *herleidbaarheid*.

In het eerste artikel is vastgesteld, dat de vier voor de huisarts beschikbare diagnostische classificatiesystemen – ICPC, ICHPPC-2, RCC en ICD-9 – in belangrijke mate van elkaar verschil-

len.¹ Deze historische, theoretische en praktische verschillen hebben consequenties voor hun onderlinge *vergelijkbaarheid* en *herleidbaarheid* (kader op pagina 46). In dit verband rijst de vraag, in hoeverre het mogelijk is een technische conversie te maken van de ICPC naar de drie andere systemen en in de toekomst naar de ICD-10; alleen als dat mogelijk is, zal immers de volgens de verschillende systemen gerangschikte, patiëntgebonden informatie praktisch *vergelijkbaar* en (in hoofdlijnen) *herleidbaar* zijn.

In dit tweede artikel komt de vraag aan de orde, welke consequenties de gesignaleerde verschillen hebben voor de herleidbaarheid van de ICPC naar de ICHPPC-2 en de RCC.

Methoden

De ICPC en de ICHPPC-2 bestaan slechts ten dele uit gedefinieerde rubrieken,^{8,9} terwijl de RCC en de ICD-9 (met uitzondering van het hoofdstuk over geestesziekten) geen inclusiecriteria kennen. In ons onderzoek komt de *herleidbaarheid* daardoor vooral aan de orde ten aanzien van de gedefinieerde rubrieken van de ICHPPC-2 (die ook in de ICPC zijn opgenomen).^{1,7}

Praktisch veel belangrijker is de *vergelijkbaarheid* van de verschillende classificaties. Daarbij is uitgegaan van de componenten 1 (klachten en symptomen) en 7 (diagnosen) van de ICPC. Voor alle ICPC-rubrieken uit deze componenten zijn synoniemen verzameld in een index met ongeveer 5000 ingangen. Sommige bieden slechts een andere naam voor de hoofdtitel (rubeola en rode hond), andere beschrijven verwante aandoeningen, die in andere classificaties een eigen en dus meer specifieke code hebben (bijvoorbeeld petit mal epilepsie, absences en epileptisch insult als onderdeel van 'epilepsie') (*tabellen 1 en 2*).

Vervolgens zijn per rubriek voor alle synoniemen de corresponderende codes in de ICHPPC-2, de RCC en de ICD-9 vastgesteld. De ICD-9 wordt bij de bespreking van de uitkomsten echter bui-

ten beschouwing gelaten, omdat het op voorhand geen huisartsgeneeskundige classificatie is, terwijl de relatie tussen de ICPC en de RCC grosso modo indicatief geacht kan worden voor de relatie ICPC – ICD-9.

Als criterium voor de vraag of conversie redelijkerwijze mogelijk is, geldt of de desbetreffende term voorkomt in de index van de ICD-9, de grootste nomenclatuur. Op deze basis is ook de corresponderende code in de ICHPPC-2 en de RCC vastgesteld, omdat beide systemen expliciet met corresponderende ICD-9-rubrieken in verband zijn gebracht.

Aan de hand van onze bevindingen en aan de hand van praktische ervaringen met het classificeren van ruim 25.000 huisarts-patiënt contacten is de ICPC op een belangrijk aantal punten herzien:

– 23 rubrieken zijn geschrapt en de inhoud ervan is bij andere rubrieken ondergebracht;

– 65 nieuwe rubrieken zijn ingevoerd, voor een belangrijk deel door het opsplitsen van reeds bestaande rubrieken in de ICPC; drie daarvan zijn in de procescomponenten te vinden;

– om het coderen te vereenvoudigen, is de positie van 41 rubrieken gewijzigd door het aanbrengen van een andere volgorde;

– in 60 gevallen is een wijziging aangebracht in de bewoordingen dan wel de nosologische inhoud waarnaar wordt verwezen door middel van de corresponderende ICD-9-rubrieken.

Op dezelfde wijze als bij de onderzoeksversie van de ICPC is de vergelijkbaarheid en herleidbaarheid van de gereviseerde – definitieve – ICPC onderzocht.

Resultaten

Uit de *tabellen 1 en 2* blijkt dat de *vergelijkbaarheid* van de hoofdrubrieken van de ICPC ingewikkeld is, doordat de synoniemen soms *herleidbaar* zijn tot meer specifieke rubrieken in de andere systemen. Daarom zijn op het niveau van de hoofdrubrieken alle corresponderende codes in de drie andere systemen vastgesteld. De synoniemen verwijzen naar veel, maar niet naar alle corresponderende rubrieken. De som van de conversies per synoniem is daardoor niet altijd gelijk aan de conversie op het niveau van de hoofdrubriek.

In *tabel 3* is samengevat, in welke relatie de codes van de ICHPPC-2 en de RCC staan tot de ICPC-codes uit de componenten 1 en 7. Van de 646 rubrieken komt 35 procent volledig over-

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

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

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

Tabel 1 – Table 1. Voorbeeld van de conversie van hoofdrubrieken van de ICPC naar de drie andere classificaties – Example of the conversion of main rubrics of ICPC to the three other classifications.

ICPC Code	Main title	Corresponding codes		
		ICHPPC-2	RCC	ICD-9
D84	Disease of esophagus	150	-2655 -2660 -2665 -2670	530
D85	Duodenal ulcer	151*	-2685 -2690	532
D86	Other peptic ulcers	152*	-2675 -2680 -2695	-531, -533, -534
D87	Disord. stomach function	+153*	-2700 +2705 -2710	535-537
D88	Appendicitis	154*	2715	540-542

Tabel 2 – Table 2. Voorbeeld van de conversie op het synoniem-niveau van de ICPC – Example of the conversion, at synonym level of ICPC.

ICPC Code	Main title Synonym title	Corresponding codes		
		ICHPPC-2	RCC	ICD-9
D84	Disease of esophagus			
	- Achalasia, esophagus	150	-2655	-530.0
	- Cardiospasm	150	-2655	-530.0
	- Disease NEC esophagus	150	-2665	-530.9
	- Diverticulitis, diverticulosis, diverticulum esophagus	150	-2665	-530.4
	- Esophagitis	150	-2660	-530.1
	- Mallory-Weiss syndrome	150	-2670	-530.7
	- Reflux esophageal	150	-2660	-530.1
	- Stricture esophagus	150	-2665	-530.3
	- Ulcer, ulcerative (of) esophagus	150	-2665	-530.2
D85	Duodenal ulcer			
	- Duodenal ulcer, perforated	151	-2690	-532.1
	- Ulcer, ulcerative (of) duodenum	151	-2685	-532
D86	Other peptic ulcers			
	- Ulcer, ulcerative (of) gastric	152	-2675	-531
	- Ulcer, ulcerative (of) gastrojejunal	152	-2695	-531
	- Ulcer, ulcerative (of) marginal	152	-2695	-534
	- Ulcer, ulcerative (of) peptic	152	-2695	-533
	- Ulcer, ulcerative (of) stomach	152	-2675	-531
D87	Disord. stomach function			
	- Disorder (of) stomach function	+153	+2705	-536
	- Duodenitis	+153	-2700	-535.6
	- Gastritis	+153	-2700	-535.5
	- Gastritis acute	+153	-2700	-535.0
	- Gastritis atrophic	+153	-2700	-535.1
	- Gastritis regional	+153	-2700	-535.4
	- Inflammation stomach	+153	-2700	-535.5
D88	Appendicitis			
	- Abscess NEC appendix	154	2715	540
	- Appendicitis	154	2715	540

een met de ICHPPC-2 en 30 procent met de RCC. In beide gevallen blijkt er bij 15 procent van de rubrieken geen enkele relatie te bestaan. Het aantal 1/1-relaties is in de zevende component veel groter dan in de eerste; daar komt immers het sterk op de klacht van de patiënt georiënteerde karakter van de ICPC naar voren. Ongeveer de helft van de rubrieken in de eerste component is dan ook specifiek, terwijl bijna een derde in het geheel niet in de twee andere systemen voorkomt. De door structuurverschillen verklaarde ongelijke relaties (de -relaties) spelen vooral een rol bij de RCC in de zevende component. Hier treedt ook de specificiteit van dat classificatiesysteem op de voorgrond. Voor 17 procent van de rubrieken in de zevende component van de ICPC bestaan in de RCC meer specifieke codeermogelijkheden. Omdat vanuit de ICPC wordt geredeneerd, dient men zich te realiseren dat deze 17 procent een relatief groot aantal RCC-rubrieken bestrijkt.

De minder specifieke ICHPPC-2 sluit in beide componenten beter aan op de ICPC aan de RCC, en dat is geen wonder, omdat de ICHPPC-2 nu juist de basis voor de zevende component vormt. Slechts in 2 procent van de gevallen is de ICHPPC-2 specifiek, terwijl ook het aantal -codes beperkt is. Slechts bij 1 procent is er geen corresponderende ICHPPC-2-code (A96 – Death, A97 – No disease, W91 en 93 – (Complicated) delivery deadborn).

De revisie van de ICPC resulteert in een nieuwe vergelijkbaarheid met de ICHPPC-2 en de RCC, die in tabel 4 is aangegeven. In de eerste component is er vooral sprake van een groei in het percentage ICPC-rubrieken dat in geen van beide systemen voorkomt. Verder is de verdeling weinig veranderd.

In de zevende component is de relatie tot de ICHPPC-2 vooral opgeschoven in de richting van een grotere specificiteit, terwijl het percentage -relaties is gehalveerd.

De relatie tot de RCC is in die zin vereenvoudigd dat de relatieve specifi-

Toelichting – Elucidation

- * Gedefinieerde ICHPPC-2-rubriek – Defined ICHPPC-2 rubric.
- + De rubriek is minder specifiek dan de corresponderende ICPC-rubrieken – The rubric is less specific than the corresponding ICPC rubrics.
- De rubriek is specifiek dan de corresponderende ICPC-rubriek – The rubric is more specific than the corresponding ICPC rubric.

citeit ervan ten opzichte van de ICPC is verschoven in de richting van de --relaties, ten koste van de -relaties. Het absolute aantal -relaties is daarbij ongewijzigd.

Samenvattend kan worden gesteld, dat de ICPC als diagnostische classificatie een wezenlijk andere oriëntatie heeft, waarbij de nadruk valt op de grote specificiteit van de eerste compo-

nent, welke voor een belangrijk deel in het geheel niet door de twee andere systemen wordt opgevangen.

In de zevende component is er sprake van een sterk uiteenlopende vergelijkbaarheid, waarbij het opvalt dat er bijna nooit sprake is van diagnoses, die niet tenminste in ieder der drie systemen geassocieerd kunnen worden. De ICPC is in deze component veel speci-

fieker dan de ICHPPC-2. De Royal College Code is per saldo specifiekter dan de ICPC, wat op rekening komt van het grote aantal ongelijksoortige relaties.

In tabel 5 is aangegeven hoe de verschillende etiologische diagnoses in component 7 verdeeld zijn in vergelijking met de twee andere systemen. Het is duidel-

Tabel 3 – Table 3. De vergelijkbaarheid van de hoofdrubrieken in de de eerste en de zevende component van de ICPC met de ICHPPC-2 en de RCC. Percentages per component – The compatibility of the main rubrics from the first and the seventh component of ICPC to ICHPPC-2 and RCC. Percentages per component.

	1/1	+	-	±	0
Component 1 (n=310)					
- ICHPPC-2	13	53	0	3	31
- RCC	18	42	2	6	31
Component 7 (n=336)					
- ICHPPC-2	54	41	2	6	1
- RCC	38	25	17	19	1
Totaal (n=646)					
- ICHPPC-2	35	46	1	3	15
- RCC	30	33	10	13	15

1/1: complete compatibility; +: the ICPC is more specific; -: the ICPC is less specific; ±: compatibility is limited and heterogeneous; 0: there is no code that corresponds with the ICPC code.

Tabel 4 – Table 4. De vergelijkbaarheid van de hoofdrubrieken in de de eerste en de zevende component van de definitieve ICPC met de ICHPPC-2 en de RCC. Percentages per component – The compatibility of the main rubrics from the first and the seventh component of the final ICPC to ICHPPC-2 and RCC. Percentages per component.

	1/1	+	-	±	0
Component 1 (n=322)					
- ICHPPC-2	14	45	0	1	40
- RCC	16	33	4	7	39
Component 7 (n=363)					
- ICHPPC-2	46	48	2	3	1
- RCC	40	24	22	13	1
Totaal (n=658)					
- ICHPPC-2	31	47	1	3	20
- RCC	29	28	14	10	19

Vergelijkbaarheid en herleidbaarheid

Vergelijkbaarheid en herleidbaarheid staan in een hiërarchische relatie tot elkaar. Het gaat er immers om of en in welke mate twee vergelijkbare eenheden tot elkaar te herleiden zijn.

- We spreken van *equivalentie*, wanneer twee eenheden – in het geval van classificaties zijn dat rubrieken – in alle opzichten identiek zijn. Dat geldt niet alleen de benoeming (bijvoorbeeld obstipatie of niersteen), maar ook de inhoud van de rubriek in relatie tot de rest van het classificatiesysteem. De criteria (definities) die tot het gebruik van een diagnostische rubriek leiden, dienen eveneens identiek te zijn.³

- Een minder goede herleidbaarheid bij een nog redelijke vergelijkbaarheid bestaat, wanneer twee rubrieken elkaar in een aantal opzichten dekken, terwijl er bij de definitie van de inclusiecriteria sprake is van een verschil (bijvoorbeeld de tijdsduur dat een ziekte als een spasisch colon of schizofrenie bestaan moet hebben alvorens de toestand van de patiënt ook met die diagnose geassocieerd kan worden).³

- Tenslotte kan het gaan om twee rubrieken die duidelijk met elkaar te maken hebben, terwijl anderzijds belangrijke onderdelen niet onderling verge-

lijkaar zijn.⁴⁻⁶ Dat geldt bijvoorbeeld voor de verwarring die kan bestaan rond verhoogde bloeddruk, hypertensie en hypertensie met schade aan 'target organs'. Iets dergelijks kan gelden voor zichzelf te dik vinden, overgewicht en obesitas.^{3,7}

Bij een vergelijking op rubrieksniveau zijn drie vormen van vergelijkbaarheid onderscheiden:

- De 1/1-relatie. De rubrieken hebben taalkundig dezelfde inhoud, zij zijn synoniem. Er is geen verdere opsplitsing in subrubrieken. Classificatietechnisch – onder voorbijzien van mogelijke inclusiecriteria – zijn de rubrieken tot elkaar herleidbaar.

- Een 0-relatie. De rubriek uit het ene systeem kan niet vergeleken worden met een rubriek uit het andere. In de praktijk betekent dit dat zo'n rubriek ook niet als synoniem in de alfabetische index van de ander voorkomt. Classificatiesystemen kennen altijd verzamelrubrieken ('rag bags') waar in theorie alles onder valt wat niet elders kan worden ondergebracht. Dat wordt hier niet bedoeld wanneer gesteld wordt dat er geen relatie bestaat.

- Een ongelijke relatie. Er zijn drie mogelijkheden voor een ongelijke relatie: – een +-relatie: de rubriek waarmee de

ICPC-rubriek wordt vergeleken, is omvangrijker en dus minder specifiek dan de betreffende ICPC-code; dat betekent dat de ICPC-code overeenkomt met meer dan één code in het andere systeem of met onderdelen van meer dan een code in dat systeem;

– een ±-relatie: de code waarmee de ICPC-code wordt vergeleken, is kleiner en dus specifiekter dan de ICPC-code; de ICPC-code maakt deel uit van meer dan één code uit het andere systeem;

– een -relatie: er is sprake van een ongelijksoortige relatie tussen de ICPC-code en de overeenkomstige codes in het andere systeem; de ICPC-code komt tegelijkertijd overeen met meer en met minder specifieke codes in het andere systeem, of bevat daarnaast ook nog elementen die niet in het andere classificatiesysteem voorkomen, terwijl ook het omgekeerde het geval kan zijn.

Een grove maat voor de directe herleidbaarheid van de ICPC tot een ander classificatiesysteem is het percentage 1/1-relaties. De +-relaties en --relaties hebben betrekking op de specificiteit en zijn ten minste vergelijkbaar. De ±-relaties en de 0-relaties karakteriseren de mate waarin de twee structuren verschillen.

Tabel 5 – Table 5. *Verdeling van de etiologische diagnoses in component 7 van de ICPC, vergeleken met de ICHPPC-2 en de RCC. Aantallen – Distribution of the aetiological diagnoses in component 7 of ICPC, compared to ICHPPC-2 and RCC. Absolute numbers.*

Diagnoses	ICPC n=363	ICHPPC-2 n=235	RCC n=506
Infectious diseases	72	29	52
Neoplasms	44	15	37
Injuries	40	34	33
Congenital anomalies	23	5	17
Specific morfological diseases	184	152	345

lijk dat door het verlaten van de etiologische hoofdstukken, zoals de ICD-9 deze kent en zoals deze in de ICHPPC-2 en de RCC zijn herhaald, een belangrijke verschuiving optreedt. Het is opmerkelijk dat de vier etiologische oriëntaties in de hoofdstukgewijze rangschikking van de ICPC leiden tot een veel grotere specificiteit dan in de ICHPPC-2. Er is dus geen sprake van dat het loslaten van de etiologische hoofdstukken tot een onderbelichting daarvan leidt. Dit blijkt ook uit de vergelijking met de RCC. Ook hier is, met uitzondering van de traumata, de zeven-

Synopsis

Meijer JS, Brouwer H, Lamberts H. The ICPC as a diagnostic classification system II. A study of the compatibility and comparability of the ICPC with the ICHPPC-2 and the RCC. *Huisarts Wet* 1987; 30: 44-8.

Introduction. It has been established in the first article that the four diagnostic classification systems available to the general practitioner – ICPC, ICHPPC-2, RCC and ICD-9 – differ considerably.¹ These historical, theoretical and practical differences have implications for the compatibility and comparability of these systems. Compatibility is defined as 'The capability of existing together in harmony. The ability of interrelating in an established consistent manner'. Comparability is: 'The quality or state of being equivalent or similar. One classification may be a subset of a larger system and would be equivalent at some level'.^{1,2}

In this context the question arises whether it is technically possible to convert ICPC to the other three systems, and consequently in the future also to the ICD-10; only if this is possible, after all, patient-related information classified according to the various systems will be practically compatible and (roughly) comparable.

This second article raises the question of the implications of the differences observed both for the compatibility and the comparability of the ICPC with the ICHPPC-2 and the RCC.

Methods. In comparing the ICPC with the ICHPPC-2 and the RCC we limit ourselves to the rubrics from component 1 (complaints and symptoms) and component 7 (diagnoses). For all ICPC rubrics in these components synonyms are collected in an index with about 5000 entries. Next, for all synonyms the corresponding codes in the ICHPPC-2, RCC and ICD-9 were established. Discussing the results of this exercise, the conversion to ICD-9, however, is not included because ICD-9 is not a

classification feasible for general practice to begin with; moreover, the relationship between ICPC and RCC can on the whole be considered indicative for the relationship between ICPC and ICD-9.

On the basis of our findings and in view of practical experience with the classification during approximately 25,000 doctor-patient encounters, the ICPC was revised on a considerable number of points:

- 23 rubrics were cancelled and their contents transferred to other rubrics;
- 65 new rubrics were introduced, mostly by splitting existing rubrics of the ICPC in two or more new ones; three of these can be found in the process components;
- to simplify coding, 41 rubrics were repositioned by changing the order of sequence;
- for 60 rubrics the wording of the main titles and/or the nosological content referring to corresponding ICD-9 rubrics was changed.

Following the same method as with the version of the ICPC to be used for relevance studies, the revised (definitive) version was tested for compatibility and comparability.

Results. *Table 3* outlines the relations between the ICPC rubrics from components 1 and 7 with the rubrics of the ICHPPC-2 and the RCC.

Revision of the ICPC resulted in a new relation with the ICHPPC-2 and the RCC, which is indicated in *table 4*. In the first component there was mainly an increase in the percentage of ICPC rubrics not represented in either system; otherwise little has changed in the distribution. In the seventh component the relation with the ICHPPC-2 has changed mostly in the direction of increased specificity of the ICPC; moreover, the percentage of \pm -relationships has halved.

To summarize: as a diagnostic classification the ICPC differs essentially from the ICHPPC-2 and the RCC in orientation and content, with emphasis on the high specificity of the first component, an important part of which is entirely absent from the other two systems.

In the seventh component compatibility is widely diverse, a striking feature being the near-absence of diagnoses which might not be classified at least in each of the three systems. In this component the ICPC is much more specific than the ICHPPC-2. The Royal College Code in the end is more specific than the ICPC, due to the large number of dissimilar relations (\pm -sign).

Discussion. An important conclusion is that the compatibility of the ICPC (and consequently also of the defined rubrics of the ICHPPC-2) with the RCC (and therefore even more so with the ICD-9) is very limited. Not only is the number of main rubrics that can be converted directly rather small, in addition the choice for the direction of specificity results in many rubrics in which only an incomplete and heterogeneous conversion is possible (\pm). Once a choice is made in favour of a particular classification system, the possibilities to compare results classified with another system are limited for one part and absent for the rest.

Another important conclusion is that the idea that a technical solution to the problem of limited compatibility can be found through the use of a computerized nomenclature with the various conversion codes, has to be abandoned. The evidence for this can be found in this study. This does not mean, however, that it is not very useful to establish a generally accepted and widely applicable computer thesaurus based on a nomenclature adapted to the needs of general practice. Such a thesaurus would in fact do justice to the characteristic structure of each of the classification systems discussed here.

Key words: Classification; Family practice; ICD; ICPC; Nomenclature.

Address for correspondence: Prof. dr. H. Lamberts, Department of General Practice, University of Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam, The Netherlands.

de component van de ICPC steeds iets specifieker. Veel traumata – en trouwens ook infecties – zijn gelokaliseerd in de eerste component van het hoofdstuk over de huid (snijwond, brandwond, insektebeet, wrat, steenpuist, etc.).

Ten aanzien van de specifieke (morfologische) hoofdstukgebonden diagnoses biedt de ICPC in de zevende component meer ruimte dan de ICHPPC-2. In werkelijkheid is deze ruimte groter, doordat in de eerste component van verschillende hoofdstukken ook omschreven gezondheidsproblemen zijn ondergebracht, die zowel op klacht- als op diagnostisch niveau betekenis hebben (brandwond, wrat, de pil, wormen, spanningshoofdpijn, ekster-oog, etc.). Tevens is belangrijk dat de eerste component van hoofdstuk P (psychische problemen) en hoofdstuk Z (sociale problemen) het zwaartepunt in de eerste component heeft. Datzelfde geldt voor de anticonceptie in hoofdstuk W.

Ook als daarmee rekening wordt gehouden, blijft de RCC ten aanzien van de omschreven morfologische diagnoses specifiekier dan de ICPC.

Beschouwing

Classificaties worden voor verschillende doeleinden gebruikt. Wanneer men weet wat men wil, dan kiest men die classificatie- en registratiemethodiek die het best aan de wensen tegemoetkomen. Bij de analyse van de verzamelde informatie en bij de interpretatie van de uitkomsten wordt men beloofd, wanneer men goed heeft gekozen.

In dit verband rijst de vraag, hoe zinvol een sterke diagnostische detaillering, zoals in de RCC, in huisartsgeneeskundig opzicht is. De frequentieverdeling (incidentie en prevalentie) van de beschikbare diagnostische rubrieken in een omvangrijke morbiditeitsstudie in de huisartspraktijk maakt het mogelijk om daar beter over te oordelen. Het is vanuit de huisartsgeneeskunde gezien vooral belangrijk om over frequent voorkomende aandoeningen en over gezondheidsproblemen die juist tot de eerste lijn beperkt zijn, gedetailleerde en hoogwaardige informatie te verzamelen. Als vuistregel kan men hanteren dat een ziekte of gezondheidsprobleem met een frequentie van minder dan 5 per 1000 ingeschreven patiënten per jaar slechts onder bijzondere omstandigheden de bron kan zijn voor wezenlijke huisartsgeneeskundige inzichten. Ziekten die zeer zelden in de huisarts-

praktijk voorkomen en waarover de huisarts nauwelijks extra kennis over het verloop van de episode kan verzamelen – nog afgezien van vraag of voldoende aan de diagnostische criteria tegemoet is gekomen – dienen met enige argwaan te worden benaderd. Diagnosen in de RCC als polymyalgia rheumatica, vesico-urethrale reflux en mal-functie van een colostomie zijn daarvoor illustratief.

Deze argwaan wordt nog versterkt, wanneer men zich realiseert dat ook de meest nauwkeurig coderende huisarts schrijf- en codeerfouten maakt. Ook bij de beste data-entry komen lees- en tikfouten voor. Wanneer de kans bestaat dat ten minste een kwart van alle episode-n van een bepaalde weinig voorkomende diagnose op dergelijke fouten berust, dan kan zo'n code als zelfstandige analyse-eenheid beter buiten beschouwing blijven. Uit het aantal keren dat een niet-bestaande rubriek wordt gecodeerd, kan men opmaken dat ten minste één per duizend van elke prevalentie daarop is gebaseerd.

Overigens kan men zich in een episode-georiënteerde epidemiologie wel degelijk op een zeldzame aandoening richten – bijvoorbeeld in peilstationpraktijken – maar dan gaat het niet meer om een classificatieprobleem in een routineregistratie, maar om een probleem rond de methode van onderzoek bij een omschreven onderwerp.¹⁰⁻¹² Een hiërarchische classificatie als de ICHPPC-2 of de ICPC biedt daarbij iedere gewenste specificiteit door de mogelijkheid een extra digit aan de betreffende hoofdrubriek toe te voegen, op geleide van de synoniemen die tot de hoofdrubriek worden gerekend.

Indien men vooral behoefte heeft aan een diagnostische classificatie waarin de belangrijkste rubrieken ondubbelzinnig zijn gedefinieerd, dan is de ICHPPC-2-defined – wanneer de definities ook echt worden toegepast – de eerste keuze. Wanneer men het belangrijk vindt om veel aandacht te kunnen geven aan de klachten en symptomen van patiënten en aan symptoomdiagnosen c.q. diagnoses op een relatief laag diagnostisch niveau, dan schieten de ICHPPC-2 en de RCC op voorhand tekort in vergelijking met de ICPC.

Een belangrijke conclusie is dat de vergelijkbaarheid van de ICPC (en daarmee voor een deel van de ICHPPC-2) met de RCC (en daarmee in nog sterkere mate met de ICD-9) zeer gebrekkig is. Niet alleen is het aantal direct herleidbare hoofdrubrieken gering, daar-

naast heeft de keuze voor een bepaalde aard en omvang van de specificiteit consequenties voor het aantal rubrieken met een geringe conversie-mogelijkheid. Wanneer men eenmaal heeft gekozen voor een classificatiesysteem, dan is daarmee de mogelijkheid tot vergelijking met uitkomsten die volgens een ander systeem zijn gerangschikt, voor een deel verkeken en voor een ander deel beperkt.

Een tweede belangrijke conclusie is dat het idee als zou het gebruik van computers (en daarmee van een grote geautomatiseerde nomenclatuur met verschillende conversiecodes) een technische oplossing voor het probleem van de vergelijkbaarheid kunnen bieden, verlaten dient te worden. Wél heeft het zin, te komen tot een algemeen aanvaard en ruim toe te passen computerthesaurus met een op de huisartsgeneeskunde toegesneden nomenclatuur, inclusief alle relevante codes. Een dergelijke thesaurus kan juist recht doen aan de karakteristieke structuur van ieder der hier genoemde classificatiesystemen. De structuur is bepalend voor het gebruik van de thesaurus en bepaalt daarmee het registratiesysteem. Het gebruik van een bepaald classificatiesysteem karakteriseert waarop men zijn aandacht wil richten. Dat beperkt de vergelijkbaarheid van wat men op die manier vaststelt, met de uitkomsten van onderzoek dat door een heel ander classificatiesysteem essentieel anders gericht is.

Geen classificatie is ooit perfect. De ICPC sluit – ook als diagnostische classificatie – op dit moment het best aan op een aantal doelstellingen van de – in de WONCA belichaamde – internationale huisartsgeneeskunde. Deze doelstellingen worden niet overal en door iedereen even belangrijk gevonden. Consensus bestaat echter over het feit dat de ICD-9 onvoldoende aan de behoeften van de huisartsgeneeskunde tegemoet komt. Het ontwerp voor de ICD-10 heeft helaas eveneens een sterk van de ICPC afwijkende oriëntatie en is allerminst patiënt- of zelfs maar huisarts-georiënteerd.^{13 14} De ICD-10 kan echter al vóór 1993 door de huisartsgemeenschap tegemoet getreden worden met op ruime schaal in de praktijk, met de ICPC verzamelde, gekwantificeerde informatie. Dan kan ook worden vastgesteld, of een nieuwe ICPC voor het jaar 2000 nog in een zinvolle relatie tot de ICD kan worden gebracht.