



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

## **Internationale classificaties in Nederland**

Nut, toepassing en noodzaak

Rapport 270553004/2011

W.M. Hirs et al.



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

## **Internationale classificaties in Nederland**

Nut, toepassing en noodzaak

RIVM Rapport 270553004/2011

## Colofon

© RIVM 2011

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: 'Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave'.

W.M. Hirs (redactie), WHO-FIC Collaborating Centre  
C.H. van Gool, cVTV  
Y.F. Heerkens, NPi  
M.W. de Kleijn-de Vrankrijker, WHO-FIC Collaborating Centre  
A.J.M. van Loon, cVTV  
I. Okkes  
H. Ten Napel, WHO-FIC Collaborating Centre

Contact:  
Marijke de Kleijn-de Vrankrijker  
WHO-FIC Collaborating Centre  
Marijke.de.kleijn@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van Ministerie van VWS, in het kader van het project Classificaties.

## Rapport in het kort

### **Internationale classificaties in Nederland**

Nut, toepassing en noodzaak

Welk *nut* hebben de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) en de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) van de World Health Organization (WHO)?

Is er een *noodzaak* voor hun *toepassing* in Nederland? Hoe kun je de ontwikkeling en invoering van deze internationale classificaties in Nederland optimaliseren?

Internationale classificaties hebben voor- en nadelen door hun vermogen tot het aggregeren en integreren van verschillende gezondheidsgegevens volgens internationale standaarden. Het voordeel van het bezit van op deze wijze vergelijkbaar gemaakte gegevens is tevens een nadeel: deze gegevens dekken niet alle relevante en gedetailleerde gegevens voor de cliënt en de beroepsbeoefenaar.

Het rapport beschrijft de structuur, de grondregels, het nut en de belangrijkste toepassingen van de WHO Family of International Classifications (WHO-FIC). Internationale classificaties verschillen van doorgaans monodisciplinaire terminologieën en qua onderwerp beperkte meetinstrumenten door hun meervoudige doelen, diversiteit en veelvuldige gebruik. Hierdoor kunnen gegevens uit verschillende bron tot relevante gezondheidsinformatie worden samengevoegd. De noodzaak van internationale classificaties wordt vaak bekrachtigd door hun toepassing in sociale wetgeving (WMO, WSW, Wtcg) en gebruik in administratie en statistiek. Deze conclusies zijn ook bevestigd door diverse 'stakeholders' in Nederland.

De ontwikkeling en invoering van internationale classificaties vereist dat verschillende activiteiten worden uitgevoerd, zoals de voorlichting aan en ondersteuning van classificatiegebruikers (hun toepassingen, onderwijs en training), de vertaling van internationale classificaties en het verduidelijken van de ervaringen en handelingen van gebruikers bij de internationale ontwikkeling van revisies en updates van internationale classificaties.

Trefwoorden:

internationale classificaties, ICD-10, ICF



## Abstract

### **International classifications in the Netherlands**

Utility, application and necessity

Which *utility* have the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) and the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) of the World Health Organization? Is there a *necessity* for their *application* in the Netherlands? How does one optimize the development and implementation of international classifications in the Netherlands?

International classifications have advantages and disadvantages due to their capability to aggregate and integrate different health data, according to international standards. The advantage of having comparable data is also a disadvantage: these data cannot cover all relevant and detailed data for client and professional.

The report describes structure, basic rules, utility and main applications of the WHO-FIC. International classifications distinguish from often monodisciplinary terminologies and in subject restricted measurement instruments by their multiple purposes, diversity and frequent use. In this way data from different origin can be joined into relevant health information. The necessity of international classifications is often sanctioned by its applicability for social laws (WMO, WSW, Wtcg) and its use in administration and statistics. These conclusions are also confirmed by different stakeholders in the Netherlands.

The development and implementation of international classifications demands for the performance of different activities, such as information and support to classification users (their applications, education and training), translation of international classifications and representing the experiences and deeds of the users in the international development of revisions and updates of international classifications.

Keywords:

international classifications, ICD-10, ICF



## Inhoud

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
|          | Samenvatting .....  | 9         |
| <b>1</b> | <b>Inleiding .....</b>  | <b>15</b> |
| <b>2</b> | <b>Betekenis van internationale classificaties.....</b>   | <b>17</b> |
| <b>3</b> | <b>Beschrijving van de internationale classificaties .....</b>  | <b>21</b> |
| 3.1      | WHO Familie van Internationale classificaties (WHO-FIC) .....   | 21        |
| 3.2      | ICD-10, internationale referentieclassificatie .....  | 26        |
| 3.3      | ICF, internationale referentieclassificatie .....   | 28        |
| 3.4      | ICD-O-3 (Oncologie), afgeleide internationale classificatie .....                                       | 30        |
| 3.5      | ICD-10 Classificatie van psychische en gedragsstoornissen, afgeleide internationale classificatie ..... | 30        |
| 3.6      | ICF-CY (Children & Youth), afgeleide internationale classificatie .....                                 | 31        |
| 3.7      | ICPC (Primary Care), gerelateerde internationale classificatie .....                                    | 32        |
| 3.8      | ICECI (Externe oorzaken van letsels), gerelateerde internationale classificatie .....                   | 35        |
| 3.9      | ISO 9999 (Hulpmiddelen), gerelateerde internationale classificatie .....                                | 37        |
| 3.10     | ATC/DDD (Geneesmiddelen), gerelateerde internationale classificatie .....                               | 39        |
| 3.11     | Nationale modificaties van internationale classificaties .....  | 40        |
| <b>4</b> | <b>Toepassing van de ICD-10 in Nederland.....</b>   | <b>43</b> |
| 4.1      | Mortaliteit .....   | 43        |
| 4.2      | Morbiditeit.....  | 44        |
| 4.3      | Andere toepassingsgebieden.....   | 45        |
| <b>5</b> | <b>Toepassing van de ICF in Nederland .....</b>   | <b>47</b> |
| 5.1      | Gezondheidszorg en welzijnswerk .....   | 47        |
| 5.2      | Onderzoek en statistiek.....  | 49        |
| 5.3      | Sociale zekerheid .....   | 51        |
| 5.4      | Documentatie, planning en beleid.....   | 52        |
| 5.5      | Opleiding en vaardigheidsonderwijs.....   | 54        |
| 5.6      | Overwegingen.....   | 54        |
| <b>6</b> | <b>Toepassing van enkele andere internationale classificaties in Nederland .....</b>                    | <b>57</b> |
| 6.1      | CMSV .....  | 57        |
| 6.2      | ICPC-2.....   | 57        |
| 6.3      | ISO 9999 .....  | 58        |
| 6.4      | ATC/DDD .....   | 58        |
| <b>7</b> | <b>Noodzaak van internationale classificaties voor overheidsbeleid .....</b>                            | <b>59</b> |
| <b>8</b> | <b>Vereisten voor het uitvoeren van classificatiewerkzaamheden voor Nederland .....</b>                 | <b>61</b> |
|          | Literatuur.....   | 65        |



|  |    |
|--|----|
| Bijlage 1 ICD-10 detaillering .....              | 69 |
| Bijlage 2: Consultatieronde conceptrapport ..... | 77 |
| Bijlage 3: Lijst met afkortingen .....           | 79 |

## Samenvatting

Vanuit het ministerie van VWS<sup>1</sup> is de *vraag* gesteld wat het nut, de noodzaak en de toepassingen zijn van internationale classificaties zoals de ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) en de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) in Nederland (hoofdstuk 1). Tevens is verzocht te beschrijven wat de voor- en nadelen zijn om als land een WHO Collaborating Centre voor de Familie van Internationale Classificaties (WHO-FIC) te hebben en hoe de belangenbehartiging van Nederland in de ontwikkeling van deze classificaties geoptimaliseerd kan worden. Dit rapport richt zich op de beantwoording van de eerste vraag. Op de tweede vraagstelling wordt ingegaan in een brieffrapport voor de opdrachtgever.

De *betekenis van internationale classificaties* (hoofdstuk 2) is niet onomstreden: ze hebben voor- en nadelen. Daarom gaat het rapport beknopt in op de verschillen met andere middelen voor het vastleggen van gegevens: terminologieën en meetinstrumenten. De verschillen zijn een uitgebreider studie waardig, maar dit rapport beperkt zich desgevraagd tot de betekenis van internationale classificaties van de WHO-FIC in Nederland. Internationale classificaties bieden:

- het vermogen om gegevens te aggregeren;
- het vermogen om verschillende onderwerpen onderling te integreren;
- een mondiale status als standaard voor het beschrijven van de gezondheidstoestand en gezondheidszorg, mede voor de vergelijkbaarheid van informatie daarover.

Genoemde eigenschappen vormen tegelijkertijd de nadelen van (internationale) classificaties. Het voordeel van de mogelijkheid om gegevens te kunnen aggregeren en statistisch te kunnen verwerken, staat tegenover het nadeel van het beperkte vermogen om alle voor cliënt en behandelaar relevante gegevens tot in detail vast te leggen in een klasse/code van een classificatie.

In hoofdstuk 3 wordt een *beschrijving* gegeven van het onderling samenhangende stelsel, de 'familie' en de 'leden': ICD, ICF en afgeleide en gerelateerde classificaties. Hun structuur, principes en het beoogde nut worden hierin toegelicht.

Vervolgens wordt in een drietal hoofdstukken (4, 5 en 6) ingegaan op de belangrijkste *toepassingen* van ICD, ICF en andere relevante familieleden in Nederland. De ICD (hoofdstuk 4) heeft van oudsher een prominente plaats in de gezondheidsinformatie ingenomen door de toepassingen voor mortaliteit en morbiditeit, ook in Nederland. Voor het vastleggen van doodsoorzaken is de ICD sinds het begin (1901) in gebruik. Sinds 1996 wordt volgens de tiende revisie (ICD-10) gecodeerd. Voor het vastleggen van diagnoses in ziekenhuizen is de situatie totaal anders. De USA en Nederland hebben in 1995/96, in tegenstelling tot andere, met name ook Europese landen, de overstap van de ICD-9-CM (Clinical Modification) naar de ICD-10 voor wat betreft de informatie over hoofd- en nevendiaagnosen in de ziekenhuizen niet kunnen en willen maken. In de USA is deze vasthoudendheid aan de ICD-9-CM enigszins gecompenseerd door jaarlijkse updates daarvan. In de Landelijke Medische Registratie (LMR) zijn deze updates nauwelijks benut. Feitelijk is daardoor tot op heden volstaan met een in het verleden in het Nederlands vertaalde ICD-9-CM: de CvZ80, die stamt uit de jaren zeventig van de vorige eeuw met als nadeel een steeds slechtere

<sup>1</sup> Voor de betekenis van afkortingen, zie de laatste pagina's van dit rapport.

aansluiting bij de huidige medische inzichten. Van de voorgenomen invoering van de ICD-10 (inclusief updates) in de Nederlandse ziekenhuizen is door de verbeterde aansluiting bij de huidige medische inzichten veel te verwachten. Enkele voorbeelden van het huidige en voorgenomen gebruik van de ICD-10 zijn in dit rapport uitgewerkt en ook bevestigd door geraadpleegde instanties zoals CBS, DBC Onderhoud, SWOV en cVTV. Het laatste is samengevat in hoofdstuk 7. De ICF (hoofdstuk 5) sluit als denkkader goed aan bij de zorg zoals die vanouds in de revalidatie en door bijvoorbeeld verpleegkundigen en paramedici wordt geleverd. ICF-terminologie wordt dan ook in toenemende mate binnen paramedische beroepsgroepen en revalidatie gebruikt, zowel in onderwijs en onderzoek als ook in de dagelijkse praktijk. Anno 2010 is het gebruik van de ICF in het kader van onderzoek en ontwikkeling redelijk ingeburgerd, wat niet wil zeggen dat op de werkvloer door iedereen van de ICF gebruik wordt gemaakt. De verwachting is dat ontwikkelingen als vraaggestuurde zorg, ketenzorg en multiprofessionele zorg en het gebruik van elektronische verslagleggingssystemen het gebruik van de ICF/ICF-CY in de medische en paramedische zorg en het onderwijs verder zullen stimuleren. Van *andere gerelateerde internationale classificaties* (ICPC, ISO 9999 en ATC/DDD) zijn diverse toepassingen te melden (hoofdstuk 6). Zij illustreren dat op geaggregeerd niveau duidelijk sprake is van een geïntegreerd stelsel van internationale classificaties, waarmee zinvol informatie over gezondheidstoestand en gezondheidszorg ontwikkeld kan worden.

Het in gebruik zijnde stelsel van internationale classificaties, zoals beschreven in de hoofdstukken 3 t/m 6, is voor de verzameling en transparantie van gezondheidsinformatie een *noodzaak* te noemen (hoofdstuk 7). Inspanningen van de overheid op het gebied van wetgeving (bijvoorbeeld WMO, WSW, Wtcg), subsidievoorwaarden (bijvoorbeeld door ZonMw) en toepassingen van internationale classificaties door overheidsinstellingen zoals CBS, RIVM/cVTV getuigen daar in ieder geval van. Vanwege de communicatie, vergelijkbaarheid en afspraken met de WHO vinden gebruikers internationale classificaties van belang, evenals de vertaling ervan in het Nederlands en de beschikbaarheid van expertise en coördinatie; ze maken naargelang de ontwikkelingsfase van hun toepassing in wisselende mate gebruik van de diensten van het Centre en hebben ook de nodige wensen. Het briefrapport voor de opdrachtgever gaat hierop nader in.

Er is een *diverse taak* (hoofdstuk 8) te vervullen in de (door)ontwikkeling van internationale classificaties ten behoeve van het gebruik ervan:

- Informatie, advisering en ondersteuning aan gebruikers in Nederland zijn noodzakelijk voor de kwaliteit van toepassingen en het op peil houden van onderwijs en training, omdat het goed gebruiken van classificaties en het interpreteren van de uitkomsten de nodige deskundigheid vereisen.
- Vooral het decentrale gebruik van internationale classificaties (inclusief updates) door individuele hulpverleners, administrateurs, codeurs, onderzoekers enzovoort vereist dat de eenheid van taal bevorderd wordt door de vertaling ervan in het Nederlands.
- Willen Nederlandse gebruikers gemotiveerd blijven internationale classificaties te gebruiken, dan dienen ze de link tussen die classificaties en nationale praktijken goed te kunnen borgen en vanuit die praktijk de (door)ontwikkeling ervan te kunnen beïnvloeden.
- De optimalisering van classificatiewerkzaamheden vereist (inter)nationale expertise betreffende het gebruik van taal en coderingen in de verzameling, verwerking en presentatie van gegevens over de gezondheidstoestand en gezondheidszorg.

- De ervaring heeft geleerd dat als die expertise herkenbaar is bij enkele onafhankelijk van het gebruik werkende specialisten, deze de doorontwikkeling van internationale classificaties kunnen/mogen coördineren. Deze onafhankelijkheid wordt in de huidige situatie mede ondersteund door de positionering bij het RIVM, dat bijvoorbeeld met het centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (cVTV) een objectiverende rol vervult met betrekking tot de diversiteit van onderzoeksgegevens.
- Voor de WHO kan de aanwezigheid van classificatie-experts in een dergelijk instituut aanleiding zijn het ministerie eens in de vier jaar te vragen dit instituut te kunnen aanwijzen als Collaborating Centre. Noodzakelijk is het niet, maar het versterkt wel de gezagsbasis van waaruit de intermediaire taak vervuld kan worden, in het bijzonder als het gaat om geautoriseerde vertalingen, licentie-uitgiften van ICD- en ICF-producten en samenwerkingsafspraken.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Zo is er met NICTIZ het voornemen om de samenwerking tussen WHO en Snomed-organisatie te kopiëren voor de Nederlandse situatie.



## Leeswijzer

In het rapport zijn twee onderdelen te onderscheiden waarvan de informatieve waarde voor verschillende lezers kan variëren. Na de samenvatting bestaat het belangrijkste onderdeel van dit rapport uit de hoofdstukken 1, 2, 7 en 8. De inhoud en toepassingen van internationale classificaties worden daarin min of meer bekend verondersteld. Wie inhoudelijk meer wil weten over de ICD, de ICF en de familie van internationale classificaties in termen van hun structuur, principes, beoogde nut en toepassingen, kan daarvan uitgebreid kennisnemen in de hoofdstukken 3 (beschrijving) en 4 t/m 6 (toepassingen), de geraadpleegde literatuur en een bijlage met een verdere toelichting op de ICD-10.



# 1 Inleiding

Het verkrijgen van kwalitatief goede en vergelijkbare informatie over de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking en de gezondheidszorg is grotendeels afhankelijk van het gebruik van internationaal geaccepteerde standaardclassificaties en terminologieën. Op basis hiervan kunnen enerzijds de gezondheidstoestand en daarmee samenhangende factoren worden beschreven en anderzijds de zorg die eraan wordt besteed, bijvoorbeeld in de vorm van interventies, hulpmiddelen en geneesmiddelen. Voor lidstaten van de WHO fungeert als kernclassificatie de ICD (International statistical Classification of Diseases and related health problems) ten behoeve van het vastleggen van doodsoorzaken (mortaliteit) en diagnoses (morbiditeit) in tal van situaties. De ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) en de daarvan afgeleide ICF-CY (Children & Youth) zijn beschikbaar voor het beschrijven van het menselijk functioneren en de problemen daarin. De ICF en ICF-CY zijn van belang voor gebruik in de revalidatie, het (para)medische veld, de verpleegkunde, de sociale dienstverlening en het onderwijs. In relatie met ICD en ICF worden ook enkele andere internationale classificaties door de WHO aanbevolen, zoals die voor oncologie, psychische en gedragsstoornissen, gezondheidsinterventies, eerstelijnszorg, patiëntveiligheid, externe oorzaken van letsel, hulpmiddelen voor mensen met functioneringsproblemen, geneesmiddelen.

Het WHO-FIC Collaborating Centre is voor Nederland het 'centre' dat zorgt voor de beschikbaarheid en (door)ontwikkeling. Dit centre en diens voorganger worden sinds 1978 voor het grootste deel gefinancierd door het ministerie van VWS. In het najaar van 2009 is het WHO-FIC CC wederom voor vier jaar door de WHO aangewezen als collaborating centre voor de familie van internationale classificaties in het Nederlands. Vanuit het ministerie van VWS is de vraag gesteld wat het nut, de noodzaak en de toepassingen zijn van deze classificaties in Nederland en wat de meerwaarde is om als land een dergelijk WHO Collaborating Centre te hebben, of in meer algemene bewoordingen: hoe kan de belangenbehartiging van Nederland in de ontwikkeling van deze classificaties geoptimaliseerd worden?

Dit rapport is gewijd aan de beantwoording van de eerste vraag: wat is het nut, de toepassing en de noodzaak van internationale classificaties voor Nederland? Deze vraag wordt in de navolgende hoofdstukken 2 t/m 8 uitgewerkt. Op de tweede vraagstelling wordt ingegaan in een brieffrapport voor de opdrachtgever. Hoofdstuk 2 grenst internationale classificaties af van terminologieën en meetinstrumenten.

Hoofdstuk 3 beschrijft de classificaties, hulp aan gebruikers en het nut ervan voor bepaalde informatiedoelen. Het bestaat voor een belangrijk deel uit de originele maar gecomprimeerde teksten van de verschillende classificaties zonder verdere bronvermelding.

Hoofdstukken 4, 5 en 6 beschrijven de belangrijkste voorbeelden van gegevensverzameling en verder gebruik van de ICD-10, de ICF en daarvan afgeleide en daaraan gerelateerde internationale classificaties.

Hoofdstuk 7 gaat in op de noodzaak vanuit het gebruik van internationale classificaties. Diverse Nederlandse gebruikers zijn geconsulteerd over het conceptrapport, zoals CBS, Consument en Veiligheid, DBC Onderhoud, DHD, ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, NHG, NIVEL, SCP, SWOV, Visio/Bartiméus, VNG, cVTV en ZonMw. Hun mening over het belang van



internationale classificaties zal in een afzonderlijk briefrapport aan de opdrachtgever kenbaar worden gemaakt. Hun belangrijkste bevindingen met betrekking tot de juistheid en volledigheid van dit rapport zijn mede in dit hoofdstuk samengevat.

Hoofdstuk 8 noemt de minimale vereisten voor de (door)ontwikkeling (advisering aan gebruikers, updates, revisies) van internationale classificaties voor het gebruik ervan in Nederland en voor het verzilveren van de Nederlandse gebruikservaringen in internationaal verband.

Aan de hand van beide rapportages zal VWS in het derde kwartaal van 2010 een besluit nemen over de wijze waarop de werkzaamheden van het WHO-FIC Collaborating Centre in de komende jaren gestalte zal krijgen.

## 2 Betekenis van internationale classificaties

Ten behoeve van de verzameling, verwerking en communicatie van gegevens en informatie over de gezondheidstoestand en gezondheidszorg bestaan terminologieën (nomenclaturen), classificaties en meetinstrumenten. Wat ze gemeen hebben, is dat ze kenmerken van individuen<sup>3</sup> structureren door ze respectievelijk formeel (gedefinieerd) te verwoorden, in te delen en de maat te nemen. Ze nemen aldus afstand tot het individuele geval. De ermee vastgelegde gegevens worden daarmee generaliseerbaar en kwantificeerbaar. Het specifieke, wat het individuele geval zo bijzonder maakt, gaat verloren, terwijl het overzicht over het belang van bepaalde kenmerken toeneemt. Ook speelt het taalgebruik een rol. Het individuele geval is mede gebaat bij een vrij taalgebruik.

Structureren vereist eenheid van taal. Zonder structureren kom je om in een oerwoud van gegevens, met structureren verlies je mogelijk het zicht op wat werkelijk het geval is. Dit eeuwenoude dilemma tussen particularia en generalia vormt de grondslag voor het beoordelen van de waarde van het structureren: de voor- en nadelen van terminologieën, classificaties en meetinstrumenten. Deze zijn verder afhankelijk van de specifieke informatiedoelstelling of invalshoek van een bepaalde vorm van structureren: met een terminologie of nomenclatuur benoem je een gegeven met een eenduidig gedefinieerde term. Met een classificatie klasseer (benoem/codeer) je een gegeven met behulp van een indeling die alle mogelijkheden op een bepaald kennisgebied omvat. Met een meetinstrument typeer je een gegeven, nominaal of ordinaal.

Het verenigen van de invalshoeken in het eigen product is een wens van vele ontwikkelaars van terminologieën, classificaties en meetinstrumenten, maar nog nooit echt verwerkelijk. Zo bestaan er op volksgezondheidssterrein naast elkaar SNOMED CT, ICD en ICF en (ontelbare) schalen, die elk vooral gericht zijn op een specifieke invalshoek, maar deels ook beide andere trachten te bedienen. Sommigen menen dat dit kan, maar dit is een illusie omdat in principe onverenigbare functies vanuit de verschillende invalshoeken vervuld moeten worden:

- Een wetenschappelijk verantwoorde definitie; elk gegeven moet met een eenduidige term worden vastgelegd.
- Een (statistisch) beeld van de gezondheidstoestand van de bevolking en de gezondheidszorg, ook van individuele toestanden waarover weinig bekend is, moet een codering gemaakt worden, al is het maar 'overig' of 'niet gespecificeerd', wil een compleet beeld van alle toestanden kunnen worden gegeven.
- Een wetenschappelijk verantwoorde meting van gezondheidstoestanden en gezondheidszorg; van een gegeven moet zowel de definitie als de mate van ernst, inspanning of anderszins (volgens een kwantitatieve indeling) bekend zijn.

Het vergt een uitgebreidere studie om de drie invalshoeken uitputtend met elkaar te vergelijken.<sup>4</sup> Terminologieën en meetinstrumenten lijken gemeen te

<sup>3</sup> Inclusief individuele objecten, zoals verrichtingen, geneesmiddelen en hulpmiddelen.

<sup>4</sup> De nauwkeurigheid van de gegevensverzameling is bijvoorbeeld van belang: Bij terminologieën en meetinstrumenten wordt een formeel gegeven of maat toegekend aan een particulier geval of kenmerk; bij een

hebben dat ze dichter bij het individuele geval blijven dan classificaties die juist door hun hiërarchische structuur de mogelijkheid bieden op een steeds hoger geaggregeerd niveau informatie te ontwikkelen. Echter, "ieder voordeel heeft zijn nadeel?" Niemand wil lijden aan een overige of niet gespecificeerde ziekte. Iemand met een veelomvattende chronische ziekte wil graag waar het kan zijn specifieke stoornissen compenseren, activiteiten ontplooiën en participeren in het gewone leven. Het vastleggen van de particuliere situatie, mede in vrije taal, heeft dus een grote voorkeur en de nadelen van classificaties die iets van die situaties generaliseren en aggregeren, zijn dan ook duidelijk hier op terug te voeren. De natuurlijke behoefte aan een vrij taalgebruik uit zich ook in medisch jargon, vaak verdedigd als specifiekere dan gewoon Nederlands. De ervaring heeft geleerd, dat als je consequent kiest voor óf jargon, óf vrije taal, óf Engels, óf ABN, de andere opties vanuit die natuurlijke behoefte als alternatieven opkomen. De vertaling van internationale classificaties in ABN en enig onvermijdelijk jargon, op grond van het internationale gebruik, lijkt voorsnóg de beste optie vanwege de onderlinge verstaanbaarheid voor consumenten en beroepsbeoefenaren en de correspondentie met het internationale taalgebruik.

Deze rapportage beperkt zich tot de specifieke eigenschappen van internationale classificaties, inclusief de daarin opgenomen definiërende criteria, schalen en regels, die in veel mindere mate of niet aanwezig zijn in terminologische systemen en meetinstrumenten. Bovendien gaat het hierbij om de betekenis te illustreren van internationale classificaties voor het overheidsbeleid en niet louter voor beroepsbeoefenaren of instellingen. Wel dient opgemerkt dat de ICD-10 en ICF door de 193 lidstaten van de WHO zijn aanvaard en terminologische systemen zoals SNOMED CT in minder dan 10% van de lidstaten op een of andere wijze worden 'onderzocht op bruikbaarheid'.

Dit rapport beschrijft nut, toepassing en noodzaak van internationale classificaties in de informatie en communicatie over de gezondheidstoestand en gezondheidszorg in Nederland. Daarbij moet men bedenken dat het dan niet louter een correct taalgebruik of een geldige en betrouwbare meting kan betreffen, maar ook de informatie- en communicatiedoelstelling van een classificatietoepassing op een bepaald terrein en de bruikbaarheid van de (al dan niet geaggregeerde) gegevens voor andere terreinen.

- Het nut van een internationale classificatie is zowel gelegen in het doel waarvoor deze wordt toegepast als in de bruikbaarheid voor andere doelen. De toepassing van internationale classificaties in Nederland is wijd verbreid en zeer divers. In dit rapport worden de belangrijkste bekende toepassingen beknopt beschreven en wordt verder volstaan met een enkele regel over andere bij het centre bekende gebruiksvormen zonder verdere toelichting. Door middel van een consultatieronde die onder een aantal gebruikers is gehouden, is aanvullende informatie verkregen over het gebruik en eventuele wensen voor ondersteuning. Deze informatie is opgenomen in een afzonderlijk brie rapport.
- De noodzaak betreft de vraag of de gestelde doelen juist met internationale classificaties en niet of niet uitsluitend met andere middelen (terminologieën en meetinstrumenten) gehaald kunnen worden,

classificatie wordt een particulier geval of kenmerk ondergebracht in een indeling. In principe maakt dat niet uit voor de verwerking van gegevens tot informatie, maar bij classificaties is er ook soms behoefte aan een globale kwaliteit van gegevensvastlegging als er weinig bekend is of hoeft te zijn, zoals bijvoorbeeld bij de meeste binnen 14 dagen voorbijgaande ziekten in de huisartsgeneeskunde, of de specifieke bacterienaam als de erdoor veroorzaakte ziekte kan worden bestreden met een breed-spectrumpenicilline.

in casu intrinsieke overwegingen (wat ga je missen als internationale classificatie niet gebruikt en doorontwikkeld worden?) en de vraag wat wettelijk en beleidsmatig vereist is, in casu extrinsieke overwegingen (welk overheidsbeleid is ermee gemoeid?).

In het navolgende zal worden beschreven hoe classificaties op afstand functioneren van een werkelijkheid die bestaat uit een veelheid van al of niet duidelijk definieerbare en meetbare verschijnselen. Met dit beeld wordt het volgende bedoeld: genoemde verschijnselen worden als gegevens vastgelegd in medische dossiers en patiëntendossiers, in formulieren en vragenlijsten enzovoort. Deze gegevens betreffen bijvoorbeeld doodsoorzaken, ontslagdiagnosen, verrichtingen, stoornissen in functies en anatomische eigenschappen, beperkingen in activiteiten en participatieproblemen. Door het vermogen van classificaties deze gegevens voor een specifiek doel volgens bepaalde regels te rangschikken en telbaar te maken, kan de urgentie van internationale classificaties voor het beleid op een bepaald terrein van gezondheid en zorg worden vastgesteld.

Voor wat betreft structuur en principes bezitten classificaties bovendien het vermogen gegevens te aggregeren en onderling te integreren tot voor het beleid relevante informatie. Voor nagenoeg elk gebruiksdoel is bovendien vereist dat er een specifieke toepassing wordt ontwikkeld met voor dat doel relevante selecties uit de structuur en eigen codeerregels, omdat elk doel een eigen betekenis aan elke klasse kan geven. Zo kan bijvoorbeeld slechthoortheid de nevendiagnose bij een verkeersongeval zijn, maar niet de doodsoorzaak, terwijl de mate van slechthoortheid ook bepalend is voor verschillende beperkingen in activiteiten, participatieproblemen en hulpmiddelen. Aldus zijn classificaties voor meerdere informatiedoelen geschikt te maken, terwijl ze gebaseerd zijn op dezelfde indeling en taal.

Over een internationale classificatie (of revisie daarvan) wordt door een gezaghebbend orgaan een resolutie aangenomen, waarin deze als standaard wordt aanvaard, aanbevolen voor gebruik door de lidstaten en de uitvoerende internationale organisatie de opdracht krijgt de landen te ondersteunen bij de toepassing. In geval van de ICD-10 en de ICF/ICF-CY heeft de World Health Assembly, dat wil zeggen de ministers van Volksgezondheid van alle lidstaten inclusief die van Nederland, de classificatie bij resolutie vastgesteld en dwingend aanbevolen deze te gebruiken in zorgverlening en onderzoek in de landen. Een dergelijk besluit houdt tevens in dat de WHO verantwoordelijk is voor updates en revisies van de classificaties. Aldus ontstaat na aanvaarding van een bepaalde versie van een classificatie een dubbel traject. Enerzijds is er een gebruikstraject van de nieuwe standaard die de continuïteit gedurende diens geldigheidsperiode waarborgt en het gebruik ondersteunt, anderzijds begint er een nieuw ontwikkelingstraject van updates en revisie. In dit rapport wordt deze dubbele taak, die de WHO deelt met de Collaborating Centres, 'doorontwikkeling' genoemd om deze te onderscheiden van het beheer en onderhoud dat in de afzonderlijke toepassingen ten behoeve van het desbetreffende gebruik van internationale classificaties plaatsvindt.



### 3 Beschrijving van de internationale classificaties

Het nut van ICD, ICF en andere internationale classificaties (de rest van de 'familie') is primair te vinden in de doelen die de WHO en zijn lidstaten ermee nastreven. Wat online en/of in boekvorm beschikbaar is, wordt in dit hoofdstuk beknopt beschreven: de structuur en principes van de classificatie, de hulp aan gebruikers, de alfabetische lijst. Vervolgens wordt het nut samengevat, zowel voor de familie van classificaties als voor elke classificatie afzonderlijk.

#### 3.1 WHO Familie van Internationale classificaties (WHO-FIC)

##### 3.1.1 *Structuur en principes*

De basis voor de ontwikkeling van een 'familie' van internationale classificaties met betrekking tot gezondheid en aan gezondheid gerelateerde zaken is gelegd in de Internationale ICD-10 Conferentie in 1989. Hoewel de ICD-10 geschikt is voor verschillende toepassingen, komt zij niet tegemoet aan alle behoeften van de verschillende gebruikers. Zij is voor sommige specialismen niet altijd gedetailleerd genoeg en soms is informatie over verschillende eigenschappen van de geclassificeerde aandoeningen nodig. Ook is de ICD-10 niet bruikbaar om het functioneren van mensen in positieve of negatieve zin te beschrijven, noch bevat zij een volledig spectrum aan gezondheid gerelateerde interventies of redenen voor contact met de gezondheidszorg. Om aan deze behoeften tegemoet te komen, is het concept van een 'familie' van internationale classificaties ontwikkeld.

In de afgelopen jaren is door het gebruik van de ICD en de ontwikkeling van afgeleide en gerelateerde WHO gezondheidsclassificaties het concept van de 'familie' verder ontwikkeld. Momenteel bestaat de 'familie' uit een reeks samenhangende classificaties met overeenkomstige eigenschappen die zowel afzonderlijk als gezamenlijk gebruikt kunnen worden. Ze bevatten elementen waarmee gegevens over de verschillende gezondheidsaspecten en de gezondheidszorg kunnen worden vastgelegd. De ICD bijvoorbeeld wordt voornamelijk gebruikt om informatie over mortaliteit en morbiditeit vast te kunnen leggen. Aanvullende aspecten betreffende gezondheidsdomeinen, functioneren en de problemen daarin, zijn nu geclassificeerd in de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

De ICD-10 en de ICF zijn dus complementair.<sup>5</sup> Het is de bedoeling dat, steeds wanneer dat van toepassing is, deze twee leden van de WHO-FIC tezamen gebruikt worden. Door gegevens over de ziekte te combineren met gegevens over het menselijk functioneren, krijgt men een ruimer en zinvoller beeld van de gezondheidstoestand van een individu of populatie.

In het algemeen beoogt de WHO Familie van Internationale Classificaties een conceptueel raamwerk te bieden voor informatie-elementen die onderdeel vormen van gezondheid en management van de zorg. Ze vormen een gemeenschappelijke taal voor verbetering van de communicatie en informatie, omdat gegevens vergelijkbaar worden van beroepsbeoefenaren en instellingen, binnen en tussen verschillende landen en in de loop van de tijd. De World Health Organization en het WHO-FIC-netwerk streven ernaar de familie van classificaties te bouwen op basis van zinvolle wetenschappelijke en taxonomische principes; cultureel

<sup>5</sup> Twee personen met dezelfde ziekte kunnen op verschillende wijze functioneren en twee personen met hetzelfde niveau van functioneren hebben niet noodzakelijkerwijs hetzelfde gezondheidsprobleem. Daarom verhoogt het gezamenlijk gebruik van ICF en ICD de kwaliteit van gegevens over de gezondheidstoestand.

verantwoord en internationaal toepasbaar en met de nadruk op de multidimensionele aspecten van gezondheid.

De WHO Familie van Internationale Classificaties (WHO-FIC) beoogt *het* raamwerk van internationale standaarden te bieden dat de bouwstenen vormt voor informatiesystemen in de zorg. Figuur 1 geeft de soorten classificaties van de WHO-FIC weer. De cursief gedrukte namen betreffen classificaties die tot dusver niet tot de Nederlandse familie van internationale classificaties worden gerekend.

| <b>Gerelateerde Classificaties</b>   | <b>Referentieclassificaties</b>   | <b>Afgeleide Classificaties</b>   |
|--|---|---|
| International Classification of Primary Care (ICPC)  | International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) | International Classification of Diseases for Oncology, Third Edition (ICD-O-3)  |
| International Classification of External Causes of Injury (ICECI)                                | International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)                  | The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders   |
| ISO9999 Technical aids for persons with disabilities – Classification and Terminology            | International Classification of Health Interventions (ICHI)<br><i>(in ontwikkeling)</i>   | International Classification of Functioning, Disability and Health, Children & Youth Version (ICF-CY)                   |
| The Anatomical, Therapeutic, Chemical (ATC) classification system with Defined Daily Doses (DDD) |   | <i>Application of the International Classification of Diseases to Dentistry and Stomatology, Third Edition (ICD-DA)</i> |
|  |   | <i>Application of the International Classification of Diseases to Neurology (ICD-10-NA)</i>                             |

*Figuur 1: Schematische weergave van de WHO-FIC*

### 3.1.1.1

#### Referentieclassificaties

Dit zijn de classificaties die de belangrijkste parameters van het zorgsysteem bestrijken, zoals doodsoorzaken, ziekte, aspecten van menselijk functioneren, problemen in het functioneren, gezondheid en gezondheidsinterventies. WHO-referentieclassificaties zijn het resultaat van internationale afspraken. Ze kunnen op een breed draagvlak en officiële afspraken voor gebruik rekenen en zijn goedgekeurd en aanbevolen als richtlijn voor internationale rapportages over gezondheid. Ze kunnen dienen als kader voor de ontwikkeling of revisie van andere classificaties met inachtneming van zowel de structuur als aard en definities van de klassen.

Momenteel zijn er twee referentieclassificaties in de WHO-FIC: de ICD-10 voor het vastleggen van gegevens over mortaliteit en morbiditeit (zie verder paragraaf 3.2) en de ICF voor gegevens in de verschillende levensdomeinen van het menselijk functioneren en de problemen daarin (zie verder paragraaf 3.3).

De ICHI (*International Classification of Health Interventions*) is een referentieclassificatie die in ontwikkeling is.

Zijn voorganger is de *International Classification of Surgical Procedures* (ICPM), die in 1978 is uitgegeven voor proefgebruik. Wegens de snelle ontwikkelingen in de geneeskunde en de uiteenlopende behoeften van de diverse landen, bleek de ICPM op mondiaal vlak moeilijk tijdig te beheren. In Nederland is de ICPM gebruikt bij de ontwikkeling van een nationale modificatie voor medisch specialistische verrichtingen, de CMSV, *Classificatie van Medisch Specialistische Verrichtingen* (zie verder paragraaf 3.11).

De WHO heeft wegens de ervaringen met de ICPM jarenlang gearzeld om de ontwikkeling van de ICHI in gang te zetten. Door de toenemende internationale behoefte aan een classificatie van gezondheidgerelateerde interventies heeft de WHO ten slotte toch tot de ontwikkeling van ICHI besloten. Het WHO-FIC CC participeert in deze ontwikkeling om te garanderen dat aansluiting vanuit Nederland bij de ICHI mogelijk is.

De ICHI zal worden opgebouwd volgens een assenstelsel. Deze assen vormen het raamwerk waaruit elke interventie minimaal zou moeten bestaan. Deze assen zijn: Target (Doel), Action (Actie) en Means (Wijze/middelen). Onder elke as wordt een onderverdeling gemaakt op basis van specifieke categorieën van beschrijvende elementen. Voor zover beschrijvende categorieën in bestaande internationale classificaties voorhanden zijn, wordt aangesloten bij deze classificaties. Bijvoorbeeld binnen de as Target kan een lichaamsfunctie het doel van een interventie zijn. De functie wordt dan beschreven in termen van de ICF. Ook kan volgens de traditionele geneeskunde worden beschreven dat de maag het doel is van een interventie (acupunctuur) en de naald daarvoor wordt gezet in de voet. Het ICHI-raamwerk zal dus breed toepasbaar zijn.

De ICHI zal een uitgebreide handleiding voor gebruik ter beschikking stellen, waaronder de aanbevelingen over de wijze waarop landen de eigen classificatie kunnen ontwikkelen volgens de ICHI-principes en hoe landen hun classificatie kunnen koppelen aan de ICHI om vergelijkbaarheid mogelijk te maken. Om de toegang tot de classificatie te vergemakkelijken, zal een alfabetische lijst van termen – een index – worden toegevoegd.

De ICHI zal een aantal doelen dienen. Landen die niet over een eigen verrichtingen- of interventieclassificatie beschikken, zal het voorzien van een basisclassificatie met internationale aansluiting. Daarnaast biedt de ICHI een raamwerk ter vergelijking voor landen die wel over een eigen classificatie beschikken. Via de basisprincipes van de ICHI wordt vergelijkbaarheid mogelijk, tevens wordt een systematiek geboden om bestaande classificaties inhoudelijk te verbeteren, zie ook hoofdstuk 6.

#### 3.1.1.2 Afgeleide internationale classificaties

Afgeleide classificaties zijn gebaseerd op referentieclassificaties. Zij zijn ofwel een uitwerking door het overnemen van de structuur en klassen van de referentieclassificatie, met daarbinnen toevoeging van meer details dan beschikbaar in de referentieclassificatie, ofwel een bewerking door herschikken of aggregeren van items uit één of een aantal referentieclassificaties. Afgeleide classificaties zijn meestal op maat gemaakt voor bepaald gebruik op nationaal of internationaal niveau.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Op specialismen gebaseerde aanpassingen brengen over het algemeen de voor een bepaald specialisme geldende blokken of categorieën van de ICD samen in één enkel compact deel. De vier-tekensubcategorieën blijven behouden, maar vaak worden door gebruik van vijf-teken- of soms zes-teken-onderverdelingen meer details gegeven. Er is bovendien een alfabetische lijst van relevante termen. In deze aanpassingen kunnen verklarende definities van categorieën en subcategorieën binnen het specialisme gegeven worden. De



Binnen de WHO-FIC in Nederland omvatten de afgeleide classificaties de op doelgroep gebaseerde aanpassingen van ICD en ICF:

- de ICD-O-3, Internationale Classificatie van Ziekten voor Oncologie, derde editie, zie 3.4;
- de ICD-10 Classificatie van Psychische en Gedragsstoornissen, Klinische beschrijvingen en diagnostische richtlijnen, zie 3.5;
- de ICF-CY, Nederlandse vertaling van de ICF Children & Youth version, zie 3.6.

#### 3.1.1.3 Gerelateerde internationale classificaties

Gerelateerde classificaties verwijzen deels naar referentieclassificaties, of hebben een relatie met een referentieclassificatie op een specifiek niveau van de structuur. Procedures voor onderhoud, updates en revisie van gerelateerde classificaties vormen een stimulans voor het oplossen van de aansluitingsproblemen met referentieclassificaties en bieden op termijn de mogelijkheid voor een verbeterde harmonisatie.

Binnen de WHO-FIC omvatten de gerelateerde classificaties:

- de ICPC-2-NL, Nederlandse vertaling van de International Classification of Primary Care, 2nd edition, zie 3.7;
- de ICECI, Internationale classificatie van uitwendige oorzaken van letsels, zie 3.8;
- de ISO9999, Hulpmiddelen voor mensen met functioneringsproblemen, classificatie en terminologie, zie 3.9;
- de ATC/DDD, Anatomische therapeutische chemische classificatie met gedefinieerde dagdoses, zie 3.10;
- de ICPS, International Classification for Patient Safety is een nieuw lid van de internationale familie, dat in dit rapport over de Nederlandse WHO-FIC (nog) niet hoeft te worden toegelicht.

#### 3.1.1.4 Nationale modificaties

In Figuur 1 zijn de nationale modificaties van *internationale* classificaties niet ingetekend, hoewel deze wel van betekenis kunnen zijn voor een landelijke gegevensverzameling. Denk aan de *Classificatie van Ziekten 80* (een klinische modificatie van de ICD-9) van de opeenvolgende organisaties die voor de Landelijke Medische Registratie verantwoordelijk waren en de *Classificatie van Medisch Specialistische Verrichtingen*. Mits dergelijke modificaties zich aan de regels van de referentie of gerelateerde classificatie houden, is het bestaan ervan positief te waarderen, vooral als deze modificaties meer aansluiting bieden bij de dagelijkse praktijk van beroepsbeoefenaren, zie verder paragraaf 3.11.

#### 3.1.2 Nut van de Familie van Internationale Classificaties

Het primaire doel van de WHO met de 'familie' is standaardisatie in die zin dat voor elk onderwerp van volksgezondheid één standaard functioneert, waarmee op mondiaal niveau gegevens kunnen worden verzameld, geproduceerd en uitgewisseld. De WHO beveelt deze standaarden aan haar lidstaten aan op grond van de met deze in 1948 overeengekomen conventie. Naast de wettelijk overeengekomen verplichting landelijke doodsoorzaakgegevens tot op 3-tekenniveau aan te leveren, betreft het in feite aanbevelingen die lidstaten opvolgen indien het gezamenlijk gebruik ervan binnen en tussen lidstaten een voordeel oplevert. Zo werkt standaardisatie nu eenmaal. In het onderstaande

aanpassingen zijn vaak door internationale specialistengroepen ontwikkeld. Daarnaast hebben nationale groepen soms aanpassingen gepubliceerd die later in andere landen zijn gebruikt.

wordt het nut van elke standaard internationale classificatie beschreven. Voor welke informatiedoelen worden er gegevens mee vastgelegd?

Op deze plaats wordt het nut van de familie als zodanig belicht. De meerwaarde van een stelsel standaarden voor informatie over de volksgezondheid en gezondheidszorg is vierledig:

1. een nauwkeuriger beschrijving van de individuele gezondheidstoestand en gezondheidszorg;
2. een meer gedifferentieerde beschrijving van de individuele gezondheidstoestand en gezondheidszorg;
3. een voortschrijdend inzicht in de samenhang van de belangrijkste onderwerpen van volksgezondheid en gezondheidszorg;
4. een bijdrage aan de informatie van de WHO en – in ruil – vergelijkbaarheid met andere landen, regio en wereld van informatie over de gezondheidstoestand van de bevolking en de eraan bestede zorg.

De navolgende voorbeelden illustreren hoe deze meerwaarde in Nederland bereikt is en verder ontwikkeld kan worden.

Ad 1. De betrouwbaarheid van gegevens verbetert door gebruik te maken van meerdere gegevensbronnen onder het communicatiewetenschappelijk motto: een bericht is pas waar indien het door verschillende bronnen gemeld wordt. In de secundaire analyses van bijvoorbeeld het centrum VTV worden vanaf het detailniveau van individuele gezondheidstoestanden gegevens uit de doodsoorzakenstatistiek, de kankerregistratie, de ziekenhuisdiagnosenstatistiek en de huisartsenregistratiesystemen (+ Nivelgegevens) en tal van andere epidemiologische onderzoeken onderling vergeleken. Het feit dat de VTV-rapportages op een hoog aggregatieniveau van ongeveer 70 diagnosegroepen plaatsvindt, verhult het rekenwerk dat op gedetailleerd niveau aan de presentatie van de gegevens vooraf is gegaan.

Voor een nauwkeuriger beschrijving van de gezondheidstoestand zijn ook classificatiehulpmiddelen beschikbaar, zoals conversielijsten tussen de ICD en ICD-O, de ICD-9 en CvZ80, de ICPC-2 en ICD-10 (thesaurus). De laatste biedt de huisarts de mogelijkheid de ICPC-ziekte-episodecodering na een ziekenhuisopname nauwkeuriger met een ICD-10-codering vast te leggen.

Ad 2. De zorg gaat over meer dan ziekten; er is bovendien preventie in allerlei vormen. In principe worden de belangrijkste onderwerpen van de individuele gezondheidstoestand en -zorg door de familie van internationale classificaties gedekt: doodsoorzaken, externe oorzaken van letsels, (hoofd-/neven)diagnosen, zorgcontactredenen, ziekte-episodes, gezondheidsinterventies (onder meer medisch specialistische verrichtingen), functioneringsproblemen (stoornissen, beperkingen, participatieproblemen), omgevingsfactoren die bij ziekte en functioneren in het spel kunnen zijn, geneesmiddelen en hulpmiddelen.

Classificaties van persoonlijke factoren, zoals leeftijd en geslacht en risicofactoren, zoals roken, overgewicht en cholesterolgehalte, behoren tot dusver niet tot de familie, hoewel er sinds kort gestreefd wordt naar een aanvulling op de ICPC voor persoonlijke risicofactoren. Geen van deze onderwerpen is het eigendom van een bepaalde soort beroepsbeoefenaar of zorgvorm. Een meer gedifferentieerde invulling van de individuele gezondheidstoestand en -zorg is het hoofddoel van de familie van internationale classificaties. De gezondheidstoestand van de bevolking bestaat uit meer dan aan- of afwezigheid van ziekten en het gebeuren van hoogwaardige medische ingrepen.

Ad 3. Door het gebruik van gegevens (a) uit verschillende classificaties (b) van verschillende beroepsbeoefenaren en (c) van verschillende voorzieningen kunnen nieuwe inzichten worden verworven, zoals de samenhang tussen

bepaalde chronische ziektebeelden, functioneringsproblemen en hulpmiddelengebruik. Heel specifieke inzichten zijn ook mogelijk. Zo bleek al in de negentiger jaren dat de mate van ernst van een psychiatrische diagnose als schizofrenie een geringer voorspellende waarde heeft voor iemands zorgbehoeften dan diens beperkingen in activiteiten en participatie. Aanvullend op de familie van internationale classificaties zijn voor het verwerven van deze inzichten tal van (meet)instrumenten ontwikkeld, zoals een relatie tussen een hulpmiddel en de rol die het vervult bij een functioneringsprobleem, de training of het beheersen ervan of van een externe factor. Naast toepassings specifieke codeerregels zijn er ook standaard-vragenlijsten en -meetschalen die gebruikmaken van de basisfilosofie en terminologie van de familie, waardoor nieuwe inzichten verworven worden in het bekende taalgebruik van de internationale classificatie.

Ad 4. Verschillende internationale classificaties kunnen op verschillende aggregatieniveaus vergelijkbare gegevens tussen lidstaten tonen. Een voorbeeld, dat heeft geleid tot een nieuwe verplichting tussen EU-landen, is het Hospital Data Project (HDP) van het EU Health Monitoring Programme. Ter vergroting van de statistische vergelijkbaarheid van ziekenhuisactiviteiten is in 2005 de International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation (ISHMT) als standaard aanvaard door het WHO-FIC Network, de OECD en Eurostat. De lijst bestaat uit diagnosegroepen die zowel met ICD-9-coderingen als ICD-10-coderingen worden omschreven, zodat vergelijkingen tussen landen kunnen plaatsvinden over een reeks van jaren, ondanks de verschillende in gebruik zijnde ICD-revisies.

### 3.2 ICD-10, internationale referentieclassificatie

De Tiende Revisie van de Internationale Statistische Classificatie van ziekten en met gezondheid verband houdende problemen (ICD-10) bestaat uit drie delen:

- de classificatie, structuur en principes;
- de hulp aan gebruikers;
- de alfabetische lijst.

Van de andere internationale classificaties in de paragrafen 3.3.1 t/m 3.10.1 worden ook deze onderwerpen besproken.

#### 3.2.1 *Structuur en principes*

##### 3.2.1.1 Deel I van de ICD-10, de classificatie

Het grootste gedeelte van deel 1 wordt in beslag genomen door de hoofdclassificatie, die bestaat uit de lijst van drie-tekencategorieën en de systematische lijst van inclusies en vier-tekensubcategorieën; dit deel is ook online te gebruiken, <http://class.who-fic.nl/browser.aspx?scheme=ICD10-nl.cla>. De 3-tekenclassificatie is het niveau voor rapportage aan de WHO-mortaliteitsregistratie en voor algemene internationale vergelijking, waartoe de lidstaten van de WHO zich verplicht hebben. Deze 3-tekenclassificatie bevat tevens titels van hoofdstukken en blokken. De systematische lijst geeft alle details van het 4-tekenniveau weer.

Structuur, principes en toepassing van de ICD-10 zijn meer gedetailleerd beschreven in een afzonderlijke Bijlage *ICD-10 detaillering*. Hieruit blijkt onder meer dat inzicht in de waarde van ICD-gegevens de nodige studie vereist die nauw samenhangt met het doel en de mogelijkheden voor het verzamelen van die gegevens.

De kern van de ICD-10 bestaat uit een classificatie van 22 hoofdstukken, onderverdeeld in blokken, categorieën en subcategorieën:

- I t/m XVII: ziekten en andere aandoeningen;
- XVIII: symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen;
- XIX: letsels, vergiftiging en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken;
- XX: uitwendige oorzaken van ziekte en sterfte, zoals letsels en vergiftigingen;
- XXI: factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden en contacten met gezondheidszorg;
- XXII: coderingen voor speciale doeleinden.

Deel 1 van de ICD-10 bevat verder inclusies, exclusies en verklarende omschrijvingen in een structuur waarin (diagnostische) bevindingen van artsen kunnen worden ondergebracht, bij voorkeur in subcategorieën. De definitie van de subcategorie bestaat uit de bovengeschiede categorie (plus inclusies en verklarende omschrijvingen), het blok en het hoofdstuk en het verschil met de nevensgeschiede subcategorieën en exclusies. Het met de ICD-10 coderen van bevindingen vergemakkelijkt het sorteren en tellen voor statistische doeleinden, zoals de mortaliteit en morbiditeit van een populatie, maar daarvoor is meer vereist dan de classificatie zelf, zoals een standaarddefinitie voor de doodsoorzaak, de perinatale sterfte en de hoofddiagnose voor een verblijf in een ziekenhuis en de vele codeerregels om tot de vaststelling van juist deze aandoening te komen. De kwaliteit ervan wordt verder mede bepaald door de arts die de doodsoorzaakverklaring invult of de medische administratie die de verschillende gegevens over een ziekenhuisverblijf interpreteert enzovoort, zie Bijlage ICD-10 gedetailleerd.

#### 3.2.1.2

Deel 2 van de ICD-10, hulp aan gebruikers

Deel 2 geeft richtlijnen voor het registreren en coderen. Het bevat praktische instructies voor het coderen van ziekte en sterfte en richtlijnen voor de presentatie en interpretatie van gegevens, waarover wereldwijd overeenstemming is bereikt.

Het materiaal moet ondersteund worden door erkende cursussen, waarin uitgebreid wordt geoefend op voorbeeldformulieren en problemen worden besproken, vergelijk ook de e-learningtool op de Implementation webpage van de WHO-FIC.

#### 3.2.1.3

Deel 3 van de ICD-10, alfabetische lijst

De Inleiding tot deel 3, de alfabetische lijst bij de ICD-10, geeft instructies hoe deze moet worden gebruikt. Dit is met name van belang in codeersituaties zonder geautomatiseerde hulpmiddelen. De instructies laten zien hoe het meest gangbare statistische gebruik van de ICD-10, vaak stapsgewijs, tot een keuze komt van slechts één enkele aandoening uit een verklaring of dossier, terwijl daarin meer dan één aandoening is opgenomen. De specifieke regels voor deze keuze bij mortaliteit en morbiditeit zijn weergegeven in hoofdstuk 4 van deel 2 van de ICD-10. In de Bijlage *ICD-10 detaillering* zijn hiervan voorbeelden gegeven.

#### 3.2.2

*Nut van de ICD-10*

De ICD-10 kan worden gebruikt voor het klasseren van ziekten en andere gezondheidsproblemen die met vragenlijsten en in formulieren en dossiers worden vastgelegd. Oorspronkelijk is de ICD bedoeld voor het klasseren van oorzaken van sterfte die in overlijdensverklaringen worden vermeld. Later zijn diagnoses

hieraan toegevoegd. Niet elk probleem of elke reden voor het in aanraking komen met de gezondheidszorg kan echter als doodsoorzaak of diagnose worden gecategoriseerd. De ICD-10 voorziet daarom in een grote verscheidenheid van symptomen, afwijkende bevindingen, klachten en sociale omstandigheden die in dossiers in de plaats kunnen staan van een doodsoorzaak of diagnose (zie deel 1, hoofdstukken XVIII en XXI). De ICD-10 kan worden gedefinieerd als een stelsel van categorieën waarmee, aan de hand van vastgestelde criteria, gegevens, zoals diagnose, reden voor opname, behandelde aandoening, reden voor consult en dergelijke, worden vastgelegd. Het doel is de systematische opslag, analyse, interpretatie en vergelijking van mortaliteits- en morbiditeitsgegevens mogelijk te maken, die in verschillende landen of gebieden en in verschillende perioden zijn verzameld. De ICD-10 wordt gebruikt om diagnoses van ziekten en andere gezondheidsproblemen in coderingen om te zetten, zodat opslag, ontsluiting en analyse van die gegevens wordt vergemakkelijkt. In feite is de ICD-10 de internationale standaard diagnostische classificatie voor alle algemene epidemiologische doeleinden en voor vele andere doelstellingen bij het beleid in de gezondheidszorg. Deze doelen hebben betrekking op de analyse van de algemene gezondheidstoestand van bevolkingsgroepen, de controle op het voorkomen en de verspreiding van ziekten en andere gezondheidsproblemen in relatie tot andere variabelen, zoals de kenmerken en omstandigheden van de betrokken individuen. De ICD-10 is niet, zoals een terminologisch systeem, bedoeld voor het indexereren van afzonderlijke klinische bevindingen en is als zodanig ook niet geschikt. Vanwege de vaak ingewikkelde regelgeving en uitvoering van de bekostiging van de gezondheidszorg in de verschillende lidstaten van de WHO zijn er beperkingen ten aanzien van het direct gebruik van de ICD-10 voor bestudering van financiële aspecten, zoals het factureren, of toekennen van (financiële) middelen. In Nederland wordt niettemin geprobeerd de bekostiging mede te baseren op de ICD-10, zie paragraaf 4.3.

### 3.3 ICF, internationale referentieclassificatie

De ICF, Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health (Bilthoven 2001), bestaat uit een raamwerk van deelclassificaties die tezamen een gestandaardiseerd begrippenapparaat vormen voor het beschrijven van het menselijk functioneren en de problemen die daarin kunnen optreden.

#### 3.3.1 *Structuur en principes*

##### 3.3.1.1 Classificatie

Met behulp van de ICF kan het menselijk functioneren worden beschreven vanuit drie verschillende perspectieven:

1. Het perspectief van het menselijk organisme.
2. Het perspectief van het menselijk handelen.
3. Het perspectief van de mens als deelnemer aan het maatschappelijk leven.

Het eerste perspectief is uitgewerkt in twee afzonderlijke deelclassificaties, de classificatie van functies van het organisme en de classificatie van anatomische eigenschappen. Het tweede en derde perspectief zijn uitgewerkt in de classificatie van activiteiten en participatie. De classificatie is online te gebruiken: <http://class.who-fic.nl/browser.aspx?scheme=ICF-nl.cla>.

De ICF ordent op systematische wijze verschillende domeinen<sup>7</sup> van het menselijk functioneren die verband kunnen houden met een gezondheidsprobleem. De term 'menselijk functioneren' verwijst naar functies, anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie. De term 'functioneringsprobleem' verwijst naar stoornissen, beperkingen en participatieproblemen. Daarnaast bevat de ICF een lijst met externe factoren die van invloed kunnen zijn op elk domein. Deze factoren kunnen ondersteunend of belemmerend werken. Al deze aspecten tezamen kunnen een zinvol beeld geven van iemands functioneren. Het menselijk functioneren en de problemen daarmee worden opgevat als de uitkomst van een dynamische wisselwerking<sup>8</sup> tussen iemands gezondheidsproblemen (ziekten, aandoeningen, ongevallen, trauma's, enzovoort), en de context waarin die problemen zich voordoen. Het zal duidelijk zijn dat in de ICF gevallen (zieken of sterfgevallen) niet de eenheid van classificatie zijn, zoals in de ICD. De ICF deelt geen mensen in, maar biedt termen voor het beschrijven van situaties van individuen:

*Tabel 1: Hoofdstukken van de deelclassificaties in de ICF*

| <b>Functies</b>  | <b>Anatomische eigenschappen van</b>                           | <b>Activiteiten en participatie</b>        | <b>Externe factoren</b>                                  |
|--|--|--|--|
| mentale functies   | zenuwstelsel   | leren en toepassen van kennis              | producten en technologie                                 |
| sensorische functies en pijn   | oog, oor en verwante structuren                                | algemene taken en eisen                    | natuurlijke omgeving en veranderingen van de mens daarin |
| stem en spraak   | structuren betrokken bij stem en spraak                        | communicatie                               | ondersteuning en relaties                                |
| functies van hart en bloedvatensysteem, hematologisch systeem, afweersysteem, ademhalingsstelsel | hart en bloedvatensysteem, afweersysteem en ademhalingsstelsel | mobiliteit                                 | attitudes  |
| functies van spijsverteringsstelsel, metabool stelsel en hormoonstelsel                          | spijsverteringsstelsel, metabool stelsel en hormoonstelsel     | zelfverzorging                             | diensten, systemen en beleid                             |
| functies van urogenitaal stelsel en reproductieve functies                                       | urogenitaal stelsel  | huishouden                                 |  |
| functies van bewegingssysteem en aan beweging verwante functies                                  | structuren verwant aan beweging                                | tussenmenselijke interacties en relaties   |  |
| functies van huid en verwante structuren   | huid en verwante structuren                                    | belangrijke levensgebieden                 |  |
|  |  | maatschappelijk, sociaal, burgerlijk leven |  |

<sup>7</sup> Een domein is een praktisch en zinvol stel met elkaar verband houdende fysiologische functies, anatomische eigenschappen, activiteiten, taken of levensgebieden.

<sup>8</sup> De uitkomst van deze wisselwerking kan aan de hand van de termen in de ICF worden beschreven op een gegeven ogenblik in de tijd. Voor een beschrijving van het proces, de wijze waarop die uitkomst tot stand komt, zijn meer beschrijvingen in de tijd nodig.

De situatie is er bovendien altijd een binnen de context van externe en persoonlijke factoren. De laatste worden wel genoemd, maar niet als zodanig geassocieerd in de ICF vanwege de grote sociale en culturele verschillen die erin voorkomen. De hoofdstukken zijn onderverdeeld in categorieën en (sub)categorieën en soms een detaillering daarvan. Meer categorieën vormen een blok om de gebruiker te helpen; ze maken geen deel uit van de hiërarchische structuur van de classificatie en codering. Op (sub)categorieniveau van de functies, activiteiten en participatie en externe factoren wordt opgesomd (vooral extensionele definities) wat eronder valt. Vergelijkbaar met de ICD-10 worden (sub)categorieën afgesloten met anders (8) en niet gespecificeerd (9). Er zijn ook inclusies en exclusies. De deelclassificaties bestaan uit neutrale termen. Per classificatie wordt in principe aangegeven hoe een negatieve en positieve typering aan de codering kan worden gehecht om te kunnen spreken van stoornissen in functie en anatomische eigenschap, beperkingen in activiteiten, participatieproblemen en belemmerende en ondersteunende externe factoren. Dit wordt in de bijlagen verder uitgewerkt.

### **3.4 ICD-O-3 (Oncologie), afgeleide internationale classificatie**

#### *3.4.1 Structuur en principes*

De derde editie van de *International Classification of Diseases for Oncology* (ICD-O-3), uitgegeven door de WHO in 2000, is bestemd voor gebruik in kankerregistratie, pathologie en andere sectoren die zich in kanker specialiseren. De ICD-O-3 is een twee-assige classificatie met coderingssysteem voor zowel topografie als morfologie. Voor de meeste neoplasmata gebruikt de topografiecodering dezelfde drie- en vier-tekencategorieën als in de ICD-10 worden gebruikt voor maligne neoplasmata (categorieën C00-C80). Met de ICD-O-3 is dus een meer nauwkeurige lokalisatie voor maligne neoplasmata mogelijk dan met de ICD-10. De morfologiecode voor neoplasmata is identiek aan die in een eerdere versie van de *Systematized nomenclature of medicine* (SNOMED). De morfologiecodering heeft vijf cijfers: de eerste vier cijfers identificeren het histologische type en het vijfde cijfer het gedrag van het neoplasma (maligne, *in situ*, benigne, etc.). De morfologiecoderingen uit de ICD-O-3 zijn ook in deel 1 van de ICD-10 opgenomen en zijn aan de relevante ingangen in deel 3, de alfabetische lijst, toegevoegd. Er is een gecombineerde alfabetische lijst voor topografie en morfologie en er zijn tabellen beschikbaar voor de conversie van de coderingen van de ICD-O-3 naar de ICD-10.

#### *3.4.2 Nut van de ICD-O-3*

De ICD-O-3 wordt vooral in tumor- en kankerregistraties gebruikt voor het coderen van gegevens die doorgaans aan het pathologieverslag worden ontleend. De European Network of Cancer Registries geeft trainingen, daarin ondersteund door de International Agency for Research on Cancer, de Europese Commissie en het United States National Cancer Institute, zie [www.enrc.com.fr/icd-o-3-ann.pdf](http://www.enrc.com.fr/icd-o-3-ann.pdf). De ICD-O-3 is onder meer in het Nederlands (Vlaams) vertaald.

### **3.5 ICD-10 Classificatie van psychische en gedragsstoornissen, afgeleide internationale classificatie**

De *ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines* is in 1994 in Nederlandse vertaling bij Swets & Zeitlinger gepubliceerd.

### 3.5.1 *Structuur en principes*

#### 3.5.1.1 Classificatie

De classificatie bestaat voor de eerste 4 tekens uit die van hoofdstuk V (Psychische Stoornissen en Gedragsstoornissen) van de ICD-10 (zie pp 39-57). Waar meer details nodig zijn, geven de richtlijnen verdere onderverdelingen op het vierde- en vijfde-tekenniveau. Voor elke categorie in hoofdstuk V wordt een algemene beschrijving en richtlijnen voor de diagnose gegeven. Tevens wordt voorzien in commentaar met betrekking tot de differentiële diagnose en een lijst van symptomen en exclusietermen (pp 59-317). In een bijlage wordt een aantal andere aandoeningen uit de ICD-10, die vaak in verband gebracht worden met psychische en gedragsstoornissen, toegevoegd (pp 320-340).

#### 3.5.1.2 Hulp aan gebruikers

Deze hulp is te vinden in de inleiding en de aantekeningen bij bepaalde categorieën van hoofdstuk V van de ICD-10, maar bovenal treft men die hulp aan in de Klinische beschrijvingen en diagnostische richtlijnen per categorie (pp 59-317).

#### 3.5.1.3 Alfabetische lijst

De index (pp 355-377) kent twee niveaus, waarbij op het tweede niveau een # wordt toegevoegd in het geval van een verdere detaillering dan de ICD-10.

### 3.5.2 *Nut van de ICD-10 Classificatie van psychische en gedragsstoornissen*

Hoofdstuk V van de ICD-10 heeft de WHO beschikbaar gesteld in verscheidene versies voor verschillende doeleinden. De klinische beschrijvingen en diagnostische richtlijnen zijn bedoeld voor gebruik in de algemene klinische praktijk, het onderwijs en de hulpverlening. Doorgaans loopt de in Nederland gebruikte DSM (Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association) een aantal jaren vooruit op het WHO-product, maar er zijn conversietabellen.

## 3.6 **ICF-CY (Children & Youth), afgeleide internationale classificatie**

De International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (ICF-CY) is als eerste afgeleid van de Internationale referentieclassificatie: de ICF. De ICF-CY is in het Engels in 2007 uitgegeven en door het WHOFIC Centre in 2008 in het Nederlands. De uitgave heeft dezelfde indeling als de ICF.

### 3.6.1 *Structuur en principes*

#### 3.6.1.1 Classificatie

De ICF-CY is ontwikkeld omdat de ICF in de praktijk als niet voldoende wordt ervaren voor het beschrijven van het functioneren van kinderen en jongeren. De ICF-CY biedt met name een verbreding van uitgangspunten en het aanbrengen van meer detail om beter de groei en ontwikkeling van kinderen en jongeren te kunnen beschrijven. Daarbij zijn de structuur en categorieën van de oorspronkelijke ICF onveranderd gelaten en bestaan vormverschillen met de ICF uit:

- aanpassing of uitbreiding van omschrijvingen, bijvoorbeeld onder b555 Functies van endocriene klieren: b5550 Puberteitsfuncties, gedefinieerd als Functies samenhangend met het begin van de puberteit en het ontstaan van primaire en secundaire geslachtskenmerken;



- toevoeging van nieuwe inhoud bij ongebruikte codes, bijvoorbeeld onder Communiseren: zich uiten (d330-d349): d331 Brabbelen en d332 Zingen;
- aanpassing van inclusie- en exclusiecriteria, bijvoorbeeld de definitie van d9200 Spel beperken zodat de deelname aan spelen (d880) en de onderverdeling voor kinderen en jongeren daarbuiten vallen;
- uitbreiding van typering om ontwikkelingsaspecten in te sluiten, bijvoorbeeld wordt de eerste typering, mate of omvang van een stoornis, voorafgegaan door de zin: gedurende de kindertijd en adolescentie kunnen stoornissen optreden in de vorm van achterstand of vertraging in de ontwikkeling van functies.

De oorspronkelijke inleiding en bijlagen van de ICF zijn onveranderd in de ICF-CY opgenomen. Inhoudelijk is de ICF-CY onder meer gebaseerd op een groot aantal internationale verdragen over de rechten van kinderen, zoals de UN Conventions on the Rights of the Child 1989. De leeftijdsrange die door de ICF-CY bestreken wordt, loopt daarom ook vanaf de geboorte tot de leeftijd van 18 jaar, parallel aan de leeftijdsgrens van andere UN conventions.

Aldus is de ICF-CY een classificatie waarmee het functioneren van kinderen en jongeren in detail kan worden beschreven vanuit verschillende perspectieven, zoals op het niveau van lichaamsfuncties, anatomische eigenschappen van het lichaam, activiteiten en participatie (deelname aan het sociale en maatschappelijke leven). De ICF-CY bevat ook een classificatie van externe factoren, de directe en ruimere leefomgeving van een kind. De ICF-CY is met name uitgebreid met aspecten op het gebied van leren en spelen en het ontwikkelingsproces. Voor toepassing van de ICF-CY zijn een aantal vragenlijsten ontwikkeld voor vier leeftijdsgroepen: 0-3, 3-6, 7-12 en 13-18.

### 3.6.2 *Nut van de ICF-CY*

De Nederlandse vertaling van de ICF-CY was onderwerp van bespreking op 20 mei 2008 in een invitational conference voor vertegenwoordigers van ouders en professionals die met kinderen werken binnen de kaders van de kinderrevalidatie. Deze conferentie was georganiseerd door de Dutch ACD (Nederlandse Academy of Childhood Disability) en het Landelijk Servicepunt Kinderrevalidatie, in samenwerking met het WHO-FIC Collaborating Centre. Het streven is de ICF-CY in Nederlandse vertaling in te voeren als gemeenschappelijke taal voor alle belanghebbenden, zie:

[www.kinderrevalidatie.info/nieuwsarchief/nieuwsarchief/veel\\_belangstelling\\_voor\\_invitational\\_conference\\_icf-cy](http://www.kinderrevalidatie.info/nieuwsarchief/nieuwsarchief/veel_belangstelling_voor_invitational_conference_icf-cy). Dit wordt gezien als een belangrijke opstap naar het toekomstige gebruik van de ICF-CY in Nederland.

### 3.7 **ICPC (Primary Care), gerelateerde internationale classificatie**

De eerste versie van de ICPC verscheen in boekvorm 1987 (Lamberts, 1987). In 1998 verscheen ICPC-2, ook in boekvorm, gevolgd door een elektronische gecorrigeerde versie, de ICPC-2-E (Classification Committee of Wonca, 1998; Okkes, 2002). In 2005 verscheen de meest recente boekuitgave, de ICPC-2-R (Classification Committee of Wonca, 2005), samen met een cd-rom (Becker, 2005) met:

- de ICPC-2 als elektronisch bestand;
- de ICPC2-ICD10 thesaurus (een diagnostische terminologie voor semi-automatisch dubbelcoderen ten behoeve van gebruik in elektronische patiëntenkaarten) (Lamberts, 2002);
- een programma voor het achterhalen van epidemiologische gegevens uit een groot databestand verzameld met de ICPC;

- een instructieprogramma om met de ICPC te werken;
- een glossary;
- een literatuurlijst.

### 3.7.1 Structuur en principes

De International Classification of Primary Care (ICPC) is bedoeld om het domein van de huisartsgeneeskunde te ordenen. Met de ICPC kunnen de drie elementen van een huisartsconsult in hun onderlinge samenhang worden gecodeerd:  
de contactreden: wat de patiënt naar voren brengt als probleem of vraag;  
de diagnose: de benoeming van het probleem in huisartsgeneeskundige termen;  
de interventies: wat er gedaan wordt.

De ICPC is een twee-assig classificatiesysteem: de ene as wordt gevormd door 17 hoofdstukken, elk met een lettercode; de andere as bestaat uit zeven componenten met een tweecijferige code (Figuur 2).

| Hoofdstukken →                  | A | B | D | F | H | K | L | N | P | R | S | T | U | W | X | Y | Z |                               |
|---------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------------|
| ↓ Componenten                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | A Algemeen                    |
| 1 Symptomen en klachten         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | B Bloed/lymfeklieren          |
| 2 Diagnostische verrichtingen   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | D Maagdarmsstelsel            |
| 3 Therapeutische verrichtingen  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | F Oog                         |
| 4 Uitslagen                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | H Oor                         |
| 5 Administratieve verrichtingen |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | K Hart vaatstelsel            |
| 6 Verwijzingen en nao *)        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | L Bewegingsapparaat           |
| 7 Ziekten                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | N Zenuwstelsel                |
|                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | P Psychische problemen        |
|                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | R Luchtwegen                  |
|                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | S Huid                        |
|                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | T Endocriene klieren          |
|                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | U Urinewegen                  |
|                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | W Zwangerschap, anticonceptie |
|                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | X Geslachtsorganen vrouw      |
|                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Y Geslachtsorganen man        |
|                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Z Sociale problemen           |

\*) nao: niet anders omschreven

Figuur 2: Hoofdstukken en componenten van de ICPC

Voor de codering van de contactreden kunnen codes uit alle 7 componenten worden gebruikt:

1. Symptomen en klachten, bijvoorbeeld hoesten, moeheid, hoofdpijn.
2. Diagnostische verrichtingen, bijvoorbeeld verzoek om bloeddrukmeting, advies, uitstrijkje.
3. Therapeutische verrichtingen, bijvoorbeeld verzoek om recept.
4. Uitslagen, bijvoorbeeld vraag om uitslag bloedtest.
5. Administratieve verrichtingen, bijvoorbeeld verzoek brief bedrijfsarts.
6. Verwijzingen en nao, bijvoorbeeld verzoek om verwijzing naar internist.
7. Ziekten, bijvoorbeeld: "ik kom voor mijn diabetes".

Voor de diagnose kunnen codes uit de 1<sup>e</sup> en de 7<sup>e</sup> component worden gebruikt:

1. Symptomen en klachten, bijvoorbeeld hoofdpijn. Deze code geeft aan dat de huisarts voor de gerapporteerde hoofdpijn (nog) geen oorzaak of verklaring heeft gevonden. Dit type diagnose wordt 'symptoomdiagnose' genoemd.

7. Ziekten, bijvoorbeeld artrose, longontsteking. Voor de codering van ziekten zijn in de ICPC in- en exclusiecriteria geformuleerd.

Voor interventies kan gebruikgemaakt worden van codes uit de componenten 2, 3, 5 en 6:

2. Diagnostische verrichtingen, bijvoorbeeld bloeddrukmeting, vooronderzoek.
3. Therapeutische verrichtingen, bijvoorbeeld hechten, medicatie voorschrijven.
5. Administratieve verrichting, bijvoorbeeld het schrijven van een brief voor een instantie.
6. Verwijzingen en nao, bijvoorbeeld verwijzing naar longarts.

Codering van deze drie elementen van een consult leidt tot een heldere specificatie van wat er tijdens dat consult gebeurd is, maar ook maakt deze registratie het mogelijk een diagnose over een bepaalde periode te volgen. Een historie van een bepaald probleem wordt aangeduid met de term 'zorgepisode': het verloop van een gezondheidsprobleem vanaf het moment dat een patiënt het aanbiedt aan de huisarts tot het beëindigen van de medische bemoeienis. Door een diagnose te 'volgen' in de tijd kan inzicht verkregen worden in het verloop van een episode, en in de veranderingen die daarbij optreden. Soms verandert een diagnose (bijvoorbeeld van de symptoomdiagnose 'hoesten' naar 'bronchitis').

Zoals dus de codering van de contactredenen, de diagnose en de interventies een beeld geeft van een consult, zo geeft een continue registratie van alle consulten een beeld van de ontwikkeling van zorgepisoden.

De volgende principes zijn aangehouden in de ICPC:

- Het doel van de classificatie is het ordenen van het domein van de huisartsgeneeskunde op basis van zorgepisoden.
- De ICPC biedt één enkel codeersysteem voor zowel de contactredenen als de diagnose.
- De ICPC volgt strikt de taxonomische regels: de rubrieken sluiten elkaar wederzijds uit.
- De ICPC biedt, waar mogelijk, separate codes voor frequent voorkomende (>1 per 1000 per patiëntjaar) contactredenen en diagnoses. De overige contactredenen en diagnoses zijn ondergebracht in zogenaamde 'ragbags', bijvoorbeeld D99: overige ziekten van het spijsverteringskanaal. Dat maakt de classificatie door zijn geringe omvang (het hele systeem is ondergebracht op een zogenaamde 'two-pager') ook geschikt voor gebruik zonder computer.
- Betrouwbaarheid en validiteit worden ondersteund door codeerregels en een groeiend corpus aan internationale gegevensbestanden.
- Bij het codeerproces gaat lokalisatie vóór etiologie.
- De ICPC geeft de voorkeur aan symptoomdiagnosen boven onzekere ziektediagnosen.
- De ICPC gaat niet uit van de 'geest-lichaam-metafoor': dat betekent dat 'psychosomatische' en 'somatoforme' diagnoses geen plaats in de ICPC hebben.

#### 3.7.1.1 Hulp aan gebruikers

De drie uitgaven in boekvorm bevatten handleidingen voor het gebruik van de classificatie, terwijl op de CD-ROM bij de ICPC-2-R een zeer uitvoerige handleiding is opgenomen.

De classificatie biedt bij de rubrieken voor ziektediagnosen inclusie- en exclusiecriteria, en waar nodig een lijstje van verwante rubrieken, ter overweging ('consider').

### 3.7.2 *Nut van de ICPC*

De ICPC heeft zich in de loop van de jaren mogen verheugen in toenemende erkenning. De classificatie is vertaald in 22 talen, en wordt binnen de huisartsgeneeskunde op veel plaatsen op grote schaal gebruikt binnen elektronische patiëntenkaarten en epidemiologisch onderzoek, met name in Europa en Australië.<sup>7</sup> Verder is de ICPC als classificatie van contactredenen door de WHO erkend als lid van de familie van internationale classificaties. De ICPC biedt alleen aparte rubrieken voor in de huisartspraktijk frequent voorkomende contactredenen en diagnoses. Dat maakt de classificatie naar aard en omvang in het bijzonder geschikt voor gebruik in de huisartspraktijk. Maar voor de medische verslaglegging voor individuele patiënten is uiteraard vaak meer detail nodig: in een elektronische patiëntenkaart van een individuele patiënt moet in de probleemlijst geen klasse als 'overige ziekte van de luchtwegen' staan. De ICPC is door middel van de ICPC2-ICD10 Thesaurus volledig gelinkt met de ICD-10, waardoor het mogelijk is elke contactreden en diagnose zowel een ICPC-2 als een ICD-10 code te geven. Voor het feitelijk gebruik van de ICPC in Nederland, zie hoofdstuk 6.

## 3.8 **ICECI (Externe oorzaken van letsels), gerelateerde internationale classificatie**

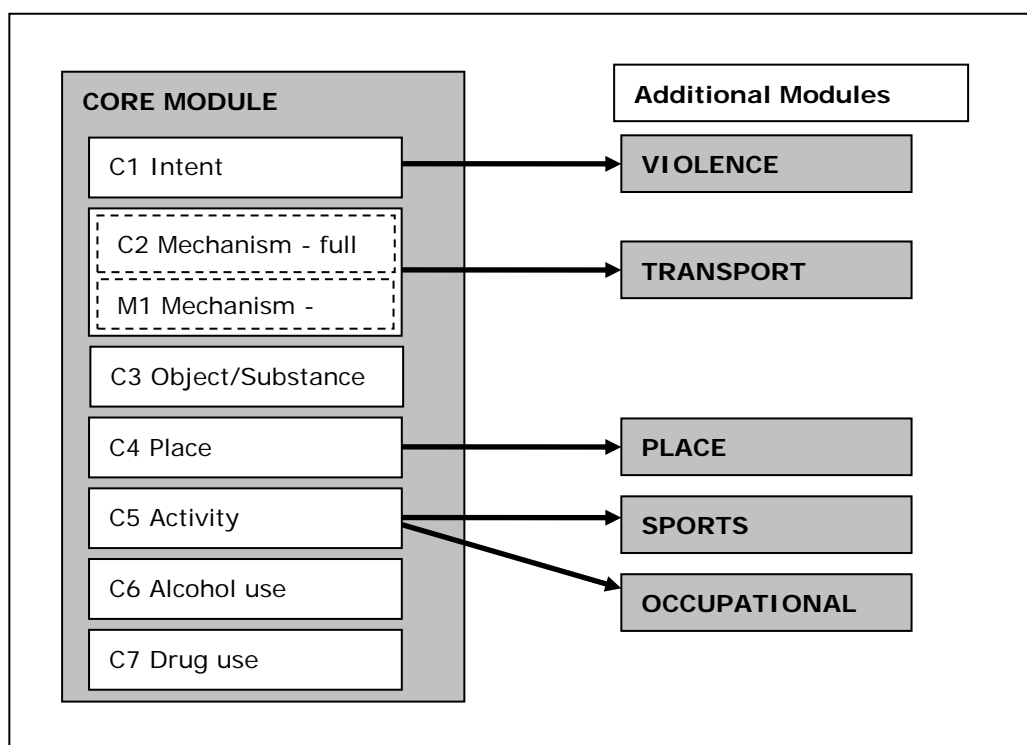
De 'Internationale classificatie van uitwendige oorzaken van letsels' (International Classification of External Causes of Injuries (ICECI)) is een praktisch instrument voor het coderen van de omstandigheden waaronder letsels plaatsvinden. De uitgave is elektronisch in het Engels beschikbaar op <http://www.rivm.nl/who-fic/ICECI.htm>.

### 3.8.1 *Structuur en principes*

#### 3.8.1.1 Classificatie

De volledige ICECI is een veelzijdig en uitgebreid stelsel met hiërarchische coderingen voor het al of niet bedoeld zijn van een letsel (C1), het letselmechanisme (C2), de objecten en stoffen die tot letsels leiden (C3), de plaats waar (C4) en de handeling waarbij het letsel gebeurt (C5) en het gebruik van alcohol (C6) en (andere) psychoactieve middelen (C7).

Voor de meeste gegevenselementen kan de informatie worden gecodeerd op een basaal dan wel uitgebreid niveau. Aanvullend zijn er ook vijf modules voor het verzamelen van verdere details over geweld (V), verkeer (T), plaats (P), sport/vrije tijd (S) en beroepsongevallen (O).



Figuur 3: Modules van de ICECI

In de codering wordt elk niveau voorafgegaan door een punt, bijvoorbeeld onder C2 letselmechanisme is de onderverdeling de volgende:

- 4 Thermal mechanism.
- 4.2 Cooling.
- 4.2.1 Cooling: natural source.
- Includes:
  - frostbite, hypothermia due to natural cold exposure to cold due to weather conditions.
- Excludes:
  - contact with or inhalation of dry ice, liquefied gas (4.2.2).

De ICECI is een verwante classificatie in de WHO-FIC, de familie van Internationale Classificaties van de WHO, zie ook:

<http://www.who.int/classifications/icd/adaptations/iceci/en/>.

De ICECI is complementair aan hoofdstuk XX. Uitwendige oorzaken van ziekte en sterfte, van de ICD-10. De 'External Cause of Injury Mortality Matrix', <http://www.cdc.gov/nchs/about/otheract/ice/matrix10.htm>, is voor de WHOFIC aanvaard als brug tussen de ICECI en ICD-10, waardoor geaggregeerde gegevens over letsels, gecodeerd volgens de ene classificatie, vergeleken kunnen worden met die volgens de andere. Bij het voorbereiden van de ICD-11 wordt deze relatie nader geanalyseerd op mogelijke consequenties. Afhankelijk van deze ontwikkeling wordt gewacht met het vertalen van de ICECI in het Nederlands.

#### 3.8.1.2 Hulp aan gebruikers

De ICECI stelt aanvullend een uitgebreide 'data dictionary': Glossary getiteld, beschikbaar. Er zijn verder hulpmiddelen om de ICECI-gegevensverzameling af te stemmen op het gebruik in gezondheidsenquêtes of op een eerste hulp afdeling, een polikliniek of enig andere vorm van medische zorg.

### 3.8.1.3 Alfabetische lijst

De meeste hoofdtermen verwijzen naar een (sub)categorie door middel van een hyperlink-codering. Sommige hoofdtermen verwijzen naar verschillende (sub)categorieën, naargelang de rol ervan bij een ongeval. Een fiets kan bijvoorbeeld als voorwerp gecodeerd worden, of als vervoermiddel of als letseloorzaak.

Bicycle

- Object C.3.1.01.05.
- Mode of Transport T.1.2.
- Transport Counterpart T.3.2.

### 3.8.2 Nut van de ICECI

De ICECI wordt gebruikt voor surveillance en onderzoek ter ondersteuning van de letsel- en traumapreventie en het volgen van de desbetreffende maatregelen in de hele wereld. Door dit instrument te gebruiken worden de sleutelfactoren gecodeerd die mogelijk verband houden met het veroorzaken van letsels. Bijgevolg kunnen letsels geteld en beschreven worden, wat leidt tot nuttige informatie voor het stellen van prioriteiten, het maken van beleidsbeslissingen en het begeleiden van preventie. Gebruikers kunnen opteren voor het gehele instrument of kiezen voor die gegevenselementen of -categorieën die aan hun gegevensbehoefte beantwoorden, bijvoorbeeld enkel voor verkeersongevallen of beroepsongevallen.

## 3.9 ISO 9999 (Hulpmiddelen), gerelateerde internationale classificatie

In de NEN-EN-ISO 9999 (nl) *Hulpmiddelen voor mensen met functioneringsproblemen, classificatie en terminologie*, zijn hulpmiddelen (inclusief software) geclassificeerd naar hun functie. De meest recente versie is die van 2009. Dit is de Nederlandse vertaling van de 2007-versie van de internationale, Engelstalige ISO 9999. Deze vertaling is verzorgd door een aantal leden van de normcommissie 303072 'Classificatie en terminologie van hulpmiddelen voor mensen met functioneringsproblemen'. De commissie is in de jaren tachtig opgericht als nationaal platform voor de actieve inbreng in ISO/TC 173/SC2 'Assistive products for persons with disability, classification and terminology'. Nederland is de trekker van deze internationale subcommissie. De chair van SC2 is de voorzitter van de normcommissie en NEN voert het secretariaat. De SC2 heeft de Engelse ISO 9999 onder haar hoede.

### 3.9.1 Structuur en principes

#### 3.9.1.1 Classificatie

De classificatie bestaat uit drie hiërarchisch gerangschikte niveaus: hoofdgroepen, groepen en subgroepen. Elke hoofdgroep, groep of subgroep is voorzien van een codering en een titel en zo nodig een toelichting en/of een verwijzing naar andere delen van de classificatie.

Toelichtingen worden gebruikt om de inhoud van een hoofdgroep, groep of subgroep te verduidelijken. Inclusies kunnen worden gebruikt om voorbeelden te geven.

Verwijzingen (aangeduid met 'zie') kunnen voor twee doeleinden worden gegeven:

- om hoofdgroepen, groepen of subgroepen van elkaar te onderscheiden;
- ter informatie, bijvoorbeeld in het geval van verwijzingen naar aanverwante producten.

De codering bestaat uit drie groepen van elk twee cijfers. De eerste twee cijfers geven een hoofdgroep aan, het derde en vierde cijfer een groep en het vijfde en zesde cijfer een subgroep.

Hoofdgroepen zijn:

- 04 Hulpmiddelen voor medische behandeling door persoon zelf.
- 05 Hulpmiddelen voor oefenen van vaardigheden.
- 06 Orthesen en prothesen.
- 09 Hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging en bescherming.
- 12 Hulpmiddelen voor mobiliteit van personen.
- 15 Hulpmiddelen voor huishouden.
- 18 Inrichtingselementen en aanpassingen voor woningen en andere gebouwen.
- 22 Hulpmiddelen voor communicatie en informatie.
- 24 Hulpmiddelen voor hanteren van voorwerpen en goederen.
- 27 Hulpmiddelen voor verbeteren van fysieke omgeving, gereedschap en industriële machines.
- 30 Hulpmiddelen voor ontspanning.

#### 3.9.1.2 Hulp aan gebruikers

De ISO 9999 heeft een voorgeschiedenis waarin de voorganger van WHO Collaborating Centre een initiërende rol heeft gespeeld. In de tachtiger jaren was deze namelijk van mening dat de classificatie van concrete producten, zoals hulpmiddelen voor gehandicapten, primair op de weg van het Nederlands Normalisatie Instituut zou liggen. Pas sinds de relatie met de ICF (toen ICIDH) wordt een wandelstok een hulpmiddel. Het NNI heeft het voortouw zowel nationaal als internationaal genomen, daarbij gebruikmakend van de expertise en coördinatie die vanuit de kring van het WHO-FIC Collaborating Centre jarenlang is geboden.

Door de overname van de ISO 9999 als Europese norm (EN-ISO 9999) zijn alle Europese landen, inclusief Nederland, verplicht deze nationaal te aanvaarden. Op dit moment wordt gewerkt aan de versie van 2011. In februari is de DIS-versie (Draft International Standard) gepubliceerd.

De ISO 9999 maakt dan ook gebruik van terminologie ontleend aan de ICF, zoals uit de gehanteerde definities op pp 5-7 blijkt. In het in Nederland ontwikkelde 'werkdocument' (te vinden op: [www.rivm.nl/who-fic/ISO9999.htm](http://www.rivm.nl/who-fic/ISO9999.htm)) is een 'mapping' tussen klassen van de ICF en subgroepen van de ISO 9999 uitgewerkt. Hierin wordt het beoogde gebruik van een product gedefinieerd als een intrinsiek kenmerk van een hulpmiddel dat stoornissen, beperkingen of participatieproblemen voorkomt, compenseert, bewaakt, lenigt of opheft. Het werkdocument staat open voor commentaar. In de ICF zijn ook codeerregels opgenomen voor het relateren van een functioneringsprobleem aan een hulpmiddel.

#### 3.9.1.3 Alfabetische lijst

Om de toegang tot de classificatie te vergemakkelijken, is een alfabetische lijst van termen, een index, toegevoegd. In de index zijn alleen de woorden uit de titels overgenomen. De woorden uit de exclusies en inclusies zijn niet opgenomen in de index.

#### 3.9.2 Nut van de ISO 9999

De ISO 9999 is bedoeld voor de onderlinge communicatie over gebruik en verbruik van hulpmiddelen voor mensen met functioneringsproblemen. Het gaat hierbij vooral om het toepassen van de classificatie binnen informatiesystemen over hulpmiddelen, in het kader van het verstrekken van hulpmiddelen vanuit sociale en gezondheidsregelingen, voor de registratie en administratie van

hulpmiddelen en vele andere aspecten van hulpmiddelen. Zowel de ontwikkelaars, leveranciers en verstrekkers als de gebruikers hebben de beschikking over een gestructureerd overzicht van technische hulpmiddelen. In Nederland is Cliq als verfijning van de ISO 9999 ontwikkeld. De Cliq-classificatie (Classificatie met IQ) ([www.cliq.nl](http://www.cliq.nl)) voegt hieraan drie niveaus toe, onder andere gebruikmakend van de Nederlandse vertaling van de ICF. In de Cliq-classificatie wordt de individuele zorgvraag centraal gesteld. Cliq maakt namelijk de koppeling tussen de eigenschappen van een hulpmiddel enerzijds en de wensen en mogelijkheden van de toekomstige gebruiker anderzijds, zoals beschreven in de Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg die door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) in samenwerking met het veld is opgesteld.

### 3.10 ATC/DDD (Geneesmiddelen), gerelateerde internationale classificatie

De *Guidelines for ATC classification and DDD assignment* (Anatomische Therapeutische Chemische classificatie met gedefinieerde dagdoses), het zogenaamde ATC/DDD-systeem, deelt geneesmiddelen in verschillende groepen in naargelang het orgaan of het stelsel waarop ze aangrijpen en hun chemische, farmacologische en therapeutische eigenschappen.

De Nederlandse G-Standaard, gebruikt het ATC/DDD-systeem en een aantal (identificerende) kenmerktypen van geneesmiddelen, die de voorganger van het WHO Collaborating Centre, de WCC, met Nederlandse stakeholders ontwikkeld heeft en die sinds 1995 in beheer zijn bij de KNMP, vergelijk het Transparantiedocument. De G-Standaard is een databank die op geïntegreerde wijze het voorschrijven, afleveren, bestellen, declareren en vergoeden van zorgproducten ondersteunt. De databank bevat hiervoor relevante gegevens over zorgproducten die in Nederland verkrijgbaar zijn bij apotheken en zorginstellingen.

#### 3.10.1 *Structuur en principes*

##### 3.10.1.1 Classificatie

De 'Guidelines for ATC classification and DDD assignment' en de 'ATC Index with DDDs' werden in 1990 voor de eerste keer in de huidige vorm uitgegeven. De classificatie (pp 48-270) is voor de statistiek al sinds 1975 in gebruik. Laatste update 2010. De geneesmiddelen zijn onderverdeeld op vijf verschillende aggregatieniveaus. Statistieken van de geneesmiddelenconsumptie kunnen op elk van die vijf niveaus worden weergegeven:

- A. Alimentary tract and metabolism.
- B. Blood and blood forming organs.
- C. Cardiovascular system.
- D. Dermatologicals.
- G. Genito urinary system and sex hormones.
- H. Systemic hormonal preparations, excl. sex hormones and insulins.
- J. Anti-infectives for systemic use.
- L. Antineoplastic and immunomodulating agents.
- M. Musculo-skeletal system.
- N. Nervous system.
- P. Antiparasitic products, insecticides and repellents.
- R. Respiratory system.
- S. Sensory organs.
- V. Various.

De volledige onderverdeling van Metformine geeft de opbouw van de codering naargelang het niveau te zien:

A Spijsverteringskanaal en metabolisme (1e niveau, anatomische



|         |   |
|---------|---|
|         | hoofdgroep).  |
| A10     | Geneesmiddelen gebruikt bij diabetes (2e niveau, therapeutische subgroep).              |
| A10B    | Bloedglucoseverlagende middelen, excl. insulines (3e niveau, farmacologische subgroep). |
| A10BA   | Biguanides (4e niveau, chemische subgroep).   |
| A10BA02 | Metformine (5e niveau, chemische stof).   |

Bij de classificatie van geneesmiddelen, gaat het om het indelen van een geneesmiddel door middel van zijn (identificerende) kenmerken. Door zes opeenvolgende classificatieniveaus van geneesmiddelen te onderscheiden, kan men bijvoorbeeld zowel generieke producten als artikelen vanuit deels dezelfde kenmerktypen beschrijven.

|   | Kenmerktype         |   |   | Classificatie               |                 |
|---|---------------------|---|---|-----------------------------|-----------------|
| 1 | stof(fen)           | + | = | kwalitatieve samenstelling  | I               |
| 2 | sterkte             | + | = | kwantitatieve samenstelling | II              |
| 3 | farmaceutische vorm | } | + | =                           | generiek niveau |
| 4 | toedieningsweg      |   |   |                             |                 |
| 5 | handelskenmerken    | + | = | handelsniveau               | IV              |
| 6 | verpakking          |   | = | artikelniveau               | V               |

#### 3.10.1.2 Hulp aan gebruikers

De hulp aan gebruikers is te vinden op:

[www.knmp.nl/vakinhoud/farmacotherapie/g-standaard](http://www.knmp.nl/vakinhoud/farmacotherapie/g-standaard).

#### 3.10.1.3 De alfabetische lijst

De alfabetisch lijst is een zoekstelsel voor geneesmiddelbenamingen op:

[www.whooc.no](http://www.whooc.no).

#### 3.10.2 Nut van het ATC/DDD-systeem

Het ATC/DDD-systeem is een internationale classificatie (ATC), waaraan DDD's zijn toegevoegd, voor onderzoek naar het geneesmiddelengebruik (onder meer bijwerkingen) ten einde de kwaliteit ervan te verbeteren. In Nederland kent het systeem tal van toepassingen, zie ook hoofdstuk 6.

### 3.11 Nationale modificaties van internationale classificaties

Er zijn diverse klinische modificaties van de ICD-10, zoals die er ook voor de ICD-9 waren. In de ICD-9-periode zijn deze producten vaak gerechtvaardigd vanuit het specifieke karakter van de nationale tweedelijnsgezondheidszorg, maar ook vanwege registratieve en ICT-beperkingen. Zo is bijvoorbeeld het dubbele dagger- en asterisk-codeersysteem vervangen door onder de dagger-coderingen een asterisk-onderverdeling op te nemen. Aldus kan men volstaan met één hoofddiagnose-codering voor de landelijke registratie. Ook is er behoefte gebleken aan een groter detail in diagnostische termen dan de 4-cijferige ICD-9 biedt. Vervolgens is bijvoorbeeld de ICD-9-CM sinds 1980 jaarlijks van een update voorzien teneinde nieuwe epidemiologische ontwikkelingen (HIV) bij te houden. Ook zijn door medisch technologische ontwikkelingen ziekten letterlijk beter zichtbaar geworden, waardoor de behoefte aan nieuwe diagnostische termen en coderingen is gegroeid. Omdat genoemde klinische modificatie voor 'reimbursement' wordt gebruikt, kan de toename van de '9-CM' mede verklaard worden uit financiële overwegingen.

In de huidige ICD-10-periode zijn veel van de oorspronkelijke argumenten voor een 'CM'-versie weggevallen:

- De registratieve mogelijkheden voor een systeem van dubbelcodering met dagger en asterisk zijn groter dan vroeger.
- Door de alfanumerieke codering van de ICD-10 is op 4-tekenniveau een vergelijkbare mate van detaillering geschapen als in de '9-CM'.
- Er is inmiddels een internationale update-procedure die een eigen nationale overbodig maakt.
- Financiële of organisatorische overwegingen tot uitbreiding van de ICD-10 doen internationaal weinig opgeld.

De in 1978 door de WHO uitgegeven ICPM (*International Classification of Procedures in Medicine*) is door sommige landen als basis gebruikt voor de ontwikkeling van de eigen nationale classificatie van heelkundige verrichtingen. Aanvankelijk is deze *Classificatie van medisch specialistische verrichtingen* (CMSV) bij de toenmalige WCC ontwikkeld en in 1988 voor gebruik goedgekeurd door het zorgveld, vertegenwoordigd in de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Het redactiesecretariaat berustte voor de latere updateversies (2.3 t/m 2.6) bij het CBV, dat echter onder verantwoordelijk van het WHO-FIC CC opereerde, zie ook paragraaf 3.1, referentieclassificaties, en hoofdstuk 6. Indien opnieuw landelijk een aparte verrichtingenregistratie gewenst wordt, lijkt aansluiting van Nederland bij het ICHI-initiatief van de WHO veelbelovend, omdat de opbouw uit assen een flexibel codeersysteem mogelijk maakt, noodzakelijk voor een zich telkens verder ontwikkelende medische technologie.



## 4 Toepassing van de ICD-10 in Nederland

Het gebruik van de ICD-10 kent globaal drie toepassingsgebieden:

1. Mortaliteit.
2. Morbiditeit.
3. Andere toepassingen.

Binnen elk gebied worden in dit hoofdstuk ICD-toepassingen onderscheiden op microniveau, mesoniveau en macroniveau. Met name geldt voor de andere toepassingen dat volstaan wordt met het noemen voorbeelden van het gebruik van de ICD-10 door individuele (para)medische beroepsbeoefenaren en praktijken (microniveau), GGD'en en bedrijfsgeneeskundige diensten (mesoniveau) en UWV en ministeries, zoals Defensie (macroniveau). Het bestaande en voorgenomen gebruik wordt per toepassing besproken. Het gaat in deze meer om een signalement van het gebruik, dat voor zover mogelijk op de termijn van een maand (juni 2010) kan worden bevestigd door de meer direct betrokkenen, zie Bijlage 2.

### 4.1 Mortaliteit

#### 4.1.1 *Microniveau*

Ingevolge de Wet op de lijkbezorging art. 12a doet de arts bij iemands overlijden opgave van de doodsoorzaak en de daarmee samenhangende gegevens, zoals beschreven in deel 2 van de ICD-10, vergelijk ook paragraaf 3.2.2.

#### 4.1.2 *Mesoniveau*

De HSMR (Hospital Standardised Mortality Ratio) kan worden afgeleid uit de LMR (nu nog) en later de LBZ. Hiervoor is minimaal een registratie van de ICD-10 op 3-tekenniveau noodzakelijk om de diagnosegroepen te kunnen afleiden. HSMR-gegevens zijn (nog) niet openbaar, maar zijn voor het ziekenhuis zelf en de Inspectie voor de Gezondheidszorg beschikbaar. De mate van betrouwbaarheid van de HSMR-gegevens per ziekenhuis is afhankelijk van de mate van standaardisatie van gegevens binnen het ziekenhuis. Onderlinge vergelijkbaarheid van HSMR-gegevens is dan ook pas betrouwbaar bij gebruik van landelijke standaarden, bij voorkeur de meest recente. De ICD-10 is daarvoor een van de voorwaarden. De Inspectie wil de HSMR voor heel Nederland laten uitrekenen. Dit lijkt een reden voor de huidige niet-registrerende ziekenhuizen te vormen om weer te gaan deelnemen aan de LMR.

#### 4.1.3 *Macroniveau*

Ten behoeve van de doodsoorzakenstatistiek maakt het CBS gebruik van de zogenaamde Beldolijst (Belangrijke doodsoorzaken), maar ook van ICD-categorieën op 4-tekenniveau. Sinds 1996 is deze lijst gebaseerd op de ICD-10. Registratie vindt plaats op 3-tekenniveau (55) en/of blokniveau (17). Het CBS maakt voor onderzoek naar de validiteit en betrouwbaarheid van registratie van doodsoorzaken ook gebruik van het 4-tekenniveau van de ICD.

Het RIVM/cVTV maakt op haar beurt gebruik van CBS-gegevens betreffende mortaliteit van de Nederlandse bevolking voor de Toekomstverkenning. Via website van CBS worden jaarlijks definitieve cijfers gepubliceerd, maandelijks komen voorlopige doodsoorzakencijfers beschikbaar.

Met het CBS vindt regelmatig overleg plaats over de toepassing van de ICD-10 met betrekking tot doodsoorzaken. Het punt van te snelle doorvoering van updates waardoor vergelijkbaarheid van sterftegegevens door de jaren heen problematisch wordt, wordt door het WHO-FIC CC bij de WHO aangekaart. Door een actieve betrokkenheid in relevante WHO-werkgroepen en commissies heeft Nederland via het CC invloed op de inhoud van de ICD-10.

## 4.2 Morbiditeit

### 4.2.1 *Microniveau*

De door het ministerie gesubsidieerde Continue Morbiditeits Registratie (CMR) wordt in een vijftigtal huisartsenpraktijken (Nivel-peilstations) geregistreerd. Het betreft het voorkomen van een aantal ziekten, gebeurtenissen en verrichtingen die niet in de routineregistratie worden meegenomen. In feite gaat het bij de CMR om een selectie uit de ICD (+/- 15). De selectie kan aan de actualiteit worden aangepast. De CMR-gegevens van de peilstations worden in een jaarrapport gepubliceerd.

### 4.2.2 *Mesoniveau*

De ICD-10 wordt integraal ingevoerd in de registratiesystemen van de ziekenhuizen. De ICD-10 vormt hiermee de basis voor gedetailleerde patiënteninformatie met betrekking tot de diagnostiek in relatie tot de beeldvorming (anamnese en onderzoek) en behandeling. Vanuit het ministerie is de intentie uitgesproken dat registratie van ziektegegevens en aandoeningen op korte termijn op basis van de ICD-10 zal gaan plaatsvinden. Invoering van de ICD-10 wordt voorwaardelijk geacht voor wat wordt genoemd 'registratie aan de bron en eenmalige vastlegging en meervoudig gebruik'. Er is in dit kader sprake van een onderlinge samenhang van gegevens en onderlinge afhankelijkheid op zowel micro-, meso-, als macroniveau. De ICD-10 wordt gezien als een van de classificaties die bijdraagt aan de transparantie, vergelijkbaarheid en uitwisselbaarheid van gegevens in de zorg.

Voorgeschiedenis: in de Landelijke Medische Registratie (LMR) worden tot op heden diverse variabelen geregistreerd waaronder de relevante diagnose(n), op basis van de CvZ80 (zie paragraaf 3.11). Gepland is de invoering van de ICD-10 voor de LMR (straks LBZ). DHD wil met behulp van het protocol 'Gegevensgebruik' het gebruik van LMR-gegevens voor ontwikkeling en onderzoek stimuleren. Bovendien heeft het CBS een wettelijk vastgesteld recht op toegang tot de gegevens op instellings- en patiëntniveau.

### 4.2.3 *Macroniveau*

Met de ICD gecodeerde gegevens komen op uiteenlopende manieren beschikbaar; via LMR, HSMR-gegevens voor nationale en internationale rapportage, via CBS, via cVTV, via SWOV, Consument en Veiligheid en via de WHO. In samenhang met andere gegevens uit de basisregistratie vormen ze de basis voor verrekening.

De LMR wordt door de Inspectie gestimuleerd en inmiddels ook door de NVZ en NfU. Beide laatstgenoemde instanties streven er samen naar om alle ziekenhuizen de LMR-gegevens te laten aanleveren en in de toekomst voor de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) die de LMR zal vervangen. Voor de LMR en LBZ worden diagnosegegevens in termen van de ICD-10 noodzakelijk geacht.

De gegevens uit de LMR worden gebruikt onder andere door het RIVM, CBS en VWS. Het centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (cVTV)/RIVM, analyseert landelijke gegevens op gedetailleerd niveau. Deze gegevens

aangaande de gezondheidstoestand worden vervolgens geabstraheerd en bewerkt tot meer generieke gegevens. De analyse van details uit verschillende bron is nodig om algemene uitspraken te kunnen doen. Het RIVM publiceert de gegevens met betrekking tot de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) iedere vier jaar. Op termijn verwacht VTV ook ICF-gegevens betreffende het gezondheidsfunctioneren van personen te kunnen presenteren. Het RIVM voert haar verkenning naar en de voorspelling van de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking uit binnen het beleid en de wettelijke kaders van VWS.

### **4.3 Andere toepassingsgebieden**

#### *4.3.1 Microniveau*

De Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) is een handleiding voor diagnose en statistiek van psychische aandoeningen, uitgegeven en opgesteld door de American Psychiatric Association. De huidige versie (uit 2000) is een tekstrevisie van de vierde editie, aangeduid als DSM-IV-TR. Het doel van de DSM is om onderlinge vergelijking van (groepen) psychiatrische patiënten mogelijk te maken door ondubbelzinnige definities op te stellen waaraan iemand moet voldoen om in een bepaalde groep te vallen. De DSM wordt door psychiaters in veel landen gebruikt als standaard in de psychiatrische diagnostiek, met name voor scholing in de psychiatrie. De DSM-IV omvat een conversietabel zowel naar de ICD-9 als naar de ICD-10 en dus ook naar de ICD-10 Classificatie van Psychische en Gedragsstoornissen, Klinische beschrijvingen en diagnostische richtlijnen, zie ook paragraaf 3.5. Bij de revisie van de ICD-11 zal rekening worden gehouden met de jongste editie van de DSM.

#### *4.3.2 Mesoniveau*

Uitgaande van diverse landelijk opererende onderzoekorganisaties vindt ongevalregistratie op verschillende niveaus plaats voor verschillende doeleinden. Enkele voorbeelden illustreren dit.

Bij verkeersongevallen ligt de nadruk op onderzoek naar bijvoorbeeld allerlei maatschappelijke kosten, zoals medische kosten, productieverlies, immateriële schade, materiële schade, afhandelingskosten en filekosten. Met een zekere regelmaat wordt onderzoek gedaan naar de kosten van verkeersongevallen en trends daarin. In 2003 zijn de kosten voor het laatst onderzocht, over het jaar 2007 is een voorlopige berekening gemaakt. Inzicht in deze kosten wordt gebruikt in beleidsvoorbereiding en -evaluatie en maakt vergelijking mogelijk met kosten op andere beleidsterreinen. Een ander belangrijk toepassingsgebied is kosten-batenanalyses, waarin de kosten per (bespaard) slachtoffer of ongeval worden gebruikt om investeringen in verkeersveiligheid te beoordelen. Bij registratie van verkeersongevallen wordt gebruikgemaakt van de gegevens uit de LMR, met name met informatie over het hoofdstuk betreffende ongevallen. Voor de Nederlandse versie van de ICD-10 is er een specifieke uitbreiding gemaakt op het type voertuig om onderscheid te kunnen maken tussen ongevallen met motor en brommer.

In de Arbowet is omschreven wanneer een ongeval moet worden gemeld. De Arbowet vormt voor de registratie dus het wettelijke kader. Voor arbeid gerelateerde ongevallen is het hoofdstuk voor letsels aangewezen. Dat betreft met name ongevallen die binnen de definitie van de Arbowet vallen. Letsels of gevolgen van arbeid of arbeidsomstandigheden die op termijn manifest worden, kunnen echter evenzogoed binnen andere hoofdstukken van de ICD-10 vallen, dus de gehele ICD-10 beslaan. Denk hierbij bijvoorbeeld aan blootstelling aan asbest met nieuwvormingen als gevolg.

De gegevens met betrekking tot de verkeersongevallen worden gepubliceerd op de website van de SWOV en Nationaal Kompas Volksgezondheid (cVTV). Gegevens over arbeidsongevallen via de website van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid via het Arboportaal. Er is ook sprake van een impliciet gebruik van de ICD. Iedere onderzoeker, die bijvoorbeeld de huisartsenregistratie, ziekenhuisregistratie of doodsoorzakenstatistiek gebruikt voor het selecteren van voor zijn onderzoek te selecteren personen, heeft groot belang bij het gebruik van internationaal geaccepteerde classificaties als de ICD. Immers, de onderzoeksresultaten zijn anders onvergelijkbaar (en wellicht ook onpubliceerbaar), omdat niet met anderen vergeleken kan worden.

#### 4.3.3

##### *Macroniveau*

Zowel in de Zorgverzekeringswet als in de AWBZ wordt niet specifiek melding gemaakt van de plicht tot gebruik van de ICD-10 voor het in aanmerking komen voor zorg en aanvullende zorg. Vergoeding door verzekeraars en onderhandelingen tussen verzekeraars en behandelaars/ziekenhuizen/zorgleveranciers vinden plaats op basis van een groepering van diagnose en behandelcombinaties die momenteel nog op de CvZ80 zijn gebaseerd. Dit DBC-systeem wordt vervangen door een zorgproductensysteem op basis van de ICD-10. Als eerste stap wordt nu binnen het DOT-project de ICD-10 gehanteerd op een globaal niveau, waarbij gebruik is gemaakt van de ICD-10, hoofdgroepen en hoofdstukken. Op korte termijn zal daarvoor de volledige ICD-10 worden gebruikt via een afleiding uit de basisregistratie.

Voor de 'verevening' van behandelingen met extra hoge kosten wordt gebruikgemaakt van de ICD-10-klassen. Voor toegang tot de AWBZ wordt momenteel nog gebruikgemaakt van op de ICD gebaseerde grove diagnosegroepen, het zogenaamde grondslagenprincipe. Dit zal waarschijnlijk steeds meer op een combinatie van ICD-10- en ICF-begrippen worden gebaseerd als de AWBZ wordt opgevolgd door de Wtcg.

## 5 Toepassing van de ICF in Nederland

Het gebruik van de ICF in Nederland wordt besproken aan de hand van een indeling van de toepassingsgebieden in vijf domeinen:

1. Gezondheidszorg en welzijnswerk.
2. Onderzoek en statistiek.
3. Sociale zekerheid.
4. Documentatie, planning en beleid.
5. Opleiding en vaardigheidsonderwijs.

Binnen elk domein wordt onderscheid gemaakt in ICF-toepassing op microniveau (vaak individueel niveau), mesoniveau en macroniveau (vaak nationaal niveau). Deze indeling is wellicht niet uitputtend, maar dekt in ieder geval de belangrijkste toepassingsgebieden af. Met betrekking tot het gebruik is er soms sprake van gerealiseerd en gedocumenteerd gebruik, soms gaat het over voorgenomen gebruik van de ICF.

Het hoofdstuk wordt afgesloten met enkele overwegingen over het gebruik van de ICF en een lijst van geselecteerde literatuur over het gebruik van de ICF.

### 5.1 Gezondheidszorg en welzijnswerk

Toepassingen van de ICF op het gebied van de gezondheidszorg en het welzijnswerk spitsen zich voornamelijk toe op indicatiestelling op individueel of microniveau:

Indicatiestelling op individueel niveau (1) wordt vertaald in een hulpvraag waar op mesoniveau (2) aan wordt voldaan door uitvoerende instanties. Op macroniveau (3) wordt hulpvraag en aanbod in termen van de ICF gemonitord door aan de overheid gelieerde instanties.

#### 5.1.1 *Microniveau*

**Indicatiestelling:** om professionele hulp, zorg of begeleiding te krijgen is bijna altijd een indicatie nodig om deze (deels) vergoed te krijgen. Het indiceren gebeurt aan de hand van de ICF en wordt beschreven in een zogenaamde zorgzwaarte. Voorbeelden van indicerende instanties zijn Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), gemeenten en Bureau Jeugdzorg.

#### 5.1.2 *Mesoniveau*

**Financiering van zorg:** bij het bepalen van de vergoeding van de benodigde zorgzwaarte maken ook zorgverzekeraars gebruik van de ICF.

**Zorgverleners:** in de fysiotherapie, de revalidatiegeneeskunde en de revalidatie voor slechtziende en blinde mensen wordt de ICF als uitgangspunt bij diagnostiek en behandeling gehanteerd, evenals in oefentherapie, ergotherapie, podotherapie, diëtetiek, mondhygiëne, logopedie, orthoptie. Verpleegkundigen en verzorgenden bieden patiënten- en cliëntenzorg, die op basis van zorgzwaarte is toegekend.

**Hulpmiddelenzorg:** verschillende paramedische beroepsgroepen spelen een rol in de hulpmiddelenzorg, maar met name de ergotherapie. In 2009 is een Basisrichtlijn Hulpmiddelenzorg ontwikkeld, mede gebaseerd op de ICF, waarbij ook paramedici betrokken waren (CG-Raad, 2010).



## 5.1.3

*Macroniveau*

**Ontwikkeling in AWBZ:** instanties die de ontwikkeling in de AWBZ-zorg en -uitgaven monitoren, zijn onder andere de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), het College voor Zorgverzekeringen en de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad (CG-Raad).

**Richtlijnen**

Er is de afgelopen jaren veel tijd en energie gestoken in de ontwikkeling van richtlijnen. De Regieraad Kwaliteit van Zorg, in mei 2009 geïnstalleerd, onderscheidt drie soorten richtlijnen (Maassen, 2010):

1. 'Grote', multidisciplinaire richtlijnen die betrekking hebben op een grote patiëntenpopulatie, vaak met care-, cure- en preventieaspecten (bijvoorbeeld CVA, COPD, diabetes en depressie).
2. Richtlijnen met een meer monodisciplinair karakter.
3. Richtlijnen over zeldzamere 'kleine' onderwerpen, vaak met een zeer complex en multidisciplinair karakter, zonder duidelijke inhoudelijke probleemstelling, met een zeer actieve patiëntenvereniging (bijvoorbeeld cystic fibrosis, hemofilie, spina bifida).

Onderscheid wordt daarnaast vaak gemaakt tussen zorginhoudelijke richtlijnen die gaan over de zorg aan een bepaalde patiëntencategorie, zoals artrose, Parkinson, diabetes, CVA en procesmatige richtlijnen, zoals richtlijnen over verslaglegging of richtlijnen over het verstrekken van hulpmiddelen.

**Zorginhoudelijke richtlijnen**

Naar aanleiding van het advies 'Beoordelen, behandelen, begeleiden' (Gezondheidsraad, 2005) is door VGI, NVAB en CBO (2010) een nieuwe richtlijn ontwikkeld voor het ontwikkelen van *Blauwdruk Participeren in Richtlijnen: leidraad voor het effectief opnemen van 'participeren en functioneren in werk' in richtlijnen*.

De onderstaande tekst is ontleend aan de nieuwe richtlijn:

'Een belangrijk doel van zorgverlening is het mogelijk maken van optimale participatie in de samenleving. In de curatieve praktijk schiet aandacht voor participatie in arbeid er makkelijk bij in. Richtlijnen zijn voor zorgverleners een belangrijk instrument voor de kwaliteit van de behandeling. Participatie blijkt in curatieve richtlijnen slechts zeer beperkt aan de orde te komen. Hiermee is het belang van de patiënt niet altijd gediend. Soms is werk (mede) oorzaak van ziekte en soms is werk een belemmering voor herstel. Ook kan werk soms juist een bevordering van herstel geven en ook kan werkhervatting het voornaamste doel van de behandeling zijn. Tenslotte is bij de beoordeling van langdurige arbeidsongeschiktheid de impact van het ziektebeeld op het arbeidsvermogen van de patiënt van belang. De relatie tussen gezondheid, functioneren en participeren wordt goed weergegeven in de ICF. De benadering en de termen die in deze blauwdruk worden gebruikt zijn daar dan ook zoveel mogelijk op gebaseerd.'

De ontwikkeling van richtlijnen wordt vanuit diverse bronnen betaald. Monodisciplinaire richtlijnen worden vaak betaald door de betreffende beroepsvereniging. Multidisciplinaire richtlijnen worden voor een deel betaald door ZonMw (programma KKCZ/Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg).

Het gebruik van ICF-terminologie is bij de monodisciplinaire richtlijnen afhankelijk van de keuze van de beroepsvereniging en de betreffende ontwikkelaars. In de monodisciplinaire richtlijnen zoals die al vele jaren worden ontwikkeld binnen de paramedische beroepsgroepen wordt de ICF integraal gebruikt. Verwezen kan worden naar de richtlijnen van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF): [www.kngfrichtlijnen.nl](http://www.kngfrichtlijnen.nl). Maar ook in multidisciplinaire richtlijnen (bijvoorbeeld NKN, 2003) en in de arbozorg (bijvoorbeeld Heerkens en de Ras, 2010) wordt gebruikgemaakt van ICF-terminologie.

Richtlijnen ontwikkeld vanuit het programma KKCZ moeten zich houden aan de uitgangspunten binnen dat programma. Een belangrijk uitgangspunt is het maatschappelijke participeren en de maatschappelijke bijdrage van het individu. In het programma is het principe overgenomen dat binnen de zorg de nadruk ligt op samenwerking tussen de verschillende beroepsbeoefenaren. Dit om tot beheersing van ziekteprocessen en tot herstel van het maatschappelijk participeren (waaronder arbeid) van de patiënt te komen. Daarmee is aansluiting gezocht bij de uitgangspunten en begrippen van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) van de WHO. Door ZonMw wordt gerefereerd aan de bovengenoemde richtlijn. Dit betekent concreet dat aan de ontwikkelaars van richtlijnen die worden betaald vanuit het programma KKCZ wordt gevraagd zich te houden aan de nieuwe blauwdruk en dat betekent ook dat gevraagd wordt dat gebruik wordt gemaakt van ICF-terminologie.

### ***Procesmatige richtlijnen***

In verschillende richtlijnen verslaglegging wordt geadviseerd gebruik te maken van ICF-terminologie, zie voor een overzicht: Nictiz/NPi, 2009.

Onlangs is de Basisrichtlijn Hulpmiddelenzorg gepubliceerd. Dit is een uitgewerkte versie van de procesbeschrijving hulpmiddelenzorg. Bij het project waren vijf partijen betrokken: de aanvrager van het project CG-Raad (Chronisch zieken en Gehandicapten Raad), Vilans, NovaMundo, BRT-Advies en het Nederlands Paramedisch Instituut (NPi). Daarnaast heeft een groot aantal andere partijen en experts, waaronder financiers, hulpmiddelenfabrikanten, hulpmiddelenleveranciers, verwijzers, behandelaars en cliëntenorganisaties deelgenomen aan het proces. Uitgangspunten van de Basisrichtlijn zijn de *Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg* en de terminologie van de ICF en ISO 9999/Cliq (hulpmiddelenclassificaties).

In de Basisrichtlijn zijn alle stappen van de Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg in beeld gebracht.

Dus de activiteiten van het cliëntstelsel (CL) (de cliënt zelf, of een ouder, partner, wettelijk vertegenwoordiger), de acties van de zorgdeskundige (ZD) (een zorgverlener of een leverancier van hulpmiddelen), een eventuele detaillering van de activiteiten van de ZD, de bronnen en instrumenten die daarbij worden gebruikt, de beslissingen van CL en/of ZD, de gegevens die bij de verschillende activiteiten ontstaan en die in het zorgdossier kunnen worden vastgelegd, de uitkomst voor de CL en eventuele vragen, discussie en opmerkingen. Het is de bedoeling om de basisrichtlijn te gebruiken bij het ontwikkelen van specifieke richtlijnen op het gebied van hulpmiddelen.

## **5.2 Onderzoek en statistiek**

Toepassingen van de ICF op het gebied van onderzoek en statistiek spitsen zich op microniveau (1) voornamelijk toe op gevalsbeschrijvingen of effectonderzoek onder afgebakende groepen, bijvoorbeeld bepaalde groepen patiënten, gebaseerd op afgenomen meetinstrumenten. Op mesoniveau (2) wordt de ICF in

onderzoek en statistiek voornamelijk toegepast in het kader van instrumentontwikkeling. Op macroniveau (3) wordt de ICF gebruikt in onderzoek en statistiek om populatieschattingen te maken over het voorkomen van stoornissen, beperkingen, participatieproblemen, maar ook externe factoren en de daarvoor verleende zorg.

#### 5.2.1 *Microniveau*

**Effect onderzoek:** voorbeelden zijn randomized controlled trials (RCT's) en cohortonderzoeken naar de effectiviteit van (para)medische zorg. Hierbij worden in toenemende mate zowel de onafhankelijke als de afhankelijke en intermediaire factoren benoemd in termen van de ICF. Voorbeelden zijn een gerandomiseerd klinisch onderzoek naar de effecten van huisartsbehandeling en fysiotherapie bij whiplashpatiënten (Scholten-Peeters, 2004), een RCT naar de effecten van ergotherapie aan huis bij thuiswonende ouderen met lichte en matige dementie en hun mantelzorgers (Graff et al., 2008), een cohortonderzoek bij patiënten met heup- en knieartrose (Van Dijk, 2009) en een prospectieve observationele cohortstudie bij kinderen met Cerebrale Parese ([www.perrin.nl](http://www.perrin.nl)).

#### 5.2.2 *Mesoniveau*

**Ontwikkeling en validatie van meetinstrumenten:** om resultaten van zorg in ICF-termen te beschrijven, zullen er ook meetinstrumenten moeten zijn die aansluiten bij dat gedachtegoed. Daarbij aansluitend kan in databases met meetinstrumenten, zoals de database van de Hogeschool Zuyd ([www.ecmr.nl](http://www.ecmr.nl)) en van het NPi ([www.paramedisch.org](http://www.paramedisch.org)) worden gezocht met trefwoorden ontleend aan de ICF. Op dit moment is er ook binnen de paramedische zorg veel aandacht voor het 'linken' van meetinstrumenten aan ICF-termen op basis van de 'linking rules' van Cieza et al. (2005). Voorbeelden van (gevalideerde) meetinstrumenten zijn de WHODAS, IMPACT en IPA.

**Toepassing van de ICF in de verpleegkunde:** In 2002 zijn in drie academische ziekenhuizen tien deelonderzoeken uitgevoerd die verschillende toepassingen van de ICF in de verpleegkundige praktijk belichten, gericht op diverse patiëntengroepen. Het ging daarbij om het toepassen van de ICF in anamneses voor verpleegafdelingen, patiëntbesprekingen, klinisch pad, overdrachtsformulieren en een drietal standaard verpleegplannen. De conclusies van deze projecten zijn in rapport- en artikelvorm verschenen (Van Achterberg et al., 2002) en luiden samengevat:

- De ICF (voorheen ICIDH) is goed bruikbaar voor het in kaart brengen van de gezondheidstoestand van patiënten. Met de ICF kunnen instrumenten voor de verpleegkundige praktijk (anamneseformulieren, klinisch pad, verpleegplan, overdrachtformulieren enzovoort) worden ontwikkeld. De waarde van de ICF voor de verpleegkundige praktijk is groot, maar is met aanpassingen op onderdelen nog te vergroten.
- Implementatie van de ICF vraagt, door onbekendheid bij verpleegkundigen, nog veel tijd en aandacht. De ICF wordt door zorgverleners relevant genoemd, maar ook als complex en nieuw ervaren.
- Gebruik van de ICF draagt bij aan een compleet beeld van de toestand van een patiënt en nodigt uit tot multidisciplinair werken.

Implementatie van de ICF in de verpleegkundige (en multidisciplinaire) praktijk kan naar aanleiding van deze conclusies worden aanbevolen. Het ontwikkelen van ICF-instrumenten voor toepassing in andere sectoren (buiten het

ziekenhuis), aandacht voor de classificatie in beroepsonderwijs en het ontwikkelen van een landelijk implementatieplan voor de beroepsgroep zijn hiervoor belangrijke middelen.

**TNO:** de Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek onderzoekt in opdracht van het ministerie van VWS de afbakening van personen die in aanmerking komen voor vergoeding van hun meerkosten op basis van de wet Wtcg.

**Promotie onderzoek:** onderzoek naar toepassing van (delen van) de ICF dat aan Nederlandse universiteiten en onderzoeksinstituten wordt uitgevoerd mondt regelmatig uit in academische promoties; in de periode 2005 tot heden betreft het minstens elf proefschriften (bijvoorbeeld: Schiemanck, 20010 Rigby, 2009; Schmitt, 2010).

### 5.2.3

#### *Macroniveau*

**CBS surveys:** het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) heeft vraagstellingen in haar herhaalde surveys afgestemd met de ICF, de voorganger van de ICF. Deze surveys, onder andere het Permanent Onderzoek Leefsituatie, worden jaarlijks uitgevoerd onder steekproeven die representatief zijn voor de Nederlandse bevolking.

**Nivel:** het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel) verzamelt al ruim tien jaar door middel van enquêtes gegevens bij een landelijk representatief panel van enkele duizenden mensen met een chronische ziekte of beperking, het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG). Behalve over hun kwaliteit van leven en zorgvraag, worden aan de panelleden ook vragen voorgelegd over hun maatschappelijke participatie, inkomenssituatie en het gebruik van tegemoetkomingsregelingen, zoals de aftrekregeling voor buitengewone uitgaven.

**Epidemiologisch onderzoek:** door het Nivel en door het Nederlands Paramedisch Instituut worden ICF-termen gebruikt om bijvoorbeeld de paramedische diagnose, de doelen van paramedische zorg en de resultaten van paramedische zorg te beschrijven, inclusief de inrichting van databases om trends te kunnen analyseren. Het LiPZ, Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg ([www.nivel.nl/lipz](http://www.nivel.nl/lipz)) is een netwerk van eerstelijnspraktijken fysiotherapie, oefentherapie en diëtetiek die gegevens aanleveren over diagnose, doelen en resultaten van fysiotherapie, oefentherapie en diëtetiek in de eerste lijn. Het LiPZ levert waardevolle informatie over de ontwikkelingen in de zorg.

## 5.3

### **Sociale zekerheid**

Toepassingen van de ICF op het gebied van de sociale zekerheid spitsen zich voornamelijk toe op indicatiestelling op individueel of microniveau (1). Indicatiestelling op individueel niveau wordt vertaald in een hulpvraag waar op mesoniveau (2) aan wordt voldaan door uitvoerende instanties in het domein van de sociale zekerheid. Op macroniveau (3) wordt de ICF in de sociale zekerheid gebruikt om de omvang en eigenschappen van groepen hulpvragers te monitoren.

### 5.3.1

#### *Microniveau*

**Indicatiestelling:** om bij (tijdelijke) arbeidsongeschiktheid of werkloosheid in aanmerking te komen voor een uitkering moet aan bepaalde voorwaarden worden voldaan. De beoordeling van die voorwaarden wordt uitgevoerd door arbeidskundigen in opdracht van het UWV, en is deels op de ICF gebaseerd.

### 5.3.2 *Mesoniveau*

**Onderzoek naar arbeidsbeperkingen:** TNO, Trimbos instituut, en andere onderzoeksinstanties bestuderen aard, omvang en duur van arbeidsbeperkingen in ICF-termen onder patiëntengroepen.

**Op zoek naar passend werk:** re-integratiebureaus en job-coach-instanties proberen cliënten met arbeidsbeperkingen aan passend werk te helpen (naar aanleiding van de indicatiestelling), daarbij de ICF volgend.

**Rechtspraak:** in conflicten over het wel of niet toekennen van uitkeringen op basis van arbeidsongeschiktheid kan de rechtbank een medisch deskundige inschakelen. Deze voorziet de rechter onpartijdig van informatie, waarbij de ICF als leidraad wordt gebruikt. Vakbonden gebruiken de ICF om individuele hulpvragers bij te staan.

### 5.3.3 *Macroniveau*

**Monitoring omvang groepen hulpvragers:** het CBS monitort omvang van groepen hulpvragers. Ministeries van SZW en VWS hanteren ICF-termen bij het uitzetten van toekomstig beleid om de omvang van groepen hulpvragers, bijvoorbeeld Wajongers, te reguleren. De gezondheidsraad kan regering en parlement hierover gevraagd en ongevraagd adviseren (2005).

## 5.4 **Documentatie, planning en beleid**

Toepassingen van de ICF op het gebied van documentatie, planning en beleid spitsen zich op individueel of microniveau (1) voornamelijk toe op dossiervorming. Op mesoniveau (2) wordt de ICF onder andere gebruikt als rubricering bij de documentatie van onderzoeksresultaten. Op macroniveau wordt de ICF in documentatie, planning en beleid voornamelijk gebruikt in de zin van richtlijnontwikkeling.

### 5.4.1 *Microniveau*

**Ontwikkeling van (elektronische) zorgdossiers:** een mooi voorbeeld is het EDD: het Elektronisch Diëtiek Dossier, zoals dat in het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) is ontwikkeld (Hoogvliet en Visser, 2003; Majj en Visser, 2002). Ook de kinderfysiotherapeuten gebruiken ICF-terminologie in het kader van hun dossiervorming ([www.nvfk.nl](http://www.nvfk.nl)) en ook bij andere paramedici zie je het gebruik van ICF in het kader van elektronische verslaglegging sterk toenemen. Daarbij gaat het om het vastleggen van de al eerder genoemde gegevens. Om hier goed zicht op te krijgen, hebben vrijwel alle paramedische beroepsgroepen een richtlijn verslaglegging ontwikkeld waarin in beeld is gebracht welke gegevens moeten worden vastgelegd om in voldoende mate de zorg transparant te maken (Nictiz/NPi, 2009).

### 5.4.2 *Mesoniveau*

**Literatuuronderzoek:** het gaat met name om 'systematic reviews' en literatuuronderzoek ten behoeve van richtlijnontwikkeling. Hierbij worden ICF-termen gebruikt om bijvoorbeeld de factoren te beschrijven die van invloed zijn op het participeren (zoals in arbeid) van mensen met een chronische aandoening (bijvoorbeeld Dettaille et al., 2009; Minis et al., 2009). Het trefwoordensysteem van het documentatiecentrum van het NPi bevat veel ICF-termen waardoor het vinden van voor de paramedicus relevante literatuur wordt vergemakkelijkt. Daarnaast onderhoudt het Collaborating Centre een database met alle literatuurreferenties die te maken hebben met de ICF. Deze is beschikbaar via de website.

**Beschrijving van interventies:** bij het beschrijven van interventies kunnen zowel de doelgroep als de beoogde resultaten in ICF-termen worden vastgelegd; een mooi voorbeeld is het boek van L. van den Dungen over taaltherapie voor kinderen met ontwikkelingsstoornissen (2007).

**Beleid:** in beroepsprofielen en competentieprofielen van verschillende paramedische beroepen wordt gebruikgemaakt van terminologie ontleend aan de ICF; voorbeelden zijn het Beroepsprofiel Logopedist (NVLF, 2004) en de functieprofielen van een aantal specifieke beroepsterreinen binnen de fysiotherapie, zoals de geriatrie (NVFG, 2003). Ook worden ICF-termen gebruikt in het kader van de profilering en positionering van paramedische zorg, bijvoorbeeld de kinderfysiotherapie (Van Ravensberg et al., 2004), bij chronisch zieken (Heerkens et al., 1997), in verpleeghuizen (Van Ravensberg en Oude Engberink, 2004) en binnen de arbozorg (Heerkens et al., 2005; Heerkens et al., 2006). Ook zijn er algemene beleidsstukken en wetgeving (zoals de WMO), waarin ICF-termen worden gehanteerd. Ten slotte zijn er publicaties die dienen ter ondersteuning van beleidstukken of wetgeving. Een voorbeeld hiervan is de publicatie van Van Ravensberg over de ICF ter voorbereiding van gemeenteamtensaren op de invoering van de ICF (sDG, 2002).

#### 5.4.3

##### *Macroniveau*

**CBO, NPi, Nivel:** het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO), Nederlands Paramedisch instituut (NPi), en het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel) richten zich op het verbeteren van de kwaliteit van de gezondheidszorg, onder andere door het samen met beroepsgroepen uit de zorg ontwikkelen van (behandelings)richtlijnen, indicatoren en ketenzorg, waarbij elementen uit het ICF-raamwerk worden gebruikt (voorbeelden: richtlijn 'Tekort in zelfverzorging bij een verminderd gezichtsvermogen', 'KNGF-Richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging' en 'Multidisciplinaire richtlijn Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen').

**Ontwikkelen van 'evidence based statements' en Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA's):** omdat het ontwikkelen van multiprofessionele richtlijnen een langdurig en gecompliceerd traject vergt, wordt steeds vaker gekozen voor de wat eenvoudiger evidence based statements en LESA's om de samenwerking rond patiënten met een bepaalde aandoening te structureren. Voorbeelden zijn LESA's rond COPD (Lakerveld-Heyl et al., 2005a) en diabetes (Boomsma et al., 2006; Lakerveld-Heyl et al., 2005b).

**Ontwikkeling van protocollen en programma's:** zoals het FLITS-programma (Fit Leven en Integratie door Training en Sport) voor migranten (inclusief een webbased registratiesysteem en een FLITS-databank) (Van Ravensberg, 2009).

**Ontwikkeling van communicatie-instrumenten:** het bekendste voorbeeld van een op de ICF (aanvankelijk ICIDH) gebaseerd communicatie-instrument is het multidisciplinaire RAP, het Revalidatie Activiteiten Profiel, waarvan ook een kinderversie beschikbaar is (Van Bennekom et al., 1994; Jelles en Van Bennekom, 1995; Roelofsen et al., 2002). In het kader van communicatie kunnen ook de richtlijnen en handreikingen verslaggeving worden genoemd, waarin wordt aangegeven welke gegevens nodig zijn in de communicatie tussen paramedicus en arts/verwijzer. Een overzicht van deze richtlijnen staat in het rapport 'Informatievoorziening in de paramedische zorg' (Nictiz/NPi, 2009).

**Beschrijving/indeling van hulpmiddelen:** hulpmiddelen staan zowel – zeer uitgebreid – in de ISO 9999, als – globaal – in hoofdstuk 1 van de lijst van externe factoren van de ICF. De indelingen zijn niet exact complementair. Om die reden zijn er vanuit ISO/TC173/SC2/WG11 (verantwoordelijk voor de ISO

9999) initiatieven genomen om de indeling van hulpmiddelen in de ISO 9999 op hoofdklasseniveau te harmoniseren met de indeling van hulpmiddelen in hoofdstuk 1 van de lijst externe factoren van de ICF (zie paragraaf 4.3.3). Een Nederlandse afgeleide van de ISO 9999 is Cliq (Classificatie met IQ) waarin ICF-terminen zijn gebruikt om een nadere indeling van hulpmiddelen te maken, gebaseerd op het begrip 'product related intended use' ([www.cliq.nl](http://www.cliq.nl)).

## 5.5 Opleiding en vaardigheidsonderwijs

Onderwijs in theorie en praktijk van de ICF aan toekomstige beroepsbeoefenaars kan gezien worden als toepassing van de ICF op microniveau. Het trainen van de onderwijsgevers of trainers kan gezien worden als toepassing op mesoniveau. Op macroniveau kan het ontwikkelen van lesmateriaal over de ICF als toepassingsgebied van de ICF worden gezien.

### 5.5.1 *Microniveau*

**Initieel onderwijs:** het is evident dat, wil de ICF goed gebruikt worden op de werkvloer, de beginnende beroepsbeoefenaren vanaf dag één van de opleiding met ICF-terminologie vertrouwd moeten worden gemaakt. Dat betekent niet dat dan al gelijk de ins en outs van de ICF moeten worden behandeld, maar wel dat door de docenten en in het onderwijsmateriaal de goede termen moeten worden gebruikt. Dit geldt op ROC's, hogescholen en universiteiten.

**Post-hbo-onderwijs en cursorisch onderwijs:** hiervoor geldt in wezen hetzelfde als voor de initiële opleidingen. In een aantal masteropleidingen is de ICF en/of de ICF-CY al behoorlijk geïntegreerd; voorbeelden zijn de master kinderfysiotherapie van de Hogeschool Utrecht en de masteropleiding neurorevalidatie van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Een mooi initiatief zijn de workshops 'diëtistische diagnose' georganiseerd door PitActief en de NVD waarin het gebruik van de ICF een centrale plaats inneemt (zie: [www.nvdietist.nl](http://www.nvdietist.nl)).

### 5.5.2 *Mesoniveau*

**Train de trainer:** geselecteerde werknemers van uitvoerende instanties, zoals UWV, gemeenten, CIZ, thuiszorgorganisaties, worden door het WHO-FIC Collaborating Centre opgeleid om het gebruik van de ICF binnen hun organisatie te onderwijzen.

### 5.5.3 *Macroniveau*

**E-learningtool:** het WHO-FIC Collaborating Centre voorziet een sterke toename in de vraag naar training in of cursussen over de toepassing van de ICF. Omdat haar capaciteit beperkt is, is ze bezig met het ontwikkelen van e-learningtools voor verschillende deskundigheidsniveaus, zodat zonder probleem aan de toekomstige vraag voldaan kan worden.

## 5.6 Overwegingen

Uit het gegeven overzicht kan worden afgeleid dat er diverse actoren zijn die het (verdere) gebruik van de ICF binnen de paramedische beroepen ondersteunen en stimuleren: ondersteunings-/kennis-/onderzoeksinstituten, beroepsverenigingen, onderwijsinstellingen, softwareleveranciers, subsidiegevers (die vragen om gebruik van ICF-terminologie) en individuele paramedici.

Vanuit paramedische beroepsgroepen wordt een actieve bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van de ICF. Bevindingen uit de toepassing van de ICF binnen het paramedische werkveld kunnen worden gebruikt bij de komende update en revisietrajecten van de ICF.





## 6 Toepassing van enkele andere internationale classificaties in Nederland

### 6.1 CMSV

De CMSV, *Classificatie van Medisch Specialistische Verrichtingen*, zie ook paragraaf 3.11, wordt sinds 1989 in Nederland gebruikt als basis voor de Classificatie van Verrichtingen (CvV, voorheen in beheer en in gebruik bij de LMR van Prismant) en het Centraal Verrichtingen Bestand (CVB van het Centraal Bureau Verrichtingen). Hierdoor bestond er een gescheiden registratie van hoofddiagnosen en heelkundige verrichtingen in de ziekenhuizen wat van belang is voor de evaluatie van beide gegevensbronnen.

Het CBV-bestand wordt door de helft van alle Nederlandse ziekenhuizen als referentiebestand gebruikt, maar is nodig aan herziening toe wegens vervuiling en technische grenzen aan de coderingssystematiek. De ICHI, zie 3.1, referentieclassificaties, kan daarbij dienen als basis voor een consistent bestand van verrichtingen en interventies, met uitbreiding van alle bij de zorg betrokken disciplines.

### 6.2 ICPC-2

De ICPC wordt binnen de Nederlandse huisartsgeneeskundige en eerstelijnszorg algemeen gebruikt. Voor huisartsen is het gebruik ervan om diagnoses te coderen verplicht, en het Nederlands Huisartsen Genootschap gebruikt de ICPC ook in haar standaarden en richtlijnen.

De ICPC is in Nederland sinds haar verschijning altijd gebruikt door de huisartsen van het Transitieproject van de Universiteit van Amsterdam, zowel als instrument voor praktijkvoering als ten behoeve van onderzoek.

Tegenwoordig wordt in vrijwel alle onderzoeksprojecten op het terrein van de huisartsgeneeskunde en eerstelijnszorg de ICPC gebruikt, bijvoorbeeld in:

- de Nationale Studies naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (NIVEL);
- het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LIN-H);
- de Nijmeegse Continue Morbiditeits Registratie (CMR);
- het Registratienet Huisartspraktijken Limburg (RNH);
- het Registratienetwerk Universitaire Huisartspraktijken Leiden en Omgeving (RNUH-LEO);
- de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ).

Dit consequente gebruik van de ICPC vergemakkelijkt efficiënt verwijzen en overdragen, en vereenvoudigt elektronische communicatie, onderzoek naar doelmatigheid en het maken van vergelijkingen op het terrein van de volksgezondheid naar tijd of plaats (VTV-rapporten, Tellen en Meten, Zorggegevens.nl).

De ICPC-1 en de ICPC-2 zijn beide in het Nederlands vertaald.<sup>9</sup> Op dit moment wordt vrijwel overal nog de ICPC-1 gebruikt. In het Transitieproject wordt sinds 2006 al met de ICPC-2-R gewerkt. De ICPC wordt door paramedische

<sup>9</sup> Zie: Boersma J, Gebel RS, Lamberts H, eds. International Classification of Primary Care. Dutch translation of the short titles and Dutch subtitles. Utrecht: NHG, 1993.

Gebel RS, Okkes IM, eds. ICPC-2-E-NL. International Classification of Primary Care. Second edition, Dutch, electronic version.

Gebel RS, Okkes IM, eds. ICPC-2-NL. International Classification of Primary Care. Second edition, Dutch version. Utrecht, Nederlands Huisartsen Genootschap, 2000.

beroepsgroepen vooral gebruikt om de verwijsdiagnose te coderen in de eerste lijn, bijvoorbeeld in het eerder genoemde epidemiologisch onderzoek van het Nivel en in het LIPz (zie paragraaf 5.2). Ook in het kader van het elektronisch verslagleggen en de elektronische communicatie in de eerste lijn kan de ICPC een rol spelen en in het kader van onderzoek naar de doeltreffendheid en doelmatigheid van paramedische zorg in de eerste lijn.

### 6.3 ISO 9999

Hulpmiddelen zijn voor paramedici belangrijk. Met name de ergotherapeuten hebben een belangrijke rol in het hele hulpmiddelenproces. Andere paramedische beroepsgroepen, zoals logopedisten en fysiotherapeuten, hebben vooral een rol in de fase van het oefenen. Zoals aangegeven in paragraaf 3.9 is Cliq een verfijning van de ISO 9999. Beleidsmatig krijgt Cliq steeds meer inbedding.

Als voorbeeld: bij de schriftelijke voorbereiding AO over functionele bekostiging, zijn door de VVD vragen gesteld. Minister Klink heeft deze beantwoord. (31 maart TK 29 247, nr. 84) 'Cliq is productclassificatie voor hulpmiddelen op basis van ISO 9999 en ICF. Hierdoor kunnen functioneringsproblemen van de gebruiker gekoppeld worden aan de eigenschappen van een bepaald hulpmiddel zoals functionaliteit, technische specificaties, uiterlijke kenmerken en gebruiksgemak. (...) Ik sta positief tegenover de ontwikkeling van een dergelijk systeem omdat het aansluit op mijn streven naar een meer vraaggestuurde hulpmiddelenzorg. Op dit moment worden in het veld verschillende producten al 'geCliqed'; dat betekent dat wordt aangegeven welke Cliq-code of Cliq-codes op het product van toepassing zijn. In de Basisrichtlijn Hulpmiddelenzorg die recent, mede met het oog op functioneringsgerichte aanspraak op hulpmiddelen, is ontwikkeld (CG-Raad, 2010) wordt aangegeven waar in het proces van hulpmiddelenzorg ICF en Cliq kunnen worden gebruikt.

### 6.4 ATC/DDD

Een Europese toepassing van de ATC-classificatie met DDD is gericht op het signaleren van bijwerkingen van geneesmiddelen. In dit onderzoek wordt ook door Nederland geparticipeerd.

Sinds de jaren tachtig zijn geneesmiddelen tot op artikelniveau in een databank beschreven met behulp van standaarden die mede door de voorganger van het centre zijn ontwikkeld, zie 3.10. Deze databank kent tal van toepassingen. Als intermediair in zorginformatie verzamelt, controleert, verrijkt, koppelt, beheert en verspreidt de door de KNMP opgerichte Z-index gegevens van alle producten die op het gebied van zorg bij apotheken en zorginstellingen te verkrijgen zijn. Deze gegevens worden aangeboden in de G-Standaard, die op geïntegreerde wijze het voorschrijven, afleveren, bestellen, declareren en vergoeden van zorgproducten ten doel heeft. De G-Standaard wordt gebruikt door (huis)artsen, apothekers en zorgverzekeraars, het bedrijfsleven en de overheid. Het gebruik van het ATC/DDD-systeem is door de Z-index geïntegreerd met diverse ICT-toepassingen, zoals Elektronische Voorschrijf Systemen(EVS), waarin de arts onder meer over geneesmiddelengebruik wordt geadviseerd.

## 7 Noodzaak van internationale classificaties voor overheidsbeleid

In hoofdstuk 2 zijn nut en noodzaak van internationale classificaties onderscheiden. De noodzaak vloeit voort uit het nut ervan, maar er is meer voor nodig om van noodzaak te kunnen spreken, zoals verderop zal blijken. Het nut is zowel gelegen in de doelen waarvoor deze classificaties er zijn, beschreven in hoofdstuk 3, als in het feitelijke gebruik ervan in toepassingen, beschreven in de hoofdstukken 4-6. Die toepassingen tonen dat deze classificaties op tal van manieren functioneren voor het vastleggen van gegevens en het genereren van informatie over de gezondheidstoestand en de gezondheidszorg in de praktijk van de zorg, in de administratie, in het onderzoek, de statistiek, het onderwijs, het (semi)overheidsbeleid enzovoort. Ze doen dat op micro-, meso- en macroniveau, dat wil zeggen voor het vastleggen van individuele gegevens, instellingsgegevens en landelijke gegevens.

Het RIVM heeft op verzoek van de opdrachtgever (het ministerie van VWS) in de periode juli/augustus 2010 een consultatieronde gehouden met de bedoeling het rapport vanuit de praktijk aan te vullen, zie Bijlage Consultatieronde conceptrapport. Aan een 26-tal instanties zijn vijf vragen voorgelegd. Aangezien van hen geen publieke reactie is gevraagd, worden hun brieven vertrouwelijk behandeld door ze op te nemen in een afzonderlijk brieffrapport voor de opdrachtgever. Wel is onderstaand een samenvatting van hun antwoorden opgenomen, omdat deze antwoorden mede van betekenis zijn voor de juistheid en volledigheid van dit rapport.

De reacties uit de kringen van bij het gebruik van internationale classificaties belanghebbende instanties, gebruikers, zijn zonder meer positief: Internationale classificaties worden als zeer belangrijk ervaren; expertise, coördinatie, ondersteuning en vertaling blijven nodig; er zijn nog diverse wensen te vervullen (zie reacties op vraag 4) en van de diensten van het Collaborating Centre wordt naar behoefte gebruikgemaakt.

Per vraag zijn de antwoorden als volgt samen te vatten:

1. *Hoe belangrijk vindt u de beschikbaarheid van internationale classificaties voor uw werkterrein?*  
Gebruikers noemen het belang sinds jaar en dag onomstreden. Vanuit de statistiek, de financiële en medische administratie, gezondheidsgerelateerde beleidssectoren, beroepsgroepen, onderzoeksinstituten en de directe zorgverlening wordt het belang krachtig onderschreven. Dit beperkt zich niet tot de classificaties van ziekten en de gevolgen ervan (de voormalige ICIDH), maar beslaat de volle breedte van de gezondheidstoestand en gezondheidszorg.
2. *Hoe belangrijk vindt u de beschikbaarheid van expertise en coördinatie met betrekking tot internationale classificaties in Nederland?*  
Er is bij alle betrokkenen, ook als zij zelf ICD- of ICF-expert zijn geworden, behoefte aan kennis en coördinatie in zake internationale classificaties, niet alleen ten dienste van gebruikers maar ook als Nederlandse spreekbuis van en naar de WHO.
3. *Hoe belangrijk vindt u de beschikbaarheid van internationale classificaties in de Nederlandse taal?*  
Gebruikers vinden de door de WHO geautoriseerde vertaling van internationale classificaties noodzakelijk, omdat het bij decentraal gebruik uiteindelijk om de eenheid van Nederlandse taal gaat in de informatie en

communicatie over de gezondheidstoestand en -zorg. Vertaalde internationale classificaties kunnen die eenheid mee helpen bevorderen.

4. *Welke vormen van ondersteuning wenst u bij het toepassen van internationale classificaties?*

De wensen betreffen vooral de digitalisering, kwaliteitsborging en koppeling tussen classificaties, c.q. het product van het Collaborating Centre en andere instituten (NEN, Nictiz, Z-index), maar er worden ook diverse andere redenen genoemd om inhoudelijk tot een goede afstemming te komen tussen een internationale classificatie en de toepassing ervan voor een bepaald doel.

5. *Welke vormen van ondersteuning gebruikt u bij het toepassen van internationale classificaties?*

Uit de beantwoording blijkt dat internationale classificaties zelden gebruiksklaar zijn. Er moet van alles door een gebruiker ontwikkeld worden om decentraal een toepassing van een classificatie te laten werken door beroepsbeoefenaren, administrateurs, codeurs enzovoort. Daarbij zijn de medewerkers van het Collaborating Centre vooral in consultatieve zin betrokken, soms voor jaren.

In de beginfase van projecten die het gebruik van een internationale classificatie entameren, kan de ondersteuning zeer diverse vormen aannemen, zoals het houden van een conferentie, het mee helpen ontwikkelen van een opleiding, het overbrengen van de ervaring met soortgelijke projecten uit het buitenland. Soms lukt het ook niet de implementatie in een sector als geheel te voltooien, zoals de overstap van de ICPC-1 naar de ICPC-2 met een thesaurus naar de ICD-10. Deze overstap heeft enkel in het Transitieproject plaatsgevonden, omdat de software-ontwikkeling voor andere bedrijven commercieel te onaantrekkelijk was.

Deze bevindingen van derden over het gebruik van internationale classificaties en de ondersteuning daarbij zijn ook aan te vullen. De newsletter heeft een oplage van 1500 exemplaren en de websitepagina's worden per maand 3000-6000 keer geraadpleegd.

Nut en toepassing samenvattend onderscheiden de beschreven internationale classificaties zich ten principale van doorgaans monodisciplinaire terminologieën en meetinstrumenten door hun meervoudige doelstellingen, diversiteit aan toepassingen en veelvuldig gebruik op micro-, meso- en macroniveau. Hierdoor ontstaat bij instanties de behoefte voor allerlei informatiedoelen steeds meer uit te gaan van internationale classificaties, zoals in het geval van de indicatiestelling en de DBC's. De aanwezigheid van een in gebruik zijnde familie van internationale classificaties vormt aldus een intrinsieke reden voor de noodzaak ervan. Zonder deze familie zou de informatie en communicatie over de gezondheidstoestand en gezondheidszorg geblokkeerd kunnen raken, een soort 'toren-van-Babel-effect'.

De extrinsieke reden voor de noodzaak wordt gevormd door de verplichtingen die over en weer door gebruikers rondom internationale classificaties geschapen zijn. Zo is er sinds 1948 bijvoorbeeld de verplichting om doodsoorzaakgegevens tot op 3-tekenniveau van de ICD aan de WHO aan te leveren en recent zijn er afspraken gemaakt omtrent de ziekenhuissterfte op Europees niveau. De WHO beveelt de ICD-10 ook aan voor morbiditeitsgegevens. Op nationaal niveau zijn er de inspanningen van de overheid op wetgevingsterrein (bijvoorbeeld Cotg, WMO, WSW) en het terrein van de subsidiëring van toepassingen (bijvoorbeeld door ZonMw), gebruik en toepassingen van (semi)overheidsinstellingen (zoals CBS, RIVM/cVTV). Ook zijn er in tal van toepassingen buiten de overheid allerlei afspraken, oftewel verplichtingen, over het aanleveren van gegevens, controleprocedures enzovoort.

## 8 Vereisten voor het uitvoeren van classificatiewerkzaamheden voor Nederland

Er is een blijvende taak te vervullen in de (door)ontwikkeling van internationale classificaties naast die van terminologieën<sup>10</sup> en meetinstrumenten. Alle drie de invalshoeken zijn van belang voor het beleid en de inrichting van onderzoek en onderwijs van beroepsbeoefenaren in de volksgezondheid en gezondheidszorg, maar dit rapport heeft zich vooral gericht op het classificatieterrein. Per taalgebied of een bepaald geografisch gebied functioneert er een WHO-FIC Collaborating Centre. Er zijn centres in Noord Amerika en Australië en in Engeland zijn er momenteel weer plannen om een centre in te richten. Overigens is het Scandinavische centre onlangs na jaren opgeheven, vanwege interne problemen. Voor wat betreft het Nederlandse centre zijn er op ad-hocbasis altijd goede formele en werkrelaties met stakeholders uit België als geheel en uit de Vlaamse gemeenschap geweest, zowel betreffende ICD en ICF als de afgeleide en gerelateerde classificaties, met name de ICPC. Landen zonder Collaborating Centre wordt deze hulp geboden door de WHO (binnen Europa door WHO-Euro) met behulp van bestaande Collaborating Centres. De hulp bestaat voornamelijk uit het ondersteunen bij de inrichting van netwerken, inhoudelijk advies en voorlichting, beschikbaar stellen van trainers en materiaal en organisatie van bijeenkomsten. In de regel gebeurt dit tegen kostprijs en op projectbasis. Ook bestaat vaak de wens in dergelijke landen om een eigen centre op te richten voor het eigen taalgebied. Recent is daarom het Italiaanse Collaborating Centre opgericht. Voor Hongarije loopt de procedure voor aanwijzing als Collaborating Centre. Een andere oplossing ligt in het creëren van regionale netwerken. Binnen Europa vindt daarom in samenwerking met het Regional Office van de WHO een verkenning plaats van de mogelijkheid om een Europees WHO-FIC Network op te richten. Een dergelijk netwerk zou tot taak hebben informatie, kennis en ervaring uit te wisselen tussen Europese landen onderling en tussen de landen en de WHO, inclusief het wereldwijde WHO-FIC-netwerk, ten behoeve van de vergelijkbaarheid van gegevens.

Belangrijke redenen voor het vertalen van internationale classificaties in ABN met, waar nodig, handhaving van internationaal jargon zijn:

- Beroepsgroepen proberen zich (van elkaar) te onderscheiden door soms onnodig nieuw taalgebruik/jargon, wat met gewoon Nederlands (volgens één referentieclassificatie) beargumenteerd kan worden teruggedrongen.
- Psychiatrische termen, maar ook vele ICF-termen, hebben de eigenschap te dalen in gevoelswaarde, waardoor ze als discriminerend worden ervaren; ijking van de betekenis in een internationale classificatie kan dat althans voor de gegevensverzameling voorkomen.
- Gewoon Nederlands bevordert de communicatie met cliënten en beroepsbeoefenaren: een klassering uit een in het Nederlands vertaalde internationale classificatie wordt minder ervaren als vervreemdend van de werkelijkheid. Dit is meer het geval met de ICF dan met de ICD-10, die ook in zekere mate door medisch jargon wordt gekenmerkt.

<sup>10</sup> Met NICTIZ is overleg over het kopiëren van de samenwerking tussen de WHO en de Snomed-organisatie ten behoeve van de Nederlandse situatie.

De Nederlandse belangenbehartiging voor de doorontwikkeling van internationale classificaties zou geoptimaliseerd kunnen worden door meer dan nu al het geval is:

- De classificaties, updates en revisies, continue in actuele versie in het Nederlands beschikbaar te doen zijn in bruikbare formats, dat wil zeggen in gedrukte vorm (zoals nu de BSL-uitgaven van de ICF en ICF-CY) en voor toepassing in elektronische systemen beschikbare formats, zoals ClaML en liefst ook online.
- De ervaringen en behoeften van Nederlandse gebruikers om internationaal bij WHO-updates en -revisies in te brengen opdat internationale classificaties voor Nederland bruikbaar blijven en omgekeerd internationale ontwikkelingen in Nederland tijdig bekend te doen zijn, waardoor internationale communicatie en vergelijkbaarheid worden gewaarborgd<sup>11</sup>;
- De toepassing van internationale classificaties in het onderzoek te begeleiden, een toezichtfunctie.
- Aan het wetenschappelijke gehalte van classificaties bij te dragen door deze voor zover mogelijk te doen enten op terminologieën en meetinstrumenten; omgekeerd ook door nieuwe terminologieën en meetinstrumenten zoveel mogelijk met internationale classificaties rekening te laten houden.
- De toepassing van internationale classificaties in onderwijs en beroepsuitoefening te begeleiden door train-de-trainers-activiteiten en e-learning en daarmee ook de kwaliteit ervan te borgen.
- De kwaliteit van toepassingen te bewaken door de uitgifte van licenties voor gebruik van classificaties en daarop gebaseerde producten en door de certificatie van codeurs.
- Informatie te verstrekken aan (potentiële) gebruikers via website, newsletters, lezingen, contacten en advisering over de internationale referentieclassificaties, ICD en ICF, en de familie met afgeleide en gerelateerde internationale classificaties vanuit één loket, dat geen direct belang heeft bij bepaalde toepassingen in het bijzonder.

Kort samengevat vereist dit vertaling, aanpassingen (in overleg met gebruikers) en implementatie van de beschikbare classificaties.

Deze werkzaamheden vereisen een brede nationale en internationale expertise en coördinerend vermogen, nauw aansluitend bij de verzameling, verwerking en presentatie van gegevens zonder directe betrokkenheid. Hiervoor is nodig: expertise op het gebied van de vigerende internationale classificaties, zoals kennis van taxonomie, terminologie, codeerregels en meetinstrumenten, maar ook kennis van de ermee nagestreefde doelstellingen in toepassingen.

De toepassing van internationale classificaties voor een bepaald doel berust primair bij de gebruiker. Deze hecht aan de ene kant aan de eigen manier van het benutten van de ICD-10 of ICF en aan de andere kant aan de vergelijkbaarheid met andere gegevensverzamelingen. Internationale classificatiespecialisten kunnen voor gebruikers een intermediaire functie vervullen tussen de mogelijkheden van internationale classificaties en de vereisten van specifieke toepassingen, als ze niet worden vereenzelvigd met een enkele groep van belanghebbenden of instellingen. Deze 'specialisten' zijn in dat opzicht generalisten.

<sup>11</sup> Feitelijk zijn deze punten mede een WHO-belang, noodzakelijk voor de internationale afstemming.

De door het ministerie onderschreven aanwijzing door de WHO geeft het Collaborating Centre een gezagsbasis naar Nederlandse toepassingen die er anders niet zou zijn. De vertaling van ICD en ICF wordt door de WHO gecontroleerd en geautoriseerd voor gebruik door derden. Het Centre geeft licenties uit voor het gebruik. Aldus functioneren ICD en ICF als een standaard voor verschillende toepassingen. De overheid geeft daarmee invulling aan WHA-resoluties, vermeld in de inleidingen van de ICD-10 en ICF(-CY).





## Literatuur

### **Familie van internationale classificaties**

- Hirs WM, An Integrated System for Codes, Classifications and Definitions in Health Care, Paris26, in: [www.rivm.nl/who-fic/annualsetc.htm](http://www.rivm.nl/who-fic/annualsetc.htm) (zie ook: Hirs, WM, Een geïntegreerd stelsel van codering, classificatie en definitie in de gezondheidszorg (bewerking, in: *Informatie & Zorg*, 27(1998)4, pp 11-18).
- Hirs WM, Standaardclassificaties voor medische en niet-medische gegevens, een studie naar de samenhang van objecten, begrippen en termen in de gezondheidszorg, proefschrift, Groningen, 1987.
- Hirs WM, The use of terminological principles and methods in medicine, in: Sonneveld, H.B. and K.L. Loening, *Terminology: Applications in Interdisciplinary communication*, Amsterdam/Philadelphia, 1993.
- Madden R, Sykes C, Üstün TB, World Health Organization Family of International Classifications: definition, scope and purpose, in: [www.who.int/classifications/en/](http://www.who.int/classifications/en/), onder: More information on the WHO-FIC.

### **ICD-10 en afgeleide classificaties**

- Classificatie van Ziekten (CvZ80), 2 delen, vertaling van de ICD-9-CM systematische en alfabetische lijst, SMR 1980.
- Flier FJ, Nosologie, Noodzakelijkheid en de Natuurlijke Soort, over de betekenis, definitie en classificatie van diagnostische termen in de geneeskunde, proefschrift, Nijmegen 1996.
- ICD-9-CM, International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification, 3 Volumes, 1979-2009.
- ICD-10, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth revision, 3 Volumes, 2008 edition, WHO Geneva 2009 (Internationale Statistische Classificatie van Ziekten en met Gezondheid verband houdende Problemen, Tiende Revisie, Deel 1-3, WHO-FIC Collaborating Centre, RIVM, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven, zie ook <http://class.who-fic.nl/browser.aspx?scheme=ICD10-nl.cla>).
- International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O-3), third edition, Geneva, World Health Organization 2000 (Internationale Classificatie van Ziekten voor Oncologie, derde editie, Vlaamse Liga tegen Kanker 2003).
- ICECI, International Classification of External Causes of Injuries, zie: [www.rivm.nl/who-fic/ICECI.htm](http://www.rivm.nl/who-fic/ICECI.htm).
- The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines, Genève, World Health Organization, 1992.
- International Nomenclature of Diseases. Genève, Council for International Organizations of Medical Sciences en World Health Organization. Sixteenth annual report. Londen, Registrar General of England and Wales, 1856, App. p. 73.

### **ICF en afgeleide classificaties**

- Achterberg T van, Frederiks C, Thien N, Coenen C, Persoon A, Using ICIDH-2 in the classification of nursing diagnoses: results from two pilot studies, *Journal of Advanced Nursing*, 2002; 37: 135-144.
- Bennekom CAM van, Jelles F, Lankhorst GJ, Revalidatie Activiteiten Profiel, Handleiding en beschrijving, Amsterdam: VU Uitgeverij; 1994.
- Boomsma LJ, Lakerveld-Heyl K, Gorter KJ, Postma R, Laar van de FA, Verbeek W, Ravensberg CD van, Flikweert S, LESA Landelijke Eerstelijns Samenwerkings

- Afspraak Diabetes mellitus type 2, *Huisarts & Wetenschap* 2006; 49(8): 418-424.
- CG-Raad, Verslag van het Project Opstellen Richtlijnen voor Functiegerichte Aanspraak Hulpmiddelen, RiFA, Fase 1 opstellen van een basisrichtlijn, Heerkens Y, Claus E, Hagedoren E, Jonker H, Muylkens J, Bougie Th, Ravensberg D van, Vreeswijk P, Utrecht: Chronisch zieken en Gehandicapten Raad; 2010.
- CG-Raad, Basisrichtlijn Hulpmiddelenzorg, Heerkens Y, Claus E, Hagedoren E, Jonker H, Muylkens J, Bougie Th, Vreeswijk P, Utrecht: Chronisch zieken en Gehandicapten Raad; 2010.
- Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostansjek N, Ustun B, Stucki G, ICF linking rules: un update based on lessons learned, *J Rehabil Med* 2005; 37:212-8.
- Detaille SI, Heerkens YF, Engels JA, van der Gulden JW, van Dijk FJ: Common prognostic factors of work disability among employees with a chronic somatic disease: a systematic review of cohort studies, *Scand J Work Environ Health* 2009, 35(4):261-81.
- Dijk GM van, Course of limitations in activities in elderly patients with osteoarthritis of the hip or knee, Proefschrift, 2009.
- Dungen L van den, Taaltherapie voor kinderen met taalontwikkelingsstoornissen, Bussum: Uitgeverij Coutinho; 2007.
- Gezondheidsraad, Beoordelen, behandelen en begeleiden: Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, Den Haag: Gezondheidsraad; 2005.
- Graff MJL, Adang EMM, Vernooij-Dassen MJM, Dekker J, Jönsson L, Thijssen M, Hoefnagels WHL, Olde Rikkert MGM, Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study, *BMJ*, doi: 10.1136/bmj.39408.481898.BE, Published 2 January 2008.
- Heerkens YF, Rijken M, Dekker J, Wams HWA, Oostendorp RAB, Inventarisatie van paramedische zorg voor chronisch zieken, Amersfoort/Utrecht: Nederlands Paramedisch Instituut (NPI)/Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel); 1997.
- Heerkens YF, Kuiper C, Balm MFK, Modellen en terminologie, In: Kuiper C, Heerkens YF, Balm MFK, Bieleman A, Nauta AP, redactie, *Arbeid en gezondheid: preventie, behandeling en reïntegratie*, Een handboek voor paramedici, hoofdstuk 5, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2005.
- Heerkens YF, Engels JA, Gulden JWJ van der, Een pleidooi voor het gebruik van de ICF in de arbozorg: Eenheid van taal bevordert arbocuratieve samenwerking, *TSG* 2006; 84(6): 337-41.
- Heerkens YF, Ras O de, De ICF en de toepassing daarvan bij een patiënt met WAD, Bijlage I bij *Werken met WAD*, Een multidisciplinaire visie op belastbaarheid en re-integratie van mensen met Whiplash Associated Disorder I en II. Nauta N, Weel A, Utrecht: Kwaliteitsbureau NVAB; januari 2010.
- Hoogvliet H, Visser W, Het Elektronisch Diëtetiek Dossier in de praktijk, *Zorg ICT-congres MIC2003*.
- ICIDH/ICF literatuuurdatbank, in: [www.rivm.nl/who-fic/icf.htm](http://www.rivm.nl/who-fic/icf.htm).
- International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH), Geneva 1993<sup>2</sup> (Internationale Classificatie van Stoornissen, Beperkingen, en Handicaps, WCC, Zoetermeer, 1995).
- International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), WHO Geneva 2001 (Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health, Bilthoven 2001/7).
- International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (ICF-CY), 2007 (Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health, Children & Youth, Bilthoven 2007).

- Jelles F, Bennekom CAM van (1995), Rehabilitation activities profile: the ICIDH as a framework for a problem-oriented assessment method in rehabilitation medicine, proefschrift, Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Lakerveld-Heyl K, Ravensberg CD van, Wams HWA, Project PACK, Paramedische zorg voor patiënten met COPD, Informatie voor huisartsen, Deel I Mogelijke indicaties voor paramedische zorg (Schema en Tabel), Amersfoort/Utrecht: Nederlands Paramedisch Instituut (NPI), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad); 2005a.
- Lakerveld-Heyl K, Ravensberg CD van, Wams HWA, Project PACK, Paramedische zorg voor patiënten met diabetes mellitus type 2, Informatie voor huisartsen, Deel I Mogelijke indicaties voor paramedische zorg (Schema en Tabel), Amersfoort/Utrecht: Nederlands Paramedisch Instituut (NPI), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad); 2005b.
- Maassen H, Richtlijnen zijn niet altijd even logisch, Medisch Contact 2010; 65(14):621-3.
- Maij E, Visser W, Op weg naar een papierloze Diëtetiek status: het elektronisch Diëtetiek Dossier, Informatie & Zorg 2002; 31(2):34-9.
- Minis MAH, Heerkens YF, Engels JA, Engelen BGM van, Oostendorp RAB, Classification of Employment factors according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in patients with neuromuscular Diseases: a systematic review, Disability and Rehabilitation 2009; 31(26):2150-63.
- Nictiz/NPI, Informatievoorziening in de paramedische zorg: Een analyse van de huidige situatie, de wensen en behoeften, Leidschendam/Amersfoort: Nationaal ICT Instituut in de Zorg/Nederlands Paramedisch Instituut; 2009.
- NKN, Multidisciplinaire zorgplannen Parkinson, Kaemingk M, Esch M van, Horstink M, Rood B, Smeets C, Spaendonck K van, Swart B de, Tinselboer L, Nijmegen: Nijmeegs Kenniscentrum Neurorevalidatie; 2003.
- NVFG, Functieprofiel Fysiotherapeut in de Geriatrie, Amersfoort: Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie; 2003.
- NVLF, Handreiking ICIDH-Logopedie, Gouda: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie; 2004.
- Ravensberg CD van, Groepsprogramma's 'FLITS', Ook mannelijke migranten willen gezond leven, Issue 2009; (4):8-9.
- Ravensberg CD van, Oude Engberink KM, Verpleeghuizen op weg naar verantwoorde zorg, Helpen bij implementatie loont, Amersfoort: Nederlands Paramedisch Instituut/NPI, NVD, NVLF, ZonMw; februari 2004.
- Rigby PJ, Assistive Technology for Persons with Physical Disabilities: Evaluation and Outcomes, Utrecht: Utrecht University, 2009.
- Roelofsen EE, The BAM, Beckerman H, Lankhorst GJ, Bouter LM, Development and implementation of the Rehabilitation Activities Profile for children: impact on the rehabilitation team, Clinical Rehabilitation, 2002; 16: 441-53.
- Schiemanck SK, Long-term functional outcome after stroke: the impact of MRI-detected lesion characteristics, Utrecht: Universiteit Utrecht, 2010.
- Schmitt MA, Understanding functioning and health in patients with whiplash-associated disorders, Utrecht: Utrecht University, 2010.
- Scholten-Peeters GGM, Whiplash and its treatment, Proefschrift, Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen, 2004.
- Stichting Dienstverlening Gehandicapten, Openbare gezondheidszorg, zorgvragen, menselijk functioneren, beleid. Utrecht, 2002.
- Soer R, Towards consensus in operational definitions in Functional Capacity Evaluation, dissertatie, Groningen 2008.

- Spanjer J, The Disability Assessment Structured Interview, dissertatie, Groningen 2010.
- VGI, NVAB, CBO, Blauwdruk participeren in richtlijnen, Leidraad voor het effectief opnemen van 'participeren en functioneren in werk' in richtlijnen, Utrecht; 2010.

### **ICPC**

- Becker HW, Oskam SK, Okkes IM, Van Boven K, Lamberts H, ICPC2-ICD10 Thesaurus, A diagnostic terminology for semi-automatic double coding in Electronic Patient Records, Academic Medical Center/University of Amsterdam Department of Family Medicine, 2005, In: Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H, ICPC in the Amsterdam Transition Project, cd-rom, Amsterdam: Academic Medical Center/University of Amsterdam, Department of Family Medicine, 2005.
- Classification Committee of Wonca, ICPC-2, International Classification of Primary Care, Second Edition, Oxford: Oxford University Press, 1998.
- Classification Committee of Wonca, ICPC-2-R, International Classification of Primary Care, Revised Second Edition, Oxford: Oxford University Press, 2005.
- Lamberts H, Wood M, eds, ICPC, International Classification of Primary Care, Oxford: Oxford University Press, 1987.
- Lamberts H, Wood M, The birth of The International Classification of Primary Care (ICPC), Serendipity at the border of Lac Léman, Fam Pract 2002;19:433-5.
- Okkes IM, Becker HW, Bernstein RM, Lamberts H, The March 2002 update of the electronic version of ICPC-2, A step forward to the use of ICD-10 as a nomenclature and a terminology for ICPC-2, Fam Pract 2002;19:543-6.
- Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H, ICPC in the Amsterdam Transition Project, cd-rom, Amsterdam: Academic Medical Center/University of Amsterdam, Department of Family Medicine, 2005.

### **Andere internationale classificaties en terminologieën**

- Classificatie van Medisch Specialistische Verrichtingen (CMSV), WCC-standaard op basis van ICPM, sinds 1988, zie ook versie 2.6 online, <http://class.whofig.nl/browser.aspx?scheme=CMSV-nl.cla%20>.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR), American Psychiatric Association 2000.
- Guidelines for ATC classification and DDD assignment (Anatomische Therapeutische Chemische Classificatie met gedefinieerde dagdoses), (ATC/DDD).
- Hulpmiddelen voor mensen met functioneringsproblemen – Classificatie en terminologie (NEN-EN-ISO 9999 (nl)).
- International Classification of Procedures in Medicine (ICPM). Deel 1 en 2. Genève, World Health Organization, 1978. International Classification of Health Interventions (ICHI), in ontwikkeling, WHOFIG Network.

## Bijlage 1 ICD-10 detaillering

### Nadere toelichting op structuur en principes van de ICD-10

De ICD-10 Deel 1 Systematische lijst vormt de kern van de classificatie, maar er is voor verschillende doeleinden meer dan dat te vinden in deel 1:

- Een Morfologie van neoplasmata, te gebruiken als een aanvullende codering voor het morfologische type van neoplasmata, die ook in de ICD voor oncologie (ICD-O) wordt gebruikt.
- Speciale lijsten, voor gebruikers waarvoor de drie-tekenclassificatie te lang is; niet van toepassing voor Nederland. De lijsten 1 en 2 zijn bestemd voor algemene sterfte en de lijsten 3 en 4 voor zuigelingen- en kindersterfte (leeftijd 0-4 jaar). Er is tevens een speciale lijst voor morbiditeit.
- Definities. De definities in deel 1 zijn door de World Health Assembly aangenomen en zijn opgenomen om de internationale vergelijkbaarheid van gegevens te vergemakkelijken.
- Nomenclatuurvoorschriften. De voorschriften die door de World Health Assembly zijn aangenomen, geven de formele verantwoordelijkheden weer van WHO-lidstaten met betrekking tot de classificatie van ziekten en doodsoorzaken en de samenstelling en publicatie van statistieken.

Bij de structurering van de classificatie worden diverse wegen bewandeld, vaak inhoudelijk de specifieke aard van het onderwerp volgend.

De 22 hoofdstukken van de ICD-10 zijn onderverdeeld in homogene *blokken* van drie-tekencategorieën.

In hoofdstuk I geven de bloktitels twee classificatie-assen weer: wijze van overdracht en brede groep van infecterende organismen. In hoofdstuk II is de eerste as het gedrag van de nieuwvorming. Gedrag wordt in dit hoofdstuk vervolgens voornamelijk benaderd op grond van lokalisatie. De reeks van categorieën wordt na elke bloktitel tussen haakjes weergegeven. Binnen elk blok worden enkele van de drie-tekencategorieën gebruikt voor enkelvoudige aandoeningen. Deze zijn geselecteerd op basis van hun frequentie of hevigheid, of omdat ze reden zijn voor ingrijpen in de volksgezondheid. Andere drie-tekencategorieën zijn bestemd voor groepen van ziekten met een bepaald gemeenschappelijk kenmerk.

Alhoewel niet verplicht voor rapportage op internationaal niveau, zijn de meeste van de *drie-tekencategorieën* (bestaande uit een letter en twee cijfers) onderverdeeld door middel van een vierde cijfer achter de decimale punt, dat maximaal tien *subcategorieën* mogelijk maakt. Voorbeelden van onderverdeling: indien de drie-tekencategorie wordt gebruikt voor een bepaalde ziekte, dan wordt de vier-tekensubcategorie gebruikt voor verschillende lokalisaties of variaties. Indien de drie-tekencategorie wordt gebruikt voor een groep van aandoeningen, dan wordt de vier-tekensubcategorie gebruikt voor afzonderlijke ziekten. Het vierde teken .8 betreft over het algemeen *overige* aandoeningen, die bij de drie-tekencategorie behoren en .9 *niet gespecificeerd* betreft meestal dezelfde betekenis als de drie-tekencategorie, met name voor het geval de rapporterende arts geen aanvullende informatie gaf.

Binnen de drie- en vier-tekenrubrieken wordt meestal een aantal andere diagnostische termen vermeld. Deze zijn bekend als *inclusietermen* en worden, naast de hoofdterm waarmee de (sub)categorie benoemd wordt, als voorbeelden gegeven van de diagnostische vermeldingen die onder die rubriek moeten worden geklasseerd. Zij kunnen naar verschillende andere aandoeningen verwijzen, of synoniemen zijn. Zij vormen geen subclassificatie

van de rubriek. Inclusietermen betreffen vaak belangrijke of veel voorkomende termen die tot die rubriek behoren. Andere betreffen grensaandoeningen of -lokalisaties die zijn weergegeven om de grens aan te geven tussen de ene subcategorie en de andere. De opsommingen van inclusietermen zijn zeker niet uitputtend. Alternatieve namen van diagnostische entiteiten zijn in de alfabetische lijst opgenomen. Algemene diagnostische beschrijvingen die gemeenschappelijk zijn voor een reeks van categorieën, of voor alle subcategorieën in een drie-tekencategorie, staan vermeld bij de term *Inclusies*. Deze volgt direct op de titel van het hoofdstuk of het blok, of op de hoofdterm van de categorie.

Bepaalde rubrieken bevatten lijsten van aandoeningen die worden voorafgegaan door het woord *Exclusies*. Dit zijn termen die, alhoewel de hoofdterm van de rubriek wellicht suggereert dat ze daar geklasseerd zouden moeten worden, in feite elders geclassificeerd zijn. Een voorbeeld hiervan komt voor in categorie A46, *Erysipelas*, waar erysipelas post partum of puerperaal wordt uitgesloten. De categorie of subcategorie waartoe de exclusieterm behoort is steeds tussen ronde haken achter de exclusieterm opgenomen. Algemene exclusies voor een reeks van categorieën, of voor alle subcategorieën in een drie-tekencategorie, staan vermeld bij de term *Exclusies*. Deze volgt direct op de titel van het hoofdstuk of het blok, of op de hoofdterm van de categorie.

Naast inclusie- en exclusietermen gebruikt hoofdstuk V Psychische Stoornissen en Gedragsstoornissen *verklarende omschrijvingen* om de inhoud van de rubrieken toe te lichten. Dit is gedaan omdat de terminologie van psychische stoornissen met name tussen verschillende landen, sterk varieert. Dezelfde naam kan bovendien worden gebruikt om heel verschillende aandoeningen te beschrijven. Op vergelijkbare manier worden elders in de ICD-definities weergegeven om de bijbehorende inhoud van de rubrieken toe te lichten, bijvoorbeeld in hoofdstuk XXI.

Deel 2 bestaat voornamelijk uit richtlijnen voor gebruikers, waarop in de nadere toelichting van het gebruik zal worden ingegaan.

Deel 3 is in drie secties onderverdeeld:

- Sectie I vermeldt alle termen die onder de hoofdstukken I-XIX en XXI geclassificeerd zijn, met uitzondering van geneesmiddelen en andere chemische stoffen.
- Sectie II betreft de uitwendige oorzaken van ziekte en sterfte en bevat alle termen die onder hoofdstuk XX geclassificeerd zijn, met uitzondering van geneesmiddelen en andere chemische stoffen.
- Sectie III, de lijst van geneesmiddelen en chemische stoffen, vermeldt voor elke stof de coderingen voor vergiftigingen en ongewenste gevolgen van geneesmiddelen die onder hoofdstuk XIX geclassificeerd zijn en de codes van hoofdstuk XX die aangeven of de vergiftiging het gevolg was van een ongeluk, dan wel opzettelijk (zichzelf schade toebrengen), niet bepaald, of een ongewenst gevolg was van een correcte, op de juiste wijze toegediende, substantie.

De alfabetische lijst bevat *hoofdingangen*, die uiterst links in de kolom zijn geplaatst, met daaronder de andere termen (de essentiële aanvullingen), die op verschillende niveaus zijn ingesprongen. In Sectie I zijn deze essentiële aanvullingen gewoonlijk varianten, lokalisaties of omstandigheden die het coderen beïnvloeden; in Sectie II geven zij verschillende typen van ongevallen of voorvallen aan, betrokken voertuigen enzovoort. Bepalingen die geen invloed hebben op het coderen (de niet-essentiële aanvullingen) zijn tussen ronde haken vermeld achter de aandoening. De coderingen die op de termen volgen, verwijzen naar de categorieën en subcategorieën waaronder deze termen geklasseerd moeten worden.

Kruisverwijzingen worden gebruikt om onnodige duplicatie van termen in de alfabetische lijst te voorkomen. Het woord *zie* houdt in dat de codeur naar de andere term wordt verwezen; *zie ook* verwijst de codeur naar elders in de alfabetische lijst, indien de te coderen vermelding andere informatie bevat dan die kan worden gevonden onder de term waarachter de *zie ook-verwijzing* is geplaatst.

De alfabetische lijst bevat veel termen die niet in deel 1 zijn opgenomen en het coderen vereist dat zowel deze lijst als de systematische lijst dienen te worden geraadpleegd voordat een code wordt toegekend.

Voordat wordt getracht te coderen, dient de codeur de classificatie- en codeerprincipes te kennen en praktische oefeningen te hebben uitgevoerd.

Hieronder volgt een eenvoudige richtlijn die is bedoeld om de incidentele gebruiker van de ICD te helpen:

1. Identificeer het type vermelding dat moet worden gecodeerd en ga naar de juiste sectie van de alfabetische lijst.
2. Vind de hoofdingang. Bij ziekten en letsels is dit meestal een zelfstandig naamwoord voor de pathologische aandoening.
3. Lees en houd rekening met elke opmerking die onder de hoofdingang staat.
4. Lees elke term die onder de hoofdingang is ingesprongen totdat met alle woorden in de diagnostische uitdrukking rekening is gehouden.
5. Volg zorgvuldig elke kruisverwijzing (zie en zie ook).
6. Ga in de systematische lijst na of de geselecteerde codering geschikt is. Denk eraan dat een drie-tekencodering in de alfabetische lijst met een streepje op de vierde positie betekent dat een vierde teken kan worden gevonden in Deel 1.
7. Houd rekening met elke inclusie- of exclusieterm die onder de geselecteerde codering of onder de titel van het hoofdstuk of van het blok of onder de hoofdterm van de categorie is opgenomen.
8. Ken de codering toe.

Deze instructies laten zien hoe het meest gangbare statistische gebruik van de ICD-10 – vaak stapsgewijs – tot een keuze komt van slechts één enkele aandoening uit een verklaring of dossier, terwijl daarin meer dan één aandoening is opgenomen. De specifieke regels voor deze keuze bij mortaliteit en morbiditeit zijn weergegeven in hoofdstuk 4 van deel 2 van de ICD-10. Hieraan is het navolgende ontleend teneinde in detail te laten zien dat voor elke toepassing van een classificatie een bijbehorend stel codeerregels vereist is om de ermee beoogde doelstelling te bereiken.

### **Voorgeschiedenis van het gebruik**

Zoals William Farr in 1856 verklaarde:

‘Classificatie is een methode van generalisatie. Verschillende classificaties kunnen derhalve met profijt worden gebruikt. De arts, de patholoog of de jurist kan, ieder vanuit zijn eigen gezichtspunt, ziekten en doodsoorzaken naar eigen goeddunken zodanig classificeren, dat zijn onderzoek daardoor wordt vergemakkelijkt en dat algemene resultaten verkregen kunnen worden.’

Een statistische classificatie van ziekten, als de ICD-10, moet worden beperkt tot een afgebakend aantal elkaar uitsluitende categorieën die het hele ziektedomein kunnen omvatten. De categorieën moeten zo worden gekozen dat ze de statistische studie van ziektefenomenen vergemakkelijken. Aan een specifieke ziekte die van bijzonder belang is voor de volksgezondheid, of die regelmatig



voorkomt, dient een eigen categorie te worden toegekend. In het andere geval worden categorieën toegekend aan groepen van afzonderlijke, maar met elkaar verband houdende aandoeningen. Iedere ziekte of aandoening dient een goed gedefinieerde plaats in de lijst van categorieën te hebben. Daarom worden door de gehele classificatie heen restcategorieën gereserveerd voor overige aandoeningen die niet aan de specifiekere categorieën kunnen worden toegewezen. Zo min mogelijk aandoeningen dienen onder deze restcategorieën te worden gecodeerd.

De ICD-10 staat verschillende niveaus van detaillering toe; er is sprake van een hiërarchische structuur met onderverdelingen. Een statistische classificatie van ziekten dient zowel de mogelijkheid te bieden om specifieke ziekten te onderscheiden, als om deze samen te voegen tot bredere groepen, c.q. te aggregeren, waardoor de statistische presentatie van gegevens bruikbare en begrijpelijke informatie kan worden opleveren.

Met de ICD-10 is eerder een pragmatische dan een puur theoretische classificatie ontwikkeld; er is een aantal compromissen in opgenomen tussen indelingen die zijn gebaseerd op etiologie, anatomische lokalisatie, aanvangsomstandigheden enzovoort. Er zijn tevens aanpassingen gedaan om tegemoet te komen aan de verscheidenheid van statistische toepassingen waarvoor de ICD-10 is ontworpen, zoals sterfte, ziekte, sociale zekerheid en andere typen van gezondheidsstatistieken en -onderzoeken.

De ICD is een classificatie met één variabele as. De structuur is ontwikkeld uit datgene wat door William Farr in de begintijd van internationale discussies over de classificatiestructuur werd voorgesteld. Zijn idee was om voor alle praktische epidemiologische doeleinden statistische gegevens met betrekking tot ziekten als volgt te groeperen:

- epidemische ziekten;
- constitutionele of algemene ziekten;
- gelokaliseerde ziekten, geordend naar plaats;
- ontwikkelingsstoornissen;
- letsels.

Dit patroon kan nog steeds in de hoofdstukken van de ICD-10 worden teruggevonden. Het heeft de tand des tijds doorstaan en hoewel het op sommige manieren arbitrair is, wordt het nog steeds beschouwd als een meer bruikbare structuur voor algemene epidemiologische doeleinden dan welke van de onderzochte alternatieven dan ook.

### **Nadere toelichting op het gebruik**

Epidemiologische doeleinden van de ICD-10 betreffen met name de mortaliteit en morbiditeit van een populatie, i.c. de beschrijving van de volksgezondheid in sterftestatistieken en de diagnosestatistiek van ziekenhuizen. Deze statistieken zijn sinds jaar en dag op de ICD gebaseerd, zoals die wordt toegepast volgens codeerregels en richtlijnen die door de *World Health Assembly* zijn aangenomen. Daarbij gaat het erom telkens te komen tot een keuze van de doodsoorzaak of de hoofddiagnose, respectievelijk vanuit overlijdensverklaringen en dossiers. Die keuzes kunnen leiden tot uiteenlopende resultaten in de waardering van dezelfde diagnostische term als doodsoorzaak en als hoofddiagnose. Dit is een van de overigens legitieme redenen waarom de individuele arts de eigen bevindingen vaak niet herkent in de statistieken. In het onderstaande wordt dit geïllustreerd door op de keuzeprijncipes voor de verschillende statistieken in te gaan en daaraan enkele voorbeelden toe te voegen.

### *Doodsoorzaak*

In 1967 definieerde de 20<sup>ste</sup> *World Health Assembly* de doodsoorzaken die op de desbetreffende medische verklaring moesten worden opgenomen als *alle ziekten, aandoeningen of letsels die óf hebben geleid, óf hebben bijgedragen tot het overlijden, en de omstandigheden van het ongeval of geweld waarin dergelijke letsels werden veroorzaakt*. Het doel van de definitie is zeker te stellen dat alle relevante informatie wordt vastgelegd en dat de opsteller van de verklaring niet bepaalde aandoeningen wel en andere niet voor registratie uitkiest.

Wanneer slechts één doodsoorzaak is vastgelegd, dient deze te worden gecodeerd. Wanneer meer dan één doodsoorzaak is vastgelegd, dient een keuze te worden gemaakt, die is gebaseerd op het concept *onderliggende doodsoorzaak*. Als men overlijden wil voorkomen is het noodzakelijk de keten van gebeurtenissen te doorbreken, of iemand op een bepaald moment te genezen. De volksgezondheid is er het meest bij gebaat die oorzaken te voorkomen die het proces ontketenen. De onderliggende oorzaak is derhalve gedefinieerd als *(a) de ziekte die, of het letsel dat aanleiding heeft gegeven tot de reeks van gebeurtenissen die rechtstreeks tot de dood heeft geleid, of (b) de omstandigheden van het ongeval of geweld waarin het fatale letsel werd veroorzaakt*.

Het bovenvermelde principe kan algemeen worden toegepast door gebruik te maken van het formulier voor de medische verklaring dat door de *World Health Assembly* wordt aanbevolen. Het is de verantwoordelijkheid van de medicus die de overlijdensverklaring ondertekent om aan te geven welke aandoeningen direct tot de dood hebben geleid en om alle voorafgaande aandoeningen te vermelden waardoor deze oorzaak is opgetreden.

Deel I van het formulier is bestemd voor ziekten die verband houden met de keten van gebeurtenissen die rechtstreeks tot de dood heeft geleid en deel II is voor aandoeningen die geen verband houden met deze keten van gebeurtenissen, maar die wel tot de dood hebben bijgedragen.

De aandoening die op de onderste van maximaal 4 regels van deel I van de verklaring is vermeld, is meestal de onderliggende doodsoorzaak die voor de statistiek wordt gebruikt. Er zijn echter talloze codeerregels en -hulpmiddelen die de keuze van een andere aandoening als onderliggende doodsoorzaak tot gevolg kunnen hebben. Verder is er software met digitale woordenlijsten die in doodsoorzaakverklaringen door artsen worden gebruikt met een verwijzing naar termen die in de ICD-10 voorkomen; voorts is er software voor het toepassen van codeerregels; er zijn trainingen (vergelijk ook het eerdergenoemde e-Learning tool van de WHO) en er is een wereldwijd forum van codeurs die elkaar per email bevragen over codeerproblemen.

### *Perinatale sterfte*

Er is een afzonderlijke verklaring van perinatale sterfte die de bijzonderheden daarvan moet bevatten met relevante data en tijden, de constatering van het feit of de baby levend of dood werd geboren en details van de autopsie.

Voor een grondige analyse van perinatale sterfte zijn diverse gegevens extra over zowel moeder als kind noodzakelijk, tezamen met informatie over de oorzaken van het overlijden, niet alleen in geval van perinataal overlijden, maar ook over alle levendgeborenen.

### *Hoofddiagnose*

Morbiditeitsgegevens worden in toenemende mate gebruikt

- bij het formuleren van het volksgezondheidsbeleid;
- bij het beheer, de controle en evaluatie van de gezondheidszorg;
- in de epidemiologie;
- de identificatie van risicogroepen en

- in klinisch onderzoek (waaronder studies met betrekking tot het voorkomen van ziekten in verschillende socio-economische groepen).

De aandoening die bij enkelvoudige morbiditeitsanalyse moet worden gecodeerd, is die aandoening die gedurende de relevante zorgperiode werd behandeld of onderzocht. Deze aandoening wordt de hoofddiagnose genoemd. Deze wordt aan het einde van de zorgperiode vastgesteld, als de aandoening die hoofdzakelijk verantwoordelijk is voor de behoefte van de patiënt aan behandeling of onderzoek.

Indien er meer dan één zo'n aandoening bestaat, dan dient de aandoening die het meest verantwoordelijk wordt geacht voor het grootste gebruik van middelen te worden geselecteerd. Indien geen diagnose werd gesteld, dient het belangrijkste symptoom, abnormale bevinding of probleem als hoofddiagnose te worden gekozen. Naast de hoofddiagnose dient het dossier, waar mogelijk, tevens *bijkomende aandoeningen* of problemen, die gedurende de zorgperiode werden behandeld, afzonderlijk te vermelden. Bijkomende aandoeningen worden gedefinieerd als die aandoeningen die gedurende de zorgperiode naast elkaar voorkomen of zich ontwikkelen en van invloed zijn op de behandeling van de patiënt. Aandoeningen met betrekking tot een eerdere periode, die niet van belang zijn voor de huidige periode, dienen niet te worden vastgelegd. Door de analyse tot één enkele aandoening voor iedere periode te beperken, kan bepaalde beschikbare informatie verloren gaan. Daarom wordt, waar uitvoerbaar, aanbevolen meervoudige codering en analyse uit te voeren met het doel de routinegegevens aan te vullen. De zorgverlener die verantwoordelijk is voor de behandeling van de patiënt, moet zowel de hoofdaandoening vastleggen, als iedere bijkomende aandoening voor die zorgperiode. Een correct samengesteld dossier is essentieel voor een goede behandeling van de patiënt en is een waardevolle bron van epidemiologische en andere statistische gegevens over morbiditeit en andere problemen van gezondheidszorg.

#### *Samenvattend*

Het verschillend gebruik van de ICD-10 voor verschillende doelstellingen, leidt tot een doorlopend overleg over codeerproblemen. Er is jaarlijks een centrale besluitvorming in de Mortality en de Morbidity Reference Group en de Update and Revision Committee van het Netwerk van Collaborating Centres over codeerkwesties die een ICD-update noodzakelijk maken. Kortom, het coderen van doodsoorzaken en hoofddiagnosen is een vak met een lange traditie en een doorlopende vernieuwing wereldwijd. Ook in gevallen waarin men het niet of moeilijk met elkaar eens kan worden, dient een codering mogelijk gemaakt te worden of een nieuwe codeerregel te worden afgesproken.

In laatste instantie vloeit deze problematiek niet voort uit de classificatie of het gebruik dat er in een bepaalde toepassing van gemaakt wordt, maar uit de principiële onvoltooidheid van de medische wetenschappen. Deze vormen allerminst een eenheid; verder verschilt het taalgebruik van artsen onderling enorm en berust medische kennis mede met behulp van onderwijs en onderzoek op voortschrijdend inzicht. Door dit alles wisselt de vastlegging van doodsoorzaken, bijkomende oorzaken, hoofddiagnosen en nevendiaagnosen van kwaliteit. Toch is het gebruik van de ICD sinds de negentiende eeuw het enige middel om op bevolkingsniveau te komen tot een beeld van de gezondheidstoestand, eerst alleen vanuit de doodsoorzaken en sinds de vijftiger jaren van de vorige eeuw ook vanuit de diagnosenstatistiek van de ziekenhuizen. Het is een statistisch beeld dat longitudinale vergelijkingen nationaal en internationaal mogelijk maakt. Uiteindelijk ontstaat bij de bron van de gegevens, de arts, de waarde die aan diens taal gehecht kan worden. In de ICD-10 wordt met de classificatie en de codeerregels van de diverse

toepassingen getracht die taal te kanaliseren tot bruikbare epidemiologische informatie. Enige voorbeelden mogen verduidelijken hoe dit eraan toegaat.

#### *Voorbeelden*

Het '*dagger- en asterisk*'-systeem van de ICD-10 maakt het mogelijk twee coderingen te geven aan een diagnostische vermelding die zowel informatie bevat over een onderliggende gegeneraliseerde ziekte als over de wijze waarop deze zich in een bepaald orgaan of op een bepaalde lokalisatie manifesteert. De primaire codering is bestemd voor de onderliggende ziekte en wordt gemarkeerd door een *dagger* (†); een facultatieve aanvullende code voor de manifestatie wordt gemarkeerd door een *asterisk* (\*). Deze codeerregel is er omdat het uitsluitend coderen van de onderliggende ziekte vaak niet toereikend was voor het samenstellen van statistieken voor bepaalde specialismen, aangezien er behoefte bestond om de aandoening te classificeren onder het hoofdstuk voor de manifestatie wanneer deze de reden voor medische zorg was.

*Voorbeeld 1:* Hoofddiagnose:  
Pneumonie bij mazelen.  
Codeer als mazelen gecompliceerd door pneumonie (B05.2†) en als pneumonie bij elders geclassificeerde virusziekten (J17.1\*).

*Voorbeeld 2:* Hoofddiagnose:  
Tuberculeuze pericarditis.  
Codeer als tuberculose van overige gespecificeerde organen A18.8†) en als pericarditis bij elders geclassificeerde bacteriële ziekten (I32.0\*).

*Voorbeeld 3:* Hoofddiagnose:  
Artritis bij Lyme disease.  
Codeer als Lyme disease (A69.2†) en als artritis bij Lyme disease (M01.2\*).

Eenzelfde term vervult soms verschillende rollen naargelang de invulling van medische verklaring en dossier:

- Deel 2 doodsoorzaak:

*Voorbeeld 52:* I (a) Bronchopneumonie (aspiratie).  
(b) Convulsies.  
(c) Tuberculeuze meningitis.  
II Longtuberculose.  
Codeer als longtuberculose (A16.2). Tuberculeuze meningitis moet niet gebruikt.  
Omdat de Grondregel stelt dat wanneer meer dan één aandoening op de verklaring is aangegeven, de aandoening die als enige op de onderste gebruikte regel van deel I is vermeld alleen dan geselecteerd moet worden als deze de oorzaak geweest kan zijn van alle bovenvermelde aandoeningen.

*Voorbeeld 57:* I (a) Meningitis.  
(b) Tuberculose.  
Codeer als tuberculeuze meningitis (A17.0). De aandoeningen zijn weergegeven in het juiste causale verband.

*Voorbeeld 67:* I (a) Hydrocefalus.  
(b) Tuberculeuze meningitis.  
Codeer als late gevolgen van tuberculeuze meningitis (B90.0).

- Deel 2 hoofddiagnose:

*Voorbeeld 14:* Hoofddiagnose: Doofheid ten gevolge van tuberculeuze meningitis.  
Specialisme: Audiologisch centrum.  
Codeer gehoorverlies, niet gespecificeerd (H91.9) als *hoofddiagnose*. B90.0 (Late gevolgen van tuberculose van centraal zenuwstelsel) kan gebruikt worden als facultatieve aanvullende code.

## Bijlage 2: Consultatieronde conceptrapport

De Directeur sector Volksgezondheid & Zorg van het RIVM heeft een aantal gebruikers van internationale classificaties per brief van 21 juni 2010 geraadpleegd over het conceptrapport:

|                         |                    |
|-------------------------|--------------------|
| AMC                     | NVMA               |
| CBS                     | NZA                |
| CG raad                 | Orde               |
| CIZ                     | RIVM/cVTV (2x)     |
| Consument en Veiligheid | RVZ                |
| CVZ                     | SCP                |
| DBC Onderhoud           | SWOV               |
| DHD                     | ministerie van SZW |
| GR                      | Vilans             |
| IGZ                     | Visio en Bartiméus |
| NHG                     | VNG                |
| NIVEL (2x)              | VRA                |
| NPi                     | ZonMw (2x)         |

De ontvangen reacties bevatten diverse aanvullingen die niet meer in dit rapport zijn opgenomen. Correcties op de tekst van het conceptrapport zijn, waar mogelijk, wel verwerkt.

In een afzonderlijk briefrapport voor de opdrachtgever is ingegaan op hun reacties en antwoorden op onderstaande vragen:

- Hoe belangrijk vindt u de beschikbaarheid van internationale classificaties voor uw werkteerrein?
- Hoe belangrijk vindt u de beschikbaarheid van expertise en coördinatie met betrekking tot internationale classificaties in Nederland?
- Hoe belangrijk vindt u de beschikbaarheid van internationale classificaties in de Nederlandse taal?
- Welke vormen van ondersteuning wenst u bij het toepassen van internationale classificaties?
- Welke vormen van ondersteuning gebruikt u bij het toepassen van internationale classificaties?



### Bijlage 3: Lijst met afkortingen

|             |   |
|-------------|---|
| ATC/DDD     | Guidelines for ATC classification and DDD assignment (Anatomische therapeutische chemische classificatie met gedefinieerde dagdoses)  |
| AWBZ        | Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten  |
| BSL         | Bohn Stafleu van Lochem (uitgever)  |
| CBO         | Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg   |
| CBS         | Centraal Bureau voor de Statistiek  |
| CG-raad     | Chronisch zieken en Gehandicapten Raad  |
| CIZ         | Centraal Indicatiestellingsorgaan Zorg  |
| ClML        | Classification Meta Language  |
| Cliq        | Cliq (Classificatie met IQ), classificatie van hulpmiddelen   |
| CMR         | Continue Morbiditeitsregistratie  |
| CMSV        | Classificatie van Medisch Specialistische Verrichtingen   |
| COPD        | Chronic Obstructive Pulmonary Disease   |
| CIZ         | Centrum Indicatiestelling Zorg  |
| CSIZ        | Coördinatiepunt Standaardisatie Informatievoorziening in de Zorgsector  |
| CVZ         | College voor Zorgverzekeringen  |
| CvZ80       | Classificatie van Ziekten 1980  |
| DBC         | Diagnose Behandel Combinatie  |
| DHD         | Stichting Dutch Hospital Data   |
| DOT         | DBC's Op weg naar Transparantie   |
| DSM-IV      | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV edition   |
| EDD         | Elektronisch Diëtetiek Dossier  |
| EU          | European Union  |
| EVS         | Elektronisch Voorschrift Systeem  |
| FLITS       | Fit Leven en Integratie door Training en Sport (programma)  |
| G-Standaard | Geneesmiddelen Standaard  |
| HDP         | Hospital Data Project   |
| HIV         | Human Immunodeficiency Virus  |
| HSMR        | Hospital Standardised Mortality Ratio   |
| ICD-10      | Tiende Revisie van de Internationale statistische classificatie van ziekten en met gezondheid verband houdende problemen (International Classification of Diseases and Related Health Problems) |
| ICD-10-NA   | Application of the International Classification of Diseases to Neurology  |
| ICD-11      | ICD Revision  |
| ICD-9       | Manual of the International statistical Classification of Diseases, injuries, and causes of death   |
| ICD-9-CM    | Clinical Modification   |
| ICD-DA      | Application of the International Classification of Diseases to Dentistry and Stomatology, Third Edition   |
| ICD-O-3     | Internationale Classificatie van Ziekten voor Oncologie 3e editie (International Classification of Diseases for Oncology, 3rd edition)  |
| ICECI       | International Classification of External Causes of Injuries   |
| ICF         | Internationale classificatie van uitwendige oorzaken van letsels  |
| ICF         | Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health   |
| ICF-CY      | Nederlandse vertaling van de ICF Children & Youth version,  |
| ICHI        | International Classification of Health Interventions  |
| ICIDH       | International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps 1980 (Internationale Classificatie van stoornissen, beperkingen en handicaps)  |



|            |   |
|------------|---|
| ICPC       | International Classification of Primary Care  |
| ICPC-2-NL  | Nederlandse vertaling van de International Classification of Primary Care, 2nd ed   |
| ICPS       | International Classification for Patient Safety   |
| ICT        | Informatie Communicatie Technologie   |
| IMPACT     | ICF Measure of Participation and ACTivities   |
| IPA        | Impact op Participatie en Autonomie   |
| ISHMT      | International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation   |
| ISO 9999   | Assistive products for persons with disability – Classification and terminology (Hulpmiddelen voor mensen met functioneringsproblemen, classificatie en terminologie) |
| KNMP       | Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie  |
| LBZ        | Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorggegevens  |
| LESA       | Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken  |
| LIN-H      | Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg   |
| LiPZ       | Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg  |
| LMR        | Landelijke Medische Registratie   |
| LUMC       | Leids Universitair Medisch Centrum  |
| LZR        | Laurentius Ziekenhuis Roermond  |
| NfU        | Nederlandse federatie van Universitaire medische centra   |
| Nictiz     | Nationaal ICT Instituut in de Zorg  |
| NIVEL      | Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg  |
| NNI        | Nederlands Normalisatie Instituut   |
| NPCG       | Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten   |
| NPi        | Nederlands Paramedisch instituut  |
| NVD        | Nederlandse vereniging van diëtisten  |
| NVFG       | Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie   |
| NVLF       | Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie  |
| NVMA       | Vereniging voor Zorgadministratie en Informatie   |
| NVZ        | Vereniging van ziekenhuizen   |
| NZa        | Nederlandse Zorgautoriteit  |
| OECD       | Organisation for Economic Cooperation and Development   |
| RCT        | Randomized Controlled Trial   |
| RIVM       | Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu  |
| RNH        | Registratienet Huisartspraktijken Limburg   |
| RNUH-LEO   | Registratienetwerk Universitaire Huisartspraktijken Leiden en Omgeving  |
| SNOMED CT  | Standard Nomenclature of Medicine Clinical Terms  |
| SWOV       | Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid   |
| SZW        | Sociale Zaken en Werkgelegenheid  |
| TNO        | Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek  |
| USA        | United States of America  |
| UWV        | Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekering  |
| VNG        | Vereniging Nederlandse Gemeenten  |
| VTV        | Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen  |
| VWS        | ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  |
| Wajong     | Wet werk en arbeidsondersteuning jong gehandicapten   |
| WCC        | Werkgroep Classificatie en Coderingen   |
| WHO        | World Health Organization   |
| WHODAS     | WHO Disability Assessment Schedule  |
| WHO-FIC    | WHO Familie van Internationale classificaties (WHO Family of International Classifications)   |
| WHO-FIC CC | WHO Collaborating Centre voor de Familie van Internationale Classificaties  |
| WMO        | Wet maatschappelijke ondersteuning  |

|         |  |
|---------|--|
| WSW     | Wet Sociale Werkvoorziening  |
| Wtcg    | Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten               |
| Z-index | Zorginformatie-Index   |
| ZonMw   | Nederlandse Organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie |

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven  
[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)