
ERGERLIJKE AFWIJKINGEN IN SUBCODERINGEN ICPC

'Los het op. Samen!'

ICPC-subcodes, zoals tekenbeet, die niet gevonden kunnen worden. Of: zoekwoorden die bij het dienst doen op de huisartsenpost opeens een andere codering blijken te kennen dan in het eigen HIS. Het zorgt voor ergernis en een oplossing is nog niet in zicht. 'Er is geen organisatie die op dit terrein de regie voert', zegt Khing Njoo, senior wetenschappelijk medewerker bij het NHG. 'De huisartsenposten moeten zelf het voortouw nemen.'

ANNET MIJEN
ANNET.MIJEN@PLANET.NL

De International Classification of Primary Care geldt internationaal als de standaard voor het coderen van klachten en aandoeningen in de huisartsenpraktijk. Het beheer op hoofdcodenniveau ligt in handen van de WONCA. Bij de invoering van de ICPC, eind jaren tachtig, begin jaren negentig van de vorige eeuw, is er bedacht dat de Nederlandse huisarts gebaat zou zijn bij een nadere specificatie van 'verzamelcodes'. Zo kan bijvoorbeeld onderscheid worden gemaakt tussen acute en chronische bijholteontsteking. Die specificatie in subcodes is een typisch Nederlands product en alleen in ons land in gebruik.

Ruis

Na het intikken van een tref- of zoekwoord toont het zoekstelsel de relevante codes. Althans, dat is de bedoeling. Toch ervaren huisartsen die waarnemen op een HAP soms de nodige ruis als de subcodering blijkt af te wijken van die in het eigen HIS.

'Dat komt', zegt Khing Njoo, 'omdat het NHG de zoekmodule heeft beschreven in algemene taal, zodat de softwareleveranciers deze zelf kunnen inbouwen in hun systemen. Dat zorgt voor verschillen. Als dus een ICPC-subcode voor tekenbeet niet gevonden kan worden, dan ligt dat veelal aan de zoekmodule die anders is ingebouwd.'

Irritante verschillen

Tot voor kort werd binnen de diverse systemen zelfs niet dezelfde versie van de ICPC-tabel gebruikt. Dat is nu gelukkig anders: alle systemen hantieren inmiddels dezelfde tabel. Het NHG beschikt echter niet over een instrumentarium om de verschillende implementaties van de zoekmodules te synchroniseren, weet Njoo. Andere instellingen zijn evenmin in de positie om in dit krachtenveld regulerend op te treden. Moeten we dan maar leren leven met de soms irritante verschillen tussen de HISsen en HAPissen? 'Nee', zegt Njoo gedecideerd. 'Huisartsen moeten samen met de HAP-direc-

teuren bij de leveranciers aangeven dat hier een knelpunt ligt dat moet worden opgelost. In Nederland is er geen certificering voor de functionaliteit van de informatiesystemen. Met andere woorden: het NHG beschikt niet over de middelen om te toetsen of de zoekfuncties in de verschillende systemen op eenzelfde manier werken. Het is aan de klant om dat in onderling overleg met de leverancier aan te pakken. Die leverancier heeft vaak een heel volle ontwikkelingsagenda, dit item heeft geen prioriteit en dan blijft het hangen.'

Monnikenwerk

Punt is, analyseert Njoo, dat er in het verleden is gekozen is voor het vrije-marktprincipe. 'Dat betekent dat alle systemen een eigen agenda volgen en ook dat alle ontwikkelingscapaciteit vele keren in hetzelfde wordt geïnvesteerd. Het is geen makkelijke situatie om op te lossen. Het probleem knelt op dit moment het meest bij de huisartsenposten. Het zou mooi zijn als die gezamenlijk optrekken en budget vrijmaken om de leveranciers op dit terrein aan te sturen. Bij het correct elektronisch overdragen van het verhuisdossier worden op die manier ook successen geboekt. (Zie het interview met Marcel Leijten elders in dit blad.) Ik weet: het is monnikenwerk, want het gaat om vergelijken, vergelijken en nog eens vergelijken. Maar het loont de moeite, want het is voor huisartsen heel irritant om telkens tegen deze problemen aan te lopen. Ik zou dus zeggen: "Los het op. Samen!"' ■