

# De ezel en de steen

I.M. HOFMANS-OKKES  
H. LAMBERTS

**Hofmans-Okkes IM, Lamberts H. De ezel en de steen [Discussie]. Huisarts Wet 1994; 37(7): 311-14.**

**Samenvatting** Naar aanleiding van de repliek van Foets et al. op de bespreking van het rapport 'Het kind bij de huisarts', en de commentaren terzake van Meijman en Knottnerus, wordt in deze dupliek nader ingegaan op een tweetal punten van kritiek op de Nivel-studie: de episodeconstructie en de van de ICPC afwijkende wijze van registratie en codering van contactredenen.

Universiteit van Amsterdam, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.  
Dr. I.M. Hofmans-Okkes, coördinator research. Prof.dr. H. Lamberts, hoogleraar huisartsgeneeskunde.  
Correspondentie: Dr. I.M. Hofmans-Okkes.

## Inleiding

Met haar expliciete verzoek om in het kader van een bespreking van het rapport 'Het kind bij de huisarts'<sup>1,2</sup> in het bijzonder aandacht te schenken aan de oorspronkelijke dataverzameling, heeft de redactiecommissie voor *Huisarts en Wetenschap* een al langer bestaande discussie over de Nationale Studie in de openbaarheid gebracht.<sup>3</sup> In deze dupliek gaan we niet in op de discussie over de steekproeftrekking; we willen vooral aandacht schenken aan het probleem van de episodeconstructie, en de wijze waarop in de Nationale Studie contactredenen werden geregistreerd, waarbij ook wordt ingegaan op de consequenties daarvan voor de vele onderzoeken die op deze gegevens zijn gebaseerd.

## Episodeconstructie

Het Nivel heeft op pragmatische gronden – samenhangend met de omvang van de steekproef en de korte registratieduur – gekozen voor centrale codering en episodeconstructie. Natuurlijk zijn daaraan praktische voordelen verbonden, maar de nadelen wegen veel zwaarder als we in aanmerking nemen dat het hoofddoel van de studie was vast te stellen 'welke ziekten, klachten en problemen worden gepresenteerd in de huisartspraktijk en hoe huisartsen daarmee vervolgens in diagnostische en therapeutische zin omgaan'. De auteurs zeggen dat ze door deze aanpak de kans wilden verkleinen dat bij de episodeconstructie 'ongeveer gelijke gezondheidsproblemen aangeboden aan verschillende huisartsen verschillende codes meekrijgen'. Maar juist een codeur kan achteraf niet vaststellen of problemen 'ongeveer gelijk' zijn. Wie anders dan de huisarts in kwestie – die zicht heeft op de relatie tussen contactreden, diagnose en interventie – kan beoordelen of gezondheidsproblemen 'ongeveer gelijk' zijn?

Daar komt nog bij dat de ontwerpers door deze procedure geen inzicht krijgen in aard en omvang van een belangrijk aspect van inter-doktervariatie, waarover ze juist ook informatie wilden verzamelen.<sup>4</sup>

## Gebruik van de ICPC

Het tweede punt betreft het afwijkend gebruik van de ICPC in de Nivel-studie. Foets et al. wijzen er in hun repliek op dat ze deze afwijkingen ook hebben aangegeven: 'er wordt niet eens verwezen naar de ICPC'.<sup>5</sup> Dat is voor wat betreft het rapport van *Bruijnzeels et al.* waar (zodat het daar lijkt alsof het Nivel de ICPC en de daarbij behorende regels voor het gebruik heeft vervaardigd). In feite wordt echter in de publikaties van het Nivel en in op deze studie gebaseerde artikelen steeds gesproken over 'ICPC-codes' – en het valt van geen lezer te verwachten dat deze zich altijd realiseert dat het hierbij niet altijd om 'echte ICPC-codes' gaat, en dat sommige instructies afwijken van de internationale regels, met name bij de codering van contactredenen. *Bensing et al.* zeggen in de sleutelpublicatie in *Huisarts en Wetenschap* dat de morbiditeitsgegevens, waaronder contactredenen, zijn gecodeerd met 'de ICPC die ... op enkele punten is verbijzonderd'; en daarbij wordt wel degelijk – en in strikte zin ten onrechte – naar de ICPC verwezen.<sup>4</sup>

Natuurlijk kunnen oordeelkundig gemaakte verbijzonderingen, mits nauwgezet beschreven, legitiem zijn. Met name echter de combinatie van het feitelijk gebruik dat van de ICPC is gemaakt bij het registreren van contactredenen, en de in publikaties gehanteerde terminologie leidt tot misverstanden. Uit de instructie aan de artsen en de uitleg omtrent de inhoud van de geregistreerde contactreden (Basisrapport p. 29) krijgt men de indruk dat onder 'contactredenen' in beginsel 'klachten' werden verstaan. Contactredenen in de vorm van een *verzoek om een interventie* lijken niet als zodanig door de huisarts te zijn geregistreerd, behalve in gevallen waarin een 'niet-klachten-gebonden vraag de contactreden' was. Daarbij worden (elk anders, namelijk in de handleiding voor de assistentes) genoemd: pilrecept, RR-controle, herhaalrecept als voorbeelden genoemd.<sup>6</sup> Onduidelijk is dus wat er als contactredenen werd gecodeerd als de patiënt zei: 'Dokter, mijn eczeem is weer zo erg,

ik wil daar nu toch voor verwezen worden'. Hier is noch sprake van een klacht, noch van een 'niet-klachtgebonden vraag', maar van een diagnose plus een verzoek om een interventie.

Van beide contactredenen is niet duidelijk hoe zij in de Nivel-studie zijn geregistreerd en gecodeerd. *Foets et al.* zeggen in hun replek dat redenen voor contact geformuleerd als een diagnose als zodanig zijn geregistreerd en gecodeerd, maar dat blijkt noch uit de handleiding voor de huisarts, noch uit het Basisrapport.<sup>6,7</sup> Hetzelfde lijkt te gelden voor het verzoek om verwijzing. Is zo'n verzoek expliciet geregistreerd en gecodeerd? Wat gebeurde er als de huisarts niet aan het verzoek voldeed, maar zelf voorschreef? Nogmaals: op grond van de instructie zou men zeggen dat in zulke gevallen de verzoeken niet apart werden geregistreerd en gecodeerd, met name om de episodeconstructie door de codeurs niet te bemoeilijken. Dat sluit ook aan bij de algemene opzet van de Nivel-studie, getuige de verklaring op p. 29 van het Basisrapport dat het niet gaat om de relatie tussen de vraag van de patiënt enerzijds en de diagnose en de interventies anderzijds, maar om de relatie tussen de diagnose en de interventies. Deze zin maakt nu precies duidelijk waar het probleem zit: de ontwerpers van de Nivel-studie lijken geen belangstelling te hebben voor de relatie tussen de contactredenen en de interventie, terwijl in de ICPC daaraan vanuit een epidemiologisch perspectief nu juist veel belang wordt gehecht, omdat ervan is uitgegaan dat de vraag van de patiënt (en dus niet alleen de diagnose) een deel van de variatie in interventies zal verklaren.

In hoeverre wij met onze analyse over de aard van de registratie van contactredenen in de Nivel-studie gelijk hebben, zou kunnen blijken uit gegevens omtrent de distributie van contactredenen uit de Nivel-studie; deze zijn, voorzover ons bekend, echter nog niet gepubliceerd. Voorlopig gaan wij dan ook uit van wat in de Basisrapporten en de handleidingen staat.

## Gevolgen

Het was tegen de hierboven beschreven achtergrond dat wij stelden dat in de Nivel-studie wezenlijk afbreuk was gedaan aan het concept 'contactredenen', zoals dat binnen de ICPC tot stand is gekomen, en dat de dataverzameling daardoor op een aantal punten geen weloverwogen huisartsgeneeskundig oordeel toestaat; en tevens dat deze problemen zich noodzakelijkerwijs zullen doen voelen in op de Nivel-studie gebaseerde deelonderzoeken. In hun reactie stellen *Foets et al.* onder meer dat verschillende redacties van (inter)nationale wetenschappelijke tijdschriften daar kennelijk geen moeite mee hebben gehad.<sup>5</sup>

Dat is waar.

Maar redacties kunnen ook steken laten vallen; dat ze dat gedaan hebben, willen wij met drie voorbeelden illustreren.

### Antibiotica bij hoge-luchtweginfecties

*Kuyvenhoven et al.* analyseerden in het Nivel-bestand het voorschrijven van antibiotica bij hoge-luchtweginfecties, waarbij ze met name op zoek waren naar factoren die het al of niet voorschrijven lijken te beïnvloeden.<sup>8</sup> Daarbij wordt geen gebruik gemaakt van gegevens over contactredenen, en evenmin wordt vermeld dat dergelijke gegevens beschikbaar waren. Dat is opmerkelijk: als er bij het verklaren van verschillen in voorschrijfgedrag nu iets op voorhand van belang lijkt, dan zijn dat de contactredenen, met name als deze een vraag (van de ouders) om een recept voor antibiotica bevatten. Dat weet iedere ervaren huisarts, en dat is ook bekend uit onderzoek.<sup>9,10</sup>

Het is natuurlijk mogelijk dat de onderzoekers hebben vastgesteld dat de gegevens over de contactredenen in de Nivel-studie zich niet voor een dergelijke analyse leenden, maar de lezer komt daaromtrent niets te weten. Een en ander ondersteunt de kritiek die wij op basis van de beschikbare informatie hierboven hebben geformuleerd ten aanzien van de registratie en classificatie van contactredenen in de Nivel-studie: als er een of meer klachten als contactredenen werden geregistreerd,

dan werd daarbij niet ook nog eens afzonderlijk een verzoek om een interventie geregistreerd.

### Zuigelingen

Een geheel ander probleem doet zich voor in 'Zuigelingen die vaak huilen: frequentie en aanpak van dit probleem in de huisartspraktijk' van *Tasche et al.*<sup>11</sup> Ten tijde van het definitief vaststellen van de ICPC werd er door Amerikaanse eerstelijns kinderartsen voor gepleit het toen populaire nosologische syndroom van de 'onrustige, huilende, colicky baby' als zodanig op te nemen in de zevende component van de ICPC. Daaraan is toen 'bij gebrek aan bewijs' niet tegemoetgekomen: wel zijn, bij wijze van concessie, vier rubrieken als separate symptomen en klachten in de eerste component van hoofdstuk A opgenomen: infantile colic (A14), excessively crying infant (A15), irritable infant (A16) en other general symptoms infant NEC (A17).<sup>12</sup> De overweging bij deze beslissing was, dat een nieuwe nosologische eenheid eerst door empirisch onderzoek moet worden waargemaakt, en niet zonder meer als gepostuleerd artefact in een huisartsgeneeskundige classificatie mag worden ondergebracht. Met het oog daarop zijn deze vier rubrieken dan ook niet door middel van exclusiecriteria scherp onderscheiden van allerlei andere contactredenen:

- algemene symptomen en klachten als koorts, hoesten, snotneus en oorpijn;
- meer specifieke contactredenen als buikpijn (D02), braken (D10), diarree (D11), voedingsproblemen zuigeling/kind (T04) en achterblijven fysiologische ontwikkeling (T10);
- verzoeken om een interventie.

*Tasche et al.* zochten – en dat staat los van de Nivel-studie – in het bestand de gevallen waarin 'klacht' én diagnose pasten in het 'koliekbeeld'. Maar ouders vragen voor hun baby's ook expliciet om onderzoek, om een dieet, om medicatie, om geruststelling of om een verwijzing. Al die mogelijkheden zijn door *Tasche et al.* bij voorbaat uitgesloten. Dat neemt echter niet weg dat ook in die gevallen de diagnose 'koliekbeeld' kan zijn. Andersom kan

de contactreden op 'koliekbaby' wijzen, terwijl de huisarts bij onderzoek iets anders diagnostiseert. Maar ook die gevallen zijn bij voorbaat uitgesloten.

Het palet van de ICPC bevat veel meer mogelijkheden dan het – overigens inmiddels weer in populariteit gedaalde – nosologische beeld van de 'koliekbaby'. *Tasche et al.*, noch de beoordelaars van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* hebben zich dit taxonomische probleem voldoende gerealiseerd.

Bij het zoeken naar relaties tussen contactredenen en diagnoses had zij echter het hele scala aan contactredenen (dus inclusief de overige contactredenen uit de eerste component, en de contactredenen in de vorm van een diagnose, én de verzoeken om een interventie) moeten betrekken. Hetzelfde geldt ten aanzien van het hele scala aan diagnoses (buikpijn, eetproblemen, groeiproblemen etc.).

### Sekseverschillen bij benzodiazepinen

Een heel ander probleem doet zich voor in 'Sex differences among recipients of benzodiazepines in Dutch general practice' van *Van der Waals et al.* in het *British Medical Journal*.<sup>13</sup> In dit artikel is het begrip contactreden zonder nadere toelichting verengd tot het begrip 'symptoom', en blijkt de contactreden 'verzoek om een recept' als een 'additional category' in feite alleen door de doktersassistente gehanteerd te worden. Dat is temeer een artefact, omdat deze 'additional category' voor de huisartsen in de Nivel-studie vermoedelijk praktisch niet beschikbaar was.

Vervolgens wordt slechts een zeer beperkt aantal diagnoses uit de eerste component van hoofdstuk P *ex cathedra* aangemerkt als legitieme indicaties voor het voorschrijven van tranquillizers, te weten: angstig/nerveus (P01), stressreactie (P02), geïrriteerd/boos (P04), onrustig/geagiteerd (P05) en slaapprobleem (P07). Zonder enige expliciete fundering ontbreken bijvoorbeeld depressief gevoel (P03), spanningshoofdpijn (N02) en de 'harde' diagnoses van psychische stoornissen uit de zevende component; verder ontbreken alle diagnoses uit hoofdstuk Z (sociale problemen), zodat werkproblemen, rouw, het

verzorgen van een stervende naaste of ziekte in het gezin dus bij voorbaat nooit een legitieme aanleiding zouden kunnen vormen voor het voorschrijven van tranquillizers. Dat geldt voor diagnoses én contactredenen: het wordt dus uitgesloten geacht dat de huisarts bij een patiënt met de contactreden 'ik ben zo verdrietig' het voorschrijven van tranquillizers zou legitimeren met een andere dan een van de hierboven genoemde diagnoses. Het is zeer de vraag of deze opvatting in overeenstemming is met de bestaande theoretische en/of praktische consensus in de huisartsgeneeskunde.<sup>14</sup>

Niet alleen blijft dus de structuur van relevante andere episoden onduidelijk; door de aard van de contactreden-registratie in de Nivel-studie ontbreekt ook zicht op verzoeken om interventies (bijvoorbeeld: 'ik wil een recept') in samenhang met het voorschrijven van benzodiazepinen.

Zo ontstaat een vertekend beeld, waarin een ervaren huisarts die gewend is ook rekening te houden met het perspectief van de patiënt, zich niet zal herkennen. Op basis van slechts 159 waarnemingen in 45 praktijken met 61.249 volwassenen wordt hier geconcludeerd voor de groep 45-64-jarigen (de enige groep met een 'significant verschil') dat huisartsen vrouwen bijna twee keer zo vaak als mannen benzodiazepinen voorschrijven zonder daarvoor een goede legitimering te hebben, terwijl hun assistentes op eigen houtje een verstrekkingscircuit onderhouden: 'slechts 9% van alle recepten voor diazepinen werd door de huisarts geautoriseerd'.

Het belerend advies dat huisartsen beter moeten letten op patiënten die een recept voor benzodiazepinen krijgen, kan in ieder geval niet berusten op de informatie die in dit artikel is gepresenteerd. Nu wordt in een gerenommeerd tijdschrift de Nederlandse huisarts ten onrechte afgeschilderd als een slordige dokter die vooral bij vrouwen maar raak voorschrijft, terwijl zijn assistente zelfstandig de meeste recepten uitschrijft, en daartoe dan ook beter opgeleid zou moeten worden. Nu de huisarts het zo slecht blijkt te doen, moet de assistente het maar beter doen. Deze boodschap

wordt gretig ontvangen: het artikel werd vrijwel per kerende post in een aantal dagbladen en ook in *Huisarts en Wetenschap* kritiekloos gerefereerd.<sup>15</sup>

### Tenslotte

Het is duidelijk dat niet alle hierboven geformuleerde bezwaren geheel aan de Nivel-studie zijn toe te schrijven; dat geldt bijvoorbeeld voor de keuze van Van der Waals et al voor de legitimering van voorschrijven van benzodiazepinen. Maar wél blijkt hoezeer de van de ICPC afwijkende registratie en codering van contactredenen haar sporen in deze studies heeft nagelaten.

Over de reactie van *Foets et al.* kunnen wij verder kort zijn. Natuurlijk zijn ook wij van mening dat er zinvol uit de Nivel-studie gepubliceerd kan worden; men moet zich alleen goed bewust zijn van de beperkingen van het beschikbare materiaal.

Continue complete morbiditeitsregistratie in de huisartspraktijk is moeilijk, en dat geldt ook voor de bewerking en interpretatie van de gegevens. Daarom willen wij er in dit verband op wijzen dat zich vergelijkbare problemen dreigen te zullen voordoen bij het LINH-project-in-voorbereiding.<sup>16</sup> Voorzover nu duidelijk is, zal dit project vooral inzicht geven in productiegegevens van huisartsen, en zal het – nogmaals: voor zover wij dat nu kunnen beoordelen – niet de juiste benadering blijken te zijn om klinisch belangrijke informatie over het verloop van ziekten in de huisartspraktijk en over het huisartsgeneeskundig handelen daarbij te kunnen achterhalen en vastleggen.

Dat zou jammer zijn; in de eerste plaats omdat, zoals *Knotmerus* opmerkt, morbiditeitsregistratie een energievretend en duur instrument is.<sup>17</sup> Vooral echter omdat de huisartsgeneeskunde gebaat is bij nieuwe en optimale informatie die *lege artis* is verzameld met gebruikmaking van het beschikbare instrumentarium.

Dat betekent uiteraard niet dat daarbij geen verfijningen zouden kunnen worden aangebracht. Het betekent wél dat aan de onderliggende conceptuele structuur, die

inmiddels empirisch onderbouwd is, niet zomaar voorbij mag worden gegaan.

### Literatuur

- 1 Bruijnzeels MA, Van Suijlekom-Smit LWA, Van der Velden J, Van der Wouden JC. Het kind bij de huisarts. Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, afd. Huisartsgeneeskunde/Kindergeneeskunde, 1993.
- 2 Lamberts H, Hofmans-Okkes IM, Brouwer HJ. Het kind bij de huisarts [Boekbespreking]. *Huisarts Wet* 1994; 37: 79-80.
- 3 Meijman FJ. De marges van het redactiebeleid [Commentaar]. *Huisarts Wet* 1994; 37(4): 134-5.
- 4 Bensing J, Foets M, Van der Velden J. Een Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: achtergronden en methoden. *Huisarts Wet* 1991; 34: 51-61.
- 5 Foets M, Van der Velden J, Bruijnzeels MA, Van der Wouden JC, Van Suijlekom-Smit LWA. Ajax-Feijenoord in de Utrechtse Galgewaard. *Huisarts Wet* 1994; 37(6): 306-10.
- 6 Foets M, Van der Velden J. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Meetinstrumenten en procedures. Utrecht: Nivel, 1990.
- 7 Foets M, Van der Velden J. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Meetinstrumenten en procedures; bijlagen. Utrecht: Nivel, 1991.
- 8 Kuyvenhoven M, De Melker R, Van der Velden K. Prescription of antibiotics and prescribers' characteristics. A study into prescription of antibiotics in upper respiratory tract infections in general practice. *Fam Pract* 1993; 10: 366-370.
- 9 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 10 Hofmans-Okkes IM, Lamberts H. The classification of psychological and social problems in general practice. 2. The impact of the patient's perspective. *Huisarts Wet* 1993; 36 (Suppl): 14-20.
- 11 Tasche MJA, Bruijnzeels MA, Van der Poel BNM, Van Suijlekom-Smit LWA, Van der Wouden JC. Zuigelingen die vaak huilen: frequentie en aanpak van dit probleem in de huisartspraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993; 137: 1927-30.
- 12 Lamberts H, Wood M. ICPC. International Classification of primary care. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- 13 Van der Waals FW, Mohrs J, Foets M. Sex differences among recipients of benzodiazepines in Dutch general practice. *BMJ* 1993; 307: 363-6.
- 14 Lagro-Janssen, Liberton IJW. Profielen van regelmatige gebruikers van bezodiazepinen in een huisartspraktijk. *Ned Tijdschr* 1993; 137: 1969-73.
- 15 Schellevis F. Referaat van: Van der Waals FW et al. Sex differences among recipients of benzodiazepines in Dutch general practice. *Huisarts Wet* 1993; 36: 428.
- 16 Van der Velde J, Grol RPTM, Höppener P, Van den Hoogen H, Stokx L. De medische module en het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg. In: Sollet PCGM, red. De huisarts en het elektronische medisch dossier. Symposiumverslag EMD '93. Rotterdam: Vakgroep Medische Informatica Erasmus Universiteit Rotterdam, 1993.
- 17 Knottnerus JA. Registreren van morbiditeit in de huisartsgeneeskunde. Over diversiteit van doelstellingen en vereisten [Commentaar]. *Huisarts Wet* 1994; 37(4): 136-41.

