

## Kinderen met urineweg-infecties

Hughenoltz verbaast zich in een ingezonden brief (H&W 2008;51:203) over de uitkomst van een onderzoek met LINH-gegevens, waarin wordt geconstateerd dat huisartsen aan slechts 66% van de jonge kinderen met een urineweginfectie antibiotica voorschrijven. De auteurs reageren vervolgens laconiek en stellen dat er mogelijk niet goed geregistreerd is, maar dat ze een zo zuiver mogelijk beeld hebben geprobeerd te krijgen en dat het nader onderzoeken van de niet-behandelde groep buiten het bestek van hun mogelijkheden viel.

De argwaan van Hughenoltz is natuurlijk volkomen terecht; het lijkt ondenkbaar dat een huisarts een urineweginfectie bij een jong kind onbehandeld laat passeren – ik heb daarvan in ieder geval nog nooit gehoord.

In hun onderzoek telden Harmsen et al. episodes gekoppeld aan de ICPC-codes 70 en 71 (Acute pyelonefritis en Cystitis) en daarnaast onder andere voorschriften, verstrekt binnen 28 dagen na het laatste contact binnen een van de genoemde episodes.

De richtlijn Adequate dossiervorming met het Elektronisch Medisch Dossier van het NHG beveelt aan om nieuwe deelcontacten over een gezondheidsprobleem waarvoor al eerder een episode is aangemaakt aan de al bestaande episode toe te voegen. Als een kind ooit een urineweginfectie heeft gehad zal er dus een episode 'Urineweginfectie' zijn aangemaakt. Als hetzelfde kind drie maanden later met mictieklachten komt en de huisarts een urineweginfectie wil uitsluiten, zal hij de urine nakijken en een nieuw deelcontact aan de bestaande episode toevoegen. Als de urine niet afwijkend is, schrijft hij waarschijnlijk geen antibiotica voor. In het onderzoek van Harmsen lijkt het vervolgens of dit ten onrechte niet gebeurde.

Zo kan het ook gebeuren dat een patiënt een acuut myocardinfarct doormaakt. Als de huisarts vervolgens een gelijknamige episode aanmaakt en de patiënt drie jaar

later tijdens een deelcontact controleert, kan het er (vanuit het gezichtspunt van LINH) op lijken dat deze huisarts patiënten met een acuut myocardinfarct zelf behandelt in plaats van ze conform de richtlijnen met spoed te verwijzen.

In hun oorspronkelijke artikel schrijven de auteurs dat rechtstreekse observatie en het handmatig doornemen van dossiers niet haalbaar is. Dat moge zo zijn en ik zit er met bovenstaande verklaring misschien naast, maar het ontslaat de onderzoekers niet van de plicht om de juistheid van hun gegevens te controleren en hun opmerkelijke conclusie te duiden.

Het artikel van Harmsen doet mij ook sterk twijfelen aan de juistheid van de resultaten van eerdere onderzoeken gebaseerd op LINH-gegevens. Is de gehanteerde methode valide? Is het gebruik van databases van huisartsenregistratiesystemen wel de 'optimale manier om informatie over het handelen van huisartsen te bestuderen', zoals Harmsen stelt? Registreren huisartsen eigenlijk wel goed genoeg voor dit soort onderzoek? De onderzoekers hadden een doel, maar hadden ze wel een vraagstelling? De auteurs, de redactie van H&W en de redactie van *BMC Family Practice* hadden naar mijn mening dit artikel in deze vorm niet mogen publiceren.

*Bart van Pinxteren*

## Antwoord

Nadat Hughenoltz al eerder verklaringen aandroeg voor het ontbreken van een medicatievoorschrift bij de diagnose urineweginfectie bij kinderen in de LINH-database suggereert Van Pinxteren in zijn brief nog meer mogelijkheden daarvoor. Wij zijn het met hem eens dat het onwaarschijnlijk is dat huisartsen de kinderen niet behandelen. De conclusies in het oorspronkelijke artikel zijn mogelijk wat voorbarig, zoals ook de auteurs zelf schrijven in hun antwoord op de vragen van Hughenoltz. Anderzijds bevestigt het onderzoek eerdere bevindingen van de Tweede Nationale Studie. De suggestie dat de episodedefinitie van de auteurs mogelijk afwijkt van die in de NHG-richtlijn verdient nader onderzoek.

We zijn het met Van Pinxteren eens dat er vraagtekens gezet kunnen worden bij het gebruik van huisartsenregistratiesystemen om het handelen van huisartsen te onderzoeken. Als men echter dat handelen niet wil verstoren door het verrichten van onderzoek zijn we vooralsnog aangewezen op het HIS. Iets beters hebben we gewoon niet. Om hierom nu meteen de gehele LINH-database onbetrouwbaar te noemen gaat ons te ver. Dat de conclusies van het stuk zo ongenueanceerd in de pers zijn verschenen wijst ons nog eens op onze verantwoordelijkheid als redactie.

*de redactie*

## 4DKL

Over de bijdrage van Terluin et al. (H&W 2008;51:251-5) wil ik graag het volgende opmerken. In 1949 is aan de Cornell University Medical College in New York een methode ontwikkeld om met behulp van een vragenlijst die de patiënt zelf moest invullen een anamnese af te nemen. Deze Cornell Medical Index Health Questionnaire (CMI) bestaat uit 195 vragen waarop de patiënt met ja of nee kan antwoorden. Brodman et al.<sup>1</sup> konden bewijzen dat belangrijke anamnestic gegevens die op de gewone mondelinge wijze niet aan het licht waren gekomen, met behulp van de vragenlijst wel werden ontdekt. Hoewel de lijst was ontworpen om te gebruiken bij de intake van nieuwe patiënten noemt Brodman later in een speciale handleiding voor het gebruik van de CMI zelfs elf toepassingen.<sup>2</sup>

In Nederland hebben meerdere onderzoekers naar aanleiding van deze publicaties een eigen lijst ontworpen. Kooyman et al. waren de eersten die in 1953 een modificatie van de CMI voor poliklinische patiënten hebben gebruikt.<sup>3</sup>

Na bestudering van de literatuur leek het ons de moeite waard om een vragenlijst te ontwerpen die men in de huisartsenpraktijk kon gebruiken in de curatieve sfeer. De huisarts zou de lijst kunnen voorleggen aan patiënten met vage klachten die in aanmerking komen voor

een uitvoeriger onderzoek. Wij kwamen in 1969 tot een lijst met 91 vragen voor mannen en 94 vragen voor vrouwen, voor het merendeel ontleend aan de CMI.<sup>4</sup> We noemden de lijst de Huisartsen Anamnese Lijst: HAL. De ingevulde lijst bleek een uitstekend uitgangspunt te zijn voor nader anamnestic onderzoek.

In 1980 schreef ik een artikel over het gebruik van de HAL bij vage onduidelijke klachten.<sup>5</sup> Er waren toen al ruim 40.000 exemplaren van de lijst door het NHI verkocht. Ik heb toen vijftig ingevulde lijsten onderzocht van patiënten die in de periode 1972-1978 met vage, onduidelijke klachten bij mij kwamen en die nog steeds bij mij waren ingeschreven. In de samenvatting schreef ik: 'De lijst is een goedkoop en onschadelijk hulpmiddel bij het verkrijgen van een groot aantal anamnestic gegevens en is goed bruikbaar bij vage, onduidelijke klachten. Met behulp van de ingevulde lijst, en een gesprek daarover, is het mogelijk klachten op het spoor te komen die met de anamnese alleen waarschijnlijk gemist zouden zijn.'

Mijn onderzoek is gepubliceerd na goedkeuring van de Afdeling Medische Statistiek van de Medische Faculteit Leiden. Het komt er op neer dat het gebruik van een vragenlijst die door de patiënt wordt ingevuld meer dan een halve eeuw geleden al diepgaand is onderzocht.<sup>2</sup> Het is duidelijk dat Terluin et al. het wiel voor de tweede maal hebben uitgevonden.

G.J. Bremer

### Literatuur

- 1 Brodman K. et al. *Cornell Medical Index Health Questionnaire*. *J Amer med Ass* 1949;140:530.
- 2 Brodman, K. et al. *Manuel Cornell Medical Index Health Questionnaire*. New York: Cornell University Medical College, 1949.
- 3 Kooyman JC, Van der Voort Maarschalk E. Een vragenlijst voor patiënten. *Ned T Geneesk* 1953;97:2326.
- 4 Bremer GJ, Brouwer W. *Ontwerp en toepassing van een huisartsen anamneselijst*. *Huisarts Wet* 1969;12:321-2.
- 5 Bremer GJ. *Over het gebruik van de huisartsen-anamneselijst bij vage, onduidelijke klachten*. *Huisarts Wet* 1980;23:53-8.

### Antwoord

Als 'uitvinder' van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) beschouw ik de uitspraak dat ik het wiel voor de tweede maal heb uitgevonden zonder meer als een groot compliment als het wiel de eerste maal is uitgevonden door collega Bremer die aan de wieg van de Nederlandse huisartsgeneeskunde heeft gestaan en daar onvoorstelbaar veel aan heeft bijgedragen. Het artikel van Bremer uit 1980 over de huisartsen-anamneselijst (HAL) herinner ik mij als jonge aankomende huisarts als een huisartsgeneeskundige eye-opener.<sup>1</sup> Er zijn wel een paar verschillen tussen de HAL en de 4DKL aanwijsbaar. Ten eerste worden, anders dan bij de 4DKL, bij de HAL geen dimensies gedefinieerd. Inspectie van de items doet mij vermoeden dat de HAL twee dimensies meet, overeenkomend met de 4DKL-

dimensies 'distress' en 'somatisatie'. Een factoranalyse van de HAL zou dat aan het licht kunnen brengen. De 4DKL biedt daarenboven nog twee extra dimensies, depressie en angst, als hulpmiddel om depressieve en angststoornissen tijdig op te sporen. In de tijd tussen de HAL en de 4DKL is, mede door de ongekeerde populariteit van de psychiatrische DSM-classificatie, veel nadruk komen te liggen op die psychiatrische stoornissen – wellicht te veel. De 4DKL poogt door inclusie van een schaal voor niet-specifieke spanningsklachten (distress) weer wat meer evenwicht te krijgen tussen aandacht voor psychosociale problematiek en aandacht voor psychiatrische stoornissen. Ten tweede, wanneer het gaat om het bespreken van de resultaten van de lijst, benadrukken wij, nóg meer dan Bremer al doet, het betrekken van de patiënt bij het formuleren van de 'diagnose'. Ook hier zien we vermoedelijk de tijdgeest met tegenwoordig veel aandacht voor 'shared decision-making'. Ging het er bij Bremer vooral om dat de dokter begrijpt waarom de patiënt klaagt, bij ons gaat het er meer om dat de patiënt begrijpt waarom hij/zij klaagt.

Berend Terluin

1 Bremer GJ. *Over het gebruik van de huisartsen-anamneselijst bij vage, onduidelijke klachten*. *Huisarts Wet* 1980;23:53-8.