Het kind bij de huisarts. Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk
Bruijnzeels MA, Van Suijlekom-Smit LWA, Van der Velden J, Van der Wouden J. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1993.

Morbiditeitsstudies in de huisartspraktijk vallen in een aantal typen uiteen. In de eerste plaats kennen we studies als die van Oliemans voor het Nederlands Huisartsen Genootschap in 1964, de reeks Engelse morbiditeitsstudies en de Nationale Studie van het Nivel. In dit type onderzoek wordt primair *representativiteit* nagestreefd: er worden gegevens verzameld bij een aselecte steekproef van huisartsen, en men wil een beeld geven van dé Nederlandse (of Engelse) huisarts in zijn contact met dé patiënt. In dit type onderzoek ontstaan gemakkelijk problemen rond de kwaliteit van de gegevens. Het andere type morbiditeitsstudies (de Nijmeegse Continue Morbiditeitsregistratie, de Morbiditeitsanalyse-1972, het Monitoringproject en het Transitieproject) maakt op dit punt een andere keuze. Hier worden hoog gemotiveerde huisartsen geselecteerd, zo goed mogelijk getraind en begeleid met als doel ziekten in de huisartspraktijk optimaal te beschrijven. Deze keuze is primair voor *kwaliteit*, en niet of in veel mindere mate voor generaliseerbaarheid.

Er is nog een ander verschil. De eerste groep bestudeert primair huisartsen en de tweede groep primair mensen met ziekten.

De praktijk leert dat de globale epidemiologische gegevens uit beide soorten studies (zoals de top-10 chronische of acute ziekten in de huisartspraktijk), ondanks deze verschillen in benadering, sterk overeenkomen. Hierdoor verliezen gebruikers nogal eens de essentiële verschillen uit het oog die een rol gaan spelen zodra er niet meer globaal maar gedetailleerd gekeken wordt. Het recente rapport 'Het kind bij de huisarts', gebaseerd op gegevens uit de Nationale Studie, maakt duidelijk hoe onjuist dat is.

Het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut en de afdeling Kindergeneeskunde van de Erasmus Universiteit hebben samen met het Nivel de gegevens over kinderen uit de Nationale Studie gepubliceerd, gefinancierd door het Vernieuwingsfonds Extramurale vakken/Toponderzoek Eerstelijn van O&W en de Sophia Stichting voor het Zieke Kind. Uit de totale populatie van 335.000 in 103 praktijken met 161 huisartsen ingeschreven mensen zijn bijna 64.000 kinderen van 0 tot 14 jaar in de rapportage opgenomen. Vertegenwoordigen deze kinderen nu inderdaad hét Nederlandse kind en deze huisartsen dé Nederlandse huisarts? De beschikbare gegevens omtrent de Nationale Studie geven aanleiding tot twijfels.

Weegfactoren

Ten behoeve van de gestratificeerde steekproef zegden van de 408 oorspronkelijk geïnviteerde huisartsen slechts 116 hun medewerking toe; deze 116 namen in hun kielzog nog eens 57 in hun (groeps)praktijk meewerkende huisartsen mee. Het resultaat was een zeer sterke oververtegenwoordiging van jonge huisartsen (drie keer zoveel), van huisartsen uit samenwerkingsverbanden (twee keer zoveel) en – wat minder uitgesproken – van vrouwelijke huisartsen. In de onderzoekspopulatie van patiënten is, mede hierdoor, sprake van een sterke ondervertegenwoordiging van inwoners van de grote steden (een derde) en een oververtegenwoordiging van mensen uit gemeenten met 30.000 tot 50.000 inwoners (ruim twee keer zoveel) en uit het Noorden (ruim twee keer zoveel) en het Zuiden (ruim anderhalf keer zoveel) van ons land; al deze factoren hebben geleid tot rond een kwart minder allochtonen in het onderzoek.

De noodzaak tot generaliseren heeft de onderzoekers gedwongen tot twee omvangrijke exercities met weegfactoren. De gegevens over verrichtingen zijn gecorrigeerd voor 'de Nederlandse huisarts' en de morbiditeitsgegevens zijn op een ingewikkelde manier voor de 'Nederlander' gecorrigeerd. In de voorliggende studie is niet voor beide factoren tegelijk gecorrigeerd, waardoor het dus steeds gaat om gegevens over een na veel kunst en vliegwerk 'representatieve' populatie met een volstrekt niet representatieve huisarts.

Los van het feit dat deze correctie aan de oorspronkelijke uitgesproken selectie van huisartsen en patiënten slechts ten dele tegemoetkomt, wordt er hiermee nog een heel ander probleem opgeroepen. Zo wordt vastgesteld dat allochtone kinderen, grote-stadskinderen en kinderen uit lagere sociaal-economische milieus relatief veel luchtwegproblemen presenteren. Maar de vraag of dat is toe te schrijven aan het feit dat huisartsen uit de grote stad relatief veel allochtone kinderen met een relatief geringe welvaart in hun praktijk hebben, of door eigenstandige verschillen tussen stad en platteland, hoog en laag sociaal-economisch niveau of tussen autochtonen en allochtonen wordt niet beantwoord. De gepresenteerde kwartaalcijfers van de contactredenen en 'jaarincidenties' van episoden naar urbanisatiegraad, etniciteit, sociaal economische status, regio- en gezinssamenstelling dragen hierdoor niet bij aan een nadere huisartsgeneeskundige interpretatie. Het leeuwedeel van het rapport (het vierde hoofdstuk) omvat tabellen waarin nu juist ongewogen cijfers gepresenteerd worden. Hierbij moet de lezer dus weer voortdurend bedenken dat de gegevens niet representatief zijn voor 'de Nederlandse situatie' wegens de substantiële selectiviteit van de onderzoekspopulatie. Er is kortom onvoldoende voordeel geboekt op het punt van representativiteit, terwijl de niet geringe nadelen op het terrein van kwaliteit van de gegevens zich onverminderd doen voelen.

Codeermethode

Deze kwaliteitsproblemen betreffen in de eerste plaats de codeermethode in samenhang met de registratieperiode (drie maanden). In de Nationale Studie codeerden de huisartsen niet zelf, maar schreven hun 'diagnose/werkhypothese' op, waarna de gegevens centraal werden gecodeerd. In dit verband is het van belang op te merken dat zelfs goed getrainde, hooggemotiveerde huisartsen die zelf coderen, enige tijd nodig blijken te hebben om 'in te groeien' in een complete morbiditeitsregistatie. In het Monitoringproject bijvoorbeeld bleek het bijna een kwartaal te duren voordat alle inloopproblemen waren opgelost. Bovendien treedt aan het eind van de registratieperiode opnieuw een verandering in het registratiegedrag op, te vergelijken met het gedrag van iemand in 'de laatste week voor de vakantie'. Het is dan ook onjuist ervan uit te gaan dat de som van vier kwartalen, geregistreerd door matig geïnstrueerde huisartsen die niet zelf coderen, op één lijn gesteld kunnen worden met gegevens over een vol jaar geregistreerd door goed getrainde huisartsen die zelf coderen en voortdurend terugkoppeling krijgen. Zelfs bij deze laatste groep blijkt overigens bij een controle zoals die in het Transitieproject is verricht, dat rond 4 procent van de episodetitels onjuist is en dat 2 procent van de contacten gemist is. In de Nationale Studie is betrouwbaarheidsonderzoek op grond van vergelijking met de notities op de patiëntenkaart geheel achterwege gebleven; er is dus zelfs geen indicatie van de foutenmarge.

Episodeconstructie

De episoden werden centraal geconstrueerd door de veldwerkers. Dit geschiedde op basis van een aantal door de huisartsen genoteerde gegevens waaronder contactreden, diagnose en onderliggende ziekte. In de tabellen uit hoofd-

stuk 4 van het hier besproken rapport worden de gegevens gekoppeld aan wat wordt genoemd de 'einddiagnose' van de episode, maar nergens wordt duidelijk welke criteria nu precies zijn gebruikt bij de keuze van deze einddiagnose.

De korte registratieperiode leidt ertoe dat het op het eerste oog massale bestand razendsnel 'leegloopt'. De presentatie in het rapport over kinderen bij de huisarts is dan ook beperkt tot tabellen met gegevens per ICPC-code van 60 contactredenen en 77 diagnosen met 'voldoende' informatie. Nu is het natuurlijk duidelijk dat niet alle 700 ICPC-diagnosen en contactredenen bij kinderen voorkomen; maar sommige gegevens worden toch wel zeer node gemist. Om er een paar te noemen: late gevolgen van een trauma, bijwerkingen van geneesmiddelen, vergiftigingen, complicaties van geneeskundig handelen, de symptoomdiagnose 'vergrote lymfeklieren' en de 'acute lymfe-adenitis', gelokaliseerde buikpijn en braken als symptoomdiagnose, infectieuze conjunctivitis, epistaxis, het hordeolum en de dacryocystitis; alle symptoomdiagnosen met betrekking tot het oor, hartgeruis en vrees voor het bestaan van een hartziekte; informatie over slaapproblemen en gedragsproblemen is niet te vinden, zomin als problemen rond de vulva en de vagina, het begin van de menstruatie, ongewenste zwangerschap en anticonceptie. En tenslotte komt in de presentatie van de standaardtabellen geen enkele episode uit het hoofdstuk Z (sociale problemen) voor.

Contactredenen

Uit de verdelingen per contactreden (die niet per jaar maar per kwartaal worden gegeven) wordt duidelijk hoe bezwaarlijk de gehanteerde invulling van dit begrip en de instructie aan de registrerende huisarts is geweest. Mensen komen naar het spreekuur omdat ze daarvoor een reden hebben: dat kan een klacht zijn ('Ahmed heeft oorpijn'), maar ook een diagnose ('ik kom terug voor Rogiers astma') of een verzoek ('ik wil graag een nieuw recept'). Ook kan een huisarts tijdens een consult iets aan de orde stellen waarvoor de patiënt niet kwam ('hoe gaat het met Hannekes astma?').

In de Nationale Studie is het begrip contactreden in de instructie aan de huisartsen als volgt beschreven: 'de klachten zoveel mogelijk zoals de patiënt deze formuleert'. Het Nivel heeft de contactreden primair opgevoerd als ondersteuning van de episodeconstructie en niet als onderdeel van de 'transitie' waarmee relaties tussen de vraag van de patiënt, de diagnose en de interventies bedoeld wordt. Het gaat in de Nationale Studie vooral om de relatie tussen de diagnose en de verrichting, en hierdoor ontbreekt ieder zicht op het aantal keren dat de huisarts het initiatief neemt om een bepaalde episode aan de orde te stellen of voort te zetten, en op vragen van ouders om bijvoorbeeld een verwijzing of nader onderzoek die de verrichtingen 'sturen'. Waarschijnlijk is er in het samenspel tussen organisatoren, huisartsen en codeurs een soort 'proxy' gecreëerd, door klachten die bij bepaalde aandoeningen nu eenmaal veel voorkomen en waarvan men mag verwachten dat kinderen en hun ouders daar ook mee naar de huisarts komen, als contactreden aan te merken. Dat heeft echter met het begrip 'contactreden' zoals in de ICPC gedefinieerd weinig te maken.

ICPC

Dit is overigens niet de enige afwijking van de ICPC. Een omissie is dat nergens vermeld wordt dat geen gebruik is gemaakt van de officiële ICPC, maar van de in 1985 door de Amsterdamse vakgroep huisartsgeneeskunde gepubliceerde versie van de ICPC bedoeld voor relevantie studies (c.q. het Transitieproject), die het Nivel op collegiale basis ter hand is gesteld. De ervaringen in het Transitieproject hebben geleid tot rond 200 wijzigingen in de versie van de ICPC zoals deze in 1987 uiteindelijk door Oxford University Press is gepubliceerd.

Ook de instructie aan de deelnemende huisartsen met betrekking tot de diagnose wijkt af van de regels uit de ICPC. Het was nadrukkelijk de bedoeling van het Nivel dat de huisartsen zo min mogelijk symptoom- of klachtdiagnosen gaven, en zoveel mogelijk een 'echte' diagnose. Voorts zijn ten behoeve van een aantal problemen een aantal ICPC rubrieken in meer specifieke onderdelen opgesplitst bv.: A11 (alg. symptomen bij zuigelingen), A94 (perinatale aandoeningen), H74 (chronische otitis media), P22 (gedragsstoornissen), R72 (scarlatina); deze blijken overigens onvoldoende gevuld te worden.

Leeftijdverdeling

De auteurs van het rapport hanteren vervolgens een veel te gedetailleerde leeftijdverdeling, door jaarincidenties te berekenen voor liefst 30 leeftijd- en geslachtsgroepen. Dat leidt ertoe dat bijvoorbeeld elk van de 47 jongetjes met een phimosis twee punten bijdraagt aan de incidentie van die aandoening per 1000 jongetjes van een bepaalde leeftijd. Zo komt phimosis in Nederland bij 12-jarigen niet voor, maar gelukkig wel bij 11- en 13-jarigen. Ten onrechte heeft men de standaardindeling van leeftijdgroepen niet gehanteerd, die de cesuur legt bij de vijfde verjaardag. Jonge kinderen (0-4 jaar) en oudere kinderen (5-14 jaar) zijn in de huisartsgeneeskundige epidemiologie essentieel verschillend en daarvan kan men nu weinig terugvinden.

Een gemiste kans is voorts dat alleen contactredenen aan het begin van een episode worden vermeld, zodat geen onderscheid gemaakt wordt tussen contactredenen bij de start van een episode en tijdens het vervolg. Al evenmin komen we te weten wanneer in een episode een verwijzing plaatsvindt, en ook dat is bezwaarlijk: het maakt nogal wat uit voor de interpretatie van het handelen van de huisarts of een verwijzing naar de kinderarts, of voor een röntgenfoto of bloedonderzoek meteen bij de start van de episode plaatsvindt, of pas later. Nieuw en wel degelijk heel belangrijk zijn overigens de gegevens over de medicamenteuze behandeling bij de start van een episode.

Conclusie

Er kan dus niet veel goeds over dit rapport gezegd worden; de bezwaren gelden niet alleen de steekproef van huisartsen en de representativiteit van de populatie, maar ook het gebruik van de ICPC en de episodeconstructie. Er kan met de beschikbare informatie onder voorbehoud wel degelijk het een en ander gezegd worden over het functioneren van huisartsen in ons land, over het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen, en de Nationale Studie levert zeker ook globale indicatoren voor de achterliggende morbiditeit. Het grote probleem is echter dat een weloverwogen huisartsgeneeskundig oordeel over de klinische consequenties van een en ander in principe niet mogelijk is.

Het is de vraag of deze bezwaren de Rotterdammers helemaal aangerekend mogen worden. Opmerkelijk is in dit verband dat de redactiecommissie voor *Huisarts en Wetenschap* het niet tot haar verantwoordelijkheid heeft gerekend al in een vroeg stadium de betekenis van de Nationale Studie kritisch te (doen) bezien. De sleutelpublikatie van *Bensing et al.* terzake – Huisarts Wet 1991; 34: 51-61 – gaat aan bijna alle bovengenoemde problemen voorbij. Als het een redactie met ervaren huisartsen die met een groot aantal manuscripten worden geconfronteerd, al niet lukt daarin vroegtijdig te voorzien, dan mag men daarover de Rotterdamse auteurs van dit rapport misschien uiteindelijk niet te hard vallen.

H. Lamberts
I.M. Hofmans-Okkes
H.J. Brouwer