

Registreren op: „A true level of understanding”

Een nieuwe impuls voor de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde?

W. A. MEYBOOM, HUISARTS TE DEDEMSVAART

Weed wijst in zijn boek, Medical records, medical education and patient care, bij herhaling op het belang van registreren op „a true level of understanding”. Deze zinsnede is moeilijk vertaalbaar. Misschien komt „op een reël begripsniveau” er het dichtste bij.

Belangrijker dan de vertaling is echter de inhoud: men kan beter „pijn in de bovenbuik” noteren dan „maagklachten” wanneer de diagnose nog onvoldoende onderbouwd is. Dat is beter voor de gang van het probleemoplossend proces, maar wellicht ook beter voor het wetenschappelijk onderbouwen van de huisartsgeneeskunde.

Tot op heden bestaan classificaties van ziekten voor het grootste gedeelte uit „diagnosenummers”. *Lamberts* heeft in dit tijdschrift meermalen kond gedaan van de problemen die inter-doktervariatie daarbij opleveren. De W.O.N.C.A. zoekt zijn heil bij een poging tot scherp definiëren van de gebruikte omschrijvingen.

Wat de ene dokter „colitis” noemt, blijkt bij een ander „spastisch colon” en bij de volgende „nerveuze buikklasten”, maar alle nerveuze buikklasten zijn geen spastisch colon. Op dergelijke gegevens gebaseerde morbiditeitsregistraties leveren vaak niet meer dan „gemengd nieuws” op. Van wetenschappelijk onderzoek mag nu juist een toename van helderheid verwacht worden. Binnen de methode van probleemgeoriënteerde registratie kan de keuze van het diagnostische niveau worden gelokaliseerd. De verwarring veroorzakende activiteit is te vinden bij de interpretatie van de subjectieve en objectieve gegevens. Die interpretatie wordt gevonden onder de E van Evaluatie in het SOEP-systeem. Hiermee wil niet gezegd zijn dat diagnoses niet in het P.O.R.-registratiesysteem zouden thuishoren. Wanneer een diagnose voldoende is onderbouwd, kan zij wel degelijk op „a true level of understanding” in het journaal of in

de problemenlijst haar plaats vinden. Het lijkt echter zinvol ook „morbiditeits”-registraties in de huisartsgeneeskunde te verrichten op het niveau van klachten en symptomen. Wanneer huisartsen niet tot een diagnose komen, is onderzoek op dat niveau waarschijnlijk het meest interessant. Bovendien bleek bij een Schots onderzoek (*Howie* 1974) dat huisartsen bij hetzelfde ziektebeeld meer gegevens nodig hadden voor het stellen van een diagnose, dan voor het uitstippelen van een beleid.

De huisarts werkt kennelijk gewoonlijk op het niveau van klachten en symptomen. Steun daarvoor wordt ook gevonden bij een onderzoek van dezelfde Schot, (*Howie* 1973), over het voorschrijven van antibiotica bij luchtweginfecties.

Sommige artsen behandelen slechts een kwart van de hun aangeboden patiënten met luchtweginfecties met antibiotica. Anderen komen tot honderd procent. *Howie* stelde op basis van de geregistreerde klachten en symptomen (*figuur 1 en 2*) „een huisartsenclassificatie van luchtweginfecties” op. Deze groepen bleken een grotere voorspellende waarde te hebben ten aanzien van het voorschrijven van antibiotica dan de diagnostische groepen. Dit valt af te lezen uit *tabel 1*.

Groep H bijvoorbeeld omvat de patiënten met een luchtweginfectie, zonder relevante voorgeschiedenis, die flink ziek waren. Dit symptomencomplex blijkt door de ene arts „coryza” genoemd te worden, door een ander „influenza”, maar er zijn er bijna evenveel die het „hoge luchtweginfectie” of „tracheitis” noemen. (respectievelijk 60, 73, 79 en 85 procent. De „coryza” blijkt in totaal in 27 procent der gevallen behandeld te worden met antibiotica; de influenza in 35 procent der gevallen enzovoort. Groep H echter wordt in 94 procent der gevallen met antibiotica behandeld. Met andere woorden: „coryza” zegt weinig over het te voeren beleid; een patiënt daarentegen met een luchtweginfectie, zonder relevante voorgeschiedenis, die flink ziek is, krijgt van de Engelse huisarts antibiotica.

Table 1. Percentage of patients diagnosed as having 'coryza', 'influenza', 'u.r.t.i.', and 'tracheitis', and who received antibiotics when regrouped according to the classification shown in figure 2 (ontleend aan J.G.R. Howie 1973).

Classification (Fig. 2) Group by signs and symptoms	Diagnosis recorded by doctor			
	Coryza 842 patients (27)	Influenza 892 patients (35)	U.R.T.I. 674 patients (37)	Tracheitis 328 patients (65)
B (99)	92	88	90	
C (76)				
D (79)	92		73	
E (90)				
F (65)	81	90	61	
H (94)	69	73	79	85
J (50)	39	30	51	61
K (46)	27	32	39	73
L (44)	30	23	26	68
M (20)	12	15	13	41

Figures in parenthesis indicate percentage antibiotics prescribed for all patients so classified. No entry = <10 patients.

Illustraties ontleend aan Journal of the Royal College of General Practitioners met toestemming van de redactie.

Figure 1. Form used to collect information (ontleend aan J.G.R. Howie 1973).

1. PATIENT COMPLAINTS				2. EXAMINATION		3. GENERAL	
	Tick \checkmark		If 'yes', for how long		Tick if examined \checkmark	Findings	Self-medication for this illness
	Yes	No					
'The cold'				Chest			Follow-up: definitely arranged <input type="checkbox"/> Only if progress unsatisfactory <input type="checkbox"/> (Please tick)
'Flu'							
Vaguely unwell				Throat			Please state: Any laboratory tests or x-rays requested:
Loss of appetite							
Vomiting				Glands			4. TREATMENT
Diarrhoea							
Crying				Nose			Nature of advice (Please specify drugs, e.g. penicillin/ 'Benlylin' (but not dosage))
Headache							
Sore ears				Sinuses			Bed rest
Sore throat							
Hoarseness				Ears			Stay off work/school
Cough							
Night cough				Febrile on clinical grounds Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Steam inhalation
Spit				If temperature taken, please indicate reading:			Nasal drops
Purulent spit				Other signs (e.g. breathlessness):		Cough mixture	Antibiotic
Wheeze					Other treatment e.g. 'Aspirin', paracetamol, etc.	
Chest pain					5. SUMMARY	
Breathlessness					Age of patient.....	Sex.....
Nasal symptoms					Seen: at home <input type="checkbox"/> In surgery <input type="checkbox"/>	(Please tick)
Other (please specify)					Occupation (of parent, if child):.....	
					Date of consultation.....	
If symptom <i>not</i> mentioned by patient or by you —please leave blank.					Diagnosis.....	

Zo bleken ook groepen patiënten af te zonderen (figuur 3) bij wie slechts zelden antibiotica werden voorgeschreven (groep M) met eveneens een grote spreiding over de verschillende diagnoses (tabel 1).

Daarnaast bleken er symptomencomplexen te zijn waarbij het voorschrijven van antibiotica meer van de betrokken arts afhing dan van het ziektebeeld. Binnen deze groepen is men het kennelijk niet zo met elkaar eens of, en dat lijkt waarschijnlijker, heeft de huisarts geen duidelijk houvast voor zijn beleid (figuur 4).

Howie (1973) noemt dit onderzoekspatronen. Hij hoopt door middel van prospectief onderzoek zo ver te komen,

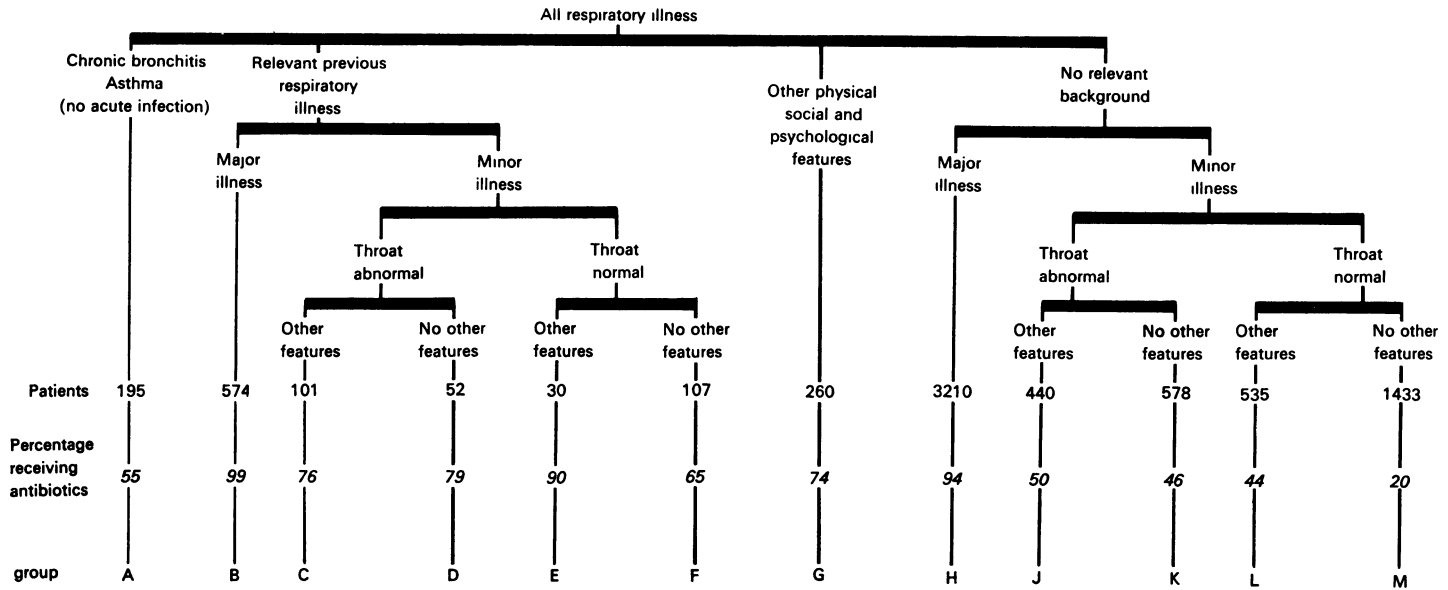
dat er feiten bekend worden waarop een consistenter beleid mogelijk is.

De moraal van dit verhaal is, dat de huisartsgeneeskunde gediend is met registratie „op reëel begrips-niveau”. „Hoesten met keelpijn” geeft meer informatie dan „griep”, waarbij men ook aan hoesten met sputumproductie kan denken. Wanneer de huisartsgeneeskunde kan worden beschreven op het niveau van klachten en symptomen zullen we de gebieden waar wel consensus over is dienovereenkomstig kunnen behandelen. Op die terreinen waar geen consensus bestaat, zullen we dat ook weten en dienovereenkomstig minder geneigd zijn onze behandeling als de enig juiste te zien. Op die gebie-

den kan onderzoek „vissen in visrijk water zijn”.

Wibaut schrijft daarover in de inleiding tot zijn boek, „De methode der geneeskunde, „Er is een klein gebied van de geneeskunde, dat zich gelukkig uitbreidt, waarop wij onze ervaringen zo goed gegrondvest kunnen achten, dat wij ons in dit opzicht met natuurwetenschap kunnen meten. Er is een groter gebied, dat wij bezig zijn te veroveren en waarop overwinning en nederlaag elkander afwisselen. Er is nog een veel groter gebied, waarop ons gehele handelen wordt beheerst door een mengsel van overgeleverde voorschriften, gezond verstand, als men wil, wat intuïtie en naar wij hopen een grote toewijding.

Figure 2. Classification of material showing percentage of patients in each group receiving antibiotics (ontleend aan J.G.R. Howie 1973).



In dit niemandsland leven velen met overtuiging hun hobby's uit. De een past rust, de ander beweging toe, de een acetosal, de ander penicilline en de overtuigende genezingen zijn er niet minder om. Men kan intussen niet ontkennen, dat deze situatie belemmerend werkt op de uitoefening van ons beroep", aldus Wibaut.

Voor we utopistische gedachten ontwikkelen lijkt het juist op twee problemen te wijzen. Het gevaar van de consensustheorie is dat de kans bestaat, dat absolute waarde gehecht wordt aan de behandelingen waarover consensus bestaat. In plaats van, gelijk de „Trotten" van Tom Poes te roepen: „wij allen doen het, dus is het goed!" (N.R.C. 1964), lijkt het wel degelijk zinvol na te gaan of het juist is symptomengroepen op de algemeen gebruikelijke wijze te behandelen. Het voordeel van de consensustheorie is echter, dat men dan weet over welk, scherp gedefinieerd huisartsgeneeskundig symptomencomplex men het heeft.

In de tweede plaats zou men kunnen menen dat werken met klachten en symptomen de interdoktervariatie geheel zou kunnen doen verdwijnen. Dat zal zeker niet het geval zijn. Het „behaviorisme" kon nog menen dat feiten los van de interpretatie kunnen worden waargenomen. Gallagher schreef daarover een doorwrocht artikel, maar ook zonder dat is het iedere huisarts wel duidelijk, dat niet iedere arts dezelfde symptomen en klachten zal registreren. Men zal echter wel een stuk dichter bij elkaar komen wanneer men

niet ten onrechte op het niveau van de diagnose werkt.

Gallacher, H. P. (1976) huisarts en wetenschap 19, 224.
 Howie, J. G. R. (1973) J. roy. Coll. Gen. Practit. 23, 895.
 Howie, J. G. R. et al, (1971) J. roy. Coll. Gen. Practit. 21, 657.
 Howie, J. G. R. (1974) Brit. med. J. II, 540.
 Lamberts, H. en F. Sloot (1978) huisarts en wetenschap 21, 53.
 Lamberts, H. (1978) huisarts en wetenschap 21, 194
 Weed, L. L. Medical records medical education and patiënt care. Cleveland Press of Case Western Reserve University, 1968.
 Wibaut, F. De methode der geneeskunde. 1962.

Figure 3. Doctor variation in percentage use of antibiotics for patients in groups H and M (ontleend aan J.G.R. Howie 1973).

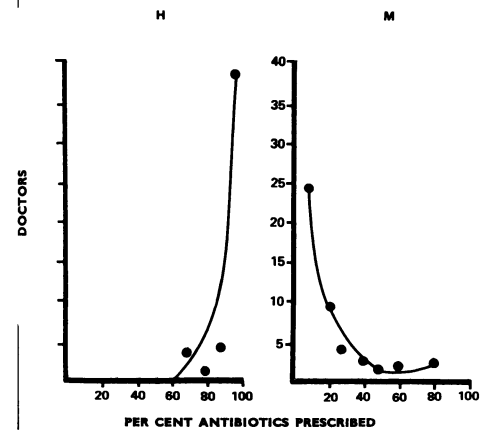


Figure 4. Doctor variation in percentage use for antibiotics for patients in groups J, K and L. (ontleend aan J.G.R. Howie 1973).

