

Redenen om naar de huisarts te gaan

Eerste ervaringen met de Reason for encounter classification

DR. H. LAMBERTS*

Drie jaar geleden werd in dit tijdschrift voor het eerst bericht over de toen nog in ontwikkeling verkerende *Reason for encounter classification*: een classificatie van redenen om naar de huisarts te gaan.** Inmiddels is de RFEC operationeel geworden en binnenkort zullen onder auspiciën van de Wereld Gezondheids Organisatie in een groot aantal landen zogenaamde *field trials* plaatsvinden. Vooruitlopend hierop hebben tien deelnemers aan het monitoringproject een proefonderzoek uitgevoerd, waarvan in dit artikel verslag wordt uitgebracht.

Inleiding

Iemand komt in contact met de gezondheidszorg door zich als patiënt te wenden tot een hulpverlener in de eerste lijn, meestal een huisarts. Dit contact vormt de overgang tussen zelf- en mantelzorg enerzijds en professionele zorg anderzijds: het speelt zich af op het minst gedifferentieerde en gespecialiseerde terrein van de professionele zorg.

De huisarts vraagt de patiënt waarvoor hij komt en wat zijn klachten zijn, hij verheldert de hulpvraag, neemt een aantal beslissingen en gaat tenslotte over tot een of andere vorm van actie. Dit laatste gebeurt meestal op basis van een diagnose, die men kan beschouwen als een interpretatie door de huisarts van het probleem van de patiënt.

Bij de *Reason for encounter classification* (RFEC) blijft de diagnose principieel buiten beschouwing; het gaat uitsluitend om het verhelderen van de reden waarom iemand om hulp vraagt, zoveel mogelijk in diens eigen woorden en in termen waarover patiënt en huisarts het eens zijn. De RFEC is als het ware het raakpunt van lekenterminologie en professionele classificaties (*schema*); hier ligt ook het beginpunt van het professio-

nele handelen. Er gaapt een kloof tussen het probleem van de patiënt en de diagnose van de huisarts. Door vergelijking van de RFEC met bijvoorbeeld de ICHPPC-2 kan men vaststellen hoe die kloof er precies uitziet en hoe hij van geval tot geval overbrugd kan worden.

De RFEC is een twee-assige classificatie, bestaande uit zestien hoofdstukken en zeven componenten. Dertien hoofdstukken hebben betrekking op de verschillende onderdelen van het menselijk lichaam, daarnaast zijn er drie hoofdstukken, getiteld *General*, *Psychological* en *Social* (figuren 1-3).*** Aparte hoofdstukken met infectieziekten, neoplasmata, traumata en congenitale aandoeningen ontbreken; deze specifieke onderdelen zijn ondergebracht in de component *Diagnoses and diseases* bij elk hoofdstuk.

De code bestaat uit drie tekens of *digits*. Het eerste teken is een letter (alfacode) en heeft betrekking op het hoofdstuk. Daarop volgen twee cijfers, die betrekking hebben op de component. De RFEC-code heeft een eenvoudige structuur en is gemakkelijk te gebruiken, met name door de zeven identieke componenten binnen de hoofdstukken en de vaak identieke codes binnen de componenten. Met drie digits kan het merendeel van de redenen waarom mensen naar de huisarts gaan, eenduidig worden geclassificeerd. Wanneer een grotere precisie gewenst is, kan men de code zonder meer uitbreiden met een vierde digit. A30 wordt op die manier onderverdeeld in A30.0, A30.1, ..., t/m A30.9.

Het proefonderzoek

Het proefonderzoek is verricht door tien leden van de monitoringgroep. De registratieperiode van het monitoringproject eindigde officieel op 1 mei 1981 (zie *Lamberts* 1980), maar de meeste deelnemers waren bereid na afloop mee te werken aan een proefonderzoek met de *Reason for encounter classification*. Gedurende twee maanden hebben deze tien huisartsen in totaal 7503 problemen met de RFEC geclassificeerd. Dit aantal komt ongeveer overeen met het aantal problemen dat één huisarts met een normale praktijk in een jaar tegenkomt (2000 patiënten, ongeveer 2,5 verrichtingen per patiënt en gemiddeld 1,6 probleem per contact).

• *De eerste uitkomsten.* In tabel 1 is weergegeven hoe de 7503 classificaties zijn verdeeld over de twee assen van het nieuwe classificatiesysteem, de *chapters* en de *components*.

Inderdaad blijkt de betekenis van de diagnoses beperkt (ruim 15 procent). Deze component is vooral van belang voor de hoofdstukken over het bloed en de bloedvormende organen (B), het oog (F), het oor (H), de bloedsomloop (K), de huid (S), het endocriene apparaat (T) en het mannelijk genitaal apparaat (Y). Bijna 60 procent van alle RFE's heeft de vorm van een symptoom of klacht. In 11 procent van de gevallen komen patiënten naar het spreekuur voor een recept of een omschreven handeling. Kwantitatief minder belangrijke redenen voor contact met de huisarts zijn de componenten voor diagnostische en preventieve maatregelen, het verkrijgen van een uitslag en administratieve redenen.

Binnen de verschillende hoofdstukken hebben de componenten een sterk wisselende betekenis. Zo blijkt component 1 (*Symptoms and complaints*) van overwegend belang voor het algemene hoofdstuk (A), de tractus digestivus (D), het bewegingsapparaat (L) en het zenuwstelsel (N). Hetzelfde geldt ten aanzien van de psychische en sociale problemen (P, Z), maar dat is vooral een gevolg van het feit dat deze groten-deels in de eerste component zijn ondergebracht. Voor de tractus circulatorius (K), het endocriene systeem (T) en het vrouwelijk genitaal apparaat (X) spelen klachten en symptomen een minder belangrijke rol en ligt de nadruk meer op de componenten 2, 3, 4 en 6.

Twee hoofdstukken – *Blood, blood-forming* (B) en *Male genital* (Y) – blijken kwantitatief van geringe betekenis; bei-

* Huisarts, afdeling gezondheidscentrum Om-moord van de Rotterdamse GG en GD, Briand-plaats 15, 3068 JJ Rotterdam; telefoon 010-214444.

** *Lamberts* 1979. In dat artikel werd nog gesproken van Reason for *contact* classification.

*** Er is nog geen officiële vertaling van de RFEC; daarom is, met name in de tabellen en figuren, in principe de Engelse terminologie aangehouden.

Tabel 1. Verdeling van de Reasons for encounter over de componenten. Percentages per hoofdstuk.

Components	Chapters																	Totaal
	A	B	D	F	H	K	L	N	P	R	S	T	U	X	Y	Z		
1 Symptoms and complaints	67,7	22,5	70,3	65,3	58,5	14,1	78,3	70,6	72,0	62,8	55,6	32,6	43,8	33,2	62,1	94,2	57,5	
2 Diagnostic, screening, and preventive procedures	5,1	7,0	2,8	1,2	6,1	31,7	0,9	2,8	0,3	4,0	1,1	9,4	8,3	42,4	3,4	-	9,3	
3 Treatment, procedure and medication	6,1	8,5	6,4	5,3	5,5	19,5	5,5	14,2	25,6	9,2	10,3	15,5	4,7	13,7	6,8	2,5	11,0	
4 Test results	4,2	28,2	7,8	-	3,6	3,9	4,7	1,4	0,3	4,3	0,3	15,5	24,9	3,5	5,2	-	4,4	
5 Administrative	11,7	2,8	1,0	5,9	1,8	1,2	1,0	1,4	0,6	1,0	0,8	1,3	1,2	1,4	-	3,3	2,2	
7 Diagnoses and diseases	5,1	31,0	11,7	22,4	24,5	29,7	9,6	9,7	1,0	18,8	32,0	25,8	17,2	5,9	22,4	0	15,4	
Absolute cijfers	623	71	579	170	330	868	1014	289	585	885	750	233	169	576	58	275	7503	

de hoofdstukken omvatten minder dan 1 procent van de problemen. Alle componenten blijken voor ten minste één hoofdstuk uitgesproken belangrijk.

In tabel 2 zijn alle rubrieken van de centrale componenten (2-6) weergegeven. Speciaal onderzoek (bijvoorbeeld meten tensie), medicatie en het krijgen

van de uitkomst van bloedonderzoek zijn de belangrijkste RFE's.

• *De status van het probleem.* Komt de patiënt voor het eerst met een bepaald probleem en komt hij uit zichzelf? Om op deze vragen een antwoord te kunnen geven is aan de basiscode een eenvoudige code toegevoegd:

1 = het probleem wordt voor het eerst aangeboden, op initiatief van de patiënt;

2 = het probleem wordt voor het eerst aangeboden, maar de patiënt is door iemand anders „gestuurd”;

3 = het probleem wordt aangeboden tijdens een herhalingscontact, op initiatief van de patiënt;

4 = het probleem wordt aangeboden tijdens een herhalingscontact, op initiatief van de huisarts.

Ruim 55 procent van de RFE's is gecodeerd als een nieuw probleem, waarbij het contact is geïnitieerd door de patiënt (tabel 3). In ruim 36 procent van de gevallen ging het om een herhalingscontact op initiatief van de patiënt. Slechts in 5,5 procent van de gevallen werd het – reeds bekende – probleem aan de orde gesteld door de huisarts; dit waren vooral psychische en sociale problemen, obesitas en problemen waarvoor een bepaald onderzoek noodzakelijk is, zoals bij hypertensie.

Nieuwe problemen vinden we vooral bij de componenten 1 (*Symptoms and complaints*) en 5 (*Administrative*), herhalingscontacten vooral bij de componenten 2 (*Diagnostic, screening and preventive procedures*) en 4 (*Test results*). Ongeveer in de helft van de gevallen dat de patiënt een ziekte of diagnose als reden voor zijn komst noemt, gebeurt dat tijdens een herhalingscontact; in bijna 40 procent van de gevallen wordt die reden tijdens het eerste contact genoemd.

Tabel 2. De relatieve betekenis van de rubrieken van de centrale componenten. Percentages van alle Reasons for encounter.

Chapters	Rubrieken	Percentages
2 Diagnostic, screening, and preventive procedures	30 Spec. exam.	4,9
	32 Blood test	0,3
	34 Urine test	0,3
	35 Sensit. test	-
	36 Feces exam.	0,01
	37 Diagn. endosc.	-
	39 Biopsy	-
	40 Diagn. radiology	-
	42 Cytology	0,2
	45 Exposure infect. dis.	0,1
	46 Other diag. proc.	0,2
	48 Anticonc. med. } 49 Family planning }	2,5
3 Treatment, procedure and medication	50 Medications	8,9
	51 Preop. visit	0,03
	52 Postop. visit	0,1
	53 Phys. rehab.	0,1
	54 Radiat. Ther.	-
	55 Tube insert/removal	0,01
	56 Minor surgery, delivery	0,5
	57 External prosth. device	0,1
	58 Counseling	0,8
59 Oth. ther. proc. NEC	0,2	
4 Results	60 Result: blood test	1,6
	61 Result: urine test	0,6
	62 Result: cytol. test	0,2
	63 Result: tissue test	-
	64 Result: radiol. test	1,1
	65 Result: other test	0,8
5 Administrative	66 Administrative	0,8
6 Other	67 Other reason for contact NEC	1,3

De Reason for encounter classification en andere classificaties

De *Reason for encounter classification* is ontworpen door een werkgroep van de Wereld Gezondheidsorganisatie; in deze werkgroep heeft ook de WONCA een belangrijke inbreng. Doel van de werkgroep is het construeren van een classificatiesysteem waarin alle redenen waarom mensen een beroep doen op de gezondheidszorg, een logische plaats vinden (Lamberts 1979, 1982; Report).

In *figuur 1* is aangegeven hoe de RFEC samenhangt met de reeds bestaande classificaties. De diagnoserubrieken van de ICHPPC-2 zijn alle in de zevende component van de verschillende hoofdstukken terug te vinden; dit maakt de RFEC voor gebruikers van de ICHPPC-2 betrekkelijk gemakkelijk te accepteren. Dit geldt temeer, nu de classificatiecommissie van de WONCA vrijwel alle diagnoses van de ICHPPC-2 heeft gedefinieerd. (Deze definities komen begin 1983 in boekvorm ter beschikking).

De Wereld Gezondheids Organisatie werkt aan een drie-assig classificatiesysteem waarin psychische, sociale en lichamelijke problemen onderscheiden worden (*Psychological factors*). De componenten met psychische en sociale problemen van de RFEC zijn identiek met deze nieuwe classificatie.

De NAPCRG-1 – een proces-classificatie, gericht op het geneeskundig handelen, ontwikkeld door de North American Primary Care Research Group (*NAPCRG-1; Tindall et al.*) – verdraagt zich goed met de corresponderende componenten 2 t/m 6 van de RFEC.

De NAMCS-RVC (National ambulatory medical care survey-Reason for visit classification) heeft grote overeenkomsten met de eerste component van de RFEC. Het gaat hier om een uitgewerkte klachten- en symptomenlijst, waarmee vooral in de Verenigde Staten veel ervaring is opgedaan (*A reason for visit classification; Schneider*).

Figuur 1. De Reason for encounter classification als twee-assig systeem: hoofdstukken en componenten.

Components	Chapters													Relaties met andere classificatiesystemen				
	A General	B Blood, blood forming	D Digestive	F Eye	H Ear	K Circulatory	L Musculoskeletal	N Neurological	P Psychological	R Respiratory	S Skin	T Metabolic, Endocrine, Nutritional	U Urinary		X Female genital	Y Male genital	Z Social	
1 Symptoms and complaints									●								●	NAMCS - RVC
2 Diagnostic, screening, and preventive procedures									●								●	NAPCRG - 1 (processcode voor eerstelijns gezondheidszorg)
3 Treatment, procedure, and medication									●								●	
4 Test results									●								●	
5 Administrative									●								●	
6 Other									●								●	
7 Diagnoses and diseases									●									ICHPPC-2, ICD-9-GM

Vorbereidingen op het gebruik van de RFEC

De monitoringgroep bestaat uit gemotiveerde huisartsen, die zeer ervaren zijn in het gebruik van de ICHPPC-2. De *Reason for encounter classification* is al in een vroeg stadium in de groep aan de orde geweest en bij het ontwerpen en uitwerken van de RFEC is gebruik gemaakt van suggesties die bij deze gelegenheden zijn gedaan.

Om vertrouwd te raken met het nieuwe classificatiesysteem hebben de leden van de monitoringgroep een videotape met een aantal huisarts-patiënt contacten en een tiental papieren patiënten geïdentificeerd en besproken. Daarnaast is een zogenaamde vignetstudie van de classificatiecommissie van de WONCA aangegrepen om ervaring op te doen met de RFEC. De vignetstudie bestond uit zesenzeventig papieren huisarts-patiënt contacten (vignettes), vervaardigd om de definities van de rubrieken in de ICHPPC-2 te toetsen op hun waarde en betrouwbaarheid. Twaalf huisartsen – leden van de monitoringgroep en huisartsen verbonden aan het huisartseninstituut van de RU Limburg – classificeerden de zesenzeventig vignettes met de ICHPPC-2; negen van hen classificeerden de vignettes gelijktijdig met de RFEC. Voor elk vignet werd vervolgens vastgesteld welke classificatie door de meeste huisartsen was gekozen. Daarbij is niet gelet op de eventuele juistheid van de oplossing en evenmin of misschien meer dan één oplossing goed was.

Onder de twaalf huisartsen die de vignettes met de ICHPPC-2 hadden geïdentificeerd, bedroeg de gemiddelde overeenstemming 6,5 (standaarddeviatie 3,1). Gemiddeld iets meer dan de helft van de deelnemende huisartsen presenteerde dus een zelfde oplossing. De gemiddelde overeenstemming onder de negen huisartsen die met de RFEC hadden geïdentificeerd, bedroeg 4,8 (standaarddeviatie 2,5). Dat is een uitkomst die nauwelijks verschilt van de overeenstemming in de eerste groep.

Een verrassende uitkomst was, dat er per vignet vaak grote verschillen in overeenstemming waren tussen de RFEC-groep en de ICHPPC-groep. Kennelijk zijn sommige vignettes relatief gemakkelijk met de ICHPPC-2 te classificeren en juist moeilijk met de RFEC, terwijl voor andere precies het omgekeerde geldt.

Ten aanzien van de RFEC blijkt, dat bij veertig vignettes de overeenstemming tussen de huisartsen 50 procent of meer bedraagt. Bij vierentwintig vignettes is het gebrek aan overeenstemming (minder dan 50 procent) te wijten aan de constructie van het vignet en in twaalf gevallen is er sprake van een tekortkoming van de RFEC, waardoor overeenstemming ontbreekt. Geconcludeerd kan worden dat de RFEC het er bij deze vignetstudie niet slechter afbrengt dan de ICHPPC-2. Kennelijk kan een in het classificeren ervaren huisarts met de RFEC even goed uit de voeten als met de ICHPPC-2.

Figuur 2. Voorbeelden van het gebruik van de Reason for encounter classification.

Reason for encounter	Chapter	Component	RFEC-code
Vraagt een recept voor het hart	Circulatory system (K)	Treatment, procedure and medication (50 Medication)	K50
Snotterig	Respiratory system (R)	Symptoms and complaints (12 Nasal congestion)	R12
Diabetes	Endocrine, metabolic, nutritional (T)	Diagnoses and diseases (90 Diabetes)	T90
Baarmoederhals-uitstrijk	Female genital system (X)	Diagnostic, screening and preventive procedures (42 Cytology)	X42
Verwijderen hechtingen na excisie huidtumortje	Skin (S)	Treatment, procedure and medication (56 Minor surgery)	S56
Uitslag röntgenfoto	Respiratory system (R)	Test results (64 Radiology)	R64

Contacten op initiatief van een derde hebben vaak een administratieve reden. Het initiatief van de coderende huisarts komt vooral bij component 6 (*Other*) naar voren.

De belangrijkste conclusie uit *tabel 3* is, dat symptomen en klachten bijna synoniem zijn met het beginnen van het contact met de huisarts – niet omgekeerd. Wanneer het contact er eenmaal is, lopen de redenen voor een herhalingscontact sterk uiteen, zoals blijkt uit de verdeling over de componenten. Een praktische conclusie is, dat het in de Nederlandse omstandigheden geen zin heeft onderscheid te maken tussen nieuwe problemen die de patiënt zelf aanbiedt, en nieuwe problemen waarvoor hij wordt gestuurd. Wel heeft het zin bij herhalingscontacten vast te stellen of het de huisarts is, die het probleem aan de orde stelt en daarmee classificeert.

- *De omvang van de RFEC.* In totaal telt de *Reason for encounter classification* 951 rubrieken. Voor ons proefonderzoek zijn hiervan slechts 520 rubrieken gebruikt. Wanneer men als vuistregel aanneemt dat slechts die rubrieken relevant voor een nadere beschouwing zijn, die ten minste 1 promille van alle aangeboden problemen omvatten, zou men zich verder kunnen beperken tot 193 rubrieken. Zevenendertig classificaties zijn vijftig keer of vaker gecodeerd (*tabel 4*). Deze classificaties omvatten 46,4 procent (3481) van het totaal aantal classificaties.

RFEC versus ICHPPC-2

Nadat ruim duizend problemen waren geclassificeerd, zijn de deelnemende huisartsen ertoe overgegaan niet alleen de RFE's te classificeren, maar ook de diagnostische interpretatie daarvan met behulp van de ICHPPC-2. In verband met de sterke belasting van de deelnemers is afgesproken dat iedereen vrij was dagen te kiezen waarop hij *niet* wilde registreren. Tevens werd afgesproken dat steeds gedurende perioden van 24 uur geclassificeerd zou worden, dit om de kans op een systematische vertekening zo klein mogelijk te houden.

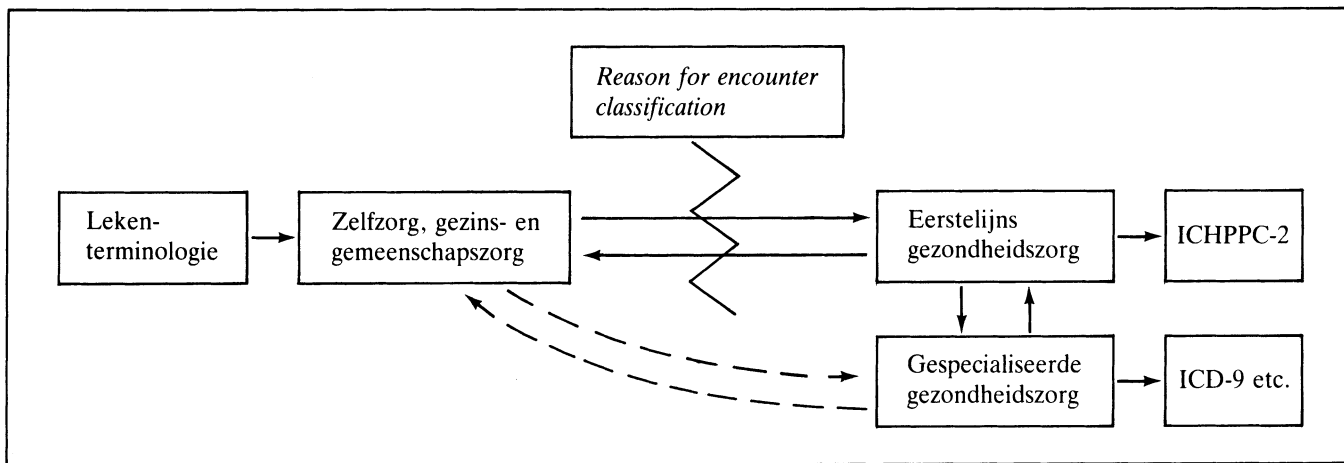
Op deze wijze zijn 6178 RFE's gelijktijdig geclassificeerd met de ICHPPC-2. De *tabellen 5* en *6* illustreren dat één bepaalde RFE samen kan gaan met een groot aantal ICHPPC-2 classificaties, en omgekeerd. Inderdaad gaapt er een kloof tussen de redenen waarom mensen naar de huisarts gaan, en diens diagnostisch, interpreterend taalgebruik.

Tabel 3. De status van de problemen. Percentages per component

Components	Status van de problemen			
	1 Nieuw-eigen initiatief	2 Nieuw-gestuurd	3 Herhalings-contact-eigen initiatief	4 Herhalings-contact-initiatief huisarts
1 Symptoms and complaints	73,6	1,5	20,1	4,7
2 Diagnostic, screening and preventive procedures	41,7	0,7	50,7	7,4
3 Treatment, procedure and medication	33,6	0,5	63,2	2,8
4 Test results	13,8	0,9	82,9	2,4
5 Administrative	67,2	9,9	18,0	4,9
6 Other	57,0	2,0	15,0	26,0
7 Diagnoses and diseases	38,6	1,9	50,6	9,0
Gemiddeld	56,5	1,4	34,2	5,5

Tabel 4. Rubrieken van de Reason for encounter classification die vijftig of meer malen zijn gebruikt. Aantallen

RFE	RFE			Status van RFE			
	♂	♀	Totaal	1	2	3	4
A12 Fever	29	30	59	58		1	
A13 General weakness, tiredness	32	72	104	85	1	17	1
A14 General ill-feeling	25	48	73	53	3	14	3
A67 Other reason for contact	19	38	57	35		5	17
D17 Gen. abd. pain	27	50	77	55	1	18	3
D18 Local pain (excl.groin)	35	69	104	70	1	31	2
D25 Diarrhea	27	25	52	42	1	8	1
H10 Pain, earache	29	44	73	65		8	
K30 Spec. exam.	111	151	262	110		134	18
K50 Medications	61	100	161	29		132	
K83 Uncomplicated hypertension	61	114	175	2	2	157	14
L10 Neck symptoms	21	53	74	51	2	20	1
L11 Back symptoms	25	55	80	57		19	4
L12 Low back symptoms	51	51	102	73		28	1
L14 Leg symptoms	32	66	98	77		19	2
L15 Knee symptoms	27	45	72	52	2	16	2
L17 Foot and toe symptoms	21	52	73	60	1	12	
L18 Shoulder symptoms	32	24	56	41		15	
N13 Headache, headpain, excl. sinus	32	58	90	75		14	1
N17 Vertigo-dizziness	18	54	72	57		13	2
P10 Feeling anxious or nervous	55	112	167	91		59	17
P11 Feeling depressed	14	47	61	21	2	20	18
P50 Medications	39	104	143	39	1	103	
R17 Cough	84	100	184	151	1	29	3
R19 Breathing problem, excl. pain	33	36	69	48		17	4
R20 S/C throat, inc.infection	43	75	118	101	2	13	2
R50 Medications	40	35	75	42		33	
S12 Growths of skin	30	38	68	59	1	7	1
S13 Skin rash. NOS	20	41	61	45		13	3
S15 Skin irritation, NEC, exc. rash	33	51	84	64		20	
S50 Medications	25	28	53	20		33	
S80 Injuries (inc. late effect, scar)	36	35	71	50	4	15	2
T13 Weight gain	9	44	53	19	1	19	14
X48 Anticonceptive medicat.	3	172	175	59		111	5
X50 Medications	1	56	57	16		41	
Z10 Family/conjugal problem	21	45	66	27		20	19
Z20 Occupational problems	43	19	62	26	1	25	10



Tabel 5. RFE-classificaties bij twee ICHPPC-2-rubrieken.

ICHPPC-2-classificaties	RFE-classificaties	Aantallen
070 Anxiety disorder (n = 50)	A17 Pain, site NOS	1
	D17 Gen. abd. pain	1
	D28 Fear digest. disease	1
	F10 S/C vision dysf.exc. blindness	1
	K14 Fear disease circ.syst.	3
	L14 Leg symptoms	1
	P10 Feeling anxious or nervous	13
	P14 Disturbances of sleep	1
	P16 Ideas of suicide	1
	P23 „Psychophysiological” problems	1
	P29 Other psychological problems	1
	P30 Spec. exam.	1
	P50 Medications	4
	P67 Other reason for contact	1
	R19 Breathing problem, exc. pain	1
	R20 S/C throat, inc. infection	1
	R24 Fear respiratory disease	7
	S20 Fear skin disease	2
	U15 Fear urinary disease	1
	X27 Fear breast disease	3
	X28 Fear genital disease	3
Y15 Sympt.male breast	1	
050 Diabetes mellitus (n = 83)	A16 Swoll.ankle & oth.sympt. fluid abn.	1
	A30 Spec. exam.	1
	A67 Other reason for contact	1
	D25 Diarrhea	1
	K14 Fear disease circ.syst.	1
	K30 Spec. exam.	1
	N17 Vertigo dizziness	1
	S83 Boil, carbuncle, cellulitis	1
	T12 Excessive thirst	2
	T13 Weight gain	1
	T17 Fear endocrine, metabol. nutrit.dis.	1
	T30 Spec. exam.	1
	T32 Blood test	1
	T34 Urine test	3
	T50 Medications	9
	T60 Result blood test	20
	T61 Result urine test	4
	T90 Diabetes mellitus	32
U11 S/C urine	1	

Een verrassende uitkomst was, dat de deelnemers zich veel meer op hun gemak voelden wanneer simultaan werd gecodeerd. De RFE is door de logische structuur en de ezelsbruggetjes veel gemakkelijker te gebruiken dan de ICHPPC-2. Wanneer echter geen diagnose wordt toegevoegd, hebben de coderende huisartsen het gevoel, dat essentiële informatie verloren gaat. Dit fenomeen verdient nadere analyse.

De tabellen 7 en 8 geven een beeld van de discrepantie tussen de classificeringen met de RFE en die met de ICHPPC-2.

Tabel 7 laat voor elke component van de RFE drie vormen van discrepantie zien: 1. De huisarts plaatst het probleem in een ander hoofdstuk dan de patiënt. Bijvoorbeeld: de patiënt klaagt over buikpijn (hoofdstuk D) en de huisarts stelt een niersteen vast (hoofdstuk U); de patiënt klaagt over koorts (hoofdstuk A), de huisarts diagnostiseert een pneumonie (hoofdstuk R). Het is opvallend dat deze discrepantie (6,1 procent van alle gevallen) vooral optreedt bij de eerste component, *Symptoms and complaints*. Anderzijds is de overeenstemming groot bij de laatste component, *Diagnoses and diseases*.

2. De patiënt biedt het probleem aan als een ziekte, terwijl de huisarts probleemgedrag vaststelt (psychische en sociale problemen). Deze discrepantie (3,3 procent) speelt vooral een rol wanneer de patiënt een symptoom of klacht aanbiedt. Opnieuw valt op dat de huisarts zich vrijwel steeds conformeert aan een door de patiënt naar voren gebrachte diagnose. De relatief hoge percentages bij de componenten 5 en 6 zijn voornamelijk een gevolg van de aard van deze rubrieken.

3. Er is geen begrijpelijke relatie tussen beide classificaties. Dit is in ieder geval

ten dele het gevolg van codeerfouten. Voorbeeld: de patiënt vraagt om een recept voor zijn hoge bloeddruk en de huisarts codeert per abuis „cerumen”. De totale discrepantie bedraagt 10,1 procent en is vooral gelokaliseerd in component 1. Wanneer de patiënt zelf een diagnose of ziekte presenteert (component 7), blijft de discrepantie beperkt tot 2,5 procent.

In tabel 8 is de discrepantie binnen de component *Symptoms and complaints* uitgesplitst naar de verschillende hoofdstukken:

1. De huisarts plaatst het probleem in een ander hoofdstuk dan de patiënt. Dit doet zich vooral voor bij de hoofdstukken A (*General*) en N (*Neurological*).
2. De patiënt biedt het probleem aan als een ziekte, terwijl de huisarts probleemgedrag vaststelt. Ook hier voeren de hoofdstukken A en N de boventoon, terwijl het hoofdstuk over de tractus circulatorius (K) een rol speelt. Opvallend is de geringe discrepantie bij hoofdstuk L (*Musculoskeletal*).

3. Er is geen begrijpelijke relatie tussen beide classificaties. Ook in dit geval is de discrepantie hoofdzakelijk beperkt tot de hoofdstukken A en N.

Uit tabel 8 blijkt dat de overeenstemming zeer groot is bij de hoofdstukken die betrekking hebben op duidelijk omschreven lichaamssystemen (hoofdstukken F, H, R, S, T en Y). Ook wanneer de patiënt zelf probleemgedrag aanbiedt en dus zijn reden om te komen in hoofdstuk P of hoofdstuk Z plaatst, is de overeenstemming zeer groot.

Uit de tabellen 7 en 8 mag geconcludeerd worden dat de discrepantie tussen de classificeringen met respectievelijk de RFEC en de ICHPPC-2 nogal meevalt, wanneer men tenminste uitgaat van de hoofdstukken en componenten als – tamelijk grove – indelingscriteria. Dat neemt niet weg, dat men gespist moet zijn op de mogelijkheid dat de classificerende huisarts moeite heeft met het aanvaarden van de RFE zoals die door de patiënt naar voren wordt gebracht, wanneer hij zelf tot een afwijkende diagnose komt.

Bespreking

De *Reason for encounter classification* heeft een eenvoudige structuur, is gemakkelijk te gebruiken, is sterk op klachten en symptomen gericht en vertoont dus opmerkelijke verschillen met de ICHPPC-2. Anderzijds heeft de RFEC een duidelijke relatie met de ICHPPC-2,

Tabel 6. ICHPPC-2-classificaties bij twee RFEC-rubrieken.

RFE-classificaties	ICHPPC-classificaties	Aantallen
L12 Low back symptoms (n = 83)	036 Malign neopl. female genital tract	1
	043 Benign neoplasm uterus	1
	071 Hypochondriac. disorder	1
	091 Other nervous system diseases NEC	1
	171 Urinary system calculus, all types	1
	229 Osteoarthritis & allied conditions	1
	233 Other bursitis & synovitis	1
	234 Other nonarticular „rheumatism”	5
	238 Back pain wo radiating symptoms	55
	239 Back pain with radiating symptoms	6
	243 Osteoporosis	1
	321 Sprain/strain all other sites NEC	1
	327 Bruise, contusion, crushing	1
	338 Medical exam	2
	365 Pregnancy out of wedlock	1
	367 Occupational problem	1
	397 Osteoarthritis lumbar	2
412 Relational problem patient/doctor	1	
K50 Medications (circulatory system) (n = 138)	108 Rheumatic fever/heart disease	1
	110 Chronic ischemic heart disease	29
	111 Disease heart valv. non-rheum, NOS, NYD	1
	112 Heart failure, right/left sided	14
	113 Atrial fibrillation or flutter	4
	114 Paroxysmal tachycardia	4
	115 Ectopic beats, all types	1
	119 Elevated blood-pressure	2
	120 Hypertension	56
	125 Atherosclerosis excl. heart & brain	1
	130 Hemorrhoids	3
	132 Other peripheral vessel diseases	1
	142 Bronchitis, chronic & bronchiectasis	1
	265 Edema	1
	338 Medical exam.	2
	341 Observ/care PT on high risk medicat.	3
	342 Observ/care other high risk patient	4
348 Letter, forms, prescription wo exam.	9	
355 Probl. external to patient	1	

Tabel 7. Discrepantie tussen RFE- en ICHPPC-2-classificatie. Percentages per component.

Oorzaken discrepantie	Components							Totaal
	1	2	3	4	5-6	7		
ICHPPC-2 in ander hoofdstuk dan RFEC	8,9	2,0	2,0	3,9	2,2	1,7	6,1	
ICHPPC-2 beschrijft probleemgedrag, terwijl RFEC ziektegedrag beschrijft	4,7	1,2	1,4	2,2	6,0	0,6	3,3	
ICHPPC-2 zonder begrijpelijke relatie met RFEC	0,9	0,5	0,4	0,7	1,5	0,2	0,7	
Totaal	14,5	3,7	3,8	6,8	9,7	2,5	10,1	
Absolute cijfers	3575	591	692	279	133	907	6178	

Tabel 8. Discrepantie tussen RFE- en ICHPPC-2-classificatie voor de component Symptoms and complaints per hoofdstuk. Percentages per hoofdstuk.

Oorzaken discrepanties	Chapters																Totaal
	A	B	D	F	H	K	L	N	P	R	S	T	U	X	Y	Z	
ICHPPC-2 in ander hoofdstuk dan RFEC	32,6	12,5	8,4	2,3	8,5	12,2	6,8	27,8	5,4	4,2	4,0	-	9,1	4,8	6,3	1,9	8,9
ICHPPC-2 beschrijft probleemgedrag, terwijl RFEC ziektegedrag beschrijft	16,7	-	5,6	2,3	-	15,3	3,1	14,8	-	3,4	1,2	4,5	1,5	8,2	-	-	4,7
ICHPPC-2 zonder begrijpelijke relatie met RFEC	4,0	-	0,9	-	1,2	1,0	0,9	1,8	0,2	0,4	0,2	1,5	-	-	-	-	0,9
Totaal	53,3	12,5	14,9	4,6	9,7	28,5	10,8	44,4	5,6	8,0	5,4	6,0	10,6	13,0	6,3	1,9	14,5
Absolute cijfers	276	16	429	87	165	98	646	169	354	472	347	66	66	146	32	206	3575

dankzij het feit dat de RFEC ook de volledige diagnostische nomenclatuur van de ICHPPC-2 omvat. Daardoor kan de RFEC als het ware op verschillende niveaus gebruikt worden: niet alleen voor het verhelderen van de reden waarom iemand komt, maar ook als interpretatie van het probleem. Daarnaast is de RFEC bruikbaar als classificatie van het proces in de eerste lijn. Drie van de vier onderdelen van de zogenaamde SOEP-benadering (*Van der Horst e.a.; Probleemgeoriënteerde registratie*) kunnen volledig en eenduidig met de RFEC geclassificeerd worden, zij het op twee verschillende niveaus (een voor de verheldering en een voor de interpretatie). De subjectieve aspecten – de S van de SOEP – zijn de redenen om zich tot de huisarts te wenden. De objectieve bevindingen van de arts – de O

– zijn niet met de RFEC te classificeren. De evaluatie of diagnose – de E – kan daarentegen geheel met de RFEC worden vastgelegd (met de zevende component), evenals de interpretatie van het probleem van de patiënt op het niveau van klachten en symptomen (component 1). Het plan tenslotte – de P – kan worden geclassificeerd met de componenten 2 t/m 6 van de RFEC. Tenslotte zou de volledige beschrijvingen van alle huisartsgeneeskundige handelingen, zoals de nieuwe procesclassificatie van de NAPCRG (*Lamberts 1982; Probleemgeoriënteerde registratie*) die geeft, in aangepaste vorm een plaats kunnen vinden in de RFEC.

Dit alles maakt de flexibiliteit van de RFEC zeer groot. Veel hangt ervan af, of de behoefte aan meer details goed geka-

naliseerd kan worden. Het is voorts nodig de gecompliceerde relatie tussen de subjectieve vraag om hulp en de meer geobjectiveerde noodzaak daartoe (needs and demands) beter te definiëren. Hierbij kan meervoudig gebruik van de nomenclatuur van de RFEC een belangrijke bijdrage leveren. De discussie over medicalisering en deprofessionalisering, en het gebrek aan effectiviteit van verschillende medische behandelingen in vergelijking met zelfzorg en mantelzorg dwingen tot het vinden van overeenstemming over de gehanteerde begrippen. Het heeft weinig zin te streven naar wijzigingen in het gezondheidszorgbeleid wanneer men de overwegingen van de verschillende groepen die daarbij betrokken zijn, niet ten minste semantisch en inhoudelijk in een zelfde taalgebruik

Figuur 4. Twee hoofdstukken uit de Reason for encounter classification.*

Chapters	A General	D Digestive
1 Symptoms and complaints	A11 Chills A12 Fever A13 General weakness, tiredness A14 General ill-feeling A15 Fainting (syncope) A16 Swoll. ankle/oth. symp. fluid ABN A17 Pain, site NOS A18 Bleeding, site NOS A19 General symp. of infants, NEC A20 Allergy, NOS/allergic react, NEC A21 Fear having disease, unspc. A22 Oth. general symp/complaint	D10 Symp/compt. teeth & gums D11 Symp/compt. lips D12 Symp/compt. mouth & tongue D13 Symp/compt. of swallowing D14 Nausea D15 Vomiting (excl. blood) D16 Heartburn, indigestion D17 Gen. abdominal pain D18 Localized abd. pain D19 Incr. appetite D20 Decr. appetite D21 Gastro.intest. bleeding D22 Feeding prob. infant D23 Flatulence (excl. gas pain.) D18 D24 Constipation D25 Diarrhea D26 Jaundica D27 Change abd. size D28 Fear of digest. disease D29 Other symp/compt. digest.

Figuur 4. Twee hoofdstukken uit de Reason for encounter classification (vervolg)*

2 Diagnostic screening, and preventive procedures	A30 Spec. exam./routine physical A32 Blood test A34 Urine test A35 Sensitization test A36 Feces exam/test A37 Endoscopy, diagnostic A39 Biopsy A40 Radiology, diagnostic A42 Cytology A45 Exposure infect. disease A46 Other diagnostic procedure A48 Other screen. prev. proc. high risk	D30 Spec. exam./routine physical D32 Blood test D34 Urine test D35 Sensitization test D36 Feces exam/test D37 Endoscopy, procto/sigmoidoscopy D39 Biopsy D40 Radiology, diagnostic D42 Cytology D45 Exposure infect. disease D46 Other diagnostic procedure D48 Other screen. prev. proc. high risk
3 Treatment, procedure and medication	A50 Medications A51 Visit: preoperative A52 Visit: postoperative A53 Physical med/rehab. A54 Radiation therapy A55 Tube insert/removal A56 Surgery: minor A57 Ext. prosthetic/apply/remove A58 Counseling, medical A59 Other therapeutic proc. NEC	D50 Medications D51 Visit: preoperative D52 Visit: postoperative D53 Physical med/rehab. D54 Radiation therapy D55 Tube insert/removal D56 Surgery: minor D57 Ext. prosthetic/apply/remove D58 Counseling, medical D59 Other therapeutic proc. NEC
4 Test results	A60 Results: blood test A61 Results: urine test A62 Results: cytology test A63 Results: tissue exam. A64 Results: radiology test A65 Results: other test/exam	D60 Results: blood test D61 Results: urine test D62 Results: cytology test D63 Results: tissue exam. D64 Results: radiology test D65 Results: other test/exam
5 Administrative	A66 Administrative	D66 Administrative
6 Other	A67 Other reason for contact, NEC	D67 Other reason for contact, NEC
7 Diagnoses and disease	A70 Tuberculosis, generalized A71 Measles A72 Chickenpox A73 Whooping cough A74 Rubella A75 Syphilis, generalized A76 Gonococcal infect. gen. A80 Carcinomatosis (unkn. prim. site) A82 Mult. trauma/int. inj. chest, pelvis, AB. A83 Poisoning by med. agent A84 Adv. effect med. agent proper dose A85 Toxic effect, other subst. A86 Complicat. surg/med. treatment A87 Adv. eff. phys. factor ther. X-ray A89 Cert. adv. eff. NEC/anaph/anest. shock A90 Multi. synd. cong. anomalies A95 Other & generalized diseases NEC	D71 Intest. dis. presumed infect. D72 Herpes simplex, mouth lips, NOS D73 Mumps D74 Infect. hepatitis D75 Oxyur. pinworms, other paras. D76 Mal. neop. esoph. bowel, anus D77 Mal. neop. oth. unspec. sites D78 Benign neoplasms D79 Other neopl. spec. & NOS D80 For. body thr. orifice D81 Other injur. & adv. eff. D82 Cong. anomal. digest. D83 Disease of teeth & gums D84 Dis. mouth, tongue, saliv. glan. D85 Dis. esophagus D86 Duodenal ulcer D87 Oth. peptic ulcers D88 Gastritis, duodenitis D89 Appendicitis D90 Inguinal hernia D91 Hiatus hernia: (diaph.) D92 Other abd. hernias D93 Divert. dis. intestines D94 Irrit. boewel syndrome D95 Chr. enteritis, ulc. colitis D96 Anal fiss/perinal abscess D97 Cirrhosis, oth. liver disease D98 Cholecyst/cholelithiasis D99 Oth. dis. dig. syst. NEC

* De volledige Reason for encounter classification is bij de auteur verkrijgbaar.

kan onderbrengen. Er bestaat geen logische, consistente en ondubbelzinnige relatie tussen de redenen waarom iemand om hulp vraagt, en wat er vervolgens met hem in medische termen gebeurt. Wanneer men meer wil weten over deze fascinerende overgang, dan is de nieuwe *Reason for encounter classification* daarbij het aangewezen hulpmiddel.

Samenvatting. Bij de – door een werkgroep van de Wereld Gezondheidsorganisatie ontworpen – Reason for encounter classification (RFEC) gaat het erom vast te stellen waarom de patiënt komt. Er is op dat moment nog geen sprake van een diagnose, omdat diagnoses interpretaties van het probleem van de patiënt zijn. Met behulp van de RFEC kan verhelderd worden waarom iemand om hulp vraagt.

Dit proefonderzoek is verricht door tien deelnemers aan het monitoringproject, die gedurende twee maanden in totaal 7503 problemen met de RFEC hebben gecodeerd. Bijna 60 procent van alle RFEC's hadden de vorm van een symptoom of klacht; in 56 procent van de gevallen had de RFEC betrekking op een nieuw probleem, waarbij de patiënt het initiatief had genomen. Het percentage herhalingscontacten bedroeg 37 procent. Van de 7503 problemen werden er 6178 simultaan met de ICHPPC-2 geclassificeerd. Uit een vergelijking van de RFE's en de ICHPPC-2-diagnosen blijkt dat de huisarts in 10,1 procent van de gevallen de diagnose in een ander hoofdstuk onderbrengt dan de RFEC. Opvallend is dat de huisarts vrijwel nooit van het betreffende hoofdstuk afwijkt, als de patiënt een ziekte of diagnose als RFE noemt. Gelet op de uitkomsten van het proefonderzoek is de Reason for encounter classification een realistische onderneming. Het is nodig de gecompliceerde relatie tussen de subjectieve vraag om hulp en de meer geobjectiverde noodzaak daartoe, benevens het daaruit voortkomende medisch handelen beter te definiëren. Hierbij kan meervoudig gebruik van de nomenclatuur van de RFEC een belangrijke bijdrage leveren.

Summary. Motives for seeing the general practitioner. Preliminary experiences with Reason for encounter classification.

The Reason for encounter classification (RFEC) was designed by a working party of the World Health Organization to establish the patient's motives for seeing the physician. At that time, diagnosis is not yet involved because diagnoses are interpretations of the patient's problem.

The RFEC can be used to elucidate a person's reason to ask for help.

This pilot study was performed by ten participants in the monitoring project, who used the RFEC to encode a total of 7503 problems in the course of two months. Nearly 60 percent of all RFEC took the form of a symptom or complaint; in 56 percent of the cases the RFEC concerned a fresh problem, the patient having taken the initiative. Repeat encounters were involved in 37 percent.

Of the 7503 problems, 6178 were simultaneously classified with the aid of the ICHPPC-2. A comparison of RFEC with ICHPPC-2 diagnoses showed that, in 10.1 percent of the cases, the practitioner's diagnosis was under a heading different from that of the RFEC. A striking finding was that the general practitioner virtually never deviated from the heading concerned when the patient mentioned a disease or diagnosis as RFEC.

In view of the results of this pilot study, the Reason for encounter classification can be described as realistic. The complex relationship between the subjective request for help and the more objectified need for it, as well as the resulting medical action, requires better definition. Multiple use of the nomenclature of the RFEC can be an important aid in this respect.

Evans, J. L., K. Laskman Hall and J. Warford. Health Care in the developing world: problems of scarcity and choice. (1981) *New Engl. J. Med.* **305**, 1117-1127.

Horst, F. van der, W. Vierhout en P. Stalenhoef. Probleemgeoriënteerde verslaglegging in de huisartspraktijk. (1981) *Huisarts en Wetenschap* **24**, 252-258; 325-331.

ICD-9. (International Classification of Dis-

eases). 9th Revision. WHO, Geneva, 1977.

ICHPPC-2. (International Classification of Health Problems in Primary Care). Oxford University Press, Oxford, 1979.

International glossary for primary care. Report of the Classification Committee of the World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA). (1981) *Huisarts en Wetenschap* **24**, 341-346.

Kupka K. International classification of diseases: ninth revision. (1978) *WHO Chronicle* **32**, 219-225.

Lamberts, H. Een nieuwe classificatie. Redenen om naar de huisarts te gaan. (1979) *Huisarts en Wetenschap* **22**, 379-385.

Lamberts, H. Ziektepatronen in huisartspraktijken in Nederland. In: Het Medisch Jaar 1982. *Bohn Scheltema en Holkema, Utrecht/Antwerpen*, 1982.

Lamberts, H. Primary health care monitoring project. A year of practical experience with a computerized information system. (1980) *Huisarts en Wetenschap* **23**, 293-305.

Meyer, J. S. Op zoek naar een klachtenlijst. (1979) *Huisarts en Wetenschap* **22**, 386-394.

NAPCRG-1. A process code for primary care. International field trial version. *North American Primary Care Research Group, Richmond (Va.)*, 1981

Probleemgeoriënteerde registratie. (1979) *Huisarts en Wetenschap* **22**, 1-48.

Psychosocial factors affecting health assessment, classification, and utilization. Report of the World Health Organization on the Bellagio Conference. WHO, Geneva, 1980.

Reason for visit classification for ambulatory care. *US Department of Health, Education, and Welfare, Hyattsville (Md)*, 1979.

Report to develop a classification of the „Reason for contact with primary health care services“. Report by the Working Party to the ICD Unit of the World Health Organization. WHO, Geneva, 1980.

Schneider, W. An ambulatory care classification system. Design, development and evaluation. (1979) *Health Serv. Res.* **14**, 77-87.

Tindall, H. L. et al. The NAPCRG process classification for primary care. (1981) *J. Fam. Pract.* **12**, 309-312.

Wood, M. Family medicine classification systems in evolution. (1981) *J. Fam. Pract.* **12**, 199-200.