

Waarom gaat iemand naar de huisarts?

Een internationale studie met de Reason For Encounter Classification

H. LAMBERTS*, S. MEADS** EN M. WOOD***

In deze bijdrage wordt verslag uitgebracht van een grootscheepse internationale studie met de Reason For Encounter Classificatie. Via negen deelstudies in acht landen werden in totaal meer dan 90.000 redenen voor contact met de huisarts vastgelegd. Uit het bijeengebrachte materiaal komen natuurlijk talrijke verschillen naar voren; veel opvallender zijn echter de overeenkomsten tussen de deelnemende landen. Kennelijk heeft de huisartsgeneeskunde zich ontwikkeld tot een discipline met zeer specifieke kenmerken die praktisch overal ter wereld van toepassing zijn: van Kuala Lumpur tot Sao Paolo, van Maastricht tot Trondheim, en van Sidney tot Boedapest blijkt de huisartsgeneeskunde een verworvenheid met een onmiskenbaar eigen gezicht.

Inleiding

In dit tijdschrift is bij herhaling bericht over de Reason For Encounter Classificatie (RFEC): de classificatie van redenen om naar de huisarts te gaan.¹⁻⁴ Na een eerste proefonderzoek door de monitoringgroep is de RFEC op een aantal punten bijgesteld en vervolgens onder auspiciën van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) toegepast in een achttal landen: Australië, Barbados, Brazilië, Hongarije, Maleisië, Nederland, Noorwegen en de Verenigde Staten. In totaal zijn 90.497 voor bewerking bruikbare redenen voor contact (RFE's) geanalyseerd. Met de resultaten hiervan wordt een beeld gegeven van de problemen waarmee patiënten in een aantal zeer verschillende landen naar hun huisarts gaan.

De vraagstelling van het onderzoek is eenvoudig en globaal:

- welke verschillen en overeenkomsten met betrekking tot de hulpvraag van de patiënt zijn er tussen de deelnemende landen;
- welke clusters van RFE's doen zich voor?

* Gezondheidscentrum Ommoord, Rotterdam.
** WHO Center for Classification of Diseases for North America, National Center for Health Statistics, Washington (D.C.), USA.
***Department of Family Practice, Virginia Commonwealth University, Richmond (Va), USA.

Methode

Reason For Encounter Classificatie. Iemand komt in contact met de gezondheidszorg door zich als patiënt te wenden tot een hulpverlener, meestal een huisarts. De huisarts vraagt de patiënt waarvoor hij komt en wat zijn klachten zijn, hij verheldert de hulpvraag, neemt een aantal beslissingen, stelt een diagnose en gaat tenslotte al dan niet tot actie over.

Bij de Reason For Encounter Classificatie (RFEC) gaat het om het registreren van de hulpvraag en niet van de morbiditeit. De arts legt de reden waarom de patiënt komt zoveel mogelijk vast in diens eigen woorden en niet in de vorm van een diagnose.

De RFEC is een twee-assige classificatie, bestaande uit zestien hoofdstukken en zeven componenten (figuur 1). Dertien hoofdstukken hebben betrekking op de verschillende onderdelen van het menselijk lichaam; daarnaast zijn er drie hoofdstukken getiteld: *General*, *Psychological* en *Social*. Aparte hoofdstukken met infectieziekten, neoplasmata, traumata en congenitale aandoeningen ontbreken; deze specifieke onderdelen zijn ondergebracht in de zevende component, *Diagnoses and diseases*, van 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 heeft een eenvoudige structuur en is gemakkelijk te gebruiken, vooral door de zeven identieke componenten binnen de hoofdstukken en de vaak identieke codes per component. In figuur 1 is dit aan de hand van het hoofdstuk *D-tractus digestivus*-geïllustreerd.

Veldstudies. In 1981 verrichtten tien leden van de monitoringgroep een proefonderzoek met de Reason For Encounter Classificatie: zij classificeerden toen in totaal 7503 problemen.^{2,5} Op grond van dit proefonderzoek heeft de WHO-werkgroep die verantwoordelijk is voor de RFEC†, een aantal wijzigingen in de classificatie aangebracht. De werkgroep heeft daarop een grootscheepse internationale studie opgezet, waarbij niet alleen „rijke”, maar ook „arme” landen waren betrokken.

De meeste leden van de WHO-werkgroep zijn tevens lid van de classificatiecommissie van de WONCA, waardoor zij kunnen beschikken over praktische ervaring met internationaal vergelijkend onderzoek in de huisartspraktijk.

Voor elk deelnemend land was een van de leden van de werkgroep verantwoordelijk; hij organiseerde, meestal samen met een plaatselijke *principal investigator*, het onderzoek (figuur 2). De analyse van het materiaal is door de kerngroep uitgevoerd in Genève bij de WHO. In alle landen is hetzelfde registratieformulier gebruikt (*bijlage*). De hulpverlener omschreef daarop de redenen voor het contact zoveel mogelijk in de eigen woorden van de patiënt en codeerde vervolgens deze redenen. Op de achterkant van het formulier kon men bovendien aangeven, welke redenen voor contact niet goed waren te coderen, welke fouten in de index en het onderzoeksprotocol werden aangetroffen, en welke eventuele op- en aanmerkingen men nog meer had.

Aldus zijn ruim 90.000 redenen voor contact gecodeerd en geanalyseerd.

Statistiek. In dit artikel wordt nauwelijks gebruik gemaakt van statistische technieken; alleen aan de gebruikte methoden van clustering moet enige aandacht worden besteed.

Tabel 5 geeft een overzicht van de zestig

† Prof. Maurice Wood (USA), Chairman, Prof. Bent Bentsen (Noorwegen), Prof. Charles Bridges-Webb (Australië), Dr. Karel Kupka (WHO, Genève), Dr. Henk Lamberts (Nederland), Ms. Sue Meads (NCHS/DHHS, USA), Dr. M. K. Rajakumar (Maleisië).

Figuur 1 – Figure 1. De structuur van de Reason For Encounter Classificatie: zestien hoofdstukken met elk zeven componenten – The structure of the Reason For Encounter Classification: sixteen chapters with each seven components.

COMPONENTS	CHAPTERS															
	A-General	B-Blood, blood forming	D-Digestive	F-Eye	H-Ear	K-Circulatory	L-Muskuloskeletal	N-Neurological	P-Psychological	R-Respiratory	S-Skin	T-Metabolic, Endocrine, Nutr	U-Urinary	X-Female genital	Y-Male genital	Z-Social
1. Symptoms and complaints																
2. Diagnostic, screening prevention																
3. Treatment, procedures, medication																
4. Test results																
5. Administrative																
6. Other																
7. Diagnoses, diseases																

- | | | |
|--|---|---|
| <p><u>Symptoms and Complaints</u>
 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 Jaundice
 D27 Change Abd. Size
 D28 Fear of Digest. Disease
 D29 Other Symp/Compt. Digest.</p> <p><u>Diagnostic Screening, and Preventive Procedures</u>
 D30 Spec. Exam./Routine Physical
 D32 Blood Test
 D34 Urine Test
 D35 Sensitization Test
 D36 Feces Exam/Test
 D37 Endoscopy, Proto/Sigmoidoscopy
 D39 Biopsy
 D40 Radiology, Diagnostic
 D42 Cytology</p> | <p>D45 Exposure, Infect. Disease
 D46 Other Diagnostic Procedure
 D48 Other Screen. Prev. Proc. High Risk</p> <p><u>Treatment, Procedure, and Medication</u>
 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</p> <p><u>Test Results</u>
 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</p> <p><u>Administrative</u>
 D66 Administrative</p> <p><u>Other</u>
 D67 Other Reason for Contact, NEC</p> | <p><u>Diagnoses and Diseases</u>
 D71 Intest. Dis. Presumed Infect.
 D72 Herpes Simplex, Mouth Lips NOS
 D73 Mumps
 D74 Infectious 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 Ulcer
 D88 Gastritis, Duodenitis
 D89 Appendicitis
 D90 Inguinal Hernia
 D91 Hiatus Hernia (Diaph.)
 D92 Other Abd. Hernias
 D93 Divert. Dis. Intestines
 D94 Irrit. Bowel Syndrome
 D95 Chr. Enteritis, Ulc. Colitis
 D96 Anal Fiss/Perinal Abscess
 D97 Cirrhosis/Other Liver Disease</p> |
|--|---|---|

Figuur 2. De deelnemende landen en de onderzoekers.

<p>Australië. Prof. Charles Bridges-Webb organiseerde het veldonderzoek met voornamelijk huisartsen in en rond Sydney. De classificatie en de registratie vonden plaats in het Engels.</p> <p>Barbados. Prof. Maurice Wood was tezamen met Dr. Mike Hoyos verantwoordelijk. Het lukte hier niet om het gewenste aantal van ongeveer 10.000 waarnemingen te halen. De classificatie en de registratie vonden plaats in het Engels.</p> <p>Brazilië. Ms. Sue Meads en Dr. Ruy Laurenti waren verantwoordelijk voor het veldonderzoek in en rond Sao Paulo waaraan, naast huisartsen, ook <i>community health workers</i> en verpleegkundigen deelnamen. De classificatie en de registratie vonden plaats in het Portugees.</p> <p>Hongarije. Dr. Marianne Szatmari en Dr. Henk Lamberts waren verantwoordelijk voor het veldonderzoek in Boedapest, waaraan alleen huisartsen deelnamen. De classificatie was in het Hongaars, de registratie eveneens, maar deze is in het Engels vertaald voor het inbrengen in de computer.</p> <p>Maleisië. Hier trad Dr. Rajakumar op als coördinator; alleen huisartsen in Kuala</p>	<p>Lumpur namen aan het onderzoek deel. De classificatie en de registratie vonden plaats in het Engels.</p> <p>Nederland. Prof. Dr. C. A. de Geus en Dr. Henk Lamberts waren verantwoordelijk voor het veldonderzoek in Maastricht en omgeving. Acht huisartsen participeerden. De classificatie was in het Engels, de registratie in het Nederlands. De informatie werd op een tape in Genève aangeleverd.</p> <p>Noorwegen. Prof. Bent Bentsen werkte met elf huisartsen in en rond Trondheim en produceerde eveneens een tape. De classificatie vond plaats in het Engels, de registratie in het Noors.</p> <p>Verenigde Staten, huisartsen. Prof. Maurice Wood organiseerde het huisartsgeneeskundig aandeel van het veldonderzoek in en om Richmond, Virginia. De classificatie en de registratie vonden plaats in het Engels.</p> <p>Verenigde Staten, verpleegkundigen. Ms. Sue Meads verzamelde samen met 22 verpleegkundigen ruim 8000 waarnemingen op verschillende plaatsen in de Verenigde Staten. De classificatie en de registratie vonden plaats in het Engels.</p>
---	--

meest voorkomende RFE's; voor elk van deze RFE's zijn het gemiddeld aantal RFE's per contact en de standaarddeviatie berekend. Vanzelfsprekend gaat het in deze top-60 lijst vaak om problemen die samen met andere problemen voorkomen, en het is van belang deze *clusters* op te sporen. Daarnaast is er ook een technische reden waarom clustering van belang is. Tijdens de veldstudies bleken sommige deelnemers te vrezen dat het al dan niet tegelijk coderen van verschillende, maar in beginsel simultaan voorkomende redenen voor contact, tot een vertekening van de uitkomsten zou kunnen leiden. Op voorhand was bekend dat dit het geval zou zijn bij drie probleemgebieden: hypertensie, acute luchtweginfecties en acute maag-darminfecties. Bij het trainen van de deelnemers is er

steeds op gewezen, dat men vrij was te coderen wat men zelf relevant achtte. Daarom was het belangrijk dat vastgesteld zou worden, welke verdere problemen zich met betrekking tot clustering zouden voordoen – dit in de verwachting dat dergelijke problemen met een eenvoudig codeeradvies zouden zijn op te lossen. Om de mate van clustering te beoordelen, is de Student t-toets gebruikt. De gecorrigeerde t-waarde geeft aan, in welke mate de clustering voor een bepaalde code afwijkt van de clustering van de overige RFE's. Een t-waarde van 2,6 of groter betekent dat het verschil significant is ($p \leq 0.01$). Daarnaast is een meer gedetailleerde methode toegepast, waarbij van clusters werd gesproken als aan twee voorwaarden werd voldaan:

- de RFE diende minstens honderd maal gecodeerd te zijn;
- de bijbehorende RFE diende in minstens 10 procent van de gevallen tegelijkertijd te zijn gecodeerd.

Resultaten

Uit *tabel 1* blijkt dat de 132 deelnemers zeer zorgvuldig hebben gewerkt: 229 *illegitimate codes* op een totaal van 90.497 gecodeerde RFE's. Het streefgetal van minimaal 10.000 waarnemingen per land is bijna steeds gehaald en het gemiddeld aantal waarnemingen per deelnemer bedraagt in bijna alle gevallen meer dan 500.

Het gemiddelde aantal RFE's per contact loopt slechts weinig uiteen; alleen in de Verenigde Staten ligt het betrekkelijk laag: kennelijk wordt daar meestal slechts één RFE per contact vastgelegd.

Globale gegevens

Uit *tabel 2* blijkt dat de rol van de in de vorm van een diagnose geformuleerde RFE's beperkt is tot nog geen 13 procent. Deze component is vooral van belang voor de hoofdstukken B (bloed en bloedvormende organen), F (oog), H (oor), S (huid), T (endocriene apparaat), Y (mannelijk genitaal apparaat) en vooral K (bloedsomloop). Kennelijk presenteren mensen dit soort gezondheidsproblemen relatief vaak in de vorm van een diagnose.

De meerderheid van alle RFE's heeft de vorm van een symptoom of klacht (component 1). Dit treedt het meest op de voorgrond in de hoofdstukken D (tractus digestivus), F en H (zintuigen), N (zenuwstelsel), L (bewegingsapparaat) en R (luchtwegen). Ook psychische en sociale problemen (P en Z) komen vooral in de eerste component terecht.

In ruim 10 procent van de gevallen komen patiënten voor een diagnostische of preventieve maatregel (component 2). In deze component vallen vooral het algemene hoofdstuk (inenting) en het

Tabel 1 – Table 1. Enkele kwantitatieve gegevens over de negen veldstudies – Some quantitative data on the nine field trials.

	Australia	Barbados	Brazil	Hungary	Malaysia	Netherlands	Norway	US Doctors	US Nurses	Total
Total number of accepted RFE's	10863	2109	16271	12654	9518	15070	11785	4041	8131	90497
Number of participants	18	4	23	24	13	8	11	9	22	132
Number of RFE's per encounter and standard deviation	1.47 (0.77)	–	1.70 (0.94)	1.50 (0.84)	1.48 (0.75)	1.69 (0.76)	1.61 (0.78)	1.16 (0.48)	1.09 (0.39)	1.36 (0.69)
Illegitimate codes	13	1	17	29	17	125	5	6	16	229
Number of records to be corrected	116	10	57	47	68	0	0	24	48	370

Table 2 – Table 2. *Verdeling van 90497 RFE's over de hoofdstukken en componenten (percentages per hoofdstuk) – Distribution of 90497 RFE's over the chapters and components (percentages per chapter).*

Components	Chapters														Total number	Component as percentage of total		
	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, Nutr.	U-Urinary	X-Female genital			Y-Male genital	Z-Social
1. Symptoms and complaints	52.8	19.4	77.7	71.4	70.7	24.0	70.7	79.7	66.2	73.4	54.3	17.0	56.5	49.1	60.8	66.9	53376	59.0
2. Diagnostic, screening, prevention	22.8	17.0	2.7	2.0	6.1	11.7	1.8	1.6	0.9	5.0	1.2	14.4	9.2	32.2	5.4	6.6	9329	10.3
3. Treatment, procedures, medication	5.2	23.1	4.8	3.8	2.9	18.8	8.6	9.1	25.9	4.1	13.2	22.0	4.7	7.2	13.2	3.9	7938	8.8
4. Test results	3.0	22.7	4.7	6.8	0.3	2.2	2.5	0.8	0.5	1.1	0.2	10.3	9.0	2.1	1.3	0.7	2356	2.6
5. Administrative	8.9	0.7	0.6	4.4	0.5	1.0	2.4	1.3	1.7	0.4	0.7	1.7	0.4	0.8	0.8	9.5	2369	2.6
6. Other	4.6	2.0	1.5	1.6	2.3	12.7	2.2	1.4	2.6	2.3	1.9	5.0	4.3	4.5	1.3	12.5	3601	4.0
7. Diagnoses, diseases	2.7	15.2	8.0	16.1	17.2	29.7	11.8	6.1	2.2	13.6	28.6	29.6	15.9	4.1	17.2	-	11473	12.7
Chapter total (absolute numbers)	16805	908	8816	1593	3033	8935	8418	3595	3128	16023	1622	2403	1861	6516	615	1171	90497	
Chapter as percentage of total	18.6	10.7	9.7	1.8	3.4	9.9	9.3	4.0	3.5	17.7	7.3	2.7	2.1	7.2	0.7	1.3		100

vrouwelijk genitaal apparaat (uitstrijkjes en zwangerschapscontroles) op. In bijna 9 procent van de gevallen komen mensen voor een recept of behandeling (component 3). Hier springen de

hoofdstukken B, K, P en T er uit. Ervaren mensen gezondheidsproblemen als anemie, hypertensie, slaapproblemen en diabetes vooral als afwijkingen waarvoor zij een recept willen hebben?

Tabel 3 laat zien dat de leeftijd een uitgesproken rol speelt: oudere mensen noemen vaker een diagnose als RFE en komen vaker voor een recept of behandeling.

Table 3 – Table 3. *Invloed van leeftijd, geslacht, plaats van contact en soort hulpverlener op de verdeling van 90 479 RFE's over de componenten (percentages per variabele) – Influence of age, sex, place of encounter and provider type on the distribution of 90 479 RFE's over the components (percentages per variable).*

Components	TOTAL	Age						Sex	Place					Providers					
		0 - 4	5 - 14	15 - 24	25 - 44	45 - 64	65+		Females	Physician's Office	Health Centre	Ambul. care facility	Home	Hospital	GP/FP	Other physician	Nurse practiti.	Physician's assistant	Other nurse
1. Symptoms and complaints	59.0	68.1	70.4	60.6	61.6	52.9	46.2	58.4	59.3	57.3	43.8	59.5	79.0	61.9	53.3	44.2	58.6	26.3	11.2
2. Diagnostic, screening, prevention	10.3	14.0	7.6	14.0	11.1	7.2	7.9	66.7	7.5	18.0	25.9	5.2	1.8	7.0	5.6	23.8	17.8	46.3	43.2
3. Treatment, procedures, medication	8.8	1.1	3.2	6.4	7.9	13.7	16.4	60.9	10.8	3.4	6.5	13.9	1.8	9.3	13.9	12.6	2.1	2.8	1.5
4. Test results	2.6	2.4	2.5	1.7	2.5	3.2	3.0	59.3	2.5	4.1	2.9	0.9	0.6	2.4	9.0	1.4	7.4	0.2	0.6
5. Administrative	2.6	0.7	1.3	4.1	3.4	3.0	2.5	52.6	2.9	1.7	5.3	1.1	1.2	2.5	2.9	5.2	2.6	0.3	9.1
6. Other	4.0	4.3	1.5	2.4	3.0	5.3	6.1	59.6	3.5	3.8	4.7	6.3	5.8	3.8	5.9	2.5	4.7	2.3	31.9
7. Diagnoses, diseases	12.7	9.5	13.6	10.7	10.5	14.6	18.0	54.2	13.5	11.7	10.8	13.2	9.8	13.1	9.3	10.3	6.9	21.7	2.5
Total	100	16.4	8.7	12.3	26.2	19.8	16.7	58.9	62.3	18.5	6.5	6.4	5.8	82.6	0.5	5.6	6.3	3.4	0.9

Tabel 4 – Table 4. Invloed van de status van het probleem op de verdeling van alle RFE's over de hoofdstukken en componenten: percentage vervolgcontacten – Influence of the status of the problem on the distribution of all RFE's over the chapters and components: percentage follow up encounters.

Components	Chapters																
	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, Nutr.	U-Urinary	X-Female genital	Y-Male genital	Z-Social	Total
1. Symptoms and complaints	20.5	17.6	21.7	13.7	20.9	56.9	30.3	31.0	47.2	20.5	18.7	31.8	21.5	36.7	16.3	36.9	25.8
2. Diagnostic, screening, prevention	44.5	49.4	47.0	54.8	38.6	71.8	62.7	70.2	59.3	54.9	69.7	70.4	59.7	42.4	27.3	18.2	49.7
3. Treatment, procedures, medication	64.3	91.9	67.3	56.7	55.1	85.1	82.0	81.4	82.0	66.5	70.6	87.9	74.7	56.4	67.9	65.2	75.7
4. Test results	51.5	33.0	51.8	75.0	37.5	78.7	87.3	86.2	73.3	73.3	92.9	89.1	79.8	58.5	100	12.5	64.3
5. Administrative	22.6	50.0	47.2	40.0	56.3	63.0	62.8	58.3	51.9	32.4	43.5	60.0	37.5	46.0	60.0	18.0	32.1
6. Other	59.9	88.9	79.6	61.5	82.6	94.9	87.2	88.0	85.2	80.4	81.3	94.2	82.3	30.5	75.0	68.5	77.0
7. Diagnoses, diseases	27.4	50.0	43.4	26.9	70.2	81.8	63.9	63.9	92.9	44.9	35.4	79.9	70.6	65.4	64.2	–	57.7
Total	31.4	50.2	28.7	20.7	33.1	76.7	42.8	39.8	58.5	29.4	32.4	73.5	43.2	41.4	34.3	38.7	

Slechts 6 procent van alle RFE's heeft betrekking op visites; alle andere contacten vinden plaats in de spreekkamer, in het gezondheidscentrum, in een polikliniek, in een *emergency room* en in het ziekenhuis. Daarbij is belangrijk dat de meeste inentingen in een gezondheidscentrum of een andere eerstelijns voorziening plaatsvinden, en dat de spreekkamer en de visites vooral een rol spelen bij het geven van recepten en behandelingen.

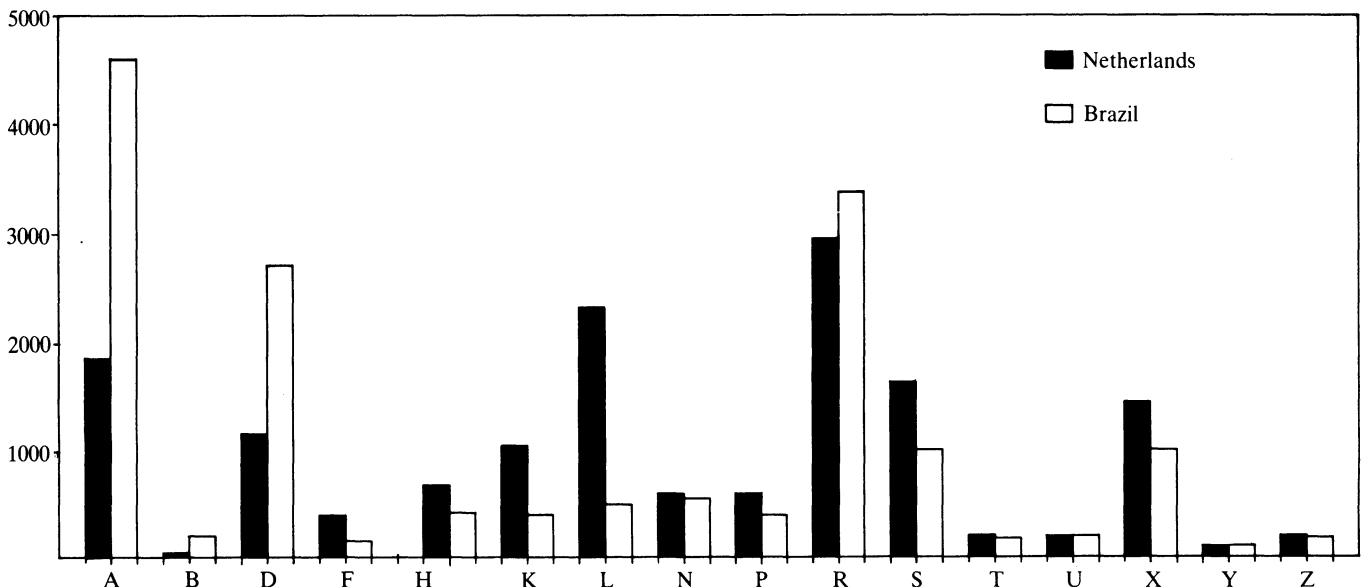
Ruim 16 procent van alle redenen voor

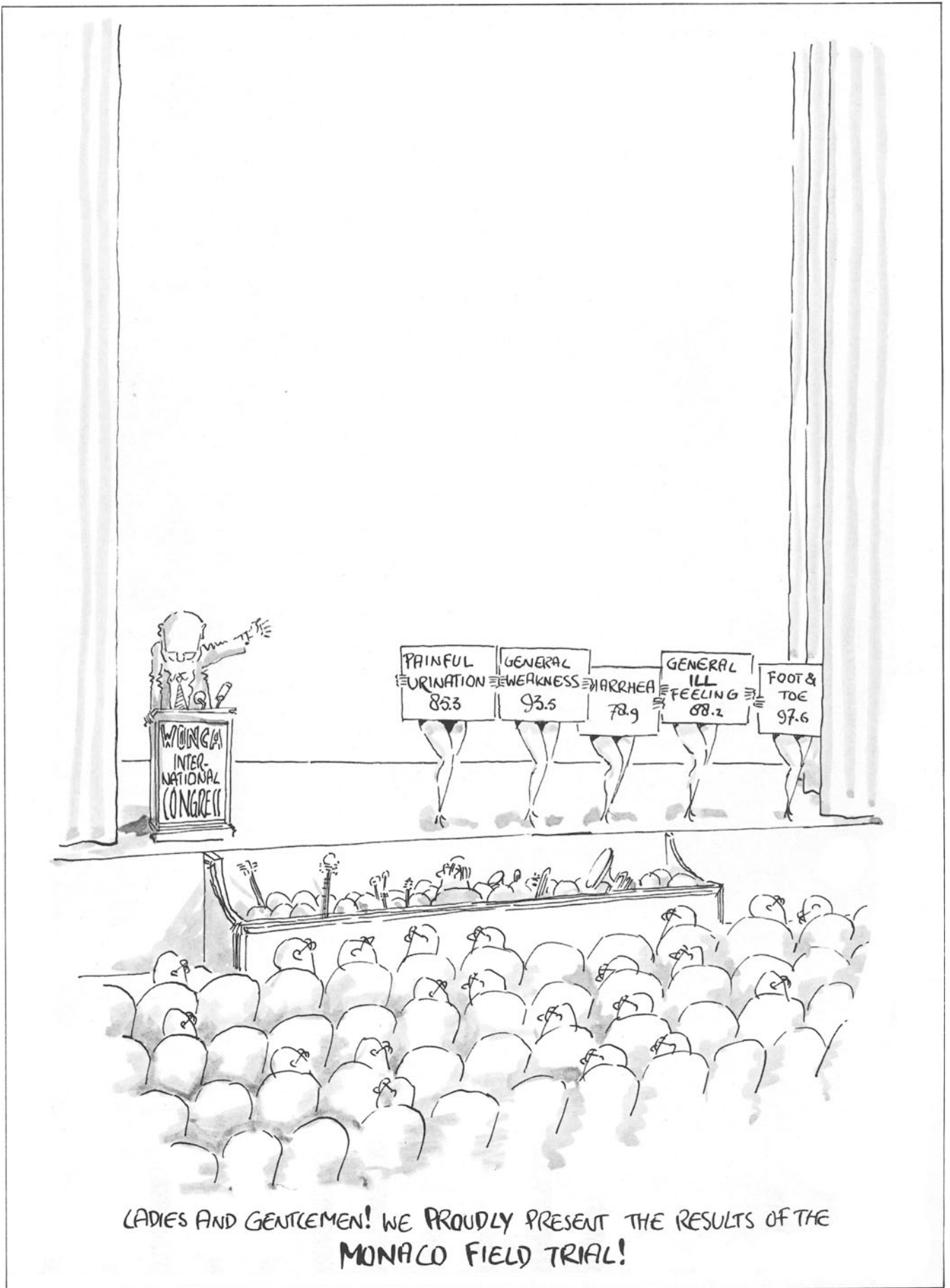
contact is vastgelegd door niet-artsen: *nurse practitioner*, *physician assistant*, overige verpleegkundigen en de *community health worker*. Bij hen valt de nadruk op het verrichten van een beperkt aantal diagnostische en preventieve handelingen: inentingen, consultatiebureaus en prenatale zorg. In de Verenigde Staten spelen de verpleegkundigen bovendien een belangrijke rol in de speciale poliklinieken voor hypertensie en diabetes, wat verklaart dat zij relatief vaak een diagnose coderen. In het

algemeen kan gesteld worden dat de huisarts vooral geconfronteerd wordt met de klacht- en diagnose-RFE's, en dat de overige eerstelijns hulpverleners een belangrijk deel van de preventie en de routinezorg voor hun rekening nemen.

Tabel 4 laat zien dat de symptomen- en klachtencomponent relatief weinig betrekking heeft op herhalingscontacten. Uitzonderingen zijn de tractus circulatoir en de psychische problemen. Kennelijk is men geneigd deze twee

Figuur 3 – Figure 3. Verdeling van de RFE's over de hoofdstukken in Nederland (n = 15 070) en in Brazilië (n = 16 271); absolute aantallen – Distribution of RFE's over the chapters in the Netherlands (n = 15 070) and in Brazil (n = 16 271); absolute numbers.





Synopsis

Lamberts H, Meads S, Wood M.
Why go to a doctor? An international study with the Reason For Encounter Classification. *Huisarts en Wetenschap* 1984; 27: 234-44.

Introduction. The Reason For Encounter Classification (R FEC) has been discussed in this journal on several occasions.¹⁻⁴ After a pilot study by the monitoring group the R FEC has been adjusted on several points and then introduced under the auspices of the World Health Organization (WHO) in eight countries: Australia, Barbados, Brazil, Hungary, Malaysia, The Netherlands, Norway and the United States. A total of 90,497 encodable Reasons For Encounter (RFE) have been analysed. The results give an indication of the reasons for patients in a number of very different countries to go to their general practitioner. The questions to be answered by this study are simple and global:

– which differences and similarities in patients' RFE's exist between the participating test sites;

– which clusters of RFE's can be found?

Methods. The R FEC classifies the patients' RFE; not morbidity. Essentially the physician classifies the patient's RFE in the patient's own words and not in the form of a diagnosis. The R FEC is a biaxial classification with sixteen chapters and seven components (figure 1).

Results. Table 1 shows that the 132 participants worked very accurately: only 229 illegitimate codes resulting in a total of 90,497 coded RFE's. The nominal minimum of 10,000 observations per country was nearly always attained, and the average number of observations per participant exceeded 500 in nearly all cases. There was little disparity in the mean number of RFE's encounter; only in the USA was this mean relatively low; evidently most of the times only one RFE is classified per encounter.

• **Global data.** Table 2 shows that the importance of the RFE's classified in the form of a diagnosis is limited to less than 13 per cent. This component is of particular importance for the chapters B (blood and haematopoietic system), F (eye), H (ear), S (skin), T (endocrine system), Y (male geni-

tal system) and especially K (circulatory system). Patients with suchlike health problems evidently complain relatively often in the form of a diagnosis.

Most RFE's take the form of a symptom or complaint (component 1). This is most prominent in chapters D (digestive system), F and H (sense organs), N (nervous system), L (musculoskeletal system) and R (respiratory system). Most psychological and social problems (P and Z) are likewise expressed in component 1.

In at least 10 per cent of all cases patients come for a diagnostic or preventive intervention (component 2). This component encompasses especially the general chapter (inoculations) and the female genital system (smears and pregnancy check-ups). In nearly 9 per cent of all cases patients require a prescription or therapy (component 3). Chapters B, K, P and T are most prominent here. Do people experience health problems such as anaemia, hypertension, insomnia and diabetes mostly as problems for which they want a prescription?

• **Differences between countries.** Figure 3 gives an indication of the relative significance of the different chapters in two of the participating countries: The Netherlands and Brazil. In Brazil the chapters A, D and R play an important role, mainly due to infectious diseases; in The Netherlands „life style“-diseases stand out, as demonstrated by the relative importance of the chapters concerning the circulatory system, the musculoskeletal system and psychological problems.

Table 5 elaborates on this picture for all participating countries: it lists the sixty most common RFE's (jointly responsible for 58 per cent of the total information) and also indicates the rank order of the twenty most common RFE's for each country separately. Cough, fever and a sore throat unmistakably rank first. They are followed by various aspects of hypertension: diagnosis, therapy, repeat encounters for hypertension, and „blood pressure problems“. The various preventive and administrative aspects of primary health care rank third, and in some countries complaints about the digestive tract rank fairly high. Lower on the list the picture is more divergent.

Some details have been added to the list of table 5, indicating the relative frequency of follow-up encounters for the top 60 RFE's, the relative importance of sex, the relative frequency of house calls and the proportion of RFE's presented to a family doctor. The picture which emerges is fascinating; it outlines the characteristic pattern of general practice and the way in which we communicate with our patients. From Kuala Lumpur to Sao Paolo, from Maastricht to Trondheim and from Sidney to Budapest general practice presents a face that is entirely its own.

• **Clusters.** Further investigation into the presence of clusters revealed that clusters in each of three problem areas – hypertension, acute respiratory infections and acute gastro-intestinal infections – play a prominent role nearly everywhere. Cough and fever are often associated with a sore throat and rhinorrhoea. Diarrhoea and vomiting correlate and are often accompanied by fever, and sometimes by coughing. Hypertension, a prescription and taking the blood pressure are likewise associated. The number of new clusters found was small.

Discussion. The final version of the R FEC will be completed in the course of this year but the name – Reason For Encounter Classification – will disappear. The R FEC will be incorporated in a new classification – the International Classification of Primary Care (ICPC) – which can be used not only to classify reasons for encounter but also to classify all ICHPPC-2 diagnoses.⁷ In addition the main features of the process in general practice can be coded with ICPC.^{5, 8} Thus it will be possible to use the ICPC to classify three of the four elements of problem-oriented registration:

– S: subjective or reason for encounter (R FEC);

– E: evaluation of diagnosis (ICHPPC-2 defined);

– P: plan of interventions in general practice (Process code).

Keywords: Classification; Clustering; Complaints; subjective; Diagnosis; Primary care; Problem orientation; Reason for encounter; Study, international; WHO.
Address of first author: Health Centre Ommoord, Briandplaats 15, 3068 JJ Rotterdam, The Netherlands.

soorten problemen met een symptoom of klacht te benoemen. De vier centrale componenten (2 t/m 6), die het proces beschrijven, hebben vooral betrekking op herhalingscontacten.

Verschillen tussen de landen

Figuur 3 geeft een beeld van de relatieve betekenis die de verschillende hoofdstukken hebben in twee van de deelnemende landen, Nederland en Brazilië. In Brazilië spelen – vooral door de infec-

tieziekten – de hoofdstukken A, D en R een voorname rol, terwijl in ons land de nadruk meer ligt op de „leefstijl“-ziekten, wat blijkt uit de relatieve betekenis van de hoofdstukken betreffende de tractus circulatorius, het bewegingsapparaat en de psychische problematiek.

In tabel 5 is dit beeld nader uitgewerkt voor alle deelnemende landen: de tabel geeft de zestig meest voorkomende

RFE's (samen verantwoordelijk voor 58 procent van de totale informatie). Bovendien is in de tabel voor elk land de rangorde van de eerste twintig RFE's aangegeven.

Hoesten, koorts en keelpijn staan onbetwist bovenaan. Op de tweede plaats komen de verschillende aspecten van hypertensie: de diagnose hypertensie, de behandeling, een herhalingscontact wegens hypertensie en „bloodpressure problems“. De verschillende preven-

Table 5 – Table 5. De zestig meest voorkomende RFE's (aantallen); de twintig meest voorkomende RFE's per veldstudie (rangnummers); vervolcontacten, vrouwen, huisbezoek en huisarts als hulpverlener (percentages); gemiddeld aantal RFE's per contact, standaardafwijking en t-waarde – The sixty most common RFE's (absolute numbers); the twenty most common RFE's per site (rank numbers); follow up encounters, females, home visits, GP as provider (percentages); average number of RFE's per encounter, standard deviation and t-value.

Reasons for encounter	Total (abs)	Australia	Barbados	Brazil	Hungary	Malaysia	Netherlands	Norway	US-doctors	US-nurses	Follow up encounter (%)	Female patient (%)	Home visit (%)	General practitioner (%)	Average number of RFE's per encounter	S.D.	t-value
1 R17 Cough	4434	2	1	2	6	1	1	1	3		20.0	51.8	5.9	91.4	1.94	1.03	39.54
2 A18 Fever	3633	17	16	1	5	2	3	2	7		12.9	50.3	9.9	88.1	2.13	1.12	43.22
3 R21 S/C throat	2206	3	11	7	7	4	5		2	3	18.9	56.4	2.6	76.8	1.61	0.86	14.05
4 K83 Uncompl. hypertension	1834	18	2			15	2	16	4	2	84.7	60.1	4.0	62.1	1.50	0.80	7.42
5 A30 Examination	1749		6	3					1	6	48.0	52.0	3.0	50.3	1.69	1.43	9.92
6 A66 Administrative	1497		3	14	3			5		5	22.6	51.0	1.3	70.3	1.32	0.70	-2.19
7 K50 Medication	1391	1			2	8					85.8	62.4	13.4	94.7	1.85	1.06	17.52
8 D16 Diarrhea	1312	13		6	18	3					18.1	47.3	5.7	82.9	1.96	1.25	17.63
9 A45 Preventive immunization/med.	1279	8	8	9						1	48.0	52.0	0.2	21.7	1.42	1.24	1.72
10 H10 Earpain, earache	1268	5	17	11			9	7	6	7	21.7	50.6	2.6	77.3	1.53	0.96	6.28
11 R15 Head cold nos	1228			4	19			11	11		15.8	53.1	2.0	69.9	2.07	1.21	20.79
12 N10 Headache	1196		14	10		11	8	9	10		25.9	63.7	4.4	88.5	2.00	1.02	21.95
13 N17 Vertigo/dizziness	1124		10		9	7		12	15		33.4	69.8	10.7	91.6	2.01	1.12	19.70
14 K67 Follow up encounter, unspec.	1104				1						96.2	63.9	17.3	96.5	1.55	0.85	7.39
15 D11 Localized abdominal pain	1090		15	13		6	10				29.7	62.2	4.9	93.1	1.68	0.91	11.92
16 D15 Vomiting	1087			5		12					14.5	53.5	8.1	86.6	2.26	1.21	24.72
17 K13 Bloodpressure problems	1043		9		4					11	73.0	64.1	13.4	71.1	1.63	0.82	10.58
18 A19 General weakness, tiredness	1030		19		10	16	15	6	13		34.6	66.3	12.1	85.5	2.05	1.11	20.18
19 S13 Rash skin nos	1009	7	4			13	7	20	8	19	22.5	54.5	3.1	88.7	1.52	0.85	5.95
20 D10 Generalized abdom. pain	836	15				14	13		12		24.0	59.7	7.4	92.3	1.75	1.14	9.86
21 S11 Localized lesion	821	10		12				11	19		16.8	50.7	3.4	87.9	1.60	0.91	7.53
22 P50 Medication	769	4			20	10	14				82.6	56.1	6.2	95.5	1.83	1.04	12.77
23 R19 Shortness of breath	767			15	16		17				36.3	55.5	17.3	88.3	2.05	1.15	16.82
24 L11 Back S/C	726						6				33.3	55.8	7.0	87.5	1.70	1.01	9.05
25 X47 Contraceptive Medication	715					4					54.8	100	1.8	91.3	1.56	0.80	6.66
26 L12 Low back S/C	686		20		17			18			35.7	53.5	6.7	93.7	1.51	0.85	4.61
27 X22 Pregnancy, no complaint	681	12	13			20		3			74.6	100	0.6	80.0	1.14	0.49	-11.60
28 A11 Pain chest: NEC	666						16		9		24.5	56.0	9.2	91.6	1.78	0.98	11.03
29 R12 Nasal congestion	660					5					23.0	45.8	0.9	89.6	1.87	0.96	13.88
30 S14 Skin itching, irritation	650					9					20.6	56.2	2.8	87.2	1.64	0.93	7.66
31 P08 Feeling anxious, nervous, tense	641	14						17	16		50.9	68.0	5.6	92.8	1.83	0.95	12.49
32 X11 Menstruel S/C	615		12	17		17					18.2	100	0.2	89.4	1.54	0.81	5.49
33 A50 Medication	606				11						69.0	64.0	13.0	73.6	1.74	1.02	9.15
34 L15 Knee S/C	605		18				19				32.1	54.1	5.8	95.9	1.52	0.86	4.56
35 L17 Foot and toe S/C	563								20		21.7	54.0	3.2	89.0	1.45	0.80	2.66
36 L14 Leg S/C	561						20				28.5	54.1	14.3	87.3	1.68	0.93	8.13
37 K30 Examination	550	6									71.5	62.4	7.1	85.5	1.72	0.86	9.79
38 R50 Medication	548				13	18					69.5	54.0	7.7	69.6	1.14	0.50	-5.94
39 A67 Follow up encounter	546		7	8							76.0	53.9	6.0	62.8	1.79	1.66	6.05
40 T90 Diabetes mellitus	482		5						5		83.4	62.0	5.0	86.1	1.59	0.75	6.71
41 L18 Shoulder S/C	478							14			34.7	56.9	4.0	95.6	1.71	0.98	7.79
42 A20 General ill feeling	473						12				17.6	61.1	22.0	91.5	1.82	1.07	9.34
43 T50 Medication	471				8	19					89.8	66.7	11.3	84.9	1.79	1.03	9.05
44 L10 Neck S/C	454										30.6	63.4	1.8	91.6	1.73	0.93	8.46
45 X13 Vaginal discharge	448										29.9	100	0.2	82.1	1.77	0.92	9.42
46 A12 Pain Head/face NEC	440										25.0	63.9	9.2	95.2	1.86	0.97	10.79
47 L50 Medication	432	11			15						87.5	63.9	20.1	90.1	1.82	1.00	8.76
48 X30 Examination	430							4			46.1	97.2	2.8	88.8	1.54	0.74	5.03
49 R80 Influenza	420			20			18				13.3	50.0	11.5	80.0	1.89	1.40	7.75
50 D29 Other S/C	418										20.3	51.7	6.9	89.7	1.84	1.05	9.33
51 R78 Bronchitis	406										55.2	48.3	4.9	89.4	1.36	0.67	0.00
52 R20 Breathing probl.	398										29.9	50.0	5.0	86.2	2.02	1.05	12.52
53 P12 Disturbances of sleep	396										30.8	56.3	6.3	86.6	2.18	1.29	12.64
54 U10 Painful urination	384										19.5	75.3	3.7	80.0	1.60	0.80	5.87
55 A14 Pain back NEC	373								19		29.2	63.3	6.7	95.4	1.79	1.09	7.61
56 P09 Feeling depressed	369	19						15			58.5	74.0	4.3	96.5	1.84	0.99	12.49
57 K10 Pain attributed heart/circul.	364				14						41.8	56.0	15.9	94.8	1.73	1.11	6.35
58 A49 Other screening/prevent. proc.	357									4	10.6	70.6	6.2	10.7	1.19	0.54	-5.92
59 L22 Hand and finger S/C	355										19.2	53.5	1.7	85.9	1.61	0.98	4.80
60 S12 Generalized/multiple lesions	336										13.7	50.6	3.0	79.8	1.57	0.97	3.96

tieve en administratieve aspecten van de eerstelijns geneeskunde komen op de derde plaats en tenslotte staan in sommige landen de klachten over de tractus digestivus hoog op de lijst. Daarna begint het beeld uit te waaiëren:

In Australië staat de tractus circulatorius voorop, gevolgd door klachten over de luchtwegen. Hier is het verstrekken van slaapmiddelen en tranquillizers een belangrijke taak van de huisarts, evenals de zorg voor diabetes.

Op Barbados zijn huidafwijkingen (skin rash NOS*) belangrijk.

In Brazilië staan de acute infectieziekten van de luchtwegen en van de tractus digestivus voorop, terwijl psychische problemen en problemen van de tractus circulatorius een ondergeschikte rol spelen.

In Hongarije spelen de administratieve taak van de huisarts en de grote belangstelling voor de tractus circulatorius de hoofdrol. Dit blijkt ook uit de lijst met synoniemen: de Hongaarse huisarts neemt in het administratief functioneren van de Hongaarse samenleving een belangrijke plaats in.

In Maleisië staan, net als in Brazilië, de acute infectieziekten van de tractus respiratorius en de tractus digestivus voorop. Duizeligheid is een belangrijke klacht en recepten spelen een grote rol. Het Nederlandse beeld is meer westers: hoge luchtweginfecties en hypertensie staan bovenaan. In ons land springt de pil er uit, en in dit verband rijst de vraag, wie in al die andere landen de anticonceptie regelt. Verder zijn bij ons de klachten over het bewegingsapparaat relatief belangrijk. Oorpijn neemt een middenpositie in, wat ook voor hoofdpijn geldt. Het is opmerkelijk, dat in Nederland het hoofdstuk met de psychische problematiek een weinig uitgesproken plaats inneemt.

Bij de Noren worden de infectieziekten gevolgd door de prenatale zorg, de administratieve taak van de huisarts en door algemene malaiseklachten. Ook voor de Noren speelt het hoofdstuk met de psychische problematiek een weinig opvallende rol.

Een opmerkelijk beeld wordt geboden door de Amerikaanse huisartsen. Algemeen onderzoek – de *check up* – staat bij hen bovenaan, gevolgd door infectieziekten en hypertensie. De zorg voor diabetes mellitus is belangrijk. Ook uit de gedetailleerde gegevens komt een mager beeld van het werk van de Amerikaanse huisarts naar voren. (Het gaat

hier om huisartsen in en rondom Richmond in Virginia). Zoals op vele plaatsen in de Verenigde Staten maken de verhoudingen in de gezondheidszorg, dat de huisarts genoeg moet nemen met een geselecteerd en „geselecteerd” deel van de hulpvraag van patiënten die – af en toe – een beroep op hem doen.

De verpleegkundigen in de Verenigde Staten tenslotte hebben een nog strenger geselecteerd werkterrein. Hier gaat het om preventie, consultatiebureaus, administratieve handelingen en natuurlijk weer om hypertensie.

Aan de lijst van *tabel 5* zijn enige details gekoppeld. Aangegeven is hoe vaak het om een follow-up contact gaat, hoe vaak de klacht betrekking heeft op een vrouw, hoe vaak het om een visite gaat en hoe vaak de klacht aan een huisarts wordt gepresenteerd.

Het beeld is fascinerend. Het karakteristieke patroon van de huisartsgeneeskunde en van de manier waarop wij met onze patiënten omgaan, komt hieruit naar voren: van Kuala Lumpur tot Sao Paolo, van Maastricht tot Trondheim, en van Sidney tot Boedapest blijkt de huisartsgeneeskunde een verworvenheid met een onmiskenbaar eigen gezicht.

Clustering

Uit de laatste drie kolommen van *tabel 5* blijkt dat vooral klachten ten gevolge van acute infectieziekten, hoofdpijn, algemene klachten, psychische problemen en hypertensie vaak samen met een andere RFE aan de orde komen, terwijl de handelingen met betrekking tot preventie en prenatale zorg juist opvallend weinig samen met andere problemen voorkomen (negatieve t-waarde).

Nader onderzoek naar het voorkomen van clusters leverde het volgende op:

- Clusters met een van de probleemgebieden hypertensie, acute luchtweginfecties en acute maag-darminfecties bleken, zoals verwacht, bijna overal een belangrijke rol te spelen. Hoesten en koorts komen vaak tegelijk voor samen met keelpijn en een loopneus. Diarree en braken hangen samen en worden vaak door koorts begeleid. Soms wordt er ook bij gehoest. Hypertensie, het recept en het meten van de bloeddruk zijn eveneens aan elkaar gekoppeld.

- Slechts een klein aantal nieuwe clusters werd gevonden. In Australië zien we het combineren van een recept voor tranquillizers of slaapmiddelen met een recept dat betrekking heeft op het bewegingsapparaat: diazepam en acetosal tegelijk? In Brazilië vindt een inenting

vaak plaats in het kader van een *check up*. Hoofdpijn gaat vaak gepaard met koorts en duizeligheid. Hoofdpijn wordt ook aan problemen met de bloeddruk gekoppeld. Koppelingen aan koorts zijn zeer algemeen: koorts is kennelijk een bijna alomtegenwoordige klacht. In Hongarije worden recepten nogal eens gecodeerd naast de betreffende klacht. Vermoeide mensen vragen vaak direct een recept. In Maleisië worden acute infecties van de tractus respiratorius en van de tractus digestivus vaak tegelijkertijd gecodeerd. Nederland vertoont weinig opmerkelijke clusters, evenmin als Noorwegen; een uitzondering wordt daar gevormd door de neiging tot het koppelen van gedeprimeerde en angstige gevoelens.

Beschouwing

Een van de aardigste uitkomsten van dit onderzoek is het feit dat de resultaten zo weinig afwijken van het beeld dat al in 1981 voor Nederland is geschetst.² Dat geldt voor de geaggregeerde gegevens in *tabel 2*; het geldt eveneens voor de top-60 lijst van *tabel 5*. Alle nationale en lokale verschillen ten spijt, blijkt de eerstelijns geneeskunde in internationaal perspectief vooral op te vallen door overeenkomsten.

Uit dit onderzoek is voorts duidelijk geworden dat de Reason For Encounter Classificatie in uiteenlopende omstandigheden en door verschillende soorten hulpverleners kan worden toegepast. Weliswaar zijn er fouten gemaakt – en vrijwel zeker zijn dat er meer geweest dan bijvoorbeeld in het monitoringproject⁹ – maar dat neemt niet weg dat voor de vaak voorkomende rubrieken betrouwbare informatie is bijeengebracht. En uit deze informatie komt een fascinerend beeld van de huisartsgeneeskunde in een achttal landen naar voren. Dit beeld krijgt nog meer *relief*, wanneer men per code de synoniemen leest: bijna steeds zien we een grote taalkundige diversiteit in de manier waarop de patiënten klagen en deze diversiteit is meestal groter binnen de afzonderlijke landen, dan tussen de landen onderling. Ondanks de verschillen in taal en cultuur, zijn de mogelijkheden om de verschillende vormen van hinder en ongemak te beschrijven, opmerkelijk gelijkvormig.

In de loop van dit jaar zal de eindversie van de RFEC gereedkomen. De naam Reason For Encounter Classification zal dan overigens verdwijnen. De RFEC zal opgaan in een nieuwe classificatie,

* NOS = not otherwise specified; NEC = not elsewhere classified.

DES/RFE. 82

RFE DATA COLLECTION FORM

Country code M F

Form number

Provider I.D.

Provider Description Code

- 1 - GP/FP
- 2 - Other ambul. care physician
- 3 - Other physician
- 4 - Nurse practitioner

Place of encounter codes

- 1 - Physician's office
- 2 - Health center
- 3 - Ambulatory health care facility
- 4 - Patient's home
- 5 - Hospital, other in-patient facility
- 6 - Other

Status of encounter codes

- 1 - Episode presented for the first time
- 2 - Episode previously presented by the patient to any provider

RFE text, /max. 48 letters/

Sex 1-M 2-F

Age years

Place Status of encounter

RFE code chapter component

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	Dog bite on chin
<input type="checkbox"/> -		<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	Wants tetanus booster
<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	Hypertension
<input type="checkbox"/> -		<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	Can't stop crying since a week
<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	Wants his bloodpressure checked
<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	Fever for two days
<input type="checkbox"/> -		<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	Diarrhea for two days
<input type="checkbox"/> -		<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	Started to vomit this morning
<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	I'm afraid to have breast cancer, it feels lumpy
<input type="checkbox"/> -		<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	Prescription for sleeping tablets
<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	Pinworms again
<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	What is the result of my chest X-ray?
<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	Can I have the pill once more for six months?
<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	Pain from heart since one day
<input type="checkbox"/> -		<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	Irregular heartbeat - it skips

de International Classification of Primary Care (ICPC), die niet alleen geschikt is om redenen voor contact te classificeren, maar ook het classificeren van alle ICHPPC-diagnosen mogelijk maakt.⁷ Daarnaast kan men met deze ICPC de hoofdlijnen van het huisartsgeneeskundig handelen coderen.^{5 8} Aldus zal men met de ICPC drie van de vier elementen van de probleemgeoriënteerde registratie kunnen classificeren:

- S: subjectief of de reden voor contact (RFEC);
- E: evaluatie van diagnosen (ICHPPC-2-defined);
- P: plan van huisartsgeneeskundig handelen (Process-code).

Meestal moeten wij ons bij internationale contacten baseren op beperkte en soms nogal verouderde informatie. Met deze RFEC-veldstudies is een fundament gelegd waarop verder gebouwd kan worden. Vooral de mogelijkheden van de nieuwe ICPC zullen daarbij centraal staan. De registratiemogelijkheden die de huisartsgeneeskunde thans heeft – in ons land de probleemgeoriënteerde gezinskaart van het NHG – en de beschikbaarheid van internationaal aanvaarde definities en afspraken in de International Glossary for Primary Care⁷, maken dat de huisartsen met betrekking tot de kwaliteit van de patiënt gebonden informatie, hun achterstand op de klinisch werkzame artsen hebben omgezet in een voorsprong. Wie is immers in staat, met zicht op het hele gezondheidszorgsysteem, zoveel en zo goede informatie te bieden over exact omschreven praktijkpopulaties?

De relevantiestudies die de WHO-werkgroep met de nieuwe ICPC zal gaan uitvoeren, zijn daarom van grote betekenis, en verwacht mag worden dat Nederlandse huisartsen daarbij opnieuw een belangrijke bijdrage zullen leveren.

¹ Lamberts H. Een nieuwe classificatie. Redenen om naar de huisarts te gaan. *Huisarts en Wetenschap* 1979; 22: 379-85.

² Lamberts H. Redenen om naar de huisarts te gaan. Eerste ervaring met de Reason for Encounter Classification. *Huisarts en Wetenschap* 1982; 25: 301-10.

³ Weel C van. De visie van de patiënt. Gegevens ontleend aan een proefonderzoek met de RFEC. *Huisarts en Wetenschap* 1982; 25 (suppl *Huisarts & Praktijk* 6): 30-4.

⁴ Geus CA de, Horst F van der. Lage rugklachten als reden om de huisarts te raadplegen. Opsporing met behulp van de Reason for Encounter Classification. *Huisarts en Wetenschap* 1983; 26 (suppl *Huisarts & Praktijk* 7): 28-31.

⁵ Lamberts H, Meads S, Wood M. The Reason for Encounter Classification for use in primary care. A pilot study in the Netherlands. In: Bemmels JH van, Ball MJ, Wiggert O, eds. *Medinfo-83. Proceedings of the Fourth World Conference on Medical Informatics*. Amsterdam: North Holland Publishing Company, 1983.

son for Encounter Classification for use in primary care. A pilot study in the Netherlands. In: Bemmels JH van, Ball MJ, Wiggert O, eds. *Medinfo-83. Proceedings of the Fourth World Conference on Medical Informatics*. Amsterdam: North Holland Publishing Company, 1983.

⁶ Meads S. The WHO Reason-for-Encounter Classification. *WHO Chronicle* 1983; 37: 159-62.

⁷ ICHPPC-2-Defined. Inclusion criteria for the use of the rubrics of the International Classification of Health Problems in Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1983.

⁸ NAPCRG. A process code for primary care. International field trial version. Richmond (Va.): North American Primary Care Research Group, 1981.

⁹ Lamberts H. Morbidity in general practice. Diagnosis related information from the Monitoring project. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.

Nota bene

Bij voortschrijdende personeelsbeperkingen zullen rolschaatsen in toenemende mate tot de verpleegsters-uitzet gerekend gaan worden.

Stelling bij: Bergh-Braam AHM van den. Hoofdverpleegkundigen, over leven in het ziekenhuis [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1984.

De huidige minister van Onderwijs en Wetenschappen moet zich bij het bezuinigen aan de Nederlandse Universiteiten onder andere hebben laten leiden door het motto: „Het geld groeit me niet op de rug”.

Promotiejaren zouden moeten worden geteld als tropenjaren.

Stellingen bij: Smook J. Preparation and properties of ultra-high strength polyethylene fibres [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1984.

Bij de begeleiding van de patiënt met een chronisch pijnsyndroom is het voor de arts niet passend, te informeren naar de gezondheidstoestand.

Stelling bij: Tromp CN. Gevolgen van hydrocephalus [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1984.

Universitaire huisartseninstituten

Huisartseninstituut Vrije Universiteit, Combinatiegebouw Uilenstede 108, Postbus 7161, 1007 MC Amsterdam; telefoon 020-5484535.

Hoofd: Prof. Dr. C. Spreeuwenberg, Weegbree 2, 3434 ER Nieuwegein; telefoon 03402-34735.

Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Groningen, Anth. Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen; telefoon 050-116140; telefoon groepspraktijk 050-114718.

Hoofd: Prof. Dr. G. J. Bremer, Lutborgsweg 9c, 9752 VS Haren (Gr), telefoon 050-349773.

Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Faculteitspaviljoen, Wassenaarweg 62, 2333 AL Leiden; telefoon 071-148333, toestel 4680.

Hoofd: Prof. Dr. J. D. Mulder, Prins Hendrikweg 6, 2202 EB Noordwijk; telefoon 01719-12230.

Instituut voor Huisartsgeneeskunde der Rijksuniversiteit te Utrecht, Mariahoek 5-6, 3511 LD Utrecht; telefoon 030-313802.

Hoofd: Prof. Dr. R. A. de Melker, Frederik Hendriklaan 63, 3708 VB Zeist; telefoon 03404-17055.

Rotterdams Universitair Huisartseninstituut, Mathenesserlaan 264, 3021 HR Rotterdam; telefoon 010-633966.

Hoofd: Prof. Dr. H. J. Dokter, Zwankenkade 104, 2925 AT Krimpen aan den IJssel, telefoon 01807-18614.

Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen; telefoon 080-514411.

Hoofd: Prof. Dr. F. J. A. Huygen, Pastoor van Laakstraat 50, 6663 CB Lent; telefoon 080-224046.

Instituut voor Huisartsgeneeskunde der Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam; telefoon 020-5669111.

Hoofd: Prof. Dr. H. Lamberts, Amiranthen 18, 2904 VB Capelle a/d IJssel; telefoon 010-511634.

Capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht; telefoon 043-616100.

Hoofd: Prof. Dr. W. Brouwer, Groenerein 24, 6267 BM Cadier en Keer; telefoon 04407-1658.