

Registreren van diagnoses met behulp van diagnostische criteria

L. G. J. HUIJNEN, P. E. M. MUYRERS EN J. A. KNOTTNERUS

In het kader van het Maastrichtse project Registratienet Huisartspraktijken worden diagnoses en problemen geclassificeerd met behulp van de ICPC en de inclusiecriteria van de ICHPPC-2-defined; aan de ICPC-codes wordt bovendien een 'zekerheidscode' toegevoegd. Via een oriënterend onderzoek werd nagegaan hoe acht huisartsen hiermee omgaan. De huisartsen bleken in 89 procent van de gevallen waarin dit relevant was, zeker van de diagnose; daarbij werd echter niet altijd voldaan aan de inclusiecriteria. Er bleek op dit gebied een vrij grote interdokter-variatie te bestaan: de mate van zekerheid varieerde van 60 tot 100 procent van de diagnoses. Het werken met de inclusiecriteria werkte niet storend op de praktijkvoering, integendeel: de deelnemers ervoeren de vereiste discipline vooral als stimulerend.

Inleiding

In het Maastrichtse project Registratienet Huisartspraktijken wordt gewerkt met het bekende SOEP-systeem.^{1,2} De classificatie van de E - diagnoses en problemen - heeft in dat kader niet alleen tot doel te bepalen hoe vaak een bepaalde diagnose wordt gesteld; andere doelstellingen zijn:

- het opbouwen van een gegevensbestand van diagnoses/problemen, op basis waarvan etiologisch en prognostisch onderzoek kan worden verricht (steekproefkader);
- het mogelijk maken van de bestudering van de samenhangen tussen de verschillende SOEP-aspecten van consulten.

Voor het classificeren van E wordt gebruik gemaakt van de ICPC,³ voortgekomen uit de ook in Maastricht getoetste Reason for Encounter Classificatie (RFEC).^{4,5} Dit heeft als belangrijke voordelen, dat tijdens het consult

kan worden volstaan met één systeem voor S en E, en dat classificeren op klachtniveau - in de 'RFE-mode'⁶ - goed mogelijk is.

Als E worden geregistreerd en gecodeerd de problemen en/of diagnoses die naar het oordeel van de huisarts zeker of het meest waarschijnlijk zijn. Per consult is codering van meer dan één E mogelijk. Verder wordt vastgelegd of er sprake is van een nieuw of een 'oud' probleem, en of het gaat om een tijdens het consult 'toegevoegd' probleem (als de betreffende E geen relatie heeft met de contactreden van de patiënt); hierdoor wordt voorkomen dat een vertekend beeld ontstaat ten aanzien van de geregistreerde E('s) in relatie tot de S.

Indien er geen zekere diagnose of een waarschijnlijkheidsdiagnose kan worden gesteld, wordt de contactreden S ook op E-niveau gecodeerd.

Voor een ondubbelzinnige registratie zijn bij veel E's inclusiecriteria nodig. In onze registratie zijn die ontleend aan de ICHPPC-2-defined, die fraai aansluit op de ICPC.^{7,8}

Ook bij gebruik van inclusiecriteria is echter te verwachten dat niet alle diagnoses met evenveel zekerheid worden gesteld. Om zicht te krijgen op het hulpverleningsproces is het van belang ook in dit opzicht onderscheid in de registratie te kunnen maken. Daarnaast zal het vooral in de beginfase van de ontwikkeling en implementatie van criteria voorkomen, dat de arts zeker van zijn zaak is, terwijl aan de criteria niet (geheel) wordt voldaan. In dat geval is denkbaar dat de registrerende huisarts zijn werkwijze moet veranderen, maar ook kan het nodig zijn de criteria aan te passen. Tenslotte is het voor het verrichten van etiologische en prognostische vervolgstudies en voor het bestuderen van het verloop van het hulpverleningsproces een voordeel als men zekere (al dan niet volgens de criteria) en minder zekere diagnoses van elkaar kan onderscheiden.

Om deze redenen wordt aan elke E een zekerheidscode toegevoegd, waarbij er drie mogelijkheden zijn:

ZK: conform de criteria; de diagnose voldoet aan de criteria, zoals ze op dat moment in de criterialijst voorkomen, en wordt daarmee als zeker beschouwd; NK: de arts is zeker van een bepaalde diagnose, maar er wordt niet voldaan aan de criteria;

ON: de arts vindt een bepaalde E weliswaar het waarschijnlijkst, maar is hierover onzeker, terwijl ook niet wordt voldaan aan de criteria.

Indien de arts geen zekere diagnose of een waarschijnlijkheidsdiagnose kan stellen en de E op het klachtniveau blijft, wordt voor de zekerheidsscore NVT (niet van toepassing) ingevuld.

Om ervaring op te doen met het werken met diagnostische criteria, is een proefregistratie van beperkte omvang verricht. Het ging hierbij om de beantwoording van drie vragen:

- is voor de deelnemende huisartsen in de praktijk het werken met geëxpliciteerde diagnostische criteria haalbaar;
- hoe zeker zijn de huisartsen van hun zaak bij het gebruiken van diagnostische criteria;
- interfereert het gebruiken van criteria met de hulpverlening?

Methoden

Acht huisartsen verbonden aan het Registratienet Huisartspraktijken registreerden gedurende vijf opeenvolgende werkdagen tien willekeurige contacten per dag. Op een standaardformulier werden genoteerd:

- de diagnose c.q. het probleem (in woorden en gecodeerd volgens het ICPC-systeem);
- de zekerheidsscore;
- de status van het probleem (oud of nieuw);
- of er sprake was van een 'toegevoegd(e) diagnose/probleem'.

De coderende huisarts was zelf verantwoordelijk voor het toepassen van de inclusiecriteria; zo nodig diende hij de handleiding te raadplegen.⁹ Aan de achterzijde van het formulier konden, per patiënt, opmerkingen worden genoteerd over de werkbaarheid van het systeem.

Na afloop van de registratieweek ontvingen de huisartsen een korte vragenlijst over hun ervaringen met het coderen volgens criteria.

Resultaten

Het verzamelde materiaal had betrekking op 417 consulten - 50-55 consulten per arts - met in totaal 605 problemen.

Project Registratienet Huisartspraktijken, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

L.G.J. Huijnen, huisarts te Maastricht; P.E.M. Muylers, huisarts te Maastricht; Dr. J.A. Knottnerus, arts, wetenschappelijk medewerker vakgroep Huisartsgeneeskunde.

Correspondentie: L.G.J. Huijnen.

In bijna de helft van de gevallen was men 'zeker volgens de criteria' (tabel 1); 57 procent van de genoteerde problemen was nieuw en 6 procent van de problemen werd gekenmerkt als 'toegevoegd'.

In tabel 2 zijn alle problemen waarbij de zekerheidsscore niet van toepassing was, buiten beschouwing gelaten. We zien nu dat de huisartsen in 89 procent van de gevallen zeker waren van hun diagnose. In 10 procent van deze gevallen voldeed de diagnose echter (nog) niet aan de criteria. Bovendien was de huisarts in 11 procent van de gevallen onzeker van zijn (waarschijnlijkheids)-diagnose, terwijl evenmin aan de criteria werd voldaan. Deze situaties komen bij nieuwe problemen vaker voor dan bij oude.

Uit tabel 2 blijkt verder dat men bij problemen waarvoor uitgewerkte diagnostische criteria bestaan, wat minder vaak 'zeker volgens de criteria' was, met name bij nieuwe contacten; de verschillen zijn echter niet groot.

Er waren nogal wat verschillen tussen de huisartsen; het percentage problemen waarbij aan de criteria zou zijn voldaan, varieerde per arts van 60 procent tot 100 procent (tabel 3).

Ook tussen de ICPC-hoofdstukken zijn er nogal wat verschillen. Als we ons beperken tot de problemen met uitgewerkte criteria, dan blijken vooral de diagnoses van de tractus digestivus, de ademhalingsorganen en de huid vaak niet zeker geacht te worden (variërend van 19 tot 25 procent van de gevallen).

Uit de enquête en de opmerkingen per contact bleek dat alle huisartsen het werken met criteria in de praktijk haalbaar vonden. Wel werden er suggesties gedaan om de lijst te vervolmaken en meer op het gebruik af te stemmen:

- voor menige diagnose bleek er behoefte aan meer concrete criteria;
- de betekenis van de kwalificatie 'toegevoegd' bleek in enkele gevallen misverstaan op te wekken;
- het registreren volgens criteria werd niet als hinderlijk interfererend met de praktijkroutine ervaren; men vond het veeleer leerzaam en dwingend tot een meer nauwgezet en kritisch formuleren van (de) diagnose(n).

Beschouwing

De zekerheid van de huisartsen lijkt over het geheel niet erg afhankelijk van de mate waarin de criteria zijn uitgewerkt. Het is niet waarschijnlijk dat dit komt doordat de huisartsen geen acht

Tabel 1. Zekerheidsscores van acht huisartsen bij 417 contacten met 605 problemen. Percentages.

Rangnummer probleem in het consult	ZK	NK	ON	NVT
1 (n = 417)	50	5	9	36
2 (n = 158)	48	6	3	44
3 (n = 27)	37	7	4	52
4 (n = 3)	33	0	0	66
Totaal	49	5	7	39

Toelichting bij de tabellen

ZK - conform de criteria; NK - de arts is zeker van een bepaalde diagnose, maar er wordt niet voldaan aan de criteria; ON - de arts vindt een bepaalde E weliswaar het waarschijnlijkst, maar is hierover onzeker, terwijl ook niet wordt voldaan aan de criteria; NVT - de arts kan geen zekere diagnose of waarschijnlijkheidsdiagnose stellen en de E overstijgt het klachtniveau (S) niet.

Summary

Huijnen LGJ, Muyrers PEM, Knottnerus JA. Registration of diagnoses with the aid of diagnostic criteria. Huisarts Wet 1987; 30: 237-9.

In the Maastricht General Practice Registration Project the well-known SOAP system is used.^{1,2} The ICPC is used for classification of A.³ Major advantages of this are that a single system for S and A is sufficient during encounters, and that classification at complaint level - in the RFE mode⁶ - poses no difficulty.

For unequivocal registration inclusion criteria are required with many A's. In our registration these have been derived from the ICHPPC-2-defined, which corresponds well with the ICPC.^{7,8} Even when inclusion criteria are applied, however, it may be assumed that not all diagnoses can be made with equal certainty. This is why a certainty code is added per A, and in this respect the choice is between:

ZK: conform de criteria;

NK: the physician is sure of a particular diagnosis even though the criteria are not fulfilled;

ON: the physician regards a given A as most probable but is not sure of it, and the criteria are not fulfilled.

When the physician is unable to make a definite or tentative diagnosis and the A remains at complaint level the code NVT ('does not apply') is added.

Eight general practitioners registered ten random encounters per day on five consecutive practice days. After completion of this registration week they received a short questionnaire about their experience with registration according to criteria.

The material collected concerned 417

encounters - 50-55 encounters per physician - involving a total of 605 problems.

The general practitioners were sure of their diagnosis in 89 percent of the problems to which a certainty score could be applied. In 10 percent of these cases, however, the diagnosis did not (yet) fulfil the criteria. Moreover, the general practitioner was uncertain of his (tentative) diagnosis in 11 percent of the cases - in which, moreover, the criteria were not fulfilled. These situations - NK and ON - arose more often with new than with old problems. With problems for which diagnostic criteria have been elaborated, the practitioners were somewhat less often 'sure according to criteria', particularly in new encounters; however, the differences were not marked.

There were some considerable inter-doctor differences, the percentage of problems with which the criteria were held to be fulfilled ranging per doctor from 60 to 100.

There were also quite some differences between the ICPC chapters. Among the problems with elaborated criteria, especially the diagnoses concerning the digestive tract, the respiratory organs and the skin were often considered uncertain (ranging from 19 to 25 percent of cases).

The enquiry and the remarks made per encounter showed that all general practitioners considered it feasible to apply criteria in actual practice. However, suggestions were made to perfect the list and gear it more closely to practical use.

Key words: Classification; Family practice.

Correspondence: L.G.J. Huijnen, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht, The Netherlands.

Tabel 2. Zekerheidsscores^o van acht huisartsen voor nieuwe en oude problemen waarvoor de zekerheidsscore van toepassing was. Percentages.

Status problemen	ZK	NK	ON
<i>Alle diagnoses</i>			
Nieuw (n = 211)	75	10	15
Oud (n = 159)	88	6	6
Totaal (n = 370)	81	8	11
<i>Diagnosen met uitgewerkte criteria</i>			
Nieuw (n = 131)	70	10	20
Oud (n = 97)	89	3	8
Totaal (n = 228)	78	7	15
<i>Diagnosen zonder uitgewerkte criteria</i>			
Nieuw (n = 80)	83	10	8
Oud (n = 62)	87	11	3
Totaal (n = 142)	85	11	5

Tabel 3. Gemiddelde en spreiding van de zekerheidsscores van acht huisartsen. Percentages.

	Diagnosen met uitgewerkte criteria (n = 228)		Diagnosen zonder uitgewerkte criteria (n = 142)	
	gemiddelde	spreiding	gemiddelde	spreiding
ZK	78	61-100	80	64-100
NK	7	0- 14	13	0- 27
ON	15	0- 27	7	0- 12

slaan op de criteria; de deelnemers hebben een uitgebreide registratie-ervaring en zijn goed gemotiveerd. Een voor de hand liggende verklaring, die ook wordt ondersteund door de ervaringen van de huisartsen, is dat de uitgewerkte criteria goed aansluiten op de bestaande werkwijze, en hun zekerheidsscore dus niet sterk beïnvloeden.

De interdokter-variatie in zekerheidsscores lijkt vrij groot. Verschillen in het patiëntenaanbod kunnen hiervan een oorzaak zijn. Gezien de grootte van de variatie is het echter aannemelijk dat er tussen de artsen ook verschillen bestaan in de geneigdheid om zeker te zijn.

Omdat voorstudies nooit alle leeraspecten op het spoor komen, is het gewenst regelmatig evaluatieactiviteiten in te bouwen: van tijd tot tijd zal de toepassing van criteria en zekerheidsscores in concrete gevallen worden besproken. Tevens is het gewenst gezamenlijke coderingssessies met behulp van papieren casus en video-opnamen te organiseren ter evaluatie van de interdokter-variatie. Ook kunnen bijstellingen van de criteria nodig blijken.

Bemoedigend vinden wij het hoge zekerheidspercentage volgens de criteria en de positieve ervaringen van de

huisartsen. Het toepassen van de criteria uit de ICHPPC-2-defined, die vrijwel altijd voor de overeenkomstige ICPC-rubrieken van toepassing zijn, stuit op weinig praktische problemen en komt de kwaliteit van de gecodeerde informatie ten goede.

Onze verwachting is, dat wij met de op de E-registratie geënte probleemlijst zullen beschikken over een aantrekkelijk steekproefkader voor nader onderzoek, gericht op specifieke diagnoses en problemen.

¹ Van der Horst F, Seelen A, Vissers F, e.a. Registratie van de huisartspraktijk. Over de betrouwbaarheid, praktische hanteerbaarheid en adequaatheid van het RFE-classificatiesysteem. Huisarts Wet 1985; 28: 229-34.

² Leclercq RMFM, De Geus C. De LO-codelijst. Huisarts Wet 1985; 7: 235-8.

³ WHO-working Party on the International Classification of Primary Care. International Classification of Primary Care (ICPC). Manual for use of ICPC in relevance studies. Amsterdam, 1985.

⁴ Anonymous. Reason for Encounter Classification. Field trial manual. Z.p., 1983.

⁵ Lamberts H, Meads S, Wood M. Waarom gaat iemand naar de huisarts? Een internationale studie met de Reason for Encounter Classification. Huisarts Wet 1984; 27: 234-44.

⁶ Lamberts H, Brouwer H, Groen ASM. Het transitie-model in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1987; 30: 105-13.

⁷ Meijer JS, Brouwer H, Lamberts H. De ICPC als diagnostische classificatie. Huisarts Wet 1987; 30: 13-9; 44-8.

⁸ Anonymous. 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.

⁹ Anoniem. Registratienet Huisartspraktijken. Rapport nr. 5. Het gebruik van ICPC als E-lijst. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1986.

Nota bene

Het schrijven van wetenschappelijke artikelen is vaak een poging tot reductie van cognitieve dissonantie.

Stelling bij: Bouman TK. The measurement of depression with questionnaires [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1987.

De karakterstructuur van mensen, die kiezen voor een bepaald leef- en voedingspatroon zou wel eens van grotere invloed kunnen zijn op ziekte en gezondheid dan de directe invloed van bepaalde specifieke voedingsbestanddelen.

Stelling bij: Kort WJ. Stress, diet and cancer [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1987.

Richtlijnen voor auteurs

Bijdragen voor *Huisarts en Wetenschap* dienen te voldoen aan de *Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals* (de 'Vancouver-stijl'). Een samenvatting van deze richtlijnen is afgedrukt op pagina 204 van het juni-nummer van de lopende jaargang.