

Klachten zonder klagen bij de dokter

E. H. VAN DE LISDONK

In 1983 vond een onderzoek plaats waarbij 277 respondenten gedurende vier weken dagelijks hun fysieke klachten noteerden. Deze klachten werden destijds geïnclassificeerd met behulp van de E-lijst. Thans is een secundaire bewerking van dit dagboekmateriaal uitgevoerd met de International Classification of Primary Care (ICPC). In totaal werden 845 klachten gecodeerd, tegen 580 met de E-lijst. Slechts tien klachten konden niet in een goed passende ICPC-code worden geïnclassificeerd. Daarnaast kon een aantal specificaties, differentiaties en nuances niet zonder informatieverlies worden gerubriceerd. Deze tweede bewerking geeft een enigszins ander zicht op de oorspronkelijke klachten, wat vooral een gevolg is van het afwijkende ordeningsprincipe van de ICPC. De gevonden kwantitatieve verschillen worden verklaard door het feit dat met de E-lijst verschillende klachten, ook als deze meer dagen werden gerapporteerd, zijn ondergebracht onder één diagnostische paraplu.

Inleiding

Ruim vijf jaar geleden noteerden 277 respondenten uit vier huisartspraktijken gedurende vier weken alle door hen gepercipieerde lichamelijke klachten in een dagboek. Een van de doelen van dit onderzoek was het in kaart brengen van de verborgen morbiditeit: de lichamelijke klachten en aandoeningen die in de bevolking worden ervaren maar niet worden gepresenteerd bij de huisarts. In de dagboeken gaven de respondenten van dag tot dag in eigen bewoordingen weer wat zij lijfelijkelijk bemerkten ('ieder verschijnsel, onaangenaam gevoel of ongemak dat u stoort', luidde de opdracht).

Het klachtenbestand uit de dagboeken werd destijds geïnclassificeerd met behulp van de E-lijst. Diagnosegerichte classificaties als de E-lijst en de ICHPPC-2 bevatten echter alleen klachten voor zover ze niet tot een

diagnose herleid kunnen worden en de huisarts de klacht als geïsoleerd symptoom behandelt. Tegen deze achtergrond moesten varianten van één en dezelfde klacht en uit medisch oogpunt bij elkaar passende klachten onder één noemer worden gecodeerd. Zo werd de sequentie 'loopneus', 'hoesten', 'vol gevoel in het hoofd' gecodeerd als 'verkooidheid'.

Het verschijnen van de Reason For Encounter-classificatie (RFE) betekende een eerste ordeningsprincipe voor aan de huisarts gepresenteerde klachten. De RFE is inmiddels integraal opgenomen in de International Classification for Primary Care (ICPC)^{1,2} en daarmee kunnen we nu beschikken over een gecombineerde klacht- en diagnoseclassificatie. De ICPC biedt met de RFE-modus een rationeel en logisch raamwerk om klachten eenduidig vast te leggen. Dat voorkomt interpretatieproblemen in (herhaal)consulten en biedt mogelijkheden om het proces van klacht tot diagnose in kaart te brengen. De klachten worden geordend in 17 gedeeltes met de tractus-indeling van de diagnostische classificaties overeenkomende rubrieken. Entreeklachten worden vastgelegd in codes die de klacht zo dicht mogelijk benaderen.

De bruikbaarheid van een classificatie van klachten wordt in belangrijke mate bepaald door de mogelijkheid om voorkomende klachten inderdaad in het systeem onder te brengen. Als men zich in bochten moet wringen om klachten onder te brengen onder de gegeven trefwoorden, of als er geen gepast trefwoord beschikbaar blijkt, kan dit aanleiding zijn tot bijstelling van de gebruikte classificatie. De eerste vraagstelling van dit onderzoek luidt dan ook:

- Hoe bruikbaar is de ICPC voor het classificeren van de eerder met de E-lijst geïnclassificeerde dagboekklachten?

In het verlengde daarvan ligt de tweede vraag:

- In hoeverre leidt het gebruik van de ICPC tot een ander inzicht in het klachtenbestand dat eerder werd geanalyseerd met de E-lijst?

Methode

Voor dit onderzoek werd een secundaire bewerking uitgevoerd van de in 1983 verzamelde dagboekgegevens.³ De respondenten vormden een selectie uit de patiënten in deze praktijken. Geselecteerd werden volledige gezinnen (beide partners ≥ 35 jaar) met ten minste één thuiswonend kind van 15 jaar of ouder. Van de aangeschreven gezinnen bleek 75 procent bereid tot deelname en binnen deze gezinnen reageerden in totaal 277 personen. Deze respondenten werden op grond van leeftijd en geslacht ingedeeld in vier subgroepen: vaders en moeders (35-58 jaar) en zonen en dochters (15-25 jaar) (tabel 1).

Voor deze bewerking werden de 277 dagboeken opnieuw doorgenomen. De klachten werden ditmaal weergegeven in ICPC-codes. Dat gebeurde steeds in codes die de door respondenten gegeven formuleringen zo dicht mogelijk benaderden. Bij twijfel werd overleg gepleegd met een in de ICPC getrainde arts.

Ter beantwoording van de eerste vraag werden aard en aantal der gerapporteerde klachten bestudeerd, en werden de daarbij gerezen classificatieproblemen verzameld. Vergelijking tussen de twee classificaties (tweede vraagstelling) werd verricht ten aanzien van de meest voorkomende klachten en op het niveau van de onderscheiden rubrieken.

Resultaten

De gerapporteerde klachten

Bij de 277 respondenten werden 845 klachten gecodeerd, ruim 3 per respondent. Gemiddeld werden door de vrouwen meer klachten gerapporteerd dan door de mannen: 3,3 door de moeders

Tabel 1 De respondenten naar geslacht en leeftijdsgroep. Aantallen

Geslacht	15-25 jaar	35-60 jaar	Totaal
Mannen	37	91	128
Vrouwen	41	108	149
Totaal	78	199	277

Dr. E.H. van de Lisdonk, huisarts, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Verlengde Groenestraat 75, 6525 EJ Nijmegen.

en 4,2 door de dochters versus 2,7 door de vaders en 1,9 door de zonen.

Veruit de meeste klachten hebben betrekking op het bewegingsapparaat (tabel 2); daarbinnen werden vooral klachten van rug, been, nek en schouder gerapporteerd (tabel 3). Op de tweede plaats komen de klachten van neurologische aard; in dit hoofdstuk gaat het vooral om hoofdpijn (tabel 4). Op de derde plaats staan de klachten behorende tot de tractus respiratorius; verkoudheden en keelklachten zijn de belangrijkste (tabel 5).

De vijftien meest genoteerde klachten staan, onderscheiden naar leeftijd en geslacht, vermeld in tabel 6. Hoofdpijn voert de ranglijst met grote voorsprong aan; deze klacht wordt gerapporteerd door meer dan de helft van de vrouwen. Ook bij een aantal andere klachten is er een duidelijke oververtegenwoordiging van de vrouwen. Klachten die relatief vaker door mannen worden gerapporteerd, zijn klachten van het bewegingsapparaat, met name rugklachten.

In ruim 90 procent van de gevallen bleek het mogelijk de klachten eenduidig weer te geven in ICPC-codes, in bijna 10 procent van de gevallen werd overleg gevoerd met een in de ICPC-codering getrainde arts. Meestal kon hierbij vlot een correcte classificatie worden vastgesteld. Soms kon voor op zichzelf scherp omschreven klachten geen specifieke ICPC-codering worden gevonden en paste alleen een restcategorie. Een enkele keer kon een klacht niet als klacht worden gecodeerd, maar wel als medische diagnose. In tabel 7 staan van de hier genoemde problemen een aantal voorbeelden.

Informatieverlies trad op als tegelijkertijd lokalisatie en omstandigheden werden opgegeven. Enkele citaten: 'bij aanraking pijn in klier rechts onder het oor', 'kastklep tegen voorhoofd en op neus, kleine wondjes', 'pijn in mijn vinger op de scheiding tussen nagel en huid', 'pijnlijke keel door beschadiging door een scherpe korst' 'slechte nachtrust, wijn was verkeerd gevallen', 'last van de keel, geen stem; de avond ervoor met vogeltjes in aanraking geweest, daarvoor ben ik allergisch' en 'hoofdpijn; op de fiets naar Nijmegen geweest met veel wind'.

Bij ongeveer tien klachten voldeed de classificatie niet, omdat geen equivalent beschikbaar was. Wij interpreteerden de klachten 'moeilijk lopen' en 'mijn rechter lichaam hindert' als waarschijnlijk behorend bij het bewegingsappa-

raat, 'angst en pijn aan mijn linkerkant' bij de rubriek psychologische stoornissen. De klacht 'steken bij me hart' kent een uitgebreide differentiële diagnose; wij kozen voor (intercostaal) myalgie. 'Afwisselend warm en koud' kreeg de code voor 'overige afwijkingen in ge-

voel, reuk en smaak' (N16). De maand februari zorgde voor een bijzondere klacht 'carnavalsproblemen', terwijl wij in diezelfde periode een enkele keer de klacht 'kater' tegenkwamen, die wij acuut alcoholmisbruik (P16) co-deerden.

Tabel 2 Verdeling van de gerapporteerde klachten over de hoofdstukken van de ICPC. Afgeronde percentages (n=845).

ICPC-hoofdstuk	Percentages	ICPC-hoofdstuk	Percentages
L Bewegingsapparaat	31	S Huid	3
N Neurologische stoornissen	16	H Oren	2
R Luchtwegen	14	K Hart-vaten	2
D Maag-darm	14	F Ogen	1
A Algemeen	7	U Urologie	0.2
P Psychologische stoornissen	6	B Bloed	0.1
X Vrouwelijk genitaal	4		

Tabel 3 Verdeling van de klachten van het bewegingsapparaat naar lokalisatie. Afgeronde percentages (n=265).

L02 Rug	21
L14 Been	13
L01 Nek	9
L08 Schouder	9
L09 Arm	9
L19 Spieren	9
L15 Knie	8
L04 Thorax	4
L12 Hand, vingers	3
L17 Voet, tenen	3
L03 Lage rug	2
L13 Heup	2
L77 Enkelverzwikking	2
L11 Pols	1
L16 Enkel	1
L05 Flank	1
L07 Kaak	1
Overige	4

Tabel 4 Verdeling van de klachten van neurologische aard. Afgeronde percentages (n=133).

N01 Hoofdpijn	86
N17 Duizeligheid	8
N89 Migraine	3
Overige	3

Tabel 5. Verdeling van de klachten van de luchtwegen. Afgeronde percentages (n=116).

R74 Verkoudheid	39
R21 Keelklachten	26
R05 Hoesten	11
R07 Niezen, loopneus	10
R02 Kortademig	3
R06 Neusbloeding	2
R09 Sinus-klachten	2
R78 Bronchitis	2
Overige	5

Tabel 6 De vijftien meest gerapporteerde klachten. Aantal klachten, gevolgd door voor elke subgroep het percentage met de betreffende klacht.

ICPC	Aantal klachten	Vaders n=91	Moeders n=109	Zoons n=37	Dochters n=41	Totaal n=277
N01 Hoofdpijn	114	27	54	24	54	41
L02 Rugklachten	55	26	17	16	17	20
A04 Moe	47	13	19	11	24	17
R74 Verkoudheid	45	11	18	14	27	16
D01 Buikpijn	42	7	18	11	32	15
L14 Beenklachten	34	15	12	3	15	12
R21 Keelklachten	30	7	14	5	17	11
L01 Nekklachten	25	11	11	3	5	9
L08 Schouderklachten	25	13	9	3	5	9
L09 Armklachten	23	12	9	3	2	8
D09 Misselijkheid	23	3	6	11	24	8
L19 Spieren algemeen	22	8	7	5	12	8
P01 Nervuus	21	3	11	5	10	8
X04 Menstruatiepijn	21	-	13	-	17	8
L15 Knieklachten	20	7	6	5	12	7

Vergelijking ICPC en E-lijst

Bij de interpretatie van *tabel 8* moet men zich realiseren dat een vergelijking op hoofdstukniveau slechts een grof

beeld geeft, doordat de twee classificaties in dit opzicht elementair van elkaar verschillen. Zo staan de aandoeningen van zenuwstelsel en zintuigen in de E-

lijst bijeen, terwijl de ICPC onderscheid maakt tussen zenuwstelsel, oog en oor; het hoofdstuk urogenitaal in de E-lijst wordt in de ICPC onderscheiden in urologie en vrouwelijk genitaal; de ICPC kent geen apart hoofdstuk voor traumata, de E-lijst wel; het hoofdstuk 'overige symptomen' uit de E-lijst omvat veel minder en enkele andere klachten dan het ICPC-hoofdstuk 'algemeen'. Daarnaast komt het voor dat bepaalde symptomen in de twee classificaties onder verschillende rubrieken zijn geplaatst.

We zien dat onder de ICPC ruim anderhalf maal zoveel klachten worden geteld dan onder de E-lijst. Dit is het gevolg van twee verschillen:

- met de E-lijst werden varianten van eenzelfde klacht onder één code gebracht, terwijl bij de classificatie volgens de ICPC elke variant apart werd gecodeerd;
- de E-lijst is ziekte- of aandoening gericht; vandaar dat klachten behorend bij eenzelfde, gedurende meer dagen gerapporteerde aandoening slechts eenmaal werden gecodeerd, terwijl bij classificatie volgens de ICPC elke dag opnieuw werd gecodeerd.

Daarnaast zien we in *tabel 8* dat de rubriek psychologische stoornissen met de E-lijst veel omvangrijker is dan met de ICPC. Dit komt doordat de frequente klacht hoofdpijn in de E-lijst onder de rubriek psychologische stoornissen valt, en in de ICPC onder de rubriek neurologische stoornissen. Deze laatste rubriek blijkt hierdoor dan ook hoger te scoren met de ICPC dan met de E-lijst. Verder werden klachten als moe, zich slap voelen en algemene malaise bij het classificeren volgens de E-lijst geïnterpreteerd als nerveus-functionele klachten en derhalve ondergebracht in de rubriek psychologische stoornissen, terwijl deze klachten met de ICPC gecodeerd worden in de rubriek Algemeen.

Vergelijking van de meest genoemde klachten volgens ICPC en de E-lijst brengt de volgende verschillen aan het licht. Hoofdpijn, nummer één in de ICPC, wordt in de top-10 volgens de E-lijst voorafgegaan door myalgieën. Deze myalgieën zijn in de ICPC top-10 vertegenwoordigd door klachten van rug, been, nek, schouder en arm (respectievelijk 2e, 6e, 8e, 9e en 10e plaats). In de E-lijst zijn verkoudheden en buikpijn nummer 3 en 4, in de ICPC nummer 4 en 5. Moeheid komt in beide lijstjes voor, de overige klachten in de top-10 volgens de E-lijst staan lager bij de ICPC. De belangrijkste oorzaak is de

Tabel 7 Enkele klachten met hun taalkundige variaties en de toegekende ICPC-codes.

Klachten	ICPC-codes
- lichamenlijk moe - belabberd - lusteloos - slapjes - sloom, lui - niet fit - lamlendig - voel mij niet 100%	A04 Moe, algehele zwakte
- gevoelige buik - vreemd gevoel in buik - irriterende maag - druk op maag - raar gevoel in maag - onbehaaglijk gevoel in maag	D29 Overige symptomen tractus digestivus
- pijn aan het staartbeentje - last van mijn staartbeentje - door val pijn in het stuitbeen - pijn in stuit	L03 Lage rugklachten zonder uitstraling
- geestelijke klachten, opa net gestorven - een pest humeur - hond overleden, dat heeft me erg aangetrokken	P02 Acute stress
- koortsblaar aan mond - koortslip - mond vol koortsuitslag	S71 Aandoening door herpes simplex
- licht in mijn hoofd - moe in mijn hoofd - zwaar in het hoofd	N29 Overige symptomen neurologische aard
- wintervoeten	A88 Bijwerkingen fysische factoren

Tabel 8 Vergelijking tussen ICPC en E-lijst. Gerapporteerde klachten per hoofdrubriek. Afgeronde percentages per classificatie.

	ICPC (n=845)	E-lijst (n=580)
L Bewegingsapparaat	32	23
N Neurologie	16	3 incl. zintuigen
R Luchtwegen	14	14 bovenste 2 onderste
D Maag-darm	14	13
A Algemeen	7	4
P Psychologisch	6	21
X Vrouwelijk genitaal	4	8 man en vrouw
S Huid	3	6
H Oren	2	- onder neurologie
K Hart-vaten	2	3
F Ogen	1	- onder neurologie
U Urologie	0.2	- onder urogenitaal
B Bloed	0.1	-
Traumata	-	4
Niet te classificeren	0.1	0.2

grotere specificiteit met betrekking tot de klachten van het bewegingsapparaat.

Beschouwing

Klachten die met dagboeken zijn verzameld, vormen uniek materiaal om een beeld te krijgen van de ervaren gezondheid in de fase voordat de huisarts wordt geraadpleegd. Een werkelijke klachtenclassificatie bestaat er niet;⁴ de RFE-modus van de ICPC is bedoeld voor het rubriceren van klachten die aanleiding geven tot het consulteren van een huisarts. Dat lijkt echter een bruikbaar alternatief.

In dit onderzoek blijkt dat thuis ervaren klachten goed zijn weer te geven in termen van de ICPC-classificatie. In vier weken werd een gemiddelde gevonden van ruim 3 klachten per respondent. Daarbij werd elke opgegeven klacht geteld en werd geen rekening gehouden met het ziektebeeld waartoe verschillende klachten zouden kunnen worden herleid.

Bij de codering van het materiaal met behulp de E-lijst was dit wél gebeurd. Daarbij werd een gemiddelde gescoord van 2 symptomen of aandoeningen per respondent. Wisseling van klachtniveau naar diagnostisch niveau gaat dus gepaard met reductie, een proces dat zich

ook in de spreekkamer van de huisarts afspeelt.

Slechts tien klachten konden niet in een goed passende ICPC-code worden geclassificeerd. Daarnaast kon een aantal specificaties, differentiaties en nuances niet zonder informatieverlies worden gerubriceerd. Voor klachten aan het staartbeen is hierop reeds gewezen door *Van der Horst e.a.*⁵ Enkele andere niet goed classificeerbare klachten passen zo slecht bij het huisartsgeneeskundig referentiekader, dat aanpassing van de classificatie op die punten zinloos zou zijn.

Een eerdere studie met de RFE leverde een enigszins ander beeld op dan uit dit onderzoek tevoorschijn komt.⁶ In die studie nemen hoesten, koorts en keelklachten een overheersende plaats in, terwijl in ons onderzoek hoofdpijn, rugklachten en vermoeidheid de voornaamste klachten zijn. Gezien het verschil in invalshoek (vastleggen van redenen om naar de dokter te gaan versus klachten in de premedische fase) is dat niet zo verwonderlijk.

Conclusie – en tevens antwoord op de eerste vraagstelling – is dat de ICPC een geschikte classificatie is voor ervaren, niet aan de huisarts gepresenteerde klachten.

Als antwoord op de tweede vraagstelling kan worden geconcludeerd dat de bewerking met de ICPC inderdaad leidt tot aan enigszins ander zicht op de klachten, wat echter vooral een gevolg is van het verschil in ordeningsprincipe tussen de beide classificaties. Ook de kwantitatieve verschillen zijn hierop terug te voeren.

¹ Lamberts H. Een nieuwe classificatie. Redenen om naar de huisarts te gaan. *Huisarts Wet* 1979; 22: 379-5.

² Lamberts H, Wood M. *International Classification of Primary Care*. Oxford: Oxford University Press, 1987.

³ Van de Lisdonk EH. *Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk* [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1985.

⁴ Meijer JS. Op zoek naar een klachtenlijst. Verslag van een literatuuronderzoek. *Huisarts Wet* 1979; 22: 386-94.

⁵ Van der Horst F, Seelen A, Vissers F, e.a. Registratie in de huisartspraktijk. Over de betrouwbaarheid, praktische hanteerbaarheid en adequaatheid van het RFE-classificatiesysteem. *Huisarts Wet* 1985; 28: 229-34.

⁶ 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.

Struikelblok

Klik!

's Morgens bij de koffie lees ik iets over het onderzoek van de Nijmeegse sociologe Ellen Hijmans. De patiënt wordt mondiger, wil meebeslissen over de behandelwijze en eist uitgebreide voorlichting. In het artikel wordt de ontwikkeling beschreven van de traditioneel passieve patiënt tot mondige consument. In die ontwikkeling onderscheidt Hijmans drie stadia. De consument in het laatste stadium kan duidelijk formuleren aan welke eisen de arts moet voldoen. De dokter wordt gezien als hulpverlener, met wie men een sollicitatiegesprek voert waarbij deskundigheid en persoonlijke eigenschappen beoordeeld worden. 'Klikt het niet, dan gaat de keus niet door.'

De elegante mevrouw die 's middags het spreekuur bezoekt, is in ieder geval in het derde stadium. Ze is nieuwe patiënte en de

doktersassistente heeft meteen maar dubbele tijd gereserveerd, want mevrouw komt 'voor een gesprek' zoals ze telefonisch aankondigde.

Dit is het dus, de sollicitatie, denk ik wanneer mevrouw haar verlangens uiteenzet. Het gezin met vier kinderen is niet van hier maar verse import uit de stad. Ik verneem dat de zuigelingen- en jeugdzorg in de grote stad slecht functioneert, zodat alle controles en vaccinaties van de kinderen door de eigen huisarts werden uitgevoerd. Wanneer ik nu ook maar bereid ben om die taak te vervullen, ben ik zes nieuwe patiënten rijker. Je moet tegenwoordig een beetje commercieel denken, dus ik beloof dat ik mijn best zal doen.

Een week later kan ik mijn deskundigheid al tonen. De oudste dochter moet worden

gevaccineerd tegen Rubella. De drie andere kinderen zijn meegekomen, dan kunnen ze meteen een beetje wennen aan de nieuwe dokter. Het is plotseling erg druk in de spreekkamer met de beweeglijke kinderen die overal aan zitten. Bovendien is de dochter ook al in het derde stadium van Hijmans. Ze stribbelt eerst tegen, wil daarna precies weten wat er gaat gebeuren en gaat tenslotte vreselijk huilen bij de prik. Moeder kijkt ondertussen bezorgd toe.

Wanneer ik later de behandelafel opruim, zie ik dat ik met fysiologisch zout heb gevaccineerd. Het gedroogde Rubellavaccin zit nog keurig in het flesje en ik ben dus kennelijk vergeten om een en ander te mengen.

Op dat moment zegt het ergens achter mijn borstbeen: klik! Maar volgens mij is het niet de goeie klik.