

Communiceren en classificeren

Het doelgericht ordenen van aspecten van huisarts-patiënt contacten

H. LAMBERTS
M. WOOD
I. HOFMANS-OKKES
A. MARINUS

Dit artikel behandelt de bruikbaarheid van de verschillende classificatiesystemen die in de afgelopen 15 jaar zijn gebruikt voor morbiditeitsonderzoek in de huisartspraktijk, zoals de Nijmeegse versie van de E-lijst, de ICHPPC-2 en de ICPC. De ICPC blijkt veruit het meest geschikt voor een volledige en adequate beschrijving van de inhoud van afzonderlijke consulten en van gehele episoden. Dit is vooral een gevolg van het feit dat met de ICPC niet alleen veel verschillende diagnoses, maar ook contactredenen en interventies kunnen worden gecodeerd. Bovendien kent de ICPC in de 'diagnostic mode' veel frequente diagnoses, waarbij met name de categorie symptoomdiagnosen een belangrijke aanwinst is.

Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes I, Marinus A. Communiceren en classificeren. Het doelgericht ordenen van aspecten van huisarts-patiënt contacten. Huisarts Wet 1991; 34(7): 346-52.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.

Prof. dr. H. Lamberts, hoogleraar huisartsgeneeskunde; Prof. dr. M. Wood, emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde, Virginia Commonwealth University, Richmond, Va; Drs. I.M. Hofmans-Okkes, taalkundige; A. Marinus, arts.

Correspondentie: Prof. dr. H. Lamberts.

Inleiding

Het prototype van een geneeskundig probleem is simpel. Iemand ervaart iets – meestal een verschijnsel of klacht – als een gezondheidsprobleem en gaat daarmee naar de huisarts. Met die beslissing wordt zo iemand patiënt en het probleem wordt een geneeskundig probleem. Tijdens het eerste contact – de start van een episode – vertelt de patiënt waarvoor hij komt en waar hij last van heeft. De huisarts stelt aanvullende vragen, doet wellicht onderzoek en geeft zijn geneeskundige interpretatie van het probleem in de vorm van een diagnose.

De contactreden van de patiënt enerzijds en de diagnose anderzijds leiden tot diagnostische en therapeutische interventies. Soms is het probleem van de patiënt binnen één enkel contact afgehandeld, soms ook strekt een episode zich over een langere tijd uit. In elk contact tussen huisarts en patiënt wordt er gepraat, waarbij naast 'gewone' taal ook onvermijdelijk geneeskundig jargon wordt gebruikt; welk taalkundig register ook gebruikt wordt, het is essentieel dat arts en patiënt weten wat er met bepaalde woorden en begrippen precies wordt bedoeld. Hoe rijker dit valutaverkeer – de munteenheid van de patiënt gewisseld tegen die van de huisarts – des te beter de schakeringen in het gesprek tussen huisarts en patiënt tot hun recht komen en ook leiden tot gedifferentieerd, op maat gesneden geneeskundig handelen.

Het eenduidig benoemen van diagnose, bevindingen, interventies en – sinds enige jaren – de contactreden van de patiënt is van groot belang voor de analyse van het huisartsgeneeskundig proces en voor de beoordeling van de kwaliteit van dat proces, en dus ook voor het onderwijs. Helder benoemen met een medische nomenclatuur en zinvol ordenen met een classificatie zijn in die redenering dus voorwaardelijk voor een goede communicatie tussen arts en patiënt. Omdat zij hun patiënten vaak lang kennen en samen een geneeskundige toekomst hebben, stellen huisartsen een goede relatie en heldere communicatie op hoge prijs, waarmee een extra wissel getrokken wordt op de relevantie en de bruikbaarheid van nomenclatuur en classificatie.

Een goede classificatie van contactredenen en diagnoses beschrijft wat het probleem van een individuele patiënt gemeen heeft met soortgelijke gevallen, zonder het unieke van elk individueel geval geweld aan te doen.¹ Het heeft uiteraard weinig zin om een ziekte die in één huisartspraktijk bij één patiënt voorkomt, apart te classificeren: het blijft dezelfde patiënt met die zeldzame ziekte die benoemd is met de geneeskundige nomenclatuur. Als eenzelfde diagnose echter bij meer patiënten wordt gesteld, gaat het om het vinden van de grootste gemene deler: patiënten met die ziekte verschillen weliswaar van elkaar, maar dat verschil blijft binnen de grenzen van de klinische spreiding van een klasse in de classificatie. Als een bepaalde patiënt de grens van de klasse overschrijdt, moet de huisarts een andere diagnose kiezen, schipperen of de inhoud van de betreffende klasse aanpassen. Het kenmerk van een nomenclatuur is dus 'hoe specifieker des te mooier' en van een classificatie 'doelgerichte reductie binnen de huisartsgeneeskundige realiteit'.

Door reductie gaat onvermijdelijk informatie verloren: het 'totale probleem' komt in een classificatie per definitie niet tot zijn recht. Dat geldt overigens voor iedere vorm van benoemen. Diagnosen zijn evenzeer reducties van wat er met een patiënt aan de hand is en waar hij last van heeft. Het voordeel van een classificatie is dat de doelgerichte ordening de aard van de reductie duidelijk maakt: alles waarover de classificatie zich niet uitsprekt, valt er ook buiten.

Classificaties dienen daarom in hun ordeningsbeginsel de stand van zaken in de huisartsgeneeskunde zo goed mogelijk te weerspiegelen en ook onderzoek daarnaar mogelijk te maken. De uitkomsten van onderzoek naar de inhoud van het contact tussen huisarts en patiënt speelt een belangrijke rol bij onderwijs en toetsing en bij de verdere ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde. Nieuwe opvattingen over de huisartsgeneeskundige hulp verlangen op hun beurt een aangepaste classificatie waarmee weer onderzoek kan worden gedaan.

Een praktisch gevolg van deze ontwikkeling is dat in een classificatie diagnoses die

de huisarts zelden tegenkomt, weinig aandacht krijgen, en dat diagnoses die vaak voorkomen, om nadere differentiatie vragen. De verfijning en de helderheid van het referentiekader van de huisarts is voor de hulpverlening belangrijk: een classificatie is daarvan afgeleid.

Deze overwegingen zijn overigens niet specifiek voor de huisartsgeneeskunde. Allerlei vakgebieden hebben behoefte aan zowel een uitgebreide nomenclatuur – het vakjargon – als een ordeningsbeginsel waarin de bijzondere kenmerken van het vak naar voren komen. Het streven is steeds naar zoveel mogelijk verschillende, goed gevulde klassen (als blijkt van de competentie van de beroepsbeoefenaar) en zo weinig mogelijk niet of slecht gevulde klassen, omdat deze vaak op het vakgebied van een ander liggen en tevens het ordenen en tellen bemoeilijken.

In de loop der jaren hebben huisartsen verschillende classificatiesystemen ontwikkeld en de mate waarin deze in de praktijk tegemoetkomen aan het streven naar veel

goed gevulde en weinig slecht gevulde klassen, is een belangrijk criterium voor de professionele vooruitgang. In dit artikel wordt onderzocht, in hoeverre de bestaande huisartsgeneeskundige classificatiesystemen inderdaad beschikken over een groot aantal uiteenlopende klassen die elk voor zich recht doen aan de competentie van de huisarts en aan de heterogeniteit van de problemen waarmee de huisarts dagelijks wordt geconfronteerd.

Methoden

Tabel 1 geeft een overzicht van de sinds 1975 gepubliceerde morbiditeitsstudies in de huisartspraktijk en de daarvoor gebruikte classificatiesystemen (bijlage).²⁻²⁰ Voor al deze studies is berekend hoe vaak de beschikbare diagnoses zijn gebruikt, hetzij per 1000 ingeschreven patiënten per jaar, hetzij per 1000 spreekuurbezoekers per jaar, hetzij – als dat laatste niet bekend was – per 1000 geschatte patiëntjaren (tabel 2). Wij hebben ons daarbij beperkt tot symptomen, klachten en ziekten, zoals die in de

eerste en de zevende component van de ICPC geassocieerd kunnen worden.¹⁴ Op verrichtingen geënte klassen – rijbewijskeuringen, vaccinaties, verklaringen voor de verzekering – zijn buiten beschouwing gebleven.

Aan de hand van de beschikbare informatie is per onderzoek nagegaan hoe vaak de mogelijke diagnoses c.q. contactredenen voorkwamen, waarbij vier mogelijkheden zijn onderscheiden:

- ten minste 5 keer per 1000 patiëntjaren (of per 1000 bezoekers): 'frequent';
- van 1 tot 5 keer: 'regelmatig';
- van 0,5 tot 1 keer: 'zelden';
- <0,5 keer: 'sporadisch'.

Gezien de gemiddelde praktijkomvang in ons land is de laatste categorie in een classificatie praktisch zinloos en is de betekenis van 'zelden' voorkomende diagnoses/contactredenen dubieus. In de betreffende tabellen zijn alleen absolute aantallen opgenomen. De procentuele verdeling van de verschillende prevalenties zegt weinig, omdat de totale aantallen beschikbare klassen zo sterk uiteenlopen.

Tabel 1 De sinds 1975 gepubliceerde morbiditeitsstudies in de huisartspraktijk.

Onderzoek	Jaren dataverzameling	Classificatiesystemen	Patiëntjaren	Episoden/contacten/RFE's	Foute (F)/ontbrekende (O) codes
Virginia ² Study, USA	1973-1975	H-ICDA (ICD-8)	176.000 (schatting)	526.196 contacten	
Barbados ³	1977-1978	ICHPPC-1	35.143 (bezoekers)	53.094 contacten	5,2% F
CMR ⁴	1978-1982	MECS (gemod. E-lijst)	56.515 (ingeschr.)	131.623 episoden	
Australië ⁵	1978-1982+1985	ICHPPC-2 (gemod.)	36.222 (schatting)		
Monitoring ⁶	1979-1981	ICHPPC-2 (aangep.)	33.726 (ingeschr.)	98.143 episoden	2,5% F 1,0% O
III-Morb. ⁷ Survey, UK	1981-1982	RCGP Classif.	307.803 (ingeschr.)	667.933 episoden	3,6% F 5,7% O
Transitie ⁸ Diagnosen	1985-1989	ICPC+ICHPPC-2 Defined	40.796 (ingeschr.)	110.444 episoden	3,9% F 2,6% O
NAMCS- ⁹ RFV	1977-1978	NAMCS-RFV	384.850 (schatting)	1.154.550 (contacten)	
RFE ¹⁰ Field Trial	1983	RFEC	20.000 (schatting)	90.497 RFE's	
Transitie ⁸ Contactredenen	1985-1989	ICPC	40.796 (ingeschr.)	123.808 RFE's	2,1% F 2,6% O

Resultaten

Diagnosen

De ICPC biedt veruit de meeste diagnostische klassen (n=646), de ICHPPC de minste (n=356) (tabel 2).^{11 14} Wanneer als eis wordt geformuleerd dat een classificatie veel diagnoses bevat met een prevalentie van ten minste 1 per 1000 patiëntjaren, dan doet de ICPC het veruit het best: 401 diagnoses worden frequent of regelmatig gebruikt. De ICPC telt echter ook 154 rubrieken die sporadisch worden gebruikt. Wanneer echter als criterium wordt aangehouden dat het aantal rubrieken dat zelden of sporadisch wordt gebruikt klein moet zijn, dan zijn de ICHPPC-2 en de daarmee vergelijkbare classificatie die is gebruikt voor de Britse Third Morbidity Survey de beste: respectievelijk 44 en 59 van de beschikbare diagnoses wordt bijna nooit gebruikt.^{6 7 12 17}

De in beide opzichten minst bevredigende classificaties zijn de van de ICD-8 afgeleide classificatie die in de Virginia Study is gebruikt, en de classificatie die in de CMR wordt gebruikt.^{2 4}

Bij de frequent gebruikte diagnoses heeft vooral de ICHPPC-2 veel klassen (n=52) die vaker dan 20 per 1000 patiëntjaren worden gebruikt (tabel 3). We laten hierbij de vraag buiten beschouwing of binnen zeer frequent gebruikte rubrieken zinvol gedifferentieerd kan worden.

Samenvattend blijkt de ICHPPC-2 relatief veel regelmatig tot frequent voorkomende diagnoses en maar weinig zelden of niet gebruikte diagnoses te hebben en de ICPC absoluut veel regelmatig tot frequent voorkomende diagnoses, en ook veel sporadisch gebruikte rubrieken. Het beeld dat met behulp van deze diagnostische classificaties geschilderd kan worden, is dus heel verschillend: kennelijk is er in de visie van huisartsen op het morbiditeitspatroon in de loop der jaren flink wat veranderd.^{20 21}

Om wat voor soort diagnoses gaat het hier?

Tabel 4 geeft de frequentieverdeling voor diagnoses uit de zevende component van de ICPC: de 'echte' ziekten met pathologische, pathofysiologische en nosologische diagnoses.²² Opvallend is dat in de

Tabel 2 Verdeling van de prevalenties van de beschikbare diagnostische klassen vastgesteld in zeven onderzoeken. Aantallen per 1000 patiënten per jaar.

	Totaal	<0,5	0,5-1	1-5	>5
Virginia study	547	220	63	149	115
Barbados	356	155	57	102	42
CMR	411	132	58	129	92
Australië	365	85	66	131	83
Monitoring	360	44	53	143	118
Third Morb. Survey	391	59	62	171	99
Transitie-diagnosen	646	154	91	261	140

Tabel 3 Zeer frequent gebruikte (prevalentie >5) diagnostische klassen in de zeven onderzoeken. Aantallen per 1000 patiënten per jaar.

	5-10	10-15	15-20	20-50	>50
Virginia study	61	19	14	14	7
Barbados	19	10	5	7	1
CMR	40	11	13	17	11
Australië	50	17	4	8	4
Monitoring	37	31	15	31	5
Third Morb. Survey	42	26	9	19	3
Transitie-diagnosen	63	38	14	21	3

Tabel 4 Frequentieverdeling van de prevalentie van diagnostische klassen overeenkomend met de inhoud van de zevende component van de ICPC ('harde' diagnoses). Aantallen per 1000 patiënten per jaar.

	Totaal	<0,5	0,5-1	1-5	>5
Virginia	347	126	42	102	77
Barbados	248	103	43	69	33
CMR	336	95	44	115	68
Australië	265	64	50	91	60
Monitoring	252	33	34	106	79
Third Morb. Survey	351	59	55	152	85
Transitie-diagnosen	331	79	37	131	84

Tabel 5 Frequentieverdeling van de prevalentie van diagnostische klassen overeenkomend met de inhoud van de eerste component van de ICPC (symptomen en klachten). Aantallen per 1000 patiënten per jaar.

	Totaal	<0,5	0,5-1	1-5	>5
Virginia	200	94	21	47	38
Barbados	108	52	14	33	9
CMR	75	37	10	14	14
Australië	100	21	16	40	23
Monitoring	108	11	19	39	39
Third Morb. Survey	40	—	7	19	14
Transitie-diagnosen	315	75	54	130	56

De International Classification of Primary Care (ICPC)

De ICPC bevat in de eerste en zevende component een aantal diagnostische rubrieken die afwijken van wat in geneeskundige classificaties gebruikelijk was.

In de eerste plaats is veel aandacht besteed aan symptomen en klachten van patiënt als contactreden en als diagnose. Waar mogelijk begint de eerste component met pijn. Zo wordt bij buikklachten onderscheid gemaakt tussen gegeneraliseerde buikpijn, maagpijn en elders gelokaliseerde buikpijn. Pijn die aan het hart wordt toegeschreven, wordt gedifferentieerd van een drukkend of beklemd gevoel. In het hoofdstuk over het bewegingsapparaat worden de verschillende lokalisaties voor klachten van het bewegingsapparaat gedifferentieerd. Bij de huid wordt onderscheid gemaakt tussen een pijnlijke huid en jeuk. Menstratiepijn, pijn tussen menstruaties in, pijn bij de geslachtsgemeenschap en pijn aan de vulva worden eveneens van elkaar onderscheiden.

Vervolgens is belangrijk dat problemen van patiënten in de ICPC benoemd kunnen worden als *angst* voor een kwaadaardige aandoening of een andere ernstige ziekte. In bijna alle hoofdstukken wordt rekening gehouden met de mogelijkheid dat iemand bang is voor een carcinoom of voor een andere ziekte, bijvoorbeeld seksueel overdraagbare aandoeningen.

Vervolgens is het in alle hoofdstukken mogelijk aan te geven dat een voor de patiënt gewone functie niet meer uitgevoerd kan worden. Het gaat er dan bijvoorbeeld niet zozeer om of er een omschreven aandoening van het bewegingsapparaat bestaat, maar of iemand moeite heeft met traplopen.

Er wordt nadrukkelijk rekening gehouden met het belang van een bepaalde diagnose voor de patiënt. Zo kan bij een vrouw die op het spreekuur komt 'omdat ze over tijd is', het bevestigen van een gewenste of onge-

wenste zwangerschap worden onderscheiden van het uitsluiten van een gewenste dan wel ongewenste zwangerschap. Evenzeer wordt er verschil gemaakt tussen een spontane en een geïnduceerde abortus. De normale bevalling wordt onderscheiden van de gecompliceerde bevalling en expliciet wordt rekening gehouden met de mogelijkheid van een doodgeboren baby.

Patiënten met klachten over de luchtwegen behoeven niet meer gelabeld te worden als lijdend aan een hoge-luchtweginfectie, als het voldoende is de diagnose 'niezen' of 'snotneus' te stellen. Kortademigheid en piepen worden van elkaar onderscheiden, terwijl de ademhaling pijnlijk kan zijn, zonder dat daar direct een tentatieve diagnose aan gekoppeld wordt.

Veel rekening wordt gehouden met de stemming en de gevoelens van patiënten, zonder dat het noodzakelijk is deze onder te brengen in een nosologische diagnose als depressie of 'angstneurose'. Patiënten kunnen zich daarmee nerveus, gespannen, geïrriteerd of verdrietig voelen, zonder dit tot een psychiatrische, 'nosologische' diagnose leidt.

Tenslotte biedt het sociale hoofdstuk veel mogelijkheden aan te geven met welke problemen met zichzelf, met zijn directe omgeving of met een wat ruimere sociale kring iemand worstelt.

Een opmerkelijke nieuwe diagnose in de ICPC is 'geen ziekte'. Het komt regelmatig voor dat mensen vragen de bloeddruk te meten of dat zij een normale fysiologische variant van de structuur en het functioneren van het menselijk lichaam aan de huisarts voorleggen. De diagnose kan niet anders zijn: er is geen sprake van een geneeskundig probleem. Voorheen zat er weinig anders op dan óf niets te registreren óf een diagnose te geven als 'ziekelijke bezorgdheid' (hypochondrie).

meeste onderzoeken circa 200 van dergelijke 'harde' diagnoses regelmatig of frequent worden gesteld; daarbij doet het er kennelijk weinig toe welke classificatie wordt gebruikt.

Nu zou men kunnen betogen dat de communicatie met de patiënt bij diagnoses in de zevende component relatief minder belangrijk is;²³ het gaat dan immers vooral om het op tijd en betrouwbaar stellen van diagnoses als hypertensie, pernicious anemie, diabetes, coxartrose en coronair ischemie. Algemene geneeskundige vaardigheden binnen anamnese en lichamelijk onderzoek lijken daarbij veel belangrijker dan een gesprekstechniek waarin de patiënt ook als 'mens' tot zijn recht komt. Dit is echter onjuist, in de eerste plaats omdat zulke ziekten zelden zonder comorbiditeit voorkomen, en daarnaast omdat de persoonlijke wensen van de patiënt consequenties hebben voor de wijze waarop behandeld wordt.

Dat geldt a fortiori voor gevallen waarin psychische of sociale problemen en/of symptomen of klachten (de eerste component van de ICPC) de diagnose vormen.^{22 23} Uit tabel 5 blijkt dat de ICPC de huisarts bijna 200 probleemgedrag- en symptoom- en klachtdiagnosen biedt met een prevalentie van ten minste 1 per 1000 patiëntjaren. De winst die de ICPC in tabel 3 boekt, heeft dus vooral betrekking op de mogelijkheid psychische en sociale problemen, en symptomen en klachten van patiënten te benoemen, zonder dat dit ten koste gaat van het gebruik van de 'harde' diagnoses in component 7.

Geleidelijk is in het huisartsgeneeskundig referentiekader ruimte gemaakt voor het benoemen van diagnoses die nauwelijks of geen plaats hebben in de ICD-structuur (*kader*). Dat blijkt ook uit de sterk op de ICD-9 georiënteerde Engelse classificatie en de van de E-lijst afgeleide classificatie in de CMR, die praktisch geen mogelijkheid bieden om diagnoses in de eerste component van de ICPC te classificeren.^{4 7} De vraag is natuurlijk hoe erg dat is. Epidemiologische gegevens uit het Transitieproject over prevalentie en het beloop van episoden met een diagnose uit de eerste component laten zien dat met de classificatie daarvan inderdaad het belang

van een huisartsgeneeskundige classificatie gediend is.⁸

Een andere illustratie wordt gevonden in het onderzoek van *Marinus* naar inter-doktervariatie in het Transitieproject (40.796 patiëntjaren).²⁴ Het blijkt dat huisartsen die – na correctie voor de leeftijds en geslachtsverdeling van hun praktijk – relatief veel diagnoses in de eerste component stellen (symptoomdiagnosen en probleemgedrag), tevens relatief veel adviseren en gesprekken voeren en relatief weinig recepten schrijven, bloed- en röntgenonderzoek doen en naar de specialist verwijzen (tabel 6). Deze vorm van inter-doktervariatie is niet gelijkmatig over alle registrerende huisartsen verdeeld, maar voor een deel gekoppeld aan de werkwijze per gezondheidscentrum. Huisartsen die vooral op symptoomdiagnosen en op praten met de patiënt zijn ingesteld, blijken vaak in één gezondheidscentrum te werken, terwijl huisartsen met een relatief sterke oriëntatie op diagnostische en therapeutische interventies samen deel uitmaken van een ander gezondheidscentrum. Uit die gegevens valt niet op te maken of er door de verschillende huisartsen netto meer of minder met hun patiënten is gepraat, dan wel of er meer of minder is gecommuniceerd. Maar wel is duidelijk, dat het voor de patiënt wel iets uit zal maken of dokters hun diagnoses in de eerste of in de zevende component van de ICPC benoemen.

Contactredenen

Het sinds 1975 gepubliceerde morbiditeitsonderzoek (tabel 1) heeft ons veel geleerd over de inhoud van de huisartsgeneeskunde. Aanvankelijk ging het er vooral om de huisartspraktijk epidemiologisch te beschrijven. Vervolgens werden gegevens over het voorkomen van een bepaalde ziekte in de huisartspraktijk gekoppeld aan de bijbehorende diagnostische en therapeutische interventies. Voor sommige gezondheidsproblemen is de koppeling tussen de aard van de diagnose en het daaraan gekoppelde handelen voor de hand liggend, zoals bij cerumen, een enkeldistorsie of een vuiltje in het oog. Vaak blijkt echter het verschil in diagnostisch en therapeutisch handelen binnen een diagnostische klasse onvoldoende verklaard te kunnen

worden door de aard van de diagnose zelf. Waarom wordt van alle patiënten met bijvoorbeeld een banale hoge-luchtweginfectie de ene patiënt alleen nagekeken en niet behandeld, krijgt een tweede een hoestdemper en neusdruppels voorgeschreven, en wordt de derde geadviseerd het werk te staken? Juist door de sterke betrokkenheid van huisartsen bij de communicatie met de patiënt lag het idee voor de hand dat de vraag van de patiënt – geoperationaliseerd in de contactredenen – zowel variatie in huisartsgeneeskundig handelen binnen één diagnose als variatie tussen verschillende diagnoses zou helpen verklaren.¹⁰

Daarom is de ICPC toegesneden op het classificeren van niet alleen de diagnoses maar ook de contactredenen van patiënten.¹⁴ In het Transitieproject is systematisch de relatie tussen de contactredenen van patiënten, de diagnostische interpretatie van huisartsen en de daaraan gekoppelde diagnostische en therapeutische interventies in een episode-georiënteerd model vastgelegd.⁸

Tabel 7 geeft de frequentieverdeling per 1000 patiëntjaren van de verschillende contactredenen in de eerste en zevende component van de ICPC, vergeleken met de oorspronkelijke Amerikaanse 'Reason for

Tabel 6 Correlaties van de relatieve bijdrage van diagnoses in de eerste component van de ICPC met een aantal andere relatieve bijdragen per jaar (17 huisartspraktijken).

Aantal nieuw episoden	-.13
Aantal contacten	-.07
Aantal keren lichamelijk onderzoek	-.07
Aantal bloedonderzoeken	-.44
Aantal X-foto's	-.51
Aantal recepten	-.48
Aantal keren advies, uitleg, voorlichting	+.39
Aantal gesprekken	+.54
Aantal verwijzingen in de 1e lijn	+.23
Aantal verwijzingen naar een specialist	-.15

Alle variabelen zijn gecorrigeerd voor de leeftijds- en geslachtsverdeling van de betreffende praktijk en geven daarmee de relatieve bijdrage, gerelateerd aan wat verwacht kan worden, zoals beschreven door *Marinus*.²⁴

Tabel 7 Frequentieverdeling van het gebruik van contactredenen in drie onderzoeken. Aantallen per 1000 patiënten per jaar.

	Totaal	<0,5	0,5-1	1-5	>5
NAMCS-RFV	237	–	–	142	95
RFE field trial	499	146	61	160	132
Transitie-contactredenen	646	239	90	191	126

Tabel 8 Frequentieverdeling van het gebruik van contactredenen in drie onderzoeken, zoals beschikbaar in de eerste component vna de ICPC (symptomen en klachten). Aantallen per 1000 patiënten per jaar.

	Totaal	<0,5	0,5-1	1-5	>5
NAMCS-RFV	155	–	–	73	82
RFE field trial	222	15	22	83	102
Transitie-contactredenen	315	41	35	130	111

Visit Study' en de veldstudie met de Reason For Encounter Classification.⁸⁻¹⁰

De ICPC heeft in de eerste component (tabel 8) een groot aantal verschillende contactredenen, die frequent of regelmatig door de huisarts worden geregistreerd. De meeste contactredenen in de zevende component (tabel 9) worden, zoals verwacht, door patiënten zelden of sporadisch gebruikt. Patiënten komen vooral, omdat zij last van een klacht of een symptoom hebben, zich zorgen maken of een psychisch of sociaal probleem hebben; veel minder vaak formuleren zij hun contactreden in de vorm van een 'echte' ziekte.

De 'contactreden' vervult blijkens het Transitieproject een nuttige functie in een episode-georiënteerd model. Daarbij is het natuurlijk de vraag of het de huisarts lukt in de communicatie met de patiënt deze vraag

valide te registreren. De werkdefinitie van contactreden is: 'iemand's reden om hulp te vragen, zoals deze door de huisarts wordt geregistreerd en vervolgens geïnclassificeerd. De door de huisarts – indien nodig na verheldering – opgegeven contactreden wordt door de patiënt erkend als een acceptabele beschrijving van zijn vraag om hulp.'

Het onderzoek van Hofmans-Okkes richt zich op de vraag of de contactreden, zoals deze door de huisarts wordt geregistreerd en vervolgens wordt gecodeerd, ook inderdaad door de patiënt als een acceptabele beschrijving wordt aanvaard.²⁵ Tweehonderd routine-consulten van tien huisartsen uit het Transitieproject zijn onderzocht. De huisartsen vulden het spreekuurformulier in zoals zij gewend waren, en codeerden dus de contactredenen, de diagnoses en de interventies met de ICPC. Na

beëindiging van het consult werden de patiënten door de onderzoekster onderzocht over hun contactreden. In deze 200 spreekuurconsulten codeerden de huisartsen 385 contactredenen met de ICPC; 80 procent daarvan (n=307) werd door de patiënt als volledig juist beoordeeld, 7 procent (n=26) als goeddeels juist, 4 procent (n=15) als goeddeels onjuist en 9 procent (n=35) van de door de huisarts vastgelegde contactredenen werd door de patiënt als volstrekt onjuist verworpen.

Nadere analyse van de consulten, die op videoband zijn vastgelegd, moet leren wat de feitelijke gang van zaken tijdens het consult was in die gevallen waarin huisarts en patiënt het kennelijk niet met elkaar eens waren. Patiënten noch huisartsen hebben op voorhand gelijk. Waar het vooral om gaat, is de vaststelling dat huisartsen de contactreden met de ICPC kennelijk valide kunnen vastleggen: patiënten herkennen in overgrote meerderheid de door de dokter geregistreerde contactreden als de hunne. Registratie van diagnose, contactreden en huisartsgeneeskundige interventies maakt de inhoud van huisarts-patiënt contacten duidelijker en dus beter toegankelijk voor onderzoek.

Beschouwing

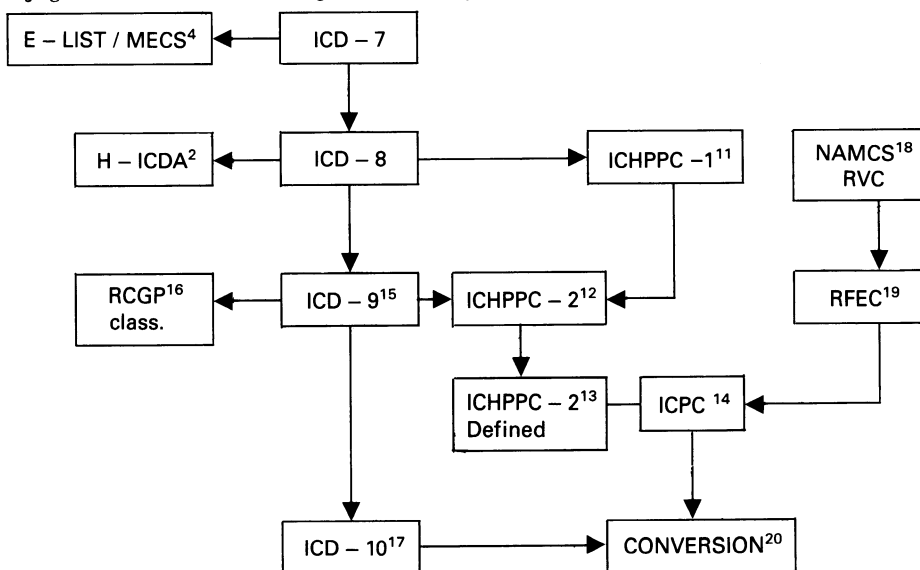
In de loop der jaren zijn verscheidene huisartsgeneeskundige classificaties ontwikkeld, waarmee met wisselend succes contactredenen en diagnoses kunnen worden geïdentificeerd. Episoden zijn daarmee gaandeweg beter toegankelijk gemaakt voor analyse van de relatie tussen de vraag van de patiënt, het oordeel van de huisarts, de interventies en de verschuivingen daarin in de tijd.

Daarmee is zeker geen eindpunt bereikt. Iedere codering houdt een reductie in en iedere poging om daardoor gemiste informatie toch systematisch in de beschouwing te betrekken, vraagt om een nieuwe, daarop gerichte classificatie. Een nieuwe ontwikkeling daarbij is de toepassing van 'functional status indicators' als vierde codeerbaar aspect van het contact tussen huisarts en patiënt.²⁶⁻²⁸ Meyboom-de Jong heeft aangetoond hoezeer de trits 'contactreden-diagnose-interventie' verrijkt wordt

Tabel 9 Frequentieverdeling van het gebruik van contactredenen in drie onderzoeken, zoals beschikbaar in de zevende component van de ICPC (ziekten, 'harde' diagnoses). Aantallen per 1000 patiënten per jaar.

	Totaal	<0,5	0,5-1	1-5	>5
NAMCS-RFV	82	–	–	69	13
RFE field trial	277	131	39	83	23
Transitie-contactredenen	331	198	55	61	17

Bijlage Evolutie van aan de ICD gedateerde classificatiesystemen voor de huisarts.



wanneer daar indicatoren voor de functionele toestand – beoordeeld door patiënt en huisarts – aan toe worden gevoegd.²⁶ De ICPC biedt via rubriek -28 in de eerste component systematisch ruimte voor het incorporeren van deze indicatoren.²⁸

Dit lijkt een belangrijke ontwikkeling voor onderzoek naar het nut van huisartsgeneeskundig handelen voor de patiënt in relatie tot diens persoonlijke wensen.²⁷ Het is ook belangrijk, omdat nu beter dan tevoren systematisch steun kan worden gegeven aan de huisarts die in het gesprek met zijn patiënt niet alleen streeft naar een goede diagnose en adequaat beleid, maar daarbij ook expliciet ingaat op de vraag van de patiënt. De beschikbaarheid van gekwantificeerde informatie over de relaties tussen deze voor de communicatie essentiële elementen maakt het mogelijk het onderwijs in de geneeskunde en de opleiding in de huisartsgeneeskunde meer toe te spitsen op waar het in het contact tussen huisarts en patiënt nu echt om gaat.

Literatuur

- ¹ Meijer JS, Brouwer H, Lamberts H. De ICPC als diagnostische classificatie. *Huisarts Wet* 1987; 30: 13-9, 44-8.
- ² Anonymous. Content of family practice. A statewide study in Virginia with its clinical, educational and research implications. *J Fam Pract* 1976; 3: 22-68.
- ³ Hoyos MD, Yeo JE, Renwick S. Morbidity in general practice in Barbados. *West Indian Med J* 1980; 29: 97-109.
- ⁴ Van den Hoogen HJM, Huygen FJA, Schellekens JWG, et al. Morbidity figures from general practice. Nijmegen: Nijmegen University Department of General Practice, 1985.
- ⁵ Bridges-Webb C. The Australian morbidity and prescribing survey, 1969-1974. *Med J Aust* 1976; 2(suppl 1).
- ⁶ Lamberts H. Morbidity in general practice. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.
- ⁷ Anonymous. Morbidity statistics from general practice 1981-1982. London: HMSO, 1986.
- ⁸ Lamberts H, Brouwer H, Groen ASM, Huisman H. Het transitie-model in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1987; 30: 105-13.
- ⁹ Anonymous. Patients' reasons for visiting physicians: National ambulatory medical care survey, 1977-78. DHHS Publication No. (PHS) 82-1717; 1982.
- ¹⁰ Lamberts H, Meads S, Wood M. Waarom gaat iemand naar de huisarts? *Huisarts Wet* 1984; 27: 234-44.
- ¹¹ Classification Committee of WONCA. International Classification of Health Problems in Primary Care. (ICHPPC). Chicago: American Hospital Association, 1975.
- ¹² Classification Committee of WONCA. International Classification of Health Problems in Primary Care. (ICHPPC-2). Oxford: Oxford University Press, 1979.
- ¹³ Classification Committee of WONCA. Inclusion criteria for the use of the rubrics of the International Classification of Health Problems in Primary Care. (ICHPPC-2-Defined). Oxford: Oxford University Press, 1983.
- ¹⁴ Lamberts H, Wood M, eds. International Classification of Primary Care (ICPC). Oxford: Oxford University Press, 1987.
- ¹⁵ Anonymous. International Classification of Diseases: Ninth Revision. Geneva: World Health Organization, 1977.
- ¹⁶ Anonymous. Classification of Diseases. Problems and procedures 1984 (Occasional Paper 26). London: Royal College of General Practitioners, 1984.
- ¹⁷ Anonymous. International Classification of Diseases: Tenth Revision. Geneva: World Health Organization, 1989.
- ¹⁸ Anonymous. A reason for visit classification for ambulatory care. Hyattsville, MD: National Centre for Health Statistics, US Public Health Service, 1979.
- ¹⁹ Meads S. The WHO Reason for Encounter Classification. *WHO Chronicle* 1983; 37: 159-62.
- ²⁰ Wood M. The International Classification of Primary Care. *J Fam Pract*, 1989; 28: 147-9.
- ²¹ White KL. The task of medicine. Dialogue at Wickenburg. Menlo Park, Ca: The Henry J. Kaiser Family Foundation, 1988.
- ²² Lamberts H. Psychische en sociale problemen: een diagnostisch raadsel? *Huisarts Wet*, 1989; 32: 78-9.
- ²³ Lamberts H, Hofmans-Okkes IM. Het gesprek met de patiënt: niet alleen voor dokters een puzzle. *Huisarts Wet*, 1987; 30: 134-6.
- ²⁴ Marinus AFM. Inter-doktervariatie in het Transitieproject. *Huisarts Wet* 1990; 33: 4-33.
- ²⁵ Hofmans-Okkes I. Hoe lang duurt een goed consult? 2. Een onderzoek naar de relatie tussen de lengte en kwaliteit van 200 huisartsconsulten. *Huisarts Wet* 1991; 34(1): 14-20.
- ²⁶ Meyboom-de Jong B. Bejaarde patiënten. Lelystad: Meditekst, 1989.
- ²⁷ Van Weel C, Meyboom-de Jong B, Weert H van. Het functioneren van de patiënt. *Klinimetrie in de huisartspraktijk*. *Ned Tijdschr Geneesk* 1990; 134: 1039-43.
- ²⁸ Lamberts H. The use of functional status assessment within the framework of the International Classification of Primary Care. In: Classification Committee of WONCA ed. Functional status measurement in primary care. New York: Springer, 1990.