

Ajax – Feijenoord in de Utrechtse Galgenwaard

M. FOETS
J. VAN DER VELDEN
M.A. BRUIJNZEELS
ET AL.

Foets M, Van der Velden J, Bruijnzeels MA, Van der Wouden JC, Van Suijlekom-Smit LWA. Ajax – Feijenoord in de Utrechtse Galgenwaard [Discussie]. Huisarts Wet 1994; 37(7): 306-10.

Samenvatting In de bespreking van het rapport 'Het kind bij de huisarts' wordt ook kritiek geleverd op de opzet van de Nationale Studie. In deze reactie worden allereerst enkele misvattingen over steekproefprocedure, respons en weegprocedures rechtgezet. De onderzoekers erkennen dat de registratieduur van drie maanden beperkingen met zich meebrengt. Om dit te ondervangen, hebben aanvullende registraties plaatsgevonden. Waarom decentraal coderen van diagnoses superieur zou zijn, wordt door *Lamberts et al.* niet aangegeven, laat staan onderbouwd met referenties. De criteria op basis waarvan in de Nationale Studie episodeconstructie heeft plaatsgevonden, zijn expliciet vastgelegd. Over de invulling van het begrip 'contactredenen' bleken de auteurs slecht geïnformeerd. Ondanks afwijkingen en verfijningen bij het gebruik van de ICPC blijft compatibiliteit vrijwel steeds gegarandeerd. Veel van de kritiek aan het adres van het onderzoeksrapport 'Het kind bij de huisarts' is ongefundeerd en de 'node gemiste' gezondheidsproblemen komen ook in het Transitieproject weinig voor.

Projectleiding Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, Nivel, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht:
Dr. M. Foets, socioloog; J. van der Velden, arts.
Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut Erasmus Universiteit Rotterdam:
Drs. M.A. Bruijnzeels, data-analist;
Dr. J.C. van der Wouden, socioloog.
Afdeling Kindergeneeskunde Erasmus Universiteit Rotterdam en Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Sophia Kinderziekenhuis: L.W.A. van Suijlekom-Smit, kinderarts.

Inleiding

Vooraleer in te gaan op het commentaar van *Lamberts et al.*,¹ een opmerking vooraf. Om een aantal redenen staat onze als discussie bedoelde bijdrage onder een ongelukkig gesternte. Dat komt in de eerste plaats door de tendentieuze en mystificerende toonzetting van het commentaar, dat bovendien meer dan eens niet onderbouwde beweringen bevat. Hierdoor wordt een constructieve wetenschappelijke discussie over registratieprojecten ten behoeve van huisartsgeneeskundig onderzoek niet bevorderd. In de tweede plaats is in de bespreking geen duidelijk onderscheid gemaakt tussen enerzijds het rapport over 'Het kind in de huisartspraktijk'² en anderzijds de opzet van de Nationale Studie in haar geheel. De lezers van het commentaar krijgen zelfs niet te lezen wat het doel, de opzet en de resultaten van het rapport nu waren. Desondanks heeft de redactiecommissie voor *Huisarts en Wetenschap* gemeend de 'bespreking' te moeten plaatsen.

Daar wij het belang van de wetenschappelijke discussie over de registratieprojecten in en buiten Nederland groot achten, willen wij toch ingaan op de materie. In deze reactie behandelen wij zowel de meer algemene kritiek die de Nationale Studie in haar geheel betreft, als het specifieke commentaar aan het adres van het rapport 'Het kind bij de huisarts'. Op ongefundeerde beschuldigingen, bijvoorbeeld over de, naar de mening van de auteurs dubieuze manier waarop in de Nationale Studie contactredenen zouden zijn geregistreerd, zullen wij *niet* ingaan.

Gezondheidszorgonderzoek

Wij willen vooropstellen dat het voor een goed begrip van belang is zich te realiseren dat de Nationale Studie primair een gezondheidszorgonderzoek is met als hoofddoel het verzamelen van beleidsrelevante informatie:

- Welke ziekten, klachten en problemen worden gepresenteerd in de huisartspraktijk en hoe gaan huisartsen er vervolgens in diagnostische en therapeutische zin mee om.

- Welke factoren beïnvloeden de presentatie van deze gezondheidsproblemen als ook de sterk variërende acties van huisartsen hierop.³

Op de consequenties die dit volgens *Lamberts et al.* zou hebben – namelijk dat een weloverwogen huisartsgeneeskundig oordeel over de klinische consequenties onmogelijk is in de Nationale Studie – komen wij later nog terug.

Generaliseerbaarheid en weegfactoren

Generaliseerbaarheid was inderdaad een belangrijke doelstelling van de Nationale Studie, waarin het juist de bedoeling was om het gezicht van de Nederlandse huisartsgeneeskunde te laten zien. Daarom was het nodig om voor Nederland representatieve cijfers te kunnen presenteren. Een tweede doelstelling van de Nationale Studie was het bestuderen van inter-dokterverschillen, zowel wat betreft morbiditeit als wat betreft verrichtingen. Selectie van een beperkte groep hoog gemotiveerde huisartsen was daarom niet de aangewezen keuze. Vandaar ons besluit om te kiezen voor een *voldoende grote, aselechte* steekproef. Voor een goed begrip willen wij er hier ook op wijzen dat, vanuit genoemde doelstellingen, gekozen is voor *niet-proportionele stratificatie*, dit om ervoor te zorgen dat bepaalde groepen in elk geval goed vertegenwoordigd zijn in de steekproef.^{3,4} Kennelijk is de auteurs dit laatste ontgaan, want zij schrijven de afwijkende samenstelling van steekproef en van patiëntenpopulatie uitsluitend aan non-respons toe. Echter, met name de oververtegenwoordiging van mensen uit het Noorden en uit het Zuiden is vooral het gevolg van deze stratificatie.

Ten onrechte wordt de indruk gewekt dat de *respons* wel erg slecht is: zo zouden er van de 408 oorspronkelijk geïnviteerde huisartsen slechts 115 hun medewerking toegezegd hebben. Het is nooit de bedoeling geweest ruim 400 huisartsen voor de Nationale Studie te werven. Aanvankelijk zijn drie aselechte deelsteekproeven van 150 huisartsen getrokken, waarbij de tweede en derde deelsteekproef de functie

hadden als – opnieuw aselechte – reserve te dienen bij non-respons in de eerste deelsteekproef. Wegens tijdsbeperkingen zijn wel alle uitnodigingen tegelijkertijd verzonden, maar bij het invullen van de artsen in elk van de steekproefcellen is steeds de voorrang gegeven aan artsen uit de eerste deelsteekproef.

Ook de keuze om *collega's van steekproefartsen* te laten deelnemen is weloverwogen gebeurd: in duo- of groepspraktijken was vaak geen afzonderlijk patiëntenbestand per huisarts beschikbaar; verder was hun medewerking noodzakelijk, omdat wij niet alleen contacten, maar ook episoden wilden bestuderen.^{3,4}

Tenslotte, bij niet-proportionele stratificatie is *weging* heel gebruikelijk, maar alleen noodzakelijk wanneer het doel van een bepaalde analyse is om te komen tot landelijk representatieve uitspraken, en zelfs dan alleen wanneer de onderzoeksvariabelen duidelijk blijken samen te hangen met de stratificatievariabelen. Verder is weging in geen geval een ingewikkelde exercitie. Dat correctie slechts tot stand kon komen door 'veel kunst- en vliegwerk', wijst dan ook op onwetendheid.

Overigens, al deze informatie over de steekproeftrekking staat keurig beschreven,⁴ iets waar andere registratieprojecten nogal eens in tekort schieten.

In het rapport 'Het kind bij de huisarts' is, zoals *Lamberts et al.* terecht opmerken, gecorrigeerd voor afwijkingen in de onderzoekspopulatie ten opzichte van de landelijke situatie. Er is grotendeels afgezien van een correctie voor huisartskenmerken, omdat uitgangspunt van het onderzoek was om de morbiditeit van kinderen te analyseren. Voor zover ons bekend, is de invloed van huisartskenmerken op de hen aangeboden morbiditeit, zeker wanneer het om kinderen gaat, beperkt. Het belangrijkste kenmerk, urbanisatiegraad, is wel opgenomen in de wegingsprocedure. Wanneer het de auteurs gaat om de relatie tussen de persoon van de huisarts en de hem aangeboden morbiditeit, dan ontbreekt het ons aan houvast om een dergelijke exercitie uit te voeren. De reden waarom in hoofdstuk 4 niet is gecorri-

geerd, staat vermeld op p. 9: 'De aantallen zijn bij vele aandoeningen klein. Toepassing van een wegingsprocedure kan in dat geval het effect van toevalsbevindingen versterken'.² Presentatie van ongewogen cijfers is in dit geval het meest zuiver.

Overigens is het niet zo dat het vooral *jonge huisartsen in gezondheidscentra* zijn die hebben bijgedragen aan de beschikbare gegevens uit de *grote stad*: van de 14 deelnemende huisartsen uit Amsterdam, Rotterdam en Utrecht, zijn er slechts drie werkzaam in een gezondheidscentrum, twee in een duo-praktijk en negen als solo-werkend huisarts. Zeven van deze huisartsen waren geboren voor 1950.

Allochtonen zijn in de Nationale Studie ondervertegenwoordigd en dit kan men betreuren. Toch moet men zich realiseren dat dit het rechtstreekse gevolg is van onze stratificatiemethode, en mag men niet uit het oog verliezen dat in de opzet van de Nationale Studie geen onderzoeksvragen op dit vlak waren opgenomen. *Lamberts et al.* noemen het cijfer van een kwart minder allochtonen in de Nationale Studie: dit cijfer is op zich correct, maar is tegelijk erg misleidend zonder vermelding van de absolute cijfers en percentages allochtonen in zowel het patiëntenbestand voor deze studie als in Nederland. Volgens de ISEO-criteria⁵ zijn in het onderzoek 13 procent van de kinderen allochtoon tegenover 18 procent in Nederland. De absolute aantallen allochtonen zijn in de Nationale Studie nog steeds groter dan in enig ander onderzoek, zodat het zeer wel mogelijk was om de gepubliceerde gegevens op te splitsen naar etnische afkomst: naast ruim 55 000 kinderen van Nederlandse afkomst, waren er ruim 2200 van Turkse of Marokkaanse origine, 1500 van Surinaamse en 1100 van Indonesische origine.

Overigens willen wij erop wijzen dat het een moeilijke opgave is om de etnische achtergrond van patiënten, op basis van de reeds genoemde ISEO-criteria, goed in kaart te brengen: een relatief eenvoudig gegeven als nationaliteit is niet voldoende; daarnaast zijn gegevens over geboorteland, inclusief het geboorteland van de ouders essentieel. Deze gegevens zijn voor patiënten, ingeschreven bij de huis-

artsen die deelnamen aan de Nationale Studie bekend: een unieke inspanning in de Nederlandse registratieprojecten. De door *Lamberts et al.* opgeworpen vragen aangaande relaties tussen etniciteit, urbanisatiegraad en sociaal-economisch niveau zijn zeker de moeite waard, maar vallen buiten het kader van het besproken rapport.

Tot zover onze verduidelijkingen wat betreft het punt van de generaliseerbaarheid. Een laatste opmerking hierover: het is op zijn zachtst gezegd zwak dat de auteurs uitgerekend daar commentaar leveren waar dergelijke gedetailleerde informatie over de samenstelling van de arts- en patiëntpopulaties in het Transitieproject – meer dan geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm – ontbreekt. Zolang deze informatie er niet is, en men geen kennis neemt van de gevolgde procedures bij steekproeftrekking en weging in de Nationale Studie, of deze niet begrijpt, is enige prudentie op zijn plaats.

Kwaliteit van de gegevens

Het tweede punt betreft de kwaliteit van de verzamelde gegevens.

Met klem willen wij bestrijden dat problemen rond de kwaliteit van de data in de Nationale Studie op de koop toe zijn genomen. Elk goed onderzoek vraagt aandacht voor zowel de selectie van onderzoeks-eenheden als voor de kwaliteit van gegevens, waarbij het één niet ondergeschikt moet zijn aan het andere. Overigens hebben weinig andere studies de gang van zaken ook op dit punt zo uitvoerig gedocumenteerd: hoofdstuk 4 van het rapport waarin de meetinstrumenten en procedures van de Nationale Studie zijn beschreven is hier uitsluitend aan gewijd.⁴

Ook een beoordeling van de kwaliteit moet steeds plaatsvinden tegen de achtergrond van de doelstellingen die aan de basis liggen van een onderzoek. Het grootste deel van de betreffende kritiek betreft het meten van ziekte in de huisartspraktijk. Waar het doel van het Transitieproject primair is het zo goed mogelijk beschrijven van ziekten in de huisartspraktijk, is de

Nationale Studie zoals reeds gezegd in de eerste plaats een gezondheidszorgonderzoek. Primair was daarbij niet een zo valide mogelijke meting van ziekte op zich, met gebruik van diagnostische criteria, of met andere woorden een zo goed mogelijke diagnose. Het doel van de Nationale Studie was daarentegen een registratie van diagnoses zoals de huisarts die in zijn dagelijkse praktijk stelt, omdat juist deze diagnoses bepalend zijn voor zijn verdere interventies. Beide morbiditeitsregistraties zijn met andere woorden opgezet vanuit verschillende perspectieven, wat *Lamberts et al.* ook al zelf aangeven, zodat absolute standpunten in deze kwestie zinloos zijn.

Eén en ander betekent niet dat kwaliteit geen aandacht kreeg: opmerkingen hierbij die suggereren dat de huisartsen in de Nationale Studie slechts matig getraind waren en geen of slechts onregelmatig terugkoppeling kregen, laten we zoals gezegd voor rekening van de auteurs. Op enkele belangrijke, door *Lamberts et al.* genoemde aspecten inzake het meten van ziekte gaan we wel nader in. Het betreft hier de registratieduur, de codeerwijze en de episodeconstructie, de invulling van het begrip 'contactredenen' en het gebruik van de ICPC-classificatie. Tenslotte volgt een reactie op het specifieke commentaar bij het rapport 'Het kind bij de huisarts'.

Registratieduur

De registratieduur van drie maanden brengt onmiskenbaar beperkingen met zich mee, en wij hadden die periode ook liever langer gezien. Deze beperking was het rechtstreekse gevolg van het feit dat wij niet alleen een morbiditeitsregistratie tot doel hadden, maar ook een uitgebreide verrichtingen- en patiëntenregistratie. Een langer dan drie maanden durende belasting was niet haalbaar. Vooral ten aanzien van chronische aandoeningen brengt de registratieduur beperkingen met zich mee, zoals ook moge blijken uit de manier waarop in het besproken rapport de incidentiecijfers zijn berekend. Om aan dit probleem tegemoet te komen, is in een aparte deelstudie de registratie door 15

huisartsen gedurende twee jaar voortgezet, en specifiek met het oog op psychische problematiek, door 19 huisartsen gedurende één jaar. Deze studies waren overigens, in tegenstelling tot wat *Meyboom-de Jong* suggereert,⁶ vanaf de aanvang gepland als integrale onderdelen van de Nationale Studie.⁴

Codeermethode en episodeconstructie

Een oud probleem vormt de kwestie of de voorkeur moet worden gegeven aan centraal coderen en centraal construeren van episoden of aan het uitvoeren van deze activiteiten door de huisarts. De keuze om in de Nationale Studie *centraal te coderen* is grotendeels het gevolg van onze beslissing om een voldoende grote aselechte steekproef te laten deelnemen. De auteurs wijzen er verder zelf op dat de huisartsen in het Monitoringproject bijna een kwartaal nodig hadden voordat alle aanloopproblemen waren opgelost. Dit is een extra argument om in een project met een registratieduur van drie maanden te kiezen voor centraal coderen. In de Nationale Studie ving de training van de veldwerkers, die overigens allen een (para)medische opleiding hadden, reeds twee maanden voor het begin van de registratie aan. Bovendien bleven de meesten in dienst gedurende de hele looptijd van de dataverzameling en -codering en werden hun werkzaamheden voortdurend gecontroleerd en bijgestuurd, terwijl zij bij de minste twijfel rond codering of episodeconstructie opnieuw contact opnamen met de huisartspraktijk.

Voor zover ons bekend bestaan er geen studies op basis waarvan men duidelijk kan besluiten wat nu beter is: centraal of decentraal coderen. In elk geval heeft het centraal coderen van diagnoses ook voordelen. De kans dat ongeveer gelijke gezondheidsproblemen aangeboden aan verschillende huisartsen toch verschillende codes meekrijgen is groter bij decentraal coderen. Verder bestaat het gevaar dat huisartsen door het hanteren van een classificatiesysteem en door de noodzaak hun eigen werk in codes om te zetten, zich op een andere wijze gaan gedragen, zij het

mogelijk in positieve zin. Echter, dit was niet het doel van de Nationale Studie: daarin werd juist getracht een goed beeld te krijgen van de dagelijkse praktijk.⁷ Tenslotte bestaat, tengevolge van geheugenbeperkingen, de kans dat huisartsen bij decentraal coderen niet van alle mogelijke ICPC-codes gebruik maken.

In elk geval rijst naar aanleiding hiervan bij ons de vraag, waarom in de documenten over het Transitieproject weinig is terug te vinden over de wijze waarop aldaar de controle verliep op registratie en classificatie.

Over de episodeconstructie wordt ten onrechte opgemerkt dat de gebruikte criteria nergens duidelijk worden gemaakt: ze staan op p. 6 van het rapport.² Verder willen wij benadrukken dat in het kader van kwaliteitscontrole *alle* door de veldwerkers geconstrueerde episoden werden gecontroleerd op het naleven van de gestelde criteria. Over de gehanteerde criteria in het Transitieproject is opnieuw geen informatie beschikbaar.

Contactredenen

Vervolgens hebben de auteurs een aantal bezwaren met betrekking tot de invulling van het begrip 'redenen van contact' in de Nationale Studie en in het rapport 'Het kind bij de huisarts'. Dat wij dit begrip hebben geconcentreerd op 'klachten zoveel mogelijk zoals de patiënt deze formuleert', betekent nog niet dat redenen voor contact waarbij de patiënt met een vraag komt in termen van een diagnose, niet als dusdanig geregistreerd en gecodeerd zijn. Ook episoden op initiatief van de huisarts zijn wel degelijk als dusdanig geregistreerd, wat bovendien blijkt uit de afzonderlijke rubriek hiervoor op het registratieformulier, waar werd vastgelegd op wiens initiatief het contact tot stand kwam (de huisarts, maar ook ouders en andere hulpverleners konden aangekruist worden). Ook het initiatief tot verwijzingen werd op een zelfde manier vastgelegd. We betwijfelen of er een essentieel verschil is tussen de contactredenen, zoals opgevat in het Transitieproject ('De reden van de patiënt om naar de huisarts te gaan, zoals

deze door de huisarts na verheldering wordt geregistreerd')⁸ en de wijze waarop dit begrip in de Nationale Studie is geoperationaliseerd. In de Nationale Studie registreerde de huisarts 'de klachten zoveel mogelijk zoals de patiënt deze formuleert'; in het Transitieproject wordt de code gezocht die de vraag van de patiënt zoveel mogelijk benadert.^{4,8}

ICPC-classificatie

Verder wordt de manier waarop wij de ICPC-classificatie hebben gebruikt aan de orde gesteld. Eerst willen wij een aantal procedurele zaken recht zetten. Ten tijde van de aanvang van de dataverzameling voor de Nationale Studie was de officiële versie van de ICPC nog niet beschikbaar. Daarom gebruikten wij een voorlopige versie, ons inderdaad collegiaal ter hand gesteld, maar niet officieel gepubliceerd. Dat dit nergens zou zijn vermeld in het rapport is onjuist: op pagina 6 van het rapport² staat dat het om een aangepaste versie van het Nivel gaat: de officiële ICPC-versie is zelfs niet opgenomen in de literatuurlijst. Uiteraard zijn er bezwaren in te brengen tegen de manier waarop wij verfijningen hebben aangebracht in bepaalde ICPC-codes. Maar het is Lamberts zelf geweest, in een brief aan de voorzitter van de Werkgroep Classificatie en Coderingen, die ons juist complimenteert met de Nivel-versie, mede omdat wij verfijningen hadden aangebracht, die vrijwel naadloos aansloten op zijn 200 wijzigingen. Waarom deze verfijningen volgens de sprekers onterecht zijn, laten zij na te vermelden waardoor de kritiek voor ons onduidelijk is. Toch is er een aanzienlijk aantal verfijningen, wat wel degelijk aanvullende informatie oplevert. Voorbeelden voor de kinderleeftijd zijn A11, A84, A85, F70, F73, L76, L79, L80, L97, L98, R91, S03, S74, S76, S88, Z16. In elk geval geldt voor al onze aanpassingen en verfijningen, dat men steeds terug kan naar de officiële ICPC: hiertoe bestaat een conversielijst,⁹ zodat vergelijkbaarheid steeds mogelijk blijft.

Gegevens in 'Het kind bij de huisarts'

Tenslotte betreft een deel van het commentaar de gegevens gepresenteerd in het rapport 'Het kind bij de huisarts'.

Hoewel dit rapport uitvoerig 60 contactredenen en 77 diagnoses beschrijft, vinden de auteurs dat het bestand 'snel leegloopt'. Kijkt men op een willekeurige bladzijde in hoofdstuk 4, dan is de hoeveelheid gegevens die daar wordt getoond voor wat betreft de kinderleeftijd uniek. Verder kan men in bijlage 3 van het rapport een volledig overzicht vinden van de frequenties waarmee alle redenen voor contact en diagnoses voorkomen bij kinderen. Hieruit kan men ook aflezen dat de andere door *Lamberts et al.* gesuggereerde gezondheidsproblemen, overigens door hen genoemd zonder enige bronvermelding waaruit zou blijken dat het hier om inderdaad belangrijke problemen bij kinderen gaat, alle wél voorkomen, maar eenvoudigweg niet tot de meest frequente behoren. Overigens, ook in het Transitieproject betreft het hier in bijna alle gevallen weinig voorkomende episoden: problemen rond vulva en vagina bijvoorbeeld komen in het Transitieproject al helemaal niet voor.¹⁰ Alleen ten aanzien van de bijwerking van geneesmiddelen en de infectieuze conjunctivitis geldt dat wij gewerkt hebben met een verfijning van ICPC-codes (zie hierboven), als gevolg waarvan deze niet uitvoerig aan de orde komen in het rapport 'Het kind bij de huisarts'. Bij deze volgens de auteurs node gemiste gegevens is het onduidelijk of het contactredenen of diagnoses betreft; wij nemen aan de laatste categorie. Mogelijk zien de auteurs over het hoofd dat sommige van de door hun opgesomde problemen niet steeds bij de huisarts terechtkomen, omdat patiënten er helemaal niet mee naar een hulpverlener gaan, of naar een andere hulpverlener (bijvoorbeeld EHBO, specialist, maatschappelijk werk). Wellicht waren zij even verblind voor de wereld die zich afspeelt buiten het kader van hun episode-begrip, dat zich strikt beperkt tot zogenaamde zorg-episoden. Wat betreft het niet voldoende voorkomen van kinde-

ren met sociale problemen, raden wij de auteurs aan om nog eens goed naar de inhoud van deze ICPC-codes te kijken: de meeste verwijzen naar volwassenenproblematiek.

Ook tillen de auteurs zwaar aan het feit dat in het rapport alleen de contactredenen aan het begin van een episode zijn gerapporteerd. Uiteraard is er een keuze gemaakt uit de grote hoeveelheid kenmerken die zouden kunnen worden gepresenteerd. In dit specifieke geval is de schade beperkt: bijna 80 procent van de episoden bij kinderen bestaat uit slechts één contact, waardoor het bezwaar minder groot is dan gesuggereerd.

De gedetailleerde leeftijdsindeling, zoals gebruikt in het rapport 'Het kind bij de huisarts' kan geen fundamenteel bezwaar zijn, omdat de gegevens terug kunnen worden gebracht naar grovere, meer gebruikelijke indelingen. De in het commentaar wat belachelijke manier van voorstellen van de cijfers over de jongetjes met phimosis vertelt de argeloze lezer niet dat achter een grovere indeling dezelfde cijfers kunnen schuilgaan. Phimosis is in het tabellenhoofdstuk niet opgenomen op grond van het feit, dat dit een aandoening is die getalsmatig tot de vijftig belangrijkste aandoeningen behoort, maar omdat meer dan de helft van alle episoden in één van de onderscheiden leeftijdsgroepen (0 jaar, 1-4 jaar, 5-9 jaar en 10-14 jaar) valt. Op pagina 41 van het rapport wordt deze werkwijze uiteengezet, op bladzijde 43-45 wordt voor alle getabelleerde ICPC-codes aangegeven volgens welk criterium elk van de codes is opgenomen. Het zal de lezer niet verbazen dat de meeste jongens met phimosis daarmee jong bij de huisarts komen: van de 47 episoden vallen er 25 in de leeftijdsgroep 1-4 jaar (bladzijde 190). Hoe dankbaar, om dan wat sneerende opmerkingen te maken over de frequenties op 11- tot 13-jarige leeftijd: succes tegen een lage prijs! In elk geval blijft op de kinderleeftijd een indeling per leeftijdsjaar verre de voorkeur verdienen boven een tweedeling van 0-4 en 5-14. Zo is koorts bij een nuljarige essentieel verschillend van koorts bij een driejarige kleuter. Het materiaal laat voor de meeste

van de aandoeningen een fijnere indeling toe dan de besprekers bepleiten. Onlangs werd door ons het probleem van de 'huilbabies' beschreven, waarbij het zelfs mogelijk was om per leeftijdsmaand analyses te verrichten.¹¹

Conclusie

Zowel wat betreft steekproeftrekking, als wat betreft kwaliteit van de data, hebben wij geprobeerd om, gezien de doelstellingen van het project en binnen de materiële beperkingen die elk onderzoek kent, zo goed mogelijk afgewogen keuzen te maken. Tussen de Rotterdamse onderzoekers en de projectleiding van de Nationale Studie is hierover in de loop van de afgelopen jaren intens overleg gepleegd.

De conclusie van *Lamberts et al.* dat een weloverwogen huisartsgeneeskundig oordeel over de klinische consequenties in principe niet mogelijk is, achten wij mystificerend en voorbarig tegelijk. Het commentaar van *Lamberts et al.* gaat in deze uit van de autoriteit van de dokter, zonder dat deze nader geëxpliciteerd wordt. In een weloverwogen huisartsgeneeskundig oordeel moeten psychische en sociale aspecten betrokken worden. Het Transitieproject is op dit punt beperkter dan de Nationale Studie, waarin meer informatie beschikbaar is, zowel over de sociale achtergrond van de patiënt als over het psychosociale karakter van de klachten. Dat een dergelijk oordeel wel degelijk mogelijk is, wordt, alvast wat betreft het huisartsgeneeskundig handelen bij kinderen, door de Nederlandstalige (inclusief *Huisarts en Wetenschap*)¹²⁻¹⁶ en internationale wetenschappelijke^{17,18} publikaties kennelijk anders beoordeeld. Datzelfde geldt, opnieuw blijkens wetenschappelijke publikaties, ook voor andere aspecten van het huisartsgeneeskundig handelen, niet of niet uitsluitend kinderen betreffend.

Zoals elke studie heeft ook de Nationale Studie haar beperkingen, ook in de moge-

lijkheden die beschikbaar zijn om te komen tot een huisartsgeneeskundig oordeel. Zeker hadden ook wij liever gekozen voor een langere registratieperiode, voor een betere vertegenwoordiging van allochtonen, zeker ook hadden wij liever een nog betere respons gehad etc. Maar er blijven altijd spanningen bestaan tussen wat theoretisch ideaal is en wat praktisch haalbaar. Kennelijk heeft de projectleiding van het Transitieproject, blijkens haar pathetisch taalgebruik, eerder last van rancune en geldingsdrang, dan behoefte aan wetenschappelijke discussie. Onderzoekers die zich niet wensen te conformeren aan de mystificaties van het transitiejargon en de verfijnde manieren van de ICPC-cultuur kunnen toch niets betekenen voor het vak?

Literatuur

- 1 Lamberts H, Hofmans-Okkes IM, Brouwer HJ. Het kind bij de huisarts [Boekbespreking]. *Huisarts Wet* 1994; 37(2): 82-3.
- 2 Bruijnzeels MA, Van Suijlekom-Smit LWA, Van der Velden J, Van der Wouden JC. Het kind bij de huisarts. Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Rotterdam: Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut/Afdeling Kindergeneeskunde Sophia Kinderziekenhuis, 1993.
- 3 Bensing JM, Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. *Huisarts Wet* 1991; 34: 51-61.
- 4 Foets M, Van der Velden J. Een Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: meetinstrumenten en procedures. Utrecht: Nivel, 1990.
- 5 Anoniem. Beter meten 1. Rotterdam: ISEO, 1987.
- 6 Meyboom-de Jong. Naschrift. *Huisarts Wet* 1993; 36: 424.
- 7 Severien R, Van der Zee J. Registratie/classificatie in de huisartspraktijk. Deel III: De haalbaarheid van het centraal coderen van klachten, ziekten en problemen in de huisartspraktijk. Nijmegen/Utrecht: NUHI/NHI, 1984.
- 8 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 9 Van der Velden J, Schellevis F, Van der Steen J, red. ICPC. International Classification of Primary Care. Tabulaire lijst ten behoeve van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1989.
- 10 Lamberts H, Brouwer HJ, Mohrs J. Reason for encounter- & episode- & process-oriented standard output from the Transition Project. Amsterdam: Department of General Practice/Family Medicine University of Amsterdam, 1991.
- 11 Tasche MJA, Bruijnzeels M, Van der Poel BNM, et al. Zuigelingen die vaak huilen: frequentie en aanpak van dit probleem in de huisartspraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993; 137: 1927-30.
- 12 Bohnen A, Bruijnzeels MA, Van der Velden J, Van der Wouden JC. Otitis media acuta: epidemiologie en beleid. *Huisarts Wet* 1992; 35: 134-6.
- 13 Van der Ven-Daane I, Van der Ven M, Bruijnzeels MA, et al. Het voorschrijven van antibiotica aan kinderen in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1992; 35: 272-4.
- 14 Hart HE, Bruijnzeels MA, Van der Wouden JC, et al. Het kind met koorts in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1992; 35: 246-8.
- 15 Van der Ven M, Van der Ven-Daane I, Bruijnzeels MA, et al. De antimicrobiële behandeling van tonsillitis acuta bij kinderen in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1993; 36: 134-6.
- 16 Van der Ven-Daane I, Bruijnzeels MA, Van der Wouden JC, Van Suijlekom-Smit LWA. Het voorkomen en de behandeling van impetigo vulgaris bij kinderen. *Huisarts Wet* 1993; 36: 291-3.
- 17 Verburgh ME, Bruijnzeels MA, Van der Wouden JC, et al. Incidence of febrile seizures in the Netherlands. *Neuroepidemiology* 1992; 11: 169-172.
- 18 Vijlbrief AS, Bruijnzeels MA, Van Suijlekom-Smit LWA, Van der Wouden JC. Incidence and management of transient synovitis of the hip. A study in Dutch general practice. *Br J Gen Pract* 1992; 42: 426-8.