

# Registratienet Huisartspraktijken

## Unlocking patients' records in general practice for research, medical education and quality assurance

*The registration network family practices.*

*Metsmakers JFM. Dissertatie*

*Rijksuniversiteit Limburg. Amsterdam:*

*Thesis, 1994; 200 pagina's, prijs NLG 35,-.*

*ISBN 90-5170-279-5. Ook te bestellen bij de uitgever, Postbus 14791, 1001 LG*

*Amsterdam.*

In de Nederlandse gezondheidszorg is de huisarts poortwachter voor de gespecialiseerde gezondheidszorg en staan bijna alle patiënten bij hem ingeschreven. Daarom is hij een belangrijke informatiebron. De auteur begint zijn proefschrift dan ook met een overzicht van bestaande huisartsregistraties.

Dit proefschrift geeft een uitstekende beschrijving van het Registratienet Huisartspraktijken, dat voornamelijk is opgezet als steekproefkader waarin patiënten met bepaalde gezondheidsproblemen kunnen worden geïdentificeerd. De deelnemende huisartsen verzamelen een aantal patiëntachtergrondgegevens en alle relevante gezondheidsproblemen, die vervolgens opgeslagen worden in een geautomatiseerd bestand. De morbiditeitsregistratie vindt plaats door middel van de probleemlijst. Als probleem wordt beschouwd datgene waarvoor gezondheidszorg nodig is, of iets dat iemands lichamelijk of geestelijk welzijn kan verminderen of heeft verminderd. Het netwerk is gericht op chronische problemen, zodat het in zekere zin beperkter is dan gewone morbiditeitsregistraties.

De hoofdstukken 6 t/m 10 betreffen het gebruik dat kan worden gemaakt van het Registratienet Huisartspraktijken voor wetenschappelijk onderzoek, medisch onderwijs en kwaliteitsbewaking en -bevordering.

Het proefschrift bestaat uit een verzameling deels reeds gepubliceerde artikelen, waardoor de lezer vaak dezelfde zaken opnieuw krijgt te lezen. De indruk bestaat dat dit euvel had kunnen worden gereduceerd door iets meer verwijzing naar eerdere artikelen. Bovendien was een deel van de resultaten in hoofdstuk 10 reeds gepubliceerd in het proefschrift van Höppener.

### Commentaar

Enkele zaken blijven vragen oproepen.

Gezien de bekende variabiliteit tussen artsen stelt de auteur (introdactie bij hoofdstuk 5) dat studies die willen generaliseren niet alleen gebaseerd moeten zijn op een representatieve steekproef van de bevolking, maar ook op basis van een representatieve steekproef van artsen.

Uit de resultaten van dit hoofdstuk blijkt dat de huisartsen slechts gedeeltelijk vergelijkbaar zijn met de gehele groep Nederlandse huisartsen. De patiëntenpopulatie komt wel goed overeen met de Nederlandse bevolking. In de conclusie bij dit hoofdstuk lijkt de auteur op zijn uitgangspunt terug te komen door te stellen dat die representativiteit nooit een punt is geweest.

Waar het proefschrift veel aandacht besteed aan de kwaliteit van de verzamelde gezondheidsproblemen, wordt nauwelijks stilgestaan bij de kwaliteit van de verzamelde achtergrondkenmerken, terwijl toch de vraag kan worden gesteld of de huisarts hiervan steeds goed op de hoogte is, laat staan of het hem lukt ook op de hoogte te blijven van alle veranderingen die hierin kunnen optreden. Zeker bij niet frequent consulterende patiënten doen zich hier problemen voor.

Bij het gebruik dat wordt gemaakt van de ICPC om de gezondheidsproblemen te classificeren, kan men zich afvragen of zich geen problemen voordoen, vooral omdat gezondheidsproblemen niet alleen medische problemen betreffen, maar ook psychosociale problemen, risicofactoren, somatisering, handicaps en functionele beperkingen.

Ondanks deze bedenkingen is dit een helder en lezenswaardig proefschrift.

Marleen Foets

### Reactie

Foets onderkent het belang van het Registratienet Huisartspraktijken (RNH) als steekproefkader waarin patiënten met bepaalde gezondheidsproblemen geïdentificeerd kunnen worden. Het is daarom jammer dat de hoofdstukken waarin het gebruik van de gegevens uit het RNH wordt gedemonstreerd, niet iets uitvoeriger worden besproken.

Recensent zegt dat enkele zaken vragen oproepen en ik zal deze beantwoorden.

Allereerst de opmerking over de representativiteit van de huisartsen, waarbij Foets de indruk wekt dat in hetzelfde hoofdstuk twee verschillende opvattingen worden verkondigd. In de inleiding van hoofdstuk 5 stel ik inderdaad dat voor studies die willen veralgemenen de representativiteit van de deelnemende huisartsen (en patiënten) gewaarborgd moeten zijn. Maar iets verder in de inleiding stel ik ook dat het RNH primair is opgezet als een steekproefkader en niet als een morbiditeitsstudie, waardoor er geen directe noodzaak is voor nationale

representativiteit. Externe wetenschappelijke validiteit en demografische representativiteit zijn immers verschillende dingen. Een goede beschrijving van een aantal kenmerken van de deelnemende huisartsen en vergelijking met de gehele groep Nederlandse huisartsen voegt natuurlijk wel iets toe aan de beschrijving van het RNH.

De tweede opmerking gaat over de kwaliteit van de verzamelde patiënt-achtergrondgegevens, waarbij Foets de vraag stelt of huisartsen goed op de hoogte kunnen blijven van veranderingen, met name bij patiënten die de huisarts niet frequent consulteren. Het gaat bij de patiënt-achtergrondgegevens om geslacht, geboortedatum, geboorteplaats, burgerlijke staat, type huishouden, deel van de postcode, verzekeringswijze en opleidingsniveau. De eerste drie gegevens zijn niet veranderlijk, terwijl wijzigingen in postcode en verzekeringswijze zelfs voor een niet-geautomatiseerde huisarts veelal goed bij te houden zijn. Bij opleiding gaat het inderdaad om een gegeven dat sterk kan veranderen. Vandaar dat dit pas vastgelegd wordt voor personen ouder dan 25 jaar en bovendien in slechts drie brede categorieën. Dat houdt in dat de huisarts extra moeite moet doen voor slechts twee achtergrondgegevens: burgerlijke staat en het daaraan gerelateerde type huishouden. Veranderingen daarin kunnen inderdaad enige tijd onopgemerkt blijven, maar een huisarts blijft ook via andere leden van een familie vaak op de hoogte van wijzigingen in familie/gezinsomstandigheden.

De laatste opmerking betreft het gebruik van de ICPC bij het classificeren van psychosociale problemen, risicofactoren, somatisering, handicaps en functionele beperkingen. De ICPC heeft vanzelfsprekend een aantal beperkingen en niet alle gezondheidsproblemen zijn even eenduidig te classificeren, maar de ICPC is op dit moment de meest geschikte huisartsgeneeskundig gerichte classificatie. Voor de genoemde problemen biedt de ICPC mogelijkheden. Zo zijn er verschillende codes voor risicofactoren: P15 Chronic alcohol abuse, P16 Acute alcohol abuse, P17 Tobacco abuse, P18 Medicinal abuse. Binnen het RNH is afgesproken een belaste familieanamnese als  $\alpha 00$  vast te leggen. Ook voor Disability/impairment bestaat een code ( $\alpha 28$ ). Verder wordt in consensusgroepen aandacht besteed aan moeilijkheden bij het formuleren van problemen en het toekennen van ICPC codes. Deze wijze van kwaliteitsbewaking wordt door de deelnemende huisartsen zeer gewaardeerd.

Job F.M. Metsmakers

**Diagnosing dementia in general practice**

Wind AW. *Dissertatie. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1994; 151 bladzijden. ISBN 90-9007682-4. Te bestellen door overmaking van NLG 20,- op girorekening 5103880 van A.W. Wind, Alkmaar.*

Toen ik de titel van deze dissertatie las, dacht ik: een interessante studie over een moeilijk onderwerp. Een juiste diagnose in het begin van deze ziekte kan buitengewoon moeilijk, zo niet onmogelijk zijn, maar na enige tijd wordt dat gemakkelijker: de tijd komt meestal de dokter te hulp. In de huisartspraktijk is bovendien de vraag wat er met de patiënt moet gebeuren vaak van meer belang dan het stellen van de diagnose.

**Semantische opmerkingen**

De inhoud van deze studie was niet wat de titel zou doen verwachten. Het is geen klinische studie in de zin van: voor welke valkuilen moet de huisarts oppassen. Het boek gaat over de diagnostische methoden en diagnostische kwaliteiten van een aantal Amsterdamse huisartsen met betrekking tot deze ziekte. Voor alle zekerheid heb ik de titel voorgelegd aan een hoogleraar Engels. Hij vertaalde deze met: Het diagnosticeren van dementie in de algemene praktijk. De auteur vertaalt de titel met: Huisartsgeroepkundige diagnostiek bij dementie. Ook dan blijft het onduidelijk wat er onderzocht is. Een ondertitel had uitkomst kunnen brengen.

Deze semantische benadering is hier wel op zijn plaats, want alle uitvoerige studies over dementie - ik denk wel meer dan een eeuw lang - beginnen met het bespreken van de spraakverwarring op dit gebied. Hoewel deze verwarring voor een deel ontstaat door de lacunes in de kennis omtrent deze ziekte, moet de oorzaak toch vooral gezocht worden in het slordige spraakgebruik door de onderzoekers. Met dementie wordt hier bedoeld *dementia senilis* en ook dat had vermeld moeten worden, want kinderen kunnen ook dement worden.

Er zijn meer van dit soort slordigheden: de term methodologie wordt gebruikt waar methode had moeten staan, en ook in dit boek kan men lezen dat dementie door een depressie veroorzaakt kan worden.

Ook tegenwoordig blijft de spraakverwarring - ondanks internationaal overleg en consensusbesprekingen - bestaan. Zo spreekt men in de NHG-Standaard - waar de auteur van deze dissertatie aan heeft meegewerkt - over het dementiesyndroom, en wordt vervolgens de term pseudodementie voor obsoleet verklaard.

Dat is jammer, want didactisch is deze term van veel belang en het begrip dat ermee wordt aangeduid, verdwijnt niet door een woord uit te bannen.<sup>1</sup> Bovendien geeft de term dementiesyndroom nu alweer tot discussies aanleiding, omdat het begrip in de DSM-III anders gedefinieerd wordt dan in de NHG-Standaard.

**Opzet en uitkomsten**

In deze dissertatie zoekt de auteur - basisarts - dus hoe huisartsen de diagnose dementie stellen en welke waarde hun oordeel heeft. Dat is wel van belang, want geen enkele huisarts krijgt veel ervaring op dit gebied.

Voor dit onderzoek waren veel patiënten uit de huisartspraktijk nodig, die, bekend bij hun huisarts, door de onderzoekers moesten worden onderzocht. Een dergelijk probleem is natuurlijk niet zo eenvoudig aan te pakken en een vrij complex onderzoek was daarvoor dan ook nodig. Daarbij deed zich uiteraard een reeks methodische problemen voor, die uitvoerig besproken worden. Er wordt zelfs een apart hoofdstuk besteed aan de invloed van wegeringen van patiënten om deel te nemen aan het onderzoek. Belangrijk was ook het probleem aan de hand van welke criteria de onderzoekers de conclusies van de huisartsen moesten beoordelen. Voor dit laatste werd - ik zou bijna zeggen uiteraard - gebruik gemaakt van bepaalde vragenlijsten die tot 'gouden standaard' verheven werden. Klinisch interessanter zou het geweest zijn als de 'demente' mensen bijvoorbeeld na twee jaar nog eens bezocht zouden zijn. De auteur had dan enkele ziektegeschiedenissen met een foutieve diagnose kunnen beschrijven.

Wat de resultaten betreft, lag het voor de hand dat de huisartsen goed gebruik maakten van hun specifieke plaats in de gezondheidszorg: de diagnostiek werd gespreid over een aantal contacten; de 'factor tijd' werd dus goed ingeschakeld. Bovendien maakten de huisartsen veel gebruik van de hetero-anamnese, en de waarde van het vak kwam in deze studie goed naar voren, doordat het huisbezoek bij de diagnostiek bijna een absolute voorwaarde vormt.

Interessant was ook hier dat de diagnose voor de huisartsen vooral een functie heeft voor verdere zorg. Maar Rümke zei al: 'Zodra voor ons de diagnostiek doel in zichzelf wordt, houden wij op arts-clinicus te zijn. Bij hem is het primaire: het helpen van de patiënt.'<sup>2</sup> Speciaal bij de aanpak van deze ziekte is de huisarts onmisbaar, te meer omdat een ziekenhuisopname bij demente patiënten het ziektebeeld vaak sterk beïnvloedt en de specialist niet veel meer kan doen dan de huisarts.

**Commentaar**

Kortom een waardevolle studie, die weliswaar weinig nieuws opleverde, maar dat was ook niet te verwachten bij het lezen van de geformuleerde onderzoeksvragen. Waardevol, omdat nu aangetoond is dat huisartsen deze ziekte zonder veel kosten goed kunnen diagnosticeren en dat er daarvoor dus geen speciale diensten nodig zijn.

Enkele opmerkingen moeten mij echter nog van het hart. Ik vind het altijd jammer als een onderzoeker niet even de moeite neemt zich in de geschiedenis van het onderwerp te verdiepen. De oudste literatuuropgave in deze studie stamt uit 1975; de auteur heeft vanaf 1984 naar de 'relevante literatuur' gezocht. Een raadselachtig probleem waar de mensheid altijd mee geconfronteerd is geweest, wordt hier op een voor mij onbegrijpelijke naïeve manier benaderd. Ik heb de indruk dat de auteur echt denkt dat de geneeskunde op dit punt vorderingen heeft gemaakt, en dat de oude literatuur op dit punt ongelezen kan blijven.

Ik geef hierna enkele literatuuropgaven met behulp waarvan de auteur twee van haar drie vragen had kunnen beantwoorden. Op het gebied van de dementie heeft de geneeskunde na de publikaties van Kraepelin en Alzheimer - zeg na 1910 - noch op diagnostisch, noch op therapeutisch gebied noemenswaardige vorderingen gemaakt.<sup>3</sup> Onze vragen en antwoorden zijn vrijwel identiek met die van artsen een halve eeuw geleden. Men leze bijvoorbeeld het boekje van Wiersma uit 1936.<sup>4</sup>

Ten slotte: van de negen hoofdstukken van dit proefschrift zijn of worden er zeven als artikel elders gepubliceerd. Als ik goed tel, hebben negen andere auteurs aan deze dissertatie meegeschreven. Alleen de inleiding en de nabespreking zijn van de auteur zelf.

Een nadeel is dat ik nu achtmaal gelezen heb 'This study was a part of the Amsterdam Study of the Elderly' (Amstel Project).

Achter ieder hoofdstuk staat nu ook een aparte niet-alfabetische literatuurlijst - zoals in de artikelen - wat het opzoeken van een bepaalde auteur niet vergemakkelijkt. Een extra 'totale alfabetische literatuurlijst' achterin het boek, een lijst met verklarende afkortingen en - in de bijlagen - de tekst van de gebruikte vragenlijsten zou het boek waardevoller hebben gemaakt.

Maar gelukkig weet ik nu hoe de twee dochters van de auteur heten.

G.J.Bremer

- 1 Carp EADE. Dementie. Ned Tijdschr Geneesk 1936; 80: 3930-4.
- 2 Rümke HC. De betrekkelijkheid van de psychiatrische diagnose. In: Rümke HC. Nieuwe studies en voordrachten over psychiatrie. Amsterdam: Scheltema en Holkema, 1958.
- 3 Rümke HC. Psychische stoornissen op oudere leeftijd. In: Rümke HC. Psychiatrie II. Amsterdam: Scheltema en Holkema, 1960.
- 4 Wiersma ED. Ter overdenking voor huisarts en student. Amsterdam: NoordHollandse Uitgeversmij, 1936.

### Reactie

Bremer wijst op de spraakverwarring rond het begrip dementie. Het Nederlandse 'dementie-syndroom' is in het Engels 'dementia' volgens de DSM-III-R-definitie. Een lastig punt is dat volgens de DSM-III-R-definitie depressie geen oorzaak is voor 'dementia' vanwege het organiteitscriterium. Dit criterium is echter in Nederland naar aanleiding van de in 1988 gehouden CBO-consensus komen te vervallen, waardoor strikt genomen depressies wel een oorzaak zijn van het dementiesyndroom.

De kwaliteit van de gebruikte 'gouden standaard' bespreek ik uitvoerig in het discussiehoofdstuk en elders. Het *beloop* van de aandoening zou ook als criterium genomen kunnen worden en wie weet verschijnt er nog een artikel met die opzet. Daarin kan ook antwoord gegeven worden op de vraag of huisartsen de diagnose in een eerder stadium kunnen stellen dan een diagnostische test.

Een leuke bevinding was inderdaad dat de diagnose van de huisarts sterk verband hield met de zorgbehoefte van de patiënt en diens familie. Hierdoor wordt de boven geciteerde mening van Rümke bevestigd en de huisarts-geneeskunde weer een stukje verder onderbouwd. Omdat de zorg bij dementie veel meer 'care' betreft dan 'cure', weerspiegelt deze bevinding de brede functie van de diagnose in de huisartspraktijk.

Onderzocht is in hoeverre huisartsen gebruik maken van 'de tijd' als diagnosticum en 'de omgeving' van de patiënt betrekken bij de diagnostiek. Opvallend hierbij vond ik juist dat een gerichte hetero-anamnese slechts in 58 procent van de gevallen plaatsvond en er maar enkele van de onderzochte items betreffende 'de tijd' en 'de omgeving' voorspellend waren voor een juiste diagnose dementie. De huisartsdiagnose dementie bleek ook nog eens betrekkelijk vaak fout-positief of fout-negatief te zijn (sensitiviteit 52 procent, specificiteit 94 procent). Op grond van deze bevindingen doe ik

juist de aanbevelingen dat huisartsen meer gebruik moeten maken van hun specifieke plaats in de gezondheidszorg door 'de tijd' en 'de omgeving' meer bewust te gebruiken, te meer daar beginnende dementie alleen door het opmerken van subtiele intrapersoonlijke veranderingen in een vroeg stadium gediagnostiseerd kan worden.

Een proefschrift bestaande uit aparte artikelen doet wellicht afbreuk aan de leesbaarheid. De voordelen van het grotere bereik door publicaties in (internationale) tijdschriften wegen hier echter ruimschoots tegen op. Bijlagen completeren een dissertatie en ik had er meer op kunnen nemen. Een curriculum vitae bevat relevante achtergrondinformatie over de auteur. Voor mij geldt dat het moederschap daarin niet onvermeld mag blijven, evenals het feit dat ik nu in opleiding ben tot huisarts.

Annet Wind

## AANKONDIGINGEN

### Voor ik afscheid neem

*Gids voor de terminale zorg. Strootmann M, Lingsma T, Henderson MPH. Diemen: AVVL, 1994; 143 bladzijden.*

### Intersectorale actie

*Voor grensbewoners is smokkelen normaal. Plaats, praktijk en theorie van intersectorale actie. Saan H, Ellenkamp J, Van den Bogaard J. Assen: Van Gorcum, 1994; 184 bladzijden, prijs NLG 39,50. ISBN 90-2322-954-1.*

### Smetten op de witte jas

*Van Everdingen JJE. Overveen/Amsterdam: Belvédère/Boom, 1993; 296 bladzijden, prijs NLG 48,50. ISBN 90-5352-172-0.*

### Telematics for health

*The role of telehealth and telemedicine in homes and communities. Gott M. Oxford: Radcliffe, 1995; 168 bladzijden, prijs GBP 17,50. ISBN 18-5775-023-3.*

### Licht en leven

*Toepassingen van 'licht' bij zonnebanken en foterapie. Meulemans CCE. Eersel: Opticon, 1994; 96 bladzijden, prijs NLG 34,50.*