

- Associations of individual radiographic features of hip osteoarthritis with pain [abstract]. *Arthritis Rheum* 1992;35:S81.
- 15 Spector TD, Hart DJ, Byrne J, Harris PA, Dacre JE, Doyle DV. Definition of osteoarthritis of the knee for epidemiological studies. *Ann Rheum Dis* 1993;52:790-4.
 - 16 Altman RD, Alacron G, Applerouth D, Bloch D, Borenstein D, Brandt K, et al. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hip. *Arth Rheum* 1991;34:505-14.
 - 17 Bierma-Zeinstra SMA, Bohnen AM, Ramlal R, Ridderikhoff J, Verhaar JAN, Prins A. Comparison between two devices for measuring hip joint motions. *Clin Rehab* 1998;12:496-504.
 - 18 Roach KE, Miles TP. Normal hip and knee active range of motion: relationship to age. *Phys Ther* 1991;71:656-65.
 - 19 Boone DC, Azen SP. Normal range of motion of joints in male subjects. *J Bone Joint Surg* 1979;61-A:756-9.
 - 20 Walker JM, Sue D, MilesElkousy N, Ford G, Trevelyan H. Active mobility of the extremities in older subjects. *Phys Ther* 1984;64:919-23.
 - 21 Felson DT, Zhang Y. An update on the epidemiology of knee and hip osteoarthritis with a view to prevention. *Arth Rheum* 1998;41:1343-55.
 - 22 Resnick D, Niwayama G. Degenerative disease of extraspinal locations. *Diagnosis of Bone and Joint disorders*. Volume 3. 2nd ed. Philadelphia: Saunders, 1988.
 - 23 Bierma-Zeinstra SMA, Bohnen AM, Ginai-Karamat AZ, Verhaar JAN, Prins A, Lameris JS. Sonography of the adult hip joint. *Ann Rheum Dis* 2000;59:178-82.
 - 24 Birrell F, Croft P, Cooper C, Hosie G, Macfarlane GJ, Silman A. Radiographic change is common in new presenters in primary care with hip pain. *Rheumatology (Oxford)* 2000;39:772-5.

Wat is waar? Spelen met GGZ-cijfers

Rob Ong, Adriaan Timmers, Margot de Waal, Fred Dijkers

De geestelijke gezondheidszorg is als landelijk thema voor het kwaliteitsbeleid van 2002-2004 gekozen. De omvang van het probleem wordt daarbij als een van de argumenten aangevoerd voor de keuze van het onderwerp. Op het NHG-congres eind 2001 werden destijds cijfers over het aanbod van psychische problemen aan de huisarts gepresenteerd.^{1,2} Maar liefst 20% van het ziekteaanbod zou uit psychische en psychosociale aandoeningen bestaan. Wat men precies bedoelde met 20% van het ziekteaanbod en hoe dit cijfer tot stand gekomen is, werd niet verder omschreven.

Waarschijnlijk gaat dit cijfer over de prevalentie en heeft 20% van de patiënten last van psychosociale klachten. In het rapport van de WOK wordt daarnaast namelijk nog eens expliciet vermeld dat huisartsen de werkbelasting van deze psychosociale zorg schatten op 20%. Dat wil zeggen dat huisartsen een vijfde van hun consulten besteden aan de zorg voor patiënten met psychische en psychosociale aandoeningen. Deze cijfers liegen er niet om. Maar kloppen ze wel? In het databestand van het Regionale Netwerk Universitaire Huisartspraktijken – Leiden en Omstreken (RNUH-LEO)³ zien wij een heel ander, gedifferentieerder beeld.

Auteursgegevens

Afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuiskunde, LUMC, Postbus 2088, 2301 CB Leiden: drs. R.S.G. Ong, methodoloog, drs A.P. Timmers, huisarts, drs. M.W.M. de Waal, epidemioloog en dr. F.W. Dijkers, huisarts. Correspondentie: r.s.g.ong@lumc.nl
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Hoe zit het precies?

Het RNUH-LEO heeft een databestand waarin de zorggegevens zijn opgeslagen van ongeveer 30.000 patiënten, met een leeftijds- en geslachtsverdeling conform die van de Nederlandse bevolking. De 22 artsen die de gegevens aanleveren, registreren allen episodewijs.⁴ Elk contact van een patiënt met de arts wordt gekoppeld aan een nieuwe of bestaande zorgepisode. Een zorgepisode waarvoor langer dan 15 maanden geen contact meer is gezocht, wordt door het HIS automatisch inactief gemaakt. Dit geldt echter niet voor een episode die een probleemstatus toegekend krijgt. Deze blijft net zolang actief tot de arts deze van de episodelijst afhaalt. Op deze manier kan de huisarts deze problemen zolang als hij dit nodig vindt onder zijn aandacht houden. Op de episodelijst staan dus de episodes waarvoor niet langer dan 15 maanden geleden nog contact gezocht is, en alle episodes met een probleemstatus. Laatstgenoemde deel van de episodelijst is dus gelijk aan de welbekende probleemlijst. In het bestand van RNUH-LEO zijn 97% van de (deel)contacten in de journaals gekoppeld aan een zorgepisode. Iets meer dan 96% van de zorg-episodes heeft een ICPC-code meegekregen. Hierbij is psychosociale problematiek (GGZ-problematiek) gedefinieerd als 'alle episodes of contacten die gecodeerd zijn onder hoofdstuk P of Z van de ICPC'. Het hoofdstuk P omvat alle psychische aandoeningen en klachten. Het hoofdstuk Z omvat alle sociale aandoeningen en klachten. Om de lading 'ziekteaanbod' zoveel mogelijk te dekken berekenden we vijf verschillende cijfers met behulp van gegevens uit de periode augustus 2000 – augustus 2001:

- ▶ **Puntprevalentie-episodes:** 22,3% van de patiënten had één of meerdere actieve P- of Z-episodes op de episodelijst in augustus

2001. Zowel episodes met als zonder probleemstatus zijn meegeteld.

- ▶ **Puntprevalentie problemen:** 10,8% van de patiënten had in augustus 2001 één of meerdere actieve P- of Z-problemen op de episodelijst. Alleen episodes met probleemstatus zijn meegeteld.
- ▶ **Incidentie van episodes:** 6,1% van de patiënten kwam in de onderzoeksperiode met een nieuwe P- of Z-episode. Zowel episodes met als zonder probleemstatus zijn meegeteld.
- ▶ **Het percentage patiënten met contact:** 11,7% van de patiënten had in de onderzoeksperiode contact met de huisarts voor psychosociale problematiek.
- ▶ **Werkbelasting:** 8,3% van alle contacten in de onderzoeksperiode werd door de huisarts besteed aan psychosociale problematiek.

Administratieve handelingen en herhaalrecepten zijn niet als contact geteld. Telefonische consulten, contacten buiten kantooruren en visites zijn wel meegeteld.

Wat valt nu op?

Opvallend is het verschil tussen de puntprevalentie-episodes (22,3%) en het percentage patiënten met contact (11,7%). Slechts de helft van de patiënten met een GGZ-diagnose op de episodelijst heeft dus daadwerkelijk contact gehad met de huisarts. Hieronder bevinden zich in elk geval de patiënten met een nieuwe GGZ-diagnose (6,1%). Van de patiënten die de diagnose meer dan een jaar geleden gekregen hebben, heeft dus minder dan een derde nog contact met de huisarts gehad.

Een gedeeltelijke verklaring zou kunnen zijn dat sommige problemen nauwelijks zorg van de huisarts vragen; zo heeft slechts 18% van de patiënten met de code P85 (mentale retardatie) op de episodelijst afgelopen jaar een consult gehad voor dit probleem. Ook bestaat er een groep patiënten die wel onder behandeling is, maar in de tweede lijn – in 29% van alle P-episodes verwijst de huisarts door naar eerste of tweede lijn.

Maar dit alles verklaart niet waarom zo veel (meer dan de helft) van de patiënten geen contact met de huisarts meer heeft gehad. Er is echter een derde mogelijkheid: de huisarts vindt een GGZ-aandoening zo belangrijk dat hij deze blijvend onder de aandacht wil houden, ook al is deze wellicht genezen. Dat kan door zo'n episode een probleemstatus te geven. Het is niet denkbeeldig dat dit fenomeen zich in het RNUH-LEO regelmatig voordoet bij een depressie (P76). Hoewel ongeveer de helft van de patiënten voor dit probleem al drie jaar of langer geen contact meer met de huisarts heeft gehad – herhaalrecepten buiten beschouwing gelaten – staat de aandoening nog wel als actief in de episodelijst.

Opvallend is ook het grote verschil tussen de cijfers over de werkbelasting van de WOK en het RNUH-LEO. Het percentage con-

sulten waarin GGZ-problematiek een rol zou spelen, ligt bij de WOK duidelijk hoger dan bij het RNUH-LEO (20% versus 8,3%). Een verschil tussen de twee cijfers is dat het getal van de WOK gebaseerd is op een schatting van huisartsen, terwijl ons percentage gebaseerd is op de werkelijke registratie van contacten. Het zou kunnen dat de inschatting van artsen hoger uitvalt omdat contacten over het algemeen langer duren dan de geplande 10 minuten per consult. Maar waarschijnlijk zal het verschil grotendeels te maken hebben met een overschatting van de werkbelasting door de huisartsen. Bij een eerder onderzoek onder huisartsen naar de werkbelasting door ouderen is al eens gebleken dat juist bij psychische stoornissen de inschatting hiervan hoger uit kan vallen dan de werkelijkheid rechtvaardigt.⁵

Conclusie

De cijfers gepresenteerd bij het NHG-congres en in *Medisch Contact* zijn een geheel eigen leven gaan leiden. December 2002 zijn deze cijfers al aangehaald in *De Huisarts*⁶ en voor je het weet, wordt er nieuw beleid op gemaakt.

Cijfers van RNUH-LEO wijzen erop dat de werkelijke situatie er wel eens heel anders uit kan zien. Onze puntprevalentie van episodes (22,3%) komt weliswaar aardig overeen met het cijfer gepresenteerd tijdens het NHG-congres, maar er kleven duidelijke bezwaren aan het gebruik van deze maat. Het getal over de werkbelasting is gebaseerd op een schatting van de huisartsen. In hoeverre het mogelijk is om de werkelijke situatie goed in beeld te krijgen met behulp van een schatting, is echter de vraag. Uit onze cijfers blijkt dat deze schatting er fors naast kan zitten.

De betrouwbaarheid van een cijfer moet zijn onderzocht voordat dat gebruikt kan worden in verdere publicaties en/of beleid. Dit geldt des te meer als niet helder omschreven is waar een cijfer over gaat en hoe het tot stand gekomen is.

Literatuur

- 1 Visscher A, Laurant M, Schattenberg G, Grol R. De rol van de huisarts inzake geestelijke gezondheidszorg: de resultaten van een landelijke enquête. Nijmegen: Rapport WO, UMC St. Radboud, 2002.
- 2 Laurant MGH, Drenthen AJM, Timmermans AE, Blanken CJM, Verhaak PFM, Grol RTPM. Geestelijke gezondheidszorg bij de huisarts. *Medisch Contact* 2001;56:1780-3.
- 3 Ong RSG, De Waal MWM. RNUH-LEO Basisrapport IX. Leiden: LUMC, 2002.
- 4 De Waal MWM, De Vroomen JMH, Oltheten JMT, Huyts JCPM, De Bock GH, Springer MP. Eerste ervaringen met episodegewijs registreren. Een aanzet tot praktische richtlijnen. *Huisarts Wet* 1999;42:101-6.
- 5 Gussekloo J, Eekhof JAH, De Craen AIM, Westendorp RGJ. Ervaren werkdruk van de huisarts bij de zorg voor ouderen met psychische stoornissen. De Leiden 85-plus studie. *Huisarts Wet* 2002;45:238-44.
- 6 Op naar betere kwaliteit en meer samenwerking. *De Huisarts* 2002;12:42-4.