

N.H.G. Quo Vadis? (4)

DOOR DR F. J. A. HUYGEN, HUISARTS TE LENT

In het vorige artikel * zijn de eerste zes van de, op de conferentie in Woudschoten geformuleerde, twaalf deeltaken van de huisarts behandeld. Het is de bedoeling thans de overige aan de orde te stellen.

VII *Ad hoc en tijdelijk delegeren naar medische en andere deskundigen, waarbij de mede-verantwoordelijkheid van de huisarts blijft bestaan.* Op het eerste gezicht doet deze formulering wat vreemd aan. Het voorgaande punt was: „behandelen van wat door hem behandelbaar is”. In dit verband is het duidelijk dat deze VIIde deeltaak wil zeggen: de huisarts moet verwijzen wat hij zelf niet kan behandelen. Dit verwijzen wordt delegeren, dat wil zeggen overdragen, genoemd. Bovendien wordt dan nog ad hoc en tijdelijk toegevoegd, om vervolgens duidelijk vast te stellen dat er dan een mede-verantwoordelijkheid voor de huisarts blijft bestaan.

De conferentie is blijkbaar zo bevreesd geweest te kunnen worden misverstaan, men heeft zijn bedoeling zo duidelijk willen zeggen, dat de hoofdzaak van de deeltaak, het delegeren aan medische en andere deskundigen, een beetje in het gedrang is geraakt. Deze opvallende formulering duidt erop, dat hier een gevoelig punt wordt aangeraakt. Nu, niemand zal willen ontkennen, dat dit inderdaad het geval is. Men is het er in leidende kringen van het Genootschap over eens dat het allermint ideaal is, wanneer de huisarts alles aan zichzelf wil houden en door dik en dun zijn patiënten zelf wil blijven behandelen. Een dergelijk streven heeft nooit in de bedoeling van het Genootschap gelegen. Integendeel, naar het gevoelen van oprichters en bestuur, kan het belang van de patiënten het best worden gediend, wanneer de huisarts datgene, wat werkelijk beter door een specialist kan geschieden, uit handen geeft.

Het gevoelige punt, waarvan hierboven sprake is, betreft, naar de mening van schrijver dezes, niet het te hulp roepen van specialisten op zichzelf. Het betreft wel de inhoud en de interpretatie van het begrip verwijzing, de wijze van toepassing en de consequenties daarvan. Vandaar het woord *delegeren*, dat wil zeggen zijn bevoegdheid, zijn opdracht (tijdelijk) aan een ander overdragen. Het leidt tot rampzalige gevolgen voor huisarts en patiënt, wanneer dit ontardt in afschuiven van werk, afschuiven van plichten die men als huisarts ten aanzien van zijn patiënten stilzwijgend op zich heeft genomen. De conferentie van Woudschoten heeft zich uitgesproken de functie van de huisarts te willen zien

* (1959) huisarts en wetenschap 3, 54.

als „het aanvaarden der verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen”. In N.H.G. Quo Vadis?(2)** is gesteld dat verantwoordelijkheid voor een continue gezondheidszorg ook betekent: continuïteit in deze verantwoordelijkheid. Dit impliceert dat de huisarts nooit geheel en al van zijn verantwoordelijkheid is ontslagen, dus nooit geheel afzijdig staat wanneer hij een patiënt tijdelijk aan een specialist heeft toevertrouwd. De patiënt heeft zijn huisarts gekozen niet alleen voor het behandelen van meer of minder ernstige ziekten, maar ook als medisch leidsman, als vertrouwensman in gezondheidszaken. Van dit laatste wordt de huisarts niet ontslagen wanneer hij een patiënt ter advies of ter behandeling voor een bepaalde aandoening naar een ander heeft verwezen. Dit heeft de conferentie heel duidelijk willen vastleggen.

In de formulering van deze deeltaak wordt echter nog meer gezegd. Er wordt gesproken van *ad hoc en tijdelijk delegeren* naar medische en andere deskundigen. Bij een gedeelte van de problemen welke zijn patiënten hem voorleggen, heeft de huisarts behoefte aan de hulp van anderen, hetzij in diagnostisch, hetzij in therapeutisch opzicht. Deze deskundigen zijn in de meeste gevallen medische specialisten. De recente studie van Buma (1959) toont echter aan dat in een niet onaanzienlijk gedeelte van de gevallen, door de bezochte huisartsen ook behoefte werd gevoeld aan hulp van anderen als maatschappelijke instanties en deskundigen op psychisch gebied. De samenwerking van de huisarts met de laatste groepen en met beoefenaren van de para-medische beroepen is nog in ontwikkeling. De juiste wegen en vormen hiervoor moeten nog worden gezocht en geëxploreerd. Hierover laat zich voorlopig weinig zeggen, tenzij in algemene zin: dat het voor een juiste behandeling van de patiënten gewenst is, dat de huisarts zich zoveel mogelijk laat voorlichten en bijstaan door deskundigen op aanverwante terreinen. Op deze wijze kan de huisarts eraan meewerken zijn patiënten de vruchten van de wetenschappelijke en maatschappelijke ontwikkeling zoveel mogelijk deelachtig te doen worden. De samenwerking met medische specialisten is reeds lang gebruikelijk. Hierover laat zich wel iets uit algemene ervaring zeggen, namelijk: de beste verhoudingen en resultaten worden daar bereikt, waar sprake is van een werkelijke samenwerking van weerskanten, dus wanneer de huisarts niet alleen van zijn kant goede informatie geeft en van een

** (1959) huisarts en wetenschap 3, 12.

voortdurende interesse voor de lotgevallen van zijn patiënten blijk geeft, maar ook anderzijds door de specialist ingeschakeld wordt en blijft bij beslissingen en bij de verdere behandeling; wanneer de specialist — vooral bij poliklinische patiënten — de behandeling weer zo spoedig mogelijk aan de huisarts overdraagt en zich zoveel mogelijk beperkt tot een consultatieve functie. Bij een dergelijke gang van zaken behoudt de huisarts niet alleen de meeste voldoening in zijn werk en in de samenwerking met anderen, maar blijft hij ook het gemakkelijkst en het beste „bij” in zijn kennis en vaardigheid. Vandaar de toevoeging „ad hoc en tijdelijk” aan de delegatie. Verwijzing naar een specialist betekent in deze zin niet: uit handen geven van de hele patiënt door de huisarts, die zich daarna terugtrekt, maar overdragen, delen van een stuk van zijn verantwoordelijkheid, iemand anders te hulp roepen voor datgene wat hij zelf niet voldoende beheerst of wat door een ander beter kan geschieden. „Ad hoc” betekent letterlijk: tot deze zaak. Dat wil dus in dit verband zeggen: verwijzing voor deze bepaalde aandoening, deze omschreven indicatie en niet voor alle eventuele andere, hiervan losstaande aandoeningen van de patiënt.

Iedere huisarts in een grote stad of bij een universitair centrum kent een aantal ongelukkige ziektegeschiedenissen van patiënten, die, buiten hem om, van de ene specialist naar de andere werden verwezen voor bijkomstige afwijkingen of voor heel andere redenen dan waarvoor de huisarts hen oorspronkelijk naar de eerste specialist had verwezen. Soms waren deze patiënten al eerder onderzocht, of reeds onder behandeling van andere beoefenaars van hetzelfde specialisme. Dit geeft dan aanleiding tot onnodige herhaling van onderzoeken en tot ongewenste controverses. Soms wordt door deze gang van zaken ernstige schade berokkend aan de patiënt, daar specialisten ieder naar hun eigen terrein kijken en het geheel van de persoon van de patiënt niet kunnen overzien. Aan schrijver dezes zijn enige dramatische voorbeelden bekend van iatrogene invaliditeit die op deze wijze ontstond. Wil de huisarts zijn patiënten dit gevaar niet laten lopen en wil hij in de geest van deze deeltaak-formulering verwijzen, dan betekent dit dat hij deze verwijzing van behoorlijke inlichtingen vergezeld dient te laten gaan, waarin ook duidelijk wordt omschreven, waarvoor hij zijn patiënt verwijst en bovendien wat hij verwacht: alleen advies of (tijdelijke) overname van de behandeling.

De problemen op het gebied van de samenwerking tussen huisarts en specialist zijn zoveel omvattend dat hierop niet verder ingegaan kan worden. Ik zou de lezers in dit verband willen verwijzen naar de belangwekkende beschouwingen van Buma. Hier zij slechts even aangestipt, dat het „ad hoc en tijdelijk delegeren aan andere deskundigen” ook betreft het delegeren aan de praktijk-assistente, de wijkverpleegster, het laboratorium en dergelijke; alle onderwerpen die ieder op zich een uitvoerige beschouwing zouden verdienen.

VIII Opstellen van een nazorg-plan in overleg met behandelende of adviserende medische specialisten en andere deskundigen en zorg voor de uitvoering daarvan. Het ontwerpen van een plan voor de nazorg na een ernstige ziekte is tot op zekere hoogte iets nieuws voor de huisarts. Hij verleende wel nazorg, zowel aan de patiënten die hij thuis had behandeld, als aan degenen, die in een ziekenhuis opgenomen waren geweest, maar hij deed dit een beetje te hooi en te gras en zelden volgens een tevoren zorgvuldig overwogen plan. Als er al omschreven plannen voor nazorg werden gemaakt, gebeurde dit meestal door specialistische diensten. In de opstelling van een dergelijk plan werd de huisarts zelden betrokken; hem werd ten hoogste verzocht een dergelijk plan te helpen uitvoeren.

In deze achtste deeltaak worden de zaken heel anders voorgesteld. Uitgangspunt is daarbij kennelijk de — onuitgesproken — opvatting, dat de nazorg voor de patiënten thuis tot het terrein van de huisarts behoort. Vanuit een dergelijke opvatting is het logisch en consequent dat de huisarts dit plan dan ook dient op te stellen, zij het natuurlijk in nauw overleg met andere, bij de patiënt betrokken deskundigen. De gedachten gaan hierbij in de eerste plaats naar de medische specialisten, die de patiënt hebben behandeld of die zijn geraadpleegd, maar ook naar anderen als revalidatie-artsen, maatschappelijk deskundigen, nazorg-diensten, wijkverpleging en dergelijke.

Er wordt gesteld dat de huisarts niet alleen een dergelijk plan moet ontwerpen, maar dat op hem ook de zorg voor de uitvoering van dit plan dient te rusten. Dit betekent niet, dat hij dit geheel zelf zal moeten verrichten. Dikwijls zal hij de uitvoering voor een groot gedeelte aan anderen moeten en kunnen overlaten. Hij dient echter wel steeds de supervisie te houden. Zijn plaats in de gezondheidszorg maakt hem tot de natuurlijke leider en coördinator van degenen, die hun medische zorgen uitstrekken tot de patiënten thuis.

Het valt niet te loochenen dat er op het ogenblik veel aan de nazorg ontbreekt. Dit vermindert bijvoorbeeld het effect van tal van ziekenhuisopnamen in bedenkelijke mate. Specialisten neigen er daarom toe — door de nood gedwongen — hun zorgen steeds verder buiten de muren van het ziekenhuis uit te gaan strekken. Hier dreigt een nieuwe uitholling van de functie van de huisarts, die naar mijn mening niet in het belang van zijn patiënten is te achten. Bij de nazorg voor patiënten thuis en bij hun aanpassing aan de maatschappij komen zoveel andere facetten, zoveel milieufactoren naar voren, dat deze moeilijk door een specialistisch gerichte blik vanuit het ziekenhuis kunnen worden overzien en geleid. De huisarts is door zijn kennis van de persoon, het gezin en het wijdere milieu van de patiënt inderdaad de aangewezen man om hier de leiding op zich te nemen.

IX Integratie en coördinatie van de zorg voor zieke, invalide en onaangepaste mensen door een goede

samenwerking met andere deskundigen, waar nodig in teamverband. Deze deeltaak sluit nauw aan bij de beide vorige. Wanneer de huisarts zijn verwijzing zo wil hanteren als omschreven is in de achtste deeltaak en wanneer hij de nazorg op de zo juist behandelde wijze wil beoefenen, dan is de consequentie van deze opvatting dat hij bewust moet streven naar integratie en coördinatie van de medische zorgen voor zijn patiënten en hun gezinnen. Er ontbreekt op het ogenblik wel het een en ander aan deze coördinatie en integratie in de gezondheidszorg. Dit is nog het meest in het ooglopend, wanneer men niet zozeer naar de individuele patiënten, maar naar de gezinnen kijkt. Daar wordt soms van allerlei kanten tegelijk aan gedokterd door verschillende specialisten en door een aanzienlijk aantal diensten en maatschappelijke instellingen, die ieder weinig of niets van de ander weten en vaak geheel langs elkaar heenwerken. Vooral bij de „probleemgezinnen” kan dit tot allerlei onverwachte complicaties leiden. Wanneer de huisarts zijn taak in de bovenbedoelde zin opvat, is hij de aangewezen man om hier coördinerend en integrerend op te treden. Bij hem komen immers bijna alle informatie tezamen, hij kan het geheel overzien. Wil hij zijn werk goed verrichten, dan is inderdaad een goede en zeer nauwe samenwerking nodig met andere deskundigen. Hier valt — behalve aan klinische specialisten — te denken aan artsen verbonden aan consultatiebureaus, kinderhygiënist, schoolartsen, bedrijfsartsen, Medisch Opvoedkundige Bureaus, bureaus voor levens- en huwelijksmoeilijkheden, aan consultatiebureaus voor alcoholisme, maar ook aan voor- en nazorgdiensten, aan districtsverpleegsters, aan Arbeid voor Onvolwaardigen-diensten en aan het leger van maatschappelijk werkenden.

„... waar nodig in teamverband”. Er wordt tegenwoordig vaak over teams gesproken. Soms wordt dit woord wat erg gemakkelijk gebruikt. Incidentele samenwerking met anderen betekent nog geen teamvorming. Daarvoor is nodig dat men geregeld samen om de tafel gaat zitten en komt tot een uitwisseling en aanvulling van gezichtspunten, waardoor men gezamenlijk tot een standpunt komt. Dit gezamenlijke standpunt ligt op een hoger vlak en is vollediger dan dat van de hoekstandpunten samen. De huisarts is, wanneer hij zijn taak goed opvat en daarop goed is voorbereid, eigenlijk niet iemand die een hoekstandpunt inneemt, maar iemand die het geheel overziet, vooral wat het gezin betreft. Hij is dus als het ware de geboren leider van het „home-team”. Deze aantrekkelijke term heeft — althans in Nederland — nog weinig inhoud gekregen. Wie zouden tot een „home-team” kunnen worden gerekend? Behalve de huisarts in elk geval de wijkverpleegster en de maatschappelijke werkster, die het meest met dit gezin te maken heeft (bijvoorbeeld van de kerk waartoe dit gezin behoort), verder de zielzorger en misschien in tweede instantie enige maatschappelijke instellingen die veel met het gezin van doen hebben. De eerste vier zijn allen

aan beroepsgeheim gebonden, hetgeen grote voordelen heeft.

In dorpen en kleine plaatsen zijn geregelde besprekingen van een dergelijk „home-team” goed te organiseren en blijken zij — zoals schrijver dezes zelf geregeld ervaart — bijzonder nuttig en vruchtdragend te zijn voor alle partijen. In grote steden zal dit aanzienlijk moeilijker zijn. Over het algemeen is trouwens voor de huisarts in de grote stad de samenwerking met andere deskundigen veel moeilijker te realiseren, daar er op elk terrein onderscheidene deskundigen zijn. Dit neemt echter niet weg dat er waarschijnlijk toch ook daar veel voor de patiënten te winnen valt, wanneer de huisarts bewust streeft naar coördinatie en integratie van de medische zorg voor zijn patiënten. Schept de samenwerking met anderen, door hun grote aantal, in de grote stad zijn eigen problemen, anderzijds is voor de huisartsen op het platteland de hulp van gedifferentieerde deskundigen soms onvoldoende bereikbaar. Als objecten voor een integrerende, coördinerende medische zorg worden in deze deeltaak drie categorieën van patiënten genoemd: zieke, invalide en onaangepaste mensen. De eerste twee zullen weinig commentaar behoeven, de derde categorie, die van de onaangepaste mensen, des te meer. Zij wordt hier uitdrukkelijk genoemd, omdat bij deze „probleemgroep” coördinatie en integratie van de zorg wel in het bijzonder noodzakelijk is. Buma heeft er op gewezen, dat met deze groep van probleemgezinnen vrijwel alle functionarissen op medisch, sociaal-medisch en sociaal gebied vroeg of laat contact hebben, maar dat zij geen van allen noemenswaard sanerend kunnen optreden, omdat zij doorgaans afhankelijk van elkaar slechts symptomen behandelen. Hij acht de patiënten uit deze groep de prototypes van kandidaten voor teamsgewijs onderzoek. Hij denkt daarbij aan een team, waarin, naast de huisarts, persoonlijkheidsdeskundigen (vooral sociaal-psychologen en sociaal-psychiaters) en deskundigen op het gebied van maatschappelijk werk zitting hebben. Op het N.H.G.-congres in 1958 heeft hij een demonstratie gegeven van de werkwijze van een dergelijk team dat in Leiden bij wijze van proef een aantal patiënten en hun gezinnen onder de loep heeft genomen. Dergelijke experimenten zullen ons in de toekomst misschien kunnen leren, of op deze wijze voor onaangepaste mensen op de duur wél meer werkelijk sanerend zal kunnen worden gezorgd.

X Bijdragen tot preventie. Deze korte formulering vraagt eigenlijk om een lang commentaar. Wanneer men zich namelijk in dit onderdeel van de taak van de huisarts verdiept, kan men tot de slotsom komen, dat de bijdragen van de huisarts aan de preventie van ziekte niet gering kunnen zijn. In de eerste plaats kan de huisarts deelnemen aan de uitvoering van zuiver preventieve maatregelen als vaccinaties. *Van Goor* heeft erop gewezen, dat het grote voordelen voor de patiënten kan hebben wan-

neer deze vaccinaties door hun huisarts worden verricht.

In de tweede plaats gaan de gedachten naar de preventieve zorg zoals deze bijvoorbeeld wordt verleend aan zuigelingen, kleuters en zwangeren. Ook hier heeft het grote voordelen wanneer deze zorg door de huisarts wordt uitgeoefend. Deze kent niet alleen de kinderen, maar ook de moeders, de vaders, de huiselijke omstandigheden en dikwijls de verdere familie. Kortom, de huisarts beschikt door zijn continuerende, frequente contacten met de gezinnen over veel meer informatie dan andere artsen en zal door zijn tussentijdse bezoeken aan huis ook veel meer in staat zijn toe te zien op de uitvoering van nodig geachte maatregelen en bijvoorbeeld een verandering van instelling van de moeder te helpen bevorderen, wanneer dit nodig mocht zijn. Het beoefenen van deze preventieve zorg voor zijn eigen patiënten heeft ook voor de huisarts grote voordelen. Hij verwerft niet alleen bijna spelenderwijs een veel betere kennis van zijn patiënten en hun gezinnen in normale, gezonde omstandigheden, hij krijgt ook een veel beter inzicht in de wordingsgeschiedenis van afwijkingen, terwijl hij dan bovendien in de gunstigste situatie komt te verkeren voor het leggen van goede, persoonlijke relaties met zijn patiënten en hun gezinnen.

Tot zover over het preventieve werk in engere zin. Er zijn echter nog andere aspecten. Zo is reeds door velen gewezen op de gunstige positie die de huisarts inneemt om stoornissen vroegtijdig op te sporen. Deze positie is de laatste decennia nog gunstiger geworden, nu de mensen met klachten steeds vroegtijdiger naar hun huisarts blijken te gaan. Men denke in dit verband aan de bevindingen van *Ruhe*, die vaststelde dat in zijn praktijk in de loop van vijftien jaar, de frequentie van het inroepen van hulp meer dan verdubbelde. Buma heeft er terecht op gewezen dat de huisarts — in tegenstelling bijvoorbeeld met schoolartsendiensten en massale bevolkingsonderzoekingen op tuberculose — het grote voordeel heeft, meer gericht werkzaam te kunnen zijn, omdat juist de mensen, die klachten hebben, bij hem komen.

Tenslotte is er nog het preventieve aspect dat in elke behandeling ligt besloten. Waar wil men bijvoorbeeld de grens trekken tussen therapie en preventie bij de behandeling van varices, van coronairlijden (anticoagulantia!), van galstenen of van hypertensie, om maar enige frequent voorkomende aandoeningen te noemen? In vrijwel elke goede behandeling is een voorzorg voor de toekomst inbegrepen. Iedere ervaren huisarts weet, dat hij inderdaad sannerend werk kan verrichten in het deel van de bevolking, dat zich aan zijn zorgen heeft toevertrouwd. Bij een goede praktijkuitoefening is de huisarts in staat, belangrijke en veelzijdige bijdragen tot preventie te leveren.

XI *Bijdragen tot gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.* Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding is de officiële, misschien wat omslachtige vertaling

van wat de Engelsen „health-education” noemen. Ook op dit gebied zal de huisarts, vooral als raadgever in de gezinnen, belangrijke bijdragen kunnen leveren. Hij komt immers dag in dag uit in aanraking met 5 tot 7 procent van de gezinnen (Buma) en nog veel frequenter met ongezonde gezinnen. Het contact van de huisarts met de gezinnen loopt bijna altijd via de sleutelfiguur in het gezin: de moeder. Het zijn daarbij telkens dezelfde moeders die de huisarts ontmoet. Het kan niet anders dan dat bij dit frequente contact een overdracht plaats vindt, niet alleen van informatie, maar ook van instelling, van houding tegenover gezondheidsproblemen. Daarbij heeft de huisarts het grote voordeel dat zijn patiënten met vragen bij hem komen, wanneer zij persoonlijk met problemen in aanraking zijn gekomen. Dit is een uiterst gunstige situatie, waar nog bij komt dat de patiënten reeds in een vertrouwensrelatie ten opzichte van hem staan. De kans op nuttig effect van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding is in dergelijke omstandigheden zeer vele malen groter dan bij ongerichte, massale voorlichting door onbekende personen of instellingen.

Is de positie van de huisarts voor het leveren van deze bijdragen bijna ideaal te noemen, zijn voorbereiding op een dergelijke taak is dat allerminst. Wat heeft hij zelf geleerd omtrent gezondheid? Zijn opleiding is vrijwel geheel op ziekten gericht geweest. En wat heeft hij geleerd van methoden van kennisoverdracht, van voorlichting en opvoeding op dit gebied? Wil voldoende profijt kunnen worden getrokken van de gunstige positie van de huisarts in zake gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, dan zal het eerst noodzakelijk zijn dat de huisarts hierin zelf wordt voorgelicht en opgevoed. Vermoedelijk zal zijn bijdrage in de bevordering van de volksgezondheid daardoor aanzienlijk kunnen worden vergroot. De huisarts zal deze deeltaak dan in elk geval veel beter kunnen uitvoeren dan thans het geval is.

XII *Blijven werken aan eigen deskundigheid en vorming, met een open oog voor eigen mogelijkheden en grenzen.* Met deze fraaie formulering van de plicht van de huisarts tot voortdurende nascholing eindigt de opsomming van de deeltaken. Het is een mooie slotzin, waarin verscheidene belangrijke zaken worden gezegd. Er wordt gesproken van blijven werken. Dit duidt erop, dat dit werk nooit kan worden voltooid. Er valt altijd weer wat nieuws te leren. Dit doet even denken aan de eerste oorspronkelijke oproep van *Rademacher* tot stichting van een „huisartsenacademie”, waarin werd herinnerd aan de uitspraak: „Medecine is a life-long study”. Het Genootschap heeft dit punt zo belangrijk geacht, dat hiervoor een aparte commissie — de commissie nascholing — is geformeerd, die reeds veel belangrijk werk heeft verricht * en zich voortdurend op nieuwe mogelijkheden beraadt.

Belangrijk lijkt mij dat niet alleen wordt gesproken

* (1958) huisarts en wetenschap 1, 123-146.

over werken aan eigen deskundigheid, dus aan kennis, maar ook aan eigen vorming. Deze vorming is een essentiële voorwaarde voor het kunnen hanteren van zijn relaties met patiënten, waar juist een van de zwaartepunten van de opgave voor de huisarts ligt. Bovendien is het huisartsenberoep, vergeleken met het werk in de kliniek, gekenmerkt door het moeten werken onder moeilijke en primitieve omstandigheden, door een beroepsmatige geïsoleerdheid, die ligt opgesloten in het voorpost-zijn, door het ontbreken van controle en kritiek van beroepsgenoten. Onder dergelijke omstandigheden worden voor het handhaven van normen, van een standaard voor het peil van werken, hoge eisen gesteld aan iemands karakter en persoonlijkheid. Het is dus niet voor niets dat ná deskundigheid de nadruk gelegd wordt op persoonlijkheidsvorming.

„... met een open oog voor eigen mogelijkheden en grenzen”. Een van de moeilijkheden voor de huisarts is, dat hij zijn eigen grenzen moet kunnen bepalen. Hij moet weten wat hij zelf wel en wat hij beter niet kan ondernemen, wat hij alleen kan behandelen en waarbij hij beter de hulp van anderen kan invoeren. Het is in de praktijk erg moeilijk deze grenzen — die voor ieder op grond van persoonlijke geaardheid en ervaring anders liggen — te trekken. Daarbij komt, dat deze grenzen door de wetenschappelijke en technische ontwikkelingen voortdurend verschuiven, nu eens in de ene, dan weer in de andere richting. Een en ander maakt dat

het inderdaad zeer belangrijk is, dat de huisarts voortdurend een open oog houdt voor zijn eigen grenzen.

Wat de eigen mogelijkheden betreft: men zou verwachten dat de huisarts deze zelf heus wel zou zien en dat hij deze eerder zou over- dan onderwaarden. Het is echter het gevoel van de schrijver van deze artikelen, dat een overdenking van de opgesomde deeltaken menig huisarts tot de conclusie zal voeren, dat er voor hem nog tal van mogelijkheden bestaan om op een betere en ruimere wijze tegemoet te komen aan de noden van zijn patiënten, dan hij zich voordien bewust was. De schrijver hoopt dat deze reeks artikelen daartoe mag hebben bijgedragen. Immers, het gaat bij deze deeltaken tenslotte niet zo zeer om ons, huisartsen, als wel om onze patiënten, die ons voor deze taken stellen bij de hulpverlening welke zij van ons verwachten. Hij zou daarom willen besluiten met een opwekking tot bezinning op de behandelde materie, waarbij hij iedere lezer zou willen aanraden de inmiddels verschenen, na de conferentie van Woudschoten uitgewerkte voordracht van Buma te lezen, waaraan de meeste van deze deeltaken oorspronkelijk zijn ontsproten.

Buma, J. T. (1959) Beschouwingen over de plaats van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg. Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde. Leiden.

Goor, I. A. (1957) *Medisch Contact* 12, 732.

Rademacher, J. T. (1955) *Medisch Contact* 10, 503.

Ruhe, H. H. M. (1957) Een huisartsenpraktijk in 1938 en 1954. Kon. Van Gorcum & Comp. Assen.

Morbiditeitsonderzoek in Engeland

DOOR DR G. J. BOS, HUISARTS TE VLAARDINGEN

Een groot deel van de wetenschappelijke activiteit van het College of General Practitioners in Engeland is gericht op morbiditeitsonderzoekingen. In de Research Newsletter no. 23 (mei 1959) vindt dit zijn weerspiegeling. Twee publikaties hierin hebben betrekking op morbiditeitsonderzoek. Beide zullen hier worden gerefereerd.

Het Research Committee van de Council van het College of General Practitioners lanceert een ontwerp voor een classificatie van ziekten, dat stellig onze belangstelling verdient. Het is tot stand gekomen na de ervaring, verkregen met het proefonderzoek, dat een aantal huisartsen instelde naar de mogelijkheid van een continue registratie van de morbiditeit — (1959) huisarts en wetenschap 3, 19. Zoals te verwachten, getuigt dit ontwerp van een nuchtere kijk op de mogelijkheden in de huisartsenpraktijk.

Van meet af werd gesteld, dat een nieuwe classificatie aansluiting moest hebben op de International Classification of Diseases and Causes of Death van de World Health Organization. Daarom werd de

hoofdingeling van de laatste in 18 geledingen aangehouden.

Bij de tweede onderverdeling wordt de indeling van de W.H.O. doelbewust verlaten. Naar aanleiding van de bij het proefonderzoek gevonden frequenties worden telkens de meest voorkomende ziekten met name genoemd. De minder frequente ziekten worden per geleding samengebracht onder één hoofd: „andere ziekten”. Aldus ontstaan na een tweede indeling ruim zestig diagnoserubrieken. Deze indeling zal dienen voor een brede benadering van de totale morbiditeit. De genoemde categorieën „andere ziekten” openen de mogelijkheid tot gedetailleerder studies. Bij de derde onderverdeling wordt ook hier een aantal ziekten limitatief opgesomd en wordt elke rij gesloten met een categorie „andere ziekten”. De laatste is dan weer de poort tot nog fijnere differentiaties. Wanneer een morbiditeitsoverzicht op dit niveau wordt gegeven, wijst de codering terug naar de volledige internationale W.H.O.-code.