

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

hoofddeling 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.

Een voorbeeld ter verduidelijking:

„8. Diseases of respiratory system.

Second level:

- 81 Acute pharyngitis, nasopharyngitis, coryza (including strep. sore throat)
- 82 Sinusitis (acute)
- 83 Tonsillitis (not including scarlet fever)
- 84 Influenza
- 85 Pneumonia and pneumonitis
- 86 Acute bronchitis
- 87 Chronic bronchitis
- 88 Other diseases

Third level:

- 8801 Laryngitis and trachitis
- 8802 Chronic sinusitis
- 8803 Hypertrophie of tonsils and adenoids
- 8804 Pleurisy
- 8805 Spontaneous pneumothorax
- 8806 Pneumoconiosis
- 8807 Bronchiectasis
- 8808 Emphysema without mention of bronchitis
- 8809 Other diseases

Fourth level:

W.H.O. code.”

Deze „multi-level classification”, ontworpen op suggestie van Prof. Hogben, voorziet in een behoefte. Er is immers geen morbiditeitsclassificatie die is afgestemd op de behoeften van de algemene praktijk. Het is dan ook dikwijls moeilijk morbiditeitsoverzichten met elkaar te vergelijken. Hierbij komt dat men het voorgestelde ontwerp detailstudies onmiddellijk kan plaatsen in het kader van het totaalbeeld. De schrijvers besluiten met de hoop uit te spreken, dat hun ontwerp op verschillende plaatsen zal worden gebruikt. De eerste en tweede onderverdeling staan vast. Over de opsomming in de derde onderverdeling is nog discussie mogelijk.

Het tweede hier te refereren artikel met betrekking tot het morbiditeitsonderzoek is van Howard, een van de deelnemers aan het hierboven ter sprake gekomen proefonderzoek. (Howard had zes jaar tevoren eveneens deelgenomen aan een morbiditeitsonderzoek onder leiding van Logan). In dit artikel geeft hij een opsomming van zijn conclusies:

- 1 Het ontbreken van ervaring is één van de moeilijkheden. Het is daarom noodzakelijk, dat bij het ontwerpen van een registratiemethode de stemmen worden gehoord van onder andere een medisch statisticus, een medisch historicus, een epidemioloog en een arts met bureauervaring.
- 2 Het gebrek aan tijd van de huisarts tijdens een drukke periode kan de continuïteit onderbreken. In het algemeen gesproken is zelfs de simpelste methode van morbiditeitsregistratie een extra belasting, tenzij men het als een ontspanning beschouwt.
- 3 De waarde van individuele onderzoeken is beperkt, tenzij er een standaardvergelijkingsobject is (bijvoorbeeld het gemiddelde morbiditeitspatroon van een groep praktijken).

praktijk. Met instemming wordt de uitspraak van
4 Het moeilijkste probleem is de nosologie. De nu eenmaal noodzakelijke classificatie geeft geen beeld van de ware morbiditeit in de algemene Querido aangehaald, volgens welke het belangrijker is een dynamisch beeld te ontwikkelen van de totale conditionele relaties dan een klinische diagnose te stellen. Met de huidige, door de pathologie en bacteriologie bepaalde, conceptie van ziekte is het ideaal van een betrouwbare statistiek onbereikbaar. Ter bemoediging voert Howard echter Cromwell ten tonele met de uitspraak: „A man never goes so far as when he knows not wither he is going”.

- 5 Nieuwe beschrijvingen zijn nodig, die zowel de mens, die ziek is, als de ziekte waaraan hij lijdt, omvatten.
- 6 Onverwachte defecten in de diagnostische accuratesse tengevolge van de „blinde vlek”, die welhaast geen arts ontbreekt, blijken te vermijden, wanneer de arts zijn gehele werkwijze heeft leren toetsen aan die van anderen.
- 7 Een betrouwbare morbiditeitsonderzoeker moet:
 - a zijn diagnostische gewoonten hebben getoetst aan een standaardonderzoek;
 - b de beperkingen kennen in zijn diagnostiek;
 - c zich rekenschap geven van enkele sociologische kenmerken van zijn praktijk (leeftijdsopbouw, urbanisatiegraad en dergelijke);
 - d gedacht hebben over het probleem van normale variaties in gezondheid;
 - e een persoonlijke reden hebben de extra inspanning te kunnen volhouden.

Door deelneming aan twee morbiditeitsonderzoeken heeft Howard een helder beeld gekregen van de functies van de algemene arts en het type van de ziektebeelden welke hij te behandelen krijgt. Hij is van mening, dat deze kennis van het morbiditeitspatroon in de algemene praktijk hem op het gebied van de preventie geen nieuwe mogelijkheden biedt. Per jaar behoeft tweederde van de mensen doktershulp. Dit bleek 150 jaar geleden ook het geval te zijn. Is dit de constante index, die 's mensen strijd met de voortdurend veranderende omgeving weerspiegelt? En is het geen verkeerde inbeelding van de professie te menen hier een verandering in te kunnen brengen, dank zij de technische vooruitgang? Als tweederde van de mensen per jaar een dokter nodig heeft, kan worden gesteld dat de gezondheid een abnormale toestand is en is het wellicht niet zonder zin een onderzoek in te stellen naar de oorzaken van de gezondheid van deze minderheid.

Referent (Lyceumlaan 28 te Vlaardingen) heeft een aantal stencils van de besproken Engelse morbiditeitsclassificatie beschikbaar voor belangstellenden. Op aanvraag zullen deze, zolang de voorraad strekt, worden toegezonden.