

## UIT DE NOTULEN

*Bestuursvergadering van juli 1963*

Voorzitter Huygen kon deze vergadering openen met de verheugende mededeling, dat vanaf de aanvang der werkzaamheden van het Huisartsen-Instituut voor het eerste jaar mag worden gerekend op een financiële steun van de Nederlandse farmaceutische industrie en handel ten bedrage van circa f 45.000. Het dagelijks bestuur werd verzocht thans concrete plannen uit te werken voor de opzet van het instituut. Daarbij wordt men evenwel geconfronteerd met de moeilijkheid, dat nog geen officiële goedkeuring werd verleend aan de plannen der Utrechtse universiteit tot het benoemen van een hoogleraar in de microsociale geneeskunde.

Een verzoek van het Engelse College of General Practitioners tot deelneming met een kleine N.H.G.-stand aan de tentoonstellingen tijdens het in november te houden congres van deze zustervereniging, zal door de studiegroep „Praktijkvoering” in overweging worden genomen. Het dagelijks bestuur zal een informatieve bespreking houden met de directie van de Koninklijke Nederlandse Jaarbeurs over de plannen die aldaar bestaan voor het organiseren van een grote internationale medische manifestatie in september 1965. De Jaarbeurs heeft geïnformeerd naar de bereidheid van het Genootschap tot het verlenen van zijn medewerking hieraan in de congressector.

Met voldoening vernam het bestuur dat het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid de kosten zal financieren voor het zenden van een N.H.G.-afgevaardigde naar de internationale conferentie van huisartsenorganisaties in Montreal, april 1964.

De besprekingen over het door de C.W.O. uitgebrachte Woudschotenrapport maakten wederom een belangrijk deel uit van de discussietijd. Voorts kon het bestuur zijn formele goedkeuring hechten aan een artikel van de werkgroep Verloskunde over de „Sectio Caesarea”, alsmede aan het ontwerp-programma van het N.H.G.-congres op 30 november 1963. Onmiddellijk vóór de officiële aanvang van dit congres zal een Ledencongres worden gehouden ter bespreking van de begroting 1964.

Besloten werd in augustus geen vergadering te houden.

E. M. Jansen, secretaris.

## UIT DE C.W.O.

In de vergaderingen van mei, juni en juli is gesproken over het onderzoek „Praktijk-analyse”. Aanvankelijk leefde bij Dijkhuis, de ontwerper van dit onderzoek, de gedachte meer gegevens te verzamelen over praktijk-efficiency. Hij hoopte hiermede enige correlaties te kunnen vinden, bijvoorbeeld de leeftijd van de arts en het aantal te maken visites, de grootte van de praktijk en het aantal chronische patiënten, enzovoort. Daarbij werd uitgegaan van de gedachte, dat een betere verdeling van het werk, een systematische aanpak van veel voorkomende problemen, het mobiliseren van de medewerking van de patiënt, het doelmatig gebruik maken van hulppersoneel, instellingen en van materiële hulpmiddelen, de huisarts in staat zou stellen zijn lichamelijke en intellectuele energie zodanig te gebruiken, dat hij de fysieke en psychische prestaties kan leveren, welke voor het goed vervullen van zijn taak nodig zijn.

De eerste vraagstelling luidde: „Is er een wetenschappelijke benadering van efficiency in de huisartsenpraktijk mogelijk?” Na een proefonderzoek bleek reeds, dat gegevens over de efficiency gemakkelijk te verwerken waren in een groter opgezet geheel, waarbij de gehele praktijkanalyse betrokken was, zowel wat betreft gegevens over de praktijkvoering, zoals inrichting praktijk, assistentie, consult-visite ratio enzovoort, alsmede een nadere informatie over het morbiditeitspatroon. De naam praktijk-analytisch onderzoek is gekozen, omdat er rationele en definieerbare verschijnselen dienen te worden geregistreerd. Het louter verzamelen van getallen geeft weinig rendement, zoals reeds eerder een Engels onderzoek over morbiditeit in de huisartsenpraktijk heeft bewezen.

De uitkomsten van dit uitgebrachte onderzoek zijn op grote schaal gepubliceerd en geven een goed beeld van de morbiditeit in de Engelse huisartsenpraktijk.

Het lijkt interessant hiernaast eenzelfde onderzoek in Nederland te beginnen om daarna de verschillen te kunnen bestuderen. Dit omvangrijke werk zou echter slechts een zeer pover resultaat opleveren. Wanneer men namelijk het Engelse verslag leest, dat grotendeels bestaat uit reeksen getallen en tabellen, dringt zich de vraag op: Wat nu? Wat kan men er mee doen? Hoe kunnen deze gegevens worden gehanteerd voor de huisartsgeneeskunde? Het praktijk-analytisch onderzoek werd dan ook niet gericht op het verzamelen van getallen, doch op het zoeken naar correlaties van gegevens, het onthullen van de achtergronden van de morbiditeit — ook wel genoemd de „kleur van de morbiditeit”. Morbiditeitsonderzoeken zijn echter menigmaal mislukt, omdat een geschikte diagnose voor de huisartsenpraktijk in deze nog steeds ontbrak en tevens omdat een diagnose in de huisartsenpraktijk veelal niet direct of niet met zekerheid is te stellen. Om deze moeilijkheden te omzeilen werd aanvankelijk uitgegaan van de stelling, dat het aanbod van klachten een volkomen onbekend geheel is. Inzicht in dit geheel zou kunnen worden verkregen door het percentage aanbod aan goed gedefinieerde ziekten en afwijkingen vast te stellen. Is het vóórkomen van voldoende ziekten bekend, dan zou geleidelijk het grootste deel van het totaal met zekerheid bekend kunnen worden. Deze omslachtige weg zou moeten worden bewandeld, omdat het noch in het buitenland, noch in Nederland mogelijk is gebleken de morbiditeit direct met enige mate van betrouwbaarheid vast te stellen, dat wil zeggen op de klassieke klinische wijze. Terloops kan hierbij worden opgemerkt, dat het ook in de klinische geneeskunde vaak niet mogelijk is direct de diagnose te stellen; men denke slechts aan de opname-diagnoses der ziekenhuizen, welke grote afwijkingen vertonen met de ontslag-diagnoses en die vaak niet zijn onder te brengen in een diagnose-index.

Deze moeilijkheden zijn echter bij een recent onderzoek door onze Engelse collegae gedeeltelijk opgelost. Zij zijn namelijk bij de indeling van de morbiditeit uitgegaan van begrippen uit de internationale ziekte-klassificatie, terwijl zij bovendien voor de huisartsgeneeskunde belangrijke begrippen invoeren door telkens bij elke groep ziekten een hoofdstuk „signs and symptoms” toe te voegen. Hun lijstje omvat ongeveer vierhonderd nummers, doch er wordt ook een eenvoudiger indeling beschreven, die slechts honderdvijftig nummers bevat. Behalve dat in deze lijsten telkens een nummer wordt ingevoerd met de omschrijving „other recognised disease not included above” is er elke keer ook een nummer met „other symptoms, signs or incompletely diagnosed disease in this group”, dat kan worden ingevuld. Bij de twee groepen, die onder niet te rubriceren vallen, zou voorlopig op de kaarten de diagnose kunnen worden ingevuld. Deze kaarten kunnen dan later afzonderlijk worden besproken, waarbij het wellicht mogelijk is uit deze verzamelgroepen enige nader omschreven ziektebeelden te lichten.

De voordelen van deze benadering van het morbiditeitsonderzoek zal iedere huisarts duidelijk zijn, omdat hiermede de mogelijkheid wordt geopend een onweerlegbaar inzicht in de morbiditeit in de huispraktijk te geven. Het nadeel, dat de ziekten in rubrieken worden verdeeld, blijft echter bestaan. Daarbij doet men altijd de werkelijkheid van de enkeling geweld aan, ofschoon het genoemde Engelse systeem toch me-

### RICHTLIJNEN VOOR AUTEURS

*Bijdragen worden bij voorkeur tegemoet gezien in machineschrift, in duplo, met toepassing van een brede kantlijn en op ten minste anderhalve regel afstand getypt. Men besluite het artikel met een korte samenvatting.*