

zeer frequent te maken met psychische nood, die zich als psychische of psychosomatische stoornis openbaart. De psychische decompensaties van patiënten, die zich overigens goed weten te handhaven, zijn het speciale gebied voor psychotherapie door de huisarts. De opleiding hiertoe geschiedt het best in groepsbesprekingen.

De verhouding huisarts-specialist behoeft herziening; in vele gevallen verdient het voorkeur dat de specialist niet anders dan de consultant van de huisarts is.

*Summary. Theory of behaviour of the participants in the medical situation.* In the „medical situation” which arises when a patient seeks medical advice, both the patient and the physician behave in accordance with a fixed, anticipated pattern. The patient asks for the physician's help with a physical symptom as an argument. This does not mean, however, that every physical symptom represents a somatic affection. Frequently, psychological or social distress is the

actual cause of the symptom, but both patient and physician are as a rule unaware of this. The patient converts his distress into somatic complaints, and in this way a whole range of „stresses” are presented to the physician; the latter, however, cannot cope with these „paranasal” factors, either diagnostically or therapeutically. The physician, who participates in the medical situation also as a human being, becomes irritated because the patient persists in calling attention to his complaints. Very frequently, the general practitioner is confronted with psychological distress manifested as a mental or psychosomatic disturbance. The psychological decompensations of patients otherwise perfectly capable of maintaining themselves, constitute the special province of psychotherapy by the general practitioner. The latter is best trained for this purpose in group discussions.

The relation between the general practitioner and the specialist requires revision; in many cases it is preferable that the specialist acts only as a consultant to the general practitioner.

## Morbiditeitsonderzoek\*

DOOR DR. W. J. M. VAN DER SANDE, HUISARTS TE BAARLE-NASSAU

Reeds geruime tijd houdt de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (C.W.O.) zich bezig met onderzoeken over de morbiditeit. Vaak is er reeds op gewezen dat er geen werkelijke morbiditeitsstatistiek voor de huisartspraktijk bestaat, hoewel er enige onderzoeken in huisartspraktijken, zowel in Nederland als in het buitenland, bekend zijn, alsmede enige van bedrijfsgeneeskundige diensten. Daarbij dient echter te worden overwogen dat deze onderzoeken soms over kleine getallen gaan, dan wel niet representatief zijn voor de gehele bevolking.

Het kwam de C.W.O. voor dat er op dit gebied een belangrijke taak voor haar was weggelegd om door morbiditeitsregistratie van een groot aantal praktijken tot een verantwoord en representatief inzicht in de morbiditeit van de Nederlandse bevolking te komen. Het was echter duidelijk, dat ten aanzien van de morbiditeitsanalyse de vraagstelling eerst nauwkeurig diende te worden omschreven.

De steeds weer terugkerende vraag was: Waarom willen wij een morbiditeitsonderzoek? Vanzelfsprekend kon een verzameling dorre cijfers geen doel op zichzelf zijn. Wanneer wij echter een inzicht zouden verkrijgen over de ziekten en afwijkingen, die de huisarts te zien krijgt, dan zou dit kunnen dienen voor de volgende projecten:

- a als fundament voor verdere speciële onderzoeken;
- b als vergelijking met ander materiaal van morbiditeitsonderzoek;
- c voor onderwijs en nascholing;
- d voor praktijk-analytische doeleinden.

Het doel van een morbiditeitsstatistiek is beschrij-

\* Voordracht, gehouden op het negende N.H.G.-congres te Utrecht, 21 november 1964.

ving en vergelijking. Hiervoor is een gestandaardiseerd systeem nodig, dat ook door anderen op gelijke wijze kan worden gebruikt. De meeste indelingen, tot dusver gebruikt, zijn terug te voeren op de International Statistical Classification, welke elke tien jaar wordt herzien. Met gebruikmaking van deze internationale lijst werd in Nederland een nationale lijst van ziektegroepen ontworpen, welke sinds 1955 algemeen in gebruik is voor sociale verzekerings- en ziekteverzuimstatistiek-doeleinden. De zestien hoofdgroepen van beide lijsten zijn door enige omzettingen niet geheel vergelijkbaar.

Daarnaast bestaan ook andere systemen, welke gedeeltelijk juist zijn gericht op de huisartspraktijk-morbiditeit; hierover zo dadelijk meer. Een probleem, dat zich bij ziekte-classificatie aandient, is dat van „de diagnose achter de diagnose”. Kan men volstaan met registreren van klacht of symptoom of dient men te onderzoeken naar dieperliggende diagnostiek zoals psychogene componenten of stoornissen in verschillende functies?

Het morbiditeitsonderzoek is bijzonder moeilijk, wanneer wij beseffen, dat wij hierbij de mens — ziek of gezond — in een nummer willen vastleggen, registreren of bewerken. In feite bestaat deze problematiek, omdat aan een ziektegeval meer dimensies kunnen worden onderscheiden: somatisch, psychisch of sociaal. Ook de International Statistical Classification is als classificatiesysteem verre van volmaakt. Dit volgt reeds uit de beschouwing der zestien hoofdgroepen: gedeeltelijk zijn dit oorzakengroepen (infectieziekten, nieuwvormingen, allergische ziekten enzovoort), gedeeltelijk groepen volgende orgaansystemen (ziekten van de ademhalingswegen, van het spijsverteringskanaal, enzovoort), gedeeltelijk groepen volgens tijdperk van optreden (congenitale misvormingen, ziekten van neonati en oudere zuigelingen, enzovoort). Verder komt er nog

een groep „onvolledig omschreven ziekte-toestanden, symptomen en seniliteit” voor.

Deze indeling reflecteert gedeeltelijk de stand van onze kennis, doch het is begrijpelijk, dat bij deze indeling naar vier gezichtspunten, de indeling van een concreet geval moeilijkheden kan geven.

De uniformiteit der codering schept echter ook problemen, die groter worden naarmate meer artsen aan de statistiek meewerken. Het is duidelijk dat bij elk systeem kennis van de daarin gevolgde regels nodig is. Zo bevat bijvoorbeeld de nationale lijst bij elk nummer een aantal in- en exclusies, welke duidelijk maken wat er wel en wat er niet onder wordt begrepen, zoals: verrucae horen onder bacteriële huidinfecties en niet onder goedaardige nieuwvormingen; hoofdpijn valt onder „neurosen” en niet in de hoofdgroep „onvolledig omschreven ziekte-toestanden, symptomen en seniliteit”; bacillaire dysenterie komt onder „overige infectieziekten”; dysenterie zonder opgave van verwekker onder „acute maagdarmpjeskten”.

Regels zijn ook nodig bij het bestaan van dubbel-diagnosen: dient men bij furunkels bij een diabeticus de furunkels dan wel de diabetes te coderen? Hoe te handelen bij twee nevensgeschikte ziekten, bij complicaties van een ziekte, bij twee ziekten na elkaar, bij resttoestanden van een vroeger doorgemaakte ziekte?

Afspraken zijn eveneens nodig betreffende de onbekende. Deze groep kan enerzijds positieve informatie betekenen, in de geest van „hier was geen definitieve diagnose mogelijk”, anderzijds vermindert een grote groep van onbekende de waarde der overige gegevens omdat men niet weet, welk deel bij verdergaande diagnostiek nog tot de desbetreffende groep zou behoren. Het verdient derhalve aanbeveling de differentiatie, welke mogelijk is, in de codering te integreren en eventuele twijfel ten aanzien van de diagnose afzonderlijk tot uitdrukking te brengen (de nationale lijst beveelt hiervoor gebruik van de negen in eerste positie aan).

Andere problemen van de statistiek, zoals frequentie en ziekteduur, morbiditeitsonderzoek met of zonder bekende praktijksamenstelling, het onderscheid tussen individuele en collectieve statistiek, waarnemingen per tijdvak of op een bepaald tijdstip zoals het longitudinaal en transversaal onderzoek, worden hier verder niet besproken.

Het zal intussen wel duidelijk zijn geworden dat het verkrijgen van inzicht in het morbiditeitspatroon nog een werk van jaren zal zijn. Het aanvankelijke morbiditeitsonderzoek met correlatie van praktijk-analytische facetten, werd verlaten. Hierbij werd een antwoord gezocht op vragen als: welke ziekten vragen het meeste tijd van de huisarts, welke ziekte geeft meer irregulariteit, enzovoort? Kortom: wat is de hoeveelheid werk en soort hulp, die door de huisarts wordt gegeven en door de patiënt wordt gevraagd? Het kwam de C.W.O. voor, dat deze onderzoeken meer op de weg van andere commissies lagen.

Om meer inzicht te krijgen in het ziektepatroon,

dat de huisarts onder ogen krijgt, werden er verschillende indelingen gemaakt. Daarbij werd echter steeds de werkelijkheid van de enkeling geweld aangedaan. Bij proefonderzoeken bleek dat een indeling van de morbiditeit naar specialismen in de huisartspraktijk niet was te hanteren, daar vele ziektebeelden niet waren onder te brengen. Vermeld mag hierbij worden dat afzonderlijke groepen voor traumatologie, alledaagse infectieziekten en reumatische aandoeningen zeer goed aansluiten bij het werk van de huisarts.

Een andere indeling ging uit van een Virchowiaans standpunt, waarbij de ziekten werden ingedeeld naar hun lokalisatie of orgaangroepen. Een zeer interessante morbiditeitsindeling is samengesteld door onze Engelse collegae. Hierbij wordt aan de ene kant uitgegaan van begrippen uit de internationale ziekte-classificatie en aan de andere kant worden begrippen ingevoerd, die in de huisarts-geneeskunde belangrijk zijn, door telkens bij elke ziektegroepering toe te voegen een rubriek: „symptoms and signs” en bovendien een nummer voor „other symptoms, signs or incompletely diagnosed disease in this group”. De huisarts werkt namelijk vaak met symptomen zonder ooit of soms veel later tot een eigenlijke diagnose te komen. Deze indeling — de zogeheten E-lijst — biedt derhalve vele mogelijkheden voor de huisarts, terwijl de resultaten toch ook te vergelijken zijn met andere statistieken.

Er bestaat ook nog een eenvoudiger indeling, waarbij verschillende groepen worden samengevoegd. Een losbladig systeem om deze classificaties in de dagelijkse praktijk te gebruiken, werd ontworpen. Hiermede heeft de arts na afloop van een jaar een overzicht van alle ziektegevallen in elke groep.

De C.W.O. vroeg zich echter af of een of meer typische eigenschappen van het huisartsenwerk in een morbiditeitsonderzoek konden worden betrokken. Als kenmerken van de taak van de huisarts kunnen worden genoemd: het continue karakter, de humane (integrale, antropologische) benaderingswijze van de patiënt, de functie als gezinsarts.

Bij een onderzoek naar de morbiditeit uit de gezichtshoek van de huisarts willen wij te weten komen: welke ziekten behandelt hij? Springen bepaalde ziekten en syndromen hierbij op een of andere bijzondere wijze uit? Welke ziekten behandelt de huisarts geheel zelfstandig en welke in combinatie met specialist en ziekenhuis? Welke is de duur der ziekte en van de behandeling? Wat is het resultaat?

Een onderzoek naar sommige pathogenetische en pathoplastische factoren zoekt antwoord op vragen als: zijn er milieu-invloeden — zoals van het gezin, beroep, sociale verzekering, geografische ligging — die de frequentie, de duur en het resultaat van de behandeling van bepaalde ziekten beïnvloeden?

Hoewel een individuele poging om de mens, zoals hij dagelijks onze spreekkamer binnenkomt, te registreren zeer de moeite waard zou zijn, zijn de systemen, waarbij deze factoren mede in het onder-

zoek worden betrokken, niet geschikt voor algemener gebruik. De diagnosestelling laat toch al te veel vrijheid van interpretatie toe bij alle in omloop zijnde classificaties. Bovendien zorgt de persoonlijkheid van iedere arts ervoor, dat het morbiditeitspatroon onderling verschilt. Artsen zien namelijk bepaalde ziekten meer door hun diverse interesses. Zo zullen psychogene ziekten door sommigen meer worden gezien dan door de gemiddelde arts.

De samenstelling van een praktijk zal het morbiditeitspatroon sterk beïnvloeden, evenals fouten van de waarnemer. Ervaring of uitgebreidere hulpmiddelen geven soms een andere of een meer exacte diagnose.

Men zal inmiddels wel hebben begrepen dat de moeilijkheden bij de opzet en de verwezenlijking van morbiditeitsonderzoeken zeer groot zijn. Na verschillende proefonderzoeken kwam de C.W.O. tot de volgende conclusies:

- 1 Er moet een vast omschreven doel zijn, waarnaar vanaf de opzet moet worden gestreefd, daar anders een dorre opsomming van feiten het resultaat wordt;
- 2 zelfs een enkele registratie van morbiditeit betekent een belasting voor de huisarts, die slechts zal blijven meedoen indien dit zijn interesse heeft of opwekt;
- 3 vergelijking tussen individuele onderzoeken heeft geen zin, gezien de verschillende variabelen;
- 4 morbiditeit vanuit puur bacteriologisch en pathologisch standpunt bezien is voor de huisarts bijna onmogelijk;
- 5 de samenstelling van een diagnoselijst is een eerste vereiste; de C.W.O. preferert als uitgangspunt hiervoor de Engelse lijst;
- 6 tevoren moet worden uitgemaakt of men van de zieke patiënt of van de ziekte uit wil gaan;
- 7 diagnostisering lijkt vele moeilijkheden en verschillen op te leveren.

Op grond van deze bevindingen besloot de C.W.O. pogingen, om direct tot een algemeen morbiditeitsonderzoek te komen, voorlopig te staken en in principe uit te gaan van de stelling, dat het morbiditeitspatroon een honderd procent onbekend geheel is. Inzicht in dit geheel zou kunnen worden verkregen door het percentage aanbod aan goed gedefinieerde ziekten of afwijkingen vast te stellen. Is het aanbod van voldoende ziekten bekend, dan wordt geleidelijk het grootste deel van het honderd procent onbekende geheel met zekerheid bekend.

Sedert korte tijd is de C.W.O. zich aan het oriënteren over onderzoeken inzake speciële ziektebeelden. Zij hoopt hiermede steeds een bijdrage te le-

veren voor het totale beeld van de morbiditeit om zodoende het uiteindelijke doel — inzicht te verkrijgen in de huisartspraktijkmorbiditeit — te bereiken.

Het is bekend dat er vele soorten van onderzoeksmogelijkheden zijn. In mei 1964 organiseerde de C.W.O. in samenwerking met het Philips Gezondheidscentrum een weekend-conferentie over wetenschappelijk onderzoek van de huisarts in het algemeen. Hier werd uitvoerig ingegaan op allerlei mogelijkheden van onderzoeken.

Elders in dit nummer wordt verslag gegeven van twee speciële onderzoeken, die een groep huisartsen in de afgelopen tijd heeft verricht. Deze onderzoeken houden in het geheel geen verband met elkaar; zij gaan over geheel verschillende onderwerpen en zijn ook verschillend van opzet. Zij vormen echter wel een onderdeel voor het grote mozaïek van de algemene morbiditeit, die wij op deze wijze willen opbouwen.

Het zal wel duidelijk zijn, dat een algemeen morbiditeitsonderzoek voorlopig niet haalbaar is. Toch is alle moeite, welke wij ons gedurende meer dan twee jaar hebben gegeven, allerminst tevergeefs geweest. Ons inzicht in de mogelijkheden en de moeilijkheden van morbiditeitsonderzoeken is er veel groter door geworden. Wij hebben steeds gewaakt voor de fout, die bij een onderzoek zo dikwijls gemaakt wordt, om met een onderzoek te willen aantonen, hetgeen de onderzoekers reeds tevoren als vaststaand aannamen. Tausk (zie elders in dit nummer) heeft op de genoemde weekend-conferentie te Eindhoven hierover behartenswaardige dingen gezegd. Het is noodzakelijk om tegenover de gehele morbiditeitsproblematiek zo kritisch mogelijk te blijven, ook al blijven aanvankelijk verwachte, directe resultaten uit.

De C.W.O. is reeds bezig en zal voortgaan met onderzoeken naar speciële ziektebeelden en zal voorstellen hierover van individuele leden en van centra gaarne steunen. Zij hoopt hiermede, omdat zij dat van essentieel belang acht, tenslotte tot het uiteindelijke doel te komen, het opbouwen van een morbiditeitsbeeld zoals dat door de huisarts wordt gezien:

- a om een dieper inzicht te krijgen in de huisartsgeneeskunde;
- b om als leidraad te dienen voor het onderwijs, de nascholing en praktijkanalytische doeleinden;
- c voor vergelijking met andere morbiditeitsstatistieken.

In het Woudschotenrapport werd de vraag behandeld: Wat is theoretisch de taak van de huisarts? Naar de mening van de C.W.O. is dieper inzicht in het praktische werk en de taak van de huisarts nu urgent. Zij hoopt dat met de medewerking van velen in de komende jaren te verwerven.