

ziening. Er behoeft hierover niet meer te worden gezegd dan dat deze problemen de aandacht van de huisarts verdienen.

Tenslotte nog een opmerking over de wijze waarop de huisarts rekening dient te houden met de zedelijke opvattingen van zijn patiënt of cliënt inzake geboorteregeling. Zijn persoonlijke opvattingen zullen soms verschillend zijn van die van de patiënt. Zijn adviezen inzake de geboorteregeling en de diverse daarbij toe te passen methoden zullen vooral moeten worden afgestemd op de overtuigingen van de patiënt of, optimaal gesproken, op die van het echtpaar. Bij de katholieke patiënten zal de arts dikwijls op gewetensbezwaren stuiten die vanuit de kerkelijke moraal zijn bepaald en waarvan de arts in gemoede meent dat zij er niet behoeft te zijn. Hij mag dan mijns inziens trachten te overreden, uiteraard in een werkelijk gesprek, niet door autoritair optreden. Soms kan hij beter naar een pastor verwijzen met wie deze bezwaren kunnen worden besproken. Uiteindelijk zal hij zich met zijn adviezen dienen aan te passen aan het gewetensbesluit van de patiënt.

De eigen gewetensovertuiging van de arts, die eventueel mede is gevormd door godsdienstige overtuiging en kerkelijke prediking, zal naar mijn

mening soms ook in negatieve zin werkzaam kunnen zijn, namelijk wanneer hijzelf de van hem gevraagde behandeling als een onzedelijke en menselijk verkeerde daad beschouwt. Dan zou hij, na uiteenzetting van zijn standpunt, naar een collega kunnen verwijzen van wie hem bekend is dat deze zijn bezwaren niet deelt. Indien het alleen om een advies gaat dan zal er voor de arts niet zo gauw reden zijn om zich bezwaard te voelen.

De behoefte aan normen en aan een toekomstontwerp is een aangelegenheid waarvan de urgentie in het voorafgaande hopelijk voldoende is toegelicht. Wij moeten weten wat wij nastreven en willen. De christelijke verkondiging kan hierbij niet — zoals in het nauwelijks voorbijgeverleden — regelend optreden, nog minder godsdienstige sancties aan de verschillende gedragingen verbinden. Zij kan wel inspiratie verschaffen om de diepte van de menselijke seksualiteit en van de voortplanting, voortvloeiend uit de zegen die over de relatie van man en vrouw en over hun verbintenis „tot één vlees” (Genesis 2, 24) is uitgesproken, indachtig te blijven. In deze verbintenis worden man en vrouw, volgens een variant welke de apostel Paulus aan het „één vlees” geeft, geroepen tot vrede (1 Korinthe 7, 15).

UIT DE COMMISSIE WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

Een voorstel tot morbiditeitsregistratie voor huisartsen (1)

DOOR DR. B. J. M. AULBERS, HUISARTS TE DELFT

In de laatste jaren is onder de Nederlandse huisartsen een toenemende belangstelling ontstaan voor een registratie van de huisarts-patiënt-contacten in de eigen praktijk. Dit is een verheugend verschijnsel omdat hieruit een toegenomen interesse blijkt voor het eigenlijke werk van de huisarts. Sommige „turven” hun verrichtingen uit liefhebberij of uit economische motieven, anderen doen dit meer op grond van wetenschappelijke beweegredenen. Deze registratie van verrichtingen in de eigen praktijk krijgt meer zin, wanneer men een duidelijke doelstelling voor ogen heeft, met andere woorden wanneer men zich de vraag stelt wat men met behulp van deze registratie te weten wil komen.

Men kan in grote lijnen twee vormen van registratie onderscheiden, namelijk een praktijkanalyse en een morbiditeitsanalyse. Bij de eerste vorm let men meer op het werk van de huisarts: het aantal verrichtingen, te verdelen in consulten en visites, korte en lange, reguliere en irreguliere verrichtingen, avond- en nachtwerk enzovoort. Bij de morbi-

diteitsanalyse wordt de aandacht meer gericht op de aandoeningen of klachten, waarvoor de patiënten hun huisarts raadplegen. Deze twee vormen van registratie behoeven niet steeds te worden gescheiden, want men kan bijvoorbeeld registreren hoeveel werk de huisarts verricht bij bepaalde ziekten, zoals huidziekten (*Bremer*).

Een steeds terugkerende moeilijkheid vormen de registratie en indeling van de bonte schakering van ziektebeelden en verschijnselen, welke de arts krijgt te behandelen. Vooral voor onderlinge vergelijking of voor onderzoekingen in groepsverband is een zo scherp mogelijke indeling van deze ziektebeelden en verschijnselen noodzakelijk. Een goede leidraad voor de indeling van de morbiditeit is de „International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death (I.S.C.)”. Deze is vooral voor klinisch en pathologisch-anatomisch gebruik zeer geschikt. De lijst bevat een groot aantal scherp omschreven diagnoses, vaak met onder-

verdelingen. Vooral in de kliniek en in het laboratorium beschikt men over mogelijkheden en methoden om de diagnose bij behandelde of overleden patiënten zo duidelijk mogelijk te stellen.

Geheel anders ligt een ander in de huisartspraktijk. De mogelijkheden van de huisarts zijn veel beperkter. Zijn praktijk is veel meer ingesteld op een snelle en doeltreffende therapie dan op een scherp gestelde diagnose. Vaak is de patiënt al genezen, voordat een duidelijke diagnose is gesteld. Vooral bij een eenmaal plaatsvindend contact komt men meestal niet verder dan tot een symptoom- of waarschijnlijkheidsdiagnose. Vele kinderen met koorts genezen binnen enkele dagen, zonder dat de oorzaak is gevonden. Vaak ook wordt de huisarts geraadpleegd, om uitsluiting van ernstige ziekten te verkrijgen of alleen om moeilijkheden met hem te bespreken. In het eerste geval beperkt de huisarts zich na het onderzoek tot een geruststellend woord, hij deelt mee dat de klachten niet te maken hebben met de een of andere ernstige ziekte, waarvoor de klager bang is; in het laatste geval behoeft de dokter vaak niets anders te doen dan te luisteren. Tot een exacte diagnose komt hij vaak niet of hij kan een en ander niet eenvoudig omschrijven omdat hij de klachten in verband brengt met vroegere ervaringen bij deze patiënt: zijn „gestel”, zijn levens-, werk- en gezinsomstandigheden. Toch is een registratie van de morbiditeit, zoals de Nederlandse huisarts deze krijgt te zien, van groot belang, omdat hij van meer dan 85 procent van alle ziekten en klachten welke de Nederlandse bevolking aan een arts presenteert, op de hoogte wordt gesteld (*Dijkhuis*).

Elke indeling vormt echter een beperking en bij elke registratie ontdoet men de diagnose van verschillende, veelal specifieke, facetten ten einde een vergelijking met soortgelijke ziektebeelden mogelijk te maken. Daarom is ook een persoonlijke interpretatie en beoordeling van de arts die registreert, nimmer geheel uit te sluiten. Dit eigen oordeel van iedere deelnemer aan de registratie dient men overigens te aanvaarden.

Buma is in Nederland de eerste geweest die een poging heeft gedaan de morbiditeit in de huisartspraktijk in te delen. Hij verdeelde de ziekten per specialisme in „grote” en „kleine” ziekten, daarbij een duidelijk onderscheid makend tussen de ernstige „klassieke” ziektebeelden zoals deze bij de klinische opleiding worden gezien en de alledaagse of beginnende ziekten, zoals deze zich aan de huisarts presenteren. *Braun* verdeelt de ziektebeelden in de huisartspraktijk op zuiver praktische gronden in enkele hoofdgroepen zoals: 1 koortsigte ziekten; 2 koortsvrije catarre der luchtwegen; 3 letsels en ongevallen; 4 pyogene infecties; 5 „pijngroep”.

Ook *Hogerzeil* gebruikt een praktische indeling, die vooral op het ziekteverzuim is ingesteld, namelijk: 1 aandoeningen van een tot drie dagen; 2 acute respiratoire aandoeningen; 3 onbekende ziektebeelden; 4 „klassieke” ziektebeelden. Bij deze indelingen wordt een groot aantal van de aan-

doeningen ondergebracht in een „vergaarbak” van kortdurende, lichte of onbekende ziektebeelden. Een verdere opsplitsing naar verschijnselen is dan moeilijk te geven. Deze classificaties laten bovendien geen vergelijkingen toe met de internationale morbiditeitsstatistieken, die worden opgesteld met behulp van de I.S.C. Wil men deze vergelijkingen althans in grote lijnen mogelijk maken, dan dient men voor een indeling van de morbiditeit toch uit te gaan van de I.S.C. Zo kan men de achttien hoofdgroepen van deze lijst handhaven. Deze indeling wordt echter eerst dan voor de huisarts bruikbaar, wanneer men hierin ook de waarschijnlijkheids- of symptoomdiagnoses kan onderbrengen.

De lijst, die bij de bedrijfsverenigingen in gebruik is, vertoont een belangrijke aanpassing aan de praktijk van huisartsen en controlerende artsen. Bij vele diagnoses wordt namelijk een aantal in- en exclusies vermeld, dus ziektebeelden welke men wel of niet onder een bepaald diagnosenummer mag rangschikken. Zo kan de gebruiker in twijfelgevallen snel zien, bij welke diagnose een bepaald ziektebeeld thuishoort. Een groot nadeel is echter de verplichting om alle ziektebeelden, waarvan men alleen bepaalde hoofdsymptomen waarneemt en waarvan men de oorzaken niet zo snel kan achterhalen, onder een scherp gesteld diagnosenummer onder te brengen. Dit geeft vaak gewrongen constructies, die niet altijd wetenschappelijk verantwoord lijken. Zo zal men niet elke vorm van hoesten direct kunnen onderbrengen bij bronchitis, tracheitis of pneumonie.

Veel beter leek ons daarom de zogenaamde E-lijst, die in gebruik is bij het „Royal College of General Practitioners” in Groot-Brittannië. De lijst is genoemd naar Eimerl, een van de samenstellers. Deze lijst gaat uit van de I.S.C. en vertoont dezelfde achttien hoofdgroepen. Bij iedere groep wordt eerst een aantal diagnoses vermeld welke de huisarts met zijn beperkte methoden kan onderkennen. Daaronder volgt een nummer „other diseases”, waaronder men de meer zeldzame, maar wel bekende diagnoses kan rangschikken. Vervolgens wordt een aantal omschreven „symptoms and signs” vermeld en tenslotte een nummer „other symptoms and signs”, waaronder men de onvolledige en symptoomdiagnoses kan rangschikken. In een laatste hoofdgroep worden die symptomen en onduidelijke ziektebeelden vermeld, welke men niet bij een bepaald orgaanstelsel kan indelen zoals hoofdpijn, vermagering, febris e causa ignota en moeheid.

Bij deze classificatie heeft de gebruiker het grote voordeel, dat hij alle ziektebeelden en symptomen onder een nummer kan rangschikken. Bij een onderzoek, dat zich over enige tijd uitstrekt, kan men een correctie-diagnose invullen, wanneer men later de patiënt met het aanvankelijk onduidelijke ziektebeeld beter heeft gediagnostiseerd. Om deze redenen heeft de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (C.W.O.) enige jaren geleden na ampele overwegingen besloten de E-lijst ook voor morbi-

diteitsonderzoekingen in het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.)-verband in te voeren. De E-lijst in inmiddels vertaald en aan het gebruik voor Nederlandse huisartsen aangepast. Ook hebben de Nederlandse bewerkers verschillende in- en exclusies toegevoegd om in twijfelgevallen een richtlijn voor rubricering aan te geven. Zo heeft men de praktische voordelen van de lijst van de bedrijfsverenigingen kunnen koppelen aan de wetenschappelijke voordelen van de E-lijst.

Deze Nederlandse E-lijst is gebruikt bij het hartonderzoek en nadien ook bij de continue en intermitterende morbiditeitsonderzoekingen, die nu in volle gang zijn. Het is nog te vroeg om een definitief oordeel uit te spreken over deze morbiditeitsindeling. Iedere deelnemer aan deze onderzoekingen ontmoet hier en daar moeilijkheden met de rubricering. Door de vraagbaak bij het intermitterende morbiditeitsonderzoek (I.M.O.), waaraan ruim 50 huisartsen deelnemen, is de mogelijkheid van bestudering en beantwoording van de gerezen problemen geschapen. Speciaal Oliemans houdt zich met deze studie bezig; hij zal de resultaten later publiceren.

Het is nog te vroeg om de E-lijst in extenso in dit blad af te drukken, aangezien enige correcties nodig zullen zijn na afsluiting van het I.M.O. Zodra de definitieve E-lijst is opgesteld, zal zij in haar geheel in huisarts en wetenschap worden gepubliceerd. Wel kunnen de huisartsen, die nu al met een van de onderzoekingen meedoen of zelf een onderzoek over de morbiditeit in hun praktijk willen verrichten, een exemplaar van de voorlopige E-lijst bij het Nederlands Huisartsen Instituut (N.H.I.) verkrijgen. Voor nadere toelichtingen over het gebruik ervan kunnen belangstellenden zich wenden tot het N.H.I. of de C.W.O.

Om bovenstaand betoog te verduidelijken volgt hier een vergelijking van het gedeelte van de vier lijsten dat betrekking heeft op de hartziekten (hoofdgroep VII).

I. *Nomenclatuur ten behoeve van de codering van ziekten en ongevallen, samengesteld op basis van de I.S.C., 1948 (uitgave van het Centraal Bureau voor de Statistiek: Utrecht 1954)*

A. *Polyarthriti s Rheumatica acuta (100-402) **

400 Zonder vermelding van een hartaandoening

401 Met hartaandoening
Chron. hartaandoeningen van reumatische etiologie excl. re-
cidieven = 410-417

402 Chorea minor Sydenhami
Chorea major Huntingtoni = 355.4

B. *Latere gevolgen van reumatische hartaandoening (410-417)*

410 Vitium van het ostium mitrale

* De onderverdeling in verdere decimalen is ter wille van de duidelijkheid weggelaten.

De zeker als niet-rheumatisch gespecificeerde vitia = 421.0
t/m 421.3

411 Vitium van het ostium aortae

412 Vitium van het ostium tricuspidale

413 Vitium van het ostium pulmonale

414 Andere, omschreven vormen van endocarditis, aange-
duid als reumatisch

De niet als reumatisch gespecificeerde endocarditis chroni-
ca = 421.4

415 Andere, omschreven vormen van myocarditis, aange-
duid als reumatisch

416 Andere, al of niet nader omschreven hartafwijkingen,
aangeduid als reumatisch

Pericarditis tuberculosa = 018.25

Pericarditis luetica = 023

Pericarditis gonorrhoeica = 034.1

Niet reumatische pericardaandoeningen = 432, 435

C. *Hartaandoeningen t.g.v. arteriosclerose en andere de-
generatieve processen (420-422) (incl. ziekten v.d. art. coro-
nariae)*

420 Hartziekten van arteriosclerotische aetiologie en ziekten
van de coronariae

421 Klepvliesgebreken maar niet aangeduid als reumatisch
Van luetische aetiologie = 023

van gonorr. aetiologie = 034.0

klepgebreken en chron. endocarditis, die als
reumatisch zijn aangeduid = 410—414

422 Andere degeneratieve processen van de hartspier, myo-
degeneratio cordis

Met hypertensie = 440—443

met coronairziekten = 420.1

met angina pectoris = 420.2

met arteriosclerose = 422.1

D. *Andere ziekten van het hart (430-435).*

430 Acute en subacute endocarditis, niet omschreven als
reumatisch

Acute endocarditis als reumatisch aangeduid = 401.1

431 Acute niet reumatische myocarditis

Acute myocarditis aangeduid als reumatisch = 401.2

Chron. myocarditis reum. = 415

432 Acute pericarditis, alleen indien aangeduid als zeker
niet-rheumatisch

Pericarditis tuberculosa = 018.25

pericarditis gonorrhoeica = 034.1

pericarditis rheumatica = 401.0

pericarditis chronica non-rheumatica = 434.300

433 Stoornissen van de prikkelgeleiding en prikkelvorming
van het hart

Functionele hartverschijnselen met
psychogene aetiologie = 315

434 Andere en n.n.o. hartziekten

Cardiovasculaire lues = 023

Kwaadaardige nieuwv. v.h. hart = 197.4

Goedaardige nieuwv. v.h. hart = 227.6

Hartneurose = 315

Aangeboren afwijkingen v.h. circulatie-orgaan = 754

Hartaand. t.g.v. inwendig letsel = N 861

II. *Nummerlijst van ziektediagnoses ten behoeve van Ge-
meentelijke, Bedrijfsgeneeskundige en andere Medische Dien-
sten.*

Groep VII Ziekten van het circulatie-apparaat

| | | |
|-----|--|-----|
| 030 | Acuut gewrichtsrheuma en chorea | |
| | Exclusief chorea major | 026 |
| 031 | Organische ziekten van endo-, myo- en pericard | |
| | Inclusief angina pectoris, acuut long-oedeem, asthma cardiale | |
| | Exclusief congenitale hartgebreken | 080 |
| 032 | Stoornissen in de prikkelvorming en prikkelgeleiding incl. functionele hartziekten | |
| | Inclusief hartneurose | |
| 033 | Overige hartziekten | |
| | Inclusief praecordiale pijn, oedeem z.n.o. | |

III. College of General Practitioners. A classification of morbidity (revised 1963)

The numbers to the left of each diagnostic heading are those of the I.C.D. The serial numbers to the right of each heading are used by recorders collecting material for central analysis by the Records and Statistical Unit of the College.

7. Diseases of Circulatory System. Diseases of the heart

| | | |
|-------|--|-----|
| 400 | (401—416) Rheumatic heart disease (including rheumatic fever, its sequelae and chorea) | 210 |
| 420.1 | Coronary thrombosis | 211 |
| | Other arteriosclerotic heart disease | 212 |
| 422 | Myocardial degeneration from other or unknown causes | 213 |
| 433 | Functional disease of heart | 214 |
| 434.1 | Congestive heart failure | 215 |
| 434.2 | Left ventricular failure | 216 |
| 421 | (430—432, 434—434.3) Other heart disease | 217 |
| | Signs and symptoms | |
| 420.2 | Angina of effort | 230 |
| 782.0 | Precordial pain | 231 |
| 782.3 | Cyanosis | 232 |
| 782.5 | Syncope | 233 |
| 782.6 | Oedema | 234 |
| 783.2 | Dyspnoea | 235 |
| 785.3 | Ascites | 236 |
| | Other symptoms, signs or incompletely diagnosed disease in this group | 237 |

IV. Nederlands Huisartsen Genootschap. Morbiditeits-classificatie ten gebruike door huisartsen

VII. Ziekten van de Tr. circulatorius

| | | |
|-----|--|-----|
| 280 | klepgebrek zonder reuma in de anamnese, excl. congenitale afwijkingen | 433 |
| 209 | klepgebrek met reuma in de anamnese | |
| 210 | acuut rheuma | |
| 211 | coronair trombose, coronair infarct | |
| 212 | overige coronair ziekten, angina pectoris | |
| 213 | myodegeneratio cordis | |
| 214 | functionele hartziekten, incl.: aritmie zonder organische afwijkingen, excl.: psychogene aritmieën | 149 |
| 217 | overige hartziekten, excl.: decompensatio en asthma cardiale, zie: symptomen | |

symptomen

| | | |
|-----|---|--|
| 215 | decompensatie-verschijnselen | |
| 216 | longstuwing, asthma cardiale | |
| 230 | angine d'effort | |
| 231 | precordiale pijn | |
| 232 | cyanose | |
| 233 | syncope | |
| 234 | oedeem | |
| 235 | dyspnoe | |
| 236 | ascites | |
| 237 | overige symptomen of onvolledig gediagnosticeerde ziekten uit deze groep. | |

Braun R. N. (1957) Die gezielte Diagnostik in der Praxis, Stuttgart.

Bremer G. J. (1967) huisarts en wetenschap 10, 88.

Buma J. T. (1950) De huisarts en zijn patiënt. Jasonpers, Amsterdam.

Dijkhuis H. J. P. M (1964) huisarts en wetenschap 7, 153

Hogerzeil H. H. W. (1967) huisarts en wetenschap 10, 165

Nomenclatuur ten behoeve van de codering van ziekten en ongevallen samengesteld op basis van de International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, 1948 (uitgave van het Centraal Bureau voor de Statistiek, Utrecht 1954). Deel I Systematisch Register; Deel 2 Alfabetisch Register.