

# De taak van de huisarts bij de bestrijding van hart- en vaatziekten\*

DOOR E. VAN DER DOES, HUISARTS TE ROTTERDAM

In Nederland krijgen per jaar 52 000 mensen een hartinfarct, hieraan overlijden 24 000 mensen, te weten 15 000 mannen en 9 000 vrouwen. Deze cijfers zeggen wel een en ander over de totale omvang van de sterfte, maar zolang de leeftijden niet zijn vermeld krijgt men weinig inzicht in de aard van het probleem. Indien men weet dat de totale „prevalence” (aantal oude en nieuwe gevallen per jaar per duizend personen) in de leeftijdsgroep van 40 tot en met 65 jaar — een groep die een kwart van de totale bevolking uitmaakt — wordt geschat op 30 000 mannen en 8 000 vrouwen en dat de sterftetoeneming bij relatief jonge mannen het grootst is, dan krijgen deze aantallen meer reliëf. Een en ander betekent dat mensen in de kracht van hun leven, veelal nog in het bezit van een jong gezin, sterven of gedeeltelijk hulpbehoevend worden.

Over de „incidence” (aantal nieuwe gevallen per jaar per duizend personen) van het myocardinfarct, is in Nederland weinig bekend. In de genoemde leeftijdsgroep schat men de totale incidence op 10 000 mannen en 3 000 vrouwen. In de periode van 1950 tot en met 1968 is de steffe bij mannen van 35 tot en met 44 jaar verdrievoudigd, in de groep van 45 tot en met 59 jaar is deze verdubbeld.

Van degenen die door een dodelijk myocardinfarct worden getroffen, sterft vijftien tot dertig procent binnen een uur na het optreden van de eerste symptomen. Fulton (zie *Fieren*) die deze percentages vermeldt, spreekt bij een dergelijke gang van zaken van een plotselinge dood. Andere auteurs vermelden 40 tot 75 procent met een snel dodelijke afloop. Binnen 24 uur (*Fulton*: vroege dood) overlijdt 30 tot 40 procent, volgens anderen liggen deze percentages tussen 60 en 90.

Het behoeft nauwelijks verbazing te wekken dat 70 procent van dergelijke patiënten buiten het ziekenhuis overlijdt. Men schat dat 30 tot 50 procent der patiënten prodromata hebben en dat 20 tot 50 procent van deze patiënten gedurende de vier weken, voorafgaande aan het infarct, een arts hebben bezocht. Van deze mensen wordt naar schatting de helft gerustgesteld of er wordt een andere diagnose dan „dreigend hartinfarct” gesteld.

Indien men de personen die aan een hartinfarct

\* Schrijver betuigt zijn dank aan prof. D. C. den Haan voor diens waardevolle op- en aanmerkingen bij het tot stand komen van dit artikel.

*Samenvatting.* Aangegeven wordt op welke wijze de huisarts kan meehelpen aan de preventie van hart- en vaatziekten. In de groep mensen die overlijden aan een hartinfarct zijn drie subgroepen te onderscheiden: zij die acuut sterven; zij die sterven na voorafgaande prodromata zonder de arts te hebben geraadpleegd en zij die dit in de vier voorafgaande weken wel hebben gedaan.

Mogelijkheden om de mortaliteit te doen verminderen worden beschreven. De grote winst moet echter komen uit de preventie, waarbij men in het tijdsverloop tussen „nog jong en gezond” tot en met „meer of minder oud met infarct” vier fasen waarin de preventie kan plaatsvinden, onderscheidt. Deze worden beschreven waarbij de taak van de huisarts wordt toegelicht.

overlijden, beschouwt naar gelang van de tijd die is verstreken tussen het optreden van de symptomen en het intreden van de dood, dan kunnen drie groepen worden onderscheiden.

1 Personen die het infarct krijgen als een donderslag bij heldere hemel. Een aantal van hen overlijdt binnen een uur.

Hieraan is weinig te doen, tenzij men overweegt de bevolking massaal te instrueren in het stellen van de diagnoses acuut hartinfarct en acute hartdood en in het uitvoeren van reanimatietechnieken. Dit betekent dat iedereen die een en ander inderdaad wil leren zulks moet worden bijgebracht, hetgeen vele problemen met zich brengt. Moet men daarvoor een organisatie opbouwen of kan dit via bestaande kanalen bijvoorbeeld de E.H.B.O.-verenigingen worden gerealiseerd? Voordat men zover is, dient voorlichting te worden gegeven over het probleem van het hartinfarct en in aansluiting daarop moet men trachten grote delen van de bevolking te motiveren zich bovengenoemde kundigheden eigen te maken, de techniek geregeld te beoefenen en eventueel, indien gewijzigde inzichten ontstaan, deze te veranderen. Uiteraard dient een en ander door bekwame deskundigen in gang te worden gezet en geleid.

Een nader aspect van deze zaak vormen de kosten waarbij men zich voor ogen moet houden dat deze

een vaste last zullen vormen. Indien men deze gelden inderdaad voor een dergelijk programma ter beschikking zou stellen, dient men zich af te vragen of dergelijke investeringen, waarvan men tevoren niet kan schatten wat de baten zullen zijn, niet beter kan aanwenden voor mogelijk dringender problemen op het gebied van de volksgezondheid.

Afgezien van dit alles verdient de mogelijkheid die door sommigen is naar voren gebracht, familieleden van reeds bekende hartvaatpatiënten in bovengenoemde technieken te instrueren, de aandacht. Waarschijnlijk kan dan incidenteel een leven worden gered.

2 Personen die overlijden na vooraf optredende prodromata, echter zonder de arts te hebben geraadpleegd.

Ook dit is geen eenvoudig probleem. Een voor de hand liggende veronderstelling is dat patiënten die reeds een cardiovasculair accident hebben gehad, in het algemeen niet zullen behoeven te worden gemotiveerd om bij verergering of opnieuw optreden der klachten, een arts te raadplegen, dit in tegenstelling tot de situatie bij de vers optredende gevallen van een (dreigend) infarct. Echter, blijkens een studie naar de oorzaken die meewerkten tot vertraging van de ziekenhuisopneming bij 160 patiënten met acuut hartinfarct bleek, dat juist de patiënten met een reeds bekende angina pectoris of een doorge maakt hartinfarct, significant later in het ziekenhuis arriveerden dan degenen die in dit opzicht een blanco anamnese hadden (*Simon en medewerkers*).

Met het oog op de groep overledenen na prodromata, zonder dat een arts werd geraadpleegd, zou men kunnen overwegen aan de bevolking massaal voorlichting te geven betreffende vroegtijdige signalering van dergelijke klachten bij zichzelf met de raadgeving onverwijld de huisarts te consulteren. Indien men een dergelijk programma in de toekomst wil uitvoeren, zal derhalve aan de volgende drie voorwaarden moeten worden voldaan: de bevolking zal op de hoogte moeten zijn van de verschijnselen die een dreigend myocardinfarct aankondigen; men zal deze verschijnselen bij zichzelf moeten kunnen interpreteren en tenslotte zal men zich moeten realiseren dat hulp nodig is, ongeacht het tijdstip waarop de symptomen zich openbaren.

Een grote moeilijkheid is dat men moet instrueren over een syndroom, namelijk het dreigend infarct, waarvan de symptomatologie nog onvoldoende bekend is. Indien men met de voorlichting inderdaad thans wil beginnen, hetgeen dan neerkomt op het „alert” maken van de bevolking op die symptomen waarvan men zeker weet dat zij relevant zijn, rijzen vele vragen.

Hoe zal men bijvoorbeeld angina pectoris moeten omschrijven? Als een drukkend snoerend, benauwd,

angstig of anderszins te beschrijven gevoel op de borst? Daarbij moet men dan ook de uitstraling betrekken: naar de kaken, naar één of beide armen, maar ook weleens tussen de schouderbladen. Soms is het retrosternale gevoel zo vaag dat het onvermeld blijft, omdat het gevoel in de linkerarm overheerst, om maar te zwijgen over de mogelijkheid dat het myocardinfarct als een galsteenaanval imponeert. Is het verantwoord ten aanzien van de bevolking en tegenover degenen die deze bevolking medisch verzorgen, een dergelijke voorlichting te geven? Schrijver dezès betwijfelt het nut hiervan. Wel dienen andere voorzieningen te worden getroffen dan momenteel ter beschikking staan.

Men kan verwachten dat talrijke personen met meer of minder vage klachten zich zullen melden en dat deze een overbelasting zullen gaan vormen voor het werk van de huisarts. Zeker in de grote steden zullen opvangstations moeten worden opgericht of worden gevestigd in reeds bestaande voorzieningen, bijvoorbeeld in de consultatiebureaus voor tuberculose. Deze stations zullen overdag permanent moeten zijn bemand, indien mogelijk echter ook 's avonds en gedurende de weekends. De voorlichting omtrent dit alles zal uitermate zorgvuldig dienen te worden gegeven. Het gevaar dreigt, dat de factor „angst” een belangrijke rol gaat spelen hetgeen een negatieve bijdrage aan de oplossing van het probleem zou kunnen betekenen. Indien een dergelijk project zou worden opgezet, dient dit sociologisch en psychologisch te worden begeleid.

3 Personen, die in de vier weken voorafgaande aan het infarct, de huisarts hebben bezocht.

Dit kan zijn geweest wegens een klacht die — voor zover bekend — niet in verband staat met het later opgetreden myocardinfarct of voor een klacht, die achteraf of direct al zeer verdacht is geweest voor een dreigend infarct. Aangezien in het laatstgenoemde geval een deel van de patiënten wordt gerustgesteld of bij hen een andere diagnose wordt gesteld, betekent dit, dat indien de huisartsen voldoende aandacht schenken aan het syndroom van het dreigend infarct, deze personen anders zouden zijn beoordeeld. Hierdoor zou bij een aantal het optreden van het infarct kunnen worden uitgesteld. Zij zullen daardoor langer in een zo goed mogelijke conditie kunnen blijven. Een en ander is te verwezenlijken door het geven van meer bekendheid aan huisartsen omtrent hetgeen vaststaat over het syndroom van het dreigend infarct en voorts door het verrichten van nader onderzoek van dit syndroom.

Pogingen om een reductie te bereiken van het optreden, de mortaliteit en de invaliditeit in de drie hiervoor besproken groepen, zijn uiteraard toe te juichen, maar een en ander betekent toch niet de

meest effectieve aanpak van het probleem. Het is welhaast overbodig te stellen, dat de grote winst meer zal moeten komen van preventieve maatregelen dan van de behandeling van een dreigend of van een reeds opgetreden infarct.

*Preventie van optreden van hart- en vaatziekten en preventie van de gevolgen van reeds opgetreden hart- en vaatziekten.* Indien men in het mensenleven met betrekking tot de hart- en vaatziekten een periode afgrenst van „nog jong en gezond” tot en met „min of meer oud met infarct”, dan kan men in die periode vier fasen onderscheiden waarin de preventie kan plaatsvinden.

*Eerste fase.* In deze fase is de preventie erop gericht personen te vrijwaren van risicofactoren. Aangezien de aetiologie van de pathologische processen die aan vaatveranderingen ten grondslag liggen niet nauwkeurig bekend is, zal men zich voorlopig moeten tevreden stellen met het elimineren van de waarschijnlijke risicofactoren. De preventie in deze fase komt overeen met hetgeen onder primaire preventie wordt verstaan.

De risicofactoren zijn:

- 1 het roken van sigaretten;
- 2 verkeerde voeding; a teveel leidt tot adipositas; b verkeerde soort vetten leidt tot lipidemie; c combinatie van a en b;
- 3 weinig lichaamsbeweging;
- 4 psycho-sociale factoren: acute of chronische stress, veelal in combinatie met de drie eerstgenoemde factoren.

Met betrekking tot de vierde factor zal nog nader onderzoek moeten plaatsvinden. De vraag rijst in hoeverre de genoemde factoren zullen zijn te beïnvloeden. Met name voor de eerste drie geldt dat dit mogelijk het geval zal zijn. Men dient hiermede vroeg te beginnen, namelijk voordat deze factoren dusdanig zijn ingebouwd in het levenspatroon dat zij hieruit moeilijk zijn los te weken. Dit betekent dat met de gezondheidsvoorlichting en opvoeding reeds op de lagere school moet worden begonnen. Daartoe kan het „vak” gezondheidsvoorlichting en opvoeding worden ingebouwd in de opleiding van de leerkrachten. Het ligt voor de hand deze taak eveneens op te dragen aan schoolartsen die daartoe kunnen worden getraind, vooral wat betreft de wijze van overdragen van de leerstof en de evaluatie daarvan.

Het is uiteraard moeilijk te voorspellen wat het nuttig rendement van een en ander zal zijn en het vereist moed een programma op te zetten waarvan men pas na tientallen jaren een gunstig effect kan

verwachten. Voor de uitvoering van een en ander is steun van de overheid onontbeerlijk. Het bevorderen van een dergelijk programma houdt onder meer in het geven van theorie tijdens lesuren, maar ook van praktijk door voldoende tijd te besteden aan lichamelijke opvoeding. Waar nodig zal moeten worden voorzien in voldoende accommodatie (bijvoorbeeld gymnastiekzalen, zwembaden). Het is bekend dat hieraan aandacht wordt besteed.

Misschien is het niet direct een taak van de overheid om te bevorderen dat voedingsmiddelen op de markt komen met een hoog gehalte aan onverzadigde vetzuren, maar men zou gaarne zien dat dit in elk geval niet wordt belemmerd. Helaas is recent een verordening van kracht geworden die het in de handel brengen van nieuwe dieetproducten op melkbasis met een hoog linolzuurgehalte voortaan zelfs strafbaar stelt. Daarvoor zullen wel redenen zijn, maar deze redenen dienen in elk geval niet de zaak van de bestrijding van hart- en vaatziekten. Het effect van primaire preventie via het onderwijs zou waarschijnlijk veel groter zijn indien de jeugd thuis, van hun ouders, eenzelfde gedrag zou waarnemen ten aanzien van roken, voeding en lichaamsbeweging.

Ook de groepen die geen onderwijs meer volgen, dienen blijvend te worden gewezen op de voordelen van een gezonde levenswijze. Hier ligt zeker mede een taak voor de huisarts. Hij dient daartoe te zijn gemotiveerd en eigenlijk zou hij tezamen met de collegae van andere disciplines het goede voorbeeld moeten geven.

*Tweede fase.* In deze fase verkeren mensen die reeds aan risicofactoren zijn blootgesteld. De preventie is erop gericht deze mensen op te sporen, hen te adviseren en/of hen te behandelen. De risicofactoren zijn de vier in het voorgaande reeds genoemde en voorts: verhoogde bloeddruk en diabetes mellitus. Van diabetes mellitus is niet bekend of de ziekte zelf tot hypercholesterolemie leidt of dat dit door de dieetbehandeling komt. De invloed van hypertensie bij het optreden van cerebrovasculaire accidenten is evident, maar ten aanzien van de cardiovasculaire aandoeningen is zulks veel minder duidelijk. Het lijkt mogelijk de beide laatstgenoemde risicofactoren op te sporen. Ook voorlichting van de bevolking inzake alle genoemde factoren is uitvoerbaar.

De psycho-sociale factoren zullen vaak een individuele aanpak vereisen, maar stress-toestanden in psychologische zin kunnen ook voor een groep als geheel gelden, bijvoorbeeld lawaai, overlast door het wonen in de buurt van een vliegveld en dergelijke. Na opsporing der factoren moet men trachten deze te elimineren. Indien medicamenten worden voorgeschreven zal de behandeling in vele gevallen

wel een gunstige invloed hebben mits goede controle wordt uitgeoefend.

Het veranderen van leefgewoonten is niet gemakkelijk. Hiervoor is een veranderde attitudevorming ten aanzien van een dergelijke gewoonte noodzakelijk en daaraan dient een motivatie vooraf te gaan. Een en ander is veelal bijzonder moeilijk te realiseren, het vereist een intensieve begeleiding en soms ook een goede relatie met degene die voorlicht en begeleidt. In individuele gevallen moet steeds de vraag worden gesteld „Waarom eet, drinkt of rookt juist deze mens zoveel?” Indien deze vraag is te beantwoorden en het blijkt dat bepaalde minder gezonde gewoonten (bijvoorbeeld onmatig roken of teveel eten) een functie vervullen in iemands bestaan, dan kan men als het ware beter causaal te werk gaan dan zonder meer tegen de patiënt te zeggen dat hij dit of dat moet laten omdat het zo slecht is. Mislukkingen bij het volgen van leefregels zijn niet zeldzaam en in bepaalde gevallen kan men soms niet afwegen wat zwaarder weegt: de emotie van het telkens weer falen, de stress van het zich steeds moeten beheersen of de direct schadelijke invloed van nicotine en adipositas.

Indien iemand, ondanks goede begeleiding, na zekere tijd toch faalt, dan is het beter maar op te houden met het blijven hameren op de gevaren van zijn of haar slechte gewoonten.

*Derde fase.* In deze fase verkeren mensen die reeds verschijnselen vertonen die wijzen op het kunnen gaan optreden van een hartinfarct. Dit is het syndroom van het dreigend infarct. Dit syndroom is niet nauwkeurig te omschrijven; het staat echter vast dat de volgende vier verschijnselen ertoe kunnen worden gerekend: recent opgetreden angina pectoris; onstabiel geworden angina pectoris; recent onverklaarbare dyspnoe en recent opgetreden hartkloppingen. Onder recent wordt in dit verband verstaan: gedurende de afgelopen vier weken. Klachten over flauwvallen, moeheid, angst, prikkelbaarheid, gespannen zijn, sommige bovenbuiksklachten en pijn in de arm(en) kunnen eveneens duiden op een dreigend infarct.

Tot de doelstellingen van het I.M.I.R.-project (Imminent Myocardial Infarction in Rotterdam) rekent men onder meer te komen tot een nadere omschrijving van het syndroom van het dreigend infarct. Hiertoe worden patiënten die zich bij de deelnemende huisartsen melden met klachten zoals omschreven in het projectformulier, in dit studieproject opgenomen. De klachten zijn niet scherp geformuleerd omdat deze zeer vaag kunnen zijn. Dit is de enige manier om mogelijk nog onbekende symptomatologie op te sporen. De lotgevallen van deze mensen worden voorlopig gedurende een jaar nagegaan. Over dit onderzoek werd onder

meer door *Van der Does* gerapporteerd. Het betreft een gezamenlijk project van de afdeling Huisartsgeneeskunde en de afdeling Cardiologie van de Medische Faculteit Rotterdam. Het project wordt gefinancierd door de Nederlandse Hart Stichting.

*Vierde fase.* In deze fase verkeren mensen die reeds een myocardinfarct hebben doorstaan. Het adequaat behandelen van het infarct en de goede begeleiding na de klinische fase is een volgende stap in de keten van mogelijke aangrijppingspunten die kunnen leiden tot reductie van de mortaliteit en mogelijk van de invaliditeit. De therapie in de acute fase bestaat uit zo mogelijk geruststellen, pijnbestrijding, het voorkomen en behandelen van ritmestoornissen, de bestrijding van opgetreden shock of van asthma cardiale. Daarna valt de beslissing omtrent het opnemen in een hartbewakingseenheid. Na ontslag uit het ziekenhuis volgt de revalidatie, al dan niet in een centrum. Voorts zal gedurende lange tijd een geregelde controle waarvan frequentie en duur individueel verschillend zijn, moeten worden verricht.

*Taak van de huisarts.* Voor de huisarts ligt de taak bij de bestrijding van hart- en vaatziekten samengevat in de volgende punten:

1 Medewerken aan gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Hierover is onder primaire preventie reeds een en ander vermeld. Ook al is dit een taak van de overheid en het onderwijs, voor de huisarts blijft er nog genoeg te doen, zij het op meer beperkte schaal. Plaatselijk via diverse verenigingen, maar ook via de enkele procenten van het Nederlandse volk die de huisartsen dagelijks gezamenlijk zien, kan invloed worden aangewend, al was het alleen maar door zelf een voorbeeld te zijn.

2 Hulp bieden bij het organiseren en uitvoeren van screeningprogramma's ter opsporing van risicofactoren. Dit geschiedt des te eerder en gemakkelijker, indien men in een team multidisciplinair samenwerkt.

3 Alert zijn op het syndroom van het dreigend infarct en het adequaat behandelen van dergelijke personen na uitgebreide diagnostiek, in samenwerking met klinische specialisten.

4 Een juiste behandeling van reeds opgetreden myocardinfarct en begeleiding en controle van patiënten, eveneens in samenwerking met andere disciplines.

*Summary.* The task of the family doctor in controlling cardiovascular diseases. The manner in which general practitioners can contribute to the prevention of cardiovascular

diseases, is described. In the group of deaths from myocardial infarction, three subgroups can be distinguished: acute deaths; deaths following prodromal signs for which no medical advice was sought; deaths following prodromal signs for which medical advice was sought in the course of four preceding weeks.

Possibilities to reduce mortality are described. Most is to be expected of prevention, four phases of which are distinguished in the course of time between „young and healthy” and „ageing with infarction”. These four phases are described with reference to the task of the family doctor in each.

#### *Geraadpleegde literatuur*

Dekker, E. (1972) Hartbulletin 3, 88.

Does, E. van der (1971) Ned. T. Geneesk. 115, 1756.

Fieren, C. J. Het myocardinfarct. Academisch proefschrift, Nijmegen, 1972.

Koster, H. Uw hart ter harte. Nygh en Van Ditmar, Rotterdam/’s-Gravenhage, 1971.

Volksgezondheid, Verslagen en Mededelingen nr. 14, Advies inzake de bestrijding van hart- en vaatziekten, 1971.

Simon, A. B., M. Feinleib en H. K. Thompson (1972) Amer. J. Cardiol. 30, 476.

## *Conferentie huisarts en wetenschappelijk onderzoek*

Op 22 en 23 maart dit jaar werd in het Maarten Maartenshuis in Doorn een conferentie gehouden over het onderwerp „Huisarts en Wetenschappelijk Onderzoek”. De organisatie was in handen van het N.H.I.\*

Op deze conferentie hield Prof. Dr. E. V. W. Vercruyjsse een inleiding getiteld „Een kritische beschouwing van de probleemstelling in het sociale onderzoek van en in de huisartsgeneeskunde”. Prof. Vercruyjsse is hoogleraar in de methoden en technieken van het sociaal-wetenschappelijk onderzoek aan het Institute of Social Studies in Den Haag.

Eén van de kernpunten van zijn betoog was de stelling dat het niet mogelijk is om uitsluitend op basis van materiaalverzameling feiten te constateren „zoals ze zijn”. Vercruyjsse merkte op dat feiten pas in het kader van een specifieke vraagstelling geconstitueerd worden en dat buiten het kader van die vraagstelling niet kan worden vastgesteld wat de feiten eigenlijk zijn. Het vaststellen van feiten, zo zei de hoogleraar, is altijd een interpreteren van de werkelijkheid, welke interpretatie uiteraard slechts kan plaatsvinden binnen een bepaalde context (in een onderzoek: de context van de probleemstelling). Een onderzoek zónder goede probleemstelling kan derhalve nooit antwoord geven op de vraag wat de feiten zijn, doordat het interpretatiekader van die feiten ontbreekt.

Aan de hand van een aantal voorbeelden van onderzoek in de huisartsgeneeskunde maakte de spreker duidelijk dat — door een te zware nadruk op de materiaalverzameling — het zo vitale interpretatiekader vrijwel altijd ontbreekt. En als het al aanwezig is, blijkt het vaak te lijden aan een grote

mate van dubbelzinnigheid, zodat na de materiaalverzameling niet goed duidelijk gemaakt kan worden welke feiten wélk antwoord geven op welke vragen. Het „zomaar” zoeken naar samenhangen en het terloops vinden van samenhangen is methodologisch dan ook een hachelijke zaak, aldus Prof. Vercruyjsse.

Hoewel probleemstellingen best kunnen ontstaan „door het doen van één of enkele observaties, waardoor wij gedachteninvallen krijgen” (Huygen), moet worden bedacht dat de bedoelde observaties niet willekeurig zijn. Integendeel, het is gebleken dat de observaties die later blijken te leiden tot een vruchtbare probleemstelling altijd anders zijn dan wij op grond van onze ervaringskennis, neergelegd in empirische wetten, hadden mogen verwachten.

Probleemstellingen hebben dus altijd een empirisch uitgangspunt, hetgeen voor de huisartsgeneeskunde een dilemma oplevert: de huisartsgeneeskunde beschikt immers nog niet over empirische wetmatigheden die probleemstellingen voor onderzoek moeten opleveren. De probleemstellingen van het huisartsenonderzoek krijgen daardoor een wat kunstmatig karakter: het onderzoek streeft ernaar de ervaring op te doen, waarop het normaliter zou moeten berusten. Het onderzoek in de huisartsgeneeskunde ontbeert dus zowel een empirische relevantie (de huisartsgeneeskunde beschikt nog niet over eigen wetmatigheden) als een theoretische relevantie (er bestaan geen huisartsgeneeskundige theorieën, huisartsgeneeskunde als tak van wetenschap bestaat nog niet).

Bij het begrijpelijke streven om te komen tot een wetenschap die de naam „huisartsgeneeskunde” draagt, zette Vercruyjsse tenslotte een aantal vraagtekens; naar zijn mening vertegenwoordigt de huisartsgeneeskunde als zelfstandige wetenschap een niet te bereiken ideaal, aangezien de onderzoeken door huisartsen verricht zich al naar hun object bewegen op het terrein van reeds lang geconsti-

\* De volledige tekst van de drie lezingen met een nawoord van J. van der Zee, getiteld „De onmogelijke taak van de huisartsgeneeskunde” zal als uitgave in de serie „N.H.Idee” in oktober 1973 verschijnen en zal bij het N.H.I. verkrijgbaar zijn. Prijs f 12,50.