

# Multidisciplinaire problemen-classificatie

Wie heeft het probleem, de patiënt of de hulpverlener?

DR. H. LAMBERTS, HUISARTS TE ROTTERDAM EN  
E. SLOOT, DESTIJDS HUISARTS-ASSISTENT

Mensen hebben problemen. Dit geldt niet alleen voor mensen, die de patiëntenrol aannemen, maar het geldt ook voor hulpverleners. Het lijkt een afspraak dat problemen waarvoor mensen hulp vragen, worden omgezet in het jargon dat men in een classificatielijst aantreft. Het zijn dan „diagnosen” geworden en dat is belangrijk. Immers, bijna elke diagnose houdt een „contract” en ook een min of meer impliciet uitgangspunt voor actie in.

Hulpverleners vinden in het gebruiken van het jargon vaak een bevestiging van hun beroepsidentiteit. In een team waarin vertegenwoordigers van verschillende disciplines samenwerken kan hierdoor gemakkelijk spraakverwarring ontstaan. *Ris* en *Diederiks* hebben juist het verschil in taal benadrukt als een barrière voor samenwerking. De leden van elke discipline spreken een eigen „taal”, welke voor hen mede een paradigma vormt. Een paradigma verschaft de „professionele” hulpverlener een ordeningsprincipe met als gevolg „eigen” interpretaties van de inhoud van de gehanteerde problemen of diagnosen.

Taal is een bindende kracht – ook voor een beroepsgroep – maar taal kan ook een belemmering voor beter contact vormen. Op dit moment bestaat een grote belangstelling voor de betekenis van taal, voor de kloof tussen begrip en realiteit en voor de invloed ervan op de wetenschapsbeoefening – ook in de geneeskunde. *Wittgenstein* – om maar met de deur in huis te vallen – schrijft in zijn „Filosofische Onderzoekingen”: „Men denkt dat het leren van een taal bestaat in het benoemen van dingen. En wel van mensen, vormen, kleuren, pijn, stemmingen, getallen, etc. Als gezegd, benoemen is zoiets als een ding een etiket opplakken. Dit kan men een voorbereiding tot het gebruik van een woord noemen. Maar waarop is het een voorbereiding?”

Als men iets een diagnose geeft, waarop is het dan een voorbereiding? Voordat daarover meer kan worden gezegd is er twijfel of het etiket wel aangeeft wat er in de fles

zit. *Gallacher* stelt de vraag in welke mate begrippen (= etiketten) naar een van de benoemer onafhankelijke realiteit verwijzen of dat de „realiteit” er door de benoemer (of onderzoeker) zelf wordt ingelegd. Een begrip fungeert als etiket dat de inhoud van de fles benoemt. Het etiket heeft realiteitswaarde als er in de fles zit wat er op staat. Maar wie maakt dat uit? Vaak bepaalt een omschreven kring mensen (bijvoorbeeld een discipline), die bepaalde etiketten vaak gebruikt en waarbij de twijfel aan de juistheid van de determinatie op pragmatische gronden is opgeheven, wat het jargon voor hem – en niet vanzelfsprekend ook voor anderen – betekent. *Gallacher* noemt symptomen in dit verband observatiebegrippen. Diagnosen worden in relatie gebracht met één of meer symptomen en zijn zodoende sociaal gehanteerde, afgeleide begrippen (illata).

Het voorgaande is ingewikkeld en het overdenken ervan heeft onoverzichtelijke gevolgen voor de inhoud van de huisartsgeneeskunde, voor de inhoud van samenwerking en vooral voor de lotgevallen van de patiënt wanneer hij de eerstelijns binnentreedt. Duidelijk is dat het niet alleen maar gaat om het probleem van de hulpvrager (wat vraagt hij eigenlijk?) als realiteit, maar evengoed om de betekenis, welke de diagnose als realiteit voor de hulpverlener heeft.

Uit het communicatie-onderzoek (*Lamberts*, 1976) is gebleken dat in het gezondheidscentrum Ommoord elke dag opnieuw ten behoeve van rond zeventig patiënten overleg wordt gepleegd. De vraag is waarover dat overleg eigenlijk gaat? Over het probleem dat iemand tot de patiëntenrol bracht, over de problemen-classificatie of diagnose, over het taalver-



[...] „When I use a word,” Humpty Dumpty said, in rather a scornful tone, “it means just what I choose it to mean – neither more nor less.”

“The question is,” said Alice, “whether you *can* make words mean so many different things.”

“The question is,” said Humpty Dumpty, “which is to be master – that’s all.” [...]

LEWIS CARROLL – THROUGH THE LOOKING GLASS AND WHAT ALICE FOUND THERE

schil of over verschillende etiketten, geplakt op verschillende flessen met een verschillende inhoud?

De morbiditeitsanalyse – 1972 (*Lamberts*, 1974 en 1975) heeft laten zien, dat er voor de huisartsen van de groep een belangrijke interdoctorvariatie bestaat welke aan de etikettering een zeer persoonlijke kleur kan geven. Het is daarom paradoxaal dat er groeiende behoefte is aan een eigen, liefst internationaal erkende classificatie van gezondheidsproblemen in de huisartsgeneeskunde. Daarmee wil men de lotgevallen van patiënt en huisarts goed en systematisch vastleggen op de probleemgeoriënteerde patiëntenkaart. Maar welke woorden zullen op de kaart worden opgeschreven en naar welke realiteit verwijzen zij? De paradox is dat een algemeen geaccepteerde huisartsgeneeskundige problemenclassificatie nodig is opdat daarmee duidelijk kan worden in welke mate men met hetzelfde woord een geheel verschillend semantisch begrip voor ogen heeft.

Wanneer men bijvoorbeeld de gegevens van de Engelse *Morbidity statistics from general practice*, de uitkomsten van het grote onderzoek in Virginia (*Content of family practice*), de inhoud van het werk in Saskatchewan (*Wolfe en Badgley*), een overzicht van een Duits morbiditeitsonderzoek (*Van Eimeren*), het inmiddels toch wel verouderde Nederlandse morbiditeitsoverzicht (*Oliemans*) en de gegevens uit Ommoord (*Lamberts*) naast elkaar legt dan is zonneklaar hoe groot alleen al binnen de huisartsgeneeskunde – los van de inter- en intradoctorvariatie – de transculturele verschillen zijn, terwijl bijna steeds op dezelfde diagnostische labels wordt teruggevallen. Het lijkt er inderdaad op alsof de nieuwe „International Classification of Health Problems in Primary Care” (ICHPPC) welke door de WONCA wordt gepropageerd (*Van Dijk en Lamberts*),

een rol zal gaan vervullen bij de avonturen van een nieuwe „Alice in Wonderland”, de huisarts in het veld van de gezondheidszorg.

Ofschoon huisartsen het onderling al nauwelijks eens kunnen worden over de classificatie van de problemen waarmee patiënten op het spreekuur komen, bij samenwerking tussen verschillende disciplines wordt alles nog eens extra ingewikkeld. Heeft het begrip „diabetes” voor de wijkverpleegkundige die insuline spuit, de fysiotherapeut die hulp verleent na een amputatie voor een gangreneuze teen en de huisarts die eveneens de suikerzieke patiënt ontmoet dezelfde betekenis?

Wanneer de maatschappelijk werker spreekt over relatieproblematiek in het gezin K., heeft deze betiteling dan voor de huisarts en voor de verloskundige een vergelijkbare inhoud? En wat vinden de leden van het gezin K. er zelf van? Wanneer de fysiotherapeut spreekt over een cervicobrachiaal syndroom, bedoelt hij daar mee dan eigenlijk dat hij de aangegeven figuur is om deze klacht van de patiënt te behandelen en ziet hij bij een dergelijke toestand eigenlijk geen rol voor de huisarts weggelegd? En hoe is dat in omgekeerde richting, in welke mate worden patiënten met bepaalde diagnoses door verschillende huisartsen nu juist wel of juist niet naar de fysiotherapeut verwezen?

Kortom, er is sprake van een reeks vragen waarbinnen slechts met moeite enige structuur zichtbaar is. Het is de bedoeling van het hier beschreven onderzoek, een begin te maken met de ordening van de vragen rond de inhoud van diagnoses en de classificatie van problemen en tevens betreffende het hieraan gekoppelde handelen. In een team met verscheidene disciplines kan er naast onduidelijkheid over elkaars begrippen ook onduidelijkheid over elkaars handelen bestaan. Het doel is slechts enige ordening in deze reeks vragen aan te brengen.

Men moet niet verwachten dat hier antwoorden kunnen worden gegeven of dat een eensluidende, multidisciplinaire „zingeving” van problemen in de eerstelijns gezondheidszorg tot stand wordt gebracht. Dit laatste zou immers betekenen dat een multidisciplinaire, overkoepelende theorie over de eerstelijns gezondheidszorg beschikbaar is, welke de „ware” betekenis van problemen-classificatie vastlegt.

*Willem Frederik Hermans* hakt in op het uitleggen van woorden om de „ware” betekenis op het spoor te komen aan de hand van Wittgensteins uitspraak: „Die Deutungen allein bestimmen die Bedeutung nicht”. „De soms stilzweigend aangenomen

men, maar dikwijls ook onuitgesproken, algemeen geaccepteerd veronderstelde overtuiging dat woorden een betekenis en een „ware” betekenis bezitten, is het recept waarmee filosofen, metafysici, epistemologen, theologen, pedagogen, fenomenologen, kunstcritici en essayisten kolossale bibliotheken volgeschreven hebben. Voor de „ware” betekenissen van woorden hebben miljoenen hun leven gelaten op de slagvelden, want de „ware” betekenis van het woord brengt, zo wordt het voorgesteld, een natuurwet aan het licht of een geheime boodschap van God.”

## Opzet van het onderzoek

In het voorgaande is de ICHPPC genoemd. Een Nederlandse vertaling ervan is in dit tijdschrift verschenen. (*Van Dijk en Lamberts*). Ook al is deze classificatie voor de Nederlandse huisarts als de best beschikbare geaccepteerd, er is sprake van onduidelijkheid zowel over de definiëring als de formulering van een groot aantal categorieën. Daarom is de Werkgroep Classificatie van de WONCA druk doende een groot aantal van de gebruikte diagnostische labels nader te definiëren.

Het is in onze ogen overigens de vraag in hoeverre het wenselijk is internationaal tot overeenstemming over de definities te komen. Wanneer men meent dat de culturele situatie waarin mensen verkeren invloed heeft op de inhoud van de eerstelijns gezondheidszorg dan vindt men de weerslag daarvan in de betekenis van verschillende classificaties van problemen terug. Zou de klacht „obstipatie” voor de Engelsman en de Fransman zoveel overeenkomst vertonen dat van Nederlandse hardlijvigheid mag worden gesproken? En blauwschuit (venectasieën op de bovenbenen), heeft dit beeld voor de bewoners van het Middellandsezegebied – waar onze eigen blauwschuit het best zichtbaar is – een vergelijkbaar belang?

Voor ons onderzoek is de in het Nederlands vertaalde ICHPPC zonder meer als zodanig geaccepteerd. Duidelijk of onduidelijk, op sommige punten acceptabel of niet, hij is er nu eenmaal als prototype van een huisartsgeneeskundig jargon en het is een referentiepunt van waaruit kan worden gewerkt.

De ICHPPC is aan alle wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers en verloskundigen van het Kernteam van het gezondheidscentrum Ommoord voorgelegd met het verzoek voor elke in beginsel op de huisartsgeneeskunde toegesneden classificatie een tweetal vragen te beantwoorden.

Vraag A: Ben je van mening dat, wanneer een patiënt dit probleem heeft, je dit als

wijkverpleegkundige, als fysiotherapeut, als maatschappelijk werker of als verloskundige professioneel zou hanteren? (0 = nee, ik hanteer dit probleem niet professioneel; 1 = ik doe dat nauwelijks; 2 = ja, ik hanteer dit probleem professioneel; 3 = ja, ik hanteer dit probleem zeer duidelijk als professioneel hulpverlener).

Vraag B: Ben je van mening dat jouw professionele inbreng specifiek is en dus afwijkt van de inbreng van de huisartsen (Dit is een relevante vraag omdat de gehanteerde classificatie bedoeld is als een specifieke huisartsenclassificatie). De antwoorden op vraag B konden eveneens met een 0, een 1, een 2 of een 3 worden beantwoord: 0 = ik bedoel er hetzelfde mee, ik denk er hetzelfde over als de huisartsen; 1 = misschien denk ik er toch wat anders over; 2 = voor mij heeft dit probleem een andere inhoud dan voor de huisartsen; 3 = ik heb een heel duidelijk afwijkende en eigen professionele inbreng bij dit probleem.

Vervolgens heeft ieder der huisartsen en ook de praktijkcoördinator voor elke classificatiemogelijkheid in de ICHPPC met een 0, een 1, een 2 of een 3 aangegeven in welke mate hij of zij vindt dat daarbij leden van de andere disciplines een eigen professionele inbreng hebben. De volgende codering is gebruikt: 0 = nee, de overige disciplines hebben bij dit probleem geen eigen professionele inbreng; 1 = misschien wel; 2 = leden van de andere disciplines hebben bij dit probleem een eigen professionele inbreng; 3 = leden van de andere disciplines hebben zeer duidelijk een specifieke eigen professionele inbreng bij dit probleem.

Alle deelnemers hebben een aparte lijst met ICHPPC diagnoses verwerkt, zonder overleg met anderen, met uitzondering van de wijkverpleegkundigen. Deze laatste discipline heeft min of meer als groep, kennis nemend van elkaars antwoorden, de vragen beantwoord. Een aantal factoren heeft bij deze handelwijze een rol gespeeld. Onze verwachting was dat juist de verpleegkundigen bij een zeer groot aantal van de 371 classificatiemogelijkheden een eigen inbreng zouden zien. Het zijn tevens juist de wijkverpleegkundigen, die – dat blijkt ook uit ons communicatieonderzoek – zeer frequent tot overleg binnen de eigen groep overgaan. Tenslotte was de groep bereid ook aan dit onderzoek als groep een bijdrage te leveren. Dit maakte de achtergrond van de gegeven antwoorden duidelijk wat harder. Een onderdeel van deze gang van zaken is gelegen in de hiërarchie van invloed en status, welke in elke groep invloed kan hebben op de antwoorden van de afzonderlijke leden. De maatschappelijk werkers hadden met

het geven van antwoorden moeite, omdat zij de strakke, huisartsgeneeskundig georiënteerde, „diagnostische” wijze van benoemen van problemen wezensvreemd vinden. Diagnosen zoals „alcoholmisbruik” geven hun geen handvat voor hulpverlening in de relatie met de cliënt. Zij kunnen er pas mee werken wanneer het misbruiken van alcohol voor een cliënt een tastbare functie heeft in het leefpatroon van de cliënt en het gezin waartoe hij behoort. Ook in het overleg over „maatschappelijk werk” komt het functioneren van de hulpverlener zelf steeds opnieuw expliciet aan de orde.

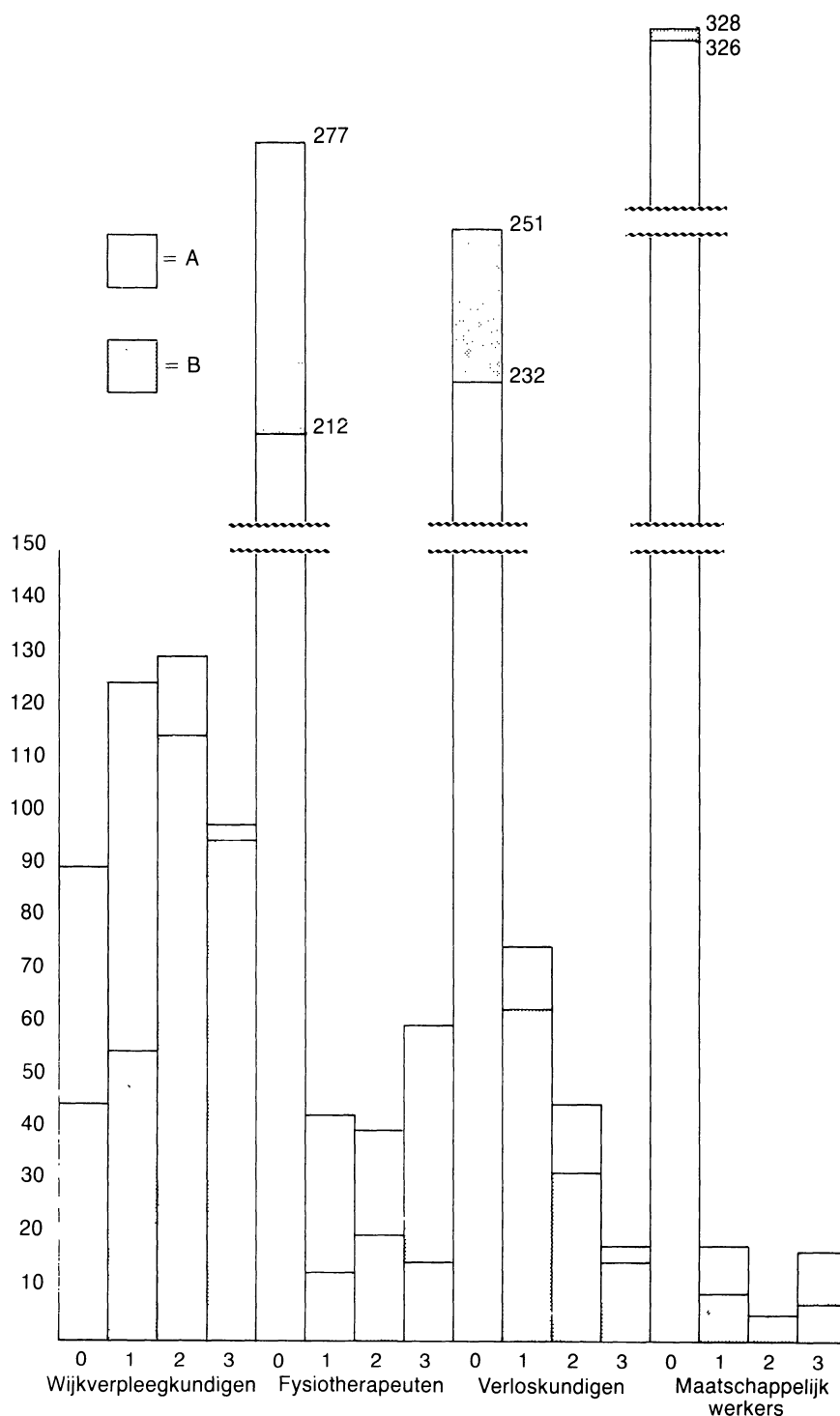
Een huisartsendiagnostiek biedt geen ruimte om dit aspect van het maatschappelijk werk te benoemen. Daarom overheerst bij hen het gevoel dat de essentie van de hulpverlening met de ICHPPC niet wordt benaderd. Met deze reactie slaan de maatschappelijk werkers de spijker natuurlijk precies op de kop. Maar daarover gaat het onderzoek nu juist.

Mensen krijgen labels, problemen krijgen labels, professionele handelingen krijgen labels. Wanneer iemand, die veel bier drinkt en met zijn vrouw ruziet, bij zijn huisarts komt kan hij de label „alcoholmisbruik” en de label „relatieproblematiek man – vrouw” krijgen. Wanneer deze termen – los van hun eventuele onderlinge samenhang – eenmaal zijn gevallen, heeft dat gevolgen voor de inhoud van de hulpverlening. Hoe ziet de huisarts het „indicatiegebied” voor een verwijzing naar een maatschappelijk werker? Welke prognostische verwachtingen koppelt hij aan de gehanteerde diagnoses en in welke mate voelt hij zich mede verantwoordelijk voor een bepaalde afloop.

Er is bij het presenteren van de ICHPPC daarom vanuit gegaan dat de lijst er nu eenmaal ligt en dat patiënten in hulpverleningssituaties worden geconfronteerd met de inhoud en de „impact” ervan. Het maakt voor de patiënt in beginsel uit of hij gordelroos of herpes zoster heeft. De post-herpetische neuralgie welke als een soort alliteratie reeds in het verlengde van het jargon ligt, kan hem weleens een „hysteriforme reactie” opleveren wanneer zijn huisarts wordt geïrriteerd door napijn van gordelroos.

## De uitkomsten

Voor elke discipline is in tabelvorm de verdeling van de antwoorden op vraag A en op vraag B weergegeven. Omdat het aantal respondenten per groep (1 - 7) varieert, was er een middeling nodig om weer uit te komen op de vier klassen: 0, 1, 2 of 3. (Er deden zeven huisartsen, vier fysiotherapeuten, vier wijkverpleegkundigen, 2 ver-



Tabel 1. Voor verklaring zie tekst.

loskundigen, twee maatschappelijk werkers en één praktijkcoördinator aan het onderzoek mee.)

In tabel 1 vindt men voor de vier disciplines die geen huisarts zijn de verdelingen van de scores op de vragen. Op de Y-as is het aantal diagnoses aangegeven; op de X-as de gemiddelde score. In totaal zijn in de ICHPPC 371 verschillende diagnoses respectievelijk classificaties van problemen opgenomen.

Het valt direct op dat de wijkverpleegkundigen op beide vragen hoog scoren en

zichzelf bij de meerderheid der diagnoses „zien zitten”. De fysiotherapeuten vertonen duidelijk een veel krappere verdeling – voor beide vragen – maar zij zien hun functioneren toch ruimer geprojecteerd op het terrein dat met deze huisartsenclassificatie is aangegeven dan bijvoorbeeld de verloskundigen en vooral de maatschappelijk werkers.

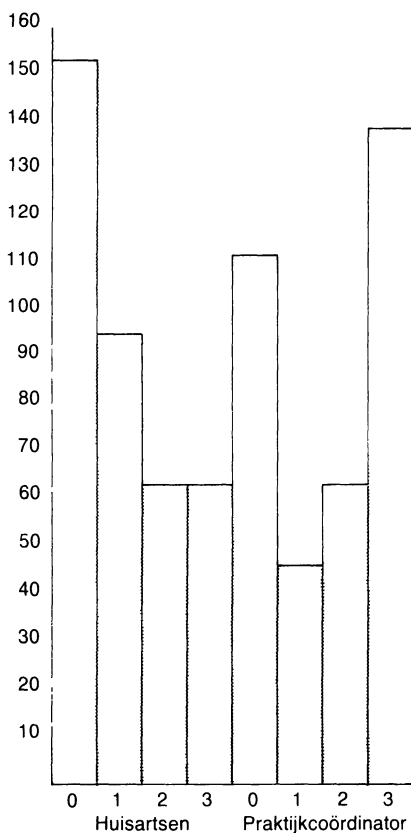
De maatschappelijk werkers lijken zich zeer afstandelijk op te stellen. Het blijkt bijvoorbeeld dat zij ook problemen als teveel roken, alcoholmisbruik en problemen met de uitvoering van de wetgeving geen

hoge score geven. Hierop wordt later nog teruggekomen.

Vervolgens blijkt dat de verdelingen van de antwoorden op vraag A en op vraag B niet steeds met elkaar overeenstemmen. De wijkverpleegkundigen geven in de marginale sfeer van de 0-en 1-antwoorden aan de A-vraag duidelijk een groter gewicht dan aan de B-vraag. Als het éénmaal om de uitgesproken opvattingen gaat – een 2 of een 3 – dan overlappen A en B elkaar vergaand. (Bij het per diagnose beoordelen der antwoorden, blijkt dat een hoge A- en een hoge B-score inderdaad meestal samengaan). Bij de fysiotherapeuten treedt een ander fenomeen op. Ook zij trekken met de A-vraag meer naar zich toe dan zij in de sfeer van de specifieke hulpverlening met de B-vraag aangeven. Opmerkelijk is dat zij in de hoogste score (een 3) met vraag B ruim 50 problemen claimen terwijl zij daarover in de sfeer van vraag A iets terughoudender lijken te zijn.

De verloskundigen zijn zeer bescheiden. A en B overlappen elkaar goeddeels. De maatschappelijk werkers tenslotte beperken zich bij de hoge scores vooral tot het hoofdstuk van de ICHPPC met de sociale en psychische problemen. Het is opmerkelijk dat zij in de marginale sfeer heel weinig van hun werk in een huisartsenclassificatie blijken terug te vinden.

In tabel 2 staan de verdelingen van de



Tabel 2. Voor verklaring zie tekst.

antwoorden van de huisartsen en van de praktijkcoördinator. De huisartsen zien voor de overige disciplines bij omstreeks 125 probleemcategorieën een professionele, specifieke taak, bij 94 is er een marginale ruimte. In de ogen van de huisartsen zijn er 152 diagnoses waarbij zij er alleen aan te pas komen.

De praktijkcoördinator is duidelijk guller voor de overige disciplines. Dit komt goed overeen met de inhoud van deze functie, welke recent in dit tijdschrift is beschreven. Het is één van de taken van de coördinator een correcte beeldvorming van het werken van elke discipline te verkrijgen en op grond daarvan de samenwerking te bevorderen. Dit is hier des te meer van belang omdat men de mate, waarin het handelen van de verschillende disciplines in de daadwerkelijke hulpverlening op elkaar aansluit, kan zien als een aanwijzing voor het feit dat men het tenslotte toch over „hetzelfde” heeft.

Zeer opmerkelijk is het verschil tussen de huisartsen onderling. Wanneer men er vanuit gaat dat met 371 antwoorden maximaal 1113 punten zijn toe te kennen, blijkt dat de huisartsen er daarvan als groep 489 geven. De spreiding binnen de huisartsengroep is echter aanzienlijk en loopt van minimaal 274 tot een maximum van 882. Het blijkt dat twee huisartsen heel laag scoren, één huisarts zeer hoog, terwijl vier huisartsen betrekkelijk dicht rond het gemiddelde van omstreeks 500 zeven.

Een nadere beoordeling van de verdeling der antwoorden per huisarts leert dat deze verschillen slechts zeer ten dele verklaard worden door het feit dat sommigen steeds iets lager scoren en bijvoorbeeld een twee geven waar anderen een drie opschrijven. De praktijkcoördinator deelde 581 punten uit en kwam daarmee ongeveer 100 punten boven het gemiddelde der huisartsen uit. Daar staat tegenover dat, uitgaande van vraag B de wijkverpleegkundigen 414 punten, de fysiotherapeuten 245, de verloskundigen 109 en de maatschappelijk werkers 67 samenbrachten.

Het is duidelijk dat men bovenstaande uitkomsten met reserve dient tegemoet te treden. Er is immers niets gezegd over de vraag wat de overige disciplines van hun eigen werk en hun eigen jargon in de ICHPPC terugvinden. Daarnaast is er als vanzelfsprekend vanuitgegaan dat de overige disciplines weten wat de huisartsen met een bepaalde problemen-classificatie bedoelen en welk handelen zij daaraan gewoonlijk koppelen. En dat is natuurlijk een onjuist uitgangspunt.

Nu is dit een probleem waarvan op voorhand vaststond dat het niet met het onderzoek wat hier aan de orde is kan worden

opgelost. De uitkomsten zouden immers vragen opleveren en één van de belangrijkste vragen daarbij heeft nu juist van doen met de mate waarin hulpverleners hetgeen zij in hun werk als essentieel ervaren ook weergegeven vinden in een classificatielijst.

Ten einde meer duidelijkheid te krijgen over de problemen-classificatie waarover overeenstemming tussen de huisartsen en de overige disciplines bestond en de diagnoses waarbij dat niet het geval is, is er wat meer in detail naar de beantwoording gekeken. In tabel 3 vindt men de belangrijkste uitkomsten daarvan. In de rechter helft staan voorbeelden van problemen-classificaties waarover geen overeenstemming met de huisartsengroep bestond. Ofwel de huisartsen vonden dat er wel degelijk een rol voor één of meer van de overige disciplines aan de orde was (bijvoorbeeld rechtsboven in zes gevallen) dan wel één of meer der overige disciplines claimden met een 2 of een 3 op vraag A en/of op vraag B een bepaald probleem, terwijl de groep huisartsen het voor geen der disciplines daarmee eens was (gemiddeld een 0 of een 1). Bijvoorbeeld in het tweede vakje rechtsboven staan 119 diagnoses (met 10 voorbeelden) die door één van de overige disciplines met een hoge score (een 2 of een 3 op vraag A en/of op vraag B) is bekroond, terwijl de huisartsen als groep dit niet ondersteunen (een 0 of een 1).

In de linker helft van tabel 3 staan diagnoses, waarover blijkens de beantwoording overeenstemming tussen de groep huisartsen enerzijds en één of meer disciplines anderzijds bestaat. Van boven naar beneden is aangegeven hoeveel disciplines bij de verschillende classificaties van problemen aan de orde kwamen. Steeds is voor de huisartsen een gemiddelde score van 2 of 3 als bepalend aanvaard, terwijl voor de overige hulpverleners een even hoge score op vraag A en/of op vraag B als bepalend is aanvaard. In de gevallen waarin meer dan tien diagnoses in een bepaalde categorie vallen, is in tabel 3 een tiental voorbeelden gegeven. In het geval er minder waren zijn alle diagnoses vermeld.

Wanneer men naar de voorbeelden van de 92 diagnoses kijkt, welke zowel volgens de huisartsen als volgens de overige disciplines tot het domein van de huisartsgeneeskunde worden gerekend, dan doen zich wel degelijk vragen voor. Is een functioneel hartgeruis niet een steeds terugkerend probleem op het consultatiebureau? En moet de wijkverpleegkundige niet het nodige van de krentebaard (impetigo) weten? Is een asymptomatische bacteriurie voor het verloskundige spreekuur niet even

Tabel 3. Voor verklaring zie tekst.

	Problemenclassificatie waarover de huisartsen en de overige disciplines het eens zijn.	Problemenclassificatie waarover de huisartsen en de overige disciplines het oneens zijn.
Geen andere discipline speelt een rol	<p>92</p> <p>tuberculose hepatitis infectiosa wratten hyperthyreoidie epilepsie functioneel hartgeruis tonsillitis atheroomcyste impetigo afwijkend urine-onderzoek, inclusief asymptomatische bacteriurie</p>	<p>6</p> <p>varicella alcoholmisbruik ander druggebruik, gewenning, verslaving psychische retardatie ectopische zwangerschap abortus provocatus</p>
Een andere discipline speelt een rol	<p>40</p> <p>orale anticonceptie morbilli coloncarcinoom voedingsproblemen bij zuigelingen chronisch ischemisch hartlijden flebitis, thromboflebitis, thrombosis bloedverlies tijdens graviditeit M. Osgood-Schlatter senililas, veroudering observatie en zorg van patiënten met „high risk”</p>	<p>119</p> <p>waarvan wijkverpleging 96</p> <p>roodvonk urogenitale monilia geboortevlekken ijzergebreksanemie glaucoom otitis media decompensatio cordis hemorroiden utero-vaginale prolaps likdoorns en voeteelt</p>
Twee andere disciplines spelen een rol	<p>66</p> <p>rubeola diarrhoea bronchuscarcinoom seksuele problemen overmatig roken spastische verlamming transient ischaemisch attack obstipatie postnatale zorg schouder syndroom (o.a. PHS)</p>	<p>33</p> <p>obesitas migraine ongecompliceerde hypertensie arteriële vaatziekten andere aandoeningen van de borst inclusief gynaecomastie, afwijkingen tepel oedeem inclusief vochtretentie chronisch huidulcus, inclusief decubitus aangeboren afwijkingen benen inclusief congenitale heupluxatie koorts door onbekende oorzaak complicaties medische behandeling o.a. I.U.D., wondinfectie</p>
Drie andere disciplines spelen een rol	<p>9</p> <p>spanningshoofdpijn varices van de benen beenkrampen inclusief restless legs advies, gezondheidsvoorlichting ouder-kind-problemen problemen met ouders, schoonouders gezinsontsporing inclusief echtscheiding</p>	<p>4</p> <p>verhoogde bloeddruk zonder de diagnose hypertensie duizeligheid fracturen wervelkolom alle overige fracturen</p>
Vier andere disciplines spelen een rol	<p>2</p> <p>door angst veroorzaakte somatische klachten huwelijksproblemen</p>	<p>0</p>

belangrijk als voor dat van de huisarts? Met deze vragen wordt niet zozeer de „feitelijke werkinhoud” voor ieder der hulpverleners benaderd, dan wel in de eerste plaats een semantisch probleem. Een diagnose of de classificatie van een probleem is kennelijk niet ondubbelzinnig. Het probleem is er niet in gelegen dat bij een nadere discussie over één bepaalde classificatiemogelijkheid er geen afspraak tussen verschillende disciplines over de „werkelijke betekenis” van die diagnose zou kunnen worden gemaakt. Van belang is dat de diagnostische formuleringen, waarmee wij nu eenmaal de huisartsgeneeskunde bedrijven, kennelijk een wisselende betekenis blijken te hebben. Dit benadrukt de grote moeilijkheden die opdoemen wanneer men in de eerstelijns tot een probleemoplossende benadering wil komen. Het is immers onduidelijk in welke mate de hier aan de orde zijnde classificatie van problemen, een afschijdering geeft van het probleem dat de hulpvrager ervaart.

Dezelfde onduidelijkheid doet zich voor bij de problemen-classificatie, waarbij één van de overige disciplines een claim legt, terwijl de huisartsgroep het daarmee oneens is. Opmerkelijk zijn de 96 door de wijkverpleegkundigen genoemde diagnoses, waarvoor de huisarts geen andere hulpverlener in de eerstelijns ziet. Hier is geen sprake meer van een min of meer subtiele semantische problematiek; het is duidelijk dat er een wezenlijk probleem in de samenwerking tussen wijkverpleegkundigen en huisartsen aan de orde is. De genoemde voorbeelden benadrukken het feit dat de beeldvorming over en weer te kort schiet. Het blijkt verder dat het aantal problemen, waarbij naast de huisarts meer dan één andere discipline aan de orde komt, omvangrijk is. Over de classificatie van 77 problemen bestaat overeenstemming. Bij 37 problemen zijn er tenminste twee disciplines die er een claim op leggen, terwijl dat door de groep huisartsen voor geen enkele discipline wordt bevestigd. Ook hier spreken de voorbeelden voor zich.

## Discussie

Humpty Dumpty stelt dat een woord dat hij gebruikt precies betekent wat hij verkiest, niet meer en niet minder. Hij wuift de vraag van Alice of dat nu eigenlijk wel kan en mag, weg met de opmerking dat het er alleen maar om gaat wie de baas over het woord is. Dat is ook de situatie waarin wij verkeren. De woorden liggen grotendeels vast, een enkele kan er aan worden toegevoegd, bijvoorbeeld psychalgie in de nieuwe I.C.D., een andere verdwijnt.

Maar wat betekenen die woorden of diagnoses voor de inhoud van de hulpverlening in de eerstelijns? Betekenen zij wat de huisarts tijdens zijn universitaire scholing heeft geleerd? Bestaat de „groene bloedarmoede” (chlorosis tarda) slechts bij de gratie van een bepaalde hoogleraar in de interne geneeskunde? Of maken de huisartsen als professionele groep met een duidelijk eigen referentiekader onderling uit wat de woorden betekenen? En hoe ligt dat voor de verpleegkundigen en voor de fysiotherapeuten en wie is daar de meester, die het uitmaakt?

Het verst van ons verwijderd is wel de vraag wat de diagnose of de problemen-classificatie nu precies inhoudt voor degenen die geacht wordt het probleem te hebben – de patiënt. En wie is er de baas wanneer iemand de patiëntenrol aanneemt en zich wendt tot een hulpverlener, die zich problemen-benoemend en problemen- oplossend over hem buigt? Onze morbiditeitsanalyse heeft indertijd laten zien dat de individuele huisarts in belangrijke mate het aantal en de aard (de classificatie) van de problemen bepaalt, welke samen de problemenlijst van de patiënt vormen. Nu blijkt uit ons huidige onderzoek dat, los van de grote onduidelijkheid rond het diagnostisch valutaverkeer tussen een huisarts en een patiënt, in de samenwerking met andere disciplines evenzeer onduidelijkheid bestaat. Het is mogelijk dat deze onduidelijkheid voor een deel op de inhoud van de ICHPPC berust. Anderzijds is het duidelijk dat de overige disciplines een eigen problemen-classificatie hanteren waarvan de huisarts onvoldoende kennis heeft en waarvan ook de patiënt naar men mag aannemen onvoldoende weet. Daarmee wordt het er allemaal niet eenvoudiger op.

Uitgaande van het feit dat er zowel voor de verloskundige, de wijkverpleegkundige, de fysiotherapeut als de maatschappelijk werker een aparte problemen-classificatie bestaat, welke de ICHPPC niet of niet voldoende weergeeft, ligt het probleem in de eerste plaats op het terrein van de vertaling der „werkelijke betekenissen” over en weer.

Wat betekent een bepaalde problemen-classificatie voor wie, welke gevolgen zijn daaraan in beginsel voor de inhoud van de hulpverlening gekoppeld en wie maakt dat uit? Vormen de antwoorden gezamenlijk de basis voor een nieuwe multidisciplinaire eerstelijns theorie? Zo eenvoudig ligt het allerminst. „Je moet al iets weten (of kunnen), wil je naar de naam van iets kunnen vragen. Maar wat moet je weten?” (Wittgenstein).

Het lijkt aantrekkelijk de brokstukken maar snel bij elkaar te vegen - brokken waarvan

eigenlijk – en over te gaan tot een „constructieve” aanpak. Behelst een dergelijke positivistische benadering iets anders dan het diepgewortelde geloof dat er ergens toch een duidelijke, ondubbelzinnige waarheid van de eerstelijns gezondheidszorg te vinden is?

Een dergelijke waarheid heeft in dat geval alles te maken met de opvatting als zou de (huisarts)geneeskunde tenslotte als paradigma voor de (eerstelijns) gezondheidszorg goed zijn te omschrijven. Maar juist daaraan twijfelen wij. In toenemende mate zijn wij van mening dat het niet mogelijk en ook niet wenselijk is onderzoek- en theorievorming te stelen op het idee dat de eerstelijns gezondheidszorg en de huisartsgeneeskunde in eenduidige termen zijn te determineren en op te meten. De falsificatie (Popper) van een groot aantal „bevestigde” hypothesen is in volle gang. Het gezondheidsbegrip staat op de tocht, de rol van de gezondheidszorg bij het vaststellen van de hiërarchie der menselijke behoeften evenzeer. De uitkomsten van ons onderzoek dragen bij tot de falsificatie van een aantal van onze opvattingen met name over multidisciplinaire samenwerking. Het is onlogisch direct bij het begin van deze ontluisterende en ontdekkende werkzaamheden de scherpe kanten ervan af te slijpen door een „nieuwe en betere” theorie in het vooruitzicht te stellen. Popper doet pijn; Wittgenstein trouwens ook.

Op dit moment staat ons weinig anders te doen dan een aantal vragen te formuleren: Heeft de klacht, het gevoel, de aanleiding, welke iemand ertoe brengt patiënt te worden al een duidelijke naam, is het al door hem benoemd?

Wat brengt de huisarts ertoe voor de klachten, gevoelens en andere aanleidingen voor de patiëntenrol, juist een bepaalde naam te kiezen uit een beperkt aantal benoemingsmogelijkheden? Hoe groot is daarbij de interdoctor-variantie?

Welke gevolgen voor de inhoud van de hulpverlening en voor het gedrag van hulpvrager en hulpverlener heeft het wanneer eenmaal een bepaalde benoeming van het probleem heeft plaatsgevonden? Welke relatie heeft de diagnose met de ervaring van het probleem door de hulpvrager en verschilt deze relatie voor verschillende probleemsoorten?

Wanneer men uitgaat van een problemen-classificatie zoals deze door huisartsen wordt gebruikt, in welke mate verschilt de inhoud en de betekenis van elke benoeming voor de verschillende disciplines?

Is het mogelijk een multidisciplinair verstaanbare problemen-classificatie te maken?

*Samenvatting. Het onderzoek is gericht op het classificeren van problemen in de eerstelijns gezondheidszorg. Onduidelijkheid over de inhoud en de betekenis van geclassificeerde problemen (of diagnoses) kan moeilijkheden opleveren voor de samenwerking tussen verschillende disciplines. Er lijkt sprake te zijn van een taalspel met ongeschreven, uiteenlopende regels. De uitkomsten van het onderzoek, uitgevoerd met behulp van een huisartsgeneeskundige classificatielijst (ICHPPC), benadrukken dit. De huisartsen blijken volgens de gegeven antwoorden vooral aan de wijkverpleegkundigen een minder omvangrijke rol in de hulpverlening toe te kennen dan deze laatsten voor zichzelf zien. De maatschappelijk werkers kunnen zich het minst goed vinden in een op de huisartsgeneeskunde toegesneden problemen-classificatie.*

*Er wordt niet geconcludeerd dat opheldering van de gevonden onduidelijkheden en verschillen in opvatting zou kunnen of behoren te resulteren in een multidisciplinaire classificatie, waarin de afstand tussen de benoeming en de realiteit van de hulpverlening is verminderd. Voor dat iets dergelijks zelfs maar kan worden overwogen, moeten nog vele vragen worden gesteld en beantwoord.*

*Summary. Multidisciplinary problem classification. The study focuses on the classification of problems in primary health care. Confusion about the substance and significance of problems (or diagnoses) classified can give rise to problems in the cooperation between different disciplines. What seems to be involved is a linguistic game with unwritten, diverse rules. The results of the study, carried out with the aid of International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC), emphasize this point. The responses indicate that the general practitioners assign a less extensive role to district nurses than the latter assign to themselves. The social workers are least able to find themselves in a problem classification on the basis of general practice.*

*The conclusion is not that elucidation of the confusions and differences in opinion could or should result in a multidisciplinary classification, in which the distance between designation and reality of service is reduced. Before any such classification could even be considered, many questions are still to be raised and answered.*

Buck, C. (1975) Int. J. Epidemiol 4, 159-168.

Content of family practice - a statewide study in Virginia (1976) J. Family Practice 3, 22-68.

Dijk, W. van en H. Lamberts (1975) huisarts en wetenschap 18, 361-368.

Eimeren, W. von Multimorbidität in der Allgemein-Praxis. Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln - Löwenick, 1976.

Gallacher, H. P. (1976) huisarts en wetenschap 19, 224-233.

Hermans, W. F. Het sadistisch universum. De Bezige Bij, Amsterdam, 1964.

Lamberts, H. De morbiditeitsanalyse – 1972 door de groepspraktijk Ommoord: een nieuwe ordening van ziekte- en probleemgedrag voor de huisartsgeneeskunde. (1974) huisarts en wetenschap 17, 455-473; (1975) Ibidem 18, 7-39 en 61-73.

Lamberts, H. (1976) huisarts en wetenschap 19, 181-187.

Morbidity statistics from general practice (Second National Study 1970-1971.) Office of Population Censuses and Surveys - London, 1974.

Oliemans, A. P. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Stenfert Kroese, Leiden, 1969.

Popper, K. R. The logic of scientific discovery. Hutchinson en Co, London, 1959.

Ris, B. G. M. en J. P. M. Diederiks. (1974) T. Soc. Geneesk. 52, 553-560.

Wittgenstein, L. Filosofische onderzoekingen. Boom, Meppel, 1976.

Wolfe, S. en R. F. Badgley. The family doctor. (1972) The Milbank Memorial Fund, volume L, nr. 2, part 2.

# Huisartsen-symposium in Dresden 1977

**Dr. G. J. Bremer, huisarts te Nieuwkoop en lector huisartsgeneeskunde in Leiden, bezocht het november-symposium van de Societas Internationalis Medicinae Generalis (S.I.M.G.) te Dresden. Deze stad ligt in Oost-Duitsland: een valide motief, meer dan in een congresverslag gebruikelijk is, ook stil te staan bij de sociaal-politieke structuur waarbinnen de huisarts aldaar werkzaam is.**

De S.I.M.G., een internationale wetenschappelijke vereniging van individuele huisartsen hield op 11 en 12 november 1977 een „Internationales Symposium für Allgemeinmedizin“ in Dresden in de D.D.R. – de Duitse Democratische Republiek – of, zoals wij zeggen Oost-Duitsland.

## Oost-Duitsland

Dat dit land tot de communistische landen moet worden gerekend, merkt de bezoeker snel. Overal staan grote borden, in alle etalages wordt eraan herinnerd: 60 jaar geleden – in 1917 – vond de grote oktoberrevolutie plaats in Leningrad. Steeds weer en overal ziet men: „Die Welthistorische Bedeutung der Groszen Sozialistischen Oktoberrevolution und die Aktualität ihrer Lehren“.

Ik reisde per trein. Bij de grens moet men kranten en tijdschriften inleveren; er is een hoog hek, prikkeldraad, uitzichttorens, soldaten. Buiten de toeristische centra ziet alles er arm, wat treurig en verveloos uit. Het kan niet anders of de bevolking leeft in dit land onder een permanente druk. Uit gesprekken met individuele mensen blijkt dat ook. Maar tegelijkertijd heerst er een zekere gelatenheid, omdat men weet dat door te kankeren de zaak ook niet verbetert. De mensen die ik ontmoet heb, waren opvallend vriendelijk en hulpvaardig. Voor alles moet men in de rij staan, zelfs om een krant te kopen aan een kiosk. Het deed mij soms wat denken aan Nederland 1946.

Oost-Duitsland stond direct na de oorlog voor een onmogelijke opgave. Niet alleen was het land door de oorlog zo goed als platgebrand en uitgeschud, de bevolkingsopbouw was zeer ongunstig – weinig kinderen, een groot vrouwenoverschot – en er was geen Marshall-hulp. Integendeel. Het gevolg was dat het land jarenlang leegliep. Iedereen met toekomstplannen vluchtte naar het Westen, waardoor de bevolking een voor een gunstige economische ontwikkeling nog slechtere

opbouw kreeg. Dat het land er niet uitziet als een rijk en welvarend land – zoals bijvoorbeeld West-Duitsland en Nederland – is dus geen wonder. Opvallend was dat de strikt noodzakelijke dingen in verhouding bijzonder goedkoop zijn (brood, openbaar vervoer), luxe artikelen echter onvoorstelbaar duur (ijskast, tv).

Oostduitsers onder de 60 jaar mogen het land niet uit. Als Nederlander voelde ik mij wel bevoorrecht: het moet niet zo leuk zijn als je eigen regering je verbiedt bepaalde landen te bezoeken.

## Sociaal-politieke structuur

Dat het voor een huisarts wel wat uitmaakt binnen welke sociaal-politieke structuur hij werkzaam is, merkt men in een land waar die structuur zó anders is als bij ons. Gedurende het wetenschappelijke gedeelte van dit symposium werd dit onderwerp echter nauwkeurig vermeden. Trouwens, ook bij ons is dit onderwerp – weliswaar om een andere reden – onder artsen duidelijk taboe. Betrekkelijk zelden wordt dit taboe door de officiële medische pers doorbroken. Men leze bijvoorbeeld: Howard Waitzkin en Hilary Modell: Wat we van Chili kunnen leren. Geneeskunde, socialisme en totalitarisme, (1974) Medisch Contact 29, 1237.

Het symposium werd geopend met een toespraak van Frau Dr. Toedtman, plaatsvervangend minister voor de volksgezondheid in de D.D.R. De regering wil in dit land de eerstelijns gezondheidszorg – deze term wordt daar niet als zodanig gebruikt – bij de planning voorrang geven. Het is duidelijk dat men zich een uiterst kostbare medisch-technologische ontwikkeling – in het belang van betrekkelijk weinig mensen – niet kan permitteren. Hoewel ik het wel heb geprobeerd, kon ik geen statistische gegevens, waaruit de resultaten van de gezondheidszorg zijn af te lezen, te pakken krijgen. Een statistisch zakboek – zoals ons onvolprezen C.B.S. uitgeeft – bestaat hier blijkbaar niet. Het land heeft 17 miljoen inwoners en