

Ingezonden

Communicatie en classificatie

De medewerkers van het gezondheidscentrum Ommoord zijn niet alleen voortrekkers op het gebied van de wijkgezondheidszorg, maar zij gunnen buitenstaanders regelmatig een blik in de keuken van hun bedrijf, waarbij zij zichzelf niet sparen. Dat laatste is een nog grotere verdienste dan het eerste.

In hun artikel, Multidisciplinaire problemen-classificatie, beschrijven *Lamberts* en *Sloot* de antwoorden die huisartsen, praktijkcoördinator, wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten, verloskundigen en maatschappelijk werkers gaven op de vraag of zij voor zichzelf of (door artsen en coördinator) voor andere teamleden een specifieke inbreng aanwezig achtten bij de 371 ziekten, symptomen en problemen die voorkomen op de International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC) (de WONCA-huisartsgeneeskunde-classificatie). Het artikel eindigt met een aantal vragen, onder meer over de betekenis van het begrip gezondheidszorg en van multidisciplinaire samenwerking.

Het is niet mijn pretentie antwoord op die vragen te geven. Ik denk dat het wetenschappelijk gezien beter is twijfels te hebben bij de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde. Maar wanneer de auteurs constateerden dat hypothesen worden gefalsificeerd, dan vraagt dat om het formuleren van nieuwe hypothesen. Niet omdat wij die willen gebruiken als vaandelspreuken („probleemoriëntatie” of „methodisch werken”), maar om in de geest van Popper de wetenschappelijke victorie van nieuwe falsificaties na te streven (*De Groot*).

Lamberts en *Sloot* bestudeerden de *communicatie* in hun centrum naar aanleiding van een *classificatie*. Hun artikel gaat over deze twee begrippen. Communicatie is uitwisselen van informatie. De informatica (informatiewetenschap) onderscheidt de semantiek en pragmatiek van de informatie (*Van Peursen en anderen*). *Watzlawick* en *anderen* bespreken het inhoudsaspect en het bevelsaspect van de menselijke communicatie. *Weyl* wijst op het verschil tussen inhoud en intentie van het klagen.

De semantische (inhoudelijke) betekenis van een woord of een zin is beschrijvend, definiërend; de pragmatische (bevels-) betekenis heeft te maken met het effect, de bedoeling van de communicatie. *Watzlawick* wijst er op dat bij een rekenmachine afzonderlijke toetsen bestaan voor het inhoudsaspect (0, 1, 2, 3 enzovoort) en voor het bevelsaspect (+, -, enzovoort) van de communicatie. Bij de menselijke communicatie zijn beide aspecten in één woord of zin verenigd.

Iemand zegt: „Ik heb sinds gisteren pijn links in mijn borst”. Deze zin heeft een semanti-

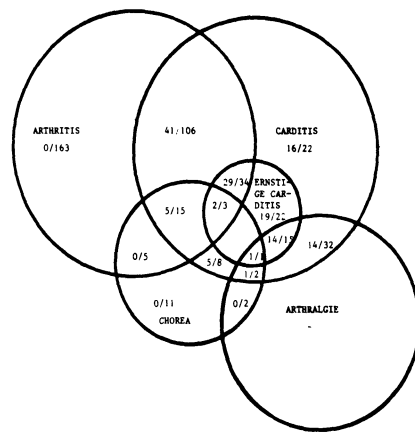
sche en een pragmatische betekenis. De semantische betekenis is: 1. ik heb pijn; 2. het zit links in mijn borst; 3. het is gisteren begonnen. De pragmatische betekenis kan van alles zijn, afhankelijk van de persoon, de tijd, de plaats, de omstandigheden. Het maakt veel verschil of de patiënt die tegen de arts zegt „Ik heb sinds gisteren pijn links in mijn borst”, een scholier van 13 jaar is, of een manager van 53 jaar, of een vrouw na een mamma-amputatie. De semantische betekenis is in principe éénduidig, dat is een kwestie van afspraken. De pragmatische betekenis is niet alleen van de zin zelf, maar evenzeer van de context afhankelijk.

De semantische betekenis van de termen uit de ICHPPC kan duidelijk worden omschreven; daarmee is de WONCA-werkgroep blijkbaar bezig. Maar *Lamberts* en *Sloot* vroegen in hun enquête naar de pragmatische betekenis. „Ben jij van mening dat als een patiënt varicella (respectievelijk hepatitis infectiosa, tuberculose enzovoort) heeft, jij dat als wijkverpleegkundige (maatschappelijk werker enzovoort) professioneel zou hanteren?”

Zoals wij zagen, wordt de pragmatische betekenis van een begrip mede bepaald door de persoon die het gebruikt. De vraag houdt dus in: „Hoe zie jij het beroep van wijkverpleegkundige (maatschappelijk werker enzovoort)?” en dat was ook wat *Lamberts* en *Sloot* wilden weten. Het heeft met de semantische betekenis van de termen uit de ICHPPC niet zoveel te maken. Waterpokken is voor een huisarts, een verloskundige of een maatschappelijk werker precies hetzelfde. Soms is het wel eens moeilijk natuurlijk. Wat is nu alcoholmisbruik? Maar daar valt uit te komen! Meer dan twintig glazen per week, zeggen de huisartsen rondom Zwammerdam (*Nooter en Van der Ent Braat*).

Het valt op dat de maatschappelijk werkers bij niet meer dan twintig problemen uit de ICHPPC een taak voor zichzelf zien weggelegd. Dat klopt niet. Schattingen van de psychosociale problematiek bij huisartscontacten lopen van 20-25 procent. Wanneer wij een „gewoon huisartssprekuur” in ons team bespreken, herkent de maatschappelijk werker een groot aantal problemen, waarbij zij meent een eigen inbreng te hebben. Er zijn niet alleen op zichzelf staande psychosociale klachten, maar ook psychosociale problemen die zich uiteten als lichamelijke klachten of die voortvloeien uit lichamelijke aandoeningen. Het lijkt er op dat de ICHPPC maar een heel beperkte pragmatische betekenis voor de eerstelijns gezondheidszorg heeft.

Er zijn vanouds problemen met morbiditeitsclassificaties. *Wibaut* wijst er op dat een wetenschappelijke classificatie moet voldoen aan de eis dat de klassen elkaar uitsluiten en dat bij elke indeling slechts één indelingsprincipe mag worden gebruikt. Wel kan men kruisgewijze indelingen met méér indelingsprincipes toepassen: mannen/vrouwen; volwassenen/kinderen. Geen enkele ziektebeelden-classificatie voldoet aan deze eisen.



Figuur 1. Venn-diagram volgens Feinstein over de prognose van acuut reuma. De noemers betreffen het aantal patiënten per subgroep, de tellers het aantal patiënten dat na acht jaar een hartaandoening had.

Nadat Linnaeus zijn plantenindeling had voltooid, zette hij zich aan de „genera morborum”. Het was in de tijd dat Sydenham door scherpe observaties „nieuwe” ziekten ontdekte: mazelen, roodvonk, jicht. Linnaeus' indeling werd door vele anderen gevolgd, maar ook in de huidige I.C.D. – waarvan de ICHPPC is afgeleid – is het indelingsprincipe sterk uiteenlopend: etiologisch, patholoog-anatomisch, naar het orgaan, naar de functiestoornis. Ziekten zijn nu eenmaal abstracte begrippen, geen tastbare objecten en bovendien is ons inzicht in oorzaak en ontstaan van ziekten fragmentarisch (*Wulff*).

Feinstein heeft zich beziggehouden met de betekenis van de diagnose (als ziektebeeld-classificatie) voor de praktische geneeskunde. Zijn conclusie is dat de diagnose noch voor de therapie noch voor de prognose doorslaggevend is en in sommige gevallen misleidend. *Feinstein* heeft een veel meer gedetailleerde ziekte-indeling uitgewerkt die onder meer rekening houdt met het verloop en de uitingsvorm van ziekten. Bij die indeling gebruikt hij Venn-diagrammen uit de verzamelingen-algebra (*figuur 1*). Door verschillende auteurs is aangetoond dat een dergelijke indeling veel meer prognostische en therapeutische waarde heeft. In feite gebruikt *Feinstein* dus een kruisgewijze indeling met verscheidene indelingsprincipes: multidimensionele classificatie.

Ziekteclassificatie in de huisartsgeneeskunde is nog moeilijker. Oliemans, Crombie en anderen kunnen niet meer dan 50 procent van hun contacten in een diagnose-classificatie onderbrengen. *Howie* toonde de betrekkelijke waarde van de diagnose voor huisartsen aan. Hij liet ervaren huisartsen twintig patiëntenproblemen over luchtweginfecties oplossen. Zonder dat de huisartsen het wisten moesten zij in feite maar tien gevallen oplossen, alleen werd eenmaal als opgave gesteld een behandeling in te stellen en eenmaal een diagnose te stellen. Het bleek dat de huisartsen meer informatie nodig hadden voor de diagnose dan voor de therapie. In een tweede experiment liet

Howie zien, dat de beslissing al of niet anti-biotica toe te dienen bij luchtweginfecties niet alleen door de klinische verschijnselen, maar evenzeer door bijkomende (psychosociale) factoren wordt bepaald.

Dijkhuis en medewerkers wijzen er op dat de eenzijdige oriëntatie op ziekten een handicap is voor de huisarts. In plaats daarvan stellen zij voor te komen tot probleem-oriëntatie, omdat de hulpverlening niet gericht dient te zijn op ziektenbestrijding, maar op de individuele problemen van de patiënt. Terwijl *Feinstein* de verzamelingenalgebra toepast voor een veelzijdige classificatie van ziektegevallen („illnesses” in tegenstelling tot ziektebeelden: „diseases”), ontlent *Dijkhuis en medewerkers* hun pleidooi voor veelzijdige probleembenadering aan de systeemleer. Hetzelfde doen de auteurs van „The Future General Practitioner” als zij stellen: „His diagnoses will be stated in physical, psychological en social terms”. Hiermee zitten wij midden in de problemen van de ICHPPC. Evenals bij de Engelse E-list heeft de WONCA-werkgroep geprobeerd de problemen en ziekten die aan de huisarts worden voorgelegd in één classificatie onder te brengen door de ICD met een aantal symptomen, klachten, preventieve maatregelen, administratieve handelingen en gezinsproblemen uit te breiden. De ICHPPC kan zodoende geen enkele aanspraak maken een wetenschappelijke classificatie te zijn. De ICHPPC gaat er blijkbaar van uit dat de problemen van patiënten of uit ziekten (respectievelijk symptomen, ongevallen enzovoort) of uit psychosociale problemen bestaan. En bovendien zijn psychosociale problemen blijkbaar een soort gezondheidsproblemen; kan men een beter voorbeeld van medicalisering bedenken? Het is onaardig een met veel moeite tot stand gekomen internationale lijst zo te bekritisseren. Maar eigenlijk hebben *Lamberts* en *Sloot* gelijk als zij hun ambivalentie over de ICHPPC uiten door te stellen dat deze internationale classificatie nodig is om te bewijzen hoe onbruikbaar zij is. Niet omdat – zoals zij zeggen – de semantische betekenis van de begrippen zo onduidelijk is. Zo groot zijn de transculturele verschillen binnen het Westers blok (zover reikt de WONCA) nu ook weer niet. Het gaat om de pragmatische betekenis en die is – zoals de maatschappelijk werkers in Ommoord constateerden – gering. Om niet te zeggen, dat de ICHPPC door de eenzijdige oriëntatie op het ziektebegrip in wezen anti-huisarts en anti-eerstelijns is. Het problemen-aanbod in de eerste lijn laat zich niet vangen in één begrippenkader; er is behoefte aan een meer-dimensionele classificatie zoals *Feinstein* reeds ontwierp. Er dient minstens een psychologische en een sociale classificatie naast de aanwezige lijst te komen. Het staat voor mij vast dat ook een driedimensionele classificatie onvoldoende zicht op de problematiek zal geven. Evenals *Feinstein* binnen de somatische geneeskunde verschillende classificatieprincipes nodig heeft, is er wellicht ook van psychologische zijde behoefte aan verschillende in-

delingsgronden – bijvoorbeeld al wanneer men de problematiek van de cliënt uit relationeel of gedragsmatig oogpunt wil beschouwen (*Ceha*).

Een handicap vormt ongetwijfeld het ontbreken van goed bruikbare psychologische of sociologische classificaties. Toch zijn er enkele pogingen gedaan om tot ziekte-indelingen te komen. *McWhinney* heeft een voorstel gedaan voor een taxonomie van patiëntengedrag en sociale stress-factoren. *Aakster* heeft eveneens een classificatie van psychosociale stress-factoren opgesteld. Dergelijke, indelingen zouden een uitgangspunt kunnen zijn voor het in de praktijk testen van zinvolle classificaties voor de eerstelijns gezondheidszorg.

De geneeskunde is bij uitstek een pragmatische wetenschap. In Linnaeus' tijd was het classificeren van ziektebeelden wellicht nog een zinvolle werkzaamheid op zichzelf. Nu gaat het ons niet alleen meer om kennisuitbreiding. Een classificatie (en een registratie!) van het problemen- en ziektenaanbod in de eerstelijnsgezondheidszorg heeft alleen zin als daardoor het inzicht wordt vergroot in het ontstaan en in het helpen oplossen en voorkómen van ziekten en problemen.

Onderzoekingen van Logan, Oliemans en anderen hebben historische betekenis doordat zij inzicht geven in het geheel andere patroon van klachten en ziekten dat zich extramuraal voordoet. In dat kader komt ook de ICHPPC een plaats toe als hopelijk laatste monument van een periode waarin het registreren van ziekten- en problemenaanbod een doel op zichzelf was. Het is nu belangrijker tot veelomvattender onderzoek te komen. Daartoe heeft *Lamberts* met het morbiditeitsonderzoek in 1972 een eerste aanzet gegeven. Het staat voor mij vast dat het een heilloze zaak is bij zulk onderzoek vast te houden aan verouderde classificaties als E-list en ICHPPC.

Voorschoten, 16 maart 1978

S. van der Kooij

- Aakster, C. W. (1971) huisarts en wetenschap 14, 296.
- Ceha, M. L. M. Persoonlijke mededeling.
- Dijkhuis, H. J. P. M., N. Izenberg en S. van der Kooij. Problemsolving in primary medical care, Spruyt, Van Mantgem en De Does b.v., Leiden, 1976.
- Feinstein, A. R. Clinical Judgment. Williams and Wilkins Cy., Baltimore, 1967.
- de Groot, J. G. R. (1974) Brit. med. II, 540.
- Howie, J. G. R. (1976) Brit. med. II, 1061.
- Lamberts, H. (1974) huisarts en wetenschap, 17, 455; (1975) Ibidem 18, 7 en 61.
- Lamberts, H. en E. Sloot (1978) huisarts en wetenschap, 21, 53.
- McWhinney, I. R. (1972) New Engl. J. Med. 287, 384.
- Nooter, J. en P. K. van der Ent Braat (1976) huisarts en wetenschap, 19, 5.

- Peursen, C. A. van, C. P. Bertels en O. Nauta. Informatie, Aula, Utrecht, 1968.
- Watzlawick, P., J. H. Beavin en D. D. Jackson. De pragmatische aspecten van menselijke communicatie. Van Loghum Slaterus n.v., Deventer, 1970.
- Weyel, J. A. Medische psychologie. Erven J. Bijleveld, Utrecht, 1961.
- Wibaut, F. De methode der geneeskunde. Erven F. Bohn n.v., Haarlem, 1962.
- Wulff, H. R. Rational Diagnosis and Treatment. Blackwell, Oxford, 1976.

Naschrift op pagina 194.

Ingezonden

Naschrift

Opnieuw de classificatie van problemen in de eerstelijns gezondheidszorg.

Tot nu toe is de berichtgeving over de „International Classification of Health Problems in Primary Care” (ICHPPC) nogal eenzijdig geweest doordat deze vrijwel volledig uit Ommoord kwam. (Van Dijk en Lamberts, Lamberts, 1971 en 1975; Lamberts en Riphagen; Lamberts en Sloot; Riphagen en Lamberts).

Wij hebben een aantal bezwaren tegen de nieuwe classificatie opgesomd, maar desondanks blijft de ICHPPC in onze ogen een instrument – eigenlijk het enige instrument – waarmee op dit moment redelijk kan worden gewerkt. Maar er kan niet worden ontkend dat wij een verbeterde versie van de classificatie, welke indertijd voor de morbiditeitsanalyse-1972 in Ommoord is vervaardigd, in de strikt Nederlandse situatie wellicht beter en vooral gemakkelijker te gebruiken vinden. Desondanks hebben wij veel moeite gedaan om de ICHPPC mede te ontwikkelen, te verfijnen en aan de Nederlandse situatie aan te passen. Het argument daarvoor is dat de wetenschappelijke basis waarop in Nederland de huisartsgeneeskunde bedreven wordt zeer smal is, terwijl internationaal een heterogene, omvangrijke en belangrijke ontwikkeling plaatsvindt waar wij met enige moeite goed in mee kunnen komen maar die zich bepaald ook niet al te veel van onze puur lokale behoeften aantrekt.

Het is hierom dat de brief van Van der Kooij en de bijdrage van de Stichting Medische Registratie – beide elders in dit nummer afgedrukt – een welkome aanleiding vormen opnieuw de ICHPPC aan de orde te stellen. Van der Kooij deelt grosso modo een aantal van onze bezwaren tegen de ICHPPC. Uit zijn geprangde gemoed borrelt echter als eindconclusie op: „Weg met de ICHPPC!” Wij blijven er echter bij dat de ICHPPC inderdaad wel eens het beste instrument zou kunnen zijn om zijn eigen tekortkomingen te demonstreren. Pas daarna – en niet op voorhand – kan een voor de huisartsgeneeskunde ingrijpend gewijzigde en betere classificatie worden ontwikkeld.

De opmerkingen van Van der Kooij zijn interessant en verdienen reactie. Hij wordt trouwens op zijn wenken bediend wanneer hij na de falsificatieronde vraagt om het formuleren van nieuwe hypothesen. De afgelopen maanden hebben wij ons intensief bezig gehouden met de definities die een negental huisartsen (zie tabel I) van ruim 150 van de 371 classificaties in die ICHPPC heeft vervaardigd.

Robert Mahood, een medisch student van de Universiteit van Saskatchewan (Canada) heeft tijdens zijn „Community Medicine Clerkship” in Ommoord veel werk hiervoor verzet door aan de hand van het in tabel II afgebeelde schema te onderzoeken op welke wijze de inhoud en de variatie van de definities het best – schattenderwijs – begroot kan worden. In tabel III zijn de door ons gehanteerde tien dimensies of beoordelingscriteria nader omschreven. In de tabellen IV, V en VI worden voorbeelden gegeven van de manier waarop een drietal diagnoses in het gehanteerde schema zijn gelokaliseerd. Vervolgens is voor een veertigtal classificaties geprobeerd een „clustering” te zoeken van diagnoses die gelijktijdig hoog respectievelijk laag op bepaalde dimensies scoren (er is gekozen voor een schaalte lopend van 0 = niet van toepassing, tot 5 = zeer uitgesproken).

Het blijkt dat van de oorspronkelijke tien dimensies een zestal inderdaad een flinke variatie vertoont en een grove indeling toestaat in tenminste zes duidelijke groepen. Om te beginnen is er een duidelijke tweedeling tussen classificaties waarbij de zogenaamde objectieve criteria voorop staan (1 en 2) en classificaties waarbij de subjectieve criteria voorop staan (3, 6 en 7). Uitgaande van deze twee groepen viel er een behoorlijke scheiding aan te brengen door het invoeren van het negende criterium: „Discrete Entity Diagnosis”. Vervolgens bleek de tiende dimensie, de variatie tussen de definiërende huisartsen, eveneens goed te dif-

Tabel I. Namen van negen huisartsen en de landen waar zij vandaan komen, die zich hebben beziggehouden met het vaststellen van de definities voor de classificaties ten behoeve van de ICHPPC.

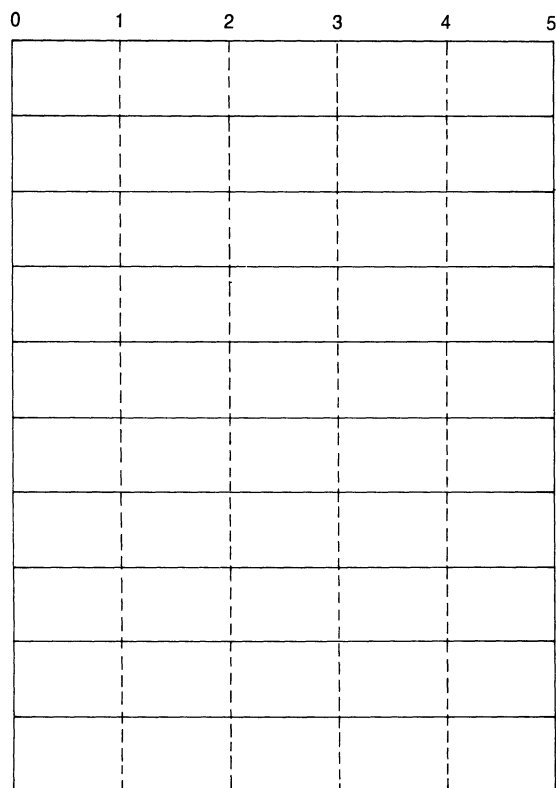
Charles Bridges-Webb	Australia
Jack Froom	U.S.A.
Bob Westbury	Canada
Philip Sive	Israel
Klaus-Dieter Hahn	West Germany
Bent Bentzen	Norway
Henk Lamberts	Netherlands
Pille Krogh-Jensen	Denmark
Bert Herries-Young	New-Zealand

ferentiëren binnen beide uitgangsgroepen. Uiteraard zijn deze mededelingen voorlopig, maar toch heeft de exercitie nu al enige zin. Opnieuw is bevestigd dat classificaties in de huisartsgeneeskunde een zeer samengesteld, niet-homogeen karakter hebben. Van der Kooij zegt terecht dat classificatie een middel is tot communicatie en dus tot uitwisselen van informatie. Wanneer hij dan een onderscheid maakt tussen de semantiek en de pragmatiek van informatie, dan is dat best maar het betekend niet dat dit dan steeds en onder iedere omstandigheid waar is. Inderdaad heeft ons verslag over de multidisciplinaire aspecten van de ICHPPC vooral betrekking op de pragmatische respectievelijk bevelsaspecten. Dit betekent echter beslist niet dat er dan geen semanti-

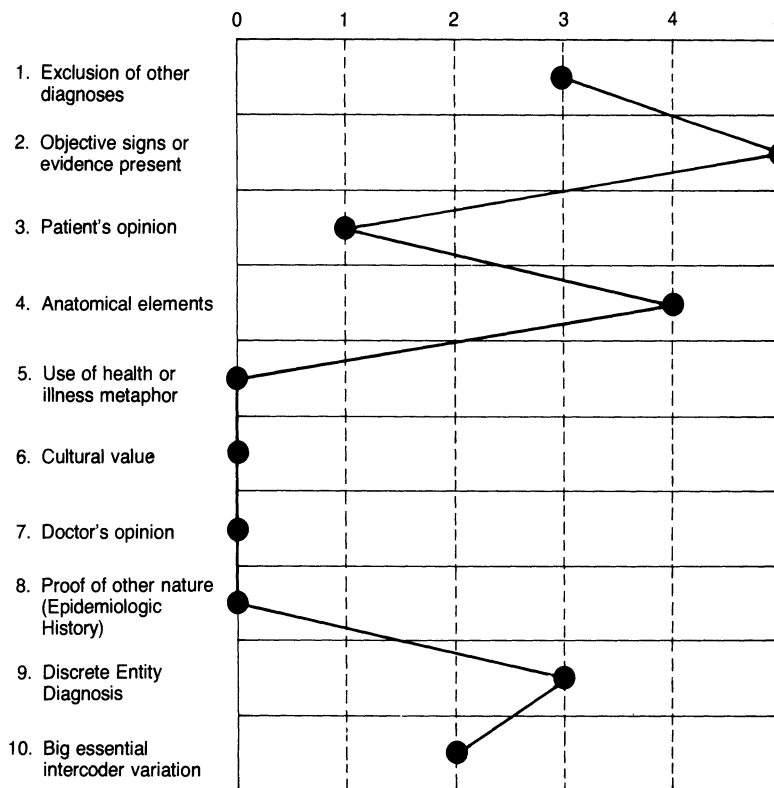
Tabel III. Omschrijving van de tien in tabel II toegepaste dimensies of beoordelingscriteria.

1. *Exclusion of other diagnoses* – inclusion in a rubric is determined by ruling out alternative or related diagnoses. Therefore, what is not included in the rubric becomes as important as what is included. For instance, pulmonary heart disease does not include conditions due to a primary heart disease.
2. *Objective signs or evidence present* – inclusion in the rubric depends on identification of specific clinical or investigative signs which are considered more or less pathognomonic for the disorder. For instance, auscultating, X-ray or respirometric evidence are required for a diagnosis of chronic bronchitis.
3. *Patient's opinion* – inclusion in the rubric depends on the subjectively defined complaint or symptomatic presentation of the patient regardless of objective clinical or investigative evidence and of course checked for communicative accuracy anamnestically by the doctor. For instance, headache, abdominal pain.
4. *Anatomical elements* – specific structures or locations in the human body are an essential part of the definition, for instance haemorrhoids.
5. *Use of health or illness metaphor* – inclusion in the rubric requires that an essentially social or psychological problem is seen by the doctor or patient or both as a problem affecting the health or producing illness in the patient.
6. *Cultural value* – inclusion in the rubric is dependent to a significant degree on the definition containing an important element based on a particular cultural setting or bias.
7. *Doctor's opinion* – inclusion in the rubric depends on the doctor's judgment apart from the patient's subjective claims or objective evidence.
8. *Proof of other nature (Epidemiologic History)* where epidemiologic factors, family history or other such supportive diagnostic indications are important to inclusion in the rubric. For instance, intestinal disease – presumed infectious or viral when there is a cluster of similar cases in the community.
9. *Discrete Entity Diagnosis* – when the diagnosis in question rests on identification of specific etiological agent (measles) or failing this, a simple pathophysiologic disturbance (excess wax in the ear canals).
10. *Big, essential intercoder (interdoctor) variation* – when there are numerous or important divergences between the authors of the definitions in their use of or omission of the above themes and/or in terms of other disagreements.

Tabel II. Schema aan de hand waarvan werd onderzocht op welke wijze de inhoud en variatie van de definities kan worden begroot. Zie tekst.



Tabel IV. Voorbeeld van toepassing van het in tabel II afgebeelde schema voor de diagnose hemorroïden (130). Zie tekst.

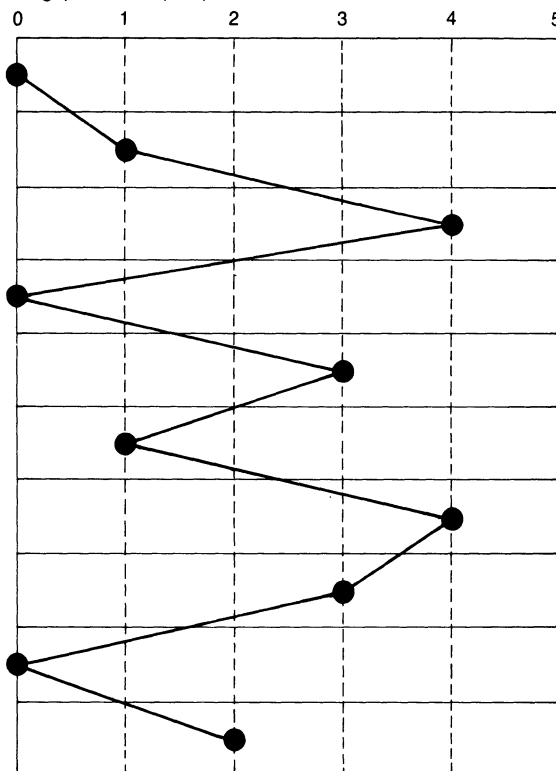


sche problemen meer aan de orde kunnen komen. Semantiek is de leer van de taalkundige betekenis, het zoeken naar de „oorspronkelijke” betekenis van een woord en

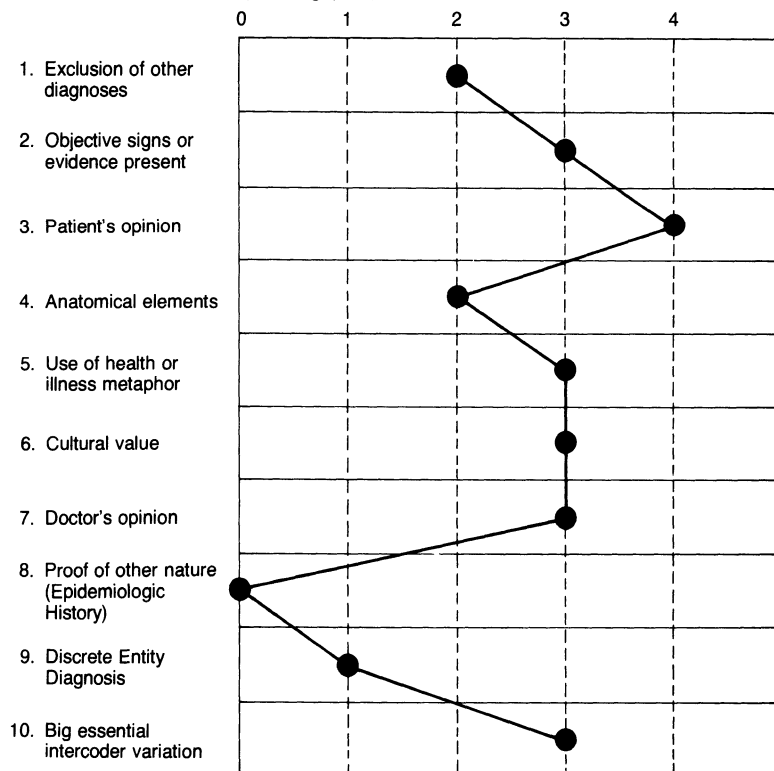
naar de wetten die het veranderen van betekenis beheersen. Bij zeer formele talen zoals de wiskunde, de scheikunde en de algoritmen van de automatisering deze kennen, is

de strengheid groot. Bij een taal – zoals de ICHPPC – die gedeeltelijk aanhangt tegen de natuurlijke taal, is er sprake van polysemie (van sema = teken en niet van semen).

Tabel V. Voorbeeld van toepassing van het in tabel II afgebeelde schema voor de diagnose school- en opleidingsprobleem (364). Zie tekst.



Tabel VI. Voorbeeld van toepassing van het in tabel II afgebeelde schema voor de diagnose premenstruele spanning (188). Zie tekst.



Eenzelfde woord met één formele betekenis kan voor vele zaken gebruikt worden en dat kan tot misverstanden leiden. Juist het „per exclusionem-aspect” van tal van classificaties benadrukt dit feit. Hoesten, chronische bronchitis, influenza, hoge luchtweginfectie en een pinda in een bronchus zijn zinvolle classificaties wanneer de polysemie van hoesten wordt beperkt door naar een aantal omschreven uitsluitingen te verwijzen.

Verder ligt het voor de hand dat zowel bij het subjectieve oordeel van de patiënt als bij dat van de huisarts alsook bij grote variatie tussen de verschillende definiërende artsen semantische verschillen belangrijk kunnen zijn. De anamnese is er toch gedeeltelijk juist op gericht vast te stellen of patiënt en huisarts met de door hen gebruikte woorden hetzelfde bedoelen. Zijn hartkloppingen, een tachycardie, bonzen of een irregulaire pols, angst of heel iets anders? Semantisch zijn ook waterpokken niet zonder meer voor iedereen hetzelfde zoals *Van der Kooij* stelt. Dat is nu juist de reden waarom de verschillen in definities zo interessant zijn. Semantische betekenissen zijn in ieder geval op terreinen waar niet alleen algoritmen maar ook heuristische zoekprocedures worden gebruikt – en dat geldt voor de huisartsgeneeskunde – niet zonder meer eenduidig.

Het tweede probleem dat *Van der Kooij* aansnijdt heeft te maken met de scheiding tussen probleemgedrag en ziektegedrag. Het hierboven beschreven onderzoekje benadrukt dat de heterogeniteit van classificaties niet ophoudt bij het verschil tussen probleemgedrag en ziektegedrag. Het is een illusie om te denken dat een pure ziekte – of ziektegedrag – classificatie, kan berusten op een zeer beperkt aantal, onafhankelijke indelingsprincipes. De bijdrage van de Stichting Medische Registratie over de ICD-9 en onze opmerkingen die destijds daarover zijn gemaakt, benadrukken dit.

Feinsteins' benadering lijkt ons voor een huisartsgeneeskundige classificatie op voorhand ongeschikt. In feite is er alleen garen mee te spinnen wanneer het om klinische diagnostiek gaat welke toevallig ook in de huisartsgeneeskundige situatie voorkomt. Eventueel zou een benadering als de

SNOWMED nog interessanter zijn. Het is een open deur intrappen om opnieuw te zeggen dat er in de huisartsgeneeskunde maar een beperkte hoeveelheid mooi, afgegrensd en duidelijk ziektegedrag zit. *Van der Kooij* conformeert zich in feite aan de kostelijke opmerking van Marshal Marinker: „You are a clear case of diazepam, better show some anxiety”. Dit betekent nog niet dat er meer informatie nodig is om diazepam voor te schrijven, het betekent hooguit dat de beschikbare woorden in de classificatielijst niet volledig aansluiten op een bepaalde huisartsgeneeskundige handeling. Dit is geen reden om de classificatie te verwerpen, het is een reden om met behulp van een classificatie meer onderzoek te doen naar het handelen van de huisarts.

Daarom is ook de stress-indeling van *Aakster*, welke overigens onzerzijds indertijd met een uitvoerig redactioneel commentaar in de belangstelling is aanbevolen, in een gat gevallen. De huisarts kan er niet mee classificeren. Het kan hem wel helpen een bestaande classificatie, welke op zijn dagelijks handelen aansluit, te verbeteren. *Van der Kooij* draait dan ook de zaak om als hij aan de hand van de positie van het maatschappelijk werk stelt dat de ICHPPC geen pragmatische betekenis heeft, ondanks het feit dat bijvoorbeeld de helft van alle problemen die de huisarts ziet niet-medisch van aard is. De maatschappelijk werker herkent zich slechts in zeer beperkte mate in de ICHPCC maar evenmin in de diffuus klagende en moeizaam in medische termen verwoordende patiënt die zich tot het medische kanaal heeft bekeerd. Wanneer het eenmaal een naam heeft gekregen, welke in de overlapping tussen het jargon van de huisarts en van de maatschappelijk werker ligt, wordt het allemaal gemakkelijker. Maar dat is geen reden om de ICHPCC zonder meer af te wijzen. Het is wel een reden om met argusogen ook de classificaties van probleemgedrag te bezien, deze nader te definiëren en daarna ook echt op hun bruikbaarheid of tenminste op hun praktisch gebruik te toetsen.

Een driedeling tenslotte in een somati-

sche, een psychologische en een sociale classificatielijst is in onze ogen een grote stap in de richting van medicalisering. Het is immers opnieuw een door de arts toegebrachte extra reductie van de problemen van de patiënt, een reductie welke elke classificatie toch al met zich brengt. Juist een unificatie op individueel niveau van wat zich in de eerstelijns gezondheidszorg afspeelt is een taak voor de huisarts, een categorialisering „à la de specialistische klinische geneeskunde”, is uit den boze.

De mededeling van de Stichting Medische Registratie is nuttig omdat duidelijk wordt dat huisartsen niet de enigen zijn die met hun classificatie tobben. De ICHPPC wordt trouwens op dit moment door Bob Westbury (Canada) op de ICD-9 aangesloten. De ICD-9 is een realiteit, geconstitueerd door de medische professie en een realiteit voor de patiënt die in het medische systeem terecht komt. De ICHPPC draagt ook bij tot het constitueren van een realiteit, zij het slechts een onvolledig onderdeel van de realiteit van de eerstelijns gezondheidszorg. Dit betekent vanzelf dat classificeren nooit een doel op zich kan zijn, maar steeds een middel is om het realiteitsgehalte van de huisartsgeneeskunde te bevorderen.

Rotterdam, 23 maart 1978

Henk Lamberts

- Aakster, C. W. (1971) huisarts en wetenschap 14, 296-302.
Dijk, W. van en H. Lamberts (1975) huisarts en wetenschap 18, 361-369.
Lamberts, H. (1971) huisarts en wetenschap 14, 293-295.
Lamberts, H. (1975) huisarts en wetenschap 18, 165-173.
Lamberts, H. en F. E. Riphagen (1977) huisarts en wetenschap 20, 86-94.
Lamberts, H. en E. Sloot (1978) huisarts en wetenschap 21, 53-59.
Riphagen, F. E. en H. Lamberts (1976) huisarts en wetenschap 19, 342-348.