

zeven gevallen van encopresis. Dit verschil is echter niet significant en zelfs een voorzichtige conclusie kan hierop niet gebaseerd worden.

Hulpverlening door de huisarts

Door de multicausale etiologie van het symptoom is het bij de hulpverlening aan kinderen met encopresis belangrijk van het begin af aan een meer-sporenbeleid te volgen. Dit dient zich te richten op:

- Een zorgvuldige afweging van lichamelijke aspecten, waarbij de aandacht onder andere gericht wordt op de aanwezigheid van obstipatie, eventueel gecombineerd met urineweginfecties, congenitale predisposities met malformaties of deformaties van het distale deel van het colon en het rectum, alsmede alimentaire aspecten.
- Een nauwgezette evaluatie van luxerende momenten aan de hand van de vraag, welke mogelijke stresserende gebeurtenissen het symptoom voor het eerst of opnieuw hebben opgeroepen of deden exacerberen. Vooral wanneer secundaire zindelijkheidsklachten vrij plotseling bij meisjes in de leeftijd van 9-14 jaar optreden, verdient het aanbeveling de mogelijkheid van incestueuze ervaringen nader te exploreren.

Oproep

Om meer inzicht te krijgen in de omvang van het probleem encopresis in relatie tot ongewenst seksueel gedrag, verzoeken de auteurs de lezers van *Huisarts en Wetenschap* hen van soortgelijke casuïstiek op de hoogte te stellen. Zij ontvangen dan een gestandariseerd antwoordformulier. Reacties kunnen worden gericht aan: Prof. dr. K. Gill en drs. L.E.E. Ligthart, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden, Wassenaarseweg 62, 2333 AL Leiden.

¹ Ligthart LEE. Encopresis (broekpoepen) bij kinderen en adolescenten [Doctoraalscriptie]. Utrecht: Rijksuniversiteit te Utrecht, 1982.

² Glanzmann E. Zur Psychopathologie der Encopresis. *Z Kinderpsychiatr* 1934; 1: 69-76.

³ Kos M, Bierman G. Die verzauberte Familie. München: Reinhardt, 1973.

⁴ Krisch K. Enkopresis als Schutz vor homosexuellen Belastungen. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 1982; 31: 260-5.

⁵ Gill K. Cognitieve aspecten van de defecatie van de mens. *Huisarts en Wetenschap* 1978; 21: 3-8.

⁶ Van Ussel JMW. Geschiedenis van het seksuele probleem. 2e dr. Meppel: Boom, 1969.

⁷ Keilbach H. Untersuchung an acht Kinder mit der Hauptproblematik Einkoten. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 1977; 26: 117-28.

⁸ Maris B, Van Rijnaarts J. Dochter en zuster verkrachting: een trauma voor je hele leven. *Machtsmisbruik binnen de veiligheid van het gezin. Opzij* 1983; 11: 8-14.

⁹ Wolters WHG. Sexueel misbruik van kinderen en jonge adolescenten. *Maanbl Geest Volksgezondh* 1982; 6: 613-29.

¹⁰ Möller M. Pedofiele relaties. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1984.

¹¹ Ladee-Levy JV. Stoornissen in de ontwikkeling van de seksuele functies. In: Sanders-Woudstra JAR, De Witte HFJ, red. *Leerboek Kinder en Jeugdpsychiatrie*. Assen, Maastricht: Van Gorcum, 1985.

¹² Fenichel O. *Psychoanalytische Neurosenlehre*, II. Olten: Walter Verlag, 1980.

¹³ Edgumbe R. The psychoanalytic view of the development of encopresis. *Bull Hampstead Clin* 1978; 1: 57-61.

¹⁴ Burns C. Encopresis (incontinence of faeces) in children. *Br Med J* 1941; ii: 767-9.

¹⁵ Dührssen A. *Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen*. 8e dr. Göttingen: Verlag Medizinische Psychologie, 1971.

¹⁶ Luborski L, Docherty JP, Penick S. Onset conditions for psychosomatic symptoms: a comparative review of unmediate observation with retrospective research. *Psychosom Med* 1973; 35: 187-204.

¹⁷ Luckianowicz N. Incest, paternal incest II. Other types of incest. *Br J Psychiatr* 1972; 41: 120-35.

¹⁸ Draijer N. De omvang van seksueel misbruik van kinderen in het gezin. *Maanbl Geest Volksgezondh* 1985; 6: 587-608.

¹⁹ Bellman M. Studies on encopresis. *Acta Paediatr Scand (suppl)* 1966; 170: 1-151.

²⁰ Wolters WHG. Kinderen met encopresis, een psychosomatische benadering [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit te Utrecht, 1974.

²¹ Largo RH, Giancirusa M, Prader A. Die Entwicklung von Darm und Blasekontrolle von der Geburt bis zum 18 Lebensjahr. *Schweiz Med Wochenschr* 1978; 108: 155-60.

DR. H. G. M. VAN DER VELDEN

To computerize or not?

De computer, of beter de toenemende automatiseringsmogelijkheden zijn als het 'duvel-tje in het doosje'. Met enig kunst- en vliegwerk kunnen wij de deksel nog gesloten houden, maar in een onbewaakt ogenblik ontkent het demonische krachten, die wij dan niet of moeilijk zullen kunnen beheersen. Het lijkt verstandiger, het noodzakelijke denkwerk te verzetten om op grond van onze inmiddels geaccepteerde taak- en functieomschrijvingen die vragen te formuleren, die wij ons wellicht eerder en/of indringender hadden kunnen stellen. De computer kan ons dan inderdaad van dienst worden.

Van telraam naar vijfde-generatie computers

De geschiedenis van de automatisering gaat verder terug dan wij ons wel realiseren. Het Chinese telraam, de abacus, letterlijk en figuurlijk het eerste digitale rekenapparaat, stamt uit de tijd van de Chou-dynastie (1100 v.C.). De Romeinen – men kon van hen niet anders verwachten – construeerden een variant, waarbij met kleine steentjes – calculi – werd gerekend.

Het eerste 'programma' werd, als men de geschiedkundigen kan geloven, toegepast door Heron van Alexandrië (62 n.C.), die zijn tempeldeur op ingenieuze wijze kon openen en sluiten met behulp van een automaat, gestuurd door een complex geheel van raderen, katrollen en touwen waarbij de energie werd geleverd door een combinatie van stenen en zwaartekracht. Deze Heron zou zijn 'machine' niet hebben kunnen programmeren zonder het denkwerk dat sommige filosofen onsterfelijkheid bracht – filosofen als Aristoteles (330 v.C.), die met hun logica de grondslag legden voor het algoritme', een 'volgorde van eenduidig uitvoerbare instructies die in een eindig aantal stappen tot een resultaat voeren'. Het algoritme is een soort recept voor de oplossing van een probleem en het begrip herinnert – als

De auteur is hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Katholieke Universiteit Nijmegen.

een Latijnse verbastering – aan de Arabische mathematicus 'Al Chwarizmi'.¹

Automatisering berust op een basis van eeuwen denkwerk en technisch vernuft. Sinds John Napier in het begin van de zeventiende eeuw ontdekte, dat vermenigvuldigen te vervangen is door het optellen van logaritmen – de eerste rekenliniaal – en sedert de constructie van de eerste mechanische rekenmachine door Wilhelm Schickard (1624) zijn er eeuwen vergaan voordat automatisering maatschappelijk werd geaccepteerd.

Charles Babbage, hoogleraar te Cambridge, ontwierp in 1833 de eerste 'analytische machine' die in essentie alle elementen bevatte waaruit onze hedendaagse computer is samengesteld: een rekeneenheid, een geheugen, een programmeringseenheid en modules voor de invoer en uitvoer van gegevens. Het zou nog meer dan 100 jaren duren totdat met name de ontwikkeling van de elektronica de computerisering tot een maatschappelijk relevant gegeven maakte.

Een van de eerste en nog steeds meest overtuigende argumenten voor automatisering werd geleverd door Herman Hollerith, die in 1890 met zijn ponskaarten-machines de gegevens van de Amerikaanse volkstelling verwerkte. Hij klaarde het karwei in vier weken, terwijl slechts tien jaren eerder 500 ambtenaren 7 jaren nodig hadden gehad om een vergelijkbare prestatie te leveren.

Sinds in 1944 de eerste operationele, in onze ogen nog zeer trage en kwetsbare computer aan de Harvard Universiteit in bedrijf werd gesteld, heeft zich op automatiseringsgebied een ware revolutie voltrokken. In onze dagen van de vierde- of vijfde-generatie computers herinneren wij ons nauwelijks meer, dat het eerste zakrekenmachientje eerst in 1972 op de markt kwam, voor een prijs van circa f 2000,-.

De werkelijke vraag

De huidige technische mogelijkheden lijken onuitputtelijk. Personal- en microcomputers zijn gemeengoed geworden en een toenemende acceptatie van de computer in het maatschappelijk verkeer doet ons concluderen, dat de vraag of wij moeten computeriseren achterhaald is. Wij hebben geen Hollerith meer nodig om ons van de toekomst in deze te overtuigen. Een nog steeds da-

lende prijs/prestatie verhouding en de ontwikkeling van steeds 'intelligentere' rekenmachines bij een toenemende gebruikersvriendelijkheid dragen ertoe bij, dat computerisering en automatisering een onvermijdelijk en hopelijk zegenrijk aspect van ons culturele erfgoed zullen worden.

Deze ontwikkeling zal in versneld tempo doorzetten. Er is nauwelijks sprake van een rustige situatie van een aangepast aanbod op een tevoren geformuleerde vraag. Integendeel, wij worden overspoeld door het aanbod en min of meer gedwongen de problemen, die wij 'ongetwijfeld' hebben, nu eens eindelijk logisch te formuleren. Automatisering zou ons immers van dienst kunnen zijn, zowel bij de praktijkvoering als bij de patiëntenzorg.

Interessant, maar in essentie minder relevant, zijn de voortsnellende perfectie van apparatuur en programmering. Relevant, maar door ons nog als te weinig dringend ervaren, zijn de gewetensvragen waarmee deze ontwikkelingen ons confronteren. Deze raken zowel de efficiency van onze praktijkvoering als de kwaliteit van ons professionele handelen.

Het risico bij dit alles bestaat vooral daarin, dat het eigen denkwerk wordt overspoeld en achter de feiten dreigt aan te lopen. De geschiedenis leert ons, dat de vraag waarom het in feite gaat, een andere titel boven deze beschouwing zou vergen. De werkelijke vraag betreft namelijk de wijze waarop wij met een zich onvermijdelijk opdringende automatisering zullen weten om te gaan.

Instrument van de huisarts

Meer gegevens, afkomstig van meer hulpverleners dan ooit tevoren, cumuleren rond de zorg voor de individuele patiënt. Diagnostische faciliteiten breiden zich uit, therapeutische mogelijkheden nemen toe. Binnen dit complexe informatiecircuit functioneert ook de huisarts als 'leverancier' en 'gebruiker'.² Een adequate toepassing van automatisering veronderstelt het vermogen om nieuwe mogelijkheden te accepteren en systemen te ontwerpen, waarin een adequaat en efficiënt beroepsmatig functioneren ligt vervat.

De tijd lijkt nabij dat wij ons tegenover elkaar en ten opzichte van onze patiënten slechts zullen kunnen verant-

woorden in termen van een 'zindelijk' gebruik van de informatie die ons ter beschikking wordt gesteld. Dit betekent onder andere een verantwoording in termen van acceptabele data: feiten met betrekking tot de inhoud van ons werk, de wijze waarop dat werk wordt verricht en de prijs die daarvoor door de gemeenschap is te betalen. Wij zullen de 'output' van ons functioneren onder andere moeten afmeten aan de informatie die ons in principe ter beschikking staat.

Wat het scalpel is voor de chirurg, is de patiëntenkaart voor de huisarts. Geïrriteerd wellicht door een toenemende 'overload' aan informatie, hebben wij leren inzien dat ordening van die informatie volgens bepaalde principes betekenis heeft voor de kwaliteit van ons handelen.³ De huisarts vervult een spilfunctie in de gezondheidszorg vanuit een 'continue en integrale zorg' voor de patiënt. Dit is bij uitstek een situatie waarbij informatie en communicatie een grote rol spelen. De patiëntenkaart is wellicht het belangrijkste instrument van de huisarts.

Het bijhouden en benutten van een adequaat patiëntenarchief is in feite het meest wezenlijke aspect van de praktijkvoering en de belangrijkste problemen die daarbij een rol spelen, dienen te worden opgelost voordat men begint te automatiseren. De computer corrigeert onze slordigheden niet en spuwt geen criteria uit, laat staan 'normen' of 'waarden' waaraan wij ons handelen kunnen en willen toetsen. Anders gezegd: wat men zelf niet 'in de pen heeft', zal de computer niet leveren.

De massale acceptatie van de NHG-kaart en daarvan afgeleide varianten wijst erop, dat huisartsen dit eerder onderkend hebben. Bij kritische beschouwing rijst echter de vraag, of het gebruikelijke manuele systeem nog voldoet aan eisen als gemakkelijke toegankelijkheid, volledigheid, betrouwbaarheid, relevantie, kernachtigheid en leesbaarheid.⁴

Aanslag op vrijblijvendheid

Wij hebben risicofactoren leren onderkennen. Wij zijn op de hoogte van de gunstige effecten van bepaalde interventies bij bepaalde risicogroepen, zoals patiënten met een verhoogde bloeddruk of diabetes mellitus. Wij hebben 'stroomdiagrammen' ontworpen, ten-

einde het beslistkundige proces in logische richting te sturen en daardoor patiënten volgens geaccepteerde kennis en inzichten te begeleiden.

Het op vlotte en accurate wijze traceren van risicopatiënten, risicogroepen of welke categorieën dan ook, is een kwestie die niet alleen voor wetenschappelijke exercities van belang is, maar juist en vooral voor een optimale patiëntenzorg. Wil automatisering eerlang meer bieden dan een snellere afwikkeling van op zichzelf belangrijke maar voor de kwaliteit van de zorg secundaire, administratieve handelingen, dan zullen bij de discussie over automatisering in de huisartspraktijk vooral de kwalitatieve aspecten van de patiëntenzorg centraal dienen te staan.

Dit laatste dwingt ons tot logisch denken, tot een heldere en niet voor allerlei uitleg vatbare verwoording van probleemstellingen of diagnostische formuleringen. Voor zover wij het computeriseringstijdperk als bedreigend ervaren, berust dit waarschijnlijk op deze consequentie. Zij confronteert ons met een aantal onvolkomenheden en wetenschappelijk dubieuze hebbelijkheden van ons professionele handelen. Men kan een computer nu eenmaal niet voeden met een inconsistente en gevarieerde reeks van denkkaders, begrippen, probleemstellingen en therapeutische benaderingen, zoals wij huisartsen er op na plegen te houden.

De eisen voor een adequaat gebruik van patiëntengegevens confronteren ons bijvoorbeeld met vragen naar de criteria bij diagnostiek en therapie, de zin of onzin van preventieve acties of interventies, of de resultaten van onze bemoeienissen in verhouding tot de geleverde inspanning, kosten en het risico van iatrogene schade. Daarom betekent adequaat automatiseren idealiter meer dan het simpelweg aanschaffen van een al of niet terecht volprezen apparaat. Het veronderstelt betrokkenheid van de huisarts als leverancier en gebruiker van informatie bij het gehele proces van informatiegaring, -opslag en -verwerking.

Computeriseren is 'tellen'.⁵ Om te tellen moet men classificeren. Om te classificeren moet men over criteria beschikken. Om over criteria te kunnen beschikken, moet men kunnen terugvalen op wetenschappelijke evidenties of op zijn minst op consensus binnen de

beroepsgroep. Om dat te bereiken, zal men moeten discussiëren en dat brengt onvermijdelijk met zich mee, dat men moet willen en kunnen vergelijken: vergelijken van de resultaten met de resultaten van anderen. vergelijken ook van de resultaten met de verwachtingen die men koestert. Daarbij gaat het om verwachtingen die gebaseerd zijn op communis opinio of een voorlopige overeenstemming over hetgeen is te verstaan onder 'adequaat huisartsgeneeskundig handelen'.

Dit betekent hoe dan ook een aanslag op vrijblijvendheid. Een vrijblijvendheid, die overigens niet zelden wordt verward of ten onrechte wordt verdedigd met de individuele verantwoordelijkheid van de arts in de individuele arts-patiënt relatie, die hierbij niet ter discussie staat.

Duveltje in het doosje

De computer, of beter de toenemende automatiseringsmogelijkheden zijn als het 'duveltje in het doosje'. Met enig kunst- en vliegwerk kunnen wij de deksel nog gesloten houden, maar in een onbewaakt ogenblik ontketent het demonische krachten, die wij dan niet of moeilijk zullen kunnen beheersen. Het lijkt verstandiger, het noodzakelijke denkwerk te verzetten om op grond van onze inmiddels geaccepteerde taak- en functieomschrijvingen die vragen te formuleren, die wij ons wellicht eerder en/of indringender hadden kunnen stellen. De computer kan ons dan inderdaad van dienst worden.

Begrepen vanuit de maatschappelijke ontwikkelingen die er aan gerelateerd zijn, zullen huisartsen er verstandig aan doen interesse, daadkracht, inventiviteit en vooral 'samenwerking' in deze evolutie te investeren. Computeriseren dient wat anders voor te stellen dan het zonder meer automatiseren van ingeslepen routines of systemen.⁶ Computerisering en automatisering zijn 'metabole' randverschijnselen in een proces van een 'vermaatschappelijkende' gezondheidszorg. Zouden de implicaties van automatisering de huisarts – de spil van die gezondheidszorg – onberoerd kunnen laten?

¹ Bimer H, Durandi W, Grichting A. Zur Geschichte der Informatik. W.B. Informatik Maart 1986.

² Van Oorschot J. Kijk, automatisering. Over mensen, computers en vooruitgang. Alphen a/d Rijn: Samsom, 1983.

³ Barnett GO. The application of computer-based medical record systems in ambulatory care. N Engl J Med 1984; 310: 1643-50.

⁴ Schellevis F. Was, Warum, Wie? Dokumentation in der Allgemeinpraxis. AMI 1983; 12: 101-4.

⁵ Petreman M. Introducing the computer to family practice. Can Fam Phys 1984; 30: 847-50.

⁶ Anonymous. The impact of new technology on general practice [Editorial]. J R Coll Gen Pract 1986; 36: 8-99.

Struikelblok

In deze aflevering van *Huisarts en Wetenschap* introduceert de redactiecommissie een nieuwe rubriek – *Struikelblok* – met korte, anoniem gepresenteerde casuïstiek uit de huisartspraktijk. Lezers die zich door dit thema voelen aangesproken, worden uitgenodigd hun bijdragen in te zenden naar het redactiesecretariaat.

Inzendingen mogen niet langer zijn dan één kolom druks (= één A4-tje, getypt op anderhalve regelafstand = 35 regels van 65 aanslagen).

Struikelblokken zullen anoniem worden gepubliceerd; uiteraard dient de redactiecommissie wél op de hoogte te zijn van de identiteit van de auteurs.

Literatuur bij:
Van Loo e.a. (pp. 339-342)

¹ Gezondheidsraad. Advies inzake epidemiologie en preventie van ischemische hartziekten. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1984.

² Wright BM, Dore CF. A random zero sphygomanometer. Lancet 1979; i: 337-8.

³ Mancina G. Methods for assessing blood pressure values in humans. Hypertension 1983; 5(suppl III): 5-13.

⁴ Anonymous. Arterial hypertension. Technical Report Series, 628. Geneva: World Health Organization, 1978.

⁵ Gezondheidsraad. Advies inzake hypertensie. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1983.

⁶ Van Ree JW. Therapietrouw en controlebeleid in de huisartspraktijk. Hartbulletin 1985; 16(suppl 1): 11-4.