

op een bepaalde wijze te stempelen tot psychiatrische patiënt, gynaecologische patiënt en dergelijke, met gevaar een vaste fixatie te forceren tussen de klacht en een orgaan (gevaar van artefacten met vele consequenties).

Het is hier niet de plaats uitvoerig te wijzen op het „communicatieve” aspect van de klacht. Een patiënt, die met een klacht bij zijn vertrouwensman komt, doet op deze een emotioneel beroep. Weert de arts dit af, zoals nog veelal het geval is omdat hij er onvoldoend toegerust tegenover staat, onder andere door onvoldoende inzicht in het wezen en de genese van de klachten van de patiënten, dan loopt hij het gevaar, dat de patiënten zich vroeger

of later wenden tot anderen, die maar al te graag luisteren: kwakzalvers. Bij deze probleempatiënten heeft de huisarts, als eens Odysseus, twee gevaren te vermijden. Enerzijds is er de Scylla van de fixatie aan een orgaan (plus eventuele mutilaties enz.) en wanneer dit eenmaal heeft plaats gehad is terugvoering tot het emotionele grondprobleem zeer moeilijk; anderzijds is er de Charybdis van de kwakzalver. \*

\* De medicus-diagnosticus heeft het in zoverre nog zwaarder dan Odysseus, daar voor hem overal een derde gevaar loert, namelijk het over het hoofd zien van organische afwijkingen.

Van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek

## *Richtlijnen voor eenvoudig wetenschappelijk onderzoek door de huisarts*

DOOR DR G. J. BOS, HUISARTS TE VLAARDINGEN

Het hier volgende, dit moge voorop staan, wordt zonder enige pretentie gegeven. Naast een vleugje persoonlijke ervaring hebben vooral de besprekingen in de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (C.W.O.) vorm gegeven aan de volgende beschouwingen.

Activiteit op wetenschappelijk gebied stuit bij de huisarts op bijzondere bezwaren, daar hij in een staat van permanente paraatheid dient te verkeren, waardoor hij nooit zeker is van zijn tijd. Daarnaast draagt hij een wereld van zorg met zich, die zijn geest in beslag neemt en staat hij door het persoonlijk karakter van zijn werk in een zo nauw contact met zijn object, dat distantiëring van zijn object bewuste inspanning kost.

Wanneer nu allerwege de roep wordt gehoord naar wetenschappelijke activiteit van de huisarts, getuigt dit van geloof in de zin daarvan voor zijn werk. De belangrijkste richtlijn, die kan worden gegeven, zij dan ook: *het object van onderzoek dient betrekking te hebben op de geneeskunst, zoals deze door de huisarts wordt bedreven*. Deze geneeskunst heeft, zoals Huygen heeft geanalyseerd, vier wezenlijke kenmerken: zij is continu, integraal, persoonlijk en wordt beoefend in het natuurlijke milieu van de patiënt, namelijk het gezin. Het is, rekening houdende met deze kenmerken, een afzonderlijke studie meer dan waard, de huisartsengeneeskunst inventariserend te beschrijven. De gestelde richtlijn kan ook negatief worden bepaald: het voorgenomen onderzoek dient niet beter door een niet-huisarts te kunnen worden gedaan.

Het object dient scherp te kunnen worden gedefi-

nieerd. Een voorbeeld ter verduidelijking. Bij een onderzoek naar het voorkomen van rubeola dient men rekening te houden met een niet te benaderen fouten-spreiding, omdat de diagnose rubeola niet met absolute zekerheid is te stellen. Een onderzoek naar de eventueel gemaakte fouten bij de diagnostiek van ziektegevallen met dodelijke afloop, heeft daarentegen een scherp bepaald object.

De keuze van het object zal ongetwijfeld een ontwikkeling gaan doormaken. De door onze opleiding bepaalde voorkeur voor het puur somatische zal plaats moeten maken voor een meer integraal gerichte belangstelling. Een aantal pioniers zal echter eerst de weg moeten banen in de veelheid van de hierbij aan te wenden methodieken. Het kan in dit kader nuttig zijn eraan te herinneren, dat de methodieken der alfa-wetenschappen fundamenteel zijn voor de ontwikkeling van de huisartsengeneeskunst. Het object van onderzoek kan de keuze bepalen tussen een individueel en een groepsonderzoek. Tevoren bezinne men zich op de omvang van het te verzamelen materiaal. Betreft het een weinig voorkomende zaak, of wil men onderling ervaring uitwisselen, dan is men aangewezen op groepsonderzoek. *Doelman* en *Hogerzeil* hebben de bijzondere facetten van groepsonderzoek in dit tijdschrift al beschreven. Het lezen of herlezen van hun bijdragen is elke groep, die een onderzoek voorbereidt, aan te bevelen.

Groepsonderzoek is ook aangewezen, wanneer de observatieperiode bij individueel onderzoek te lang zou worden. Voor hier bedoeld onderzoek is een observatieperiode van zes maanden tot een jaar optimaal. Het is jammer wanneer een eenmaal begonnen

onderzoek schipbreuk lijdt, omdat bijvoorbeeld een griep-epidemie alle plannen doet mislukken.

Een aantal andere praktische overwegingen verdient de aandacht. Zo mag het onderzoek niet teveel tijd van de onderzoeker vergen; het mag geen investering in kostbare apparatuur behoeven, terwijl ingewikkelde laboratoriumproeven niet behoren te zijn geconditioneerd. Dit zijn lessen, die de geschiedenis van het collectieve onderzoek door huisartsen in het verleden heeft geleerd. \*

Naast de genoemde principiële en praktische voorwaarden voor de uitvoerbaarheid van een onderzoek zijn richtlijnen op te stellen, volgens welke een onderzoek het predicaat wetenschappelijk toekomt. Hogerzeil heeft in dit tijdschrift de gang van zaken bij een wetenschappelijk onderzoek al eens beschreven, zodat hier wordt volstaan met aanwijzingen.

Wanneer men een onderzoek wil instellen, trachte men voor zichzelf het antwoord te formuleren op de vragen: „Wat wil ik nu eigenlijk weten?” en „Op welke vraag hoop ik met het onderzoek een antwoord te vinden?” Het zal blijken, dat de beantwoording van deze vragen juist veel inspanning zal vereisen. Blijft men trouw aan de vraagstelling, dan is de opzet van een onderzoek verder betrekkelijk eenvoudig. Het zijn de technische problemen, die dan opdoemen en, al naar hun aard, min of meer gemakkelijk zijn op te lossen.

Als de vraagstelling tenslotte is geformuleerd dient men zich af te vragen, welke gegevens men nodig heeft om tot beantwoording te kunnen geraken. Het ligt voor de hand — maar hoe gemakkelijk wordt deze fase overgeslagen — zich eerst op de hoogte te stellen van de literatuur. Moge het literatuuronderzoek op het eerste gezicht dor toeschijnen, wanneer men zich eenmaal op het te ondernemen onderzoek heeft geconcentreerd, wordt het achterhalen van ter zake doende publikaties een fascinerend avontuur. Het onderhouden van een relatie met een medische bibliotheek is daarbij een grote steun. Zelf heb ik er veel nut van gehad de publikaties niet op zichzelf, stuk voor stuk, te exciperen, doch uit alle publikaties de mededelingen, die betrekking hebben op hetzelfde facet van het onderwerp, bijeen te zetten.

Bij de literatuurstudie kan soms blijken, dat anderen reeds de onderzoekingen, die men zich had voorgenoemen, hebben verricht. In dat geval kan het onderzoek zonder meer worden afgesloten of eventueel besluit men, afhankelijk van de belangwekkendheid van de vraagstelling, tot publikatie van de resultaten van de literatuurstudie en de kritische bespreking daarvan.

Veelal zal bij bestudering van de literatuur de vraagstelling, in het bijzonder wanneer deze betrekking heeft op het werkterrein van de huisarts, op verschillende punten echter niet worden beantwoord.

De vraag naar de omvang van de zelf te vergaren gegevens komt daarop aan de orde, waarbij men zich de nodige beperking oplegge. Het is niet te geloven welk een werkbesparing ontstaat, indien eerst

een weloverwogen opsomming van de benodigde gegevens wordt gemaakt; men is veelal geneigd totaal overbodige gegevens te verzamelen.

De wijze waarop deze gegevens zullen worden verzameld, is de methode van onderzoek. Het literatuuronderzoek heeft, naast het voordeel dat men zekerheid verkrijgt bezig te zijn aan een werkelijk origineel onderzoek, het niet minder belangrijke resultaat, dat men een inzicht verkrijgt in de onderzoeksmethoden, die bij de oplossing van de onderhavige vraagstelling eventueel te zijn gebruiken.

In veel gevallen zal een formulier worden opgesteld waarop de relevante gegevens worden vastgelegd. Niet genoeg kan erop worden gewezen, dat de bewerking van de verkregen gegevens heel wat plezieriger verloopt, wanneer het formulier is opgesteld met de vooropgezette gedachte: hoe wordt straks het verkregen materiaal bewerkt?

Het spreekt vanzelf dat de administratieve zijde van een onderzoek in een goed geadmireerde praktijk minder problemen zal geven, terwijl een goed functionerende medische administratie op zichzelf voor onderzoekingen reeds uitgangspunt kan zijn. Zo kan het bijvoorbeeld nodig zijn, achteraf gegevens te putten uit het kaartsysteem, welke op het moment van aantekening niet actueel waren. Een kaartstelsel biedt trouwens ook de mogelijkheid tot codering met behulp van stalen ruiters. (De N.H.G.-werkkaart heeft hiervoor een coderingsrand aan de bovenzijde). Tenslotte valt het iemand, die gewoon is zijn gegevens vast te leggen, minder moeilijk de extra administratie van een onderzoek in te voegen in zijn routinewerk.

De Commissie Wetenschappelijk Onderzoek probeert de helpende hand te bieden aan leden van het Nederlands Huisartsen Genootschap, die graag een onderzoek willen doen. Degenen die kennis geven aan de C.W.O. (Keizersgracht 327, Amsterdam) van bestaande plannen, ontvangen een vragenlijst, waarop zij eventuele wensen kunnen bekend maken. Het invullen van deze vragenlijst noopt tot bewustwording van de problematiek van het onderzoek en is ook daarom nuttig. De C.W.O. verzoekt gewoonlijk één van haar commissieleden na het ontvangen van de ingevulde vragenlijst, een persoonlijk contact te onderhouden met de onderzoeker(s).

Samenvattend kunnen als richtlijnen voor eenvoudig onderzoek door huisartsen gelden:

- 1 Het object van onderzoek dient te liggen op het specifieke terrein van de geneeskunst dat de huisarts bestrijkt.
- 2 Het verdient aanbeveling niet uitsluitend klassiek biologische, maar ook de methodieken van de alfa-wetenschappen, in overweging te nemen.
- 3 Het object van onderzoek dient scherp gedefinieerd en beperkt van omvang te worden gehouden.
- 4 Tevoren worde bewust de keuze tussen een individueel en een groepsonderzoek gemaakt.
- 5 De observatieperiode dient niet te groot te worden genomen.

- 6 Het onderzoek mag niet veel extra tijd vergen.
- 7 Ingewikkelde laboratoriumproeven mogen niet nodig zijn.
- 8 Het gebruik van kostbare apparatuur dient te worden vermeden.
- 9 De vraagstelling moet tevoren nauwkeurig en schriftelijk worden vastgelegd.
- 10 Een oriënterend literatuuronderzoek moet voorafgaan aan het eigen onderzoek.
- 11 Men beperke zich tot het verzamelen van uitsluitend ter zake dienende gegevens.
- 12 De methode van het verkrijgen van gegevens dient bij voorkeur met de praktijkroutine verenigbaar te zijn.
- 13 Men dient zich tevoren rekenschap te geven van de methode van bewerking; een eventueel te ge-

- bruiken formulier worde opgesteld op een zodanige wijze, dat eenvoudige bewerking van de uitkomsten is verzekerd.
- 14 Een goed georganiseerde medische administratie kan een waardevolle grondslag zijn voor tal van onderzoeken.
- 15 Men geve aan de C.W.O. kennis van een voorgenomen onderzoek. Deze kan, indien gewenst, optreden als adviseur voor de inrichting van het onderzoek en, indien gewenst, contact leggen met deskundigen.

(1954) Practitioner, 173, 67.  
 Doeleman, F. (1957) huisarts en wetenschap 1, 21.  
 Hogerzeil, H. H. W. (1957) huisarts en wetenschap 1, 25.  
 (1958) huisarts en wetenschap 2, 39.  
 Huygen, F. J. A. (1956) Medisch Contact 11, 730.

## CASUÏSTIEK

### *Onder invloed van de patiënt*

Het is vooral na de laatste oorlog, dat de studie van de onderlinge menselijke verhoudingen in het centrum van de belangstelling is komen te staan. Wat hiervan de reden ook moge zijn, misschien de enorme toename van de bevolkingsdichtheid, een feit is, dat een wetenschap als bijvoorbeeld de sociologie zich in een bijzondere populariteit mag verheugen. Wat ons momenteel interesseert is de arts-patiënt verhouding, want ook deze verhouding is een probleem, althans een studieobject, geworden. In het algemeen kan men zeggen dat bij de ontmoeting van twee mensen A en B het volgende gebeurt: A gedraagt zich ten opzichte van B zoals hij meent, dat B van hem zal verwachten; B gedraagt zich ten opzichte van A zoals hij weer meent, dat A van hem verwacht. Er is dus tijdens de ontmoeting een voortdurende wisselwerking. Voor de arts-patiënt relatie zal hetzelfde gelden; de arts wordt op zijn beurt beïnvloed door de patiënt. Ook hij zal moeten toegeven, dat zijn houding tegenover mevrouw B, de weduwe van de notaris, geheel anders is dan tegenover mevrouw C, de vrouw van de parkwachter.

Het zich verschillend instellen ten opzichte van verschillende patiënten is misschien de reden, waarom ons beroep vaak zo uitermate vermoeiend kan zijn. Dit vermogen van aanpassing aan de medemens, van souplesse, zo men wil, wordt van ieder geëist, die in zijn werk voortdurend met andere mensen in aanraking komt en is dus zeker niet typisch te noemen voor de verhouding van arts tot patiënt.

Wel kenmerkend voor deze relatie is, dat souplesse wordt gevraagd in gesprekken over onderwerpen die niet steeds aan de oppervlakte van het dagelijks

leven liggen. Wil deze souplesse echter niet ontaarden in karakterloosheid, dan zal het noodzakelijk zijn, dat de arts zich voortdurend bewust is van de invloed die de patiënt op hem uitoefent en die misschien zijn medisch handelen in ongunstige zin zou kunnen beïnvloeden. *Rümke* geeft een duidelijk voorbeeld van het registreren van deze invloed van de patiënt op onszelf. Hij schrijft: „Zo heb ik eens het krachtigst argument voor het bestaan van een allereerst beginnende dementie bij een gecultiveerde man gevoeld in een kleine nuance van jovialiteit, die in mijzelf ten opzichte van deze man ontstond, een lichte vervlakking in mijn woordenkeus. Een zéér licht decorumverlies mijnerzijds kondigde mij de dementie aan van mijn patiënt.”

Een categorie patiënten, die ons medisch handelen kan verlammen, vormen de oude en de zeer oude mensen. De volgende ziektegeschiedenis was de aanleiding tot het schrijven van deze beschouwing. Mevrouw A, oud 85 jaren, is ruim een jaar in mijn praktijk en woont, samen met haar echtgenoot, in het nieuw gebouwde bejaardencentrum. Zij had sedert ongeveer vijftien jaren een trigeminusneuralgie en wanneer ik bij haar kwam zat zij meestal aan tafel met de hand tegen de pijnlijk vertrokken rechter gelaatshelft aangedrukt: zij had een typische „tic douloureux”. Haar vorige huisarts deelde mij mede, dat zij hiervoor ongeveer twaalf jaar geleden onder behandeling was geweest, waarbij wortelresten uit de kaak waren verwijderd. De pijn was echter vrij snel teruggekomen, zodat zij zelden geheel vrij van klachten was.

Gedurende een jaar probeerde ik tevergeefs haar klachten te beïnvloeden met analgetica, lokaal