

met dankbaarheid het voorbeeld aanhalen van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie, die reeds hulp heeft toegezegd en een aparte commissie uit haar bestuur heeft gevormd om zich met ons erover te beraden, hoe zij ons het beste kan helpen bij onze psychotherapeutische nascholing. Hoe dankbaar wij dergelijke hulp ook zullen aanvaarden, de ontwikkeling van een eigen huisartsengeneeskunst, de verovering van een eigen deskundigheid en de wetenschappelijke fundering van deze huisartsengeneeskunst zal toch hoofdzakelijk door

onzelf moeten geschieden. Het is uitgesloten te achten dat het bestuur en zijn commissies iets dergelijks alleen of in samenwerking met anderen tot stand zouden kunnen brengen. De gezamenlijke inspanning van *alle* leden is hiertoe vereist.

Ik zou daarom willen eindigen met een beroep op u allen op uw eigen plaats en met uw eigen middelen naar beste krachten bij te dragen in ons gezamenlijk streven naar de bevordering van een huisartsengeneeskunst.

VAN HET N.H.G.-BESTUUR:

Kritische beschouwing betreffende het rapport van Dr Y. van der Wielen

DOOR DR H. H. W. HOGERZEIL

De Gezondheidsorganisatie T.N.O. heeft een rapport uitgebracht, bewerkt door Dr Y. van der Wielen, over „De huisarts en de doeltreffendheid van zijn aandeel in de gezondheidszorg”. Oorspronkelijk is deze publikatie als proefschrift verschenen * **

In het rapport (bladzijde 176, 243) en in het jaarverslag van T.N.O. 1959 (bladzijde 29) leest men het volgende:

„De bewerking der gegevens gaf aanleiding op te merken dat:

- a er te veel patiënten zijn, die te weinig aandacht krijgen;
- b het onderzoek, met inbegrip van de anamnese, te veel tekortkomingen vertoont of ten onrechte wordt uitgesteld;
- c diagnose en therapie te vaak onvoldoende zijn gefundeerd;
- d door onvoldoende aanwijzingen omtrent nader onderzoek of door onduidelijke voorschriften te veel aan het initiatief en het inzicht van de patiënt wordt overgelaten.

Conclusie: indien voor de gezondheidszorg in het algemeen geldt, dat alleen het beste goed genoeg is, moet worden geconstateerd dat er in de huisartselijke gezondheidszorg te veel tekortkomingen zijn.”

* Van Gorcum en Comp., Assen. 1960.

** Een adviescommissie van T.N.O. heeft de rapporteur terzijde gestaan. Hoewel deze commissie de verantwoordelijkheid voor de formulering der conclusies voor rekening van de rapporteur laat, mag worden aangenomen, dat deze commissie het in algemene zin met het rapport eens is; in het jaarverslag 1959 van T.N.O. wordt dit rapport vermeld als zesde publikatie in de serie A, algemene onderwerpen van de gezondheidsorganisatie T.N.O.

Verder geeft het rapport de volgende suggesties ter verbetering der gezondheidszorg door de huisarts (bladzijde 269):

- a beperking van de praktijk tot een maximum van 2.000 zielen, enerzijds als garantie voor het beschikbaar zijn van voldoende tijd en aandacht voor elke patiënt, anderzijds met het doel de arts gelegenheid tot studie en recreatie te verzekeren;
- b zodanige reorganisatie van de praktijkvoering, dat ten gunste van het contact arts-patiënt zoveel mogelijk tijd vrij komt. Tijdsbesparing op alle handelingen, die niet noodzakelijkerwijze door de arts zelf behoeven te worden verricht;
- c stellen van minimum-eisen aan de organisatie van (praktijk)voering met toezicht op de naleving;
- d ernstige studie van de mogelijkheden van beroepsvoorlichting vóór en tijdens de studie en van selectie voor de geschiktheid tot uitoefening van (een bepaalde tak van) geneeskunde;
- e zodanige wijziging van de opleiding tot arts, dat daarin plaats is voor een op het huisartsschap toegespitste scholing;
- f toelating tot het huisartsschap uitsluitend na met goed resultaat doorlopen hebben van de daarvoor geschikte opleiding;
- g op het huisartsschap gerichte reorganisatie van nascholing;
- h gelegenheid geven tot en stimuleren van het volgen van nascholing.

Het rapport moge een aantal positieve recensies hebben ontvangen, de negatieve conclusie over de gezondheidszorg van de Nederlandse huisarts dwingt tot een kritische analyse.

Zijn de boven gerefereerde opmerkingen en de conclusies wetenschappelijk verantwoord en door dit rapport aangetoond? Het rapport is een kwantitatieve analyse van een extensief onderzoek bij 268 artsen over 19.815 contacten huisarts-patiënt. De betekenis, die men aan de begrippen gezondheidszorg en huisarts toekent, zal van invloed zijn op de vraagstelling, de bewerking en de conclusies, waardoor het rapport ook een kwalitatief karakter heeft.

Onze analyse van het rapport zal zich richten op de kwantitatieve methodiek, op de kwalitatieve benadering der problematiek, en voorts zullen wij nagaan of de aangegeven suggesties de beoogde verbetering in de gezondheidszorg van de huisarts kunnen geven.

De kwantitatieve methodiek. Bij een statistisch onderzoek is het noodzakelijk een aselechte groep te onderzoeken uit een populatie om een conclusie over deze populatie te kunnen maken. Hoe is de onderzochte groep samengesteld?

Primair uit jaarboekje 1953 naar 1 : 5 getrokken steekproef	766
Geen huisarts meer	46
	720
Door loting hieruit in het onderzoek opgenomen	379
Niet opgenomen door tijdgebrek	8
	371
Door huisarts zelf medewerking geweigerd	64
Door onderzoeker uit de steekproef verwijderd	40
	104
Totaal geweigerd	104
Totaal aantal geënuquêteerde artsen (371-104)	267

De weigeraars en de geweigerden vormen een groot aantal (104 op 371) en beïnvloeden de aselectiviteit. Waarom weigerde een huisarts deelname en waarom werd een huisarts deelname niet toegestaan? Het lijkt alsof vooral kleine praktijken zijn geweigerd. In elk geval vormt de onderzochte groep geen aselechte steekproef meer uit de Nederlandse huisartsen populatie en dit kan nog met drie voorbeelden worden aangetoond:

In tabel 69 (bladzijde 82) worden de artsen in de onderzoeksgroep naar de grootte van het aantal ziekenfondsinschrijvingen vergeleken met die van alle volgens het verslag van de Ziekenfondsraad ingeschreven huisartsen. In een noot bij deze tabel wordt terloops opgemerkt, dat de verschillen in percentages tussen de tweede en derde kolom niet significant zijn.

De volgende tabel, waarbij de χ^2 toets is toegepast, toont echter aan dat zeer significante verschillen optreden:

Aanta' ziekenfondsen	Ingeschreven alle artsen	Verwachte aantal in steekproef	Waargenomen in steekproef	W-V	χ^2
100- 500	506	34,7	4	-30,7	27,161
500-1000	322	22,1	14	- 8,1	2,969
1000-1500	489	33,5	32	- 1,5	0,067
1500-2000	613	42,0	44	+ 2,0	0,095
2000-2500	546	37,5	51	+13,5	4,860
2500-3000	533	36,6	41	+ 4,4	0,529
3000-3500	460	31,6	38	+ 6,4	1,296
3500-4000	239	16,4	24	+ 7,6	3,522
4000-4500	142	9,7	14	+ 4,3	1,906
5000 en meer	57	3,9	6	+ 2,1	1,131
Totaal	3907	268,0	268	0,0	43,536

$$\chi^2 \frac{v}{X^2(9)} = 43,54; P \ll 0,001$$

De onderzochte groep blijkt 38 à 39 kleine praktijken (100-1000 ingeschrevenen) minder op te leveren dan op basis van de gegevens van de Ziekenfondsraad mocht worden verwacht; hiertegenover staan duidelijk te grote aantallen grotere praktijken (2000 en meer ingeschrevenen).

Ten aanzien van tabel 68 (bladzijde 83) hebben wij de gegevens betreffende de totale praktijkgrootte van de huisartsen in de onderzoeksgroep vergeleken met de gegevens van een groep van 467 huisartsen, welke een aselechte groep vormde uit de huisartsenpopulatie. Deze groep werd voor het Nederlands Huisartsen Genootschap getrokken door de afdeling Statistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde. Ook hierbij diende het Jaarboekje als basis, maar bij deze groep was het mogelijk dat van alle desbetreffende artsen gegevens werden verzameld.

Praktijkgrootte	Nederlands Huisartsen Genootschap		Tabel 68		Verschil
	(aselechte steekproef)		aantal	percentage	
	aantal	percentage			
minder dan 1000	33	7,07	4	1,49	- 5,58
1000-2000	82	17,55	23	8,58	- 8,97
2000-3000	157	33,62	86	32,09	- 1,53
3000-4000	131	28,05	80	29,85	+ 1,85
4000-5000	42	8,99	52	19,40	+10,41
meer dan 5000	22	4,71	23	8,58	+ 3,87
Totaal	467	99,99	268	99,99	

Ook ten aanzien van de totale praktijkgrootte blijken er dus in het onderzochte materiaal te weinig kleine en te veel grote praktijken aanwezig te zijn. Volgens tabel 17 (bladzijde 45) blijken de leeftijden van de artsen in de onderzoeksgroep zeer significant te verschillen van die van de overige artsen. De jong afgestudeerden zijn in de onderzoeksgroep te sterk vertegenwoordigd. Deze bevinding is des te

merkwaardiger, omdat op bladzijde 34 wordt opgemerkt, dat artsen, die kort waren gevestigd of die het plan koesterden de praktijk te verlaten, niet om medewerking aan het onderzoek kon worden gevraagd (? - ref.). Met deze laatste opmerking stemt overeen de bevinding in tabel 1 (bladzijde 35), dat de jonge en de oudere artsen in de onderzoekgroep minder sterk zijn vertegenwoordigd (wederom in vergelijking met de overige (huis)artsen, volgens gegevens van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst).

Opmerking: Blijkens de toets van Smirnov zijn de verschillen tussen de onderzoekgroep en de overige artsen (in tabel 1) juist niet significant bij een 5 procent drempel. Past men echter de χ^2 toets toe, dan vindt men $\chi^2 = 22,82$ met 8 vrijheidsgraden, met een overschrijdingskans tussen 0,001 en 0,005.

De schrijver maakt op bladzijde 46 de opmerking: „Alleen wanneer kan worden aangenomen, dat het monster de huisartsenstand in de periode van het onderzoek vrij goed vertegenwoordigt, kan aan de opgegeven gemiddelden en/of medianen een meer algemene waarde worden toegekend.” Of, vanuit statistisch standpunt juister geformuleerd: alleen als de onderzoekgroep als een aselechte steekproef uit de populatie van Nederlandse huisartsen kan worden beschouwd, kan men uit de bevindingen betreffende deze groep tot geldige conclusies betreffende deze populatie komen.

Wij menen, dat uit het voorgaande gebleken is, dat de steekproef in bepaalde opzichten *niet* als aselechte is te beschouwen en dat men derhalve de bevindingen van het rapport met meer of minder reserve zal moeten beschouwen. Een steekproef met (veel) te weinig kleine en met te veel grotere praktijken zal ten aanzien van allerlei gegevens een vertekend beeld van de populatie kunnen opleveren.

De opmerkingen en de conclusies over de gezondheidszorg van de huisarts. Deze opmerkingen en de eerste conclusie staan aan het begin van dit artikel vermeld. De berekening en beredenering hiervan, vindt men op bladzijde 141-176 van het boek. In totaal werden 19.815 contacten geregistreerd.

„Over ongeveer 1.000 rapporten werd een opmerking gemaakt.”

„Aantal noch onderlinge verhouding van de aantallen in de verschillende onderdelen van de lijst zijn representatief voor het voorkomen van bepaalde aangeduide tekorten. Evenmin is het aantal van ongeveer 1.000 rapporten *ook maar enigszins als maat te beschouwen* voor het voorkomen van tekorten,” aldus de schrijver.

Eerst dient opgemerkt, dat wanneer „alleen het beste goed genoeg is”, nooit iets goed genoeg is en dat deze conclusie ook zonder onderzoek is te maken. Elke beroepsgroep zal bij dit axioma tekorten vertonen.

Verder ontbreekt in de beredenering een nadere statistische analyse, behalve de „ongeveer 1.000”, terwijl nergens in het verdere verloop van het rap-

port wordt vermeld, dat een standaardisatie werd toegepast ten aanzien van de getallen uit de diverse praktijken. Het is niet uit te maken uit hoeveel praktijken deze duizend rapporten komen, noch hoe deze rapporten naar aantal en soort over de onderzochte groep verdeeld zijn. Men kan niet anders lezen dan dat de belangrijkste opmerkingen en de conclusie uit het materiaal gebaseerd zijn op „ongeveer 1.000 rapporten of ongeveer 5 procent van het materiaal.”

Het komt ons voor dat een dergelijke bewerking van een kwantitatief onderzoek bewijskracht mist en geen waarborg biedt voor een objectieve wetenschappelijke conclusie. Reeds een eenvoudig gefingeerd statistisch voorbeeld zou duidelijk kunnen maken, hoe gevaarlijk het is een aantal gevallen te gebruiken voor een conclusie over de totale onderzochte groep.

Het is te betreuren dat deze uitspraak over de huisarts berust op een „ongeveer”, een „teveel” en een „te vaak”. Men moet hierbij nog in overweging nemen, dat de opmerkingen veelal een persoonlijke indruk van de enquêteur of de rapporteur weergeven.

Zeër duidelijk komt dit tot uitdrukking in de andere conclusies, die vermeld staan op bladzijde 245 en welke qua methode van onderzoek worden beredeneerd op bladzijde 201-212. De schrijver maakt conclusies over de onderzoekgroep ten aanzien van: a gezondheidszorg; b praktijkorganisatie; c sociale omstandigheden en d instelling.

Aan elk der onder a-d genoemde factoren werd op grond van een indruk uit de rapporten der enquêteurs door de schrijver een cijfer toegekend, van 1-4. De factoren a-d, in cijfers vastgelegd, werden met „een 4-tal belangrijke vaste (objectieve? - ref.) gegevens” e-h gecombineerd, waardoor van iedere arts een diagram in cijfers ontstond. Uit deze 268 diagrammen werden door statistische bewerking de conclusies over de artsen ten aanzien van de factoren a-d getrokken. Bij een dergelijke bewerking bestaat het reële gevaar twee onderzoekmethoden — kwantitatieve analyse en persoonlijke indruk — dooreen te mengen en statistisch uit te werken op een ogenschijnlijk objectieve wijze, waarbij men echter vergeet dat een subjectieve indruk in het materiaal is verwerkt als een objectief gegeven. De enquêteformulieren geven slechts mogelijkheid tot het registreren van feiten. De schrijver gaat er van uit, op grond van geregistreerde feiten, zich een indruk te kunnen vormen over de gezondheidszorg en de instelling van de huisarts. Volgens deze gedachten-gang zou ook de psychotherapeut op grond van feiten zich een oordeel kunnen vormen over de instelling of wijze van existen van de patiënt. Dit schijnt een onmogelijkheid en wij betwijfelen of de indruk van de schrijver aan de werkelijkheid beantwoordt. Daarnaast is het een vraag, in hoeverre het wetenschappelijk toelaatbaar is het oordeel over de huisartsen te baseren op de indruk van één persoon, op bovenstaande wijze verkregen.

De schrijver voelt dit bezwaar zelf aan en zegt op bladzijde 204 „dat in de indruk als steeds een subjectieve factor aanwezig kan zijn.” Hij weerlegt dit echter op dezelfde bladzijde: „Een belangrijke bron voor ongelijke beoordeling is geëlimineerd doordat de cijfers zijn opgemaakt door één persoon, i.c. de bewerker van het materiaal.”

Dit is voor wat betreft de beoordeling door de schrijver, juist. Een onderzoeker zal voor zijn indrukken steeds dezelfde persoonlijke beoordeling geven. Maar wanneer de schrijver zegt, dat hij zijn indrukken heeft onderzocht ten aanzien van hun constantheid met de toets der gepaarde vergelijking en dat deze toets pleit voor een grote consequentheid bij het weergeven van de indrukken, bewijst dit niets over de objectiviteit en de waarheid der indrukken. Deze toets bewijst alleen dat deze bewerker steeds dezelfde eigen beoordeling volgde, maar niet, of de indruk als zodanig juist, onbevooroordeeld en objectief was.

Ons bezwaar ten aanzien van de wetenschappelijke waarde van deze conclusies blijft bestaan, indien men weet dat het oordeel over de gezondheidszorg van de huisartsen berust op de persoonlijke indruk van één persoon, i.c. de bewerker van het materiaal. Wanneer wij de conclusies over de factoren a-d beschouwen, zien wij dat deze zijn getrokken naar de mediane arts. Voor de lezer zij hier opgemerkt dat de mediane arts niet hetzelfde is als de gemiddelde arts.

De eerste conclusies over a, de gezondheidszorg, zijn als volgt:

144 (53 procent) der huisartsen zijn mediaan.

80 (30 procent) geven betere gezondheidszorg.

46 (17 procent) geven slechtere gezondheidszorg.

Dus geeft 83 procent der artsen redelijke tot goede gezondheidszorg volgens de rapporteur. Dit is niet in overeenstemming te brengen met de eerste conclusies, dat er teveel tekortkomingen zijn in het werk van de huisarts. Of heeft reeds de mediane arts teveel tekortkomingen?

Soortgelijke conclusies worden over b organisatie, c sociale omstandigheden en d de instelling van de arts gemaakt. Merkwaardig is, dat bij a (zie boven), 270 artsen worden geteld, bij b 258, bij c 266, bij d 268 en bij de berekening van het monster 267. Hoe kan in een kwantitatief onderzoek het aantal onderzochten wisselen bij de diverse berekeningen van 270 tot 258? Dit moet toch op de uitkomst van invloed zijn!

Over de methode van enquêteren. Het is bekend, dat het opstellen van een enquêteformulier en het instrueren van enquêteurs moeilijk is en hele instituten dagelijks bezig houdt. Vele vragen doen zich hierbij voor: Hoe werkt de enquêteur? Is hij zich bewust van zijn persoonlijke invloed op de ander en zijn antwoord? Geeft de geënuquêeerde een antwoord op de vraag, dat aan de werkelijkheid beantwoordt? Registreert men als enquêteur de objectieve feiten of gebruikt men een persoonlijke indruk

bij zijn beoordeling? Heeft de enquêteur zelf ervaring omtrent het werk van de onderzochte of is hij een buitenstaander? Moet hij praten of alleen toezien? Staat hij objectief tegenover het werk van de ander?

Op de enkele bladzijde, die aan „de enquêteurs en de voorbereiding van hun werk” is gewijd, staat slechts dat „het noodzakelijk was artsen aan te trekken, die zelf ervaring als huisartsen hadden.” Bladzijde 208 geeft ons echter enige inlichtingen. Hier staat: „De taak van de enquêteurs bestond uitsluitend uit het registreren van het waargenomene”, en verder: „Achteraf is zonder nadere toelichting gevraagd aan de enquêteur met welke instelling tegenover de geënuquêeerde artsen zij de verrichtingen van deze hebben gadegeslagen. Deze vraag bracht de enquêteurs kennelijk in verlegenheid. Het heeft de enquêteurs kennelijk moeite gekost zich de strekking van de vraag voor ogen te stellen.”

Bij een persoonlijke enquête moet men zich echter juist vooraf deze vraag stellen, omdat men anders de kans loopt eigen oordeel en indruk weer te geven in plaats van die van de geënuquêeerde. Dit blijkt trouwens uit de antwoorden van de enquêteurs die door de schrijver als volgt worden geciteerd:

- 1 „Ik heb steeds getracht mij te verplaatsen in de gedachtengang van de geënuquêeerde collega, daarbij niet alleen overwegend hoe ik in een bepaald geval zou doen, maar vooral ook waarom de bezochte arts het deed.”
- 2 „Uiteraard heb ik mij nooit gemengd in een gesprek tussen collega en patiënt (hoewel soms met moeite!). Hieruit volgt natuurlijk niet dat ik het steeds eens was met de wijze van onderzoek, behandeling of advies, zelfs meermalen niet.”
- 3 „De gedachten waarmede ik tegenover de geënuquêeerden stond, waren afhankelijk van de eerste indruk, die ik bij kennisname van persoon en omgeving kreeg. Deze indruk wisselde natuurlijk (? ref.) en werd vergeleken met de eigen ervaring van een langdurige middelgrote fondspraktijk.”

Het komt ons voor dat deze uitlatingen de instelling van de enquêteurs goed illustreren en aangeven dat de persoonlijke indruk bij de registratie een rol speelde.

De doeltreffendheid. „Doeltreffendheid is het met geschikte middelen bereiken van een zo groot mogelijk effect.” Aldus de definitie van de schrijver (bladzijde 2).

De titel van het boek van Dr Van der Wielen, „De huisarts en de doeltreffendheid van zijn aandeel in de gezondheidszorg”, scheidt bij de lezer de verwachting, dat de gehele gezondheidszorg van de huisarts hierin zal worden besproken. Toch kan men zich na lezing niet onttrekken aan de gedachte, dat de titel meer belooft dan het boek geeft, misschien ook kan geven, met deze definitie van doeltreffendheid. Nog afgezien van het feit, dat ieder

een andere opvatting zal hebben over de doeltreffendheid van de gezondheidszorg — deze opvatting zal zowel bij de artsen als bij de patiënten geheel verschillend kunnen zijn — is het duidelijk, dat de definitie van de schrijver een beperking van de doeltreffendheid tot een bepaald gebied nastreeft, omdat zij zich bepaalt tot het registreerbaar effect. Wanneer men de doeltreffendheid van een maatregel wil beoordelen krachtens deze definitie, zal men het effect hiervan moeten meten. Nu is het onmogelijk bij een bezoek van twee dagen het effect van een medische maatregel te beoordelen. In het gehele enquêteformulier bestaat ook geen mogelijkheid het effect te registreren. Alle genoteerde contacten zijn eenmalig. Er is geen mogelijkheid een follow-up te registreren of een vergelijkingsonderzoek te doen tussen verschillende vormen van gezondheidszorg in gelijke praktijken. Het onderzoek is niet opgezet om gegevens te verkrijgen over een bereikt resultaat met een bepaalde vorm of maatregel van gezondheidszorg. Men heeft deze gedachtengang niet beoogd, noch in zijn onderzoek tot uiting gebracht.

Toch zegt de definitie, dat men de doeltreffendheid van het effect moet beoordelen. Hier is geen overeenstemming tussen definitie en rapport. In elk geval is de manier, waarop in de definitie wordt aangegeven dat de doeltreffendheid kan worden gemeten, niet in het onderzoek in toepassing gebracht. Ware dit wel gebeurd, dan had men nu gegevens over dat deel der volksgezondheidszorg, dat met kwantitatieve methoden op zijn doeltreffendheid en effect was te berekenen. Geen gegevens over de gezondheidszorg van de huisarts als zodanig maar over het kwantitatief meetbare deel. Zonder een analyse van het effect, zonder statistische berekening van het resultaat aan de hand van representatieve vergelijkbare groepen is deze doeltreffendheid vermoedelijk alleen gebaseerd op „een indruk”. Men kan echter niet op grond van een indruk weten of penicilline beter helpt dan acetosal bij een pneumonie. Alleen een vergelijkend onderzoek kan hier iets over zeggen en dit geldt voor alle meetbare medische resultaten.

Samenvatting. Wanneer wij het bovenstaande samenvatten, zou men kunnen stellen:

- a dat het onderzoek niet is verricht bij een aselechte groep;
- b dat de opmerkingen en conclusies over de tekortkomingen van de huisarts niet statistisch zijn gefundeerd maar berusten op „ongeveer 1.000 gevallen” of „ongeveer 5 procent van het materiaal” en „een te veel” of „te vaak”;
- c dat de conclusies over de gezondheidszorg, praktijkorganisatie, sociale omstandigheden en instelling mede zijn getrokken op de persoonlijke indruk hierover van één persoon, i.c. de bewerkte zelf;
- d dat de enquêteurs van te voren niet voldoende zijn geïnstrueerd omtrent hun instelling tot de

- e geënquêteerden, maar achteraf mededeelden, dat hun persoonlijke indruk een rol speelde;
- e dat de doeltreffendheid niet aan het effect is gemeten, daar geen follow-up werd gedaan en geen vergelijkend onderzoek naar het effect bij gelijke groepen met wisselende vormen van gezondheidszorg werd verricht.

De kwalitatieve benadering der vraagstelling en begrippen. Waar dit rapport handelt over de gezondheidszorg van de huisarts is men geïnteresseerd naar de waarde die door de onderzoeker aan deze begrippen wordt toegekend. Wat is gezondheid, gezond-zijn, ziek-zijn? Wat is gezondheidszorg? Wat is het aandeel, de taak en de functie van de huisarts?

In deze publikatie wordt op deze problemen niet ingegaan en men vraagt zich af of in deze schijnbare omissie niet een aanwijzing ligt voor het manco van dit rapport.

Wanneer men in de inleiding op het rapport (bladzijde 5-14) de geschiedenis leest over het tot stand komen der vraagstelling, dan voelt men hierin de onrust bij de initiatiefnemers over de medische gang van zaken in Nederland. Een onrust, die zich later van het onderzoek, de conclusie en de rapporteur heeft meester gemaakt.

In de loop der laatste decennien vroeg de medische sector steeds hogere kosten, stijgende bijdragen van werknemer en werkgever, meer ziekenhuisopnamen, meer artsen, meer efficiënte geneesmiddelen en technieken, meer sociale voorzieningen en medische diensten, meer zorg, meer organisatie. En het resultaat hiervan? Volle wachtkamers, volle ziekenhuizen, volle sociaalgeneeskundige diensten, volle wachtlijsten voor neurosecentra, herstellingsoorden, revalidatiecentra en medisch opvoedkundige bureaus, overbelaste artsen, ziekenfondsorganisaties, organen voor sociale voorzieningen, organisaties en . . . een stijgend ziekteverzuim. Men zocht betere methoden, betere organisaties, opdat eindelijk de resultaten zouden komen en eindelijk de steeds stijgende lijn een daling zou gaan vertonen. De gedachte drong zich op, dat misschien de methodiek „om de huidige kennis der geneeskunde bij de bevolking te brengen”, niet doeltreffend, niet efficiënt was.

Om dit na te gaan werd dit onderzoek verricht. Om financiële en praktische overwegingen moest het onderzoek beperkt worden tot het werk van de huisarts. De vraagstelling werd uiteindelijk: de doeltreffendheid van het aandeel van de geneeskundige (de huisarts) in de gezondheidszorg. Als methode van onderzoek werd de kwantitatieve analyse met enquëtering gekozen.

Uit de vraagstelling spreekt een verontrusting over gezondheidszorg en arts, uit de methode van onderzoek een voorliefde voor de kwantitatieve benadering, met een registratie in maat en getal der medische problematiek.

De arts en de gezondheidszorg vormen echter meer dan een kwantitatief vraagstuk. Een kwantitatieve

methodiek kan alleen iets zeggen over het aandeel der gezondheidszorg, dat in maat en getal is vast te leggen. Daarom toont ons dit rapport en zijn conclusies aan, waar ons het kwantitatieve denken voert, wanneer wij dit toe gaan passen op gebieden waar dit niet mag worden toegepast.

Uit de geschiedenis der vraagstelling en uit het rapport zelf spreekt een zekere verslagenheid en onmacht. Er is geen toekomst meer voor de arts waarin deze kan geloven. Typerend is een mondelinge opmerking van de schrijver: „Als ik meer praktijken in grote steden had onderzocht, was het nog somberder geworden.” Het geeft weer, wat wij allen kennen: de spanning tussen intentie en mogelijkheid deze te kunnen realiseren. De situatie van de arts, die met zijn huidige kennis, kunde en persoonsvorming geen uitweg weet voor de klachten van de patiënt. In de literatuur kan men vinden, dat de patiënt zich niet alleen met organische diagnoses en kwantitatieve analyses laat diagnostiseren. Van de patiënten heeft 30 procent in het geheel geen organische afwijkingen, en nog 30 procent heeft naast organische afwijkingen een fenomeen, dat mede hun klachten veroorzaakt.

Organische diagnostiek en kwantitatief onderzoek blijven waardevol en de arts zal er nooit buiten kunnen. Maar er zijn meer factoren die diagnose en therapie bepalen. Maatschappelijke situatie, gezin, milieu, opvoeding, persoonsontwikkeling van de patiënt, de relatie met de wereld, de ander en zichzelf, zijn factoren die mede de wijze van gezondheidszorg bepalen. Een persoonsgeneeskunde, een integrale geneeskunde, een antropologische geneeskunde of welk epitheton men hieraan ook geven wil, kan niet alleen kwantitatief worden beschreven.

Het belangrijke van dit rapport is, dat hieruit blijkt dat op deze manier geen rapport te maken is over de gezondheidszorg van de arts omdat het klachtenpatroon van de patiënt en dus de gezondheidszorg van de arts, niet overeenstemt met het exact technisch medisch denken en de kwantitatieve methodieken die hiermede parallel gaan. Nog altijd is het zo, dat niet de arts de patiënt maakt maar dat de patiënt de wijze van arts-zijn bepaalt. Het is leersaam dit rapport te vergelijken met een ongeveer tereijkertijd verschenen studie van Dr C. J. B. J. Trimbos over „De geestelijke gezondheidszorg in Nederland”, waarin zeer uitvoerig op de begripsvorming en de mogelijkheden en grenzen van de gezondheidszorg wordt ingegaan. Door deze twee studies te vergelijken zal men zien waar de oude methodiek, hoe goed ook uitgevoerd, obsoleet wordt en waar de nieuwe benadering een perspectief biedt op mogelijkheden voor de toekomst.

De suggesties. In het bovenstaande zijn een aantal bezwaren tegen de kwantitatieve bewerking en de kwalitatieve begripsbenadering aan de orde gesteld en is een poging gedaan iets van de achtergronden van dit rapport als weerspiegeling van ons aller impasse te begrijpen.

De suggesties ter verandering staan vermeld aan

het begin van dit artikel en in het boek op bladzijde 269 en 283. De suggesties a, b en c vragen om meer tijd en betere organisatie, de suggesties d-h om betere scholing en nascholing. De meeste huisartsen zullen zich met deze suggesties kunnen verenigen, behoudens met het aangegeven toezicht. Men doet er bovendien goed aan, zich te bedenken, dat het rapport aangeeft, dat er geen verband kon worden aangetoond tussen praktijkgrootte en gezondheidszorg (bladzijde 239). Het bewijs is allerm minst geleverd, dat de kwaliteit van de gezondheidszorg afhankelijk is van de hoeveelheid beschikbare tijd.

Hier wreekt zich een manier van denken, waaraan wij ons allen graag schuldig maken: conclusies en suggesties uit eenzelfde rapport op te maken en zo aan elkaar te verbinden, alsof het nut van de suggestie zijn bewijskracht vindt in de conclusie van het rapport. De dwingende beperking van de praktijk tot 2.000 zielen (a) en nog meer het toezicht op de naleving der minimumeisen gesteld aan de organisatie van de praktijkvoering (c) brengen een groot aantal problemen met zich mede van economische en medisch-ethische aard, waarvoor de oplossing zeker niet zo maar zal worden gevonden, aangenomen dat het streven naar een oplossing hiervan is geïndiceerd.

Het is zeker juist, wat de schrijver aangeeft, dat de huisarts overbelast is. Zijn beschouwing hierover op bladzijde 248-254 is een zeer vruchtbare gedachten-gang en waard te worden gelezen. Het rapport geeft niet aan, waarom de huisarts meer tijd nodig heeft en hoe en waartoe hij deze meer tijd dient te gebruiken om een betere gezondheidszorg te kunnen geven.

De suggesties d-h raken een onderwerp, dat ook het Nederlands Huisartsen Genootschap zeer interesseert. Wij kunnen geheel hiermede instemmen en zijn de schrijver erkentelijk dat hij deze heeft vermeld in zijn boek.

Wellicht mogen wij nog iets toevoegen, om deze suggesties van een inhoud te voorzien. Wie bemerkt zijn werk niet meer goed te doen of te kunnen doen, moet zich heroriënteren, wil hij de verantwoordelijkheid voor zijn werk kunnen blijven aanvaarden. Maar hoe en wat heroriënteren? Hoe het huidige klachtenpatroon van de patiënt adequaat te benaderen, te begrijpen en zo mogelijk te behandelen? Het is mogelijk deze vraag te beantwoorden indien men de patiënt als mens in al zijn schakeringen wil aanvaarden. Wij zullen wegen moeten vinden om ons de deskundigheid, de persoonsvorming en de arts-patiënt-relatie, die hiervoor nodig is, eigen te maken. Pas dan zullen wij de meer tijd, die zeker bitter nodig is, kunnen gebruiken. Hierop dient ook, behalve op de exact-technische kennis, onze scholing en nascholing te zijn gericht. Wij zullen ons moeten bekwamen in medische antropologie, psychologie, sociologie, misschien zelfs filosofie en andere menswetenschappen. Wij zullen ons moeten richten op de kennis en het begrip, die ons iets ver-

tellen over de mens: wat hij is, hoe hij leeft in zijn situatie, wat hij wil en verwacht, hoe hij in de wereld leeft met zichzelf, de ander en de maatschappij en wat ziek-zijn en gezond-zijn voor hem betekent. Het ware te wensen dat de universiteit of T.N.O. de mogelijkheden zou scheppen de basisprincipes, waarop dit alles moet berusten, te mogen onderzoeken. Het is onze overtuiging, dat dit de enige weg is om de reactieve depressie, waaraan wij allen

onderhevig zijn, te overwinnen en ons geloof in de realiteit van de arts en zijn taak te behouden. Niet als een soort vermoderniseerde magiër, maar als een arts, die door opleiding en persoonlijke vorming in staat is de verantwoordelijkheid te aanvaarden en te dragen voor diegene, die tot hem komt om hulp en zo mogelijk genezing.

Oktober 1960

*Mogelijkheden en grenzen van de toepassing van psychotherapie bij psychosomatische patiënten door de huisarts**

DOOR BERTHOLD STOKVIS, LEIDEN

Wie als internist of psychotherapeut met psychosomatische patiënten in aanraking komt, zal zich meer dan eens hebben afgevraagd, of door tijdig psychotherapeutisch ingrijpen niet te voorkomen ware geweest, dat de stoornis in de lichamelijke zo ver voortgang vond. Hier raken wij onmiddellijk ons onderwerp: kan de huisarts, wiens optreden medisch-hygiënisch en psycho-hygiënisch van het grootste belang is, hier nuttige preventieve arbeid verrichten?

Laat ons, om misverstanden te voorkomen, met enige begripskritische opmerkingen beginnen. In feite is elke ziekte psychosomatisch; maar met deze constatering zou het begrip „psychosomatische ziekte” een inflatie ondergaan. Onder psychosomatische aandoeningen zullen wij hier verstaan meer bepaald die ziekten, die zich in de lichamelijke uiten en bij het optreden waarvan emotionele invloeden uit het heden of uit het verleden voorname determinanten zijn. Dit betekent, dat wij niet alleen de algemeen bekende psychosomatische ziekten in engere zin, de „psychosocial diseases” in de zin van Halliday, hieronder rekenen, maar ook de zogenaamde orgaanneurosen en de conversiehysterische verschijnselen. Een differentiële diagnose is mogelijk. Bij elke psychosomatische aandoening zijn conflict-situaties werkzaam. Het begrip „conflict” zouden wij in analytische zin willen reserveren voor botsingen tussen of met onbewuste infantiele tendenties, die met het volwassen Ik onverenigbaar zijn; bij een conflict is op zijn minst één van de strevingen onbewust. Bij psychosomatische patiënten zijn de kernconflicten uit de prille jeugd als determinant de voornaamsten; het lopende conflict kan men beter levensmoeilijkheid noemen. Dikwijls wordt het kernconflict door de moeilijke levenssituatie gereactiveerd. Het gevolg is, dat de schadelijke werking van het affect zich tweeledig en gelijktijdig uit: als beleving en als uiting in de lichamelijke. De be-

leving, bijvoorbeeld angst, wordt dikwijls verdrongen en dan blijft het lichamelijke verschijnsel: de psychosomatische ziekte.

Wanneer het kernconflict tijdig tot oplossing zou zijn gebracht, of wel wanneer de levensmoeilijkheden bijtijds zouden zijn geëlimineerd, zou het affectgebeuren zijn schadelijke werking niet hebben kunnen uitoefenen. Het zou dan niet tot astma of tot een ulcus zijn gekomen.

Voor goed begrip zij opgemerkt, dat wij ons niet tot die psychosomatisch georiënteerde onderzoekers rekenen, die van mening zijn, dat elk geval van astma bronchiale of ulcus pepticum psychisch gedetermineerd behoeft te zijn. Wel zijn wij er diep van overtuigd, dat het op de weg van de huisarts ligt, schadelijk inwerkende psychische determinanten in de belevingsgeschiedenis van de patiënt niet alleen tijdig te herkennen, maar ook te behandelen. En hier bevinden wij ons midden in ons onderwerp.

Moet de huisarts dus psychotherapie toepassen? Deze vraag willen wij met een volmondig „ja” beantwoorden. Laat ons eerst omschrijven, wat wij hieronder willen verstaan. Psychotherapie noemen wij de methodische toepassing van psychische maatregelen, met het doel de mens als psychosomatische totaliteit therapeutisch te beïnvloeden. Ik zou hierbij de nadruk op het methodische willen leggen: men kent in de psychotherapie bepaalde technieken, die men lege artis moet toepassen; wie dit laatste niet doet, heeft geen recht te oordelen over de resultaten van de psychotherapie. Zo kan het gebeuren, dat een arts zijn gefrustreerde patiënt bemoedigend op de schouder klopt, als ware deze een mismoedig paard, en nu langs autosuggestieve weg in de veronderstelling verkeert, bij deze ziekte een psychagogische behandeling met individueelpsychologische gezichtspunten volgens Adler te hebben toegepast.

Wij zijn het er dus over eens, dat de huisarts in zijn praktijk psychotherapie moet toepassen. Hiervoor heb ik al decennia geijverd. Met name geldt dit voor de behandeling van psychosomatische patiënten.

* Voordracht voor de Boerhaave-cursus te Leiden voor huisartsen over medische psychologie, 7-9 april 1960.