

De opzet, de moeilijkheden en de resultaten van een sociologisch onderzoek in de huisartsenpraktijk (2)

DOOR DR J. C. VAN ES, HUISARTS TE APELDOORN

In een vorig artikel * bespraken wij een aantal problemen, die zich bij een sociologische studie kunnen voordoen. Bovendien kwam een aantal gezins-sociologische elementen naar voren, die voor het stellen van een gezinsdiagnostiek van belang zijn, namelijk de begrippen gezinsstructuur, -functie, -integratie en -niveau. Thans willen wij nog iets mededelen over de opzet en de uitvoering van het onderzoek, zoals wij dat hebben verricht.

Vooropgesteld dient dan te worden, dat een sociologisch onderzoek nooit een onderzoek kan zijn, dat men geheel alleen verricht. Bij een dergelijk onderzoek is de hulp en medewerking van velen nodig en het onderzoek staat of valt ook met deze medewerking. Is het onderzoek, dat men verricht tevens het onderwerp voor een proefschrift, dan heeft men het grote voordeel, dat men steun ontvangt van een promotor. Men moet hierover niet te licht denken. De ervaring van de promotor op het gebied van het wetenschappelijk onderzoek kan van veel nut zijn, van nog meer belang is vaak de morele steun, die men krijgt en die helpt over dieptepunten heen te komen. Ook kan technische hulp een onderzoek eerder doen slagen. Als men bijvoorbeeld een enquête moet houden en deze enquête kan verrichten onder de naam van een bekend instituut, zal het resultaat groter zijn dan wanneer men een dergelijk onderzoek privé moet verrichten. Het aantal geënquêteerden, dat de vragenformulieren zal terugzenden zal in het eerste geval al groter zijn.

Getracht werd het onderzoek over niet al te lange tijd te laten lopen teneinde de kans te ontlopen dat het vol vreugde werken verandert in een zuchtend werken. Bovendien is het gevaar niet denkbeeldig, dat de maatschappelijke situatie bij een langdurig onderzoek zodanig verandert, dat de resultaten, die aan het begin van het onderzoek werden verkregen, niet vergelijkbaar blijven met die aan het eind van het onderzoek.

Stelt men de eis, dat het onderzoek niet te lang mag duren, bijvoorbeeld niet langer dan een of twee jaar, dan is het duidelijk, dat men zijn ervaringen niet binnen de eigen praktijk kan opdoen. Een huisarts met een middelmatig grote praktijk laat immers niet meer dan één kind per vier of vijf jaar in een zwakzinnigeninrichting opnemen. Men moet dus verzekerd zijn van de hulp van anderen om gezinnen op het spoor te komen.

Het lag het meest voor de hand van een of meer

zwakzinnigeninrichtingen wachtlijsten op te vragen, teneinde een aantal daarop vermelde gezinnen te onderzoeken. Dit zou echter buitengewoon onpraktisch zijn geweest. De kinderen worden immers niet steeds volgens de wachtlijst opgenomen, spoedgevallen worden tussengeschoven, andere kinderen worden niet opgenomen als puntje bij paaltje komt, doordat de ouders niet willen of doordat er een andere oplossing is gevonden. Op deze wijze werkende zou men veel gezinnen bezoeken, waar pas na jaren, of nooit, zou kunnen worden onderzocht welke de invloed van de opname zou zijn. We zijn dus anders te werk gegaan. Wij kregen van twee provinciaal-psychiatrische diensten die gezinnen op, waarvan een kind zou worden opgenomen en voor welke kinderen een opnamedatum in een inrichting was vastgesteld. Hierdoor kreeg men de waarborg, dat het kind omstreeks de tijd van het eerste onderzoek van het gezin inderdaad zou worden opgenomen.

Dit onderzoek hield in, dat men een uitvoerig gesprek met de beide ouders van het zwakzinnige kind in hun eigen milieu voerde. Tevoren was een lijst opgesteld met vragen waarop men een antwoord hoopte te ontvangen en zodoende een inzicht te krijgen in de structuur van het gezin en de functies, die het meest centraal stonden. Ook de kwaliteit van het gezinsleven werd beoordeeld. Verder werd getracht te weten te komen op welke wijze het zwakzinnige kind het gezinsleven beïnvloedde. Na een jaar werd het gezin weer bezocht en beoordeeld. Het was ook daarom van belang, dat het eerste bezoek ten tijde van de opname plaats vond, opdat de onderzoeksituatie voor alle gezinnen zoveel mogelijk gelijk was.

De vragenlijst had de onderzoeker zich zo goed mogelijk ingeprent, opdat hij die bij het gesprek zelf niet behoefde te gebruiken. Gevreesd werd, dat de gespreksituatie anders ongunstig zou worden beïnvloed. Ook werden om dezelfde reden tijdens het gesprek geen aantekeningen gemaakt, behoudens over een aantal personalia aan het einde van het gesprek. Het gesprek had ook niet het karakter van een vraaggesprek, maar zoveel mogelijk van een „vrij gesprek”. Aan de ouders werd zoveel mogelijk het initiatief gelaten. Alleen wanneer het gesprek teveel dreigde af te dwalen werd ingegrepen. Vrijwel alles, wat men wilde weten, kwam in dit vrije gesprek ter sprake. Ten hoogste waren een paar aanvullende vragen nodig.

Zo spoedig mogelijk na het gesprek werden de ge-

* (1960) huisarts en wetenschap 3, 267.

gevens in telegramstijl vastgelegd om later in een protocol te worden uitgewerkt. Aan de huisarts van het gezin werden achteraf steeds inlichtingen gevraagd. Vooraf werd hem toestemming gevraagd contact met het gezin op te nemen. De gesprekstechniek is het onderzoekinstrument, dat men bij een „case-study” moet hanteren. Het is daarom van belang, dat men er grote aandacht aan besteedt. Aanvankelijk werd overwogen om een medisch maatschappelijk werker de gezinnen te laten bezoeken. Toen wij ons echter gingen realiseren, dat de benadering van de problematiek grotendeels via de gesprekken met de ouders moest plaatsvinden, meenden wij, dat wij dit niet aan anderen moesten overlaten. Onze kennis zou dan gauw tweedehands kennis worden.

Ook de overweging een tweede onderzoeker in te schakelen werd niet ten uitvoer gebracht, hoewel dit eigenlijk wel voor de hand had gelegen. De onderzoeken waren namelijk door de aard ervan, maar ook door de geografische spreiding van de gezinnen, zeer tijdrovend. Soms moest men voor één bezoek 200 km rijden! Toch zou de eenheid in de beoordeling van de gezinnen onherroepelijk onder een verdeling in twee van het onderzoek lijden. De onderlinge vergelijkbaarheid zou dan veel slechter worden. Daarom werd hiervan afgezien, onder de gelijktijdige erkenning, dat een subjectief element in de beoordeling nooit kan worden vermeden.

Voordat het eigenlijke onderzoek werd begonnen, werd een proefonderzoek bij vier gezinnen gehouden. Aan de hand van de resultaten hiervan werd de vragenlijst nog op sommige punten gewijzigd. Een dergelijk proefonderzoek is van veel betekenis voor het welslagen van het gehele onderzoek. Men kan door het houden hiervan veel fouten bij het latere onderzoek vermijden.

Omdat een „case-study” wel vermag de problematiek te leren kennen, maar ons niets leert over de sterkteverhoudingen van de optredende verschijnselen was het ook nodig een enquêteonderzoek op grotere schaal te verrichten.

De enquête staat of valt met de samenstelling van de vragenlijst. Deze moet niet te lang zijn. De vragen moeten voor iedere geënquêteerde duidelijk zijn en zoveel mogelijk door iedereen op dezelfde wijze worden geïnterpreteerd. De antwoorden moeten gemakkelijk kunnen worden gecodeerd, zodat zij op een eenvoudige wijze statistisch zijn te bewerken. Men moet bij het opstellen van de vragen zeer kritisch te werk te gaan. In de eerste plaats dient men zich ook weer goed voor ogen te houden, wat men wil weten, wat men met de enquête beoogt. Men is al gauw geneigd het een of ander ook nog gauw even erbij te vragen; men is immers toch bezig en het gaat in een moeite door! Dit is een gevaarlijke gedachte, die er gauw toe kan leiden, dat men een verwarde en veel te omvangrijke informatie krijgt, waarmee men naderhand, bij de bewerking, geen raad weet. Ook mag men de geënquêteerden niet meer belasten dan strikt nodig is.

De redactie en zelfs de volgorde van de vragen is ook van belang. Men loopt het risico, dat men door een verkeerde redactie een bepaald antwoord suggereert. Ook kan een bepaalde volgorde een bepaalde suggestie in zich bergen. Het is vaak bijzonder moeilijk alle fouten uit een vragenformulier te schiften. Daarom is het houden van een proefenquête niet alleen waardevol, maar een absoluut noodzakelijke voorwaarde voor het welslagen van een enquêteonderzoek. Bij ons onderzoek hebben wij ongeveer tien vragenlijsten ontworpen, voordat wij tot een definitieve redactie kwamen.

Ook moet men zich afvragen aan wie men de vragenlijsten wil zenden. In ons geval hadden wij eigenlijk de keuze tussen twee mogelijkheden, namelijk het ondervragen van de ouders of van de huisartsen. Wij kozen het laatste. Wij vreesden, dat een enquête bij ouders eventueel onderdrukte gevoelens en emoties zou kunnen losmaken. Bovendien zou de waarde van de inlichtingen slechts betrekkelijk zijn, mede omdat inlichtingen over het verleden moesten worden gegeven. Ook zouden de antwoorden van bijvoorbeeld een academicus niet te vergelijken zijn met die van een ongeschoold arbeider. En voor alle categorieën ouders zou het moeilijk zijn een min of meer objectief oordeel te geven over de eigen situatie. De huisartsen zouden dit beter kunnen doen: bovendien zijn de opleidingen en de relatie tot de betrokkenen voor alle huisartsen min of meer identiek, waardoor de antwoorden wat meer vergelijkbaar zouden zijn.

Het zou ons te ver voeren om op allerlei details van de enquête in te gaan. Ik wil echter alleen één voorbeeld noemen om te laten zien, op welke onverwachte moeilijkheden men kan stuiten. Het lag in de bedoeling een enquête te houden onder de huisartsen van alle gezinnen, waaruit in 1956 een zwakzinnig kind in een inrichting was opgenomen. Van vijftien van de zestien inrichtingen werd een grote medewerking verkregen, doordat zij lijsten opstelden van de kinderen, die in het genoemde jaar waren opgenomen. Daarbij was ook gevraagd de huisarts op te geven, opdat wij deze een vragenlijst konden sturen. Het bleek echter in ongeveer de helft van de gevallen dat de huisarts bij de inrichting niet bekend was (een karakteristiek teken voor onze huidige positie!) Op het ontbreken van dit gegeven hadden wij niet gerekend. Met veel detectivewerk moesten nu de ontbrekende huisartsen worden opgespoord. Wij wilden zo weinig mogelijk de ouders zelf inschakelen, zodat wij via diaconieën of diensten van sociale zaken de huisarts te weten trachtten te komen, als de godsdienst of de betalende instantie bekend was. In andere gevallen werd weer een G.G.D. of een provinciaal-psychiatrische dienst ingeschakeld. Men kan zich voorstellen, dat dit alles zeer tijdrovend was en een enorme administratieve rompslomp met zich meebracht; werk dus, dat tevoren niet was voorzien. En dit door het ontbreken van één enkel gegeven.

De enquête kon niet een maximum aan resultaat hebben, omdat men met een aantal voor artsen

nieuwe begrippen moest werken. Zo bleek het achteraf onmogelijk met de gegevens, die wij door onze vragenlijst verkregen, de gezinnen van de enquête volgens de typologie van Saal en Ponsioen in te delen. Door middel van enkele eenvoudige vragen bleek men geen goed inzicht te kunnen krijgen in de structuur van het gezin. Als een aantal sociologische begrippen gemeengoed onder de artsen zou zijn, dan zou een soortgelijk onderzoek veel gemakkelijker worden, terwijl men meer en betrouwbaarder resultaten zou kunnen verkrijgen. Wellicht moge dit in de toekomst nog eens zo zijn!

Nog een enkel woord wil ik wijden aan de statistische bewerking van de gegevens. Enig inzicht in statistische methoden kan van veel nut zijn bij de opzet van een onderzoek. Men loopt veel minder kans kardinale fouten te maken bij de samenstelling van een steekproef en men lette goed op de representativiteit van het materiaal. Aan de andere kant moet men de statistische methoden ook weer niet te veel overschatten. De gegevens, die men bij een onderzoek als het onze verkrijgt, zijn op een dusdanig „grove” manier verkregen, dat het toepassen van verfijnde statistische toetsen hierop weinig waarde heeft. Men moet zich, voorlopig althans, tevreden stellen met globale cijfers.

Thans wil ik twee gezinnen beschrijven om te laten zien, hoe men deze met behulp van de behandelde sociologische begrippen kan beoordelen en vergelijken.

Het eerste gezin, dat ik wil bespreken is van het open type in een gesloten samenleving. Het woont in een buurtschap in Overijsel, waar de man op een naburige boerderij knecht is. Er is een frequent contact met de bureu, de deur staat de gehele dag open, waardoor ieder in en uit loopt. Als zesde van zeven kinderen werd een zwakzinnig kind geboren. Toen dit ongeveer één jaar was, ontdekte de wijkzuster, dat het niet normaal was. In de loop der jaren werd dit kind, een jongen, steeds storender in het gezin. Hij was druk en onrustig, kreeg vaak driftbuien en was op zijn vijfde jaar nog niet zindelijk. Ook deed hij gevaarlijke dingen, zo trok hij meermalen een brandend petroleumstel om. Vaak probeerde hij weg te lopen. De moeder had haar handen met dit kind vol, zodanig, dat men de indruk kreeg met een zwak-sociaal gezin te maken te hebben. In huis was het overal rommelig, viezig, ongezellig. De kinderen liepen met vieze gezichten rond in ongewassen kleren. Op advies van de huisarts werd het kind in een inrichting opgenomen toen het vijf jaar oud was.

Een jaar na opname was er een duidelijke verbetering in het gezin opgetreden. Het huis zag er nu fleurig en gezellig uit. Er stonden nu overal bloemen en planten, die het jaar tevoren ontbraken. De kinderen zagen er veel beter verzorgd uit. Vader en moeder waren veel rustiger geworden. De vader, die te voren veel aan astmatische bronchitis had geleden, had het laatste jaar hier vrijwel geen last meer van gehad. Het contact met de buurtgenoten

was veel beter geworden. Het kwam nu meermalen voor, dat buurkinderen meeaten, iets wat tevoren ondenkbaar was. De indruk van het zwak-sociale karakter van dit gezin was helemaal verdwenen.

Men kan van dit open gezin in een gesloten samenleving dus concluderen, dat de opname van het zwakzinnige kind op bepaalde gezinsfuncties gunstig heeft gewerkt. In de eerste plaats blijkt, dat een sociaal-biologische functie, met name de fysiek-verzorgende, in sterke mate is verbeterd. In de tweede plaats blijkt, dat de socialiserende functie — het contact met de buurtgenoten is bij een dergelijk gezin van zeer veel betekenis — beter kon worden vervuld na de opname.

Het tweede gezin, dat ik wil bespreken, is van het nieuwe open type. Een gereformeerd gezin met vier kinderen woont in een middelgrote plaats in Gelderland. De man is accountant van beroep. Hij heeft zich langzamerhand op de maatschappelijke ladder opgewerkt. Hij heeft zeer veel culturele en kerkelijke belangstelling. Zijn vrouw is rustig, wat teruggetrokken en ten tijde van het eerste bezoek tamelijk neerslachtig.

De drie oudste kinderen bezoeken het gymnasium. Toen het laatste kind geboren werd, bleek het de ouders na ongeveer vier maanden wel, dat het in ontwikkeling achter was. Sinds zijn tiende jaar is hij zindelijk. Hij veroorzaakt in huis steeds opschudding, hij gooit bloempotten en kopjes stuk, bezoekers trekt hij de bril van het gezicht en steeds loopt hij weg. De ouders hebben voor hem een soort „ren” in de tuin gemaakt. De oudste zoon is op een internaat geweest, omdat thuis studeren onmogelijk was. De tweede zoon lijdt aan slapeloosheid; de moeder is vrij depressief. Uiteindelijk hebben de ouders ingezien, dat het zo niet meer langer ging en ze hebben een opname aangevraagd.

Bij het tweede bezoek, een jaar later, blijken zich grote veranderingen in het gezin te hebben voltrokken. Opvallend is de veel grotere rust, die nu van de ouders uitgaat. De moeder is veel opgewekter geworden. Duidelijk is, dat de ouders de opname zeer bewust hebben gedaan: „Wij zien het zo, dat wij nu ons kind tot zijn bestemming gebracht hebben. Wij hebben hem niet alleen maar laten opbergen in een inrichting”. De maaltijden verlopen nu ongestoord; het tafelgesprek, dat men zo lang heeft moeten ontberen, bloeit nu weer op. De jongens voelen zich veel vrijer, ze hoeven nu niet meer op kousevoeten door het huis te sluipen. De huiskamer is weer het centrum van het gezin geworden. Het onderlinge contact tussen de ouders was steeds wel goed, maar biedt nu veel meer mogelijkheden.

Bij de beschouwing van de veranderingen in dit gezin valt vooral op, dat de sociaal-psychologische functie, en daarmee samenhangend de gezelligheidsfunctie na de opname een sterke verbetering ondergaat. De nadruk ligt veel minder op de fysiek-verzorgende functie. Ook valt ons hier op, dat een „vitale indicatie”, die bij het eerstgenoemde gezin mede aanwezig was — denk maar aan het brandgevaar — hier eigenlijk afwezig is. Het reeds goede

niveau wordt niet duidelijk verbeterd, wel echter de subjectieve integratie.

Dat bij een vergelijking ook andere factoren in het geding zijn, zoals het verschil in maatschappelijke klasse, wil ik hier nu verder laten rusten. Ook op de betekenis van het wonen in stad of op het platteland wil ik hier niet verder ingaan.

Tot slot zou ik nog een enkele opmerking willen maken over de rol van de huisarts in het gezin in verband met de opname van het zwakzinnige kind. Het blijkt wel zeer duidelijk, dat men als huisarts er niet is met het geven van een advies om een kind in een inrichting op te laten nemen. Bij een van de door mij bezochte gezinnen werd op een gegeven moment op korte termijn een kind opgenomen, omdat huisarts en specialist dit nodig achtten. Het duurde echter niet lang of de ouders hadden dit kind weer naar huis gehaald. Bij een ander ouderpaar had de huisarts direct na de geboorte van een mongooltje het probleem van een eventuele opname aangesneden. Bij deze ouders ontwikkelde zich uitgesproken schuldgevoelens. Bij weer andere gezinnen, waar een kind vroeg, dat wil zeggen vóór het vierde jaar werd opgenomen, ontstonden nogal eens psychosomatische reacties bij de ouders na de opname van het kind.

Het blijkt dus wel dat de ouders eerst een rijpingsproces moeten doormaken, voordat zelfs een opname ter sprake kan komen. Dit proces kost meestal vele jaren. Eerst moeten de ouders zover komen dat zij hun kind helemaal — dus ook in zijn abnormaal zijn — leren aanvaarden. Pas daarna kan worden gedacht over een eventuele opname. In deze lange

periode kan de huisarts wel een begeleidende rol spelen, maar hij moet vooral geen beslissing forceren. Daar moeten de ouders naar toe groeien. Pas daarna kan de opname ook de betekenis krijgen van een „kind tot zijn bestemming brengen”, zoals een van de ouders het zo treffend noemde. Het mag geen wegsturen, geen wegdoen van het kind zijn. Mede om die reden is over het algemeen gesproken een opname vóór het vijfde jaar niet nodig en niet wenselijk. De huisarts hoede zich dan ook voor een al te actieve houding, hoewel bij de verschillende gezinstypen zijn houding toch weer een andere moet zijn. Men heeft aan de gegeven voorbeelden kunnen zien, dat een bepaalde gebeurtenis voor een gezin als geheel een trauma kan betekenen. Als huisarts moet men hiervoor een open oog hebben. Dit is niet alleen het geval bij de aanwezigheid en de opname van een zwakzinnig kind, maar ook kan dit voorkomen bij het overlijden van een van de ouders, bij de opname in een psychiatrische inrichting van een van de gezinsleden, bij werkloosheid, het invalide worden van man of vrouw en bij nog veel meer omstandigheden.

Ik hoop enig inzicht te hebben gegeven in de mogelijkheden, welke de gezinsociologie ons, huisartsen, kan bieden bij de beoordeling van bepaalde gezinsomstandigheden en de moeilijkheden, die zich daarbij kunnen voordoen. Duidelijk is wel, dat op dit gebied nog veel te verrichten valt; dat de gezinsociologie en de andere takken van de sociologie ons, artsen, belangrijk materiaal kunnen leveren en waardevolle methoden kunnen leren, daarvan ben ik overtuigd.

*Promoveren door huisartsen**

DOOR PROF. R. HORNSTRA

Voor een eerste inzicht in het probleem van het promoveren door huisartsen zou het nodig zijn het percentage van de doctores onder de huisartsen te kennen. Dat blijkt niet zo eenvoudig. Op een door het bureau van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst verstrekte lijst van gepromoveerde huisartsen komen 352 namen voor. Het is niet precies bekend op welk totaal aantal dit moet worden betrokken, want behalve de actief praktiserende, vallen ook de rustende huisartsen hier onder. Globaal zal dit in de buurt van 5000 liggen. Van dit getal uitgaande kan men stellen dat van de huisartsen zeven procent is gepromoveerd. Voor de specialisten zijn wij, door het onderzoek dat op mijn instituut is gebeurd, nauwkeuriger op de hoogte. Van alle sedert 1933 ingeschreven specialisten is 38 procent gepromoveerd. De gepromoveerde huisarts is dus een betrekkelijke uitzondering; dat specialisten gepromoveerd

* Voordracht, gehouden op het N.H.G.-congres 1959.

zijn, kan geen regel worden genoemd.

Sprekend over promoveren van huisartsen kunnen we ons echter niet baseren op de bovengenoemde lijst van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Van alle personen die daarop voorkomen, voorzover ze thans jonger zijn dan 65 jaar, heb ik de onderwerpen van de dissertaties laten uitzoeken en dan blijkt duidelijk, dat de meesten van de gepromoveerde huisartsen zeer kort na het artsexamen als assistent zijn gepromoveerd, dus voordat zij huisarts werden. De farmacologie blijkt een relatief grote aantrekkingskracht te hebben gehad. Aan de titel van de dissertatie is lang niet altijd na te gaan of deze bewerkt is ten tijde dat men als huisarts werkzaam was. Maar ook al zou dat wel mogelijk wezen dan hadden we nog geen beeld gekregen van het aantal gepromoveerde huisartsen. Er zouden dan namelijk diegenen moeten uitvallen, die als huisarts een dissertatie schreven, maar nu geen huisarts meer zijn, omdat ze in