

## BOEKBESPREKING

K. J. van Deen. *Integratie van de sociale geneeskunde in het medisch weten, handelen en kunnen. Inaugurale rede Groningen, 31 mei 1960. J. B. Wolters' Uitgeverij n.v., Groningen. 19 bladzijden. f 1,25.*

Bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar in de sociale geneeskunde te Groningen heeft Van Deen, naar aanleiding van enkele ziektegeschiedenissen, gewezen op de vaak gebrekkige samenwerking tussen sommige sociaal-geneeskundigen (respectievelijk een schoolarts, een reumatoloog en een controlerende geneesheer) en de huisarts.

Van Deen ziet de plaats van de huisarts, binnen het totaal van alle gezondheidsvoorzieningen, terecht als centraal. Stelt men zich op dit standpunt dan weet men dat dergelijke ziektegeschiedenissen niet zeldzaam zijn. Als huisarts en sociaal-geneeskundige ergert Van Deen zich en geeft in zijn betoog lucht aan deze ergernis, maar wijst tevens op de mogelijkheden die kunnen leiden tot verbetering van de samenwerking tussen de artsen rondom de patiënt.

De nieuwe hoogleraar ziet het als een taak van de sociale geneeskunde deze samenwerking te bevorderen, waardoor een beter gebruik van de bestaande sociaal-geneeskundige voorzieningen kan worden gemaakt. Een goede samenwerking is echter pas mogelijk als alle geneeskundigen hun „plaats” weten.

Wij, huisartsen, zijn blij met de plaats die Van Deen ons geeft.

G. J. Bremer

M. J. Halhuber en H. Kirchmair. *Notfälle in der inneren Medizin. Eine Gedächtnishilfe zu ihrer Diagnostik und Therapie. Urban en Schwarzenberg, München, Berlijn 1959. 313 bladzijden, prijs gebonden D.M. 18.*

Binnen twee jaar verscheen van dit boekje de vierde druk; wel een bewijs dat er nog steeds behoefte aan een dergelijke uitgave bestaat. Oorspronkelijk was het de bedoeling, zoals uit het voorwoord blijkt, jonge artsen met weinig ervaring, speciaal jonge ziekenhuisassistenten, een handleiding te verschaffen waarin men snel gegevens kan vinden over symptomen, differentiële diagnose en therapie van spoedeisende gevallen in de interne geneeskunde.

Deze handleiding is echter ook van waarde voor andere categorieën van artsen. Speciaal zij die menen ervaring te hebben kunnen hier hun ideeën toetsen aan de moderne inzichten, want het boek is up to date en geeft na ieder hoofdstuk naast Duitse, vele literatuuropgaven uit andere landen.

Ook de huisarts zal hier veel van zijn gading kunnen vinden, want hoewel ziekenhuisopname in de genoemde gevallen vaak nodig is zal hij toch de eerste hulp moeten verlenen. Het formaat van dit boek (12 x 18 cm) is zodanig dat het gemakkelijk meegenomen kan worden.

G. J. Bremer

*Klapper ten behoeve van de interpretatie van laboratoriumgegevens. Samengesteld door F. Delhez, arts. Prijs f 9,50, te storten op postrekening 859542 ten name van het Algemeen Ziekenfonds Hengelo en Omstreken onder vermelding van „Laboratorium-klapper”.*

„Een laboratorium-klapper geschreven en samengesteld voor een groot deel door huisartsen en geheel ingesteld op huisartsen”, zie hier het aantrekkelijke van deze uitgave voor de algemene practicus. Medewerking en supervisie van vele deskundigen uit den lande heeft een resultaat opgeleverd waarvoor wij de initiatiefnemer, collega Delhez uit Hengelo, zeer dankbaar mogen zijn.

Op gekleurd papier vindt men een verklaring van alle reacties en bepalingen welke in het huisartsenlaboratorium te Hengelo mogelijk zijn met de interpretatie van de uitkomsten. Op wit papier vindt men een verklaring en een interpretatie van een aantal reacties en bepalingen welke door specialisten in de ziekenhuislaboratoria worden gedaan. Door het bezit van deze klapper zal het laboratoriumwerk, verricht op initiatief van de huisarts, sterk worden gestimuleerd en het nuttig effect van specialistenbrieven zal toenemen nu onbegrepen reacties en getallen snel in de klapper zijn na te slaan.

De klapper, uitgevoerd in ringband, is voor uitbreiding vatbaar; de eerste tien aanvullingen worden gratis verstrekt. Een unieke gelegenheid zich te oriënteren welke steun het laboratorium de huisarts dagelijks kan bieden.

den H.

## HET LEZEN WAARD (5)

Voor de huisarts bestaan verschillende aardige boeken over hoofdpijn, waarvan hier een viertal wordt genoemd. De eerste drie zijn zeer systematisch ingedeeld en wijden alle drie een hoofdstuk aan het onderzoek van de patiënt met hoofdpijn. Het laatstgenoemde boekje is wat „gezelliger” om te lezen; het bevat enkele ziektegeschiedenissen en schenkt meer aandacht aan psychogene factoren.

H. Heyck. *Der Kopfschmerz. Differential-Diagnostik und Therapie für die Praxis.* Thieme. Stuttgart. 1958. 301 bladzijden. f 29,70.

E. Pichler. *Der Kopfschmerz.* Springer. Wenen. 1952. 214 bladzijden. f 26,60.

R. E. Ryan. *Headache. Diagnosis and treatment.* Mosby. St. Louis. 1957. 421 bladzijden. f 30,—.

P. S. MacNeal, e.a. *Management of the patient with headache.* Lea & Febiger, Philadelphia. 1957. 145 bladzijden. f 15,45.

## INGEZONDEN

### *Over een kritische beschouwing*

Het artikel van Dr Hogerzeil over het rapport „De huisarts en de doeltreffendheid van zijn aandeel in de gezondheidszorg” in „huisarts en wetenschap” van december 1960 noopt tot enige opmerkingen en prikkelt tot een uitvoerige bespreking. Van de laatste is afgezien omdat zelfs bij een beperking tot hoofdzaken niet met een kort wederwoord kon worden volstaan.

I De schrijver begint met aan te tonen, dat de voor het onderzoek genomen steekproef van huisartsen niet aselekt is.

a In het rapport is echter niet gesteld, dat de steekproef aselekt is of moest zijn. Dit om de eenvoudige reden, dat het een onmogelijkheid is bij een onderzoek met vrijwillige medewerking van de geënquêteerden.

b Bij de bewijsvoering voor het gebrek aan aselectiviteit wordt bovendien uitgegaan van een geheel andere populatie dan de voor het onderzoek gekozen. Daarvoor werd hoofdzakelijk medewerking gevraagd van die huisartsen, wier praktijken reeds of nog een zekere stabiliteit hadden en die hun inkomsten voornamelijk uit hun werk als huisarts verkregen.

c Daar de kleine praktijken door hun naar verhouding geringe gezamenlijke patiëntenbestand weinig bijdragen tot het beeld van de door huisartsen gegeven gezondheidszorg, kan hun zwak in het monster vertegenwoordigd zijn niet als zwaar worden gevoeld.

d Het is niet gebleken dat de huisartsen, die medewerking aan het onderzoek hebben geweigerd, in meerdere mate dan de niet-weigeraars plusvarianten zouden zijn ten opzichte van de mediane gezondheidszorg. De weigering van eerstgenoemden heeft derhalve waarschijnlijk geen deprimerende invloed gehad op de conclusies ten aanzien van de gezondheidszorg. De redenen tot weigering van medewerking aan het onderzoek zijn, voorzover deze bekend waren, in het rapport vermeld (pagina 27 en 28).

e Het heeft, zoals Dr Hogerzeil heeft gedaan, weinig zin te bewijzen, dat het voor het rapport genomen monster huisartsen geen aselekt steekproef is van een andere populatie. Meer dan 60% van de waarde van de  $X^2$  bij de berekening over de verdeling naar grootte van de fondspraktijken is afhankelijk van het verschil bij de groep van 100-500 fondsleden. Deze groep was met opzet niet in het monster opgenomen!

II Vervolgens richt de schrijver zich tegen de in het rapport gemaakte opmerkingen en getrokken conclusies over de door huisartsen gegeven gezondheidszorg.

a De conclusies berusten op het gehele materiaal. Opmerkingen (dit is niet hetzelfde als aanmerkingen) zijn gemaakt

bij circa 1000 rapporten. Deze zijn voornamelijk gekozen uit de ruim 6000 rapporten van zogenaamde eerste contacten huisarts-patiënt. Opmerkingen bij de rapporten van volgende contacten bleven veelal achterwege omdat deze daartoe de nodige informatie over begin van klachten, onderzoek en behandeling misten.

b Ter vermindering van schijnobjectiviteit heeft — dus met opzet — geen (schijn)exacte telling en rubricering van opmerkingen plaats gevonden.

c De opmerking van Dr Hogerzeil, dat nooit iets goed genoeg is wanneer alleen het beste goed genoeg is en dat daarbij elke beroepsgroep tekorten zal tonen, siert niet de exponent van het goede huisartsschap. Zonder dramatisch te stellen dat elke tekortkoming in de door huisartsen gegeven gezondheidszorg levens kost, mag door artsen toch wel worden aangenomen, dat hun tekortkomingen zwaarder wegen dan die van willekeurige andere beroepsgroepen.

III De schrijver maakt voorts bezwaar tegen het gebrek aan objectiviteit bij de bewerking van de gegevens.

a In het rapport is nergens te vinden, dat de beoordeling van de bewerker objectief zou zijn. Het ontbreken van zulk een objectiviteit behoeft echter niet alle juistheid aan de beoordeling te ontnemen.

b Hoewel de schrijver er de aandacht op vestigt, dat de mediane arts niet hetzelfde is als de gemiddelde arts en hem de statistische betekenis van deze en dergelijke begrippen duidelijk moet zijn, trekt hij even later de (onjuiste) conclusie, dat mediane en redelijke gezondheidszorg hetzelfde zijn.

IV Aan de opmerkingen van Dr Hogerzeil over de methode van enquêteren kan worden voorbijgegaan, daar zij slechts slaan op het theoretisch ideaal. Zij konden niet voldoende zijn toegespitst op de praktische uitvoering bij dit onderzoek, omdat daarover wegens ruimtebesparing in het rapport te weinig werd vermeld.

V Ditzelfde geldt, zij het in mindere mate, voor de aanmerking dat niet door middel van „follow-up” het effect van gezondheidszorg werd onderzocht. Het „waarom niet” werd in het kort bij de beschrijving van het proefonderzoek vermeld. In de inleiding tot het rapport is uiteengezet dat de geschiktheid van de middelen in belangrijke mate bepalend is voor het effect. In overeenstemming daarmee werd bij het onderzoek sterk de aandacht gericht op enkele „middelen” tot gezondheidszorg, met name anamnese en onderzoek. De mogelijkheid dat ongeschikte middelen tot een gunstig effect zouden kunnen leiden werd zelfs opengelaten en in het oog gehouden bij het beoordelen van de geregistreerde gegevens.

VI Na de samenvatting van zijn kritische beschouwing komt de schrijver tot een wat retorisch betoog. Het daarbij citeren van een uit zijn verband gerukte persoonlijke uitspraak van de bewerker van het rapport, gedaan tijdens een N.H.G.-bestuursvergadering, waarvan de notulen niet ter inzage gezonden, noch gepubliceerd zijn, moet als weinig hoffelijk en elegant worden gekenschetst. Bovendien zou het citaat tot de onjuiste gevolgtrekking kunnen inspireren, dat de bewerker van het rapport ten aanzien van de toekomst van de huisarts somber is gestemd. Dit zou hoogstens waar kunnen worden bij het blijven ontbreken van het juiste begrip voor de strekking van het rapport. Dit gebrek aan begrip kunnen zelfs de vriendelijke uitlatingen van de schrijver over de voor hem grotendeels wel aanvaardbare suggesties van het rapport, waaraan hij overigens poogt de basis te ontnemen, niet verhelen. Er zou geen prikkel zijn de suggesties te verwezenlijken indien de noodzakelijkheid daartoe, in de vorm van erkenning van het bestaan van tekortkomingen en het verband tussen deze en de suggesties, ontbreekt.

Het is te betreuren dat een aantal punten, op welke hier niet kon worden ingegaan, niet eerder te berde zijn gebracht. De meeste van deze zijn te onbelangrijk om de discussie daarover in druk te doen verschijnen. Na een goed voorbereid gesprek had Dr Hogerzeil waarschijnlijk zijn artikel anders geschreven en van minder vraagtekens behoeven te voorzien.

Dr Y. v. d. Wielen

Naschrift:

Daar Dr H. Hogerzeil op het ogenblik buitenslands vertoef maakt ondergetekende — hem inmiddels opgevolgd als voorzitter van het N.H.G.-Bestuur — als zodanig gebruik van de door de redactie geboden gelegenheid, de opmerkingen van Dr v. d. Wielen van enig commentaar te voorzien.

Ad I Als ik het goed begrijp geeft de schrijver toe, dat de voor het onderzoek genomen steekproef van huisartsen niet a-select is. Hij voert aan, dat in het rapport niet is gesteld dat de steekproef a-select is of moest zijn. Voor zover mij bekend wordt echter in het rapport ook nergens duidelijk vermeld, dat dit *geen* a-selecte steekproef was. Op pagina 26 wordt gezegd „Het samenstellen van een willekeurig monster gaf door het ontbreken van volledige en recente gegevens over alle Nederlandse artsen veel moeite” en twee alinea's verder: „Met een ander monster was tevoren nagegaan of de grootte een voldoende waarborg voor de representativiteit bood. Hierbij werd gelet op de spreiding over het land en de verschillende provinciën, de verhouding tot de bevolkingsdichtheid, de artsenspreiding, de geneeskundige voorzieningen, de verdeling apotheekhoudende — niet apotheekhoudende artsen en het vóórkomen van de verschillende leeftijdsgroepen”. Dergelijke zinsneden en de uitvoerige statistische bewerking van dit groot T.N.O.-onderzoek wekken toch minstens de indruk dat een a-selecte steekproef is genomen.

Ad II a Ook in dit antwoord blijft het bij weinig exacte formuleringen als „circa 1000 rapporten” en „deze zijn voornamelijk gekozen uit de ruim 6000 rapporten...” (cursivering van ondergetekende).

Ad II c Ongetwijfeld mag door artsen worden aangenomen, dat hun tekortkomingen zwaarder wegen dan die van sommige andere beroepsgroepen (al zou ondergetekende in dit verband niet gaarne van „willekeurige andere beroepsgroepen” willen spreken). Het is echter niet duidelijk, wat deze opmerking afdoet aan de constatering van Dr Hogerzeil, dat elke beroepsgroep tekorten zal tonen, wanneer men als criterium neemt, dat alleen het beste goed genoeg is. Dit criterium is des te merkwaardiger, nu het als premisse voor de voornaamste conclusie dient.\*

Ad IV De methode van enquêteren wordt tegenwoordig bij een dergelijk onderzoek van zeer groot belang geacht voor de uitkomsten. Het is te betreuren dat in dit, overigens zo uitvoerig, T.N.O.-rapport (340 pagina's, kosten in de boekhandel f 22,50) wegens „ruimtebesparing” hierover zo weinig wordt vermeld.

Ad V Het antwoord van Dr v. d. Wielen neemt niet weg, dat men ernstig kan blijven betwijfelen, of men de doeltreffendheid van de gezondheidszorg van de huisarts mag beoordelen, door alleen de gebruikte middelen en niet het effect te onderzoeken. De titel van het boek: „de huisarts en de doeltreffendheid van zijn aandeel in de gezondheidszorg” blijft, de inleiding ten spijt, veel wijdsder dan door de inhoud wordt gedekt. Al werd vermeld *waarom* geen follow-up werd verricht, het blijft daarom niet minder te betreuren dat geen follow-up werd uitgevoerd.

Ad VI In deze alinea dreigt Dr v. d. Wielen er min of meer mede, dat hij somber gestemd zou kunnen worden ten aanzien van de toekomst van de huisarts, wanneer het zou blijven ontbreken aan het juiste begrip voor de strekking van het rapport. De strekking van dit rapport is, dat er in de gezondheidszorg van de huisarts teveel tekortkomingen zijn. Deze strekking wordt door het N.H.G.-bestuur en ook door Dr Hogerzeil volledig onderschreven. De schrijver vergist zich, wanneer hij meent dat dit niet het geval zou zijn. Mogelijk is dit niet duidelijk genoeg door Dr Hogerzeil naar voren gebracht. Echter, juist uit een dergelijk besef is reeds

\* De aanhef van de eerste conclusie van het rapport luidt als volgt: „Indien voor de gezondheidszorg in het algemeen geldt dat alleen het beste goed genoeg is, moet worden geconstateerd, dat er in de door huisartsen gegeven gezondheidszorg teveel tekortkomingen zijn”.

jaren vóór het verschijnen van dit rapport het N.H.G. opgericht, met als voornaamste doelstelling: verbetering van de praktijk-uitoefening van de huisarts. Het N.H.G.-bestuur meent dat het Genootschap er in de jaren van zijn bestaan reeds in is geslaagd niet alleen suggesties ter verbetering te geven — zoals in dit boek geschiedt — maar in feite reeds daadwerkelijk aanzienlijke bijdragen ter verbetering te hebben geleverd (praktijkvoering, registratie medische gegevens, nascholing, voorlichting, wetenschappelijk onderzoek, bezinning en positieve stimulatie van de Nederlandse huisartsen enz. enz.). Vele huisartsen in Nederland hebben zich hiervoor grote moeite en persoonlijke opofferingen getroost, naast en in hun drukke praktijk. Over hetgeen door hen is gedaan en door hen werd bereikt, wordt in dit rapport nauwelijks of niet gerept.

Er is geen verschil van mening tussen de schrijver en het N.H.G.-bestuur over de strekking van de conclusie van het rapport, wel over de vorm en de wijze van bewijsvoering. Daarenboven betreurt het N.H.G.-bestuur het tijdstip van verschijnen van dit rapport, zeven jaar na het begin van dit onderzoek. Er is inmiddels veel gebeurd, er zijn duidelijk verbeteringen en verheugende symptomen waar te nemen. Nu te komen met een aantal suggesties alsof deze nieuw zijn, terwijl er verschillende reeds door het Genootschap werden gepropageerd en verwezenlijkt en dit niet te vermelden, is bepaald niet elegant en hoffelijk te noemen. Het verschijnen van dit rapport in deze vorm — de vrucht van een zeer omvangrijk en ongetwijfeld uiterst kostbaar onderzoek — is door de hardwerkende en daarbij met geldgebrek kampende huisartsen van het N.H.G. niet als stimulerend, maar als deprimerend ervaren.

Het is niet aan te nemen dat dit de bedoeling van de schrijver is geweest, mogelijk is zelfs het tegendeel zijn opzet geweest. Het valt dan dubbel te betreuren dat hij dit effect van deze publikatie op dit ogenblik niet heeft voorzien. Deze openhartige uiteenzetting mijnerzijds zal hem echter misschien duidelijk kunnen maken, waarom het N.H.G.-bestuur zich de moeite getroost heeft, een dusdanig kritische beschouwing aan zijn rapport te wijden.

Dr F. J. A. Huygen,  
voorzitter van het N.H.G.

## NAALDBANDEN

voor de *VIERDE* jaargang  
van „huisarts en wetenschap”  
zijn verkrijgbaar à f 3,75 per stuk.

★

In deze band kan men zelf  
de tekstpagina's van de jaargang verzorgen.

★

Banden kunnen worden aangevraagd  
door middel van storting  
van f 3,75 op postgiro no. 2906  
van Rotterdamse Bank, Kantoor Rapenburg te Leiden  
met vermelding:  
„huisarts en wetenschap”  
naaldband 4e jaargang.

## NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

### VAN DE COMMISSIE NASCHOLING

#### *Bijdragen tot de ontwikkeling der huisartsgeneeskunde.*

In de cyclus van de Commissie Nascholing van het Nederlands Huisartsen Genootschap, Bijdragen tot de ontwikkeling der huisartsgeneeskunde, zal, als vervolg op de Boerhaave-cursus Trainingsmethoden in de medische psychologie, thans in samenwerking met het Dr Veeger Instituut te Nijmegen, een huisartscursus worden georganiseerd onder de titel *Maatschappelijke facetten in gezondheid en ziekte*.

De cursus wordt gehouden te Nijmegen in het Nieuw Preklinisch Instituut van de Medische Faculteit op Heijendaal, St. Annastraat 315 te Nijmegen, van donderdag 27 april tot en met zaterdag 29 april 1961.

Naast een aantal Nederlandse docenten en huisartsen zijn enige buitenlandse sprekers uitgenodigd, die op dit gebied bijzondere ervaring hebben. Prof. Dr Th. von Uexküll is hoogleraar in de interne geneeskunde aan de Universiteit van Giessen en heeft grote bekendheid verworven op het gebied van de toepassing van de sociologie in de interne geneeskunde. Dr Scott is leider van de „General Practice Teaching Unit” aan de Universiteit te Edinburgh waar in een groepspraktijk studenten kennis maken met het werk van de huisarts. Miss Jane E. Paterson is maatschappelijk werkster, en is sinds de oprichting aan de „Teaching Unit” verbonden. De voordrachten worden gehouden in de taal, waarin de titel is vermeld. Convocaties voor deelname aan de cursus worden ter zijner tijd toegezonden.

Het voorlopig programma is als volgt.

#### *Donderdag 27 april*

14.00 Opening door Prof. Dr A. Th. L. M. Mertens.  
Prof. Dr A. Querido (Amsterdam): De huisarts en de maatschappelijke problematiek van zijn patiënten.  
15.00 Theepauze.

15.30 Prof. Dr Thure von Uexküll (Giessen, Dld.): Was kann eine Spezial-Disziplin „Sociologische Medizin” für eine allgemeine Medizin leisten?

Discussie. Discussieleider: Prof. Dr A. Th. L. M. Mertens.  
16.30 Dr J. C. van Es, huisarts te Apeldoorn: Ervaring van een huisarts over samenwerking met een socioloog. Discussie.  
18.00 Ontvangst door het bestuur Dr. Veeger Instituut en het bestuur Nederlands Huisartsen Genootschap. Kennismaking sprekers en cursisten. \* Koud buffet. \*

#### *Vrijdag 28 april*

9.00 Prof. Dr G. M. H. Veeneklaas c.s. (Leiden): Demonstratie van een driehoeksbespreking.

Discussie. Discussieleider: Dr J. H. F. Lahr.

10.30 Koffiepauze.

11.00 Mevrouw B. M. van Oort-Wegelin, sociaal leidster Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden (Rotterdam): Wat doet het maatschappelijk werk? Discussie.

14.00 Mevrouw Dr E. C. M. Frijling-Schreuder, zenuwarts (Amsterdam): Wat verwacht het M.O.B. van de huisarts? Discussie. Discussieleider: K. G. Brühl.