

Wat moet de huisarts dan doen? Moet hij streven naar maatschappelijke veranderingen? Het lijkt mij niet mogelijk dat de arts dat doet; hij is er niet voor geschoold en hij moet zich als een schoenmaker bij zijn leest houden, maar dat moet hij dan ook werkelijk doen. Evenmin als een schoenmaker moet proberen een schoen te maken voor iemand die slecht loopt ten gevolge van een gebroken been, evenmin moet de arts klachten, die voortkomen uit sociale problematiek, als een lichamelijke ziekte behandelen. Wel kan hij leren het symptoom te verstaan. Als de arts een patiënt moet behandelen die sputum opgeeft met hoesten, weet hij dat dit hoesten een reactie is, een poging het slijm uit de bronchi te verwijderen. Zijn therapie zal er op gericht zijn het slijm te doen oplossen en niet om de hoest te onderdrukken. Op soortgelijke wijze zal de huisarts de als lichamenlijk geuite klacht, die berust op sociale problematiek, moeten leren onderkennen en niet moeten pogen deze nuttige klacht te onderdrukken; daarmee is noch de patiënt, noch de arts gebaat.

Als de huisarts de klacht als symptoom van een bedreiging of van een dreigende crisis tezamen met de

patiënt leert signaleren, kan de arts dit signaal naar buiten doorgeven. Dit helpt de patiënt niet direct, maar misschien kan het voor arts en patiënt nuttig zijn dat de arts bekend dat hij niet in staat is iets voor de patiënt te doen.

Dit signaleren kan van zeer grote invloed zijn. De bestrijding van een epidemie in vroeger tijden, zoals bijvoorbeeld cholera, kwam niet tot stand door bij patiënten individueel toegepaste therapeutische maatregelen, maar door maatregelen op maatschappelijk gebied zoals riolering en drinkwatervoorziening. Deze maatregelen werden genomen omdat artsen de samenhang van verschijnselen signaleerden. Zulk signaleren zou heden ten dage dienstig kunnen zijn voor de preventie van crises door maatschappelijke oorzaken en lichamelijke crisisziekten.

De huisarts kan naar mijn mening ook iets doen voor de individuele patiënt. Het eerste dat hij kan doen is het symptoom niet onderdrukken. Verder kan hij pogen de patiënt te stimuleren zich tegen de bestaande situatie, samen met anderen, te verzetten, met andere woorden, ik zou in dit opzicht willen pleiten voor een

verzetstherapie, iets waarvoor *Milikowski* al enkele jaren geleden pleitte. Ik wil daarom met een kort citaat van hem besluiten: „Menselijke vooruitgang is alleen mogelijk door onaangepast gedrag. Een vorm van onaangepast gedrag is het protest. Mensen die zich verzetten zijn niet meer machteloos, en, als zij dit verzet samen met anderen plegen, zijn zij ook niet meer eenzaam. De dokter kan door zijn kennis daaraan daadwerkelijke steun verlenen. Bij de verzetstherapie worden arts en patiënt elkaars bondgenoot”.

- Dokter, H. J. en H. Ph. Milikowski, (1973) *Medisch Contact* 28, 185.  
Galbraith, J. K. Aspecten van de nieuwe industriële samenleving. Van Gennep, Amsterdam, 1969.  
Jores, A. De mens en zijn ziekte. Bijleveld, Utrecht, 1961.  
Kuiper, P. C. Psycho-analyse. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1973.  
Marcuse, H. De eendimensionele mens. Paul Brand, Bussum, 1970.  
Mettrop, P. J. G. (1973) *Medisch Contact* 28, 1067.  
Milikowski, H. Ph. Lof der onaangepastheid. Boom, Meppel, 1967.  
Milikowski, H. Ph. Daarom wil ik pleiten voor een verzetstherapie. In *Nieuwe Linie*, september 1971.  
Tellegen, E., *Medische sociologie*. Samsom, Alphen aan den Rijn, 1970.

---

## Anticonceptie en kleine seksuologie

De Boerhaave Commissie voor Voortgezet Onderwijs, de Dr. G. J. van Hoytema Stichting en de Commissie Nascholing Limburg hebben op verzoek van de N.H.G. stuurgroep Man-Vrouw: Anticonceptie een speciale cursus georganiseerd. De opzet van deze drie in Leiden, Enschede en Sittard gehouden cursussen was gelijk. Door plaatselijke omstandigheden is het zwaartepunt in de drie plaatsen steeds op een ander onderdeel van de cursus komen liggen.

### DE OPZET VAN DE CURSUSSEN

De beide onderdelen van de cursus — anticonceptie en kleine seksuolo-

gie — bestrijken een zeer uitgebreid gebied. Alle voor de huisarts gewenste informatie geven is in de korte tijd van een nascholingscursus onmogelijk. De in deze cursussen veelal toegepaste hoor-colleges wekken in elk geval de indruk veel informatie te hebben geboden. Of de huisarts deze zal absorberen en wat hij er in de dagelijkse praktijk mee doet, is nog niet voldoende bekend. Zoals overigens bij alle nascholingscursussen was het tevoren niet bekend welke kennis wel en welke niet bij de deelnemers aanwezig was.

Omdat het niet zeker is dat de tot nu toe gevolgde methode de meest effectieve is, werd getracht een nieu-

we weg te vinden. Daarbij is men er vanuit gegaan dat de cursisten zich tevoren zouden afvragen: „Hoe staat het met mijn kennis op dit terrein?”. Door het verwijzen naar recente literatuur werd de weg gewezen bestaande lacunes vóór het begin van de cursus aan te vullen. Helaas was het in Leiden aanbevolen werk uitverkocht. Overigens is er vooraf te weinig aandacht besteed aan deze belangrijke voorwaarde voor de „nieuwe opzet”. In het vervolg zal men de deelnemers ongeveer drie weken voor de aanvang van de cursus in een duidelijke, korte brief moeten motiveren na te gaan, welke kennis zij bezitten ten aanzien van het in de cursus be-

sproken gebied. Waarschijnlijk is dit het best te bereiken door het formuleren van een aantal vragen, aan de hand waarvan de cursist kan nagaan op welk peil zijn kennis zich bevindt. Daarnaast verdient het aanbeveling enkele recente literatuurverwijzingen te geven om eventuele lacunes aan te vullen. In de hier te bespreken cursussen is men ervan uitgegaan dat de nodige kennis bij de deelnemers aanwezig was.

Na de opening, waarin nogmaals in het kort werd uiteengezet wat de bedoeling van deze cursusvorm was, werd begonnen met een discussie over anticonceptie. Later zijn wij dit begin „vragenuur” gaan noemen, aangezien er veel vragen bij de deelnemers bleken te leven; sommigen hadden zelfs een lijst met problemen tevoren aan de organisatoren gestuurd. De discussie over deze vragen werd gevoerd door een „forum” van deskundigen onderling, door het forum met de deelnemers in de zaal en door de deelnemers onderling. De manier, waarop deze discussie werd geleid, bleek van groot belang voor de voortgang en de mate van welbevinden van de cursisten.

Om niet gedwongen te worden voortdurend van de hak op de tak te springen beperkte men zich tot enige onderdelen van de anticonceptie per zitting. Tot verbazing van sommigen bleek het onderwerp nog steeds vol voetangels en klemmen. Omdat men vaak geen duidelijkheid kon verkrijgen over de vraag of men discussieerde over een technisch aspect van een van de methoden of over de ethische opvattingen van de discussianten over seksualiteit, begreep men elkaar vaak niet. Daar kwam nog een „onzekerheid” bij: vaak bleek dat de deskundigen het niet eens waren over de te volgen gedragslijn. Sommigen vroegen met klem naar richtlijnen volgens welke allen zouden moeten handelen, anderen waren erg gelukkig met de genuanceerde benadering van de problematiek. Desondanks of juist hierdoor ontstond er af en toe onrust in de zaal.

Tijdens de verschillende pauzes werd een audio-visueel programma

gebracht met films en video-tapes met betrekking tot diverse geboortenregelingstechnieken. Er was een ruimte ingericht waarin zich een fantoom bevond, waarop men het inbrengen van het I.U.D. of het pessarium occlusivum praktisch kon uitoefenen.

In Leiden kon men overigens ook kennis nemen van alle andere anticonceptionele methoden. Een zeer deskundige leiding zorgde hierbij voor tekst en uitleg. In Enschede was een zeer uitgebreide tentoonstelling van alle anticonceptionele methoden die in Nederland op de markt worden gebracht. De uitleg was hier in handen van de betreffende farmaceutische industrie. In Sittard had men een zeer beperkte „voorlichting” van de zijde van deze industrie toegestaan.

De kleine seksuologie werd in werkgroepen bestudeerd. Tevoren waren praktijkvoorbeelden door de deelnemers ingestuurd. Al naar de opvattingen van de gespreksleiders werd in deze groepen meer de nadruk gelegd op de zelfwerkzaamheid van de deelnemers of op het overdragen van feitelijke informatie over het aan de orde zijnde onderwerp.

#### EVALUATIE VAN DEZE ALTERNATIEVE CURSUSVORM

Deze nieuwe, althans voor de nascholing nieuwe opzet hield een groot risico in, zowel voor de deelnemers als voor de organisatoren. Wij zullen hierna zien dat niet alle deelnemers deze opzet hebben kunnen waarderen. Natuurlijk spelen de attitude en de verwachtingspatronen van de deelnemers hierbij een rol. In de praktijk bleken ook grote verschillen op te treden omdat de verschillende gespreksleiders c.q. deskundigen verschillende opvattingen over de cursus hadden. Zou men tevoren meer tijd besteden aan het gelijk richten van opvattingen en methoden van deze gespreksleiders dan ware een betere vergelijking mogelijk.

Om onderscheidene redenen heeft de projectleiding van Man-Vrouw:

Anticonceptie getracht de drie cursussen te evalueren. Daartoe werd in de week na de cursus aan alle deelnemers dezelfde vragenlijst toegestuurd (zie *bijlage*).

Heel in het kort zal worden ingegaan op de antwoorden, die op deze vragen binnen kwamen. Steeds stuurde ongeveer 80 procent van de deelnemers hun enquêteformulier terug. Wij hebben niet getracht de mening van de 20 procent, die niet reageerde, te achterhalen. De enquête was anoniem. Conclusies kunnen alleen met uiterste omzichtigheid worden getrokken en hebben geen wetenschappelijke waarde.

De drie cursussen zijn vrijwel uitsluitend door huisartsen bezocht. Het is dan ook niet verwonderlijk dat bijna alleen mannen aan deze cursus hebben deelgenomen. Ongeveer 60 procent van de respondenten was afkomstig uit een stad of een stedelijk gebied, ongeveer 40 procent van het platteland. Van de artsen die antwoorden was ongeveer 6 procent jonger dan 30 jaar, 40 procent 30 tot 40 jaar, 40 procent 40 tot 50 jaar en 13 procent ouder dan 50 jaar.

Dat niet iedereen tevreden was met het feit dat bijna uitsluitend mannen aan deze cursus hebben deelgenomen, blijkt uit opmerkingen op het vragenformulier als: „Echtgenotes aan de cursus laten deelnemen” en „De echtgenotes erbij betrekken”.

Door middel van een aantal vragen hebben wij getracht ons een indruk te vormen hoe de voor deze cursussen „nieuwe” opzet is bevallen.

- Missen de respondenten korte voordrachten met „technische informatie”?

De deelnemers in Leiden en Enschede missen deze informatie in ongeveer 60 procent. Mede door deze antwoorden hebben wij in Sittard op de zaterdagmorgen een uur uitgetrokken waarin vier onderwerpen in sneltreinvaart werden behandeld. En zie „nog maar” 45 procent mist deze technische informatie. Dit is toch nog bijna de helft van degenen die hebben geantwoord. Dat hierover de me-

ningen zeer kunnen uiteenlopen illustreren de volgende aanhalingen: „Voordrachten met technische informatie niet nodig, wanneer deze informatie door middel van video-recorder wordt gebracht”; „Meer informatie door „voordracht” met ruime discussie” en „Wij wensen meer wetenschappelijke informatie in klassieke opzet”.

• Gevraagd werd: Prefereert u toch de klassieke opzet van een cursus als deze?

Van de deelnemers in Enschede koos 36 procent, van de deelnemers in Sittard 20 procent en van de deelnemers in Leiden 10 procent vóór de

„klassieke opzet”. Hoewel deze getallen oaderling moeilijk zijn te vergelijken omdat de groepsleiders in de drie plaatsen niet dezelfde waren, valt toch op dat in Sittard nog 20 procent voor de oude opzet kiest terwijl daar ook objectief de meeste informatie is gegeven.

• De forumdiscussies, c.q. vragenuurtjes werden nuttig gevonden door ongeveer driekwart van de deelnemers. In Enschede lag dit cijfer iets lager, wellicht te verklaren uit het feit dat de voorzitter op vrijdag en zaterdag niet dezelfde persoon was. Mogelijk hebben kleine verschillen in benadering van deze twee

voorzitters hier en daar wat verwarrend gewerkt.

Over de waardering van de forumdiscussies enkele meningen: „In de grote forumdiscussies kwamen de technische informatie wat te chaotisch over; omdat de standpunten van de diverse deskundigen nogal uiteenliepen”; „Tijdens forumzittingen moest nog teveel informatie worden „ingeaald” zodat van werkelijke discussie te weinig kwam” en „Wie komt om te leren: het forum of de huisarts?”.

• Desgevraagd vond ruim 90 procent van de respondenten de audiovisuele demonstraties een aanwinst.

• Ook de invoering van de gespreksgroepen werd door 90 procent als nuttig gekenschetst. Er is enig verschil tussen de drie plaatsen wat het functioneren van de gespreksgroepen betreft. In getallen — procentueel — werd tot het volgende beeld gekomen:

	Leiden	Sittard	Enschede
Goed	42	61	42
Matig	37	35	46
Slecht	10	2	10

Hieruit blijkt dat de voorbereiding van deze groep en de coaching van de groepsleiders erg belangrijk is. In Sittard was dit het best gebeurd; in Enschede door omstandigheden en misverstanden het minst goed. In het algemeen zou men kunnen zeggen dat er twee groepsleiders zouden moeten zijn, één die de groep leidt en één zogenaamde deskundige. Beiden zouden een beetje op elkaar moeten zijn ingespeeld.

• De volgende vraag: „Acht men in de groep nog meer informatie wenselijk” werd als volgt beantwoord: vooral de respondenten uit Leiden wensen (60 procent) meer informatie in de groep; in Sittard was dit 35 en in Enschede 45 procent.

• Het praktisch oefenen op het fantoom was in Leiden zeer goed voorbereid, in Enschede, door misverstanden wederom, minder en in Sittard met twee fantomen goed. In Leiden zegt 55 procent dit op prijs te hebben gesteld. Dit is toch nog niet erg veel. In Enschede heeft maar 30

BIJLAGE EVALUATIE CURSUS „ANTICONCEPTIE EN KLEINE SEKSUOLOGIE”  
(Aankruisen wat van toepassing is)

- Persoonlijke gegevens
 

huisarts .....	<input type="radio"/>	stad	<input type="radio"/>	platteland	<input type="radio"/>
specialist .....	<input type="radio"/>	man	<input type="radio"/>		
maatschappelijk werkster ..	<input type="radio"/>	vrouw	<input type="radio"/>		
andere functie .....	<input type="radio"/>	leeftijd:		minder dan 30 jaar	<input type="radio"/>
				30 tot 40 jaar .....	<input type="radio"/>
				40 tot 50 jaar ....	<input type="radio"/>
				50 jaar en ouder	<input type="radio"/>

  

Gespreksgroep:	A	<input type="radio"/>	G	<input type="radio"/>
	B	<input type="radio"/>	H	<input type="radio"/>
	C	<input type="radio"/>	K	<input type="radio"/>
	D	<input type="radio"/>		
	E	<input type="radio"/>	geen	<input type="radio"/>
- Ik heb in deze cursus korte voordrachten met „technische informatie” gemist, daarbij in aanmerking nemende dat door dergelijke voordrachten de tijd voor discussie bekort moet worden.
 

ja	<input type="radio"/>	neen	<input type="radio"/>	geen mening	<input type="radio"/>
----	-----------------------	------	-----------------------	-------------	-----------------------
- Ik prefereer een „klassieke opzet” met voordrachten van 30 tot 45 minuten en korte discussies.
 

ja	<input type="radio"/>	neen	<input type="radio"/>	geen mening	<input type="radio"/>
----	-----------------------	------	-----------------------	-------------	-----------------------
- Ik vond de forumdiscussie nuttig.
 

ja	<input type="radio"/>	neen	<input type="radio"/>	geen mening	<input type="radio"/>
----	-----------------------	------	-----------------------	-------------	-----------------------
- Ik vond de audiovisuele demonstraties een aanwinst.
 

ja	<input type="radio"/>	neen	<input type="radio"/>	geen mening	<input type="radio"/>
----	-----------------------	------	-----------------------	-------------	-----------------------
- Ik acht de invoering van gespreksgroepen in een cursus van deze aard nuttig.
 

ja	<input type="radio"/>	neen	<input type="radio"/>	geen mening	<input type="radio"/>
----	-----------------------	------	-----------------------	-------------	-----------------------
- De gespreksgroep waarin ik actief deelnam functioneerde:
 

goed	<input type="radio"/>	matig	<input type="radio"/>	slecht	<input type="radio"/>	geen mening	<input type="radio"/>
------	-----------------------	-------	-----------------------	--------	-----------------------	-------------	-----------------------
- De leiders van de gespreksgroepen dienen méér informatie te geven.
 

ja	<input type="radio"/>	neen	<input type="radio"/>	geen mening	<input type="radio"/>
----	-----------------------	------	-----------------------	-------------	-----------------------
- Ik heb de mogelijkheid om praktische oefeningen te doen terzake van het inbrengen van een I.U.D. op prijs gesteld.
 

ja	<input type="radio"/>	neen	<input type="radio"/>	geen mening	<input type="radio"/>
----	-----------------------	------	-----------------------	-------------	-----------------------
- Deze cursus heeft aan mijn verwachtingen voldaan.
 

ja	<input type="radio"/>	neen	<input type="radio"/>	geen mening	<input type="radio"/>
----	-----------------------	------	-----------------------	-------------	-----------------------
- Het geheel overziende zou ik een collega aanraden deze cursus te volgen.
 

ja	<input type="radio"/>	neen	<input type="radio"/>	geen mening	<input type="radio"/>
----	-----------------------	------	-----------------------	-------------	-----------------------
- Suggesties (kort)

procent het gewaardeerd en in Sittard 48 procent. Conclusie: misschien is het toch niet goed te trachten in één cursus zélf praten en zélf doen te combineren. Een andere mogelijkheid is dat de cursus beter wordt voorbereid en de mensen via het gesprek worden gemotiveerd tot het zelf doen. Dan zal daarvoor ook extra tijd moeten worden uitgetrokken.

• In Sittard heeft de cursus in 82 procent aan de verwachtingen voldaan, in Leiden in 53 procent en in Enschede in 43 procent. Meer dan 80 procent in de drie steden zou andere artsen aanraden zo'n cursus te volgen.

## COMMENTAAR

Ongeveer 350 huisartsen hebben respectievelijk in juni, september en november 1973 de cursus anticonceptie en kleine seksuologie gevolgd. De cursus van het Boerhaave-type in een nieuwe setting werd over het algemeen met gemengde gevoelens ont-

vangen. Wellicht werd op teveel onderdelen op twee gedachten gehinkt. Hierdoor ontbrak het aan duidelijkheid. Desondanks wordt de mogelijkheid om via audiovisuele middelen en gespreksgroepen informatie over te dragen door de respondenten op de enquête vrij algemeen gewaardeerd.

Wel is gebleken dat een programma, waarop zowel anticonceptie als kleine seksuologie voorkomt, verkeerde verwachtingspatronen oproept. Sommigen denken nu alles te horen over anticonceptie, anderen verwachten alleen maar kleine seksuologie. Ook is als uitgesproken wens naar voren gekomen om enkele weken vóór de cursus meer informatie te krijgen en ook meer literatuurverwijzing.

Belangrijke vragen die aan de orde gekomen zijn:

— Sta ik voldoende open voor vragen over anticonceptie, ook als die worden gesteld door mensen van wie ik het niet verwacht?

— In de kleine seksuologie weten de „deskundigen” ook niet zo erg veel, luisteren blijkt belangrijker dan iets doen.

— Blijkbaar is een genuanceerde benadering van anticonceptieproblematiek voor de patiënten het meest waardevol.

— De ontwikkelingen blijken toch sneller te verlopen dan menige deelnemer zich vóór de cursus heeft gerealiseerd.

Al met al is het experiment geslaagd. Een cursus als deze roept reactie op en heeft daarmee voor een deel zijn nut bewezen. Het zou aanbeveling verdienen dat de Commissie Medische Psychologie een van haar volgende cursussen in „workshop-model” organiseert over de onderlinge relatie tussen mensen, waarbij een toespitsing op anticonceptie en seksualiteit tot de mogelijkheden zou behoren.

Dr. J. P. C. Moors

---

# Referaten

## VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

73-19. *Wissenschaftstheoretische Überlegungen zur ärztlichen Diagnose. Weziak, W. (1972) Munch. med. Wschr. 114, 2113 - 2118.*

In de loop der tijden is over de taak van de arts verschillend gedacht. Hippocrates leerde dat de arts zal vertellen wat er voordien was, zal vaststellen wat er nu is en zal voorspellen wat zal komen. Geleidelijk aan werd steeds meer waarde gehecht aan het stellen van een diagnose. Sydenham heeft in navolging van de planten-systematiek een ziekten-systematiek opgebouwd. Uit de veelheid van symptomen werden gemeenschappelijke factoren gecombineerd tot ziektebeelden.

Terwijl men voordien hoofdzakelijk zieke mensen beschreef, brak in de tweede helft van de zeventiende eeuw de tijd aan dat men los van de zieke mens „ziekten” gaat creëren. Vooral uit didactisch oogpunt was dit een grote vooruitgang te noemen, hoewel er aan de andere kant ook grote bezwaren aan kleven, daar een „ziekte” een betrekkelijk star begrip is, waarin nu een

ziek mens, met zijn veelheid van klachten en alles wat van hem aan de arts bekend is geworden, moet worden geperst.

Volgens de schrijver heeft deze Sydenhamse ontwikkeling tot veel misverstand in de geneeskunde geleid. Uiteraard is het stellen van een diagnose, het rubriceren van de gegevens en het daarin herkennen van een als ziekte bekend staand beeld wel belangrijk en zelfs van onschatbare betekenis, maar alleen in enkele uitgesproken gevallen, bijvoorbeeld ongevallen en vergiftigingen is er een eenvoudig, doorzichtig verband tussen oorzaak en gevolg. In verreweg de meeste gevallen is echter een steeds diepergaande differentiële diagnostiek nodig, om een „diagnose” te stellen, zodat uiteindelijk alleen de clinicus en de patholoog-anatoom de mogelijkheid bezitten een ziekte vast te stellen.

Dit alles heeft geleid tot een overwaardering voor het diagnostiseren van „ziekten” en een onderwaardering van in het bijzonder degenen in de geneeskunde, die met eenvoudige middelen niettemin de zieke mens willen helpen.

Er zijn als het ware misverstanden in de geneeskunde ontstaan, omdat bijvoorbeeld huisartsen zich veelal moeten bedienen van begripssystemen (Sprachspiele volgens Wittgenstein), die anders zijn dan de begripssystemen van de clinicus.

Wat wij nodig hebben volgens de schrijver, is een „taal” die in de geneeskunde meer omvattend is, dan die, welke wij nu kennen. Een mogelijkheid biedt de „informatietheorie” van Wittgenstein. Deze theorie is gebaseerd op het werk van Norbert Wiener, die het informatie-begrip als een vaststaand gegeven, zoals massa en energie, wil introduceren en het werk van C.S. Peirce, die alle informatie als teken wil zien, dat afzonderlijk moet worden getoetst in drie dimensies of „Freiheitsgrade”, namelijk de syntactische, de semantische en de pragmatische dimensie.

Bij elk teken moet syntactisch eerst worden bekeken of het teken voor de patiënt in deze situatie van belang is en of het voldoende betrouwbaar is. In de syntactische dimensie bemoeit men zich dus vooral met het verkrijgen van