

miskkenbare signatuur van de toenmalige N.R.C. — was hij als journalistiek adviseur van het Hoofdbestuur en redactiesecretaris van Medisch Contact in dienst gekomen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Van de personele unie welke na zijn benoeming tot redactiesecretaris van huisarts en wetenschap ontstond, heeft de redactiecommissie slechts de positieve aspecten ervaren. Voor het N.H.G.-bestuur is het slechts even moeilijk geweest toen in 1965 na de verhuizing van het N.H.G.-bureau van Amsterdam naar Utrecht, het redactiesecretariaat bij de Maatschappij, dat wil zeggen bij Van Mechelen, bleef gehuisvest.

Van Mechelen heeft de desbetreffende verantwoordelijke redactiecommissieleden begeleid bij de eerste wankelen schreden op het hun vrijwel onbekende terrein van kopij-vergaring, kopij-bewerking, „stukje” schrijven, lay-out, de werkwijzen op de verschillende afdelingen van een drukkerij, kortom: de productie van

een maandblad. Het is van groot belang geweest dat vanaf het begin de dagelijkse leiding van het secretariaat in zijn handen lag. Het waren niet alleen zijn journalistieke kwaliteiten die hem onmisbaar maakten, maar vooral zijn scherp inzicht in menselijke en maatschappelijke verhoudingen, zijn juiste kijk op de vele zich presenterende problemen, zijn gave te luisteren, een advies kort en helder te formuleren en last but not least de gave een zakelijke maar niettemin vriendschappelijke werksfeer te scheppen.

Vele jaren heeft hij een veelheid van functies gehad, waarvan die van spil van huisarts en wetenschap slechts één was. Hierbij werd een enorme werkkraft ontwikkeld, die zelfs niet verminderde tijdens de moeilijke jaren ten gevolge van ernstige ziekte en overlijden van zijn echtgenote enkele jaren geleden.

Tijdens het afscheid op 5 april heeft de voorzitter van het Nederlands Huisartsen Genootschap, V. C. L. Tielens, namens het bestuur

de waardering voor het vele door Van Mechelen verzette werk voor het Genootschap verwoord: het maandblad van het N.H.G. is immers een onmiskenbaar visitekaartje gebleken. Als eerste niet-arts in de geschiedenis van het Genootschap werd Van Mechelen bij deze gelegenheid de N.H.G.-speld opgeprikt. Een geschenk onder couvert zou Van Mechelen — zo vertrouwde Tielens — in de gelegenheid stellen een studiereis te ondernemen naar een van zijn geliefde theater-steden.

Het is een prettige gedachte dat de relatie van de redactiecommissie met Van Mechelen voorlopig blijft bestaan, omdat hij zich bereid heeft verklaard medewerker te willen blijven voor het redigeren van kopij. Rest mij — ook in geschrifte — een persoonlijk woord van dank voor de bijzonder prettige samenwerking gedurende de afgelopen achttien jaren.

Rotterdam, april 1975

H.

Redactioneel commentaar:

Onderzoek in en over de eerstelijns gezondheidszorg

De eerstelijns gezondheidszorg in Nederland ontwikkelt zich in toenemende mate in de richting van het scheppen van samenwerkingsverbanden en het tot stand komen van gezondheidscentra. Het spreekt vanzelf dat, gelijk op met deze ontwikkeling, wordt gevraagd om een kritische analyse van de inhoudelijke betekenis daarvan.

De vraagstelling lijkt simpel: is de door een team gegeven gezondheidszorg „beter” dan gezondheidszorg welke door solisten wordt geboden? Op dit moment is deze vraag principiële niet te beantwoorden. Reeds eerder werd er op gewezen dat de gene, die zich met evaluatie van de eerstelijns gezondheidszorg bezighoudt, zich voelt als Von Münchenhausen die zich aan zijn eigen haar

uit de modder moest trekken. Daarmee wordt aangegeven dat een essentieel element, benodigd bij een directe, op rendement gerichte evaluatie, ontbreekt.

Als een vast punt bij onderzoek naar het meer of minder goed zijn van gezondheidszorg zou men gaarne willen beschikken over een operationele definitie van gezondheid. Deze definitie staat ons niet ter beschikking. De bekende omschrijving van gezondheid door de Wereldgezondheidsorganisatie blijkt in toenemende mate een blok aan ons been. Wanneer men zich als einddoel van zorg stelt het volledige lichamelijke, geestelijke en maatschappelijke welzijn van de mensen, dan ontvalt ons elke reële basis voor onderzoek. Ook de verouderde omschrijving van de

functie van de huisarts (de zogenaamde Woudschoten-definitie) heeft ditzelfde bezwaar. Er is een doel gesteld waarnaar het schoon streven is, doch dat in operationele zin voor onderzoek geen praktische betekenis heeft. Het is te hopen dat de werkgroep „Takenpakket” ons beter hanteerbare doelstellingen voor de eerstelijns zorg zal aanreiken.

Niet slechts de huisartsgeneeskunde en in bredere zin de eerstelijns gezondheidszorg heeft met deze handicap te maken. Elke vorm van geneeskundige hulpverlening heeft daarmee van doen. De schone dagen van het postulaat van Koch zijn voorbij. Het heeft bij de problematiek, waarmee wij nu kampen, geen zin meer om te zoeken naar één verwekker (bijvoorbeeld de gonokok),

Tabel 1. Sub-doelstellingen betreffende de eerstelijns gezondheidszorg met daarbij behorende vraagstellingen voor onderzoek.

SUB-DOELSTELLING

1. Het is wenselijk een verschuiving in de zorg van intramuraal naar extramuraal te bewerkstelligen.
2. Het is wenselijk bij de hulpverlening te komen tot een verduidelijking van het bestaan van leefproblematiek.
3. Het is wenselijk dat er tussen de werkers in de eerste lijn, die bemoeiing hebben met dezelfde patiënt of hetzelfde gezin, een regelmatige en duidelijk gestructureerde communicatie bestaat.
4. Het is wenselijk dat de cliënt tevreden is over de inhoud en de bereikbaarheid van de hulpverlening (consumenten-satisfactie).
5. Het is wenselijk dat de hulpverleners tevreden zijn over hun werkomstandigheden en hun ontplooiingsmogelijkheden (provider - of job satisfaction).
6. Het is wenselijk dat de continuïteit in de hulpverlening door de huisarts ook gestalte krijgt door de continue toegankelijkheid van de patiëntenkaarten in de waarneming.
7. Het is wenselijk het professionele handelen van de hulpverleners te toetsen aan het oordeel van hun beroepsgenoten en van de andere werkers in de eerste lijn („medical audit“).
8. Het is wenselijk dat preventie van belangrijke ziekten in de eerstelijns plaatsvindt op basis van de zogenaamde anticiperende werkwijze.
9. Het is wenselijk een poging te doen tot effectmeting in de hulpverlening aan de hand van „care-tracers“.
10. Het is wenselijk dat de maatschappelijk werker zich in de eerste plaats bezig houdt met hulpverlening bij relationele problematiek.
11. Het is wenselijk dat op de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters toenemend aandacht wordt geschonken aan de vroege signalering van opvoedingsproblematiek en dat deze wordt geplaatst in het totaal van het functioneren van het gezin.
13. Het is wenselijk te komen tot een „emancipatie“ van de professionele rol van de wijkverpleegkundige en van de maatschappelijk werker in de eerste lijn.
13. Het is wenselijk dat de verloskundigen een rol gaan spelen bij de hulpverlening bij de anticonceptie.
14. Het is wenselijk dat de fysiotherapeuten, respectievelijk heilgymnast/masseurs de aan lichamelijke klachten ten grondslag liggende leefproblemen kunnen herkennen.

VRAAGSTELLING

- Zijn er verschillen in het aantal ziekenhuisdagen per duizend mensen per jaar in de verschillende werksituaties na correctie voor leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm?
- In welke mate lukt het te komen tot explicitering van probleemgedrag?
- Welke is de omvang en de richting van de communicatie over patiënten en over gezinnen tussen de vijf primaire werkers (huisarts, fysiotherapeut, verloskundige, maatschappelijk werker en wijkverpleegkundige)?
- In welke mate verschillen de uitkomsten van het nog te publiceren Intagon-onderzoek met de uitkomsten wanneer dit onderzoek elders wordt herhaald?
- In welke mate bestaat er tevredenheid over de werkomstandigheden en de ontplooiingsmogelijkheden in verschillende werksituaties?
- In welke mate bestaat er een kaartsysteem over alle patiënten van een huisarts en in welke mate wordt daarvan ook gedurende de verschillende tijdvakken door de huisarts zelf en door zijn waarnemers gebruik gemaakt?
- Is er sprake van toetsing van het professionele handelen van de hulpverleners aan het oordeel van beroepsgenoten en van de andere werkers in de eerste lijn?
- In hoeverre lukt het de huisarts in een anticiperende opstelling een acceptabel deel van de doelpopulatie te bereiken ten aanzien van cervix-cytologie en van hypertensie?
- In hoeverre lukt het aan de hand van een aantal „care-tracers“, zoals het rouwproces, plotseling ontslag, de eerste zwangerschap, chronische ziekte met sterk verlies van algemene dagelijkse levensfuncties een rendementsmeting te verrichten?
- In hoeverre is de „case load“ van de maatschappelijke werkers in verschillende werksituaties opgebouwd uit gevallen met relationele problematiek respectievelijk uit gevallen met anders geaarde „soort vreemde“ problematiek?
- In welke mate wordt er op de consultatiebureaus opvoedingsproblematiek gesignaleerd door de arts respectievelijk verpleegkundige en op welke wijze wordt daarmee iets gedaan?
- In hoeverre is er sprake van emancipatie (vooral ten opzichte van de huisartsen en van de instellingen) van de wijkverpleegkundige en de maatschappelijk werker ten aanzien van hun professionele rol?
- In welke mate spelen verloskundigen in verschillende werkomstandigheden een actieve rol bij de anticonceptie?
- Hoe vaak herkennen fysiotherapeuten en heilgymnast/masseur het bestaan van leefproblematiek bij hun patiënt?

welke leidt tot een praktisch eenduidig ziektebeeld waarvoor zich een duidelijke behandeling aandient. Wanneer men waarneemt voor welke buitengewone methodische en organisatorische problemen de moderne epidemiologie staat, wanneer men naar antwoorden zoekt op toch altijd nog betrekkelijk simpele vraagstellingen, zoals de preventie bij cervixcarcinoom, dan realiseert men zich ten volle hoe onwonderlijk het is op dit moment een onderzoek te entameren gericht op de „simpele” vraag: hoeveel beter is de zorg welke wordt gegeven door een groepspraktijk c.q. een gezondheidscentrum? Dit is ook de teneur van de rapportage door Mevrouw De Boom-van Duin*. Dat betekent echter allerm minst dat er geen mogelijkheden zijn om op het gebied van de eerstelijns gezondheidszorg wetenschappelijk goed en voor de professionalisering van de hulpverlening relevant onderzoek te doen. Men zal echter de natuurlijke beperkingen, welke zich daarbij voordoen, helder voor ogen moeten hebben.

Het artikel van Mevrouw De Boom-van Duin geeft een beeld van deze beperkingen. Om te beginnen dient men zich goed te realiseren dat de doelstellingen binnen samenwerkingsverbanden wezenlijk verschillen van doelstellingen van solowerkers individueel. Er is geen sprake van dat bijvoorbeeld *de* fysiotherapeuten of *de* huisartsen of *de* maatschappelijk werkers in Nederland een eenduidige en heldere doelstelling kennen, welke in aanmerking komt voor toetsing. Ofschoon het onmogelijk is om in dit stadium de over het algemeen wel min of meer duidelijk geformuleerde doelstellingen van de samenwerkingsverbanden te projecteren tegen de in feite niet geformuleerde doelstellingen van de overige hulpverleners in de eerstelijns, kan men er veilig vanuit gaan dat het feit, dat iemand juist wel samenwerkt, hem wezenlijk doet verschillen van zijn beroepsgeenoot die dat juist niet doet.

Mevrouw De Boom onderscheidt naast het zogeheten fundamentele

* (1975) huisarts en wetenschap 18, 200.

onderzoek drie vormen van sociaal wetenschappelijk onderzoek welke van betekenis kunnen zijn bij het benaderen van onze evaluatie-problemen. Zij noemt daarbij het actie-onderzoek, het doelstellingen-onderzoek, en het beschrijvende functionele onderzoek. Men kan er over van mening verschillen of bijvoorbeeld de in Ommoord verrichte morbiditeitsanalyse mag worden gerekend tot het fundamentele onderzoek op het gebied van de huisartsgeneeskunde. Wel is duidelijk dat, indien men een vergelijkend onderzoek wenst, de keuze zal moeten vallen op elementen van doelstellingen-onderzoek, actie-onderzoek en descriptief onderzoek. Het is naar onze mening heel goed mogelijk verscheidene sub-doelstellingen te formuleren, welke stuk voor stuk in aanmerking komen voor toetsend en vergelijkend onderzoek.

In hoeverre men de som van alle sub-doelstellingen gelijk wil stellen aan de doelstelling van „de eerstelijnsgezondheidszorg” is veeleer een waarde-oordeel dan iets anders. Dit betekent wel dat het hanteren van een zeer beperkte doelstelling als toetsingselement niet moet worden verward met een onderzoek naar „de” doelstelling van de eerstelijns gezondheidszorg, al dan niet beoefend in samenwerkingsverbanden. Het zal vooral afhangen van de maatschappelijke en persoonlijk gekleurde inzichten van de beoordelaar in hoeverre hij de sub-doelstelling als een „tracer” beschouwt voor een meer algemene doelstelling. Dit probleem is allerm minst nieuw. Zowel de zogenaamde Bellagio-conferentie in 1974 — (1974) J. Roy Coll. gen. Practit. 24, 599-604 — als een recente W.H.O.-workshop in Danbury over het functioneren van teams in 1975 leidden wat dit betreft tot een soortgelijke conclusie. Het hanteren van „tracer-conditions”, „care-tracers”, „cure-tracers” of „critical incidents” stuit steeds weer op dezelfde weerstanden. Datgene, wat men als essentieel ervaart voor de eerstelijns gezondheidszorg, wordt er niet wezenlijk door beschreven.

In *tabel 1* is een aantal onderzoeksmogelijkheden gerangschikt. De keuze van de daarbij weergegeven sub-doelstellingen is een willekeurige. Men kan uiteraard een lijstje, zoals daarin gegeven, sterk uitbreiden, ja zelfs er naar streven de lijst met toetsbare sub-doelstellingen zo compleet mogelijk te maken. Daarna kan een dergelijke lijst in beginsel op een tweetal manieren worden benaderd:

1. men kan uit de lijst een beperkt aantal onderzoekontwerpen kiezen en geschikt maken voor een toetsend (deductief) onderzoek;
2. er is een inductief, multivariaat model te construeren op basis van een omvangrijk aantal punten.

Volgens de beginselen van de systeemanalyse worden daarbij van elkaar onderscheiden: de structuur van het hulpverleningssysteem, het proces of de transformatie en tenslotte „outcome” of rendement. Wat een indicator voor „outcome” of rendement betreft zou het aantrekkelijk kunnen zijn een meetinstrument als de door Patrick, Bush en Chen — (1973) J. Hlth. hum. Behav. 14, 6-23 — ontwikkelde „health-index” aan te passen aan een doelstelling voor gezondheidszorg welke niet slechts is gericht op het verbeteren van de functionele lichamelijke status, maar waarbij ook de meer maatschappelijke en persoonlijke-functionele aspecten zijn betrokken.

Overigens behoeft men zich zeker niet te beperken tot een „outcome”-indicator als bijvoorbeeld de „health-index”. In het verslag van de Bellagio-conferentie worden in beginsel acht „outcome”-criteria naar voren gebracht. Hoe het ook zij, er is geen enkele reden om, wat het wetenschappelijk onderzoek in de eerste lijn betreft, de handen in de schoot te leggen. Het is goed met aandacht het artikel van Mevrouw De Boom-van Duin te lezen en straks ook de opmerkingen van de werkgroep „Takenpakket”. Er is werk genoeg aan de winkel van de Nederlandse huisarts.