

grootste deel van de miskranen een genetisch defect ten grondslag ligt. De belangrijkste taak van de huisarts achten wij de begeleiding en voorlichting van de betrokkenen in deze dikwijls emotioneel sterk beladen periode. Echoscopie lijkt ons een aanwinst indien er twijfel blijft bestaan of er nog een levensvatbare vrucht aanwezig is. In de *figuur* geven wij een beslisboom als hulpmiddel bij het praktisch handelen.

Deelnemers

Deelnemers aan deze HGH-conferentie waren: J. F. Bakker, H. J. Bakker, P. J. A. M. Baselier, W. J. M. Becking, W. J. M. M. van den Bosch, R. van der Grinten, J. P. van Dam, Dr. C. J. Erman, J. H. H. Hardeman, Prof. Dr. F. J. A. Huygen, Dr. W. J. J. Ligtenberg, E. H. van de Lisdonk, T. Lagro-Janssen, H. A. H. M. Lagro, P. Mesker, J. Mesker-Niesten, Prof. J. J. M. Michels, Dr. J. W. van Ree, J. W. G. Schellekens, V. C. L. Tielens, Mevr. J. M. T. Versteegen, Prof. Dr. H. G. M. van der Velden, Dr. Th. B. Voorn, J. T. N. Weijters, P. de Winter, R. G. Zwart, F. G. Schellevis, G. E. H. M. Rutten, Dr. A. J. B. I. Sips, H. J. D. W. M. Arts en Dr. H. Crebolder.

¹ Boué J, Boué A, Lazar P. Retrospective and prospective epidemiological studies of 1500 karyotyped spontaneous human abortions. *Teratology* 1975; a 12: 11.

² Ligtenberg WJ. Abortus in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1966.

³ Bal H, Meeuwissen HHJM. De echoscopie als hulpmiddel voor de beleidsbepaling bij dreigende abortus. *Ned Tijdschr Geneesk* 1978; 122: 83-5.

⁴ Anoniem. De preventie van rhesus (D) immunisatie met behulp van anti rhesus (D) immunoglobuline. *GHI Bulletin* 1981 (juni).

⁵ Vlaanderen W. Het begrip „habituële abortus” een fictie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1977; 121: 439-42.

⁶ Anoniem. Zijn progestatieve stoffen geïndiceerd bij dreigende abortus? [Vraag en antwoord]. *Ned Tijdschr Geneesk* 1975; 119: 1904-5.

⁷ Robinson HP. The diagnosis of early pregnancy failure bij sonar. *Br J Obstet Gynaecol* 1975; 82: 849-57.

⁸ Tsenghi C, Metaxotou-Stavridaki C, Strakti-Benetou M, Kakpini-Mavrou A, Matsaniotis N. Chromosome studies in couples with repeated spontaneous abortions. *Obstet Gynecol* 1977; 47: 463-8.

⁹ Sachs ES, Hemel OJ van. Diagnostiek en preventie van chromosoom afwijkingen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1982; 126: 2236-44.

¹⁰ Galjaard H, Sachs ES, Kleijer WJ, Jahoda MGJ. Prenatale diagnostiek van aangeboren afwijkingen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1982; 126: 2252-61.

Een huisarts als wetenschapper

J. MOLL*

Ruim een jaar geleden verdedigde W. W. Oosterhuis aan de Universiteit van Amsterdam zijn prikkelende proefschrift *Nekpijn, buikpijn, rugpijn. Positieve aanwijzingen uit negatieve bevindingen*. Zoals gebruikelijk verschenen daarna in de vakpers enkele betrekkelijk korte besprekingen. Prof. Moll is van mening dat daarmee onvoldoende recht wordt gedaan aan Oosterhuis' werk: een dergelijke, nadrukkelijk als huisartsgeneeskundig gepresenteerde studie verdient volgens hem een veel uitvoeriger analyse.

Inleiding

Er bestaat onzekerheid over de aard en zelfs het bestaan van specifiek huisartsgeneeskundig onderzoek.¹⁻³ Een uitvoerige en nadrukkelijk als huisartsgeneeskundig gepresenteerde studie als die van Oosterhuis⁴ verdient daarom, naast korte boekbesprekingen^{5,6}, een uitvoerige analyse van de gevolge argumentatie.

In Oosterhuis' studie zijn drie hoofdthema's te onderkennen:

- Is er een terrein waarop het wetenschappelijk onderzoek door huisartsen zich bij voorkeur zou dienen te richten?

- Kan een aanzienlijk aantal gevallen van nekpijn, buikpijn en rugpijn op bevredigende wijze verklaard worden vanuit levensomstandigheden en ervaringen, dat wil zeggen anders dan door het opsporen van (andere) lichamelijke afwijkingen?

- Kan een uitbreiding van onze kennis en inzicht omtrent mensen met nekpijn, buikpijn en rugpijn, maar zonder duidelijke somatische afwijkingen, bijdragen tot „betere” beslissingen over het al of niet voortzetten van het diagnostisch handelen bij dergelijke patiënten?

In de volgende beschouwing zal ik met enige uitvoerigheid ingaan op hetgeen Oosterhuis over deze thema's te zeggen heeft.

De huisarts als onderzoeker

Een bijzonder belangrijk en specifiek onderdeel van de beroepsuitoefening door de huisarts is, volgens Oosterhuis, het beslissen „of het probleem (waarmee de patiënt bij de huisarts komt – J. M.) binnen een medisch kader dient te worden aangepakt of dat ook andere kaders meer of beter kunnen bijdragen tot de oplossing”. Volgens Oosterhuis is – tot schade van de huisartsgeneeskundige beroepspraktijk – het terrein van dergelijke beslissituaties onvoldoende wetenschappelijk geëxploreerd. Daarom dient volgens hem de wetenschapsbeoefening door huisartsen vooral op dit terrein gericht te zijn.

Dit standpunt roept een aantal vragen op.

Wanneer de huisarts – en dat behoort Oosterhuis met nadruk – een betere scholing ontvangt voor het hanteren van het „medische kader” dan voor het hanteren van „andere kaders”, zou dan in een standpunt over de exploratie van het hier bedoelde terrein door huisartsen niet opgenomen dienen te worden, dat huisartsen hier samen moeten werken met vertegenwoordigers van andere disciplines? Verder zou het kunnen zijn dat het geen specifiek huisartsgeneeskundige vraag is „of het probleem (waarmee een bepaalde patiënt komt – J.M.) binnen een medisch kader dient te worden aangepakt of dat ook andere kaders meer of beter kunnen bijdragen tot de oplossing”. Steun voor deze laatste gedachte levert de waarneming van

* Studierichting Algemene Gezondheidszorg, Medische Faculteit, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Gerritsma en Smal, dat internisten en huisartsen evenveel aandacht besteden aan mogelijke psychosociale problemen van hun patiënten.⁷

Pijn en levensomstandigheden

Verreweg het grootste deel van Oosterhuis' studie wordt in beslag genomen door de vraag, ontsproten aan eigen ervaringen als huisarts: „Zou er een vaste relatie bestaan tussen de trits nekpijn - buikpijn - rugpijn en de trits strijdlust - angst - verslagenheid?” Deze relatie zou daarbij niet berusten op verborgen ziekte.

Oosterhuis komt tot de conclusie dat deze vraag bevestigend beantwoord kan worden en zijn conclusie berust op drie-erlei argumentatie, gebaseerd op:

- een taalkundige benadering;
- een pilot study;
- het eigenlijke onderzoek.

Taalkundige benadering. Een eerste argument vindt Oosterhuis in de taal: het taalgebruik zou ondersteuning bieden voor de gedachte van verbanden nekpijn - strijdlust, buikpijn - angst en rugpijn - verslagenheid. Oosterhuis vermeldt daarbij uitdrukkingen als hardnekkig zijn, iets zwaar op de maag voelen liggen, ergens onder gebukt gaan. Het gebruik om een bepaald gedrag of de neiging tot een bepaald gedrag met „lichamelijke beeldspraak” te vertolken, is onloochenbaar en interessant, hoewel hierbij vermoedelijk - anders dan Oosterhuis suggereert - transculturele verschillen bestaan. Zo kent het Nederlands geen uitdrukking waarbij in de omschrijving van een gevoel van welbehagen naar de lever verwezen wordt; het Indonesisch kent zo'n uitdrukking wel.

Ik betwijfel echter of dergelijk spraakgebruik een werkelijke ondersteuning betekent van de gedachte van verbanden tussen pijnen met bepaalde lokalisatie en bepaalde levenssituaties. Geeft „hardnekkig” een directe verwijzing naar strijdlust? Verwijst „ik heb er buikpijn van” steeds naar angst? En zou bovendien niet zorgvuldig onderscheid gemaakt moeten worden tussen beeldspraak verwijzend naar de nek en naar nekpijn, buik en buikpijn, rug en rugpijn. Oosterhuis maakt dergelijk onderscheid niet. Toch heeft „ergens buikpijn van hebben” een andere gevoelswaarde dan „iets loopt je dun door de broek”.

Pilot study. De tweede lijn van argumentatie vinden we in wat Oosterhuis zijn *pilot study* noemt. Hij verzamelde

uit een zesjarige periode alle kaarten van patiënten met vermelding van nekpijn, buikpijn of rugpijn. Zo verkreeg hij kaarten van 1461 mannen en 1508 vrouwen. Daarbij werden terzijde gelegd de kaarten van patiënten met „pijn als gevolg van een met ziektekundige methoden aantoonbare aandoening”. Ook werden zestien mannen en vijf vrouwen verder buiten beschouwing gelaten, omdat zich binnen een periode van een jaar na het optreden van de pijn, een ziekte had voorgedaan, waarvan de pijn een vroeg symptoom geweest zou kunnen zijn. Uiteindelijk omvatte de *pilot study* 188 mannen en 336 vrouwen met pijn in nek, buik en/of rug. De pijnperiodes wisselden in aantal per persoon van één tot tien. In totaal had de *pilot study* betrekking op „523 periodes van onverklaarde pijn bij mannen en 840 periodes van onverklaarde pijn bij vrouwen”.

Gezien de vraagstelling dienden er natuurlijk gegevens aanwezig te zijn over de levensomstandigheden tijdens deze periodes van „onverklaarde pijn”. Oosterhuis noemt dat situatieve gegevens. Dergelijke gegevens waren niet steeds aanwezig. Uiteindelijk kwamen voor de *pilot study* ter beschikking: 315 pijnperiodes bij mannen en 525 bij vrouwen. De situatieve gegevens werden geclassificeerd als „agressiewekkend”, „angst/vlucht veroorzakend”, „berustend/zich onderwerpend” en „niet benoembaar”. Deze classificatie gebruikte Oosterhuis op grond van zijn eerdere ervaringen met patiënten met nekpijn, buikpijn en rugpijn.

Uit de situatieve gegevens en de gegevens betreffende pijnperiodes trok Oosterhuis de volgende conclusie. „De veronderstelling dat er een vast verband bestaat tussen de trits nekpijn - buikpijn - rugpijn en de trits agressie - angst - teleurstellend/machteloosmakend wordt - in hoge mate - gesteund”. Kijken we naar de getallen waarop deze conclusie gebaseerd is, dan zien we bijvoorbeeld dat bij 237 nekpijnepisodes bij vrouwen niet minder dan 222 maal (in 94 procent van de gevallen) een agressiewekkende situatie werd gevonden. Daarentegen was de associatie van buikpijn met de verwachte situaties met een angst/vlucht veroorzakend karakter minder sterk: bij 185 episodes van buikpijn bij vrouwen kwam maar 87 maal (in 47 procent) deze verwachte soort levenservaring voor. De associatie van rugpijn met de verwachte situatie van teleurstelling en machteloosheid nam bij deze vrouwelijke patiënten een tussenpositie.

Bij mannen werden soortgelijke associaties gevonden.

Deze *pilot study* geeft aanleiding tot enkele kanttekeningen. Bij de uitsplitsing van de „situatie gegevens” over de drie gehanteerde categorieën kan de lezer niet kritisch over Oosterhuis' schouder meekijken. Oosterhuis beschrijft niet de criteria die hij hanteerde bij het toebedelen van de „situatieve gegevens” aan de categorieën agressie, angst en teleurstellend/machteloosmakend. In het verslag van de *pilot study* worden drie ziektegeschiedenissen weergegeven. In één daarvan spreekt Oosterhuis twijfel uit, of er hier sprake was van „machteloos verdriet” of van „heel boos zijn”. Hoe vaak zou Oosterhuis dergelijke twijfels gehad hebben? We horen het niet. Wel vinden we dat in ongeveer 12 procent van de pijnepisodes de levenservaringen niet in één van de drie categorieën geplaatst konden worden.

De afgrenzing van de drie typen levenservaringen, althans de wijze waarop Oosterhuis ze in woorden begrenst, is trouwens opvallend wisselend. Zo worden de gevoelens die bij nekpijn zouden optreden, wisselend omschreven als strijdlust, ergernis, agressie, gevoelens van agressie en onderdrukte agressie. Ook wordt gesproken van agressiewekkende situatie(s). Bij de aanduiding van de levenssituaties waarbij rugpijn zou optreden, wordt gesproken van perspectiefverlies, verdriet, teleurstelling, machteloosheid, onmacht, onderwerping, verslagenheid en berusting.

De omschrijving van de levenservaringen die geassocieerd zouden zijn met buikpijn, vertoont minder variaties. Zou deze engere afgrenzing van de „buikpijn-situatie” kunnen verklaren dat bij deze pijn de correlatie met levenservaringen zwakker was?

Verder wordt de overtuigingskracht van deze *pilot study* ingeperkt door de mogelijkheid - door Oosterhuis ook zelf genoemd - van vertekende selectie van gegevens. Oosterhuis kan in zijn ondervraging van patiënten met bijvoorbeeld nekpijn selectief gevraagd hebben naar de volgens hem daarbij behorende levenservaring: agressiewekkende ervaringen. Ook kan hij in zijn aantekeningen onbewust juist die gegevens vastgelegd hebben die in overeenstemming waren met zijn hypothese. Het feit dat „situatieve gegevens” nogal eens ontbraken, steunt deze veronderstelling.

Nog één opmerking over deze *pilot study*. Men vraagt zich af of Oosterhuis hier niet te zeer onder de indruk is geweest van de bekoorlijkheden van

kwantificerende onderzoeksmethoden. De getalsmatige bewerking van de gegevens suggereert een overtuigingskracht als die van metingen in een zuiver natuurwetenschappelijk onderzoek, maar het gaat hier om subjectieve waarnemingen. De overtuigingskracht van het voorleggen van ziektegeschiedenissen is daarentegen verwaarloosd. Er is daarmee geen bewijsvoering op te bouwen, vergelijkbaar met de gebruikelijke natuurwetenschappelijke, maar dat betekent niet dat langs deze weg geen argumentatie mogelijk is ter ondersteuning van de onderzochte hypothese.

Het eigenlijke onderzoek. Tenslotte de derde lijn van argumentatie die Oosterhuis volgt ter staving van zijn these van „een vast verband tussen de trits nekpijn - buikpijn - rugpijn en de trits agressie - angst - teleurstellend/machteloosmakend”.

Er vond ook nu een selectie plaats van patiënten met nekpijn, buikpijn en/of rugpijn waarbij „geen verklaring in medische termen voor deze klachten” aanwezig is. Dit laatste zowel op het moment van selectie van de patiënt voor het onderzoek als een jaar later. Om voor de hand liggende methodologische redenen koos Oosterhout er voor, deze patiënten niet zelf te selecteren maar dat door andere huisartsen te laten doen. Dit leverde echter aanzienlijk minder proefpersonen op dan Oosterhuis verwachtte op grond van ervaringen met dergelijke patiënten in zijn eigen praktijk. Daarom besloot hij, het naar zijn oordeel te geringe patiëntenbestand (twintig huisartsen selecteerden zestig patiënten) aan te vullen met zesentwintig eigen patiënten. Oosterhuis wijst er op dat het uiteindelijk verkregen patiëntenmateriaal zeker niet homogeen is. „De collegae hebben de diagnose functioneel moeitvoller gesteld dan de onderzoekers.” Tot zover de proefpersonen.

De verdere proefopzet was als volgt: Uit de pilot study lichte Oosterhuis „745 levensomstandigheden”, levenssituaties die hij genoteerd had bij zijn gesprekken met patiënten met nekpijn, buikpijn en/of rugpijn. Uit deze 745 levensomstandigheden selecteerde hij „28 agressiewekkende, 22 angstwekkende en 31 machteloosmakende” situaties. Eén voorbeeld uit elk van deze drie groepen van situatiebeschrijvingen: „Jezelf (je partner, geliefd familielid) bent (is) getroffen door een onrechtvaardige beslissing van je chef (ouders, vriend, leraar, relatie)”; „Je bent op proef in een nieuwe baan begonnen

(op een nieuwe school gekomen, in een nieuwe buurt komen wonen)”; „Je kinderen breken hun huwelijk op”.

Dergelijke uitspraken werden voorgelegd aan tien huisartsen en tien patiënten. De tien huisartsen werden geselecteerd door Oosterhuis, die hen kende. (Kenden zij ook Oosterhuis' ideeën op het terrein dat hier aan de orde is?) De tien patiënten waren de tien eersten die op een bepaalde dag zijn spreekuur bezochten.

Aan deze proefpersonen werd „gevraagd hoe zij zich zouden voelen” bij elk van de door Oosterhuis geselecteerde eenentwintig situatiebeschrijvingen. Het antwoord op de vraag „hoe zij zich zouden voelen” moesten de proefpersonen geven door te kiezen uit negen antwoordmogelijkheden: geprikkeld, geërgerd, boos (volgens Oosterhuis verwijzend naar agressie), onzeker, onveilig, bang (verwijzend naar angst), teleurgesteld, verdrietig, machteloos (verwijzend naar verslagenheid).

Bij deze toetsing van de gevoelswaarde van de uitspraken bleek dat de uitspraak „Jezelf (je partner, geliefd familielid) bent (is) getroffen door een onrechtvaardige beslissing van je chef (ouders, vriend, relatie)” als het ware homogeen scoorde, dat wil zeggen door de proefpersonen geplaatst werd bij geprikkeld, geërgerd of boos, de drie aanduidingen die naar agressie zouden verwijzen. Andere uitspraken, zoals „Je bent getuige van een treinkaping op de televisie” vertoonden niet een dergelijke homogene score. Voor elk van de drie psychologische situaties werden de tien meest homogene scorende situatiebeschrijvingen geselecteerd voor het eigenlijke onderzoek.

Aan de geselecteerde patiëntengroep, zesentwintig patiënten met nekpijn, buikpijn en/of rugpijn, werd de opzet van het onderzoek schriftelijk voorgelegd. Deze opzet omvatte twee onderdelen. Eerst „werd aan de patiënt gevraagd waar de pijn werd gevoeld en van welke aard deze pijn was. Daarna werd zo goed mogelijk het begin van de pijn vastgelegd. Daarop werd de patiënt gevraagd aan te geven wat hem of haar in de periode met pijn het meest had bezig gehouden. Van de patiënten werd verwacht dat deze hun antwoorden in eigen woorden zouden opschrijven.” In het tweede onderdeel van elk patiëntencontact werden aan de patiënten drie lijsten voorgelegd met elk tien uitspraken, geselecteerd en samengevoegd zoals eerder beschreven. Deze lijsten zouden dus uitspraken bevatten, corresponderende met respectievelijk agres-

sie, angst en onmacht, c.q. teleurstelling.

Elf patiënten werden voor het verdere onderzoek buiten beschouwing gelaten, omdat ze twee lijsten kozen bij één soort pijn, of omdat ze twee soorten pijn hadden.

De uitkomsten van het onderzoek waren als volgt:

Bij de eigen patiënten (20) kreeg Oosterhuis het fraaist denkbare resultaat: zeven maal nekpijn met zeven maal de agressielijst; zes maal buikpijn met zes maal de angstlijst; zeven maal rugpijn met zeven maal de lijst van onmacht. Bij de patiënten van de andere huisartsen (55) waren de uitkomsten: drieëntwintig maal nekpijn met twintig maal agressie, eenmaal angst en twee maal onmacht; tien maal buikpijn met negen maal angst en eenmaal onmacht; tweeëntwintig maal rugpijn met drie maal agressie, vier maal angst en vijftien maal onmacht.

Enig commentaar nu op deze resultaten. Het interessantst zijn ook hier weer de verbanden agressie - nekpijn, angst - buikpijn en verslagenheid - rugpijn. Deze verbanden zijn interessanter dan de aanwezigheid van het algemene verband pijn - levenservaringen. Het lijkt waarschijnlijk dat elk speuren naar belangrijke levenservaringen resultaten oplevert, want welk levensverloopt zonder ingrijpende ervaringen?

De wijze waarop Oosterhuis de correlatie pijnlokalisatie - levenservaring benadert lijkt een gelukkige keuze. Hij confronteert patiënten met uitspraken ontleend aan vroegere contacten met pijnpatiënten. Deze werkwijze lijkt een betere keuze dan de voor vergelijkbare onderzoeksvragen vaak gebruikte methode waarbij het voorkomen van als medisch classificeerbare verschijnselen wordt vergeleken met de resultaten van een of meer tests uit de voorraadschuur van de psychologie. Bij Oosterhuis' methode is er meer kans dat men intrinsieke samenhangen opspoort en niet alleen statistische correlaties, waarvan de interpretatie uiterst onzeker is.

Op ten minste twee wijzen kan ook in dit deel van het onderzoek vertekening opgetreden zijn. Allereerst kan Oosterhuis, die zelf de patiënten uit zijn eigen praktijk selecteerde, patiënten geselecteerd hebben die „pasten” bij zijn hypothese. Ook bij de andere huisartsen kan iets dergelijks opgetreden zijn. Zij kunnen onmogelijk geheel onkundig geweest zijn van Oosterhuis' gedachten over deze vormen van pijn. Zij hoorden immers – zo zegt Oosterhuis zelf – tot zijn professionele kennissenkring.

Sturende invloeden kunnen verder opgetreden zijn toen de patiënten in hun gesprekken met Oosterhuis moesten kiezen tussen de agressielijst, de angstlijst en de lijst van onmacht, verdriet en teleurstelling. Hierop wijst dat bij de patiënten uit Oosterhuis' eigen praktijk de verwachte verbanden duidelijker zijn dan bij de patiënten van de andere huisartsen. Met de patiënten uit zijn eigen praktijk heeft hij uit de aard der zaak voorafgaand aan het onderzoek al gesproken en deze gesprekken kunnen geleid hebben tot een sturende invloed, sturend in de richting van de onderzochte verbanden.

In verband met dit methodologisch probleem is het spijtig dat we niet nauwkeurig geïnformeerd worden over de details van de gang van zaken bij de gesprekken waarin de levensomstandigheden van de patiënten geëxploreerd werden. Vermeld wordt dat de patiënten niet alleen een keuze moesten maken uit de drie lijsten met levenservaringen, maar eerst moesten opschrijven wat hen in de periode met pijn het meeste had bezig gehouden. Van deze protocollen horen we verder niets meer. Stemden zij steeds geheel overeen met de keuze uit de drie lijsten? Het plaatsen van deze patiënten voor een keuze uit de drie lijsten is een alleszins verdedigbare procedure, maar als aanvulling zou een procedure op zijn plaats geweest zijn, waarbij de diverse uitspraken afzonderlijk, en dus niet samengevoegd in drie lijsten, gepresenteerd zouden zijn. Dat had bijvoorbeeld gekund in de vorm van een verzoek uit het totaal van dertig uitspraken tien uitspraken te selecteren die men kenmerkend zou achten voor de eigen levenservaring(en).

Ook past de opmerking dat veel informatie ons wordt onthouden. Oosterhuis beperkt zich, evenals in de *pilot study*, tot gegevens die in getallen uitgedrukt kunnen worden. Opgemerkt moet worden dat Oosterhuis wel gedetailleerde gegevens verstrekt over de elf patiënten die twee pijnen hadden en/of voor twee lijsten kozen. Zoals reeds opgemerkt, horen we echter niets over wat de patiënten hebben opgeschreven over hun levenservaringen. Ook horen we niets over de medische en algemene levensgeschiedenissen van Oosterhuis' pijnpatiënten. Is er sprake van een parallel verdwijnen van dergelijke pijnklachten en van bepaalde levensomstandigheden? Dit zou aanwijzingen kunnen geven voor de juistheid of onjuistheid van Oosterhuis' visie op de relatie tussen pijn en levenservaringen.

Een medische beleidsconclusie?

Oosterhuis meent dat zijn analyse van deze pijnverschijnselen ook een beleidsconclusie omtrent het medisch handelen rechtvaardigt. „Ervaren huisartsen mogen erop vertrouwen dat, wanneer zij met zorgvuldig eigen onderzoek geen medische verklaring kunnen vinden voor nekpijn, buikpijn of pijn laag in de rug, in veruit de meeste gevallen daarvoor geen medische verklaring gevonden zal worden.” Verder meent Oosterhuis dat de beslissing om bij dergelijke patiënten met pijn het zoeken naar een „medische verklaring” van de pijn te stoppen met grotere zekerheid genomen zou kunnen worden, wanneer de arts in het geval van nekpijn agressie, in het geval van buikpijn angst en in het geval van rugpijn verslagenheid heeft opgespoord.

De argumentatie die Oosterhuis geeft voor deze beleidsconclusie, is na het al besprokene in enkele zinnen samen te vatten. Bij ongeveer 95 procent van de patiënten van de *pilot study* en het eigenlijke onderzoek waarbij Oosterhuis oorspronkelijk „geen verklaring binnen het medische kader” vond, bleek deze conclusie ook na een jaar nog juist en vaak (in het eigenlijke onderzoek in ongeveer 85 procent van de gevallen) meende Oosterhuis wel een psychologische verklaring te kunnen vinden.

Kunnen we Oosterhuis' beleidsconclusie onderschrijven?

Een simpel ja of neen lijkt hier onjuist. Allereerst zal men de bewijsvoering voor de verbanden tussen nekpijn, buikpijn en rugpijn enerzijds en agressie, angst en verslagenheid anderzijds wisselend beoordelen. Verder bevat Oosterhuis' beleidsconclusie onzekerheden: wanneer valt een huisarts in de categorie „ervaren huisarts”? Wat is de afgrenzing van „zorgvuldig eigen onderzoek”? Hoeveel of hoe duidelijke strijdlust moet de huisarts gevonden hebben om met extra zekerheid te kunnen besluiten dat hij bij zijn patiënt met nekpijn niet verder hoeft te zoeken c.q. niet door anderen hoeft te laten zoeken naar een medische verklaring van deze nekpijn? Tenslotte: Oosterhuis heeft niet gekozen voor een goed denkbare maar wat beperktere beleidsconclusie, te weten – met zijn woordkeuze: „Ervaren en matig ervaren huisartsen mogen erop vertrouwen dat, wanneer zij met zorgvuldig eigen onderzoek geen medische verklaring kunnen vinden voor nekpijn, buikpijn of pijn laag in de rug, zij zonder risico voor de patiënt het verdere verloop van de klachten kunnen afwach-

ten. Wanneer duidelijke aanwijzingen bestaan voor een verband tussen de klachten en de levensomstandigheden, ondersteunt dit de beslissing een afwachtende houding aan te nemen.¹¹

Slot

In het voorafgaande is Oosterhuis' betoog kritisch besproken. Het meest treffende is dat hij zich zo sterk gericht heeft op het verkrijgen van kwantitatieve gegevens. Het is de vraag of bij een studie als deze een subjectieve niet kwantificeerbare verwerking van gegevens niet evenzeer tot belangrijke resultaten zou leiden.

Een tweede slotopmerking moet zijn dat Oosterhuis op oorspronkelijke wijze een nog uiterst onvolledig verkend terrein heeft onderzocht. In veel medisch onderzoek wordt gebruik gemaakt van alom aanvaarde onderzoeksstrategieën, men volgt gebaande wegen. Deze studie is echter een moedige en avontuurlijk intellectuele ontdekkingsreis.

Dankbetuiging

De schrijver dankt Prof. dr. R. M. Lapré en Drs. W. P. M. M. van de Ven voor waardevolle suggesties.

¹ Lamberts H. Opnieuw de paradigma's van de huisartsgeneeskunde. *Huisarts en Wetenschap* 1980; 23:258-9.

² Touw-Otten F. Wetenschapsbeoefening en huisartsgeneeskunde [Dissertatie Rijksuniversiteit te Utrecht]. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1981.

³ Lamberts H. Touw-Otten F. Wetenschapsbeoefening en huisartsgeneeskunde [Boekbespreking]. *Huisarts en Wetenschap* 1981; 24:282.

⁴ Oosterhuis WW. Nekpijn, buikpijn, rugpijn. Positieve aanwijzingen uit negatieve bevindingen [Dissertatie Universiteit van Amsterdam]. Utrecht: Bunge, 1982.

⁵ Wolf AN de. Oosterhuis WW. Nekpijn, buikpijn, rugpijn. Positieve aanwijzingen uit negatieve bevindingen [Boekbespreking]. *Huisarts en Wetenschap* 1982; 25:460-1.

⁶ Groen JJ. Oosterhuis WW. Nekpijn, buikpijn, rugpijn. Positieve aanwijzingen uit negatieve bevindingen [Boekaankondiging]. *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127:565.

⁷ Gerritsma JGM, Smal JA. De werkwijze van de huisarts en internist. Een vergelijkend onderzoek met behulp van een interactieve patiëntensimulatie [Dissertatie Rijksuniversiteit te Utrecht]. Utrecht: Bunge, 1982.