

# Deze huisarts als onderzoeker

DR. W. W. OOSTERHUIS\*

In de voorafgaande bijdrage plaatste J. Moll een aantal min of meer kritische kanttekeningen bij de dissertatie van Oosterhuis *Nekpijn, buikpijn, rugpijn. Positieve aanwijzingen uit negatieve bevindingen*. In zijn reactie gaat Oosterhuis uitvoerig in op de door zijn hooggeleerde opponent geopperde bezwaren.

## Inleiding

Met voldoening las ik de inleiding tot het commentaar van Moll op mijn proefschrift.<sup>1</sup> Hoewel ik zelf niet van drie hoofdthema's zou willen spreken, ben ik blij dat hij, behalve aan mijn onderzoek, ook aandacht heeft willen schenken aan de andere thema's die ik heb aangeroerd.

Mijn beschouwing biedt de mogelijkheid het belang van die thema's nog eens te belichten.

## Deze huisarts als onderzoeker

Het standpunt dat ik koos, namelijk dat er onvoldoende onderzoek is gedaan op grond waarvan de huisarts de beslissing kan nemen of een probleem wel of niet medisch dient te worden opgelost, roept vragen op. Bijna zou ik zeggen: gelukkig.

De eerste vraag is dan: als de opleiding van de huisarts zijn zwaartepunt vindt in de medische training, moet er dan niet worden samengewerkt?

Ja, natuurlijk. Dat mijn co-promotor medisch psycholoog was, geeft dat al aan. Dat ik mij kritisch heb laten begeleiden door een hoogleraar in de methodenleer, onderstreept dat nog eens.

De volgende vraag luidde: is het specifiek huisartsgeneeskundig na te gaan of een probleem al dan niet medisch is? Professor Moll vindt dat ook anderen – hij noemt internisten – met dit probleem geconfronteerd worden. Hij wijst er daarbij op dat Gerritsma en Smal vonden dat huisartsen en internisten even-

veel aandacht besteedden aan het mogelijk „psychosociaal” zijn van de klachten.<sup>2</sup>

Men dient daarbij echter wel te overwegen dat dit onderzoek gedaan werd met gesimuleerde patiënten, terwijl de proefpersonen steeds wisten dat zij getoetst werden. Ik geef toe dat, toen ik deel nam aan een workshop in Leiden onder leiding van Gerritsma, een hoge realiteitsgraad in de imitatie werd bereikt. Het bleef echter imitatie en wel vooral imitatie van een EHBO-achtige ontmoeting, zoals huisartsen meemaken in een weekendwaarneming, wanneer ze patiënten van een collega eenmalig van advies dienen. Weliswaar is hier in de proefopstelling van Gerritsma en Smal rekening mee gehouden, maar of conclusies uit die proefopstelling zonder meer naar de dagelijkse praktijk geëxtrapoleerd mogen worden, waag ik te betwijfelen.

Ook het onderzoek van De Boer, waaraan ik destijds mocht meedoen, werkte met simulatiepatiënten. Men onderkende ook daar dit probleem en verzocht ons de situatie tegemoet te treden, als kwam de gesimuleerde patiënt van een andere arts en bezocht hij ons voor het eerst.<sup>3</sup>

Hoe dit zij, in elk geval is het bij de huidige structuur van onze gezondheidszorg zo, dat de huisarts in de praktijk de zwaarste verantwoording draagt voor de beslissing: medisch probleem of niet. Doorgaans is hij de eerste medische professional die het probleem krijgt voorgelegd, meestal in de verwachting dat het inderdaad een medisch probleem is. De eerste beslissing valt dus aan hem toe, en juist die beslissing bepaalt in hoge mate welke koers het proces van probleem-oplossen zal ne-

men. Hij is dan ook degene die, indien de beslissing „niet-medisch” dient te luiden, daartoe in de gunstigste positie verkeert. Hij heeft meer ervaring met niet-medische problemen en is gemiddeld beter bekend met de leefwereld waarop het probleem betrekking zou kunnen hebben, dan andere medische hulpverleners.

Mijn bezwaar is dat die beslissing te vaak pas valt na lange omwegen via reeksen negatieve bevindingen<sup>4</sup>, terwijl én de macht én de beslissingsstrategieën ontbreken om zo'n ongewenste negatieve reeks op het meest effectieve moment te onderbreken. Daar de huisarts in de beste positie verkeert om daarover waarnemingen te doen, moet juist hij, bij gebrek aan dit soort kennis, meewerken aan de verwerving ervan.

Ook anderen krijgen zulke problemen onder ogen. Wie echter in multidisciplinaire verbanden werkt, weet dat men zich daar toch altijd weer wil indekken tegen het risico iets over het hoofd te zien, door eerst de medicus met de verantwoordelijkheid te belasten. Het willen accepteren van die verantwoordelijkheid moet berusten op een gevoel van zekerheid over het eigen beslissingsvermogen. Daartoe moet toereikende kennis aanwezig zijn. Ontbreekt die, dan dient verwezen te worden. Ervaring helpt daarbij, maar getoetste ervaring is beter. En spreekt men dan niet van wetenschap? Zegt De Groot immers niet: als ik iets kan voorspellen, dan weet ik iets.<sup>5</sup> Mijn keuze voor dit beslissingsmoment als speciaal terrein voor huisartsgeneeskundig onderzoek, berust op mijn ervaring dat dit moment bij de huisarts in minstens 30 procent van zijn dagelijkse beslissingen meespeelt, terwijl dat percentage niet of nauwelijks benaderd wordt door andere hulpverleners in de medische sector.<sup>6</sup> Voor de meeste hulpverleners daarbuiten zal dit beslissingsmoment al gepasseerd zijn vóór het begin van hun bemoeienissen.

## Taalkundige benadering

Komen we nu bij mijn eigenlijke onderzoek – waarvan de vraagstelling door Moll precies is weergegeven – dan denk ik dat zijn opmerking dat het taalgebruik mijn eerste argument zou vormen, niet op gaat. Uit de volgorde van mijn onderzoekszopzet valt dit niet af te leiden. Ik heb het taalkundige aspect alleen gebruikt als argument om aannemelijk te maken, dat een – bij Kennemers gevonden – verband tussen emotie en pijn in een bepaalde lichaamszone

\* Huisarts te Haarlem en als wetenschappelijk hoofdmedewerker part-time verbonden aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam.

waarschijnlijk ook gevonden kan worden bij Japanners, Russen, Spanjaarden, Grieken, Duitsers, Engelsen, Fransen en bij hen wier voertaal het Swahili is.

Dat bij metafoor taalgebruik transculturele verschillen bestaan, bestrijd ik niet. Wel geloof ik dat, wanneer men zich beperkt tot metaforen die gevoelens weergeven met behulp van lichaamszones, de transculturele verschillen sterk zullen blijken af te nemen.

„Hardnekkig” geeft mijns inziens inderdaad een verwijzing naar strijdvaardigheid. Kunt U hardnekkig vluchten? Neen, maar wél hardnekkig weerstand bieden.

Dat een gevoel van welbehagen in de buik, met name in de lever, wordt aangegeven, wil nog niet zeggen dat een gevoel van onbehagen in die omgeving niet specifiek betrekking zou kunnen hebben op angst. Betekent trouwens „sakit hati” (Bahasa Indonesia) niet, behalve pijn of ziekte in de lever, onder andere ook heimwee? En is dat niet een gevoel van iemand in een vreemde omgeving?

Uiteraard heeft Moll het volste recht een dergelijke gedachtengang een twijfelachtige ondersteuning van mijn beoog te vinden. Toch houd ik staande dat ergens buikpijn van hebben steeds verwijst naar een twijfel (geen zekerheid nog) aan de goede afloop. Natuurlijk heeft dat een andere gevoelswaarde dan: het loopt je dun door de broek. Dat laatste is een veel heviger emotie, die met een verkeerde beoordeling te maken heeft: eerst „aanvallen zal lukken” en dan blijkt het gevaar veel groter dan waarmee rekening was gehouden!

Mijn uitgangspunt was de observatie bij Kennemers, dat pijn zich bij specifieke emoties openbaart in specifieke lichaamszones. Mijn taalkundige zijsporang diende uitsluitend om aanneemelijk te maken dat hetzelfde fenomeen zich zal voordoen bij volkeren die in hun taalgebruik dezelfde lichaamszones associëren met dezelfde onaangename gevoelens. Die zijsporang vormde geen onderdeel van mijn bewijsvoering. Het onderscheid dat Moll hier wil aanbrengen, is terug te voeren op wat elk van ons pijn wil noemen. Ik vat dat kennelijk veel ruimer op dan hij en voel daarom de behoefte niet, principieel onderscheid te maken tussen een vaag onaangenaam gevoel en felle pijn, in de verwachting dat het slechts een kwantitatief en geen kwalitatief onderscheid zal blijken.

## Pilot study

De *pilot study* had niet op een zesjarige maar op een zestienjarige periode betrekking. De gegevens werden verzameld tussen 1960 en 1976. Moll geeft verder de gang van zaken bij dit deel van mijn onderzoek goed weer.

De eerste kanttekening die hij maakt, is dat de lezer niet over mijn schouder kan meekijken naar het hoe en waarom van de door mij gemaakte indelingen.

Ik bestrijd niet dat ik in dit verkennende onderzoek deze indeling op subjectieve gronden heb gemaakt. Het ging er mij bij dit voorlopige onderzoek voornamelijk om of mijn ervaring, dat ik een identieke lichamelijke reactie kon vertonen als de herten die ik had opgeschrikt, gekoppeld aan het merkwaardig samenvallen van een bepaalde pijnlocalisatie met steeds dezelfde emotie bij enkele van mijn patiënten, uitingen konden zijn van een algemeen voorkomend reactiepatroon. Zo dat niet het geval zou zijn, kon ik mij de moeite van een toetsend (en zeer tijdrovend) onderzoek wel besparen. In die zin heb ik de gevonden uitkomsten, hoe aanvechtbaar uit methodologisch oogpunt ook, toch gevoeld als een sterke aanwijzing dat er op deze basis wat te vinden zou zijn.

Ik geef de aanvechtbaarheid van de gevolgde methode (op dat moment de enig mogelijke overigens) toe. Daarbij wijs ik zelf op pagina 22 op de vragen die Philipsen beantwoord wil zien om het *loeren en oudehoeren* veranderd te zien in *gissen en missen* (mag het ook raken zijn soms?). Door voorbeelden te geven van hoe ik af en toe moeite had met indelen, heb ik juist wél geprobeerd over mijn schouder te laten meekijken. Daarbij heb ik juist twijfelgevallen gebruikt om een indruk te geven van de problemen die ik daarmee soms had. Mensen die een equivalent van boos of bang zelf gebruikten in de beschrijving van hun emotie, zouden daar minder illustratief voor zijn.

De vraag hoe vaak ik zulke problemen bij mijn verkennende onderzoek had, laat zich gemakkelijk beantwoorden uit de gegevens in mijn proefschrift. Moge-

lijk had ik daarin beter meteen een overzicht van die cijfers kunnen opnemen. Ik verwachtte er echter geen belangstelling voor; het ging ten slotte niet om de bewijsvoering. In de *tabel* zijn die cijfers nu dan overzichtelijk weergegeven. Er waren dus 97 onindeelbare gevallen op de 840.

Vervolgens vindt Moll mijn afgrenzing van de drie typen levenservaring opvallend wisselend.

Ik bestrijd niet dat daarbij verschillende woorden worden gebruikt. Deze geven echter wel goed omschreven categorieën weer. Ik verwijs daarbij naar het schema van Lazarus dat ik in hoofdstuk 8 van mijn proefschrift heb opgenomen: Die ervaringen waarbij een dreiging valt op te heffen door hem aan te vallen.

Die ervaringen waarbij een dreiging valt te ontwijken (door vluchten, door zich te verbergen of dood te houden).

Die ervaringen waarbij een voortdurende dreiging aanwezig blijft zonder dat al aan één van de twee genoemde strategieën de voorkeur is gegeven.

Dit kan leiden tot wisselend sterke emoties per categorie, die in de taal – op genuanceerde wijze – wisselend tot uitdrukking worden gebracht. Toch zijn die uitdrukkingen dan wel onder één noemer te brengen. Uit de door mij gekozen categorieën vloeit voort dat de categorie „aanpakken jongens!” en de categorie „weg wezen!” een breder spectrum van emoties toelaat dan de tussenliggende categorie „hoe zal dat aflopen?”

De inperkingen van de overtuigingskracht van dit oriënterende onderzoek heb ik alle zelf uitvoerig behandeld in mijn proefschrift in het hoofdstuk over de *pilot study*. Daar heb ik ook aangegeven hoe ik zo goed mogelijk tegen de verschillende vertekeningen heb gewaakt.

Dat het ontbreken van situatieve gegevens een argument vormt vóór het optreden zijn van deze vertekeningen, waag ik te betwijfelen. Dit ontbreken kwam juist in de beginjaren van mijn praktijk voor en dat was bij het begin van mijn onderzoek al zestien jaren geleden. Mijn interesse voor niet-somatische gegevens was in die beginjaren nog

Tabel. De relatie tussen nekpijn/buikpijn/rugpijn en agressie/angst/wanhoop. N = 840.

	Agressie	Angst	Wanhoop	Niet in te vullen
Nekpijn	329	1	1	33
Buikpijn	–	162	84	48
Rugpijn	–	20	146	16

maar zwak: ik had geleerd daar geen rekening mee te houden en dat moest ik toen nog helemaal af leren.

Overigens: in dit voorlopig onderzoekje ondervroeg ik geen patiënten, ik deelde hun gegevens in, voor zover aanwezig. Het viel daarbij te verwachten dat soms meer dan vijftien jaar oude en wel eens erg beknopte notities geen aanknopingspunt boden om mijn vragen achteraf te beantwoorden.

Ik heb met dit onderzoekje geen bewijsvoering willen opbouwen, ik heb alleen de waarschijnlijkheid van de aanwezigheid van het veronderstelde verband willen schatten. Na dit voorlopig onderzoek achtte ik die waarschijnlijkheid groot; anders was ik aan de rest niet begonnen.

Ik denk niet dat ik zonder kwantificeren aan een schatting van die waarschijnlijkheid zou zijn toegekomen. Dat het een bekoring zou hebben gehad voor mij, ontken ik. Ik heb een harts-tochtelijke hekel aan cijfertjes en heb een grote weerzin moeten overwinnen om dit deel van het onderzoek tot een goed einde te brengen.

Ik wil hier nog eens een lans breken voor dit soort voorbereidend onderzoek: wordt dit weggevaagd als onwetenschappelijk, dan kun je de hele aanpak van wetenschappelijk onderzoek door huisartsen wel op je buik schrijven. Hoe moet een praktizerend huisarts in dat geval zijn verbazing vastleggen? Hoe moet hij dan de terugkeer van steeds dezelfde verrassende relaties registreren? Hoe moet hij dan zijn collegae op de weerkeer van verschijnselen in een vast verband attenderen? Het mag dan geen bewijs leveren, het is wel de wegwijzer naar een goede vraagstelling.

Ik achtte het dan ook onjuist, deze fase uit het onderzoeksverslag te schrappen. Het is de enige etappe die afgelegd kan worden zonder hinder van critici die niet in het probleem geïnteresseerd zijn, maar alleen in de zuiverheid van de gevolgde methode. Zulke critici zijn onmisbaar voor de volgende stap, maar fnuikend voor de eerste. Zij zijn dodelijk voor het enthousiasme en het initiatief van prille onderzoekers. En aan hen is een schreeuwend te kort binnen ons vakgebied.

### Het eigenlijke onderzoek

Bij de bespreking van mijn onderzoeksopzet rees de vraag of de tien collegae die hielpen bij de indeling in agressie-, angst- of wanhoop-wekkende proble-

men, van mijn ideeën op de hoogte waren.

Ik weet dat niet. Ik heb hen omtrent mijn ideeën niet ingelicht, maar ik heb hen ook niet naar hun opvattingen gevraagd. Maar zelfs al zouden zij het geheel eens zijn met mijn opvattingen over de mogelijke specifieke relatie tussen pijnplek en ervaren emotie, dan zou dat in deze fase toch irrelevant geweest zijn. De tien collegae hoefden immers geen patiënten te beoordelen. Ze hoefden alleen maar aan te geven of de voorgelegde situatie hen zelf boos, bang dan wel machteloos zou maken. Zij wisten niet wat voor pijnen die situaties hadden veroorzaakt. Er bestond geen enkele mogelijkheid, de uitkomst van mijn latere onderzoek in deze fase te beïnvloeden in een richting die mij eventueel goed zou uitkomen.

De verdere beschrijving van mijn onderzoek is correct, al ben ik het er niet mee eens dat elf patiënten buiten het onderzoek werden gelaten. Deze patiënten gaven meer dan één pijn of meer dan één emotie aan. Daar de gevolgde correlatieberekening onderlinge onafhankelijkheid vereist, stonden twee wegen open: óf door loting een van de correlaties die de patiënten weergaven, op te nemen en de andere te verwaarlozen, óf een getrouw verslag te doen van de werkelijke bevindingen en de lezer de uitkomst daarvan zelf te laten vergelijken met het bereikte resultaat. Dan kon men zelf concluderen of de elf verslagen de uitkomsten steunden of juist ondergroeven. Ik koos voor de laatste oplossing en vind niet dat die keuze betekent dat ik deze elf resultaten buiten het onderzoek heb gehouden.

De mate waarin mijn medewerkers van mijn gedachten op de hoogte waren, is vervolgens een reden om aan vertekening van de uitkomsten te denken.

Terecht. Er is dan ook naar gevraagd en het resultaat van die ondervraging staat in mijn proefschrift: pagina 67, vraag 10: drie van de vijftien ontkenen de mogelijkheid van enig verband tussen emotie en pijn, negen ontkenen de mogelijkheid van een specifiek verband, drie achtten een specifiek verband desnoods mogelijk.

Ook de selectie van patiënten uit mijn eigen praktijk wekt twijfel aan de zuiverheid van het onderzoek. Dat is juist.

Er is echter zo goed mogelijk tegen gewaakt door iedere patiënt bij wie geen verklaring voor de pijn kon worden gevonden bij lichamelijk onderzoek, meteen aan de enquête te onderwerpen. Dit gebeurde meestal tijdens

hetzelfde spreekuur en buiten mijn aanwezigheid.

Ik had af kunnen zien van de publikatie van de resultaten van deze onderzoeksgroep, omdat het resultaat bij de patiënten van de collegae al ruimschoots steun boden voor mijn hypothese. Dan zou ik echter een uitleg die het verschil tussen beide groepen in herkenbaarheid van de problemen ook kan verklaren, niet aan de orde hebben kunnen stellen. Mijn patiënten werden immers vers van het eerste consult in het onderzoek opgenomen, in tegenstelling tot de patiënten van de collegae: bij hen ging daar soms veel tijd overheen. Hieruit kan men afleiden dat hoe verser het geval, des te duidelijker de samenhang tussen pijn en emotie aan het licht treedt. Dit leidt tot een voor de praktijk belangrijk advies: overweeg, zodra het eerste – grondige – onderzoek van de patiënt geen verklaring oplevert voor zijn pijn, meteen een benarde situatie en onderzoek reeds dan of een samenhang tussen soort pijn en soort spanning is aan te wijzen. Zo ja, dan is de kans op een andere verklaring de eerste twaalf maanden vrijwel nul!

En tenslotte zij nogmaals opgemerkt dat een eventueel vooroordeel bij de selectie van de eigen patiënten toch niet de hele overeenstemming kan verklaren. Zelfs bij de somberste schatting wordt in dergelijke gevallen die invloed niet hoger dan 30 procent geraamd. Dan zou dus nog  $\kappa 0.7$  resulteren, eveneens een goede steun voor mijn hypothese.

Een volgende bemerking betreft de door de patiënten geproduceerde protocollen. Daarvan zou men niets meer horen.

Van de totaal drieënnegentig protocollen zijn er echter elf weergegeven en wel elf meerduidige en dus niet de fraaiste voorbeelden die ik had kunnen kiezen. Opname van alle drieënnegentig protocollen zou geleid hebben tot lange reeksen herhalingen van dezelfde verbanden. Voor geïnteresseerde onderzoekers zijn de originele protocollen overigens ter inzage, uiteraard onder embargo.

Wat betreft de suggestie van Moll voor aanvullend onderzoek, kan worden opgemerkt dat een dergelijk onderzoek inmiddels is verricht. Onder auspiciën van het Leidse Instituut voor Huisartsgeneeskunde is door Verkes en Van Megchelen een onderzoek gedaan met behulp van mijn vijfenvestig voorbeelden en vijf voorbeelden van eigen fabriek. De patiënten moesten er vijf kiezen die de eigen situatie het meest

nabij kwamen. Vervolgens werd per gekozen situatie bepaald, welke emotie daarbij bij de patiënt naar boven kwam. Daarna werd een totaalscore bepaald. Hoewel met een minder fraaie getalverdeling dan uit mijn onderzoek naar voren kwam, werd ook in dit onderzoek het door mij voorspelde verband overtuigend aangetoond, terwijl in grote lijnen de scores van mijn voorbeeldsituaties werden bevestigd.<sup>7</sup>

Tenslotte is er inderdaad sprake van parallelle verduidelijking van dergelijke pijnklachten met het veranderen van de levensomstandigheden. Dit blijkt uit de voorbeelden die ik in mijn proefschrift daarvan gaf op de pagina's 9-11 en 21 en die ik met vele tientallen zou kunnen aanvullen. Ook daarbij zou men mij dan weer vooroordeel bij de selectie kunnen verwijten.

Een langere follow-up, zoals in een huispraktijk mogelijk is bij patiënten die je een blik gunnen op hun leven, kan die ups en downs, met nu eens pijn hier en dan eens pijn daar, laten zien als een bij het leven horend patroon. Gevaar schuilt in het niet herkennen van de natuurlijkheid ervan. Beschouwt men de pijn als symptoom van een desnoods nog niet herkend lijden, los van de omstandigheden die de pijn hebben geïnduceerd, dan gaat die medicalisering een eigen invloed uitoefenen, met het risico dat ook de pijn een eigen leven gaat leiden, los van de eerst nog begrijpelijke context.

Wee de patiënt die dat overkomt.

### Een medische beleidsconclusie

Inderdaad meen ik dat mijn bevindingen op grond van het bovenstaande een beleidsconclusie rechtvaardigen. Ik kan mij overigens best vinden in de gemiddelde uitspraak die Moll als beleidsadvies meer gerechtvaardigd acht, maar ik koos daar inderdaad niet voor. Ik maak trouwens wél bezwaar tegen het advies een afwachtende houding aan te nemen. Men moet juist van het begin af aan proberen de weg naar hogere medische echelons te ontraden en aan de patiënten uit te leggen waarom men dat ontraadt.

In mijn uitspraak gaat het over ervaren huisartsen, omdat de resultaten van mijn onderzoek werden behaald met de hulp van huisartsen met tussen de drie en ruim dertig jaar praktijkervaring, met een gemiddelde van dertien jaar. Onder zorgvuldig eigen onderzoek versta ik fysisch-diagnostisch onderzoek dat de huisarts zelf kan uitvoeren, eventueel uitgebreid met het röntgen- en

laboratoriumonderzoek dat de huisarts ter beschikking staat.

De mate van strijd lust werd in mijn onderzoek niet bepaald; onderzocht werd slechts of strijd lust inderdaad met nekpijn en niet met buikpijn of rugpijn gepaard ging. Bestaat het verband of bestaat het niet, dat was de kwestie.

Ik koos bewust voor een wat provocerende uitspraak, omdat ik meende dat mijn bevindingen voor mijn vakgenoten van groot belang en voor onze patiënten van zeer groot belang zouden kunnen blijken. Ik wilde daarom reactie en meende die bij een meer weerstand oproepende formulering beter te kunnen losmaken.

En tot heden heb ik over reactie niet te klagen gehad.

### Slot

In het slotwoord wordt nog eens gepleit voor een andere aanpak van deze problemen. Zeker zou een subjectieve, niet kwantificerende verwerking eveneens belangrijke resultaten kunnen opleveren.

Maar zouden de lezers tot wie ik mij in de eerste plaats richt, de artsen, dat dan willen lezen?

Wat ik nu ga zeggen, is niet zo erg wetenschappelijk, maar wel subjectief en niet kwantificeerbaar: kent Moll dit lezerspubliek? Weet hij wat ze, gedrield in onze academies door op hun beurt academisch gedrield specialisten, willen lezen? Mijn ervaring is: ze willen cijfers, ze willen tabellen en ze willen statistiek. Welnu, wie gehoord en gelezen wil worden, moet ze in zijn betoog doen, want anders laat men de strekking van het betoogde aan zich voorbij gaan onder het mompelen van „al dat slappe gezwam, borrelpraat”. En ik denk dat ik iets belangrijks en onmiddellijk toepasbaars heb gevonden, niet alleen voor artsen, ook voor patiënten. Daarom wil ik – met dezelfde motieven als Multatuli – gelezen worden. Ik „wilde zo schrijven dat het gehóórd werd”. Al durf ik hem niet nazeggen: „wederlegging van de hoofdstrekking van mijn werk is onmogelijk”, toch vind ook ik (ik parafraseer): „Goed, goed, alles goed. Maar... de patiënt wordt (te vaak) mis(be)handeld!”

<sup>1</sup> Oosterhuis WW. Nekpijn, buikpijn, rugpijn. Positieve aanwijzingen uit negatieve bevindingen [Dissertatie Universiteit van Amsterdam] Utrecht: Bunge, 1982.

<sup>2</sup> Gerritsma JGM, Smal JA. De werkwijze van huisarts en internist. Een vergelijkend

onderzoek met behulp van een interactieve patiëntensimulatie. Utrecht: Bunge, 1982.

<sup>3</sup> Boer RA de. Nascholing van huisartsen. Resultaten van het werk in studiegroepen medische psychologie. Meppel: Boom, 1973.

<sup>4</sup> Melker RA de. Ziekenhuispatiënt, huisarts, huisgezin. Nijmegen: Dekker en Van de Vegt, 1973.

<sup>5</sup> Groot AD de. Methodologie. 's-Gravenhage: Mouton, 1961.

<sup>6</sup> Oosterhuis WW. 30 juni, een dag uit een huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1972; 15: 241-58.

<sup>7</sup> Verkes RJ, Megchelen PJ van. Nekpijn en rugpijn bij emoties van woede en onmacht [Verslag keuze-onderzoek]. Leiden: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, 1983.

### Literatuur bij: Verwijzen binnen de eerste lijn door arts-assistenten in een gezondheidscentrum (pp. 322-5)

<sup>1</sup> Lamberts H. Primary health care monitoring project. Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 293-304.

<sup>2</sup> Lamberts H. Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 404-14.

<sup>3</sup> Lamberts H. Praten over patiënten: een kwantitatieve benadering van de communicatie binnen een multidisciplinair team. Huisarts en Wetenschap 1976; 19: 181-5.

<sup>4</sup> Lamberts H, Ouwehand G. Een arts-assistent in een huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 4-11.

<sup>5</sup> Lamberts H, Hartman B. Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk II. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 376-66.

<sup>6</sup> Buyten NT, Hoogen R van der, Monteny AE, Veld HO in 't, Lamberts H. Fysiotherapie, vierde in eerstelijnskwartet. Huisarts en Wetenschap 1977; 20: 237-43.

<sup>7</sup> Lamberts H, Root JHM op 't. Het maatschappelijk werk in de groepspraktijk Omrood. Huisarts en Wetenschap 1970; 13: 450-61.