

Decision-making strategies in the general practice [Dissertatie]. Ridderikhoff J. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1986; 280 bladzijden.

Iedere dissertatie van een huisarts over de huisartsgeneeskunde verdient extra belangstelling. Huisartsen zitten toch al niet in een erg gastvrije sector van de wetenschapsbeoefening en bovendien moeten zij meestal veel energie in de gewone dagelijkse praktijk steken. Wanneer dan ook nog eens een echt moeilijk onderwerp – besluitvormingsstrategieën bij huisartsen – wordt onderzocht, dan stijgt de belangstelling.

Vooropgesteld zij dat Ridderikhoff belangrijk onderzoek heeft gedaan en dat er in zijn dissertatie veel interessants te lezen valt. Dit neemt niet weg, dat hij het zijn lezers wel bijzonder moeilijk heeft gemaakt. Het is jammer dat in het 280 getikte bladzijden tellende manuscript geen maat is gehouden en hoofd- en bijzaken onvoldoende van elkaar zijn onderscheiden. Ook de keuze voor het Engels keert zich tegen de lezer. Alleen al de titel: '... in the general practice'. Ook in de rest van het manuscript treft men allerlei merkwaardige Engelse zinswendingen aan die de leesbaarheid niet bevorderen. Wat hebben onze Engelse collegae het toch gemakkelijk.

Ridderikhoff gebruikt meer dan de helft van de dissertatie om aan de hand van vele honderden referenties uiteen te zetten hoe moeilijk het is om iets verstandigs over probleem-oplossen, redeneren, geneeskundige besluitvorming en besliskunde te zeggen. Belangrijk zijn de in vele toonaarden beschreven verschillen tussen een deductieve strategie en een op inductie gebaseerde benadering van de problemen waarmee huisartsen geconfronteerd worden. Bij een hypothetico-deductieve redeneertrant is er eerst een vraag of klacht van een patiënt. Vervolgens wordt consequent informatie verzameld en geanalyseerd. Op grond van de analyse wordt een hypothese opgesteld en tenslotte getest. Als de hypothese daar niet tegen bestand is, wordt hij verworpen. Indien de hypothese aanvaard wordt, dan is hij 'waar' en op grond daarvan wordt tot therapie overgegaan.

Bij de inductieve, vaak heuristische zoekstrategie worden op grond van de eerste klachten van de patiënt – en soms al eerder – snel hypothesen gegenereerd. Sommige daarvan worden – soms voor een deel – getest, simultaan worden er weer andere hypothesen opgevoerd en – al dan niet met een algoritme – meer of minder systematisch op bruikbaarheid onderzocht. Bij de keuze van een of meer werkhypothesen telt de waarschijnlijkheid (a priori kans) dat een bepaalde aandoening bestaat, zwaar mee.

Een essentieel verschil met deductie is, dat veel hypothesen gegenereerd en vervolgens

weer afgeserveerd worden op basis van heel weinig gegevens en niet zelden op basis van ervaringen. In het Engels heet dat 'trial and error'. Hypothesen zijn niet of waar of fout, ze zijn meer of minder waarschijnlijk en meer of minder belangrijk. Het kan dan ook niet als een verrassing komen dat in het onderzoek van Ridderikhoff geen steun voor een deductieve besluitvorming is gevonden, maar des te meer voor de inductieve zoekstrategie.

Acht belangrijke klinische problemen zijn door hem in het onderzoek gehanteerd: hypochrome anemie, atopisch eczeem, extra-uteriene zwangerschap, astma, galstenen, ischialgie, hyperthyreoïdie, acuut myocardinfarct en diabetes mellitus. De betreffende 'patiënten' zijn in detail uitgewerkt en in een gesimuleerd consult aan 60 enthousiaste Rotterdamse huisartsen en 8 geselecteerde Rotterdamse internisten voorgelegd. In de eigen spreekkamer is het gesimuleerde consult met de videocamera opgenomen en naderhand is de hele gang van zaken met de betreffende arts besproken. Tenslotte is alles minutieus geëvalueerd, gemeten en in een bewerkbare vorm gegoten. Dit resulteert in 74 tabellen die voor een wetenschappelijke interpretatie in aanmerking komen.

Veel hiervan is interessant. Patroonherkenning is voor huisartsen en specialisten van het grootste belang. Specialistie is vervolgens sneller geneigd algoritmische stukjes in hun zoekstrategie in te bouwen, terwijl huisartsen in hun heuristische benadering meer patiëntgeoriënteerd zijn. Het ziet er naar uit dat huisartsen in minder tijd en met minder vragen tot een werkhypothese komen. Opmerkelijk is de geringe overeenstemming tussen de artsen over het relatieve gewicht van de verschillende symptomen en bevindingen, terwijl zij toch tot dezelfde eindconclusie komen.

De rol die de ervaring van de huisarts speelt, is zeer gering: 15 jaar meer praktijk leidt niet tot het verzamelen van meer relevante informatie, minder vragen, of sneller een diagnose stellen. Alleen lijkt met het stijgen der jaren het aantal gegenereerde hypothesen te dalen. De artsen bleken ten aanzien van alle gehanteerde ziektebeelden de artsen slecht op de hoogte van de feitelijke incidentie en prevalentie. Zij hanteren met andere woorden meestal onjuiste a priori kansen. De diagnose impliceert vrijwel direct een beslissing over het verder handelen en over de therapie. Als het eenmaal zo ver is, blijkt het vertrouwen in de uiteindelijke oplossing bijna niet te schokken.

Ridderikhoff besluit zijn dissertatie met een blik op de toekomst: 'Future planning aims at a reconsideration of medical terminology, medical taxonomy and medical problem-solving methods by means of clustering the basic elements of clinical medicine.'

H. Lamberts

Zelfhulp bij Anonieme Alcoholisten [Dissertatie Katholieke Universiteit Brabant]. Van Harberden P. Handeldeditie: Groningen: Wolters-Noordhoff, 1986; 302 pagina's, prijs f 39,50. ISBN 9001-37161-2.

Alcoholisten kunnen hun verslaving zeer wel de baas worden, wanneer zij zich aansluiten bij een zelfhulpgroep, en de zelfhulpgroepen die opereren onder de vlag van Anonieme Alcoholisten (AA) zijn daartoe een geschikte formule.

De Tilburgse socioloog Van Harberden heeft gedurende vijf jaar onderzoek verricht naar de wijze van hulpverlening in AA, de oudste vorm van zelfhulp. Het onderzoek leidt tot de conclusie, dat het therapeutisch potentieel van AA-groepen hoog is. Ook voor mensen die door hun verslaving in de goot terecht zijn gekomen, zijn deze groepen tot heel wat in staat. Ze zijn dan ook te zien als een volwaardige hulpbron. Bijgevolg dienen professionele hulpverleners zich bescheiden op te stellen ten opzichte van deze vorm van zelfhulp. Ze kunnen het functioneren van zelfhulpgroepen vergemakkelijken, maar dienen hun handen af te houden van het groepsgebeuren.

Publieksvoorlichting over borstkanker en borstzelfonderzoek [Dissertatie]. Jonkers R. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1986.

Eén op de dertien vrouwen in Nederland krijgt borstkanker. Dit gegeven vormde enkele jaren geleden aanleiding om een onderzoek te starten waarin onder meer getracht is na te gaan hoe, door middel van voorlichting, vrouwen te motiveren zijn meer aan borstzelfonderzoek te gaan doen. Gedurende anderhalf jaar zijn folders en posters verspreid, welzijnsmarkten en groepsbijeenkomsten georganiseerd en artikelen in kranten geschreven over borstkanker en dergelijke. Verder zijn huisartsen en wijkverpleegkundigen aangespoord individuele voorlichting over borstkanker en borstzelfonderzoek te geven.

Vóór de voorlichtingscampagne, die ruim anderhalf jaar duurde, bleek slechts 10 procent van de voor de studie ondervraagde 800 vrouwen op de juiste wijze borstzelfonderzoek te doen, terwijl meer dan de helft van de ondervraagde vrouwen ervan overtuigd was het borstzelfonderzoek op de goede manier te doen. Na de campagne blijkt daarin geen verbetering opgetreden te zijn. Evenmin is het kennisniveau over borstkanker en borstzelfonderzoek verbeterd.

Dat voorlichting over borstzelfonderzoek niet leidt tot het gewenste gedrag wordt onder meer in verband gebracht met het feit dat het aanbevolen gedrag niet lonkend genoeg is. De voordelen van het aanbevolen gedrag moeten voor degenen die voorgelicht worden duidelijk zijn wil men tot gedragsverandering overgaan.