

## Papieren huisartsgeneeskunde

### 1

In het meinummer van *Huisarts en Wetenschap* wordt kritiek geleverd op het gebruik van vragenlijsten en interviews om effecten op het gebied van deskundigheidsbevordering te meten. Tevens wordt de waarde die men kan hechten aan meningen en evaluaties van huisartsen in twijfel getrokken. Daarbij wordt de volgende stelling gelanceerd: 'Het tijdperk van de papieren huisartsgeneeskunde is voorbij'.<sup>1</sup>

Hoewel we het pleidooi voor zoveel mogelijk evaluatie van feitelijk handelen wel onderschrijven, is de strekking en de absoluteheid van het commentaar zodanig, dat enkele kanttekeningen op zijn plaats zijn.

Om te beginnen willen we wijzen op de ontwikkelingen die gaande zijn op het gebied van evaluatie van onderwijs, psychotherapie en interventieprogramma's. Omdat steeds duidelijker is geworden dat de experimentele benadering bij dit soort evaluaties onvoldoende werkt, is een nieuwe benadering terrein aan het winnen, de zogenaamde programma-evaluatie: men stelt de doelen van een activiteit vast en probeert met verschillende methoden na te gaan of en op welke wijze deze gehaald zijn.<sup>2,4</sup> De tendens in een gespecialiseerd tijdschrift als *Evaluation and Program Planning* gaat bijvoorbeeld in de richting van een grotere flexibiliteit ten aanzien van de keuze van evaluatiemethoden. Afhankelijk van prioriteiten, beschikbare middelen, methodologische eisen en beschikbare kennis over een onderwerp is het gewenst gebruik te maken van schriftelijke vragenlijsten, diepte-interviews, case-studies, het gerandomiseerde experiment met objectieve metingen van gedrag, of een combinatie van deze.<sup>5</sup>

Elders komt de hoofdredacteur van de *Journal of Applied Behavioral Analysis*, een tijdschrift met een traditie om alleen artikelen met objectieve gedragsmetingen te accepteren, zelfs tot de volgende conclusie: 'Whether or not a program is helpful can be evaluated only by the consumer. Behavior analysts may give their opinion and these opinions may even be supported with empirical objective data, but it is the participants and other consumers who

want to make the final decision about whether a program helped solve their problems'.<sup>6</sup> Zogenaamde objectieve metingen van gedrag zijn overigens net zo goed manipuleerbaar als subjectieve, is zijn mening. Bovendien geeft een verbale of papieren meting de mogelijkheid veranderingen en effecten op het spoor te komen die bij objectieve meting van gedrag niet aan het licht komen. Er zijn nu eenmaal zaken die niet aan gedrag zijn vast te stellen, namelijk hoe iemand denkt en voelt over iets of welke waarde iets voor hem of haar heeft. Dat moet je vragen op een zodanige wijze, dat de kans op een eerlijk antwoord het grootst is.

In dit verband is de ontwikkeling van 'papieren' maten voor het subjectief welbevinden en de 'quality of life' van patiënten gerelateerd aan meer objectieve gezondheidsmaten een gelukkige ontwikkeling in het huisartsgeneeskundig onderzoek.<sup>7</sup>

Het is inmiddels duidelijk geworden dat beïnvloeding van feitelijk handelen meestal voor een belangrijk deel verloopt via de beïnvloeding van opvattingen, houdingen en kennis van mensen.<sup>8</sup> Dat vormt hiervoor een noodzakelijke, zij het niet voldoende voorwaarde. Of beïnvloeding van 'cognitieve processen en representaties' ook resulteert in verandering van feitelijk handelen, is afhankelijk van tal van andere factoren, met name situationele factoren. En al deze factoren verdienen bestudering. Het gaat te ver om te zeggen: er is een discrepantie tussen wat huisartsen aan opinies hebben en wat ze in feite voor gedrag vertonen, dus hechten we van nu af geen waarde meer aan wat ze ergens van vinden.

Overigens dient men ook nog voorzichtig te zijn met conclusies over die discrepantie niet altijd aanwezig is. Als voorbeeld daarvan willen wij de onderzoeken van Sackett *et al.* noemen, die verschillende methoden vergeleken om vast te stellen of hypertensiepatiënten hun pillen wel slikten.<sup>9</sup> Daaruit bleek dat het interviewen van de patiënt over hun eigen gedrag als methode niet onderdeed voor de 'objectievere' urinetest of het tellen van de pillen. Belangrijk is wel hoe je het vraagt.

Tenslotte nog het feit dat in het redactioneel commentaar ons artikel over het gebruik van normen bij onderlinge toetsing<sup>10</sup> als illustratie wordt gebruikt bij de stelling over papieren huisartsgeneeskunde. Goede lezing van dat artikel maakt duidelijk dat niet een effectevaluatie van het toetsingsprogramma werd beoogd (die is elders beschreven<sup>11</sup>), maar een beoordeling van normen op bruikbaarheid, toepasbaarheid, acceptatie en status. Wil je zo iets te weten komen, dan ontkom je er niet aan hierover aan huisartsen vragen te stellen. En dezen kunnen daar dan verstandige dingen over zeggen.

R. Grol  
F. Schellevis

<sup>1</sup> Meyboom-de Jong B. Papieren huisartsgeneeskunde [Redactioneel commentaar]. *Huisarts Wet* 1987; 30: 206.

<sup>2</sup> Coursey R, Specter G, Murrelle S, Hunt B. *Program Evaluation for Mental Health: methods, strategies and participants*. New York: Grune and Stratton 1977.

<sup>3</sup> Veerman J. Psychotherapie-onderzoek in beweging: van demonstratie naar registratie. *Tijdschr v Psychotherapie* 1983; 5: 230-7.

<sup>4</sup> Schippers G, Sijben N, Schaap C, Mastboom J, red. *Programma-evaluatie in de geestelijke gezondheidszorg*. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1984.

<sup>5</sup> Reichhardt C, Cook T. 'Paradigms lost': some thoughts on choosing methods in evaluation research. *Evaluation and Program Planning* 1980; 3: 229-36.

<sup>6</sup> Wolf M. Social validity: the case for subjective measurement or how applied behavior analysis is finding its heart. *J Applied Beh Analysis* 1978; 11: 203-14.

<sup>7</sup> Meyboom-de Jong B, Postma T, Van der Ende J, Lamberts H. De functionele toestand van patiënten. *Huisarts Wet* 1986; 29: 8-14.

<sup>8</sup> Fishbein M, Azjen J. *Beliefs, attitudes, intentions and behavior*. Reading: Mass. Addison Wesley Publ 1975.

<sup>9</sup> Sackett D, Haynes R, Tugwell P. *Clinical epidemiology*. Boston: Little, Brown and Company 1987.

<sup>10</sup> Schellevis F, Grol R. Normen en onderlinge toetsing. *Huisarts Wet* 1987; 30: 212-5.

<sup>11</sup> Grol R. *Kwaliteitsbewaking in de huisartsgeneeskunde. Effecten van onderlinge toetsing [Dissertatie]*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1987.

2

In een redactioneel commentaar poneert *Meyboom-de Jong* de stelling 'dat de papieren huisartsgeneeskunde voorbij is'. Deze stellingname ontleent zijn waarde niet aan de originaliteit van de bewering, maar aan het feit dat deze uitspraak kennelijk het redactionele standpunt weerspiegelt.<sup>1</sup>

Vermoedelijk heeft de redactiecommissie de consequenties van deze stellingname (nog) niet doordacht. Zou de redactiecommissie deze lijn consequent voortzetten dan zal *Huisarts en Wetenschap* niet langer deze naam verdienen. Een volstrekte afwijzing van 'papieren huisartsgeneeskunde' betekent immers dat de lezers van het enige Nederlandse wetenschappelijke tijdschrift op ons vakgebied van een essentieel onderdeel van huisartsgeneeskundig onderzoek verstoken blijven. De geïnteresseerde lezer zal zich dan uitsluitend door internationale tijdschriften op de hoogte kunnen blijven stellen.

Het is jammer dat een belangrijk onderwerp als 'sociaal wenselijk gedrag' als een van de problemen bij bepaalde onderzoeksmethoden met een ongenueanceerde uitspraak wordt afgedaan. Op zijn minst is nuancering noodzakelijk:

- Uit onderzoek is gebleken dat er een samenhang bestaat tussen de antwoorden op vragen naar allerlei gedragingen en de wenselijkheid of belangrijkheid van dit gedrag. Algemeen wordt aangenomen dat deze samenhang berust op het gegeven dat men zegt gedrag te vertonen dat sociaal of algemeen wenselijk wordt geacht. Toch zijn andere interpretaties niet uitgesloten. Swamborn noemt ook de mogelijkheid van de omgekeerde verklaring: uitgaande van eerlijke rapportage is te verwachten dat dat gedrag dan ook belangrijk of wenselijk wordt geacht. Anders gezegd: hier speelt het probleem van de richting van causaliteit.

- Binnen de sociale wetenschappen is het verschijnsel van 'sociaal wenselijk gedrag' zo lang bekend dat hiermee rekening gehouden kan worden:

- men kan de bedoeling van een vraag verbergen door indirecte vragen te stellen;
- men kan diverse gradaties van niet wenselijke antwoordmogelijkheden opnemen; hiermee wordt gesuggereerd dat er geen 'goede' en 'slechte' antwoorden zijn;

- men kan de vraag zo formuleren dat iedereen zich wel aan onwenselijk/afwijkend gedrag bezondigt; zo kan de vraag: 'drinkt u alcohol' vervangen worden door: 'drinkt u iedere dag alcohol'.

- het verzekeren van de anonimiteit is een belangrijke voorwaarde om meer betrouwbare informatie te krijgen.

- Een derde nuancering betreft het feit dat vertekening door sociaal wenselijk gedrag een algemeen aanvaarde norm veronderstelt. Juist in de huisartsgeneeskunde zal veelvuldig onderzoek juist plaatsvinden omdat een norm of standaard ontbreekt.

- De vertekening van sociaal wenselijke antwoorden betreft alleen bepaalde vragen. Indien door middel van een papieren casus gevraagd wordt naar de meest waarschijnlijke hypothesen, zal vertekening met de dagelijkse praktijk gering zijn. Genereert de respondent de juiste hypothesen, dan is weliswaar niet bewezen dat dit in de spreekkamer ook gebeurt, maar er is wel aangetoond dat de kenmerken van de betreffende ziekten herkend worden. Indien nu de onderzoeker juist dit wil weten, is de gekozen methode dan ook verantwoord.

De roep om huisarts- en praktijkgebonden onderzoek roept de associatie op dat een meting in de praktijk per definitie valide is. De vraag is echter altijd:

- valide ten opzichte van wat;
- welke variabele of welk gedragskenmerk wil je meten;
- in hoeverre is het gedrag bij de ene patiënt een goede voorspeller van het gedrag bij een volgende?

Uit het bovenstaande volgt dat de redactie van een wetenschappelijk tijdschrift bij een onderzoek de vraag moet stellen in hoeverre de gekozen meetinstrumenten valide en betrouwbaar zijn ten opzichte van de door de onderzoeker geformuleerde onderzoeksvragen. Het bij voorbaat uitspreken van de ban over 'de papieren huisartsgeneeskunde' draagt niet bij aan het ontwikkelen van de wetenschappelijke standaard van ons tijdschrift. Het streven naar een hoog wetenschappelijk niveau van *Huisarts en Wetenschap* is in ons aller belang. Dit vraagt om een deskundig oordeel en gedegen kennis van onderzoeksmethodologie.

M.M. Kuyvenhoven,  
R.A. de Melker,  
F. Touw-Otten

<sup>1</sup> Meyboom-de Jong B. Papieren huisartsgeneeskunde [Redactioneel commentaar]. *Huisarts Wet* 1987; 30: 206.

**Naschrift**

Zowel Grol en Schellevis als Kuyvenhoven e.a. gaan voorbij aan de essentie van mijn redactioneel commentaar:

Het gaat bij de evaluatie van nascholingen om het handelen van de huisarts in de praktijk met als doel een optimale patiëntenzorg. Daarvoor zijn valide en betrouwbare methoden nodig. Vragenlijsten, interviews en wat dies meer zij kunnen daarbij een rol spelen. Louter papieren metingen geven een onvolledig beeld. Dat toetsing van feitelijk handelen mogelijk is wanneer huisartsen hun doen en laten vastleggen, heeft *Lamberts* reeds in 1981 beschreven.<sup>1</sup>

Met de meeste zinsneden van Grol en Schellevis ben ik het eens, maar ik ben sceptischer en minder overtuigd van het heil van nascholingscursussen op zichzelf, ook al zijn alle betrokkenen tevreden. Satisfactie-onderzoek in deze vorm is per definitie beperkt. Je moet iemand die juist een nieuwe auto, een dure jurk of een intensieve nascholingscursus heeft 'gekocht', niet vragen of zij/hij tevreden is. Dat is vragen naar de bekende weg en levert geen nieuwe informatie op. Bij onderzoek naar de ervaren gezondheid is vragenlijstonderzoek echter de enige methode. Dit heeft goede resultaten opgeleverd.<sup>2,3</sup>

De zin 'Het gaat er om hoe je iets vraagt' is mij uit het hart gegrepen. De vraag of een groep huisartsen bekend is met door deskundigen opgestelde normen, verdient inhoudelijk getoetst te worden opdat duidelijk wordt dat de respondenten inderdaad de gehanteerde normen kennen. Het gegeven dat deze huisartsen conflicten met collega's en ontevreden patiënten als belangrijkste probleem aangeven bij het veranderen van de eigen werkwijze, terwijl het ruim drie kwart van de respondenten niet duidelijk is hoe zij hun werkwijze kunnen veranderen, geeft te denken. Het bevestigt mij in mijn oordeel dat een positief antwoord op een vragenlijst niet zegt of en hoe het handelen in de praktijk wordt beïnvloed.

Ook met de door Kuyvenhoven e.a. aangevoerde argumenten betreffende sociaal wenselijk handelen kan ik instemmen. Dat een meting in de praktijk

per definitie valide is, heb ik niet beweerd. Het gaat om het afwegen van prioriteiten. Bij evaluatie van nascholing heeft het meten en beschrijven van nascholingeffecten op het feitelijk handelen in de praktijk de voorkeur.

B. Meyboom-de Jong

<sup>1</sup> Lamberts H. Hoe beïnvloedbaar is de huisarts? Huisarts Wet 1981; 24: 371-8, 424-30.

<sup>2</sup> CBS. De leefsituatie van de Nederlandse bevolking van 55 jaar en ouder 1982. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1984.

<sup>3</sup> Van de Bos GAM, Mohrs J, Habbema JDF, e.a. Zorgen van & voor chronisch zieken. Amsterdam: Instituut voor Sociale Geneeskunde, 1986.

## Morbidity figures

De boekbespreking van onze publikatie 'Morbidity figures from general practice. Data from four general practices 1978-1982' - Huisarts Wet 1987; 30: 200-1 - door W.A. van Veen, geeft ons aanleiding tot enkele opmerkingen.

In de tweede alinea schrijft de recensent dat de peildatum voor de berekening van onze fictieve 'standaardpraktijk' ontbreekt. Op pagina 1 van de Inleiding wordt in de voorlaatste alinea vermeld dat wij zijn uitgegaan van de gegevens voor de samenstelling van de Nederlandse bevolking van het CBS voor het jaar 1980, het midden van de beschreven periode.

De omvang van onze 'standaardpraktijk' hebben we met behulp van NHI-gegevens berekend, volgens welke de gemiddelde grootte van een huisartspraktijk in 1980 ongeveer 2750 patiënten was. Om die reden hebben wij de omvang van onze 'standaardpraktijk' gelijk gehouden aan die in de vorige publikatie.

Van Veen vraagt zich af hoe de onderzoekspopulatie moet worden opgevat, als 'basispopulatie' of als 'actieve populatie' halverwege de onderzoeksperiode, of nog anders. Onze berekeningen zijn gebaseerd op de meest optimale methode, namelijk de morbiditeit per persoon per jaar van de werkelijk aanwezige bevolking. Van ons patiëntenbestand worden alle mutaties continu bijgewerkt, zodat we per jaar nauwkeurig de noemer van de epidemiologische breuk kunnen weergeven.

Ons afwijken van de leeftijdsindeling uit de *International glossary for primary care* zijn oorzaak in het reeds langer bestaan van onze registratie. Het was niet haalbaar om alle gegevens om te rekenen naar een andere indeling. In volgende rapportages zullen we ook de Glossary-indeling volgen.

Bij de vergelijking van de data met de gegevens uit de periode 1971-1978 merkt Van Veen een extreme daling op van zowel de incidentie als de prevalentie van decompensatio cordis en veronderstelt hij dat dit op een fout berust. Van een dergelijke daling is echter volstrekt geen sprake, integendeel (code 213, pag. 68).

De cijfers over zwangerschap en bevalling behoeven enige toelichting ter voorkoming van misverstanden. Wij maken onderscheid tussen zwangerschap en bevalling begeleid door de huisarts, en begeleid door anderen, in casu verloskundige en gynaecoloog. De morbiditeitscodes van de eerste categorie, begeleid door de huisarts, beginnen met het cijfer 3, die van de tweede categorie met het cijfer 5. Zodoende lijkt het dat 'toxicose' en 'bloedingen in de graviditeit' tweemaal worden vermeld. In de tekst boven de cijfers is bij code 546 en 547 jammer genoeg de toevoeging 'under control of a midwife or obstetrician' weggevalen.

H.J.M. van den Hoogen  
J.W.G. Schellekens

## Naschrift

In tegenstelling tot wat Van den Hoogen en Schellekens suggereren, is uit de gerecenseerde publikatie volstrekt niet op te maken welke peildatum is gebruikt voor de berekening van de 'standaardpraktijk'. De bedoelde zin uit het inleidende hoofdstuk bevat twee dwaalsporen. De zin opent met een verwijzing naar de publikatie 'Gewone ziekten' uit 1980 en wordt besloten met de toevoeging '(CBS 1980)'. Twee toch wel duidelijke verwijzingen naar publikaties uit 1980 doen niet bevroeden dat de gehanteerde peildatum in datzelfde jaar kon vallen, omdat de benodigde demografische gegevens niet zo snel worden gepubliceerd.

De thans gegeven informatie is dus niet overbodig, maar helaas wel onvolledig. Een peildatum kan nooit een jaar

zijn in een dynamische populatie. De vraag blijft nog of de peildatum viel op 1 januari of 31 december 1980, dan wel halverwege dat jaar.

Mijn kennelijk verkeerde veronderstelling met betrekking tot decompensatio cordis berust erop dat ik deze diagnose niet vermoedde achter codenummer 213, omschreven als 'myocardial degeneration or insufficiency', maar achter nummer 216 ('congestive heart failure'). Dergelijke omschrijvingen roepen om misverstanden, hoewel ik onmiddellijk wil toegeven dat elders in 'Morbidity figures' nauwkeuriger omschrijvingen worden geboden.

W.A. van Veen

## Literatuur bij pag. 335

<sup>1</sup> Matthews DR, McPherson K. Doctors' ignorance of statistics [Editorial]. Br Med J 1987; 294: 856-7.

<sup>2</sup> Rümke CL. De plaats van de statistiek in de geneeskunde. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 2343-6.

<sup>3</sup> Mainland D. Medical statistics-thinking vs arithmetic. J Chronic Dis 1982; 35: 413-7.

<sup>4</sup> Pocock SJ, Hughes MD, Lee RJ. Statistical problems in the reporting of clinical trials. N Engl J Med 1987; 317: 426-32.

<sup>5</sup> Glantz SA. Biostatics: how to detect, correct and prevent errors in the medical literature. Circulation 1980; 61: 1-7.

<sup>6</sup> Gore SM, Jones JG, Rytter EC. Misuse of statistical methods: critical assessment of articles in BMJ from January to March 1976. Br Med J 1977; i: 85-7.

<sup>7</sup> Van Eijk JTM, Gubbels JW. Wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde. 2e dr. Lelystad: Meditekst, 1987.

## Struikelblok

De rubriek Struikelblok bevat korte, anoniem gepresenteerde casuïstiek. Men kan daarbij denken aan struikelblokken op het gebied van diagnostiek en therapie, de communicatie met patiënten, het contact met specialisten en andere hulpverleners, of aan struikelblokken in een vertrouwd beleid.

Lezers die zich door deze thema's voelen aangesproken, kunnen bijdragen inzenden (uiteraard niet anoniem) naar het redactiesecretariaat. Inzendingen mogen niet langer zijn dan één vel A4, getypt op anderhalve regelafstand.