

Encopresis. Een exploratief onderzoek in en rond de huisartspraktijk [Dissertatie]. Ligthart LEE. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1988; 385 bladzijden. ISBN 90900-2091-0. Te bestellen door overmaking van f 56,- op girorekening 2189786 t.n.v. L.E.E. Ligthart, Oosterhout.

De auteur, als orthopedagoog in de jeugdhulpverlening, heeft met dit proefschrift een bijdrage aan de huisartsgeneeskunde geleverd. Het onderwerp encopresis is voor de huisarts relevant, niet vanwege de frequentie van de stoornis, maar omdat hij door de relatieve zeldzaamheid vaak niet over voldoende kennis en ervaring zal beschikken om de patiënt adequaat op te kunnen vangen. Naast een uitgebreide literatuurverkenning over historie, prognose en behandeling werd een drietal onderzoeken uitgevoerd.

Bij een epidemiologisch onderzoek in een open populatie bleek dat bij 1.6 procent van de 1607 onderzochte kinderen encopresis bestond, dat is een periodeprevalentie van 0.0016. De incidentie bedroeg 0.37 procent. Van de kinderen bleek 23 procent onder behandeling te zijn.

Het onderzoek was zeker niet representatief. Ten eerste bleef het tot een gemeente beperkt die qua samenstelling van de bevolking van Nederland afwijkt. Bovendien betrof het uitsluitend kinderen die een consultatiebureau bezochten. Daarnaast is er de vraag in hoeverre alle ouders de vraag hebben begrepen c.q. een correct antwoord hebben gegeven. Verder viel op dat onder de etnische minderheden geen enkel geval werd opgegeven, terwijl er op grond van de prevalentie twee verwacht mochten worden.

Het tweede onderzoek was een patiëntcontrole-onderzoek. Zoals bekend is dit type onderzoek zeer gevoelig voor diverse vormen van *bias*. Zo noemt de auteur de reële mogelijkheid van informatiebias bij de vraag naar het voorkomen van de afwijking in de familie. Ook kunnen 'confounders' zoals leeftijd, geslacht en etnische minderheid een grote rol spelen. De controlegroep bestond uit andere kinderen die het bureau bezochten. Er vond geen matching plaats. De controlegroep week dan ook op een aantal relevante variabelen af van de onderzoeksgroep, zoals geslacht.

Er werden familiale factoren gevonden wat betreft het voorkomen van obstipatie en encopresis. Stressvolle situaties bleken een rol te spelen. Kinderen met encopresis hadden verder een uitgesproken weerstand tegen de pot en hun zindelijkheidstraining bleek enige maanden later begonnen te zijn dan bij de controles. Dit is in tegenspraak met de literatuur, zodat de vraag rijst in hoeverre het onderzoek representatief is voor Nederland. Primaire encopresis gaat samen met primaire enuresis.

Het derde onderzoek was een morbiditeitsonderzoek bij 11 van de 12 huis-

artsen en de kinderarts. De gepresenteerde morbiditeit was 0.024 procent met een consultatiecijfer van 0.16 procent. De gepresenteerde morbiditeit bij de huisarts was 8 procent, bij de kinderarts 4 procent. Dit cijfer wijkt aanzienlijk af van het bovengenoemde cijfer van 23 procent. De hulp van de huisarts was fragmentarisch. De non-compliance was hoog: 66 procent.

De auteur geeft tenslotte een beslissings- en behandelingsmodel voor de huisarts.

Ondanks de onvolkomenheden van het onderzoek verdient de onderzoeker waardering, vanwege de uitvoerige opzet. Daarbij geeft de auteur zelf de beperkingen van het onderzoek aan. In sommige gevallen zou de auteur door een andere opzet betere data hebben verkregen, bijvoorbeeld door matching.

Dit boek verdient de aandacht van hulpverleners die met kinderen te maken hebben. Bij de lezing zal men de beperkingen voor ogen moeten houden.

R.A. De Melker

De binnenkant van een professie. De huisarts en zijn beroepsgroep [Dissertatie]. De Jonge MJA. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1988. Handelseditie: Tilburg: Tilburg University Press, 1988; 244 pagina's en 95 pagina's bijlagen; prijs f 39,-. ISBN 90-361-9992-1.

Het eerste deel van dit proefschrift geeft een inleiding op het onderzoek en een theoretische verhandeling over besluitvorming en besluitvormingsprocessen in organisaties en over professionalisering. De vragen waarmee dit deel eindigt, luiden kort samengevat als volgt:

Hoe verloopt de besluitvorming binnen de beroepsgroep huisartsen en waardoor wordt het verloop bepaald? Hoe ziet het netwerk van organisaties en instellingen binnen de beroepsgroep eruit; wie heeft op welke wijze invloed op de beleidsvorming? Welke waarden en belangen spelen daarbij een rol? Wat is de invloed van huisartsen op het landelijk beleid en hoe beïnvloedt het landelijk beleid de huisartsen in de periferie? Deze vragen worden beantwoord via een case-study van de voorgeschiedenis van en besluitvorming over het Basistakenpakket.

Het tweede deel bevat het verslag van het empirisch onderzoek. De besluitvorming rond het Basistakenpakket wordt beschreven aan de hand van een algemeen schema van fasen in besluitvormingsprocessen. Deze historische beschrijving is gebaseerd op de analyse van documenten. Hoe de instellingen en organisaties binnen de beroepsgroep (de beroepsorganisaties LHV en NHG, de universitaire huisartseninstituten en het toenmalige Nederlandse Huisartsen Instituut) op landelijk en regionaal niveau functioneren en wat hun bijdrage is geweest aan

het tot stand komen van het Basistakenpakket, wordt beschreven op basis van de gesprekken met sleutelfiguren. De wederzijdse beïnvloeding van 'basis' en 'top' wordt beschreven op grond van gegevens uit een schriftelijke enquête onder een steekproef huisartsen. Deze enquête wordt ook gebruikt om een aantal ideeën over de sociale samenhang van de beroepsgroep te analyseren.

In het derde deel worden de antwoorden op de gestelde vragen samengevat en worden aanbevelingen gedaan.

Tot zover de opbouw en iets van de inhoud van het proefschrift. Het zouden de ingrediënten kunnen zijn van een goed en interessant proefschrift, maar dat is het toch niet helemaal geworden.

Mijn kritiek heeft zowel betrekking op theoretische als op methodologische aspecten.

Wat de theoretische kant betreft, kan het literatuuroverzicht in deel I gekenschetst worden als een lange opsomming van oude sociologische literatuur (80 procent van de verwijzingen naar sociologische of organisatie theoretische literatuur is van voor 1978). Met name meer recent in de sociologie doorgedrongen ideeën over condities waaronder mensen bereid te zijn te participeren in de productie van collectieve goederen, en over bijvoorbeeld het probleem van de 'free rider' zijn daardoor niet in de theoretische analyse opgenomen. Dit werkt ook door in de probleemstelling die een sterk beschrijvend karakter heeft en die in de loop van het betoog nog verschuift in de richting van een vraag naar interpretatie van verschijnselen en niet in de richting van verklaring.

Van de beschrijving van de resultaten is naar mijn mening hoofdstuk 5 het meest geslaagd. Hierin wordt op grond van documenten de geschiedenis van de totstandkoming van het Basistakenpakket beschreven in termen van het fasenmodel van Mintzberg. Men kan zich hierbij afvragen of niet ook ander archiefmateriaal dan alleen de jaarverslagen van de beroepsorganisaties gebruikt had kunnen worden, maar op zichzelf is het goed dat een onderzoeker zich beperkingen oplegt ten aanzien van de hoeveelheid materiaal die geanalyseerd wordt. Vooral bij lezing van de hoofdstukken 9 t/m 12, waarin de enquêtegegevens worden beschreven en geanalyseerd, krijgt men de indruk dat er meer materiaal is dan op een zinvolle wijze bewerkt kon worden.

Er komen hierbij enkele problemen aan de orde die op het grensgebied van onderzoeksmethodologie en theorie liggen. Het eerste probleem is dat er - overigens terecht - gegevens verzameld zijn op verschillende niveaus: landelijke niveau, regionaal niveau (gesprekken met een aantal op districtsniveau actieve huisartsen) en het niveau van de

individuele huisartsen. Deze niveaus zijn in de analyse niet systematisch met elkaar in verband gebracht. Op zichzelf had het hoofdstuk over netwerken (hoofdstuk 8) daar een ingang voor kunnen bieden. Er is een rijke onderzoekstraditie op dit gebied, bijvoorbeeld het onderzoek naar dubbelfuncties in het bedrijfsleven, de overlap tussen en afsluiting van delen van netwerken. Op pagina 118 wordt even in deze richting gedacht, als opgemerkt wordt dat het landelijk circuit 'bestaat uit een kern van naar schatting tweehonderd sleutelfiguren, die doorgaans lang eenzelfde positie bekleden en daarna in andere functies deel blijven uitmaken van het landelijke circuit'. (Voor degenen die zich de 200 van Mertens nog herinneren: is het een empirische wetmatigheid dat het er altijd 200 zijn?)

Overigens had ook op basis van het enquêtemateriaal nog wel iets gezegd kunnen worden over cumulatie van functies door de gegevens uit de enquêtes iets verder te bewerken, maar voor de analyse van netwerken is de aselecte steekproef minder geschikt.

Een tweede probleem is dat van de vaststelling van de invloed van de basis c.q. de huisartsen die de enquête hebben ingevuld, op het landelijk beleid en andersom van het landelijk beleid op de basis. Aan het uiteenrafelen van een dergelijke wederzijdse beïnvloeding kleven grote methodologische problemen, die in het proefschrift niet afdoende worden behandeld. De belangrijkste vraag is of er wel een zinvol onderscheid kan worden gemaakt tussen de beide invloedsrichtingen als er slechts op één moment en bij één groep wordt gemeten.

Een derde probleem heeft betrekking op het model van sociale samenhang, dat in de hoofdstukken 11 en 12 wordt toegepast. Het model is een onderling samenhangend geheel van begrippen op verschillende abstractieniveaus. Het is daardoor eerder een meetmodel dan een verklarend model. Dit laatste is een abstracte afbeelding van een deel van de werkelijkheid of van een proces, waaruit duidelijk wordt waarom bepaalde zaken zijn zoals ze zijn. Het model van sociale samenhang zoals dat in dit proefschrift wordt gepresenteerd, geeft een antwoord op de vraag wat onder sociale samenhang moet worden verstaan, of hoe het gemeten moet worden. Het geeft geen antwoord op de vraag hoe sociale samenhang tot stand komt of waarom de ene beroepsgroep meer sociale samenhang vertoont dan de andere. Voor de toepassing van het model in de analyse van de enquêtegegevens heeft dit tot gevolg dat eigenlijk alleen het meetmodel voor sociale samenhang nader ingevuld wordt door de constructie van schalen en een poging tot validering daarvan.

De Principale Componenten Analyse en de berekening van Cronbach's alpha zijn gericht op het vaststellen van dimensionaliteit en betrouwbaarheid van de schalen. De variantie en discriminant-analyses zijn naar

mijn mening in eerste instantie op te vatten als geldigheidsanalyses. Het soort conclusies dat uit deze analyses getrokken kan worden, is dan ook niet dat binnen bepaalde segmenten van de beroepsgroep de sociale samenhang groter is dan binnen andere. Een dergelijke conclusie veronderstelt dat de geldigheid van de ontwikkelde schalen is aangetoond. Veeleer trekt men uit het al of niet aantreffen van een verschil in score op een schaal tussen bijvoorbeeld LHV-leden en NHG-leden of tussen stads- en plattelandartsen conclusies over de geldigheid van de schalen.

Afsluitend zou ik over dit proefschrift willen opmerken dat het een interessante kern bevat - het al eerder genoemde hoofdstuk 5 - maar dat de daaropvolgende hoofdstukken slechts zijdelings hierop aansluiten en op een aantal plaatsen methodisch en theoretisch duidelijk te kort schieten.

P. van de Groenewegen

Filosofie van de geneeskunde. Een verkenning Wulff HR, Andur Pedersen S, Rosenberg R. Utrecht/Amsterdam: Bunge/Meulenhoff Informatief, 1988; 266 pagina's; prijs f 39,50. ISBN 90-290-9827-9.

Onder de wat pretentieuze titel 'Filosofie van de geneeskunde' hebben Wulff, vooral bekend vanwege zijn boek over besliskunde, Andur Pedersen, hoogleraar Wetenschapstheorie en de arts Rosenberg, docent biologische psychiatrie, allen werkzaam in Denemarken, hun visie op de relatie tussen filosofie en geneeskunde op schrift gesteld. Een van de uitgangspunten is de stelling dat zieke mensen niet zomaar biologische organismen zijn met één of ander mechanisch defect, maar menselijke wezens die denken, handelen, hopen en lijden. Het boek doet voorkomen alsof deze gedachten nogal recent en uniek zijn, maar volgens mij loopt er in Nederland geen dokter meer rond die dit ontkent.

De eerste hoofdstukken zijn gewijd aan het empirisme en het realisme als filosofische stromingen en de invloed daarvan op de geneeskunde. Die invloed wordt geïllustreerd aan de hand van opvattingen over causaliteit, over de classificatie van ziekten en met behulp van een beschrijving van de relatie tussen geneeskunde en sociologie.

In de daaropvolgende hoofdstukken wordt aandacht besteed aan de hermeneutiek. Deze filosofische stroming, die vooral is gebaseerd op de mensopvattingen van Kierkegaard en Heidegger, geniet duidelijk de voorkeur van de auteurs. De mens wordt daarin gekenôschetst als een biologische en psychosociale synthese, gedragen door het 'zelf'. Het zijn de activiteiten van het 'zelf', met andere woorden zelfreflectie, vrije wil en

handelingsvrijheid, die de wisselwerking tussen de biologische en maatschappelijk factoren reguleren en harmoniseren. De hermeneutische analyse van het zelf is een grondvoorwaarde voor empirisch onderzoek, aangezien onderzoek van de eigenschappen van een bepaald persoon alleen zinvol is als eerst het begrip mens is geanalyseerd. Speuren naar de objectieve waarheid vereist de hanteling van natuurlijk-wetenschappelijke methoden, terwijl men bij het zoeken naar de subjectieve waarheid zich vooral zou moeten bedienen van de hermeneutische methode, dus van interpretatie en reflectie. Een beschouwing over psychoanalyse maar vooral over medische ethiek en de plaats en positie die deze inneemt in de medische besluitvorming, moet dit verduidelijken. De denkbeelden van Kant krijgen hierbij een prominente plaats.

Dit lang niet altijd gemakkelijke boek maakt niet waar wat de titel suggereert. In plaats van een verkenning op het gebied van de foilosofie van de geneeskunde geeft het veeleer een beschrijving van de invloed van verschillende filosofische stromingen op het geneeskundig denken en op de wijze waarop dit in het handelen tot uiting kan komen. Deze denkwijzen zijn niet nieuw voor diegenen die actief betrokken zijn geweest bij de maatschappelijke bewegingen van het midden van de jaren zestig. Veel van de toenmalig discussiestof wordt herhaald. Of bestudering van dit boek dokters tot betere gesprekspartners maakt van ethici en filosofen, waag ik te betwijfelen.

Voor artsen met enige ervaring is het een interessant boek; voor studenten is het te abstract. Het boek van Edward Shorter, 'Beside manners' (New York: Simon and Schuster, 1985. ISBN 0-671-53254-5) geeft op een veel ôspeelsere wijze inzicht in een overeenkomstige problematiek. Docenten kunnen wat dit betreft beter te rade gaan bij: 'The task of medicine. Dialogue at Wickenburg' van K.L. Wight. (Menlo Park, Ca: The Henry J. Kaiser Family Foundation, 1988. ISBN 0-944525-05-9). Beide boeken gaan in op de gevolgen voor de geneeskunde van een te sterke scheiding tussen lichaam en geest zonder dat de nadruk zo sterk komt te liggen bij de daaraan ten grondslag liggende filosofische bewegingen. Door de directere relatie met de dagelijkse praktijk en met het geneeskundig onderwijs zijn deze boeken veel toegankelijker.

E. Schade

Gemeente en vestigingsbeleid huisartsen Kranenburg HJ, Snijders HAW. Zwolle: Tjeenk Willink, Zwolle; 1988, 68 bladzijden, prijs f 19,50. ISBN 90-271-2876-6.

Het 'Besluit Vestiging en Praktijkomvang Huisartsen', thans zo'n twee-en-een-half jaar van kracht, is zowel beroemd om wat het

regelt als berucht om wat het niet regelt. Noch het begrip 'huisarts', noch het begrip 'vestiging' worden erin gedefinieerd. Voer voor juristen dus. Een stroom van AROB-procedures en andere rechtszaken naar aanleiding van het vestigingsbeleid is op gang gekomen; het einde daarvan lijkt nog niet in zicht, terwijl de regering het expireren van het wettelijk vestigingsbeleid alweer heeft aangekondigd voor ergens tussen 1990 en het magische jaar 1992.

Kranenburg en Snijders presenteren in hun boekje zowel de letterlijke tekst van het Vestigingsbesluit, als de Bijlage gegevensverstrekking en het Besluit Beperking Praktijkomvang, inclusief alle Memories van Toelichting. Artikelgewijs wordt vervolgens een overzicht gegeven van alles wat in twee jaar praktijk van deze wetgeving kon worden verzameld aan jurisprudentie en interpretatieverschillen. Nuttig voor degenen die betrokken zijn bij de uitvoering van het gemeentelijk vestigingsbeleid, hoewel de wijze van rubriceren waarschijnlijk vooral op juristen is toegesneden. Andere betrokkenen (zoals huisartsen) zijn mijns inziens meer gebaat bij de probleem-georiënteerde registratie van gerechtelijke uitspraken op het terrein van het vestigingsbeleid die de LHV van tijd tot tijd ten behoeve van haar 'bestuurscorps' verricht.

G.W. Salemink

Consensusontwikkeling in de geneeskunde.

Van Everdingen JJE. *Dissertatie Universiteit van Amsterdam, 1988. Handelseditie: Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1988; 260 bladzijden, prijs f 65,-. ISBN 90-3130-945-1.*

In dit proefschrift evalueert Van Everdingen de consensusmethode die is ontwikkeld en toegepast door het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO). Consensusontwikkeling is een van de methoden om te komen tot kwaliteitsverbetering van het dagelijks medisch handelen. De ongewenste variatiebreedte kan gereduceerd worden door het formuleren van concrete richtlijnen die wetenschappelijk zijn gefundeerd en kunnen bogen op een breed professioneel draagvlak.

Intmiddels zijn twintig onderwerpen aan deze methode onderworpen. Als het onderwerp zich ertoe leent, doet ook steeds een huisarts mee aan de voorbereiding. De auteur is van meet af aan sterk betrokken geweest bij deze ontwikkeling en kan dan ook het hele proces van binnenuit beschrijven.

Bij de keuze van de onderwerpen worden de volgende criteria gehanteerd:

- er bestaat een (wetenschappelijke) controverse of onduidelijkheid rond het onderwerp;
- het onderwerp moet voldoende gewicht

hebben, in die zin dat er een belangrijke gezondheidswinst te boeken valt bij een groot aantal patiënten;

- er bestaat een reële kans om consensus te bereiken en voldoende grond om aan te nemen dat deze leidt tot gedragsverandering; bij de haalbaarheid spelen niet alleen medische, maar ook maatschappelijke en financiële aspecten een rol;
- de consensus is een primair gericht op de zorgverlening en moet dan ook bruikbaar zijn in de dagelijkse praktijk;
- er dient voldoende wetenschappelijk onderzoek te zijn verricht.

De problemen zijn afkomstig uit allerlei bronnen: toetsingssituaties, vragen uit ziekenhuizen, screening van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, vragen van wetenschappelijke verenigingen, vragen van andere organen, regionale verschillen en persoonlijke initiatieven.

Nadat een onderwerp is gekozen, wordt een brede werkgroep samengesteld van personen met diverse specialistische achtergronden, universitaire en niet-universitaire inbreng en geografische spreiding. De rol van de voorzitter is van groot belang. Hij moet ervoor zorgen dat het gekozen onderwerp wordt uitgewerkt en via een consensusbijeenkomst leidt tot een definitieve consensustekst. Vanuit het CBO wordt op alle fronten ondersteuning geboden.

De consensusbijeenkomst is een cruciaal gebeuren. De produkten van de voorbereidingswerkgroep worden in de vorm van stellingen en een verbindende tekst voorgelegd aan een grote schare belangstellenden. Veranderingen worden aangebracht en het professionele draagvlak wordt geschapen. Tenslotte wordt de definitieve tekst gepubliceerd in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*.

Wat levert dit alles op? Wordt de kwaliteit aantoonbaar verbeterd?

Van Everdingen poogt hierop een antwoord te geven door een proces- en een uitkomst-evaluatie. Bij de proces-evaluatie vergelijkt hij Nederlandse en buitenlandse consensusmethoden en consensus teksten, de concepten en de definitieve teksten, en geeft hij een beschrijving van het traject van consensusontwikkeling. Bij dat laatste maakt hij gebruik van enquêtes onder de participanten en reacties in de literatuur. Opvallend is de hoge non-respons van de geënquêteerden, vaak meer dan 50 procent. Waarschijnlijk is dat de meest gemotiveerden hebben geantwoord. Daardoor kan een te positief beeld ontstaan.

In vergelijking met de consensusontwikkeling in andere landen valt op dat de bijdrage, ja soms inmenging van (belangen)groeperingen buiten de professie sterk is. De invloed van beleidsmakers is in Nederland gering en hooguit indirect. De uiteindelijke teksten, voor zover ze de medisch-inhoudelijke

motieven betreffen, komen goed overeen met die in Nederland. Bij bestudering van de Nederlandse concept-teksten en de uiteindelijke formulering mag geconcludeerd worden dat de invloed van de deelnemers over het algemeen beperkt is geweest.

De beoordeling van het traject van consensusontwikkeling is gebeurd aan de hand van een aantal onderdelen van het proces: keuze van onderwerp, uitgangsvragen, besluitvorming tijdens bijeenkomst, gedragsveranderingen, wetenschappelijke onderbouwing, maatschappelijke consequenties. Voor de uitkomst-evaluatie zijn alleen consensusbijeenkomsten gekozen waarbij vooraf een meting is verricht van de bestaande werkwijze of waarbij achteraf betrouwbare gegevens konden worden verzameld van de periode van vlak voor de consensusbijeenkomst. Bovendien diende er tussen de bijeenkomst en de evaluatie minimaal een jaar te zitten.

De volgende onderwerpen bleven over: bloedtransfusiebeleid in ziekenhuizen, preventie decubitus, melanoom van de huid en diagnostiek diepe veneuze trombose. De bronnen waren ook nu weer voornamelijk enquêtes. Bij bloedtransfusiebeleid en melanoom van de huid is gebruik gemaakt van rapportages uit ziekenhuizen.

De belangrijkste conclusies zijn dat de consensus teksten over het algemeen bekend zijn bij de doelgroepen en gebruikt worden als richtsnoer voor het eigen handelen. De geconstateerde beleidsveranderingen zijn over het algemeen conform de consensusrichtlijnen. Maar de hamvraag of die veranderingen een gevolg zijn van die consensusrichtlijnen, blijft onbeantwoord en kan ook niet worden beantwoord door dit onderzoek.

De verdienste van dit proefschrift is de nauwkeurige, heldere, kritische en volledige beschrijving van een grootschalig wetenschappelijk debat dat mede door het CBO op gang is gebracht. De intrinsieke waarde daarvan is natuurlijk moeilijk in maat en getal uit te drukken, maar dat tenminste het tempo van de navolging van consensusrichtlijnen bij grote groepen artsen is versneld, is aannemelijk gemaakt.

Wellicht moet er gemikt worden op effecten op wat langere termijn. Het recente verslag 'Decubitus in het ziekenhuis, 4 jaar later' is daarvan een voorbeeld.¹ Dankzij het volgen van de richtlijnen van de betreffende consensusbijeenkomsten was er in de preventieve sfeer een evidente verbetering opgetreden.

Eenieder die betrokken is bij de standaardontwikkeling van het NHG doet er goed aan kennis te nemen van dit werkstuk en er zijn voordeel mee te doen.

Harry Crebolder

¹ Haalboom JRE. Decubitus in het ziekenhuis, 4 jaar later. *Ned Tijdschr Geneesk* 1988; 132: 1544-5.