

"HUISARTS EN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK"

Lezingen gehouden op de gelijknamige conferentie

te Doorn 22 - 23 maart 1973

met een nabeschouwing.

Dr. E.V.W. Vercruijsse

Dr. H. Philipsen

J.P.M. Diederiks

J. van der Zee



bibliotheek
otterstraat 118-124
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729
bibliotheek@nivel.nl
www.nivel.nl

Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht
september 1973

prijs f 12,50

"HUISARTS EN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK"

INHOUD

bladzijden

1. Een kritische beschouwing van de probleemstelling in het sociale onderzoek van en in de huisartsenpraktijk.
Prof. Dr. E.V.W. Vercruijsse I. 1 - I. 23

2. Huisarts en Wetenschap, of hoe wordt het "loeren en oudehoeren" vervangen door "gissen en missen", ook in de huisartsgeneeskunde.
Prof. Dr. H. Philipsen. II. 1 - II. 41

3. Is er een paradigma voor de huisartsgeneeskunde?
Drs. J.P.M. Diederiks. III.1 - III.8

4. De onmogelijke taak van de huisartsgeneeskunde.
Drs. J. van der Zee. IV. 1 - IV. 14

VOORWOORD

Op 22-23 maart jl. is er een tweedaagse bijeenkomst geweest in het Maarten Maartenshuis in Doorn over wetenschappelijk onderzoek in en over de huisartsengeneeskunde, georganiseerd door de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek en Experimenten van het Nederlands Huisartsen Instituut.

Het doel van deze dagen was om praktizerende huisartsen, welke belangstelling voor wetenschappelijk onderzoek hebben, enige informatie te geven over de mogelijkheden en de beperkingen van het doen van onderzoek in de huisartsenpraktijk en de fouten die bij dergelijke onderzoeken gemaakt (kunnen) worden. Tevens zouden de huisartsen zelf onderling met het opzetten van een onderzoek oefenen.

Zoveel mogelijk werd aansluiting gezocht bij reeds voltooide wetenschappelijke studies van huisartsen.

De eerste dag bestond uit drie lezingen gevolgd door discussie van Prof. Dr. H. Philipsen, hoogleraar in de methoden en technieken van sociaal wetenschappelijk onderzoek aan de Rijksuniversiteit te Leiden, Prof. Dr. E.V.W. Vercruijse, hoogleraar sociologie aan het Institute of Social Studies te Den Haag en Drs. J.P.M. Diederiks, socioloog aan het N.I.P.G. te Leiden.

De tweede dag bestond uit het zich oefenen in de opzet van een onderzoek. Ruime gelegenheid werd gegeven om eigen onderzoeken, waar men mee bezig was ter discussie te stellen.

De drie lezingen met een nawoord van Drs. J. van der Zee, socioloog aan het N.H.I., vindt u in dit rapport.

Het kan zijn dat u bij de lezing de indruk krijgt dat er niet veel verantwoord wetenschappelijk onderzoek door huisartsen wordt verricht. Dan dient u wel te bedenken onder welke omstandigheden en in welk stadium van ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde deze onderzoeken verricht zijn. Daardoor kunt u het gevoel krijgen dat u als huisarts er maar nooit aan moet beginnen, omdat u er niet voor opgeleid bent. Tot deze conclusie wil ik niet komen, al is een waarschuwing om niet on-

bezonnen wetenschappelijk onderzoek te verrichten, op zijn plaats. Een aantal huisartsen zal, hetzij vrijgesteld, hetzij als hobby ter-
dege goed wetenschappelijk werk kunnen en moeten verrichten. Voorwaar-
de is evenwel, dat zij alvorens een wetenschappelijk onderzoek te be-
ginnen zich goed verdiepen in de bestaande methodieken en technieken
van wetenschappelijk onderzoek.

Van der Zee's suggestie om op veel grotere schaal dan thans het geval
is "intergratoren" d.w.z. basis wetenschappers als biologen, chemici,
fysiologen, sociologen en psychologen in te voeren om in de huisarts-
geneeskunde een betere wetenschappelijke basis en theorie te geven,
nemen wij graag over, al moet men wel beseffen dat de crisis van het
medisch model niet primair wetenschappelijk is op te lossen.

Wil men het primaat van de ziekenhuisgeneeskunde verleggen naar het
primaat van de thuis-gezondheidszorg, dan zal veel meer wetenschappe-
lijk onderzoek en theorievorming in de thuisgezondheidszorg moeten
plaatsvinden. Wij hopen dat de huisartsen-instituten aan de universi-
teiten zo snel mogelijk de beschikking krijgen over vrijgestelde re-
search medewerkers; alleen zich richten (door tijdgebrek en geldgebrek
gedwongen) op de opleiding, is korte termijn politiek en doet de huis-
artsgeneeskunde verwateren tot persoonlijke voorkeur en hobby's.

Terwille van een goede en snelle ontwikkeling van het wetenschappelijk
onderzoek in- en over de huisartsgeneeskunde achten wij een ruimere
spreiding van dit verslag van belang om de discussie hierover op gang
te brengen.

Wij hopen hiermee de reflexie op wat wij als huisartsen aan het doen
zijn te stimuleren.

C.P. Bruins, arts.
directeur N.H.I.

EEN CRITISCHE BESCHOUWING VAN DE PROBLEEMSTELLING IN
HET SOCIALE ONDERZOEK VAN EN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

door Prof. Emile V.W. Vercrujssse

Als het waar is, dat wetenschappelijk onderzoek in feite een zeer simpele begripsinhoud heeft (Hogerzeil, 1964, 7), dan zou de neiging om daadwerkelijk onderzoek te dóén het vaker moeten winnen van de neiging om erover te prátén. Dat de vraag "Hoe onderzoek gedaan moet worden?" c.q. "Hoe het góéd gedaan moet worden?" steeds opnieuw in discussie wordt gebracht, is een uitdrukking van onvrede met dat wat onderzoekingen doorgaans opleveren. Wat weet men na lezing van een onderzoeksverslag, dat men nog niet eerder wist, of dat men had kunnen voorzien? Wat is eigenlijk de betekenis van de onderzoeksresultaten? Hoe kúnnen ze en hoe diénen ze uitgelegd te worden? Wat zijn de consequenties van de bereikte conclusies voor ons eigen handelen? - er is een heel conglomeraat van zulke twijfels en onzekerheden rond de uitkomsten van empirisch onderzoek, waarvoor in het geheel geen plaats zou behoren te zijn. Dat wil zeggen: waarvoor geen plaats zou zijn, indien onderzoek, zoals sommigen denken, niet veel meer is dan het zonder vooringenomenheid en zonder vooroordeel waarnemen, registreren en analyseren" (Hogerzeil, ibidem).

Feiten "zijn" niet, maar worden geconstitueerd.

Die nadruk op onderzoek als het onomstotelijk vaststellen van wat nu eigenlijk het geval is, klinkt ook door in de uitspraak van Huijgen, dat het verzamelen van het materiaal "het hoofdbestanddeel van het eigenlijke onderzoek" is (Huijgen, 1967, 239). Die dubbele nadruk is een poging om uit een keten van handelingen, die in zijn totaal met "onderzoek" kan worden aangeduid, een "set" van kernhandelingen af te zonderen, die meer in het bijzonder "onderzoek" kunnen heten; om daarna binnen die meer beperkte "set" opnieuw de "kern" van de "franje" te scheiden. Als het waar is, dat de "materiaalverzameling" méér de naam "onderzoek" verdient dan andere onderdelen of fasen van het onderzoek, dan moet die speciale activiteit (het "waarnemen" of "registreren") functioneel van méér waarde voor het onderzoeksresultaat zijn, dan andere onderdelen. Zo gezien, is onderzoek vóór

alles: het vaststellen van de feiten - een opvatting die op zijn minst de schijn wekt van de veronderstelling uit te gaan, dat de "feiten" zich ergens bevinden als een zo-en-niet-anders-zijnde stand van zaken, die zich met een juist gebruik van de zintuigen laat vaststellen. In die gedachtengang worden "feiten" in de werkelijkheid aangetroffen als "wilde vruchten" in de natuur en is onderzoek een kwestie van "plukken" of "grijpen" van wat als zodanig reeds aanwezig is.

Zodra men er echter van overtuigd raakt, dat er geen kant-en-klare feiten bestaan en dat (- zowel in het natuurwetenschappelijk als in het sociaal-wetenschappelijk onderzoek -) de waarneming van feiten - van de meest gecompliceerde zowel als van de meest simpele feiten - altijd noodzakelijkerwijs is: het interpreteren van zintuigelijke gewaarwordingen - zodra dat het geval is, heeft het weinig zin om vol te houden, dat de materiaalverzameling "hoofdbestanddeel van het eigenlijke onderzoek" is.

Dat wij het spiegelbeeld van een persoon of ding niet voor die persoon of dat ding zelf aanzien en dat wij zonder aarzeling van de spiegel weg kijken om de échte persoon, het werkelijke ding te zien, berust op onze kennis van ervaringswet-ten omtrent het spiegelen. We aanvaarden onze zintuigelijke waarnemingen dus niet zómaar als feiten, maar leggen die waarnemingen uit in het verband van eerder opgedane kennis en ervaring. Pas die interpretatie maakt "feiten" uit onze waarnemingen.

Wil men daarom begrijpen welke feiten een onderzoeker geconstateerd heeft, dan moet men naar de context kijken, waarin hij zijn waarnemingen heeft geïnterpreteerd en een context, die mede gevormd wordt door andere onderdelen van het onderzoek (dan het waarnemen), met name door de probleemstelling waarop het onderzoek een antwoord tracht te geven. Die andere onderdelen (fasen) van het onderzoek zijn dus zeker van gelijk belang (Huijgen, idem, 239) maar voor een goed begrip van de resultaten misschien zelfs van méér fundamenteel belang dan de materiaalverzameling. We moeten ons zelfs afvragen, of de feiten die door een onderzoeker verzameld worden wel "bestaan" buiten de vraagstelling, waar hij van uitgaat, om. Zonder zo'n vraagstelling weet hij

niet in welke feiten hij eigenlijk geïnteresseerd is, zodat hij zonder nader doel en op een onsystematische manier aan het verzamelen van gegevens begint.

Beschikt hij eenmaal over gegevens dan weet hij, zonder verdere vraagstelling, niet welke betekenis eraan te geven en welke conclusies eruit af te leiden. Men zou kunnen zeggen, dat hij met gegevens in de hand toch nog niet weet wat - in zijn geval - de feiten eigenlijk zijn.

Wij zullen dan ook voor het verdere van de opvatting uitgaan - en waar mogelijk die opvatting op zijn bruikbaarheid beproeven - dat de feiten, waarin we voor ons onderzoek geïnteresseerd zijn pas door de vraagstelling geconstitueerd worden, dat er bij het ontbreken van een probleemstelling niet duidelijk is welke conclusies eruit de feiten getrokken mogen **en kunnen** worden, en dat daarenboven, de betekenis (of wil men: de relevantie) van die conclusies alleen maar in het kader van die vraagstelling kan worden beoordeeld. Daaruit volgt meteen, dat de vraagstelling dan ook toe moet laten - of beter gezegd: mogelijk moet maken - dat bepaalde feiten geconstitueerd kunnen worden, dat zich op verantwoorde wijze conclusies laten trekken, en dat de uit die feiten gemaakte gevolgtrekkingen in hun betekenis kunnen worden beoordeeld. Vanuit die drie gezichtspunten zullen we derhalve "goede" van "slechte" vraagstellingen kunnen onderscheiden.

Er zijn feiten in soorten.

De opvatting, dat onderzoek zich richt op het vaststellen van nu eenmaal "gegeven" feiten, die we in hun zō-zijn moeten aanvaarden, wordt ook geloochenstraft doordat niet onmiskenbaar vast staat in welk stadium van het onderzoek die feiten nu eigenlijk als geconstitueerd beschouwd kunnen worden. Zijn de "feiten" waarnaar een intelligentie-onderzoek vraagt, de antwoorden, die de proefpersonen op de test-vragen gegeven hebben? Zijn het de indelingen van de proefpersonen in categorieën als "zeer goed", "goed", "voldoende", "onvoldoende", "slecht", die op grond van die antwoorden gemaakt kunnen worden? Of zijn dat de intelligentiescores, die op grond van de totale beantwoording aan de proefpersonen worden toegekend?

Overeenkomstige vragen komen op bij de beschouwing van enquête-onderzoek. Kunnen we het moment, waarop de feiten worden geconstitueerd

identificeren als het moment, waarop de antwoorden van de ondervraagden door de ondervrager op de enquêtekaart worden ingevuld? Of als het moment, waarop de codeur die antwoorden door het neerschrijven van bepaalde code-tekenen in bepaalde categorieën indeelt, c.q. als het moment waarop die coderingen op ponskaart of magnetische band worden vastgelegd? En zo dat laatste het geval is, wat moeten we dan aan met die gevallen, waarin we vervolgens de houding van de ondervraagden willen "meten" door het patroon van hun antwoorden op een samenstel van vragen ("schaal") in ogenschouw te nemen?

In zulke gevallen is de onderzoeker niet in de concrete antwoorden op de afzonderlijke vragen geïnteresseerd, maar wil hij aan de hand van de antwoorden op meerdere vragen over hetzelfde onderwerp vaststellen of een ondervraagde een bepaalde, meer abstracte eigenschap (houding, neiging, gerichtheid) bezit en in welke mate.

Zo stelden Adorno e.s. in een onderzoek naar het voorkomen van een autoritaire persoonlijkheidsstructuur (1954) vragen als:

"Young people sometimes get rebellious ideas, but as they grow up, they ought to get over them and settle down", en:

"Whether one likes them or not, one has to admire men like Henry Ford or J.P. Morgan who overcame all competition on the road to success", niet omdat ze de onmiddellijke antwoorden op deze vragen wilden weten, maar omdat ze met behulp van deze en andere vragen erachter wilden komen in welke mate de ondervraagden een eigenschap bezitten, die de onderzoekers "politico-economic conservatism" noemden.

Het verdient waarschijnlijk de voorkeur ervan uit te gaan, dat bij het coderen van iemand's antwoord op een bepaalde vraag een bepaald soort feit wordt geconstitueerd, terwijl vervolgens op basis van dat en andere feiten van dezelfde soort (nl. coderingen van antwoorden op enquête-vragen) een ander soort feit wordt geconstitueerd, nl. dat een bepaalde combinatie van antwoorden op een samenstel van vragen tot de constatering leidt, dat de ondervraagde naar kwaliteit en kwantiteit een bepaalde houding heeft. De consequentie van dat uitgangspunt is, dat niet alleen de codering van een antwoord maar ook het in een eerder stadium neerschrijven van dat antwoord in de vragen-

lijst als constituerend van een feit moeten worden opgevat. Daarbij berust het latere feit voor zijn constatering weliswaar op het eerdere - d.w.z. de codering berust op wat eerder was neergeschreven - maar het is er niet gelijk aan en behoort tot een andere orde.

Nieuwe feiten niet zonder meer afleidbaar.

Het neergeschreven antwoord en de codering van dat antwoord verhouden zich dus eigenlijk net zo tot elkaar als de antwoorden op afzonderlijke vragen zich tot een houdings- of intelligentie-score verhouden. Eerder geconstitueerde feiten vormen de bouwstenen, de grondstof voor nieuw te constitueren feiten - waarbij noch in het eerste noch in het tweede geval de oorspronkelijke feiten voldoende zijn om daaruit nieuwe feiten (van een andere orde) af te leiden. De stap van de afzonderlijke antwoorden op uiteenlopende vragen over bijv. het beleggen van spaargelden naar een score voor de "geneigdheid tot investeren" op grond van de gezamenlijke antwoorden op al die vragen, kunnen we zetten als we behalve die afzonderlijke antwoorden óók een opvatting of "model" hebben van de wijze, waarop die vragen met elkaar samenhangen.

Het simpelste model (of "theorie") is natuurlijk, dat waarbij de ondervraagde voor zijn antwoord op iedere vraag een cijfer krijgt - net als wanneer hij bij een proefwerk voor zijn antwoord op iedere opgave een afzonderlijk cijfer zou krijgen - en waarbij zijn score gelijk is aan de optelsom van alle deelcijfers. Dat idee van de "summed ratings", met behulp waarvan een zgn. Likert-schaal tot stand komt, is één van de vele modellen voor het samenvoegen van antwoorden op een samenstel van vragen (vgl. Thurstone's "equal appearing intervals"; Gutmann's "scalogram"; Coombs' "unfolding technique"). Wat die inhoud is hier niet van belang. Waar het hier om gaat, is dat de schaal-score als "feit" zich niet laat constitueren zonder het toepassen van enigerlei "model", dat is: zonder de veronderstellingen in te voeren, die samen zo'n model vormen.

Mutatis mutandis geldt dat evenzeer voor de stap van het noteren naar het coderen van een antwoord. Het simpele feit dat een ondervraagde genoteerd staat als "geboren in naburige gemeente" kan in het ene ge-

val tot de codering "van elders gekomen" leiden (bijvoorbeeld in het geval van een Meppelaar, die in Staphorst woont), maar onder andere omstandigheden tot de codering "afkomstig uit dezelfde streek" (bijv. als het om de Westlandse nabuurgemeenten Monster en 's-Gravenzande zou gaan). Het is zeker denkbaar, dat hetzelfde antwoord tot verschillende coderingen leidt, afhankelijk van de vraagstelling waarop het onderzoek een antwoord tracht te geven.

Het constitueren van feiten is een voortschrijdende werkzaamheid.

En dat is juist wat we betogen wilden: nl. dat het gemakkelijk is om in te zien, dat een onderzoek zonder vraagstelling stuurloos is, omdat de vraagstelling helpt bepalen in welke gegevens men geïnteresseerd is, maar dat het daarentegen niet zozeer voor de hand ligt - en dan ook vaak over het hoofd wordt gezien - dat die "gegevens" of "feiten" nu juist door die vraagstelling worden geconstitueerd en dat dit proces van constituering zich niet tot één fase - de materiaalverzameling - beperkt, maar een voortschrijdende werkzaamheid van de onderzoeker is, die begint bij het zo nauwkeurig mogelijk bepalen van welke waarnemingen men zal moeten doen, met welke hulpmiddelen en onder welke omstandigheden, en zich uitstrekt, via registratie, classificatie en tabulering, tot en met het afleiden uit de gegevens der eerste orde van scores of indices van tweede of hogere orde. Men hoeft bij die idee van feiten van "tweede of hogere orde" niet persé aan houdingscores te denken. In het sociaal-wetenschappelijk onderzoek wordt bij de vergelijking van groepen, collectiviteiten en andere sociale eenheden veel gewerkt met eigenschappen van deze eenheden, die afgeleid worden uit de eigenschappen van hun individuele leden bijv. het welvaartsniveau van een land, de stakingsgeneigdheid in een bedrijfstak, de beroepsdifferentiatie van een dorp. Ook deze feiten van "hogere" orde kunnen alleen maar uit de meer elementaire feiten (c.q. antwoorden van individuele mensen op afzonderlijke vragen) afgeleid worden door bepaalde theoretische veronderstellingen te maken.

Een probleemstelling is niet zó maar een vraag.

Waar we met het voorafgaand betoog nu eigenlijk naar toe willen, is naar de uitspraak, dat de eis om elk onderzoek met het formuleren

van een probleemstelling te beginnen, niet voldoende is, als met elke vraag - hoe vaag en onnauwkeurig ook - genoeg genomen wordt. Omdat Van Es bij het plannen van zijn studie over probleempatiënten begrepen heeft, dat hij van een vooraf geformuleerde probleemstelling uit dient te gaan, daarom is de vraag naar "meer inzicht - in de betekenis en de invloed van sociale factoren met betrekking tot het ziek-worden, het ziek zijn en het genezingsproces" (1967, 16) nog niet een vraagstelling, waarmee hij voldoende uit de voeten kan. Woorden als "de betekenis van" en "met betrekking tot" zijn rijkelijk vaag en laten veel te raden over, terwijl de gedachte aan "de invloed van sociale factoren op", enz. een theorie omtrent die "invloed" veronderstelt, waarover in het boek weinig of niets gezegd wordt. Het gaat niet van enigerlei bestaande theorie uit, behalve misschien in heel algemene zin, noch levert het zelf een bijdrage tot theorievorming op dit gebied. Het gevolg daarvan is, dat de probleemstelling, in deze vorm althans, de scherpte en precisering mist die nodig is om de aan haar beantwoorde feiten te constitueren.

Het is waar, dat men bij het verder-lezen op enkele belangrijke preciseringen stuit - zo een nadere bepaling van wat probleem-patiënten zijn (op p. 25/6) en van wat door de onderzoeker onder ziekmakende sociale factoren wordt verstaan (maar dan pas in bijlage 4 op p. 155/6). Op zichzelf zijn die preciseringen niet onredelijk; "op zichzelf", d.w.z. buiten de context van dit onderzoek bekeken. Want zodra men zich afvraagt waarom Van Es c.s. met hun afbakening van "probleem-patiënten" komen, beseft men dat er een aantoonbaar, (theoretisch) beredeneerbaar verband zou moeten zijn tussen de aanwijzing van juist die groep proefpersonen en deze probleemstelling. Nu dat verband ontbreekt, wordt ook de relatie onduidelijk tussen het materiaal dat de 4 artsen en de sociale werkster verzamelen en het probleem, dat zij zich gesteld hebben.

Hetzelfde geldt m.n. voor de precisering van wat sociale factoren zijn in appendix 4. Die krijgt nu iets toevalligs en willekeurigs, waardoor - zoals we straks nog zullen betogen - de bewijskracht van de gegevens wordt aangetast. Maar met die precisering is nog iets anders aan de hand: hij is nl. onvoldoende om tot het constitueren van betrouwbare en dus vergelijkbare feiten te leiden. Om dat duidelijk te

kunnen maken, is het nodig naar de details van bijlage 4 te kijken.

Bijlage 4

Sociaal Rapport van de Maatschappelijk Werkster

(Aan de hand van dit schema dienen alleen de 'gidsverschijnselen' gesignaleerd te worden).

Stijging en daling op de maatschappelijke ladder

Beroep en opleiding van de vader.

Eigen beroep en opleiding; vroegere beroepen.

Eventueel verschil in afkomst van vader en moeder.

Verskil in gezinsgewoonten met ouderlijk gezin/van eigen gezin.

Verskil in 'cultuurbezit' met ouderlijk gezin/van eigen gezin.

Geremd zijn van gewenste stijging.

Structuurverandering van het gezin.

Tot welk type wordt het gezin nu gerekend. Is na te gaan, of er in type een verandering is opgetreden in de loop der jaren?

Gezinsfuncties

Hoe worden de gezinsfuncties vervuld?

sociaal-biologische; reproductieve en fysiek-verzorgende.

sociaal-economische: consumptieve en productieve.

sociaal-culturele: socialiserende en stabiliserende, opvoedende, religieuze, ontspannings- en statusfunctie.

sociaal-psychologische: affectieve functie.

Integratie

Zijn er verschijnselen van desintegratie waarneembaar:

alcoholisme, criminaliteit, eventueel echtscheiding, afnemen van gezinsfuncties zonder compensatie bij de andere functies. Schijn- of kosthuisgezin.

Culturele verschillen

Bestaat er een belangrijk cultureel verschil of uiteengroeien van man en vrouw, van ouders en kinderen.

Migratie

Waar woonden ouders en in wat voor soort huis? Welke verhuizingen vonden plaats? Hoe was de aanpassing aan de nieuwe omgeving? Welke is de betekenis van de buurt?

Structuurverandering van de maatschappij

Spelen welvaartsverhoging, toegenomen sociale zekerheid, het tekort op de arbeidsmarkt, dubbel werk, ploegenarbeid, tariefstelsel, enz. een rol?

Rolconflicten

- Door tegenstrijdigheden in rollen binnen het gezin.*
- Door tegenstrijdigheden in rollen tussen gezin en werksmilieu.*
- Door tegenstrijdigheden in rollen tussen gezin en buurt/familie.*
- Door tegenstrijdigheden in rollen tussen gezin en derde milieu.*
- Door tegenstrijdigheden in rollen binnen het werksmilieu.*
- Door tegenstrijdigheden in rollen tussen het werksmilieu en derde milieu.*
- Door tegenstrijdigheden in rollen binnen derde milieu.*
- Door tegenstrijdigheden in rollen binnen buurt of familie.*

Overziet men de verschillende subtitels: "Stijging en daling", "structuurverandering van het gezin", "gezinsfuncties", "integratie", "culturele verschillen", "migratie", "structuurverandering van de maatschappij" en "rolconflicten", dan valt het op dat er slechts één verschijnsel is voor de vaststelling waarvan de m.w. zich op de elementaire, primaire gegevens kon baseren zonder (impliciete) theoretische veronderstellingen te maken. Dat is n.l. het geval met "migratie", maar dan nog alleen, voorzover het om de feitelijke constatering gaat of er verhuizingen hebben plaatsgevonden. Want niet zodra komen er onder hetzelfde hoofd begrippen als "aanpassing" en "betekenis van de buurt" aan de orde, of we bevinden ons in de sfeer van afgeleide feiten van "hogere" orde, en voor de afleiding daarvan ontbreekt elk interpretatiekader in de zin van "model" of "theorie". Het is nuttig nader te bekijken, waarom wij vinden, dat het onderzoek daardoor ernstig verzwakt wordt.

Onnauwkeurige probleemstelling, onbetrouwbare waarnemingen.

Nemen we even aan dat er geen misverstanden kunnen optreden bij het vaststellen van het beroep dat een patiënt heeft, dan vloeit daaruit helemaal niet voort, dat we ook weten wat er onder "stijging" en wat onder "daling" op de maatschappelijke ladder moet worden verstaan. En omdat de aan te leggen criteria nergens vermeld zijn, moet men aannemen, dat Van Es c.s. door de m.w. hebben laten uitmaken wanneer zich stijging dan wel daling heeft voorgedaan. Of zij daarbij van geval tot geval consistent te werk is gegaan, laat zich natuurlijk ook niet meer uitmaken. Ergo doet zich de vraag voor of de door de m.w. vermelde feiten wel de feiten zijn, waarin de onderzoeker geïnteresseerd is,

aan de hand waarvan wij zijn conclusies zouden moeten kunnen beoordelen.

Ditzelfde bezwaar maakt ook van de andere begrippen uit de bijlage onbetrouwbare onderzoeksinstrumenten. En terwijl in het geval van "integratie" nog enigermate is aangeduid wanneer desintegratieverschijnselen geacht worden zich voor te doen (alcoholisme, criminaliteit, enz.) is de m.w. bij een begrip als "rolconflict" geheel in het onzekere gelaten omtrent de verschijnselen waarop zij letten moet. M.a.w. in het geval van "stijging" en "daling" weet zij op welke gegevens het voorkomen daarvan te baseren (beroepsveranderingen o.a.), maar is niet aangegeven hoe die beoordeeld moeten worden. Met betrekking tot "rolconflict" weet zij echter zelfs niet welke basisgegevens bekend zouden moeten zijn om het voorkomen van "rolconflict" te kunnen constateren.

In één geval gaat bijlage 4 nog verder, namelijk waar met de vraag "spelen welvaartsverhoging, toegenomen sociale zekerheid, het tekort op de arbeidsmarkt, dubbel werk, ploegenarbeid, tariefstelsel, enz. een rol?", de bewijsvoering omtrent de invloed van sociale factoren aan de waarnemer uit handen gegeven wordt. Is het nodig om erop te wijzen, dat de onderzoeker, indien hij bijv. ten antwoord zou krijgen, dat deze factoren inderdaad een rol spelen, geen enkele controle op dat antwoord heeft en niets anders kan doen dan het te aanvaarden? En het is toch ook wel duidelijk, dat we met het antwoord op die vraag niets kunnen aanvangen en dat de vraag zelf - zolang geen nadere precisering en interpretatie plaats heeft - zonder betekenis is?

Onderzoekingen zijn zelden of nooit alleen maar beschrijvend; bijna steeds houdt de probleemstelling in, dat er uit de te constitueren en constateren feiten bepaalde conclusies getrokken moeten worden. De tweede vraag die ons bij beoordeling van een onderzoek daarom moet bezig houden is: kunnen en mogen (in methodologische zin) er uit de gegevens überhaupt gevolgtrekkingen gemaakt worden, en: zijn dat zodanige gevolgtrekkingen, dat er op het gestelde probleem inderdaad een antwoord gegeven kan worden?

Onderzoek zonder probleemstelling is onvruchtbaar.

We hebben al eerder laten uitkomen dat er natuurlijk materiaal

verzameld kan worden, zonder dat de onderzoeker van een duidelijke vraagstelling uitgaat. Dat komt in het sociaal wetenschappelijk onderzoek zelfs vrij vaak voor. In al die gevallen worden we voor de moeilijkheid gesteld, dat we geen idee hebben omtrent de richting waarin we met onze conclusies zouden moeten gaan. En misschien zouden we, achteraf gezien - d.w.z. nadat het materiaal eenmaal verzameld is - op grond van de beschikbare gegevens wel bepaalde uitspraken willen doen, maar laten die gegevens dat nu juist niet toe omdat er geen aan de waarnemingsfase voorafgaande vraagstelling bestaat, op grond waarvan de voor onze conclusie benodigde gegevens verzameld zijn.

Dit euvel treedt aan de dag in een studie van Bruyel, die naar verband zoekt tussen ziekenhuisopname en maatschappelijke omstandigheden (Bruyel, 1958). Daartoe correleerde hij de frequentie van de opname en de ertoe leidende diagnoses met woonplaats, leeftijd, ziekenfonds, huisvesting, gezinssamenstelling, burgerlijke staat, kerkgenootschap, beroep, werkgever, sociale stabiliteit en ormaatschappelijkheid.

Afgezien nu van het feit, dat zijn analyse niet verder gaat dan het beschrijven van samenhangen, is hij nauwelijks in staat de theoretische betekenis van wat hij doet aan te geven. Hij zegt dan ook soms: "Het lijkt interessant om na te gaan ..." (p.38) en: "Tenslotte hebben we ons toch niet geheel los kunnen maken van de poging - eens te kijken wat er uit komt-" (p.53).

*Wel verantwoordt hij zijn onderzoek maatschappelijk. Het zou uitsluitend moeten geven over de vraag in hoeverre de groeiende behoefte aan ziekenhuisopname, en dus aan - capaciteit, een gevolg is van niet-medische factoren. Door zijn eenzijdige empirische benadering heeft hij echter zozeer van snel beschikbare gegevens gebruik gemaakt, dat hij in zijn 'Nabeschouwing' toe moet geven geen helder en afdoende antwoord te hebben gevonden (p.150).
(zie Vercruijsse, 1966, 124)*

Het ondernemen van onderzoek - zonder - probleemstelling door Vercruijsse, (1966, 103 - 106) "eenzijdig-empirische benadering" genoemd, wordt in de hand gewerkt door de aanbevelingen als die van Huijgen (1967, 237), dat men zich in zijn onderzoek moet beperken tot dat, wat men in de beschikbare tijd en met de beschikbare middelen aan kan. Toegegeven dat dit een wijze raad is, kleeft er aan de

idee van beperking tot wat de middelen toelaten toch een dubbelzinnigheid, omdat in zoverre ook de beschikbare technieken van onderzoek onder de middelen vallen. Het help daarbij niet, dat Huygen met zijn advies in het goede gezelschap van de sociaal-psycholoog Kurt Lewin is, want ook Lewin's uitspraak: "Only ask the question in your research that you can answer with the techniques you can use. If you can't learn to ignore the questions you are not prepared to answer definitely, you will never answer any" (Lewin, 1952, XIV.), lijdt aan die dubbelzinnigheid. Het gevaar is namelijk, dat sommigen uit dit soort adviezen de conclusie zullen trekken, dat de inhoud van een onderzoek bepaald moet worden door wat er (onderzoek-) technisch mogelijk is, ongeacht of op die manier vragen worden aangesneden die relevant zijn. Dat leidt dan tot onderzoeksresultaten, waarvan de betrouwbaarheid en nauwkeurigheid buiten kijf is, maar waarvan men helaas niet weet wat ze betekenen. Het is misschien niet overbodig te onderstrepen, dat er juist in de sociale wetenschappen (nog?) een grote afstand bestaat tussen de vragen, waarin die vakken geïnteresseerd zijn en de technische mogelijkheden om door middel van onderzoek op die vragen antwoord te geven. Het is daarom o.i. steeds nodig éérst volledig te formuleren wat men zou willen vaststellen, zodat er vervolgens goed zichtbaar wordt welk (beperkt) deel van die vraagstelling voor een onderzoekmatige oplossing toegankelijk is (Vercruijse, 1966, 104).

Op dit thema van het empirisch-eenzijdige onderzoek is de studie van Raupp "Over werkwijzen van huisartsen" niet meer dan een variatie (1971). Zien we naar zijn probleemstelling: "Welke factoren blijken samen te hangen met de verschillen in werkmethoden van huisartsen? Zijn er in deze werkmethoden mogelijk patronen te ontdekken?", dan doet deze geen enkele uitspraak over de aard van de bedoelde samenhangen, waardoor elk resultaat bij voorbaat als 'een' resultaat wordt gekwalificeerd, maar waardoor net zo goed de relevantie van dat resultaat volledig in de lucht blijft hangen. Bovendien preciseert Raupp niets omtrent de aard van de factoren waarmee de werkwijze zou samenhangen. Het gevolg is, dat hij - net als Bruyel - er in stopt wat hemzelf toevallig interessant voorkomt. Enigerlei overweging omtrent

de vraag waarom dat nu zo interessant is, ontbreekt.

Heel duidelijk is overigens in dit geval dat de toe te passen verwerkingstechniek, c.q. de techniek van factoranalyse, bij de bepaling van de inhoud van het onderzoek de voorrang heeft boven dat wat wetenschappelijk, dan wel maatschappelijk van belang zou zijn om te worden onderzocht.

Onnauwkeurige probleemstelling, onzekere conclusies.

Van het onderzoek van Van Es omtrent probleem-patiënten kan men zeker niet zeggen, dat het aan empirische eenzijdigheid lijdt. Toch vertoont de probleemstelling een aantal euvelen, die het hem moeilijk, zo niet onmogelijk maken conclusies te trekken, die als een antwoord op de vraagstelling kunnen worden beschouwd. Zoals reeds eerder gezegd, is er niet in te zien waarom een onderzoek naar "de invloed van sociale factoren op het ziekworden" zich tot probleem-patiënten (in de zin van Van Es) zou moeten beperken. Het is niet duidelijk, waarop zijn argument, dat de kans op het vinden van sociale factoren (p.25) bij deze patiënten het grootst is, nu eigenlijk berust (of men zou de uitspraak "sociale factoren te vinden" en dus niet meer dan dat!, heel letterlijk moeten nemen).

Afgezien van het feit, dat die beperking ons dus achteraf gezien niet als juist voorkomt, hebben Van Es c.s. over het hoofd gezien, dat een conclusie omtrent de invloed van sociale factoren pas getrokken kan worden als we naast gegevens omtrent het voorkomen van sociale factoren in geval van ziekte ook over empirische gegevens beschikken, die laten zien, dat met het ontbreken van sociale factoren gezondheid gepaard gaat. Had Van Es zijn probleemstelling precieser geformuleerd, hij zou dit zeker ingezien hebben. Nu volgt uit het voorkomen van sociale factoren bij patiënten met klachten eigenlijk - niets! Daarbij komt nog, dat men zou mogen eisen, dat een onderzoeker specifieke gevolgen op specifieke oorzaken betreft, dat wil in dit geval zeggen, dat er een specifiek verband zou worden gelegd tussen het gebukt gaan onder een bepaalde sociale situatie en het zich voordoen van een bepaald ziektebeeld. Wat zegt het ons, dat mensen die met klachten bij hun huisarts komen (ook) sociale problemen ondervinden? Die constatering levert in geen enkel opzicht een grond voor de opvatting dat

sociale problemen een rol in de genese van ziekte zouden spelen.

Onnauwkeurige probleemstelling, terloopse samenhangen.

Omdat richtinggevende, preciserende elementen in de probleemstelling ontbreken, dat wil zeggen: omdat de probleemstelling niet nader aangeeft welke sociale problemen met welke ziekteverschijnselen in verband gebracht moeten worden, is er niets dat de onderzoeker ervan weerhoudt naar heel andere verbanden te kijken. In zijn hoofdstuk 5, dat gewijd is aan een "Nadere beschrijving van de onderzoeksresultaten" (p. 87-122) ziet de schrijver geheel af van de specifieke ziektebeelden, die bij de probleem-patiënten geconstateerd zijn. Hoewel "het ziek-worden, het ziek-zijn en het genezingsproces" volgens de probleemstelling de afhankelijke variabelen van dit onderzoek zijn, spelen die in hoofdstuk 5 geen rol van belang meer. De sociale problemen, die patiënten ondervinden, zijn naar de voorgrond gehaald en de beschrijving daarvan is volledig gebaseerd op "fase waarin het gezin waartoe zij (de probleempatiënten) behoren, verkeert". Deze systematisering, zegt de onderzoeker, is gevolgd, omdat bij de bewerking van het onderzoeksmateriaal bleek, dat in niet onbelangrijke mate bestaande problemen (nb. sociale problemen!) samenhangen met de fase, waarin men verkeert". (p. 87).

Afgezien van het feit, dat die samenhang tussen de levensfase van de patiënt en zijn sociale problemen, waarop de indeling van het gehele hoofdstuk - een centraal hoofdstuk! - gebaseerd is, ten opzichte van de doelstelling van het onderzoek maar een terloops karakter draagt, nemen dergelijke, in een beperkte verzameling gegevens gevonden, terloopse samenhangen methodologisch maar een zwakke positie in. En het is de vraag of Van Es die zwakte voldoende onderkend heeft. Omdat de methodologische gevaren, die "terloopse" samenhangen in zich bergen, vaak over het hoofd gezien worden, en omdat de medicus in zijn casuïstische onderzoek zo makkelijk in de constatering van alléén maar terloopse samenhangen steken blijft, zullen we bij de problematiek daarvan langer stilstaan.

Wat we met dat "casuïstische" van het medische onderzoek bedoelen, is dat de medicus in het algemeen en de huisarts bij onderzoek in de eigen praktijk in het bijzonder, een studie maakt van een beperkt aan-

tal gevallen van een bepaalde soort, die zich in verloop van tijd bij hem aandienen. De groep van proefpersonen, c.q. gevallen die hij op deze manier ter bestudering verzamelt, vormen geen steekproef, maar zijn hem a.h.w. door een dubbel proces van "zelf"-selectie (voor een nader begrip daarvan, zie Vercruijsse, 1966, 193 - 97) in de hand gelopen. D.w.z. éérst door deze arts te kiezen en daarna door bij deze arts in een bepaalde diagnostische groep terecht te komen. Bovendien sluit de arts-onderzoeker zijn willekeurige groep gevallen op een willekeurig moment af - na twee jaar van verwijzing naar de m.w. omvat de proefgroep van Van Es 110 probleem-patiënten - en verdiept zich daarna in de vraag wat zich aan die beperkte verzameling van gevallen laat opmerken.

Casuïstisch onderzoek is nuttig, maar gevaarlijk.

Waar het ons om gaat, is dat zich daaraan altijd wel iets laat opmerken, omdat in elke willekeurige verzameling van gegevens verbanden ontdekt kunnen worden.

Peirce geeft hiervan het volgende voorbeeld:
". . . . state the age at death of the first five poets in Wheeler's Biographical Dictionary. They are "Aagaard, 48; Abeille, 78; Abulola, 84; Abunowas, 48; Accords, 45. These five ages have the following characteristics in common:
1. the difference of the two digits, comparing the number, divided by three, leaves a remainder of one;
2. the first digits raised by the power indicated by the second and divided by three leaves a remainder of one;
3. the sum of the prime factors of each age, including one, is divisible by three.
It is easy to see that the number of accidental agreements of this sort could be quite endless".
Glastra van Loon, van wie wij deze aanhaling overnemen, voegt hier als commentaar aan toe: "In boeken, die de wijsheid der stenen tot spreken brengen, kan men verder illustratiemateriaal vinden" (Glastra van Loon, 1957, 261/2); zie ook Merton, 1957, 93/5 over post-facto interpretaties).

Op onze beurt zouden wij willen opmerken, dat het voorbeeld van Peirce, hoe treffend ook, verzwakt wordt door de irrelevantie ervan. Het is

*wetenschapsbeoefenaren niet te doen om enigerlei
samenhang, welke dan ook, maar om voor een bepaalde
wetenschap relevante samenhang. Maar in zijn
absurditeit onderstreept het echter heel goed het
gevaar, dat ad hoc samenhangen opleveren.*

Natuurlijk is er op het nauwkeurig bestuderen van een beperkt aantal gevallen niet zonder meer iets af te dingen. En er is ook niets tegen om door het veranderen van begripsomschrijvingen, het her-indelen van gegevens en het beproeven van nieuwe hypothesen in zo'n beperkte verzameling naar samenhangen ("regelmatigheden") te speuren. Maar men moet zich er wel voor hoeden steeds nieuwe, onbekende gevallen aan die verzameling toe te voegen en daarvoor "plaats" te maken door de gevonden samenhangen aan te passen.

En het "spelen" met die gegevens mag ook geen eindeloos proces worden: er komt een moment, waarop de gevonden verbanden in de vorm van hypothesen aan een onafhankelijk getrokken, representatieve steekproef geverifieerd zullen moeten worden. Alleen op die manier kunnen ze van de willekeur van deze onderzoeker en deze beperkte verzameling gegevens losgemaakt worden. (zie ook wat Robinson, 1951 en Vercrujisse, 1966, p. 56-62 over "analytische inductie" te zeggen hebben).

Waar halen we een vruchtbare probleemstelling vandaan?

Na zoveel aandacht te hebben besteed aan de eisen, waaraan een goede probleemstelling moet voldoen en na in detail uiteengezet te hebben welke ongunstige gevolgen de onderzoeksresultaten ondergaan als die probleemstelling niet op de juiste manier gepreciseerd (of wel: gespecificeerd) wordt, moeten we ons toch wel een keer afvragen waar een goede, of wil men: een vruchtbare en relevante probleemstelling vandaan komt.

Huygen (1967, 236) wil voor de huisartsen, dat zij hun probleem (c.q. object) bij voorkeur op het terrein van de huisartsen-geneeskunde zoeken. Dat ligt natuurlijk erg voor de hand en lijkt nauwelijks voor tegenspraak vatbaar, maar we mogen niet uit het oog verliezen dat de schrijver slechts drie bladzijden eerder heeft verzocht, dat "als tak van wetenschap - de huisartsen-geneeskunde echter nog grotendeels (zal) moeten worden opgebouwd" (p. 233). Het is stellig geen loze critiek wanneer we deze twee tegenstrijdige uitlatingen

met elkaar confronteren. Immers, hoe kunnen we vraagstellingen ontlenen aan een vak, waarvan de contouren nauwelijks zichtbaar zijn? Die opmerking is stellig niet loos, omdat we in zo'n geval moeten aannemen, dat de probleemstellingen die onderzoeklustige huisartsen bedenken zullen, veeleer tot de constituering van de huisartsengeneeskunde zullen bijdragen dan er aan ontleend te worden.

Intussen heeft Huygen heel goed begrepen, dat een onderzoek (vaak) begint "met het doen van een of enkele observaties, waardoor men gedachten-invallen krijgt" (p. 237). Maar zou hij die opmerking als een voorschrift, als een element van een recept bedoeld hebben, of zou die als zodanig verstaan worden, dan willen we meteen een correctie aanbrenge. Hoezeer het waar is, dat goede probleemstellingen uit enkele observaties ontstaan, die tot gedachten-invallen leiden, het is evenzeer waar, dat die observaties niet "willekeurig" zijn en dus niet moedwillig teweeggebracht kunnen worden. Er is namelijk bij analyse van vruchtbare probleemstellingen gebleken, dat die inderdaad een zgn. empirisch uitgangspunt hebben, d.w.z. dat ze aan ervaringsfeiten ontspringen, ervaringsfeiten die de onderzoeker daarom tot nadenken aanzetten omdat ze niet stroken met wat hij verwacht had. Ook die verwachting berust op ervaring en wel op ervaring van wat in het algemeen het geval pleegt te zijn.

Zo verbaasde de socioloog Lipset zich over de werkelijk democratische organisatie (n.b. democratisch in parlementaire zin) van de International Typographical Union (I.T.U.), de Amerikaanse typografenbond, omdat op basis van de door de Duitse socioloog Robert Michels (1925) - op grond van veelzijdige feitenkennis - geformuleerde "ijzeren wet van de oligarchie" verwacht moest worden, dat de I.T.U., net als andere massa-organisaties een oligarchische opbouw zou hebben (Lipset, e.a., 1956, 5). Dat vraagt om onderzoek en verklaring.

Huisartsengeneeskunde nog op zoek naar een empirisch uitgangspunt.

Op zichzelf is dit een inzicht, dat voor de huisartsengeneeskunde en voor het wetenschappelijk onderzoek in en van de huisartsenpraktijk geen bijzondere problemen behoeft op te leveren. Als zulke

bevruchtende, tot vraagstellingen leidende observaties zich op andere vakgebieden geregeld voordoen, waarom zouden ze dan bij de huisarts ontbreken? Deze vraag is echter ten onrechte in een retorische vorm gegoten, want het lijkt inderdaad nog niet zo zeker of de huisartsenwetenschap wel zulke empirische uitgangspunten heeft. Die twijfel komt niet voort uit de vraag of zich onder huisartsen observaties van interessante gevallen voordoen - want dat is zeker zo - maar of ze over kennis van regelmatigheden beschikken - zulke als Michels' wet van de oligarchie - in contrast waarmee observaties van alleen maar oninteressant ineens zo "uitzonderlijk" worden, dat ze een verklaring behoeven en aan nader onderzoek moeten worden onderworpen.

Kennelijk doen zulke ervaringen zich in het huisartsenbestaan weinig voor. Als we tenminste Huygen mogen geloven, valt er "zo weinig lijn in het werk te ontdekken" (p. 233), en menen huisartsen "dat de gewone ziekten niet interessant zijn voor wetenschappelijk onderzoek" en dat ze over "onvoldoende materiaal" beschikken (p. 234).

Zien we dan wat hij ter onderzoek aan de huisartsen aanbeveelt, n.l.

- veldstudies over de natuurlijke historie van aandoeningen;
- de epidemiologie van aandoeningen;
- het verloop van aandoeningen en de waarde van de behandeling (p.232);
- morbiditeits-onderzoek;
- opsporing en vroege diagnostiek;
- primaire en secundaire preventie;
- de wijze van aanpak en behandeling door de huisarts (p. 234);
- longitudinale en prospectieve studies;
- of bepaalde aandoeningen voor anderen predisponeren;
- welke invloed constitutie en erfelijkheid hebben (p. 235),

dan verlangt hij van hen een volledige inventarisatie, waarvan hij zelf zegt: "Mogelijk zijn hier wetmatigheden te ontdekken" (p. 235).

M.a.w. de huisartsen beschikken niet over de kennis van wetmatigheden in het licht waarvan sommige observaties als uitzonderlijk aan de dag treden, hun onderzoek zou die wetmatigheden juist moeten opleveren.

Dat wil zeggen, dat de ervaring van wat in het algemeen het geval pleegt te zijn, waarop het "empirische uitgangspunt" van vruchtbare probleemstellingen berust, niet een "uitgangspunt" voor de huisartsengeneeskunde is, maar haar doelstelling. Daarmee krijgen de probleem-

stellingen van het huisartsenonderzoek en ook dat onderzoek zelf een nogal kunstmatig en afgeleid karakter: het streeft ernaar de ervaring op te doen, waarop het normaliter zou moeten berusten.

Theoretische en maatschappelijke relevantie vereist.

Maar een goede probleemstelling moet nog aan een derde eis voldoen. Als we ons ervan verzekerd hebben, dat hij de onderzoeker in staat stelt de benodigde feiten te constitueren en bovendien voldoende mogelijkheden opent om uit die feiten conclusies te trekken, blijft nog de vraag of de probleemstelling, theoretisch zowel als maatschappelijk, het juiste kader biedt om de conclusies in hun betekenis te begrijpen. Laat men niet denken, dat de kwestie van de "betekenis" of "relevantie" van onderzoeksresultaten wel omzeild kan worden. De vraag: "Wat moeten we er nu mee aan? Wat zijn de consequenties, die er voor de wetenschap en het praktische handelen uit voortvloeien?" kunnen we als onderzoekers wel tijdelijk trachten te ontlopen; we zullen er door de gebruikers van onze resultaten onherroepelijk (weer) mee geconfronteerd worden. Het gaat natuurlijk niet aan om de relevantie van onze conclusies volledig door anderen te laten uitspellen, al was het maar omdat we daarmee ook aan anderen over laten voor het ondernemen van ons onderzoek achteraf een rechtvaardiging te vinden. En dat is nu eenmaal een prealable vraag, waarvan de beantwoording niet tot ná het onderzoek kan worden uitgesteld zonder onherroepelijke schade te veroorzaken of zonder tot onnutte, vruchteloze activiteiten aanleiding te geven.

We willen sterk de aandacht vestigen op de onmogelijkheid om relevante conclusies te trekken uit een verzameling empirische gegevens, als er vooraf geen duidelijke aanwijzingen waren dat het überhaupt zin zou hebben die gegevens te verzamelen. Anders gezegd, als er zich vooraf weinig of niets laat zeggen omtrent de mogelijke betekenis van de resultaten, die een onderzoek zal kunnen opleveren, dan loont het niet de moeite dat onderzoek überhaupt op touw te zetten.

Omdat de relevantie van een onderzoek niet voor eens en voor altijd vastligt, kan men niet verwachten dat een onderzoeker onmiddellijk de volle theoretische en maatschappelijke betekenis van wat hij gevonden heeft, zal doorzien. Laat staan dat hij die betekenis al

volledig bij de áánvang van het onderzoek zou kunnen doorgronden. Dat is dan ook niet wat hier van hem geëist wordt. Hier wordt slechts geëist, dat hij reeds bij het formuleren van zijn probleemstelling voldoende aanwijzingen heeft omtrent de mogelijke betekenis van de resultaten. Dat wil zeggen, dat hij aan de hand van de probleemstelling duidelijk moet maken welke consequenties zijn onderzoek zowel voor de wetenschap als voor de maatschappij zou kunnen hebben.

In het geval van het eerder genoemde onderzoek van Lipset e.a. (zie boven, p. 17) betogen de auteurs, dat zij tot het ondernemen van hun onderzoek hebben besloten, omdat de bestaande theorie geen verklaring kan geven van het voorkomen van een democratisch bestuurd vakbond. Hun onderzoek dient ertoe om de bijzondere voorwaarden op te sporen, waaronder de "ijzeren wet der oligarchie" niet opgaat. Daarmee is de theoretische relevantie van hun onderzoek duidelijk aangegeven. Tegelijkertijd wijzen zij erop, dat het in een samenleving waar de democratie-als-waarde zo hoog staat aangeschreven op zijn zachtst gezegd als "storend" wordt ondervonden, dat massa-organisaties gewoonlijk een oligarchische bestuursvorm hebben. Tegen die achtergrond gezien is hun onderzoek óók maatschappelijk relevant.

Is het huisartsenonderzoek theoretisch relevant?

Dat brengt ons vanzelf tot de vraag hoe het met de theoretische en maatschappelijke relevantie van het huisartsenonderzoek gesteld is. Hebben de betrokken onderzoekers zich afgevraagd of hun onderzoekswerk door verderstrekkende consequenties gerechtvaardigd werd en zo ja, hebben ze zich daarvan al bij het formuleren van de vraagstelling, dus in de ontwerpfasen van het onderzoek rekenschap gegeven?

Met de betekenis van dit soort onderzoek voor de theorie is het van Bruyél tot Van Es en van Van Es tot Raupp nooit erg goed gesteld geweest. Natuurlijk vinden we wel aanzetten voor een theoretisch kader, waarin auteurs hun studie geplaatst willen zien, maar die zijn toch niet meer dan terloops (Van der Velden, 1971: "Op grond van de tot dusver verschenen publicaties betreffende de morbiditeit van de huisvrouw mag de verwachting gekoesterd worden, dat er ten aanzien van de huisvrouw sprake is van een specifiek morbiditeitspatroon", p. 23) of

onsystematisch (Van Es, 1969 in zijn uitwerking van en toelichting op de sociale factoren in de eerder besproken bijlage 4). Daarmee is overigens niets nieuws vastgesteld, want toen wij er op wezen dat aan het huisartsen-onderzoek gemeenlijk een empirisch uitgangspunt (p. 17/8) ontbreekt, constateerden wij tegelijkertijd, dat het de huisartsen aan kennis ontbreekt van wetmatigheden in het licht waarvan bepaalde ervaringsfeiten als zo ongewoon of onverwacht opvallen, dat zij uitgangspunt voor verder onderzoek worden. En dat komt op hetzelfde neer als de constatering, dat aan hun onderzoek een theoretische achtergrond ontbreekt, waartegen zowel elke vraagstelling als iedere conclusie naar hun betekenis beschouwd kunnen worden. De verklaring van dat theoretische tekort schijnt simpel, want is kennelijk gelegen in het feit dat "als tak van wetenschap de huisartsengeneeskunde echter nog grotendeels (zal) moeten worden opgebouwd" (zie Huygen, 233 als eerder geciteerd). Ware er een huisartsengeneeskunde als zelfstandige wetenschap, in dat theoretische tekort kon dan snel worden voorzien.

Het is de vraag of dié gedachtengang wel zo bevredigend is. De onderzoekingen door huisartsen verricht, bewegen zich al naar hun object op het gebied van reeds langer geconstitueerde wetenschappen, als de medische en de sociale. Bij ontstentenis van een huisartsenwetenschap zouden die onderzoekers daarom theoretisch heel wel kunnen aanleunen resp. tegen de medische wetenschap of zijn deel- en hulpwetenschappen of tegen sociale wetenschappen zoals de (medische) sociologie of de (sociale) psychologie c.q. psychiatrie. Het argument, dat medici met die wetenschappen niet bekend zouden zijn, en dat ze daarom zich niet op de vigerende theorieën kunnen oriënteren, gaat natuurlijk voor de medische wetenschap niet op. En wat de sociale wetenschap en deelgebieden betreft, lijkt gebrek aan informatie ook niet zo'n sterk argument. Uit hun werk zélf is te zien, dat de huisartsen-onderzoekers wéten dat er theoretische uitgangspunten beschikbaar zijn en waar ze gevonden kunnen worden.

De vraag is daarom volgens ons: waarom ze niet de aanwezige theoretische bronnen aanboren, maar zich op een wetenschapsgebied blijven richten dat van de huisartsen-geneeskunde (Huygen) of: van de integrale

geneeskunde (Van Es) - dat nog gevormd moet worden (en mogelijkwerwijs een niet te bereiken ideaal vertegenwoordigt. Zie Van Es, 15).

Wat is de maatschappelijke relevantie van de huisartsengeneeskunde?

Logischerwijze kan een nog te scheppen, nieuwe, niet bestaande theorie - die van de huisartsengeneeskunde, c.q. van de integrale geneeskunde - geen theoretische relevantie verlenen aan de onderzoeksactiviteit van huisartsen. Maar het is wel duidelijk, dat het streven naar het totstandkomen van een nieuwe wetenschap aan de eigen wetenschappelijke activiteit van de huisartsen een bijzondere maatschappelijke betekenis verleent. Concepties, als die van de huisartsengeneeskunde, of die van de integrale geneeskunde, leggen de nadruk op de betekenis van de eigen wetenschappelijke inspanning van de huisarts, die - zoals verklaard wordt - voor hem noch vanuit het perspectief van de specialistische medische wetenschap noch vanuit het perspectief van bijvoorbeeld de sociale wetenschappen zinvol kan zijn. Dat beide concepties het karakter dragen van nietgerealiseerde en wellicht niet-realiseerbare ideaalstellingen, zou er dan op kunnen duiden, dat de huisarts de ruggesteun van te werken in een eigen wetenschappelijke traditie broodnodig heeft. En dat hij die zo nodig heeft, hoeft ons gezien het functie- en statusverlies dat de medische specialist hem dreigt toe te brengen, niet te verwonderen.

Literatuur, waarnaar verwezen werd.

- T.W. Adorno, a.o., *The Authoritarian Personality* (1950).
- L.P. Bruyel, *Ziekenhuisopname en maatschappelijke omstandigheden* (1958).
- J.C. van Es, *Probleempatiënten. Beschrijving van een samenwerking van huisarts en maatschappelijk werker* (1967).
- J.F. Glastra van Loon, *Norm en Handeling. Bijdrage tot een theoretische fundering der sociale wetenschappen* (1957).
- H.H.W. Hogerzeil, *Verslag Studiedagen Wetenschappelijk Onderzoek Huisartsen, Mei 1964*.
- F.J.A. Huygen, *Wetenschappelijk onderzoek door de huisarts.*
in: Bremer, e.a., *Inleiding tot de huisartsengeneeskunde* (1969), p. 230 - 242.
- K. Lewin, *Field Theory in Social Science. Selected Theoretical Papers* (1952).
- S.M. Lipset, a.o., *Union Democracy. The Internal Politics of the I.T.U.* (1956).
- R.K. Merton, *Social Theory and Social Structure* (2nd revised editions, 1957).
- J.L.M. Raupp, *Over werkwijzen van huisartsen. Een kwantitatief onderzoek naar verschillen in de werkwijze van solo-werkende huisartsen in Limburg.*
(Academisch proefschrift, 1971).
- W.S. Robinson, *The Logical Structure of Analytic Induction.*
in: *American Sociological Review*, 16 (1951),
p. 812 - 8.
- H.G.M. van der Velden, *Huisvrouw-huisarts-huisgezin. Een onderzoek naar ziekten en gezondheidsstoornissen bij een aantal huisvrouwen in een huisartsenpraktijk* (1971).
- E.V.W. Vercrujssse, *Het ontwerpen van een sociologisch onderzoek. Uitgangspunten en richtlijnen* (2e herziene druk, 1966).

HUISARTS EN WETENSCHAP, OF HOE WORDT HET "LOEREN EN OUDEHOEREN"
VERVANGEN DOOR "GISSEN EN MISSEN", OOK IN DE HUISARTSENGENEESKUNDE.

door Prof. Dr. H. Philipsen.

Inleiding.

De taak die ik mij gesteld heb, is in twee opzichten platvloers. Ten eerste wil ik geen abstract betoog houden over hoe het in de wetenschap, inzonderheid de huisartsgeneeskunde, hoort toe te gaan. Integendeel, ik wil concreet blijven. Door voorbeelden te ontlenuen aan de laatste jaargangen van Huisarts en Wetenschap, laat ik een aantal methodische problemen zien. Door dat te doen geef ik mijzelf bloot; ik tackle een aantal auteurs, waarbij ik soms de bal zal missen en soms terecht een vrije schop tegen zal krijgen. Ik hoop echter dat het de levendigheid en de aanschouwelijkheid van mijn betoog zal vergroten.

Platvloers ben ik ook, omdat de lezer niet bij voortduring diepe gedachten zal tegenkomen. Hoewel ik meen grondslagen van het wetenschappelijk bedrijf te behandelen, benader ik ze vanuit de dagelijkse praktijk van het onderzoek. Daarmee loop ik het risico dat sommige stukken kunnen overkomen als het intrappen van open deuren, en andere gedeelten niet gezien worden als van wezenlijk belang voor de wetenschapsbeoefening. Ik hoop echter dat het oordeel in dezen zo zal verschillen van lezer tot lezer dat geen enkel gedeelte als geheel overbodig lijkt.

Dit artikel is geschreven in het kader van de huisartsgeneeskunde. Dat wil niet zeggen dat alles wat ik beweer alleen in dat kader relevant is. De gebreken die ik sommige onderzoeken aanwrijf treft men niet alleen in Huisarts en Wetenschap aan. Ook vele artikelen in de Sociologische Gids of Het Tijdschrift voor de Psychologie en haar Grensgebieden zouden eenzelfde behandeling verdienen. Het gaat in het volgende dan ook niet om kritiek op individuele auteurs die in hun verslag bepaalde zaken meer of minder fout zouden hebben behandeld. Hun problemen zijn uitgangspunten voor de formulering van vragen die elke onderzoeker moeten bezighouden en die elke onderzoeker wel eens verkeerd beantwoordt.

Mijn betoog is echter tegelijk ook specifiek met betrekking tot de

huisartsengeneeskunde. Vooral aan het slot staan de omstandigheden waarin de in eigen praktijk onderzoekende huisarts verkeert, centraal.

Een voorbeeld: "Te dik: wie verliest vet en wie niet?"

Mijn speurtocht door enkele jaargangen Huisarts en Wetenschap deed mij terechtkomen bij het artikel van Lamberts, huisarts en De Vries, diëtiste, Te dik: wie verliest vet en wie niet? ¹⁾ Het interesseerde mij om twee redenen. Ten eerste gaat het om een "welvaartsziekte" die mijzelf ook wel eens overvalt; ten tweede is het artikel afkomstig van het front van de huisartsengeneeskunde: uit een van de eerst volledig in bedrijf zijnde groepspraktijken. Kort gezegd behelst deze studie het volgende. Van 1 maart 1969 tot 1 oktober 1970 werden in de praktijk Ommoord 156 patiënten doorverwezen naar de diëtiste. Van deze 156 patiënten kon men op latere tijdstippen het bereikte gewicht vaststellen van 122 patiënten. Slechts 13 van deze 122 mensen waren mannen, zodat terecht de onderzochte populatie tot 109 vrouwen werd teruggebracht. Van alle onderzochten zijn vervolgens een aantal "achtergrondgegevens" vastgesteld. In de uiteindelijke analyse waren dit: leeftijd, beroep, gebruik van de pil, aanwezigheid van lichamelijke afwijkingen, de aanwezigheid van gezins- en/of individuele problematiek. Deze kenmerken werden afgezet tegen het oorspronkelijke gewicht en de mate van gewichtsverlies. Wat leverde de analyse nu op? Weinig, zoals de auteurs ook zelf beklemtonen. De enige houdbare positieve informatie is dat vrouwen op hogere beroepsniveaus statistisch minder afvallen percentueel dan vrouwen wier mannen naar beroep gezien lager in de samenleving zijn geplaatst. Niet ten onrechte voegen de auteurs aan deze conclusie toe dat zij in hun praktisch handelen ten aanzien van overgewicht naar nieuwe wegen moeten zoeken, waarbij men van alle vooroordelen dient af te zien.

Deze studie roept echter een groot aantal vragen op, die als zij tijdens en voor het onderzoek waren gesteld, de conclusies en resultaten mogelijk gunstig hadden beïnvloed. De eerste vraag die zich voordoet is waarom nu juist deze 156 mensen zijn doorverwezen naar de diëtiste. Hierbij speelt op drie niveaus een selectieproces.

1. Niet iedereen die met overgewicht tobt, zal zijn dokter bezoeken.
2. Niet iedereen die wel om die reden de dokter bezoekt, zal naar de diëtiste worden gezonden, terwijl bovendien sommigen bij de diëtiste terecht zullen komen die om andere redenen een consult inriepen.
3. Niet iedereen die een dieetvoorschrift heeft gekregen, laat zich op een later tijdstip op gewicht controleren.

Selectieprobleem 3 wordt door de auteurs besproken, zodat ik het verder laat rusten. De selectie van patiënten op het eerste niveau is in de dagelijkse voering van de huisartsenpraktijk niet te vermijden. De selectie echter die tijdens het spreekuur plaatsvindt is een beslissing die op het moment zelf plaatsvindt, en om zeer verschillende redenen kan geschieden, zodat een nadere uitweiding op zijn plaats is. Uit het artikel blijkt ook dat de 156 patiënten in dit opzicht heterogeen zijn. 50% van de gevallen betreffen pilgebruiksters, waarbij de halfjaarlijkse controle hetzij oorzaak, hetzij aanleiding is, de diëtiste in te schakelen. Bij 40% van de patiënten is sprake van een somatische afwijking, die vermageren noodzakelijk of wenselijk maakt. Tenslotte is er 10% vrouwen, die uitdrukkelijk de arts bezoekt met als klacht overgewicht. Deze heterogeniteit betekent tenminste dat de motieven om te vermageren zeer verschillend zijn. Sommige vrouwen willen vermageren omdat in een stedelijke wijk als Ommoord met veel jeugdige gezinnen het schoonheidsideaal zeker niet als "mollig" valt te bestempelen. Anderen zullen de hun bekende somatische afwijking als motief voor vermagering hanteren. De populatie van 109 bevat daarom tenminste twee subpopulaties: a. vrouwen die bang zijn voor hun figuur en b. zij die bang zijn voor hun leven of het fysieke ongemak daarin. De vraag is nu waarom deze twee categorieën worden bijeengebracht. In feite zou dit alleen gerechtvaardigd zijn als de auteurs slechts één onderstelling wilden nagaan: bijv. mensen die meer bezorgd om hun hachje dan om hun figuur zijn, hebben een sterkere motivatie het dieet te volgen en vallen dientengevolge - onder gelijke fysiologische omstandigheden - meer af.

Nu is het probleem van dit artikel dat tot op de laatste pagina bij de slotbeschouwingen geheel ontbreekt waarom de auteurs uitgezocht

hebben of jongeren dan wel ouderen meer afvallen, pilgebruiksters meer dan mensen met lichamelijke aandoeningen enz. In het bijzonder intrigeerde het mij als socioloog waarom nagegaan diende te worden of psycho-sociaal gestoorden meer of minder vet verloren na het houden van een dieet dan hun geestelijk meer gezonde zusters. Eerst dacht ik dat de auteurs gewoon die kenmerken van de patiëntenkaart hadden ge-licht die makkelijk te verwerken waren: leeftijd, beroep, echtgenoot, pilgebruik, lichamelijke afwijkingen en - teken des tijds - psycho-sociale problematiek. Als socioloog was ik natuurlijk verguld met de laatste factor, al mis je dan natuurlijk pijnlijk de voor sociologen heilige "personalia", kerkgenootschap en kindertal. Gelukkig had ik het bij het verkeerde eind. Ten leste blijkt dat de auteurs vooronderstellingen bezaten, nl. " "uit de praktijk voortgekomen" onwrikbare opvattingen":²⁾

1. oudere mensen vallen moeilijk af;
2. intelligente mensen zijn beter gemotiveerd een dieet te volgen;
3. mensen met een lichamelijke afwijking zijn beter gemotiveerd;
4. mensen met actuele problematiek hebben meer moeite het dieet te volgen.

Kennelijk had de praktijk vier vuistregels opgeleverd die het verdienen als "hypothesen" getoetst te worden. Zoals men ziet is de derde gelijk aan die ik reeds formuleerde: voor je hachje laat je meer staan dan voor je figuur. Toch is er meer mis met deze vooronderstellingen dan dat ze de lezer onverhoeds als nagerecht worden aangeboden. Drie bezwaren wil ik noemen.

1. Wat ontbreekt is de rationale: bijv. waarom zouden oudere mensen moeilijk afvallen. Is hier sprake van een fysiologische oorzaak of laten oudere vrouwen minder gemakkelijk traditionele voedingspatronen schieten. Soortgelijke vragen gelden ook voor de overige hypothesen. De afwezigheid van een theoretische achtergrond leidt er dan ook toe dat de enige uitkomst: vrouwen uit hogere beroepsmilieus vallen minder af dan die uit lagere, niet meer oplevert dan een interessant feit. Gesteld werd dat intelligente mensen beter gemotiveerd zouden zijn dieetvoorschriften op te volgen. Nagegaan is of er enig verband bestond tussen beroep en gewichtsvermindering. Nog daargelaten dat beroep een

hoogst dubieuze indicator van de intelligentie is, blijkt nu het tegendeel van het voorspelde. Daar echter geen enkele reden gegeven is waarom intelligentere mensen meer zouden afvallen, ontbreekt uiteraard elk kader waarin men een significante tegengestelde uitkomst kan interpreteren.

2. Een ernstig bezwaar van de gehanteerde impliciete hypothesen is dat zij noch op hun logische consistentie noch op hun empirische consequenties zijn onderzocht. Oudere mensen zouden minder afvallen dan jongere; mensen met ernstige afwijkingen meer dan mensen zonder lichamelijke stoornissen. Nu kan echter op voorhand worden verondersteld dat onder de oudere vrouwen in de populatie meer vrouwen met lichamelijke afwijkingen voorkomen dan onder de jongere. Als men nu beide hypothesen tegelijk op hetzelfde materiaal toetst, en gesteld dat beide factoren - leeftijd en stoornissen - eenzelfde sterkte bezitten, dan worden de hypothesen ten onrechte verworpen: immers, de twee factoren heffen elkaar op. De onderzoekers worden dan gestraft voor het feit dat zij hun onderzoek verrichten op voor hun eigen onderstellingen heterogeen materiaal. Met andere woorden: de selectie en samenstelling van de populatie is ondeugdelijk. De vraag of mensen met afwijkingen makkelijker vermageren dan mensen zonder, is gezien de kenmerken van de empirie, slechts te toetsen, indien afzonderlijk wordt gekeken naar dit verband binnen de categorie van de jongeren en binnen de categorie van de ouderen.

3. Nu moet men niet alleen zorgvuldigheid betrachten met de samenstelling van een populatie omdat men op weerbarstige kenmerken van de werkelijkheid stuit zoals de tegengestelde werking van leeftijd en somatische gezondheidstoestand. Nog vaker komt het voor dat een veronderstelling onder bepaalde omstandigheden wel opgaat en onder andere niet. Zo is er op voorhand geen reden aan te nemen dat de mate van vermagering bij de wat "mollige"pilgebruiksters door dezelfde factoren wordt beïnvloed als bij de vrouw die een cardiovasculaire aandoening combineert met "manifeste adipositas". Het is zeer goed denkbaar dat wie bang is voor zijn hachje onder gelijke omstandigheden altijd zal pogen te vermageren en daar binnen de grenzen van zijn somatische "mogelijkheden" min of meer in zal slagen, los van het feit

of zij nu jong of oud is, huwelijksmoeilijkheden heeft of niet. Daarentegen lijkt de door Lamberts en De Vries geopperde samenhang: psycho-sociale problematiek —→ weinig gewichtsvermindering, alleszins plausibel voor de "mollige" pilgebruikster. Dit houdt echter in dat de samenhang tussen gewichtsverlies en psycho-sociale stoornissen alleen binnen de categorie vrouwen zonder afwijkingen vastgesteld kan worden. Alweer: de populatie van 109 is heterogeen ten opzichte van de impliciete vooronderstelling.

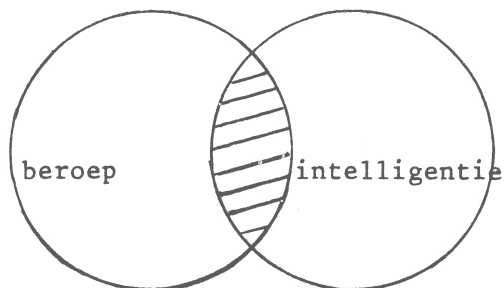
Wanneer ik nu de balans opmaak van het bovenstaande dan hebben Lamberts en De Vries een in descriptieve zin goed verslag gegeven van een in potentie goed onderzoek van een interessant maatschappelijk probleem. Methodisch gezien is er echter kritiek mogelijk op cruciale punten in het onderzoeksverloop.

1. Het probleem van de selectie van de onderzoekspopulatie wordt niet behandeld, waardoor de heterogeniteit van deze de auteurs ontgaat.
2. Het is tot de laatste pagina onduidelijk waarom de auteurs gewichtsverlies in verband brengen met leeftijd, beroep, psycho-sociale stoornissen enz. Met andere woorden: de probleemstelling: wie verliest vet en wie niet? wordt niet geoperationaliseerd.
3. Al blijken er tenslotte toch impliciete vooronderstellingen te zijn geweest, dan presenteren de onderzoekers deze zonder aan te geven waarom ze deze hanteren of anders gezegd: er is geen interpretatiekader waarin nagegaan kan worden hoe het komt dat mensen uit hogere beroepsgroepen minder afvallen.
4. Tenslotte blijken de aanwezige vooronderstellingen alleen te toetsen indien de populatie gesplitst wordt in subpopulaties die homogeen zijn ten opzichte van specifieke hypothesen. Zo is het voor de ene vooronderstelling nodig die afzonderlijk te bezien voor ouderen en jongeren, en voor een andere om het materiaal te splitsen in mensen met en zonder een lichamelijke afwijking.

Het bovenstaande bevat kort gezegd kritiek op de keuze van de onderzoekseenheden (de 109 vrouwen) en op de gekozen variabelen (leeftijd, beroep enz.) in hun theoretische context. Alvorens deze opmerkingen in het algemeen uit te werken, wil ik nog aanvoeren dat niet allen

de keuze van onderzoekseenheden en variabelen problematisch kan zijn, maar ook de meting van de variabelen. Met drie voorbeelden uit Lamberts en De Vries wil ik enkele problemen aantonen.

1. De waarde van een variabele als indicator. De onderzoekers wilden toetsen of intelligente mensen eerder afvielen. Aangezien zij uiteraard niet over IQ beschikten namen ze beroep als variabele op. Nu neem ik zonder meer met hen als feit aan dat naarmate voor een beroep een hogere opleiding nodig is, het intelligentiequotiënt van de beroepsbeoefenaren toeneemt. Enerzijds zal er echter een grote overlap in IQ zijn tussen de beroepsgroepen - in die zin is intelligentie toch wat anders dan beroep; anderzijds is beroep ook en zelfs meer indicatief voor andere zaken, bijv. een bepaald waardenpatroon. De onderstaande tekening brengt dit in beeld:



Alleen voor zover er overlap is, is beroep een indicator van intelligentie. Daarom doet zich bij elke keuze van een variabele - in dit geval beroep - de vraag voor naar de relatie tot het begrip waarvoor hij staat (intelligentie).

2. De betrouwbaarheid van de meting. Vooral in onderzoek in de huisartsenpraktijk moet de onderzoeker vaak volstaan met schattingen en beoordelingen van verschijnselen zonder dat hij zijn mening aan "de werkelijkheid" of aan andere onderzoekers kan toetsen. Lamberts en De Vries zijn in dit opzicht prudent. Zij beseffen dat hun score: psycho-sociale problematiek op onvolledige informatie kan berusten. Ook hebben ze het als een tekortkoming gevoeld dat het plaatsen van mensen in de klassen "mollig" en "manifeste adipositas" een wel erg grove benadering van de variabele "mate van overgewicht" is. Schattingen van deze soort zijn nogal willekeurig en worden vaak door sociale wenselijkheden beïnvloed. Zo blijkt in dit onderzoek bij een secundaire analyse mijnerzijds dat de betrokken huisarts pilgebruikers die voor controle kwamen, bij een gelijk lichaamsgewicht ³⁾

minder snel van manifeste adipositas beschuldigt dan vrouwen die bijv. met een somatische afwijking komen. Of dat nu komt omdat de arts het onbeleefd vindt verder dan "mollig" te gaan, of omdat pilgebruikers op controle zich minder ontkleden, valt moeilijk uit te maken. Het laat wel zien dat het schattend oog van de onderzoeker bij gebrek aan een vast punt in zijn gezichtsveld zich nog wel eens vergist.

3. Welk niveau van kwantificering vraagt het onderzoek en de probleemstelling? De vraag die Lamberts en De Vries stelden, luidde: wie verliest vet en wie niet? Uiteindelijk werken zij met het percentage gewichtsverlies. Daardoor beantwoordden zij een andere vraag dan in het begin geformuleerd: wie verliest verhoudingsgewijze meer vet dan een ander? Dat wil zeggen: de meer kwalitatieve vraag "wie wel en wie niet" wordt impliciet omgezet in een meer kwantitatieve "wie meer en wie minder". Op deze twee vragen is misschien het antwoord hetzelfde, zeker is het niet. Wanneer de mate van gewichtsverlies bijv. in grote mate door fysiologische factoren zou worden bepaald, is het niet uitgesloten dat daardoor de invloed van meer psycho-sociale factoren zou worden versluierd.

Kortom, in elk onderzoek speelt ten aanzien van elke variabele:

- is mijn variabele een goede indicator;
- heb ik hem "betrouwbaar/objectief" gemeten;
- heb ik hem op het juiste niveau van kwantificering gemeten.

De datamatrix.

In elk empirisch onderzoek zijn de verzamelde gegevens in drie kernwoorden te vangen. Aan alle onderzoekseenheden worden waarden toegekend ten aanzien van alle variabelen die onderzocht worden. Deze drie elementen tezamen vormen de datamatrix, een woord dat door toedoen van de Noorse socioloog en wiskundige John Galtung invoering heeft gevonden ⁴⁾. Stel dat ik N eenheden en n variabelen heb, en dat ik aan de waarde per eenheid per variabele het symbool w geef, dan ziet de datamatrix er als volgt uit:

		variabelen				
		1	2	3	..... j	..... n
Eenheden	1	w_{11}	w_{12}	w_{13}	..... w_{1j}	..... w_{1n}
	2	w_{21}	w_{22}	w_{23}	..... w_{2j}	..... w_{2n}
	3	w_{31}	w_{32}	w_{33}	..... w_{3j}	..... w_{3n}
	:	:	:	:	:	:
	i	w_{i1}	w_{i2}	w_{i3}	..... w_{ij}	..... w_{in}
:	:	:	:	:	:	
N	w_{N1}	w_{N2}	w_{N3}	..... w_{Nj}	..... w_{Nn}	

In deze matrix kan ik nu altijd terugvinden welke waarde welke onderzoekseenheid op welke variabele bezit.

In onderstaand schema is dit uitgewerkt voor twee eenheden, twee variabelen en twee waarden per variabele.

		variabelen	
		leeftijd	overgewicht
eenheden	Mej. A.	< 30	mollig
	Mevr. B.	> 30	manifeste adipositas

Uiteraard wordt deze matrix in de praktijk van het onderzoek omgezet in symbolen. Een eenvoudige abstractie van alle elementen in de matrix met behulp van de getallen 1 en 2, leidt tot het volgende schema.

		variabelen	
		1	2
eenheden	1	1	1
	2	2	2

Deze omzetting van de gehele verzameling van gegevens in een datamatrix is niet alleen bedoeld om de lezer te épateren met het gebruik van symbolen, maar dient twee doeleinden.

- Wanneer men zich steeds de datamatrix als neerslag van de te verzamelen gegevens voorstelt, bereikt men ten eerste een grote volledigheid van de gegevens, maar bovenal wordt men steeds geconfronteerd met de noodzaak zich rekenschap te geven van "slechts" drie zaken: de keuze van de eenheden, de keuze van de variabelen en de meting van de variabele aan de eenheden.
- Wanneer men eenmaal de datamatrix bezit, zal het duidelijk zijn dat deze zich elegant leent voor het analyseren van de verzamelde gegevens. Uiteraard vormt een bak met patiëntenkaarten of een stapeltje ponskaarten reeds een datamatrix in rudimentaire vorm. De explicitering van het onderzoeksmateriaal in een datamatrix vergemakkelijkt de analyse echter in hoge mate.

In het volgende wil ik niet verder ingaan op de daadwerkelijke analyse van de verzamelde gegevens, omdat de analyse op zichzelf een technische aangelegenheid vormt, die hier niet aan de orde is. Om dezelfde reden zal ik verder evenmin ingaan op de scoring van variabelen. De beslissingen daarover hebben eveneens vaak een statistisch-technische achtergrond. Mijn bedoeling is de aandacht te vestigen op de twee kenmerken van de onderzoeksopzet, gegeven een probleemstelling:

- a. hoe selecteer ik de onderzoekseenheden?
- b. hoe selecteer ik mijn variabelen?

Bij vraag a staat centraal het probleem hoe kiest de onderzoeker zijn eenheden zodanig dat op het probleem dat hij zich stelt, methodisch een antwoord valt te geven. Vraag b heeft twee componenten die reeds vermeld zijn: 1. is de variabele betrouwbaar te meten? en 2. verwijst de variabele als indicator op zinvolle wijze naar een theorie die in de probleemstelling - al of niet impliciet - ligt besloten?

De keuze van de onderzoekseenheden representativiteit.

In de huisartsengeneeskunde vormt de keuze van de onderzoekseenheden vooral een probleem omdat men bij onderzoek in eigen praktijk in

feite weinig keuzevrijheid bezit. Deze situatie is noch een reden dan maar geen studies te verrichten, noch kan men de zaak verbeteren door aan het selectieprobleem geen aandacht te besteden. Integendeel, het gebrek aan keuzevrijheid noopt tot grote voorzichtigheid in dezen, om zoveel mogelijk van de voetangels en klemmen op dit gebied te vermijden. Ik wil vier aspecten van de selectie van eenheden behandelen die in elk onderzoek, zeker in de huisartsengeneeskunde, in beschouwing moeten komen. Het eerste probleem vormt de representativiteit, d.w.z. de vraag of als de onderzoeker gegevens heeft over een beperkte populatie hij toch iets kan zeggen over een groter universum waaruit de populatie geacht kan worden een steekproef te zijn. Concreet gezegd: als de onderzoeker te Nieuwkoop of Stolwijk iets vaststelt, geldt dat dan ook voor heel Nederland, de Randstad, het groene hart van Nederland of hoe men het universum ook mag betitelen. Wat mij vaak opvalt, vooral in epidemiologische studies⁵⁾, is dat de onderzoekers zich moeite getroosten te laten zien dat hun populatie afwijkt van alle Nederlanders. Hiervoor wordt dan een aantal rituele handelingen gepleegd. Met behulp van ingewikkelde tabellen en/of staafdiagrammen toont de onderzoeker aan dat de leeftijdsopbouw op de beroepsbevolking in A-dorp niet of nauwelijks verschilt van die van Nederland. Deze praktijk die de laatste jaren gelukkig afneemt, is volstrekt zinloos en de moeite eraan besteed niet waard, en wel om drie redenen.

A. Voorop staat dat de vraag naar de representativiteit van A-dorp voor heel Nederland, in het geheel niet gesteld hoort te worden. Nu weet ik wel dat het helaas tot de slechte academische gewoonten behoort vooral bij promoties vage twijfels te uiten over de representativiteit van het te A-dorp gevondene. Het goedkope succes van deze kritiek kan gemakkelijk bestreden worden door te verklaren dat het onderzoek niet representatief is voor Nederland, dat het de onderzoeker verbaast te vernemen dat iemand überhaupt serieus overweegt A-dorp als steekproef van Nederland te beschouwen en dat als de opponent meent de resultaten te moeten betwijfelen, hij hem aanraadt het onderzoek in E-dorp of I-stad te herhalen. Tenslotte kan men er de criticus nog op wijzen dat het onderzoek te A-dorp geschiedde omdat de onderzoeker daar werkzaam is als huisarts, en dat als hij het onderzoek niet gedaan had, niemand anders het had gedaan.

B. Meer inhoudelijk is het afzetten van leeftijdsopbouw en beroepsbevolking van A-dorp tegen die van Nederland ook weinig zinvol omdat men zich te allen tijde moet beperken tot zogenaamde achtergrondgegevens als leeftijd, beroep e.d. en bovendien dan tot die, welke het CBS de moeite van het verzamelen waard vindt. Het bezwaar van deze personalia is vooral dat overeenkomst in dezen geen enkele betekenis behoeft te bezitten met betrekking tot de te bestuderen verschijnselen. Het zou mij niet verbazen als een willekeurige jeugdgevangenis, een scholengemeenschap en een voetbalvereniging een overeenkomstige leeftijdsopbouw bezitten, terwijl ook naar beroep van de vader gerekend de drie niet zouden verschillen.

C. Het belangrijkste argument is echter statistisch van aard. De vijfduizend A-dorpers vormen in het geheel geen steekproef uit de dertienmiljoen Nederlanders. Als er al sprake is van een steekproef dan vormt A-dorp een "steekproef" van één uit de ruim negenhonderd gemeenten van Nederland. Het woord steekproef staat hierbij niet voor niets tussen aanhalingstekens. Ten aanzien van een steekproef van 1 is namelijk nimmer enige uitspraak over de representativiteit te doen⁶⁾.

Toch gebeurt dit helaas wel in de gedragswetenschappen door de fout van schaalverkleining. Men stelt zich soms de vraag, er van uitgaande dat het onderzoeken van een geografisch gespreide steekproef van Nederlanders te duur is, of er geen gemeente is die lijkt op Nederland in het klein. Men toont dan met de reeds gewraakte tabellen en staafdiagrammen aan dat Bolsward, Tiel of Delft naar leeftijd, beroep of kerkgenootschap niet van Nederland afwijkt. Ook dit is een alibi voor representativiteit dat gebroken kan worden. Zelfs al zou ik eerst geloven dat Delft op Nederland lijkt, dan weet ik heel zeker dat Delft en Bolsward twee verschillende steden zijn. Overigens betekent dit niet dat onderzoek onder deze pretentie verricht, waardeloos is. De redenering aangaande de representativiteit behoort slechts tot de irrelevante franje van het onderzoeksverslag. Los daarvan interesseert het mij in hoge mate wat er in A-dorp en Bolsward gebeurt. Niet omdat het A-dorp en Bolsward betreft, maar omdat ook daar mensen wonen met hun hele hebben en houden, met ziekte en gezondheid. Blijkt nu dat wat in A-dorp wordt gevonden overeenkomt met dat in Bolsward of er op een verklaarbare wijze van verschilt, dan weet ik iets meer over het

bestudeerde onderwerp.

De conclusie is duidelijk: wie onderzoek doet in de enkele huisartsenpraktijk, behoeft zich niet te verontschuldigen voor gebrek aan representativiteit. Toch zijn er ten aanzien van de representativiteit enkele opmerkingen te maken waarmee men wel rekening zou kunnen houden. Ook al ziet men af van redeneringen over de overeenkomst tussen A-dorp en Nederland, dan nog is A-dorp een naar tijd en plaats gesitueerde gemeente. Men dient daarom wel een beschrijving te geven van A-dorp met betrekking tot relevant geachte kenmerken, zodat de lezer zich kan oriënteren welk type gemeente A-dorp is, en eventueel kan vaststellen op welke kenmerken A-dorp afwijkt of overeenkomt met andere plaatsen waar soortgelijk onderzoek is verricht. Hierbij zijn de verschillen vaak belangrijker dan de overeenkomsten, omdat het afwijkende geval vaak meer aan het denken zet dan het overeenkomstige.

Overigens speelt het probleem van de representativiteit weer meer, indien een onderzoek in een groter aantal praktijken tegelijk wordt gedaan. Ook in dat geval behoeft men niet te streven naar een met tabellen gestaafd bewijs van representativiteit. Veel eerder is het van belang een zekere spreiding van de te kiezen praktijken over verschillende typen gemeenten te verkrijgen en te argumenteren.

Het bovenstaande zou de indruk kunnen wekken dat representativiteit nimmer een probleem vormt. Dat is uiteraard onjuist. In tenminste een geval speelt het wel een rol, ook in onderzoek in de huisartsenpraktijk. Indien men in een onderzoek bijv. niet alle patiënten kan betrekken, verdient het aanbeveling dat de patiënten die wel in het onderzoek worden opgenomen, een representatieve steekproef vormen uit de praktijk. De noodzaak hiertoe is gelegen in het feit dat alleen de steekproef op grond van toevalscijfers of op grond van een irrelevant kenmerk (elke derde patiënt bijv.) de onderzoeker garandeert dat hij onbevooroordeelde waarnemingen doet⁷⁾. Het in een studie betrekken van waarnemingen die zich "toevallig" aan de onderzoeker voordoen, leidt bijna onvermijdelijk tot een ongewenste selectie van onderzoekseenheden. Dit zal echter in de volgende paragrafen duidelijk worden.

De keuze van de onderzoekseenheden: de onvermijdelijke selectie als gevolg van de onderzoekssituatie.

Onderzoek vindt plaats in een concrete situatie, in de huisartsenpraktijk gewoonlijk tijdens de praktijkvoering. Hierin zijn drie elementen aanwezig die op de keuze van onderzoekseenheden inwerken: a. de arts, b. zijn optreden tijdens de praktijkvoering en c. de patiënt. Alle drie elementen kunnen leiden tot een onvermijdelijke selectie en beïnvloeding van de eenheden van onderzoek.

Een eerste risico dat men loopt is dat van het respondentenbederf. Wie zich enigszins in het onderzoek in de huisartsengeneeskunde inwerkt, zal het niet ontgaan dat bijzonder veel bekend is over het wel en wee van de inwoners van bijv. Nieuwkoop of Stolwijk, niet omdat de samenleving juist die lokale kennis behoefde, maar omdat in dergelijke gemeenten bekende promotoren van de huisartsengeneeskunde gevestigd zijn. Bijna onvermijdelijk zal dit op den duur leiden tot beïnvloeding van de onderzoekseenheden. Zoals ik vaker heb uiteengezet zijn mensen geen objecten die naar believen voor onderzoek ge- of verbruikt kunnen worden⁸⁾. Iemand die weet dat hij onderzocht wordt, verandert iets, meestal weinig, maar soms en op den duur veel. De patiënt aan wie veel is onderzocht, kan een getraind proefpersoon worden. Een enkele keer zal hij informatie leren verbergen; soms zal hij gaan lijden aan wat in het survey-onderzoek enquête-moeheid heet, en wat in het algemeen als onderzoeksmoeheid valt te benoemen⁹⁾.

Veel vaker treedt een gewenning op aan de onderzoekssituatie, die van de proefpersonen/patiënten bewuster en explicieter reagerende mensen maakt dan hun minder aan onderzoek blootgestelde landgenoten. Een grote gemeente heeft in het verleden jaren lang voor zijn stedelijk beleid gebruik gemaakt van een vaste 1%-steekproef uit het woningbezit. Ook voor wetenschappelijke doeleinden kon men hieruit adressen betrekken. Ik heb er ook eens gebruik van gemaakt en nog nooit zulke bevredigende interviews gehouden. Het betrof bijna zonder uitzondering welbespraakte, zorgvuldig formulerende, op tijd koffie serverende mensen, die naar mij uit een gesprek bleek zenuwachtig werden als er een maand lang niemand geweest was om een willekeurig maatschappelijk, zoal geen mondiaal probleem met ze te bespreken. Een respondent zei zelfs na mijn vage inleiding dat ik over enkele aspecten van zijn leven kwam

praten, dat het mij net als mijn voorganger wel om vervreemding zou gaan.

Een dergelijk respondentenbederf kan ook in de huisartsengeneeskunde optreden in de vorm van "patiëntenbederf". Zo men al niet de kans loopt opgebeld te worden door iemand die het niet uitgesloten zegt te achten dat bij vader gezien de symptomen sprake is van een cardiovasculair incident met een infauste prognose, dan zijn er toch twee meer waarschijnlijke gevolgen.

- De patiënten van bijv. A-dorp of Nieuwkoop gaan zich anders gedragen dan elders, door op sommige gebieden meer verrichtingen of informatie te vragen en misschien op andere minder.
- De artsen in dezelfde gemeenten - toch al geneigd reflectie over hun praktijkvoering te plegen - zullen deze praktijkvoering gaan aanpassen aan hun onderzoeksbevindingen.

Kortom, de atypische dokter onderzoekt de atypische patiënt. Nu geef ik meteen toe dat ik respondentenbederf overdreven aanzet, for the sake of argument. Toch dient men zich ten aanzien hiervan te beraden, onder meer omdat de resultaten rooskleuriger kunnen uitvallen dan wanneer zij in een "verse" praktijk tot stand waren gekomen. Een voorbeeld hiervan treft men aan in de bedrijfssociologie. Bedrijfssociologen kunnen vaak alleen onderzoek doen in bedrijven die positief staan ten opzichte van modern personeelbeleid. Deze bedrijven passen vervolgens de onderzoeksresultaten toe die vervolgens door verder onderzoek worden geëvalueerd en vervolgd. Het zal duidelijk zijn dat men heel gemakkelijk nog slechts verblijft in een mild bedrijfsklimaat, en dat voor normaal verslijt¹⁰⁾.

In het voorgaande behandelde ik het feit dat bij herhaald onderzoek een situatie kan ontstaan waarin de onderzoekseenheden en de onderzoekssituatie niet meer dezelfde zijn van eerder onderzoek. In de eigenlijke zin van het woord is hierbij geen sprake van een onvermijdelijke selectie, maar van een kwalitatieve verandering van de onderzoekseenheden, de onderzoeker en hun onderlinge relatie. Toch treedt in studies van huisartsen ook onvermijdelijke selectie op, vooral op

grond van de kenmerken van huisartsen. Deze selectie zal niet optreden wanneer men ten plattelande de enige huisarts is. Zodra echter meer huisartsen in één rayon werken, zullen er verschillen bestaan in de samenstelling van de praktijk op grond van de wijze van praktijkvoering. Ten eerste wordt dit veroorzaakt door "objectieve" kenmerken van de huisarts, bijv. leeftijd, vestigingsjaar of praktijkgrootte. Ten tweede zijn er de meer subjectieve kenmerken van zijn praktijkvoering: hoe staat de huisarts bekend? Verwijst hij snel en zo ja, welk type patiënten? Aan deze aan de persoon van de arts gekoppelde kenmerken is nog weinig aandacht besteed. Dat zij echter niet onderschat mogen worden blijkt uit een onderzoek van Dopheide en Van der Zee¹¹⁾. Niet alleen voert de ene arts meer verrichtingen uit dan de ander of verwijst hij meer, maar bovendien verwijst hij sommige patiënten minder gauw dan andere, vindt hij andere mensen probleempatiënt dan zijn collega en wordt hij door andere patiënten geïrriteerd. Al deze verschillen kunnen er toe leiden dat als twee huisartsen verschijnsel A bestuderen, de een minder patiënten met A in zijn praktijk heeft dan zijn collega en dat hij bovendien binnen zijn praktijk minder kans zal hebben verschijnsel A in zijn praktijkvoering op te merken, in het bijzonder als A geen somatisch, maar een psycho-sociaal verschijnsel is.

Kenmerken van de patiënten en van de praktijkvoering kunnen zoals blijkt de selectie en de aard van de onderzoekseenheden beïnvloeden. De voornaamste oorzaak hiervan vormt het feit dat in eerste aanleg in de huisartsengeneeskunde de onderzoeker deel uitmaakt van de onderzoekssituatie, niet als onderzoeker maar in de eerste plaats als arts. Twee konsekwenties hiervan zijn op dit punt van mijn betoog van groot belang.

- Het bezoek aan de arts vormt niet zoals het interview door de socioloog een ondergeschikt incident in het leven van de onderzochte. De patiënt heeft een continue, sociaal genormeerde relatie met de arts en bovendien komt hij niet voor een wetenschappelijk onderzoek maar voor hulp.
- De arts handelt vanuit zijn rol principieel anders dan een onder-

zoeker. De arts wacht als regel tot zijn hulp wordt ingeroepen. De onderzoeker zoekt op methodische wijze de te bestuderen verschijnselen op.

Onderzoek door huisartsen draagt om deze twee redenen alle kenmerken van loketonderzoek, d.w.z. A) alleen wat aan het loket gemeld wordt, raakt bekend en B) de loketbezoeker komt niet om iets te melden maar vraagt een tegenprestatie, of dit nu een verlenging van zijn rijbewijs is of een angstig tegemoet gezien medisch advies. Loketonderzoek heeft, alle voordelen ten spijt, een ernstig nadeel. Slechts als A) de zekerheid bestaat dat alles gemeld wordt en B) de dienstverlening niet onder het onderzoek lijdt, kan men ermee volstaan. Zo is loketonderzoek, het standaardtype in de geneeskunde, ruimschoots bevredigend als het gaat om mortaliteit, of morbiditeit wegens zeer ernstige acute aandoeningen. Voor die verschijnselen die juist in de huisartsengeneeskunde veel aandacht krijgen, zoals morbiditeit wegens minder ernstige of meer chronische aandoeningen en psycho-sociale stoornissen, is het loketonderzoek onvoldoende. Men kan dan ook terecht het loketonderzoek de Achilleshiel van de (huisartsen)geneeskunde noemen. Slechts het bevolkingsonderzoek, steekproefgewijze of niet, waarbij men achter zijn loket vandaan komt, kan veel vragen in de moderne gezondheidszorg beantwoorden. Terecht heeft het bevolkingsonderzoek ook in de huisartsengeneeskunde op ruime schaal ingang gevonden. Dit betekent niet dat loketonderzoek uit de boze is. Wel echter dient men zich wanneer men het beoefent, rekenschap te geven van de konsekventies die het voor de keuze van de onderzoekseenheden kan hebben.

Wanneer ik nog eens naar het artikel van Lamberts en de Vries terugkeer, dan speelt het probleem van de selectie aan het loket mogelijk een rol. Indien bijv. mensen met psycho-sociale stoornissen minder gemakkelijk vermageren, dan is het denkbaar dat hun pogingen zo wifelend van aard zijn dat zij niet eens de drempel van het spreekuur overschrijden, althans niet om over hun "molligheid" te spreken. In dat geval leidt de onvermijdelijke selectie van onderzoekseenheden ertoe dat de te toetsen vooronderstelling niet getoetst kan worden.

Lambert en de Vries noemen het probleem van de selectie op enkele plaatsen. Geheel afwezig is bezinning hierop bij Fuldauer in zijn verslag over een enquête onder gebruiksters van orale anticonceptiva¹²⁾. Aan alle gebruiksters van deze middelen in zijn praktijk gedurende zes jaar zond hij een vragenlijst. Hoewel ik geen redenen heb om aan te nemen dat zijn onderzoek ernstig negatief of positief beïnvloed is door selectie, is het opvallend dat hij weinig prudent is in dezen. Zo stelt hij ondermeer een relatie vast tussen het zelf opgegeven libido van de vrouwen voor het pilgebruik en de door de arts vastgestelde psychische toestand. Nu wordt in dit verband op twee manieren geen aandacht geschonken aan de selectie van onderzoekseenheden.

- In de onderzochte populatie ontbreken de vrouwen die de pil niet voorgeschreven hebben gekregen. Het is niet onmogelijk dat bij deze vrouwen zowel degenen met ernstige lichamelijke aandoeningen als degenen met psychische stoornissen zijn oververtegenwoordigd. In dat geval zouden juist bij deze vrouwen klachten over het libido kunnen voorkomen. Dat wil zeggen dat het door Fuldauer gevonden verband: "psychisch gezond → meer libido" sterker zou zijn als hij zijn hele praktijk in beschouwing had genomen, en niet alleen de vrouwen die "via het loket" orale anti-conceptiva hadden bekomen.
- De indeling van Fuldauer van zijn patiënten in psychisch stabielen, labielen en neurotici berust op een indeling zijnerzijds op grond van zijn contacten met de vrouwen voorafgaande aan het pilgebruik. De psychisch stabiele vrouwen waren zij die nooit gezien waren in verband met stress-situaties en die nooit psychofarmaca voorgeschreven kregen. Fuldauer zegt nu dat deze categorie "het leven van alle dag zonder moeilijkheden" aankan. De labiele vrouwen komen nogal eens in lichte moeilijkheden, omdat "stress-situaties te zwaar bleken". Prominal, valeriaan en soms psychofarmaca was hun lot. De derde categorie vormde de "neurotische en sterker psychisch gestoorde vrouwen". Fuldauer is met deze indeling tevreden¹³⁾. Kritiek is weliswaar mogelijk: "uiteraard komen grensgevallen voor". Echter: "Vrijwel alle vrouwen maakten evenwel jarenlang deel uit van de praktijk, hetgeen bovenstaande beoordeling toch een redelijke mate van betrouwbaarheid geeft". Onredelijk is Fuldauers betoog niet, maar hij

gaat ervan uit a) dat elke psychisch labiele vrouw zich aan zijn loket meldt en b) dat zijn onderscheid tussen labiliteit en neurose hout snijdt. Over dat laatste onderscheid wil ik het niet hebben: zijn indeling is niet uit de lucht gegrepen en is verder net zo veel of net zo weinig waard als die van Lamberts en de Vries in mollig en in manifeste adipositas. Principieel belangrijker is Fuldauers uitspraak dat vrouwen die zich nooit bij hem gemeld hebben, psychisch stabiel zouden zijn. Hierbij wordt het loket van de huisarts middelpunt van de wereld. De arts trekt zich hierbij als Baron van Münchhausen aan, de "wijsheid" van zijn jarenlange ervaring uit het moeras van de menselijke oordeelsvorming. Vanuit het loket valt echter niet de gehele wereld te beschouwen. Het gaat dan ook niet om "grensgevallen"; fundamenteler is dat de ervaring van de arts de "state of nature" ten aanzien van menselijke problemen slechts ten dele beslaat. Sommige "echt" labiele vrouwen ziet hij niet, omdat ze andere hulpverleners kiezen of omdat ze niet aan hulpverlening toekomen; sommige labiele vrouwen volgens de arts zijn dat niet, bijv. omdat hij de ernst van de stress-situaties verwacht met een veronderstelde "labiliteit". Men zou zelfs kunnen zeggen dat de arts zijn uitkomsten zou kunnen gebruiken om zijn kennis te vermeerderen. Van zogenaamde stabiele vrouwen met ernstige libidoklachten zou hij kunnen nagaan of ze wel zo stabiel zijn; van zogenaamde labiele vrouwen zonder enige libidoklacht valt te verwachten dat ze misschien ten onrechte als labiel zijn geëtiketteerd.

Het voorbeeld van Fuldauer heb ik niet uitgewerkt, omdat hij zichzelf onherstelbaar tekort zou hebben gedaan. Integendeel bij verbetering van het onderzoek zou de al gevonden relatie hooguit sterker worden. Het betreft echter een nogal onschuldig voorbeeld van een onderzoek waarin de onvermijdelijke selectie van onderzoekseenheden de onderzoeker kennelijk geheel ontgaat. Nu is deze onvermijdelijke selectie geen onoverkomelijk bezwaar. Het is echter noodzakelijk de ontstane selectie in elk onderzoek aan een beschouwing te onderwerpen, indien men niet, hetzij in de val van onbedoelde resultaten wil lopen, hetzij de huisarts "aan zijn loket" wil overschatten, of beide.

De selectie van onderzoekseenheden: de heterogene onderzoekseenheden.

De meeste voorbeelden uit het voorgaande zijn niet alleen bedoeld als een staalkaart van de mogelijke schoonheidsfoutjes die in een onderzoek gemaakt kunnen worden. Kern van de zaak is dat in elk van de voorbeelden de uitkomsten van het onderzoek aan waarde kunnen inboeten, doordat met de geselecteerde onderzoekseenheden de al of niet impliciete hypothese òf ten onrechte verworpen òf ten onrechte aanvaard zou kunnen worden. In dat geval is de uitkomst gecontamineerd, niet omdat men zijn variabelen niet goed zou meten of gekozen zou hebben, maar omdat de onderzoekseenheden niet op grond van de geëxpliciteerde probleemstelling zijn gekozen. De contaminatie kan methodisch gesproken twee oorzaken hebben.

- de onderzoekseenheden zijn te heterogeen van samenstelling ten opzichte van de probleemstelling;
- de onderzoekseenheden zijn te homogeen van samenstelling ten opzichte van de probleemstelling.

Voorbeelden van een te grote heterogeniteit heb ik ten dele bij de behandeling van Lamberts en de Vries reeds gegeven. Abstract geformuleerd gaat het om de volgende situaties.

- Er is een te grote heterogeniteit binnen één variabele die voor de probleemstelling niet ter zake doet, maar wel een grote invloed heeft.

Voorbeeld: 1. Indien men de productiviteit van vissersschepen bestudeert, kan men niet zonder meer alle schepen als één universum beschouwen, omdat zij grote verschillen in motorvermogen bezitten¹⁴⁾. Het zal niemand verbazen dat motorvermogen en soortgelijke technologische variabelen meer invloed op de productiviteit hebben, dan enig andere. Luidt de probleemstelling of ook de werkverhoudingen aan boord de productiviteit beïnvloeden, dan moet de onderzoekspopulatie homogeen zijn naar motorvermogen.

2. In zijn onderzoek naar riskante gewoonten vindt Gadourrek dat de variabele die het best de rokers van de niet-rokers scheidt, het geslacht is: vrouwen roken minder dan mannen¹⁵⁾. Het is gezien de sterkte en de

platvloersheid van dit verband onbegrijpelijk dat hij zijn onderzoek verder niet voor mannen en vrouwen afzonderlijk verricht. In het algemeen doet zich bij sociaal - wetenschappelijk en - geneeskundig onderzoek het probleem voor dat de invloed van variabelen als beroep, geslacht en leeftijd nauwelijks valt te overschatten. Dat wil zeggen dat onderzoekspopulaties in dit opzicht homogeen moeten zijn. Men kan dit bereiken op twee manieren.

- a. Men zorgt als men bijv. mensen met veel gewichtsverlies vergelijkt met mensen met weinig, dat in beide groepen de leeftijdscategorieën, de geslachten enz. gelijkelijk zijn vertegenwoordigd.
- b. Men doet zijn onderzoek afzonderlijk bij mannen en vrouwen, bij jongeren en ouderen, zodat er sprake is van verscheidene onderzoekspopulaties.

- Er is een te grote heterogeniteit ten opzichte van de probleemstelling omdat de onderzochte variabelen in de empirie op een voor de uitkomsten hinderlijke wijze samenhangen.

Voorbeeld: 1. In het onderzoek van Lamberts en de Vries is, zoals reeds aangetoond, sprake van het toetsen van tenminste twee strijdige hypothesen. Als oudere mensen moeilijk afvallen en mensen met een ernstige aandoening makkelijk, dan kan men deze problemen niet binnen dezelfde populatie oplossen. De hypothesen zijn nl. logisch zeker consistent, maar "empirisch strijdig", omdat ouderen vaker ernstige aandoeningen bezitten dan jongeren. Eerst door of de leeftijd of de mate van aandoeningen homogeen te maken in de onderzoekspopulatie, kunnen de vooronderstellingen worden bevestigd of niet.

2. In onderzoek naar ziekteverzuim in bedrijven blijkt dat mensen zich sneller ziek melden als hun werk a. onvoorspelbaarder is, en b. als het ongeschoolder

is¹⁶⁾. Deze verbanden vragen echter toetsing onder homogene omstandigheden, omdat geschoolde arbeiders vaak onvoorspelbaarder werk doen dan ongeschoolde. Dat wil zeggen: in de empirie kunnen deze twee variabelen elkaars werking opheffen.

- Er is een te grote heterogeniteit, omdat de probleemstelling slechts betrekking heeft op een deel van de onderzoekspopulatie.

- Voorbeeld: 1. Men zal zich herinneren dat mogelijk sommige van de vooronderstellingen van Lamberts en de Vries wel opgaan voor de "mollige" pilgebruikster maar niet voor de vrouw met een somatische aandoening. De vooronderstelling wordt dan niet op de juiste populatie getoetst, maar op een te grote als men alle onderzochte vrouwen tegelijk beziet.
2. In onderzoek naar de relatie tussen werkverhoudingen en ziekteverzuim heb ik jarenlang deze fout gemaakt. De vooronderstelling dat een geringe arbeidsvoldoening tot meer ziekteverzuim leidt, blijkt nl. alleen een zinvolle hypothese te zijn indien ik hem alleen van toepassing verklaar op mensen die een minimale mate van betrokkenheid met hun werk bezitten. Getoetst op alle werknemers wordt hij ten onrechte verworpen, omdat mijn onderzoekspopulatie dan te groot is¹⁷⁾.

De geschetste onderzoekssituaties die tot fouten in de selectie van onderzoekseenheden aanleiding geven, kunnen verhelderd worden door het begrip "universe of discourse" in te voeren. Uitspraken over de werkelijkheid krijgen pas zin als er bij vermeld wordt op welk deel van de werkelijkheid zij betrekking hebben. Anders gezegd: over welk universum gaat de discussie, of op welk domein van de werkelijkheid is de vooronderstelling van toepassing. In de dagelijkse praktijk, ook van de wetenschapsbeoefening, zegt men gemakkelijk: oudere mensen vallen moeilijk af of mensen met een geringe werkvoldoening melden zich vaker ziek. Men vergeet dan dat deze uitspraken zo gesteld,

quasi-komisch van aard zijn. Zij moeten luiden: onder welke omstandigheden vallen oudere mensen gemakkelijk af. Deze vraag naar de omstandigheden waaronder kan alleen beantwoord worden door zich te bezinnen op de selectie van onderzoekseenheden.

De selectie van onderzoekseenheden: te homogene onderzoekspopulaties.

Na het voorgaande doet het mogelijk paradoxaal aan dat een populatie ook te homogeen kan zijn. Het volgende voorbeeld kan dit echter verduidelijken.

Een van de standaardwerken over methodologie is het gelijknamige werk van A.D. de Groot¹⁸⁾. Hoewel zijn boek in veel opzichten voortreffelijk is, voert hij als voorbeeld van onderzoek - zoals - het - hoort een zeer zorgvuldige studie van Barendregt op die echter in het kader van dit betoog een aanzienlijke mate van dubbelzinnigheid bevat¹⁹⁾. Barendregt was geïnteresseerd in de specificiteit van psycho-somatische aandoeningen; in het bijzonder wilde hij weten of astmalijders vaker een vijandige agressiviteit vertoonden dan bijv. ulcuslijders bij wie de agressiviteit niet zozeer vijandig als competitief van aard zou zijn. Zijn onderzoek vond plaats in een grote gemeentelijke kliniek in Amsterdam en werd in de keuze van de variabelen en de operationalisering daarvan zorgvuldig uitgevoerd.

- Er werden twee groepen van twintig patiënten samengesteld - één van astma - en één van ulcuslijders - die gelijk samengesteld waren naar leeftijd, beroep en intelligentie.
- Of er van astma sprake was berustte op een uitgebreide objectieve medische diagnostiek.
- Hostiliteit werd volgens een bestaande index van antwoorden op de Rohrschach-test vastgesteld.

De uitkomsten bevestigden de hypothesen: astmalijders bezitten meer gevoelens van hostiliteit dan ulcuslijders. Toch is het resultaat onbevredigend, omdat niet voldoende kennis bestaat omtrent een ongewenste selectie van de respondenten. Hoewel De Groot het probleem wel bespreekt onderschat hij toch in feite de bijzondere onderzoekssituatie. Het onderzoek van Barendregt is loketonderzoek: wie bij de spe-

cialistische kliniek gemeld is, wordt onderzocht. Een mogelijkheid is nu dat het betreffende loket in Amsterdam een overmaat aan gevallen krijgt, waarin de verwijzende instantie er al vanuit gaat dat de astma psychosomatisch van aard is en niet allergisch. Een tweede fundamenteeler probleem vormt de mogelijkheid dat in de samenleving al op jeugdige leeftijd astma en vijandigheid aan elkaar gekoppeld worden, zodat de patiënt in een sociaal-psychologische rol terecht komt, waarin zijn vermeende karaktereigenschappen steeds bevestigd worden. Wie als lastig wordt gezien, wordt meestal ook een lastig mens²⁰).

Wanneer een van de twee mogelijkheden juist zou zijn, bewijst de uitkomst van Barendregt weinig over het "echt" samengaan van astma en hostiliteit. Hoe perfect zijn onderzoek ook moge zijn, hij wordt dan het slachtoffer van een te grote homogeniteit van zijn onderzoekspopulatie of omdat aan zijn loket slechts mensen verschijnen die de twee kenmerken al combineren of omdat de maatschappelijke oordeelsvorming deze twee eigenschappen bij veel mensen in combinatie doet ontstaan. Met andere woorden: het resultaat is gecontamineerd; men vindt iets, wat niet te weerleggen was, niet omdat het slecht onderzoek betreft, maar omdat de onderzoekssituatie niets anders toeliet. De keuze van de onderzoekseenheden kan niet meer onbevooroordeeld plaatsvinden, omdat men in de maatschappelijke praktijk al voorafgaande aan het onderzoek handelt alsof het verband bestaat.

In het geval van astma-onderzoek leidt dit tot een misschien onge-rechtvaardigde verifiëring van een verondersteld verband. De onderzoekspopulatie is namelijk zo homogeen, dat een patiënt die astma niet samen met hostiliteit vertoont een te kleine kans heeft in de onderzoekspopulatie te komen. Een omgekeerde situatie komt ook voor. In het verleden heeft men wel gepoogd via keurig opgezet onderzoek aan te tonen, dat sommige soorten van fysiek belastend werk, bijv. met een sterke hittebelasting of met ploegendienst, ziekteverzuim zouden veroorzaken²¹). Dergelijke studies lopen vaak falikant verkeerd af. Meestal blijken aan hitte bloot gestelde arbeiders of ploegendienstwerkers minder te verzuimen dan hun minder belaste collega's. De oorzaak hiervoor ligt niet in een op hol geslagen causaliteit, maar in

een selectie vooraf. Bij zwaar belaste werknemers komen weinig mensen voor met ernstige aandoeningen en/of veel lichamelijke klachten. Indien deze wel optreden wordt men of overgeplaatst of men gaat uit zichzelf weg. Ook in dit geval is de selectie van de onderzoekseenheden besmet door een te grote homogeniteit. Binnen de belaste onderzoekscategorie komt te weinig een minder goede gezondheid voor. Wederom is het een maatschappelijk proces dat de schema's van de wetenschap doorkruist. De samenleving selecteert reeds via de gezondheidszorg werknemers door middel van veronderstellingen, die de wetenschap nog eens, zij het daardoor vruchteloos, wil bewijzen.

Het risico van de te grote homogeniteit is een van de zwaarste en tegelijk een van de meest onherkende die men in de wetenschap loopt. Vooral in loketonderzoek, waarbij men afhankelijk is van een vanuit de samenleving ontstaan aanbod van gevallen, dient men erop verdacht te zijn. Als de onzekerheid daaromtrent niet is weg te nemen, zit er weinig anders op dan actief zelf de gevallen op te sporen met behulp van een bevolkingsonderzoek, door bijv. alle gevallen van "overgewicht" vast te stellen, of alle gevallen van "astma" na te gaan.

De selectie van variabelen: betrouwbaarheid en objectiviteit.

Ter invulling van de datamatrix kiest men niet alleen onderzoekseenheden, maar ook variabelen. In het onderzoek van Lamberts en De Vries heb ik reeds laten zien dat ook dit problematisch is. Ten eerste zijn er variabelen gebruikt, bijv. het vòòrkomen van psycho-sociale problematiek, waarvan men de betrouwbaarheid kan betwijfelen: zou deze problematiek, anders en elders gemeten, bij dezelfde vrouwen als aan- of afwezig worden gescoord. Ten tweede gebruiken de auteurs variabelen, waarvan het onduidelijk is waarom ze gekozen zijn, d.w.z. de geldigheid van de keuze staat ter discussie. Zo is het o.a. de vraag, in hoeverre beroep een goede indicator is van intelligentie. Naar mijn mening zijn de vragen naar betrouwbaarheid en geldigheid de enige die in een methodologische discussie ter zake doen. Uiteraard bestaan er meer vragen: de praktische "haalbaarheid" van een variabele speelt een rol in het selectieproces; evenzo de ethische of morele wenselijkheid

van de keuze. Welke variabele men ook kiest, voor elke variabele moet men kunnen vaststellen: a. meet ik hem betrouwbaar of zo men wil "objectief", en b. waarom heb ik hem gekozen in het licht van mijn probleemstelling.

In de huisartsengeneeskunde klemmen deze vragen des te meer, omdat men, indien het onderzoek het karakter heeft van een loketonderzoek, beperkt is in de selectie van variabelen. In dat geval is men aangewezen op wat men te weten kan komen uit eigen registratie (de patiëntenkaart o.a.) en tijdens de hulpverlening in het kader van het contact tussen arts en patiënt. Het behoeft geen betoog dat men in het bijzonder langs deze weg niet gemakkelijk kennis verkrijgt over allerlei sociale en psychische kenmerken van de patiënten. Dit noopt de onderzoeker-huisarts in de verantwoording van zijn variabelen zo zorgvuldig en economisch mogelijk te werk te gaan. Met economisch bedoel ik in dit bestek dat de onderzoeker de betrouwbaarheid en geldigheid van zijn variabelen tracht te maximaliseren.

Wanneer kan nu van betrouwbaarheid worden gesproken? Het zal duidelijk zijn dat in het aangehaalde voorbeeld van Fuldauer, men er niet mee kan volstaan te vermelden dat de scoring wel goed zal zijn, omdat de beoordeelde vrouwen al jaren deel uitmaken van de praktijk. In dit voorbeeld beroept Fuldauer zich op een kennisbron die in hem zelf ligt: omdat hij het zegt is het zo en niet anders. Dat wil zeggen: de auteur verwijst nauwelijks naar de intrinsieke eigenschappen van een als wetenschappelijk bedoelde waarneming. Hij stelt in laatste instantie de waarneming niet als probleem, omdat hij zich terugtrekt op wat in de logica een argumentum ad verecundiam heet: wat beweerd wordt is weliswaar niet te bewijzen, maar de autoriteit van de spreker geeft voldoende garantie voor de waarheid van het gestelde ²²⁾. Nu had Fuldauer niet zoveel keuze omdat van zijn waarneming, gezien de registratie ervan aan het loket, uiteraard de betrouwbaarheid moeilijk vastgesteld kon worden. Het is echter verkieslijker in een wetenschappelijke verhandeling de beperktheid van een waarneming te benadrukken dan zich te beroepen op een kennisbron uit het ongereflecteerde dagelijkse leven, nl. "jarenlange ervaring".

De betrouwbaarheid van een waarneming is alleen te beargumenteren, indien men zich beroept op de kenmerken van de waarneming en de context waarin deze plaats vindt. Een waarneming gebeurt door onderzoeker O, op tijdstip t met instrument i aan onderzoekobject o in onderzoekssituatie s. Analytisch bezien kan men op grond van deze omschrijving vijf vragen stellen voor de betrouwbaarheid van de waarneming.

Zou de waarneming anders uitvallen als:

1. een andere onderzoeker hem had gedaan,
d.w.z. is de waarneming intersubjectief?
2. hij op een ander tijdstip was gedaan,
d.w.z. is de waarneming stabiel of herhaalbaar?
3. hij met een ander instrument was gedaan,
d.w.z. is de waarneming consistent?
4. hij aan een vergelijkbaar onderzoekobject was gedaan,
d.w.z. is de waarneming representatief?
5. hij in een andere onderzoekssituatie was gedaan,
d.w.z. is de waarneming insensitief voor de situatie?

Wanneer ik een eenvoudige waarneming doe: hoe oud is A, dan leveren bovengenoemde vragen als regel geen problemen op.

1. Er is sprake van intersubjectiviteit. Huisarts, politieagent, markt- onderzoeker zullen hetzelfde antwoord krijgen.
 2. Stabiliteit is ook aanwezig. Of ik nu naar de leeftijd vraag of een halfjaar later maakt geen verschil als ik rekening houd met de verstreken tijd.
 3. Ook consistentie is geen probleem. Ik kan het A vragen, zijn kinderen of naar het bevolkingsregister gaan. Voor het antwoord maakt het niets uit.
 4. De categorie representativiteit doet echter niet ter zake, als ik alleen de leeftijd van A wil weten. Is A echter in mijn onderzoek een vertegenwoordiger van een categorie A's, dan is het als het om leeftijd gaat, geen probleem meer een vervanger voor A te vinden.
 5. Ook van insensitiviteit voor de situatie is sprake. Ik kan het A in de spreekkamer vragen, of in zijn huiskamer of op een druk perron.
- Het zal duidelijk zijn, dat toepassing van de vijf criteria voor betrouwbaarheid, voor bijna elke andere waarneming dan een bepaling van

de kalenderleeftijd, minder gemakkelijk gaat. Aan de hand van het voorbeeld uit Fuldauer wil ik nog enkele problemen nader toelichten. Intersubjectiviteit: Fuldauer deelt de vrouwen in zijn onderzoekspopulatie met behulp van zijn kaartsysteem in stabiele, labiele en neurotische vrouwen in. Van intersubjectiviteit is hierbij geen sprake. De kans om zijn waarnemingen betrouwbaarder te maken door een ander ook zijn kaarten te laten doornemen, heeft hij niet benut.

Stabiliteit: De kaarten van Fuldauer bevatten informatie over tenminste zes jaar. Zijn waarneming is niet tijdsgebonden. Impliciet gaat hij er van uit dat stabiliteit of labiliteit een blijvend kenmerk is van de onderzochte vrouwen. Een mogelijkheid om betrouwbaarheid in dezen vast te stellen is de tijdsperiode van zes jaar in bijv. twee van drie jaar te splitsen, en voor deze twee perioden afzonderlijk de psychische toestand te scoren.

Consistentie: In feite gebruikt de onderzoeker slechts één instrument. Een instrument is in deze betekenis een hulpmiddel dat tussen de directe zintuigelijke gewaarwording en het onderzochte object wordt geplaatst om de waarneming te structureren en te registreren. Het instrument bestaat in dit geval uit de patiëntenkaarten plus de van tevoren vastgestelde criteria, die Fuldauer toepast bij het doornemen van de kaarten. Op zichzelf is dit een goed instrument, maar het is er slechts één. Een ander zou kunnen zijn: een vragenlijst over neuroticisme en/of neurotische somatisering, zoals die in de gedragswetenschappen vaak gebruikt worden. Zo'n questionnaire zou makkelijk bij de vragenlijst over de pil gevoegd kunnen worden en na verwerking de auteur hebben kunnen inlichten over de consistentie van zijn waarnemingen.

Representativiteit. Hierbij gaat het om de vraag of Fuldauer bij vergelijkbare vrouwen dezelfde waarnemingen zou hebben gedaan. Nu kan men hiervan gemakkelijk zeggen dat vergelijkbaarheid een onzinnige term is, omdat de onderzoeker een volledige populatie bestudeert. De vraag wordt echter dan of de keuze van de populatie geen gevolgen heeft voor de uitkomsten van de meting. Hierbij ben ik weer terug bij de selectie van de onderzoekseenheden die hiervoor ruimschoots is behandeld. Daarbij is reeds aangestipt dat het feit dat de psychische gezondheid alleen bij de pilgebruikster is vastgesteld, invloed kan hebben op het

gevonden percentage labiele of neurotische vrouwen.

Situatie-insensitiviteit: Alvorens hierover uit te weiden geef ik toe dat situatie-insensitiviteit een lelijke term is. Het merkwaardige verschijnsel doet zich voor dat dit criterium voor betrouwbaarheid zo weinig behandeld wordt, dat er geen woord voor bestaat. Bij Fuldauer speelt het echter wel een grote rol. De patiëntenkaart is een instrument dat registreert wat in de arts-patiënt-relatie is voorgevallen. Hierdoor bevat deze slechts informatie zoals die "aan het loket" is verzameld. Het loket -hier de spreek-, huis- of slaapkamer- is zoals uitvoerig betoogd, niet altijd de beste onderzoekssituatie. Niet elke labiele vrouw komt er; sommige stabiele vrouwen zullen er ten onrechte voor labiel gehouden worden enz. Waarneming in andere situaties had zeker tot andere, zij het ongetwijfeld elkaar overlappende, uitkomsten geleid. Een mogelijke verbetering was de reeds genoemde afname van een neuroticisme-vragenlijst geweest, die in andere onderzoekssituaties zou hebben plaatsgevonden.

De conclusie moet luiden: het oordeel van de onderzoeker over de psychische gezondheid voldoet aan geen enkel betrouwbaarheids criterium, het is niet intersubjectief, niet consistent, niet representatief, en niet situatie-insensitief, en vooronderstelt bovendien stabiliteit. Nu wil ik vooropstellen dat ik op voorhand niet ongenegen ben om op Fuldauers "jarenlange ervaring" te vertrouwen. Zijn waarneming is ongetwijfeld niet slecht, maar vooral vòdr-wetenschappelijk. Of dit aanvaardbaar is, hangt af van de mogelijkheden die bestaan om het wetenschappelijke gehalte van de waarneming te verbeteren. Deze zijn in zijn geval aanwezig en waren gemakkelijk toepasbaar geweest. Een tweede waarnemer is altijd aan te bevelen; een neuroticisme-lijst had zonder bezwaar afgenomen kunnen worden; splitsing van de gegevens in twee perioden van drie jaar kost nauwelijks meer tijd.

Na de uitwerking van dit voorbeeld wil ik nog een aantal algemene opmerkingen maken. Allereerst zal het opgevallen zijn dat toepassing van de vijf criteria een analytisch apparaat vormt, dat bedoelt het denken over te verrichten observaties te expliciteren en te preciseren. Uiteraard zijn ze in werkelijkheid nauwer met elkaar verbonden dan hier uitkomt. Zo varieert met de toevoeging van een tweede waarnemer vaak ook

het tijdstip; hantering van een ander instrument kan de onderzoeks-situatie grondig wijzigen. Het gaat er dan ook niet om of een waarneming netjes en afzonderlijk aan de vijf criteria voldoet. Veeleer is van belang of de waarneming aan een aantal van de gestelde eisen in onderling verband tegemoet komt.

Een tweede belangrijker punt vormt het feit dat de mate waarin een waarneming aan de vijf criteria voldoet niet alleen afhangt van het methodisch vernuft van de onderzoeker, maar ook van de kenmerken van het onderzochte object. Het duidelijkst is dit bij de stabiliteit en de insensitiviteit van een waarneming. In het bijzonder als het gaat om menselijke gedragingen of belevingen is het vaak onzinnig te veronderstellen dat zij stabiel zouden zijn of ongevoelig voor de situatie. Een staatsgreep kan maar eens in de honderd jaar plaatsvinden. Mijn gevoelens tegenover anderen kunnen zeer veranderlijk zijn; mijn houding ten opzichte van de huisarts kan sterk afhangen van hoe vaak en waar ik hem ontmoet, d.w.z. wat voor de huisarts zelf een onderzoekssituatie kan zijn, kan een te onderzoeken object met zijn subjectieve gevoelens sterk beïnvloeden. Ook al handhaaft men als regel dat de genoemde vijf criteria toegepast moeten worden, dan nog hangt het van de "empirie" af in hoeverre eraan wordt tegemoet gekomen. Dit inzicht kan ons voor één misverstand behoeden, nl. dat we ons alleen bezighouden met wat zgn. "objectief" gemeten kan worden. In de gedragswetenschappen werkt men vaak met min of meer "zachte" maten. Dat ligt niet aan die wetenschappen zelf, maar aan hun object, dat vaak meer subject dan object is. Bij gevoelens, waarden, gedragingen enz. gaat het daarom om de empirische vraag in welke mate ze stabiel of consistent zijn. Hierbij moet men enerzijds zich hoeden alleen met "echt harde" feiten te willen werken, en anderzijds vermijden het zgn. subjectieve alleen maar subjectief te willen behandelen.

Deze differentiatie in betrouwbaarheid die de weerbarstige (menselijke) werkelijkheid aan de onderzoeker opdringt, voert tegelijk tot een derde probleem. Wat zijn dan de minimale voorwaarden om van betrouwbaarheid te spreken? Het zal duidelijk zijn dat de eisen van stabiliteit en insensitiviteit niet altijd als voorwaarde gesteld kunnen worden.

Ook is reeds naar voren gekomen dat representativiteit lang niet altijd terzake doet. Hierna resteren intersubjectiviteit en consistentie. Naar mijn mening zijn deze twee in combinatie noodzakelijk om van betrouwbaarheid te mogen spreken. Een waarneming is betrouwbaar als hij a) intersubjectief is; en b) tegelijk een zekere mate van consistentie bevat. Indien men er mee instemt dat een resultaat "objectief" is als men zoveel mogelijk subjectieve elementen heeft uitgebannen, en tevens accepteert dat in de wetenschap de bewijsvoering daarvoor ligt in het proces van de waarneming zelf en niet in de evidentie van de dagelijkse ervaring, dan is het duidelijk dat slechts een overeenstemming tussen onderzoekers met betrekking tot concrete waarnemingen de laatste toetssteen voor het vermijden van subjectiviteit kan zijn. Daar bovendien in de wetenschap een waarneming via een instrument zal gaan en niet op grond van de directe gewaarwording wordt geregistreerd, houdt dit tegelijk in dat subjectiviteit verder uitgebannen wordt als men gebruik maakt van de mogelijkheid meer dan één instrument te bedenken. Daardoor stelt men zichzelf als onderzoeker het sterkst op proef. Betrouwbaarheid vraagt uiteindelijk voor alle waarnemingen, ook al dient men ze op stabiliteit, representativiteit en insensitiviteit te onderzoeken, dat andere waarnemers ze ook zo kunnen doen, en dat via de check van een ander instrument, d.w.z. via een nieuwe structurering van zintuigelijke gewaarwording, een zekere mate van consistentie kan worden vastgesteld. Indien men aan deze minimale voorwaarden voor betrouwbaarheid vasthoudt, loopt men de grootste kans het ideaal van objectiviteit te benaderen.

De selectie van variabelen: geldigheid.

Indien een variabele betrouwbaar gemeten kan worden is daarmee zijn selectie slechts gedeeltelijk gerechtvaardigd. Betrouwbaarheid is een noodzakelijke voorwaarde, maar geen voldoende. Een variabele moet ook gekozen worden op grond van de probleemstelling. Men moet de keuze ook kunnen rechtvaardigen door het waarom ervan te beargumenteren. In het voorgaande bleek dat ik kalenderleeftijd heel goed betrouwbaar kan meten: daarmee is nog niet gezegd waarom ik die wil weten. In veel geneeskundig onderzoek neemt men leeftijd als varia-

bele op, omdat kalenderleeftijd verwijst naar "lichamelijke veroudering". Een psycholoog kan er in geïnteresseerd zijn omdat leeftijd staat voor veronderstelde vermindering van psychische functies als bijv. concentratievermogen. Voor andere sociaal-wetenschappelijke onderzoekers betekent leeftijd levensfase. In uitgesproken sociologisch onderzoek kan leeftijd een indicator zijn voor generatie: een categorie mensen die op dezelfde leeftijd dezelfde ervaringen opdoen. Leeftijd verwijst als elke andere empirische variabele altijd naar een theoretisch begrip, hoe impliciet het bijbehorend theoretisch kader ook gehouden wordt. De keuze van een variabele dient daarom afhankelijk te zijn van geldigheidsoverwegingen. Geldigheid geeft aan of een variabele meet wat hij moet meten. Met andere woorden: geldigheid betreft de relatie tussen een waar te nemen variabele en het begrip dat de variabele moet indiceren. Men mag redelijkerwijze verlangen dat een onderzoeker die leeftijd opneemt in zijn studie, geïnteresseerd is in lichamelijke veroudering, psychisch functieverlies, levensfasen en/of generatieverschijnselen. Wanneer dit niet het geval is kan hij geen andere argumenten geven voor zijn keuze, dan dat elke onderzoeker het toch doet en dat het een gemakkelijk te verkrijgen gegeven is. Het meest frustrerende voor de lezer in dat geval is, dat hij zich niet kan oriënteren waar de studie eigenlijk over gaat. Hij kan geen probleemstelling vinden, geen theorie en elk spoor van vooronderstellingen ontbreekt. In feite leveren onderzoeksverslagen van dit type slechts gemengd nieuws op.

Een voorbeeld van een dergelijk verslag is dat van Aulbers en De Waard ²³⁾ over "praktijkanalytische gegevens uit het intermitterend morbiditeitsonderzoek". Het artikel loopt van tabel naar tabel en sluit af met deze samenvatting:

"In an morbidity survey carried out by 54 general practitioners during 1967 a number of data has been collected on work load according to age and sex of the population, on consultations and home visits, irregular calls, referrals and therapeutic categories. The results are presented in ten tables".

In deze samenvatting wordt geen enkele uitspraak gedaan over de onderzochte werkelijkheid. Nieuws voor de frontpagina is er niet. Wie er behoefte aan heeft kan het artikel nalezen op gemengd nieuws. Misschien vindt hij dan toch iets van zijn gading, bijv. dat donderdag in de stad relatief een drukkere dag is voor de arts dan andere dagen. Kort gezegd, het artikel gaat over niets dat waarde heeft in een lopend betoog: slechts aan diffuse, betrekkelijk willekeurige observaties worden ad hoc korte beschouwingen toegevoegd. Aan de betrouwbaarheid van het onderzoek zal weinig mankeren, gezien de "hardheid" van de variabelen; de geldigheid van het onderzochte ten opzichte van een theoretisch kader is geheel afwezig.

Een bekend boek over onderzoeksmethodiek draagt als titel Observeren en redeneren ²⁴⁾. Dit geschrift - dat veel beter is dan zijn titel doet vermoeden - werd al gauw door de studenten die het gebruikten, omgedoopt in Loeren en oudehoeren. Een onderzoek als van Aulbers en De Waard zou men ten dele op deze oneerbiedige wijze kunnen betitelen. Men observeert, loert eens wat, en redeneert, zo niet oudehoert, daar wat over. Men creëert op die manier een wetenschap, die blijft steken in betrouwbaarheid en schijnexactheid. Wetenschap moet men niet statisch opvatten door enerzijds "objectief" de werkelijkheid te observeren en anderzijds daarover te redeneren. De wetenschap wordt dynamisch als via de invoering van de idee van een theorie die waarneming ingeleid wordt in een betoog. Heel kort geformuleerd vindt men deze visie terug in de titel van een boek van de Engelse filosoof Popper Conjectures and refutations ²⁵⁾. Hij beschrijft het wetenschappelijk bedrijf als een proces van gissen en missen. Men begint met vooronderstellingen: men gist; uit de daaruit voortvloeiende noodzakelijke waarnemingen blijkt of men gemist heeft of niet.

Dit procesmatige verloop van een onderzoek en dus van het onderzoeksverslag mist men nogal eens in de wetenschappelijke literatuur. Hierbij kan men niet als verdediging aanvoeren dat bij een explorerend of descriptief onderzoek geen "gissingen" nodig zijn omdat men "alleen maar" wil kijken hoe het in de werkelijkheid toegaat. Men vergeet dan dat de wijze waarop de werkelijkheid wordt gezien, en wat men er aan gaat bezien, altijd door vooronderstellingen wordt bepaald. Aulbers en De

Waard hebben hun variabelen niet alleen maar gekozen, omdat ze toch voorradig waren of omdat ze een willekeurige steekproef uit het universum van alle mogelijke variabelen vormden. Ze hebben ze gekozen omdat zij of anderen voor hen dachten, dat juist die variabelen er wat toe zouden doen. Zonder explicitering van waarom die variabelen er wat toe zouden doen, kan men slecht overgaan van het loeren en oudehoeren naar het gissen en missen. Het artikel van Aulbers en De Waard betreft daarmee nog geen slecht onderzoek. Zoals gezegd is betrouwbaarheid een noodzakelijke voorwaarde om de keuze van variabelen te bepalen. Zolang daaraan voldaan is, blijft het tot op zekere hoogte mogelijk om door getoetste vooronderstellingen het gemengd nieuws te doen veranderen in een lopend betoog. Hun materiaal kan ongetwijfeld fungeren als één bouwsteen voor de ontwikkeling van een organisatiekundige theorie omtrent de praktijkvoering door huisartsen.

Huisartsengeneeskunde: een kijkje aan het front.

Veel van wat besproken is, kan zonder bezwaar ook in andere wetenschappen dan de huisartsengeneeskunde worden aangetroffen. Toch zijn een aantal problemen specifiek voor de huisarts die onderzoek doet. Het grote voordeel van de huisartsengeneeskunde is dat een natuurlijke onderzoekssituatie wordt aangewend. De huisarts vormt met enkele andere professionals, zoals de predikant, de advocaat, de rechter of de maatschappelijk werkster een categorie wetenschappelijk gevormden die een groot aantal mensen van verschillende herkomst dagelijks ziet. Deze voortdurende confrontatie met het dagelijks leven is altijd een uitdaging geweest voor wetenschappelijke bezinning. Zowel voor de ontwikkeling van de sociale geneeskunde als voor de sociale wetenschappen in het algemeen hebben artsen in de eerstelijns-gezondheidszorg veel betekend. Ik hoef hier slechts Coronel te noemen. De kracht van de huisartsengeneeskunde is daarom de benutting van de informatie afkomstig uit de arts-patiënt-relatie. Dit voordeel van de natuurlijke onderzoekssituatie heeft tegelijk twee nadelen. De eerste is dat de arts net als vele anderen aan het front van het dagelijks leven slechts aan een loket zit, al is dat al heel wat. Ik heb daarover reeds uitgewijd. Het zal duidelijk zijn dat men steeds opnieuw moet oppassen de wereld niet

gelijk te stellen aan het stukje wereld dat men aan het loket ziet. Het tweede nadeel is dat de huisarts ook letterlijk aan het front van het dagelijks leven verkeert. De arts moet hier en nu bij voortduring beslissingen nemen, temidden van een omgeving die weliswaar niet zo zeer vijandig is, maar zeer slecht kan beoordelen wat er gebeurt. Bovendien voelt de arts elke dag dat hij verliezen lijdt door onbegrip van anderen of tegen de "natuur" die hij niet de baas kan. Tegelijk bevindt hij zich in een minderheidspositie, niet vanwege zijn status, maar omdat hij min of meer geïsoleerd werkt en op elk willekeurig moment wegens op voorhand onbekende redenen gemobiliseerd kan worden. De huisarts vertoont kort en goed, wat sociologen een frontmentaliteit noemen ²⁶⁾. Deze mentaliteit bezit niet alleen de arts, maar ieder die verkeert in vergelijkbare omstandigheden: de officier aan het echte front, de arts-superspecialist, de fabrieksdirecteur, de minister, de ontdekkingsreiziger en niet zelden de predikant ten plattelande. De frontmentaliteit heeft enkele eigenschappen die voor het doen van wetenschappelijk onderzoek terzake zijn:

- de neiging zwart-wit oplossingen voor te staan;
- trots zijn op eigen gebrek aan maatschappelijke en intellectuele "sophistication";
- een voorkeur voor voorschrift en discipline boven overleg en gesprek.

Nu wil ik niet onvervoren deze eigenschappen ongenueanceerd en generaliserend van toepassing verklaren op de huisarts. Wel wil ik beklemtonen dat in zijn situatie de verleiding van de snelle beslissing op grond van praktijkervaring groot is. Uit een onderzoek van Mechanic ²⁷⁾ in Engeland blijkt ook dat hoe meer verrichtingen een arts moet doen, hoe meer hij zich gefrustreerd voelt, meent lastig gevallen te worden voor trivialiteiten, en hoe meer hij veronderstelt zeker te moeten optreden. De arts bevindt zich hierdoor in een paradoxale situatie: zijn opleiding en de gevarieerdheid van zijn contacten zet hem aan tot wetenschappelijke nieuwsgierigheid en soms tot onderzoek; de druk van zijn werk aan het front leidt hem er toe de gemakkelijkste, op jarenlange ervaring berustende handeling te kiezen. Slechts als de wetenschappelijke twijfel die de werkelijkheid tot probleem maakt, het wint van de zekerheid van de ervaring kan de huisarts onderzoek van

waarde verrichten. Dit lukt echter eerst goed indien de huisarts voor elke belangrijke keuze in zijn onderzoeksopzet zijn eigen zekerheid wil verlaten. Hiertoe zal het noodzakelijk zijn niet alleen via het advies van de specialist of de laboratoriumbepaling de medisch-biologische variabelen intersubjectief, consistent en geldig te maken, maar ook door inschakeling van gedragswetenschappelijke onderzoekers, vragenlijsten enz. dit ook na te streven voor de psycho-sociale variabelen. Men doet het eigen onderzoek geen goed indien men aan de ene zijde anti-streptolysine-0 titerveranderingen nauwkeurig vaststelt en aan de andere op grond van het eigen oordeel over de eigen kaart vaststelt of iemand psychisch labiel of stabiel is, of zonder nader ingewonnen advies "mollige" pilgebruiksters tezamen statistisch verwerkt met aan manifeste adipositas lijdende vrouwen met somatische afwijkingen.

Samengevat komt mijn betoog hier op neer. De huisartsengeneeskunde is een belangrijke wijze van wetenschapsbeoefening omdat deze gebruik maakt van een natuurlijke onderzoekssituatie. De gevaren die het met zich meebrengt zijn ten eerste blind te zijn voor de beperkingen van het loket en ten tweede in de valkuil van de eigen op ervaring berustende zekerheid terecht te komen. Men moet mij hierbij goed begrijpen. Het Nederlands Huisartsen Genootschap en het Nederlands Huisartsen Instituut bestaan bij de gratie van het feit, dat veel eerder dan dat ik thans mijn mening geef, veel artsen de door mij geschetste problemen hebben ingezien, gemerkt hebben dat men soms achter zijn loket vandaan moet en dat de wetenschappelijke twijfel soms de bovenhand moet krijgen boven de zelf-evidentie van de praktijkvoering. Desondanks meen ik dat bovenstaande analyse op zijn plaats kan zijn, omdat in elke wetenschap spiegeling aan algemene uitgangspunten steeds opnieuw de moeite waard kan zijn.

Slotbeschouwing: het primaat van de probleemstelling.

Door al het voorgaande loopt als een rode draad dat een onderzoek staat of valt met de aanwezigheid van een probleemstelling en de wijze waarop deze wordt uitgewerkt. De werkelijkheid lost zich op in een diffuse, gedesorganiseerde stroom van gebeurtenissen als we hem voor zichzelf laten spreken, of "objectief" en onbevooroordeeld willen vastleggen. Niet

observeren en redeneren, maar gissen en missen dienen de centrale bezigheden in de wetenschapsbeoefening te zijn. Waar geen vragen of gissingen of vooronderstellingen zijn, vallen geen waarnemingen te doen, valt niets te verifiëren of te falsifiëren, valt geen betoog op te bouwen. Bovendien kan alleen het betoog-karakter van een wetenschappelijke verhandeling de wetenschap cumulatief van aard maken. Immers, elk missen, - en in elk onderzoek wordt gemist - roept nieuwe gissingen op. Een goed voorbeeld hiervan is het artikel Pharyngitis veroorzaakt door streptokokken in de algemene bevolking²⁸⁾. Op grond van duidelijke vragen omtrent de door de huisarts geziene frekwentie van pharyngitis, de symptomen, het effect van verschillende therapieën en later als bijsturing van de uitkomsten, vragen omtrent de frekwentie van de aandoening in een steekproef van de bevolking, worden ondubbelzinnige antwoorden verkregen, die juist daardoor nieuwe vragen oproepen. Zo zijn belangrijke uitkomsten dat de kans op complicaties rond 1% bedraagt, maar dat slechts 10% van de patiënten met streptokokken-pharyngitis de huisarts consulteerde. Hiermede kan men bijv. op twee manieren nieuwe gissingen maken.

- In het verlengde van een voornamelijk somatisch gerichte geneeskunde kan men schatten welke maatregelen men moet nemen, en hoe duur deze zijn om het optreden van complicaties te verkleinen. Deze schatting zou men door een experiment kunnen toetsen.
- Men kan ook besluiten een probleemstelling te kiezen die afbuigt van het klassieke "medische model" en nagaan of de 10% die wel de arts bezoekt, dat alleen maar doet omdat in hun geval de temperatuur het hoogst en de slikpijn het grootst is, of ook omdat psycho-sociale achtergronden de beslissing naar de dokter te gaan mede beïnvloeden. Het zal niet verbazen dat ik voor de laatste aanpak zou kiezen. Belangwekkender is dat duidelijke antwoorden op duidelijke vragen, verschillende probleemstellingen kan oproepen, uitgaande van verschillende wetenschappelijke visies. Het zijn eerst deze op grond van theoretische visies geformuleerde vragen die waarnemingen van gemengd nieuws kunnen omzetten in zinvolle data.

Onderzoek en dus ook dat in de huisartsengeneeskunde, vraagt een probleemstelling, hoe eenvoudig en discriptief hij ook moge zijn. Is deze

eenmaal geformuleerd, dan zijn er een aantal beslissingen die expliciet genomen moeten worden.

- hoe kiest men zijn onderzoekseenheden en zijn variabelen?
- Wordt daarbij aan minimale betrouwbaarheids- en geldigheidsvoorwaarden voldaan?
- Kan volstaan worden met loketonderzoek, of is aanvulling via bevolkingsonderzoek nodig?
- Wordt niet te gauw toegegeven aan op dagelijkse ervaring berustende "zekerheid"?

Vooraf voor deze laatste zaak vraag ik aan het slot de aandacht. Betrouwbare en geldige metingen vallen in de somatische geneeskunde meestal niet te doen zonder advies van specialisten in te winnen of laboratoriumbepalingen te maken. Ditzelfde geldt mutatis mutandis ook voor de keuze van meer psycho-sociale variabelen en de eenheden waaraan men ze meet. Het is daarom een goede ontwikkeling als in de huisartseneeskunde de onderzoeker voor hij aan de slag gaat, advies inwint van gedragswetenschappers en/of specialisten in onderzoeksmethodiek.

Noten:

1. H. Lamberts & J. de Vries, "Te dik: wie verliest vet en wie niet?"
Huisarts en Wetenschap, 14 (1971) 373-81.
2. Lamberts en De Vries, o.c., p. 380.
3. Gebruikmakend van de correlatiematrix in Lamberts en De Vries p. 376, blijkt dat de partiële correlaties tussen pilgebruik en het oordeel mollig vs. manifeste adipositas -0,18 bedraagt. Hierbij is de werking uitgeschakeld van leeftijd, beroep, aanwezigheid van lichamelijke klachten, aanwezigheid van individuele problematiek en het objectieve gewicht in kilo's.
4. J. Galtung, Theory and methods of social research. Londen enz. 1967.
5. zie o.a.
C.P. Bruins, K.H. Noordhoff en W. Verdenius, "Een jaar universitaire groepspraktijk te Groningen". Huisarts en Wetenschap 13 (1970) p.283.
W. Spoelstra en C.W.A. van den Dool, "Bevolkingsonderzoek in de groepspraktijk in Stolwijk in 1969". Huisarts en Wetenschap. 14 (1971) p. 93.
H.G.M. van der Velden, Huisvrouw, huisarts en huisgezin. Nijmegen 1971, Hoofdstuk 2 paragraaf 4.
K.L. Gill, Sociaal verloskundige verkenningen, Utrecht 1973, p. 47.
G.J. Bremer en R.E. van Seijen, "Duizend bevallingen in een huisartsenpraktijk", Huisarts en Wetenschap, 16 (1973) p. 43.
6. Bij een waarneming van slechts één geval kan op logische gronden geen variantie optreden. Indien variantie op logische gronden afwezig is, valt geen enkele statistische bewijsvoering te geven.
7. Zie H. Philipsen, Steekproeven, Oratie Leiden 1969.
8. Zie H. Philipsen, 1969, p. 15.
9. J.J.M. van Tulder, Enqueteren in Nederland, Oratie Leiden 1966.
10. Een klein voorbeeld: in eigen onderzoek naar ziekteverzuim in Nederlandse ondernemingen bleek dat naarmate een bedrijf meer ziektemeldingen heeft, het minder geneigd is aan een onderzoek deel te nemen. H. Philipsen, Afwezigheid wegens ziekte, Groningen, 1969 p.250.

11. J. Bazelmans, J.P. Dopheide en J. van der Zee, Veranderen van arts, Leiden, NIPG / TNO, 1972.
12. A. Fuldauer, "Een enquête onder de gebruiksters van orale anticonceptiva", Huisarts en Wetenschap, 13 (1970) 121-32.
13. Fuldauer, o.c. p. 122.
14. Philipsen, o.c. 1969, p. 17.
15. I. Gadourek, Riskante gewoonten, Groningen 1963.
16. Philipsen, o.c. 1969^I, p. 199 - 200.
17. H. Philipsen, De voorwaardelijkheid van algemene uitspraken toegelicht aan de samenhang tussen werkvolvoening en afwezigheid wegens ziekte, Sociologische Gids, 17, 4, 1970, p. 320-332.
18. A.D. de Groot, Methodologie, Den Haag 19-6.
19. De Groot, o.c. p. 146-57.
20. Dit tweede probleem vraagt meer uiteenzetting dan hier mogelijk is. Het gaat in feite om de etikettering van afwijkende individuen zoals die in de samenleving geschiedt. Zie: H. Philipsen, Afwijkend gedrag, etikettering door de samenleving en strategieën van de afwijkers, Sociologische Gids, 17, 5, 1970, p. 350-368.
21. Een voorbeeld: P.J. Taylor, "Shift and day work", British Journal of Industrial Medicine. 24^e jrg. (1967) 93-102.
22. Zie I.M. Copi : Introduction to Logic. New York enz. 1968, Hoofdstuk 3, Informal fallacies.
23. B.J.M. Aulbers en F. de Waard, "Praktijkanalytische gegevens uit het intermitterend morbiditeitsonderzoek", Huisarts en Wetenschap, 13 (1970) p. 171-77.
24. G.J. Kruijer, Observeren en Redeneren, Meppel 1959.
25. K.R. Popper, Conjectures and Refutations, the growth of scientific knowledge, Londen, 1969.
26. H. Philipsen, "Bedrijfsleiding en frontmentaliteit", In: C.J. Lammers e.a., Menswetenschappen vandaag, Meppel 1972.

27. D. Mechanic, Correlates of frustration among British general practitioners, Journal of Health and Social Behaviour, 11, 2, 1970, p. 87 - 104.
28. "Pharyngitis veroorzaakt door streptokokken in de algemene bevolking", Huisarts en Wetenschap, 14 (1971) p. 231-38.

IS ER EEN PARADIGMA VOOR DE HUISARTSGENEESKUNDE?

door Drs. J.P.M. Diederiks

De uitspraak van Huygen (1969, 233) dat de huisartsgeneeskunde als zelfstandige tak van wetenschap nog grotendeels moet worden opgebouwd en de hieraan verwante konstatering van Vercruijsse (1973) dat de huisartsgeneeskunde betrekkelijk theorieeloos is, zouden de suggestie kunnen wekken dat deze discipline, behalve min of meer toevallige empirische, maatschappelijke of persoonlijke determinanten, eigenlijk geen richtinggevend principe kent. Het lijkt mij toe, dat dit een te sterke uitspraak is. Men kan toch met enig recht zeggen dat de huisartsgeneeskunde in ieder geval geneeskunde is en dat haar gezichtspunten en methoden aan de geneeskunde als zodanig ontleend zullen zijn. Toegegeven, de geneeskunde is als toegepaste wetenschap ook niet gespitst op theorievorming en -gebruik. Dit neemt echter niet weg dat er aan de medische wetenschap bepaalde uitgangspunten ten grondslag liggen. Een voor de hand liggende uitspraak, of liever, een waarheid als een koe, die echter minder voor de hand liggende konsekwenties heeft.

Volgens Kuhn (1970, 10-34) werkt een wetenschap onder één of meerdere, in het laatste geval meestal elkaar bestrijdende paradigma's. Een paradigma is een erkend, op succesvolle resultaten berustend uitgangspunt. Het geeft globaal aan welke problemen of verschijnselen onderzocht dienen te worden en onder welk gezichtspunt dit dient te gebeuren. Bovendien suggereert het methoden en technieken van onderzoek. Voorbeelden van paradigma's in de natuurwetenschappen zijn b.v. de klassieke mechanica (Newton), Huygens optica, de phlogistonleer (Stahl). In de sociologie, een wetenschap met veel elkaar bestrijdende paradigma's is er b.v. een funktionalistisch, met als tegenhanger een konfliktparadigma. Een eenmaal geaccepteerd uitgangspunt geeft aanleiding tot de ontwikkeling van bepaalde instrumenten. Het geeft ook aan welke feiten er als relevant beschouwd moeten worden. Het paradigma: elektriciteit als vloeistof b.v. gaf aanleiding tot de gedachte dat elektriciteit te bottelen zou zijn. De vrucht van deze gedachte was de zgn. Leidse Fles (die nu wordt beschouwd als een condensator met een wat irrelevante vormgeving). Zo'n ontwerp kan men nauwelijks verwachten, wanneer

elektrische verschijnselen 'zomaar', dus zonder een bepaalde conceptie, werden onderzocht. In feite werd de Leidse Fles dan ook door tenminste twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar ontwikkeld (Kuhn 1970,17).

Als we er vanuitgaan, dat de huisartsgeneeskunde aan de geneeskunde ontsproten is, of misschien moet ik zeggen aan het ontspruiten is, dan komt de vraag naar voren welk paradigma er aan de geneeskunde ten grondslag ligt (of nog ligt) en of de huisartsgeneeskunde ook onder dit paradigma werkt. Het zal geen verbazing wekken als ik het omstrede 'medisch model' als paradigma van de geneeskunde kenmerk. In zijn oorspronkelijke vorm gaat het uit van het pathologisch-anatomisch ziektebegrip, waarin ziekte gekenmerkt wordt door: 1. symptomen, 2. een bepaald verloop, en 3. een erbij behorend pathologisch-anatomisch beeld (Bremer 1972, 421).

Het doet er op dit moment niet toe dat dit paradigma, na zijn aanvankelijke successen, wijzigingen heeft ondergaan en thans ter discussie staat, feit blijft dat dit paradigma fysiologische verklaringen als voornaamste karaktertrek heeft en dat de artsen (dus ook de huisartsen) binnen dit paradigma worden opgeleid.

Het lijkt dus waarschijnlijk dat de huisartsgeneeskunde het 'medisch model' als paradigma heeft.

'Het medisch paradigma', zoals we het nu maar verder zullen noemen, heeft grofweg gezegd twee wetenschappelijke tradities voortgebracht: nl. het klinisch-medisch onderzoek, iets wat voor de huisarts in de meeste gevallen niet is weggelegd, en de epidemiologie, een onderzoeksactiviteit die Huygen (1969, 232) voor huisartsen aanbeveelt, en die ook vrij veelvuldig voorkomt. De meeste van dergelijke onderzoeken blijven echter in de beschrijvende fase steken (Bijkerk 1967, Oliemans 1969). Natuurlijk leveren ze op zichzelf waardevolle gegevens op. Er worden echter nauwelijks pogingen ondernomen verklaringen te geven van de resultaten en men beperkt zich wat plichtmatig tot variabelen als leeftijd, geslacht, regio e.d. Wat zegt b.v. een uitspraak van Oliemans (1969, 61-63) dat op het platteland meer huisinfecties voorkomen dan in kleine of grote stad? Zoiets vraagt om een verklaring, temeer daar hij een eerder resultaat; nl. dat de totale incidence in de stad hoger is dan op het platteland, wel gebruikt om verschillen

in incidence van mazelen tussen stad en platteland te verklaren.

Wanneer we de epidemiologie bezien zoals die oorspronkelijk werd opgevat, nl. de wetenschap van de besmettelijke ziekten, dan valt op dat deze wel systematisch verklaringen hanteert. Verschijnselen als de verspreiding van een besmettelijke ziekte over verschillende gebieden kunnen verklaard worden vanuit het idee, dat de ziekte veroorzaakt wordt door een ziekteverwekker, die van een infectiebron via een medium wordt overgebracht. Er worden geen termen gehanteerd als regio, geslacht e.d., maar: infectiebron, vatbare groep, contactfactoren (Stewart 1972, 385-87). Deze termen zijn onderling verbonden door het mechanisme van de overdracht van de ziekteverwekker. Een dergelijke constructie, een aantal concepten onderling zinvol verbonden d.m.v. een mechanisme, noemt men een theoretisch model.

Een theoretisch model is een verzameling nominaal gedefinieerde concepten die bepaalde verschijnselen gereduceerd (dus niet in al hun waargenomen facetten) beschrijft. Het is echter niet alleen maar een vereenvoudigde voorstelling van de werkelijkheid, het maakt bovendien veronderstellingen over de verschijnselen, kent aan de verschijnselen structuur toe, m.a.w. maakt veronderstellingen over de wijze waarop de verschijnselen op elkaar inwerken. Deze werking wordt wel het mechanisme van het model genoemd (Achinstein 1968, 212-18). Het mechanisme geeft een subjectieve verklaring: men ziet hoe het 'werkt'. (Diederiks en Kraan 1972, 5-7). Een formele functie van het mechanisme is dat het voorspellingen mogelijk maakt, welke nodig zijn om te kunnen nagaan of men met een bepaald model op het goede spoor zit. Een model waarvan de voorspellingen niet gefalsifieerd worden is nuttig. We hanteren de term nut, omdat het bij theoretische modellen niet gaat om de vraag of ze 'waar' zijn of een correcte weergave van de werkelijkheid zijn. Maxwell b.v. postuleerde als verklarend medium voor de voortplanting van elektromagnetische golven de zgn. ether. Hoewel Maxwell deed 'alsof' een elektrisch veld gevuld was met de ether, heeft deze gedachte toch geleid tot een jarenlange speurtocht naar de effecten van de ether en ook naar deze niet bestaande stof zelf. Het gevaar van theoretische modellen is dus dat ze geïdentificeerd kunnen worden met de werkelijkheid zelf, terwijl ze bedoeld zijn om de verschijnselen te verklaren en voornamelijk een gedachtenconstructie zijn (Bertels & Nauta 1969, 51). Het denken in termen van het nut van modellen leidt

tot een grote mate van vrijheid bij de constructie van modellen. Een vrijheid die men niet meer heeft bij het toetsen van de uit het model voortkomende hypothesen.

Theoretische modellen zouden van nut kunnen zijn voor de huisartsgeneeskunde, zelfs nog binnen het medisch paradigma, dat in elk geval fysiologische mechanismen als verklaring aanbiedt. Maar, zo kan men stellen, de huisarts wordt nu juist gekonfronteerd met gevallen die niet met dit paradigma te verklaren zijn. Het feit, dat in ongeveer 50% van de gevallen slechts een symptoomdiagnose gegeven kan worden is een anomalie die reeds lang door de huisartsen is opgemerkt. Het is interessant om na te gaan welke consequenties hieruit getrokken worden. In het algemeen is men het erover eens dat voor de niet binnen het medisch paradigma passende gevallen andere, m.n. zgn. psycho-sociale factoren in beschouwing genomen moeten worden. Maar, zegt Brouwer, "het aantonen van een oorzakelijk verband tussen verkregen psycho-sociale gegevens enerzijds, en klachten of aandoeningen anderzijds, is in het algemeen een moeilijke en voor de huisarts zelfs onmogelijke taak en het aantonen van een samenhang tussen belastende psychische en milieufactoren en klachten of aandoeningen is evenmin een taak van de huisarts". Daarentegen "is het betrekken van belastende psychische en milieufactoren in de diagnostische interpretaties onmisbaar voor de huisarts" (Brouwer 1962, 99-100). Gezien het feit dat de mogelijk verklarende psycho-sociale mechanismen door Brouwer terzijde zijn gelegd, kan men zich niet aan de indruk onttrekken dat die diagnostische interpretaties dan slechts een ad hoc karakter zullen dragen. Met andere woorden Brouwer weet dat andere mechanismen werkzaam zijn, en weet bovendien dat het medisch paradigma hem die niet zal verschaffen, maar blijft nochtans binnen dit paradigma. Een zinnige gedachtengang voor de huisartsgeneeskunde zou zijn het betrekken van psycho-sociale mechanismen in het onderzoek, willen de verzamelde psycho-sociale gegevens betekenis hebben en niet slechts voor ad hoc interpretaties dienen. Deze mechanismen worden echter niet geleverd door het medisch paradigma. Men moet ze ontleen aan andere disciplines. Dit betekent dus dat een huisarts zich bij een bepaald onderzoek moet verdiepen in relevante, b.v. sociaalwetenschappelijke theorieën, al was het alleen maar om vast

te kunnen stellen welke gegevens hij moet verzamelen. Stel b.v. dat een huisarts onderzoek wil doen naar al dan niet geslaagde zelfmoorden in zijn praktijk. De geneeskunde levert hem geen concepten en mechanismen en hij weet dan ook niet welke gegevens hij moet verzamelen.

De franse socioloog Durkheim (1858-1917) kwam, nadat hij een aantal verklaringen voor zelfmoord, zoals puur psychologische, kosmische en erfelijke, inadequaat had bevonden, tot een modelachtige constructie, die er vanuit ging dat het voorkomen van zelfmoorden zou variëren met drie verschillende sociale condities:

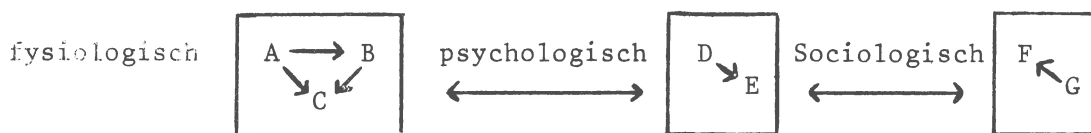
- 1. egoïstische zelfmoord: het voorkomen van dit type zelfmoord zou omgekeerd evenredig zijn met de mate van sociale integratie, wanneer de groep zelfmoord verbiedt. D.w.z. hoge sociale integratie, lage zelfmoordcijfers.*
- 2. altruïstische zelfmoord: het voorkomen hiervan is evenredig met de mate van sociale integratie; de groep schrijft zelfmoord voor (b.v. kamikaze-piloten).*
- 3. anomische zelfmoord: het voorkomen hiervan is evenredig met de mate van economische fluktuaties (ongeacht de richting hiervan).*

Het mechanisme van dit model is dus dat de mate van sociale integratie, via psychologische toestanden in het individu, bepalend is voor het voorkomen van zelfmoord. Zo zal een lage sociale integratie (wanneer de normen zelfmoord verbieden) met een bepaalde mate van waarschijnlijkheid leiden tot de psychologische toestand egoïsme, welke op zijn beurt met een bepaalde mate van waarschijnlijkheid leidt tot zelfmoord (Willer 1967, 10-11). Op deze wijze kan b.v. verklaard worden dat protestanten i.h.a. hogere zelfmoordcijfers hebben dan katholieken, namelijk door aan te tonen dat:

- 1. in beide religies zelfmoord taboe is en*
- 2. katholieken een hogere sociale integratie kennen dan protestanten.*

Onderzoek naar zelfmoord met behulp van deze concepten en dit mechanisme zou ertoe leiden dat men gegevens moet verzamelen welke indicatoren kunnen worden geacht van het theoretische begrip sociale integratie. We hebben nu een voorbeeld gezien van een zuiver sociologisch mechanisme. De huisarts heeft echter vaak te maken met wat men een gemengde problematiek mag noemen, b.v. hart- en vaatziekten. In een recent artikel laat Appels (1972, 562-63) zien dat protestanten een hogere mortaliteit aan hartziekten hebben dan katholieken. Als verklaring geeft hij: "maatschappelijke processen gaan niet onopgemerkt

aan het individu voorbij.... De toenemende verbondenheid en verwevenheid van mensen met elkaar en een religieus waardensysteem dat individualisme, verantwoordelijkheidsgevoel en een hoge arbeidsinzet bevordert, zijn op het psychologisch niveau terug te vinden in een toenemende zelfcontrole en prestatiemotivatie. In het myocardinfarct vinden zij hun pathologische uitdrukking". Nu even afgezien van de vraag of deze verklaring bestand zal zijn tegen verdere analyses ziet men dat er drie mechanismen werkzaam worden geacht, die elkaar bovendien ook nog beïnvloeden: maatschappelijke processen (sociologisch niveau), psychologische processen en fysiologische processen (zie figuur).



Het zal duidelijk zijn dat dergelijke problemen interdisciplinaire benadering wenselijk maken. Toch hoeft het niet zo te zijn dat het probleem in volle omgang wordt bestudeerd. Wanneer Philipsen een onderzoek doet naar het verband tussen werkvoldoening en ziekmelding kon hij het voorspelde verband: hoe minder arbeidsvoldoening, hoe vaker men zich ziek meldt, slechts laten zien nadat hij medische factoren konstant had gehouden (nl. lichte stoornissen bij personen met tenminste een minimale vatbaarheid daarvoor) (Philipsen 1970,328). Dit betekent dus, dat voor de demonstratie van één mechanisme, de andere konstant moeten worden gehouden.

Het moge thans duidelijk zijn dat de huisarts bij de door hem bestudeerde problematiek veelal te maken heeft met verschillende verklarende mechanismen, die hem niet allemaal door het medisch paradigma geleverd worden. Hij begeeft zich op terreinen waar andere paradigma's reeds werkzaam zijn, en waaraan hij concepten en mechanismen zou kunnen ontleenen. Dit zal vaak samenwerking vereisen met m.n. sociale wetenschappers of tenminste een oriëntatie in relevante sociaal-wetenschappelijke theorieën. Het kan ook wenselijk zijn dat een bepaald onderzoek helemaal niet door de huisarts zelf kan geschieden, maar door een onderzoeker van een instituut in zijn praktijk. Dat toch niet iedereen ervan overtuigd is, dat dit noodzakelijk kan zijn, moge blij-

ken uit een opmerking van Lamberts (1972, 436), die zich in deze visie gekarakteriseerd ziet als hobbyist en buitenbeentje, terwijl de gewone huisarts zich moet beperken tot het waterdragen en veldwerk van liefst aan professionele instituten verbonden gedragswetenschappers.

Uit deze opmerking en de stromingen die van de huisartsgeneeskunde een zelfstandige wetenschap willen maken, kan men de konklusie trekken dat de huisartsen, mede op grond van hun positie in de gezondheidszorg, op zoek zijn naar hun eigen paradigma. We hebben al gezien dat het onderzoek, zoals dat nu in de huisartsgeneeskunde plaats vindt, niet kan leiden tot een eigen wetenschappelijke identiteit: het zijn of medische, of psychologische, of sociologische of interdisciplinaire problemen. Het is misschien daarom niet verwonderlijk dat het eigen paradigma niet zozeer gezocht wordt in de onderzoeksrol van de huisarts, maar in zijn hulpverlenersrol. In feite denken Dokter en Milikowski (1973, 186 e.v.), wanneer zij spreken over gezondheid als een ontplooiingsproces, waarin ziekte dan een verstoring van dit proces is, waarbij de huisarts hulp kan verlenen (een deel van de hulpverlening ligt ook bij de patiënten zelf). Men kan zich afvragen of een dergelijke poging een paradigma zal opleveren, dat vruchtbaar wetenschappelijk onderzoek zal opleveren, en of het wellicht niet een reeds bestaand paradigma is. Maar, is het wel zo nodig dat de huisartsgeneeskunde een zelfstandige wetenschap moet worden? met andere woorden: moeten we de vraag: is er een paradigma voor de huisartsgeneeskunde? niet stellen als: moet er voor de huisartsgeneeskunde een paradigma komen? Als we daarbij de vraag in het oog houden of het mogelijk is dat de huisarts zinnig onderzoek kan doen, lijkt het antwoord ontkenkend te moeten zijn: de huisarts kan dit doen, mits hij de interdisciplinariteit van zijn problematiek onderkent en hieruit de konsequenties trekt. Of uit deze bezigheid ooit nog eens een eigen paradigma zal voortspruiten, lijkt voorshands niet relevant.

Literatuur

1. HUYGEN, F.J.A., Wetenschappelijk onderzoek door de huisarts. In: Bremer e.a. Inleiding tot de huisartsgeneeskunde. Leiden 1969, 230-242.
2. KUHN, Th.S., The Structure of Scientific Revolutions. Chicago 1970.
3. BREMER, G.J., Drie medische modellen. Huisarts en Wetenschap 15 (1972) 418-424.
4. BIJKERK, Het vóórkomen van geslachtsziekten in Nederland. 's Gravenhage 1969.
5. OLIEMANS, A.P., Morbiditeit in de huisartspraktijk. Leiden 1969.
6. STEWART, G.T., Communicable Diseases. In: Stewart (ed.), Trends in Epidemiology. Springfield 1972, 346-393.
7. ACKINSTEIN, P., Concepts of Science. Baltimore 1968.
8. DIEDERIKS, J.P.M. en J.R. KRAAN, Modellen en accumulatie van kennis in de sociologie. Sociol. Gids 19 (1972) 1-14.
9. BERTELS, K. en D. NAUTA., Inleiding tot het modelbegrip. Bussum 1969.
10. BROUWER, W., Ervaringen met psychosociaal-anamnestic onderzoek als diagnostisch hulpmiddel in een huisartsenpraktijk. Emmeloord 1962.
11. WILLER, D., Scientific Sociology. Englewood cliffs 1967.
12. APPELS, A.P., Het Hartinfarct als Cultuurziekte. Ned. T. Psychol. 27 (1972) 553-65.
13. PHILIPSEN, H., De voorwaardelijkheid van algemene uitspraken toegelicht aan de samenhang tussen werkvoldoening en afwezigheid wegens ziekte. Sociolog. Gids 17 (1970) 320-33.
14. LAMBERTS, H., I.G.L.S. 1972 een mislukte aanslag op de huisartsgeneeskunde. Huisarts en Wetenschap 15 (1972) 435-38.
15. DOKTER, H.J. en MILIKOWSKI, H.Ph., De opleiding tot huisarts. Med. Contact 28 (1973) 185-190.
16. VERCRUIJSSE, E.V.W., Een kritische beschouwing van de probleemstelling in het sociale onderzoek van en in de huisartsenpraktijk. 1973.

DE ONMOGELIJKE TAAK VAN DE HUISARTSGENEESKUNDE

door Drs. J. van der Zee

1. Nabeschouwing over de conferentie.

Wat is er nu eigenlijk gebeurd op de conferentie Huisarts en Wetenschappelijk Onderzoek?

Twee sociologen hebben de wetenschapsopvattingen en het wetenschappelijk werk van huisartsen, althans dat deel wat zich op het terrein van de sociale wetenschappen bevindt, getoetst op hun methodologische ("wetenschappelijke") merites. De derde socioloog (Diederiks) heeft wegen aangegeven waarlangs een betrekkelijk theorie-arme wetenschap tot begripsopbouw en theorievorming kan komen door te schetsen hoe men als wetenschapper met modellen kan werken.

Vooraf de lezingen van Verduyn van Vercruisje en Philipsen zijn hard aangekomen; van de besproken dissertaties en artikelen (vaak niet eens de slechtste) bleef weinig heel. Fouten, die zij aantonen, zijn vaak van een dusdanig fundamenteel karakter dat men zich moet afvragen hoe het mogelijk is dat methodologische inzichten die gemeengoed zijn onder allerhande wetenschappers (van kernfysici tot macro-sociologen) geen opgeld doen in de (huisarts)-geneeskunde.

Hoe is het mogelijk dat in een proefschrift het volgende beweerd wordt: "De terechte methodologische bezwaren, die tegen mijn onderzoek zijn in te brengen werden verzacht door de omvang van de populatie en door de grote diversiteit van de waargenomen kenmerken". (De Vries, 1973, 112), terwijl de jonge doctor nota bene de boeken van Verduyn van Vercruisje en De Groot bij de geraadpleegde literatuur vermeldt. Blijkbaar laten de beoefenaren der huisartsgeneeskunde geen methodologen als critici van hun werk toe, anders zouden dergelijke uitspraken nooit de drukproeven halen. Het lijkt wel of de huisartsenproefschriften in eigen kring met andere dan de gebruikelijke wetenschappelijke normen worden beoordeeld. Het gesloten karakter van de medische professie kan men hiervoor verantwoordelijk houden.

2. Het collegialiteitsbeginsel oneigenlijk toegepast.

Het belangrijkste (sociologische) kenmerk van een professie (vrij beroep) is het beginsel, dat de toetsing van resultaten van werkzaam-

heden en beroepshandelingen aan "collega's" is voorbehouden; waarbij het beoefenen van dergelijke handelingen alleen aan de leden van de professie is toegestaan¹⁾.

Onbevoegden mogen de geneeskunst niet uitoefenen - medische fouten worden middels een tuchtrechtelijke procedure beoordeeld. Essentieel is, dat het eigen normenstelsel van toepassing is op de handelingen die voorbehouden zijn aan de leden van de professie. Het bedrijven van wetenschappelijk onderzoek echter, staat een ieder vrij. De beoefenaar moet zich echter wel blootstellen aan de kritiek van de "community of scientists";²⁾ er bestaan geen aparte normen voor wetenschappelijk werk door huisartsen, want het bedrijven van wetenschappelijk onderzoek is niet exclusief aan huisartsen voorbehouden. De in dit verband ook veel gemaakte opmerking dat huisartsgeneeskunde zal bestaan uit datgene wat huisartsen aan wetenschap produceren, is, methodologisch gesproken, even absurd als de stelling dat een theorie over bureaucratie pas goed is, wanneer deze door ambtenaren is gemaakt. Maakt bovenstaande redenering wel plausibel waarom er nu nog steeds proefschriften kunnen verschijnen waarin elementaire fouten worden gemaakt: hiermee wordt niet verklaard hoe deze methodologische naïveteit in de geneeskunde, tenslotte een van de oudste universitaire wetenschappen, terecht gekomen is.

3. De methode der Geneeskunde.

Dit is de titel van een boek, geschreven door de Utrechtse oogarts Wibaut, verschenen in 1962 en opmerkelijk weinig geraadpleegd (noch Huygen, (1968) noch Van Es (1967) of Hansma en Timmers (1969) vermelden het in hun literatuurlijst), waarin hij op lucide wijze de problemen van de geneeskunde als wetenschap naar voren brengt; problemen die evenzeer voor de huisartsgeneeskunde gelden.

Wibaut beschrijft, hoe in het brede terrein van de geneeskunde

1) Voor een uitputtende behandeling van het begrip professie zie Freidson E. - "The profession of medicine". New York 1971.

2) Veel methodologische literatuur, bijv. De Groot (1961, Den Haag) is rond dit begrip opgebouwd. Door de verschijning van het werk van Kuhn, is de absolute waarde van dit begrip wat gerelativeerd. Een zeer leesbare verhandeling hierover geeft Lammers - "De mensen praten mee en tegen" in menswetenschappen vandaag - Lammers e.a. red. Meppel 1972.

wetenschap en traditie heftige slag met elkaar leveren.

"De geneeskunde toont zowel op het terrein van de huisarts als op dat van de specialist een wonderlijke mengeling van redelijk verantwoord en bepaald onvoldoende gegrondvest denken en handelen". (Wibaut, 1962, 236).

3.1. De strijd tussen kunst en kunde.

In Wibauts boek wordt onderscheid gemaakt tussen "geneeskunde" (de wetenschap) en "geneeskunst" (het ambachtelijke traditionele deel van het medische handelen). Kenmerkend voor de "kunde" is de wetenschappelijke basis ervan - karakteristiek voor de geneeskunst is de overlevering; het "vak" zoals dat van leermeester op leerling wordt overgebracht.

Wibaut schetst het spanningsveld tussen traditie en wetenschap en acht het een ernstige belemmering dat medici zich niet of nauwelijks bewust zijn van deze tegenstrijdigheid. (Wibaut 1962, 3-4)

3.2. Het traditionele karakter van de medische opleiding.

Het wordt een medicus niet gemakkelijk gemaakt bij het leren onderscheiden van "kunst" en "kunde". De vorm waarin hij zijn opleiding krijgt is zeer traditioneel van aard. Massale demonstratie-colleges; (co) assistentschappen, waarin de meester-leerling-verhouding het sterkst tot uitdrukking komt; het zelden aangevochten woord van de hoogleraar, maken het voor de medische studenten vrijwel ondoenlijk een onderscheid te maken tussen het op wetenschap berustende deel van de kennis en de persoonlijke stokpaardjes en particuliere liefhebberijen van de leermeester, vooral omdat kunst en kunde in dezelfde handzame, toepasbare vorm worden overgebracht. Het blindelings uit het hoofd leren van puntsgewijs opgestelde leerstof (of het nu om een omstreden stuk medische psychologie of om een keiharde differentiaal-diagnose gaat) heeft mij persoonlijk altijd sterk gefraspeerd wanneer ik medische studenten aan het werk zag.

De vorm van de opleiding is duidelijk traditioneel en met het accent op de ambachtelijk traditionele geneeskunst; terwijl de inhoud dikwijls een beproefd wetenschappelijke basis bezit.

3.3. Het medisch monopolie.

In deze strijd tussen kunst en kunde is er één belangrijke factor

die in het voordeel van de traditie werkt: het feit dat criteria voor het succes van geneeskundig handelen in de meeste gevallen tamelijk onduidelijk zijn.

Wibaut zegt hiervan: *"er is een nog veel groter gebied (-in vergelijking tot het gebied waar de wetenschap is doordrongen- J.v.d.Z.) waarop ons gehele handelen wordt beheerst door een mengsel van overgeleverde voorschriften, gezond verstand als men wil, wat intuïtie en, naar wij hopen, een grote toewijding. In dit niemandsland leven velen met overtuiging hun hobby's uit. De een past rust, de ander beweging toe, de een acetosal, de ander penicilline en de overtuigende genezingen zijn er niet minder om. Gelukkig hij die niet vergeet, dat er veel vanzelf geneest en dat de moed er inhouden in deze een belangrijke begunstigende factor is"*. (Wibaut 1962, 3).

Als een praktizerend medicus eenmaal uitgevonden heeft dat een bepaalde behandeling "werkt" dan hoeft hij zich verder over het "waarom" van een dergelijk proces niet meer druk te maken; hij hoeft aan niemand verantwoording af te leggen. Dit laatste betekent een belangrijke belemmering voor de ongebreidelde toetsing van hypothesen en theorieën, een conditio sine qua non voor de ontwikkeling van een empirische wetenschap. Ook gericht onderzoek naar de vraag hoe overtuigende genezingen (wat dat ook precies mogen zijn) langs zoveel verschillende wegen mogelijk zijn, zal grote weerstand bij de potentiële onderzoeksobjecten wekken.

4. Geneeskunde als toegepaste wetenschap.

Er bestaan over het begrip "toegepaste wetenschap" velerlei misvattingen. Het feit, dat praktische toepasbaarheid in een wetenschap centraal staat, maakt een wetenschap nog niet direkt tot een toegepaste wetenschap, want iedere wetenschap kent terreinen en stadia waarin het accent op maatschappelijke toepasbaarheid ligt (V.d. Vlist 1970, 3-4). En iedere wetenschap heeft een zekere distantie van praktische toepasbaarheid nodig voor het ontwikkelen en vervolmaken van relevante theorieën.

Een belangrijker kenmerk van toegepaste wetenschap is, dat zij haar begrippen en theorieën ontleent aan andere wetenschappen; wetenschappen die men, afhankelijk van waardering en stemming, hulp- of basiswetenschappen noemt.

4.1. De organisatie van een toegepaste wetenschap.

Het integreren van basiswetenschappen in een toegepaste wetenschap vergt -organisatorisch gezien- een aantal wetenschappers, die in de geneeskunde, als belangrijkste taak het daadwerkelijk omzetten van scheikunde, natuurkunde en biologie in de geneeskunde, hebben.

Wij treffen dan ook op het uitgebreide terrein van het Akademisch Ziekenhuis een groot aantal instituten en laboratoria aan, bevolkt door fysiologen, klinisch chemici, biologen en door medici, die zich in een van de basiswetenschappen hebben verdiept.

Men kan hier van een getranste toepassing spreken; via de laboratoria en instituten naar de klinieken, van de klinieken naar de studenten, die het geleerde buiten de academische kliniek in de praktijk moeten brengen.

Dit proces verloopt natuurlijk niet altijd zo rechtstreeks als het hierboven is geschetst:¹⁾ het zou buitengewoon interessant zijn te onderzoeken hoe de feitelijke integratie van dergelijke basiswetenschappen in de geneeskunde verloopt en wat de determinanten zijn van de wijze waarop dat proces verloopt.

Essentieel is echter dat een toegepaste wetenschap een aantal vrijgestelden nodig heeft met als taak het toepasbaar maken van de basiswetenschappen.

5. Consequenties voor de huisartsgeneeskunde.

In het voorafgaande verhaal is herhaalde malen betoogd, dat de problemen rond de geneeskunde als wetenschap evenzeer voor de huisartsgeneeskunde gelden.

Daarbij heeft de huisartsgeneeskunde nog een aantal extra handicaps, voortspruitend uit het feit dat zij vanuit de praktijk naar de universiteiten gekomen is, handicaps die deels van technische, deels van principiële aard zijn.

1) Natuurlijk is dit niet de enige manier waarop de resultaten van de wetenschap tot de kliniek doordringen; wetenschappelijke tijdschriften vervullen een belangrijke rol. De grote voorliefde van medici voor congressen en lezingen met lichtbeelden, doet echter vermoeden, dat de traditionele opleidingsvorm, waarin mondelinge overdracht belangrijker is dan het geschreven woord, ook hierin nog doorwerkt.

Zo ontbreekt bijvoorbeeld de laag van integratoren; vrijgesteld van het direkt toepassen van de wetenschap; met als taak het integreren van de basiswetenschappen.

De universitaire huisartseninstituten zijn klein, bevolkt door ex-huisartsen, die zich dikwijls -in hun moeizame pogingen het terrein van de huisartsgeneeskunde af te bakenen- sterk aan de "praktijk" vastklampen, zodat ze er niet toe komen theoretische kaders te ontwikkelen, broodnodig voor de bevordering van de huisartsgeneeskunde als wetenschap.

Er loopt een enkele gedragswetenschapper rond; soms zijn het er meer, maar vergeleken met het aantal wetenschappers in de klassieke geneeskunde is hun getal zo gering dat men niet van hen kan verlangen de integratie van de sociale wetenschappen in de geneeskunde voor hun rekening te nemen. Gezien het feit, dat ze het toelaten ook in de meest miserabele studies onder dankzegging vermeld te staan, is ook hun ambitie in dezen tamelijk gering.

Bovendien hebben de huisartseninstituten direkte verantwoordelijkheid voor de opleiding tot huisarts; van getrapte toepassing is geen sprake. De verleiding om iedere nieuwe vondst, hoe weinig doordacht en systematisch ook uitgewerkt, direkt op de studenten over te brengen, lijkt onweerstaanbaar, vooral omdat het opleidingsprogramma inhoudelijk nog vele leegtes bevat.

Had de ouderwets opgeleide huisarts, dus ook de huidige huisartsopleider, door zijn (ook ruimtelijk) grote afstand tot het geneeskundig wetenschappelijk bedrijf, al heel weinig wetenschappelijke schooling, ook de nieuwe opleiding geeft nauwelijks garanties hiervoor.

5.1. Voorlopige conclusies.

Voor een deel gaat het hier om min of meer technische, organisatorische problemen, die ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde in de weg staan.

Een aantal suggesties zou men op grond hiervan kunnen doen:
- ten eerste zou men dit boekje wijd en zijd kunnen verspreiden, zodoende onbezonnen pogingen tot het bedrijven van wetenschappelijk onderzoek verrijdelend.

- verder kan men huisartsen, die de lust tot het doen van onderzoek ook na lezing nog niet is vergaan, bijscholen d.m.v. logika-, metho-
dologie-, statistiekcursussen en seminars theorieconstructie.¹⁾
- de vorm van de opleiding, waarin kunst met kunde wordt verward, is belangrijk; experimenten waarin geprobeerd wordt studenten het onderscheid te leren, verdienen grote aandacht.
- het ontbreken van vrijgestelden en de direkte occupatie met de opleiding vormt een rem op de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde als wetenschap. Uitbreiding van de huisartsinstituten of nauwere samenwerking met speciale afdelingen van de sociale wetenschappen (medische sociologie bijv.) kan ook de huisartsgeneeskunde theoretisch verrijken.
- via de door Diederiks geschetste modelsgewijze theorie-opbouw kan ook de huisartsgeneeskunde een begin maken met de constructie van wetenschappelijk gefundeerde kennis.
- tenslotte kan men zich in de huisartsgeneeskunde gaan toeleggen op de terreinen die meer in het verlengde van de klassieke geneeskunde liggen, studies over vroegdiagnostiek, effect van geneesmiddelen etc., omdat vorenstaande problemen vooral opdoemen als de huisarts zich op het terrein van de sociale wetenschappen begeeft.²⁾

6. De huisartsgeneeskunde als reactie.

Toch kunnen deze suggesties alleen maar voorlopig genoemd worden. Als men de problemen in de huisartsgeneeskunde reduceert tot problemen van methodologische en technisch-organisatorische aard, dan accepteert men als vanzelfsprekend dat er een (nog geheel op te bouwen) wetenschap als huisartsgeneeskunde zou moeten bestaan.

Maar juist het ontstaan van de huisartsgeneeskunde (door pressie vanuit verenigingen van praktizerende huisartsen, op dezelfde wijze dus als een bijzondere leerstoel in de homoeopathie of de acupunctuur

1) Een zeer goede reden voor onderzoek kan bijvoorbeeld de wens tot doorlichting van eigen praktijk en inzicht in eigen handelen zijn (de reikwijdte van dergelijke studies is gering, maar dat hoeft ook niet groter te zijn).

2) Dit is, zoals in par. 7 e.v. zal blijken, geen toeval.

zou ontstaan) is een zeer vreemde zaak in een gesloten en beschermd systeem als dat van de medische wetenschap, waar de weg tot een succesvolle genezing zo moeilijk geëvalueerd kan worden en op zoveel verschillende wijzen tot stand kan komen.

Er moet iets heel bijzonders aan de hand zijn, wil er in de groep van praktizerende geneeskundigen een dusdanig onbehagen ontstaan, dat men een nauwelijks verholde aanval op de universitaire geneeskunde opent. Laten we eens kijken of deze fundamentele onvrede terug te vinden is in de visie van de eerste hoogleraren in de geneeskunde van de huisarts.

6.1. De visie van de pioniers.

De oratie van Van Es (1967), de tweede hoogleraar ter wereld in de huisartsgeneeskunde en de eerste in Nederland, is een mengeling van praktische wenken en literaire uitweidingen. Hij beschrijft de onvrede van de huisarts met zijn beroep, noemt het uiteengroeien van de specialistische geneeskunde aan de universiteiten en de perifeer werkende huisarts en vergelijkt dit met een uitdijende stad waarvan het centrum in verval raakt.

Van Es geeft wel aan dat de huisartsgeneeskunde en specialistische geneeskunde verschillen (noemt, voor wat de huisarts betreft, de continue, integrale zorg en de mogelijkheid van de huisarts de patiënt in zijn milieu te bestuderen), maar zegt even verder dat:

"Men de huisartsgeneeskunde (kan) vergelijken met een weefsel, waarvan het patroon karakteristiek is en verschilt van de specialistische geneeskunde, maar waarvan de gebruikte materialen, de schering en de inslag dezelfde zijn. Essentieel is, dat in de beroepsopleiding tot huisarts niet zozeer nieuwe elementen worden ingevoerd, dan wel dat een andere rangschikking van die elementen moet plaatsvinden, een rangschikking die anders is dan bij de opleiding tot specialist".

Een duidelijk onderscheid tussen huisartsgeneeskunde en specialistengeneeskunde wordt niet gemaakt; geconstateerde verschillen worden weer gladgestreken.

Nu is de verdoezeling van de verschillen wel te verklaren vanuit een diplomatiek standpunt (als enige vreemde eend in de bijt moet men wat voorzichtig manoeuvreren), maar ook over huisartsgeneeskunde als wetenschap - een veel minder bedreigende ingang, - laat Van Es zich voorzichtig uit.

Hij citeert Ortega y Gasset:

"als de wetenschap in het beroep binnendringt, zal zij als wetenschap uit elkaar moeten vallen om zich, rondom een ander middelpunt en principe, als beroepstechniek te organiseren". (p. 25).

De noodzaak van een nieuwe wetenschap; duidelijk verschillend van de "oude geneeskunde" ziet hij niet. Wat hij wel ziet, verzinkt in tegenstrijdige citaten.

Huygen heeft een scherpere kijk op de noodzaak tot vernieuwing. Hij stelt dat:

"deze term (huisartsgeneeskunde) voor de wijze van uitoefenen van het beroep als situatie-specialisme gerechtvaardigd mag zijn: als tak van wetenschap zal de huisartsgeneeskunde nog grotendeels moeten worden opgebouwd". (Huygen 1969, 232-233).

Hij zet zich af tegen de visie van de specialisten en vindt dat de huisartsen door eigen wetenschappelijk werk tegenspel moeten bieden. Is zijn diagnose van de situatie juist; zijn remedie "ga maar waarnemen en registreren" kan - zoals Vercruijsse overtuigend heeft aangetoond - alleen maar "gemengd nieuws" (om Philipsen's term te gebruiken) opleveren.

Beide pioniers gaan echter nauwelijks in op het unieke van het feit dat een aanzienlijk deel van de opgeleide artsen (de huisartsen) ernstige onvrede met hun geneeskundige arbeid hebben.

Er is veel meer aan de hand dan "karakteristieke verschillen van patroon, maar gelijkheid van materiaal, schering en inslag" (Van Es 1967, p. 24).

Het hele fundament van de geneeskunde - het medisch model -, of liever gezegd het medisch paradigma, het pathologische en fysiologische ziektemodel, staat, zoals Diederiks (1973) het in zijn lezing en Verbrugh het in zijn boeken (1972) en artikel (1973) heeft genoemd, te schudden op zijn grondvesten.

7. Naar een nieuw paradigma.

Terwijl Diederiks het voorshands niet nodig vindt voor het ontwikkelen van de huisartsgeneeskunde als wetenschap om alle energie op het nieuw paradigma te richten en voor deze ontwikkeling een veel bescheidener weg - de modelsgewijze theorie-opbouw - aangeeft, be-

schouwt Verbrugh de situatie in de geneeskunde als dusdanig kritiek, dat zonder nieuwe bezinning op de uitgangspunten van de geneeskunde maatschappelijk catastrofale gevolgen zullen ontstaan.

7.1. Maatschappelijk consequenties van het hulpverleningsparadigma.

Dokter en Milikowski hebben met hun artikel over de opleiding tot huisarts (medisch contact 1973) een poging in de richting van het ontwikkelen van een nieuw paradigma gedaan, (door Diederiks het hulpverleningsparadigma genoemd).

Zij beschouwen de geneeskunde als een specifiek onderdeel in de integrale hulpverlening, als zij gezondheid als volgt definiëren:

(p.87) *"Gezondheid dient begrepen te worden als een proces van ontplooiing van de mens in zijn relatie tot zijn naaste omgeving en tot de gehele samenleving"*. Zij laten uit de Woudschoten-definitie het woordje "de" weg waar zij spreken over *"het aanvaarden van verantwoordelijkheid, (dus niet de verantwoordelijkheid) voor de continue, integrale en persoonlijke zorg"* en leggen de nadruk op het feit dat de huisarts één van de hulpverleners is.

In hun betoog zijn twee (verwante) thema's te onderscheiden:

- A) Uit het herdefiniëren van de Woudschoten-definitie - niet "de" maar één van de hulpverleners - blijkt een nadruk op het relativeren van de positie van de huisarts.
- B) Uit hun definitie van gezondheid als een ontplooiingsproces blijkt dat zij gezondheidstoornissen zien als beperkingen in de ontplooiing veroorzaakt door stoornissen in het relatieproces tussen mens en omgeving, Zij relateren gezondheidstoornissen aan maatschappelijke oorzaken.

Laten wij deze thema's eens op hun consequenties bekijken:

- A) Relativering van de positie van de huisarts.
Een van de rechtvaardigingen voor de maatschappelijk bevoorrechte positie van de huisarts die een belangrijk deel van de medisch-somatische zorg heeft moeten afstaan aan ziekenhuis en specialist, is zijn (geclaimde) verantwoordelijkheid voor het totale gebied van de hulpverlening.
Op het moment dat de deskundigheid van andere hulpverleners (die vaak een veel specifiekere opleiding bezitten) wordt erkend en op

het moment dat de huisarts zijn patiënten met psychogene of sociogene klachten samen met op dit terrein specifiek deskundigen moet gaan behandelen, zal het grote verschil in beloning voor hetzelfde werk de kans op samenwerking niet bevorderen.

Dijkhuis' schaaap met 89 poten (1973) is in al zijn lachwekkendheid een consequente poging om de huisarts het totale gebied van de hulpverlening althans in naam te laten blijven claimen. De maatschappelijke positie van de huisarts blijft hiermee weliswaar intact; de frustraties van de huisartsen zullen er niet minder om worden, als ze zich telkens weer competent op een nieuw terrein moeten verklaren ("Uw dokter weet er alles van"), terwijl een dergelijke zich steeds uitbreidende competentie door de concurrerende hulpverleners scherp bestreden zal worden.

Of, als men de huisartsgeneeskunde tot een tak van de hulpverleningswetenschap (waar nu het wetenschappelijk centrum bij de klinische psychologie ligt)¹⁾ wil maken met een daarbijbehorende geringere "case-load" per hulpverlener, dan is de vrije ondernemersgewijze praktijkvoering, met grote schulden in het begin en grote patiëntenaantallen om de exploitatie kloppend te maken, een dikwijls onoverkomelijke barrière.

B) De maatschappelijke oorzaken.

Macro-sociologisch gezien dankt de arts zijn bevoorrechte positie in onze samenleving aan zijn vermogen een veelheid van individuele problemen op te lossen met een op aanpassing van het organisme gerichte therapie. Artsen brengen de mensen weer in het gareel of geven iemand de mogelijkheid - ziekteverlof - zich enige tijd aan de maatschappelijke druk te onttrekken.

De wetenschappelijke achtergrond van een dergelijke benadering is het "medisch model", waar de oorzaak (en dus het aangrijpingspunt voor therapie) van lichamelijke stoornissen, in de constructie van het organisme wordt gezocht. De harmonie tussen het wetenschappelijke beeld en de maatschappelijke functie van de huisarts wordt

1) Deze wetenschap heeft overigens te kampen met precies dezelfde problemen van "kunst en kunde", gezien de recente oratie van De Moor, "Individuele psychotherapie - praktische kunst of wetenschappelijke activiteit". (1973, 23 e.v.)

wreed verstoord als maatschappelijke oorzaken binnen het wetenschappelijke beeld worden getrokken.

Stel dat een therapeut (een huisarts) heeft vastgesteld (hetzij door wetenschappelijk afwegen¹⁾ van een veelheid van factoren, hetzij doordat hij in het algemeen al ervan overtuigd is dat bepaalde individuele problemen veroorzaakt worden door verscherpte uitbuiting, vals bewustzijn, de vader/dochter of moeder/zoon-verhouding) dat de belangrijkste oorzaak van iemands gezondheidstoornissen in dat deel van de sociale omgeving ligt dat niet direkt te beïnvloeden is (arbeidsverhoudingen b.v.), wat voor consequenties heeft dat dan voor zijn therapie? Moet hij "zudecken" of "abdecken"? Hij moet in ieder geval een (maatschappelijk-politieke) keuze maken, voor of tegen aanpassing.

Zolang er wordt ontkend dat deze keuze wordt gemaakt (als men de oorzaak van de stoornissen in principe in het organisme zegt) heeft een (huis)arts een rustig geweten.

Op het moment dat hij accepteert dat maatschappelijke oorzaken in belangrijke mate van invloed zijn op het voorkomen van welzijnsstoornissen, kan hij een keuze niet meer ontlopen: kiest hij tegen aanpassing van het individu (wat ook een geheel nieuw soort "therapeutisch" gedrag van de kant van de arts zou vergen) dan zal dat hem door de heersende machten in de samenleving niet in dank worden afgenomen; zijn bevoorrechte maatschappelijke positie (aanzien, beloning) komt ter discussie.

8. Tenslotte.

Het is duidelijk dat een aantal van de voorlopige conclusies voorbarig was. Er is in de huisartsgeneeskunde meer aan de hand dan het probleem van de te kleine instituten en de occupatie met de opleiding. Het ontstaan van de huisartsgeneeskunde is gevolg van een veel fundamentele crisis in de medische wetenschap; de consequenties en oorzaken van deze crisis zijn van maatschappelijke, eerder dan van weten-

1) De wetenschappelijke ontwikkeling op het gebied der etiologie van lichamelijk of psychisch onwel bevinden is lang niet ver genoeg gevorderd om in individuele gevallen de zwaarte van supra-individuele, individuele en sub-individuele oorzaken te wegen. In de meeste gevallen zal de therapeut vanuit zijn eigen visie die weging moeten aanbrengen.

schappelijke aard. Het feit dat de crisis in het medisch model heeft geleid via oprichting van het N.H.G. als wetenschappelijke vereniging naar het oprichten van het N.H.I. als wetenschappelijk instituut en het instellen van leerstoelen in de wetenschap der huisartsgeneeskunde, waarvan het peil, gezien de resulterende dissertaties, niet anders dan uiterst laag genoemd kan worden, heeft de aandacht afgeleid van de oorzaken van de crisis en geeft de illusie dat men de crisis overwonnen heeft op het moment dat de huisartsgeneeskunde wetenschappelijk als volwaardig kan worden beschouwd.

Discussie over de huisartsgeneeskunde - hoe formeel wetenschappelijk deze ook moge zijn - is niet vrijblijvend; integratie van de sociologie (en zeker van de sociale etiologie) tast het medisch model aan; aantasting van het medisch model vergt een fundamentele heroriëntatie op de taak, maar ook op de sociale positie van de huisarts; zolang men deze positie niet ter discussie stelt blijft men bij jaarlijks weeklagen; zolang men alleen zijn weg zoekt in de huisartsgeneeskunde als wetenschap staan de beoefenaren ervan voor een onmogelijke taak.

Literatuur

- Diederiks, J.P.M. en R. Kraan, - Modellen en accumulatie van kennis in de sociologie, Soc. Gids, 1972, 1, p. 1-14.
- Diederiks, J.P.M. - Is er een paradigma voor de huisartsgeneeskunde. Lezing op de conferentie Huisarts - Wetenschappelijk Onderzoek (1973).
- Dokter, H.J. en H.Ph. Milikowski, - De opleiding tot huisarts, Med. Contact, 1973, 28 P. 185 - 190.
- Dijkhuis, H.J.P.M.- De doelstellingen van de opleiding in de huisartsgeneeskunde, Med. Contact, 1973, 28, p. 190 - 193.
- Van Es, J.C. - Het moderne gewaad van de huisarts, Assen, 1967.
- Freidson, E. - The profession of medicine, New York, 1971.
- Hansma, J. en M. Timmer - Huisartsgeneeskunde als zelfstandige wetenschappelijke discipline - Soteria, jan-feb-1969 p. 1-12.
- Huygen, F.J.A. - Wetenschappelijk onderzoek door de huisarts, in Bremer, e.a., Red., Inleiding tot de huisartsgeneeskunde, Leiden, 1969.
- De Moor, W. - Individuele psychotherapie. Praktische kunst of wetenschappelijke activiteit? Leuven, 1973.
- Philipsen, H. - Lezing op de conferentie huisarts en wetenschappelijk onderzoek, 1973.
- Verbrugh, H.S. - Geneeskunde op dood spoor, Rotterdam, 1972.
- Verbrugh, H.S. - Paradigma's in de geneeskunde, Intermediair, 1973. 15 april, p. 33 e.v.
- Vercruijssse, E.V.W- Een kritische beschouwing van de probleemstelling in het sociale onderzoek van en in de huisartsenpraktijk. Lezing op de conferentie huisarts-wetenschappelijk onderzoek, 1973.
- Van der Vlist, R. - Verschillen in groepsprestaties in de Nederlandse zeevisserij, Groningen, 1970.
- De Vries, A.E.N. - Gezin en hulpverlening in Dorp-bij-Stad, Nijmegen, 1973.
- Wibaut, F. - De methode der geneeskunde, Haarlem, 1962.