

diseases, is described. In the group of deaths from myocardial infarction, three subgroups can be distinguished: acute deaths; deaths following prodromal signs for which no medical advice was sought; deaths following prodromal signs for which medical advice was sought in the course of four preceding weeks.

Possibilities to reduce mortality are described. Most is to be expected of prevention, four phases of which are distinguished in the course of time between „young and healthy” and „ageing with infarction”. These four phases are described with reference to the task of the family doctor in each.

#### *Geraadpleegde literatuur*

Dekker, E. (1972) Hartbulletin 3, 88.

Does, E. van der (1971) Ned. T. Geneesk. 115, 1756.

Fieren, C. J. Het myocardinfarct. Academisch proefschrift, Nijmegen, 1972.

Koster, H. Uw hart ter harte. Nygh en Van Ditmar, Rotterdam/’s-Gravenhage, 1971.

Volksgezondheid, Verslagen en Mededelingen nr. 14, Advies inzake de bestrijding van hart- en vaatziekten, 1971.

Simon, A. B., M. Feinleib en H. K. Thompson (1972) Amer. J. Cardiol. 30, 476.

## *Conferentie huisarts en wetenschappelijk onderzoek*

Op 22 en 23 maart dit jaar werd in het Maarten Maartenshuis in Doorn een conferentie gehouden over het onderwerp „Huisarts en Wetenschappelijk Onderzoek”. De organisatie was in handen van het N.H.I.\*

Op deze conferentie hield Prof. Dr. E. V. W. Vercruyjsse een inleiding getiteld „Een kritische beschouwing van de probleemstelling in het sociale onderzoek van en in de huisartsgeneeskunde”. Prof. Vercruyjsse is hoogleraar in de methoden en technieken van het sociaal-wetenschappelijk onderzoek aan het Institute of Social Studies in Den Haag.

Eén van de kernpunten van zijn betoog was de stelling dat het niet mogelijk is om uitsluitend op basis van materiaalverzameling feiten te constateren „zoals ze zijn”. Vercruyjsse merkte op dat feiten pas in het kader van een specifieke vraagstelling geconstitueerd worden en dat buiten het kader van die vraagstelling niet kan worden vastgesteld wat de feiten eigenlijk zijn. Het vaststellen van feiten, zo zei de hoogleraar, is altijd een interpreteren van de werkelijkheid, welke interpretatie uiteraard slechts kan plaatsvinden binnen een bepaalde context (in een onderzoek: de context van de probleemstelling). Een onderzoek zónder goede probleemstelling kan derhalve nooit antwoord geven op de vraag wat de feiten zijn, doordat het interpretatiekader van die feiten ontbreekt.

Aan de hand van een aantal voorbeelden van onderzoek in de huisartsgeneeskunde maakte de spreker duidelijk dat — door een te zware nadruk op de materiaalverzameling — het zo vitale interpretatiekader vrijwel altijd ontbreekt. En als het al aanwezig is, blijkt het vaak te lijden aan een grote

mate van dubbelzinnigheid, zodat na de materiaalverzameling niet goed duidelijk gemaakt kan worden welke feiten welk antwoord geven op welke vragen. Het „zomaar” zoeken naar samenhangen en het terloops vinden van samenhangen is methodologisch dan ook een hachelijke zaak, aldus Prof. Vercruyjsse.

Hoewel probleemstellingen best kunnen ontstaan „door het doen van één of enkele observaties, waardoor wij gedachteninvallen krijgen” (Huygen), moet worden bedacht dat de bedoelde observaties niet willekeurig zijn. Integendeel, het is gebleken dat de observaties die later blijken te leiden tot een vruchtbare probleemstelling altijd anders zijn dan wij op grond van onze ervaringskennis, neergelegd in empirische wetten, hadden mogen verwachten.

Probleemstellingen hebben dus altijd een empirisch uitgangspunt, hetgeen voor de huisartsgeneeskunde een dilemma oplevert: de huisartsgeneeskunde beschikt immers nog niet over empirische wetmatigheden die probleemstellingen voor onderzoek moeten opleveren. De probleemstellingen van het huisartsenonderzoek krijgen daardoor een wat kunstmatig karakter: het onderzoek streeft ernaar de ervaring op te doen, waarop het normaliter zou moeten berusten. Het onderzoek in de huisartsgeneeskunde ontbeert dus zowel een empirische relevantie (de huisartsgeneeskunde beschikt nog niet over eigen wetmatigheden) als een theoretische relevantie (er bestaan geen huisartsgeneeskundige theorieën, huisartsgeneeskunde als tak van wetenschap bestaat nog niet).

Bij het begrijpelijke streven om te komen tot een wetenschap die de naam „huisartsgeneeskunde” draagt, zette Vercruyjsse tenslotte een aantal vraagtekens; naar zijn mening vertegenwoordigt de huisartsgeneeskunde als zelfstandige wetenschap een niet te bereiken ideaal, aangezien de onderzoeken door huisartsen verricht zich al naar hun object bewegen op het terrein van reeds lang geconsti-

\* De volledige tekst van de drie lezingen met een nawoord van J. van der Zee, getiteld „De onmogelijke taak van de huisartsgeneeskunde” zal als uitgave in de serie „N.H.Idee” in oktober 1973 verschijnen en zal bij het N.H.I. verkrijgbaar zijn. Prijs f 12,50.

tueerde wetenschappen, te weten de medische en de sociale.

Prof. Vercruyjsse concludeerde dat het zich bekwamen in de hantering van sociaal-wetenschappelijke theorieën en methoden van onderzoek derhalve een betere leidraad is voor vruchtbaar onderzoek in de huisartsenpraktijk dan het streven naar een aparte wetenschap „huisartsgeneeskunde”.

Vervolgens behandelde Prof. Dr. H. Philipsen, hoogleraar in de methoden en technieken van sociaal-wetenschappelijk onderzoek aan de Rijksuniversiteit in Leiden, aan de hand van enkele artikelen uit „huisarts en wetenschap” een aantal concrete problemen die zich bij onderzoek in de huisartspraktijk kunnen voordoen. Wat een empirisch wetenschappelijk onderzoek tenslotte oplevert is de zogenaamde „data-matrix”, een kruistabel waarbij horizontaal de onderzochte eenheden staan en verticaal de gebruikte variabelen, terwijl de cellen van de tabel de combinaties van eenheden en specifieke waarden van de variabelen aangeven. De vaststelling en verantwoording van zowel de eenheden van onderzoek als de variabelen geeft problemen die nogal eens over het hoofd worden gezien, aldus de spreker.

Wat de onderzochte eenheden (de populatie) betreft noemde Prof. Philipsen de representativiteit die in het speciale geval van de huisarts die een onderzoek doet naar de oorzaken van gewichtsverlies licht in het gedrang komt (wie zijn precies de patiënten?, welke patiënten komen naar de dokter?, welke patiënten komen met wat?). Daarnaast vermeldde de hoogleraar het gevaar dat een niet-homogene populatie wordt onderzocht (mensen die willen vermageren om gezondheidsredenen zijn „anders” dan mensen die slank willen worden om esthetische redenen) en het gevaar van de „besmette waarneming” als gevolg van een selectie van de populatie op bepaalde criteria.

Wat de variabelen in de „data-matrix” betreft zijn er de problemen van geldigheid en betrouwbaarheid.

De belangrijke vraag naar de geldigheid (meet ik wat ik pretendeer te meten?) kan slechts behandeld worden met behulp van een theorie. Een en dezelfde variabele kan in verschillende theorieën voorkomen en kan derhalve indicatief zijn voor verschillende dingen; leeftijd kan bijvoorbeeld staan voor „mate van organische veroudering”, maar ook voor „levensfase” of „generatie”.

Volgens Prof. Philipsen blijkt deze vraag naar geldigheid in onderzoek door huisartsen vaak te ontbreken of impliciet te zijn. Daardoor kunnen dergelijke onderzoekingen niet veel meer opleveren dan „gemengd nieuws”; een aantal tabellen waaraan een specifiek gemeenschappelijk gezichtspunt

ontbreekt. In plaats van „observeren en redeneren” zou men, specifiek toetsend, moeten „gissen en miszen” (uit „Conjectures and Refutations”, een boek van Karl Popper).

Met de betrouwbaarheid van de variabelen is het doorgaans beter gesteld, al loopt juist de huisarts natuurlijk het grote gevaar dat subjectieve oordelen over patiënten - „labiel”, „neurotisch” enzovoort — nogal onbetrouwbaar zijn, aldus Prof. Philipsen.

Vervolgens ging de spreker in op de specifieke situatie van de huisarts die voor het doen van onderzoek in een nadelige positie verkeert: 1. Het onderzoek is altijd ondergeschikt aan de arts-patiënt-relatie (en moet dat uiteraard ook zijn) 2. De huisarts moet werken onder een tijdsdruk en 3. De zekerheden van de huisarts kunnen als gevolg van het onderzoek worden ondermijnd. En juist voor de praktizerende huisarts „aan het front” is onzekerheid een moeilijk te tolereren zaak.

Met de structuur van het beroep van huisarts (hier en nu dringende problemen oplossen) is de noodzaak verbonden van een zekere „frontmentaliteit” die zich slecht leent voor het steeds opnieuw vragen stellen, iets wat de wetenschappelijke onderzoeker eigen is. Mede in verband daarmee gaf Prof. Philipsen de aanwezige huisartsen de raad om bij het doen van onderzoek beslissingen over de te onderzoeken populatie en de te gebruiken variabelen niet overhaast te nemen, maar deze problemen uitvoerig te bespreken met mensen die lastige vragen kunnen stellen. Daarnaast zou het huisartsenonderzoek naar zijn mening minder „quasi-epidemiologisch” gericht moeten zijn en meer op de analyse van processen.

Tenslotte sprak Drs. J. P. M. Diederiks, socioloog, als onderzoeker verbonden aan het Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde/TNO in Leiden, over „Is er een paradigma voor de huisartsgeneeskunde?”. Een wetenschap werkt onder een of meer 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 paradigma methoden en technieken van onderzoek. Voorbeelden van paradigma's in de natuurwetenschappen zijn Newtons klassieke mechanica, Huygens optica en de phlogistonleer.

De geneeskunde heeft het beroemde „medisch model” als paradigma. Dit medisch paradigma heeft grofweg twee wetenschappelijke tradities voortgebracht: het klinisch-medisch onderzoek en de epidemiologie. Wanneer wij de epidemiologie bezien zoals die oorspronkelijk werd opgevat, namelijk de wetenschap van de besmettelijke ziek-

ten, dan blijkt dat deze systematische verklaringen hanteert. De gebruikte termen „infectiebron”, „vatbare groep” en „contactfactoren” zijn onderling verbonden door het mechanisme van de overdracht van de ziekteverwekker. Een dergelijke constructie, waarbij een aantal concepten onderling zinvol is verbonden door middel van 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, met andere woorden maakt veronderstellingen over de wijze waarop de verschijnselen op elkaar inwerken. De werking wordt wel het mechanisme van het model genoemd.

Volgens Diederiks geeft dit mechanisme een subjectieve verklaring: men ziet hoe het „werkt”. Een formele functie van het mechanisme is dat het voorspellingen mogelijk maakt die nodig zijn om te zien of men met een bepaald model op het goede spoor zit. Een model waarvan de voorspellingen niet gefalsificeerd worden is nuttig. Het denken in termen van nut (en niet: waarheid) van modellen leidt tot een grote mate van vrijheid bij de constructie van modellen, een vrijheid die men uiteraard niet meer heeft bij het toetsen van de uit het model voortkomende hypothesen. Hoewel theoretische modellen van nut zouden kunnen zijn voor de huisartsgeneeskunde, zelfs nog binnen het medisch paradigma dat in elk geval de fysiologische mechanismen als verklaring aanbiedt, wordt de huisarts nu juist geconfronteerd met gevallen die niet met het medisch paradigma te verklaren zijn. Het feit dat in ongeveer 50 procent van de gevallen niet meer dan een symptoomdiagnose kan worden gesteld is een anomalie die reeds lang door de huisartsen is onderkend. Het zou dan ook zinnig zijn om in onderzoekingen op dit vlak psycho-sociale mechanismen te betrekken.

Deze mechanismen worden echter niet geleverd door het medisch paradigma, maar moeten ontleend worden aan andere disciplines. Dit betekent, aldus de spreker, dat een huisarts zich bij een dergelijk onderzoek moet verdiepen in relevante (bij-

voorbeeld sociaal-wetenschappelijke-) theorieën, al was het alleen maar om te kunnen vaststellen welke gegevens moeten worden verzameld.

Vaak heeft de huisarts echter te maken met wat een „gemengde” problematiek kan worden genoemd, bijvoorbeeld hart- en vaatziekten. Bij deze groep ziekten kan men aan drie verschillende mechanismen denken: maatschappelijke processen (sociologisch niveau), psychologische processen en fysiologische processen, terwijl deze processen ook nog onderling op elkaar inwerken. Het zal duidelijk zijn dat dergelijke problemen een interdisciplinaire behandeling wenselijk maken.

Aan de hand van een aantal voorbeelden uit de literatuur maakte Diederiks duidelijk dat de huisarts bij de door hem bestudeerde problematiek veelal te maken heeft met verschillende mechanismen die niet alle door het medisch paradigma worden geleverd. Uit de stromingen die van de huisartsgeneeskunde een zelfstandige wetenschap willen maken, kan men — aldus Diederiks — de conclusie trekken dat de huisarts op zoek is naar een eigen paradigma. Het onderzoek zoals dat nu in de huisartspraktijk plaatsvindt, kan echter niet leiden tot een eigen wetenschappelijke identiteit: het gaat om of medische, of psychologische, of sociologische of interdisciplinaire problemen. In dit licht, zo zei de spreker, is het niet verwonderlijk dat het eigen paradigma voor de huisartsgeneeskunde niet zozeer in de onderzoekrol van de huisarts wordt gezocht, maar in diens hulpverlenersrol (artikel van Dokter en Milikowski in *Medisch Contact*).

De spreker vroeg zich tenslotte af of het wel zo nodig was dat de huisartsgeneeskunde een zelfstandige wetenschap wordt, met andere woorden: moet er wel een paradigma voor de huisartsgeneeskunde komen?. Het antwoord hierop lijkt ontkennend te moeten zijn, als wij daarbij de vraag in het oog houden of het mogelijk is dat de huisarts zinnig onderzoek kan doen. De huisarts kan zeker onderzoek doen, aldus Diederiks, mits hij de interdisciplinariteit van zijn onderzoek onderkent en hieruit de consequenties trekt. Of uit deze bezigheid ooit nog een eigen paradigma voor de huisartsgeneeskunde zal voortspruiten, lijkt voorshands niet relevant.

Drs. J. P. Dopheide