

MEDEDELINGEN VAN DE REDACTIE

JAARBOEK 1965 BIJNA UITVERKOCHT

Van het *Jaarboek 1965* zijn nog slechts enkele exemplaren over. Hoewel wij van dit jaarboek een iets grotere oplage hadden laten produceren, is de voorraad eerder (bijna) uitgeput dan vorige jaren. De laatste exemplaren zijn verkrijgbaar door *f* 12,50 over te schrijven op postgironummer 12 88 79 van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde te Amsterdam.

Amsterdam, 10 oktober 1966

REDACTIE

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor, de stukken te bekorten)

HET LIJDEN DAT MEN VREEST

Met het doel „de omvang van het probleem van de onnodige medicatie aan een neurologische polikliniek na te gaan” hebben Dr. R. GIEL en P. J. M. VAN DER LUGT (1966) bij 200 polikliniek-bezoekers een mondelinge enquête gehouden. De opzet en de uitvoering van deze enquête, alsmede de analyse van de verkregen uitkomsten, geven aanleiding tot een aantal opmerkingen, die ter wille van de overzichtelijkheid in een aantal afzonderlijke punten zijn ondergebracht.

a. De doelstelling van het onderzoek

Volgens de auteurs gaat het bij het probleem der onnodige medicatie om drie vragen, t.w. (bl. 1488-1489): „1. Bij hoeveel patiënten vormt angst voor de een of andere ziekte een belangrijke achtergrond van de klachten? 2. Hoeveel van hen geven aan, tevreden te zijn met een gunstige uitslag van het onderzoek, zonder verdere medicatie? 3. Wat zijn de belangrijkste klachten die met een onderzoek en geruststelling zouden kunnen worden afgedaan?”

Bij de vragen 1 en 3 komt medicatie niet aan de orde. Bij vraag 2 wel, maar deze vraag geeft geen bevredigend antwoord op de doelstelling, omdat het feit dat een patiënt ten tijde van het onderzoek meent, na geruststelling geen medicatie nodig te hebben, niet behoef te betekenen dat zijn angst ongegrond is, noch dat medicatie inderdaad onnodig is. De auteurs herstellen deze kortsluiting echter ten dele op bl. 1491, waar zij vraag 2 opnieuw en wel als volgt formuleren: „De belangrijkste vraag van het onderzoek was, in hoeverre men patiënten met een ongegronde angst voor de een of andere ziekte na een onderzoek en na geruststelling zonder medicatie naar de huisarts zou kunnen terugsturen.”

Essentieel is hier de toevoeging „ongegegronde”; immers alleen als de angst van de patiënt niet door de aanwezigheid van een ernstige ziekte gerechtvaardigd is, heeft het zin te onderzoeken of het wegnemen van deze ongegronde angst wellicht tot het verdwijnen van de klachten leidt, in welk geval medicatie onnodig is.

De vraag is echter nog niet compleet. Men moet zich ook afvragen, of (a) de geruststelling inderdaad de angst heeft doen verdwijnen, en of (b) daarna de klachten voor goed, of tenminste gedurende zekere tijd, zijn weggebleven. Men schiet er immers weinig mee op, als kort na het bezoek aan de neuroloog blijkt, dat het wegnemen van de angst niet geslaagd is of niet tot het verdwijnen van de klachten heeft geleid. In dat geval zal de patiënt, die zich door zijn bezoek aan de specialist niet geholpen voelt, zich weer snel tot de

huisarts wenden, met het nu eerst recht dringende verzoek, iets aan deze blijvende klachten te doen. Het is mogelijk, dat een deel van deze patiënten door het geven van een placebo, of door psychiatrische behandeling, van hun klachten kan worden bevrijd. Lukt dit niet, dan is het m.i. de vraag of men dan medicatie achterwege kan laten, en of de gegeven medicatie onnodig kan worden genoemd.

Uit het voorgaande volgt dat men, om een antwoord van praktische betekenis op de gestelde vraag te krijgen, moet vaststellen: hoeveel patiënten met ongegronde angst men zodanig kan geruststellen, dat zij blijvend (of althans gedurende zekere tijd) geen klachten (of slechts geringe klachten) hebben, zodat zij geen medicatie nodig hebben.

Uit het artikel blijkt, dat de auteurs zich wel hebben gerealiseerd, dat hun onderzoek onvolledig is. Op bl. 1489 leest men, dat „Een poging om te beoordelen of de patiënt werkelijk gerustgesteld was, wanneer het neurologisch onderzoek niets had opgeleverd, al spoedig (werd) opgegeven” (omdat het contact met de patiënt „te kort en te oppervlakkig” was). Op bl. 1492 staat, dat „ons onderzoek eigenlijk nog moet worden aangevuld met een bestudering van de verdere lotgevallen van de . . . 200 patiënten”; daar wordt ook de mogelijkheid van neurotische angst geopperd en geconstateerd dat het onwaarschijnlijk is, dat dergelijke patiënten met één enkel onderzoek geholpen zouden zijn.

Merkwaardig is nu, dat de auteurs op de vraag 2 van bl. 1491 het antwoord geven, dat op de foutieve, oorspronkelijke vraag 2 (in de eerste alinea hierboven) betrekking heeft. Dit antwoord, ontleend aan tabel X is namelijk, dat 16 patiënten (8 pct van de totale groep) *mededelen*, dat zij het wegnemen van hun angst belangrijk en het ontvangen van therapie niet belangrijk vinden.

Opvallend is ook de wijze, waarop de belangrijkste uitkomst van het onderzoek in de samenvatting (bl. 1488) wordt gepresenteerd. Hier staat dat werd nagegaan „. . . bij (hoeveel patiënten) angst voor een ernstige kwaal belangrijker was geweest als drijfveer om de polikliniek te bezoeken, dan de behoefte aan behandeling” en daarbij wordt de bovengenoemde 8 pct vermeld. Men ziet dat hier, nogmaals anders geformuleerd, de oorspronkelijke vraag 2 weer tevoorschijn komt. Het wordt aan de lezer overgelaten, hieruit — naar ik meen te hebben aangetoond: ten onrechte — de conclusie te trekken, dat bij deze 8 pct medicatie onnodig is.

b. De vragen 5 en 6.

Aan de patiënten zijn mondeling de op bl. 1489 vermelde vragen gesteld; hiervan hebben de vragen 5 en 6 direct betrekking op het doel van het onderzoek. Deze vragen luiden: „5. Bent U ergens bang voor, en gaat het er voornamelijk om dat wij dat uitzoeken? 6. Gaat het er voornamelijk om, dat wij U van uw klachten afhelpen?”

Men ziet dat deze vragen wel bijzonder ongelukkig zijn uitgevallen. Vraag 5 is een „dubbelvraag”, waarvan het eerste deel („Bent U ergens bang voor?”) *afzonderlijk* moet worden gesteld, omdat (1) op een patiënt die op dit deel neen antwoordt, noch het tweede deel van vraag 5, noch vraag 6 van toepassing is, en (2) een patiënt die dit deel bevestigend beantwoordt voor het alternatief „angst wegnemen” of „klachten wegnemen” moet worden gesteld. De juiste formulering van de vragen 5 en 6 is dan ook:

5. *Bent U ergens bang voor?* Antwoordmogelijkheden: a. Neen, b. Ja (er zijn klachten én er is angst, doorgaan met vraag 6), c. Onduidelijk (patiënt weet het niet of geeft geen antwoord).

6. *Wat vindt U belangrijker: dat wij uw klachten of uw angst wegnemen?* Antwoordmogelijkheden: a. Primair klachten wegnemen, b. Primair angst wegnemen, c. Beide wegnemen (patiënt vindt beide „ongeveer” even belangrijk), d. Onduidelijk (patiënt kan of wil geen beslissing nemen).

Het is bij elke enquête van belang, dat men de onduidelijke antwoorden te voren kritisch bekijkt (zo nodig: hun betekenis door middel van een vooronderzoek bestudeert). Zo kan men wat betreft antwoord 5c opmerken, dat de patiënten die dit antwoord geven, mogelijk (waarschijnlijk?) wel (enige) angst hebben, maar dat zij voor deze angst niet willen of durven uitkomen. Te overwegen valt, of men (steeds) aan deze patiënten toch vraag 6 zal stellen, om te zien of zij via deze meer „concrete” vraag wellicht „duidelijk” worden. Voor een patiënt die antwoord 6d geeft, geldt, dat hij angst en klachten heeft, maar dat de wens om één van beide te laten wegnemen niet duidelijk prevaleert. Uit een praktisch oogpunt gezien kan men dit antwoord, althans in eerste instantie, met antwoord 6c samen nemen.

Zelfs als men de voorgaande handelwijzen onjuist acht, verkrijgt men bij juiste formulering van de vragen 5 en 6 slechts twee soorten onduidelijke antwoorden; de onderzoekers krijgen (tabel X) vijf soorten, wat de interpretatie van de uitkomsten onnodig bemoeilijkt. Dat dit (mede) aan hun onjuiste formulering ligt, blijkt onder meer, als men bedenkt dat aan patiënten, die vraag 5 (van de onderzoekers) bevestigend beantwoordden (en daarmee te kennen gaven angstig te zijn én „voornamelijk” van hun angst bevrijd willen worden), vervolgens werd gevraagd „Gaaf het er voornamelijk om, dat wij U van uw klachten afhelpen?”. Het is niet te verwonderen dat 9 ja-zeggende op vraag 5 bij vraag 6 een „onduidelijk” antwoord gaven; zij kunnen het — terecht — inconsequent hebben geacht, zowel voornamelijk van hun angst als voornamelijk van hun klachten te willen worden bevrijd.

c. *Het vraaggesprek*

Als inleiding tot de volgende opmerkingen moet ik iets over de gang van zaken bij een mondelinge enquête zeggen. Gewoonlijk zal men met een kort, inleidend gesprek beginnen; dit kan zo nodig tevens dienen om gegevens als geslacht, leeftijd, e.d. vast te leggen. Daarna dient men echter de vragen aan alle geënquêteerden volledig en op dezelfde wijze te stellen, zo dat zij niet een bepaald antwoord suggereeren. Hierbij zal men in principe de gegeven antwoorden moeten accepteren; de vragensteller mag bijvoorbeeld niet, omdat hij meent dat een antwoord niet „eerlijk” gegeven wordt, extra (niet van te voren vastgestelde) vragen toevoegen, noch het antwoord noteren waarvan hij meent dat het juist is. Wel kan hij uiteraard bij het gegeven antwoord zijn mening vermelden. (Bij een uitvoerige enquête kan men soms een zekere controle op de „eerlijkheid” verkrijgen, door in de loop van de enquête over een onderwerp meerdere, „subtiële” vragen te stellen en na te gaan, of de antwoorden daarop onderling verenigbaar zijn.)

Nu kan men zich ten aanzien van het onderhavige onderzoek afvragen, of een specialist aan een naar hem verwezen patiënt de vraag „Bent U ergens bang voor” kan stellen, zonder dat van deze vraag op zichzelf een suggestieve werking uitgaat. (De auteurs hebben zelf reeds gedacht aan de mogelijkheid, dat de eerste van de twee onderzoekers, die psychiatrisch geschoold is, „de door hem veronderstelde angst te veel aan de patiënten suggereerde”.) De waarde van de antwoorden wordt echter pas recht twijfelachtig, als men op bl. 1491 leest: „De meeste mensen zijn bang voor een ge-

zweel, maar men moet dit gedurende het gesprek soms als mogelijkheid noemen om hen dit te laten bekennen.” Hier worden bovengenoemde spelregels evident overtreden: bij sommige patiënten (bij hoeveel? bij welke? waarom bij deze?) voegt men aan de vragen een uitermate suggestieve vraag toe, waarmee men op subjectieve wijze de uitkomsten van het onderzoek beïnvloedt en waarschijnlijk verandert.

Men kan zich voorstellen, dat een slechts weinig angstige patiënt, die zelf aan een gezwel nog niet heeft gedacht, na deze door een specialist gestelde vragen angstig wordt. „Bekent” deze patiënt vervolgens deze angst, dan is het zeer wel denkbaar, dat hij op dat moment zijn klachten minder belangrijk gaat vinden en dus vervolgens antwoordt, dat hij primair van zijn angst wil worden bevrijd. Deze gang van zaken zou ertoe kunnen leiden, dat men, in tegenstelling tot de verwachting (bl. 1491), juist meer „angst” vindt bij „psychogene” dan bij „organische” patiënten; namelijk wanneer eerstgenoemden meer vatbaar zijn voor suggestie. Verder is een interessante vraag, of het hoge percentage patiënten met angst onder de lijdende aan hoofdpijn zou kunnen voortvloeien uit het feit, dat men juist bij deze patiënten de mogelijkheid van een gezwel vaker noemde.

Op bl. 1489 vermelden de auteurs, dat 100 patiënten door de ene en 100 patiënten door de andere onderzoeker zijn ondervraagd, „ten einde de invloed van subjectieve factoren bij de beoordeling enigszins te kunnen nagaan”. Daar men bij een enquête moet volstaan met het stellen van vragen en het noteren (en niet het beoordelen) van de gegeven antwoorden, moet worden aangenomen dat men hiermede uitsluitend de subjectieve factoren bij het stellen van de vragen (zie boven) bedoelt.

Uit de bevinding dat de twee onderzoekers bij twee groepen patiënten met ongeveer dezelfde leeftijds- en geslachtsverdeling (tabellen I en II) ongeveer dezelfde verdeling van (bijvoorbeeld) „angst belangrijk” verkrijgen (tabel III) kan men echter niet opmaken, dat de onderzoekers „gelijkwaardig” vragen stellen en antwoorden noteren. Men zou dit zelfs uit een overeenstemmende *totaalverdeling* van „angst belangrijk” niet kunnen opmaken, als zij onafhankelijk van elkaar dezelfde 100 patiënten hadden onderzocht; men moet daartoe immers de uitkomsten patiënt voor patiënt vergelijken. Een eenvoudig voorbeeld moge dit verduidelijken.

Stel dat de onderzoekers A en B bij één groep patiënten, onafhankelijk van elkaar, beoordelen of een bepaald kenmerk aanwezig (+), of afwezig (—) is. Beide onderzoekers vinden, dat driemaal het kenmerk aanwezig is. Een perfecte overeenstemming? Dit behoeft niet, want het is mogelijk dat zij per patiënt gezien de volgende uitkomsten verkregen:

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------|---|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Onderzoeker | } | A: | + | — | — | — | + | — | — | — | + | — |
| | | B: | — | — | — | + | — | — | + | — | — | + |

d. *De analyse van de uitkomsten.*

Ik beperk mij tot de tabellen VII en IX, waarin onder meer de percentages „angst (belangrijk)” voor drie leeftijdsgroepen, resp. naar oorzaak van de klachten, zijn gegeven. In de eerste plaats valt op, dat men het geslacht van de patiënten niet in de beschouwing betreft. Verder concludeert men uit tabel VII dat „angst” het meest voorkomt in de jongste leeftijdsgroep, „waar men deze angst eigenlijk het minst zou verwachten . . .” en uit tabel IX dat angst minder frequent is bij patiënten met een organische basis voor hun klachten. Het is echter (bijvoorbeeld) mogelijk, dat de (onverwachte) bevinding omtrent de meerdere angst in de jongste leeftijdsgroep een gevolg is van (a) een hoger percentage angst bij patiënten met psychogene oorzaken én (b) een hoger percentage van deze patiënten in de jongste

leeftijdsgroep. Om dit soort „interacties” te kunnen opsporen, dient men eerst een tabel op te stellen, waarin de patiënten *tegelijktijdig* naar leeftijd, oorzaak (en naar geslacht) zijn gerubriceerd. Bij de analyse van deze tabel kan men mathematisch-statistische methoden gebruiken.

Verder dient men zich af te vragen, of er nog andere aspecten zijn, die feitelijk in zo'n tabel thuishoren (beroep? duur van de klachten?). Feitelijk dient men deze te voren op te sommen en ze zo mogelijk in het onderzoek te betrekken; doet men dit niet, dan dient men de conclusies nog met reserve te beschouwen, omdat altijd de mogelijkheid bestaat dat het in de analyse betrekken van deze aspecten de conclusies zou wijzigen.

Tenslotte wil ik opmerken, dat mijn kritiek zich tot enkele hoofdzaken heeft beperkt. Men kan zich bijvoorbeeld ook afvragen wat de mededeling op bl. 1492 precies betekent, dat de indeling naar oorzaak van de klachten in tabel IX „berust op het oordeel dat de onderzoekers kregen over de diagnose van de verwijzende arts aan de hand van een overigens niet altijd duidelijke uitspraak in diens verwijzingsbrief”. Moet men hieruit opmaken, dat de twee onderzoekers niet, los van de verwijzende arts, zich door een grondig onderzoek van elke patiënt een eigen oordeel vormden?

Een soortgelijke vage formulering treedt op als men op bl. 1489, ten aanzien van het gemaakte onderscheid tussen „organische” en „psychogene” klachten leest, dat men een patiënt in de categorie „psychogeen” plaatste, als „aanwijzingen voor een organisch lijden ontbraken” en „waarschijnlijk psychische factoren werkzaam waren”, plus de mededeling dat het „uiteraard” binnen het kader van het onderzoek niet mogelijk was „de psychogenie van de klachten verder na te gaan”.

Samenvattend meen ik te mogen stellen, dat het onderzoek te oppervlakkig is opgezet en uitgevoerd om verantwoorde informatie omtrent onnodige medicatie te kunnen opleveren.

Literatuur: GIEL, R., en P. J. M. VAN DER LUGT (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 1488.

Leiden, 27 september 1966

H. DE JONGE

De argumenten waarmee de heer DE JONGE ons onderzoek verwerpt, vormen de condensatie van een langdurige en uitgebreide discussie met hem, welke aan de publikatie van ons artikel voorafging. Opnieuw valt ons op welk een wijde kloof gaapt tussen degenen die de gelegenheid hebben zich in maat en getal uit te drukken en degenen die een weg moeten vinden in de gedragswetenschappen. Het voorname dat de heer DE JONGE o.i. aantoonde, is dit overigens begrijpelijke onbegrip van de situatie waarin ons onderzoek zich afspeelde. Het lijkt ons ondoenlijk de gehele discussie hier weer te geven. Wij willen volstaan met de volgende punten:

1. Men kan een enquête houden met behulp van *a.* een door de patiënt in te vullen vragenlijst, *b.* voorgelezen vragen, indien de proefpersoon niet kan lezen, of *c.* een interview, waarin de onderzoeker op zijn eigen manier een aantal van te voren vastgestelde punten kan aanroeren. Elk van deze methoden heeft zijn voor- en nadelen. Wij verkozen de laatste omdat deze het meeste overeenkomt met de wijze waarop een arts tewerkgaat. Daarom is de kritiek van de heer DE JONGE onder *a* en *b* irrelevant. Zijn opmerkingen onder *c* zijn leerzaam, omdat ze laten zien welk een gruwelijke voorstelling een niet geïnformeerd iemand van een gesprek tussen arts en patiënt heeft.

2. Onderzoekingen (zie o.a. KREITMAN e.a. 1961, en GIEL 1965) hebben aangetoond dat de resultaten van het onder-

zoek van één patiënt door twee onderzoekers (gelijktijdig of na elkaar) gelijkwaardig zijn aan die van het onderzoek van twee afzonderlijke steekproeven, mits de beide onderzoekers het van te voren volledig eens zijn over de door hen te onderzoeken kenmerken.

3. Wij gingen uiteraard de invloed van alle factoren in ons onderzoek na, maar gaven omwille van de leesbaarheid slechts de belangrijkste uitkomsten weer.

Tot slot willen wij de heer DE JONGE erop wijzen, dat de nieuwe patiënten die onze neurologische polikliniek bezoeken, volgens goed gebruik, allen uitvoerig lichamelijk worden onderzocht. Wij hopen hem er tenminste van te kunnen overtuigen dat wij althans in dit opzicht niet „oppervlakkig” te werk gingen. Dit onderdeel van het onderzoek beantwoordt nog het meest aan zijn voorstelling van de ontmoeting tussen twee robots waarvan de één weliswaar van de ander kan schrikken, maar slechts als vocabulaire heeft „ja”, „nee” of „onduidelijk”.

Literatuur: KREITMAN, M. (1961) The reliability of psychiatric diagnosis. *J. ment. Sci.* **107**, 876. — KREITMER, M., P. SAINSBURY, J. MORRISSEY, J. TOWERS en J. SCRIVENER (1961) The reliability of psychiatric assessment: an analysis. *J. ment. Sci.* **107**, 887. — GIEL, R. (1965) *Een catamnestic onderzoek van 100 neurotische patiënten*. Van Gorcum, Assen.

Rotterdam, 7 oktober 1966

R. GIEL

P. J. M. VAN DER LUGT

BERICHTEN BUITENLAND

Cuba

Exodus. — Volgens een bericht in de *Presse médicale* van 17 september (bl. 1988) hebben zich sinds 1959 reeds 1600 Cubaanse artsen in de Verenigde Staten gevestigd. Wegens hun veelal antirevolutionaire overtuiging laat de Cubaanse regering hen gaarne gaan. Hun eigendommen worden dan geconfisqueerd, en bovendien hebben zij in afwachting van het verlof voor vertrek gedurende een jaar in een ziekenhuis dienst te doen. In Amerika volgt dan een stage in de Geneeskundige school te Miami en een examen, afgenomen door de Education Council for foreign medical graduates. De geïmmigreerde Cubaanse artsen hebben in Amerika een goede naam.

Engeland

Emigratie van artsen. — In de laatste jaren heeft men meer dan eens gepoogd, de emigratie van Britse artsen naar Canada, de Verenigde Staten, Australië, Nieuw-Zeeland, Zuid-Amerika en Rhodesië globaal te schatten. Vermoedelijk niet ver van de waarheid is de uitkomst, dat in de jaren 1954-1963 ongeveer 5000 artsen, geboren en opgeleid op de Britse eilanden (4000 in Groot-Brittannië en 1000 in Ierland), zijn geëmigreerd; dit is een vierde gedeelte van de opbrengst van de medische scholen in tien jaar. In 1960 waren 24.346 huisartsen in Groot-Brittannië werkzaam; op een geringe toeneming in 1961 volgde een daling met 750 in 1965. In 1960 waren aan de ziekenhuizen in Engeland en Wales 8100 junior hospital doctors verbonden; dit aantal was in 1965 met 2100 gestegen, maar 1750 artsen van deze toeneming waren buiten de Britse eilanden geboren. In 1960 waren er 2800 buiten de Britse eilanden geboren junior hospital doctors in Engeland en Wales (36 pct van het totaal). In 1965 was het aantal „from overseas” gestegen tot 4650 (46 pct van het totaal). (*Brit. med. J.*, 3 sept., bl. 576).

Accident flying squad. — De Senior casualty Officer van de Derbyshire Royal Infirmary beschrijft in de *British medical Journal* van 3 september (bl. 578) de organisatie en werkwijze