

UIT DE AFDELING GEZONDHEIDSZORG VAN HET
NEDERLANDS INSTITUUT VOOR PRAEVENTIEVE GENEESKUNDE TE LEIDEN

Mogelijkheden en moeilijkheden bij sociaal medisch speurwerk¹⁾

door

Prof. dr J. H. DE HAAS

Bij de oprichting van de Gezondheidsorganisatie T.N.O. in 1950 bestond in ons land de paradox van relatief goede resultaten op sociaal-hygiënisch gebied en een beperkte wetenschappelijke basis van de sociale hygiëne. Het is de taak van de Gezondheidsorganisatie T.N.O. deze basis te verbreden.

Bij uitvoering van de onderzoeken en bij besprekingen op commissie-vergaderingen komen met een zekere regelmaat bepaalde mogelijkheden en bepaalde moeilijkheden aan het licht. Te trachten hierin een lijn te zien en deze vanuit het verleden over het heden naar de toekomst door te trekken tegen de achtergrond van de sociaal-hygiënische verhoudingen in ons land, is het doel van deze inleiding.

*

Mogelijkheden

Vergeleken met de stroom van literatuur op klinisch terrein, gevormd door casuïstiek, laboratorium-onderzoek en klinische waarnemingen, vormen de publicaties op sociaal-medisch terrein in ons land nauwelijks een beek.

Dit treft te meer, omdat in ons land een complex van sociaal-hygiënische omstandigheden in gunstige zin cumulatief werkzaam is, hetgeen zich o.a. afspiegelt in een combinatie van lage en nog steeds lager wordende sterftcijfers: lage algemene sterfte, kinder- en adolescentensterfte en tuberculosesterfte. Vanuit het buitenland gezien vormt ons land een aantrekkelijk arbeidsterrein om relatief gunstige sociaal-medische verhoudingen te bestuderen. In eigen kring is men zich daarvan niet altijd bewust; de animo voor zelfstandig research-werk is althans niet overweldigend.

Het *weinig spectaculaire karakter* van de resultaten van sociaal-medisch speurwerk draagt hiertoe wellicht bij. Tevoren kan men immers verwachten, dat

het niet door actief medisch ingrijpen was, dat een gunstige situatie ontstond, maar dat een zich wijzigend sociaal-economisch patroon van doorslaggevende betekenis was.

Bovendien worden resultaten op sociaal-hygiënisch gebied in de regel op *lange termijn* verkregen. Wie het directe resultaat wil zien, dat in curatief werk aan de dag lijkt te treden, zal in praeventieve arbeid weinig bevrediging vinden.

De analyse van sociaal-hygiënische vraagstukken is er niet minder aantrekkelijk om en van het „werk te velde” gaat een grote bekoring uit, wanneer men de natuurlijke situatie in dorp of stad prefereert boven de onvermijdelijk kunstmatige intramurale ziekenhuis-verhoudingen.

De onderzoeker in het openlucht-laboratorium, dat door de maatschappij wordt gevormd, draagt er toe bij een wetenschappelijke basis te geven aan een sociaal verantwoord beleid op het gebied van de volksgezondheid. Ontbreekt deze moderne basis — zoals nog maar al te dikwijls het geval is — dan hangt de organisatie in de lucht of is verouderd, waarbij men zich niet mag laten verblinden door de gunstige resultaten, die bij een zwakke organisatie en gunstige sociaal-economische verhoudingen kunnen optreden. Niet alleen in de klinische geneeskunde, maar ook in de sociale geneeskunde zijn *post en propter* vaak moeilijk te onderscheiden. Maakt door “cold blooded verification” tevredenheid plaats voor *zelfcritiek*, dan wordt het mogelijk onderscheid te maken door de constellatie in verschillende gebieden en onder verschillende groepen — naar welstand, plaats en leeftijd — onderling te vergelijken, om na deze analyse een blik in de toekomst te werpen.

Onbegrensde mogelijkheden doen zich voor, waarbij men er voor moet oppassen niet op aangrenzend terrein te verdwalen. Zo zal de onderzoeker van onze sterftcijfers gemakkelijk in de geriatrie te-

¹⁾ Inleiding, gehouden op de bijeenkomst van wetenschappelijke werkers van de Gezondheidsorganisatie T.N.O. te 's-Gravenhage op 8 December 1953.

recht komen en zal de tuberculose-epidemioloog zich ongemerkt in het woningvraagstuk verdiepen. Dit is hun goed recht, mits de *algemene lijnen* op sociaal-medisch terrein niet uit het oog worden verloren.

Het is overigens begrijpelijk, dat bij de analyse van sociaal-medisch materiaal nevenonderwerpen worden geëntameerd. De gegevens, die men in handen krijgt, zijn meestal met grote moeite verkregen en zelden reproduceerbaar. Dit leidt er toe, dat het gebruik van deze kostbare gegevens — bv. bij een enquête éénmalig verkregen — zoveel mogelijk moet worden uitgebuit. Herhaling van een groter opgezet sociaal-medisch onderzoek is zelden mogelijk. Alleen reeds hierom vereist elke enquête *zorgvuldige voorbereiding*.

Het is een gelukkige omstandigheid, dat maatschappelijke verschijnselen, die in een continu proces verlopen — bv. demografische verhoudingen, voedingsvraagstukken, groei en ontwikkeling van kinderen, tuberculine-indices, enz. — weliswaar steeds van aspect veranderen, maar van jaar tot jaar of van periode tot periode te bestuderen zijn. Dit legt ons dan ook de plicht op, hun *seculair verloop* te vervolgen. Wordt dit nagelaten, dan mist men niet alleen onmisbare actuele oriëntatie, maar maakt men vergelijking met het verleden en in de toekomst onmogelijk. Omissies in sociaal-medisch spoorwerk wreken zich niet minder in de toekomst dan in het heden.

Elk sociaal-hygiënisch onderzoek draagt er toe bij de methodiek van één of meer onderdelen tot ontwikkeling te brengen en aan een *evaluatie* te onderwerpen. Zo zal een onderzoek op schoolgeneeskundig gebied — zij het over schoolmelk, schoolhygiëne of schoolverzuim — niet alleen tot een beter inzicht in het bestudeerde onderwerp leiden, maar tevens zullen de resultaten een toetssteen zijn voor de methodiek, die sinds jaar en dag door de schoolarts wordt gevolgd.

In het algemeen is evaluatie van methodiek en van organisatorische verhoudingen één van de meest noodzakelijke activiteiten op sociaal-hygiënisch terrein, indien men niet de kans wil lopen, dat het werk verstart in normen en vormen, die in het verleden van grote betekenis geweest kunnen zijn, maar niet meer passen bij een zich snel wijzigend sociaal-medisch bestel.

Niet minder dan tot het vormen of verbeteren van de methodiek ter beoefening van een bepaald onderdeel van de gezondheidszorg draagt sociaal-hygiënisch spoorwerk er toe bij het sociaal-medisch denken ingang te doen vinden in de nog altijd overwegend klinisch ingestelde geneeskunde. Zolang het klinische werk nog niet plaats vindt tegen de achtergrond van de evolutie der sociale verhoudingen, zullen artsen de sociale hygiëne hoogstens zijdelings in hun klinische werkwijze betrekken.

Juist sociaal-medisch spoorwerk biedt een unieke gelegenheid om sociale verhoudingen in hun actuele betekenis en historisch verloop beter te leren kennen. Verre van dor te zijn, zoals de arts zich de studie van de sociale geneeskunde niet zelden ten on-

rechte voorstelt, blijken sociaal-geneeskundige verhoudingen in gezin en gemeenschap vaak een *fascinerend en romantisch* aspect te hebben.

Dit is een gevolg van het feit, dat sociaal-hygiënisch onderzoek vaak dieper doordringt in de intermenselijke en gezinsverhoudingen dan de kliniek vermogt te doen, ondanks de schijn van het tegendeel. De laatdunkende bejegening van de zg. papieren geneeskunde verandert niets aan de bekoring, die uitgaat van de studie van sociaal-hygiënische vraagstukken, ook wanneer deze een overwegend administratief karakter dragen. „*Public health administration*” is niet het minst belangrijke en minst aantrekkelijke onderdeel van de bedrijfsvoering van een moderne samenleving.

Daarbij biedt sociaal-hygiënisch spoorwerk niet zelden gelegenheid, een door traditie gevormde medische dogmatiek aan de niet geverniste werkelijkheid te *toetsen*. Zo heeft modern (althans recent) tuberculine-onderzoek vele standaard-opvattingen over het tuberculose-vraagstuk aan het wankelen gebracht en hebben asthma-enquêtes een schel licht geworpen op het polypragmatisch handelen, dat asthma-kinderen jarenlang moesten ondergaan. Elementair onderzoek met moderne opvattingen over revalidatie bracht al te zeer verouderde en statische opvattingen over behandeling van poliopatienten en over invaliditeit aan het licht.

Analyse van de kindersterfte geeft de kinderhygiëne een ander aspect. „*Les deux extrémités de la vie se touchent*”. De sociale geriatrie heeft de medische organen, zowel op maatschappelijk als op klinisch gebied, geconfronteerd met één van de belangrijkste vraagstukken van onze moderne samenleving, dat met de dag klemmender wordt.

Alleen reeds de snelle verandering, die zich in het sterftebeeld voltrekt van jong tot oud, van man en vrouw, van de doodsoorzaken onderling en van streek tot streek, dwingt tot een *heroriëntatie van het medische denken*, die niet straffeloos kan worden vertraagd.

Wie behoefte heeft aan het snel omschakelen en snel handelen, dat de „*chirurgie d'urgence*” voor velen zo bekoorlijk maakt, kan dit verlangen naar afwisseling en handelend optreden tegenwoordig ook in verschillende onderdelen van de sociale hygiëne bevredigen.

Dit neemt niet weg, dat sociaal-hygiënisch spoorwerk in de regel de meer secundair denkende, kritisch en beschouwend ingestelde arts het meest zal bevredigen. Onderzoek en uitvoering op sociaal-hygiënisch gebied vragen meestal om een *geduldige* instelling. Het effect wordt, indien het al is aan te tonen, pas geleidelijk en op langere termijn zichtbaar. Dit verandert niets aan het feit, dat moeizaam verricht sociaal-hygiënisch spoorwerk in enkele jaren acute darmziekten vrijwel tot verdwijnen brengt, struma terugdringt, diphtherie uitroeit, de ontwikkeling van het kind een ander aspect geeft en bovenal veel leed voorkomt of verzacht.

De resultaten van meer of minder *gerichte maatregelen* dienen aan een analyse te worden on-

derworpen en daarmee binnen de kring van het sociaal-hygiënisch spuurwerk te komen. Hiervoor is het nodig buiten het arbeidsveld van de specialist te treden. Er is een nauwe wisselwerking tussen de verschillende onderdelen van de sociale hygiëne, die men steeds in het oog dient te houden.

De studie van een onderdeel van de sociale hygiëne mag zich niet beperken tot het verrichten van een geïsoleerd onderzoek, maar moet juist de mogelijkheid bieden dit onderdeel te zien tegen de achtergrond van de algemene volksgezondheid.

Men komt terug van de neiging bepaalde onderdelen van de sociale hygiëne op hypertrophische wijze tot ontwikkeling te brengen. Een harmonische ontwikkeling wordt hoe langer hoe meer nagestreefd in het algemeen verband van de volksgezondheid.

Hoe sterk men onder de bekoering mag komen van de onoverzienbare mogelijkheden, die het sociaal-medisch spuurwerk biedt, men mag daarbij de ogen niet sluiten voor de moeilijkheden, die onvermijdelijk aan sociaal-medisch onderzoek zijn verbonden.

*

Moeilijkheden

De mogelijkheden en moeilijkheden zijn ook bij sociaal-hygiënisch spuurwerk met elkaar verbonden. Zo zal bij gegeven mogelijkheid en zelfs noodzaak tot een brede oriëntatie het complex van moeilijkheden, dat hieruit voortkomt, zowel bij verzameling als bij bewerking van gegevens, tot beperking van het onderzoek bij een niet te ruime vraagstelling leiden. Men zal er op bedacht moeten zijn, dat zelfs bij meer beperkte opzet van een onderzoek onvermijdelijk in de loop van de tijd een breder terrein wordt betreden.

De vele moeilijkheden, die zich voordoen, lijken grotendeels het gevolg van het feit, dat de sociale hygiëne nog een smalle wetenschappelijke basis heeft. Dit leidt tot het optreden van „kinderziekten” bij het spuurwerk van de gezondheidsorganisatie I.N.O.: bij onderzoekers, adviseurs en commissieleden.

Een struikelblok vormt *het ontbreken van basisgegevens*. Zo is de ontwikkeling van onze kinderen weinig bestudeerd („child development” is een aparte tak van spuurwerk in Angelsaksische landen); onze indrukwekkende sterftcijfers worden nog zelden gezien als een spiegel, die de maatschappij ons voorhoudt; een medische geographie op historisch-statistische basis is van weinig streken in ons land geschreven; van onze adolescenten en ouden van dagen weten we nog weinig. Modern spuurwerk zal op relatief korte termijn aan de sociale geneeskunde basisgegevens moeten verschaffen.

Een tweede moeilijkheid bij sociaal-medisch onderzoek is het feit, dat men bij een groter opgezette enquête niet of nauwelijks over eigen *observaties*

beschikt, maar dat men deze *van anderen* moet verkrijgen: van huisartsen, specialisten, verpleegsters, vroedvrouwen, medische en niet-medische instanties. Dit geeft niet alleen aan de gegevens een ongelijkmatig karakter, maar het betekent, dat men bij de verzameling van het grondmateriaal afhankelijk is van de medewerking en de belangstelling van werkers, die gewoonlijk niet over kaartsystemen beschikken, tijdens hun opleiding en daarna weinig over teamwork en enquêtes hebben gehoord en in de regel niet sterk zijn geïnteresseerd in medische statistiek en volksgezondheid-strategie. Het spreekt vanzelf, dat men niet onnodig een beroep zal doen op hen, die reeds met dagelijks werk overbelast zijn. Als ideaal zal men zich een nauwe samenwerking denken.

Een derde moeilijkheid — nauw met de tweede samenhangend — is de onuitgesproken *vrees voor critiek*, die men ten onrechte van sociaal-medisch spuurwerk verwacht. Voor zover daarbij inderdaad deficiënties aan het licht komen, zal constructieve critiek, die in feite de weg wijst naar verbeteringen, niet op personen zijn gericht, al kunnen heilige huisjes niet steeds worden gespaard.

Sociaal-medisch spuurwerk is geen schaaakspel en geen doel op zichzelf, hoeveel bevrediging het de onderzoeker persoonlijk ook mag geven. Het is een middel om op rationele en verantwoorde basis verbetering te verkrijgen van sociaal-hygiënische verhoudingen. Daartoe zullen vaak veranderingen nodig zijn, die de biologisch ingestelde arts zal toejuichen ook als een zekere sleur moet worden verbroken. Het is geen belediging van het oude, maar juist een eerbiediging daarvan, wanneer nieuwe wegen moeten worden ingeslagen. Verstarring vormt ook in de sociale geneeskunde de grootste rem om vooruitgang te bereiken.

Een vierde moeilijkheid vormt de *zg. onbetrouwbaarheid van de gegevens*. Het is ongetwijfeld waar, dat aan sociaal-hygiënisch spuurwerk in de regel nog niet een maatstaf van strenge exactheid kan worden aangelegd. Maar zijn gegevens, die bij klinisch, chemisch, bacteriologisch en röntgenologisch onderzoek zijn verkregen, nauwkeuriger? En levert de klinische observatie, waarbij wel of niet van medische hulpwetenschappen gebruik is gemaakt, in de regel niet de basis van sociaal-hygiënisch onderzoek, zoals in de doodsoorzaken-statistiek het duidelijkst tot uiting komt? De uitkomsten van sociaal-hygiënisch onderzoek mogen niet de indruk wekken van pseudo-exactheid, ook al vindt een deskundige statistische analyse plaats. De meest verfijnde statistische bewerking eist interpretatie door het medische boerenverstand. Men moet tevreden zijn met relatief betrouwbare uitkomsten en geen overexactheid wensen, die medisch onderzoek nog niet kan geven. Een schat van gegevens wacht op kritische bewerking en analyse. De sociale geneeskunde vraagt om eerste klas bewerking van derde klas materiaal (Alice Stewart). Hiermee kan een wetenschappelijke basis aan onze volksgezondheid-politiek worden gegeven.

Een vijfde moeilijkheid, die zich bij sociaal-hygiënisch speurwerk voordoet, is de noodzaak om in het onderzoek een zg. *contrôle-groep* te betrekken, d.w.z. een groep, waarmee de bestudeerde groep kan worden vergeleken. Wanneer een struma-onderzoek oplevert, dat bij struma-kinderen bepaalde bijzonderheden lijken voor te komen, dan is dat pas juist, als deze bij „normale” kinderen niet of in mindere mate aanwezig zijn. Het is in de regel moeilijk een *contrôle-groep* samen te stellen en het kan zelfs niet verantwoord zijn dit te doen, wanneer hiervoor „proeven op mensen” nodig zouden zijn. Dit vraagstuk komt bij vele T.N.O.-onderzoekingen om de hoek kijken.

De *contrôle-groep* heeft in de regel geen direct belang bij het onderzoek, ook al ondervindt men er geen nadeel van. Algemene voorlichting zal duidelijk moeten maken, dat deze medewerking binnen zekere grenzen van iedereen mag worden gevraagd in het belang van de gemeenschap. Het is soms nauwelijks mogelijk volgens statistische criteria de *contrôle-groep* juist te kiezen. Er is bv. onvermijdelijk verschil in welstand tussen de onderzochte groep en de *contrôle-groep* bij een struma onderzoek en bij een onderzoek over perinatale sterfte.

Eerder nog dan de keuze van de *contrôle-groep* dringt zich de (zesde) moeilijkheid op van de organisatie van een *proef-onderzoek* op kleine schaal vóór men met een massa-onderzoek begint. Dit is onmisbaar, maar het is in de regel moeilijk te construeren, heeft beperkte betekenis en is statistisch aanvechtbaar door het kleinere aantal waarnemingen. Bovendien kan de overgang van het beperkte naar het algemene onderzoek vele onvoorziene moeilijkheden brengen. Een pilot-onderzoek moge geen prophylacticum zijn voor latere kwalen en moeilijkheden, het kan zelden worden gemist.

Een zevende moeilijkheid — die men ook een gelukkige omstandigheid kan noemen — is het feit, dat een sociaal-hygiënisch onderzoek *zichzelf door-kruist*. Het onderzoek wekt belangstelling en weerstand, die samen de beste propaganda vormen. Vóór het is afgesloten, noopt het onderzoek niet zelden tot het treffen van voorlopige maatregelen. De resultaten, die tijdens het onderzoek worden bereikt, mogen moeilijk aantoonbaar, weinig sprekend en voor het onderzoek zelfs hinderlijk zijn, zij zijn er niet minder belangrijk om.

Een achtste moeilijkheid vormt de *beperkte keuze* van groepen, waaronder het onderzoek kan worden verricht. Het is niet toevallig, dat men gaarne bij schoolkinderen terecht komt, omdat deze als besloten gemeenschap gemakkelijker toegankelijk zijn dan kleuters en volwassenen. Dit brengt echter de moeilijkheid mee dat uitkomsten, die voor een bepaalde leeftijdsgroep gelden, niet zonder meer op andere groepen mogen worden overgedragen en geen afspiegeling geven van de gehele maatschappij.

Een negende moeilijkheid (die reeds is genoemd) vormt de praktische *onmogelijkheid van herhaling* van een breder opgezet onderzoek. Dit legt de onderzoekers een grote verantwoordelijkheid op, maakt *nà-contrôle* moeilijk en dwingt tot herhaling op beperkte schaal, waaruit niet altijd algemene gevolgtrekkingen kunnen worden getrokken. Dit neemt niet weg, dat het niet zelden aanbeveling verdient, een onderdeel uit het gehele onderzoek te lichten om het duidelijker te laten uitkomen.

Als tiende moeilijkheid zou men kunnen noemen de *cumulatie* van de besproken en andere moeilijkheden, hetgeen niet zelden tot perioden van ontmoediging leidt. Het zijn niet de slechtste onderzoekers, die hieronder gebukt gaan. Dit teveel aan zelf-critiek moge tijdelijk remmend zijn, het verdiept op den duur het inzicht.

Het spreekt vanzelf, dat de genoemde moeilijkheden niet bij elk onderzoek aan het licht treden, maar een schematische opsomming vormen van vaak voorkomende tegenslagen.

Een analyse van de ondervonden moeilijkheden zal — voorzover nog mogelijk — tot een enigszins andere opzet van het onderzoek leiden dan het oorspronkelijke plan. In de regel is het bezwaarlijk, te veel veranderingen tijdens de uitvoering aan te brengen.

*

Maakt men de balans op tussen mogelijkheden en moeilijkheden bij sociaal-hygiënisch speurwerk, dan is het niet moeilijk in te zien, dat de mogelijkheden domineren. De materiële offers en de geestelijke inspanning, die wij ons hiervoor moeten getroosten, wegen ruimschoots op tegen de baten, die sociaal-hygiënisch speurwerk — ook al is men zich van de onvolmaaktigheden bewust — voor individu en gemeenschap in rijke mate oplevert.

*

Summary

Possibilities and difficulties in socio-medical research.
The discrepancy between the good results in public health in The Netherlands and their scientific foundation draw general attention.

It is the task of the National Health Research Council, founded in 1950, to support surveys which give a scientifically justified basis to our public health policy.

Surveys on different subjects show possibilities and meet obstacles of a similar nature. A brief analysis of these problems, the study of which gives satisfaction on the one hand but leads towards self-criticism and modesty on the other hand, is outlined in this address, given at a meeting of scientific workers of the National Health Research Council.

The attractiveness of socio-medical research for the student with a contemplative outlook, the complex of difficulties inevitably met and the necessity to compare the past, present and future situation in a rapidly changing socio-hygienic world are the leitmotives of this essay.

*