

voor hen is de grootste handicap het gebrek aan mogelijkheden tot doorverwijzing. Wij kunnen uiterst weinig beginnen als wij geen klinische behandelingsmogelijkheden hebben en niet beschikken over een voldoende equipment en een volwaardige paramedische staf. In Nederland, eigenlijk vrijwel in geheel West-Europa, is 'n grote achterstand wat de kinderpsychiatrie betreft. Vergeleken met de somatische geneeskunde is de kinderpsychiatrie vijftig jaren ten achter.

Huisarts en Kinderbescherming. Ik wil niet in mineur eindigen, door uit te weiden over de zorgen van de kinderpsychiatrie. Gelukkig is dat ook niet nodig. Er is overall belangstelling en groeiend begrip. Maar er is meer. Er is aan deze manco's van voorzieningen zelfs een bijzonder positieve kant. Waar specialistische hulp ontbreekt wordt de huisarts wel gedwongen het zelf te doen. Inderdaad zal hij, zeker voorlopig, op het gebied van de kinderpsychiatrie nog heel veel zelf moeten doen. Mijns inziens is hij degene die voor dit werk, met name in de preventieve sector, bij uitstek geschikt is. Maar er zijn naar mijn mening twee voorwaarden die daartoe moeten worden vervuld. Hij zal op dit gebied beter moeten worden opgeleid gedurende zijn

academische studie en hij zal moeten leren samenwerken met, wat ik de paramedische staf op het gebied van de kinderpsychiatrie, zou willen noemen. Dit betreft met name de deskundig opgeleide maatschappelijk werkers in de kinderbescherming en de leerkrachten van het Buitengewoon Lager Onderwijs. De huisarts zal hen kunnen helpen in hun uiterst moeilijke werk; informaties zullen wederzijds van zeer grote waarde zijn. Als de huisarts hen ziet en behandelt als zijn medewerkers, zullen zij zich ook zo gevoelen en is de kwestie van het medisch beroepsgeheim, in dit verband geen probleem meer.

- Andel-Ripke, O. van (1961) Lichamelijke groei en karakterontwikkeling. Orthopedagogische geschriften I. Wolters, Groningen.
- Freud, S. (1920) *Jenseits des Lustprinzips*. Ges. Geschr. Band VI.
- Friedländer, K. (1947) *The psycho-analytical approach to juvenile delinquency*. Kegan Paul, Londen.
- Hart de Ruyter, Th. (1959) *Maandschr. Kindergeneesk.* 27, 11.
- (1961) *Ned. T. Geneesk.* 105, 745.
- Kraft, Th. B. (1962) *De jeugdpsychiatrische diensten in Nederland*. Bijleveld, Utrecht.
- Krevelen, D. A. van (1964) *Child Psychiatry and Prevention*. Hans Huber, Bern.
- Sanders-Woudstra, J. A. R. (1964) *Het zieke kind*. Callenbach, Nijkerk.

Vormen van gezamenlijk onderzoek*

DOOR DR. J. D. MULDER. HUISARTS TE NOORDWIJK AAN ZEE

Bij het onderwerp gezamenlijk onderzoek kan men de woorden van Eimerl citeren: het onderzoek in de huispraktijk is een vorm van „organised curiosity”. Inderdaad is het vaak nieuwsgierigheid, die ons een bepaald probleem doet kiezen om ons verder in te verdiepen. In de titel van dit artikel staat „gezamenlijk onderzoek”. Er staat met opzet niet „groepsonderzoek”, want de definitie in het woordenboek van Koenen voor groep luidt: „onderscheiden tot een harmonisch geheel bijengeschiedte figuren”. Zonder de collegae met wie men een onderzoek wil doen als figuren te betitelen, is het toch zo, dat wij artsen moeilijk worden „tot een harmonisch geheel, bijengeschiedte figuren”. Ik meen dan ook dat het beter is niet te spreken van groepsonderzoek maar van gezamenlijk onderzoek, namelijk gezamen, dus allen of alles tezamen.

Wanneer men met een groep een onderwerp gaat onderzoeken zullen er, onafhankelijk van het onderwerp, een aantal problemen zijn, dat zich bij ieder onderwerp dat men gaat bestuderen, voordoe. Men moet nagaan op welke wijze en in welke

vorm het onderwerp van studie moet worden benaderd. Ten eerste moet men kiezen tussen een retrospectief en een prospectief onderzoek. Het retrospectieve onderzoek is in de huispraktijk zeer lastig. Wel hebben wij, voorzover wij over een kaartstelsel beschikken, daarin vele notities gemaakt, maar deze lenen zich niet voor een gemakkelijk uitvoerbaar onderzoek. Het is lastig om uit een huisartskaartstelsel de patiënten terug te vinden, die het laatste jaar of de laatste jaren bij hun dokter zijn geweest met een bepaalde klacht of een bepaalde diagnose. Wel is het mogelijk om bepaalde ziekten, die interessant zijn of de persoonlijke interesse hebben van een huisarts, op de rand van de patiëntenkaart te coderen, doch dit is maar voor een beperkt aantal diagnoses mogelijk. Wij moeten er van uitgaan dat ons kaartstelsel in het algemeen niet geschikt is om met terugwerkende kracht patiënten met een bepaald symptoom, syndroom, of een bepaalde diagnose op te sporen. Alleen door het gebruik van bijzondere hulpmiddelen, als het E-book en een leeftijds- en geslachtsregister, is ons kaartstelsel toegankelijk te maken voor wetenschappelijk onderzoek.

In ziekenhuizen gaat dat gemakkelijker. Daar kan men opname- en ontslagdiagnose, overlijdens- of operatiediagnose coderen; zo is een systeem te

* Inleiding, gehouden op de studiedagen wetenschappelijk onderzoek huisartsen te Eindhoven, 1-2 mei 1964. De organisatie berustte bij de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek N.H.G. en het Nederlands Huisartsen Instituut in samenwerking met Philips' Gezondheidscentrum.

maken waarmede alle mensen, die de laatste jaren een bepaalde ziekte, bijvoorbeeld hepatitis, hebben gehad, kunnen worden gevonden en hun statussen worden opgespoord. Dan is een retrospectief onderzoek over hepatitis mogelijk. Dit is in onze huispraktijk een onmogelijkheid. Wij moeten stellen dat wij in het algemeen geen sleutel op ons kaart-systeem hebben. Alleen bij heel opvallende verschijnselen kunnen wij een retrospectief onderzoek doen. Ik denk bijvoorbeeld aan het onderzoek, dat de Inspectie bij alle huisartsen heeft verricht naar het voorkomen van ernstige congenitale afwijkingen na het gebruik van thalidomide. Hierbij waren de afwijkingen in het algemeen zo ernstig, dat de huisarts zich deze gevallen nog wel kon herinneren. Maar juist die ziektebeelden, die typisch tot het terrein van de huisarts behoren en waarover de huisarts het onderzoek zal moeten verrichten omdat anderen dat niet kunnen, zijn over het algemeen niet zo in het oog springend. Om nog een voorbeeld te geven: welke huisarts zou de vraag kunnen beantwoorden hoeveel patiënten met cara (chronische specifieke respiratoire aandoeningen) dus astma, astmatische bronchitis, chronische bronchitis en emfyseem, hij het laatste jaar in behandeling heeft gehad? Zouden wij dit willen weten, dan zou nu bekend moeten zijn dat deze vraag over een of meer jaren zal worden gesteld om met het oog daarop speciaal te kunnen coderen.

Een prospectief onderzoek leent zich veel meer voor de huispraktijk; hierbij wordt in de komende tijd uitgezien naar een bepaald ziektebeeld en hierover worden gegevens verzameld. Een voorbeeld van een prospectief onderzoek is het N.H.G.-jaaronderzoek over abortus. Dit was niet retrospectief uitvoerbaar. Wanneer wij nu zouden vragen, hoe vaak en bij wie de huisarts vorig jaar een abortus heeft meegemaakt en wij zouden daar een aantal bijzonderheden over willen weten, dan zou hij ons geen antwoord kunnen geven. Maar wanneer wij de vraag stellen, wilt u het komende jaar over al uw patiënten met een dreigende abortus een aantal gegevens verstrekken, dan is dat wel mogelijk. Wij gaan dan in de toekomst werken, wij doen dus een prospectief onderzoek.

Andere begrippen vormen het transversaal onderzoek, het semi-longitudinaal en het longitudinaal onderzoek. Het transversaal onderzoek is een momentopname, een status-quo-bepaling. Een goed voorbeeld daarvan is het onderzoek dat de Geneeskundige Inspectie een paar jaren geleden heeft verricht naar het vóórkomen van de taenia. Daarbij werd op vier data in het jaar aan alle artsen in het land gevraagd of zij op dat moment patiënten met taenia onder behandeling hadden. Op deze wijze kon men een behoorlijke indruk verkrijgen van de omvang van het taenia-probleem, zonder dat men direct kon zeggen: er zijn jaarlijks zoveel patiënten met taenia. Een ander voorbeeld van transversaal onderzoek is het morbiditeitsonderzoek dat de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (C.W.O.)

het afgelopen jaar verrichtte. Daarover heeft Pel op het N.H.G.-congres 1963 gesproken. Hierbij deed zich het volgende probleem voor. Wanneer de morbiditeit enkele dagen per maand wordt geregistreerd, moet goed worden afgesproken wat men gaat meten. Stel dat wij gedurende drie dagen alle ziekten, welke de huisarts tegenkomt, registreren, dan moeten wij eerst uitmaken welke groepen patiënten wij onderzoeken. De patiënten die tevoren al ziek waren en tijdens de onderzoeksdagen genezen, de patiënten die tijdens het onderzoek ziek worden en pas na het onderzoek genezen, of de patiënten die tevoren ziek worden, tijdens het onderzoek worden gezien en pas na het onderzoek beter zijn. Er is ook een mogelijkheid dat zij tevoren ziek zijn, tijdens het onderzoek niet worden gezien en na afloop genezen. Wij bereiken dus nooit dat wij op deze wijze alle patiënten met een bepaalde ziekte registreren, want wij missen in elk geval deze laatste groep.

* * *

De deelnemers aan het morbiditeitsonderzoek van de C.W.O. vulden bij ieder contact met een patiënt een kaart in; er werden met een speciaal potlood enkele streepjes gezet in de kolommen, die op deze patiënt of dit contact betrekking hadden. Op deze manier komt men in twee dagen met twintig deelnemers tot een grote hoeveelheid gegevens, die kunnen worden geanalyseerd. Deze methode heeft het voordeel dat rechtstreekse mechanische bewerking mogelijk is en dat niet eerst een ponsiste moet worden ingeschakeld, die van de formulieren de code overbrengt op Hollerith-kaarten. Bijvoorbeeld: het aantal bedlegerige patiënten dat de arts per dag bezocht blijkt twaalf op een praktijk van 3.180. Met een transversaal onderzoek werd bepaald hoeveel patiënten werden gezien die in bed lagen. Door enkele aanvullende vragen werd een indruk verkregen hoe lang zij reeds in bed lagen. Zo ontstonden de volgende uitkomsten: praktijk-grootte 3.180 personen; consulten: 31 per dag; visites bij bed-patiënten: 12 per dag; visites bij niet-bed-patiënten: 8 per dag.

Bij semilongitudinale onderzoek bestaat uit een aantal follow-up studies, dus periodiek herhaald onderzoek. Dit is veel lastiger. Verschillende huisartsen hebben meegedaan aan het bejaardenonderzoek van Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek (T.N.O.) onder leiding van Van Zonneveld en zij zullen thans in de tweede en meestal in de derde ronde van het semilongitudinale vervolgonderzoek zitten. Bij deze semilongitudinale studies is altijd een probleem dat er nog al wat verloop is, dat er patiënten verhuizen, verdwijnen of van arts veranderen en dat praktijken van arts wisselen. Een ander voorbeeld van het semilongitudinale onderzoek is de werkwijze van de Centrale Kanker Registratie, waarvan wij regelmatig formulieren ont-

vangen. Daarin wordt geïnformeerd naar de toestand van bepaalde patiënten. Er zijn dus telkens steekproeven, men weet niet van dag tot dag hoe de stand is, maar men kan op deze wijze wel een behoorlijk overzicht krijgen van levensduur en overleveringspercentages.

Weer een ander voorbeeld van semilongitudinaal onderzoek is het tetanusonderzoek, dat enkele jaren geleden door het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid en het N.H.G. werd georganiseerd. Het onderzoek werd op de volgende wijze gedaan: een aantal patiënten kreeg op verschillende tijdstippen en manieren anti-tetanuserum en tetanus-fosfaat-toxoid. Daarna moest op gezette tijden bloed worden afgenomen om de titer van de antilichamen te bepalen. Dit was nogal een bewerkelijk onderzoek, een groot aantal venapuncties was nodig en de patiënt moest telkens terugkomen. Er was een longitudinaal aspect maar het onderzoek strekte zich niet over jaren uit. Daardoor was het niet een volledig longitudinaal onderzoek.

Volledig longitudinaal onderzoek is zeer lastig uitvoerbaar. Voor het beantwoorden van bepaalde vraagstellingen kan het niettemin noodzakelijk zijn. Vaak is het nodig perioden van tien, twintig en nog meer jaren te overbruggen. Dit wordt vooral belangrijk als wij meer willen weten over oorzakelijke momenten, bijvoorbeeld bij chronische astmatiforme bronchitis met een emfyseem-component bij oudere mannen. Wij zouden graag willen weten hoe het in hun jeugd is gegaan, of zij twintig jaren tevoren herhaaldelijk longinfecties hebben gehad, of zij misschien een bepaalde influenza-infectie hebben doorgemaakt of een viruspneumonie. Wij moeten, willen wij in deze richting een onderzoek doen, longitudinaal werken: van een groep mannen van nu af aan alle gegevens registreren en dan na twintig jaren kijken of degenen, die de cara hebben ontwikkeld, soms belangrijk afwijken van hen, die geen cara kregen. Voor dit soort longitudinale onderzoekingen is het noodzakelijk dat er een centraal punt is. In de huispraktijk is veel verloop en deze onderzoekingen zijn alleen mogelijk wanneer als centraal punt een huisartsen-instituut of een kliniek kan fungeren, die voor de continuïteit zorgt. Vaak is voor deze onderzoekingen een groot materiaal nodig, daar gedurende de lange looptijd een grote uitval zal optreden.

Een derde onderverdeling is die in intensief en extensief onderzoek. Een intensief onderzoek is een „case-study”. Dit is alleen te realiseren door een betrekkelijk kleine groep sterk geïnteresseerde huisartsen. Het zal soms nodig zijn speciale technieken aan te leren (laboratoriumwerk) of er is een ingewikkelde status nodig, dan wel het onderzoek vereist een speciale kennis op sociaal of psychologisch gebied. Een en ander maakt dat een dergelijk onderzoek niet geschikt is voor een grote groep deelnemers. Het is noodzakelijk dat de gehele groep dezelfde begrippen gebruikt en er ook hetzelfde onder verstaat. Er zal dus een intensief con-

tact in zo'n groep moeten zijn, de deelnemers zullen nauwkeurig moeten worden geïnstrueerd.

Het extensieve onderzoek is uiteindelijk een statistisch onderzoek. Hierbij wordt materiaal, dat door vele huisartsen is bijeengebracht, centraal bewerkt. Dit materiaal verzamelen wordt wel eens misprijzend als een „waterdragers”-functie beschouwd, maar het is een belangrijke taak. Bovendien hebben vele huisartsen, hoewel zij graag willen bijdragen aan de verdere ontwikkeling van de geneeskunde, niet de tijd en de gelegenheid om zelf een studie uitgebreid te bewerken. Bij een extensief onderzoek gaat het in het algemeen om vele deelnemers, die relatief weinig vragen krijgen te beantwoorden. Men zou als contrast kunnen stellen dat het bij een intensief onderzoek gaat om de kwaliteit en bij een extensief onderzoek om de kwantiteit, zonder zodoende enig waardeverschil tussen kwaliteit en kwantiteit te maken. Het morbiditeitsonderzoek van de C.W.O. is een extensief onderzoek. Er zijn velen, die maar enkele dagen gegevens aandragen, maar door het grote aantal gegevens kunnen daaruit toch belangrijke conclusies worden getrokken. Een ander extensief onderzoek was het onderzoek, dat in 1963 vanuit Utrecht werd verricht over het voorkomen van de hazelip en het gespleten verhemelte.

Een goed voorbeeld van combinatie van intensief en extensief onderzoek vormt het N.H.G.-tonsillitisonderzoek. Bij dit onderzoek heeft een grote groep deelnemers een beperkt aantal gegevens over hun tonsillitis-patiënten bijgedragen. Gelijktijdig vond in de omgeving van Leiden een onderzoek onder leiding van Bots plaats met een twintigtal huisartsen. Deze laatsten bestudeerden hun patiënten met tonsillitis meer diepgaand. Zij verzamelden meer gegevens, zij maakten keeluitstrijken, enzovoort. Het is op deze wijze vaak mogelijk, door de gegevens van het ene onderzoek met die van het andere te combineren, te interpoleren en te extrapoleren, veel ruimere conclusies te trekken dan bij ieder onderzoek afzonderlijk mogelijk zou zijn geweest.

Een volgende onderverdeling is: algemeen oriënterend of inventariserend onderzoek ten opzichte van gericht onderzoek. Een algemeen oriënterend onderzoek kan men doen als er weinig over een ziekte bekend is. Voorbeelden hiervan zijn het verloskunde- en het abortusonderzoek van het N.H.G. Een gericht onderzoek zal in het algemeen ook een intensief onderzoek zijn. Het tonsillitisonderzoek bijvoorbeeld was gericht en met een deel van het abortusonderzoek was dit eveneens het geval. Het abortusonderzoek had drie vraagstellingen: de frequentie van abortus, hoe de huisarts de abortus, die doorzet, afwerkt — beide algemeen oriënterend — en een therapie-onderzoek. Dit laatste was een gericht onderzoek.

Een gericht onderzoek is ook geweest het onderzoek, dat de C.W.O. heeft gedaan op verzoek van de Afdeling Klinisch Geneesmiddelenonderzoek

van T.N.O. Collega Nelemans vroeg zich af of het niet-onschadelijke acidum acetylsalicylicum (acetosal) in de toekomst zou kunnen worden vervangen door een onschuldiger analgetische verbinding, het acetylamino-phenolum (paracetamol). Acetylamino-phenolum is een fenacetine-achtige stof, maar deze heeft niet de bezwaren die bij langdurig gebruik van fenacetine voorkomen. Hij vroeg, of de huisartsen over de analgetische werking van acetylamino-phenolum een onderzoek konden doen. De C.W.O. heeft daarop nagegaan hoe vaak de huisarts patiënten ziet met aandoeningen, waarbij hij acidum acetylsalicylicum of APC of dergelijke preparaten als analgeticum geeft. Verder was het noodzakelijk, wilde het onderzoek voor de huisarts geen te grote belasting betekenen, dat hij deze patiënten na een week weer terugzag. Daarom werd er gevraagd of het een patiënt betrof die voor de eerste of voor de tweede keer kwam met een voor acetylamino-phenolum-behandeling geschikte klacht. Toen de cijfers werden geanalyseerd bleek dat de dertien deelnemende huisartsen 179 „acetylamino-phenolum”-patiënten hadden gezien en dat van die patiënten maar eenderde voor de tweede keer terugkwam. Wil men over acetylamino-phenolum als analgeticum een onderzoek doen, dan zijn 10.000 waarnemingen nodig. Voor het onderzoek konden vrijwel alleen apotheekhoudende huisartsen worden ingeschakeld, daar de meeste stadsartsen met te veel apotheken hebben te maken. Verder was men van mening dat een onderzoek gedurende vijf weken het uiterste was, dat van de deelnemers kon worden gevraagd.

* * *

De hieronder volgende berekening toont dat, wilde dit onderzoek geen te grote belasting voor de deelnemende artsen zijn, er ± 140 apotheekhoudende huisartsen moesten meedoen. Dit aantal was voor dit onderwerp te groot.

Deelnemende huisartsen:	13
Aantal patiënt-verrichtingen:	1.172
Patiëntverrichtingen voor „Minor Ailments” (geschikt voor acetylamino-phenolum):	
eerste consult	179
tweede consult	64
$\frac{10.000}{179} \times 1.172 = 65.550$ patiënt-consulten nodig.	

Aantal patiënt-verrichtingen per arts per dag = 50; bij een onderzoekduur van vijf weken met een werkweek van vijf dagen = 1.250 patiënt-verrichtingen per arts.

Bij terugbestellen van deze patiënten $\frac{65.550}{1.250} = 52$ apotheekhoudende huisartsen.

Bij niet terugbestellen: $\frac{179}{64} \times 52 = 145$ apotheekhoudende huisartsen.

Er kon toen worden geantwoord, dat dit onderzoek in deze vorm in de huisartspraktijk niet uitvoerbaar was. Met behulp van de gerichte vraag-

stelling: of het acetylamino-phenolum-onderzoek kon gebeuren — dus niet, of het acetylamino-phenolum goed was — werd het antwoord geformuleerd: het is niet mogelijk. Een ander voorbeeld van gericht onderzoek is dat naar de werkzaamheid van het methandienonum (Dianabol) bij enuresis nocturna. Dit onderzoek werd verricht door de N.H.G.-groep uit Alphen aan den Rijn.

Een vierde onderverdeling is die in individueel onderzoek en groepsonderzoek. Er bestaan onderwerpen, die zich niet voor groepsonderzoek lenen, maar die uitsluitend individueel kunnen worden benaderd. Dit is het geval wanneer bepaalde ziekten of begrippen moeilijk zijn te definiëren. Andere onderwerpen zijn zowel voor individueel als voor groepsonderzoek geschikt. Het aantal noodzakelijke waarnemingen kan echter tot de volgende conclusie leiden: als individu hebben wij pas na twintig jaren voldoende waarnemingen en als groep hebben wij na een jaar reeds voldoende gegevens. Om een onderzoek twintig jaren vol te houden is geen geringe onderneming.

* * *

Bij het groepsonderzoek behoren ook de problemen van de groepsvorming. De omvang van de groep zal, als het onderwerp is bepaald, de vraagstelling vaststaat en de wijze van aanpak is uitgezocht, in overleg met de statisticus moeten worden vastgesteld. Het is dan mogelijk dat men een onderwerp blijkt te hebben gekozen, waarvan men oorspronkelijk dacht dat twintig huisartsen er in een half jaar voldoende gegevens over konden verzamelen; maar men komt dan echter tot de conclusie dat honderd huisartsen een heel jaar mee moeten werken. Dan zal men een keus moeten doen: óf met de eigen groep het proefonderzoek doen en daarna het onderzoek landelijk voortzetten, óf concluderen dat als studie-object een ongeschikt onderwerp werd gekozen. Het kan ook voorkomen dat het onderwerp wel door een kleine groep huisartsen kan worden bestudeerd, mits het een groep met grote belangstelling voor dit onderwerp is. Dan zal men zich moeten afvragen of de groep aan dit criterium voldoet.

Er bestaan ook combinatievormen van individueel en groepsonderzoek. Op dezelfde wijze als bij het extensieve onderzoek het geval was kan een arts in zijn praktijk een bepaald ziektebeeld gedurende twee of drie jaren diepgaand bestuderen, terwijl tegelijkertijd een groep artsen minder diepgaand hetzelfde ziektebeeld of bepaalde vraagpunten over dit ziektebeeld bewerkt. Bots uit Voorhout heeft in zijn praktijk en in zijn woonplaats de tonsillitis en het voorkomen van bepaalde beta-hemolytische streptokokken nog uitvoeriger bestudeerd dan in het intensieve tonsillitis-onderzoek geschiedde.

De groepsvorming zal een grote rol spelen bij de

uitvoerbaarheid van het onderzoek en de geschiktheid van het onderwerp. In een vereniging, een bestuur of in een commissie gaat het meestal zo, dat enkelen vrijwel alles doen en dat de meesten weinig doen. Het is, juist wanneer men aan een gezamenlijk onderzoek denkt, belangrijk dat men zich er van bewust is dat deze moeilijkheden kunnen worden beperkt. Wanneer men als individu een onderwerp of doelstelling lanceert en daarna de groep erbij betreft, dan is het na enig overreden meestal zo, dat velen zeggen: we doen wel mee. Dat klinkt veelbelovend, doch zij kunnen de consequenties van hun toezegging op dat moment niet overzien. De omvang van het aan dit onderzoek verbonden werk is nog onbekend. Later, als het onderzoek eenmaal op gang is gekomen, blijkt dat van een deel van de groep, die zich heeft aangemeld om de initiatiefnemer een plezier te doen, de gegevens slecht en onvolledig binnenkomen. Hierdoor dreigt het gehele onderzoek te mislukken. Had men de groep eerst enthousiast willen maken voor onderzoek in het algemeen en dan voor het onderwerp, dan had men de groep mee moeten laten werken bij de gehele voorbereiding. De groep blijft dan homogeen en de kans op succes is veel groter. Het enthousiasme van de anderen is dan ook groter geworden, het is gemotiveerd, zij weten waarom het gaat. Dit motiveren, het enthousiast maken is zeer belangrijk. Het is vaak verstandiger de groep niet direct met een bepaald onderzoek te confronteren, maar eerst met onderzoek in het algemeen. Ook is het belangrijk voor een goed werkende groep dat er een cohesie is, dat het een groep is met een goede collegiale verhouding en een zekere homogeniteit. Vaak moet er een keuze worden gedaan of een deel van de groep het onderzoek zal voorbereiden en de rest bewust als „waterdrager” wil optreden, of dat de gehele groep meewerkt bij het doordenken en opbouwen van het onderzoek.

Tenslotte moet worden nagegaan welke onderwerpen voor een onderzoek in aanmerking komen. Als hulpmiddel heeft de C.W.O. een lijst van studie-onderwerpen opgemaakt. Deze lijst is niet volledig. Dit is ook niet de bedoeling geweest. De lijst is alleen bedoeld als oriëntatie, als stimulans voor degenen die een onderwerp zoeken. Zij kunnen hiermede nagaan welke richtingen kunnen worden ingeslagen, mede gezien hun eigen belangstelling en die van de omgeving. De studie-onderwerpenlijst is op aanvraag te verkrijgen bij de C.W.O. van het N.H.G.

Ter illustratie van het voorgaande volgen enkele voorbeelden uit de praktijk. De deelneming aan een onderzoek is vaak heel uiteenlopend. Wanneer er aan een vorig onderzoek twintig leden deelnamen, dan kan dit bij een volgend onderzoek anders zijn. Bij de grote landelijke N.H.G.-onderzoeken zien wij dat bij het verloskundig onderzoek 1958, het abortusonderzoek 1960 en het tonsillitisonderzoek 1961, maar een betrekkelijk kleine groep aan

alle onderzoeken deelnam en dat bij elk onderzoek andere groepen deelnemers te voorschijn kwamen (tabel 1).

Tabel 1. *Overzicht van het aantal deelnemers aan één of meer onderzoeken*

	Verloskundig onderzoek	Abortus- onderzoek	Tonsillitis- onderzoek	Totaal
Aantal deelnemers per onderzoek	322	279	159	
Aantal deelnemers aan één onderzoek . .	215	156	85	456
Aantal deelnemers aan twee onderzoeken	68	68	—	} 122
Aantal deelnemers aan drie onderzoeken	19	35	35	
Aantal deelnemers aan drie onderzoeken	20	20	20	20
Totaal aantal deelnemers				598

Hetzelfde zien wij bij het tetanusonderzoek 1958 en het stafylokokkenfosfaattoxoidonderzoek 1960 van het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid, dus twee onderzoeken met vrij veel laboratoriumverrichtingen. Vier deelnemers deden aan beide onderzoeken mee en een veel groter aantal nam aan een van de twee deel (tabel 2).

Tabel 2. *Aantal deelnemers aan één of twee onderzoeken*

Deelnemers aan	Tetanus	Stafylokokken fosfaattoxoid
Eén onderzoek	10	24
Twee onderzoeken	4	4
Totaal	14	28

Samenvatting. Ten eerste wordt gewezen op de problemen van het retrospectieve en het prospectieve onderzoek, waarbij de voordelen van een eenvoudig prospectief onderzoek voor een groepsonderzoek worden onderstreept. Vervolgens worden het transversale, het semilongitudinale en het longitudinale onderzoek onder de loep genomen. Longitudinaal onderzoek is voorlopig voor groepsonderzoek geschikt. Bij de derde onderverdeling, intensief en extensief onderzoek, blijkt dat beide vormen bij een groepsonderzoek bruikbaar zijn. Daarna wordt het algemene oriënterend ten opzichte van het gericht onderzoek besproken. Wat de problemen van het individueel- en het groepsonderzoek betreft wordt in het bijzonder gewezen op de voorzichtigheid die nodig is bij de keuze van het onderwerp en bij de taxatie van de spankracht van de groep. De studie-onderwerpenlijst van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap toont hoe ruim het potentiële onderzoeksveld van de huisarts is.

Summary. *Types of groups studies.* Problems of retrospec-

tive and prospective investigation are first discussed, with emphasis on the advantages of a simple prospective investigation for group study purpose. Transverse, semilongitudinal and longitudinal investigations are then reviewed; for the time being, longitudinal investigations must be considered unsuitable for group studies. The third division, into intensive and extensive investigations, shows that both types are suitable for

group studies. Problems of individual and group studies are then discussed with special reference to the prudence which should be observed in selecting a subject and estimating the span of a study group. A brief review of the list of study subjects compiled by the Research Committee of the Netherlands Society of General Practitioners shows that the potential field of investigation for the general practitioner is extensive.

Vormen van gezamenlijk onderzoek*

DOOR DR. H. H. W. HOGERZEIL, ARTS TE EINDHOVEN

In aansluiting aan het referaat van Mulder wil ik op een aantal punten attenderen, welke bij het overleg tussen een groep huisartsen die wetenschappelijk onderzoek doen en iemand uit een andere geneeskundige groep of discipline, van belang zijn.

Er bestaan bij het wetenschappelijk onderzoek twee categorisch verschillende soorten van overleg: overleg over de vraagstelling en overleg over de methodiek van het onderzoek. Wanneer de huisarts een integrale geneeskunde uitoefent en de geneeskundige problemen in hun algemeenheid overziet, zal hij telkens weer voor bepaalde facetten of details, specialistische hulp behoeven. Bij een epidemiologisch onderzoek over infectieziekten zal hij zich tot de seroloog, viroloog of bacterioloog wenden; bij een onderzoek over het maagulcus zal hij zich tot de internist, chirurg en röntgenoloog richten. Zo kunnen wij vele voorbeelden opnoemen. Wanneer het een overleg betreft aangaande de vraagstelling, moet men zich goed realiseren dat men alleen advies krijgt over dat detail van de vraagstelling dat tot het terrein van de betrokken specialist kan worden gerekend en niet over de totale vraagstelling welke door de huisarts of huisartsengroep wordt geponeerd. De huisarts gaat op een andere wijze met het probleem om dan de specialist en hij moet er dus voor waken dat hij deze eigen wijze van benadering in zijn onderzoek bewaart en niet onwillekeurig langzaam maar zeker in de vraagstelling van de specialist terecht komt en hiernaar zijn onderzoek uitvoert.

Een ander punt is, dat een goede specialist niet identiek behoeft te zijn met een wetenschappelijke onderzoeker; een dergelijke stelling geldt ook voor de huisarts.

Men zou hieraan de vraag kunnen verbinden of het niet noodzakelijk is incidenteel aan enigerlei vorm van onderzoek mee te doen om hierdoor zelf een kritische benadering te bewaren ten aanzien van de problemen die wij dagelijks ontmoeten. Op dezelfde manier kan men stellen dat het noodzakelijk

is een goede bijscholing te blijven volgen om voldoende op de hoogte te blijven van nieuwe ideeën en technieken. Ik zou dit in zijn algemeenheid niet durven beoordelen. Bij de factoren die bepalen of iemand een goed arts is, zijn te veel imponderabilia en mechanismen welke wij nog onvoldoende kennen om hieromtrent een gerechtvaardigde uitspraak te kunnen doen. In het overleg aangaande een wetenschappelijk onderzoek moet men hiermede echter rekening houden.

Hetzelfde wat geldt voor de vraagstelling geldt ook voor het overleg inzake methoden en methodieken. Mijns inziens kennen wij de methoden van onderzoek, welke de huisarts moet hanteren, onvoldoende. Wij zijn bevooroordeeld en men zou kunnen zeggen nog zeer conservatief in onze opzet van een onderzoek in de huisartsgeneeskunde. Wanneer men als huisarts overleg pleegt met niet-huisartsen moet men ermee rekening houden dat men van een researchwerker advies krijgt vanuit diens ervaring als man van de wetenschap.

* * *

In het Nederlands Huisartsen Genootschap bestaan commissies, welke er aan meewerken eigen methoden te ontwikkelen en men doet verstandig met hen te overleggen. Daarnaast zijn er een aantal instituten, het Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde (N.I.P.G.), de Gezondheidsorganisatie T.N.O. en universitaire centra, welke willen helpen voor zover mogelijk vanuit hun disciplines. Het zojuist opgerichte Nederlands Huisartsen-Instituut lijkt mij de aangewezen instantie om op dit gebied informatie over onderzoeksmethoden te gaan verzamelen en de verworven kennis uit te dragen.

Het verrichten van wetenschappelijk onderzoek is een vak en men kan zeggen een zeer nuchter vak, waarin de kwantiteit van het werk die van de creativiteit verre overtreft. Het is voor de discussie een goede stelling, dat men zich voor het doen van research, ook indien men dit naast of in zijn dagelijkse routine wil doen, een professionele attitude

* Inleiding, gehouden op de Studiedagen wetenschappelijk onderzoek huisartsen te Eindhoven, 1 tot 2 mei 1964. De organisatie berustte bij de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek N.H.G. en het Nederlands Huisartsen-Instituut in samenwerking met Philips' Gezondheidscentrum.