

een schriftelijke, welke men eventueel onbeantwoord kan laten. Men is in dit geval geneigd te denken dat verschillende artsen toezegden mede te werken „om van het gezeur af te zijn”. Dat is weliswaar laakbaar, maar het komt blijkbaar voor!

De door het Nederlands Huisartsen Genootschap georganiseerde groepsonderzoekingen hebben de organisatoren een schat van ervaring op dit

gebied verschaft. Toekomstige plannenmakers van groepsonderzoekingen met medewerking van huisartsen zouden wij willen adviseren om toch vooral in eerste instantie contact op te nemen met de Nederlandse Huisartsen Onderzoekgroep, een werkgroep uit N.H.G. en N.H.I., waarin huisartsen, die positief staan ten opzichte van het medewerken aan groepsonderzoekingen, zijn verenigd.

H.

## Huisarts en wetenschappelijk onderzoek

DOOR DR. F. J. A. HUYGEN, HUISARTS TE LENT

*Inleiding.* Tot voor kort was het een gangbare opvatting te menen dat de huisarts bijzonder weinig te maken had met wetenschappelijk onderzoek. Deze opvatting klinkt duidelijk door in de aanduiding van de huisarts als de „*medicus practicus*”. Uit deze term spreekt zoiets als: de huisarts is de man voor de praktijk, die slechts kennis hoeft toe te passen welke is vergaard in universiteiten en andere centra van wetenschappelijk onderzoek. Met andere woorden gezegd: er werd een duidelijke scheiding gemaakt tussen wetenschap, tussen theorieën, het opbouwen en toetsen daarvan enerzijds en de gewone dagelijkse praktijk anderzijds. Er zijn altijd wel huisartsen geweest die zich beziggehouden hebben met wetenschappelijk onderzoek — daarvan zouden vele lichtende voorbeelden te noemen zijn, met denke bijvoorbeeld aan een Mackenzie — maar deze werden beschouwd als buitenbeentjes, huisartsen met een bijzondere hobby naast hun eigenlijke werk. Ook nu nog denken vele huisartsen zelf dat wetenschappelijk onderzoek thuis behoort aan de universiteit of in de kliniek en dat zijzelf niet de gelegenheid hebben of niet in staat zijn bijdragen te leveren aan de vorderingen van de wetenschap.

Het komt mij voor dat de opvatting dat er een scheiding moet worden gemaakt of dat er een barrière bestaat tussen wetenschappelijk onderzoek en het werk van de huisarts, ontstaan is doordat er misvattingen zijn ingeslopen zowel ten aanzien van het begrip wetenschappelijk onderzoek als ten aanzien van het werk van de huisarts.

Onder de indruk van de enorme vooruitgang, te danken aan de ontwikkeling en de toepassing van de natuurwetenschappen is men het wetenschappelijk onderzoek hoe langer hoe meer gaan gelijkstellen of associëren met experimenteel wetenschappelijk onderzoek. In analogie met de laboratoria voor natuurkunde en scheikunde is men patiënten gaan isoleren van hun omgeving, om in ziekenhuizen of speciale instituten, zo min mogelijk gestoord door andere invloeden, bijzondere methoden te kunnen toepassen. Zonder twijfel heeft dit geleid tot zeer

indrukwekkende vorderingen van de medische wetenschap en tot groot voordeel van de patiënten. Zo ontstond langzamerhand het geloof dat het ware wetenschappelijk onderzoek bestond uit het toepassen van experimentele methoden, waarvoor de huispraktijk inderdaad ongeschikt is. Het idee, dat hiervoor een uitrusting met ingewikkelde en kostbare apparatuur nodig was, werd gemeengoed. Hierdoor raakte het begrip, dat er nog andere wijzen van wetenschappelijk onderzoek bestaan dan die waarbij experimentele methoden worden toegepast, wat op de achtergrond.

De basis van wetenschappelijk onderzoek is het verrichten van waarnemingen. In principe is dit in het geheel niet gebonden aan instituten, laboratoria of klinieken of aan het gebruik van een bepaalde apparatuur. Waarnemingen kan men met zijn zintuigen en met behulp van eenvoudige hulpmiddelen even goed verrichten; het gaat er slechts om dit zo methodisch mogelijk te doen en vast te leggen. Het wetenschappelijk onderzoek in de geneeskunde was oorspronkelijk zelfs vrijwel niets anders dan het bestuderen van de natuurlijke historie van patiënten. Tot het doen van wetenschappelijk onderzoek door middel van observaties is de huisarts heel goed in staat. Hiervoor neemt hij zelfs in sommige opzichten een gunstiger positie in dan de laboratoriumwerker of de specialist.

Het tweede misverstand is het idee dat het werk van de huisarts bestaat in het toepassen van wetenschappelijke verworvenheden uit laboratorium en kliniek. Deze zijn voor hem ongetwijfeld van groot belang. Het wordt echter steeds duidelijker dat hiervan slechts nut is te verwachten voor een beperkt gedeelte van de patiënten, dat zijn hulp inroept. Een zeer groot gedeelte van de gezondheidsstoornissen, waarvoor hij wordt geconsulteerd, valt buiten het gezichtsveld van kliniek en laboratorium, enerzijds omdat deze stoornissen daarvoor niet ernstig genoeg zijn, anderzijds omdat de oorzaak ligt hetzij juist in de natuurlijke omgeving van de patiënt, hetzij in diens beleving daarvan. De verwachting dat de problemen, waarvoor de huis-

arts in zijn dagelijks werk wordt gesteld, wel zullen kunnen worden opgelost door wetenschappelijk onderzoek van anderen, is onjuist gebleken. Een groot gedeelte van deze problemen zal door wetenschappelijk onderzoek van de huisarts — dikwijls samen met anderen — moeten worden aangevat. De opvatting, dat er een scheiding bestaat tussen het werk van de huisarts en wetenschappelijk onderzoek, dient plaats te maken voor de gedachte, dat het dringend gewenst is dat de huisarts wetenschappelijk onderzoek gaat verrichten juist in en over zijn dagelijks werk.

*Motieven.* Sommige lezers zal het „dringend gewenst” in dit verband misschien wat overdreven voorkomen. Welke zijn de motieven voor dit wetenschappelijk onderzoek door huisartsen? Daarvoor is er een aantal aan te geven. In de eerste plaats de reden die hierboven reeds werd aangeduid. Er is een groot terrein in de medische wetenschap dat vrijwel alleen door huisartsen kan worden bewerkt. In het Gillie rapport (1963) over „The field of work of the family doctor” wordt gesteld dat er gebieden in de geneeskunde zijn, waarop vooruitgang in behandeling wordt opgehouden door gebrek aan wetenschappelijk onderzoek. De Commissie wijst daarbij op aandoeningen als chronische bronchitis, diabetes, het ulcuslijden, ongevallen en vaatziekten, die een aanzienlijk gedeelte van het werk van de huisarts uitmaken en stelt dat veldstudies over de natuurlijke historie en de epidemiologie van deze aandoeningen alleen in de huispraktijk kunnen worden verricht. Zij vestigt de aandacht op de enorme hoeveelheid invaliditeit door zogenaamd onschuldige aandoeningen en ziekten en op het feit dat de huisarts goede mogelijkheden heeft om het beloop van ziekten te volgen en de waarde van behandeling hiervan, zowel thuis als in het ziekenhuis, te beoordelen, gemeten naar de betekenis voor het leven van deze patiënt.

\* \* \*

Tot zover het Gillie rapport. De huisarts verkeert inderdaad in een zeer gunstige positie om het geheel van de medische zorgen aan zijn patiënten besteed, te overzien en te superviseren. Van de academisch gevormden is hij degene die het dichtst bij de bevolking staat. Zouden wij, artsen, misschien daarom nog „dokter” worden genoemd, terwijl de andere „doctores” zoals juristen en theologen deze aanspreektitel hebben verloren? Hoe dit ook zij, het lijkt mij buiten twijfel dat wetenschappelijk onderzoek door huisartsen vruchten kan afwerpen, zowel voor hun patiënten individueel als voor de gemeenschap als geheel.

In de tweede plaats kan research door huisartsen nuttig zijn voor de medische wetenschap zelf en zodoende voor andere artsen. De specialisten komen op een andere wijze met patiënten en ziekten in aanraking. Zij zien daarvan slechts een — door de huisarts — geselecteerd gedeelte, dikwijls pas wanneer een zeker stadium is bereikt of wan-

neer complicaties zijn opgetreden. Hun visie op verschillende ziekten is daardoor sterk gekleurd en vertrokken. Het kan de taak van de huisarts zijn dit beeld meer met de werkelijkheid in overeenstemming te brengen. De huisarts kan in deze wezenlijke bijdragen leveren aan de medische wetenschap als zodanig.

In de derde plaats kan wetenschappelijk onderzoek voor de huisartsen als groep van grote waarde zijn. In het Genootschap wordt soms gaarne over „huisartsgeneeskunde” gesproken. Wij dienen echter wel te beseffen dat deze term gerechtvaardigd is voor onze wijze van uitoefening van het artsberoep als „situatie-specialisme”. Als tak van wetenschap zal deze huisartsgeneeskunde nog grotendeels moeten worden opgebouwd. Dit zal vooral door huisartsen zelf systematisch dienen te geschieden.

In de vierde — en zeker niet in de laatste plaats — kan het verrichten van wetenschappelijk onderzoek van bijzondere waarde zijn voor de individuele huisarts. Het kan een gezonde nieuwsgierigheid — eerste drijfveer van elk wetenschappelijk onderzoek — bevredigen en prikkelen. Een van de gevaren, die ons in de huispraktijk bedreigen, is het vervallen tot gedachtenkortsluitingen (bijvoorbeeld van symptoom tot recept) en tot routinematig handelen zonder ons in de ratio daarvan te verdiepen. Het doen van een onderzoek, hoe bescheiden dit op zichzelf ook moge zijn, stimuleert ons tot een andere, meer rationele en wetenschappelijke wijze van denken. Dit blijkt invloed te hebben op onze hele houding tegenover ons dagelijks werk. Men kan herhaaldelijk huisartsen, die een wetenschappelijk onderzoek hebben verricht, horen constateren hoe zij daardoor een andere instelling hebben verkregen tegenover hun praktijkroutine en dat zij nu weer een frisse kijk hebben op verschijnselen, die hun voordien in een sleur ontgingen. Het meest sprekend wordt dit wel onder woorden gebracht op de omslag van het boekje van *Ruhe*, waar wordt beschreven hoe een hoogst onvoldaan gevoel over zichzelf en over zijn werk door een wetenschappelijk onderzoek plaats maakten voor beter begrip, tevredenheid en voldoening in het werk.

Het hebben van een „wetenschappelijke breikous” (Festen) kan een tegenwicht vormen tegenover de grote dispersiteit van de zich steeds herhalende casuïstiek, waarbij men soms het gevoel kan hebben zijn krachten te verliezen doordat er zo weinig lijn en ontwikkeling in valt te ontdekken.

Het tot een goed einde brengen van een onderzoek en het bereiken van verantwoorde conclusies kan een grote voldoening geven en daardoor helpen het moreel van de huisarts, dat soms toch al wordt bedreigd door inferioriteitsgevoelens tegenover de specialist, te versterken. Tegelijkertijd kan wetenschappelijk onderzoek ons medici dikwijls bescheidenheid leren ten aanzien van onze werkzaamheid en respect ten opzichte van de natuur.

Het deelnemen aan een gezamenlijk onderzoek

kan helpen het isolement, een ander gevaar inherent aan de huisartspraktijk, te doorbreken. Het kan leiden tot allerlei bevruchtende contacten met anderen. Kortom: de waarde van wetenschappelijk onderzoek voor de huisarts zelf kan naar mijn mening nauwelijks worden overschat.

*Onderwerpen.* Huisartsen menen dikwijls dat in hun praktijk onvoldoende materiaal schuilt voor wetenschappelijk onderzoek. Terecht heeft *Groen* er echter op gewezen dat wij dikwijls (wetenschappelijk) goud in handen hebben zonder het te beseffen. In dit verband haalde hij het gezegde aan van Gregg, dat de laatste ontdekking die een diepzeevis zal doen, het fenomeen van het zoute water is, omdat dit hem als de meest vanzelfsprekende zaak van de wereld voorkomt.

Er zijn talloze onderwerpen op te sommen die zich zouden lenen voor wetenschappelijke bewerking door huisartsen. Het is daarbij nuttig en verhelderend een onderscheid te maken tussen wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk en over de huisartspraktijk zelf. Wat het laatste betreft zijn in Nederland reeds verschillende praktijkanalyses verricht, maar er is nog stof te over om ons in te verdiepen, wat onze eigen werkzaamheden betreft, onze wijze van functioneren in vergelijking met beroepsgenoten hier en elders. Wij zouden kunnen trachten oorzaken van tekortschieten op te sporen om dit te kunnen voorkomen. Er is behoefte aan experimenten in samenwerking met anderen, zowel huisartsen als specialisten, paramedische werkers, sociale werkers en vertegenwoordigers van andere wetenschappen en beroepen. Het Nederlands Huisartsen-Instituut zal bij dit soort research een belangrijke rol kunnen vervullen.

Wat het wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk betreft zou men kunnen zeggen dat in principe het veld van onderzoek onbeperkt is, omdat wij met alle ziekten in aanraking komen en ongeveer 90 procent daarvan door ons alleen wordt gezien. Dit neemt niet weg dat wij onze krachten liever niet moeten verspillen aan onderwerpen die door anderen beter kunnen worden onderzocht, omdat zij hiervoor een gunstiger positie innemen. Het lijkt verstandiger onze inspanning te concentreren op terreinen waarop wij in een bijzonder voordelige positie verkeren. Het komt mij voor dat een schematisch overzicht hiervan logisch voortvloeit uit de karakteristieke elementen van de taakomschrijving van de huisarts. De huisarts is de gene die in het algemeen het eerst te hulp wordt geroepen bij gezondheidsstoornissen: hij zal dikwijls het eerste contact maken met ziekte. Daardoor is hij in een gunstige positie voor het verrichten van morbiditeitsonderzoekingen, voor een registratie van patronen en verschuivingen daarin. Dit is op zichzelf reeds een enorm veld van onderzoek, stof biedend voor honderden huisartsen. Verder valt in dit verband te denken aan opsporing en vroege diagnostiek, aan primaire en secundaire

preventie, de wijze van aanpak en behandeling door de huisarts, alleen of samen met anderen.

Een ander, essentieel kenmerk van de positie van de huisarts is de continuïteit van de relatie met zijn patiënten. Dit geeft hem een enorme voorsprong bij longitudinale onderzoekingen, al is dit een zeer moeilijk onderwerp dat een lange adem vergt. Hoe weinig is er bekend omtrent de opeenvolging van ziekten in de loop van een mensenleven. Hierin zijn mogelijk wetmatigheden te ontdekken: predisponeren bepaalde ziekten voor andere, misschien tientallen jaren later? Welke invloed heeft de constitutie, de erfelijkheid bij bepaalde aandoeningen? De huisarts heeft dikwijls hele families in zijn praktijk. Ook hier ligt een groot veld van onderzoek.

Het persoonlijke karakter van de relatie met zijn patiënten stelt hem in staat tot het doen van waarnemingen op psychologisch en sociologisch gebied en op de raakvlakken daarvan met de geneeskunde.

Bij integrale benadering van zijn patiënten zal hij kunnen zoeken naar correlaties tussen somatische, psychische en sociale aspecten.

Tenslotte ziet hij zijn patiënten tegen de achtergrond van hun natuurlijk milieu, de primaire groep waartoe zij behoren, het gezin. Hij heeft dus een zeer gunstige post voor het doen van epidemiologische observaties, niet alleen wat besmettelijke ziekten betreft. Hij kan ook verdere interacties tussen zijn patiënten en hun omgeving waarnemen, bijvoorbeeld wisselwerkingen binnen het gezin. Op al deze gebieden liggen nog grote velden voor onderzoek braak. Juist op deze terreinen zal geleidelijk een eigen huisartsgeneeskunde kunnen worden opgebouwd. Er zijn onderwerpen genoeg voor ieder die ze wil vinden.

*Methoden.* Over de methoden van onderzoek door huisartsen zal in dit artikel niet worden geschreven. Hier zij er slechts op gewezen dat er onderscheid kan worden gemaakt tussen onderwerpen die zich lenen voor individueel en voor collectief onderzoek. Bij collectieve onderzoekingen kan men weer onderscheid maken tussen kleine en grote groepsonderzoekingen. Men zou deze onderzoekingen kunnen uitzetten in een grafiek met op de ene as het aantal deelnemers en op de andere as het aantal disciplines dat hierin dient te worden betrokken, hetzij bij de opzet hetzij bij de uitvoering: huisartsen, specialisten, paramedici, statistici, sociologen, enzovoort. Voor de opzet van een onderzoek door huisartsen heeft *Bos* in dit tijdschrift een aantal uiterst belangrijke richtlijnen gegeven. Van dit artikel en die van *Doelman* en *Hogerzeil* dient ieder, die een onderzoek wil ondernemen, kennis te nemen. Door het Engelse College of General Practitioners werd een nuttig boekje „A guide to research in general practice” gepubliceerd, terwijl ook *Eimerl*, *Kuensberg* en *Pinsent* hierover waardevolle artikelen schreven. Langzamerhand beginnen zich bepaalde methoden te ontwikkelen die

aangepast zijn aan de situatie in de huisartspraktijk. De Commissie Wetenschappelijk Onderzoek is gaarne bereid in deze van advies te dienen, waarbij het Nederlands Huisartsen-Instituut als apparaat van het Genootschap belangrijke diensten zal kunnen bewijzen. Het valt zeer aan te bevelen dat huisartsen, die een wetenschappelijk onderzoek willen ondernemen, zich in een zo vroeg mogelijk stadium met deze instanties in verbinding stellen. Het zal hun onderzoek alleen ten goede komen en hun onnodige teleurstellingen kunnen besparen.

*Besluit.* Het besef, dat wetenschappelijk onderzoek voor de huisarts een even normale zaak is als voor iedere andere academisch gevormde, begint eerst de laatste jaren door te dringen. Systematisch speurwerk door huisartsen staat evenwel nog in de kinderschoenen. Vergeleken met andere landen slaat Nederland in deze geen slecht figuur, zowel wat individuele als wat groepsonderzoeken betreft. In een respectabel aantal proefschriften hebben Nederlandse huisartsen belangrijke werkstukken geleverd. Het niveau van deze onderzoeken ligt over het algemeen belangrijk hoger dan van overeenkomstige werkstukken in het buitenland. Men zou zich zelfs kunnen afvragen of de eisen, die hier aan een proefschrift worden gesteld, niet te hoog zijn, daar op deze wijze velen van het schrijven worden weerhouden door de zeer grote hoeveelheid werk die hiervoor wordt geleverd. Naar ik meen zijn de eisen in geen enkel land zo hoog als in het onze. Buiten deze proefschriften zijn er in de laatste jaren tal van artikelen van huisartsen verschenen, gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek.

Wat collectieve huisarts onderzoeken be-

treft heeft voor zover mij bekend, alleen Engeland meer ervaring dan wij. Wat het Nederlands Huisartsen Genootschap in de korte tijd van zijn bestaan heeft gepresteerd mag echter gezien worden: het verloskunde-onderzoek, het tetanusonderzoek, het abortusonderzoek, het furunculose-onderzoek, het tonsillitisonderzoek, het onderzoek over otitis media, het influenza-onderzoek van Pel c.s., de C.W.O.-praktijk-analyses, het ijzertherapie-onderzoek en verschillende andere kleinere groepsonderzoeken. Bovendien zijn er nog verschillende aan de gang. Deze start is veelbelovend. Het ziet er naar uit dat de Nederlandse huisartsen inderdaad belangrijke bijdragen aan het medisch-wetenschappelijk onderzoek zullen gaan leveren. Wanneer het Nederlands Huisartsen-Instituut is ingewerkt valt te verwachten dat er regelmatig gecoördineerde onderzoeken op huisartsengebied plaats zullen vinden. Moge de artikelen die de redactiecommissie van „huisarts en wetenschap” zich voorstelt in dit blad over het wetenschappelijk onderzoek te publiceren, de huisartsen in Nederland stimuleren en helpen om hun activiteiten op dit gebied nog te vergroten en te verbeteren.

- Bos, G. J. (1960) huisarts en wetenschap 3, 153.  
Doeleman, F. (1957) huisarts en wetenschap 1, 21.  
Eimerl, T. S. (1961) Coll. Gen. Pract. 4, 628.  
Groen, J. (1958) huisarts en wetenschap 1, 125.  
A Guide to Research in General Practice (1963) suppl. no. 3.  
J. Coll. Gen. Pract. 5.  
Hogerzeil, H. H. W. (1957) huisarts en wetenschap 1, 25.  
Hogerzeil, H. H. W. (1958) huisarts en wetenschap 2, 39.  
Kuensberg, E. V. (1963) J. Coll. Gen. Pract. 6, 242.  
Pinsent, R. J. F. H. (1961) J. Coll. Gen. Pract. 4, 581.  
——— (1963) J. Coll. Gen. Pract. 6, 5.  
Ruhe, H. A. M. (1957) Een huisartsenpraktijk in 1938 en 1954, Elementen voor de kennis der volksgezondheid no. 8, Van Gorcum en Comp., Assen.