

# Het wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde moet uit de bestaande impasse worden gehaald\*

DOOR C. P. BRUINS, ARTS\*\*

Het wetenschappelijke onderzoek in de huisartsgeneeskunde verkeert reeds enige jaren in een duidelijke impasse. Dit komt onder meer tot uiting in het ontbreken van een gericht systeem over het geheel en in het te geringe aantal wetenschappelijke onderzoeken dat op het ogenblik wordt verricht.

Het ontbreken van een „gericht systeem” komt met name tot uitdrukking in het feit dat een relatief groot deel van het toch al geringe aantal onderzoeken wordt verricht door mensen die daarop willen promoveren. Het is duidelijk en begrijpelijk dat veel onderwerpen van dergelijke promotie-onderzoeken — uitzonderingen daargelaten — niet zijn gekozen op grond van hun algemeen wetenschappelijke waarde, maar op grond van de persoonlijke en soms zelfs hobbyistische belangstelling van de aanstaande promovendi.

Van deze impasse, met name te weinig onderzoek en het ontbreken van systematiek, kunnen de volgende oorzaken worden genoemd.

a Het gebrek aan tijd zodat het voor de huisartsen onmogelijk is om volkomen zelfstandig onderzoek te verrichten, echter vooral — wat belangrijker is — de steeds toenemende noodzaak om puur solo-onderzoek te vervangen door professioneel team-onderzoek.

b Genoemde „professionalisering” van het onderzoek is weliswaar — mede door de oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap, het Nederlands Huisartsen-Instituut en de universitaire huisartsen-instituten — op gang gekomen, maar in onvoldoende mate. Een van de voornaamste oorzaken daarvan is, dat de verwachting dat de zeven universitaire huisartsen-instituten wetenschappelijk onderzoek zouden gaan verrichten — op een enkele uitzondering na — niet is bewaarheid. De universitaire instituten bleken al hun energie nodig te hebben voor het inbouwen van de huisartsgeneeskunde in de opleiding.

## *Noodzaak tot professionalisering*

De noodzaak om professioneel te werk te gaan

\* Naar een voordracht op het congres van de Societas Internationalis Medicinæ Generalis (S.I.H.G.), september 1972 te Iglis (Oostenrijk).

\*\* Directeur Nederlands Huisartsen Instituut.

blijkt met name uit de methodologische „gebreken” die een onderzoek van de huisarts in de eigen praktijk vertoont door een te directe betrokkenheid bij zijn patiëntenpopulatie. Hierdoor kunnen bij het onderzoek diverse vóóronderstellingen storend gaan werken.

Onderzoek in de eigen praktijk wordt ernstig bemoeilijkt omdat de huisarts zogenaamde „situatiegeneeskunde” bedrijft, waarbij vele variabelen een rol spelen: bijvoorbeeld het ziektegedrag van de patiënt, het gedrag van de huisarts, de relatie tussen arts en patiënt en de structuur van het verzorgingssysteem.

## *Beperkte waarde*

Een van die variabelen heeft bijvoorbeeld een sterk nadelige invloed gehad op het epidemiologische morbiditeitsonderzoek. De beperkte waarde van dit onderzoek moest namelijk worden toegeschreven aan de te grote invloed van de huisarts op de wijze waarop patiënten hun klachten aan hem presenteren, bijvoorbeeld betreffende infectieziekten, psychoneurosen (wat dat ook moge zijn), huidziekten en dergelijke. Vaak was het zelfs zo, dat bepaalde morbiditeitsgegevens die uit een onderzoek kwamen, „meer vertelden over de houding van de arts”, dan over de morbiditeit onder de bevolking.

Het is duidelijk dat de genoemde variabelen die wetenschappelijk onderzoek door de huisarts bemoeilijken, vooral betrekking hebben op menselijk gedrag, zowel van de patiënt als van de arts. Dit betekent dat het verkrijgen van inzicht in die variabelen kennis op het gebied van de gedragswetenschappen noodzakelijk maakt; een terrein waarop de huisarts nu juist in het algemeen niet thuis is.

## *Conclusie*

Geconcludeerd kan dan ook worden dat de opvatting dat iedere huisarts als universitair gevormde zelf wetenschappelijk onderzoek zou moeten doen, noodgedwongen zal moeten worden verlaten.

Een uitzondering zou kunnen worden gemaakt voor de huisarts die zich grondig heeft verdiept in de „methode” van wetenschappelijk onderzoek. Maar ook voor deze huisarts lijkt effectief onderzoek — naast zijn reeds drukke werkzaamheden in

de praktijk — een vrijwel ondoenlijke taak. Alleen het registreren van eigen gedrag in de praktijk, door middel van evaluatie-onderzoek en action-research, zou voor een dergelijke arts een zeer geschikte vorm van onderzoek kunnen zijn.

De conclusie dat de huisarts „ongeschikt” is om geheel zelfstandig wetenschappelijk onderzoek te verrichten, impliceert echter in genen dele dat de huisarts geen belangrijke rol bij dat onderzoek zou moeten spelen. Sterker: wetenschappelijk onderzoek zou niet mogelijk zijn zonder de hulp van zoveel mogelijk huisartsen die de probleemstelling leveren en de relevante informatie verzamelen.

#### *Doorbreking van de impasse*

De bestaande impasse in het wetenschappelijke onderzoek zou wellicht als volgt kunnen worden doorbroken.

1 De verwachtingen betreffende wetenschappelijk onderzoek door huisartsen moeten niet te hoog worden gesteld. Veranderingen in de maatschappij en in de gezondheidszorg voltrekken zich vaak zo snel, dat de resultaten van het wetenschappelijke onderzoek soms reeds zijn achterhaald door nieuwe feiten op het moment dat het rapport waarin de resultaten worden vastgelegd, gereed is. Het meedenken en richting geven door huisartsen aan nieuwe ontwikkelingen in de eerstelijns-gezondheidszorg lijkt minstens zo belangrijk.

2 Het gezamenlijk opstellen van prioriteiten, waardoor een gericht beleid bij het wetenschappelijke onderzoek mogelijk wordt.

3 De coördinatie van het beperkt beschikbare potentiële aan onderzoekers en geldmiddelen, waarbij de absolute vrijheid voor het doen van wetenschappelijk onderzoek wellicht ter discussie zou kunnen worden gesteld.

4 De inschakeling van „professionals” die het onderzoek methodologisch en organisatorisch kunnen begeleiden. De huisartsen kunnen dan optreden als discussiepartners bij de probleemstelling en bij de opzet van het onderzoek, terwijl zij dan tevens de voor het onderzoek relevante informatie kunnen verzamelen.

5 Er moet een goede wisselwerking tot stand worden gebracht tussen het huisartsen-„veld” en het, op het doen van onderzoek, gerichte beleid. Een gericht beleid is alleen mogelijk wanneer de huisartsen het gevoel hebben dat een bepaald onderzoek ook werkelijk hun eigen project is. Dit gevoel kan worden bevorderd door de huisarts een duidelijke inspraak te geven bij de opzet van het onderzoek. Deze inspraak zal de huisarts op zijn beurt ook weer motiveren om de gevonden gegevens terug te spelen.

6 De doelstelling van het onderzoek moet maatschappelijk en praktisch relevant zijn.

#### *Professionals*

Zojuist werd het noodzakelijk genoemd om professionals in te schakelen. Daardoor rijst de vraag wie nu precies professionals zijn:

a Een sporadisch aantal praktizerende huisartsen die allen contact hebben met een instituut voor professioneel onderzoek.

b Een enkele niet-praktizerende huisarts die vast is verbonden aan een huisartsen-instituut.

c Een steeds toenemend aantal deskundigen op gedragswetenschappelijk gebied. Omdat de gedragswetenschappen in een dermate situatie vak als de huisartsgeneeskunde een belangrijke bijdrage kunnen leveren, heeft elk huisartsen-instituut één of meer van deze wetenschapsmensen in dienst. Zij kunnen bij uitstek distantie nemen ten opzichte van hun onderwerp, zij zijn in staat om observaties te doen en zij beheersen de methodologie om deze observaties te rubriceren, te verwerken en te beschrijven. Het spreekt haast vanzelf dat een toenemende inschakeling van dergelijke onderzoekers kritisch zal moeten worden begeleid door de huisartsen en dat moet worden voorkomen dat zij te theoretisch te werk gaan of dat de professionele onderzoeksinstituten bij wie zij in dienst zijn, zich gaan isoleren van het huisartsen-„veld”.

De procedure vanaf de aanzet tot en met de uitvoering en bewerking van wetenschappelijk onderzoek zou als volgt moeten verlopen.

1 Een huisarts krijgt een idee en doet een kleine „pilot-study” in de eigen praktijk. Daarbij neemt hij zo vroeg mogelijk voor de probleemstelling contact op met een methodoloog-statisticus.

2 Het idee van de huisarts wordt met een groep collega's uitgewerkt in een uitgebreidere „pilot-study”, waarbij eveneens de medewerking wordt ingeroepen van een methodoloog-statisticus.

3 De gegevens welke de „pilot-study” oplevert, worden doorspeeld aan een professioneel onderzoeksinstituut, dat terzake van het betrokken onderwerp actief is. Dit instituut wordt dan — op grond van die gegevens — verzocht zijn medewerking te verlenen. Voorbeelden van professionele instituten zijn: de universitaire instituten voor huisartsgeneeskunde, voor sociale geneeskunde, voor psychologie, voor sociale psychologie en voor sociologie; verder het Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde, het Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek en het Nederlands Huisartsen-Instituut.

4 In geval een instituut besluit om zijn medewerking aan het onderzoek te verlenen, wordt om subsidie gevraagd aan de overheid. Deze subsidie zal in het algemeen worden verleend wanneer kan worden aangetoond dat er sprake is van een „methodologisch verantwoorde” opzet.

5 Indien de subsidie inderdaad wordt verleend, kan — in overleg met de huisartsen — een landelijk representatief onderzoekmodel worden ontworpen.

6 Het onderzoek wordt uitgevoerd door een aselechte groep huisartsen, van wie één als project-leider optreedt.

7 Het professionele instituut draagt zorg voor de uitwerking van de uitkomsten van het onderzoek.

8 Tenslotte worden de resultaten van het onderzoek doorgesproken met de deelnemende huisartsen en worden de verkregen gegevens zo nodig doorgespeeld naar de instanties of overheidsorganen die het beleid mede bepalen. Zo ontstaat een goede wisselwerking tussen „veldwerkers” en beleidsinstanties.

Eén van de nieuwe activiteiten van het Nederlands Huisartsen-Instituut is de registratie van lopend wetenschappelijk onderzoek. Deze registratie heeft niet alleen betrekking op het onderzoek in de huisartsgeneeskunde, maar op die in de gehele eerste lijn van de gezondheidszorg, ongeacht de omvang van het onderzoek (een klein opgezet onderzoek van studenten wordt bijvoorbeeld ook geregistreerd). Doel van de registratie is om snel te kunnen beschikken over een up-to-date totaalbeeld van de lopende onderzoeken. Dit totaalbeeld kan natuurlijk niet geheel en al volledig zijn, omdat een aantal onderzoeken niet kan worden „opgespoord”, maar wel kan worden aangenomen dat het aantal geregistreerde onderzoeken de werkelijkheid vrij dicht benadert.

Eind augustus vorig jaar waren in het totaal 127 onderzoeken geregistreerd. In *tabel 1* staat aangegeven door wie die onderzoeken worden (of werden) verricht en in welke verhouding.

Uit deze gegevens blijkt dat bijna de helft van de onderzoeken wordt gedaan door beoefenaars van de gedragswetenschappen en nagenoeg de andere helft door artsen (huisartsen plus specialisten). Meer dan een derde van de onderzoeken wordt verricht door huisartsen.

*Tabel 1. Gegevens over de geregistreerde onderzoeken*

<i>Aard van de discipline</i>	<i>Aantal onderzoeken</i>
Beoefenaars van de gedragswetenschappen	59 ( 46,4%)
Huisartsen	44 ( 34,7%)
Specialisten	16 ( 12,6%)
Anderen	8 ( 6,3%)
Totaal	127 (100 %)

*Tabel 2. Onderzoek door huisartsen*

<i>Solo of in samenwerking</i>	<i>Aantal onderzoeken</i>
Solo	2
Groep huisartsen	4
Solo plus huisartsen-instituut (universitair dan wel N.H.I.)	9
Solo plus ander instituut	6
Groep plus huisartsen-instituut	0
Groep plus ander instituut	1
Huisartsen-instituut	22
Totaal	44

Uit de gegevens van *tabel 2* kan worden geconcludeerd in hoeverre de huisartsen die volgens *tabel 1* aan 44 onderzoeken meewerken, dit alleen doen of in samenwerking met anderen.

Uit deze gegevens blijkt dat slechts een sporadisch aantal onderzoeken (namelijk twee) door één huisarts wordt verricht. Ook het aantal onderzoeken waarbij weliswaar meer dan een huisarts is betrokken, maar waarbij geen andere vorm van samenwerking bestaat, is gering (vier). Bij de overige onderzoeken (38) is een of ander instituut betrokken. Tevens blijkt uit de gegevens van *tabel 2* dat bij 31 van de 44 onderzoeken een huisartsen-instituut is betrokken, hetzij geheel „in eigen huis” (22), hetzij in samenwerking met één huisarts (9).

Wanneer bij deze 31 onderzoeken — waarbij dus huisartsen-instituten zijn betrokken — wordt opgeteld het aantal onderzoeken dat wordt verricht door de beoefenaars van gedragswetenschappen die vast aan huisartsen-instituten zijn verbonden, dan kan worden gesteld dat de huisartsen-instituten (universitair plus N.H.I.) bemoeienis hebben met ongeveer een derde van de geregistreerde 127 onderzoeken.

Het merendeel hiervan blijkt te geschieden op initiatief van een of ander instituut. Dit verschijnsel kan, zoals reeds eerder opgemerkt, gevaren opleveren indien onvoldoende contact bestaat met het „veld”. Het is daarom te hopen dat de praktizerende huisartsen het wetenschappelijke onderzoek niet aan de instituten alleen zullen overlaten, want hun inspraak en medewerking zijn dringend gewenst. Daarnaast is terugkoppeling van de verkregen gegevens essentieel om de „veldwerkers” zo adequaat en wetenschappelijk verantwoord mogelijk te laten werken.

Wanneer de voortekenen niet bedriegen zal een goed samenspel tussen praktizerende huisartsen en de professionele instituten — ondanks een aantal sombere geluiden — een nieuwe impuls geven aan de Nederlandse huisartsgeneeskunde.