

INSTITUUT VOOR HUISARTSGENEESKUNDE LEIDEN

### Een practicum wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk

Sinds 1977 wordt in Leiden een practicum wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk georganiseerd. Mevrouw M. J. A. de Jonge\*\* en Prof. Dr. G. J. Bremer\*\*\* beschrijven hoe een cursus voor derdejaars medische studenten uitgroeide tot een cursus voor docenten, huisartsen en arts-assistenten in opleiding tot huisarts.

#### Derdejaars keuzeonderwijs

Sinds 1969 bestaat in Leiden het „derdejaars keuzeonderwijs”: een drie maanden durend onderdeel van het medisch curriculum, waarin de student „kennis moet maken met de wetenschappelijke methoden van het medisch-biologisch en medisch-wetenschappelijk onderzoek dat in de faculteit of daarbuiten wordt verricht” – zo luidt de doelstelling van de medische faculteit ten aanzien van dit onderwijs in wetenschappelijk onderzoek.

Ieder jaar komt er een klapper uit met onderwerpen aangeboden door de verschillende vakgroepen. De ongeveer 120 onderwerpen zijn verdeeld over de volgende gebieden: sociale geneeskunde, huisartsgeneeskunde, patiëntenonderzoek, patiëntengebonden laboratoriumonderzoek en niet-patiëntengebonden laboratoriumonderzoek. Alle studenten zijn verplicht dit onderwijs te volgen; sommige programma's worden door één student bewerkt, andere door twee of meer studenten.

Door de faculteit werd oorspronkelijk een verplichte tweedaagse cursus georganiseerd waarin aandacht werd gegeven aan het opzetten van onderzoek, het raadplegen van wetenschappelijke literatuur, het gebruiken van statistische methoden, de computer en het maken van een verslag. Deze inleidende cursus

is later vervangen door een klapper, waarin de desbetreffende onderwerpen globaal behandeld worden.

De studenten moeten verslag uitbrengen van hun werkzaamheden; dit verslag telt mee voor de totale beoordeling van de student.

Vanaf het begin heeft de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Leidse medische faculteit aan dit onderwijs meegedaan.

Hoewel het derdejaars keuzeonderwijs reeds zeer arbeidsintensief was, vonden de medewerkers van de vakgroep dat zij studenten die een huisartsgeneeskundig onderwerp hadden gekozen, nog een aparte inleiding moesten geven: een cursus waarin iets verteld wordt over de huisartspraktijk en over het doen van onderzoek in de huisartspraktijk. Er werd ook een training gegeven in het afnemen van interviews.

Al spoedig bleek dat de studenten zeer geïnteresseerd waren in de onderwerpen die wij aanboden. In overeenstemming daarmee voerden wij het aantal programma's op tot bijna 20 procent van het totale aanbod. Niet alle programma's worden door de studenten ook gekozen. In de cursus 1976/'77 bijvoorbeeld bood de faculteit 156 programma's aan en de vakgroep Huisartsgeneeskunde dertig. Tien van deze onderwerpen werden gekozen en ook bewerkt.

Wij hebben het gevoel dat dit onderwijs in wetenschappelijk onderzoek zeer inspirerend voor de huisartsgeneeskunde is; uit een lijstje van bewerkte onderwerpen moge dit ook blijken (*figuur 1*). In totaal beschikt het Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde nu over zestig verslagen. Deze zijn opgenomen in

de bibliotheek van de vakgroep en kunnen worden uitgeleend. Op aanvraag kan een volledige lijst met onderwerpen aan de lezer worden toegestuurd (adres: Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Wassenaarseweg 62, 2333 AL Leiden).

#### Practicum wetenschappelijk onderzoek

Al spoedig kon het werk met de studenten niet meer door de vakgroepsleden alleen worden gedaan, mede doordat niet alle stafleden een eigen praktijk hebben. De vakgroep zou het keuzeonderwijs alleen op de oude voet kunnen voortzetten in samenwerking met goed geïnstrueerde, perifere huisartsen die gemotiveerd waren onderzoek in de eigen praktijk te laten verrichten. Bij voorkeur zou dit dan onderzoek moeten zijn, dat door de huisartsen zelf werd aangedragen en niet door de medewerkers van het instituut. Daarom besloot de vakgroep een docentenpracticum voor huisartsen te organiseren. Wij stelden een vijfjarenplan op met de bedoeling na die tijd veertig à vijftig studenten per jaar te kunnen „verwerken” met vijftientig programma's. De vakgroep moest dan over twintig huisarts-docenten (met een eigen praktijk) kunnen beschikken. In januari 1977 startten wij met een „docentenpracticum derdejaars keuzeonderwijs”, waarvoor de belangstelling in het begin niet bijster groot was. In een later stadium besloten wij dit docentenpracticum ook toegankelijk te maken voor andere belangstellenden; het kreeg toen de naam „practicum wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk”.

De deelnemers moeten zelf actief werken aan de opzet van een door henzelf bedacht onderzoek. Het aantal deelnemers is beperkt tot maximaal zestien. De groep wordt verdeeld in een aantal subgroepjes, elk met ieder een eigen onderwerp. Meestal zijn er vier onderwerpen om mee te werken. Het practicum duurt twee dagen, verdeeld over drie dagdelen en een avondzitting. Per zitting wordt steeds één aspect van het onderzoek belicht in een korte inleiding, waarna de subgroepen aan het werk gaan met een opdracht.

Op grond van informatie van de deelnemers is het programma herhaalde malen bijgesteld. Zo hebben wij de bijdrage van een statisticus laten vallen en wordt volstaan met de aanbeveling om bij het opzetten van een onderzoek, hoe eenvoudig ook, al in een vroeg stadium een statisticus te raadplegen. Literatuurde-

\* Tenzij uitdrukkelijk anders is vermeld, komen bijdragen in deze rubriek uitsluitend voor rekening van de auteur(s).

\*\* Sociologe, wetenschappelijk hoofdmedewerker vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Leiden.

\*\*\* Hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen, destijds lector huisartsgeneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Leiden.

ctie en planning van een onderzoek zijn later ingelast en er is ruim tijd uitgetrokken voor het behandelen van de vraag „hoe maak je een onderzoeksplan?”. Hierbij komen ter sprake: het definiëren van begrippen, het opstellen van hypothesen en het zoeken naar indicatoren.

Het programma bestaat nu uit tien onderdelen: Beginselen van onderzoek; Wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk; De vraagstelling; Literatuurstudie/bibliotheek; Het verloop van een onderzoek; Verschillende soorten onderzoek; Registreren/classificeren/coderen; Rapportage; Het plannen van een onderzoek in de tijd; Literatuur over wetenschappelijk onderzoek. Deze onderdelen worden kort ingeleid en de deelnemers ontvangen een stencil waarin de problematiek uit de doeken wordt gedaan.

De vier opdrachten luiden als volgt:

1. Bedenk een vraag die je als huisarts graag beantwoord wilt zien. Tracht deze vraag zo te formuleren dat je er door een onderzoek een antwoord op kunt geven.

2. Maak een begin met een literatuurstudie. Zoek in de bibliotheek ten minste drie tijdschriftartikelen of boeken op die relevante informatie geven over de desbetreffende vraagstelling.

3. Maak een onderzoeksopzet. Welke methoden van onderzoek wil je gebruiken?

4. Maak een onderzoeksplan. Bij dit plan moet rekening worden gehouden met tijd, middelen, personeel, materieel en ruimten.

Voor elke opdracht wordt ongeveer een uur uitgetrokken. Daarna worden de ervaringen van de subgroepjes in pleno besproken. Op deze wijze worden de mogelijkheden en problemen die men ontdekt, zo concreet mogelijk aan de orde gesteld en kunnen de deelnemers van elkaars ervaringen leren.

Door de deelnemers zijn inmiddels een aantal eigen vraagstellingen ingebracht (figuur 2). Het werken met een eigen vraagstelling verlevendigt de discussie bij de nabesprekingen; de theoretische aspecten worden achteraf gesystemiseerd. Vanzelfsprekend is het niet de bedoeling, binnen het tijdsbestek van twee dagen een doortimmerd onderzoeksplan op te zetten. Het doel is veel meer, al doende vertrouwd te raken met het doen van onderzoek in het algemeen en kennis te maken met zoveel mogelijk voetangels en klemmen.

In Leiden is het practicum sinds 1981 ook als vast onderdeel in de beroepsop-

leiding tot huisarts opgenomen. Behalve het enthousiasmeren van de arts-assistent voor het doen van onderzoek in de huisartspraktijk, heeft het de volgende doelstellingen:

- voorbereiden op het maken van de scriptie;
  - kritisch leren lezen van wetenschappelijke publikaties;
  - het introduceren van de arts-assistenten in de bibliotheek van het instituut.
- Het practicum is in de periode 1977-1981 vier maal georganiseerd, voor eenenvijftig deelnemers. Inmiddels is het overgenomen in Groningen, waar in de-

zelfde periode drie practica met vierenvijftig deelnemers werden georganiseerd\* (voetnoot op pagina 196).

## Enquête

In het voorjaar 1982 is onder de deelnemers aan het practicum een enquête gehouden. Van de vijftien deelnemers aan de cursus en de practica ontvingen er negenentachtig een enquêteformulier (van zes deelnemers was het adres onbekend). Achtenvijftig deelnemers hebben het formulier ingevuld; zesenvijftig formulieren konden wor-

Figuur 1. Enkele bewerkte onderwerpen.

- 1973 Onderzoek naar het valiumgebruik in een huisartspraktijk
- 1975 Onderzoek naar zelfmedicatie, in het bijzonder met kalmerende middelen en slaapmiddelen
- 1975 Verslag van een onderzoek onder mensen die bijna nooit hun huisarts raadplegen
- 1977 Slechte start. Een oriënterend onderzoek naar factoren tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed die de kwaliteit van het latere leven nadelig beïnvloeden
- 1977 Onderzoek naar het functioneren van een verpleegkundige in groepspraktijken en gezondheidscentra
- 1978 Ouders en kleutersbureau
- 1978 Berichtgeving van de arts. De brief van de huisarts en het antwoord van de specialist samen bekeken
- 1979 Een bibliotheek voor patiënten<sup>a</sup>
- 1979 De gang van de klant in een wijk- en dienstencentrum
- 1980 Risicofactoren voor het verkrijgen van een collumfractuur
- 1980 Reactie van het gezin op ziekte van de moeder
- 1981 De overgang bij de vrouw en de voorlichting daarover
- 1981 Een moeder op het spreekuur

<sup>a</sup> Gepubliceerd in Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 231-7.

Figuur 2. Eigen vraagstellingen van de deelnemers.

Wat is de effectiviteit van Ultraschall-therapie bij patiënten met een tenniselleboog vergeleken met die van corticosteroïdinjecties?

Heeft het al dan niet binnen blijven van kinderen met een loopoor na een acute middenoorontsteking invloed, en zo ja welke, op de genezing?

Verloopt de genezing van een enkeldistorsie behandeld met tape sneller dan die met zwachtel en rust?

Welke mensen gebruiken drie of meer medicijnen in mijn praktijk?

Welke afwijkingen worden er ontdekt door controle bij het pilgebruik?

Hoe verloopt het telefonisch consult op een goede manier?

Hoe komt het dat de meeste huisartsen bij ziekte zelf meestal geen huisarts consulteren?

Hoe beantwoordt de specialist de vraagstelling in de verwijsbrieven van de huisarts?

den bewerkt (50 huisartsen – van wie 18 stafleden – 4 gedragswetenschappers en 2 student-assistenten).

Wij vermelden hier alleen de meest opvallende gegevens:

De meeste deelnemers bezochten de cursus vooral om zich te oriënteren (37), een aantal overwoog te zijner tijd zelf onderzoek te gaan doen (17). Enkele deelnemers gaven als reden op dat zij studenten moesten begeleiden (10).

Na de cursus hebben vijftientig deelnemers zich met wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk beziggehouden. Dit heeft in twaalf gevallen geleid tot een publikatie, waaronder tweemaal een dissertatie. Daarnaast bleken zes huisartsen bezig te zijn – sommigen al geruime tijd – met een promotieonderzoek.

Omdat het niet voor de hand lag te veronderstellen dat de deelnemers door de cursus tot het doen van onderzoek zijn gekomen – de meesten waren al min of meer bezig – hebben wij nog nagegaan of de twaalf „publicisten” om een andere reden de cursus hebben gevolgd dan de overige deelnemers. Dit bleek niet het geval. Op de vraag of zij iets aan de cursus gehad hadden, antwoordden zesenveertig deelnemers met een duidelijk ja. Het betrof hier voornamelijk onderwerpen als het opzetten van een onderzoek, het formuleren van de probleemstelling, kritisch lezen, en verzamelen en registreren van literatuur.

De negenendertig deelnemers die opgaven zich niet bezig te houden met wetenschappelijk onderzoek, gaven als redenen op: geen tijd (20) en verandering van werkring (7); een paar schreven dat zij in de toekomst zeker onderzoek zouden gaan doen.

Eenendertig deelnemers waren van oordeel dat hun kijk op wetenschappelijk onderzoek na de cursus veranderd was: onderzoek is concreter dan zij dachten, ook leuker en aantrekkelijker. Hun instelling was – vonden zij zelf – kritischer geworden: onderzoek doen in de huisartspraktijk is niet iets dat je zo uit de mouw schudt, er gaat veel tijd in zitten. De meeste respondenten (31) zouden wel een vervolgcursus willen volgen, maar uit de antwoorden krijgt men de indruk dat zij dan vooral denken aan hun individuele behoeften en aan begeleiding van eigen onderzoek.

\* Het practicum werd ontwikkeld en begeleid door G. J. Bremer en mevrouw M. J. A. de Jonge. Het onderdeel statistiek werd aanvankelijk verzorgd door Prof. H. de Jonge. Voorts werd in Leiden meegewerkt door de huisartsen J. Nooter en A. N. de Wolf, en in Groningen door mevrouw M. J. van Pelt-van Ringen.

## Epidemiologische notities\*

### Vragen en antwoorden over het AIDS\*\*

*Wat is het Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)?*

De naam AIDS is gegeven aan een recent waargenomen complex van ziekteverschijnselen. Alle patiënten met AIDS hebben een ernstige defect in hun natuurlijke afweer tegen (infectie)ziekten; daardoor zijn zij zeer kwetsbaar voor een aantal ziekten die onder normale omstandigheden geen bedreiging voor hen vormen. Dit soort ziekten worden samengevat onder de naam *opportunistische infecties*.

*Wie lopen er kans om AIDS te krijgen?*

Vrijwel alle gevallen zijn gevonden onder homoseksuele mannen (met een sterk wisselend aantal partners), intraveneuze druggebruikers, Haïtianen woonachtig in de USA en patiënten met hemofilie. AIDS vormt tot dusverre geen bedreiging voor de overige bevolking, maar omdat de oorzaak van het syndroom (nog) onbekend is, is dit onzeker.

*Door welke ziekten worden AIDS-patiënten getroffen?*

Omstreeks 90 procent van de tot dusverre bestudeerde gevallen lijden aan een of aan beide volgende zeldzame ziekten: een bepaald soort tumor, het Kaposi-sarcoom, en pneumonie veroorzaakt door *Pneumocystis carinii*, een parasitaire longaandoening. In principe is de basis van de ziekte een defect in het afweersysteem van het lichaam. Andere opportunistische infecties die zijn waargenomen: ernstige *Candida*-infecties, *Cytomegalievirus*-infecties, herpes, toxoplasmose en atypische mycobacteriose.

*Wat is er over deze opportunistische infecties bekend?*

De waargenomen ziektebeelden zijn niet nieuw, integendeel: het Kaposi-syndroom (KS) werd al honderd jaar geleden beschreven. Tot 1980 was het een ziekte van voornamelijk oudere mannen en het was – zelfs vijf tot tien

\* Ontleend aan: *Epidemiologisch Bulletin* 1983; 16 (4), samengesteld door Prof. Dr. J. Huisman, hoofd afdeling Infectieziekten en Hygiëne, GG & GD Rotterdam.

\*\* Ten dele ontleend aan *California Morbidity* 1982; nr 48 (Dec).

jaar na het stellen van de diagnose – zelden dodelijk. De ziekte wordt bovendien gezien bij kinderen en jonge volwassenen en in bepaalde delen van Equatoriaal Afrika en andere gebieden in de wereld (onder meer Italië).

Pneumonieën, veroorzaakt door *Pneumocystis carinii* worden incidenteel waargenomen, meestal bij kinderen of volwassenen die bovendien lijden aan een ernstige ziekte (zoals leukemie) of bij patiënten die therapie ontvangen waardoor de immunologische afweer wordt onderdrukt.

*Zijn er speciale kenmerken waar men op moet letten?*

Ongeveer 95 procent van de patiënten met AIDS zijn mannen, driekwart kwam voor bij homoseksuele (of biseksuele) mannen. De ziekte is bij alle rassen waargenomen; de leeftijd van de patiënten varieert van 25-44 jaar.

*Wat is de prognose?*

De sterftkans is groot, variërend van 20 tot 70 procent (afhankelijk van het type opportunistische infectie waaraan de patiënt lijdt). Men heeft tot dusverre geen patiënt waargenomen die zijn verloren immunologische afweer herkeeg; zij blijven dus blootstaan aan het risico van infectie.

*Wat is de oorzaak van AIDS?*

De oorzaak is nog onbekend. Het voorkomen van de ziekte bij (strikt monogame) hemofiliepatiënten wijst op de mogelijkheid van transmissie via bloed of bloedprodukten. Men neigt er toe om een „blood-borne” virus als oorzaak aan te nemen (met een overdrachtsmechanisme zoals bij hepatitis B, of non-A en B hepatitis).

*Komt AIDS vaak voor?*

In de Verenigde Staten zijn ruim 800 patiënten opgespoord, in Nederland vier.

*Hoe is de geografische verdeling van de gevallen?*

Deze verdeling is opmerkelijk: ongeveer 50 procent van de gevallen is afkomstig uit New York en 25 procent uit Californië. Verder is de ziekte uit twintig verschillende staten in de USA gemeld en bovendien van twaalf andere landen (waaronder Nederland, het Verenigd Koninkrijk, België, Frankrijk,