

Promoveren door huisartsen

Deze korte bijdrage van de hand van Prof. dr. G. J. Bremer, hoogleraar huisartsgeneeskunde te Groningen, is bedoeld om huisartsen informatie te geven over het doen van (promotie-) onderzoek in de huisartspraktijk. Welke diensten kunnen zij van de universitaire huisartseninstituten verwachten?

Inleiding

Hornstra schreef in 1960: „Het aantal dissertaties van huisartsen over onderwerpen in de huisartspraktijk mag in de toekomst ongetwijfeld worden gehanteerd als maat voor de bloei van het NHG”.¹ Hoe staat het met deze dissertaties?

In de *tabel* heb ik het aantal dissertaties, geschreven door huisartsen en bewerkt in de huisartspraktijk tussen 1915 en 1983, per vijf jaar aangegeven.² Het is duidelijk dat het aantal in de jaren 1955-1975 sterk is gestegen. Het is niet onwaarschijnlijk dat het NHG daarbij inspirerend heeft gewerkt, hoewel ook het aantal huisartsen in Nederland in die tijd sterk is toegenomen. Van de ruim 5500 praktiserende huisartsen in Nederland zijn er momenteel ongeveer 70 gepromoveerd (mondelinge mededeling P. Groenewegen, NHI).

Hoe was dat nu enige tijd geleden? Van der Wielen vermeldt in 1960 dat van de huisartsen ongeveer 7 procent is gepromoveerd, 15 procent zegt ermee bezig te zijn. Blijkbaar gaan plannen op dit gebied dikwijls niet door.³

Universitaire huisartseninstituten

De universitaire huisartsgeneeskunde bestaat nu ruim vijftien jaar. De medewerkers aan de universitaire instituten hebben zich in die tijd, na de eerste oriënterende jaren, vooral bezig gehouden met onderwijs: in het begin met het studentenonderwijs, later kwam daar de beroepsopleiding bij. Van veel onderzoek kan ook nu nog niet worden gesproken.⁴

Ondanks de bezuinigingen is de toestand de laatste tijd verbeterd, het on-

derzoek komt nu in alle instituten enigszins op gang.

In 1980, 1981 en 1982 zijn negen dissertaties verschenen, waarvan er vijf door huisartsen-medewerkers aan de instituten zijn geschreven. Het aantal huisartsen – geheel of part-time verbonden aan de instituten – dat gepromoveerd is, stijgt geleidelijk. De daling van het aantal in de huisartspraktijk bewerkte proefschriften, die na 1975 leek te zijn ingetreden, wordt nu weer enigszins gecompenseerd.

Tenslotte: in 1981 verscheen het proefschrift van mevrouw F. Touw-Otten waarin zij een analyse geeft van een aantal dissertaties geschreven door huisartsen. Iedere huisarts die zelf onderzoek wil doen zij dit boek ter lezing aanbevolen.⁵

Rapport Academische Raad

In februari 1983 verscheen het rapport *Het schrijven van een proefschrift*, een uitgave van de Academische Raad.⁶ In dit rapport, waarin de resultaten besproken worden van een enquête, gehouden onder 215 gepromoveerden aan Nederlandse universiteiten in de periode 1966-1980, staan interessante gegevens, ook voor de lezers van dit blad. De omstandigheden waarin huisartsen verkeren, verschillen echter sterk van die waaronder specialisten werken, zodat de algemene conclusies ten aanzien van artsen niet zonder meer op huisartsen van toepassing zijn. Vermeld wordt dat de gemiddelde leeftijd waarop men in de geneeskunde promoveert, ruim 37 jaar bedraagt. De maatschappelijke baten zijn voor de betrokkene relatief gering: „Tussen het moment van de eerste

voorbereidingen van het proefschrift en de promotiedatum verstrijkt 5,7 jaar”.⁶

Afdelingen onderzoek UHI's

Medewerkers, verbonden aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde in Groningen, hebben onlangs een onderzoek verricht bij alle universitaire huisartseninstituten. De vraag was hoe de afdelingen onderzoek binnen deze instituten functioneerden.⁴

Uit de resultaten van dit onderzoek is onder andere gebleken dat alle instituten momenteel bezig zijn – het ene instituut is hiermee verder gevorderd dan het andere – met het maken van een structuur waarmee huisartsen die (promotie-)onderzoek willen doen gebaat zijn.

Meldt een huisarts zich bij een instituut met de bedoeling om steun te ontvangen bij het doen van onderzoek, dan zijn er twee mogelijkheden.

In de eerste plaats: de desbetreffende huisarts wil onderzoek doen dat valt binnen het onderzoekbeleid van de vakgroep waar de huisarts zich aanmeldt.*

In dit geval kan deze huisarts rekenen op „begeleiding” vanuit het instituut: hij zal binnen het instituut waarschijnlijk voldoende medewerkers aantreffen die hem ter zijde kunnen staan. Veel materiële steun moet deze huisarts echter tegenwoordig niet verwachten. Een min of meer bescheiden financiële steun vanuit de tweede of derde geldstroom behoort tot de mogelijkheden.

Wil – in de tweede plaats – de desbetreffende huisarts een geheel eigen onderzoek doen, dan ligt de zaak wat moeilijker, maar ook dan kan hij rekenen op enige steun van de instituten, van het ene instituut misschien wat meer dan van het andere. Omdat het onderwerp uit de eigen koker komt, zullen de medewerkers aan de instituten zich in het onderwerp moeten verdiepen, alvorens zij van advies kunnen dienen.

De universiteit bestaat overigens niet alleen uit een huisartseninstituut. Een „verwijzing” naar andere deskundigen binnen de universiteit, vooral wanneer het onderwerp niet specifiek voor de huisarts is, behoort tot de mogelijkheden. Naar mijn ervaring lukt het ook bijna altijd wel ergens geld los te krijgen. Aan ieder instituut, aan iedere uni-

* Iedere vakgroep moet zijn onderzoekbeleid formuleren in overeenstemming met de vaste commissie voor de wetenschapsbeoefening van de medische faculteit. Het zou te ver voeren hier dit onderzoekbeleid van alle acht vakgroepen huisartsgeneeskunde te vermelden. Voor nadere informatie kan men zich wenden tot de auteur van deze bijdrage of tot iedere vakgroep apart.

Tabel. Aantallen dissertaties bewerkt door huisartsen in de huisartspraktijk, 1900-1982. Perioden van vijf (drie) jaar.

Periode	Aantal ^a
1900-1904 ^b	–
1905-1909	–
1910-1914	–
1915-1919	3
1920-1924	5
1925-1929	4
1930-1934	6
1935-1939	2
1940-1944	5
1945-1949	6
1950-1954 ^b	4
1955-1959 ^c	9
1960-1964	15
1965-1969	20
1970-1974	22 (1)
1975-1979	9 (3)
1980-1982 ^b	9 (5)

^a Tussen haakjes de aantallen door UH-medewerkers bewerkte dissertaties.

^b In 1900 waren er in Nederland 2151 huisartsen, in 1950 3482 en in 1980 5468.

^c In 1956 werd het NHG opgericht.

versiteit, is in ieder geval een bibliotheek verbonden, waar de huisarts gebruik van kan maken en waar hij hulp kan krijgen bij het zoeken naar literatuur.

Kortom, vrijwel alle instituten hebben momenteel mogelijkheden, individuele huisartsen die onderzoek willen doen, ter zijde te staan. Het verdient aanbeveling zich bij een eerste gesprek tot de hoogleraar te wenden. Deze zal de desbetreffende huisarts bijna altijd op het goede spoor kunnen zetten.

¹ Hornstra R. Promoveren door huisartsen. *Huisarts en Wetenschap* 1960; 3: 281-3.

² Bremer GJ. Studies uit de huisartspraktijk. *Proefschriften van huisartsen, 1900-1979*. *Huisarts en Wetenschap* 1981; 24: 336-40.

³ Wielen Y van der. De huisarts en de doeltreffendheid van zijn aandeel in de gezondheidszorg [Dissertatie]. Assen: Van Gorcum, 1960.

⁴ Bremer GJ, Groenier KH, Meer K van der, Oeveren-Lassche AG van, Wachters-Kaufmann CSM. Het functioneren van de afdelingen onderzoek van de Nederlandse universitaire huisartsen instituten. Groningen: Vakgroep Huisartsgeneeskunde, 1982.

⁵ Touw-Otten F. Wetenschapsbeoefening en huisartsgeneeskunde [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit te Utrecht, 1981.

⁶ Buis P. Het schrijven van een proefschrift. 's-Gravenhage: Academische Raad, 1983.

Ingezonden

Pijnadvies (2)

Het belang van een verantwoorde medicamenteuze behandeling van pijnklachten bij patiënten met een maligniteit kan niet voldoende worden benadrukt. Het streven van de werkgroep van de nascholingscommissie van huisartsen in West-Friesland om ten behoeve van deze patiënten en hun huisarts te komen tot een hanteerbaar schema verdient alle lof.

Het gepubliceerde advies bevat echter niet de criteria waarop bepaalde keuzes zijn gedaan. Dit maakt discussie over het adviesschema minder gemakkelijk, hetgeen de samenstellers waarschijnlijk niet beoogd hebben, gezien hun wens bijstelling jaarlijks te doen plaatsvinden.

De volgende kanttekeningen zijn bedoeld als een bijdrage tot de discussie.

• *Fase 1.* De combinatie paracetamol – coffeïne geeft geen beter analgetisch effect dan paracetamol alleen.

• *Fase 2.* Het effect van dextropropoxyfeen is waarschijnlijk niet beter dan van perifere analgetica.

Het psychotomimetisch effect van pentazocine beperkt de bruikbaarheid drastisch. Het partieel antagonisme ten opzichte van morfinepreparaten maakt combinaties onmogelijk, doch tevens wordt het wijzigen van fase 2- in fase 3-medicatie hierdoor belemmerd. Beide overwegingen maken dat in een schema als beschreven nauwelijks plaats is voor pentazocine.

Bij botmetastasen die pijnklachten veroorzaken, verdient het aanbeveling een prostaglandinesyntheseremmer voor te schrijven, bijvoorbeeld acetosal.

• *Fase 3.* Het analgetische effect van opial, een combinatie van een aantal opiumalkaloïden, is niet beter dan van morfine alleen.

Methadon als analgeticum kent een beperkt indicatiegebied. Het lijkt zinvol het pas te gebruiken wanneer morfine onvoldoende effect sorteert.

Het klinisch instellen van bijvoorbeeld bezitramide kan voor patiënt en familie een grote belasting betekenen. Zonder veel problemen is instellen ook thuis mogelijk.

Het schema suggereert een belangrijk verschil tussen dinicotine morfine en morfine door deze middelen in verschillende fasen te gebruiken. De mogelijk

langere werkingsduur van de eerste zou eerder tot zijn recht komen in fase 4.

• *Fase 4.* De beide genoemde cocktails bieden geen voordeel boven morfinesulfaat in water. Mocht dit geen succes hebben, dan valt te overwegen methadon of diamorfine te geven, doch niet in combinatie met andere opiaten. De alcohol wordt door sommige patiënten als onplezierig ervaren. De honing en sucrose dienen slechts om de smaak te maskeren, doch kunnen bijvoorbeeld door de patiënt zelf of zijn familie worden bijgevoegd.^{1 2}

Tot slot dient nog opgemerkt te worden dat voor patiënten met chronische pijn waarbij geen relatie bestaat met een maligniteit, onderhavig schema niet van toepassing kan zijn.

M. J. Rutgers, neuroloog,
Coördinator Werkgroep
Pijnbestrijding,
Academisch Ziekenhuis Rotterdam

Schadé E. Een pijnadvies en een pijnkaart. *Huisarts en Wetenschap* 1983; 26: 231-4.

¹ Twycross RG. The Brompton cocktail. In: Bonica JJ, Ventafridda V, eds. *Advances in pain research and therapy*. Vol. 2. New York: Raven Press, 1979.

² Twycross RG. Narcotic analgesics in clinical practice. In: Bonica JJ, ed. *Advances in pain research and therapy*. Vol 5. New York: Raven Press, 1983.

Naschrift

Ook het commentaar van collega Rutgers bevat waardevolle adviezen en voorstellen tot wijziging. Deze zullen zeker meegenomen worden bij het opstellen van een nieuwe uitgave van ons advies. In detail wil ik hier niet op ingaan, daar dit dan grotendeels een herhaling zou worden van het antwoord op het commentaar Van Dam.¹ Wel wil ik opmerken dat het advies van collega Rutgers om bij pijnklachten veroorzaakt door botmetastasen een prostaglandinesyntheseremmer voor te schrijven, door ons verwoord is in het advies om bij fase 2 bij verergering van de pijn (bijvoorbeeld botmetastasen) een combinatie van een centraal met een perifeer analgeticum voor te schrijven (zie fase 1).

In mijn artikel schreef ik onder meer: „Problemen bij de behandeling van pijn