

## Wetenschap door de huisarts

Een themanummer van *Huisarts en Wetenschap* vereist bijna altijd een langdurige voorbereiding; meestal is het niet eenvoudig een reeks artikelen te verzamelen, die niet alleen het thema voldoende recht doen, maar daarnaast ook goed leesbaar zijn. Een enkele keer is er echter een toevloed van artikelen die als vanzelfsprekend op elkaar aansluiten, en komt een themanummer min of meer spontaan tot stand.

Dat is met dit nummer het geval.

Het afgelopen jaar viel een duidelijke toename in de belangstelling voor wetenschappelijk werk door de huisarts te bespeuren. Bovendien – en dat is de aanleiding tot dit themanummer – zag een belangrijk boek van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het NHG het licht: *Wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde*, geschreven door de CWO-adviseurs Van Eijk en Gubbels.<sup>1</sup>

Deze publikatie kan beschouwd worden als een belangrijke stap voorwaarts in de ontwikkeling van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Uit bijna elke bladzijde van het boek komt naar voren hoezeer de inhoud wordt gedragen door de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek en daarmee ook door het NHG. Langzaam ontwikkelt zich het beeld van een toekomst – met takenpakket, kenmerken en voorwaarden – waarin onontkoombaar lijkt dat de huisarts zelf wetenschappelijke arbeid verricht.

Het pad van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek is de afgelopen tien jaar niet steeds over rozen gegaan. Het paradigmnummer was weliswaar bedoeld om een warrige periode af te sluiten, maar de contouren van de nieuwe benadering waren nog onvoldoende duidelijk. Daarin is nu verandering gekomen. De CWO heeft een verbinding tot stand gebracht tussen de theorie en de praktijk van het wetenschappelijk onderzoek. De eerste stap daartoe werd al in 1980 gezet, toen Van Eijk het *Research workbook* van Gordon vertaalde en bewerkte.<sup>2</sup> Daarnaast werd een cursus *kritisch lezen* ontwikkeld, waarvoor inmiddels ook een handleiding tot stand is gekomen. Tenslotte wordt nog gewerkt aan een serie oefeningen, die gebaseerd zijn op de in het nieuwe boek behandelde stof. De CWO hoopt dat dit kwartet – werkboek/kritisch lezen/wetenschappelijk onderzoek/oefeningen – in 1984 gereed zal komen.

In dit kwartet is *Wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde* naar mijn mening de belangrijkste kaart. De produktie van het boek heeft vier jaar gekost, waarbij de twee auteurs actief werden bijgestaan door veertien huisartsen. Erik Hofmans verzorgde de eindredactie.

De opzet van het boek is zeer aantrekkelijk. De tekst is volledig toegeschreven op de huisarts. De illustratie op de omslag laat al zien, dat er naar wordt gestreefd huisartsgeneeskunde, methodologie en statistiek op een evenwichtige wijze met elkaar in verband te brengen. Consequent wijzen de auteurs, wanneer de materie te specialistisch of te gecompliceerd wordt, de weg naar de ter zake meer toegespitste literatuur.

Belangrijk voor de toonzetting is het sterke accent op kwantitatief onderzoek, verricht door huisartsen in hun eigen praktijk. Het boek richt zich tot huisartsen die nieuwsgierig zijn en die zich kritisch willen opstellen. Nieuwsgierigheid vraagt om een antwoord. De auteurs vergelijken de empirische cyclus in het probleemgeoriënteerde hulpverleningsproces met de empirische cyclus die de inhoud van het boek heeft doorlopen en die ook karakteristiek is voor het verrichten van wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk. Het voordeel van deze aanpak is, dat ook de huisarts die zich minder vertrouwd voelt met het statistische jargon of met een hoog abstractie-niveau, zich met dit boek op zijn gemak zal voelen.

De manier waarop nieuwsgierigheid geleidelijk wordt omgezet in een vraagstelling, hoe literatuur wordt opgezocht en kritisch wordt gelezen, en hoe tenslotte de relevantie van het onderwerp wordt vastgesteld, komt helder uit de verf. Het alternerend proces van toespitsen, nuanceren en opnieuw formuleren vraagt een concreet denkproces waartoe de huisarts die wetenschappelijk denkt, heel goed in staat is.

Het is opvallend hoe zeer de verschillende artikelen in dit nummer aansluiten op de grote lijn die Van Eijk en Gubbels in hun boek schetsen. Laten wij eens zien waartoe deze lijn ons voert.

Een rode draad in het boek is het onderscheid tussen explorerend en toetsend onderzoek. Beide vormen van onderzoek kunnen zowel beschrijvend als verklarend zijn.

Het beschrijvend explorerend onderzoek sluit het meest aan op een groot aantal wensen voor huisartsgeneeskundig onderzoek. Wij willen niet alleen weten of iets kan gebeuren en of een bepaalde – significante – samenhang bestaat, maar vooral hoe vaak iets gebeurt en de mate waarin een bepaalde samenhang voor de inhoud van ons werk van belang is. Dit onderscheidt huisartsgeneeskundig onderzoek – praktisch maar niet principieel – van ander onderzoek en met name ook van sociaal-wetenschappelijk toetsend en ook van kwalitatief onderzoek.

In dit nummer beschrijft mevrouw Fahrenfort het

spanningsveld tussen kwantitatieve en kwalitatieve benaderingen. Zij onderkent de problemen van een explorerende, kwantificerende benadering en onderscheidt daarbij operationaliserings- en relevantieproblemen. Zonder deze reserve te willen ontcrachten, moge ik er op wijzen dat huisartsen op dit moment over een aantal zeer belangrijke *tools* en *rules* beschikken, die een aantal voor ons belangrijke operationaliseringsproblemen goeddeels oplossen.

In ons tijdschrift komen fenomenologische – kwalitatieve – benaderingen wel degelijk aan de orde. Bij het wetenschappelijk onderzoek door de huisarts neemt deze benadering echter een bescheiden plaats in. Dat neemt overigens niet weg dat mevrouw Fahrenheit natuurlijk gelijk heeft, als zij stelt dat er geen houdbaar argument is om vorderingen bij kwantificerend onderzoek eerder te voorzien van het etiket „wetenschappelijk” dan meer kwalitatieve vormen van onderzoek. Wie helder redeneert, kan plausibel en

relevant zijn en – zo stelt zij – doorzeilen tussen de Scylla van moeizame operationalisatie of beperkte relevantie en de Charybdis van vaag en onbewijsbaar geleuter.

Terugkerend naar het boek van Van Eijk en Gubbels: het is duidelijk dat explorerend huisartsgeneeskundig onderzoek in ieder geval het voordeel heeft goed verankerd te kunnen worden in de veel grotere en goed onderbouwde wetenschappelijke onderzoekscultuur die de huisartsgeneeskunde met de geneeskunde als geheel deelt. Exploratie en de daaropvolgende toetsing vormen ook voor de huisartsgeneeskunde twee belangrijke fasen in het proces van kennisvermeerdering.

De samenhang tussen betrouwbaarheid, validiteit, representativiteit en de geldigheid van onderzoeksresultaten wordt door Van Eijk en Gubbels helder beschreven en geïllustreerd met voorbeelden die de huisarts vertrouwd zijn. Nadat de begrippen zijn uitgelegd – een handig definitieregister helpt de lezer de gebruikte begrippen te onthouden – komt het opzetten van het onderzoek aan de orde. Terecht zien de auteurs er daarbij van af meer dan globale opmerkingen te maken over het gebruik van classificaties en coderingen. Hierover is – juist in ons tijdschrift – veel praktische informatie beschikbaar. Ekker en Hirs gaan in deze aflevering in op de recente ontwikkelingen rond de ICD-9, ook de moeder van de voor de huisartsgeneeskunde geschikte classificatiesystemen. Overigens is het antwoord op de vraag, wat geschikt en aantrekkelijk is om als classificatiesysteem te hanteren, niet steeds op voorhand duidelijk. In het artikel Fracheboud e.a. wordt verslag gedaan van een additioneel programma in het kader van de beroepsopleiding tot huisarts aan het Utrechts Instituut voor Huisartsgeneeskunde. Hierin wordt de ontevredenheid met de beschikbare classificatiemethoden omgezet in een speurtocht naar een nieuw systeem. Wanneer de groep zich had kunnen spiegelen aan de opmerkingen die Van Eijk en Gubbels over dit onderwerp maken, zou het additioneel programma er vast en zeker anders hebben uitgezien. Het voordeel van de nu gevolgde gang van zaken is echter dat de groep arts-assistenten op een gevoelige maar leerzame manier een aantal grondbeginselen van het wetenschappelijk onderzoek heeft ontdekt. Laten wij hopen dat dit hen er niet van afschrikt om in de toekomst opnieuw onderzoek te doen.

Van Eijk en Gubbels maken ten aanzien van het toetsend onderzoek behartenswaardige opmerkingen waarin men de strakke hand van Popper herkent. „Het probleem is echter dat de nodige theorievorming, ook in de geneeskunde, vaak ontbreekt. De



IK LIG HIER DUS VOORNAMELIJK IN HET  
KADER VAN PARTICIPEERENDE OBSERVATIE  
OM VIA INDUCTIE HET KWALITATIEVE PAT-  
TERN VAN RELATIES UIT MIJN DATA  
TE OPERATIONALISEREN

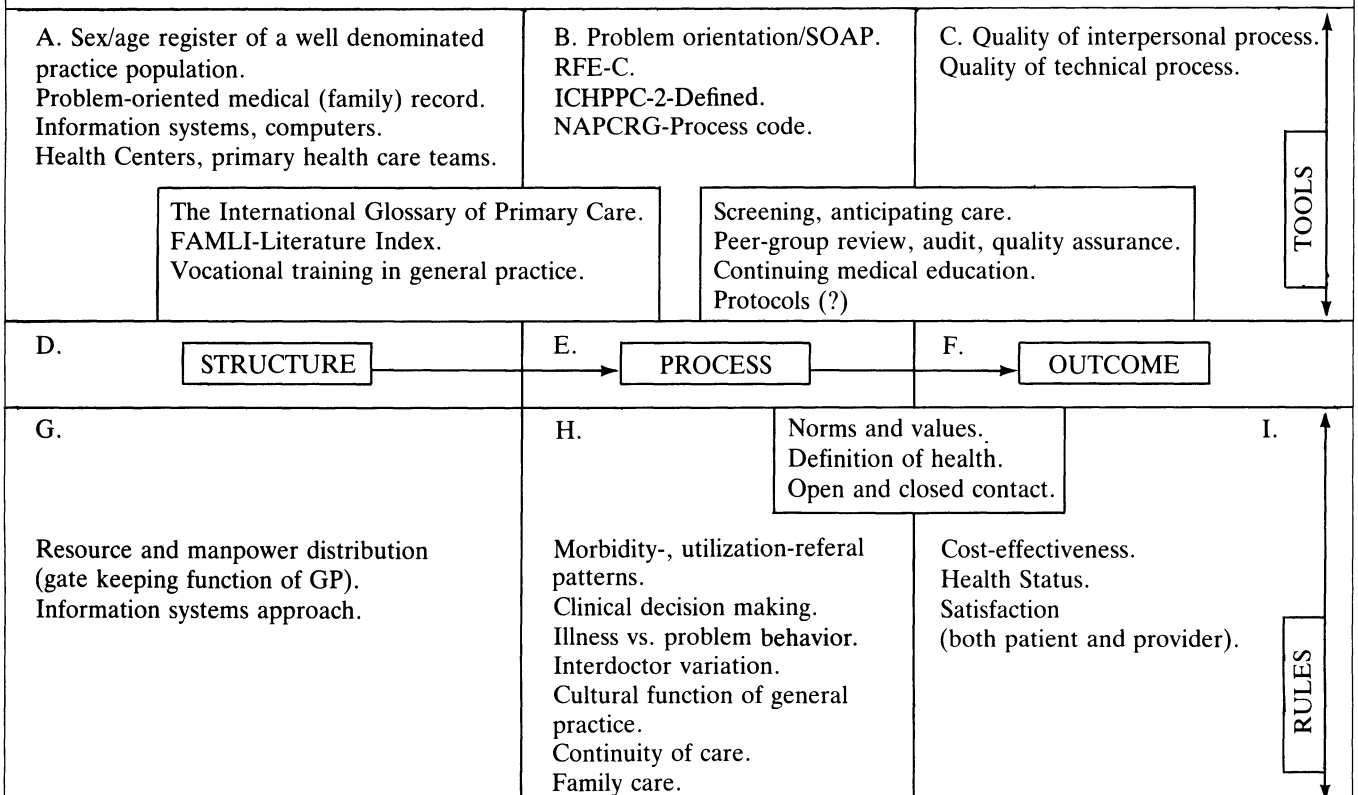
criteria op grond waarvan toetsing plaatsvindt, worden dan ontleend aan empirie of aan de praktijk. Op deze wijze opgezet gaat het toetsend onderzoek meestal niet uit van duidelijke theoretische veronderstellingen. Wel kan dergelijk onderzoek uiteraard bijdragen aan theorievorming, wanneer men de uitkomsten theoretisch tracht te duiden. In wezen leidt dergelijk toetsend onderzoek tot theorievorming in plaats van de theorie als uitgangspunt te nemen". Naar mijn mening is het in de huisartsgeneeskunde vaak belangrijker, op grond van onderzoek een mogelijke hypothese af te wijzen (*refutation*) dan het referentiekader met steeds nieuwe hypothesen (*conjectures*) uit te breiden. Goed en op tijd toetsen helpt huisartsen om op tijd te falsifiëren. Het verwerpen van hypothesen kan vervolgens leiden tot een nieuwe exploratie van het beschikbare materiaal of tot nieuw onderzoek.

Het meten en vastleggen van informatie, het onderzoeksprotocol en de praktische gang van zaken komen in het CWO-boek helder aan de orde. Illustratief is daarbij de bijlage waarin het *Research workbook* van Gordon door Van Eijk is omgezet in een protocol voor een onderzoek naar het effect van behandeling van ouderdomsdiabetes.

Uit de bijdrage van Van Stockum en de *Verklaring ten aanzien van wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde* van de European General Practice Work Shop blijkt dat ook in Europa de geleerden zich langzaam maar zeker sluiten. Overigens gaf de sep-

temberuitgave (1983) van *Allgemeinmedizin International* daarvan al een goed beeld. Aan de hand van de documentatie in de huisartspraktijk kwamen de mogelijkheden tot het doen van wetenschappelijk werk daarin aan de orde. De wetenschappelijke kloof die bestaat tussen de WONCA enerzijds en de SIMG anderzijds, lijkt snel te worden gedicht. Over de grote lijnen bestaat internationaal steeds meer overeenstemming – de *tools* en *rules* (*figuur*) voor huisartsgeneeskundig onderzoek worden beter en daarnaast makkelijker toegankelijk.

In het tweede deel van het boek komen de belangrijkste aspecten van de statistiek aan de orde. Eerst worden de beginselen van de beschrijvende statistiek beknopt en duidelijk weergegeven, geïllustreerd met voorbeelden uit de huisartspraktijk. Van Eijk en Gubbels onderkennen dat huisartsen niet alleen in de dagelijkse praktijk, maar ook bij het onderzoek te maken hebben met zeer complexe vraagstellingen, waarbij talrijke factoren tegelijkertijd een rol spelen. De multivariate technieken zijn daarom voor huisartsen van groot belang. Op een overzichtelijke manier beschrijven zij de reikwijdte van deze statistische technieken en laten zij de aansluiting op de huisartsgeneeskunde zien. Daarvoor blijven zij niet steken in het beschrijven van alleen de techniek, maar maken zij ook duidelijk hoe goed methoden als multiple regressie-analyse, factoranalyse, discriminant-analyse en, tot mijn grote plezier, ook de canonische



correlatie-analyse, aansluiten op de denkwijze van de huisarts. Zodoende is het mogelijk om de manier waarop huisartsen naar huisartsgeneeskundige problemen kijken, met behulp van goed gekozen statistische oplossingen in kaart te brengen. Vooral het inzicht dat de hoeveelheid verklaarde variantie vaak veel belangrijker is dan de vraag of een samenhang met een zeer beperkte omvang al of niet significant is, komt goed uit de verf.

Het laatst worden de beginselen van de inductieve – toetsende en schattende – statistiek behandeld. Het belang van het vaststellen van de steekproefgrootte en van de betrouwbaarheidsintervallen wordt hier aan de orde gesteld. Met deze bladzijden als handleiding wordt ook de reeks artikelen van Rümke in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* makkelijker toegankelijk voor de huisarts.

Na het bovenstaande lijkt het er op, dat er weinig belemmeringen meer zijn voor de huisarts die zijn natuurlijke nieuwsgierigheid om wil zetten in goed huisartsgeneeskundig onderzoek. Toch is dat niet zo simpel. Zelfs wanneer onderzoek goed wordt opgezet en uitgevoerd, blijken er op de weg naar publikatie – en daar draait het toch om – nog tal van valkuilen te bestaan.

Pedersen kritiseert in dit nummer aan de hand van de uitkomsten van de registratie van wetenschappelijk onderzoek door het Nederlands Huisartsen Instituut de omvang en de kwaliteit van onze inspanningen. Het is na het lezen van de bijdragen van Van der Velden en van mevrouw Bensing duidelijk, dat er sprake is van een forse spraakverwarring. De begrippen omvang, aard en kwaliteit van het plan, het protocol, het verslag en de publikatie van een onderzoek blijven in deze spraakverwarring onduidelijk. Overigens blijkt alleen al uit de publikaties in *Huisarts en Wetenschap* in de periode 1972-1982 dat de kritiek van Pedersen met een korreltje zout genomen moeten worden; sterker nog, wij kunnen een vergelijking met de publikaties van onze Deense broeders met een gerust hart onder ogen zien.

Waar wij minder gerust op kunnen zijn, is het feit dat desondanks veel onderzoek niet wordt afgerond met een goed toegankelijke publikatie. In dit verband is het zinvol nog eens te wijzen op de nauwe relatie tussen het *verrichten* van onderzoek en het *rapporteren* over onderzoek.

Veel onderzoek mislukt al in een vroeg stadium. Hoewel hierover betrekkelijk weinig bekend is, mag worden aangenomen dat een deel van deze mislukkingen is terug te voeren op een gebrekkige onderzoeksopzet.<sup>3</sup> Wat dit betreft, valt te verwachten dat van het CWO-boek een zekere preventieve werking zal uitgaan. Daarnaast is het goed zich te realiseren dat vaak wordt nagelaten de opeenvolgende fasen van een

onderzoek nauwgezet te documenteren. Schriftelijke rapportage *tijdens* het onderzoek maakt niet alleen verantwoording achteraf mogelijk, maar dwingt ook tot explicitering en reflectie. Bovendien is alleen op die manier een ondubbelzinnige communicatie met anderen mogelijk. Een bijkomend voordeel is dan nog, dat een geregelde voortgangsrapportage de kwaliteit van de registratie van lopend onderzoek aanzienlijk zou kunnen verbeteren.

Tijdens het onderzoek dient dus geschreven te worden: niet incidenteel, in telegramstijl en op kladjes, maar structureel, als een integraal onderdeel van het onderzoek en in bewoordingen die ook voor niet direct betrokkenen begrijpelijk zijn.

Dat sommige onderzoek mislukt, is spijtig. Dat daarnaast veel onderzoek niet wordt besloten met een adequate publikatie, is meer dan spijtig: dat is zonde. Zonde van de tijd, zonde van het geld.

Vaak is het onvermijdelijk dat de resultaten van een onderzoek worden neergelegd in een min of meer lijvig rapport. Het lot van dergelijke rapporten is echter over het algemeen weinig florissant: een schemerbestaan in een bureaula. Niet voor niets wordt in dit verband wel gesproken van *grijze literatuur*. Er kan evenwel geen twijfel over bestaan dat goed onderzoek thuishoort in een goed toegankelijk medium. En er kan wat ons betreft evenmin twijfel over bestaan dat *Huisarts en Wetenschap* het medium bij uitstek is voor goed onderzoek door Nederlandse huisartsen. Er moet dan wel aan enkele voorwaarden worden voldaan. *Huisarts en Wetenschap* rekent het niet tot zijn taak om rapporten en onvoldragen onderzoeksverslagen te publiceren. Voor een goed tijdschriftartikel is een heldere en beknopte presentatie een eerste vereiste. In dit opzicht kunnen auteurs en auteurs in spe hun voordeel doen met onze *Mededeling voor inzenders van kopij* en de twee bijdragen van Hofmans in dit nummer. Overigens zal binnen het universitaire krachtenspel het adagium *publish or perish* ook voor de Nederlandse huisarts steeds meer gaan gelden.

Van der Velden zet uiteen, hoe het komt dat de huisartsgeneeskunde nog steeds een veel te klein deel gebruikt uit het – omvangrijke – budget dat beschikbaar is voor gezondheidsonderzoek. In dit kader is het van belang ook aandacht te schenken aan een ontwikkeling die zich binnen de Stichting Medisch Wetenschappelijk Onderzoek FUNGO afspeelt.

Binnen de Sectie Wetenschappelijk Onderzoek van het IOH wordt al enkele jaren gewerkt aan de oprichting van een „werkgemeenschap huisartsgeneeskunde” binnen FUNGO. Helaas is men er niet in geslaagd deze status te verwerven. Dat een dergelijke werkgemeenschap tot stand komt, is echter van groot belang. In de eerste plaats kan daarmee gemakkelij-

ker een deel van de zogenaamde tweede geldstroom naar de huisartsgeneeskunde geleid worden. Daarnaast kan op deze manier een betrouwbaar en op de huisartsgeneeskunde toegesneden beoordelingsorgaan tot stand komen – denk aan de noodzaak van externe beoordeling – waardoor de universitair werkende huisartsen wat gemakkelijker aanspraak zouden kunnen maken op de eerste – universitaire – geldstroom.

Een van de oorzaken waardoor het tot nu toe niet is gelukt een „werkgemeenschap huisartsgeneeskunde” tot stand te brengen, is het feit dat het voorgelegde pakket onderzoeksbeschrijvingen te veel gericht is op het functioneren van de huisarts. In veel gevallen gaat het dan ook niet om huisartsgeneeskundig, maar om sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Het eigen karakter van het huisartsgeneeskundig onderzoek is daardoor onvoldoende uit de verf gekomen.

Dit betekent dat er minder projecten op tafel moeten komen die eigenlijk op het terrein van sociologen en psychologen liggen, en veel meer huisartsgeneeskundige projecten, die door huisartsen worden opgezet en door huisartsen worden uitgevoerd. Vanzelfsprekend zal daarbij nauw worden samengewerkt met de vele gedragswetenschappers die sinds jaar en dag hun sporen op het terrein van het onderzoek in en over de huisartsgeneeskunde hebben verdiend.

Het is in dit verband goed om nog een keer een duidelijk onderscheid te maken tussen vier vormen van onderzoek die op het gebied van de huisartsgeneeskunde – en dus ook op het terrein van de huisartseninstituten – aan de orde komen:

1. Huisartsen kunnen typisch klinisch huisartsgeneeskundig onderzoek doen in de huisartspraktijk. Dit is de vorm van onderzoek waaraan op dit moment de grootste behoefte bestaat.

2. Voorts kunnen huisartsen natuurlijk ook onderzoek doen over het functioneren van de huisarts en over de plaats van de huisartsgeneeskunde binnen het gehele gezondheidszorgsysteem.

De twee andere vormen van onderzoek hebben betrekking op het werk van gedragswetenschappelijke onderzoekers.

3. Zij kunnen, meestal met huisartsen samen, onderzoek in de huisartspraktijk doen. Dit heeft eveneens de hoogste prioriteit.

4. Tenslotte – en daarvan is het meest sprake – kunnen zij onderzoek doen over de huisarts en over het functioneren van de eerste lijn. Deze vorm van onderzoek is beslist niet irrelevant, maar verdient in de discussie over de huisartsgeneeskunde een andere plaats dan tot nu toe. Het lijkt erop dat men in Nederland toegroeit naar de opvatting, dat dergelijk onderzoek beoordeeld moet worden aan de hand van criteria die uit het vakgebied van bijvoorbeeld de sociologie of de psychologie stammen, en dus niet

primair thuishoren in een „werkgemeenschap huisartsgeneeskunde”.

Tot slot wil ik nogmaals terugkomen op de bijdrage van Fracheboud e.a. Onze aanstaande collegae – arts-assistenten in opleiding tot huisarts – beschikken weliswaar over de hulpmiddelen om onderzoek in de huisartspraktijk te kunnen doen, maar die hulpmiddelen schieten te kort, als zij niet ook tijdens de beroepsopleiding vertrouwd worden gemaakt met de huisartsgeneeskundige onderzoeksmethoden. Uit het Utrechtse stuk blijkt duidelijk dat arts-assistenten de instelling en de werkracht hebben om een gezamenlijk onderzoek op te zetten en uit te voeren. Er blijkt ook duidelijk uit, hoe deprimerend het is om pas na verloop van tijd te moeten vaststellen dat het onderzoek onvoldoende is doordacht en daardoor niet correct is opgezet. De ontwikkelde probleemlijst voldoet niet aan de eisen waaraan een classificatie moet beantwoorden. De rubrieken sluiten elkaar niet uit, zij zijn niet homogeen en dubbelcoderingen kunnen niet logisch plaatsvinden. In feite is er sprake van een meer-assige classificatie waarop de registratie tijdens het spreekuur helaas niet aansluit. De verdeling van de 1256 observaties over de verschillende rubrieken van de probleemlijst laat zien dat alleen de eerste twee hoofdstukken – de behoefte aan dienstverlening en de intra-individuele problematiek – gevuld worden.

Toch, en dat is veel belangrijker, heeft deze groep laten zien heel goed in staat te zijn de meeste stappen, nodig voor onderzoek in de huisartspraktijk, te doen. Wij moeten hierin een aanleiding vinden om, ook al zou de tweejarige beroepsopleiding niet op korte termijn tot stand komen, beter in te spelen op de mogelijkheden tot het verrichten van wetenschappelijk onderzoek door arts-assistenten. Tenslotte zal het in de komende jaren voor een belangrijk deel van hen moeten komen.

Dr. H. Lamberts

<sup>1</sup> Eijk JThM van, Gubbels J. Wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde. Een inleiding in de methodologische en statistische principes van het wetenschappelijk onderzoek. Utrecht: Commissie Wetenschappelijk Onderzoek Nederlands Huisartsen Genootschap, 1983.

<sup>2</sup> Lamberts H. An information grid for research in general practice. *Allgemeinmedizin International General Practice* 1983; 12(3): 116-22.

<sup>3</sup> Bremer GJ, Engels M, Meer K van der, Wachters-Kaufmann CSM. Mislukt onderzoek, te voorkomen? Een voorlopige handleiding voor onderzoek in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap* 1981; 24: 4-8.