

Big brothers are watching you

Over prioriteiten en wetenschappelijk onderzoek in de eerste lijn

DR H. G. M. VAN DER VELDEN

Het leidt weinig twijfel dat het recent verschenen rapport van de Raad van Advies voor het Wetenschapsbeleid grote invloed zal hebben op het beleid ten aanzien van het wetenschappelijk onderzoek in en over de gezondheidszorg. Noch in dit rapport, noch in de bijbehorende achtergrondstudies wordt echter veel aandacht besteed aan de omvang en kwaliteit van het onderzoek in en over de eerste lijn. Hierdoor krijgt de Engelstalige uitgave van NHI en NHG, *A decade of research in primary care* (waaraan ook elders in dit nummer uitvoerig aandacht wordt besteed), een bijzondere betekenis.

Prioriteiten in het gezondheidsonderzoek

Met het wetenschappelijk onderzoek in de Nederlandse gezondheidszorg is het anders gesteld dan de Raad van Advies voor het Wetenschapsbeleid (RAWB) wenselijk acht. De opbrengst van het „gezondheidsonderzoek” zou niet in overeenstemming zijn met de kosten die er jaarlijks door de overheid aan worden gependend (575 miljoen gulden, ruim 2 procent van de totale kosten van de gezondheidszorg).¹

In zijn analyse besteedt de RAWB bijzondere aandacht aan het „onderzoek dat gericht is op het functioneren van onderdelen van het systeem van de gezondheidszorg” (waarvan de kosten voor 1980 geschat worden op 135 miljoen gulden). Het is duidelijk dat de Raad niet onder de indruk is van dit „gezondheidszorgonderzoek en overig sociaal-wetenschappelijk onderzoek”, om het even of het afkomstig is van de universitaire instellingen of van andere instanties die op dit gebied actief zijn. Wél wordt het belang van dergelijk onderzoek erkend: de Raad bepleit in dezen dan ook geen inkrimping, maar doet aanbevelingen met betrekking tot een betere besteding van de beschikbare middelen.

Voor de „relatieve zwakte” van het „gezondheidsonderzoek” zijn verklaringen, zo niet verzachtende omstandigheden aan te voeren. Het gaat immers om een nog betrekkelijk jong onderzoeks-

terrein, met een sterk interdisciplinair karakter, hetgeen bijzondere eisen stelt aan de ontwikkeling van voldoende *know-how*. De inbreng van medici in het onderzoek wordt echter te gering geacht. Bovendien vormt de relatief grote afhankelijkheid van middelen uit de „derde geldstroom” (ad hoc subsidies) een bedreiging voor de continuïteit en daardoor voor het ontwikkelen van een onderzoekstraditie, hetgeen weer nadelig is voor de diepgang van het onderzoek. Universitaire huisartseninstituten zouden werkplaatsen (kunnen) zijn, waar vertegenwoordigers uit de betrokken disciplines elkaar (kunnen) ontmoeten, teneinde in een multidisciplinaire samenwerking gestalte te geven aan dit onderzoek. Met name het universitaire onderzoek op dit terrein zou dus versterkt moeten worden.

Tot zover enkele wetenswaardigheden uit het RAWB-rapport, waarover het nodige te doen is. Intussen lijdt het weinig twijfel dat dit rapport grote invloed zal hebben op het beleid ten aanzien van het wetenschappelijk onderzoek in en over de gezondheidszorg.

A decade of research in primary care

Zowel in het RAWB-rapport als in de bijbehorende achtergrondstudies is relatief weinig te vinden over de omvang, aard en kwaliteit van het wetenschappelijk onderzoek in en over de eerste lijn van de gezondheidszorg. Daardoor

heeft, wellicht onbedoeld, de recente uitgave van NHI en NHG, *A decade of research in primary care*², plotseling een bijzondere betekenis gekregen.

De gegevens, op basis waarvan dit boekje is samengesteld, zijn ontleend aan het registratie-systeem van onderzoek in en over de eerste lijn, dat door het NHI wordt bijgehouden.³ De RAWB heeft voor zijn rapportage en advies van deze gegevens gebruikt gemaakt.⁴ Met deze Engelse publikatie wordt beoogd ook internationaal bekendheid te geven aan het wetenschappelijk onderzoek in Nederland in en over de eerstelijns gezondheidszorg, „for in The Netherlands much research, and to our view of high quality at that, is undertaken in the field of primary care”.

Na een in niet al te best Engels gepresenteerde inleiding wordt de lezer vertrouwd gemaakt met wat zoal onder eerstelijns gezondheidszorg wordt verstaan, en vervolgens wordt een opsomming gegeven betreffende 452 onderzoekprojecten, verdeeld over een drietal hoofdrubrieken:

- research into the whole of health care (incl. primary care);
- research in or into primary care as health service system;
- research in or into one primary care discipline.

De auteurs stellen dat hun overzicht slechts een globale indruk geeft van (de omvang van – vd V) het wetenschappelijk onderzoek op het terrein van de eerstelijns gezondheidszorg gedurende de laatste tien jaar. Per project wordt niet meer vermeld dan de titel, de onderzoeker(s), de (voorgenomen) duur van het project en, voor zover bekend, de wijze waarop het werd beëindigd (rapport, artikel, dissertatie, in het geheel geen publikatie en/of zonder meer gestopt).

Bij bestudering van dit overzicht ontkomt men niet aan de vraag of, zelfs met betrekking tot deze simpele gegevens, gesproken kan worden van een betrouwbare registratie. Indien men zich bijvoorbeeld bepaalt tot de projecten die zijn uitgevoerd door of op de universitaire huisartseninstituten, is de opsomming beslist onvolledig. Ten aanzien van de andere instellingen die zich met onderzoek op dit terrein bezighouden, is dat moeilijker te beoordelen, maar waarschijnlijk geldt daarvoor hetzelfde. De auteurs kan men niet verwijten dat hun registratie onvolkomen is, althans voorzover deze afhankelijk is van een correcte en precieze aanmelding c.q. voortgangsrapportage door de onderzoekers. Bezwaarlijker is echter dat

kennelijk onvoldoende omschreven criteria hebben gegolden c.q. gelden met betrekking tot de vraag wat onder een (te registreren) „onderzoek” dient te worden verstaan. Onder de vermelde projecten treft men zowel grootschalige, door teams van onderzoekers correct uitgevoerde en inmiddels bekende projecten aan, als kleine onderzoekjes of pogingen daartoe, waarvan de wetenschappelijke waarde niet is te beoordelen of zelfs op voorhand betwijfeld moet worden. Sommige projecten worden, hoewel het om een en hetzelfde onderzoek gaat, onder verschillende titels en/of gegevens meer dan eenmaal, of opgesplitst in onderdelen, vermeld.

Afgezien van de vraag of een enigszins betrouwbare registratie van wetenschappelijke activiteiten betreffende meer dan tien hulpverleningssoorten – hetgeen nog iets anders is dan tien disciplines – zinvol of haalbaar is, kan gesteld worden dat „de huisartsgeneeskunde.. thans meer dan ooit behoefte heeft aan een correcte registratie van het wetenschappelijk onderzoek in en over dit eigen deelgebied binnen de gezondheidszorg. Het NHI-registratiesysteem voldoet dáár in ieder geval niet aan. Bijgevolg biedt *A decade of research in primary care* nauwelijks inzicht in de werkelijke omvang van het onderzoek, terwijl de kwaliteit er van in het geheel niet ter sprake komt.

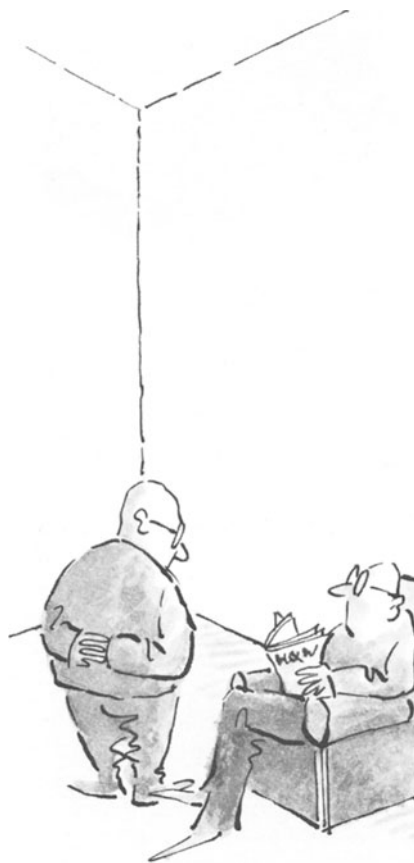
A critical review of a book

In dit nummer treft de lezer een kritische beschouwing aan van Poul Pedersen, een van de sleutelfiguren uit de Deense huisartsgeneeskunde.⁵ Het buitenland heeft dus inderdaad kennis genomen van de Nederlandse prestaties. Het oordeel is niet vleiend!

Het zou onverstandig zijn, de mogelijk niet verwachte kritiek in eerste instantie te pareren door in te gaan op de kwaliteit van de Deense productie, waarbij enkele stafleden van het universitair huisartseninstituut in Kopenhagen het presteren om in vijf jaren zestig wetenschappelijke publikaties af te leveren. Pedersen heeft het niet over de kwaliteit van het Nederlandse onderzoek. Hij stelt terecht dat een kwalitatieve analyse op basis van de beschikbare gegevens onmogelijk is, en acht zich kennelijk ontslagen van een nadere toelichting op deze aspecten van het onderzoek in zijn eigen land. Wie kaatst, moet de bal verwachten – en niet veel meer dan dat.

Het is overigens vermeldenswaard dat in het RAWB-rapport juist de Deense

productie met de Nederlandse prestaties wordt vergeleken. Te vermelden is ook, dat het door Pedersen vermelde onderzoek in en over de huisartsgeneeskunde onderworpen is aan een of andere vorm van controle door de „Danisch Medical Research Council”. Er is dus alle reden de hand in eigen boezem te steken, niet omwille maar wel naar aanleiding van de beschouwing van Pedersen. En dat betekent orde op zaken stellen in eigen huis en veronderstelt enige prudentie ten aanzien van de presentatie van vermeende of werkelijke resultaten van tien jaren onderzoek in en over de eerste lijn.



Output en impact

Men kan de opbrengst (*output*) van wetenschappelijk onderzoek taxeren op geleide van verschillende indicatoren. Een veel gebruikte indicator is het aantal publikaties in de (inter)nationale literatuur. Dit is mijns inziens een bruikbare en zinnige parameter. Wetenschappelijk onderzoek verplicht tot het

bekend maken van resultaten. „Rapporten” zijn bestemd voor de opdrachtgever of beogen een gedetailleerde beschrijving van de resultaten. Vrijwel zonder uitzondering is het mogelijk dergelijke rapporten samen te vatten in een artikel dat in bredere kring bekendheid kan geven aan de onderzoeksresultaten. Ook wanneer de *output* meer in kwalitatieve zin wordt beoordeeld – bijvoorbeeld door een forum van deskundige vakgenoten – is het van groot belang dat er gepubliceerd wordt: publikatie in een min of meer gemakkelijk toegankelijk vaktijdschrift is in verregaande mate bepalend voor de mogelijkheid om kennis te nemen van c.q. zich een oordeel te vormen over de aard, omvang en kwaliteit van het wetenschappelijk onderzoek.

Uiteraard bedienen de RAWB en andere oordelende instanties zich van dit soort indicatoren. De Raad stoelt zijn beoordelingen in hoge mate op het aantal publikaties van Nederlandse onderzoekers in „toptijdschriften”. Dergelijke toptijdschriften worden geselecteerd op basis van citatie-analyses en de zogenaamde *impact-factor*: de *impact-factor* van een tijdschrift is hoger, naarmate artikelen uit dat tijdschrift vaker werden geciteerd.

De *impact-factor* kan op verschillende manieren worden berekend. In de regel gaat het om het quotiënt van het aantal verwijzingen naar artikelen in een bepaald tijdschrift enerzijds en het totaal aantal artikelen in dat tijdschrift in een bepaalde periode anderzijds. Dat is zeker een maat voor de betekenis die door de wetenschappelijke gemeenschap aan het desbetreffende tijdschrift wordt toegekend.

Berekeningen van de *impact-factor* zijn slechts uit te voeren voor tijdschriften die zijn opgenomen in een literatuurreferentiesysteem zoals MEDLARS (Medical Literature Analysis and Retrieval System) of de door Eugene Garfield (Institution for Scientific Information) bedachte Science Citation Index (SCI). Dergelijke systemen zijn vooral ontwikkeld om het hoofd te kunnen bieden aan de „information overload”.⁶

Volgens Jones verschenen in 1973 in de hele wereld 7000 algemeen-geneeskundige tijdschriften.⁷ In 1982 telde de National Library of Medicine, in Bethesda, USA, meer dan 20.000 biomedische tijdschriften; daarvan zijn er thans circa 3000 opgenomen in MEDLARS en 1000 in de SCI.

Zoals het geval is in de Guide Michelin bij het toekennen van sterren, is er wat betreft de toelating van tijdschriften tot

deze referentiesystemen sprake van enig chauvinisme! Engelstalige – en met name Anglo-amerikaanse – tijdschriften hebben duidelijk meer kans om in deze systemen te worden opgenomen. Dat de Citation Index bovendien geen absolute maatstaf is, blijkt uit een onderzoek van Bernstein: van 16.000 geciteerde artikelen over virale hepatitis bleken er slechts 575 een oorspronkelijke bijdrage te hebben geleverd aan het actuele bestand aan kennis en inzicht met betrekking tot hepatitis.⁸ Het „citatiecijfer” is kennelijk aan inflatie onderhevig, terwijl het anderzijds niet onwaarschijnlijk is dat originele en belangwekkende bijdragen ontsnappen aan de *inner circle* van elkaar citerende auteurs en tijdschriften. „Veel geciteerd onderzoek” zal dikwijls „goed onderzoek” zijn; het omgekeerde behoeft niet het geval te zijn.⁹

Lokaal onderzoek

Er zijn deelgebieden binnen de gezondheidszorg met een typische couleur locale, een duidelijke *impact* voor de plaatselijke situatie. Het internationale aspect is verhoudingsgewijs beperkt; het wetenschappelijk onderzoek is qua doelstelling niet altijd van meer dan plaatselijke betekenis. Zo'n vakgebied is de huisartsgeneeskunde. De resultaten van wetenschappelijk onderzoek in en over dit vakgebied zullen nu eens minder dan weer meer betekenis hebben voor de huisartsgeneeskunde als zelfstandige discipline binnen het (internationale) medische wetenschapsgebied. Resultaten van goed onderzoek zijn echter, hoe dan ook, altijd belangrijk en dienen immer te worden gepubliceerd. Het is in feite niet acceptabel dat wetenschappelijk onderzoek als afgerond wordt beschouwd zonder dat de belangrijkste resultaten in druk, dat wil zeggen in een geregistreerd tijdschrift of boek, worden gepubliceerd. Zelfs binnen het kleine Nederlandse taalgebied bestaan hiertoe verschillende mogelijkheden. Op den duur zal ongetwijfeld de opbrengst van het wetenschappelijk onderzoek in en over de eerste lijn in het algemeen en betreffende de huisartsgeneeskunde in het bijzonder op meer gedetailleerde wijze beoordeeld worden dan thans in het RAWB-rapport is gebeurd. En als dat niet mogelijk is op de gebruikelijke wijze, zal men moeten aangeven hoe dat dan wél zou moeten gebeuren. In ieder geval zal ook bij deze opzet het aantal publikaties in vaktijdschriften een belangrijke parameter

Huisarts en Wetenschap 1984; 27

zijn, al gaat het daarbij vooral om tijdschriften met een meer lokaal bepaalde *impact*. Ondanks die primair lokale *impact* zullen deze bijdragen overigens ook op internationaal niveau toegankelijk moeten zijn.

In dit verband is het van belang nog eens te wijzen op de sinds 1980 verschijnende Family Medicine Literature Index (FAMLI), een op de huisartsgeneeskunde gerichte appendix van de Index Medicus (die op zijn beurt is gebaseerd op MEDLARS).¹⁰ *Huisarts en Wetenschap* is, evenals bijvoorbeeld het tijdschrift van de SIMG (*Allgemeinmedizin – International General Practice*), in dit systeem opgenomen, hetgeen op een zekere (internationale) *impact* van deze tijdschriften duidt.

Nogmaals: tien jaar onderzoek...

Terug naar het verslag over tien jaren onderzoek in de eerste lijn, dat de aanleiding vormde voor deze beschouwing. De vraag moet worden gesteld, of dit overzicht nog wel voldoet aan de eisen die er op dit gebied zouden zijn te stellen, en hetzelfde geldt natuurlijk a fortiori ten aanzien van het achterliggende registratiesysteem.

Pedersen komt niet onder de indruk van de omvang van ons wetenschappelijk onderzoek. Het relatief geringe aantal publikaties dwingt tot bezinning: ruim negentig tijdschriftartikelen op 452 projecten. In belangrijke mate zijn deze bijdragen afkomstig van een beperkt aantal onderzoekers. Een onevenredig groot deel van de projecten werd afgerond met „rapporten”, waarvan de belangrijkste gegevens nooit echt gepubliceerd zijn. Pedersen wijst in zijn kritiek op het ongekend grote aantal projecten dat zonder meer is gestopt of waarover eenvoudigweg geen gegevens bekend zijn.

Het is duidelijk dat het op zichzelf goede initiatief van NHI en NHG is stukgelopen op een volstrekt onvoldoende databestand en een ondoordachte publikatie van de cijfers die er aan ontleend zijn. Het is van belang, dat „de huisartsgeneeskunde” in Nederland zich op een en ander bezint. Het is daarbij de vraag of deze discipline ermee gediend is dat zijn wetenschappelijk onderzoek zonder meer wordt ingedeeld in de hybridische subrubriek „eerste lijn” van het onderzoeksveld „gezondheidszorgonderzoek en overig sociaal-wetenschappelijk onderzoek”. De wetenschappelijke vereniging van huisartsen en de UHIS zouden er goed aan doen zich op een en ander te beraden.

¹ Raad van advies voor het wetenschapsbeleid. Prioriteiten in het gezondheidsonderzoek. 's Gravenhage: RAWB, 1983.

² Becht Melai F, Bensing J. A decade of research in primary care. Utrecht: Netherlands Institute of General Practitioners, 1983.

³ Bensing J. Van A(bortus) tot Z(wangerschap). Wetenschappelijk onderzoek in en over de eerste lijn. Tien jaar registratiesysteem Nederlands Huisartsen Instituut. Med Contact 1982; 37: 859-67.

⁴ Rigter H. De omvang en aard van het gezondheidsonderzoek in Nederland. 's Gravenhage: RAWB, 1983.

⁵ Pedersen PA. A decade of research in Dutch primary care. Huisarts en Wetenschap 1984; 27: 47-8.

⁶ Lock S. Information overload: solution by quality? Br Med J 1982; 284: 1289-90.

⁷ Jones NH. Editorial. Br J Med Educ 1973; 2: 70.

⁸ Bernstein LM. The hepatitis knowledge base. Ann Intern Med 1980; 93: 169-81.

⁹ Vries MJ de. Prioriteiten in het gezondheidsonderzoek. Med Contact 1983; 38: 1279-81.

¹⁰ Anonymous. Family Medicine Literature Index. London, Ontario, Canada: WONCA.

References from pages 48 and 50.

¹ Bensing J, Becht-Melai F. A decade of research in primary care. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1983.

² Foldspang A. Dansk forskningsarbejde i den primære sundhedstjeneste. 1950-1974. København: Statens lægevidenskabelige forskningsråd, 1976.

³ Hvidman L, Foldspang G. Dansk forskning i den primære sundhedstjeneste 1975-1980. København: Statens lægevidenskabelige forskningsråd, 1981.

⁴ Raad van advies voor het wetenschapsbeleid. Prioriteiten in het gezondheidsonderzoek. 's-Gravenhage: RAWB, 1983.

Nota bene

Het onderzoek van het sediment van urine als diagnostische test bij acute bacteriële urineweginfecties is ten onrechte verdrongen door de diplotide. Stelling bij: Baselier PJAM. Acute bacteriële urineweginfecties in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1983.