

Verklaring ten aanzien van wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde

EUROPEAN GENERAL PRACTICE RESEARCH WORKSHOP

De Verklaring ten aanzien van wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde van de European General Practice Research Workshop kan worden beschouwd als een min of meer officieel document. De redactiecommissie is daarom van mening dat deze Verklaring onverkort en zonder noemenswaardige redactionele bewerking in de kolommen van Huisarts en Wetenschap dient te worden afgedrukt. Op pagina 56 is voorts een korte toelichting opgenomen van de hand van het Nederlandse EGPRW-lid Th. J. van Stockum.

1. Inleiding

De huisartsgeneeskunde is een wetenschappelijke discipline in de geneeskunde die een speciale plaats in het geheel van de gezondheidsvoorzieningen inneemt. Zij houdt zich bezig met het verlenen van medische hulp aan individuen en in ruimere zin aan de gemeenschap. Er zijn klinische, organisatorische en opleidingselementen in aan te wijzen. Het wetenschappelijk onderzoek houdt zich bezig met de problemen die bij elk van deze drie elementen worden ondervonden.

Het voornaamste doel van wetenschappelijk onderzoek is het uitbreiden van kennis en het toepassen van deze kennis op een zodanige wijze dat verbeteringen in de kwaliteit van de zorg uiteindelijk de gezondheid en het welzijn van de patiënt bevorderen.

2. Wat is wetenschappelijk onderzoek?

Wetenschappelijk onderzoek is systematisch en kritisch doorvragen volgens regels die reproduceerbaarheid mogelijk maken. De resultaten worden objectief weergegeven in termen die door vakgenoten en leden van verwante disciplines begrepen worden. De resultaten en hun interpretatie zijn onderworpen aan kritische herbezinning en toetsing door anderen, voordat zij ingevoerd worden in het wetenschappelijk bezit van de huisartsgeneeskunde en deel gaan uitmaken van het onderwijs daarin. Op deze wijze voldoen de we-

wetenschappelijke principes van huisartsgeneeskunde aan de regels en canons van iedere wetenschappelijke discipline.

De technieken en de methoden van wetenschappelijk onderzoek variëren met de te onderzoeken problemen. Volgens overeengekomen normen is het eindpunt van wetenschappelijk onderzoek in de natuurwetenschappen het uitwerken van een *oorzaak-en-gevolg*-model van de werkelijkheid. Zulk model wil een voorstelling en een weerspiegeling zijn van de onderdelen en elementen die in de voorliggende problematiek meespelen om van daaruit voorspellingen te doen over het verdere verloop van de gebeurtenissen die met deze elementen te maken hebben.

De huisartsgeneeskunde deelt met de klinische geneeskunde een *probleem-actie*-benadering. De nadruk ligt hier op een heldere definitie van het probleem en vervolgens het in gang zetten van een passende therapeutische interventie. Wanneer het klinische probleem nauwkeurig benoemd kan worden, kan er een effectieve actie gekozen worden, zelfs wanneer een wetenschappelijk *oorzaak-en-gevolg*-model hier ontbreekt.

Scheurbuik werd aanvankelijk behandeld en daarna voorkomen door vruchtessappen; kinine „genas” malaria en koepokken voorkwamen of verzwakten aantasting door pokken, lang voordat enige wetenschappelijke kennis over oorzaak en gevolg aanwezig waren. In dit soort omstandigheden, waarbij eerder een bruikbare behandeling beschik-

baar is dan een wetenschappelijke verklaring, is er een sterke prikkel deze volgens wetenschappelijke normen te gaan verklaren. In bovengenoemde voorbeelden werden *oorzaak-en-gevolg*-inzichten later vastgelegd.

Het *oorzaak-en-gevolg*-model is niet altijd geschikt om gedragspatronen te begrijpen, en zeker niet, wanneer er sprake is van reacties van patiënten op omgevingsfactoren die somatische problemen veroorzaken. Dit gaat vooral niet op voor problemen waarbij psychosociale en somatische elementen sterk verweven zijn, en voor de invloed die interpersonele verhoudingen in de familie of andere belangrijke sociale groepen kunnen hebben op het vermogen van het individu om zich aan te passen.

Tenslotte is dit model niet geschikt voor het begrijpen van het eigen beslisproces van de arts, waarbij het trekken van conclusies geleerd wordt door ervaring in het *probleem-actie*-model. De waarschijnlijkheid dat een genomen actie effectief zal zijn – of het een gedragsverandering van de patiënt betreft of de aanpak van een klinisch probleem – kan best even groot zijn als de waarschijnlijkheid dat het gehanteerde wetenschappelijk model overeenkomt met de werkelijkheid.

In veel landen is aan de huisartsgeneeskunde de academische status verleend van een onafhankelijk medisch specialisme. Wetenschappelijk onderzoek blijft voortdurend noodzakelijk om de kennis te vergaren die de huisartsgeneeskunde als wetenschap in stand houdt.

3. De aanleidingen tot wetenschappelijk onderzoek en de nuttige resultaten daarvan

A. De individuele huisarts

Deelname aan „systematisch en kritisch doorvragen” kan de professionele kwaliteiten van de individuele dokter alleen maar verbeteren. Het zal zijn handelingen steun geven en zijn dagelijkse werkzaamheden systematischer maken. Het zal hem aansporen, te proberen de problemen op een kritische manier te benaderen, hem steunen of corrigeren in zijn eigen werkwijze door kritisch denken, en de insufficiëntiegevoelens wegnemen die opgewekt worden door het gebruik van methoden die door velen bekritiseerd worden als zijnde onwetenschappelijk.

Zelfs indien de deelname aan het wetenschappelijk onderzoek hem geen

nieuwe kennis brengt, verleent de strenge discipline van de wetenschappelijk methode de huisarts een permanente kritische houding die in ieder geval deel hoort te zijn van goede huisartsgeneeskunde.

B. De geneeskunde

De huisartsgeneeskunde heeft een bijdrage te leveren aan de medische wetenschap en vormt een essentieel deel van de medische opleiding omdat:

1. de nadruk in de huisartsgeneeskunde valt op de eerste taxatie van alle voordien ongedifferentieerde klinische problemen;
2. de huisarts in een unieke positie is om de beginfase te zien van alle klinische problemen;
3. vele aandoeningen alleen voorkomen en behandeld worden in de huisartspraktijk;
4. de continuïteit van de zorgverlening de mogelijkheid geeft, door in de tijd gespreide contacten, alle klinische problemen van iedere individuele patiënt te herkennen en informatie te coördineren over leefgewoonten van patiënten en het natuurlijke beloop van ziekten;
5. de huisartsgeneeskunde niet alleen de integratie van de inhoud van alle specialismen omvat, maar ook de coördinatie van de daaruit voortvloeiende activiteiten van medische en niet-medische collega's;



JE MOET' NATUURLIJK VOORAL ZIEN ALS EEN EERSTE INVENTARISATIE

6. de huisarts soms bij het adviseren gebruik moet maken van niet-medische informatie, wanneer een geschikt behandelingsplan ontworpen moet worden;

7. de klinische besluitvorming volgens de *probleem-en-actie*-methode een kansenschattend karakter draagt en de huisarts een belangrijke bijdrage kan leveren om dit proces voor andere disciplines begrijpelijk te maken.

C. De samenleving

Wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde is essentieel voor de samenleving en in het bijzonder nuttig om voor de beleidsvormende en uitvoerende organen informatie aan te dragen ten behoeve van de rationele verdeling van hulpmogelijkheden in het gezondheidszorgsysteem.

Bovendien is de huisartsgeneeskunde een geschikte arena voor de studie van gezondheidszorgproblemen die samenhangen met de samenleving en de omgevingsfactoren.

4. Onderzoeksterreinen en prioriteiten

De Leeuwenhorst-groep heeft de functies en de bijdragen van de huisarts beschreven. De terreinen van onderzoek kunnen in vijf hoofdgroepen onderverdeeld worden:

1. klinisch onderzoek;
2. epidemiologisch onderzoek;
3. structureel-organisatorische aspecten (de praktijkvoering);
4. gedragkundig onderzoek;
5. opleidingsaspecten.

Een dergelijke classificatie houdt geen prioriteiten in.

In het bepalen van de prioriteiten kan zowel de centrale overheid een rol spelen, als de plaatselijke bevolking, de artsen-vereniging of de individuele arts. Politieke motieven, opleidingseisen en informatie behoefte kunnen hierbij relevant zijn. Om aan onderzoek te doen, is het nodig dat de individuele arts persoonlijk betrokken is bij het onderzoeksprobleem. Het doen van onderzoek moet hem voldoening geven door het inzicht dat hij krijgt in de verbanden tussen problemen die voorheen niet begrepen werden.

5. Methoden van wetenschappelijk onderzoek

Er is geen speciale methodologie voor wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde. De specificiteit ont-

staat uit de problemen en niet uit de methoden. Wanneer een probleem helder gedefinieerd is, kan er een passende wetenschappelijk methode worden gekozen voor het onderzoek. Deze methode kan stammen uit de biologische, epidemiologische of gedragswetenschappelijke traditie.

Er zijn geschikte methoden voor de volgende vier stadia van onderzoek:

A. Beschrijvend onderzoek

Elk wetenschappelijk werk moet beginnen met de systematische beschrijving van relevante feiten en situaties. Hierbij is inbegrepen cijfermatige en niet-cijfermatige informatie die is ontleend aan casuïstische studies, morbiditeitsonderzoeken en analyses van actiemodellen. Dergelijke gegevens zijn voorwaarden voor het identificeren van problemen, hoewel niet noodzakelijk voldoende om deze op te lossen.

In de verzameling van primaire gegevens moet de reële positie van de huisarts herkenbaar zijn. Gewoonlijk wordt de diagnose uitsluitend op basis van klinische waarnemingen gesteld, hetzij omdat er geen geschikt aanvullend onderzoek bestaat, hetzij omdat de aandoening niet ernstig genoeg is om de kosten van uitgebreid onderzoek te wettigen, hetzij omdat in bepaalde gevallen onderzoeksprocedures onnodige risico's met zich meebrengen.

Omdat bij diagnoses op basis van klinische gegevens van vrij subjectieve begrippen gebruik wordt gemaakt, zijn er moeilijkheden bij het standaardiseren van klinische criteria. Vaak zijn de diagnostische termen identiek met de probleemomschrijving en wordt deze gebruikt als basis voor acties. Beschrijvend onderzoek, waarbij problemen worden geïdentificeerd, geeft een niet aflatende prikkel tot voortgezet onderzoek om veranderingen waar te nemen.

B. Hypothese-vormend onderzoek

Deze stap kan volgen op de identificatie en kwantificering van problemen. De intuïtie en creativiteit van de onderzoeker is de basis voor het ontstaan van de hypothese, die geformuleerd wordt, nadat systematisch alternatieve ideeën in ogenschouw zijn genomen, waarbij de onwaarschijnlijke hypothesen een voor een verworpen worden.

Hoewel hypothesen individueel kunnen worden opgeworpen, kan de kritische bijdrage van gelijk denkende collega's en het instemmend oordeel onder vakbroeders een waarde hebben die de numerieke analyse overtreft. Kleine discussiegroepen kunnen het forum vor-

Wetenschappelijk onderzoek: de rol van de huisarts

De European General Practice Research Workshop bestaat sinds 1971.¹ In deze groep worden ideeën bij elkaar gebracht en worden researchprojecten gestimuleerd, gewijzigd of afgewezen.

Naar het voorbeeld van de verklaring door de Leeuwenhorst-groep over de rol en opleiding van de huisarts,²⁻⁴ heeft de EGPRW een werkgroep gevormd die de opdracht kreeg een vergelijkbare verklaring over wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde op te stellen. De werkgroep beschikt over een ruime representatie van alle landen die in de EGPRW zijn vertegenwoordigd en de besprekingen zijn voortdurend kritisch door de gehele workshop gevolgd.

Het doel was een basisstramien tot stand te brengen waarin research in de eerstelijns geneeskunde kon worden geplaatst in relatie tot het onderzoek over gezondheid en de gezondheidszorg. In sommige landen heeft de huisartsgeneeskunde aanzienlijke vooruitgang geboekt en recent academische status gekregen, in andere landen zijn de academische bijdragen voor de huisartsgeneeskunde uiterst gering. Dit document geeft de plaats aan die het onderzoek in de eerstelijns geneeskunde dient in te nemen, en verschaft er een bestaansgrond en een organisatorische omkadering aan.

De *Verklaring* wordt volledig gepubliceerd. Een appendix die de volledige classificatie van onderzoeksvelden en een korte samenvatting van de gehele verklaring bevat, is op verzoek verkrijgbaar bij de Birmingham Research Unit of the Royal of General Practitioners, Lordswood House 54, Lordswood Road, Harborne, Birmingham B17 9 DB.

Voor het Vlaams/Nederlands taalgebied is een Nederlandse vertaling verkrijgbaar bij de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse huisartsen, St. Hubertusstraat 58, 2600 Berchem-Antwerpen, en bij het Nederlands Huisartsen Genootschap, Burg. Reigerstraat 87, 3581 KP Utrecht.

Th. J. van Stockum

men voor het opsporen van vergissingen, discrepanties en anomalieën en daarbij een zeef vormen voor onrijpe hypothesen. Daarna kan tot meer conventionele en wetenschappelijke toetsing worden overgegaan.

C. Toetsend onderzoek

De volledige toetsing van hypothesen gaat volgens traditioneel geaccepteerde regels. Het beste voorbeeld is de gecontroleerde klinische proefopstelling. Deze opzet is toepasbaar, of het nu over een *oorzaak en gevolg*-relatie gaat of niet.

Hoewel in het algemeen de statistische waarschijnlijkheid de basis is waarop een hypothese geaccepteerd wordt, zijn er gebieden van huisartsactiviteiten die zich niet lenen voor dit soort van mathematische analyse.

D. Samenpassen van de gegevens

Het eindstadium is bereikt wanneer de bewezen hypothesen worden opgenomen in het kennispakket dat wij beschouwen als de wetenschappelijke basis van de huisartsgeneeskunde en die overdraagbaar is in het onderwijs.

6. Standaardisatie in research

Onderzoekers in de huisartsgeneeskunde zouden naar een gemeenschappelijke woordenschat toe moeten groeien. Er is duidelijk behoefte aan gestandaardiseerde classificatie-systemen, definities en criteria voor alle aspecten van eerstelijns geneeskunde. Indien men tot een dialoog tussen individuele onderzoekers wil komen, zijn transcultureel en internationaal geaccepteerde uitdrukkingwijzen noodzakelijk. Te grote aandacht voor bijzaken in de classificatie en schijnprecisie in de meetmethoden voor klinische problemen moeten echter vermeden worden, en de wens tot standaardisatie moet de innovatie niet in de weg staan.

7. Interdisciplinair onderzoek

De huisarts kan in zijn onderzoek genoodzaakt zijn een geïntegreerde, interdisciplinaire aanpak te gebruiken en de hulp van specialisten op andere terreinen in te roepen. Op dezelfde wijze is het begrijpelijk dat anderen een beroep doen op de huisarts, wanneer zij infor-

matie nodig hebben over gezondheids-toestanden in de gemeenschap ten behoeve van hun eigen researchproject.

8. Ethiek

Wij onderschrijven de declaratie van Helsinki II, en als individuele onderzoekers respecteren wij onze nationale medische standaarden en wetten met betrekking tot de bescherming van persoonlijke gegevens.

¹ Hull FM. The European General Practice Research Workshop 1971-1981. *J R Coll Gen Pract* 1982; 32: 106-8.

² Working Party of the Second European Conference on the Teaching of General Practice. Statement on the work of the general practitioner. *J R Coll Gen Pract* 1977; 27: 117.

³ Working Party of the Second European Conference on the Teaching of General Practice. Statement on the contribution of the general practitioner to undergraduate medical education. *J R Coll Gen Pract* 1978; 28: 244-50.

⁴ Leeuwenhorst European Working Party. Continuing education and general practitioners. *J R Coll Gen Pract* 1980; 30:570-4.

Nota bene

Proctoscopie is voor de huisarts een middel dat hem een dieper inzicht verschaft in anorectale afwijkingen.

Patiënteninformatie binnen het arts-patiënt contact komt in de eerste plaats neer op gelegenheid geven aan de patiënt tot het stellen van vragen en het luisteren en kijken van de arts.

Stellingen bij: Bekker JP. Hypertensie interventie analyse te Krimpen aan de IJssel [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1983.

Gynaecologen die niet in hun eigen schaduw willen staan zouden er goed aan doen bij het routineonderzoek van de cervix uteri een voorhoofdsspiegel te gebruiken.

Stelling bij: Kam BJ. Meretrix en medicus [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1983.