

Effectiviteitsonderzoek in de huisartspraktijk

3. Algemene opmerkingen over gerandomiseerd interventie-onderzoek in de huisartspraktijk

J. A. KNOTTNERUS EN H. C. W. DE VET

In dit laatste artikel wordt nader ingegaan op het gerandomiseerde experiment.* Vanzelfsprekend wordt niet de hele methodologie behandeld – daarvoor raadplege men de desbetreffende literatuur;²⁻⁷ aan de orde komen enkele aspecten die van speciaal belang zijn voor het experiment in de huisartspraktijk: de vraagstelling, de relatie tussen doelpopulatie en onderzoekspopulatie, de effectparameters, de toewijzing van een behandeling, de keuze voor een placebo, de kwestie van 'informed consent' en andere problemen bij de opzet van het onderzoek en de analyse van de uitkomsten.

Vraagstelling

Voor de huisarts is het evalueren van ingeslepen, doch weinig geëvalueerde routines minstens zo belangrijk als het onderzoeken van de nieuwste therapeutische snuffjes. In het algemeen is er echter weinig belangstelling voor onderzoek naar de effectiviteit van ingeburgde activiteiten. Een verklaring hiervoor kan zijn dat er minder 'eer' aan dergelijk onderzoek valt te behalen, terwijl iedereen benieuwd is naar de werking van nieuwe behandelingen. Bovendien is een gerandomiseerd experiment ook moeilijk te realiseren bij – al dan niet terecht – algemeen aanvaarde therapieën of interventies: artsen vertrouwen op het middel en patiënten zijn eraan gewend, en men zal meestal niet zo sterk twijfelen, dat het ethisch verantwoord wordt geacht de therapie *at random* achterwege te laten of door een andere te vervangen.

* In deze laatste aflevering van 'Effectiviteitsonderzoek in de huisartspraktijk' wordt nogmaals ingegaan op een aantal publikaties die in de vorige aflevering uitvoerig zijn besproken. Voor de bijbehorende bibliografische gegevens raadplege men de literatuurlijst in het vorige nummer van *Huisarts en Wetenschap* (pag. 75).¹

Dr. J.A. Knottnerus, arts-epidemioloog, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg; Ir. H.C.W. de Vet, epidemiologe, vakgroep Epidemiologie/Gezondheidszorgonderzoek, Rijksuniversiteit Limburg.

Correspondentie: Dr. J.A. Knottnerus, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

Toch zijn er in de afgelopen jaren in ons land gerandomiseerde experimenten uitgevoerd bij de behandeling van 'allegaagse' ziektebeelden als urineweginfecties en otitis media¹ en deze onderzoeken hebben zeer waardevolle informatie opgeleverd.

Doelpopulatie en onderzoekspopulatie

Experimenteel onderzoek in en vanuit de huisartspraktijk kan zich richten op diverse typen (sub)populaties: de algemene (praktijk)bevolking, de contactpopulatie van de huisarts en de verwezen populatie. Essentieel is dat het onderzoek wordt verricht bij een groep die representatief is voor de populatie waarop de uitkomsten van het onderzoek later zullen worden toegepast. De huisarts dient dan ook terughoudend te zijn met het trekken van conclusies uit experimenteel onderzoek dat in een andere setting dan de huisartspraktijk is uitgevoerd. Zo zou een onderzoek naar de effectiviteit van sulfapreparaten bij acute urineweginfecties onder patiënten die naar de uroloog waren verwezen wegens het niet reageren op de therapie van de huisarts, waarschijnlijk andere resultaten hebben opgeleverd dan de onderzoeken in de huisartspraktijk door *Hirschfeld e.a.* en *Sturm*.¹ De a priori kans op een gunstig resultaat met relatief eenvoudige (eerste keus) therapieën zou bij de specialist geringer zijn geweest.

Iets dergelijks geldt ten aanzien van het formuleren en toepassen van in- en uitsluitingscriteria. Zo moet men in principe geen uitsluitingsgronden hanteren die in de huisartspraktijk op het moment van de indicatiestelling voor de therapie (nog) niet aan de orde zijn. De huisarts werkt klachtgericht: hij behandelt in eerste instantie de klachten van de patiënt en stelt vaak pas in tweede instantie een diagnose (voor zover dat überhaupt gebeurt). Hij is geïnteresseerd in het effect van analgetica, antacida of antibiotica bij patiënten met bepaalde klachten, niet bij patiënten bij wie eerst door middel van nader dia-

gnostisch onderzoek verricht in het kader van een wetenschappelijke studie, allerlei fysiologische en pathologische toestanden zijn uitgesloten. Doet men dit laatste wel, dan richt men zich daarmee op andere doelpopulaties. Gaat het bijvoorbeeld om patiënten met ongecompliceerde hypertensie, dan dient men deze populatie te definiëren op een wijze die aansluit bij de diagnostische mogelijkheden van de huisarts. Nierbiopsieën vooraf zijn hierbij niet mogelijk en in de huisartspraktijk ook irrelevant.

Het vermijden van ruis (bijvoorbeeld ten gevolge van het nog niet onderscheiden van specifieke diagnoses) is zinvol, voor zover dat in de praktijk ook op aanvaardbare wijze mogelijk is. Is dat niet het geval, dan behoort men de ruis niet te vermijden, maar wel zorgvuldig te meten; achteraf kan dan de invloed ervan worden bestudeerd. Zo hadden *Hirschfeld e.a.* en *Sturm* onderscheid kunnen maken tussen de resultaten bij de vrouwen met een positieve kweek en de resultaten bij de hele groep met dysurie en sedimentsafwijkingen.

Effectparameters

Ook bij het kiezen en meten van effectparameters moet men de relevantie voor de huisarts in het oog houden. Voor de huisarts is een goede meting van het beloop van subjectieve klachten en ervaren gezondheid (die vaak de reden van de hulpvraag vormen) evenzeer van belang als het meten van 'objectieve' effectparameters, die in de huisartspraktijk bovendien lang niet altijd gehanteerd (kunnen) worden.

De toewijzing van de behandeling

De indeling in twee of meer groepen dient zodanig te geschieden, dat deze groepen zoveel mogelijk vergelijkbaar zijn. Randomisatie is een middel om dit doel te bereiken. De wijze van randomisatie is afhankelijk van de te bestuderen interventie en van de praktische mogelijkheden. Het is van belang hierbij onderscheid te maken tussen interventies die wél en interventies die niet los kunnen worden gezien van de persoon van de huisarts.

Voorbeelden van de eerste soort interventies zijn de behandeling van wratlen,⁸ acute urineweginfecties en otitis media acuta;¹ ook meer complexe vormen van zorg, zoals protocollen die zijn opgebouwd uit een aantal (diagnostische en) therapeutische elementen, behoren tot deze categorie. Bij dit type

interventies kan per patiënt worden gerandomiseerd: als men het effect van behandeling A ten opzichte van behandeling B wil nagaan, verdeelt men de patiënten *at random* over A en B.

Ten aanzien van interventies die *niet* los kunnen worden gezien van de persoon van de huisarts, kan men denken aan specialistische consultatie in de eerste lijn (interactie specialist-huisarts), de invloed van nascholing of attitudeverandering door de huisarts, of het effect van verandering van de praktijkvorm op de kwaliteit van de zorg. In dit geval kan niet per patiënt worden gerandomiseerd. Het is immers niet zinvol een huisarts te vragen datgene wat hij via nascholing heeft geleerd, *at random* toe te passen bij zijn patiënten, om vervolgens het beloop op gestandaardiseerde wijze te meten. Kenmerken als nascholingskennis, attitude en praktijkvorm zijn huisartsgebonden en niet *at random* in- en uit te schakelen. Door het bestaan van vrije artskeuze en ziekenfondscontracten is het ook niet mogelijk om patiënten *at random* toe te wijzen aan artsen die wél en artsen die niet een bepaald nascholingsprogramma hebben gevolgd. Bovendien is het al dan niet (reeds) gevolgd hebben van nascholing niet *at random* verdeeld over huisartsen: waarschijnlijk verschillen wél en niet nageschoolden reeds vooraf systematisch met betrekking tot kenmerken als beroepsmotivatie en belangstelling voor het betreffende onderwerp.

De beste oplossing in zo'n geval is het randomiseren van huisartsen. Een grote groep huisartsen wordt uitgenodigd om met de studie mee te doen. Zij worden *at random* ingedeeld in de groepen A en B. Groep A volgt de nascholing ten aanzien van gezondheidsprobleem X, groep B niet. Men kan nu twee soorten vraagstellingen bestuderen:

– het effect van de nascholing op de huisarts (bijvoorbeeld in kennisoename, verwijsgedrag);
– het effect van de nascholing op de patiënten met gezondheidsprobleem X.

Een premisse hierbij is dat de patiëntengroepen in de praktijken A en B a priori vergelijkbaar zijn. Dit zal waarschijnlijk ook het geval zijn, mits ondubbelzinnige criteria zijn geformuleerd voor de diagnostiek van X. Bij twijfel kan men achteraf de vergelijkbaarheid van relevante variabelen – voor zover gemeten – bij het begin van de studie controleren. Deze opzet werd toegepast door Bass *et al.* in een onderzoek naar het effect van een stringent programma van hypertensiescreening en -behandeling.⁹

Een dergelijke opzet zal niet altijd

mogelijk zijn. Net zoals sommige patiënten met een sterke voorkeur voor een bepaalde behandeling niet zullen deelnemen aan een gerandomiseerd experiment, zullen sommige artsen niet willen loten om al dan niet mee te doen aan een nascholings- of een interventieprogramma. Men zal zich dan tevreden moeten stellen met niet-gerandomiseerd onderzoek, waarbij zoveel mogelijk storende variabelen worden gemeten. Indien men de resultaten van een dergelijk onderzoek bij voorbaat onbetrouwbaar of niet overtuigend acht, zal men de vraagstelling als 'niet te onderzoeken' moeten beschouwen.

Wanneer een placebo?

Bij onderzoek in de huisartspraktijk is het gebruik van een placebo-interventie in de controlegroep vaak aan te bevelen, met name wanneer de effectparameters op een subjectieve manier worden vastgesteld. Dit is bijvoorbeeld het geval als de patiënt wordt gevraagd, of hij zich beter voelt of minder pijn heeft gehad. Door het onderzoek dubbelblind uit te voeren, wordt noch de melding noch de waarneming van de uitkomst beïnvloed door bevooroordeeldheid van patiënt en/of arts-observator; men weet immers niet welke behandeling men heeft gekregen of gegeven.

In de huisartspraktijk is het gebruik van placebo's lang niet altijd mogelijk. Bij het vaststellen van de effectiviteit van een geneesmiddel is het gemakkelijk om de controlegroep een placebo te geven. Wil men echter de effectiviteit van bepaalde adviezen beoordelen, dan is een placebo-interventie niet goed te realiseren. Daardoor kunnen twee problemen ontstaan:

- De groep die geen interventie (advies) krijgt, kan op een andere manier aan informatie over de interventie komen. Als gevolg hiervan wordt het verschil tussen de interventie- en de controlegroep verkleind. Dit verschijnsel heeft zich waarschijnlijk voorgedaan bij de Multiple Risk Factor Intervention Study (MRFIT) naar het effect van gerichte interventie en advisering ten aanzien van cardiovasculaire risicofactoren.¹⁰ Veel personen uit de controlegroep – die geen adviezen had gekregen – gingen zich ook gezonder gedragen.

- Als de adviezen effect hebben, is het moeilijk uit te maken of dit komt door de inhoud van de adviezen of door de extra aandacht die men aan de patiënt besteedt, alleen al door het geven van een advies. De werkzame component van het advies is niet te achterhalen.

De beslissing of in een bepaald onderzoek placebo-therapie gegeven moet worden, is mede afhankelijk van de vraagstelling. Wil men het pakket 'interventie plus extra aandacht' vergelijken met 'noch interventie, noch extra aandacht', dan dient de controlegroep geen van beide te krijgen. Wil men echter de meerwaarde van alleen de interventie kennen, dan dienen interventiegroep en controlegroep wat betreft de 'extra aandacht' vergelijkbaar te zijn. Deze 'extra aandacht' is dan te beschouwen als een soort placebo. Men zou beide oogmerken kunnen verenigen door drie groepen te formeren: 'interventie plus extra aandacht', 'extra aandacht', 'geen van beide' (indien mogelijk). Men heeft dan dus twee controlegroepen, waardoor zowel het 'netto-effect' (exclusief het placebo-effect), als het 'bruto-effect' van de interventie is te meten. Het laatste kan van belang zijn voor de praktische gezondheidszorg.

Ook bij procedures met een volledige placebo-blinding blijven er problemen. Door het creëren van een *at random* samengestelde placebo-controlegroep kan men bijvoorbeeld een mogelijk belangrijk geneeskrachtig element wegnemen: als een patiënt weet dat hij een nepmiddel kan treffen, is daarmee althans een deel van het eventueel werkzame suggestieve element aangetaast.¹¹

Informed consent

In de regel zal men de patiënten inlichten over het onderzoek en hen vragen of zij bereid zijn daaraan mee te werken (*informed consent*). Strikt wetenschappelijk beschouwd heeft het vragen van *informed consent* echter twee nadelen:

- de gevraagde personen doen niet allemaal mee, en dit levert een selectie op die de reikwijdte van de onderzoeksresultaten beperkt tot een bepaalde groep;
- de deelnemers raken op de hoogte van het feit dat er een onderzoek plaatsvindt, en vernemen in principe de vraagstelling.

Het eerste nadeel kan men nog beperken door zich een beeld te vormen van de aard en de mate van selectie. Het tweede nadeel kan echter problemen opleveren die het onderzoek onmogelijk maken. Zo zou het onderzoek van Crul naar de effectiviteit van werkadvisen¹ niet hebben kunnen plaatsvinden als expliciet *informed consent* was gevraagd; de controlepatiënten zouden dan immers ook een verkapt werkadvis hebben gekregen.

Voor de huisarts ligt hier een belangrijk probleem. Veel van zijn behandelingen bestaan uit (niet te blinderen) adviezen, waarvan het nut wellicht nooit te onderzoeken is. Wat is 'onethischer': doorgaan met niet-geëvalueerde, soms ingrijpende adviezen, of zoeken naar wegen om voor bepaalde gevallen rechtstreekse *informed consent* te vermijden? Discussie hierover lijkt ons gewenst. Wij geven hierbij het volgende standpunt in overweging:

Indien nieuwe therapieën worden geïntroduceerd en geëvalueerd, is altijd *informed consent* nodig. Indien het gaat om ingeburgerde maar niet goed geëvalueerde therapieën, mag hiervan worden afgeweken indien effectvergelijking anders onmogelijk zou zijn. Hierbij wordt de verleende zorg niet ingrijpend gemanipuleerd en wordt het niet te evalueren individuele experiment dat elk consult in feite is, omgevormd tot een evalueerbare vergelijking van groepen.

Vergelijking van complexe vormen van interventie

Een speciaal probleem doet zich voor bij het vergelijken van complexe vormen van interventie. Voorbeelden daarvan zijn 'protocollen', uitgebreide screeningschema's en vormen van zorg die gekoppeld zijn aan speciale functionarissen. Men kan in deze gevallen wel totaalverschillen meten, maar komt niet te weten aan welk(e) element(en) van de interventies die verschillen moeten worden toegeschreven. Zo valt uit het onderzoek van *Seelen e.a.*¹ niet af te leiden, welke componenten van het functioneren van respectievelijk huisarts en wijkverpleegkundige verantwoordelijk zijn voor de geconstateerde verschillen.

De 'multicentered' opzet

Bij klachten of problemen die slechts incidenteel voorkomen, zal het onderzoek in een aantal praktijken tegelijk moeten worden uitgevoerd. Hierbij is het zeer belangrijk dat de in- en uitsluitingscriteria en de verschillende procedures helder en werkbaar zijn vastgelegd en op gelijke wijze worden toegepast. Eventueel kunnen er in een *pilot*-fase trainingen worden georganiseerd ter vermindering van de interdoktervariatie. De uiteindelijke selectie en observatie kan men ook overlaten aan één of meer centrale onderzoekers. Regelmatig overleg met alle deelnemers is onontbeerlijk voor het bewaken van de afspraken en de voortgang.

Om arts- en praktijkgebonden verstoringen zoveel mogelijk uit te schakelen, verdient het aanbeveling om de patiënten per praktijk te randomiseren. De interventiegroep en de controlegroep(en) zijn dan per praktijk in gelijke mate vertegenwoordigd. Bij onderzoek naar het effect van *artsgebonden* zorg dient, zoals vermeld, een andere benadering te worden gekozen.

Analyse volgens 'intention to treat'

Tijdens het onderzoek vallen vaak patiënten uit: zij maken bijvoorbeeld de behandeling niet af, of komen van de controlegroep in de interventiegroep terecht. De vraag bij de analyse is dan, wat er met deze patiënten moet gebeuren: moeten zij tot de oorspronkelijke groep worden gerekend, of tot de groep waarin ze uiteindelijk terecht zijn gekomen? Of moeten ze helemaal worden uitgesloten?

Voor het beantwoorden van deze vraag moet men kiezen uit twee mogelijkheden:

- Men gaat uit van de toewijzing aan een bepaalde behandelingsgroep (interventie- of controlegroep). Het is daarbij niet zozeer van belang of de patiënt de behandeling ook werkelijk heeft gevolgd of afgemaakt; het gaat er om of het de *bedoeling* was dat dit gebeurde (*intention to treat*).
- Men gaat uit van de personen die een bepaalde behandeling ook hebben ondergaan of afgemaakt.¹²

Als men de tweede strategie volgt, moet men rekening houden met selectieve uitval, bijvoorbeeld ten gevolge van bijwerkingen, of doordat het behandelingsregime veeleisend was. Verder evalueert men dan niet zozeer de vraag hoe effectief het *voorschrijven* van een bepaalde behandeling of het *geven* van een advies is, maar meer hoe effectief het daadwerkelijk *krijgen* van de interventie is. Dit neigt naar een vraagstelling betreffende de 'efficacy', terwijl de effectiviteit van het voorschrijven het belangrijkste is voor de medicus practicus.

Nadeel van de eerste strategie is dat gebeurtenissen die niet rechtstreeks het gevolg zijn van de interventie, daar wél aan worden toegeschreven. Toch zal de analyse volgens het 'intention to treat'-principe in de huisartspraktijk meestal de voorkeur verdienen. Men moet zich echter altijd rekenschap geven van de consequenties die het opnemen of uitsluiten van bepaalde groepen zal hebben voor de analyse.

Alleen door de uitval zo klein moge-

lijk te houden, kan men het dilemma van de keuze tussen beide strategieën verzachten.

Het gerandomiseerde onderzoek als voorbeeld

Al eerder in deze artikelenserie is er op gewezen dat een ideale, gerandomiseerde opzet lang niet altijd haalbaar is. Het is dan de kunst om het ideaal op de relevante onderdelen zo dicht mogelijk te benaderen. Daarbij valt te denken aan:

- het kiezen van groepen die zoveel mogelijk door toeval zijn samengesteld, bijvoorbeeld huisartsen die zonder speciale redenen nu eenmaal routinematig de ene of de andere therapie toepassen; essentieel daarbij is dat de keuze voor een bepaalde therapie niet gebaseerd is op motieven die gerelateerd zijn aan de onderzoeksuitkomst;
- het 'blinderen' van de observatoren, bijvoorbeeld door de observatie te laten verrichten door een onderzoeker die de gegeven behandeling niet kent, of door het effect te meten met behulp van schriftelijke vragenlijsten;
- het vooraf meten van zoveel mogelijk relevante storende factoren; in de analyse kan daarmee dan rekening worden gehouden.

Beschouwing

Onze kennis over de effectiviteit van interventies is nog voornamelijk afkomstig uit onderzoek in 'specialistische' patiëntenpopulaties. De geldigheid van de resultaten van dat onderzoek voor de patiëntenpopulatie van de huisarts is niet vanzelfsprekend. Om goede gegevens te krijgen over de effectiviteit van interventies door de huisarts moet onderzoek in de huisartspraktijk worden uitgevoerd, met alle mogelijkheden en beperkingen vandien.

Men kan zich in dit kader afvragen of er sprake is van een voor de huisartsgeneeskunde specifieke onderzoeksmethodologie met betrekking tot effectiviteitsonderzoek. De volgende interpretatie lijkt ons het vruchtbaarst: er zijn algemene, mede op theoretische gronden aanvaarde principes, die in de praktijk hun waarde hebben bewezen. Voor de huisartsgeneeskunde is het evenwel nodig bepaalde aspecten te benadrukken, nader te ontwikkelen of toe te voegen, op basis van de eigen taakvervulling en ervaring.

Behalve de patiëntenpopulatie vallen als belangrijke verschillen met het (poli)klinisch onderzoek te noemen:

– het feit dat de huisarts vaak naar aanleiding van een klacht een behandeling instelt, en lang niet altijd naar aanleiding van een (definitieve) diagnose;
– de meer subjectieve effectparameters in de huisartspraktijk, waardoor blindering van de onderzoekers van belang is.

Wat betreft de evaluatie van adviezen – die zo veelvuldig worden gegeven in de huisartspraktijk – kunnen methodologisch-wetenschappelijke en ethische aspecten met elkaar conflicteren. Een discussie over de regeling van het *informed consentis* in dit verband gewenst.

Het is voor de kwaliteit van de eerste lijns gezondheidszorg van groot belang dat de effectiviteit van deze zorg grondig wordt geëvalueerd. Huisartsen kunnen daaraan een bijdrage leveren, zo nodig via 'multicentered trials'. De in deze serie besproken interventiestudies zijn daar blijken van.

- ¹ Knottnerus JA, De Vet HCA. Effectiviteitsonderzoek in de huisartspraktijk. 2. Gecontroleerd interventie-onderzoek op basis van randomisatie. Huisarts Wet 1987; 30: 72-5.
- ² Feinstein AR. The role of observational studies in the evaluation of therapy. Stat Med 1984; 3: 341-5.
- ³ Feinstein AR. Clinical epidemiology. The architecture of clinical research. Philadelphia: Saunders, 1985.
- ⁴ Sturmans F. Epidemiologie. Theorie, methoden en toepassingen. 2e dr. Nijmegen: Dekker en Van de Vegt, 1984.
- ⁵ Wulff HR. Rational diagnosis and treatment. Oxford: Blackwell, 1976.
- ⁶ Sackett FL, Haynes RB, Tugwell P. Clinical epidemiology. A basic science for clinical medicine. Boston, Ma.: Little, Brown & Co, 1985.
- ⁷ Peto R, Pike MC, Armitage P, et al. Design and analysis of randomised clinical trials requiring prolonged observation of each patient. Br J Cancer 1976; 34: 585-612; Br J Cancer 1977; 35: 1-39.
- ⁸ De Haan M, Weisz F. Wratten in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1984; 27: 162-8.
- ⁹ Bass MJ, Donner A, McWhinney IR. Effectiveness of the family physician in hypertension screening and management. Can Fam Physician 1982; 28: 255-8.
- ¹⁰ Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. 'Multiple Risk Factor Intervention Trial'. JAMA 1982; 248: 1465-77.
- ¹¹ Schinder L. Placebo und Placebo-Effekte in Klinik und Forschung. Arzneimittelforsch 1967; 17: 892-918.
- ¹² Sackett DL, Gent M. Controversy in counting and attributing event in clinical trials. New Engl J Med 1979; 301: 1410-2.

NHG-congressen 1988 en 1989

Het Bestuur van het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft de thema's vastgesteld voor de wetenschappelijke congressen in 1988 en 1989. In 1988 zal het congres gaan over 'Huisarts en somatiek – huisartsensomatiek'; het congres van 1989 heeft als thema 'Praktijk en management'. Beide thema's zullen worden uitgewerkt tegen de achtergrond van de ontwikkeling van standaarden voor het huisartsgeneeskundig handelen en kwaliteitsbe-waking.

Huisarts en somatiek – huisartsensomatiek

Huisartsen hebben uiteraard veel te maken met somatische aandoeningen die andere artsen ook niet onbekend zijn. Voor een deel benaderen huisartsen deze aandoeningen min of meer op dezelfde wijze als specialisten. Voor een deel gebeurt dat echter anders: op een typisch huisartsgeneeskundige wijze. Dit heeft te maken met de verschijningsvorm van deze aandoeningen in de huisartspraktijk en met de hulpverleningssituatie van de huisarts.

Daarnaast hebben huisartsen ook vaak te maken met somatische aandoeningen die voor specialisten eigenlijk rariteiten zijn: de typisch huisartsgeneeskundige aandoeningen.

Het congres beoogt aandacht te vragen voor de huisartsgeneeskundige benaderingswijze van somatische ziekten in het algemeen en bovendien voor de typisch huisartsgeneeskundige aandoeningen. Daarbij gaat het vooral om de resultaten van huisartsgeneeskundig onderzoek ter zake (of het ontbreken ervan). Eventueel kan een spiegeling ten opzichte van specialistische benaderingswijzen voor verdieping zorgen.

Praktijk en management

Huisartsen doen te veel oneigenlijke taken, veel kan worden overgelaten aan doktersassistenten, wijkverpleegkundigen en administratieve krachten. Deze voeren bepaalde taken bovendien beter uit dan artsen.

De kwaliteitsverhoging van het professioneel handelen van huisartsen en de uitvoering van nieuwe taken doen een groeiend appel op een goede praktijkorganisatie. Wat is echter een goede praktijkorganisatie en welke voorwaarden dienen hiervoor vervuld te zijn? Bovendien vraagt de automatisering van de registratie, die zijn intrede heeft gedaan in de huisartspraktijk, om een evaluatie.

Voor beide congressen zullen aparte voorbereidingscommissies worden samengesteld. Huisartsen die bereid zijn aan de werkzaamheden van een van beide commissies deel te nemen, worden uitdrukkelijk uitgenodigd hun belangstelling (schriftelijk) kenbaar te maken aan het NHG-bureau, Postbus 14006, 3508 SB Utrecht; telefoon 030 – 516 741.

Contactpersoon bij de voorbereidingen voor het congres in 1988 is Frans Meijman. Contactpersoon bij de voorbereidingen voor het congres van 1989 is Maarten van Campen.