

Oratio pro domo

Over de toekomst van huisartsgeneeskundig onderzoek, in het bijzonder aan de Vrije Universiteit

C. SPREEUWENBERG

Op 2 september van dit jaar organiseerde de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Vrije Universiteit een themadag wetenschappelijk onderzoek. Cor Spreeuwenberg hield bij die gelegenheid zijn afscheidsrede als hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de VU in verband met zijn benoeming tot hoofdredacteur van *Medisch Contact*. Op deze bladzijden een uitvoerige selectie uit zijn rede.

Landelijke ontwikkelingen

In 1981 concludeerde Fransje *Touw* dat de cognitieve, inhoudelijke aspecten van de huisartsgeneeskunde zich in een fase van theoretische onrijpheid bevonden. Ze pleitte voor een onderzoekbeleid door het nemen van maatregelen als:

- reeds in de basisopleiding tot arts studenten vertrouwd te maken met de basiskennis van wetenschappelijk onderzoek;
- voor geïnteresseerde huisartsen een vervolgopleiding te creëren tot wetenschappelijk onderzoeker;
- de onderzoeklijnen in de huisartsgeneeskunde te coördineren;
- de onderzoeklijnen van de instituten naar het veld herkenbaar te maken, omdat daar het huisartsgeneeskundig onderzoek zal moeten worden uitgevoerd;
- promotieonderzoeken van individuele huisartsen binnen de onderzoeklijnen van de instituten te brengen.¹

Ook de RAWB oordeelde in 1983 dat het wetenschappelijk onderzoek in de extramurale geneeskunde zwak ontwikkeld was. Gezien de korte periode dat huisartsgeneeskunde binnen de universiteit zijn plaats had, de aandacht die het onderwijs aanvankelijk vergde en de problemen die inherent zijn aan multi-interdisciplinair onderzoek, was dit ook niet geheel verwonderlijk.

Gelukkig heeft men binnen huisartsgeneeskunde zijn energie niet verspild aan het bedenken van allerlei ex-

cuses, maar wordt er serieus gepoogd om de kwaliteit van het onderzoek te verhogen, het onderzoek te coördineren en – rekening houdend met ieders traditie en facultaire situatie – tot taakverdeling te komen. Belangrijke ontwikkelingen die zich de laatste jaren hebben voorgedaan zijn bijvoorbeeld:

- Tot stand komen van onderzoeklijnen. Verschillende huisartseninstituten hebben een duidelijke lijn voor hun onderzoek gekozen, zodat er expertise voor de verschillende types onderzoek is ontstaan. Voorbeelden hiervan zijn het NUHI met zijn lijn 'Preventie van somatische fixatie' en het onderzoeken van vier basisvaardigheden voor het functioneren als huisarts, en het intelligente en produktieve gebruik dat onze geografisch meest nabije vakgroep maakt van registratiegegevens van huisartsen.

- Opname in de voorwaardelijke financiering. De twee genoemde instituten hebben met deze lijnen voorwaardelijke financiering weten te verwerven.

- Start met een opleiding tot huisarts-onderzoeker. Onder supervisie van ZWO is er een opleiding tot huisarts-onderzoeker tot stand gekomen waarvoor alle acht huisartsinstituten een plaats hebben weten te verwerven; daarnaast heeft men in Maastricht een eenjarige opleiding gegeven en heeft onze faculteit huisartsen in staat gesteld om een cursus te volgen over de principes van interventie-onderzoek.

- Erkenning van de werkgemeenschap huisartsgeneeskunde. Na een premature poging om binnen het voormalige Fungo erkenning van de werkgemeenschap huisartsgeneeskunde te verkrijgen zal een dezer dagen een geschaakt pakket onderzoekprojecten aan Medigon worden aangeboden.

- Externe stimulering van het extramurale onderzoek. De gerucht makende poging van het Ministerie van O&W om aan de Rijksuniversiteit Limburg en de VU de extramuraal georiënteerde disciplines te stimuleren, heeft in ieder geval geleid tot de al genoemde opleiding in Maastricht en een aantal belangwekkende onderzoekprojecten. Men is erin

geslaagd een enthousiaste, kundige en ambitieuze groep te creëren waarvan de komende jaren veel verwacht kan worden. Aan deze Universiteit is het Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek opgericht, dat onder leiding van professor Miettinen interventie-onderzoek wil doen ten einde bij te dragen tot de ontwikkeling van handelingsstrategieën voor onder meer huisartsen.

Al met al is er een gezamenlijk onderzoekbeleid in gang gezet. Er wordt duidelijk gepoogd om door een samenwerking tussen IOH en NHG de onderzoekactiviteiten van de verschillende instituten en van in onderzoek geïnteresseerde huisartsen op elkaar af te stemmen. Een voorbeeld hiervan zijn de referatendagen die gezamenlijk georganiseerd worden.

Wat beogen huisartsen met onderzoek?

Een belangrijke vraag is wat onderzoekers met hun onderzoek beogen. Uit de gebiedsomschrijving huisartsgeneeskunde bij de erkenningsaanvraag van de werkgemeenschap Huisartsgeneeskunde blijkt dat het onderzoek zich richt op:

- aanbod van gezondheidsproblemen aan de huisarts; dat wil zeggen verwerken van inzicht in het voorkomen en de spreiding van klachten en ziekten in de huisartspraktijk en in de determinante hiervan. Dit onderzoek onderschrijft het multidisciplinaire karakter van het onderzoeksterrein;

- huisartsgeneeskundig handelen in relatie tot het aanbod van gezondheidsproblemen; dat wil zeggen het verloop van klachten en ziekten over langere tijd en de effecten van diagnostische en therapeutische interventies;

- huisartsgeneeskundig handelen in relatie tot vroegdiagnostiek; dat wil zeggen onderzoek naar uitvoerbaarheid, effectiviteit en efficiëntie van het opsporen van risicofactoren en aandoeningen bij individuen behorend tot een huisartspraktijk;

- functioneren van de huisarts in de huisarts-patiënt relatie; dat wil zeggen onderzoek naar de invloed van aan de persoon van de huisarts gebonden factoren op de kwaliteit van de hulpverlening;

- samenwerking tussen huisarts en andere hulpverleners in eerste en tweede lijn en tussen huisartsen onderling met betrekking tot de kwaliteit van de verleende zorg; dat wil zeggen onderzoek naar de samenhang tussen verschillende samenwerkingsvormen en de verleende zorg voor patiënten.

Correspondentie: Dr. C. Spreeuwenberg, Domus Medica, Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht.

In deze gebiedsomschrijving komt naar voren dat huisartsgeneeskundig onderzoek gerelateerd is aan problemen waarin de huisarts in zijn dagelijks functioneren te maken heeft. Hiermee is nog eenszins helder gemaakt waarop het onderzoek zich richt. Over het ideaaltypische dagelijks functioneren bestaan uiteenlopende opvattingen. De verschillende problemen waarop huisartsen in de praktijk stuiten, kunnen vanuit diverse optieken bestudeerd worden.

Men kan dit fraai gedemonstreerd zien als men let op de wijze waarop de thematiek en methodiek van het huisartsgeneeskundig onderzoek veranderingen in de opvattingen van de huisartsgeneeskundige elite over de praktijk hebben gevolgd. Werd er in de zeventiger jaren vooral aandacht geschonken aan de emotionele en relationele aspecten verbonden aan het functioneren als huisarts, in de tachtiger jaren kwamen de medisch-inhoudelijke en besliskundige aspecten in de belangstelling. In een kort tijdsbestek werd door Huygen, Van Es, De Melker, Lamberts, Mulder en ook mijzelf gepleit voor bevordering van de medische deskundigheid van de huisarts en gewaarschuwd tegen een grote afstand tussen de specialistische geneeskunde en de huisartsgeneeskunde.

Gedragwetenschappers

Tot kort geleden bepaalden gedragwetenschappers – omdat ze vaak als enigen full-time op het instituut aanwezig waren en omdat ze meer getraind waren in wetenschappelijke onderzoeksmethoden – het gezicht van onderwijs en onderzoek. Thans is het aantal huisartsen verhoudingsgewijs sterk toegenomen. De thematiek richt zich veel meer op somatische onderwerpen.

Het onlangs gereedgekomen register van in *Huisarts en Wetenschap* opgenomen artikelen laat zien dat in 1981-1985 in minder geschreven werd over arts-patiënt relatie, gezinsgeneeskunde, psychosociale hulpverlening en samenwerking – vooral ook in de eerste lijn – dan in 1976-1980, en meer over diagnostisch proces, besliskunde, protocollaire hulpverlening, kwaliteit van zorg en toetsing.²

Van de gedragwetenschappers hebben sommigen een andere baan gezocht en anderen zich als goede verstanders van de tijdgeest geheroriënteerd op wat populairdere onderwerpen zoals besliskunde. Deze ontwikkeling wordt overigens met verbazing, onbegrip en zorg

gevolgd door de bij het onderwijs betrokken collegae die werkelijk in de dagelijkse praktijk staan en net met vallen en opstaan de vruchten van de onderwijskundige bijdrage van deze gedragswetenschappers begonnen te plukken of zich in de publikaties over onderzoek van gedragswetenschappers als Van Eijk en Touw-Otten hebben verdiept.

Persoonlijke visie

In mijn oratie heb ik uiteengezet waarom het zo belangrijk is dat de huisarts zich als medisch-deskundige opstelt.³ In die zin ben ik gelukkig met een aantal ontwikkelingen in de praktijk van het huisartsgeneeskundig denken en handelen en op onderzoekgebied, zoals het huidige beleid over standaarden. Gelijktijdig echter heb ik in diezelfde oratie – voordat ik ook maar enige ontwikkeling in die richting kon voorzien – gezegd dat het bijzonder jammer zou zijn als huisartsgeneeskundig onderzoek zich beperkt tot klinisch-epidemiologisch of interventie-onderzoek.

Dat heeft direct te maken met het materiële object van de huisartsgeneeskunde, dat een integrerend breedte-specialisme betreft. Voor het vak van huisarts is het in mijn ogen essentieel dat aandacht wordt gegeven aan preventie, voorgeschiedenis, levensloop, wisselwerking tussen somatische en niet-somatische factoren, de context van de patiënt en de eigen rol van de huisarts. Daarom dienen deze essentialia in het huisartsgeneeskundig onderzoek tot uiting te komen. Ik zeg niet dat dit in elk project het geval moet zijn, maar het totale onderzoekpakket moet daarvan blijik geven. Het maakt de huisartsgeneeskunde ook sterker als ze er duidelijk voor uit wil komen, waarvoor ze wil staan.

Het is een goede zaak dat er meer huisartsen onderzoek doen. Het is echter in mijn ogen een misvatting als huisartsen menen nu helemaal zonder de inbreng van gedragswetenschappers verder te kunnen.

Faculteit

In het huidige beleid van de faculteiten worden samenwerkingsverbanden van klinische en basiswetenschappen, concentratie op een enkele onderzoeklijn en diepgaande specialisatie gestimuleerd. Het gevaar ontstaat dat vakgroepen huisartsgeneeskunde, door zich aan te sluiten bij sterke vakgroepen in een faculteit zich gaan concentreren op kli-

nisch onderzoek van een type dat voorheen in het ziekenhuis gebeurde. Als het hierbij blijft, zal het onderzoek slechts beperkte betekenis hebben.

Ik denk dat het heel verstandig is als een vakgroep huisartsgeneeskunde zich bij een facultair zwaartepunt aansluit, als de huisartsgeneeskundige dimensie daarbij maar niet uit het oog wordt verloren. Dit betekent dat een vakgroep zich zal moeten bezighouden met de vraag welk huisartsgeneeskundig aspect zij tot haar centraal thema wil maken en welk theoretisch model haar daarbij voor ogen staat.

Vervolgens kan het onderzoekprogramma worden vastgesteld op min of meer pragmatische gronden als aanwezige deskundigheid, ervaring en belangstelling in de eigen groep, toegankelijkheid van financiële middelen en de facultaire situatie. Wat dit laatste betreft gaat het om de vraag wat de wetenschappelijke en inhoudelijke bijdrage voor de huisartsgeneeskunde kan zijn van de huisartsgeneeskundige basisvakken als de algemene klinische vakken, gedragswetenschappen, medische informatica, epidemiologie en sociale geneeskunde.

De bijdrage vanuit de huisartsgeneeskunde kan derhalve tweeledig zijn: enerzijds medische kennis over relevante klinische onderwerpen vergaren en anderzijds door aanvullend onderzoek binnen deze deelprojecten bijdragen tot de opbouw van een eigen huisartsgeneeskundige theorie, bijvoorbeeld over de samenhang tussen aandoeningen en die somatische, psychische, sociale en levenslooffactoren waarop een huisarts zicht kan hebben en die mogelijkheden in zich hebben beïnvloedbaar te zijn. Voor ons instituut kan men bijvoorbeeld denken aan een huisartsgeneeskundig model over chronische ziekten, dat vervolgens wordt bestudeerd in deelprojecten als CARA, diabetes mellitus, hypertensie, dementie en zelfs ook vaginosis.

Het kan zeer nuttig zijn als een groep zich gedurende enige tijd op een deelprobleem richt of dat individuen dat permanent doen als men zich maar tot taak stelt uiteindelijk de verschillende elementen te verbinden om tot een samenhangend beeld te komen. Want dat is voor het breedte-specialisme huisartsgeneeskunde noodzakelijk.

De situatie aan de VU

Voordat ik werd aangesteld aan de VU, hebben we binnen de vakgroep al eens globaal gesproken over het idee de ont-

wikkeling van klachten tot ziekten in verschillende stadia als centraal onderzoekthema te nemen. Voor een onderzoekmodel waren bepaalde elementen reeds binnen de vakgroep ontwikkeld, zoals het begrip gezondheidsbeeld. Dit zou verder moeten worden uitgewerkt. Bestudeerd zouden worden de klachten en vroege symptomen die uiteindelijk tot CARA, diabetes mellitus en mischien depressie leiden. Als we ons een goed beeld gevormd hadden van wat we wilden, kon met andere vakgroepen contact worden opgenomen.

Dit betekende wel dat de oude onderzoeklijnen van de vakgroep omgebogen moesten worden – een proces waarvan ik tevoren wist dat dit pijn zou opleveren en dat behoedzaam zou moeten worden gestuurd.

U weet dat het anders is gelopen.

Het is bijzonder jammer dat het faculteit en vakgroep destijds niet gelukt is gezamenlijk de bestaande problemen te inventariseren en te pogen het eens te worden over de doelstellingen en fase-ring. Hierdoor hadden een aantal problemen rondom de researchpraktijken, informatisering en de oprichting van het Facultair Centrum voor Extramuraal Onderzoek wellicht voorkomen kunnen worden.

Facultair Centrum voor Extramuraal Onderzoek

Elzinga heeft vorig jaar in *Medisch Contact* de plannen voor het vormen van dit Centrum toegelicht. Hij gaf aan dat er voor is gekozen om het onderzoek te limiteren tot een wetenschapsbeoefening waarvan de resultaten direct in de extramurale geneeskunde hun toepassing vinden en wel op onderzoek naar de effecten van interventies. Voor deze keuze noemde hij argumenten als:

- er is behoefte aan protocollen en om deze op te kunnen stellen zijn eerst interventiestudies noodzakelijk;
 - de resultaten van interventiestudies zijn in grote mate generaliseerbaar en daarmee wetenschappelijk van aard;
 - interventie-onderzoek is aantrekkelijk voor potentiële subsidiegevers.⁵
- Om dit onderzoek te verrichten, is het EMGO opgericht. Dit coördineert het extramuraal onderzoek en biedt vakgroepen en andere onderzoekgroepen de mogelijkheid onderzoekplannen te ontwikkelen, voor de nodige scholing zorg te dragen en ondersteunende faciliteiten te bieden.

De oprichting van het EMGO had grote implicaties voor de vakgroep huis-

artsgeneeskunde. Een accent op de ontwikkeling van klachten tot aandoeningen past bijvoorbeeld slecht bij interventie-onderzoek. De vraag was daarom of de visie van het EMGO en de vakgroep op elkaar afgestemd konden worden.

Geneeskundig handelen en wetenschappelijk onderzoek

De huidige directeur van het EMGO, collega *Miettinen*, heeft zijn oratie onder meer gewijd aan het belang van interventiestudies en aan de verhouding tussen geneeskundige praktijk en het wetenschappelijk onderzoek. Miettinen zet twee sets van twee beweringen tegenover elkaar: 'every patient represents a unique challenge of care' en 'the patient's own 'doctor' knows best how to deal this challenge' versus 'medical clients represent recurring, familiar types of problem for care' en 'medical clients should receive the same or equivalent – normative – care for the same problem, given similar circumstances'.⁶

Miettinen stelt dat de medische faculteiten, inclusief hun onderzoekactiviteiten, beheerst worden door de hardnekkige denkbeelden dat iedere patiënt een unieke vorm van zorg behoeft en dat de eigen dokter van de patiënt het beste kan weten hoe hij aan de behoeften tegemoet komt. Dit leidt tot aanzienlijke vrijblijvendheid. Hij verwacht dat de wetenschap een veel vruchtbaardere bijdrage aan de praktijk kan leveren als ervan wordt uitgegaan dat de problemen van mensen in de gezondheidszorg zich herhalen en een vertrouwd patroon volgen en dat patiënten, als er verder overeenkomstige omstandigheden zijn, voor hetzelfde probleem dezelfde behandeling aangeboden behoren te krijgen.

Het probleem is dat voor beide uitgangspunten wel iets te zeggen is. Natuurlijk is de patiënt uniek. Het is echter de vraag in hoeverre deze erkenning een vruchtbaar uitgangspunt voor het medisch handelen oplevert. We kennen een romantische opvatting waarin de uniciteit van de patiënt centraal wordt gesteld en men meent een geheel op de persoon van de patiënt afgestemde behandeling te kunnen geven. Daarnaast kennen we realisten, die in hun werk heel duidelijk wetenschappelijke kennis en principes toepassen, maar zich er gelijktijdig van bewust zijn dat er meer nodig is om ook een goede dokter te zijn. Tenslotte is er een technocratische opvatting waarin men meent dat dok-

ters hun werk pas optimaal doen als zij algoritmen toepassen.

Afgezien van het praktische bezwaar dat veel artsen heuristisch te werk gaan en dat in het geheel niet is aangetoond dat zij daarmee minder efficiënt en effectief werken dan volgens een strikte beslisboom, kunnen er ook theoretische bezwaren aangevoerd worden. Veel hangt immers af van de interpretatie van Miettinen's toevoeging 'given similar circumstances'. Als men in interventie-onderzoek al serieus met *confounders* omgaat, altijd zullen deze een zeker globaal niveau betreffen. Uitspraken op grond van enig onderzoek, dus ook interventie-onderzoek, hebben altijd betrekking op een hoger aggregatieniveau, dus op populaties. Een gerandomiseerde *clinical trial* is juist een experiment waarin ervan wordt uitgegaan dat de groepen zodanig gelijk zijn dat de verschil tussen beide groepen gecreëerd en vervolgens op zijn effect bestudeerd kan worden. Juist omdat men weet dat er zich binnen de twee groepen allerlei individuele verschillen zullen voordoen, moet de groep een bepaalde grootte hebben.

Onduidelijk is welke implicaties onderzoekresultaten volgens Miettinen behoren te hebben voor de dagelijkse praktijk. Bevinding van een interventie-onderzoek zijn belangrijk maar of het resultaat de handelwijze ten opzichte van een concrete patiënt moet bepalen, blijft afhankelijk van individuele factoren. Ook normering van het medisch handelen door 'Diagnostically Related Groupings' vindt altijd plaats op populatieniveau. Het feit dat men voor een heel ziekenhuis gedurende een tijdperk kijkt naar bijvoorbeeld de gemiddelde opnameduur van patiënten die worden geopereerd aan appendicitis acuta, betekent niet dat een individuele patiënt, ondanks een complicatie, het ziekenhuis zou moeten verlaten.

Een arts kan onderzoekresultaten nooit klakkeloos op een individu toepassen. Als de medische praktijk immers zulke af te bakenen situaties en rationele beslissingen betref, zou dit in een laboratoriumsituatie te leren moeten zijn. Hierover heeft *Van der Meer* al in zijn oratio gezegd dat een verplichte stage in een pianofabriek en studie van de toonpsychologie of kennis van de fysica niet garanderen dat iemand later een goede pianist wordt. Daarom pleit hij ervoor het zwaartepunt van de medische opleiding in de spreekkamer en aan het ziekbed te leggen.⁷

Achtergrondfactoren en interventie-onderzoek

Als men terwille van een wetenschappelijke basis voor de praktijkvoering bereid is Miettinen te volgen – en dat ben ik, ondanks een zekere scepsis over de uiteindelijke potentie van protocollen – wordt het wel erg belangrijk tevoren te bepalen met welke reducties men in het onderzoek verantwoord genoeg kan nemen.

Huisartsen kunnen aan interventie-onderzoek meedoen als zij tevoren enig zicht hebben op de factoren die bepalend zijn voor de beslissingssituatie en als er in het onderzoek met deze factoren rekening wordt gehouden. Praktisch staan we voor het probleem dat we van weinig aandoeningen op huisartsniveau weten welke de invloed van allerlei achtergrondgegevens is. In feite merken we dit ook thans bij de voorbereiding van interventie-onderzoek op gebieden als diabetes mellitus en CARA. Voor we effecten van bloedsuikerverlaging op neuropsychologische functies of neuropathie willen meten, moeten we eerst meer inzicht hebben in de relatie van duur en ernst van de ontregeling van de ouderdomsdiabeet en de te bestuderen effecten.

Problemen bij interventie-onderzoek

Voor welke problemen men bij interventie-onderzoek komt te staan, kan geïllustreerd worden aan de hand van het volgende voorbeeld. Een wetenschappelijk en praktisch relevante vraag is of koorts schadelijk is. Bekend is dat leken en artsen bij vele koortsende ziekten medicijnen geven. De vraag is of dit noodzakelijk is en of men door koortsbestrijding juist niet de defensieve krachten van het lichaam uitschakelt.

Aan een medewerker werd gevraagd te bekijken wat de mogelijkheden waren voor een met dit probleem verband houdende interventie-studie. Hij kreeg als leidraad een Canadees protocol waarbij kinderen die een kinderartspraktijk bezochten wegens een koortsende ziekte en aan bepaalde insluitingscriteria voldeden, na verkregen consent werden gerandomiseerd en een antipyreticum – paracetamol – of een placebo kregen. Het effect zou beoordeeld worden aan parameters als ziekte-duur, complicaties, enzovoort.

Bij de bespreking werden de volgende problemen geïdentificeerd:

- Als het theoretisch concept alleen

gaat over koorts en koortsbestrijding, is het wel problematisch dat paracetamol tevens een analgetische werking heeft; veel koortsende ziekten bij kinderen zijn nogal triviaal. Een beter welbevinden en een eerder herstel kunnen zeer wel op de pijnstilling berusten.

- In het Canadese voorstel werden kinderen met een waarschijnlijk bacteriële infectie van het onderzoek uitgesloten. Houdt dit niet een ondermijning van het eigen uitgangspunt in?

- Het onderzoek heeft ten doel de geneeskundige praktijk eventueel te veranderen. Het werd door huisartsen dan wel belangrijk geacht te weten waarom mensen paracetamol geven: tegen de koorts, tegen pijn, uit ongerustheid? Er waren eerst meer gegevens nodig.

- Patiënten zouden over het doel van het onderzoek worden geïnformeerd. Als de temperatuur van het kind snel zou dalen, kan een ouder al snel vermoeden dat het kind paracetamol heeft gehad. Dit kan allerlei repercussies hebben voor de te meten effecten. De vraag kan dus gesteld worden of informed consent hier niet een fuik is, waardoor het onderzoek onmogelijk wordt; een probleem waaraan *Knottnerus* een stelling in zijn proefschrift heeft gewijd.⁸

- Een vraag was hoe lang tabletten gegeven moesten worden en of dit in een schema van bijvoorbeeld viermaal per dag zou moeten gebeuren. In de praktijk zijn koortsende ziekten bij kinderen *self-limiting*, gaan ze snel over en worden slechts enkele tabletten gegeven. Wat is in zo'n geval dan een reële interventie?

- Een andere vraag was hoeveel kinderen in het onderzoek zouden moeten worden opgenomen om betekenisvolle verschillen te kunnen constateren als zich zo weinig complicaties voordoen.

- Een praktisch probleem lag in het verschil in gezondheidszorgsysteem. Koortsende ziekten komen vaak voor in een avond- of weekenddienst. In Canada worden de kinderen met koorts naar een centrum met een kinderarts gebracht. In Nederland wordt er frequent om een visite gevraagd. Is het reëel van de huisarts tijdens een dienst en bij een visite te vragen om mee te doen aan een interventiestudie en zoveel aandacht te geven aan de voor een goede uitvoering noodzakelijke voorlichting en instructie? Zal dat de kwaliteit van het onderzoek niet negatief beïnvloeden?

U ziet op wat voor problemen men bij zo'n ogenschijnlijk simpele vraag stuit. De voorlopige conclusie luidde dat het onderzoek in zijn aanvankelijk voorge-

stelde vorm niet uitgevoerd moest worden. Thans wordt geprobeerd een design te maken waarin de effecten van verschillende handelingsstrategieën van de huisarts op termijn op het gedrag van ouders worden nagegaan.

Met een zekere spanning wacht ik af of het zal lukken grote groepen perifere huisartsen daadwerkelijk bij het onderzoek te betrekken. Dit zeg ik niet alleen vanuit mijn huidige positie als vertrekkend hoogleraar, maar ook als huisarts in een van de twee door de VU van automatiseringsapparatuur voorziene praktijken. Veel zal afhangen van:

- de vraag of de mogelijke interventie door huisartsen geïdentificeerd wordt als een relevant probleem;
- het realiteitsgehalte van de interventie;
- de werkzaamheden die van de huisarts worden verwacht;
- de steun die huisartsen krijgen om volgens het onderzoeksprotocol te werken;
- de motivatie van de onderzoekers;
- de materiële en immateriële vergoeding aan de huisartsen;
- de eigen inbreng van de huisartsen in het onderzoeksvorstel;
- de samenwerking die men tussen universiteit en huisartsen tot stand kan brengen.

Ik denk dat het verstandig is, naast de twee nu al gelieerde praktijken, actieve regio's te committeren. Als de participatie van perifere huisartsen lukt, is belangrijke winst bereikt.

¹ Touw-Otten FWMM. Wetenschapsbeoefening en huisartsgeneeskunde. [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1981.

² Meijman FJ. Huisarts en Wetenschap. Register 1972-1986. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1987.

³ Spreeuwenberg C. Met het oog op de huisarts [Inaugurale rede]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1983.

⁴ Anoniem. Onderzoekprogramma vakgroep huisartsgeneeskunde, maart 1984. Amsterdam: Huisartseninstituut VU, 1984.

⁵ Elzinga G. Extramuraal geneeskundig onderzoek aan de Vrije Universiteit. Med Contact 1986; 41: 229-32.

⁶ Miettinen OS. Theory of medicine: at the core of post-Flexnerian education in medicine? [Inaugurale rede]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1987.

⁷ Van der Meer J. 'Maar laten wij onze tuin bewerken'. Problemen van de klinische geneeskunde [Inaugurale rede]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1977.

⁸ Knottnerus JA. Interpretatie van diagnostische gegevens [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1986.