

# Dialectiek van het onderzoek in de huisartsgeneeskunde

J. A. KNOTTNERUS

---

Op 29 september 1988 heeft André Knottnerus het ambt van gewoon hoogleraar in de huisartsgeneeskunde aan de Rijksuniversiteit Limburg aanvaard met het uitspreken van een rede onder de titel 'Dialectiek van het onderzoek in de huisartsgeneeskunde'. In de hier gepresenteerde versie ontbreken enkele passages die voor de lezers van *Huisarts en Wetenschap* mogelijk minder interessant zijn; voor het overige is de tekst ongewijzigd overgenomen.

---

## Inleiding

In Nederland wordt 85 tot 90 procent van alle aan de gezondheidszorg aangeboden problemen geheel binnen de huisartspraktijk afgehandeld, en daarbij worden alle deelgebieden bestreken. Elke poging om in deze rede het vakgebied huisartsgeneeskunde te schetsen, is dan ook bij voorbaat tot mislukken gedoemd. Wel zijn met dit cijfer het eminente belang en de reikwijdte van het vak direct aangegeven, evenals twee centrale, elkaar aanvullende elementen van het huisartsgeneeskundig handelen:

- het generalisme, op grond waarvan het leeuwedeel van de problemen kan worden herkend en waar nodig behandeld;
- de zeefunctie, in het kader waarvan verantwoorde beslissingen moeten worden genomen over het al dan niet verwijzen van patiënten en over de aard van een eventuele verwijzing.

Gezien het in principe onbegrensde geneeskundige blikveld en de daaraan verbonden professionele verantwoordelijkheden, is het ontwikkelen, uitvoeren en naar de praktijk terugvertalen van wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde verre van eenvoudig. Om dezelfde redenen is deze onderneming ook uitermate boeiend en relevant.

In deze constatering liggen de nodige spanningsvelden besloten, die inherent zijn aan de huisartsgeneeskundige wetenschap. Er dienen afwegingen plaats te vinden, die men kan zien als onderdeel van een productief, dialectiek

tisch proces. De permanente opgave daarbij is het oplossen van innerlijke tegenstellingen in een eenheid van hogere orde. Omdat het bij een gelegenheid als deze passender is de toevoerder een blik te gunnen in onze wetenschappelijke keuken dan hem onze produkten aan te prijzen, wil ik u deelgenoot maken van enkele van deze spanningsvelden en afwegingen. Aan de orde zullen komen:

- de verhouding tussen het terugdringen van medicalisering en het verrichten van medische research in de huisartspraktijk;
- het spanningsveld tussen de integrale benadering van de huisarts en de gereduceerde optiek van de onderzoeker;
- de competitie tussen de relevantie en de onderzoekbaarheid van onderzoeksvragen;
- de relatie tussen het huisartsgeneeskundig ambacht en het onderzoek;
- diverse methodologische vraagstukken.

Vervolgens zal ik aandacht besteden aan de inbedding van het huisartsgeneeskundig onderzoek in de regio, de kring van medische disciplines en het wetenschappelijk beoordelingscircuit. Ik zal eindigen met een korte beoordeling van recente regeringsvoornemens die het functioneren van de huisarts raken.

## Medisch onderzoek versus medicalisering

Na de tweede wereldoorlog gingen huisartsen beseffen, dat er voor hen een specifiek werk- en ontwikkelingsgebied<sup>2</sup> bestond: het realiseren van een 'continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hen toevertrouwende individuele mensen en gezinnen'.<sup>3</sup> Er volgde een inhaalmanoeuvre waarbij vooral aandacht werd besteed aan de gedragswetenschappelijke kanten van het vak en – daarmee verbonden – de interdisciplinaire samenwerking in de eerste lijn. Bij het exploreren van deze achtergebleven gebieden door middel van onderzoek

vervulden gedragswetenschappers vanzelfsprekend een richtinggevende rol en werden door hen fundamentele bijdragen geleverd. Wat hierdoor in de jaren zeventig werd bereikt, kan men zonder meer een hoogtepunt noemen in de geschiedenis van de huisartsgeneeskunde.<sup>4-8</sup> Hiermee werd ook ingehaakt op het destijds heftige debat over de medicalisering van hulpverlening en samenleving, en de risico's van een eenzijdig somatische benadering van gezondheidsproblemen.<sup>9-10</sup>

Terwijl de gedragswetenschappen terecht een belangrijke rol zijn blijven spelen in de huisartsgeneeskunde, werd – mede onder invloed van epidemiologische inzichten – steeds duidelijker dat ook het *medisch* ambacht van de huisarts speciale aandacht verdient. De in medische leerboeken en klinische lessen vervatte kennis is vooral afkomstig uit de tweede lijn, waar men nu eenmaal gemakkelijker over onderzoeksmogelijkheden kan beschikken en waar door de jaren heen een sterkere wetenschappelijke traditie is opgebouwd. Door selectiemechanismen (de huisarts verwijst alleen in bepaalde gevallen) en door het feit dat ziekteprocessen in het algemeen vóór verwijzing minder ver zijn voortschreden (er wordt meestal pas verwezen als er een duidelijke reden voor is), heeft het vak van de huisarts echter een andere medische inhoud dan het vak van de specialist. Dit komt onder meer tot uiting in het patroon en beloop van de gepresenteerde morbiditeit, de waarde van diagnostische gegevens en de effectiviteit van behandelingen.<sup>11</sup>

Dit vraagt om een diepgaande exploratie van het geneeskundige werkveld van de huisarts, met als doel het beschikbaar komen van een op zijn situatie afgestemd pakket aan kennis en vaardigheden.<sup>16</sup> Daarmee wil niet gezegd zijn dat het medisch ambacht van de huisarts nog in het geheel niet is ontgonnen: onderzoek naar morbiditeitspatronen in de huisartsgeneeskunde vindt al plaats sinds de jaren zestig en ook aandoeningsgericht onderzoek in de huisartspraktijk is niet nieuw.<sup>6, 17, 19, 20</sup> Dat het medisch wetenschappelijk onderzoek in de eerste lijn in het licht van bovengenoemde inzichten een specifiek belang heeft, wordt echter pas vrij recent in ruime kring erkend.

Inmiddels wordt er regelmatig op gewezen dat de huisartsgeneeskunde via de hernieuwde aandacht voor medisch-ambachtelijke vraagstellingen dreigt terug te glijden naar de somatische eenzijdigheid van het pre-gedragswetenschappelijke

lijke tijdperk. Hiermee wordt de vrees geuit voor een medicalisering-nieuwstijl van de eerste lijn, te meer daar veelal een strak onderzoeksprotocol moet worden gevolgd waarbij van patiënten en artsen tijdelijk een extra inspanning wordt gevraagd.

Ik ben het met deze kritiek niet eens. De globale, beschouwende kritiek ten aanzien van medicalisering heeft haar nut én haar tijd gehad; in de dagelijkse praktijk heeft de huisarts nu behoefte aan een concreet houvast, een instrumentarium waarmee beter is vast te stellen waar medicalisering dreigt of aan de orde is en waar juist niet. Immers, voor verandering vatbare verschijningsvormen hiervan zijn anders moeilijk herkenbaar.

Indien aan dit probleem onvoldoende aandacht wordt besteed, krijgen we te maken met de 'medicus cynicus', die alleen uit een aantal improductieve uitwegen kan kiezen, zoals:

- de medicaliseringskritiek negeren en overgaan tot de orde van de dag;
- de kritiek aanvaarden en, verlicht maar inwendig geteisterd, toch maar overgaan tot de orde van de dag;
- de kritiek aanvaarden en vervallen tot medisch nihilisme, of zoeken naar goeroes of nieuwe vormen van niet geëvalueerd handelen.

Productieve oplossingen kunnen alleen worden gevonden via een nadere verdieping van het eigen vak, en het uitvoeren van research naar de effectiviteit van diagnostisch en therapeutisch handelen bij bepaalde gezondheidproblemen. Daarbij verdienen de mogelijkheden van innovaties de aandacht, bijvoorbeeld van technieken die minder invasief zijn en minder bijwerkingen en risico's met zich meebrengen. Aldus komt men meer te weten over de vraag welke handelingen waardevol zijn, en welke beter achterwege kunnen blijven. Het overleg met de patiënt zal dan beter gevoed worden door relevante medische kennis, en diens inbreng krijgt aldus een steviger ondergrond. Het spreekt vanzelf dat hierdoor de meerwaarde van de integrale benadering, de preventie van somatische fixatie<sup>8</sup> en de gedragswetenschappelijke inbreng alleen maar beter tot zijn recht komt. Het is niet toevallig dat de onderzoekslijn Preventie van Somatische Fixatie van onze Nijmeegse collega's steeds zo nauw verweven is geweest met de ontwikkeling van huisartsgeneeskundige protocollen, waarin obligate, facultatieve en overbodige handelingen worden onderscheiden.<sup>21</sup>

## Integraal versus gereduceerd

Een kenmerkend maar uiteindelijk vruchtbaar spanningsveld in huisartsgeneeskundig onderzoek wordt opgeroepen door de tegenstelling tussen enerzijds de principiële integrale benadering van de praktiserende huisarts en anderzijds de noodzakelijke beperking van het wetenschappelijk studieterrain en de reductie tot beantwoordbare vragenstellingen.

De huisarts ontmoet in zijn dagelijkse praktijk mensen met allerlei voor het zorgproces relevante individuele en vaak unieke kenmerken. Neem bijvoorbeeld de 65-jarige alleenwonende mevrouw A die alleen AOW heeft, niet al te veel van dokters en medicijnen moet hebben, en zich weleens afvraagt of het leven nog zin heeft. Bij haar wordt naar aanleiding van een griepje bij toeval een totaal onregelmatige pols ontdekt, die mogelijk al langere tijd bestaat. Moet zij nu medicijnen voorgeschreven krijgen en voortaan regelmatig worden gecontroleerd?

Terwijl de huisarts aldus te maken heeft met een totaalbeeld van één bepaalde casus, richt de onderzoeker zich op een bepaald aspect van een gezondheidsprobleem dat zich bij méér mensen voordoet: in dit geval gaat het hem bijvoorbeeld om de nog steeds klemmende vraag of – en zo ja, welke – medicamenteuze therapie gunstig is voor de prognose bij personen met asymptomatisch (non-valvulair) boezemfibrilleren. Voor de beantwoording van deze vraag is vergelijkend onderzoek nodig. De onderzoeker zou mevrouw A daarom willen vragen om hieraan deel te nemen, als één van de leden van een onderzoeksgroep. Indien zij daarin toestemt, zal eerst verdere diagnostiek plaatsvinden. Als daaruit blijkt dat zij voldoet aan bepaalde insluitcriteria, zal het lot vervolgens bepalen of ze een medicijn krijgt of een 'nepmiddel' (of in het geheel geen behandeling). Ze mag niet weten wat ze krijgt en ze moet haar tabletten gedurende langere tijd trouw slikken.<sup>22</sup>

Een ander voorbeeld: een huisarts zit met de vraag wat er aan de hand is met een patiënt met onverklaarde moeheidsklachten en duizeligheid, en overweegt een uitvoerig bloedonderzoek te doen. Hij leest inmiddels bij toeval in een vaktijdschrift, dat door een groep onderzoekers is vastgesteld dat dergelijke klachten over het algemeen weinig of geen samenhang vertonen met uitslagen van hematologische bepalingen en leverfunctietests.<sup>23 24</sup>

Hebben in deze gevallen de complexe probleemstelling van de huisarts en het gereduceerde blikveld van de onderzoeker nog wel met elkaar te maken?

Jazeker, alles, maar niet op een simpele, zeer rechtstreekse manier:

- De dialectiek die hier aan de orde wordt gesteld, is helder: enerzijds de in principe onbegrensde individu-gerichte diepgang zonder pretenties ten aanzien van algemene geldigheid, en anderzijds de reductie van de individuele waarneming met vergroting van de generaliseerbaarheid.

- Om te kunnen onderzoeken moet je gericht kijken, je brandpuntafstand instellen. Niet alle elementen kunnen tegelijk scherp worden waargenomen, laat staan zinvol worden verwerkt en geïnterpreteerd. Naar mijn mening wordt de werkelijkheid aanzienlijk minder geweld aangedaan als men vooraf beseft en duidelijk maakt dat slechts een beperkt aantal aspecten kan worden bestudeerd, dan wanneer men de illusie koestert en propageert dat men alles kan meten en weten. Gereduceerd maar intensief waarnemen, en bescheiden maar gefundeerd interpreteren is een betere bouwsteen voor het integrale werk van de huisarts dan een zogenaamd allesomvattend gegevensbestand, waaruit eerder goed bedoelde dan goed gestoelde conclusies zijn te destilleren.

- Vanzelfsprekend dient huisartsgeneeskundig onderzoek – in welke vorm dan ook gereduceerd – herkenbaar en vertaalbaar te blijven als element in het mozaïek van de practicus. Om het in de context van de genoemde voorbeelden te stellen: is het voor een rationele benadering, met afweging van de diverse opties, in het eerste geval niet een voorwaarde om kennis te bezitten over de effectiviteit en de bijwerkingen van de medicamenteuze behandelingsmogelijkheden van boezemfibrilleren? En, in het tweede geval, om inzicht te hebben in de diagnostische waarde en het te verwachten rendement van bepaalde bloedonderzoekingen? Is het niet nalatig hiernaar géén onderzoek te doen, of onderzoek dat – bijvoorbeeld door te veel ballast – niet de bedoelde helderheid schept?

## Relevantie versus onderzoekbaarheid

In navolging van Miettinen zou ik willen onderscheiden: de relevantie en de onderzoekbaarheid van een wetenschappelijke vraagstelling.<sup>25</sup> De relevantie is het belang van de beantwoording van de

vraagstelling, bijvoorbeeld voor de kwaliteit van de patiëntenzorg. De onderzoekbaarheid kent twee aspecten: de validiteit en de efficiëntie van het voor deze beantwoording voorgenomen onderzoek. De validiteit geeft de mate aan waarin het onderzoek in staat is de gestelde vraag te beantwoorden. De efficiëntie drukt de verhouding uit tussen de opbrengst (het beantwoorden van de vraagstelling) en de kosten van het onderzoek in termen van het ingezette personeel, de belasting van patiënten, en de financiën.

Het probleem is nu dat deze drie elementen – relevantie, validiteit en efficiëntie – vaak strijdig met elkaar zijn. Er is bijvoorbeeld zeer valide en efficiënt onderzoek, dat nauwelijks relevant is. Onderzoek in het complexe veld van de huisartsgeneeskunde is in het algemeen zeer relevant, maar is kwetsbaar wat betreft validiteit en efficiëntie. Indien op dit terrein compromissen onontkoombaar zijn, geldt als randvoorwaarde dat het uitvoeren van het onderzoek toch een belangrijke meerwaarde aan informatie oplevert. Soms is de validiteit echter zo weinig gegarandeerd, dat het onderwerp van studie niet onderzoekbaar moet worden geacht. Hoe relevanter in zo'n geval het onderwerp is, des te groter de schade die zou kunnen worden veroorzaakt indien men bij het toch uitvoeren van het onderzoek tot onjuiste conclusies komt. En bij een wellicht juiste conclusie doet zich het probleem voor dat men op grond van het onderzoek niet kan weten dat de conclusie juist is.

Daarnaast bestaat de mogelijkheid dat het onderwerp wel relevant is, maar de onderzoeksvraag niet. Dit doet zich onder meer voor als bepaalde activiteiten van belang zijn, om het even of ze aantoonbaar effectief zijn of niet. Zo zou men zich een onderzoek kunnen voorstellen naar de effectiviteit van het tegemoet treden van de patiënt als mondig mens, of van interdisciplinaire samenwerking. Als men hiervan geen gunstig effect zou kunnen aantonen – bijvoorbeeld op de bloeddruk, de bloedsuiker of de gezondheid in het algemeen – wie zou dan om die reden de voorkeur willen geven aan een autoritaire benadering; wie zou willen afzien van samenwerking?

Gelukkig is er in de huisartsgeneeskunde genoeg onderzoek te doen dat zowel relevant als valide is, en hierop dient de aandacht dan ook te worden geconcentreerd. Vragen die wel relevant maar (nog) niet onderzoekbaar zijn, blijven vooralsnog behoren tot het

domein van het professionele en algemeen menselijke beoordelingsvermogen.

Wat betreft de efficiëntie is de situatie wisselend, afhankelijk van het onderwerp van studie. Gemiddeld zal de efficiëntie wat betreft inzet van personeel en financiële middelen bij huisartsgeneeskundig onderzoek minder gunstig liggen dan bij veel klinisch en biomedisch onderzoek. Dikwijls moeten grote groepen personen worden onderzocht en moeten aanzienlijke afstanden worden overbrugd, en dit brengt hoge reis- en transportkosten met zich mee. Het systematisch opsporen van mensen met een bepaalde aandoening (bijvoorbeeld boezemfibrilleren, perifeer vaatlijden of buikpathologie<sup>26</sup>) vergt in de huisartspraktijk veel grotere inspanningen dan in de tweede lijn; de patiënten zijn in het laatste geval immers al door de huisarts geselecteerd en verwezen naar een regionaal klinisch centrum, waar hoe dan ook veel systematische diagnostiek plaatsvindt. Wellicht nog groter zijn de extra inspanningen bij het gestandaardiseerd behandelen en vervolgen van patiënten. De samenwerking en communicatie met een groot aantal verspreid gevestigde huisartsen, allen met hun eigen praktijkorganisatie, is op zichzelf zeer boeiend, maar ook erg arbeidsintensief, en hetzelfde geldt voor de verwerking van de verzamelde onderzoeksgegevens.

Kortom, op het punt van de efficiëntie verdient het huisartsgeneeskundig onderzoek het nodige krediet. Daartegenover mag dan verantwoord inhoudelijk en financieel management worden verwacht.

### Onderzoek en ambacht

In het voorgaande werd al aangestipt dat niet alle vragen die van belang zijn voor patiënt en huisarts via onderzoek kunnen worden beantwoord. Patiëntenzorg en research zijn niet congruent. De onderzoeker mag erop worden aangesproken, dat wat hij onderzoekt relevant en onderzoekbaar is; de huisarts is en blijft verantwoordelijk voor de behandeling van zijn patiënten. Hoezeer de onderzoeker zich ook richt op vraagstellingen die op de praktijk aansluiten, de medicus practicus zal in de dagelijkse zorg steeds zelf keuzen moeten maken, met inachtneming van de voorkeuren en de bijzondere situatie van de individuele patiënt.

Soms zijn er wat dit betreft weinig afstemmingsproblemen. Van Buchem

toonde bijvoorbeeld via een tweetal uitstekende studies aan, dat paracentese in de regel achterwege kan blijven bij de behandeling van ongecompliceerde middenoorontsteking bij kinderen.<sup>27 28</sup> Zijn onderzoeksresultaten waren op zichzelf al zo overtuigend, dat publicatie ervan voldoende was om het beleid van vele huisartsen bij deze aandoening op slag te veranderen. De evidentie van de bevindingen maakte een apart be- raad over de vertaling ervan naar de praktijk overbodig.

In andere gevallen echter, en dat zijn er talrijke, blijft de probleemstelling voor de medicus practicus zeer complex. De onderzoeker kan dan weliswaar elementaire bijdragen ten behoeve van de praktijk inbrengen, maar van hem moeten geen gedetailleerde, algemeen geldende protocollen of standaarden worden verwacht. Wetenschappelijke kennis kan de praktijk immers nooit geheel dekken. Beide zullen ten opzichte van elkaar hiaten en tempoverschillen blijven vertonen, en steeds zullen er niet goed onderzoekbare of objectiveerbare gebieden zijn. Bovendien, onderzoeksresultaten en de daaraan te verbinden conclusies kunnen in hoge mate generaliseerbaar zijn, maar in concrete situaties wordt de toepassing ervan gemodificeerd door vele meestal niet onderzochte factoren.

Omdat er in de praktijk een positief verband is tussen onzekerheid en de moeilijkheidsgraad van beslissingen (waar geen onzekerheid is, hoeven geen besluiten te vallen), is het begrijpelijk dat men juist in complexe situaties vraagt om uitgewerkte richtlijnen op gezag van 'de wetenschap'. Men vraagt dan meestal te veel.

Dit alles houdt echter allerm minst in, dat er geen vruchtbare interactie is tussen onderzoek en praktijk. Integendeel, deze is op veel meer manieren aan de orde dan in het kader van deze rede kan worden besproken.

Het verdient bij het formuleren van protocollen uiteraard de voorkeur zich te richten op het praktisch haalbare, en niet op idealistische modellen. Daarvoor biedt onderzoek naar de aard en de kwaliteit van het daadwerkelijke handelen, bijvoorbeeld via simulatiepatiënten, welkome basisinformatie.

Wij komen al met al weer terecht bij de mozaïekstructuur van de relatie tussen de praktijk en het huisartsgeneeskundig onderzoek. Het is verstandig als de onderzoeker er tevreden mee is dat hij met al zijn inspanningen, één of enkele stukjes van het inlegwerk kan aanreiken,

bijvoorbeeld de waarde van bepaalde anamnestiche vragen voor de diagnostiek van hartritmestoornissen. De practicus wordt geconfronteerd met het geheel, bijvoorbeeld het beleid bij een patiënt met klachten die op een hartritmestoonnis zouden kunnen wijzen. Hij staat dan voor de onontkoombare uitdaging eigen invullingen te vinden voor de witte plekken die het onderzoek openlaat. Dat behoort tot zijn vak.

Hierbij is het natuurlijk goed om ervaringen te bundelen. Daardoor wordt onder meer voorkomen dat hobbyisme en toevallige casuïstiek een overheersende rol gaan spelen. Ondersteuning kan worden gevonden in:

- intercollegiale uitwisseling, bijvoorbeeld in de vorm van huisartsgeneeskundige conferenties;<sup>31</sup> hiermee is een evenwicht bereikbaar tussen individuele afwegingen en gemeenschappelijke of elkaar corrigerende kennis;
- consensusprocedures, waarin met inachtneming van de stand van kennis en de nodige beperkingen voorlopige aanbevelingen worden geformuleerd.<sup>32</sup>

Hierdoor worden ook weer aanknopingspunten voor praktijk-relevant onderzoek opgespoord. In het kader van het tweerichtingsverkeer tussen onderzoek en praktijk dient ook de hypothesen-genererende functie van de praktizerend arts de plaats te krijgen die haar toekomt. Maar daarover later meer.

## Methodologische spanningsvelden

Wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde kent welhaast inherente methodologische spanningsvelden, en ook deze vragen om verdere ontwikkeling en bezinning. Ik zal er enkele bespreken.

### Standaarddiagnose

Bij onderzoek naar het onderscheidend vermogen van een symptoom of diagnostische test moet men in de onderzoekspopulatie zowel de test toepassen als een standaard-diagnose stellen. Een 'gouden' standaard bestaat in de regel niet, maar vaak is een goede standaard te definiëren, zoals het pathologisch-anatomisch preparaat, het angiogram, de uitslag van de CT-scan of het urodynamisch onderzoek.

Bij onderzoek in de huisartspraktijk is een louter ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek toe te passen standaardprocedure, zo al technisch haalbaar, dan toch vaak te belastend voor de patiënt. Bij veel aandoeningen die de huisarts ziet, is de standaarddiagnose

bovendien ook minder eenduidig gedefinieerd; denkt u maar aan sinusitis, migraine, het irritable bowel syndroom of surmenage. Een uitvoerig diagnostisch onderzoek lost dit probleem niet op, omdat dan naast fout-negatieve ook veel fout-positieve conclusies zullen worden getrokken.

In de praktijk moeten we dan soms genoeg nemen met het stellen van de definitieve diagnose naar aanleiding van het verdere beloop, eventueel aangevuld met het oordeel van een panel van onafhankelijke deskundigen.<sup>33</sup> Het nadeel van een minder simpele, niet op één moment te meten 'standaard' wordt dan gecompenseerd door de klinische relevantie van de gegevens over het beloop, waarom het uiteindelijk gaat. Dit levert overigens weer nieuwe, nader te bestuderen methodologische vraagstukken op. Dat geldt vooral voor zich langzaam ontwikkelende aandoeningen waarvoor niet alleen geen simpele standaard-diagnostiek beschikbaar is, maar waarbij bovendien de aanvangsklacht, het daaropvolgende handelen en de diagnose na follow-up moeilijk van elkaar zijn te scheiden.

### Informed consent

Een groot deel van het werk van de huisarts bestaat uit het geven van adviezen, bijvoorbeeld om af te vallen, om binnen te blijven of het bed te houden, om het rustig aan te doen, om het werk te onderbreken of juist niet, om te stomen of om minder koffie te drinken. Velen van ons weten uit ervaring dat dergelijke maatregelen vaak sterk ingrijpen in het dagelijks leven, soms sterker dan een operatie. Maar helpen ze ook? Vaak is hierover niets bekend, dat wil zeggen: geëvalueerd via gedegen effectiviteitsonderzoek.

Hier ligt dus een fraai en relevant onderzoeksgebied voor de huisarts. Het beste is dan, onderzoek te doen waarbij door het lot twee vergelijkbare groepen patiënten worden samengesteld. De ene groep krijgt het advies en de andere niet, en na enige tijd worden de resultaten vergeleken.

Zo'n onderzoek is echter alleen zinvol als de patiënt niet weet dat het onderzoek gericht is op het advies, en dit wordt doorkruist door hem expliciet om toestemming te vragen. Stelt u zich voor: u bent te zwaar en u heeft rugklachten. Dan vraagt uw huisarts of u wilt deelnemen aan een onderzoek naar de vraag of het advies om af te vallen een gunstig effect heeft op rugklachten. Als u meedoet, zo wordt verteld, wordt een enveloppe getrokken

waarin staat of u wel of niet zo'n advies krijgt. Wat zou u doen als u vervolgens in de niet-adviesgroep zou vallen? Inderdaad, voor de zekerheid toch ook maar meer op uw gewicht letten. Het contrast in de vergelijking tussen beide groepen valt daarmee weg.

Kortom, zolang er expliciet en gedetailleerd *informed consent* wordt vereist, is evaluatie van het effect van vele dagelijkse interventies (die ook via zelfhulp zijn te realiseren) niet goed mogelijk. Dit geldt ook voor interventies waarvan de pretentie is, dat zij werken als de patiënt ze met volledige overtuiging ondergaat of toepast, bijvoorbeeld in het kader van de 'alternatieve' geneeskunde. Deze overtuiging wordt bijvoorbeeld ondermijnd, als men weet dat een verkregen middel ook een placebo kan zijn.

Wat is nu minder ethisch: de situatie laten bestaan dat dagelijks vele niet op hun effect getoetste, maar soms ingrijpende, adviezen en middelen op mensen worden losgelaten, of in voorkomende gevallen zoeken naar (met voldoende waarborgen omklede) alternatieven voor de expliciete, gedetailleerde *informed consent*?<sup>34</sup> Het is in het belang van patiënten en onderzoekers en van de samenleving als geheel dat hiervoor een duidelijk houvast wordt geboden in het kader van de wetgeving aangaande medische experimenten.<sup>35</sup>

### Waarnemen, meten, weergeven

In de huisartsgeneeskunde is er soms sprake van 'harde' uitkomsten, zoals geboorte en sterfte. Er is een tweede, grotere, categorie uitkomsten die weliswaar goed gedefinieerd en in principe meetbaar zijn, doch waarbij het resultaat altijd een bepaalde mate van onzekerheid bevat. Dat geldt bijvoorbeeld voor het verloop van bloeddruk, bloedbezinking, tumorgrootte of oedeem. De derde categorie – die zeker in de huisartsgeneeskunde niet minder relevant is – betreft de gezondheidstoestand in de meest algemene zin des woords: hoe iemand zich voelt en wat hij (aan)kan. Men spreekt hier vaak van: *kwaliteit van leven*.

Bij het beoordelen en meten hiervan doet zich voor wat de oude kerkvader Augustinus opmerkte ten aanzien van het begrip tijd: 'Wanneer niemand mij vraagt wat het is, weet ik het; wanneer ik het duidelijk wil maken aan iemand, die mij er naar vraagt, weet ik het niet.'<sup>36</sup> Iedereen voelt intuïtief aan waar het om gaat, maar juist bij een beschrijving in algemene en vooral meetbare begrippen is 'het' nooit precies te pak-

ken. Hersteld zijn is iets anders dan weer werken, en blindheid is meer dan niet kunnen zien. Wat overblijft, is nog eerder een afdruk dan een indruk, vastgelegd in een vragenlijst of op een attitudeschaal.

Toch zullen we het vaak met zo'n afdruk moeten doen, willen we dit zeer wezenlijke aandachtsveld voor onderzoek ontsluiten. Dat is ook niet erg, mits we beseffen dat het maar om een afdruk gaat. Daarnaast moeten we proberen onze afdruktechnieken te verbeteren, en dáárin dienen we ambitieuzer te worden. *Clinimetrics* heet het boek waarmee Feinstein ons medici hiertoe wakkerschudt.<sup>37</sup> Een gerichte samenwerking op dit terrein met gedragswetenschappers zal veel vooruitgang kunnen bieden.

Voor het zo goed mogelijk waarmeten, meten en weergeven van een segment van de werkelijkheid is wel een voorwaarde, dat dit ook van belang is voor het gezondheidsprobleem dat bestudeerd wordt. Bij onderzoek naar het beloop van lage rugklachten in de huisartspraktijk is seriële CT-scanning irrelevant, en de melding dat iemand pijn heeft, is vaak belangrijker dan de score op een pijnschaal. Kortom: meet datgene waar het om gaat, doe dat zo goed mogelijk en besef dat het een afdruk is. Ook een hologram is iets anders dan het geholografeerde object. Besef ook dat de beoordeling van belevingsaspecten sterk afhankelijk is van de wijze waarop vragen worden gesteld, van het moment van beoordeling en van omgevingsinvloeden.<sup>38 39</sup>

### Registratie

Er is een even klassieke als actuele discussie gaande over de vraag of de meest betrouwbare gegevens over het voorkomen van klachten of ziekten in de huisartspraktijk verkregen worden via een volledige contactregistratie (waarbij gegevens van in principe ieder patiënt-arts contact worden vastgelegd), dan wel via onderzoek dat zich beperkt tot de klacht of ziekte waarin men geïnteresseerd is.

De voorstanders van het eerste voeren aan dat bij fixatie op één of enkele problemen de huisartsen overdreven diep graven en dus ook overdreven veel, vaak klinisch irrelevante gevallen vinden. Tevens wordt door hen het ietwat tegengestelde argument genoemd, dat men bij een gerichte aanpak het gevaar loopt veel gevallen te missen: de huisarts wordt niet gedwongen steeds zijn conclusies te classificeren, en zal dus in slaap sukkelen. Dit nog afgezien van het

feit dat een volledige registratie gegevens oplevert over het gehele nosologische spectrum.

De aanhangers van een gerichte aanpak stellen, dat alleen daarmee voldoende diepgang met toetsing aan diagnostische criteria kan worden bereikt, en dat bij een 'volledige' registratie veel van de voor de vraagstelling relevante gevallen onder andere 'codes' geregistreerd zullen worden. Zo kunnen veel patiënten met boezemfibrilleren bij aangetoond organisch lijden zijn weggeboekt onder ischemische hartziekten, terwijl patiënten met lymfeklierzwellingen vaak terecht komen in de categorieën verkoudheid of keelontsteking. Onderzoek gebaseerd op een aldus 'uitgeklede' diagnosegroep gaat dus uit van een zeer geselecteerd segment van de patiëntenpopulatie. Hiervoor is achteraf niet bevredigend te corrigeren.

Welke optie de beste is, hangt af van doel en vraagstelling van de studie, het type aandoening waarop men zich richt, en de beschikbare menskracht en middelen. In Maastricht krijgen beide opties hun plaats.

Door de toenemende belangstelling voor praktijkautomatisering en de opbouw van grote huisartsgeneeskundige registratiebestanden is het inmiddels steeds belangrijker geworden dat de sterke en zwakke punten hiervan worden geanalyseerd. Er is dan ook behoefte aan een methodologisch handboek waarin beschreven worden:

- de mogelijkheden, de indicaties en contra-indicaties van het gebruik van deze bestanden;
- de afwegingen rond de keuze van het onderzoeksontwerp;
- praktische aanwijzingen voor het gebruik.

Daarnaast moeten wij ons hoeden voor overenthousiast modernisme. De inhoudelijke en technische problemen rond het opzetten, bijhouden en adequaat gebruiken van zo'n gecomputeriseerd steekproefkader zullen aanhoudend zorg vragen en soms baren.

### Medische besliskunde

Huisartsen nemen dagelijks vele tientallen beslissingen in het kader van het zorgproces. Vele zijn niet meer te herkennen doordat ze zijn opgegaan in routineprocedures. Andere worden wel 'ervaren' en gaan, haast per definitie, uit van onzekerheden: juist waar onzekerheid is, moeten immers knopen worden doorgelicht.

Om artsen te helpen bij het optimaliseren van het hierbij te verwachten resultaat en het zo klein mogelijk maken

van de kans op ongunstige gevolgen, zijn technieken ontwikkeld, waarvan veel wordt verwacht. Met name de *medische besliskunde* heeft furore gemaakt. Er zijn inderdaad diverse nuttige functies die de besliskunde kan hebben:

- het overzichtelijk structureren van medische beslissingen in een beslissboom;
- het daaraan koppelen van een probleemanalyse, uitgaande van kansen en waarden op basis waarvan een optimale strategie zou kunnen worden gevonden;
- het hierdoor scheppen van een basis voor consensus en rationele besluitvorming;
- het identificeren van prioriteiten voor gezondheidszorgonderzoek.<sup>45</sup>

Er zijn vele opmerkingen te maken over de geschiktheid en de beperkingen van de medische besliskunde voor de huisartsgeneeskunde.<sup>46 47</sup> We kunnen hier slechts kort zijn. De rechtstreekse bruikbaarheid in de dagelijkse patiëntenzorg is mijns inziens vooralsnog gering, zeker bij de zo frequent voorkomende klachten waarbij niet gemakkelijk enkele goed omschreven diagnostische hypothesen kunnen worden opgesteld.<sup>48</sup> Op dit moment is meer te verwachten van de meer indirecte effecten van de besliskunde, als instrument voor onderwijs, nascholing, intercollegiale toetsing, de evaluatie van de stand van kennis en de constructie van medische leerboeken. Daarbij ligt de nadruk niet zozeer op nauwkeurige en eenduidige Bayesiaanse kwantificering (waarvoor vaak te veel gegevens ontbreken en subjectieve waarden te uniek zijn), maar op explicitering, structurering en fasering van het besluitvormingsproces.

Voorts zijn eenvoudige epidemiologische en besliskundige concepten bij uitstek geschikt om de identiteit van de huisarts en diens zeeffunctie ten opzichte van de tweede lijn te verhelderen. Daarbij gaat het onder meer om de eerder genoemde betekenis van selectie door middel van verwijzing voor het onderscheidend vermogen van diagnostiek, voor de effectiviteit van behandelingen en prognose. Ook wordt door deze concepten onderstreept hoezeer juist huisartsen moeten werken met onzekerheden. Als zij dit niet kunnen vervallen zij tot ver doorgevoerde defensieve geneeskunde, veelal tot schade van de patiënt. De huisarts, die moet doorzeilen tussen overmatig medisch handelen en het missen van relevante diagnoses, kan daarom met recht de evenwichtskunstenaar in de geneeskunde worden genoemd.<sup>16</sup>

## Relatie met huisartsen

*Crebolder* is in zijn recente oratie uitvoerig ingegaan op de samenwerking tussen de universiteit en de diverse eerstelijnsdisciplines.<sup>49</sup> Staat u mij toe dat ik mij hier beperk tot de huisarts.

Een *conditio sine qua non* voor – zowel uitvoerbaar als relevant – huisartsgeneeskundig onderzoek is een goede relatie met de huisartsen in de regio. De afgelopen jaren zijn gekenmerkt door een proces van wederzijds leren en samen opbouwen. Dat heeft al vele resultaten opgeleverd. Maar er is nog veel meer mogelijk in deze in diverse opzichten unieke regio, en de ervaringen en de huidige ontwikkelingen rechtvaardigen optimisme voor de toekomst.

### Gelijkwaardige relatie

Van groot belang hierbij is een gelijkwaardige relatie tussen de partners, met erkenning van elkaars rol en bekwaamheden. In het besef dat op dit gebied een continu leerproces plaatsvindt, meen ik dat wij ook hier op de goede weg zijn. Het is juist daarom interessant om de gehanteerde terminologie eens onder de loupe te nemen.

Destijds heb ik mij bijvoorbeeld verzet tegen de thans toch ingeburgerde term '*academisering* van de eerste lijn'. Deze uitdrukking roept de suggestie op dat de universiteit het op de meeste punten beter weet en zich uit dien hoofde geroepen voelt het niveau van het eerstelijnsveld te verheffen. Men vergeet hierbij dat juist de universitaire medische wetenschap de huisartsgeneeskunde lang genegeerd heeft. Pas laat in de jaren zestig werden, na jarenlange inspanningen van de huisartsen zelf, de eerste leerstoelen in de huisartsgeneeskunde ingesteld. Er is dan ook veel voor te zeggen om het met '*academisering*' bedoelde proces aan te duiden met '*vermaatschappelijking* van de academie'.<sup>50</sup>

In beide gevallen drukt men zich echter ten onrechte uit in termen van eenrichtingsverkeer. Het zou dan ook goed zijn als een meer evenwichtige aanduiding zou worden gekozen. Onze taal is daarvoor rijk genoeg.

Een andere aan en zeggend de universiteit veel gehoorde kwalificatie waarmee ik moeite heb, is die van de 'perifere' huisarts. Deze benaming impliceert dat er ten minste twee soorten huisartsen zijn: perifere en niet-perifere (of 'centrale').

Ruimtelijk kan dit niet bedoeld zijn. We kennen immers 'perifere' huisartsen

die vlak naast het faculteitsgebouw zijn gevestigd, en niet-perifere huisartsen in Venlo. Hoe is het dan bedoeld? Men kan er allerlei, vaak onzakelijke invullingen aan geven. Het gevaar bestaat dan dat er een waarde-oordeel insluipt, niet alleen ten opzichte van het veld, maar ook bij de huisartsen zelf, geïnternaliseerd en soms zelfvergoelkend. Wie heeft nooit horen zeggen: 'wat weet een perifere huisarts hier nu van?' Het lijkt er weleens op dat het woord 'perifere' de tegenpool wordt van 'geacademiseerd'.

Laat ons liever zakelijk blijven: er zijn huisartsen die met de universiteit een contract (met bijbehorend takenpakket) hebben, en huisartsen die dat niet hebben. Allen zijn vanuit de eigen invalshoek gebaat en betrokken bij een verbetering van de beroepsuitoefening en allen zijn medeverantwoordelijk voor de wetenschappelijke ontwikkeling van hun vak.

In dit verband wil ik ook afrekenen met het woord 'waterdragers'. Dit woord slaat hier niet op patiënten die gewend zijn zich met een flesje verse urine naar de dokter te spoeden; nee, deze aanduiding treft de aan onderzoek medewerkende huisarts, die zich weleens aldus beschouwd voelt door universitaire onderzoekers. Sommige onderzoekers nemen dit woord inderdaad af en toe in de mond, waarschijnlijk om geen onduidelijkheid te laten bestaan over hoe zij de verdeling van taken en verantwoordelijkheden rond hun project zien.

Het is evident dat ook in dit geval misplaatste waarde-aspecten dreigen binnen te dringen, die zich voor langere tijd kunnen vastzetten. Het is daarom goed hier de aandacht te vestigen op de grote inzet en vaardigheid die vereist zijn om temidden van de drukke praktijkbeslommeringen en gedurende langere tijd onderzoeksgegevens van hoge kwaliteit te verzamelen. Meestal moeten gestandaardiseerde procedures worden gevolgd die af en toe tijd, en voortdurend concentratie vergen. Tevens moet de deelnemende huisarts bereid en in staat zijn om iets extra's van de patiënt te vragen, zoals het invullen van een vragenlijst, het ondergaan van een speciaal onderzoek of het deelnemen aan een lotingsprocedure. Dit alles vraagt training en ervaring en een zeer goede relatie met de patiënten. Ook een frequent en open contact met de onderzoekers is een voorwaarde.

Universitaire medewerkers die onderzoek in de huisartspraktijk willen doen, dienen dit alles te beseffen. Zij

zouden moeten overwegen ter voorbereiding van hun project een onderzoekstage ter plaatse te lopen. Het is in dit verband duidelijk dat huisarts-onderzoekers, die in beide betrokken werksituaties ingewijd en actief zijn, een enorme versterking van de samenwerking tussen universiteit en veld belichamen.

### Samenwerking

In het voorgaande is in feite de meest bekende vorm van onderzoeks-samenwerking tussen universiteit en praktizerende huisartsen benoemd, namelijk die op het gebied van de *gegevensverzameling*. Een tweede vorm is de dialoog over de *onderzoeksopzet en -organisatie* tussen onderzoekers en deelnemende huisartsen. Zelfs per praktijk kunnen specifieke oplossingen gewenst zijn. Als men deze dialoog in de voorbereidingsfase van een onderzoek overslaat, is de kans van slagen gering. Achteraf inhalen wat in deze fase is verzuimd, is zelden mogelijk.

De derde – tot nu toe wel minst ontwikkelde – vorm van samenwerking betreft de *ontwikkeling van relevante en onderzoekbare onderzoeksvragen en hypothesen*. Vorderingen juist op dit gebied zullen mijns inziens in de komende 10 jaar van beslissende betekenis zijn voor de huisartsgeneeskundige wetenschap. De meeste medische kennis die wij bezitten heeft immers zijn wortels in praktijkervaring en klinische waarneming, of het nu gaat om ijzertherapie, de preventie van kraamvrouwenkoorts, digitalisatie, de gevaren van het roken of de ontdekking van Aids. Pas naar aanleiding van de eerste alerte waarnemingen en de beoordeling hiervan in het licht van hetgeen al bekend is, komt de methodoloog in het geweer om nadere toetsing te verrichten. Van uitwisseling en uitdieping van ervaringen via huisartsgeneeskundige conferenties<sup>31</sup> mag in dit verband veel worden verwacht, en huisarts-onderzoekers kunnen ook hierbij een katalyserende functie vervullen. Gezamenlijke, meer systematische inspanning en vaardigheidsontwikkeling op dit terrein zijn nodig. Hierdoor kan worden voorkomen dat de beheerders van een zo rijk maar weinig ontgonnen onderzoeksveld zich voor de poorten van steeds dezelfde subsidiegevers verdrijven rond steeds dezelfde thema's. Tevens wordt aldus vermeden dat het methodologische aspect, hoe belangrijk ook, een te centrale rol gaat spelen: wat is immers het perspectief van een methode zonder relevante inhoud?

De laatste vorm van samenwerking houdt in dat, naast de speciaal daartoe



aangestelde en opgeleide huisarts-onderzoekers, andere praktizerende huisartsen *zelf een onderzoek leiden* met ondersteuning van de universiteit. Aan onze nog jonge instelling komt dit nu op gang, in navolging van vooral het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut. Lang niet iedere huisarts zal hieraan toekomen. Men moet over voldoende tijd beschikken en zich de nodige extra deskundigheid eigen maken. De universiteit kan faciliterend optreden door inhoudelijke, praktische en methodologische steun te bieden en te bemiddelen bij subsidieverwerving. Een speciale bijdrage zou kunnen komen van het Post Academisch Onderwijs Geneeskunde: op basis van – veelal reeds ontwikkeld – cursusmateriaal kunnen in overleg met geïnteresseerde huisartsen 'wenspakketten' voor onderzoeksscholing worden samengesteld.

### Concentratie

Ik wil in dit kader nog een kanttekening maken: om diepgang en kwaliteit te bereiken moeten de universiteit en, a fortiori, de vakgroepen zich concentreren op een beperkt aantal onderzoeksthema's. Deze concentratie kan, zeker bij niet aan de universiteit werkzame personen, overkomen als een keurslijf, dat alle fraaie voornemens aangaande samenwerking met de eerste lijn in een bij voorbaat opgelegde pasvorm perst. Vooral ten aanzien van een vakgroep als de onze, die samenwerkt met een op een breed terrein actief veld, dreigt dit gevaar. Ook het vinden van een vruchtbare synthese vanuit dit spanningsveld is een belangrijke opdracht voor het komende decennium. Deze synthese is nodig, niet alleen terwille van de goede verhoudingen en het waarmaken van de speciale taakstelling van deze universiteit, maar ook om een meer principiële reden: een huisartsgeneeskundig onderzoeksprogramma kan alleen vitaal en relevant blijven als het een inhoudelijke relatie heeft met de vele ontwikkelingen in de huisartsgeneeskundige wereld. Een van de mogelijkheden hiertoe is het verruimen van de consultatieve en ondersteunende functie van de universiteit ten behoeve van huisartsen. Dit behoort tot de doelstellingen van het recent door de medische faculteit opgerichte Coördinatiebureau Eerste Lijn (CEL).

### Onderzoek en onderwijs

Op de universiteiten dienen wetenschappelijk onderzoek en onderwijs elkaar intensief te ontmoeten, en in on-

derlinge wisselwerking bij te dragen aan de vorming van de medisch student tot een zelfstandig en kritisch beroepsbeoefenaar. Wat dit betreft bestaan er in het basiscurriculum en ook daarna diverse mogelijkheden en verplichtingen, die bovendien verder ontwikkeld zullen worden.

Veel mag worden verwacht van de inmiddels gestarte meerjarige beroepsopleiding tot huisarts, waarin de aankomende beroepsbeoefenaar – meer dan voorheen – een basale wetenschappelijke scholing krijgt. De huisarts van straks zal daardoor beter in staat zijn het vak op kritische wijze bij te houden en op verantwoorde wijze bijdragen te leveren aan onderzoek.

Naast deze algemene wetenschappelijke scholing voor alle aanstaande huisartsen zal er behoefte blijven aan een speciale opleiding voor huisarts-onderzoekers die zowel praktizeren als leiding geven aan onderzoek. Het is verheugend dat, mede gezien de positieve ervaringen tot nu toe, aan de voorwaarden hiervoor op diverse plaatsen tegemoet gekomen wordt.

Voor de vakgroepen Huisartsgeneeskunde, die bijzonder veel energie investeren in het eerstelijns-geneeskundig onderwijs, is niet alleen onderwijs in onderzoek, maar ook onderzoek van onderwijs onmisbaar. We willen weten wat de effecten zijn van ons onderwijs op de aanstaande artsen. Worden zij er inderdaad betere artsen door? Doen wij het wel goed genoeg of moeten we het anders aanpakken? Bij het beantwoorden van deze vragen vindt als vanzelfsprekend ook een verdieping plaats van de kennis over de wijze waarop artsen medische problemen oplossen.<sup>52</sup> Als we daarover meer weten, zijn opleiding en bijscholing immers veel beter te sturen.

### Kwaliteit en kwaliteitsmeting van onderzoek

Het is goed en vanzelfsprekend dat er ten aanzien van wetenschappelijk onderzoek kwaliteitsbewaking plaatsvindt en dat daaraan consequenties worden verbonden. In principe is er immers geen verschil met andere activiteiten waarbij grote verantwoordelijkheden worden gedragen, zoals de praktische gezondheidszorg.

De inmiddels gegroeide beoordelingspraktijk, waarbij vooral of uitsluitend wordt afgegaan op output in de vorm van internationale publikaties, levert de Nederlandse huisartsgeneeskunde echter de nodige problemen op. Hoe onmisbaar internationale uitwisseling

en toetsing ook is, de vaderlandse huisartsgeneeskunde mag het nationale, van goede tijdschriften voorziene, wetenschappelijke publikatiecircuit geenszins verwaarlozen. De meer dan zesduizend druk bezette beroepsbeoefenaren moeten het vooral hebben van dit circuit. Het zou uitermate vreemd zijn als Nederlandse huisartsen resultaten van Nederlands huisartsgeneeskundig onderzoek niet of alleen in voor hen nauwelijks toegankelijke tijdschriften zouden kunnen lezen. Dubbelpublikaties (zowel internationaal als Nederlands) zijn in een aantal gevallen mogelijk en moeten bevorderd worden, maar zij brengen wel extra tijdsbesteding met zich mee. Soms ook is er het risico dat een internationaal tijdschrift zo'n dubbelpublikatie niet accepteert, of lange tijd ophoudt totdat de eigen versie is verschenen. Daarbij komt, dat voor de Nederlandse huisarts relevant onderzoek door diens specifieke situatie lang niet altijd interessant is voor een internationaal forum. Moeten we dit type blijkbaar 'niet-tellend' onderzoek dan maar niet meer doen, zonder ons te bekommeren om de eventuele behoefte eraan? Moeten we de uitnodiging om te publiceren in een Nederlandstalig tijdschrift – vroeger nog als een hele eer beschouwd – nu ervaren als een schadelijke last waar je onderuit moet zien te komen? Dit zou kunnen gaan betekenen, dat de vakbladen van de Nederlandse huisartsen met tweederangs materiaal komen te zitten, terwijl de universitaire instituten zich gaan richten op verre markten.

En dan nog hebben deze instituten maar weinig greep op de internationale hitparade voor onderzoekers. Om een voorbeeld te noemen: de impactfactor van het meest gerenommeerde internationale huisartsgeneeskundige tijdschrift, het *Journal of the Royal College of General Practitioners*, is 20 keer zo laag als die van een blad als *The Cell*.

Kortom, we moeten voorkomen dat het academisch bezig zijn geleid gaat worden door het dagelijks ter hand nemen van de beursberichten over de impactcoëfficiënten, om te zien op welke bladen we nu het best kunnen mikken of hoe goed of slecht onze collega's het doen. Het is evident dat dit niets meer te maken zou hebben met een wetenschappelijk klimaat dat is gericht op uitdieping van het eigen vakgebied en uitwisseling hierover met andere betrokkenen. Feedback dient inhoudelijk te zijn, en zich niet te beperken tot behaalde scores. Om nog maar niet te spreken van de nadelige gevolgen van het risicovermijdend gedrag dat kan

ontstaan: moeilijk, arbeidsintensief en grootschalig onderzoek dat pas op langere termijn resultaten oplevert wordt steeds minder aantrekkelijk, hoewel juist dit type onderzoek in de huisartsgeneeskunde vaak noodzakelijk is.

Het is verheugend, dat de geschetste problematiek in steeds bredere kring wordt ingezien, en dat een reële differentiatie in beoordelingsnormen thans bespreekbaar is. De vakgroepen huisartsgeneeskunde zullen op dit gebied creatieve bijdragen leveren, en voorstellen liggen reeds klaar.

## Slot

Terwijl mijn opdracht vooral ligt op het gebied van het onderzoek in de huisartsgeneeskunde, voel ik mij medeverantwoordelijk voor het vakgebied als geheel. Daarom kan ik het niet nalaten nog enkele woorden te zeggen over een ontwikkeling die mij ernstige zorgen baart. Ik doel hiermee op de implicaties van het kabinetsstandpunt inzake het advies van de Commissie Dekker voor de huisartsgeneeskunde.<sup>53</sup>

Er zijn zeker goede elementen in de kabinetsnota, zoals de aandacht voor kwaliteitsbewaking en -bevordering, substitutie van tweede naar eerste lijn, en de prikkeling van beroepsbeoefenaars om tot een beter 'produkt' te komen. De kabinetsvoornemens verraden evenwel een beleid, dat streeft naar een op Amerikaanse leest geschoeid zorgsysteem. De huisarts is niet meer de vanzelfsprekende spil van de eerstelijns gezondheidszorg, en waar nodig doorverwijzer. Gesproken wordt over een functiegerichte benadering waarin een 'veel minder strikte relatie zal ontstaan tussen instelling/beroepsbeoefenaar enerzijds en type zorgverlening anderzijds'.

Hoewel de concretisering goeddeels ontbreekt, is duidelijk dat veel wordt overgelaten aan het vrije spel der maatschappelijke en professionele krachten en de verhouding tussen vraag en aanbod. Bij lezing van de kabinetsnota kwam bij mij een beeld op van concurrerende zorgverleners, doelhoven voor gebruikers, desintegratie van integrale zorg, van survival of the fittest. De goede kanten van de nota raken hierdoor in de schaduw.

Wat betreft de huisarts acht ik in elk geval de twee in het begin van deze rede genoemde, elkaar aanvullende kernfuncties essentieel en onvervangbaar:

• *Diens generalisme*, als algemeen toegankelijk hulpverlener die in staat is tot een eerste (en meestal afdoende) pro-

fessionele beoordeling en behandeling van de problematiek. Dit, met inachtneming van de nu eenmaal lang niet altijd van elkaar te onderscheiden somatische en psychosociale aspecten. Dit generalisme verschaft de huisarts bovendien een zeer geschikte basis voor continuïteit van zorg en begeleiding van chronische patiënten. Opheffing, opdeling of facultatief stellen van deze functie en bekwaamheid zal een enorme kapitaalsvernietiging en een voorlopig onherstelbare aanslag betekenen op het basale gedeelte van de medische hulpverlening. Ik acht deze generalistische functie, juist in deze tijd van toenemende differentiatie en complexiteit, zo essentieel dat zij daar waar zij conflicteert met substitutie dient te prevaleren.

• *De zeeffunctie* van de huisarts, die alleen kan bestaan op een generalistische ondergrond. Het creëren van de mogelijkheid dat gebruikers deze zeeffunctie op eigen houtje passeren, zal veel inefficiëntie, dwaalwegen en schade te weeg brengen.

Waar het systeem niet goed werkt – en op een aantal punten is dat zeker – kan men het verbeteren met behoud van deze functies. Het ondermijnen hiervan zonder een solide, minstens gelijkwaardig, alternatief is naar mijn mening niet verantwoord, en zal leiden tot beschadiging van een gezondheidszorgsysteem waarop men in vele landen terecht jaloers is.

## Dankwoord

Met dank aan de collegae H. Crebolder, C. de Geus, T. Lemmens en F. Sturmans voor het kritisch doornemen van de concept-tekst van deze rede.

<sup>1</sup> Muskens LJJ. De ontwikkeling van het specialisme in de geneeskunde, Haarlem: Erven Bohn, 1906.

<sup>2</sup> Buma JT. De huisarts en zijn patiënt. Grondslagen van het medisch denken en handelen. Amsterdam: Albert de Lange, 1950.

<sup>3</sup> Anoniem. Het Woudschotenrapport. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1959.

<sup>4</sup> Crebolder HFJM. Onderzoekingen rond een gezondheidscentrum [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1977.

<sup>5</sup> Holten-Vriesema J, Tompot C, Van Aalderen H, e.a. Methodisch werken. Over een algemene methode van hulpverlening en de opbouw van een functionele relatie, toegespitst op de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1978; 21: 322-35.

<sup>6</sup> Huygen FJA. Family medicine. The medical life history of families. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt, 1978.

<sup>7</sup> Van Eijk JThM. Levensgebeurtenissen en ziekten [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1979.

<sup>8</sup> Grol RPTM, red. Huisarts en somatische fixatie. Theorie en praktijk van de preventie van somatische fixatie. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.

<sup>9</sup> Zola IK. Medicine as an institution of social control. The Sociological Review 1972; 20: 487-509.

<sup>10</sup> Illich ID. Medical nemesis, 1975. The expropriation of health. London: Boyars, 1975.

<sup>11</sup> Knottnerus JA. The effects of disease verification and referral on the relationship between symptoms and diseases. Medical Decision Making 1987; 7: 139-48.

<sup>12</sup> Williamson HA. Lymfadenopathie in a family practice: a descriptive study of 249 cases. The Journal of Family Practice 1985; 20: 449-52.

<sup>13</sup> Knottnerus JA, Ebbens E, Govaert ThME, De Geus CA. Klachten op de borst, omgaan met onzekerheden. Huisarts en Wetenschap 1985; 28: 159-64.

<sup>14</sup> Dombal FT de. Transporting databanks of medical information from one location to another. Effective Health Care 1983; 1: 155-62.

<sup>15</sup> Ellenberg JH, Nelson KB. Sample selection and the natural history of diseases. JAMA 1980; 243: 1337-40.

<sup>16</sup> Knottnerus JA. Medische besluitvorming: verschillen tussen huisarts en specialist. Bijblijven 1987; 3: 30-46.

<sup>17</sup> Hodgkin K. Towards earlier diagnosis: a family doctor's approach. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1963.

<sup>18</sup> Oliemans AP. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Leiden: Stenfert Kroese, 1969.

<sup>19</sup> Lamberts H. De morbiditeitsanalyse-1972 van de groepspraktijk Ommoord. Een nieuwe ordening van ziekte en probleemgedrag in de huisartsgeneeskunde. Huisarts en Wetenschap 1974; 17: 455-73; Huisarts en Wetenschap 1975; 18: 7-39, 61-72.

<sup>20</sup> Huygen FJA. Lobaire pneumonie als besmettelijke ziekte [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1948.

<sup>21</sup> Grol R, Mesker P, red. Huisarts en onderlinge toetsing. Utrecht: Bunge, 1986.

<sup>22</sup> Lemmens Th, Knottnerus JA, Lodder J, Vermeer F, Schouten H. Primaire preventie van arteriële trombo embolische processen bij nonAvalvulair atrium fibrilleren. Studieprotocol, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht 1988.

<sup>23</sup> Knottnerus JA, Knipschild PG, Wersch JWJ van, Sijstermans AHJ. Unexplained fatigue and hemoglobin. A primary care study. Canadian Family Physician 1986; 32: 1601-4.

<sup>24</sup> Kerkhof PD, Knottnerus JA, Dinant GJ. Levertests in de huisartspraktijk; te bevestiging of ook ter uitsluiting van leverpathologie? The Practitioner 1987; 4: 825-33; The Practitioner 1988; 5: 157-9.

<sup>25</sup> Miettinen OSM. Lecture on form design in epidemiologic research, Amsterdam 11 fe-



- bruary 1988.
- <sup>26</sup> Ter illustratie hiervan kunnen dienen de door onderzoekers van onze vakgroep ontwikkelde onderzoeksprotocollen met betrekking tot de diagnostiek en interventie van perifeer arterieel obstructief vaatlijden; diagnostiek van hartritmestoornissen; therapie bij boezemfibrilleren; diagnostiek niet-acute buikklachten. (Op aanvraag verkrijgbaar).
- <sup>27</sup> Buchem FL van, Dunk JHM, Van 't Hof MA. Acute otitis media: paracentese, antibiotica of geen van beide. *Ned Tijdschr Geneesk* 1982; 126: 462-7.
- <sup>28</sup> Buchem FL van, Peeters MF, Van 't Hof MA. Aanpassing van therapie aan het verloop van otitis media. *Ned Tijdschr Geneesk* 1985; 129: 1093-9.
- <sup>29</sup> Castermans GAHM, Gorgels APM et al. Manual hartritmestoornissen. Richtlijnen voor de praktische aanpak voor de huisarts. Projectgroep Hartritmestoornissen RL, Maastricht 1988.
- <sup>30</sup> Rethans JJ, Boven CPA van. Simulated patients in general practice. A different look at the consultation. *Br Med J* 1987; 294: 9-12.
- <sup>31</sup> Huygen FJA. Huisartsgeneeskundige conferenties. *Huisarts en Wetenschap* 1980; 23: 13-5.
- <sup>32</sup> Everdingen JJE van. Consensusontwikkeling in de geneeskunde. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1988.
- <sup>33</sup> Feinstein AR. *Clinical epidemiology. The architecture of clinical research.* Philadelphia: Saunders, 1985.
- <sup>34</sup> Knottnerus JA, Vet HCW de. Effectiviteitsonderzoek in de huisartspraktijk. 3. Algemene opmerkingen over gerandomiseerd interventie-onderzoek in de huisartspraktijk. 1987; 30: 116-9.
- <sup>35</sup> Knottnerus JA. Enkele stellingen met betrekking tot 'informed consent'. Utrecht: Landelijk bureau coördinatie 1e en 2e lijn, 1988.
- <sup>36</sup> Russel B. *Geschiedenis der westerse filosofie.* 6e dr. Katwijk aan Zee: Servire, 1981.
- <sup>37</sup> Feinstein AR. *Clinometrics.* New Haven: Yale University Press, 1987.
- <sup>38</sup> McNeil BJ, Pauker SG. Decision analysis for public health: principles and illustrations. *Ann Rev Public Health* 1984; 5: 135-61.
- <sup>39</sup> Zarin DA, Pauker SG. Decision analysis as a basis for medical decision making: the tree of Hippocrates. *J Med Philosophy* 1984; 9: 181-213.
- <sup>40</sup> Lamberts H. The International Classification of Primary Care. *Fam Pract* 1987; 4: WONCA-news, IV-IX.
- <sup>41</sup> Anonymous. ICHPPC-2-defined. Inclusion criteria for the International Classification of Health Problems in Primary Care. Oxford University Press, 1983.
- <sup>42</sup> Kanter J de, Lamberts H, Mulder J, red. ICPC, International Classification of Primary Care. Nederlandse Vertaling. Concept mei 1988. Leiden 1988.
- <sup>43</sup> Weel C van, Van den Bosch WJHM, Van den Hoogen HJM. De Continue Morbiditeits Registratie Nijmegen. *Huisarts en Wetenschap* 1986; 29: 373-7.
- <sup>44</sup> Lamberts H, Brouwer H, Groen ASM, Huisman H. Het transitie-model in de huisartspraktijk. Praktisch gebruik van de ICPC tijdens 28.000 contacten. *Huisarts en Wetenschap* 1987; 30: 3-11.
- <sup>45</sup> Weinstein MC, Fineberg HV. *Clinical decision analysis.* Philadelphia: Saunders, 1980.
- <sup>46</sup> Knottnerus JA. Principes van beslistkunde. *Nieuw Kompas voor de huisarts* 1984; II-4: 1-15.
- <sup>47</sup> Touw-Otten F. Wat doet de dokter? De bijdrage van de medische beslistkunde en protocollen hierbij. *Nieuw Kompas voor de huisarts* 1984; II-5: 1-15.
- <sup>48</sup> Weel C van. Achilles tot hardloper bekeerd. *Huisarts en Wetenschap* 1981; 24: 417-23.
- <sup>49</sup> Crebolder HFJM. Te leer in de eerstelijns [Inaugurale oratie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1987.
- <sup>50</sup> Groot A de, Knottnerus JA. Academisering van de eerste lijn of vermaatschappelijking van de academie? *Medisch Contact* 1982; 37: 37-9.
- <sup>51</sup> Beusmans GHMI. Huisarts en diagnostisch centrum, toepassing van werkafspraken door huisartsen [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1986.
- <sup>52</sup> Hobus PPM, Schmidt HG, Boshuizen HPA, Patel VL. Contextual factors in the activation of first diagnostic hypotheses: expert-novice differences. *Medical Education* 1987; 21: 471-6.
- <sup>53</sup> Verandering verzekerd. Stapsgewijs op weg naar een nieuw stelsel van zorg. 's-Gravenhage: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1988.