

# De huisartsgeneeskunde als academische discipline

Onlangs heeft de medische commissie van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen het rapport 'Gezondheids(zorg)beleidswetenschappen' gepubliceerd.<sup>1</sup> Hierin wordt een overzicht gegeven van de stand van wetenschap in die takken van de geneeskunde, die hun werkterrein met name buiten de muren van het ziekenhuis vinden: de sociale geneeskunde, de medische sociologie, de medische ethiek, de filosofie en de geschiedenis van de geneeskunde, het gezondheidsrecht en de huisartsgeneeskunde.

Onder de 'stand der wetenschap' valt in dit verband in de eerste plaats een beschrijving van het onderzoekdomein van elk der betrokken takken. Vervolgens wordt besproken welke groepen zich in ons land met dit onderzoek bezighouden, en welke taakverdelingen er zijn of worden ontwikkeld. Geanalyseerd wordt welke vooruitzichten er zijn om in de komende jaren over voldoende gekwalificeerd topkader te kunnen (blijven) beschikken. Daarnaast komt de internationale positie van het Nederlandse onderzoek aan de orde en wordt aangegeven welke mogelijkheden en wensen er zijn om de wetenschappelijke 'output' aan af te meten.

Het hart van de medicus practicus zal na het kennismaken van de beschikbaarheid van deze informatie waarschijnlijk niet onmiddellijk overslaan van opwinding. Het is ongetwijfeld in eerste instantie vooral de (beperkte) kring van betrokken wetenschappers voor wie dit rapport consequenties heeft. Maar op de middellange termijn zullen de ontwikkelingsmogelijkheden en onmogelijkheden binnen de geanalyseerde takken van wetenschap sterk worden bepaald door dit rapport. Om die reden lijkt het dan ook voor alle betrokkenen in het veld van de geneeskunde buiten het ziekenhuis belangrijk er kennis van te nemen.

Wat is de plaats van dit KNAW-rapport?

Periodiek wordt het onderzoek van de medische faculteiten geëvalueerd. Daartoe dient het Disciplineplan Geneeskunde als uitgangspunt.<sup>2</sup> Hiervan wordt een volgende versie verwacht in 1992. De recente ontwikkelingen worden daarin per vakgebied per faculteit gewaardeerd, waarbij het uitgangspunt wordt gevormd door een beschrijving van elk vakgebied.

Tot nog toe ontbrak deze basis-analyse voor de extramurale vakgebieden, met als gevolg dat het disciplineplan zich hierover slechts in zeer algemene zin kon uitspreken. Daarmee werd onrecht gedaan aan groepen die veelbelovend onderzoek in gang hadden gezet. Nu de beschrijving van de extramurale vakgebieden een feit is, is ook hun referentiekader voor een komend Disciplineplan Geneeskunde gegeven. Het is daarbij verheugend dat de Commissie Geneeskunde van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen dit door een voorbereidende subcommissie opgestelde rapport integraal heeft overgenomen. Het onderzoek dat door de universitaire vakgroepen huisartsgeneeskunde wordt uitgevoerd, is beschreven in een hoofdstuk dat is gewijd aan 'huisartsgeneeskunde', terwijl het onderzoek van het Nivel is beschreven bij het 'gezondheidszorg-onderzoek'.

Van Weel C. De huisartsgeneeskunde als academische discipline [Commentaar]. Huisarts Wet 1991; 34(9): 410-2.

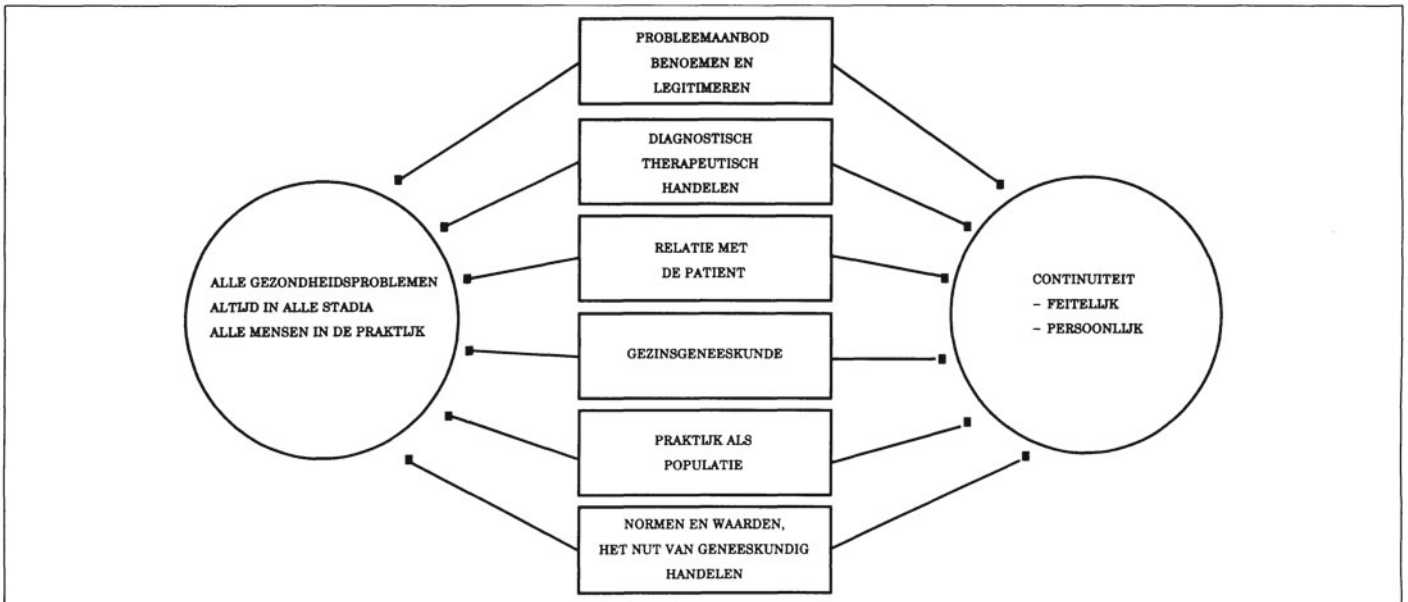
Het onderdeel van het rapport dat zich op de huisartsgeneeskunde richt, is relatief gedetailleerd. Dit weerspiegelt de nauwgezetheid en de eendracht waarmee de vakgroepen huisartsgeneeskunde in de afgelopen jaren het onderzoekbeleid vorm hebben gegeven.

De huisartsgeneeskundige zorg wordt omschreven als 'de medische zorg voor alle groepen patiënten bij alle aandoeningen'. Hieruit vloeien voort de kenmerken van de patiënten op wie de zorg betrekking heeft: de eigen 'epidemiologie' als gevolg van het feit dat de behandeling van de meeste ziekte-episoden geheel in de eerste lijn plaatsvindt, terwijl slechts een selectie wordt verwezen. Het huisartsgeneeskundig wetenschappelijk onderzoek moet de rationele basis voor deze zorg leveren. Het rapport benadrukt daarbij eens te meer de noodzaak van patiëntgebonden onderzoek.

Het domein van onderzoek van de huisartsgeneeskunde laat zich beschrijven aan de hand van de aan het rapport ontleende figuur: enerzijds richt de huisarts zich op alle gezondheidsstoornissen bij alle mensen (samengevat in de linker cirkel), anderzijds is continuïteit van zorg (rechter cirkel) een kenmerk. Continuïteit kan daarbij worden onderscheiden in het feitelijk verzorgen van duurzame zorg, en in persoonlijk opbouwen van een professionele relatie met patiënten gedurende langere tijd. Voor zowel de continuïteit van zorg als het behandelen van alle gezondheidsproblemen bij alle mensen zijn verschillende aspecten van belang: primair medische, zoals het probleemaanbod en het diagnostisch/therapeutisch handelen, maar ook de arts-patiënt relatie en de normen en waarden bij het geneeskundig handelen, en het gezin en de praktijk als doelpopulatie van zorg. Deze aspecten zijn als verbindingsstukken in de figuur tussen de cirkels geplaatst.

In het eveneens aan het rapport ontleende schema komen al deze aspecten van onderzoek terug; ze zijn hier als kolommen weergegeven. Voor iedere universitaire vakgroep huisartsgeneeskunde is vervolgens bepaald op welk aspect de essentie van het wetenschappelijk onderzoek is gericht. Hierdoor ontstaat een matrix waarin per vakgroep inhoudelijke informatie over het programma is gegeven. De gebruikte afkortingen en het jargon reflecteren overigens de cultuur van de betreffende groepen en zijn voor buitenstaanders misschien minder goed toegankelijk.

Morbiditeitsregistraties vormen traditioneel een harde kern van het wetenschappelijk onderzoek in de Nederlandse huisartsgeneeskunde. Daaruit komt par excellence naar voren hoe groot de variatie aan ziekten en aan patiëntencategorieën in de huisartspraktijk is. Onder de linker kolom ('Alles altijd') treft de lezer het Amsterdamse Transitieproject, de Nijmeegse Continue Morbiditeitsregistratie (CMR), en het Registratie Netwerk Huisartsgeneeskunde (RNH) uit Maastricht aan. Uit de



	A Alles altijd	B Continuïteit	1 Handelen	2 Relatie patiënt	3 Benoemen probleem	4 Gezin	5 Populatie	6 Normen en waarde/nut
Univ. Amsterdam	Transitie		SOA, CARA Sinusitis Aanvullend onderzoek Bew. apparaat		ICPC ontw. RFE valid. Clustering Conversies- ICD			Interdoktervariatie Functionele toestand Second Opinion Verw. internist
Univ. Groningen		CVA Euthanasie	Polyfarmacie Diagnose geb. medicatie		Probleemgedrag Dementie Exacerbaties CARA			Functionele toestand FONA 1e lijn
Univ. Leiden		Veroudering	Protocollaire geneeskunde Besliskunde CARA		ICPC thesaurus			Quality of life (CARA) arthrose, infectieziekten
Univ. Nijmegen	CMR	Chron. ziekten (longitudinaliteit)				Gezinsfactoren Optreden/beloop van ziekten	Chron. ziekten M.N.: CARA Card. vasc. Diabetes Bew. apparaat	
Univ. Rotterdam			Cardio vasc. Bew. apparaat Kinderen Farmacother.	Patiëntger. benaderen Reactie op Psychosoc. probleem	Bew. apparaat Decision supp. Besluitvorming		Morbiditeit op kinderleeftijd. Cardio vasc.	
Univ. Maastricht	RNH		Hartvaten, tr. Urogenit. en digestivus Bew. apparaat Aanv. onderzoek				Psychisch probl. Arbeid en gezondheid	Effect. onderz. QA/TA, methodologie voorschrijfgedrag
Univ. Utrecht		Samenwerk. HA-specialist	Infectieuze aandoeningen Niet-acute buikklachten					Quality of care TA Interventiestudies
Vrije Universiteit		Chron. aand. Co-morbiditeit	Lab. Beeldv. diagn.		Vaginale klachten Rugklachten		Dementie CARA Diabetes Card. vasc. Bew. apparaat	

volgende kolommen valt vervolgens af te leiden welke groepen zich op onderzoek naar continuïteit, het diagnostisch-therapeutisch handelen, de arts-patiënt relatie etc. richten.

Een breed onderzoeksterrein krijgt aldus gestalte. Het ontwikkelen van onderzoek vergt echter concentratie op enkele thema's; dat is zeker voor een breed vakgebied als de huisartsgeneeskunde een noodzaak. Het schema kan worden beschouwd als de kern uit het rapport, omdat het een weergave vormt van de taakverdeling in het wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde in ons land, en de bijdragen van de acht vakgroepen huisartsgeneeskunde daaraan.

Er lijkt sprake van een evenwichtige verdeling, getuige het feit dat de gehele matrix is gevuld: alle aspecten komen in onderzoek aan bod, terwijl alle vakgroepen huisartsgeneeskunde een bijdrage leveren. Op grond hiervan mag een verantwoorde ontwikkeling voor de komende jaren worden verwacht. Essentieel is wel dat de vakgroepen zich duurzaam op de uitbouw van hun 'eigen' onderzoekprogramma willen en kunnen concentreren.

Een stap die nauw samenhangt met de beschrijving van het onderzoeksdomein, is het meten van de kwaliteit van het onderzoek. Deze kwaliteit wordt afgemeten aan wetenschappelijke output. Hiervoor gelden publikaties in tijdschriften waarvoor op wetenschappelijke criteria getoetst is of het aangeboden manuscript voldoet. Voor alle vakgebieden binnen de medische faculteiten zijn dit in de eerste plaats internationale, Engelstalige tijdschriften. Zulke tijdschriften zijn door de medische wetenschap erkend, terwijl tevens de relatieve waarde ten opzichte van andere tijdschriften is afgewogen in de vorm van een 'impact factor'. Deze tijdschriften zijn opgenomen in een indexlijst, de 'Index Medicus'. Internationale toegankelijkheid (i.c. publicatie in het Engels) en publicatie na beoordeling door onafhankelijke deskundigen (het 'referee-systeem') vormen de belangrijkste criteria voor opname van een tijdschrift in de Index Medicus.

Ook voor de huisartsgeneeskunde en de andere in het rapport besproken vakgebieden geldt dat publicatie in geïndexeerde tijdschriften een graadmeter is van de kwaliteit van de wetenschappelijke productie. Daarnaast brengt de aard van deze vakgebieden met zich mee dat ook Nederlandstalige

tijdschriften een belangrijke functie toekomt: de plaatselijke en landelijke omstandigheden drukken nu eenmaal een sterk stempel op de inhoud van de extramurale zorg. Dit tijdschrift is een van de beste voorbeelden van het belang van een Nederlandstalig wetenschappelijk medium. De onafhankelijke wijze van beoordeling voor publicatie en de plaats van het tijdschrift zijn regelmatig verantwoord.<sup>3,4</sup> Het rapport signaleert het belang van het publiceren in nationale tijdschriften en signaleert de noodzaak van een consensus bij de beoordeling van de kwaliteit van publikaties in dit opzicht.

De Vereniging van Samenwerkende Nederlandse Universiteiten heeft inmiddels een lijst van Nederlandstalige tijdschriften opgesteld, die aan deze behoefte tegemoet komt. Deze lijst kan worden gezien als een aanzet tot een Nederlandstalige index, die een aanvulling kan vormen op de internationale index. Ook hier lijken de toekomstverwachtingen dus gunstig.

Twee zaken ontbreken nog in dit rapport: in de omschrijving van de huisartsgeneeskunde zoekt de lezer tevergeefs naar inmiddels geformaliseerde programma's ten aanzien van kwaliteitsbewaking. Zelfs een zo voortvarend opgesteld rapport blijkt door de dynamiek van de realiteit te kunnen worden ingehaald – mogelijk is dat een van de beste complimenten die het vakgebied zichzelf kan maken.

Wat in het rapport als geheel ontbreekt, is de verpleeghuisgeneeskunde. Dit vakgebied is sterk in ontwikkeling en vormt een trouwe en nauwe partner voor vele vakgroepen huisartsgeneeskunde. Het is te wensen dat ook de verpleeghuisgeneeskunde zich op niet al te lange termijn profileert. Dat zal ook de belangen van de vakgebieden die zich met dit rapport zo fraai presenteren, nog verder dienen.

C. van Weel

<sup>1</sup> Anoniem. Rapport van de Subcommissie Gezondheids(zorg)wetenschappen. Amsterdam: Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen, 1991.

<sup>2</sup> Anoniem. Disciplineplan geneeskunde. Amsterdam: Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen, 1988.

<sup>3</sup> Meijman FJ. De beoordeling van manuscripten. Huisarts Wet 1988; 31: 2.

<sup>4</sup> Meijman FJ. Louter drukinkt en papier? Huisarts Wet 1989; 32: 2.