

Het oordeel van huisartsen over deelname aan wetenschappelijk onderzoek

R.J.J. KOCKEN
A. PRENGER-DUCHATEAU
P.E.L.M. SMEETS-RINKENS
J.A. KNOTTNERUS

Door middel van een enquête onder twee representatieve steekproeven van huisartsen die regelmatig of incidenteel deelnemen aan onderzoek vanuit de Rijksuniversiteit Limburg, en huisartsen die daaraan niet deelnemen, werd nagegaan welke criteria daarbij worden gehanteerd, welke problemen worden ondervonden, welke informatie door de huisarts vooraf en na afronding van het onderzoek wordt gewenst, en in hoeverre het dagelijks handelen van de huisarts door participatie aan wetenschappelijk onderzoek wordt beïnvloed. De respons was respectievelijk 68 procent en 51 procent. De bereidheid tot deelname aan onderzoek is in het algemeen groot. De belangstelling voor het gekozen onderwerp en de belasting voor patiënt en huisarts zijn de belangrijkste factoren bij de afweging om wel of niet deel te nemen. Een goede terugrapportage wordt op prijs gesteld en een niet onaanzienlijk deel van de huisartsen acht het van belang op enigerlei wijze genoemd te worden als deelnemer. Ongeveer de helft van de respondende huisartsen vindt het redelijk een vergoeding voor extra bestede tijd te ontvangen.

Kocken RJJ, Prenger-Duchateau A, Smeets-Rinkens PELM, Knottnerus JA. Het oordeel van huisartsen over deelname aan wetenschappelijk onderzoek. *Huisarts Wet* 1992; 35(1): 32-4.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht; telefoon: 043-882281/882286

R.J.J. Kocken, hoofd Coördinatiebureau Eerste Lijn Beheerder Vakgroep Huisartsgeneeskunde; A. Prenger-Duchateau, destijds huisarts in opleiding; P.E.L.M. Smeets-Rinkers, research-assistent huisartsgeneeskunde; Prof. dr. J.A. Knottnerus, hoogleeraar huisartsgeneeskunde.

Correspondentie: R.J.J. Kocken.

Inleiding

In kringen van wetenschap en beleid wordt in toenemende mate aandacht besteed aan structuren voor samenwerking tussen universiteiten en andere instellingen of privépersonen. Ook in de gezondheidszorg, met name in de eerstelijns gezondheidszorg, ontstaat hiervoor steeds meer belangstelling. Het vooral bedrijfskundig geïntereerde rapport 'Samen werkt het beter' gaf een eerste modelbeschrijving van de mogelijkheden tot samenwerking tussen universiteiten en huisartsen.¹

Aan de Rijksuniversiteit Limburg is nu een onderzoek verricht onder 350 huisartsen met als vraagstelling:

- Wat zijn de criteria voor huisartsen om aan wetenschappelijk onderzoek mee te werken?
- Welke problemen ondervinden huisartsen in hun samenwerking met universiteiten op het gebied van wetenschappelijk onderzoek en welke informatie wordt door de huisarts vooraf en na afronding van het onderzoeksproject gewenst?
- Wordt het dagelijks handelen van de huisarts door participatie aan wetenschappelijk onderzoek beïnvloed?

Methode

Voor het onderzoek werd de facultaire regio, bestaande uit 564 huisartsen in Limburg en het Zuidoostelijk deel van Noord-Brabant, onderscheiden in twee deelpopulaties: 331 huisartsen die regelmatig of incidenteel deelnemen aan wetenschappelijk onderzoek en/of onderwijs vanuit de universiteit ('participanten'), en 215 huisartsen die daar tot 1 januari 1989 niet aan hadden meegedaan ('non-participanten'). Uit deze twee deelpopulaties werden *at random* respectievelijk 150 en 200 huisartsen geselecteerd, waarbij de verwachting was dat de respons in de non-participantengroep veel lager zou zijn dan die in de participantengroep.

De geselecteerde huisartsen ontvingen in mei 1989 een vragenlijst, bestaande uit vijftien gesloten vragen.* Bij de meeste vragen was er slechts één antwoordmogelijkheid; bij drie vragen werd gevraagd een

prioriteit van 1 t/m 4 aan te geven. Deze prioriteiten zijn in de analyse herleid tot een 5-puntsscore, waarbij de hoogst scorende variabele 4 punten kreeg en de niet aangekruiste 0.

In september werd de non-respondenten een nieuwe vragenlijst met een *reminder* toegezonden.

De statistische analyse van de verschillen tussen beide groepen werd uitgevoerd met de chi-kwadraattoets voor onafhankelijke steekproeven bij categorische variabelen, en met de t-toets bij numerieke variabelen. Er werd tweezijdig getoetst, met een significantiedrempel van 0,05.

Resultaten

Respons

Van de 350 benaderde huisartsen responderden er uiteindelijk 211 (60 procent). De respons in de participantengroep bedroeg 68 procent, die in de non-participantengroep 51 procent. Daarnaast was er nog 4 procent aan 'respons' met niet-correct ingevulde formulieren.

De gemiddelde leeftijd bedroeg 43 jaar, zonder duidelijke verschillen tussen de twee onderzoeksgroepen. De man/vrouwverdeling was 91 versus 9 procent. Van de deelnemers was 33 procent werkzaam in een stadspraktijk, 28 procent in een plattelandspraktijk en 40 procent in een mengvorm.

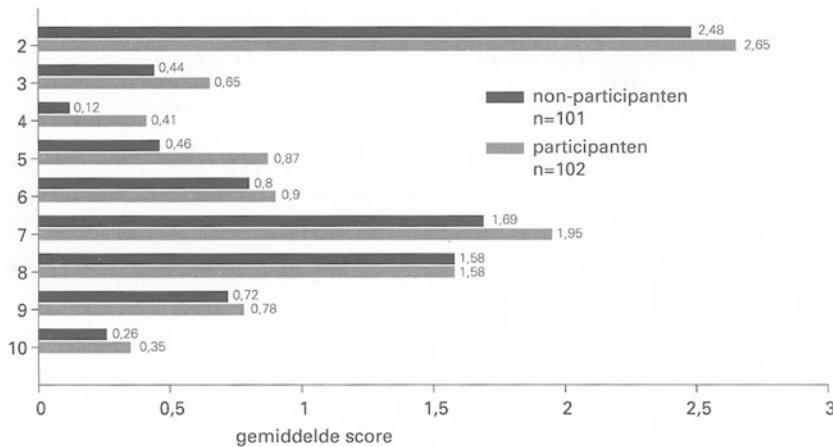
Van de participantengroep deed 77 procent – incidenteel of regelmatig – mee aan onderzoek door en begeleid vanuit de farmaceutische industrie. In de non-participantengroep was dat 74 procent.

Criteria

De criteria om deel te nemen aan wetenschappelijk onderzoek konden worden aangegeven met een score van 1-4. Uit de gemiddelde scores blijkt dat de deelnemers met name rekening houden met de eigen interesse met betrekking tot de onderzoeksvraagstelling, en met de verwachte belasting voor huisarts en patiënten (*figuur*

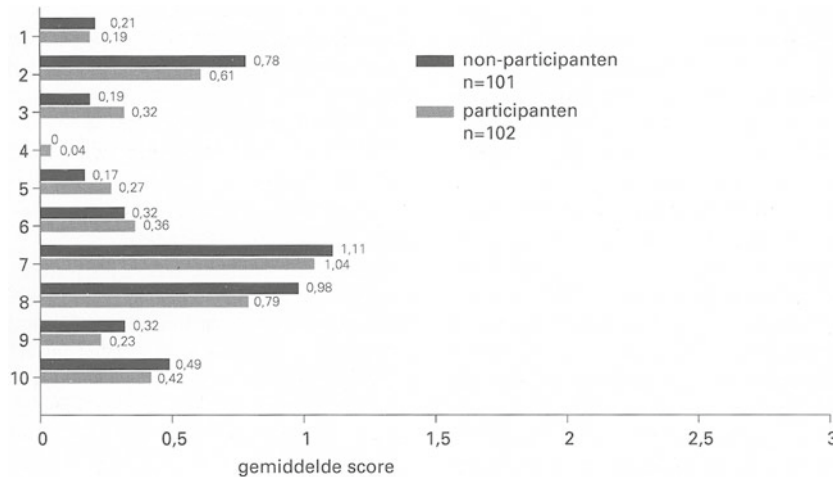
* De vragenlijst is ontwikkeld door de vakgroep Huisartsgeneeskunde in samenwerking met de vakgroep Medische Sociologie; zij is verkrijgbaar bij de vakgroep Huisartsgeneeskunde.

Figuur 1 Gemiddelde scores van participanten en non-participanten op de belangrijkste criteria voor deelname.



Legenda 2 interesse onderwerp; 3 vergoeding; 4 vertrouwen RL; 5 vertrouwen onderzoeker; 6 goede projectpresentatie; 7 acceptabele belasting huisarts; 8 acceptabele belasting patiënt; 9 acceptabele duur onderzoek; 10 anderszins

Figuur 2 Gemiddelde scores van participanten en non-participanten op de belangrijkste criteria voor niet-deelname.



Legenda 1 geen interesse wetenschappelijk onderzoek; 2 geen interesse onderwerp; 3 onvoldoende vergoeding; 4 geen vertrouwen RL; geen vertrouwen onderzoeker; 6 slechte projectpresentatie; 7 onacceptabele belasting huisarts; 8 onacceptabele belasting patiënt; 9 onacceptabele duur onderzoek; 10 anderszins

1). De verschillen tussen de twee onderzoeksgroepen waren in geen van de gevallen significant.

De vraagstelling, waarom huisartsen in voorkomende gevallen *niet* aan onderzoek deelnemen, gaf overeenkomstige uitkomsten, zij het dat met name de verwachte belasting voor patiënt en huisarts nu een grotere rol speelde, terwijl een gebrek aan interesse in het onderzoek veel lager scoorde (figuur 2). Verder vertoonde de score bij niet-deelname duidelijk minder differentiatie tussen de diverse variabelen. Ook hier waren er geen significante verschillen tussen beide onderzoekspopulaties.

Ervaren problemen

Ook uit de antwoorden op de vragen over optimale informatie-voorziening vooraf en de meest voorkomende problemen achteraf (in geval van deelname) blijkt dat de genoemde drie aspecten – interesse voor het onderwerp, belasting voor de patiënt en belasting voor de huisarts – belangrijk worden gevonden. De deelnemers ervaren het als een probleem dat de vooraf gegeven informatie over het onderzoek vaak onvoldoende is (score 1,34), en dat het onderzoek weinig aansluit bij de dagelijkse praktijk (1,37). De informatievoorziening tijdens de uitvoering van het onderzoek werd daarentegen niet als onjuist of onvoldoende ervaren (respectievelijk 0,5 en 0,05). Opvallend is verder dat de items 'Afspraken worden door de onderzoeker niet nagekomen' (0,25) 'De onderzoeker motiveert niet of te weinig' (0,64) en 'De uitvoering van het onderzoek heeft onacceptabele consequenties voor de doktersassistente' (0,52) laag scoorden.

Gewenste informatie achteraf

Van de ondervraagden antwoordde 60 procent grote waarde te hechten aan toezending van het eindresultaat: artikel of proefschrift, en in ieder geval een samenvatting; 37 procent stelt prijs op een presentatie van de resultaten in de vorm van een voorlichtingsbijeenkomst. Slechts 1 procent gaf te kennen geen nadere informatie te wensen.

Tweederde (63 procent) vond het niet belangrijk om met naam genoemd te worden, 27 procent vond dat wel belangrijk.

Van deze 27 procent vond 18 procent dat de huisarts als mede-auteur vermeld zou moeten worden, terwijl 36 procent antwoordt vermelding in het dankwoord acceptabel te vinden. De overige 46 procent zou de wijze van vermelding afhankelijk willen stellen van de geleverde bijdrage.

Vergoeding

Van de onderzoekspopulatie vindt 89 procent dat hun bijdrage op enigerlei wijze redelijk vergoed moet worden; slechts 5 procent vindt dit onnodig. Er zijn in deze geen significante verschillen tussen de twee onderzoekspopulaties.

Volgens 46 procent van de huisartsen is een vergoeding tussen de NLG 50,- en NLG 100,- per uur extra tijdsbelasting redelijk; 24 procent dacht aan een hogere vergoeding en 25 procent aan een lagere.

Bij de non-participanten wordt iets vaker voorkeur uitgesproken voor een hogere vergoeding dan bij de participanten-groep (27 procent versus 22 procent). De vergoeding zou idealiter uitbetaald moeten worden in de vorm van contant geld (58 procent) en/of materiaal voor de praktijk (47 procent) (tabel 1).

Beïnvloeding dagelijks handelen van de huisarts

Tenslotte werd aan de huisartsen gevraagd of en in welke mate hun dagelijks handelen beïnvloed wordt door (de resultaten van het) wetenschappelijk onderzoek. Gelukkig voor de onderzoekers zegt 79 procent van de huisartsen dat het praktisch handelen wel degelijk in meerdere of mindere mate wordt beïnvloed (tabel 2).

Beschouwing

Bij geen van de onderzochte items was een bepaald antwoord als sociaal wenselijk te beschouwen, en wij denken dan ook dat hierdoor geen vertekening is opgetreden; het ging immers om het aangeven van een bepaalde volgorde van items die alle van belang konden zijn. Bovendien was het duidelijk dat de gegevensverwerking anoniem was, en bestond de gelegenheid additionele opmerkingen te maken. Van deze mogelijkheid is overigens weinig gebruik gemaakt, en de weinige opmerkingen le-

Tabel 1 Wat acht u een redelijke uurvergoeding bij deelname aan wetenschappelijk onderzoek? Percentages.

	Participanten n=102	Non- participanten n=101
<25 gulden	2	4
25-50 gulden	24	17
50-100 gulden	44	36
>100 gulden	24	20

Tabel 2 Wordt het praktisch handelen van de huisarts beïnvloed door deelname aan wetenschappelijk onderzoek. Percentages.

	Participanten n=102	Non- participanten n=101
Niet	1	4
Nauwelijks	13	6
In mindere mate	45	42
In sterke mate	35	38

verden geen relevante aanvullende variabelen op.

Uit de internationale literatuur zijn ons twee vergelijkbare onderzoeken bekend. In een Canadees onderzoek onder 120 huisartsen bleken de vertrouwelijke behandeling van patiëntgegevens en resultaten van onderzoek het belangrijkste onderdeel van het afwegingsproces. Tevens zag de Canadese huisarts participatie aan wetenschappelijk onderzoek als een mogelijkheid om de eigen sterke en zwakke punten op bepaalde gebieden (en soms in vergelijking tot collega-huisartsen) beter te kunnen ontdekken.²

Aangezien wij in het verleden nauwelijks op problemen zijn gestuit op het gebied van de privacy-bescherming, is hierover in onze studie geen expliciete vraag gesteld. Bovendien is dit aspect door geen van de respondenten genoemd.

Een Australische studie onder 3350 huisartsen vertoont veel parallellen met ons onderzoek. Tijdsbelasting voor patiënt en huisarts scoorde hier hoog, terwijl ook de hoogte van de vergoeding belangrijk werd gevonden. Verder werd in Australië de te verwachten steun van de projectleider als een belangrijke variabele genoemd.

Uit ons onderzoek blijkt dat de bereidheid van huisartsen om deel te nemen aan wetenschappelijk onderzoek in het algemeen groot is. Mogelijk wordt hierbij de weg naar de farmaceutische industrie sneller gevonden dan die naar wetenschappelijke instellingen. De vaak kortere looptijd van industrieel onderzoek en de hogere vergoedin-

gen door de industrie spelen hierbij wellicht een belangrijke rol.

Veel onderzoekers zijn van mening dat het eindresultaat van het onderzoek in ieder geval aan de deelnemende huisartsen ter hand zou moeten worden gesteld; een niet onaanzienlijk deel stelt daarnaast prijs op expliciete vermelding van de namen van de deelnemende huisartsen in het eindresultaat. De fase van 'liefdewerk oud papier' en vrijblijvendheid is voorbij; de opvatting wint terrein dat bijdragen van huisartsen aan wetenschappelijk onderzoek vergoed dienen te worden.

Dankbetuiging

De auteurs van dit artikel danken alle huisartsen die aan het beschreven onderzoek hun medewerking verleenden. Hun grote aantal maakt het onmogelijk hen allen persoonlijk te noemen.

Literatuur

- Blanken AJ, Oudkerk RH. Samen werkt het beter, een onderzoek naar de samenwerking tussen universiteit en huisartsen. Groningen: Faculteit Bedrijfskunde Rijksuniversiteit Groningen 1988.
- Silagy C, Carson NE. Factors infecting the level of interest and activity in primary care research among general practitioners. *Fam Pract* 1989; 6: 173-6.
- Bogiel AEM, Dunn EV, Lamont CT, et al. Recruiting family physicians as participants in research. *Fam Pract* 1989; 6: 168-72. ■

Abstract on page 43.

Consultatiegedrag: valt er nog wat te verklaren?

Vervolg van pag. 3.

- ¹⁰ Van der Ree CM, Mookink HGA, Post D, Gubbels JW. Het terugbestelgedrag van de huisarts. Een toetsend beschrijvend onderzoek. *Huisarts Wet* 1992; 35(1): 9-12.
- ¹¹ De Maeseneer J. Huisartsgeneeskunde: een verkenning [Dissertatie]. Gent: Rijksuniversiteit Gent, 1989.
- ¹² Verhaak PFM. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1986.
- ¹³ Bensing JM. Doctor-patient communication and the quality of care. Utrecht: Nivel, 1991.
- ¹⁴ Tielens VCL. Consulents van huisartsen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1987.
- ¹⁵ Mookink HGA. Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986. ■

Wat heet somatisatie?

Vervolg van pag. 25.

- ²⁵ Williams JBW. The multiaxial system of DSM-III. Where did it come from and where should it go? II. Empirical studies, innovations and recommendations. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 181-6.
- ²⁶ Cloninger CR, Reich T, Guze SB. The multifactorial model of disease transmission. III. Familial relationship between sociopathy and hysteria. *Br J Psychiatry* 1975; 127: 23-32.
- ²⁷ Murphy GE. The clinical management of hysteria. *JAMA* 1982; 247: 2559-64.
- ²⁸ Hyler SE, Sussman N. Somatoform disorders. Before and after DSM-III. *Hospital and Community Psychiatry* 1984; 35: 469-78.
- ²⁹ Frances A. The DSM-III personality disorders section. A commentary. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 1050-4. ■

De behandeling van dermatomycosen

Vervolg van pag. 28.

Abstract

Grooten A, Meijman FJ. Treatment of dermatomycoses of toes/feet and groins in general practice. A comparative study of the efficacy of miconazol and Whitfield cream. *Huisarts Wet* 1992; 35(1): 26-8.

The use of Whitfield cream or miconazol cream in the treatment of dermatomycoses of toes/feet

or groins was evaluated in a double-blind randomised study. The study was done in a general practice (9000 patients) with 121 young adults during a period of approximately nine months. No statistically significant differences were found in efficacy, speed of healing, number of relapses, side-effects and convenience of use. It was remarkable that the results for both creams were rather mediocre, even after long-term treatment. One wonders whether any results obtained might not have been due to spontaneous recovery or increased hygiene.

Key words Dermatomycoses; Family practice; Therapy.

Correspondence J.A.M. Grooten, MD, 20 Hemonylaan, 1074 BH Amsterdam, The Netherlands.

Het oordeel van huisartsen over deelname aan wetenschappelijk onderzoek

Vervolg van pag. 34.

Abstract

Kocken RJJ, Prenger-Duchateau A, Smeets-Rinkers PELM, Knottnerus JA. The opinion of general practitioners about participation in research. *Huisarts Wet* 1992; 35(1): 32-4

Academic research groups increasingly depend on collaboration with general practitioners. An enquiry was organised that covered two representative samples of general practitioners; one group participating regularly or incidentally in research at the University of Limburg, and the other not doing so. The survey included questions as to criteria used, problems encountered, what kind of information the general practitioners want to have before and after evaluation of the study, and the extent to which the daily activities of the general practitioners are influenced by participation in research. There was 68 percent and 51 percent response respectively. In general, there was great willingness to participate in research. Interest in the subject selected and the burdens on patient and physician are the most important factors when considering participation. Good feedback is appreciated and a considerable number of general practitioners appreciate being mentioned somewhere as participants in the study. About half the responding general practitioners considered it reasonable to be financially compensated on the basis of NLG 50,- to 100,- per (extra) hour for the additional time spent.

Key words Family practice; Research.

Correspondence R.J.J. Kocken, Department of General Practice, University of Limburg, PO Box 616, 6200 MD Maastricht, The Netherlands.

In deze Agenda worden geen cursussen van uitsluitend regionale of lokale betekenis opgenomen. Mededelingen voor de Agenda in nummer 3 (maart 1992) moeten op uiterlijk 30 januari in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.

Februari

■ De gynaecologische kankerpatiënt: uw en onze zorg (Utrecht, 21 februari, 14.30-19.00 uur). Congres Stichting Olijf, Postbus 1478, 1000 BL Amsterdam.

April

Therapietrouw, patiëntenvoorlichting en chronische ziekten (Amsterdam, 10 april). Interdisciplinair congres onder auspiciën van de Nederlandse Behavioral Medicine Federatie. Inlichtingen: Vrije Universiteit, telefoon 020-548.5070 (9.00-12.00 uur).

North American Primary Care Research Group 20th Annual Meeting (Richmond Va, 12-15 april). Inlichtingen: May Lynn Fothergill, Box 48, Richmond Va 23298-0048.

Mei

Second Congress of the European Society of Contraception (ESC) (Athene, 6-9 mei). Onderwerp: geboortenregeling in een verenigd Europa. Inlichtingen: Pieter Wibaut, Nieuwendammerdijk 221, 1025 LK Amsterdam; telefoon 020-636.0086.

■ 4th European Congress on Obesity (Noordwijkerhout, 7-9 mei). Inlichtingen: QLT/Congrex, Keizersgracht 782, 1017 EC Amsterdam; telefoon 020-6261372; fax 020-6259574.

Family medicine in the 21st century (Vancouver, 9-14 mei). 13e WONCA-wereldcongres. Inlichtingen: NHG-bureau.

Juni

Referatendag Vlaams Huisartsen Instituut (Antwerpen, 20 juni). Inlichtingen: Anne Marie Rycckaert, Vlaams Huisartsen Instituut, St. Hubertusstraat 58, 2600 Berchem; telefoon 09-32.3.239.7930.

Juli

Meeting van de Association of University Teachers of General Practice (AUTGP) (Manchester, 15-17 juli). Inlichtingen: Dr. Alex Brown, Department of General Practice, Rusholme Health Centre, Manchester, M14 5NP, United Kingdom; telefoon 09-44.61.225.6699.

Second International Congress of Behavioral Medicine (Hamburg, 15-18 juli). Inlichtingen: Dr. Irmela Florin, Department of Psychology, University of Marburg, W-3550 Marburg, Bondsrepubliek Duitsland; fax 09-49-6421-286.716.