

Vergeeten kleinoden

Een selectie uit 201 onbeantwoorde vraagstellingen voor huisartsgeneeskundig onderzoek

FRANS J. MEIJMAN

Meijman FJ. Vergeeten kleinoden. Een selectie uit 201 onbeantwoorde vraagstellingen voor huisartsgeneeskundig onderzoek. Huisarts Wet 1995; 38(10): 461-4.

Samenvatting Een evaluatie van verslagen van kleinschalig huisartsgeneeskundig onderzoek in H&W en NTVG (1972-1991) leverde 201 onbeantwoorde vraagstellingen en hypothesen op. Via een globale en subjectieve benadering is hieruit een selectie gemaakt van twintig vraagstellingen die genomineerd worden voor vervolgonderzoek. Deze vraagstellingen richten zich op het natuurlijk beloop van kanker, de voorspellende waarde van niet-pluis signalen, hiv-gerelateerde symptomen en hyperventilatie, de etiologie van kanker, dementie en post-partum malaise, de interpretatie van bevindingen bij het lichamelijk onderzoek, het gebruik van contextuele informatie, de effectiviteit van geruststelling, ontspanningsoefeningen, oogmedicatie, de verwijzing naar een collega-huisarts, preventie via surveillance- en oproepsystemen, de doelstellingen van de weekenddienst en een referentie voor verwijscijfers. Gedocumenteerde ervaringen van huisartsen uit de eigen praktijk kunnen een nuttige bijdrage leveren aan de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde als wetenschap, ook als het 'slechts' om gevalbeschrijvingen gaat.

Dr. F.J. Meijman, huisarts, Jan van Eijckstraat 19hs, 1077 LG Amsterdam.

Inleiding

Probleemstellingen in de huisartsgeneeskunde die tot wetenschappelijk onderzoek leiden, ontstaan vanuit verwondering over onbegrepen fenomenen in de praktijk of vanuit bezinning in diverse studeerkamers, en idealiter vanuit de wisselwerking tussen beide inspiratiebronnen. Soms is regelrechte irritatie of ergernis over de bestaande situatie een belangrijke stimulans. Welke de origine van de vraagstelling voor een onderzoek ook moge zijn, men zal in de conceptuele fase te rade gaan bij de literatuur: het wiel is wellicht al eens uitgevonden, wat overigens niet hoeft te betekenen dat men het er dan verder bij moet laten. Andersom mag men bij een voortschrijdende wetenschapsontwikkeling veronderstellen dat de literatuur zelf een inspiratiebron is voor nieuw onderzoek.

Er zijn aanwijzingen dat deze invalshoek binnen de huisartsgeneeskunde als wetenschappelijke discipline lacunes vertoont. Zo heeft *Touw-Otten* in 1981 naar aanleiding van haar analyse van proefschriften van praktiserende huisartsen gesteld dat er te weinig geprofiteerd is van het werk van voorgaande studies.¹ Mijn eigen evaluatie van het kleinschalig wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk dat is gepubliceerd in de periode 1972-1991 in *Huisarts en Wetenschap* en het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, leidde tot een overeenkomstige conclusie.² De door het kleinschalig onderzoek voortgebrachte kennis bleek in sterkere mate geïncorporeerd in de professionele opvattingen van de beroepsgroep (LHV-basistakenpakket en NHG-standaarden) dan te hebben geleid tot huisartsgeneeskundig vervolgonderzoek. Twee derde van de expliciet door kleinschalig onderzoek gegenereerde vraagstellingen of hypothesen bleek in het geheel zonder vervolg te zijn gebleven. Voor zover er wel sprake was geweest van vervolgonderzoek, was dit in bijna twee derde van de gevallen niet aantoonbaar tot stand gekomen als uitvloeisel van het index-onderzoeksverslag.

De laatste constatering valt uit een oog-

punt van 'gezonde' wetenschapsontwikkeling zonder meer te betreuren. De eerste constatering is alleen dan betreurenswaardig als de expliciet gegenereerde maar nimmer in vervolgonderzoek beantwoorde vraagstellingen nog steeds relevant blijken. Ik meen dat dit voor de meeste opgaat en dat het ook geldt voor vraagstellingen en hypothesen die weliswaar niet expliciet door de auteurs zelf zijn geformuleerd, maar wel uit hun kleinschalig onderzoek kunnen worden afgeleid. Te meer daar het gaat om vraagstellingen die uit de huisartspraktijk zelf voortkomen, verdienen zij ruimere bekendheid. In deze verhandeling wil ik daarom stilstaan bij enkele vergeten kleinoden in het huisartsgeneeskundige wetenschapskabinet: welke – ex- of impliciet – door kleinschalig onderzoek gegenereerde vraagstellingen of hypothesen zijn nog steeds relevant?

Methode

Het uitgangspunt bestond uit de resultaten van mijn promotie-onderzoek (Meijman, pp. 69, 70 en 92³). Het gaat allereerst om 70 expliciete vraagstellingen of hypothesen voor vervolgonderzoek; 45 hiervan zijn – voor zover is nagegaan – zonder vervolg gebleven, terwijl één vraagstelling na de publikatie van mijn proefschrift ten dele is beantwoord.³ Uit de bestudeerde artikelen konden voorts 157 (deel)vraagstellingen of hypothesen worden afgeleid, zonder dat de auteur zelf een suggestie voor vervolgonderzoek had geformuleerd. In totaal 16 expliciete en 46 afgeleide vraagstellingen of hypothesen werden gedestilleerd uit gevalbeschrijvingen.

De uiteindelijke selectie is gebaseerd op een globale en subjectieve benadering van het materiaal, terwijl een simpele limiet is gesteld aan het aantal vermeldenswaardige vraagstellingen: tien expliciete en tien impliciete, nog onbeantwoorde vraagstellingen. Deze keuzen zullen steeds worden verantwoord in een korte toelichting; door de vraagstellingen en hypothesen in appendix 7.2 in mijn proefschrift na te lopen, kan de lezer zich voorts een oordeel vormen over mijn negatieve keuzen.

Andere beoordelaars zullen ongetwijfeld tot andere keuzen komen. De gevolgde subjectieve benadering is echter – gegeven het doel van dit artikel – verantwoord. Relevantie van kennis en relevant onderzoek zijn immers relatieve begrippen, die bovendien niet per se samenvallen (Meijman, pp. 60-63²). Afgezien daarvan laat een andere selectie onverlet waarom het hier gaat: vergeten kleinoden.

Resultaten

Op de pagina's 462 en 463 zijn de twintig voor vervolgonderzoek 'genomineerde' vraagstellingen in willekeurige volgorde vermeld. Zeven vraagstellingen zijn afkomstig uit gevalsbeschrijvingen. Thematisch zijn te onderscheiden: vraagstellingen die zich richten op het natuurlijk beloop van aandoeningen, de voorspellende waarden van klachten en symptomen, etiologische aspecten, diagnostisch handelen van huisartsen, therapeutische aspecten, preventie, praktijkorganisatie en kwaliteit van de zorg.

- Kennis van het natuurlijk beloop van aandoeningen is een basiselement voor adequaat huisartsgeneeskundig handelen, ook al is het 'natuurlijk beloop' tegenwoordig meestal sterk gecontamineerd met artificiële modificaties. Als therapeutisch ingrijpen geen 'zin' meer heeft, wordt juist van de huisarts verwacht dat hij op de hoogte is van de mogelijke ontwikkelingen van het ziekteproces en dat hij zijn palliatieve beleid daarop kan afstemmen. Vraagstelling 1 doelt daarop ten aanzien van de belangrijke categorie 'opgegeven' patiënten met kanker.
- De kern van het diagnostisch handelen van huisartsen bestaat uit het maken van risicoschattingen met behulp van eenvoudig te verkrijgen informatie (anamnese, contextuele informatie en lichamenlijk onderzoek). Kennis van de voorspellende waarden van klachten en symptomen bij diverse categorieën patiënten is daarbij essentieel. Op dat terrein valt nog het nodige te onderzoeken of bij te stellen, bijvoorbeeld met betrekking tot niet-plus signalen (vragen 11 en 12), voor hiv-infectie

verdachte symptomen (vraag 5) en de mogelijk riskante vormen van hyperventilatie (vragen 2 en 3).

- Ziektekundig denken impliceert kennis van en onderzoek naar etiologische factoren en verbanden. Daarbij leunt de huisartsgeneeskunde sterk op de andere geneeskundige disciplines. De tijd lijkt rijp dat het huisartsgeneeskundig onderzoek zich meer gaat richten op de etiologie van ziekten. Analyse van de (longitudinale) gegevens in de grote morbiditeitsregistraties biedt in ieder geval de mogelijkheid om op dit terrein explorerend werk te verrichten. Daarbij valt te denken aan de risicofactoren bij de diverse vormen van kanker (vraag 19), de mogelijke invloed van (slecht gereguleerde) diabetes mellitus op het ontstaan van dementie (vraag 6) en de oorzaken van post-partum malaise (vraag 13).

- De bovengenoemde thema's zijn alle drie van belang bij het diagnostisch handelen van huisartsen. In dat kader kunnen nog twee aspecten worden toegevoegd waarover betrekkelijk weinig informatie beschikbaar is: de verschillen in de interpretatie van het lichamenlijk onderzoek van patiënten (vraag 14) en het gebruik van contextuele informatie uit het verleden, het ziektegedrag en de thuissituatie van patiënten (vragen 10 en 15).
- De terechte uitspraak 'goede huisartsen weten veel om weinig te doen',²¹ mag ons niet doen vergeten dat huisartsgeneeskunde in de praktijk uit meer bestaat dan louter het interpreteren van klachten en symptomen vanuit een omvangrijk reservoir van kennis en inzicht. Veel therapeutische interventies worden veelvuldig toegepast zonder deugdelijk onderzoek naar effectiviteit en bijwerkingen. Te denken valt aan

Tien vraagstellingen voor vervolgonderzoek *expliciet gegenereerd* door kleinschalig wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1 Hoe is het beloop bij patiënten met diverse vormen van kanker nadat ze uit het ziekenhuis zijn ontslagen, met name waar het 'opgegeven' patiënten betreft?⁴ 2 Hoe vaak is hyperventilatie riskant en hoe vaak niet? Zijn riskante vormen van hyperventilatie te onderscheiden van vormen zonder risico's?⁵ 3 Als hyperventilatie niet altijd ongevaarlijk is, welke consequenties heeft dat dan voor de behandeling, gegeven het feit dat geruststelling tot nu toe de hoeksteen van de behandeling is?⁵ 4 Wat is het effect van oogmedicatie bij kinderen met 'rode ogen'?⁶ 5 Welke voorspellende waarden kunnen in de huisartspraktijk worden toegekend aan de diverse 'voor hiv-infectie verdachte' symptomen en welke factoren wijzen op de noodzaak van snelle objectivering van dit vermoeden?⁷ 6 Heeft diabetes mellitus een bevorderende invloed op het | <p>ontstaan van dementie en is de regulering van de bloedsuikervwaarden daarbij een oorzakelijke factor?⁸</p> <ol style="list-style-type: none"> 7 Voldoen anamneselijsten als meetinstrument bij de vroege opsporing van aandoeningen bij bejaarden en andere risicogroepen in de huisartspraktijk?⁸ 8 Welke cijfers voldoen voor huisartsen het best als referentie met betrekking tot de vergelijking van de eigen verwijscijfers?⁹ 9 Dient de weekenddienst voor huisartsenhulp te worden georganiseerd op basis van een continue zorg met een onverminderde dienstverlening of op basis van de gedachte dat er slechts deskundige hulp in geval van nood geboden wordt?¹⁰ 10 Welke meerwaarde heeft het huisbezoek door de huisarts met het oog op de extra informatie die verkregen kan worden en van welke aard is die informatie?¹¹ |
|---|--|

geruststelling (vraag 16), ontspanningsoefeningen (vraag 17) en 'simpele' medicatie als geneesmiddelen bij het rode oog (vraag 4). Ook een veronachtzaamde mogelijkheid ter geruststelling – de verwijzing naar een collega-huisarts (vraag 18) – verdient nader onderzoek.

• Wat het voorkómen van ziekten betreft, blijkt de primaire preventie grotendeels buiten het huisartsgeneeskundige onderzoeksprogramma te liggen; men richt zich vooral op secundair en tertiair preventieve activiteiten. Nog afgezien van het aantonen van de effectiviteit, verdient de uitvoerbaarheid van allerlei interventies het nodige onderzoek: het gebruik van anamneselijsten bij de vroege opsporing van

aandoeningen (vraag 7) en het operationeel houden van surveillance- en oproepsystemen (vraag 20).

• Praktijkorganisatorische zaken als de weekenddienst worden in het onderzoek stiefmoederlijk behandeld. Mede door de veranderende maatschappelijke opvattingen aangaande dienstverlening vraagt de principiële vraag (uit 1974) naar de uitgangspunten en doelstellingen van de weekenddienst dringend om een antwoord (vraag 9).

• Kwaliteit van de zorg is als trefwoord in *Huisarts en Wetenschap* in twintig jaar tijd opgeschoven van de 39e naar de 4e plaats (Meijman, p. 51²), maar op de essentiële vraag (uit 1979) naar een valide en be-

trouwbaar referentie voor de eigen verwijslijst (vraag 8) moeten we het antwoord nog grotendeels schuldig blijven.

Beschouwing

De boodschap van deze verhandeling moge duidelijk zijn: de vergeten kleinoden van het huisartsgeneeskundig onderzoek moeten uit de kast. Sommige moeten wellicht wat opgepoetst worden, maar de meeste zouden zonder meer de kamers van menig onderzoeker kunnen sieren. De resultaten van het onderzoek waartoe ze uitnodigen, zouden de inhoud van dit tijdschrift verlevendigen en dichter brengen bij de praktijk van alledag.

Hoewel de kleinoden het produkt zijn van de wetenschappelijke inspanningen van overigens gewone, ambachtelijke huisdokter, vereist de beantwoording van veel vragen vaak meer dan binnen een kleinschalig onderzoeksopzet mogelijk is. Het is aan groepen wetenschappelijk geïnteresseerde huisartsen, universitaire vakgroepen en andere onderzoeksinstellingen om de uitdagingen aan te nemen die eerder onderzoek in de huisartspraktijk heeft gegenereerd.

De keuze voor vervolgonderzoeken die ik heb gemaakt, is onmiskenbaar subjectief gekleurd. Een vergelijking van de twee kaders met appendix 7.2 van mijn proefschrift zal duidelijk maken dat mijn voorkeur ligt bij vragenstellingen die direct relevant zijn voor het huisartsgeneeskundig handelen in de praktijk. Allerlei andere door kleinschalig onderzoek gegenereerde vragenstellingen zijn in een breder huisartsgeneeskundig of algemeen medisch kader ook interessant, maar het begrijpen van alledaagse ziektebeelden en het handelen van huisartsen verdienen mijns inziens prioriteit.

Los van deze voorkeur is het zinvol een moment stil te staan bij de heersende onderzoekscultuur, waarbinnen zoveel relevante vragenstellingen in de vergetelheid konden raken. Moeten we hier niet spreken van een zekere verspilling, gezien de beperkte middelen waarmee het huisartsgeneeskundig onderzoek lange tijd te ma-

Tien vragenstellingen en hypothesen voor vervolgonderzoek afgeleid uit kleinschalig wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk

- 11 Welke klachten en symptomen vormen bij welke patiëntengroepen in de huisartspraktijk, gezien de kans op een behandelbare ernstige aandoening, een onbetwistbare reden voor uitputtende diagnostiek, al dan niet via verwijzing naar een specialist?¹²
- 12 Hoe groot is in de huisartspraktijk de voorspellende waarde van het klinisch beeld van huidvormsels ten aanzien van het al dan niet maligne zijn?¹³
- 13 Welke oorzaken zijn er voor klachten van algemene malaise in de periode na de bevalling bij vrouwen in de huisartspraktijk?¹⁴
- 14 Wat zijn de aard en omvang van de verschillen tussen huisartsen in de interpretatie van het lichamelijke onderzoek van patiënten?¹⁵
- 15 Spelen gegevens uit het verleden van de patiënt en ervaringen van de huisarts met de patiënt in de overwegingen van de huisarts bijna altijd een rol?¹⁶
- 16 Hoe vaak resulteren als geruststellend bedoelde uitspraken van artsen in de trant van 'er is niets bijzonders gevonden' in aanhoudende ongerustheid bij patiënten?¹⁷
- 17 Ontspanningsoefeningen kunnen een zeer nuttige aanvulling zijn op het instrumentarium van de huisarts bij symptomatische behandeling van 'musculaire hypertonie' (lichamelijke en geestelijke gespannenheid zonder organische oorzaak).¹⁸
- 18 Vormt een verwijzing naar een collega-huisarts een doeltreffend en doelmatig alternatief voor een verwijzing naar een specialist in die gevallen waarin huisartsen de patiënt vooral willen verwijzen om morele steun te krijgen?¹⁵
- 19 Welke risicofactoren kunnen in de registratiegegevens van de huisarts achterhaald worden bij de diverse vormen van kanker?¹⁹
- 20 Dient de huisarts een surveillance- en oproepsysteem op te zetten en operationeel te houden teneinde non-compliance personen met aangetoonde risicofactoren (afwijkende cervixcytologie, hypertensie, diabetes mellitus, roken) te attenderen op de noodzaak van vervolgonderzoek en/of periodieke controle?²⁰

ken heeft gehad? En zijn de herontdekte kleinodan inderdaad 'gewoon' vergeten of worden ze vooral verwaarloosd binnen de vigerende 'onderzoekslijnen'?

In navolging van *Van Weel* en *De Melker* zou men kunnen antwoorden dat het er toch niet zo somber uitziet.^{22,23} 'De laatste vijftien jaar is het patiëntgebonden onderzoek in de huisartsgeneeskunde goed van de grond gekomen ...'.²³ Dat moge zo zijn, maar tegelijkertijd liggen veel in de praktijk gegeneerde vragen te verstoffen. Natuurlijk kunnen ze zonder problemen worden ondergebracht binnen de termen van de huisartsgeneeskundige academische gemeenschap,²⁴ het gaat er echter om ze daadwerkelijk te onderzoeken. Daarbij zijn de kaders die de subsidiegevers stellen, belangrijke randvoorwaarden, maar ook die zijn uiteindelijk betrekkelijk. Een gebundelde inzet – waarbij het Genootschap niet aan de zijlijn behoeft te blijven staan – kan leiden tot bijstelling van die financiële kaders.

De resultaten van deze secundaire analyse plaatsen de casuïstiek als onderzoeksmethode in een minder somber perspectief dan ik in mijn proefschrift heb geschetst. Het bleek onmogelijk om de 43 bestudeerde gevalsbeschrijvingen te beoordelen aan de hand van de geformuleerde criteria voor methodologische kwaliteit van onderzoek. Dat deed de vraag rijzen of de gevalsbeschrijving zoals deze door huisartsen wordt toegepast, wel uitstijgt boven het niveau van belletristiek of didactisch middel, en of casuïstiek wel kan worden aangemerkt als onderzoeksmethode (Meijman, pp. 87, 88, 177²). Voor het genereren

van belangwekkende en relevante vraagstellingen voor onderzoek blijkt de gevalsbeschrijving niettemin een vruchtbaar (en simpel) middel. Waarmee weer eens is onderstreept dat gedocumenteerde praktijkervaringen van huisartsen een nuttige bijdrage kunnen leveren aan de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde als wetenschap.

Literatuur

- 1 Touw-Otten FWMM. Wetenschapsbeoefening en huisartsgeneeskunde [Dissertatie] Deventer: Van Loghum Slaterus, 1981: 125.
- 2 Meijman FJ. Kleinschalig wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Lelystad: Meditekst, 1993.
- 3 Hugenholtz M. De eerste visite. Het onderzoek van de pasgeborene. *Huisarts Wet* 1994; 37: 541-4.
- 4 Hoekstra GR. Een onverwacht lang beloop bij 'opgegeven' patiënten met kanker. *Ned Tijdschr Geneesk* 1988; 132: 97-8.
- 5 Arentz DH. Hyperventilatie: geruststellend of zorgwekkend? *Huisarts Wet* 1986; 29: 312-5.
- 6 Meyboom WA, Post D, Thomas S. Het voorschrijven van geneesmiddelen aan kleine kinderen. *Huisarts Wet* 1984; 27: 300-5.
- 7 Meijman FJ. Symptomen bij vermoede en vroege stadia van HIV-infecties in twee Amsterdamse huisartspraktijken. *Ned Tijdschr Geneesk* 1990; 134: 1405-9.
- 8 Fuldauer A. Negen jaar bejaardenonderzoek in een huisartspraktijk; studie en verantwoording over preventief geneeskundig onderzoek. *Huisarts Wet* 1973; 16: 135-47.
- 9 Rop HJ, Lamberts H, Van Weel C. Huisarts en verwijsgedrag. *Huisarts Wet* 1979; 22: 306-12.
- 10 Waisfisz HG. Een rapportage over vierentwintig keer weekenddienst. *Huisarts Wet* 1974; 17: 226-9.
- 11 Van der Kooij S. Wat doet de huisarts thuis? *Huisarts Wet* 1979; 22: 501-3.
- 12 Kenter EGH. Verwijzen of zelf behandelen? *Ned Tijdschr Geneesk* 1980; 124: 0465-7.
- 13 Muyrers PEM. Kleine tumoren. Kleine chirurgie in de huisartspraktijk II. *Huisarts Wet* 1987; 30: 123-5.
- 14 Van den Bosch WJHM. Thyreoiditis in het kraambed. *Huisarts Wet* 1988; 31: 373-4.
- 15 Ter Braak EM, Van der Werf GTh. Verwijzen of niet? *Huisarts Wet* 1984; 27: 334-7.
- 16 Bremer GJ. Dokters in hun dagelijkse doen. *Huisarts Wet* 1978; 21: 477-83.
- 17 Aulbers BJM. Huidige geneeskunde, een medaille met een keerzijde. *Ned Tijdschr Geneesk* 1981; 125: 0002-4.
- 18 Kerkhof PD, Godkewitsch A. Ontspanning bij de fysiotherapeut. *Huisarts Wet* 1980; 23: 067-70.
- 19 Roolvink EGJJ. Registratie van kanker in een huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1983; 26: 084-7.
- 20 Prins A. Maar als u... *Huisarts Wet* 1984; 27: 394-5.
- 21 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. 2e dr. Lelystad: Meditekst, 1994: 243.
- 22 Van Weel C. De huisartsgeneeskunde als academische discipline [Commentaar]. *Huisarts Wet* 1991; 34: 410-2.
- 23 De Melker RA. Gewone ziekten, het minste onderzocht. *Huisarts Wet* 1994; 37: 198-201.
- 24 Leenen HJJ, Klaassen ABM, red. Rapport van de subcommissie Gezondheids(zorg)-wetenschappen. Amsterdam: Commissie Geneeskunde Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen, 1991.