

Prioriteiten bij huisartsgeneeskundig wetenschappelijk onderzoek: terug naar de huisartspraktijk

FRANS J. MEIJMAN

Meijman F.J. Prioriteiten bij huisartsgeneeskundig wetenschappelijk onderzoek: terug naar de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1997; 40(6): 261-4.

Samenvatting De kwaliteit van de patiëntenzorg is er mee gediend wanneer het handelen van de praktiserende huisarts zoveel mogelijk wordt geschraagd door wetenschappelijke kennis en inzichten. De practicus moet de resultaten van wetenschappelijk onderzoek dan wel als zinvol en toepasbaar herkennen. En daar schort het aan. Veel onderzoek op het terrein van de huisartsgeneeskunde ontbeert een herkenbare relevantie voor de dagelijkse praktijk. Soms is dat onvermijdelijk, maar naarmate de kloof tussen wetenschapsbeoefening en dagelijkse praktijk toeneemt, zal het gezag dat de wetenschap onder practici geniet, onvermijdelijk afnemen. Dat is pas echt een slechte ontwikkeling. De prioriteiten bij wetenschappelijk onderzoek dienen daarom te worden bijgesteld in de richting van de praktijk.

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

Dit artikel is een bewerkte versie van een lezing, gepresenteerd tijdens het symposium ter gelegenheid van het 10-jarig bestaan van het Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek op 18 april 1997 te Amsterdam.

Inleiding

Huisartsen zijn academici. Dat is een groot goed, dat voortdurende aandacht behoeft, want een academische benadering is in de praktijk van alledag aan erosie onderhevig. Wetenschappelijk onderzoek is één van de exponenten van de academische benadering. De ontwikkelingen die zich bij dat onderzoek voordoen, verdienen een reflectie vanuit het perspectief van de praktiserende huisartsgeneeskunde, wil de wisselwerking tussen wetenschap en professie vruchtbaar blijven. Hierop richt zich deze bijdrage.

De afgelopen vijftien jaar hebben zich wat betreft het wetenschappelijk onderzoek minstens drie ontwikkelingen voorgedaan.

In de eerste plaats is de crisisfase van de jaren zeventig omgeslagen naar een hoogconjunctuur van onderzoeksactiviteiten: er is een infrastructuur voor onderzoek tot stand gekomen,^{1,2} nieuw ontwikkelde onderzoeksinstrumenten zoals de International Classification of Primary Care worden zeer algemeen gehanteerd,³ de productie van publicaties is enorm toegenomen^{2,4} en deze publicaties dienen mede ter onderbouwing van de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap.^{5,6}

Ten tweede heeft het wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de huisartsgeneeskunde een grootschalig karakter gekregen. Het onderzoek wordt thans grotendeels uitgevoerd door (tussenkomen van) universitaire huisartseninstituten en andere onderzoeksinstellingen.^{1,2,7} De tijd dat praktiserende huisartsen zelfstandig en op kleine schaal betekenisvolle activiteiten ontplooiden op het gebied van de wetenschapsbeoefening, lijkt voorbij.⁸

Ten derde is er sprake van een sterke internationalisering, die onder meer tot uitdrukking komt in een sterk gestegen aantal Engelstalige publicaties van Nederlandse origine.⁴

Afgezien van één dissonant klinkt deze opsomming indrukwekkend. Hoogconjunctuur, schaalvergroting en internationalisering, wat wil je nog meer?

Als praktiserend én wetenschappelijk

actief huisarts wil ik ook niet 'meer', als wel iets anders. Beter gezegd: ik zou een bijstelling willen van de prioriteiten met betrekking tot de inhoud van 'ons' onderzoek. Gaandeweg zijn er namelijk vragen gerezen ten aanzien van de relevantie voor de dagelijkse praktijk van de bevindingen van menig ingenieus 'huisartsgeneeskundig' onderzoek. En die praktijk is de uiteindelijke toetssteen, naast de op zichzelf staande betekenis die wetenschappelijk onderzoek en de resultaten daarvan hebben voor een gezonde ontwikkeling van de discipline huisartsgeneeskunde. Vanzelfsprekend kan men vanuit de wereld van onderzoekers, de beleids sfeer en het onderwijs anders aankijken tegen prioriteiten bij wetenschappelijk onderzoek op het terrein van de huisartsgeneeskunde. Wat ligt er daarom meer voor de hand dan een publieke discussie in de kolommen van dit tijdschrift?

Omwille van de leesbaarheid zal ik deze bijdrage aan die discussie formuleren in de vorm van een lijst van prioriteiten. De toelichting heeft vooral een prikkelend karakter en pretendeert zeker niet volledig te zijn.

Onderzoek en praktijk

De gestelde prioriteiten vloeien voort uit een aantal overwegingen. Zo is er de teleurstelling dat de dagelijkse diagnostische en therapeutische praktijk met betrekking tot gewone klachten en ziekten veelal is gebaseerd op traditie, ervaring, logisch redeneren en, in het gunstigste geval, een door een NHG-standaard bezegelde consensus. Dit deel van de huisartsgeneeskunde zou inmiddels toch moeten berusten op patiëntgebonden onderzoeksbevindingen over effectiviteit en doelmatigheid. Het gemis daaraan is extra wrang, wanneer we kijken naar de overdaad aan beschikbare incidentie- en prevalentiecijfers, indicatoren voor het proces (maar niet de uitkomst) van het huisartsgeneeskundig handelen en allerhande 'dimensies', die weliswaar het inzicht in de structuur, het proces en soms de uitkomst van de zorg vergroten, maar vaak nauwelijks zijn te vertalen naar relevante conclusies

voor de dagelijkse praktijk. De praktijk snakt naar 'gewoon brood', maar de wetenschap doet zich te goed aan 'cake', zo lijkt het. Dit brengt mij tot de eerste prioriteit.

1 Onderzoekers zouden meer dan nu gebruikelijk is het discours moeten aangaan met practici in de fase van de ontwikkeling van probleem- en vraagstellingen voor wetenschappelijk onderzoek. Practici zouden meer en duidelijker kenbaar moeten maken welke specifieke vragen zij beantwoord willen zien. Het is een taak voor onderzoeksinstellingen en het Nederlands Huisartsen Genootschap vorm te geven aan deze wisselwerking.

Tot dusver is er stilzwijgend van uitgegaan dat de betrokkenheid van huisartsen als (mede)onderzoeker een voldoende waarborg was voor de praktische relevantie van onderzoeksprojecten. Dat is zeker zo geweest, maar in toenemende mate worden onderzoeken gearachtereerd vanuit de wereld van onderzoekers en vanuit de beleidsfeer. Beide werelden raken naar mijn indruk steeds meer verstregeld en zijn te veel los komen te staan van de werkvloer van praktiserende huisartsen. Financieringsmogelijkheden, de waan van de dag in de beleidsorganen, esoterische concepten van onderzoekers (hoe fascinerend ook) en niet te vergeten publicatiedwang en scoringsdrift bepalen inmiddels de grote lijnen van de onderzoeksprogramma's. Dat kan niet de bedoeling zijn; wetenschappelijk onderzoek op het terrein van de huisartsgeneeskunde dient in ieder geval dienstverlenend te blijven aan de praktijk van de huisartsgeneeskunde.

Publicatiebeleid

2 Alle onderzoeksgroepen dienen een publicatiebeleid te ontwikkelen (en ten uitvoer te brengen!), waarin de boodschap, de doelgroep voor de boodschap en het meest geëigende publicatiemedium minstens zoveel aandacht krijgen als de score die de publicatie kan (of moet?) opleveren.

De meerderheid van huisartsgeneeskundige onderzoeksresultaten wordt tegen-

woordig geëxporteerd naar Engelstalige tijdschriften of boeken. Deze resultaten bereiken practici hoogstens in afgeleide vorm via literatuuroverzichten, commentaren, referaten en standaarden; met dubbelpublicaties wil het maar niet vlotten. Voor zover deze - arbeidsintensieve - migratiemechanismen optimaal werken, is er nog niet zoveel aan de hand. Als een onderzoeksbevinding al belangwekkend is, kan het geen kwaad dat de sedimentatie naar de praktijk gepaard gaat met een zeker rijpingsproces. Uit een oogpunt van een optimaal academisch discours en/of uit simpel Europrovinciaal chauvinisme kan men bij deze gang van zaken echter vraagtekens plaatsen, hoe begrijpelijk de ontstaansgeschiedenis van de braindrain ook is.

Meetinstrumenten

3 Het ontwikkelen van deugdelijke nieuwe en het herijken van bestaande meetinstrumenten verdienen meer aandacht. Dit geldt in het bijzonder met betrekking tot de externe validiteit van beoordelingsinstrumenten voor de kwaliteit van zorg, de klinische relevantie van uitkomstmaten en de validiteit van geregistreerde diagnosen.

Ondanks een inmiddels sterk ontwikkelde methodologische expertise, moeten kwaliteitsbeoordelingen het nogal eens stellen zonder een toetsing van de externe validiteit van het meetinstrument. Het blijft dan de vraag of huisartsen zich herkennen in de beoordeling, en of de score iets zegt over hun werkelijke handelen. Evenzo beperkt men zich te vaak tot het analyseren van surrogaat-uitkomstmaten, die geput worden uit registraties in patiëntendossiers of andere bestanden. Men deinst helaas te vaak terug voor het registreren van het feitelijke handelen en het meten van effecten op patiëntniveau. Zo gaat het er bijvoorbeeld niet zozeer om of een bepaald instrument in een praktijk aanwezig is, maar om vast te stellen of dat instrument bij de juiste patiënten op de juiste indicatie met het bedoelde effect wordt toegepast, en hoe het patiënten vergaat bij wie het instrument niet kan worden toege-

past, doordat het in de praktijk ontbreekt. Bij de evaluatie van controles op complicaties van een chronische ziekte is het niet zozeer informatief om vast te stellen of de controleprocedures zijn geregistreerd, als wel om na te gaan of de complicaties in frequentie worden teruggedrongen.

Een tweede aansporing tot het herijken van bestaande meetinstrumenten vinden we in een recent pilot-onderzoek naar de achtergronden van de - veelal aanzienlijke - verschillen tussen de incidentie- en prevalentiecijfers in vijf huisartsregistratiesystemen.⁹ De auteur concludeert dat er ernstig rekening mee moet worden gehouden dat veel 'diagnosen' die in de huisartspraktijk worden gesteld, niet kunnen worden beschouwd als valide categorieën *in wetenschappelijke zin*. De consequenties van deze pas op de plaats zijn vérstrekend. Wat zeggen ons bijvoorbeeld cijfers over aanvullend onderzoek of farmacotherapie door huisartsen bij astma, als we de validiteit van de geregistreerde diagnosen astma serieus ter discussie moeten stellen? We zouden pas op de validiteit van de geregistreerde categorie 'astma' mogen vertrouwen, als we er op goede gronden van mogen uitgaan dat door de registrerende huisartsen eenduidig en volgens uniforme in- en uitsluitcriteria is geëvalueerd, zonder overregistratie en - nog belangrijker - zonder onderregistratie. En dan weten we overigens nog niet of het geregistreerde aantal gevallen van astma staat voor al die gevallen die huisartsen de facto als 'astma' tegemoet treden in hun diagnostiek, voorlichting en/of therapie.

Bron vraagstellingen

4 Naast theoretische concepten kunnen zorgvuldige analyses van de volgende inventarisaties in aanmerking komen als bron voor praktijkrelevante onderzoeksvraagstellingen:

- op consensus gebaseerde uitspraken in de NHG-standaarden;^{5,6}
- op consensus gebaseerde uitspraken in het Basistakenpakket van de huisarts;¹⁰
- hypothesen en vraagstellingen voor vervolgonderzoek genoemd in ver-

slagen van kleinschalig wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk;^{8,11}

- de lijsten van onderwerpen en problemen waarvan het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde Basiscurriculum meent dat zij onderwezen moeten worden aan medisch studenten;¹²
- de resultaten van regionale of nationale Delphi-achtige inventarisatieronden onder praktiserende huisartsen.

Vraagstellingen voor wetenschappelijk onderzoek dringen niet zomaar vanaf de werkvloer door naar de plaatsen waar over projecten wordt beslist, en een systematische benadering bij de prioriteitsstelling kan geen kwaad. Het zou de discipline huisartsgeneeskunde sieren als er veel meer samenhang zou komen in het wetenschapsbeleid; de mogelijkheid dat op den duur zelfs een 'Nederlandse school' op het gebied van concepten, thematiek en methodologie zou kunnen ontstaan, lijkt een aantrekkelijk perspectief. Om te beginnen zou het vanzelfsprekend moeten zijn dat de opdrachten die de Nederlandse huisartsgeneeskunde zich stelt, kunnen worden onderbouwd of weerlegd met onderzoeksresultaten. Die opdrachten zijn inmiddels vastgelegd in globale en gedetailleerde vorm. Waar het nu op aankomt, is de operationalisering van die standpunten in vraagstellingen die zich lenen voor onderzoek.

Geen prioriteit

- 5** Geen prioriteit bij nieuw te ontwikkelen huisartsgeneeskundige onderzoeksprojecten hebben:
- morbiditeitsregistraties, tenzij voor het opbouwen van een steekproefbestand of het onderzoeken van het natuurlijk beloop van ziektebeelden en de prognostische factoren daarbij;
 - onderzoek naar vormen van interdoktervariatie;
 - beschrijving van procesvariabelen in de hulpverlening;
 - implementatie-onderzoek van richtlijnen;

- evaluatie van eendagsvinders in de gezondheidszorg (de 'innoverende' projecten);
- onderzoek naar bekende structurele/maatschappelijke factoren.

Deze invalshoeken zijn niet per se oninteressant of irrelevant, maar hun relevantie berust niet primair op de consequenties voor de dagelijkse praktijk en op de huisartsgeneeskunde als klinische discipline. Vanuit een sociologisch of beleidsmatig perspectief bezien hebben deze benaderingen zeker hun betekenis, maar zij dienen dan ook onder die vlag geïnitieerd en gefinancierd te worden. Het is niet de bedoeling evidence based medicine te verenigen tot het in kaart brengen van de mate waarin artsen zich wel of niet aan richtlijnen houden, en te onderzoeken in hoeverre het beoogde gedrag wel gerealiseerd kan worden. Huisartsen blijken snel verworvenheden te integreren in hun praktisch handelen, wanneer de effectiviteit ervan is bewezen in onderzoek. Te denken valt aan de introductie van orale contraceptiva, maagzuursecretieremmende medicamenten en echoscopie, en het verlaten van procedures als de paracentese en de galblaasfoto als routinehandelingen. De evidence based benadering is er mee gediend als we ook in het huisartsgeneeskundige onderzoek de beschikbare middelen en expertise inzetten voor het oplossen van problemen zoals die zich in de klinische huisartspraktijk voordoen.

Prioriteiten

- 6** Wel prioriteit bij nieuw te ontwikkelen huisartsgeneeskundige onderzoeksprojecten hebben:
- interventie-onderzoek naar gewone diagnostische en therapeutische procedures, adviezen en begeleiding en naar de invloed van contextuele informatie daarbij;
 - onderzoek naar het natuurlijk beloop van klachten en ziektebeelden en de prognostische factoren daarbij;
 - analyse van het diagnostisch proces en de voorspellende waarde van niet-pluis- of alarmsignalen;
 - interventie-onderzoek naar adequate

hantering van de huisarts-patiëntinteractie;

- interventie-onderzoek naar een doelmatige praktijkvoering;
- onderzoek naar de houdbaarheid en operationalisering van de grondbeginselen van de huisartsgeneeskundige benadering, zoals de klachtgerichte benadering versus surveillance.

We zullen het er allen over eens zijn dat het in de huisartspraktijk primair gaat om de patiënt. Dat betekent dat de prioriteit ligt bij wetenschappelijk onderzoek dat zich richt op patiëntgebonden uitkomstmaten. Doktergebonden onderzoek naar het proces van de hulpverlening en de bijbehorende uitkomstmaten zijn alleen geïndiceerd als opstap naar patiëntgebonden uitkomsten. De schatkamer aan descriptieve gegevens en ontwikkelde inzichten die in veertig jaar huisartsgeneeskundig onderzoek is bijeengebracht, maakt het mogelijk veel probleemstellingen te vertalen in interventie-onderzoek.

Het primaat van interventie-onderzoek laat echter onverlet dat het uitgelezen pad naar de boom der kennis niet per se leidt via de randomized controlled trial. Retrospectief en zeker prospectief observationeel onderzoek in de huisartspraktijk kan zeer waardevol zijn. En nogal eens blijkt een experimentele opzet waarin een diagnostische, therapeutische of preventiegerichte interventie wordt getoetst, niet nodig, niet geschikt, onmogelijk of niet valide.¹³

De onderzoeksopzet staat overigens niet voorop, maar volgt uit de problemen en vraagstelling en de gegeven mogelijkheden. En die zijn te vinden in de huisartspraktijk.

Literatuur

- 1 Commissie Geneeskunde. Discipline-advies geneeskunde 1994. Amsterdam: Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen, 1994: 206-8.
- 2 Lamberts H, Knottnerus JA, Hofmans SB, Klaassen A. General practice research in Dutch academia. Amsterdam: Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen, 1994.