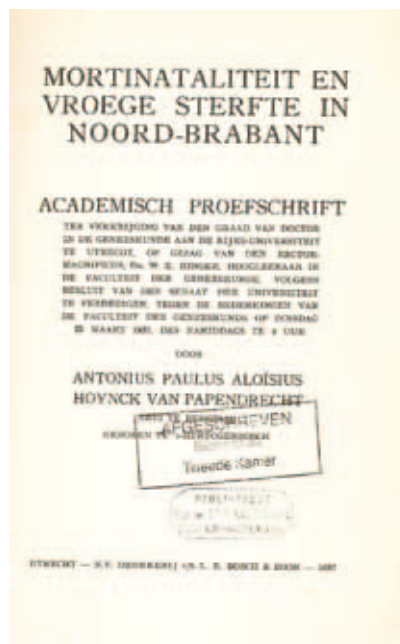


Huisarts en wetenschap: ontwikkeling van een discipline

Dit is deel 5 van de serie Geschiedenis van de huisartsgeneeskunde. Deze serie is ontwikkeld door de NHG-Werkgroep Geschiedenis Huisartsgeneeskunde en werd geschreven door Esther van Osselen, huisarts en wetenschapsjournalist. De werkgroep bestaat uit: prof.dr. E. Schadé (voorzitter), R.S.M. Helsloot (secretaris), M.J.J. Bergevoet, prof.dr. H.F.J.M. Crebolder, dr. J.A.M. van Eijck, dr. F.J. Meijman, prof.dr. C. van Weel, dr. G.Th. van der Werf en dr. E.A.B. van Zalinge. Corresponderende leden: dr. B.J.M. Aulbers, prof.dr. H.J. Dokter, prof.dr. J. Heyrman, S.F.J. Kleijckers, H. Pellicaan en dr. H. Vink.

Vanaf het officiële begin van de moderne huisartsgeneeskunde in de jaren vijftig is gewerkt aan het wetenschappelijk in kaart brengen en onderbouwen van het vak. Aanvankelijk gebeurde dat met beschrijvend epidemiologisch en gedragswetenschappelijk onderzoek. Deze onderzoeken zetten de huisartsgeneeskunde als zelfstandige discipline op de kaart. Aanvankelijk zocht men vooral het eigene van de huisartsgeneeskunde. De ontwikkeling van de klinische epidemiologie opende de weg naar samenwerking in het onderzoek met de specialistische geneeskunde. In de standaarden van het NHG werden de resultaten van dit onderzoek bruikbaar gemaakt voor de spreekkamer. Rond de universiteiten ontstonden vanuit langlopende morbiditeitsregistraties academische netwerken van huisartsenpraktijken die deelnemen aan onderzoek en onderwijs. In dit artikel schetsen we de ontwikkelingen en doen we een greep uit de thema's die steeds weer terugkeren in het huisartsgeneeskundig onderzoek.

Een proefschrift uit 1937, van A.P.A. Hoyneck van Papendrecht, arts te Bergeijk.



PROMOVERENDE HUISARTSEN: 1900-1950

De wetenschappelijke belangstelling van de NHG-oprichters in de jaren vijftig kwam niet uit de lucht vallen. Al vanaf het einde van de negentiende eeuw deden huisartsen onderzoek in hun eigen praktijkpopulatie.^{1,2} In 1960 was 7% van de huisartsen gepromoveerd.^{3,4} Chris van Weel, van 1985 tot 2012 hoogleraar Huisartsgeneeskunde aan het Radboudumc, vertelt welke voordelen dat had:

‘Die achtergrond van gepromoveerde huisartsen is wat Nederland zo bijzonder maakt. En het interessante is: dat onderzoek ging altijd over de uitdagingen voor de volksgezondheid van dat moment.’⁵

Bovendien waren daardoor gepromoveerde huisartsen beschikbaar toen de eerste hoogleraren werden aangezocht. Vóór de Tweede Wereldoorlog ging het onderzoek vooral over infectieziekten – malaria in Zeeland, rond Nieuwendam en Wormerveer, maar ook over meningitis, difterie en natuurlijk tuberculose. Waarom kreeg men in de ene familie wél, in de andere geen tbc, hoe erfelijk is

kanker en krijgen kinderen van patiënten met schizofrenie die ziekte ook? Wat is de invloed van armoede en onhygiënische omstandigheden op gezondheid, voeding en seksuologie?³

WETENSCHAPPELIJKE ASPIRATIES: 1950-1970

Als wetenschappelijke discipline had de huisartsgeneeskunde in de vooroorlogse jaren nog geen plek. Daarvoor moest de beroepsgroep zich organiseren en emanciperen. Voor de oprichters van het NHG was vooral het proefschrift van huisarts Just Buma een belangrijke bron van inspiratie. In 1949 promoveerde hij op een inventarisatie en analyse van de klachten waarmee zijn patiënten zich presenteerden.⁶ Huisartsen hadden volgens hem andere kennis en vaardigheden nodig dan alleen de biomedische die door de specialisten aan de universiteit werden onderwezen.

In een terugblik schreef Huygen hoe hem bij de oprichting van het NHG wetenschappelijk onderzoek voor ogen stond. De huisartsgeneeskunde moest een eigen taak bepalen en een eigen terrein afgrenzen. Ook zocht Huygen een bredere theoretische basis voor de huisartsgeneeskunde, in het bijzonder door de mens- en maatschappijwetenschappen erbij te betrekken.⁷ Een van de eerste commissies van het NHG was dan ook de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO). Binnen een jaar na de oprichting van het NHG was het eigen tijdschrift *Huisarts en Wetenschap* – een titel waaruit het zelfvertrouwen sprak – een feit.

De CWO organiseerde vanaf 1957 jaaronderzoeken – over verloskunde, abortus en tonsillitis – waaraan honderden huisartsen deelnamen.⁸ Later was de commissie een thuisbasis voor huisartsen die aan onderzoek werkten, en bracht zij richtlijnen en adviezen uit voor het opzetten van onderzoek.^{9,10} Ondanks deze adviezen bleek onderzoek in de huisartsenpraktijk in de beginjaren moeilijker dan gedacht, zo schreef Hein Hogerzeil, de eerste NHG-voorzitter.¹¹

Het waren in de jaren vijftig en zestig individuele huisartsen die inventariseerden welke klachten patiënten

NHG-Werkgroep Geschiedenis Huisartsgeneeskunde, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht; E.C.M. van Osselen; R.S.M. Helsloot; dr. G.Th. van der Werf; dr. E.A.B. van Zalinge • Correspondentie: r.helsloot@kpnplanet.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: de financiële middelen werden beschikbaar gesteld door de SBOH.

De Haagse huisarts Oliemans promoveerde in 1969 op zijn baanbrekende morbiditeitsonderzoek waarin hij in ruim vijftig praktijken verichtingen registreerde.



presenteerden. Zij promoveerden dan bij hoogleraren Sociale Geneeskunde. Het grootste morbiditeitonderzoek was dat van de Haagse huisarts Oliemans, die in de jaren zestig vanuit het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) – later het NIVEL – in ruim vijftig praktijken verrichtingen had geregistreerd.^{12,13} Een ander voorbeeld is het onderzoek van de huisarts Bots die, samen met de Leidse epidemioloog Valkenburg en microbioloog Goslings, begin jaren zestig aantoonde dat maar weinig patiënten met acuut reuma of glomerulonefritis de huisarts hadden bezocht vanwege de keelontsteking die eraan was voorafgegaan. Huisartsen konden acuut reuma dus niet voorkomen door iedere keelontsteking met antibiotica te behandelen.¹⁴ Dit onderzoek gaf een vroege aanwijzing dat de logica van leerboeken niet zaligmakend is in de huisartsenpraktijk. Pas rond 1970 verschenen de eerste op de huisartsgeneeskunde toegesneden leerboeken, zoals *Inleiding tot de huisartsgeneeskunde* (1969)¹⁵, *Kompas voor de huisarts: een losbladig compendium voor de algemene praktijk* (1973)¹⁶ en *Patiënt en huisarts: Een leerboek huisartsgeneeskunde* (1974).¹⁷

NAAR EEN ACADEMISCHE DISCIPLINE: 1970-1990

De eerste hoogleraren

André Knottnerus, hoogleraar Huisartsgeneeskunde in Maastricht sinds 1988 en voorzitter van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid sinds 2010, signaleert twee belangrijke ontwikkelingen in deze beginperiode:

*'Aan de ene kant maakten huisartsen de klinische problemen zichtbaar die ze tegenkwamen. Daaruit kwam steeds sterker naar voren dat wij als huisartsen ons eigen verhaal hebben. Aan de andere kant was er een inhaalmanoeuvre nodig via de inbreng van de sociale wetenschappen. Want de huisartsgeneeskunde zag al vroeg in dat ook gedrags- en sociaalwetenschappelijke kennis nodig was om evenwichtig en methodologisch verantwoord onderzoek te doen naar de problemen van patiënten. Voor de eerstelijns geneeskunde is dat van bijzonder belang. In de beginfase waren sociale wetenschappers zelfs medebepalend voor de huisartsgeneeskundige onderzoeksagenda.'*¹⁸

Precies die twee lijnen kozen de eerste hoogleraren Huisartsgeneeskunde die vanaf eind jaren zestig aantraden. Zij waren niet onzeker over hun doelstellingen, maar wel over de manier waarop die konden worden verwezenlijkt. Dit komt in hun oraties tot uiting.¹⁹ Het opstarten van een academische infrastructuur was vol risico's en lastige keuzes.

Gedragwetenschappelijke onderzoeklijnen

De eerste hoogleraar Huisartsgeneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam, Ben Polak, vroeg een psycholoog en een socioloog onderzoek te helpen opzetten naar de psychologische en sociologische achtergronden van 'moeilijke' patiënten: het somatiseringsproject. Hier ging het om mensen die vaak met wisselende, moeilijk duidbare, lichamelijke klachten bij de huisarts komen.²⁰ Huisarts Oosterhuis probeerde te bewijzen dat achter somatisch onverklaarde nekpijn vaker boosheid, achter buikpijn angst en achter rugpijn verdriet, teleurstelling en gevoelens van machteloos-

heid schuilgingen.²¹ Er waren er echter die het praktische nut van een dergelijk project in twijfel trokken, want: 'Wat doe je, nadat je hebt aangetoond dat deze mensen neurotischer zijn dan andere patiënten?'²⁰

Toch bleef onderzoek naar somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten, zoals ze tegenwoordig heten, een terugkerend thema in huisartsgeneeskundig onderzoek.²² Het bekendste werd het Nijmeegse onderzoek naar somatische fixatie, waarmee Huygen in 1973 begon. Hierin kwam al snel de interactie tussen arts en patiënt in beeld. Naast de kenmerken van de persoon en het gezin kon ook een dokter die te veel lichamelijk en aanvullend onderzoek verrichtte het somatisch presenteren van algemene, psychische en sociale problemen versterken.²³⁻²⁵

In diezelfde jaren experimenteerde psychologe Jozien Bensing in het NHI voor het eerst met video-opnamen in de spreekkamer van de huisarts – de duizenden consulten die inmiddels zijn opgenomen zijn een schatkamer voor onderzoekers van de arts-patiëntrelatie.²⁶

De belangrijke rol die aan gedragswetenschappers werd toegekend, gaf inhoud aan het ideaal van een 'integrale' geneeskunde. Op applaus van de gevestigde gedragswetenschappers hoefden de onderzoekers echter niet te rekenen. Tijdens de conferentie 'Huisarts en wetenschappelijk onderzoek' in 1973 veegden twee hoogleraren Sociologie de vloer aan met de kwaliteit en methoden van het sociaal-wetenschappelijk onderzoek van de huisartsinstituten. Een van hen stelde onomwonden dat huisartsgeneeskunde als zelfstandige discipline geen bestaansrecht had, 'aangezien de onderzoekingen door huisartsen verricht zich al naar hun object bewegen op het terrein van reeds lang geconstitueerde wetenschappen, te weten de medische en de sociale'.^{19,27} Deze kritiek was aanleiding voor een speciaal themanummer van *Huisarts en Wetenschap* in december 1978, over het paradigma van de huisartsgeneeskunde. Het stond vol mooie essays over het belang en de plaats van de huisartsgeneeskunde en riep kritische tot zeer kritische reacties op met titels als *Prententieuze para-*

digmatiek.²⁸ Duidelijkheid over de richting van het huisartsgeneeskundig onderzoek gaf de paradigmadiscussie niet.^{9,19,20}

Morbiditeitsregistraties en de *reason for encounter*

Die duidelijkheid zou veeleer voortkomen uit de andere hoofdstroom in het onderzoek van de eerste jaren: de eerste grote, langlopende morbiditeitsregistraties. Opnieuw liep Huygen voorop, met de Continue Morbiditeits Registratie (CMR) die in 1967 in vier praktijken rond Nijmegen van start ging.²⁹ Het NHI startte in 1970 met 'peilstations': huisartsenpraktijken waarbinnen elk jaar een ander onderwerp werd bestudeerd.²⁰

De andere pionier was Henk Lamberts. Die begon eind jaren zestig in de groepspraktijk in Ommoord met het inventariseren van de klachten en ziekten waarmee patiënten zich presenteerden. Hij experimenteerde met computers bij de data-analyse en daarvoor had hij een classificatiesysteem nodig.²⁰ De bestaande International Classification of Diseases (ICD) volstond niet. Patiënten komen bij de huisarts immers doorgaans met klachten die vaak ook zonder diagnose vanzelf overgaan. Om toch per consult te coderen was een classificatiesysteem nodig voor de redenen waarom patiënten bij de huisarts kwamen – de *reason for encounter*. Maar ook de diagnoses die wél werden gesteld moesten gecodeerd. In een terugblik beschrijft Lamberts hoe hij met zijn Amerikaanse collega Maurice Wood en de statistica Sue Meads op het idee kwam om klachten en ziekten in één classificatiesysteem te verwerken. Dit was de geboorte van de International Classification of Primary Care (ICPC), die nog altijd wordt gebruikt. In 1985 begon Lamberts, als hoogleraar Huisartsgeneeskunde aan de UvA, met de dataverzameling van zijn Transitieproject, een morbiditeitsregistratie op basis van de ICPC.³⁰

Het belang van deze en andere morbiditeitsregistraties was groot.^{5,18,31} Ten eerste versterkten ze de positie van de jonge afdelingen Huisartsgeneeskunde, die nog bevochten moest worden. Huygen kreeg bij één van zijn eerste colleges

Ben Polak (rechts op de foto) was de eerste hoogleraar Huisartsgeneeskunde aan de UvA. Henk Lamberts, zijn opvolger, was een van de mensen die de ICPC ontwikkelde.



een officiële klacht aan zijn broek. De hoogleraar Kindergeneeskunde maakte bezwaar tegen het onderwerp, rodehond – dat was immers een kinderziekte en dus zijn domein. Dat vrijwel geen huisarts een kind met rodehond daadwerkelijk doorverwees, was niet bekend of niet van belang.²⁹

Uit de Nijmeegse CMR kwam de observatie dat patiënten slechts 10% van hun gezondheidsklachten presenteren en dat huisartsen vervolgens 90% van de gepresenteerde gezondheidsklachten geheel zelfstandig, dus zonder verwijzing, behandelen: de 'ijsberg' van morbiditeit. Dit soort cijfers leverde munitie voor de domeinstrijd aan de academie.^{29,32}

Inhoudelijk belangrijker was dat de morbiditeitsregistraties duidelijk maakten dat huisartsen andere patiënten zien dan specialisten, met een lagere kans op ernstige aandoeningen en bij wie afwachtend beleid vaker een gunstig resultaat heeft.³⁴

Klinische epidemiologie en evidence-based medicine

Hoe belangrijk de morbiditeitsregistraties ook waren, de kennis was niet direct toepasbaar in de spreekkamer. Voor de huisartsgeneeskunde was het van doorslaggevend belang dat Nederlanders voorop liepen bij twee grote ontwikkelingen in de internationale geneeskunde die allebei hun wortels hebben in de jaren tachtig: de doorbraak van de klinische epidemiologie en, in aansluiting

daarop, de evidence-based medicine.

De klinische epidemiologie ontwikkelde zich in de jaren zeventig en tachtig aan de Amerikaanse universiteiten Yale en Harvard en de Canadese McMaster-universiteit uit de algemene populatie-epidemiologie. De bedoeling was, epidemiologische methoden in te zetten om klinisch relevante vragen te beantwoorden. Dus niet alleen onderzoek naar de oorzaken van ziekten maar vooral ook naar diagnose en prognose – en naar de manier waarop je die kunt beïnvloeden met therapeutische interventies.³⁵⁻³⁷ Nederland kende al een sterke epidemiologische traditie en de nieuwe methoden werden snel opgepakt. Dat kwam van pas toen begin jaren tachtig de Raad van Advies voor het Wetenschapsbeleid het geneeskundig onderzoek naar een hoger plan wilde tillen. Om het geneeskundig handelen daadwerkelijk te kunnen verbeteren was klinisch epidemiologisch onderzoek nodig, zoals de Leidse internist Andries Querido, een neef van de 'Amsterdamse Querido', betoogde. In navolging van de Amerikaan Alvan Feinstein, de Canadees David Sackett en de Nederlander Koos Lubsen definieerde Querido de klinische epidemiologie als de eigen methode van geneeskundig onderzoek:

'De discipline geneeskunde heeft als realiteit de zieke mens, en dient zich bij het onderzoek te laten leiden door vragen die een bijdrage kunnen zijn tot preventie, genezing of zorg. De discipline geneeskunde maakt weliswaar gebruik van methoden afkomstig uit de natuurwetenschappen (zoals chemische of fysische), maar ook van een eigen methodologie (de moderne epidemiologie).'³⁸

Querido speelde een belangrijke rol bij het verdelen van de fondsen van het Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek (SGO), dat in 1986 startte. Jan van Es werd voorzitter van de Adviesgroep SGO.^{13,39} Deze stimulans gaf zelfvertrouwen. Van Weel: 'Het was een erkenning van de huisartsgeneeskunde. Huisartsen moeten ook eigen onderzoek doen, dat het waard is om te stimuleren.'⁵

In de jaren tachtig vergde het een cultuuromslag om het besef te laten doordringen dat het wenselijk was al dat onderzoek gepubliceerd te krijgen. Inmiddels wordt Nederlands huisartsgeneeskundig onderzoek geregeld gepubliceerd in grote bladen zoals *JAMA*, *The Lancet*, *British Medical Journal* en het *New England Journal of Medicine*, al gaat dat soms ten koste van de publicaties voor de eigen achterban in *Huisarts en Wetenschap*.^{40,41}

EVIDENCE-BASED MEDICINE: 1990-NU

Huisartsgeneeskundige conferenties, NHG-Standaarden en meer onderzoek

In de loop van de jaren zeventig liep men in Nijmegen tegen het probleem aan dat niet duidelijk was wat huisartsen in opleiding op somatisch vlak moesten leren. Elke huisarts had voor alledaagse klachten een eigen beleid. Men zocht de oplossing in 'huisartsgeneeskundige conferenties', waarvan de resultaten verschenen in *Huisarts en Wetenschap*.⁴² Het beschikbare bewijs werd bijeengegemaakt, gewogen en handzaam samengevat met het oog op de toepasbaarheid binnen een consult in de alledaagse praktijk. Van Weel: 'De huisartsgeneeskundige conferenties waren het begin van het zoeken naar *evidence*. Dat was al vóórdat evidence-based medicine internationaal doorbrak.⁵ De evidence-based medicine schoot internationaal wortel in deze jaren: de Schotse epidemioloog en clinicus Archibald Cochrane publiceerde zijn boek *Effectiveness and efficiency* in 1972,⁴³ David Sackett schreef zijn eerste boek over *critical appraisal* in 1982.⁴⁴ Pas in 1990 gebruikte de Canadees Gordon Guyatt, hoogleraar aan McMaster University, voor het eerst de term 'evidence-based medicine'.⁴⁵ Dat wil dus zeggen dat de eerste NHG-Standaard – over diabetes mellitus type II – uitkwam voordat de evidence-based medicine met zoveel woorden bestond.⁴⁶

De NHG-Standaarden veranderden niet alleen het werk van de huisarts, maar stimuleerden ook het onderzoek, al was het maar door de bruikbaarheid daarvan aan te tonen. Bovendien beïnvloedden ze de onderzoeksagenda en de methoden van onderzoek. Zo klonk er

In 1989 verscheen in *Huisarts en Wetenschap* de eerste NHG-Standaard.



vanuit de huisartsgeneeskunde kritiek dat de selectiecriteria van specialistische *randomised controlled trials* (RCT's) er vaak toe leiden dat de onderzoekspopulaties sterk afwijken van de populatie in de huisartsenpraktijk, doordat de onderzoekers bijvoorbeeld kinderen, ouderen, (zwangere) vrouwen of patiënten met comorbiditeit uitsluiten van deelname.⁴⁷⁻⁴⁹

In het begin van de jaren negentig publiceerde de KNAW twee rapporten die de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde in belangrijke mate vooruithielpen.⁵⁰ Parallel hieraan werd de oprichting voorbereid van de Netherlands School of Primary Care Research (CaRe), waarin de CAPHRI van de Universiteit Maastricht, het Radboudumc in Nijmegen, het EMGO van de Vrije Universiteit Amsterdam en het NIVEL participeren. In 1995 werd CaRe door de KNAW erkend als onderzoeksschool.

Een ander voorbeeld van de bloei van het wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde was het onderzoek naar luchtweginfecties dat werd uitgevoerd door de Utrechtse afdeling Huisartsgeneeskunde onder leiding van hoogleraar Ruut de Melker.¹⁴

Vanaf 1998 was het mogelijk de huisartsopleiding te combineren met promotieonderzoek.⁵¹ De bijdrage van deze artsen-in-opleiding-tot-huisarts-

en-onderzoeker (aiotho's) aan de wetenschap nam gaandeweg toe.^{52,53}

Kwaliteit van zorg en academisering

Medio jaren negentig kwam een nieuw onderzoeksterrein tot ontwikkeling: de kwaliteit van zorg. André Knottnerus vat de onderzoeksvragen als volgt samen: 'Hoe meet je kwaliteit? Hoe toets je de *compliance* met de standaarden? En wat betekent dat vervolgens voor de patiënt?'⁷⁸ Voor het almaar toenemende onderzoek waren patiënten nodig, en rond iedere universiteit groeide een academisch netwerk.^{54,55} Knottnerus:

*'Uniek voor de Nederlandse situatie is enerzijds de goede patiëntenregistratie met inschrijving op naam, zodat je de tellers en de noemers voor je epidemiologisch onderzoek compleet hebt. Anderzijds is er de goede verbinding tussen onderwijs, de huisartsopleiding en de research binnen één instituut.'*⁷⁸

En nog komen er nieuwe vraagstellingen bij: naar de consequenties van multimorbiditeit, naar het effect van ketenzorg, naar de veiligheid van zorg, naar polyfarmacie en naar de waarde van zorginnovatie. Huisartsen werken in dergelijk onderzoek veelal samen met specialisten of andere disciplines. Knottnerus:

*'De domeinstrijd zijn we kwijt. Waren we in de jaren zeventig vooral bezig met ons eigen verhaal, nu staat multidisciplinair denken voorop. Je kunt geen belangrijk klinisch onderzoek uitvoeren zonder respectvolle samenwerking met de klinische vakken.'*⁷⁸

Bijna zestig jaar na de oprichting van het NHG is de emancipatie van de huisartsgeneeskunde als wetenschappelijke discipline voltooid: 'Het Calimero-gevoel is nu weg.' ■

**Esther van Osselen, Ron Helsloot,
Ger van der Werf, Emma van Zalinge**

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Geschiedenis huisartsgeneeskunde.