

# Wie onderzoekt wat?

## Een globaal overzicht van huisartsgeneeskundig onderzoek in Nederland

Tonnie Bakkenist, Joost Zaat

### Inleiding

Iedereen is overtuigd van het nut van medisch wetenschappelijk onderzoek. Resultaten van dergelijk onderzoek vormen tenslotte de basis van de kennis van de medicus.<sup>1</sup> Dit geldt uiteraard ook voor het onderzoek dat kennis levert aan de huisarts. Veel van wat

### Samenvatting

Bakkenist T, Zaat JOM. Wie onderzoekt wat? Een globaal overzicht van huisartsgeneeskundig onderzoek in Nederland. *Huisarts Wet* 2004;47(12):555-60.

**Inleiding** Huisartsgeneeskundig onderzoek is sinds 10-15 jaar sterk toegenomen, maar een overzicht ontbreekt welk onderzoek waar plaatsvindt en of het onderzoek de klachten en aandoeningen in de huisartsenpraktijk dekt.

**Methode** Interviews met sleutelfiguren op onderzoeksinstituten en een zoekactie in PubMed, NTVG en H&W naar onderzoeksartikelen in de periode 1999-2003.

**Resultaten** Elk instituut heeft zijn eigen aandachtspunten, zelfs als onderwerpen elkaar overlappen. Er is veel meer onderzoek naar chronische ziekten, organisatie en kwaliteit van zorg dan naar kleine onderwerpen zoals huidaandoeningen. De verdeling van de onderzoeksonderwerpen is niet geheel conform de aangeboden morbiditeit.

Een zoekactie in Pubmed, NTVG en H&W levert een publicatieoverzicht op waaruit blijkt dat alle ICPC-hoofdstukken aan bod komen, maar niet elk hoofdstuk even goed gevuld is. Alle instituten publiceren meer in het buitenland dan in Nederland, sommige erg veel meer. Het totale aantal buitenlandse publicaties is verviervoudigd ten opzichte van begin jaren negentig van de vorige eeuw.

**Conclusie** Het terrein van huisartsgeneeskundig onderzoek in Nederland is voldoende breed. Toch kan de onderwerpskeuze nog beter gefundeerd worden in de dagelijkse werkelijkheid.

### Auteursgegevens

NHG: dr. T. Bakkenist, destijds seniormedewerker Wetenschapsbeleid, nu wetenschappelijk medewerker ZonMw. H&W: dr. J.O.M. Zaat, hoofdredacteur.

Correspondentie: bakkenist@zonmw.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: zowel TB als JZ hebben vanuit hun functies belang bij veel en goed wetenschappelijk huisartsgeneeskundig onderzoek.

de huisarts in de dagelijkse praktijk doet, blijkt nog te berusten op resultaten van onderzoek in de tweede lijn of op consensus.<sup>2</sup> Van de Weg et al. lieten onlangs in dit tijdschrift nog zien hoe die verschillen kunnen uitpakken voor het advies over corticosteroïd-injecties bij schouderklachten.<sup>3</sup> Onderzoek in de eerste lijn onder patiënten die met hun klachten de huisarts bezoeken, is dus belangrijk.

In een grijs verleden bestond er een overzicht over lopend wetenschappelijk onderzoek in de eerste lijn. Die registratie – oorspronkelijk van het Nederlands Huisartsen Instituut en later van zijn opvolger, het NIVEL – is echter al jaren ter ziele. Het NHG nam eind 2002 het initiatief om een dergelijk overzicht weer op te stellen. Zowel voor praktiserende huisartsen als voor verzekeraars, subsidiegevers en beleidsmakers is het interessant te weten welk huisartsgeneeskundig onderzoek waar in Nederland plaatsvindt. Huisartsen kunnen eens kijken waar kennis vandaan komt en waar ze wellicht met een eigen onderzoeks idee naar toe kunnen; subsidiegevers en verzekeraars kunnen zien welk onderzoek waar te koop is. Een oordeel over de kwaliteit van het onderzoek valt buiten onze competentie.

We vroegen ons af welk onderzoek waar gedaan wordt, waar en hoeveel er gepubliceerd wordt en of het onderzoek relevante delen van de morbiditeit in de huisartsgeneeskunde dekt.

### Methode

We maakten op twee manieren een inventarisatie. Voor een antwoord op onze eerste vraag interviewde een van ons (TB) in 2003 de hoogleraren huisartsgeneeskunde die zich voornamelijk met onderzoek bezighouden en het destijds waarnemend hoofd onderzoek in Leiden, de hoogleraar kwaliteitszorg van het WOK en de programmaleider van de onderzoeksgroep Huisartsenzorg van het NIVEL. In de interviews (mondeling, telefonisch of per e-mail) kwamen de volgende onderwerpen aan de orde: de huidige onderzoekslijnen en mogelijke veranderingen daarin in de komende jaren; de huidige samenwerkingsverbanden; wensen voor de toekomst en specifieke wensen voor het NHG/ZonMw-onderzoeksprogramma Alledaagse Ziekten en het gebruik van de NHG-lacunebak bij het zoeken naar nieuwe onderzoeksonderwerpen.

Ook zochten we in recente jaarverslagen en projectoverzichten (websites, zie *kader*) van de verschillende instituten. We checkten onze informatie bij alle geïnterviewden en zij gingen na aanvullingen allemaal akkoord (behalve één niet-reagerende respondent).

Voor een antwoord op onze tweede en derde vraag zochten we naar publicaties over onderzoek. In PubMed, H&W en het NTvG zochten we naar de onderzoeksartikelen uit de acht verschillende huisartseninstituten, het WOK en het NIVEL. We zochten in PubMed met een simpele zoekstrategie: ((*general pract\**) OR NIVEL OR Extramural OR Julius OR ((Centre for Quality of Care Research, Nijmegen) or (Centre for Quality of Care Research, Maastricht))) AND Netherlands. De meeste instituten kwamen 'bovendrijven' met de getrunceerde term *general pract\**, maar voor in grotere verbanden opgenomen instituten zoals in de VU en in Utrecht was de eigen naam nodig net als voor het NIVEL en het WOK. In PubMed valt te zoeken op onderzoeksinstituten door de actie te beperken (zoekveld *Limits*). We beperkten het zoeken tot de opgegeven werkplek van de corresponderende auteurs (*affiliation*) en tot artikelen tussen 1 januari 1999 en 31 december 2003 met *Humans* als populatie (zoekactie juni 2004). Op die manier ontstond er dus een verzameling artikelen van auteurs die aan Nederlandse huisartsgeneeskundige onderzoeksinstituten verbonden zijn (en die niet over ratten of bacteriën gaan).

Vervolgens sloten we onderzoek in dat in de eerste lijn gedaan was of waarbij ten minste één van de onderzoekers een huisarts of hoogleraar huisartsgeneeskunde was. De onderzoeken van huisartsen die niet aan een instituut verbonden waren en van huisartsen die als mede-auteur optraden bij onderzoek dat zijn wortels niet in een huisartsgeneeskundig instituut had, telden we niet mee.

Onderzoeken over kwaliteitsbevordering en zorg in de huisartsenpraktijk van WOK en NIVEL sloten we ook in. Omdat we geïnteresseerd waren in onderzoek sloten we *editorials*, nascholingsartikelen en beschouwingen uit, hoewel met name editorials een belangrijke bijdrage kunnen zijn aan het gezag van de Nederlandse huisartsgeneeskunde.

## Websites

<a href="http://www.emgo.nl">www.emgo.nl</a>	<a href="http://www.hag.unimaas.nl">www.hag.unimaas.nl</a>
<a href="http://www.amc.nl">www.amc.nl</a>	<a href="http://www.umcn.nl">www.umcn.nl</a>
<a href="http://www.erasmusmc.nl">www.erasmusmc.nl</a>	<a href="http://www.lumc.nl">www.lumc.nl</a>
<a href="http://www.eur.nl/fgg/hag">www.eur.nl/fgg/hag</a>	<a href="http://www.nivel.nl">www.nivel.nl</a>
<a href="http://www.jc.med.uu.nl">www.jc.med.uu.nl</a>	<a href="http://www.wokresearch.nl">www.wokresearch.nl</a>
<a href="http://www.generalpractice.rug.nl">www.generalpractice.rug.nl</a>	

## Resultaten

### Wie onderzoekt wat?

Bijna alle universitaire instituten doen onderzoek op het gebied van hart/ vaat- en/of luchtwegaandoeningen (tabel 1). Echter elk instituut heeft daarbinnen weer een eigen invalshoek van waaruit onderzoek wordt verricht. Zo richt Nijmegen zich met name op langetermijneffecten van beloop en behandeling van de chronische ziekten astma/COPD en hart- en vaatziekten. De invalshoek van het AMC is het diagnostisch proces van met name astma/COPD en daarbinnen de kwaliteit van (diagnostische) tests. Het Maastrichtse onderzoek omvat lage-luchtweginfecties en cardiovasculaire aandoeningen, screening, klinische chemie

### Wat is bekend?

► Een overzicht van de lopende onderzoeklijnen en gepubliceerd onderzoek van Nederlandse huisartseninstituten ontbreekt.

### Wat is nieuw?

- Het aantal buitenlandse publicaties is in 10 jaar tijd verviervoudigd.
- De grote onderwerpen worden door meerdere instituten onderzocht en meestal vanuit een eigen invalshoek.
- Er is weinig onderzoek naar kleine kwalen.

en behandeling. Utrecht doet hart- en vaatonderzoek over de volle breedte: oorzaken, diagnose, behandeling en preventie, maar spitst het onderzoek wel weer het meest toe op hartfalen. Groningen legt de nadruk op implementatie(strategieën) van richtlijnen in de preventie, diagnose en behandeling van chronische ziekten waaronder cardiovasculaire aandoeningen.

Ook het bewegingsapparaat, kanker, GGZ, en diabetes mellitus zijn onderwerp van onderzoek bij meerdere instituten; zo doen VUmc, Utrecht, Groningen en Nijmegen veel onderzoek naar diabetes. VUmc, Nijmegen en UvA doen onderzoek naar psychische problemen. Leiden heeft vanouds belangstelling voor zwangerschap en kraambed en Nijmegen heeft sinds enige jaren weer veel interesse voor metaonderwerpen als continuïteit van zorg. Daarnaast heeft Nijmegen door een bijzondere leerstoel aandacht voor seksespecifieke problemen. Binnen het brede onderwerp alledaagse aandoeningen hebben enkele instituten hun eigen hoekje: VUmc moeheid en aspecifieke klachten en Maastricht (deels in samenwerking met AMC) vage klachten. Leiden verzamelt en publiceert resultaten van onderzoek naar kleine kwalen in een boek.<sup>4</sup>

Het meeste onderzoek vindt plaats bij de algemene populatie die de huisartsenpraktijk bezoekt. Onderzoek bij bijzondere groepen vindt onder andere plaats in Rotterdam waar veel onderzoek gedaan wordt onder kinderen, allochtonen en mensen met een verstandelijke beperking. De laatstgenoemde groep is ook in Maastricht een belangrijke doelgroep voor onderzoek.

Naast de zuiver medisch inhoudelijke onderwerpen doen bijna alle universitaire instituten ook onderzoek naar de organisatie en de kwaliteit van de huisartsenzorg. Het AMC besteedt aandacht aan de kwaliteitsborging van registratienetwerken en hun data; Leiden onderzoekt praktijkvoering en voorlichting en Groningen onderzoekt de praktijkorganisatie en rationeel geneesmiddelengebruik/evidence-based voorschrijfgedrag.

Het meeste onderzoek op dit terrein doet het NIVEL: onderzoek naar de organisatie van de gezondheidszorg en de rol van de huisarts (als poortwachter) hierin, organisatie van de praktijk, praktijkondersteuning en communicatie met patiënten.

Het WOK doet veel onderzoek naar de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg en de mogelijkheden tot verbetering hiervan. Het WOK kent bovendien sinds kort een apart Kenniscentrum

**Tabel 1** Overzicht van onderzoeksgebieden en samenwerking

Instituut	Onderzoeksgebieden (in samenwerking met)	Deelname in	Netwerk
VUmc	GGZ: angst en depressie (psychiatrie VUmc, RUG, LUMC, NIVEL, Trimbos) Diabetes mellitus (endocrinologie, interne geneeskunde VUmc, 'Hoorn-studie') Spier-skeletaandoeningen Alledaagse klachten, diagnostiek en prognostiek, aspecifieke klachten (interne geneeskunde VUmc)	Onderzoeksschool CARE	Netwerk 40 huisartsen, 32.500 patiënten; Universitaire Huisartsenpraktijk VUmc
AMC	Twee grote onderzoekslijnen: - besliskundige strategieën in de huisartsgeneeskunde o.a. over astma/COPD, gynaecologie, kanker en cardiologie (samen met andere afdelingen van het AMC) - episodegeoriënteerde epidemiologie met onder andere het Transitieproject		Transitieproject (10 huisartsen) HAG-net-AMC (23 praktijken) (A'dam Zuidoost en omgeving), 50.000 patiënten
EUR	Bewegingsapparaat Kinderen Huid Varia Verstandelijk gehandicapten	Multidisciplinair onderzoeksinstituut Bewegingsapparaat	Netwerk HONEUR, 5 HAGRO's, 33 praktijken en 80.000 patiënten
UU Julius	Infectie en afweer: luchtweginfecties Hart- en vaatziekten, met name hartfalen Oncologie GGZ	Eijkman Graduate School Epidemiologen in NIHES	Netwerk 34 ha regio Utrecht, 60.000 patiënten
UM	Nadruk op diagnostisch onderzoek van fundamenteel tot zorg Bewegingsapparaat, osteoporose, schouder Luchtwegen, lage-luchtweginfecties Bloedonderzoek bij vage klachten Verstandelijk gehandicapten Hart- en vaatziekten, vóórkomen	Onderzoeksschool CARE	Netwerk 28 praktijken (65 huisartsen); 100.000 patiënten
KUN†	Chronische ziekten in de huisartsenpraktijk: astma, COPD, hart- en vaatziekten, diabetes GGZ: depressie, angsttoestanden, problem solving therapy, functionele klachten Binnen deze onderwerpen met name aandacht voor de langetermijneffecten van het ziektebeloop Seksespecifieke verschillen	Onderzoeksschool CARE	Netwerk 10 praktijken, waaronder de 4 CMR-praktijken; (28 huisartsen) 50.000 patiënten
RUG	Implementatie(strategieën) van richtlijnen: - in de preventie, diagnose en behandeling van chronische ziekten: cerebro (wordt afgesloten), cardiovasculair, diabetes, kanker in de palliatieve fase - voor houdings/bewegingsapparaat - voor rationeel geneesmiddelengebruik: verbetering van evidence-based voorschrijven van medicijnen Praktijkorganisatie Asthma/COPD	Noordelijk Centrum Gezondheidsonderzoek	Netwerk (RNG, 17 huisartsen, 30.000 patiënten)
LUMC*	Neurowetenschappen: somatisatieonderzoek, chronisch-dagelijkse hoofdpijn, hoofdpijn bij kinderen Longziekten: onderste-luchtweginfecties en COPD (samenwerking met afdelingen Infectieziekten, en Medische Microbiologie en Longziekten) Genetica: preconceptionele voorlichting (samenwerking met TNO en afdeling genetica) Praktijkvoering (kleine ad-hocprojecten) Kleine kwalen in de huisartsenpraktijk Varia (samenwerking afdeling maag, lever, darmziekten): - voorlichting voor zwangerschap - H. pylori en chronisch gebruik maagzuurremmers		Registratie Netwerk Universitaire Huisartsenpraktijken (Netwerk RUNH) 30.000 patiënten  Overleggroep Public Health
NIVEL	Focus vanuit organisatie gezondheidszorg en de rol van de huisarts hierin: poortwachter, organisatie van de praktijk, communicatie met patiënt, praktijkondersteuning, huisartsenzorg voor asielzoekers/migranten, register/planning huisartsen Beleidsmaatregelen VWS, soms beleidsvoorbereiding Registraties (LINH, NS2, CMR)	Onderzoeksschool CARE Onderzoeksschool Psychology and Health Collaborating Centre WHO	LINH Peilstations NS2 European Influenza Surveillance System
WOK	Kwaliteitsverbetering en indicatoren in de eerste lijn Kenniscentrum Huisartsenposten Kwaliteit transmurale zorg: eerste lijn-ziekenhuis Kwaliteit verpleegkunde Kwaliteit ziekenhuiszorg	Onderzoeksschool CARE	Netwerk regio Nijmegen en Maastricht

\* weergave stand van zaken maart 2004; de afdeling is zich momenteel strategisch aan het heroriënteren

† vanaf 1 september 2004: Radboud Universiteit Nijmegen

**Tabel 2** Aantal onderzoeksartikelen in Pubmed in periode 1999-2003 per instituut en onderwerp (n=364)

Onderwerp (ICPC-hoofdstuk)	AMC	VUmc	Julius	Nijmegen	Groningen	Leiden	Rotterdam	Maastricht	WOK	NIVEL
A algemeen		3		1			5	2		2
B bloed	1									
D tr. digestivus	3	1	22	1			1	1		1
F oog	1									
H oor			4			2	1			
K hart/ vaatstelsel	1		6	3	7		1	8		
L bewegingsapparaat	1	20	4		3	4	10	6	1	
N neurologie							2	1		
P psychisch		4		3				10	2	3
R tr. respiratorius	7	10	14	20	1	2	1	10	1	
S huid							3			
T endocrinologie		15	4	7	2	1		2	1	
U urologie				1				2		
W zwangerschap	3					1				
X vrouw geslacht		5	5					1		1
Y man geslacht			1				7	1	1	
Z sociale problemen								2		
Communicatie									1	7
Zorg	1			2	1		1		5	4
Onderwijs		1		1	3			3		
Kwaliteit			2		1	2	2		28	
Divers		2	1	1	4				1	
<b>Totaal</b>	<b>18</b>	<b>61</b>	<b>63</b>	<b>40</b>	<b>22</b>	<b>14</b>	<b>34</b>	<b>49</b>	<b>41</b>	<b>18</b>

**Tabel 3** Aantal onderzoeksartikelen in H&W per instituut en onderwerp (1999-2003)

Onderwerp (ICPC-hoofdstuk)	AMC	VUmc	Julius	Nijmegen	Groningen	Leiden	Rotterdam	Maastricht	WOK	NIVEL
A algemeen								1		
B bloed										
D tr. digestivus	1		1	1	1					
F oog										
H oor			1		1					
K hart/ vaatstelsel			1	2	2					
L bewegingsapparaat		1		1			3			
N neurologie										
P psychisch		1		3	1	1	1	1		1
R tr. respiratorius	2			2	1	1		1		
S huid				1			2			
T endocrinologie	1	2		1				2		
U urinewegen				2				1		
W zwangerschap	2		1			3	1			
X vrouwelijke geslacht				2		1				1
Y mannelijke geslacht				1			1			
Z sociale problemen										
Communicatie				2	2		1		1	1
Zorg	1		2	1	1			2	1	3
Onderwijs	2			1	2					1
Kwaliteit		1		1	2				7	1
Divers	2	2	1	4	9	3		2	2	2
<b>Totaal</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>25</b>	<b>20</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>12</b>

Huisartsenposten. Het onderzoeksterrein van dit instituut is verbreed tot de gehele zorg en niet meer alleen beperkt tot de huisartsgeneeskunde. Daarmee maakt het WOK een vergelijkbare ontwikkeling door als het NIVEL dat oorspronkelijk als het Nederlands Huisartsen Instituut begon.

De onderzoeksgebieden zoals die nu door de verschillende instituten zijn uitgezet zullen, naar zij zelf verwachten, in de nabije toekomst geen schokkende veranderingen ondergaan. Het is echter nog onbekend welke nieuwe lijnen eventueel door nieuwe hoogleraren (Leiden, Groningen) zullen worden uitgezet. Voor de meeste instituten geldt dat men wel wensen voor nieuwe onderzoekslijnen heeft, maar de capaciteit en de financiën om deze te ontwikkelen mist. In de interviews zijn wel enkele onderwerpen naar voren gebracht waarnaar in de toekomst onderzoek in de huisartsenpraktijk gedaan zou moeten worden, zoals genetica, preventie van chroniciteit en het chronische-pijnsyndroom.

#### Organisatie van onderzoek

Voor het uitvoeren van al dat huisartsgeneeskundig onderzoek zijn onderzoekers nodig, maar ook huisartsen(praktijken) en patiënten, naast het onvermijdelijke geld. In het *kader* op p. 559 geven we – als uitstapje – een kort overzicht van de verschillende spelers.

#### Wie publiceert waar?

We vonden met onze zoekactie in PubMed 865 artikelen en sloten er vervolgens 439 gelijk uit omdat die ofwel geheel geen relatie bleken te hebben met huisartsgeneeskundig onderzoek of uit delen van een instituut stamden zonder enige huisartsgeneeskundige betrokkenheid (zoals nogal eens bij het Julius Centrum en EMGO). Van de 14 gevonden Cochrane-reviews sloten we er 4 uit omdat daar geen huisarts of hoogleraar huisartsgeneeskunde bij betrokken was. Ook 21 artikelen uit de Hoorn-studie waarbij

## Hoe is de uitvoering geregeld?

### Onderzoekers

Bij de vervolgoopleiding tot huisarts verschilt het per universiteit of een onderzoeksstage een verplicht onderdeel van het curriculum is. Bijna alle universiteiten bieden de mogelijkheid om tot huisarts-onderzoeker opgeleid te worden (AIOTHO). Maastricht heeft er elf, Nijmegen negen, Rotterdam zeven, Utrecht en Leiden hebben er elk twee en het VUmc en de UvA elk één. Alleen Groningen heeft (nog) geen AIOTHO.

De meeste instituten doen onderzoek in samenwerking met andere vakgroepen binnen hun universiteit. Ook samen met andere (niet-)universitaire instituten wordt geregeld onderzoek uitgevoerd (tabel 1).

### Huisartsen en patiënten

Alle universitaire huisartsinstituten hebben een, veelal plaatselijk, netwerk van huisartsenpraktijken waar het praktijk-/patiënt-gebonden onderzoek kan plaatsvinden (tabel 1). Hoewel het om een redelijk groot aantal praktijken gaat, hebben onderzoekers vaak moeite om genoeg huisartsen te vinden die mee willen werken aan hun onderzoek. Het blijkt in trials in de huisartsenpraktijk ook telkens lastig voldoende patiënten in te sluiten.

### Subsidievragers

Onderzoek kost geld en meestal nogal veel ook. Omdat de universiteiten steeds minder geld uit de eerste geldstroom krijgen, zijn de tweede en derde geldstroom steeds belangrijker. Telkens als er weer een beetje geld beschikbaar wordt gesteld, sturen onderzoekers tientallen projectvoorstellen naar organisaties die projectsubsidies voor onderzoek verlenen, zoals NWO, ZonMw,

weliswaar een huisarts betrokken was, sloten we – toegegeven, het is enigszins arbitrair – uit omdat die toch wel erg ver van de dagelijkse praktijk stonden. Daarna verwijderden we nog 30 artikelen, omdat ze bij het lezen van het abstract geen onderzoeksverslagen bleken of niet van huisartseninstituten afkomstig waren. De zo overblijvende 361 artikelen rubriceerden we naar ICPC-hoofdstuk en naar onderzoeksinstituut. De volledige lijst onderzoeken staat op onze website: [www.henw.org](http://www.henw.org).

Dezelfde exercitie deden we in het NTVG en H&W. In het NTVG vonden we 17 onderzoeksartikelen in de periode 1999-2003 en in H&W vonden we er 121 met als corresponderend auteur een huisarts. De tabellen 2 en 3 laten zien dat er nogal wat verschillen tussen instituten zijn. Opvallend is dat EMGO, Julius Centrum en Maastricht veel in buitenlandse bladen publiceren en relatief weinig in H&W; Nijmegen scoort in binnen- en buitenland hoog.

### Hoe verhoudt het onderzoek zich met de morbiditeit?

In eerste instantie lijkt het erop dat meerdere instituten op hetzelfde ziektegebied onderzoek doen, maar bij nadere beschouwing blijkt toch dat ieder instituut binnen dat gebied op een ander onderdeel de nadruk legt of het vanuit een andere invalshoek benadert. Als geheel is het huisartsgeneeskundig onderzoek

CVZ en de collectebusfondsen. Deze dans om de potten met geld heeft tot gevolg dat onderzoekers hun projectvoorstel toeschrijven op de specifieke voorwaarden van een subsidiegever. Zo vindt er ineens veel meer doelmatigheidsonderzoek plaats dan voordat het ZonMw-programma Doelmatigheid bestond. De lopende ronde (2004) van het relatief kleine programma Alledaagse Ziekten van ZonMw/NHG kreeg 39 vooraanmeldingen binnen, lang niet allemaal van huisartsen of huisartseninstituten. Toen het programma minder geld te verdelen had, in 2002, werden er maar 11 voorstellen ingediend.

Het geneesmiddelenonderzoek in Nederland wordt bijna volledig betaald door de farmaceutische industrie. Voorzover wij konden nagaan zijn er weinig rechtstreekse banden tussen de industrie en huisartseninstituten; zelfs als de industrie sponsort, is dat meestal geen direct geneesmiddelenonderzoek. De industrie lijkt een eigen kanaal te hebben voor geneesmiddelenonderzoek in de huisartsenpraktijk.<sup>5</sup>

### Subsidiegevers

De instanties die subsidie verlenen, doen dit volgens een welomschreven procedure. Hoewel de procedures verschillen vertonen, volgen ze in wezen dezelfde lijn: beoordeling van het projectvoorstel op relevantie volgens criteria van de desbetreffende instantie en op wetenschappelijke kwaliteit. Deze beoordelingsrondes worden uitgevoerd door commissies/werkgroepen waarin veelal gevestigde onderzoekers zitting hebben. Zo heeft elk van de instituten wel een vertegenwoordiger in de verschillende commissies van ZonMw en de collectebusfondsen, veelal op het gebied van hun onderzoeksprioriteiten. Dat is ook logisch omdat ze op die gebieden experts zijn.

in Nederland redelijk verkaveld. Maar net als bij het overzicht van publicaties valt het bij de inventarisatie van de lopende onderzoeklijnen op dat er een aantal gebieden zijn waarop weinig onderzoek gebeurt. De cijfers uit de Tweede Nationale Studie laten zien dat van alle gezondheidsklachten waarmee mensen in 2001 bij hun huisarts kwamen, 16% betrekking heeft op het bewegingsapparaat, bijna 15% op de huid en 13% op de luchtwegen en 7% op hart- en vaatziekten (tabel 4).

Tabel 4 Onderzoek en aangeboden morbiditeit

Aandoening	Aantal instituten	Prevalentie aan huisarts aangeboden klachten en aandoeningen (NS2)
Bewegingsapparaat	4	16,2
Huidziekten	1	14,7
Ademhalingsorganen	6	13,0
Hart en vaten	5	7,0
GGZ	4	5,1

Naar hart- en vaatziekten en luchtwegaandoeningen doen de meeste instituten onderzoek, voor het bewegingsapparaat geldt dat iets minder, maar huidziekten komen er bekaaid af. Puistjes en vlekjes is veelal klein leed waar miljoenen mensen aan lijden, zonder dat daar veel aandacht naar uitgaat. Ook in wetenschap-

pelijk onderzoek is huidziekte een stiefkindje en is er voor dit soort onderzoek geen kapitaalcrachtig fonds beschikbaar. Alleen het NHG-Fonds Alledaagse Ziekten heeft enkele jaren geleden een klein bedrag voor onderzoek naar huidziekten beschikbaar gesteld. Opvallend is dat er over dit onderwerp evenveel artikelen in buitenlandse bladen als in H&W zijn verschenen, namelijk drie. Voor de toponderwerpen ligt dit duidelijk anders.

### Beschouwing

Onze inventarisatie was geen uitputtende exercitie. Door de selectie van respondenten kan er vertekening zijn opgetreden. Zeker bij grote instituten is het lastig om precies te weten wat er elders in een instituut gebeurt. Ook onze zoekactie naar publicaties kent, zoals aangegeven, haar beperkingen. Voor ons doel: een overzicht geven van de onderzoekszwaartepunten van de instituten, lijkt ons dat niet zo'n probleem. Deze komen duidelijk terug in het publicatieoverzicht. Wel valt daarbij op dat over sommige onderwerpen veel meer wordt gepubliceerd dan over andere.

Njoo keek in 1993 in Medline naar de productie van Nederlandse huisartseninstituten.<sup>6</sup> Ze vond destijds 33 artikelen uit de periode 1983-1988 en 72 uit de periode 1988-1992. De zoekmethode was volgens Knottnerus destijds echter te weinig sensitief.<sup>7</sup> Zelfs als we ervan uitgaan dat we net zo weinig sensitief zijn als Njoo destijds, blijft er nog steeds een zeer forse groei van de wetenschappelijke productie van Nederlandse huisartsen. Die was in de afgelopen vijf jaar namelijk meer dan vier keer zo groot als begin jaren negentig.

Er zijn allerlei oorzaken voor verschillen in aantal publicaties per instituut zoals de grootte van de wetenschappelijke staf, inbedding in grotere onderzoeksinstituten, succesvol zijn in het binnenhalen van subsidies en verschillen in facultair en instituutbeleid over het Nederlandstalig publiceren. Het is dus verstandig de verschillen voorzichtig te interpreteren.

De onderzoeksinstituten doen op een breed vlak onderzoek en elk instituut heeft zijn eigen accent, maar de verdeling over de verschillende onderzoeksterreinen lijkt ons toch niet helemaal evenwichtig. Onderzoekers moeten vooral kijken naar die gebieden waar niet voldoende kennis aanwezig is en daar hun onderzoeksinspanningen op richten.

Op grond van de getallen kan volgens ons zeker niet de conclusie getrokken worden dat huisartsgeneeskundig onderzoek maar in grote instituten moet plaatsvinden. We keken immers alleen naar het aantal publicaties. De relevantie van al het onderzoek voor de dagelijkse praktijk zou wel eens behoorlijk kunnen verschillen. Een oordeel daarover houden we graag voor onszelf.

Onderzoek wortelt in tradities en het is dan ook niet zo gek dat de instituten geen grootse koerswijzigingen voorstaan. Dat ze meer onderzoek willen doen is logisch, die hartenkreet klinkt niet alleen in Nederland, maar ook elders.<sup>9,10</sup> Probleem is wel dat de nieuwe generatie huisartsen niet staat te springen om onderzoek te doen.<sup>11</sup> De relatief lage salarissen van beginnende onderzoekers zullen daar ongetwijfeld een rol bij spelen. Subsidiegevers betalen net genoeg voor een aio, maar daar komt een beginnend huisarts zijn bed tegenwoordig niet meer voor uit. Wil de beroepsgroep wetenschappelijk blijven meetellen, dan zal ook dat financiële probleem (bij de subsidiegevers) moeten worden opgelost.

We hebben een aantal interessante problemen laten liggen. Zo zou het aardig zijn om te zien welk Nederlands onderzoek de Nederlandse dokter bereikt door opname in NHG-Standaarden en hoe snel dat gebeurt. Ook is er het probleem van de invloed van huisartsen op de onderzoeksprotocollen. Hoe zou de bijdrage van ervaren huisartsen het best gewaarborgd kunnen worden? Is er een optimale verhouding tussen onderzoekers en huisartsen op een instituut?

Het is jammer dat het NHG vanwege de bezuinigingen onvoldoende aandacht kan schenken aan al deze aspecten van het wetenschapsbeleid.

### Literatuur

- 1 Knottnerus JA, Dinant GJ. Medicine based evidence, a prerequisite for evidence based medicine. *BMJ* 1997;315:1109-10.
- 2 Tasche MJA, Oosterberg EH, Kolnaar BGM, Rosmalen CFH. Inventarisatie van lacunes in huisartsgeneeskundige kennis. Zeventig standaarden doorgelicht. *Huisarts Wet* 2001;44:91-4.
- 3 Van de Weg FB, Van der Windt DAWM, Winters JC. Wel of geen injectietherapie bij schouderaandoeningen? Een systematisch literatuuronderzoek. *Huisarts Wet* 2004;47:178-83.
- 4 Eekhof JAH, Knuistingh Neven, Verheij ThJM. Kleine Kwalen. Maarsse: Elsevier Gezondheidszorg, 2001.
- 5 Zaat JOM. Geneesmiddelenonderzoek in de huisartsenpraktijk. *Huisarts Wet* 2002;45:718.
- 6 Njoo K. A Medline search for publications generated by Dutch family medicine. *Huisarts Wet* 1993;36 (suppl):S42-8.
- 7 Knottnerus JA. Internationale literatuur. *Huisarts Wet* 1993;36:302.
- 8 Huisartsenzorg en huisartsenvoorziening. Concretisering Toekomstvisie huisartsenzorg. Utrecht: NHG, 2004
- 9 Jansen HM. Voorbij de waan van de dag. *Med Contact* 2004;59:250-2.
- 10 Bell J. Resuscitating clinical research in the United Kingdom. *BMJ* 2003;327:1041-3.
- 11 Olde Hartman TC. Haio's en wetenschap; een moeilijke combinatie. *Huisarts Wet* 2004;47:362-3.