

## Wie betaalt bepaalt (ten dele)

Op een door de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen georganiseerd symposium bespraken deskundigen uit binnen- en buitenland de verhouding tussen met overheidsgeld, met collectebusfondsen-, en met farmaceutisch geld gefinancierd onderzoek. De heersende mening was dat het regelen van de (ondersteunings)structuur voor onderzoek een zaak van publieke middelen behoort te zijn en dat die structuur de onderzoekers vervolgens in staat zou moeten stellen commercieel geld aan te trekken. Dat lukt vaak aardig voor het doen van trials, maar voor onderzoek naar onderwerpen over preventie, diagnostiek en publieke gezondheidszorg is

de farmacie doorgaans veel minder gul. En daar liggen nu juist de grote problemen in de huisartsgeneeskunde. Een mogelijke oplossing is dan om het trial-onderzoek zodanig te financieren, dat een ander onderzoek daaruit mede bekostigd wordt. Harry Büller, hoogleraar vasculaire geneeskunde in het AMC gaf daarvan een inspirerend voorbeeld. Zijn afdeling draait namelijk voor een groot deel op externe financiering. Hiermee leveren medewerkers vele 'kleinere' inspanningen die geen financiering krijgen uit de reguliere geldstromen. In alle proefschriften zijn hiervan voorbeelden te vinden. De aanwezige industrie meldde als een van de problemen dat er wel eens twijfels waren

over de deskundigheid van de onderzoekers. Onderzoekers twijfelen op hun beurt nog wel eens aan de goede bedoelingen van de industrie. Mogelijke oplossingen kwamen verder niet echt aan bod, maar mij lijkt het wel aardig om een nationaal fonds in te stellen, waarin de industrie een klein gedeelte van de winsten stort. Dan hoeven de onderzoekers niet te twijfelen aan de goede bedoelingen en kan het onderzoek worden uitgezet bij kwalitatief goede onderzoekers. Bovendien kunnen vragen uit het veld dan de prioriteit bepalen. En dat veld mag vervolgens bestaan uit wetenschappers en zorgverleners. Drie vliegen in één klap.

Henk van Weert

## Hardlopers zijn geen doodlopers

Recentelijk slaagden Franse onderzoekers er met hulp van inwoners van Dijon in een wijdverbreid misverstand recht te zetten. Ruim 3000 vijfenzestigplussers van beiderlei kunne, die vooraf niet bekend waren met ziektes die sterk geassocieerd zijn met een geringere loopsnelheid zoals coronaire hartziekte, beroerte of de ziekte van Parkinson, werden verzocht een parcours van 6 meter zo snel

mogelijk lopend af te leggen. Voorafgaand aan dit parcours kregen ze enkele meters om op gang te komen, om vertekening door opstartproblemen zoveel mogelijk te voorkomen. Omdat de mannen gemiddeld genomen aanzienlijk sneller bleken te lopen dan de vrouwen, werden beide geslachten op basis van de uitkomsten verdeeld in drie groepen: < 1,50 m/s, 1,51-1,84 m/s en > 1,85 m/s voor de mannen

en < 1,35 m/s, 1,36-1,50 m/s en > 1,50 m/s voor de vrouwen. De onderzoekers volgden de groepen gedurende ruim 5 jaar en noteerden - in geval van overlijden - de doodsoorzaak.

Wat bleek? Er overleden 209 deelnemers: 99 aan kanker, 59 aan een hart- en vaatziekte en 51 aan een andere ziekte. De eertijds langzaamste lopers hadden een grotere kans te overlijden dan degenen uit de andere twee groepen (hazardratio 1,44). De sterftkans verschilde het meest voor de hart- en vaatziekten (hazardratio 2,92) en ontbrak voor de sterfte aan kanker.

Al met al blijken de hardlopers allerminst doodlopers. Integendeel: hardlopers blijken het hier op aarde juist het langst vol te houden, hetgeen voornamelijk te danken is aan hun geringere kans op hart- en vaatziekten. Voor de huisartsenpraktijk vormt de looptest wellicht een aantrekkelijk alternatief voor de bloeddrukmeter, zeker gezien het feit dat de test de opmaat vormt tot een beweegprogramma.

Tjerk Wiersma



Foto: Shutterstock/Andrr

Dumurgier J, et al. Slow walking speed and cardiovascular death in well functioning older adults: prospective cohort study. *BMJ* 2009;339:b4460.