

RCT's in de huisartsgeneeskunde, 1990-2010

Samenvatting

Kortekaas MF, Meijer A, Van de Pol AC, De Wit NJ. RCT's in de huisartsgeneeskunde, 1990-2010. *Huisarts Wet* 2012;55(11):486-91.

ACHTERGROND In de huisartsgeneeskunde wordt steeds meer wetenschappelijk onderzoek gedaan, maar niet naar alle aandoeningen in gelijke mate. Wij analyseerden de thematische ontwikkeling van gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's) in de huisartsgeneeskunde, en gingen na in hoeverre de onderzochte onderwerpen aansloten op de klinische praktijk.

METHODE In de MEDLINE-database voerden wij een gestructureerde search uit naar huisartsgeneeskundige RCT's uit de periode 1990-2010. Wij rubriceerden de gevonden publicaties naar jaar, land van herkomst, onderzoeksopzet, tijdschrift en impactfactor. De onderzoeksthema's categoriseerden we aan de hand van de hoofdstukken in de International Classification of Primary Care (ICPC).

RESULTATEN In totaal vonden wij 1935 relevante RCT's. Hun aantal nam toe van 50 per jaar in 1990 tot 170 in 2009; de mediane impactfactor van de tijdschriften waarin ze werden gepubliceerd, bewoog zich tussen 2,2 en 3,7. De meeste publicaties waren afkomstig uit de Verenigde Staten (28%), Groot-Brittannië (26%) en Nederland (10%). De meeste RCT's behandelden een onderwerp uit de ICPC-hoofdstukken P (psychisch, 28%), K (circulatoir, 13%), A (algemeen, 13%), T (endocrien/metabool, 11%) en R (respiratoir, 10%). Dit is niet geheel in overeenstemming met de verdeling van de morbiditeit in de Nederlandse eerstelijns praktijk. Met name de ICPC-hoofdstukken S (huid en subcutis), X (geslachtsorganen vrouw), W (zwangerschap), F (oog) en D (tractus digestivus) waren ondervetegenwoordigd.

CONCLUSIE Het aantal gepubliceerde RCT's in de huisartsgeneeskunde is in de afgelopen twintig jaar gestegen, maar de verdeling van onderzochte thema's sluit nog niet goed aan op die in de huisartsenpraktijk. Het zou geen kwaad kunnen eens goed te kijken naar de 'lacunebak' van het NHG.

INLEIDING

Wetenschappelijk onderzoek is van groot belang voor de professionele ontwikkeling van medische disciplines.^{1,2} De research op het gebied van de huisartsgeneeskunde heeft zich in de afgelopen dertig jaar in snel tempo ontwikkeld, zowel kwantitatief als kwalitatief.³⁻⁵ Uit een recente analyse blijkt dat de Nederlandse huisartsgeneeskunde het goed doet ten opzichte van andere landen als het gaat om totale onderzoeksoutput en zelfs koploper is wat betreft 'return on investment' van onderzoeksgeld.⁶ Aan de hand van een aselechte steekproef (15%) van alle 82.169 huisartsgeneeskundige publi-

caties uit Groot-Brittannië, de Verenigde Staten, Duitsland, Nederland, Canada en Australië tussen 2001 en 2007 bracht deze analyse aantal, auteurs en impact van de wetenschappelijke output in kaart, maar zij hield geen rekening met onderzoeksopzet en -onderwerp. Eerder Nederlands onderzoek had laten zien dat ook in ons land de publicaties in aantal toenemen en een breed terrein bestrijken, maar dat de onderzochte thema's niet goed aansluiten op de prevalentie van aandoeningen in de huisartsenpraktijk.⁷

Naast de thematiek van het onderzoek en de aansluiting op de klinische praktijk is ook de kwaliteit van het onderzoek van belang. In het algemeen beschouwt men de gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) als het optimale design voor klinisch wetenschappelijk onderzoek naar de werkzaamheid van behandelingen.⁸ Om na te gaan hoe volume en thematiek van de RCT's binnen de huisartsgeneeskunde zich in het recente verleden hebben ontwikkeld, hebben wij een bibliometrische analyse uitgevoerd van internationaal gepubliceerde RCT's over de periode 1990-2010. Wij analyseerden aantal en kwaliteit van deze publicaties, en in hoeverre de onderzochte thema's aansloten bij de prevalentie van aandoeningen in de huisartsenpraktijk.

METHODE

Onderzoeksopzet en zoekstrategie

In de MEDLINE-database zochten wij binnen het tijdvak januari 1990-maart 2010 (zoekdatum 23-05-2010) aan de hand van de termen 'general practice' en 'primary health care'. De letterlijke tekst van de search luidde: ("general practice"[MeSH Terms] OR "primary health care"[MeSH Terms] OR "general

Wat is bekend?

- Het aantal wetenschappelijke publicaties in de huisartsgeneeskunde stijgt wereldwijd.
- Nederland doet het relatief goed als het gaat om totale onderzoeksoutput en 'return on investment' van onderzoeksgeld op dit gebied.
- De spreiding van de onderzochte onderwerpen sluit niet aan op de prevalentie van aandoeningen (ICPC-codes) in de Nederlandse huisartsenpraktijk.

Wat is nieuw?

- Het jaarlijks aantal gepubliceerde RCT's op het gebied van de huisartsgeneeskunde is in de afgelopen jaren blijven stijgen.
- Er is een duidelijke focus in researchthematiek, met relatief veel onderzoek op het terrein van de psychiatrie en chronische aandoeningen en relatief weinig binnen de dermatologie.
- Die focus sluit niet goed aan bij de prevalenties van klinische problemen in de huisartsenpraktijk. Wellicht kan hiervoor meer aandacht gevraagd worden met behulp van de 'lacunebak' van de NHG-Standaarden.

practice"[Title/Abstract] OR "primary health care"[Title/Abstract] OR "family medicine"[Title/Abstract] AND English[lang] AND "1990/01/01"[PDAT]: "2010/03/24"[PDAT].⁹ Uit de zoekresultaten van deze search filterden wij RCT's met behulp van de PubMed-limits 'Clinical Trial' en 'Randomized Controlled Trial'.⁷

Selectie van RCT's

Onze vooraf geformuleerde inclusiecriteria waren: (1) originele RCT; (2) klinisch huisartsgeneeskundig onderwerp; (3) onderzoek in het domein van de huisartsgeneeskunde; (4) therapeutisch onderzoek, (5) abstract geschreven in het Engels en/of Nederlands en (6) abstract en/of fulltext in Nederland verkrijgbaar. Bij het toepassen van deze criteria gingen wij uit van de terminologie in het artikel zelf. Titel en samenvatting bevatten in het algemeen voldoende informatie; in slechts tien gevallen was het nodig het gehele artikel te bekijken. De selectie werd uitgevoerd door AM, waar nodig bijgestaan door MK (bij circa 2,5% van de artikelen). Bij het uitblijven van consensus raadpleegden zij een derde (NdW).

Ter controle op de kwaliteit van dit selectieproces vergeleken we onze selectie met die van een aantal meta-analyses. Met behulp van de PubMed-limit 'Meta-Analysis' vonden wij binnen de resultaten van de eerstgenoemde zoekactie 109 meta-analyses, waaruit we een willekeurige steekproef van vijf namen. De RCT's uit deze vijf meta-analyses bleken alle ook in onze eigen selectie aanwezig.

Extractie van variabelen

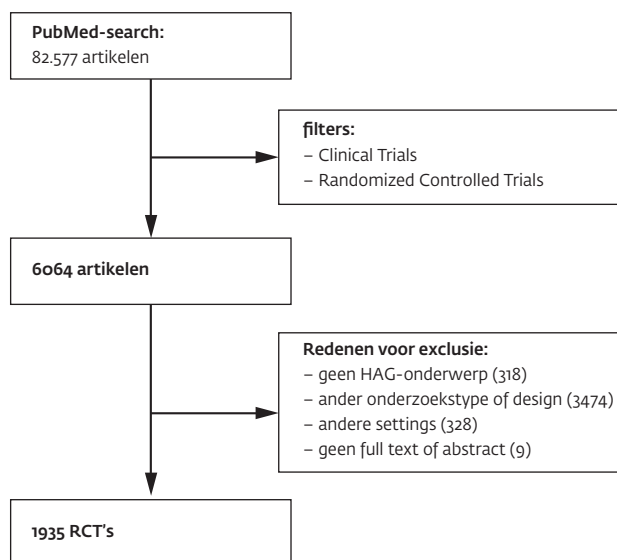
De geïnccludeerde artikelen rubriceerden we naar publicatiedatum, land van herkomst, onderzoeksopzet, design, tijdschrift en impactfactor. We gebruikten de impactfactor van het tijdschrift voor 2010 (opgezocht via Web of Knowledge¹⁰) als indicator van de kwaliteit van de publicatie. Om het aantal publicaties te kunnen vergelijken naar land van herkomst gingen we van alle landen ook het bruto binnenlands product en het inwonersaantal na.^{6,11} Tot slot categoriseerden we de artikelen per onderzoeksthema aan de hand van de International Classification of Primary Care (ICPC).¹² Voor artikelen die niet in deze classificatie ondergebracht konden worden, creëerden we een categorie 'overig'.

Data-analyse

Wij berekenden de onderzoeksoutput per land per jaar, gecorrigeerd voor bruto binnenlands product en inwoneraantal voor zover het landen betrof met twee of meer publicaties in totaal. Per jaar berekenden we de mediane impactfactor van de tijdschriften waarin de RCT's verschenen. Vervolgens bepaalden we de aansluiting van de researchthema's op de dagelijkse klinische praktijk door de thematiek van de publicaties te vergelijken met de verdeling van de klinische thema's in de Nederlandse huisartsenpraktijk.¹²

De complete dataset van 1935 RCT's is te raadplegen via www.henw.org, rubriek Onderzoek, RCT's in de huisartsgeneeskunde, 1990-2010.

Figuur 1 Flowchart zoekstrategie



HAG = huisartsgeneeskunde. RCT = randomized controlled trial.

RESULTATEN

Aantal en herkomst van de publicaties

In totaal leverde onze search in de MEDLINE-database 82.577 artikelen op, waarvan er 6064 een RCT betroffen. Na toepas-

Abstract

Kortekaas MF, Meijer A, Van de Pol AC, de Wit NJ. Randomized controlled trials in general practice, 1990-2010. *Huisarts Wet* 2012;55(11):486-91.

BACKGROUND Increasingly more research is being carried out in general practice, but some ailments and problems are more popular than others as research topic. This bibliometric analysis evaluated the quantity, themes, and quality of randomized controlled trials (RCTs) in general practice and whether research topics reflected clinical practice.

METHOD RCTs with a general practice setting were identified through a systematic search of the Medline database (1990-2010). Studies that met predefined inclusion criteria were included. Publication date, country of origin, study design, journal, and impact factor were recorded. The research themes of studies were categorized using International Classification of Primary Care (ICPC) codes.

RESULTS A total of 1935 RCTs were included. The number of RCTs published annually has increased from 50 in 1991 to 170 in 2009, with most studies coming from the United States (28%), the United Kingdom (26%), and the Netherlands (10%). The median impact factor of the publications was variable, ranging from approximately 2.2 to 3.7 over the years. Most of the RCTs concerned psychiatric (code P; 28%), circulatory (code K, 13%), general (code A, 13%), endocrinological / metabolic (code T, 11%), and respiratory (code R, 10%) problems. The publication pattern did not match the morbidity seen in general practice. Notably, codes S (skin), X (female genital), W (pregnancy), F (eye) en D (digestive) were underrepresented.

CONCLUSION Although the number of RCTs with a general practice setting has continued to increase in the past 20 years, the match between research topics and problems seen in clinical practice could be improved.

Tabel 1 Aantal publicaties per land en per tijdschrift

Titel	IF*	Verenigde Staten	Groot-Brittannië	Scandinavië†	Nederland	Elders	Totaal	(%)
BMJ‡	12,8	6	100	7	18	17	148	(7,6%)
Br J Gen Pract	2,3	1	70	5	19	4	99	(5,1%)
Fam Pract	1,63	0	18	12	6	14	50	(2,6%)
JAMA‡	28,9	27	1	0	0	2	30	(1,6%)
J Fam Pract	1,4	16	1	1	2	1	21	(1,1%)
Lancet‡	28,4	0	13	0	4	2	19	(1,0%)
Ann Intern Med	17,5	13	1	0	1	2	17	(0,9%)
Ann Fam Med	3,5	13	0	0	1	1	15	(0,8%)
Fam Med	1,6	3	0	0	0	2	5	(0,3%)
NEJM‡	50,0	1	0	0	0	0	1	(0,1%)
Overige		469	307	176	143	435	1530	(79,1%)
Totaal		549	511	201	194	480	1935	(100,0%)

* IF = impactfactor.

† Zweden, Noorwegen, Finland, Denemarken.

‡ Hoogste impactfactoren.

sing van de inclusiecriteria bleven er uiteindelijk 1935 relevante RCT's over die wij analyseerden [figuur 1].

Zoals [figuur 2] laat zien, steeg het aantal gepubliceerde huisartsgeneeskundige RCT's in de onderzochte periode continu, zowel internationaal als nationaal. In het jaar 1990 vonden wij wereldwijd 48 RCT's en dat liep op tot 161 in het jaar 2009, dat is 3,4 maal zo hoog. Voor Nederland vonden zelfs wij bijna een verviervoudiging, van 5 RCT's in 1990 tot 24 in 2009.

De meeste RCT's werden gepubliceerd door huisartsgeneeskundige instituten in de Verenigde Staten (28,4%), Groot-Brittannië (26,4%) en Nederland (10,0%). Samen produceerden de instituten uit deze drie landen bijna tweederde deel van het totaal (64,8%). In verhouding tot het bruto binnenlands

product was de jaarlijkse productie van RCT's het grootst in Nederland, gevolgd door Nieuw-Zeeland en Groot-Brittannië. In verhouding tot het aantal inwoners was de jaarproductie het grootst in Nederland, Noorwegen en Denemarken.

Kwaliteit van de publicaties

De mediane impactfactor van de tijdschriften van de internationaal gepubliceerde RCT's tussen 1990 en 2010 lag tussen 2,2 en 3,7, voor RCT's uit Nederland varieerde dit tussen 1,1 en 9,8 [figuur 3]. Van 200 RCT's (10%) was de impactfactor ten tijde van de analyses (nog) onbekend.

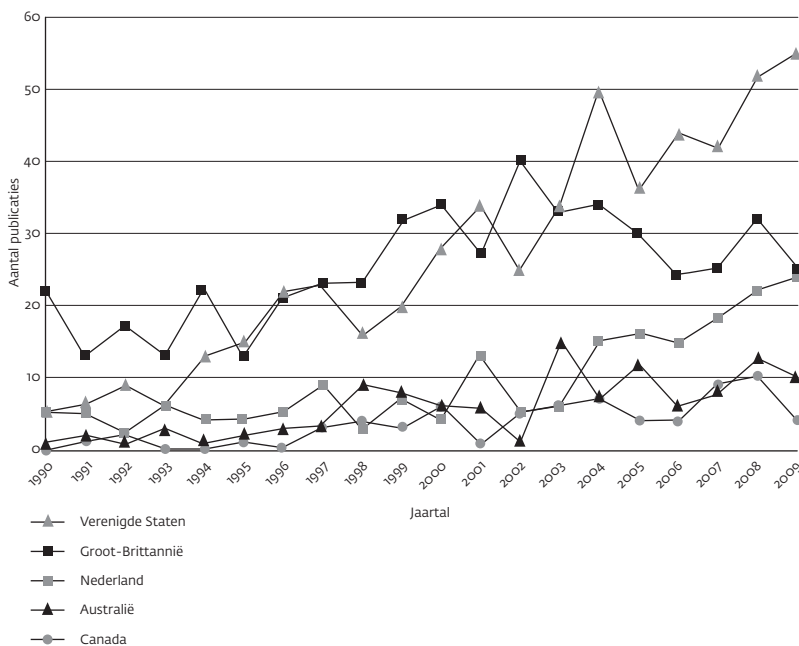
De spreiding van de door ons gevonden RCT's over tijdschriften was groot. De drie tijdschriften met de meeste RCT's waren de *British Medical Journal* (7,6%), de *British Journal of General Practice* (5,1%) en *Family Practice* (2,6%). Veruit het grootste deel van de RCT's (79,1%) stond echter in tijdschriften die buiten de top-tien vallen. De top-drie van tijdschriften bevatte vooral onderzoeken uit Groot-Brittannië en Nederland; van de 30 publicaties in nummer vier (*JAMA*) waren er 27 (90%) afkomstig uit de Verenigde Staten [tabel 1].

Onderwerpen van de RCT's

[Tabel 2] toont de thematische verdeling van RCT's over de ICPC-hoofdstukken. In totaal 54 internationale RCT's (2,8%) konden niet worden toegewezen en belandden in de categorie 'overig'. Over de totale onderzoeksperiode betroffen de meeste onderzoeken ICPC-hoofdstuk P, psychische problemen (n = 547, 28,3%), gevolgd door hoofdstuk K, tractus circulatorius (n = 249, 12,9%), hoofdstuk A, algemeen en niet gespecificeerd (n = 243, 12,6%), hoofdstuk T, endocriene klieren/metabolisme/voeding (n = 213, 11,0%) en hoofdstuk R, tractus respiratorius (n = 188, 9,7%).

Over de periode 1990 tot en met 2009 is in ICPC-hoofdstuk P, psychiatrische aandoeningen, de grootste absolute stijging in aantal publicaties te zien (van 12 in 1990 tot 47 in 2009; toename van bijna 300%). Andere onderzoeksthema's die relatief veel stegen, waren algemene aandoeningen (van 1 naar 20, factor 20), endocriene/metabole aandoeningen (van 2 naar 25,

Figuur 2 Jaarlijks aantal gepubliceerde huisartsgeneeskundige RCT's uit de top vijf landen



ruim factor 12) en tractus circulatorius (van 7 naar 20, bijna verdrievoudigd). Daarnaast valt op dat tussen 1990 en 2009 minder RCT's werden gedaan naar onderwerpen die betrekking hebben op de urinewegen (van 10 in 1990 naar 4 in 2009, ruim gehalveerd).

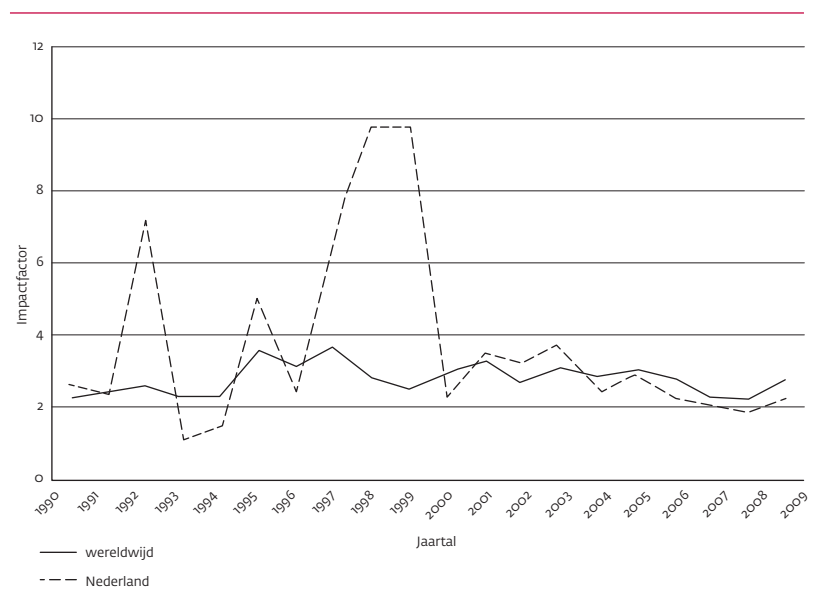
Bij verdere rubricering binnen ICPC-hoofdstukken konden 189 studies niet nader worden ingedeeld, waarmee in totaal 243 studies (12,6%) in de categorie 'overig' kwamen. Chronische aandoeningen werden het meest onderzocht, namelijk depressie (code P76, 12,2%), hypertensie (code K86, 7,1%), diabetes mellitus (code T90, 6,6%), astma (code R96, 4,3%) en tabaksmisbruik (code P17, 3,9%).

RCT's uit de Nederlandse huisartsgeneeskunde betroffen vooral de thema's psychische problemen (n = 34, 17,5% van totaal), tractus respiratorius (n = 33, 17,0%), bewegingsapparaat (n = 31, 16,0%) en tractus circulatorius (n = 25, 12,9%). Ook binnen Nederland werd veel onderzoek gedaan naar chronische aandoeningen zoals diabetes mellitus (code T90, n = 18, 9,3% van totaal), depressie (code P76, n = 15, 7,7%) en astma (code R96, n = 12, 6,2%).

Aansluiting van de onderzoeksthema's bij de praktijk

Volgens de Tweede Nationale Studie gaan de meeste consulten in de spreekkamer van de Nederlandse huisarts over het bewegingsapparaat (16,2%), huid en subcutis (14,7%) en de tractus respiratorius (13,0%).¹² De onderzoeksthema's hebben een geheel andere rangorde [figuur 4], waarbij met name de discrepantie op het gebied van psychische problemen groot is: 17,5% van de RCT's versus 5,1% van de consulten. Verhoudingsgewijs wordt ook veel onderzoek gedaan naar algemene aandoeningen, de tractus circulatorius, de tractus respiratorius en endocriene/metabole aandoeningen. Dermatologische thema's krijgen in onderzoek veel minder aandacht dan in de huisart-

Figuur 3 Jaarlijkse mediane impactfactor van de tijdschriften waarin huisartsgeneeskundige RCT's verschenen



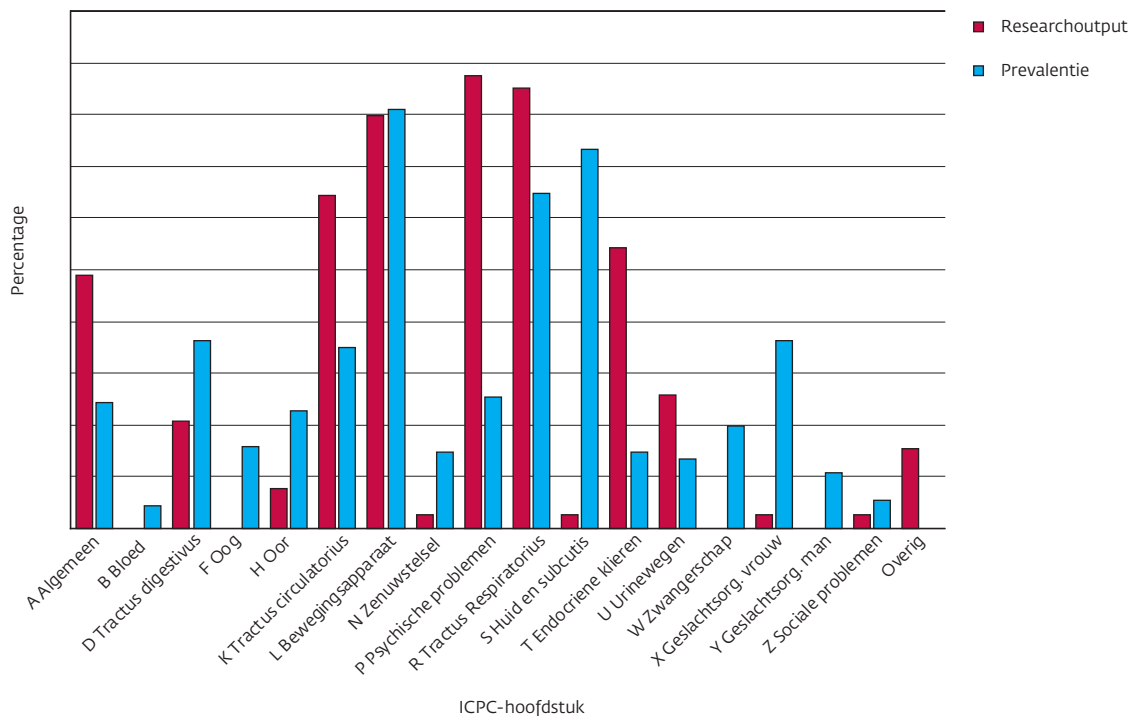
senpraktijk: 0,5% van de RCT's versus 14,7% van de consulten. Ook de klinische vragen op het gebied van geslachtsorganen, zwangerschap, het oog en de tractus digestivus worden relatief minder vaak bestudeerd. In Nederland komt alleen het bewegingsapparaat in onderzoek ongeveer even vaak aan bod als in de praktijk, met respectievelijk 16,0% en 16,2%.

De vijf meest voorkomende aandoeningen in de huisartsenpraktijk zijn K86 (essentiële hypertensie), R74 (acute infectie bovenste luchtwegen), S74 (dermatomycosen), R05 (hoesten) en S88 (contacteczeem/overig eczeem).¹² De vijf aandoeningen

Tabel 2 Onderwerpen van Nederlandse huisartsgeneeskundige RCT's in de periode 1990-2010

ICPC-hoofdstuk	Alle RCT's	Nederlandse RCT's	Prevalenties Nederland
A Algemeen	243 (12,6%)	19 (9,8%)	4,9%
B Bloed	13 (0,7%)	0 (0,0%)	0,9%
D Tractus digestivus	76 (3,9%)	8 (4,1%)	7,3%
F Oog	5 (0,3%)	0 (0,0%)	3,2%
H Oor	23 (1,2%)	3 (1,5%)	4,6%
K Tractus circulatorius	249 (12,9%)	25 (12,9%)	7,0%
L Bewegingsapparaat	152 (7,9%)	31 (16,0%)	16,2%
N Zenuwstelsel	32 (1,7%)	1 (0,5%)	3,0%
P Psychische problemen	547 (28,3%)	34 (17,5%)	5,1%
R Tractus respiratorius	188 (9,7%)	33 (17,0%)	13,0%
S Huid en subcutis	17 (0,9%)	1 (0,5%)	14,7%
T Endocriene klieren	213 (11,0%)	21 (10,8%)	3,0%
U Urinewegen	41 (2,1%)	10 (5,2%)	2,7%
W Zwangerschap	18 (0,9%)	0 (0,0%)	4,0%
X Geslachtsorganen vrouw	43 (2,2%)	1 (0,5%)	7,3%
Y Geslachtsorganen man	11 (0,6%)	0 (0,0%)	2,2%
Z Sociale problemen	10 (0,5%)	1 (0,5%)	1,1%
Overig	54 (2,8%)	6 (3,1%)	0,0%
Totaal	1935 (100%)	194 (100%)	(100%)

Figuur 4 Onderwerpen van Nederlandse huisartsgeneeskundige RCT's vergeleken met prevalenties in huisartsconsulten in Nederland per ICPC-hoofdstuk (1990-2010)



* Betreft RCT's die wij met onze zoekstrategie en na selectie hebben gevonden. Prevalenties (als percentage van totaal) ontleend aan de Tweede Nationale Studie.¹²

die het vaakst het onderwerp van een RCT zijn, zijn T9o (diabetes mellitus), P76 (depressie), R96 (astma), K86 (hypertensie), K99 (andere ziekten tractus circulatorius) en Lo3 (lagerugpijn).

BESCHOUWING

Conclusies

De afgelopen twintig jaar is het aantal huisartsgeneeskundige RCT's dat jaarlijks wereldwijd gepubliceerd wordt meer dan verdrievoudigd, en in Nederland is het zelfs vervijfvoudigd. In vergelijking met andere landen publiceerde Nederland relatief veel huisartsgeneeskundige RCT's, zeker in verhouding tot het bruto binnenlands product en het aantal inwoners. De kwaliteit van de Nederlandse onderzoeken, afgemeten aan de impactfactor van de tijdschriften waarin ze gepubliceerd werden, kwam goed overeen met de mediane impactfactor uit eerder onderzoek, met een mediane jaarlijkse impactfactor variërend van 1,1 tot 9,8.¹³

Vergeleken met de output in andere landen gaat het dus goed met het Nederlandse huisartsgeneeskundig onderzoek, zowel kwantitatief als kwalitatief.¹³ De thematiek van het onderzoek sluit echter nog altijd onvoldoende aan op de dagelijkse praktijk. Een mogelijke verklaring ligt in de sturende invloed van de onderzoeksfinanciering, die in principe langs vier kanalen plaatsvindt. De eerste geldstroom komt uit de eigen middelen van universitaire afdelingen en is beperkt. De tweede geldstroom is afkomstig uit overheidsmiddelen, onder

andere via ZonMw, en wordt grotendeels thematisch gestuurd door de subsidiegever. Zo zijn in de afgelopen jaren onder andere de programma's Geestkracht, Diabetes Keten zorg en Nationaal Programma Ouderenzorg opgezet.¹⁴ De derde geldstroom komt uit de 'collectebusfondsen' van organisaties als de Nederlandse Hartstichting, het Diabetes Fonds, het Astma Fonds en de Hersenstichting, en is daardoor vooral gericht op chronische aandoeningen. De vierde geldstroom, commerciële onderzoeksfinanciering, speelt in het huisartsgeneeskundig onderzoek slechts een bescheiden rol.⁵

Onze analyse laat zien dat naar sommige minder prevalentie ICPC-hoofdstukken relatief veel onderzoek wordt gedaan en naar sommige hoogprevalente hoofdstukken juist weinig. Het kan natuurlijk zo zijn dat een aantal van de voor de praktijk relevante vragen reeds vóór 1990 onderzocht en beantwoord is. Daarnaast wordt de onderzoeksagenda bepaald door een groot aantal andere factoren, zoals de relevantie van de vraagstelling, de financierbaarheid, de politieke actualiteit, de publiceerbaarheid en de onderzoekslijn van een afdeling. In 2002 heeft ZonMw het Programma Alledaagse Ziekten (PAZ) opgezet speciaal om het onderzoek naar veelvoorkomende aandoeningen in de huisartsenpraktijk te stimuleren,¹⁴ en in dat kader zijn onderzoeken gestart op het gebied van huid en subcutis (ICPC-hoofdstuk S), bewegingsapparaat (L), oog (F) en oor (H). De resultaten van het PAZ zijn in onze analyse **figuur 4** niet waarneembaar – in elk geval niet voor de hoofdstukken

S, F en H. Wellicht komt dat doordat sommige onderzoeken nog lopen. Binnen het PAZ was per project relatief weinig geld beschikbaar, en dat kan zijn weerslag gehad hebben op aantal en impactfactor van de publicaties.

Beperkingen

De belangrijkste beperking van ons onderzoek is dat we met de gehanteerde zoekstrategie niet alle relevante RCT's hebben gevonden. In een aselechte steekproef die wij namen ter interne controle, bleken er van de honderd RCT's gepubliceerd door Nederlandse huisarts-onderzoekers slechts veertig voor te komen in onze database. Daar zijn verschillende verklaringen voor. Een eerste verklaring is dat we niet hebben gezocht in andere databases, zoals EMBASE en de Cochrane Library. De beschikbare middelen lieten dat niet toe. Een tweede verklaring ligt in het gebruik van PubMed-limits om RCT's te identificeren. Deze filters selecteren op basis van labels die aan de publicatie zijn toegekend, dus te laat of verkeerd gelabelde publicaties kunnen gemist zijn. We hebben het net zo breed mogelijk uitgeworpen door naast 'Randomized Controlled Trial' ook 'Clinical trial' toe te passen. Aangezien we bij onze betrouwbaarheidscontrole in vijf meta-analyses geen ontbrekende RCT's aantreffen, zal onze filterstrategie echter niet tot grote omissies hebben geleid. Een derde – en wat ons betreft de meest waarschijnlijke – verklaring is dat het huisartsgeneeskundige karakter van het onderzoek niet als zodanig benoemd werd in titel of samenvatting. Dat zou de RCT ontraceerbaar maken met een zoekstrategie die gebaseerd is op domein. Zoeken op auteurs zou een alternatief zijn, maar niet alle RCT's van huisarts-onderzoekers hebben een huisartsgeneeskundig relevant onderwerp.⁶ Een vierde verklaring is dat we ons tot Engelstalige publicaties hebben beperkt en gezocht hebben op Engelstalige synoniemen voor huisartsgeneeskunde.⁹ Dit sluit anderstalige publicaties uit, en mogelijk ook Engelstalige publicaties uit landen waar huisartsgeneeskunde anders benoemd wordt ('community medicine', 'rural health', enzovoort).

Er is nog geen optimale zoekstrategie voor huisartsgeneeskundig onderzoek binnen online databases. Na onze dataverzameling zijn nog twee artikelen verschenen waarin een uitgebreidere zoekstrategie gehanteerd is. Jelercic (2010) heeft in aanvulling op onze zoekstrategie de termen 'family practice', 'physicians, family', 'rural health care', 'rural health services', 'comprehensive health care' en 'community health services' gebruikt.¹⁶ Glanville (2011) heeft een zo sensitief mogelijke zoekstrategie ontwikkeld met veel verschillende losse zoektermen, toegepast op zes landen met een goed ontwikkelde eerste lijn.⁶ Beide zoekstrategieën zijn echter nog niet gevalideerd en hadden niet alleen tot doel om huisartsgeneeskundig onderzoek te vinden, maar ook onderzoek door huisartsen. In onze ogen zijn de beperkingen van onze eigen zoekstrategie vooral kwantitatief en systematisch. We hebben geen aanwijzingen dat deze beperkingen ook tot een selectie in onderzoeksthematiek hebben geleid.

Een derde beperking betreft de indicator die we gebruikt

hebben voor de behoefte aan onderzoek, de verdeling van klinische thema's in de Nederlandse huisartsenpraktijk: deze is niet een directe maat voor de behoefte aan onderzoek.⁷ Veel aandoeningen die in de huisartsenpraktijk een hoge prevalentie hebben, zijn zelflimiterend en vragen niet om wetenschappelijk onderbouwde interventies.

Aanbevelingen

Eerder onderzoek heeft laten zien dat de onderzoeksoutput van Nederland op het gebied van de huisartsgeneeskunde zich prima verhoudt tot andere landen,⁶ maar dat de aansluiting bij de praktijk beter kan.⁷ Deze ontwikkelingen hebben wij opnieuw in kaart gebracht, en ons is duidelijk geworden dat de onderzoeksagenda in de huisartsgeneeskunde ondanks in het verleden ontplooidde initiatieven nog altijd niet optimaal is afgestemd op de dagelijkse praktijk.^{1,14} In dat kader is het stopzetten van het PAZ geen goede ontwikkeling. Het is voor de huisartsgeneeskunde van groot belang dat de researchagenda aangestuurd wordt door de dagelijkse praktijk, rond vragen uit de klinische huisartsgeneeskunde. De 'lacunebak' (een database met lacunes in NHG-Standaarden) zou een uitstekend uitgangspunt zijn om te inventariseren waar deze behoeftes liggen.¹⁵ ■

LITERATUUR

- 1 Hummers-Pradier E, Beyer M, Chevallier P, Eilat-Tsanani S, Lionis C, Peremans L, et al. The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe, Part 1: Background and methodology. *Eur J Gen Pract* 2009;15:243-50.
- 2 Van Weel C. The impact of research in primary care and family medicine: The Thomson Reuters Web of Science Subject Category 'Primary Health Care'. *Fam Pract* 2011;28:239-40.
- 3 Mant D, Del Mar CB, Glasziou P, Knottnerus A, Wallace P, Van Weel C. The state of primary-care research. *Lancet* 2004;364:1004-6.
- 4 Van Weel C, Rosser WW. Improving health care globally: A critical review of the necessity of family medicine research and recommendations to build research capacity. *Ann Fam Med* 2004;2 Suppl 2:S5-16.
- 5 Dekker J. Standaarden en onderzoek voor en door huisartsen. *Huisarts Wet* 2010;53: 47-50.
- 6 Glanville J, Kendrick T, McNally R, Campbell J, Hobbs FD. Research output on primary care in Australia, Canada, Germany, the Netherlands, the United Kingdom, and the United States: Bibliometric analysis. *BMJ* 2011;342:d1028.
- 7 Bakkenist T, Zaat JOM. Wie onderzoekt wat? Een globaal overzicht van huisartsgeneeskundig onderzoek in Nederland. *Huisarts Wet* 2004;47:555-60.
- 8 Brozek JL, Akl EA, Allonso-Coello P, Lang D, Jaeschke R, Williams JW, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations in clinical practice guidelines, Part 1 of 3: An overview of the GRADE approach and grading quality of evidence about interventions. *Allergy* 2009;64:669-77.
- 9 Ovhd I, Van Royen P, Håkansson A. What is the future of primary care research? Probably fairly bright, if we may believe the historical development. *Scand J Prim Health Care* 2005;23:248-53.
- 10 ISI Web of Knowledge [internet]. New York: Thomson Reuters, 2010-2012. <http://www.isiknowledge.com>, geraadpleegd maart 2010.
- 11 CIA. The World Factbook [internet]. Washington (DC): Central Intelligence Agency, 2007-2011. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2001rank.html>, geraadpleegd april 2011.
- 12 International classification of primary care, second edition (ICPC-2). Geneva: World Health Organization, 2003.
- 13 Van Driel ML, Magin PJ, Del Mar CB, Furler J, De Maeseneer J. Journal impact factor and its importance for AFP. *Aust Fam Physician* 2008;37:770-3. <http://www.zonmw.nl/onderwerpen/cure>, geraadpleegd april 2011.
- 14 Tasche MJA, Oosterberg EH, Kolnaar BGM, Rosmalen CFH. Inventarisatie van lacunes in huisartsgeneeskundige kennis. Zeventig standaarden doorgelicht. *Huisarts Wet* 2001;44:91-4.
- 15 Jelercic S, Lingard H, Spiegel W, Pichlhofer O, Maier M. Assessment of publication output in the field of general practice and family medicine and by general practitioners and general practice institutions. *Fam Pract* 2010;27:582-9.