

- 9 Freudenstein U, Jagger C, Arthur A, Donner-Banzhoff N. Treatments for late life depression in primary care—a systematic review. *Fam Pract* 2001;18:321-27.
- 10 Van Schaik A, Van Marwijk H, Ader H, Van Dyck R, De Haan M, Peninx B, et al. Interpersonal psychotherapy for elderly patients in primary care. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14:777-86.
- 11 Sheikh JJ, Yesavage JA. GDS: Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist* 1986;5:165-73.
- 12 Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, Linzer M, Verloin deGruy III F, Hahn SR, et al. Utility of a New Procedure for Diagnosing Mental Disorders in Primary Care. The PRIME-MD 1000 Study. *JAMA* 1994; 272:1749-56.
- 13 Van Schaik A, De Wit A. Interpersoonlijke Psychotherapie. In: Pot AM, Kuin Y, Vink M, redactie. *Handboek Ouderen-psychologie*. Utrecht: de Tijdstroom, 2007:341-9.
- 14 Van Schaik D, Klijn A, Van Hout H, Van Marwijk H, Beekman A, De Haan M, et al. Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. *General Hospital Psychiatry* 2004;26:184-9.
- 15 Van Schaik DJF, Van Marwijk HWJ, Van der Windt DAWM, Beekman ATFDHM, Van Dyck R. De effectiviteit van psychotherapie in de eerste lijn bij patiënten met een depressieve stoornis. Een systematisch overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2002;44:609-19.
- 16 Unutzer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW, Hunkeler E, Harpole L, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288:2836-45.
- 17 Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH, et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004;291:1081-91.
- 18 Katon WJ, Schoenbaum M, Fan MY, Callahan CM, Williams J, Hunkeler E, et al. Cost-effectiveness of improving primary care treatment of late-life depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:1313-20.
- 19 Van Schaik DJF. *Interpersonal Psychotherapy for late life depression in general practice* [Proefschrift]. Vrije Universiteit, Amsterdam, 2006.

Vijftig jaar H&W

Kwalitatief en kwantitatief onderzoek

Vijftig jaar wetenschapsdiscussie in *Huisarts en Wetenschap*

Leo van Bergen

Meer kunst dan kunde

Eind jaren vijftig was de geneeskunde nog volledig natuurwetenschappelijk gericht, al stelden met name huisartsen vragen bij het natuurwetenschappelijk-biomedische ziektebegrip.¹ Dat ziektebegrip gaf bij 'het wetenschappelijk onderzoek van huisartsen aanleiding tot allerlei frustratie', ook omdat de huisarts zich achtergesteld voelde bij 'de specialist'. De geneeskunde richtte zich inhoudelijk en financieel meer en meer op het ziekenhuis, wat bijvoorbeeld tot gevolg had dat veel onderzoek voor de huisarts nauwelijks zinvol was. Huisartsen wilden tot 'een eigen benadering van het gezondheidsprobleem' komen, 'met een eigen wetenschappelijk onderzoek'.² De meeste aandacht ging echter uit naar de geneeskunst en niet de -kunde. De huisartsgeneeskunde moest dienstbaar zijn aan de integrale huisartsgeneeskunst. Balint en Querido waren veelgehoorde namen.³ Ziekte was niet louter een somatisch fenomeen, maar was onlosmakelijk verbonden met psychologische, sociale en milieufactoren.³⁻⁵

Auteursgegevens

VU medisch centrum, Afdeling Metamedica, Van der Boeorchestraat 7, 1081 BT Amsterdam: dr. Leo van Bergen, universitair docent medische geschiedenis.

Correspondentie: l.vanbergen@vumc.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Geschiedenis van een jubilaris

In het jubileumnummer van *Huisarts en Wetenschap*, stond al een artikel van medisch-historicus Leo van Bergen over het ontstaan van dit tijdschrift. In het kader van het 50-jarig bestaan publiceren we in dit, en in de komende twee nummer artikelen van hem over de geschiedenis van H&W. Elk van die artikelen behandelt een bepaald thema, respectievelijk: wetenschap, geneesmiddelen en samenwerking. Dit historisch feuilleton is voorbereid samen met Frans J. Meijman en voorts begeleid door Ted van Essen, Tjerk Wiersma en Hans van der Wouden. Op de website www.nhg.org onder het kopje 'H&W extra' vindt u de literatuurverwijzingen van alle artikelen uit de serie.

Ook op de Woudschotenconferentie, 23 en 24 januari 1959, stond de kunst in het middelpunt.⁶ De twee centrale vragen waren: 'Hoe moet het Genootschap de ontwikkeling van de geneeskunst van de huisarts zien?' en 'Welke consequenties heeft deze visie voor het beleid?' De wetenschap blonk nagenoeg uit door afwezigheid, ook in de twaalf deeltaken van de huisarts die Just Buma daar opstelde. 'Blijven werken aan eigen deskundigheid en vorming' bungelde geheel onderaan.⁷⁻¹⁰ De focus op de kunst werd gedeeld door NHG-voorzitter H.H.W. Hogerzeil, terwijl zijn genootschap toch was opgericht om 'de wetenschappelijke uitoefening der geneeskunst door huisartsen' te bevorderen.¹¹ Die doelstelling werd overigens op dezelfde Woudschotenconferentie definitief omschreven als 'het bevorderen van de huisartsgeneeskunde en het richting geven

aan de ontwikkeling daarvan op wetenschappelijk verantwoorde wijze'.¹¹ Hogerzeil voegde echter de communicatie toe aan het rijtje van belangrijke factoren voor de huisartsgeneeskunde, zowel tussen artsen onderling als tussen de arts en de patiënt.¹² Juist die factoren – psyche, sociale omgeving, milieu en communicatie – moesten onderwerp zijn van typisch huisartsgeneeskundig onderzoek.^{12,13} De voorkeur lag, in ieder geval theoretisch gezien, in die beginperiode bij kwalitatief onderzoek. Communicatie en milieu-invloeden: het zijn zaken die kwantitatief moeilijk te doorgronden zijn. De kritiek op de specialistische, technologische geneeskunde die in de jaren zestig losbarstte, kon binnen de huisartsengemeenschap dus op de nodige steun rekenen.¹⁴

Wetenschap is een veeleisende vrouw

De doelstelling van het NHG leidde op 6 april 1957 tot de oprichting van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO). Alle aparte onderzoeksgroepen kregen het advies om met deze commissie te praten over 'de keuze der onderzoekings-objecten, de methoden van uitvoering, de mogelijkheden van wetenschappelijke bewerking, het aantrekken van adviseurs en hulpmiddelen (geld en goederen) enz.'. Onderzoek moest minimaal voldoen aan de volgende eisen: 'geneeskundig wetenschappelijke normen, ethische toelaatbaarheid en praktische uitvoerbaarheid'.¹³

De CWO moest in iedere aflevering van *huisarts en wetenschap* iets publiceren over onderzoek dat door NHG-leden werd verricht. Geen sinecure omdat georganiseerd onderzoek door huisartsen in Nederland een onbekend fenomeen was. Het was allemaal nog werk van eenlingen geweest.¹⁵ Maar wetenschap door huisartsen moest de persoonlijke interesse gaan ontstijgen. Zoals alle medici hadden ook huisartsen 'de noodzaak en plicht' over de eigen geneeskunst 'te denken, te onderzoeken en te publiceren'. Alleen dan kon 'de algemene geneeskunde worden opgebouwd en gefundeerd'.¹⁵ De CWO had dan ook tot taak de verschillende studiegroepen, NHG-centra en individuen bij hun onderzoek behulpzaam te zijn en als coördinator te fungeren. Ook moest het projecten die konden dienen 'tot opbouw van de huisartsgeneeskunst in het algemeen', voor wetenschappelijke bewerking omvormen.¹⁶ Taak en functie van de CWO waren dus: advies, beoordeling, stimulering, voorlichting en wetenschappelijke scholing.¹⁷

Om zoveel mogelijk kinderziektes te vermijden, plaatsten ze in het tijdschrift tien 'Richtlijnen voor de opzet van wetenschappelijk onderzoek',¹⁸ en gaven ze een spoedcursus 'wetenschappelijk denken en doen'.¹⁹ Die cursus eindigde met de opmerking dat het niet de bedoeling was geweest er mensen mee af te schrikken. Maar het was nu eenmaal zo 'dat de wetenschap een veeleisende vrouw is, die niet van terloopse vrijages is gediend. Zij geeft zich slechts gewonnen aan wie haar belangeloos en volgens vaste normen dienen. En zelfs dan nog niet altijd. Maar daar is zij dan ook vrouw voor.'²⁰

Het belangrijkste NHG-onderzoek in die begindagen was dat naar verloskundige hulp in de huisartsenpraktijk. Meer dan tweehonderd huisartsen waren er op 1 januari 1958 aan begonnen. Een tweede, groot project probeerde inzicht te krijgen 'in de metho-

den en geneeskundige verdiensten van een periodiek geneeskundig onderzoek bij gezonden door de huisarts'. En ten derde was er nog het inventariserend onderzoek naar de morbiditeit van de Nederlandse bevolking, inclusief een onderzoek naar 'de problemen die dit stelt aan de huisartsgeneeskunst'.^{21,22} Het wijst erop dat, ondanks de focus op kwalitatief onderzoek tussen 1955 en 1966 ook de kwantiteit allesbehalve afwezig is geweest.²³

Het begin van de huisartsgeneeskunde was aarzelend en onwennig geweest, maar daar kwam al snel een eind aan. In de serie 'Bouwstenen voor de huisartsgeneeskunde' verscheen in 1960 het proefschrift van P.A. Roorda, *De Behandeling van de Dreigende Abortus*, een uitvloeisel van het verloskundig onderzoek en uitgegeven onder auspiciën van het NHG. Het was 'het eerste, in boekvorm gereed gekomen, werkstuk' waarvoor NHG-leden het materiaal hadden verzameld.²⁴ Het was zodoende bouwsteen en mijlpaal tegelijk.

Het Woudschotenrapport: mijlpaal en sluitsteen

Die kwalificatie ging ook op voor het in 1962 gereedgekomen Woudschotenrapport met zijn focus op de integrale geneeskunde. Het verscheen echter pas ter gelegenheid van het 10-jarig jubileum van het genootschap in 1966. Het volgende feest, 10 jaar *huisarts en wetenschap* (1967), werd gevierd met een artikelenreeks over wetenschap, geopend door kopstuk F.J.A. Huygen. Onderzoek door huisartsen over hun praktijk stond volgens hem nog steeds in de kinderschoenen. Als om de waarheid hiervan te onderstrepen beschreef F.A. Nelemans 'een technisch mislukt onderzoek met ethacrynezuur'. Maar volgens hoofdredacteur Hofmans was het juist daarom gepubliceerd.

Dit soort onderzoeken [wordt] regelmatig verricht en [mislukt] bijna altijd [...]. Aangezien er echter nimmer iets over deze mislukte onderzoeken wordt gepubliceerd, kan het niet als leermateriaal voor anderen dienen.²⁵⁻²⁷

Toen het rapport en de artikelenserie verschenen, startte ook een groot morbiditeitsonderzoek. Hiermee eindigde de bovengemiddelde aandacht voor kwalitatief onderzoek. Het onderzoek zou een jaar duren en er namen meer dan vijftig huisartsen aan deel.²⁸ De eerste plannen ervoor waren overigens, zoals gezegd, al snel na de oprichting van de CWO ontstaan en toen al werd het 'een eerste, noodzakelijke stap in de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde' genoemd.²⁸ De eerste tekenen van de omslag dateerden dan ook al van eerdere datum. In 1962 had P. Muntendam, hoogleraar sociale geneeskunde, gewaarschuwd voor een te grote nadruk op sociale en psychologische factoren. Het somatisch onderzoek was het belangrijkste en moest dat ook blijven.¹⁰ Dit afscheid van 'de geest van Woudschoten' werd vervolgens in 1964 voortgezet tijdens een conferentie op de Pietersberg. Een tweede fase was begonnen. Het verschijnen van het Woudschotenrapport was dan ook niet de opening van een nieuwe, maar de afsluiting van een voorbije periode.²⁹ Door het pas vier jaar na de opstelling te publiceren, was het van bouwsteen sluitsteen geworden.

De gesel der sociologen

Vervolgens werd het stil op huisarts-wetenschappelijk gebied. Natuurlijk werd er gepubliceerd en was het onderzoek nuttig, maar het was ook weinig spannend en baanbrekend. Daarbij mankeerde er vaak wat aan de wetenschappelijke methodiek, waardoor de bevindingen minder betrouwbaar waren. In 1973 luidde C.P. Bruins de noodklok: solo-onderzoek moest worden vervangen door 'professioneel team'-onderzoek. Professionalisering van het onderzoek liet te lang op zich wachten, ondanks de oprichting van het NHG en daarna in 1964 van het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI), waarvan men hoopte dat het de huisartsgeneeskunde wetenschappelijker zou maken. Het NHI werd gevolgd door nog zes vergelijkbare instituten, maar Bruins, zelf nota bene directeur van het NHI, kon van hun wetenschappelijke daden niet warm of koud worden. Zij moesten domweg te veel tijd en energie steken in het veroveren van een plek in de medische curricula.^{10,30,31}

Volgens Bruins bedreef de huisarts te vaak zogenaamde situatie-geneeskunde. Daarbij waren veel variabelen in het spel die bij anderen net even anders lagen, wat funest was voor de algemene geldigheid van de conclusie. De conclusie was dan ook dat de huisarts ongeschikt was om zelf onderzoek uit te voeren. Hij kon echter wel daaraan bijdragen. 'Sterker: wetenschappelijk onderzoek zou niet mogelijk zijn zonder de hulp van zoveel mogelijk huisartsen die de probleemstelling leveren en de relevante informatie verzamelen.'³⁰

Ook op de eerder dat jaar gehouden NHI-conferentie 'Huisarts en Wetenschappelijk Onderzoek' klonk fikse kritiek. Daar waren sociologen aan het woord gekomen, vertegenwoordigers van een stroming die de jaren daarvoor, tezamen met de psychologie, de medische faculteiten was binnengekomen. Voor hen was een huisartsenpraktijk een prachtige plek om veldwerk te verrichten.³² Keerzijde was dat zij veelal vonden dat huisartsen geen kaas hadden gegeten van wetenschappelijke methodiek.¹⁰

Huisartsgeneeskunde was volgens hen geen aparte tak van wetenschap en dus moesten zij in ieder geval de leiding van onderzoek overlaten aan sociologen of ander volk uit de gammahoek.³³ J.P.M. Diederiks, van het Instituut voor Preventieve Geneeskunde/TNO, redeneerde dat huisartsen vooral niet moesten zoeken naar een eigen paradigma. Onderzoek in de huisartsenpraktijk had namelijk geen eigen identiteit, maar was medisch, psychologisch, sociologisch of interdisciplinair. Het paradigma van de huisarts was die van de hulpverlener, en niet die van de onderzoeker.³⁴ De latere redactiecommissievoorzitter Joost Zaat noemde deze opmerkingen buitengewoon vermakelijk, 'vooral omdat de huisartsen de provocateurs nog gelijk gaven ook'.³⁵

De huisartsen slaan terug

Het duurde maar liefst vijf jaar voordat de huisartsen weerwoord gaven. Volgens de H&W-redacteuren Henk Lamberts en Chris van Weel was er wel degelijk een eigen huisartsgeneeskundig paradigma.³⁶ In de gespecialiseerde geneeskunde was de huisarts de vertegenwoordiger geworden van de 'traditionele' geneeskunde. De vraag was daardoor niet meer, zoals in 1973, óf de huisartsge-

neeskunde specifiek was, maar op hoeveel terreinen die specificiteit tot uiting kwam, waarbij een wetenschappelijke benadering nog steeds van groot belang was. Bovendien verschilde de huisartsgeneeskunde sterk van de sociale wetenschappen, door het natuurwetenschappelijke element. Dit maakte dat in hun ogen huisartsgeneeskundig onderzoek vooral kwantificerend moest zijn. Een huisarts wilde namelijk vooral weten 'hoe vaak iets gebeurt'. Ofschoon ook veel sociologisch onderzoek kwantitatief van aard was, combineerden zij hun kritiek op de gammabenadering met kritiek op kwalitatief onderzoek.^{35,36} Dit leidde tot een nogal chaotische discussie, die velen als onnodige moeilijkdoenerij kenschetsten. Hoogtepunt van de discussie was een heus 'paradigmanummer', december 1978. Daarin werd inderdaad grotendeels betoogd dat de huisartsgeneeskunde een eigen paradigma had, maar met de gelijktijdige aanval op kwalitatief onderzoek was lang niet iedereen het eens.³⁷⁻³⁹

De door Lamberts gewenste focus op kwantitatief onderzoek kwam er dan ook niet, misschien vanwege de herdenking van 25 jaar NHG en *huisarts en wetenschap*. Terugblikken gebeurt nu eenmaal vaak kwalitatief. Bovendien werd er teruggeblikt op een tijd waarin kwalitatief onderzoek in hoog aanzien stond. Maar het lag zeker ook aan de tijdgeest. De sobere eind jaren zeventig en begin jaren tachtig brachten het kwalitatieve onderzoek weer in het blikveld. Iedere huisarts kreeg te maken met de gevolgen van maatschappelijke problemen. Het was geen toeval dat Huygens' *Family Medicine* een warm onthaal kreeg.⁴⁰ Tekenend voor dit alles was dat W.W. Oosterhuis zich in een reactie op een bespreking van zijn proefschrift bijna verontschuldigde voor de gebruikte kwantitatieve methode.^{41,42} Hij had 'een hartsgrondige hekel aan cijfertjes' en had 'grote weerzin moeten overwinnen om dit deel van het onderzoek' te volbrengen. Maar dat mocht niet ontaarden in het wegvagen van kwantificerend onderzoek 'als onwetenschappelijk'. Kwantificerend onderzoek mocht 'dan geen bewijs leveren', het was wel 'de wegwijzer naar een goede vraagstelling'.⁴¹ Het was een *Umwertung aller Medizin-Wissenschaftlichen Werten* die al snel zou worden aangevallen.

Maar of een eigen paradigma nu tot kwantitatief of tot kwalitatief onderzoek moest leiden, of tot beide, uit het paradigmanummer en de daaropvolgende commentaren bleek in ieder geval dat de redactie een theoretischer en meer vakinhoudelijke inhoud wilde. De organisatorische kwesties die in het decennium daarvoor belangrijk waren, verdwenen naar de achtergrond. De resultaten van de NHI-conferentie uit 1973 werden achterhaald verklaard. Er was een beroepsgroep met een eigen opleidingspatroon en een eigen tijdschrift en dus was aan de voorwaarden voor een eigen huisartsgeneeskunde voldaan. De vraag of er wel zoiets was als specifiek huisartsgeneeskundig wetenschappelijk onderzoek, deed daar niets aan af.⁴³

Dit was min of meer ook de conclusie van de oratie van J.A. Knottnerus bij diens benoeming in 1988 tot hoogleraar huisartsgeneeskunde in Maastricht. De terechte kritische kijk op medicalisering van de samenleving en de somatisering van de gezondheid (szorg) had in de jaren zeventig veel mooi onderzoek opgeleverd. Maar de rol van

de gedragswetenschappers in het huisartsgeneeskundig onderzoek was sindsdien terecht teruggedrongen. De medici die ervoor in de plaats waren gekomen deden uiteraard merendeels onderzoek naar 'hardere' medische zaken. Knottnerus had niet de vrees dat daarvoor de medicalisering nieuw leven werd ingeblazen.⁴⁴

De huisarts wil kwantiteit

Het paradigmnummer van 1973 was bedoeld als afsluiting van een onduidelijke periode, maar had vooral voor nieuwe onduidelijkheid gezorgd. Daarom was februari 1984 besloten tot een wetenschapsnummer naar aanleiding van het CWO-boek *Wetenschappelijk Onderzoek in de Huisartsgeneeskunde*, waarin de theorie en praktijk van huisartswetenschappelijk onderzoek samen kwamen. Volgens redacteur Lamberts leidde het onontkoombaar tot de conclusie dat in de toekomst de huisarts zelf wetenschappelijk onderzoek zou gaan verrichten. Na het paradigmnummer had de redactie geen duidelijke contouren aangegeven voor onderzoek. Die gaf dit boek wel en het legde daarbij, tot tevredenheid van Lamberts, een sterke nadruk op de kwantitatieve invalshoek.⁴⁵ 'Wij willen nu eenmaal', zo herhaalde hij zijn woorden uit 1978, 'niet alleen weten of iets kan gebeuren [...] maar vooral hoe vaak iets gebeurt en de mate waarin een bepaalde samenhang voor de inhoud van ons werk van belang is'.

Dit onderscheidt huisartsgeneeskundig onderzoek – praktisch maar niet principieel – van ander onderzoek en met name ook van sociaal-wetenschappelijk toetsend en ook van kwalitatief onderzoek.⁴⁶

Die visie werd weer niet eensluidend onderschreven – men vond dat zaken als 'invloed', 'onbehagen' of 'beslissing' niet in kwantitatieve termen waren uit te drukken zonder hun betekenis te veranderen.⁴⁶ Lamberts had dit voorzien en al gepareerd in zijn voorwoord. Huisartsen beschikten 'over een aantal zeer belangrijke *tools* en *rules*' waarmee dat soort problemen goed kon worden opgelost.⁴⁷ De financiën waren eigenlijk het enige probleem. Subsidieëring zou moeilijk worden omdat een rapport van de Raad van Advies voor het Wetenschapsbeleid bijna geen aandacht had besteed aan onderzoek in en over de eerstelijnszorg.⁴⁷ Maar in theoretisch opzicht zag Lamberts de toekomst optimistisch in, zolang huisartsen zich maar niet al te kwalitatief opstelden. Het aandeel gedragswetenschappers aan de huisartsinstituten werd teruggebracht ten gunste van huisartsen en de *randomised trial* werd meer en meer de enige vorm van onderzoek die meetelde.⁴⁸⁻⁵⁰

De zeker in dit wetenschapsnummer uitgesproken voorkeur voor kwantitatief onderzoek, liet niet na de inhoud van het tijdschrift te beïnvloeden en wel dusdanig dat het in 1988 huisarts R. van Doesburgh te gortig werd. Huisartsen konden natuurlijk van allerlei epidemiologisch, kwantitatief onderzoek verrichten, maar hij vond dat alleen de kwalitatieve benadering geëigend was voor een integrale probleembenadering bij huisartsgeneeskundig onderzoek. Hij verwierp het argument in *Wetenschappelijk Onderzoek in de Huisartsgeneeskunde* dat kwalitatief onderzoek te zeer afhankelijk was van de creativiteit van de onderzoeker. Creativiteit was

juist onontbeerlijk voor het ontstaan van een hypothese en een absolute voorwaarde voor baanbrekend onderzoek.⁵¹

De invloed van de standaarden

Doesburghs pleidooi viel niet geheel in het luchtledige, misschien ook door het afscheid van Lamberts als redacteur één jaar later. Zo zei NHG-voorzitter V.C.L. Tielens in 1990 op een referatendag dat het integrale karakter van het huisartsgeneeskundig onderzoek tekortschoot. Veel ervan was patiëntgebonden óf praktijkgebonden, terwijl het beide moest zijn. Het was bovendien weer te eenzijdig ziektegericht geworden, wellicht omdat veel onderzoek gebeurde vanuit door specialisten beheerste medische faculteiten.⁵² De sociologe F. Touw-Otten onderstreepte dit al in 1982 in haar dissertatie over wetenschapsbeoefening door huisartsen, al legde zij de oorzaak daarvan bij de voorkeur van financiers en wat als 'maatschappelijk relevant' werd gezien.⁵³

Deze discussie woedde in de tijd dat het NHG was begonnen met het opstellen van de standaarden. Sinds 1989 moesten die zorgen voor wetenschappelijk deugdelijk werk en een impuls aan het onderzoek geven. In 1997 werd inderdaad geconstateerd dat onderzoek een hoge vlucht had genomen en het had de huisarts veel goeds gebracht. Dit ondanks de zorg van hoofdredacteur Frans Meijman over de tijdsdruk waaronder wetenschap moest worden bedreven. Onderzoeksbudgetten, aanstellingen, status: zij werden niet meer bepaald door (tijdrovende) zorgvuldigheid, maar door de snelheid waarmee onderzoek over onderwerpen die 'in' waren, werd gepubliceerd in als 'goed' gebrandmerkte tijdschriften.⁵⁴

De positieve constatering werd dan ook gevolgd door een punt van zorg. De frictie tussen praktijk en wetenschap was ondanks decennialange aandacht voor typisch huisartsgeneeskundig onderzoek nog steeds aanwezig. Het was dus niet alleen zaak het onderzoek van het vakgebied uit te breiden, maar, zo stelde Meijman, ook om ervoor te zorgen dat daarbij de praktijk en niet de toevallige interesse van onderzoeker of subsidiegever het uitgangspunt werd. In de NHG-beleidsnota 'Werkbare Wetenschap' uit 1994, werd daarvoor een eerste aanzet gegeven.⁵⁵⁻⁵⁹

Het leverde Meijman een repliek op van Hans van der Wouden van het Instituut Huisartsgeneeskunde van de Erasmus Universiteit. Van der Wouden onderstreepte dat niet alleen onderzoek vóór de praktijk van belang was, maar ook náár de praktijk.⁶⁰ Ook dit gaf aan dat het kwalitatieve onderzoek weer meer in de belangstelling was gekomen. Zo was het arts-patiëntverhaal een tijdlang weg geweest omdat de nadruk erop in de jaren zeventig samen ging met een gebrek aan belangstelling voor de praktijk. Maar omdat de standaarden de praktijk weer een stevige positie in de gezondheidszorg had bezorgd,⁶¹ ontstond er ook weer ruimte voor het narratieve.

Terug naar Woudschoten

De vraag was echter of die ruimte ook zou kunnen worden benut in een door efficiency en geld geregeerde wereld. Velen waren pessimistisch omdat nog altijd het kwantitatieve onderzoek de

norm was in de medisch-wetenschappelijke wereld. Bovendien gaf kwalitatief onderzoek zelden het enkelvoudige antwoord waar beleidsmakers en/of geldschietters op zaten te wachten.⁶² Het neemt niet weg dat het klimaat was opgewarmd. In 1998 werd dan ook gewezen op het belang van kwalitatief onderzoek in de geneeskunde, onderzoek dat volgens de schrijvers, Toine Lagro-Janssen en Berend Terluin, sinds de jaren tachtig ten onrechte op de achtergrond was geraakt. Dat onderzoek was ook niet 'onwetenschappelijk' of 'subjectief' en bovendien heel goed te combineren met kwantitatief onderzoek.⁶³

Het narratieve element deed niet alleen weer zijn intrede, het werd ook ruimer gedefinieerd. Zo betoogde medisch-filosoof Frans Meulenbergh, die zich sterk maakt voor 'het verhaal van de

patiënt', dat ook de NHG-Standaarden als 'verhaal' moesten worden opgevat. Zij gaven niet alleen gegevens met betrekking tot de werkelijkheid weer, maar creëerden ook een nieuwe werkelijkheid 'door voorschriften te geven over hoe de huisarts idealiter zou moeten handelen'.^{64,65} Het was een van de tekenen dat begin 21ste eeuw 'Woudschoten', en daarmee het kwalitatieve onderzoek, in ieder geval theoretisch weer helemaal terug was. Niet voor niets maakte het deel uit van een serie genaamd: 'Terug naar Woudschoten'.⁶⁶⁻⁶⁸ Of die wens tot terugkeer van het ideaal bestand is tegen het sindsdien veel harder geworden wetenschappelijke klimaat - bepaald door woorden als 'flexwet', 'kostenplaats', onderzoeksschool' of 'format', woorden die veel uitdrukken, behalve liefde voor de wetenschap - moet de tijd uitwijzen.

Klinische les

Familiaire mediterrane koorts in de huisartsenpraktijk

B Nuri, JAH Eekhof

Inleiding

Familiaire mediterrane koorts (FMF) is een genetische aandoening. Kenmerkend zijn de koortsaanvallen, die meestal gepaard gaan met buikpijn. De aandoening komt in Nederland relatief weinig voor; men ziet het vooral bij allochtone Nederlanders die afkomstig zijn uit het Middellandse-Zeegebied en niet of nauwelijks bij autochtonen. Buikpijn en koorts zijn klachten die de huisarts vaak ziet. Bij acute buikpijn en koorts denkt hij dan vaak aan een infectieuze of chirurgische aandoening, en bij chronische buikpijn aan inflammatoire darmziekten of aan minder ernstige aandoeningen zoals obstipatie of functionele buikpijn. Maar in een praktijk met veel mediterrane allochtonen moet de huisarts zeker ook aan een ziektebeeld als FMF denken, ook al komt dat relatief weinig voor. Aan de hand van een casus gaan wij in op presentatie, diagnostiek en behandeling van FMF.

Auteursgegevens

Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde, Postbus 2088, 2301 CB Leiden: dr. J.A.H. Eekhof, huisarts-epidemioloog/senior stafid. Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde: B. Nuri, aios. Correspondentie: j.a.h.eekhof@lumc.nl
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Meneer Soysal

Patiënt Soysal is een 34-jarige man van Turkse afkomst, met blanco voorgeschiedenis. Hij komt op het inloopsprekuur omdat hij sinds een dag koorts heeft en pijn in epigastrio en linksboven in de buik. De pijn is heftig en sinds een dag constant aanwezig. Ook is hij misselijk en verloopt de stoelgang moeizaam. Meneer Soysal heeft in het verleden geen buikpijnepisodes gehad. Hij rookt niet en drinkt geen alcohol. De familieanamnese vermeldt vage buikpijnklachten bij zijn moeder.

Wij zien een matig zieke en futloze man die voorovergebogen loopt vanwege de buikpijn. Bij het lichamenlijk onderzoek is de bloeddruk 145/85 mmHg, de pols 92 per minuut, de temperatuur 38,5 °C. Longen en hart vertonen geen waarneembare afwijkingen en bij auscultatie van het abdomen horen we geen afwijkende peristaltiek. Bij palpatie van het abdomen is er sprake van drukpijn linksboven in de buik en in epigastrio met gering spierverzet, geen loslaatpijn. Wij denken aan pancreatitis met als differentiaaldiagnose cholecystitis, gastritis en ulcus duodeni/ventriculi, en we verwijzen meneer Soysal naar de internist voor verdere diagnostiek.

Op de afdeling Spoedeisende Hulp controleert men de bezinking (79 mm in het eerste uur), de leukocyten ($17 \times 10^9/l$) en het CRP (128 mg/l) en doet men aanvullend onderzoek. Op de X-thorax, BOZ, CT van het abdomen, gastroscopie en colonoscopie blijken echter geen afwijkingen. Op grond van het klinische beeld en de uitslagen van het aanvullend onderzoek is de waarschijnlijkheidsdiagnose FMF. Hij krijgt een behandeling met colchicine maar