

Prioriteiten onderzoek

Als inspecteur voor de eerstelijnsgezondheidszorg heb ik nogal eens het gevoel vanuit een 'Hoch-sitz' een jachtterrein te overzien, waar tal van buitbe-luste jagers elkaar het wild en het ter-rein betwisten, en passant de deskundig-hed en de jachtbevoegdheid van de concurrentie betwijfelend.

De uitgestrektheid van het jachtge-bied en de overmaat aan wild, met daar-naast een gebrek aan voldoende munitie nopen tot het maken van keuzen: wie jaagt met wie, waar, op welke wildsoort, in welke periode en met hoeveel drij-vers en munitie? Gevraagd om een kriti-sche bijdrage aan de rubriek 'Discussie' over het onderwerp 'Prioriteiten voor het onderzoek op het gebied van de huisartsgeneeskunde', beperk ik mij tot prioriteitenkeuze betreffende de onder-zoeksthema's, de te bejagen wildsoort(en). De vragen naar de discipline van de onderzoeker (gedragswetenschap-per, huisarts, specialist), naar mogelijke multidisciplinaire combinaties, naar de afbakening van het onderzoeksterrein (de eerstelijnsgezondheidszorg, de ge-neeskunde), naar het soort onderzoek (zuiver wetenschappelijk of toegepast, beschrijvend of hypothese-toetsend), naar de benodigde mankracht en mid-delen, blijven hier buiten beschouwing. Anders zou deze bijdrage te omvangrijk worden, en bovendien gaat het hier – althans voor een deel – om vragen van secundaire orde. De keuze van het te onderzoeken thema en de wetenschap-pelijke vraagstelling bepalen immers in hoge mate welke discipline, welke me-thode en hoeveel tijd, mankracht en budget er nodig zal zijn.

In de praktijk blijkt de bepaling van prioriteiten een – niet steeds even door-zichtig – complex gebeuren, waarbij de financiers (overheid, diverse subsi-diërende fondsen), de adviseurs van de-zes subsidiënten, de bestuurlijke instan-ties van WO-instellingen en extra-uni-versitaire instituten, de onderzoekers en – tenslotte – ook de huisartsen zelf, een ongeveer in deze volgorde afnemende mate van invloed plegen te hebben. De recent in de kolommen van *Medisch Contact* gevoerde discussie over de voornemens inzake het extramurale ge-neeskundig onderzoek van de Medische faculteit van de VU demonstreerde bij-

zonder fraai zowel de verschillen in visie op huisartsgeneeskundig onderzoek als de verschillen in macht met betrekking tot de besluitvorming.

Van diverse zijden wordt al jaren betoogd dat voor onderzoek op het ter-rein van de huisartsgeneeskunde de bio-medische c.q. somatisch/specialistische/curatieve optiek volstrekt ontoereikend is. Van WVC-zijde is dit nog recentelijk aangegeven in de Rapportage 1985, uit-gebracht in het kader van de WHO-Health for All 2000.¹ Als belemmerin-gen in ons land voor gezondheidsonder-zoek – volgens doelstelling 32 noodza-kelijk voor steun aan dit beleid – wordt daar met name 'de overheersende posi-tie van het biomedisch onderzoek' aan-gewezen. Helaas wordt in deze rappor-tage verzuimd een antwoord te geven op de WHO-vraag welke maatregelen Ne-derland denkt te nemen om deze belem-mering weg te nemen!

Het Nederlands Huisartsen Genoot-schap zal – opnieuw – als wetenschappe-lijke organisatie bij uitstek het forum kunnen en moeten vormen, waar de discussie over het huisartsgeneeskundig onderzoek plaatsvindt. Onderzoekers van universitaire en extra-universitaire instituten en praktizerende huisartsen zullen zich daar thuis moeten voelen, daar meediscussiëren en meebeslissen.

Zonder coalitie, coördinatie en coö-peratie zal van een wezenlijke inbreng bij de prioriteitenkeuze nauwelijks sprake zijn. Gegeven de redelijke mate van consensus over de taken van de huisarts en over de onderwijsdoelstel-lingen in de huisartsgeneeskunde, moet het ook mogelijk zijn gezamenlijk tot een onderzoeksbeleid te komen.

Moge het NHG-beleidsplan, dat mo-menteel ontworpen wordt, daartoe de nodige aanzetten bieden.

De huisartsgeneeskunde heeft als toe-gepaste wetenschap vooral behoefte aan onderbouwing van haar praktisch handelen. 'Criteria voor het huisartsge-neeskundig handelen zijn zelden geba-seerd op harde wetenschappelijke gege-vens'.²

Onzekerheid, twijfel, onmacht, deze voor het handelen zo bepalende gevoe-lens zullen nimmer uitgebannen, maar wel gereduceerd kunnen worden, on-

dermeer door middel van onderzoek. Onderzoek dient bij te dragen aan de verbetering van de kwaliteit van het medisch handelen, liefst van zoveel mo-gelijk huisartsen, op zoveel mogelijk aspecten van dit handelen, en vooral met betrekking tot vragen/aandoenin-gen die frequent voorkomen danwel een ernstige bedreiging van de gezondheid of de validiteit betreffen. Kwaliteit met name in termen van effectiviteit, doel-treffendheid en van menselijke bejege-ning.

Met 'verbetering van de kwaliteit' lijkt men doorgaans een verdere verhoging van het – impliciet – toch al redelijk hoog geachte peil te bedoelen.

Geïnspireerd door *Popper and McIntyre*, die in hun magistrale artikel *The critical attitude in medicine: the need for a new ethics* onder meer stellen dat niet het fouten begaan als zodanig, maar het geen lering trekken uit deze fouten (door kritische reflectie, opsporen van de oorzaken en correctie) laakbaar is,³ en op grond van ervaringen van het Staatstoezicht, wil ik voorstellen eens aan de andere kant van de kwaliteits-schaal te beginnen, aan de negatieve pool. Concreet betekent dit:

- systematische opsporing van fouten, van insufficiënt, ineffectief of onjuist medisch handelen (op individueel en/of groepsniveau);
 - wetenschappelijke analyse van de oorzakelijke factoren en van de moge-lijkheden tot verbetering.
- De sterkte van een ketting als geheel neemt immers toe bij de versterking van de zwakste schakel!

Conclusie

- Bij de prioriteitsstelling inzake huis-artsgeneeskundig onderzoek zal con-sensus van alle betrokken geledingen tot grotere invloed leiden.
- Het Nederlands Huisartsen Genoot-schap is bij uitstek het huis, het organi-satorisch kader waarbinnen zich deze consensus-vorming afspeelt.
- Bij de keuze van onderzoeksthema's zou meer dan tot nu toe gezocht moeten worden op terreinen waarop de achter-stand het grootst danwel de kwaliteit van de huisartsenzorg het laagst is.

A. Vrij

Literatuur op pag. 283.

Effecten toetsing

Naar aanleiding van het artikel van Grol e.a. *Effecten van onderlinge toetsing 2. Voorschrijf- en verwijsgedrag van huisartsen*¹ heb ik een aantal vragen en een kritische opmerking. Eigen onderzoek naar de effecten van tien jaar samenwerking tussen apothekers en huisartsen in onze regio² verklaart mijn betrokkenheid bij dit onderwerp.

- Op pagina 142 midden boven wordt het forse verschil tussen beide groepen bij niet-apotheekhoudende huisartsen omschreven met 'in de experimentele groep is gedurende de hele onderzoeksperiode ruim één geneesmiddel per verzeerde per jaar meer voorgeschreven'. Moet in plaats van een geneesmiddel niet een aflevering geschreven worden? Hoe is trouwens dat toch grote verschil tussen de getoetste groep en de controlegroep te verklaren? De schrijvers geven dat niet duidelijk aan, maar het is voor de effectmeting mijns inziens heel wezenlijk, omdat als meetinstrument voor verandering in voorschrijfgedrag de aflevering wordt gebruikt. Zou misschien zonder toetsing ook een regressie naar het gemiddelde hebben plaatsgevonden?

- Op pagina 144 wordt de 'hamsterpiek' van eind 1982 beschreven, die in de controlegroep wel zichtbaar was, maar niet bij de getoetste huisartsen. Hoe is het verklaarbaar dat die piek wel optrad bij de specifieke en niet bij de specifieke middelen. Logisch zou toch zijn dat de specifieke middelen voor chronische kwalen voor langer dan een maand werden voorgeschreven, in plaats van de specifieke middelen als hoestdempers, antibiotica, enz.?

- Een laatste vraag heeft betrekking op de figuur 1: kunnen de schrijvers verklaren hoe het komt dat de bovenste curve niet een optelsom is van de twee daaronder?

Tenslotte nog een kritische noot, die ook de redactiecommissie van *Huisarts en Wetenschap* betreft. Het lezen van artikelen in *Huisarts en Wetenschap* kost menig huisarts, mij althans en vele collega's die ik daarover spreek, de nodige moeite. Ik ervaar het in dat verband als storend om bij het lezen van een in eigen taal geschreven artikel, een Engels woordenboek te moeten hantieren. De woorden *dispensing* en *non-*

dispensing uit figuur 1 moest ik daarin opzoeken. Deze kritische noot laat onverlet mijn grote waardering voor het artikel van Grol e.a. en de wijze waarop zij het effect van toetsing hebben geïmponeerd te meten.

Hoogeveen,
Klaas Reenders, huisarts

¹ Grol R, Morkink H, Van Deursen J, Theunissen A. Effecten van onderlinge toetsing. 2 Voorschrijf- en verwijsgedrag van huisartsen. *Huisarts en Wetenschap* 1986; 29: 141-45, 152.

² Reenders K. Samenwerking tussen huisartsen en apothekers. *Med Contact*: 1984; 39: 757-60.

Naschrift

Het is plezierig dat ons artikel over effecten van onderlinge toetsing op het voorschrijf- en verwijsgedrag zo zorgvuldig is gelezen.

- Het is juist dat er 'aflevering' en niet 'geneesmiddel' moet staan, een onzorgvuldigheid. Wat betreft het gevonden verschil tussen de deelnemers en de controlegroep na toetsing, is een 'regressie naar het gemiddelde'-effect niet ondenkbaar. Niettemin achten wij het plausibeler om het verschil toe te schrijven aan wel of niet deelname aan toetsing. In de eerste plaats is het voorschrijfgedrag een betrekkelijk constant kenmerk van huisartsen; er is geen reden om te veronderstellen dat, waar het voorschrijfgedrag gedurende langere tijd een constante lijn vormt, in het jaar van toetsing opeens een regressie-effect zou optreden. Bovendien zie je bij het specifieke voorschrijfgedrag, waar eenzelfde constante ontwikkeling plaatsvindt, zo'n effect niet.

- Het ontbreken van de 'hamsterpiek' bij het specifieke voorschrijfgedrag vinden we ook moeilijk verklaarbaar. Als men de maandcijfers van het betreffende ziekenfonds over het totaal aantal afleveringen uit de betreffende periode bestudeert, ziet men een flinke piek in de maanden voorafgaande aan de overheidsmaatregelen, met een daling onder het gemiddelde meteen daarna. Deze piek vinden we in de jaarcijfers alleen

terug bij het specifiek voorschrijfgedrag van de niet-deelnemers. Dit bracht ons op de veronderstelling dat het hier een hamstereffect betreft. De piek blijkt met name betrekking te hebben op slaappiddelen.

- De laatste vraag geldt de discrepantie tussen de totaalcijfers en de optelsom van gericht en specifiek voorschrijfgedrag. De reden daarvan is dat niet alle middelen in de tweedeling zijn meegenomen; met name ontbreken de categorieën 'goedkope receptuur' en 'overige geneesmiddelen', die tezamen verantwoordelijk zijn voor een kwart à een derde van alle voorgeschreven middelen.

De slotopmerking betreffende de tabellen in het Engels moeten we naar de redactiecommissie verwijzen, aangezien het haar beleid is om tabellen op deze wijze te presenteren.

R. Grol,
H. Morkink

Naschrift redactiecommissie

De betekenis van *dispensing* en *non-dispensing* is zonder veel moeite op te maken uit de Nederlandse tekst (pag. 141, derde kolom). Dat neemt niet weg dat de redactiecommissie de strekking van de opmerking van Reenders serieus neemt. Zij zal hierop uitvoerig terugkomen in het *Ten geleide* bij de volgende jaargang.

Literatuur bij pag. 282

¹ Anoniem. Health for All by the year 2000. Rapportage Nederland 1985. Leidschendam: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1986.

² Grol R, e.a. De onzekere huisarts. *Med Contact* 1985; 40: 1400.

³ McIntyre N, Popper K. The critical attitude in medicine: towards a new ethics. *Br Med J* 1983; 287: 1919-23.