



# WAAROM ONDERZOEK IN DE HUISARTS-ENGENEESKUNDE?

## Een overbodige vraag

J. DE MAESENEER, A. DE SUTTER

Het antwoord op de vraag waarom aan huisartsengeneeskundig onderzoek wordt gedaan is heel simpel: om onze patiënten een betere zorg te kunnen bieden! Het volstaat immers niet om onderzoeksresultaten uit de tweede lijn gewoonweg te extrapoleren naar de eerste lijn. De huisartsengeneeskunde is een unieke discipline, met 'context' en 'gemeenschap' als belangrijke facetten. Aan wat moet huisartsengeneeskundig onderzoek dan voldoen? Dit artikel stelt een kader voor dat kan helpen om vragen in de huisartsengeneeskunde, waarop we een antwoord willen om de kwaliteit van zorg aan onze patiënten te verbeteren, te oriënteren en te operationaliseren.

Huisartsen doen dagelijks allerlei dingen: ze behandelen zieken met acute aandoeningen, stellen patiënten met zelflimiterende ziekten gerust, verzorgen chronisch zieken, geven raad aan patiënten met psychosociale problemen en doen aan preventie via informatie en screeningsprogramma's. Ze maken bovendien deel uit van interdisciplinaire teams die de zorg voor terminaal zieken op zich nemen, verzekeren de continuïteit van zorg, helpen om mogelijke gezondheidsproblemen te identificeren in een gemeenschap, streven naar billijkheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg, ook voor illegalen. Huisartsen zijn persoonlijk betrokken bij en steken heel wat energie in tal van interventies.

Als we de activiteiten van één dag in een huisartsenpraktijk kritisch onder de loep nemen, dan stellen we vast dat sommige interventies stoelen op degelijk wetenschappelijk bewijs of op consensus, andere gebaseerd zijn op gezond verstand en enkele berusten op persoonlijke intuïtie. Uit de literatuur blijkt dat een groot aantal huisartsengeneeskundige vragen onbeantwoord blijft en dat veel wetenschappelijk onderzoek niet relevant is voor de dagelijkse patiëntenzorg in een huisartsensetting.

**Uit de literatuur blijkt dat een groot aantal huisartsengeneeskundige vragen onbeantwoord blijft en dat veel wetenschappelijk onderzoek niet relevant is voor de dagelijkse patiëntenzorg in een huisartsensetting**

### Vraagstelling

Waarom onderzoek in de huisartsengeneeskunde? Deze vraag is in feite overbodig; het illustreert wel het gebrek aan zelfvertrouwen in deze discipline. Niemand vraagt zich toch af waarom onderzoek in de cardiologie of hematologie nodig is, want het antwoord is evident: onderzoek is een natuurlijk onderdeel van elke wetenschappelijke discipline, dus ook van de huisartsengeneeskunde.

De vraag die we ons wel kunnen stellen is wat onderzoek in de huisartsengeneeskunde specifiek inhoudt. Kan de huisartsengeneeskunde wetenschappelijk niet voldoende terugvallen op resultaten van onderzoek in de pediatrie, inwendige geneeskunde, geriatrie en gynaecologie? Ook deze vraag is overbodig, want huisartsengeneeskunde is een wetenschappelijke discipline op zich en geen combinatie van onderdelen van andere vakgebieden.

De definitie van de huisartsengeneeskunde van WONCA Europe in 2002 stelt overigens duidelijk: *"de huisartsengeneeskunde is een academische en wetenschappelijke discipline met een eigen onderwijskundige inhoud, onderzoek, bewijsgrond en klinische activiteit."*<sup>1</sup>

Het enige antwoord op de vraag waarom we in de huisartsengeneeskunde aan onderzoek doen, is om onze patiënten een betere gezondheidszorg te bieden. Via onderzoek willen we immers de kwaliteit van de eerstelijnszorg bevorderen, door het inzicht in deze zorg en de uitoefening ervan te verbeteren. Maar kwaliteit is een complex concept. Kwaliteitsbevorderend onderzoek zal dus onvermijdelijk uitgebreid en veelzijdig zijn, met tal van vragen waarop we een antwoord willen.

In het eerste deel van dit artikel illustreren we het specifieke karakter van het huisartsengeneeskundige onderzoek. In een tweede deel stellen we een kader voor dat kan dienen om de verschillende onder-

**Besliskunde in de eerstelijnsgezondheidszorg is totaal verschillend van deze in de tweede lijn. De lage voorkans in de huisartsengeneeskunde verkleint immers de positief voorspellende waarde van vele diagnostische tests**

zoeksvragen waarop we een antwoord willen, te oriënteren en te operationaliseren.

### Waarom huisartsengeneeskundig onderzoek?

#### Unieke ecologie

De huisartsengeneeskunde heeft een unieke ecologie<sup>2</sup>. Als eerste contactpersoon voor allerlei gezondheidsproblemen krijgt de huisarts te maken met een scala van problemen, meestal in een vroegtijdig stadium. De symptomen zijn vaag, de prevalentie van ernstige aandoeningen is laag, vele problemen zijn zelflimiterend en vaak is er comorbiditeit aanwezig. Besliskunde in de eerstelijnsgezondheidszorg is bijgevolg totaal verschillend van deze in de tweede lijn. De lage voorkans in de huisartsengeneeskunde verkleint immers de positief voorspellende waarde van vele diagnostische tests.

#### STUDIES MET PATIËNTEN UIT HUISARTSENPRAKTIJK SCHAARS

Dat de epidemiologie belangrijk is voor het onderzoek in de huisartsengeneeskunde is duidelijk als we kijken naar gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT). Dit soort onderzoek wordt algemeen beschouwd als het beste om de effectiviteit van interventies te toetsen<sup>3</sup>, en vormt de basis voor de evidence-based medicine (EBM). Bestaande RCT's hebben vaak weinig nut voor de huisarts, want de meeste studiepatiënten lijden aan nauwkeurig gedefinieerde aandoeningen en voldoen aan specifieke inclusie- en exclusiecriteria. Een meerderheid van patiënten uit de huisartsenpraktijk zal dus niet in dit plaatje passen. Hun aandoeningen hebben zich nog onvoldoende ontwikkeld, ze hebben bijkomende gezondheidsproblemen of zijn ouder dan de studiepatiënten. Het is moeilijk om een studie te vinden waarin de patiënt uit de huisartsenpraktijk past.

#### PARADOXAAL

Onderzoekers in de huisartsengeneeskunde waren tot nu toe eerder terughoudend tegenover interventiestudies, en gaven de voorkeur aan observationele studiedesigns<sup>3</sup>. Er is dus dringend nood aan gerandomiseerde gecontroleerde studies in de eerste lijn die bijvoorbeeld algemene klachten en symptomen onderzoeken, weinig exclusiecriteria hanteren en populaties insluiten die representatief zijn voor de gemiddelde patiënt uit de huisartsenpraktijk. Diversiteit in de studiepopulatie is wellicht eerder een voor- dan een na-

deel. Deze RCT's zijn idealiter zeer groot, omdat kleine studies de neiging hebben om het effect van een interventie te overschatten<sup>4</sup>. Echter, grote gerandomiseerde klinische studies zijn niet altijd haalbaar en meestal zeer duur. De eerstelijnsgezondheidszorg zal waarschijnlijk moeten leren leven met de paradox dat de strikte toepassing van inclusiecriteria en de selectie van patiënten in een RCT totaal tegengesteld zijn aan de dagelijkse praktijk.

#### Zorgcontext

Eigen aan de huisartsengeneeskunde is het immense belang van de context. Niet-medische factoren, zoals de arts-patiëntrelatie, culturele of beroepsmatige context, sociale netwerken en sociaal-economische situatie, hebben allemaal een invloed op de diagnostische en therapeutische benadering en het uiteindelijke resultaat. Er is bijvoorbeeld empirisch bewijs dat het verhogen van de verwachtingen van de patiënt het effect van een behandeling kan verbeteren<sup>5</sup>.

De afgelopen tien jaar is de context op economisch, sociaal, onderwijskundig en seksueel vlak drastisch veranderd. Het gezin, de vitale context voor de meeste aandoeningen van individuen in de gemeenschap, vindt men tegenwoordig in diverse hoedanigheden: alleenstaanden, éénooudergezinnen, homoseksuele koppels, tweeverdieners enzovoort<sup>6</sup>.

In onze postindustriële kennisgebaseerde samenleving leven artsen en patiënten in nieuwe contextuele kaders. De permanente hiërarchische structuren zijn vervangen door flexibele tijdelijke netwerken, zowel in het beroep als in het privéleven. Mensen leven in een samenleving met toenemende ecologische en sociaal-economische risico's, zoals de stijgende ongelijkheid en individualisering<sup>7</sup>. Onderzoek naar de invloed van veranderende contextuele factoren is daarom cruciaal. Dit gebeurt het best in een huisartsensetting, omdat de huisarts, door zijn longitudinale relatie met patiënten, een unieke positie bekleedt om zicht te krijgen op de invloeden van het gezin en andere contextuele factoren (sociaal isolement, immigratie, werkloosheid en veranderingen in het milieu) op ziekte en gezondheid<sup>8</sup>.

Naast medisch bewijs (EBM) is het duidelijk dat huisartsen nood hebben aan contextuele onderbouwing om hun patiënten een betere zorg te geven<sup>9</sup>. Deze onderbouwing kan enkel worden geleverd door bij voorkeur interdisciplinair (met behulp van bijvoorbeeld psychologie, sociologie en antropologie) huisartsengeneeskundig onderzoek dat zich beroept op kwalitatieve onderzoeksmethoden<sup>10</sup>.

**De eerstelijnsgezondheidszorg zal waarschijnlijk moeten leren leven met de paradox dat de strikte toepassing van inclusiecriteria en de selectie van patiënten in een RCT totaal tegengesteld zijn aan de dagelijkse praktijk**

### Verantwoordelijkheid tegenover de gemeenschap

De eerstelijnsgezondheidszorg richt zich niet alleen tot individuele patiënten, maar heeft ook een sterke band met de gemeenschap, waarvoor ze verantwoordelijkheid draagt. Ze tracht met beperkte budgetten op het vlak van gezondheid maximale winst te boeken voor zoveel mogelijk inwoners. Hiervoor zijn echter meer specifieke studies nodig, onder meer gezondheidseconomisch onderzoek, dat de kosten en baten van therapeutische en diagnostische interventies beoordeelt en de billijkheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bestudeert, en onderzoek dat de gezondheidsrisico's van de gemeenschap in kaart brengt en hiervoor interventies suggereert<sup>11,12</sup>. De resultaten kunnen dan zorgen voor de onmisbare beleidsmatige onderbouwing, noodzakelijk ter ondersteuning van de sociale en ethische besliskunde. Daarnaast heeft onderzoek in de huisartsengeneeskunde een verantwoordelijkheid ten opzichte van de maatschappij, van waaruit het onderzoek wordt gefinancierd. Het hoort haar zoveel mogelijk terug te geven door studiedesigns te gebruiken die de potentiële invloed op de klinische praktijk en het welzijn van de patiënt maximaliseren<sup>13</sup>.

### Kwaliteitsverbetering door onderzoek: een operationeel kader

De ultieme drijfveer van alle huisartsengeneeskundig onderzoek is patiënten een betere gezondheidszorg geven. Om dit mogelijk te maken is het noodzakelijk dat professionele activiteiten stelen op degelijke kennis. Onderzoek kan aantonen hoe kwaliteitsvolle zorg met optimale uitkomst kan worden geleverd.

Kwaliteit is een complex en multidimensioneel concept met verschillende determinanten. Een breed kader kan helpen om de verschillende onderzoeksvragen te operationaliseren en om hiaten aan te duiden (zie tabel 1).

#### Donabedianse driehoek

Onderzoek dat de kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg wil verbeteren, behandelt de *drie* dimensies van de Donabedianse driehoek<sup>14</sup>: structuur, proces en resultaat.

#### STRUCTUUR

De structuur bestaat uit drie onderling verbonden componenten: de gemeenschap, het individu en het gezondheidszorgsysteem.

In de patiëntenzorg beschouwen we de gemeenschap als een epidemiologisch gegeven (morbiditeit, sociaal-economische status, beroepstoestand, huisvesting en andere variabelen), als een culturele samenleving (antropologisch referentiekader) en als een ondersteunende gemeenschap, met informele en professionele netwerken.

Op individueel niveau wordt de klinische zorg beïnvloed door iemands kennis (over de werking van het lichaam, de mechanismen van ziekte en de interactie tussen lichaam en geest), iemands vaardigheden (zelfredzaamheid en de vaardigheden daartoe) en attitudes (gezondheidsperceptie en opvattingen).

Het gezondheidszorgsysteem wordt gebruikt door individu's in de gemeenschap, waarbij zowel organisatorische

en financiële aspecten (toegankelijkheid, continuïteit) als eigenschappen van de zorgverstrekkers (competentie, empathie) de zorg beïnvloeden<sup>15,16</sup>.

#### PROCES

Proces verwijst naar alle interventies en interacties tussen patiënt en verstrekker. Deze dimensie heeft te maken met aspecten van communicatie en klinische besliskunde. Structuur en proces zijn, via een continue interactie, intrinsiek met elkaar verbonden. De communicatie tussen patiënten en artsen wordt bepaald door de vaardigheden van de arts, de kenmerken van patiënten (bijvoorbeeld gezondheidsopvattingen) en de organisatie van het gezondheidszorgsysteem<sup>17</sup>. Ook maatschappelijke kenmerken kunnen een grote rol spelen. In de communicatie met migranten bijvoorbeeld spelen vaak cultureel-antropologische factoren mee, die kunnen helpen om symptomen en klachten te 'ontcijferen'. Verwachtingen en opvattingen van patiënten en artsen beïnvloeden dan weer de medische besliskunde. De beslissing om bijvoorbeeld al dan

Tabel 1: Operationeel kader voor onderzoek in de huisartsengeneeskunde.

| Dimensies                  | Structuur | Proces | Resultaat |
|----------------------------|-----------|--------|-----------|
| Aandachtspunten            |           |        |           |
| Basiskennis                |           |        |           |
| Probleemoplossend vermogen |           |        |           |
| Praktijkimplementatie      |           |        |           |
| Beleidsmatige context      |           |        |           |
| Onderwijs                  |           |        |           |

niet antibiotica voor acute sinusitis voor te schrijven, wordt bepaald door het geloof van de patiënt in antibiotica en de defensieve houding van de arts <sup>18</sup>.

#### UITKOMST

Zowel structuur als proces bepalen het uiteindelijke resultaat. Er zijn verschillende relevante uitkomstindicatoren: symptomen en klachten van de patiënt, medische parameters (bijvoorbeeld bloeddruk, piekstroom), indicatoren van kwaliteit van leven (functionele status), patiëntentevredenheid en sociale billijkheid. Hoe de uitkomst wordt beoordeeld,

zal voor een groot deel afhangen van het gehanteerde paradigma, met name vanuit welk model patiënt en arts aankijken tegen gezondheid en ziekte. Zo is er in de zorg voor chronische ziekten tegenwoordig een duidelijke paradigmaverschuiving van probleemgeoriënteerde naar doelgeoriënteerde zorg <sup>19</sup>. Voor een patiënt met diabetes kan de mogelijkheid om deel te nemen aan het sociale leven (doel) belangrijker zijn dan de objectieve verbetering van zijn glucosemetabolisme (probleem).

Onderzoek in de huisartsengeneeskunde zal dus op zijn minst betrekking moeten hebben op één van deze dimensies. In iedere dimensie kan het onderzoek dan nog eens gericht zijn op één of meerdere aandachtspunten.

#### Aandachtspunten

Onderzoek dat een verbetering van de kwaliteit van de eerstelijnsgezondheidszorg beoogt, moet aandacht hebben voor vijf belangrijke punten: basiskennis, diagnostisch en therapeutisch probleemoplossend vermogen, praktijkimplementatie, beleidsmatige context en onderwijs.

#### BASISKENNIS

De doelstelling van huisartsengeneeskundig onderzoek is inzicht hebben in wat met patiënten gebeurt wanneer zij geconfronteerd worden met gezondheidsproblemen. Het poogt daarnaast te conceptualiseren wat echt van belang is in de gezondheidszorg. De gebruikte strategie is vaak explorerend. Via observatie, registratie, classificatie en analyse wil men achterhalen hoe de zaken precies in elkaar zitten. Dit soort onderzoek ontwikkelt en gebruikt theoretische modellen, operationele definities en meetinstrumenten, die relevant zijn voor de eerstelijnsgezondheidszorg. In de huis-

artsengeneeskunde gebruiken we classificatiesystemen, zoals de 'International Classification of Primary Care' (ICPC), meetinstrumenten om de gezondheidsstatus te evalueren en methodes om belangrijke relaties zoals de arts-patiëntrelatie te observeren en meten <sup>20</sup>.

Typische voorbeelden zijn morbiditeitsregistraties (structuur), registratieonderzoek van toegepaste diagnostische strategieën (proces) en beoordeling van gezondheidsstatus (uitkomst). Deze benaderingen hebben aangetoond dat de klinische uitdagingen voor de huisartsengeneeskunde in verschillende landen en sociaal-culturele settings fundamenteel dezelfde zijn <sup>21</sup>. Er moet echter nog heel wat werk worden verricht om onder meer een beter zicht te krijgen op de omstandigheden bij aanvang van klachten of ziekten (wat was de situatie bij het begin van de symptomen of het ongemak van de patiënt?), op concomitante factoren (was er een bepaalde samenhang van 'triggers', zoals een ongebruikelijke stresssituatie op het werk, bij het begin van de ziekte of het ongemak?), op predisponerende factoren (wat is er bekend over de genetische, familiale en culturele achtergrond van de patiënt en zijn opvattingen, en wat is de eigen theorie van de patiënt betreffende zijn probleem?) en op de factoren die aanzetten om hulp te zoeken (welke omstandigheden, gedachten of welk gedrag deed de patiënt besluiten om op dat moment een welbepaalde arts op te zoeken?) <sup>22</sup>. Om deze vragen te kunnen beantwoorden, zijn zowel kwantitatieve als kwalitatieve benaderingen noodzakelijk.

#### DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PROBLEEMOPLOSSEND VERMOGEN

Ten tweede moet de focus van huisartsengeneeskundig onderzoek liggen op een diagnostisch en therapeutisch probleemoplossende benadering. Het effect van diagnostische en therapeutische interventies in de eerste lijn wordt beoordeeld via experimentele, gecontroleerde studiedesigns. Men kijkt naar de 'efficacy' of de mate waarin diagnostische en therapeutische interventies onder optimale (laboratorium) omstandigheden werken. In de eerstelijnszorg is de 'efficacy' van vele interventies hetzij niet gekend, hetzij vastgesteld aan de hand van studies uitgevoerd in de tweede lijn, waarvan de resultaten werden geëxtrapoleerd naar de eerste lijn.

Een voorbeeld is het gebrek aan informatie over predictieve waarden van klachten en symptomen <sup>23</sup>. Hoe nuttig zijn

**Hoe de uitkomst wordt beoordeeld, zal voor een groot deel afhangen van het gehanteerde paradigma, met name vanuit welk model patiënt en arts aankijken tegen gezondheid en ziekte**

**In de eerstelijnszorg is de 'efficacy' van vele interventies hetzij niet gekend, hetzij vastgesteld aan de hand van studies uitgevoerd in de tweede lijn, waarvan de resultaten werden geëxtrapoleerd naar de eerste lijn**

bepaalde symptomen om een ziekte te voorspellen? Welke symptomen zijn al dan niet bruikbaar om een ziekte uit te sluiten? Met de gekende biomedische informatie (structuur) kunnen we via toepassing van de diagnostische benadering (proces) experimenteel onderzoek opzetten om de predictieve waarde van een symptoom of een cluster van symptomen te meten (uitkomst). Er zijn op dit ogenblik verschillende studiedesigns beschikbaar om het verband te evalueren tussen therapeutische interventies en hun effect <sup>3</sup>.

#### PRAKTIJKIMPLEMENTATIE

Een derde aandachtspunt voor huisartsengeneeskundig onderzoek is de praktijkimplementatie. Dit wil zeggen dat men specifieke strategieën bestudeert om de implementatie van diagnostisch en therapeutische probleemoplossende strategieën aan te moedigen. Dit soort onderzoek handelt over de 'effectiviteit': het effect van diagnostische en therapeutische strategieën, die in ideale omstandigheden werken, wordt gemeten en beïnvloed in reële omstandigheden. Men vertrekt van de vaststelling dat vele 'evidence-based' diagnostische of therapeutische strategieën in de praktijk niet worden toe-

gepast en dat de potentiële voordelen de patiënten dus niet bereiken <sup>24</sup>. Er zijn effectieve implementatiestrategieën nodig om praktijkverandering tot stand te brengen, en zo de kloof tussen onderzoek en praktijk te dichten <sup>25</sup>. Maar ook hier is nog een lange weg te gaan. Systematische reviews van implementatiestudies tonen bijvoorbeeld een wisselend effect van dezelfde implementatiestrategie. Dit kan te wijten zijn aan de invloed van context en inhoud: een implementatiestrategie die in de tweede lijn wel werkt, kan in de eerste lijn bijvoorbeeld niet haalbaar zijn <sup>26</sup>. Verder onderzoek is dus nodig om beter te begrijpen welke factoren de doeltreffendheid van implementatie-interventies (uitkomst) voor verschillende diagnostische of therapeutische strategieën (proces) in de eerste lijn (structuur) beïnvloeden.

#### BELEIDSMATIGE CONTEXT

De beleidsmatige context is een andere focus. De nadruk ligt hier op efficiëntie (kosten-baten). Onderzoek naar zorgverlening bestudeert de organisatorische componenten ervan en de manier waarop die gerelateerd zijn aan de uitkomsten van de zorg. Een verantwoordelijkheid van de eerstelijns-

Tabel 2: Toepassing van het operationele kader op onderzoek rond diabetes mellitus type 2.

| Dimensies                         | Structuur                                                                                                       | Proces                                                                                                                                                                                                                              | Resultaat                                                                                                                                    | Focus                                       | Strategie                                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>Aandachtspunten</b>            |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                              |                                             |                                                             |
| <b>Basiskennis</b>                | Wat weten patiënten over de langetermijnrisico's van diabetes mellitus type 2?                                  | Hoe kunnen huisartsen hun patiënten informeren over de langetermijnrisico's?                                                                                                                                                        | Met welke instrumenten kunnen we het effect van extra informatie meten op de therapietrouw en follow-up van patiënten?                       | Concepten                                   | Explorerend descriptief, zowel kwantitatief als kwalitatief |
| <b>Probleemoplossend vermogen</b> | Kan het bekijken van een educatieve video de kennis verbeteren in een kleine groep van vrijwillige patiënten?   | Zal de ontwikkeling van een praktijkrichtlijn – met speciale aandacht voor het informeren van patiënten over hun ziekte – artsen (experimentele groep vrijwilligers) ertoe aanzetten om meer informatie aan hun patiënten te geven? | Zijn beter geïnformeerde patiënten meer therapietrouw (getest in een experimentele groep van vrijwilligers)?                                 | 'Efficacy'                                  | Experimenteel, gecontroleerd                                |
| <b>Praktijkimplementatie</b>      | Zal het verspreiden van deze video's aan alle patiënten ertoe leiden dat hun kennis over diabetes verbetert?    | Zal de introductie van deze richtlijn op grote schaal (via verzending naar alle huisartsen) het verstrekken van informatie aan diabetici in het algemeen verbeteren?                                                                | Zal een algemene toename van de kennis van de patiënt over zijn ziekte leiden tot een algemene toename in therapietrouw?                     | Effectiviteit                               | Experimenteel                                               |
| <b>Beleidsmatige context</b>      | Wat zijn de kosten van deze interventie in vergelijking met de voordelen?                                       | Wat zijn de kosten voor de ontwikkeling en verspreiding van deze richtlijn in vergelijking met de voordelen?                                                                                                                        | Zijn de kosten om deze toename van therapietrouw te bereiken in evenwicht met de mogelijke voordelen en draagt dit bij tot meer billijkheid? | Efficiëntie                                 | Gezondheidseconomisch                                       |
| <b>Onderwijs</b>                  | Wat zou de inhoud moeten zijn van een cursus over diabeteszorg binnen de context van sociaal kwetsbare groepen? | Is rollenspel een doeltreffende manier om studenten aan te leren hoe ze diabetici duidelijke informatie over hun ziekte kunnen geven?                                                                                               | Leren studenten tijdens hun opleiding om op een doeltreffende wijze de therapietrouw van de patiënt te evalueren?                            | Onderwijs (kennis, vaardigheden, attitudes) | Variabel                                                    |

gezondheidszorg is uit beperkte budgetten maximaal voordeel te halen voor de volksgezondheid. De economische benadering van de gezondheidszorg wint, gezien de toenemende uitgaven, steeds meer aan belang. Men zal keuzes moeten maken om de gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk te houden en om de beschikbare middelen billijk te verdelen. De huisartsengeneeskunde speelt in dit debat een belangrijke rol, want ze is de eerste schakel tussen patiënt en gezondheidszorgsysteem. Ze moet haar maatschappelijke standpunten uiteraard kunnen onderbouwen met degelijk interdisciplinair onderzoek, dat ook het perspectief van de patiënt in rekening brengt. Er zijn ten slotte ook studies nodig die focussen op de veranderende organisatie van de gezondheidszorg in landen in een overgangsfase, zoals sommige Oost-Europese landen en ontwikkelingslanden, en de inrichting van de huisartsengeneeskunde in deze landen.

#### ONDERWIJS

Onderzoek in onderwijs is een laatste aandachtspunt in het huisartsengeneeskundig onderzoek. De vakgroepen huisartsengeneeskunde aan de universiteiten namen in het verleden al dikwijls het initiatief om het curriculum geneeskunde te hernieuwen en nieuwe benaderingen te introduceren in de continue medische opleiding. Onderzoek is nodig om de impact van verschillende onderwijsstrategieën te beoordelen.

In tabel 2 hebben we getracht het zonet beschreven operationele kader toe te passen op onderzoeksvragen in verband met diabetes mellitus type 2.

#### Besluit

**Waarom onderzoek in huisartsengeneeskunde? Het antwoord op deze eerder overbodige vraag is eenvoudig: om beter te presteren voor onze patiënten! Het bereiken van deze doelstelling is daarentegen complex. Om hierin te slagen, dient onderzoek rekening te houden met een heleboel dimensies en aandachtspunten en met het specifieke karakter van de huisartsengeneeskunde.**

**We hebben een operationeel kader beschreven dat kan helpen om verschillende onderzoeksvragen te situeren of te verduidelijken. Dit kader benadrukt overigens het belang van huisartsengeneeskundig onderzoek. Onderzoeksvragen en -antwoorden in de huisartsengeneeskunde moeten relevant zijn voor de dagelijkse praktijk en alle huisartsengeneeskundige domeinen omvatten. Zo kunnen de meeste interventies in de praktijk medisch, contextueel en beleidsmatig worden onderbouwd. Op die manier kunnen we de kwaliteit van zorg door middel van onderzoek eindelijk verbeteren.**

#### AUTEURS

J. De Maeseneer is huisarts, professor huisartsengeneeskunde en voorzitter van de vakgroep Huisartsengeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent;

A. De Sutter is huisarts en verbonden aan de Vakgroep Huisartsengeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent.

#### L i t e r a t u u r

- Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, et al. The European definition of general practice/family medicine, 2002. Available at: <http://www.euract.org/pap041.html>.
- Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 2001;344:2021-5.
- Sheikh A, Smeeth L, Ashcroft T. Randomised controlled trials in primary care: scope and applications. *Brit J Gen Pract* 2002;52:746-51.
- Kjaergard LL, Villumsen JG, Huud C. Reported methodological quality and discrepancies between large and small randomised trials in meta-analyses. *Ann Intern Med* 2001;135:982-9.
- Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, et al. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2001;357:757-62.
- Is primary-care research a lost cause [editorial]? *Lancet* 2003;361:977.
- Beck U. Risk Society: towards a new modernity. London: Sage Publications, 1992.
- Douglas JDM. Is primary care a lost cause [letter]? *Lancet* 2003;361:1474.
- De Maeseneer J, van Driel M, Green L, van Weel C. The need for research in primary care. *Lancet*. 2003;362:1314-9. Vertaling: De Maeseneer J, van Driel M, Green L, van Weel C. Onderzoek in de eerste lijn: de nood aan medische, contextuele en beleidsgebonden evidentie. *Huisarts Nu* 2005;34:263-71.
- Morse JM, Field PA. Qualitative research methods for health professionals. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications, 1995.
- De Maeseneer J, Derese A. Community oriented primary care. *Eur J Gen Pract* 1998;4:49-50.
- Rhyne R, ed. COPC: Health care for the 21st century. Washington, DC: American Public Health Association, 1998.
- van Weel C. Biomedical science matters for people - so its impact should be better assessed. *Lancet* 2002;360:1034-5.
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 1966;44(3 Suppl):166-206.
- De Maeseneer J. De zorg voor de kwaliteit en de kwaliteit van de zorg. *Huisarts Wet* 1993;36:437-9.
- van Weel C. Examination of context of medicine. *Lancet* 2001;357:733.
- Deveugele M, Derese A, van den Brink A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ* 2002;325:472-7. Vertaling: Deveugele M, Derese A, van den Brink A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultatieduur in de huisartsenpraktijk: cross-sectionele studie in zes Europese landen. *Huisarts Nu* 2003;32:464-71.
- De Sutter AI, De Meyere MJ, De Maeseneer JM, Peersman WP. Antibiotic prescribing in acute infections of the nose and sinuses: a matter of personal habit? *Fam Pract* 2001;18:209-13. Vertaling: De Sutter AI, De Meyere MJ, De Maeseneer JM, Peersman WP. Het voorschrijven van antibiotica bij acute infecties van neus of sinussen: een kwestie van gewoonte? *Huisarts Nu* 2003;32:355-60.
- Mold J, Blake G, Becker L. Goal-oriented medical care. *Fam Med* 1991;23:46-51.

- 20 Mold J, Green L. Primary care research: revisiting its definition and rationale. *J Fam Pract* 2000;49:206-8.
- 21 van Weel C. General practice: a suitable place for clinical research. *Eur J Gen Pract* 1995;1:6-7.
- 22 White KL. Fundamental research at primary care level. *Lancet* 2000;355:1904-6.
- 23 Owen P. Clinical practice and medical research: bridging the divide between the two cultures. *Brit J Gen Pract* 1995;45:557-60.
- 24 Cranney M, Warren E, Barton S, Gardner K, Walley T. Why do GPs not implement evidence-based guidelines? A descriptive study. *Fam Pract* 2001;18:359-63.
- 25 Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, et al. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ* 1998;317:465-8.
- 26 Foy R, Eccles R, Grimshaw J. Why does primary care need more implementation research? *Fam Pract* 2001;18:353-5.

DIT ARTIKEL VERSCHIEEN REEDS ONDER DE OORSPRONKELIJKE TITEL: DE MAESENEER J, DE SUTTER A. WHY RESEARCH IN FAMILY MEDICINE? A SUPERFLUOUS QUESTION. *ANN FAM MED* 2004;2(SUPPL 2):S17-22. DIT ARTIKEL WERD VERTAALD EN KREEG TOESTEMMING VOOR PUBLICATIE VAN DE AUTEURS EN VAN DE UITGEVER VAN ANNALS OF FAMILY MEDICINE.



dé Software  
die Soelaas brengt in  
Uw Medisch dossier

Wenst u een totaaloplossing voor uw medische dossierbeheer?  
Hecht ook u groot belang aan een medische software met erkenningslabel van  
een volledig onafhankelijk bedrijf?  
**Macintosh of Windows**

SoSoeMe bvba  
Tel: 03/224 87 87

Samelstraat 33  
www.sosoeme.be

9170 St-Gillis-Waas  
email: info@sosoeme.be