



Prof. Dr. J. C. van Es

# Onderzoek in het spanningsveld tussen veld, beleid en wetenschap

Het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) in Utrecht, daterend van 1965, is niet meer; het heeft plaatsgemaakt voor het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) en de Stichting Nederlands Ontwikkelings- en Ondersteuningsinstituut voor huisarts en eerstelijnszorg (O&O). Deze dagen werd het NIVEL officieel geopend. De eerste directeur van het NHI, Prof. Dr. J. C. van Es, merkte bij die gelegenheid op – en het wordt hier herhaald – dat het beleid zeer goede kansen biedt aan het extramurale veld om een wetenschappelijke ontwikkeling door te maken. Hoe?

Alvorens in te gaan op (onderzoek in) het spanningsveld tussen veld, beleid en wetenschap, lijkt het me nuttig iets te zeggen over elk van die drie componenten apart, om vervolgens in te gaan op hun onderlinge relatie.

## Het veld

In het spraakgebruik wordt 'het veld' kortweg gebezigd als pendant van 'het huis': het extramurale deel van de gezondheidszorg als pendant van het intramurale deel van de gezondheidszorg. Wat is dat veld nu? 'Extramuraal' houdt natuurlijk heel veel in: de gehele curatieve zorg buiten het ziekenhuis: de basisgezondheidsdiensten, de GMD's, enzovoort. Hier wil ik het hebben over dát deel dat 'eerstelijnsgezondheidszorg' wordt genoemd; dat deel waarin huisartsen, wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten, apothekers, tandartsen en vroedvrouwen, in nauwe samenwerking met maatschappelijk werk en gezinszorg, curatief en preventief werk verrichten. Daarbinnen wil ik me vooral beperken tot het veld dat wordt gevormd door huisarts, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers, gezinszorg en fysiotherapeuten.

Wat kenmerkt dit veld? In 1964 organiseerden wij in het NHI het eerste overleg over de samenwerking van huisarts,

wijkverpleegkundige en maatschappelijk werker. Dat verliep niet gemakkelijk: opvallend was dat alle partners hun eigenstandigheid zeer sterk benadrukten. Dit leidde tot jarenlange, vruchteloze discussies, bijvoorbeeld over de vraag of een huisarts wijkgebonden zou moeten gaan werken of een wijkverpleegkundige praktijkgebonden! Want over één ding waren we het wel eens: als men samenhang in het veld nastreeft, dan moet men met slechts een beperkt aantal mensen behoeven samen te werken. Meer dan twintig jaar later, tijdens een beraad naar aanleiding van het tienjarig bestaan van de Stichting Ontwikkelings Samenwerkingsverbanden in de Eerstelijnsgezondheidszorg (SOSEL) in Amsterdam, bleek mij – en dat kwam niet als een verrassing – dat wijk en praktijk nog steeds niet samenvallen. Wel waren er zeer te waarderen plannen zichtbaar om bijvoorbeeld de gemeente Amsterdam in een aantal regio's in te delen en tal van andere ideeën om de samenhang in de eerste lijn te bevorderen.

Dergelijke pogingen – misschien vormt hetgeen zich in de Zuid-Oost-lob van Amsterdam afspeelt daar wel een voorbeeld van – maken het zonneklaar dat de basisvoorwaarden voor een samenhangende eerstelijnszorg geheel ontbreken. De bestaande wetten en regelingen belemmeren de totstandkoming daarvan compleet. Dit beeld is natuurlijk te zwart. De door het NHI destijds al gestimuleerde gezondheidscentra en groepspraktijken nemen in aantal toe. Maar toch: in twintig jaar tijd is er relatief weinig bereikt. Nu weet ik wel dat een dergelijke uitspraak erg afhangt van de verwachtingen die degene die haar doet had, maar toch lijkt me die conclusie wel gerechtvaardigd. Datgene wat er wel gebeurt, gebeurt eerder *ondanks* dan *dankzij* bestaande regelingen en hangt geheel af van het enthousiasme en de visie van enkelen. Het is duidelijk dat al die beraden en al dat overleg en al die experimenten niet tot stand hebben kunnen brengen dat de eerste lijn een organisatorische eenheid vormt. Daarvoor zou nodig zijn dat kruisorganisatie, maatschappelijk werk en huisarts in één organisatorisch verband zouden worden opgenomen.

Wil de eerste lijn méér zijn dan een veld waarin de inhoud van het werk in sterke mate door de tweede lijn wordt bepaald, wil de eerste lijn zijn eigen specifieke taken uitvoeren, dan is een organisatorische samenhang een eerste voorwaarde. Wat zijn die specifieke taken? In de eerste plaats het bieden van curatieve zorg. Daarbij dienen enkele uitgangspunten te worden gehanteerd: frequente aandoeeningen behoren vooral tot de competentie van het extramurale veld. Dan moet die competentie wel bestaan. Het blijkt dat dit vaak niet het geval is: te veel patiënten met diabetes, hypertensie, functionele stoornissen, om maar enkele voorbeelden te noemen, worden aan de hulp van de tweede lijn overgelaten, waartoe overigens door de patiënt ook de nodige aandrang wordt uitgeoefend. In de tweede plaats dient de thuiszorg van chronisch zieken mogelijk te worden gemaakt. Ook deze doelstelling is vaak niet zo lek als de eerste; de redenen zijn evident. Vroege diagnostiek en preventie zijn ook typisch eerstelijns taken. Deze worden echter eveneens mondjesmaat uitgevoerd. De verklaring voor deze situatie is al vele malen gegeven; ik weid daar in dit bestek niet over uit.

## Het beleid

Als we nu enkele inleidende opmerkingen willen maken over het beleid, dan kunnen we de conclusie trekken dat 'het beleid', vooral overheid en ziektekostenverzekeraars, erop uit is de eerstelijnsgezondheidszorg beter te laten functioneren. Een eerste aanzet hiertoe werd in de Volksgezondheidsnota van 1966 gegeven. Later werd onder het bewind van Hendriks de eerste lijn – althans in naam – hoog op het paard gezet. Er zijn tal van maatregelen genomen die inderdaad de eerste lijn steunen: meer geld voor de kruisverenigingen, praktijkverkleining voor huisartsen. De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) c.q. Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (WGM), als z tenminste ten uitvoer wordt gebracht, zal de gemeenten de mogelijkheid bieden orde-nend op te treden. Aangezien deze wet via een Algemene Maatregel van Bestuur ►

operationeel moet worden gemaakt, is over de consequenties ervan nog niet veel te zeggen; daarvoor staat deze wet ook te veel bloot aan politieke windstoten. Wat ondanks alle inspanning beleidsmatig nog steeds niet is bereikt, is dat de interdisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn en de onderlinge taakafbakening een structurele grondslag hebben gekregen. Waar wordt samengewerkt bestaat die samenwerking bij de gratie van het initiatief en het doorzettingsvermogen van individuen. Dat is echter niet voldoende voor het brengen van een structurele samenhang in de eerste lijn.

Niet uit het oog moet worden verloren dat de eerste lijn zich in het krachtveld van de tweede lijn bevindt: ontwikkelingen in de tweede lijn bepalen in sterke mate wat er in de eerste lijn gebeurt. Om slechts een enkel voorbeeld te noemen: toen de mogelijkheid van bypass-operaties zich voordeed, beïnvloedde ze het verwijspatroon van huisartsen en de duur van de behandeling van cardiologen, en als KNO-artsen van oordeel zijn dat amandelen moeten worden verwijderd, dan gaan die er ook uit. Het effect van deze invloed uit de tweede lijn is groter dan van hetgeen binnen de eerste lijn wordt georganiseerd. Dit is uit het volgende te herleiden: reeds vele jaren werd erover gesproken en werd erop gestudeerd de tweede lijn meer taken van de eerste lijn te laten overnemen dan inhoudelijk was gerechtvaardigd. Het sprak vanzelf dat vorderingen op het gebied der geneeskunde een toename van het aantal verwijzingen complementair rechtvaardigden, maar in de *slipstream* daarvan gebeurde meer.

Hieraan ligt een aantal mechanismen ten grondslag: huisartsen waren in de gelegenheid de druk op hun werklust te verkleinen door gebruik te maken van de veiligheidsklep van de verwijzing. Het honoreringstelsel zorgde ervoor dat zij daarvan ten aanzien van ziekenfondspatiënten geen nadeel ondervonden. De druk op hun handelen werd bovendien lager doordat een aantal patiënten niet zelden de zekerheid van het uitsluiten van ziekten door specialisten verkoos boven het werken met waarschijnlijkheden van de huisarts, ondanks de iatrogene schade en het medicaliserende effect dat eerstgenoemde benadering met zich kan brengen. Bovendien oefent de tweede lijn qua volume een zuigkracht op de eerste lijn uit. De capaciteit van ziekenhuizen en het aantal specialisten groeiden maar door. Deze elkaar beïnvloeden-

de mechanismen veroorzaakten overmatige overdracht van taken aan de tweede lijn. Hierdoor ontstond bovendien een circulus vitiosus: er wordt vooral somatisch werk aan de huisarts onttrokken; deze krijgt daardoor meer tijd voor psycho-sociale hulp; daar is ook veel vraag naar; de vraag bepaalt ook het aanbod; de taakopvatting van de huisarts past zich daaraan aan, enzovoort. Dat de invloed van het magnetische tweedelijnsveld zo groot is blijkt uit het feit dat er na de invoering van de budgetfinanciering een omkering van de processen heeft plaatsgevonden: de tweede lijn wil vaker en eerder vormen van behandeling en zorg aan de eerste lijn overlaten. Ik heb de huisarts wel eens de 'gatenvuller van de gezondheidszorg' genoemd, maar tot op zekere hoogte is de hele eerste lijn dat. Waarom bepaalt de tweede lijn de eerste lijn en niet andersom? Dat heeft te maken met *macht*, uitgedrukt in deskundigheid, beschikbare fondsen, organisatiegraad, gevoel van eigenwaarde en het bezitten van een samenhangende conceptie met betrekking tot het eigen functioneren. En – de aanleiding tot deze uitwijding – het beleid heeft in vele opzichten gefaald kansen te scheppen voor de totstandkoming van een samenhangende, in zichzelf gelovende, efficiënte eerste lijn.

### De wetenschap

Het onderzoek van en in het eerstelijnsveld heeft een moeizame ontwikkeling doorgemaakt. Voor zover het onderzoek van de eerste lijn, het veld bij uitstek van het NIVEL, betreft lukt het redelijk: samenwerkingsprojecten worden bestudeerd, verwijspatronen evenzeer en ook wordt de eerste lijn onderworpen aan onderzoek als deel van het gezondheidszorgonderzoek in haar totaliteit; onderzoekmethoden zijn hiervoor ontwikkeld en worden nog verder ontwikkeld, waarbij epidemiologische methoden en methoden die aan de gedragswetenschappen zijn ontleend op de voorgrond staan, ondanks het feit dat de wetenschappelijke bemoeienis met 'public health' in Nederland slechts langzaam van de grond is gekomen. Wel wordt het onderzoek sterk belemmerd door het ontbreken van basisgegevens die voor het extramurale onderzoek noodzakelijk zijn. Dit blijkt bijvoorbeeld uit alle inspanning die men zich móet getroosten bij het onderzoeken van verwijspatronen. Van zo'n ogenschijnlijk eenvoudig gegeven ontbreken juist die gegevens welke inzicht kunnen bieden in wat er zich in werkelijkheid

afspeelt. Vaak wordt gepoogd het handelen van huisartsen, voor zover het hun relatie met de tweede lijn betreft, uit verwijspersentages af te lezen. Het feit echter dat een verwijzing minstens zo sterk wordt bepaald door de wensen van de patiënt als door de inzichten van de huisarts maakt al dat men uit het globale verwijsgetal relatief weinig kan afleiden. Bovendien wordt dit getal ook door de specialist beïnvloed, die immers na een jaar behandeld te hebben een nieuwe verwijsk kaart vraagt: deze verlenging van een behandeling komt in het zelfde verwijspersentage tot uiting. Bovendien, als men meer inzicht zou willen hebben in hetgeen verwijzingen betekenen, is ook een aan de diagnose gekoppeld verwijscijfer nodig. Zo ontbreken meer basisgegevens voor onderzoek.

Aan hetzelfde euvel lijdt het onderzoek *binnen* de eerste lijn. Ik wil vier gebieden noemen waarop potentieel onderzoek wordt belemmerd door het ontbreken van gegevens. (Nota bene: vaak vergt onderzoek, dat er *nieuwe* gegevens worden verzameld op grond van de geformuleerde vraagstelling of hypothese. In principe is dit ook veel beter: onderzoek op grond van voor een ander doel verzamelde gegevens strandt niet zelden op het ontbreken van cruciale gegevens.)

1. Omstreeks 1965 verrichtte het NHI een *landelijk morbiditeitsonderzoek*. Op deze gegevens promoveerde Oliemans. Sindsdien zijn geen landelijke, integrale morbiditeitsgegevens meer verzameld. Wel is omstreeks 1968 door het NHI samen met de Geneeskundige Hoofdingespectie als vervolg op het landelijke morbiditeitsonderzoek een netwerk van peilstations opgezet, dat heden ten dage nog met veel succes opereert; daaruit komen echter gegevens op zeer omschreven gebieden voort. Verder zijn er enkele continue morbiditeitsstudies, die echter niet representatief voor Nederland zijn. Nu is het opzetten en vooral het continueren van een morbiditeitsregistratie een gigantisch werk voor de deelnemers; toch steekt het ontbreken ervan pover af bij bijvoorbeeld de continue registratie van ontslagdiagnoses van de Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg (SIG). Kijkt men naar de wijze waarop die registratie tot stand is gekomen, dan is het begrijpelijk dat de eerste lijn nog zonder zit.

2. Een tweede gebied waarover het gebrek aan gegevens is te betreuren betreft ▶

het volgende: Een van de belangrijkste kenmerken van de huisartsgeneeskunde is de meestal langdurende relatie met een patiënt, waardoor de huisarts in de gelegenheid is de levensloop van een patiënt op een aantal aspecten te overzien en inzichten die daaruit voortvloeien in preventie, diagnostiek en therapie toe te passen. Onderzoek naar de betekenis hiervan strandt echter op het ontbreken van *longitudinale gegevens*. Niet ontkend mag worden dat ook aan een dergelijke registratie levensgrote problemen zijn verbonden.

Nog afgezien van de systematiek, is een van de problemen *welke gegevens* dan wel moeten worden geregistreerd. In 1985 kan gemakkelijk blijken dat bepaalde gegevens van belang zijn, terwijl dit in 1965 nog onbekend was; men denke slechts aan de DES-dochters, van wie slechts zelden is terug te vinden of hun moeders diethylstilboestrol hebben gehad, of liever nog andersom: welke moeders hebben dat ooit in de zwangerschap gehad? – met dit gegeven zou de risicogroep kunnen worden vastgesteld. Toch zou het vastleggen van longitudinale gegevens van belang zijn. Nu worden nota bene de gegevens van zuigelingen- en kleuterbureaus na verloop van tijd vernietigd!

3. Een derde gebied waarop registratie zinvol zou zijn is de *gezinsgeneeskunde*. In zijn prachtige boekje 'Family Practice' heeft Huygen op grond van gedurende tientallen jaren verzamelde gegevens laten zien wat met dergelijke gegevens kan worden gedaan.

Eén zo'n situatie leert ons veel, maar hoe staat het met de generaliseerbaarheid? Worden de door Huygen beschreven verbanden ook in een bewerkelijk praktijkje in Amsterdam aangetroffen? En hoe staat het anno 1985 met het effect van eenoudergezinnen, LAT-relaties en al die andere relaties waarin kinderen en volwassenen leven? Genoeg om nieuwsgierig naar te zijn, maar basisgegevens ontbreken.

4. Tenslotte nog één voorbeeld van een wat ander karakter: Er bestaan zo langzamerhand tal van *samenwerkingsverbanden*: gezondheidscentra, groepspraktijken, samenwerking van waarnemingsgroepen met wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers, en nog talloze andere vormen. Wat wordt hiervan vastgelegd, en vooral: wat zijn de effecten van die samenwerking? Dit vergt ook een zinvolle registratie.

Uit deze voorbeelden blijkt dat de grondslagen van bepaalde vormen van onderzoek in de huisartsgeneeskunde ontbreken. Hetzelfde geldt voor de andere partners uit de eerste lijn. Vanzelfsprekend maakt dit niet alle onderzoek onmogelijk. Maar ik heb me in het bijzonder beperkt tot dát onderzoek dat ook uit een oogpunt van beleid van veel belang is.

Maar waarom is onderzoek dan nodig? Daarvoor bestaan argumenten van verschillende aard en van verschillend karakter.

De eerste overweging is wel, dat alleen via onderzoek zichtbaar kan worden gemaakt wat de werkelijkheid is. Als alleen intramuraal onderzoek wordt gedaan naar de aard en voorkeur van luchtwegaandoeningen, dan blijft 98,5% van alle aandoeningen op dit gebied buiten het gezichtsveld. Daardoor ontstaat een scheef beeld van de realiteit; al gauw worden de door verwijzing geselecteerde gevallen gezien als de doorsnee gevallen: *wie of wat niet wordt geteld, telt niet mee; wat niet wordt getoond, wordt niet gezien*.

Die ongetelde situatie heeft twee gevolgen. In de eerste plaats is het voor de beleidmakers erg moeilijk beleid te voeren op basis van slechts intramurale gegevens: ook zij zien die dan aan voor de complete werkelijkheid. Voor het voeren van goed beleid is een goed en helder beeld van de werkelijkheid onmisbaar. Nu weet ik wel dat *de werkelijkheid* nooit kan worden afgebeeld, maar we kunnen toch trachten een te grote eenzijdigheid te voorkomen.

Het tweede bezwaar is van meer medische aard. Als de omschrijving van een ziektebeeld vooral berust op intramurale diagnostische gegevens, wordt het ziektebeeld met behulp van vaak technologische criteria ingekleurd. Om dan de diagnose in de toekomst te kunnen stellen moet men aan die technologische criteria voldoen. Met andere woorden: er ontstaat een vicieuze cirkel tussen de diagnostische criteria en de wijze waarop de diagnose wordt gesteld; dit maakt dan de geneeskunde steeds meer 'hospital oriented' en dat heeft weer beleidsmatige consequenties.

Zo bevinden medische beeldvorming, beleidvorming en onderzoek van en in het veld zich in een voortdurende onderlinge wisselwerking.

## Naar een betere wisselwerking

Wat gebeurt er nu in werkelijkheid om verbetering in deze situatie te brengen?

### NIVEL tegenwicht van NZI

Als eerste positief punt noem ik het verder tot ontwikkeling brengen van het NIVEL: uit de groeiende lijst van activiteiten en publikaties blijkt dat dit instituut een tegenwicht gaat vormen van het NZI. Er wordt iets ingevuld van een wat completer plaatje van de gezondheidszorg.

De overheid hecht klaarblijkelijk belang aan het bestaan van dit instituut. En terecht: de gegevens die het NIVEL levert zijn in de eerste plaats van belang voor het beleid.

### Samenwerkingsstructuur academisch ziekenhuis-eerste lijn

Extramuraal onderzoek dat kan bijdragen tot een realistischer medische beeldvorming is primair een taak voor universitaire huisartseninstituten. Deze instituten hebben over het algemeen veel moeite om wetenschappelijk werk te ontwikkelen. In Nederland steekt in dit opzicht het huisartseninstituut in Nijmegen boven de andere uit.

De minister van Onderwijs en Wetenschappen heeft het belang van eerste lijnsonderzoek ingezien en hij heeft een stimuleringsfonds in het leven geroepen om dat te bevorderen. Van de 11 miljoen gulden uit dit fonds wordt 1 miljoen gulden besteed aan een zesjarige opleiding van 20 à 25 jonge huisarts-onderzoekers; 4½ miljoen gaat zowel naar de Vrije Universiteit als naar de Rijksuniversiteit Limburg; 1 miljoen is voor Groningen, Utrecht en Nijmegen samen; dit alles op jaarbasis. De VU en Maastricht krijgen het meeste omdat deze universiteiten een voorhoedefunctie op het gebied van de eerstelijns geneeskunde moeten vervullen. Wat komt daarvan in de praktijk terecht?

Bij de VU is 21½ miljoen gulden per jaar bestemd voor de faculteit en 2 miljoen gulden voor het academisch ziekenhuis. Nu pas, na meer dan 2½ jaar, bereidt de faculteit plannen voor voor een extramuraal onderzoeksinstituut, zonder daarbij overigens het extramuraal veld en de vakgroep huisartsgeneeskunde te betrekken. Wat hier en elders is te bespeuren: ongelooft in de mogelijkheid waardevol eerstelijns onderzoek te doen en een ontkenning van wat op dit terrein reeds in ►

binnen- en buitenland is gedaan, ook: jaloezie en kinnesse over de te bestemmen gelden, waar andere vakgroepen in het kader van de taakverdelings- en concentratie-operatie geld en mensen hebben moeten inleveren. Hier komen we een eerste belemmerende factor voor het eerstelijnsonderzoek op het spoor: de tweedelijnsgezondheidszorg met machtsposities binnen en ook buiten faculteiten blokkeert dit onderzoek door onbegrip en eigenbelang.

Gelukkig is er ook iets goeds te melden. Na langdurig overleg is voor het bevorderen van de samenwerking van het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit met de eerstelijnsgezondheidszorg een aparte structuur ontworpen, die een redelijke garantie inhoudt dat de gelden ook worden gebruikt voor het doel waarvoor ze zijn bestemd. Een stuurgroep met vijf leden: twee specialisten, twee huisartsen en een voorzitter, bijgestaan door een eigen projectbureau, staat daar borg voor. Doel is onderzoek te doen naar de mogelijkheden tot verschuiving van taken van de tweede naar de eerste lijn, naar de wijze waarop dit kan gebeuren en naar de condities die daarvoor nodig zijn. Uit de ervaringen van dit project blijkt onder andere dat er ook een andere belemmerende factor voor wetenschappelijk onderzoek in de eerste lijn bestaat: het gebrek aan onderzoekstraditie bij huisartsen en, daarmee samenhangend, onvoldoende inventiviteit bij het ontwerpen en uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek.

Een van de fundamentele problemen waarop we stuiten is de moeilijkheid huisartsen en specialisten samen te bewegen tot het formuleren van een vraagstelling. Het vergt een lange periode om dat punt te bereiken. Dit heeft eensdeels te maken met het feit dat huisartsen en specialisten hun patiënten in een verschillende fase ontmoeten, in diagnostiek en therapie in principe wel overeenstemmen, maar door een verschil in beschikbaarheid van kennis en technologie en organisatie toch uiteenlopen: voordat huisarts en specialist elkaar in structureel opzicht begrijpen moet er heel wat gebeuren. Maar ook is de aard van de onderzoeksvraag, qua aard gericht op de operationaliteit van de hulpverlening in de brede zin, de onderzoekers aanvallend wat vreemd. Dat is op zich niet zo vreemd: vertrouwdheid met epidemiologie en beslistkunde is, naast kennis van en inzicht in de klinische aspecten, noodzakelijk.

#### Innovatiemethoden

Met de laatste opmerking stap ik over op een ander aspect van het huidige beleid. Enkele jaren geleden heeft de Raad van Advies voor het Wetenschapsbeleid (RAWB) onder andere geconcludeerd dat het klinisch-wetenschappelijk onderzoek nogal zwak is; dit geldt trouwens niet alleen voor Nederland. De minister van O&W heeft zich dit aangetrokken, hij heeft naast een versterking van een aantal top-instituten die medisch-biologische research doen ook een bedrag van 40 miljoen gulden uitgetrokken voor een periode van vijf jaar om in het bijzonder patiëntgebonden onderzoek te bevorderen op een aantal deelgebieden, onder andere aandoeningen van het bewegingsapparaat, CARA, psychische problematiek, terwijl aan revalidatie, beslistkunde en epidemiologie bijzondere aandacht wordt geschonken. Er zullen programmacommissies komen (enkele functioneren er al), terwijl een adviesgroep het Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek (SGO) op de goede rails probeert te houden. Aan deze adviesgroep doen zowel O&W als WVC mee. Wat zijn die goede rails? Het stimuleren van onderzoek op gebieden die om welke reden dan ook uit wetenschappelijk oogpunt wel zijn achtergebleven, maar die van de grootste betekenis zijn wegens het menselijk leed dat door ziekte, pijn en invaliditeit wordt teweeggebracht en die bovendien de gemeenschap veel geld kosten.

Er worden met deze opzet risico's genomen. Het is te waarderen en getuigt van visie dat de minister van O&W die aandurft. Onder andere verlaat men het veilige hok van de bekende wetenschap, die werkt met erkende methoden. Voor het beoogde onderzoek zijn innovatiemethoden nodig, eenduidige modellen zijn niet voorhanden. Qua onderwerp, maar ook qua intentie van de minister, zal het onderzoek zich vooral ook extramuraal moeten afspelen: dáár vindt men immers

de gekozen thema's vooral. Het is te verwachten dat een spanningsveld ontstaat dat, naar ik hoop, een positieve lading aan de stimuleringsprogramma's voor het gezondheidsonderzoek zal geven: het spanningsveld dat ontstaat door de samenwerking van klinisch-wetenschappelijk onderzoekers met werkers in het extramuraal veld, daarbij terzijde gestaan door epidemiologen en deskundigen op het gebied van de beslistkunde. Het moge duidelijk zijn dat hier geweldig grote mogelijkheden liggen voor de ontwikkeling van een extramuraal medische research die, dat ligt in de plannen besloten, een directe uitstraling naar het onderwijs krijgt.

Een zwak punt is de extramuraal researchcapaciteit, die in het kwadraat de problemen van de klinische research ervaart. De minister van O&W heeft, om hierin ook langs een andere weg in enige mate te voorzien, een fonds gevormd: gedurende tien jaar één miljoen gulden per jaar om jonge, veelbelovende huisartsen op te leiden tot onderzoeker. Naar mijn persoonlijke mening kunnen de SGO-plannen en deze opleiding voor een deel aan elkaar worden gerelateerd.

#### Besluit

Om naar de titel van dit artikel terug te keren: ik ben van oordeel dat het beleid zeer goede mogelijkheden en kansen biedt aan het extramuraal veld om een wetenschappelijke ontwikkeling door te maken. Dat vraagt een bijzondere instelling: bereidheid tot samenwerking, ook met de tweede lijn. Maar ook: het zich voldoende bewust zijn van de eigen identiteit om in een dergelijke samenwerking een volwaardige inbreng te kunnen leveren.

Als het veld de nu geboden kansen op een creatieve wijze tegemoet treedt, kan de ontwikkeling van de wetenschap daar alleen maar wel bij varen. Een spanningsveld ja, maar met positieve mogelijkheden.

#### ADRESSEN SECRETARIATEN MEDISCHE TUCHTCOLLEGES

- Amsterdam – Parnassusweg 220, 1076 AV Amsterdam.
- Den Haag – Koninginnegracht 27, 2514 AB 's-Gravenhage.
- Groningen – Oude Ebbingestraat 91, 9712 HG Groningen.
- Zwolle – Luttenbergstraat 5, 8000 GB Zwolle.
- Eindhoven – Stadhuisplein 3, 5611 EM Eindhoven.