

Postprint version : 10.1007/s12414-019-0002-1

Journal website : <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12414-019-0002-1>

Pubmed link :

DOI :

This is a Nivel certified Post Print, more info at nivel.nl

Deelnemen aan wetenschappelijk onderzoek.

Gé A. Donker, Evelien Hartman

Evelien ondervraagt Gé

Hoe ben je betrokken geraakt bij het doen van wetenschappelijk onderzoek?

Dat is al een flinke tijd geleden. Als tropenarts in Tanzania kreeg ik in 1982 de kans in samenwerking met de British Medical Research Council multiple drug treatment voor tuberculose en lepra te starten in ruil voor het nauwkeurig bijhouden van gegevens voor dit instituut over de effecten daarvan. Dit verkortte de behandelingen voor die ziekten aanzienlijk en vergrootte het behandelingsucces. Voor mij was dit ongemerkt ook het begin van een wetenschappelijke carrière. Fantastisch en inspirerend onderzoek natuurlijk als je zo snel de resultaten in je werk als arts terug ziet. Een betere patiënt compliance met kortere kuren, minder resistentie en het nieuws verspreidde zich als een lopend vuurtje, dus ook de bushdokters in de omgeving stuurden hun tuberculose- en leprapatiënten naar ons toe.

Zulke snel merkbare resultaten levert deelname aan onderzoek natuurlijk niet zo vaak op en dat is ook niet het doel van deelname. Als deelnemer aan geneesmiddelenonderzoek weet idealiter zowel de arts als de patiënt niet welke behandeling gegeven wordt (dubbelblind). Ook is er natuurlijk veel onderzoek dat niet gerelateerd is aan geneesmiddelen voorschrijven en de bevinding dat een interventie niet werkt, kan ook heel nuttig zijn.

Wat is je motivatie om als huisarts deel te nemen aan wetenschappelijk onderzoek?

De voortdurende verwondering en verandering die dit vak zo boeiend maken, vertaalt zich in ideeën om zaken verder uit te diepen. De afwisseling van activiteiten (never a dull moment) maakt ook dat ik er nog steeds veel plezier in heb en dat probeer ik over te brengen op huisartsen die ik opleid, zoals jij. Deelnemen aan wetenschappelijk onderzoek is vooral aan te bevelen voor artsen die wetenschap en de vooruitgang daarin als een positieve stimulans in hun werk ervaren.

Heb je ook zelf onderzoek bedacht?

Na 3,5 jaar Tanzania volgde 2,5 jaar werken in Cambodjaanse vluchtelingenkampen in Thailand. Een andere cultuur, andere ziekten, nieuwe ervaringen. Het viel ons als artsen op dat er zoveel kinderen met laag geboortegewicht bij de Cambodjaanse vluchtelingen ter wereld kwamen. Ik stelde een vragenlijst samen in overleg met verloskundigen en interviewde enkele maanden elke vrouw na de bevalling in het vluchtelingenkamp. Wat bleek na het uitwerken van de vragenlijsten? De zwangere vrouwen namen expres minder voedsel tot zich, omdat ze opzagen tegen een zware bevalling in een vluchtelingenkamp met slechts basis medische zorg. Eigenlijk hadden deze vrouwen gelijk, maar voor veel pasgeborenen met een laag geboortegewicht was de start suboptimaal. Het is werk dat nooit

gepubliceerd is. Daar kwam ik met de drukke werkzaamheden en het onderwijs geven in het vluchtelingenkamp niet aan toe, maar toen ik het onderzoek enkele jaren later presenteerde op een public health-congres in de Verenigde Staten won ik tot mijn verbazing de prijs voor de beste presentatie van het congres. De dia's van de voedseluitdeling aan de grote mensenmassa's in het kamp waren naast het onderzoek natuurlijk heel bijzonder. Misschien was het ook beginnersgeluk.

Wat voor mogelijkheden zijn er om als huisarts deel te nemen aan wetenschappelijk onderzoek?

Rond de meeste huisartsopleidingen zijn er groepen van huisartspraktijken die de routinematig verzamelde data verstrekken aan een netwerk rondom de wetenschappelijke afdeling van een huisartsopleiding. Op verzoek doen de huisartsen ook vrijwillig mee aan vragenlijstonderzoek en betrekken ze groepen patiënten in meerdere of mindere mate bij onderzoek. Diverse regionale netwerken doen ook gezamenlijk onderzoek om landelijk representatieve data te verzamelen. Naast regionale universitaire netwerken bestrijkt Nivel Zorgregistraties eerste lijn een groot landelijk netwerk van ruim 400 huisartspraktijken en de verbindingen van deze praktijken met fysiotherapeuten, eerstelijnspsychologen en diëtisten. Een subset van Nivel Zorgregistraties vormen de peilstations waar naast de routinematig verkregen data ook vragenlijsten ingevuld worden van een tiental aandoeningen. Ook worden er monsters opgestuurd voor griepsurveillance en het onderzoeken van antibioticaresistentie bij bijvoorbeeld urineweginfecties.

Welke keuzemogelijkheden zijn er nog meer voor huisartsen?

Voor huisartsen zijn er veel keuzemogelijkheden: de routinematig verzamelde gegevens ter beschikking stellen voor wie daar onderzoeksmatig iets mee wil doen of intensiever deelnemen en onderzoek mee bedenken. Onze praktijk neemt al jaren deel aan het Registratienetwerk Groningen (RNG), inmiddels opgegaan in het Academische Huisarts Ontwikkel Netwerk (AHON). In dat netwerk was steeds veel ruimte voor meedenken en onderzoek zelf uitvoeren of mee uitvoeren.^{1, 2} Zo viel rond de eeuwwisseling het toenemend aantal voorschriften methylfenidaat op en besloten we daar onderzoek naar te doen in de RNG-praktijken.¹ Ook dachten we dat het interessant was om het aantal voorschriften benzodiazepine te monitoren toen de automatische vergoeding daarvoor wegviel.² Het lijkt een open deur want je verwacht dat er minder voorgeschreven wordt als de vergoeding wegvalt en er werd ook wel iets minder voorgeschreven na de maatregel, maar dat was praktisch geheel toe te schrijven aan het conto van de kortgebruikers. Elke chronische gebruiker begint ook als een kortgebruiker, dus bij minder patiënten benzodiazepines starten, leidde ook tot iets minder chronische gebruikers, maar bij chronische gebruikers verminderde het gebruik niet. Kennelijk is bij chronische gebruikers als de vergoeding geregeld is het hek van de dam en geven we het op om nog veel inspanning te leveren het gebruik te beperken.

Zijn er nog meer opties om collega-wetenschappers te ontmoeten?

Een laagdrempelige manier om collega's te ontmoeten die belangstelling hebben voor wetenschappelijk onderzoek is deelname aan de NHG-commissie voor wetenschappelijk onderzoek (NHG-CWO). Een commissie die elke eerste donderdagavond van de maand in Utrecht op de Domus Medica vergadert van 19-21.30 uur. Hier wordt elke bijeenkomst een wetenschappelijk artikel tegen het licht gehouden, worden prille ideeën voor wetenschappelijk onderzoek gedeeld en nader geëxploreerd. Van het een komt het ander: menig huisarts is met steun van deze commissie in de loop der jaren gepromoveerd. Het is zo inspirerend andere collega-huisartsen die werken aan wetenschappelijk onderzoek of die daar op zijn minst interesse voor hebben te ontmoeten. Kom gerust eens een paar vergaderingen bijwonen; het kost niets en levert veel op. En dan zijn er natuurlijk huisartsen of huisartsen in opleiding die echt onderzoeker worden en een promotietraject gaan doen. Vaak moet dat in samenwerking met een universiteit en er moet geld verworven zijn of worden om het onderzoek te kunnen uitvoeren. Het aiotho-traject combineert

promotietraject en huisartsopleiding in een blok van 6 jaar. Dat heeft al veel nuttig huisartsgeneeskundig onderzoek opgeleverd. Maar ook kortere onderzoeken zonder dat per se promotie het doel is, kunnen bevredigend zijn.

Hoe heb je jezelf verder geschoold in het doen van onderzoek?

In Thailand volgde ik een master degree in public health met Aziatische en enkele Afrikaanse artsen. Eenmaal werkzaam in de Cambodjaanse vluchtelingenkampen bleek de in die cursus opgedane kennis van epidemiologie en statistiek me het meest behulpzaam. Ik kon gewoon uitrekenen of de resistentie van de malariaparasiet voor de middelen die we toen volgens protocol voorschreven significant toenam of niet. Reuze handig om te ontdekken of je bij moet sturen. In de Verenigde Staten behaalde ik een PhD epidemiologie aan de Texas University Health Science Center. Ik promoveerde op de Barker-hypothese, de vraag of laag geboortegewicht een risicofactor is voor hart- en vaatziekten.^{3,4} Na 10 jaar buitenland werd ik gepassioneerd huisarts in een gezondheidscentrum in Hogeveen en combineerde ik dat met onderzoek in de huisartsgeneeskunde bij het Nivel. Na onderzoek in de twee Nationale Studies, de effecten van de Bijlmerramp en de vuurwerkcramp Enschede, werd ik coördinator van de peilstations die gegevens verzamelen over diverse ziekten, waaronder griep. Voor het Nivel ben ik woordvoerder voor de media over deze surveillance.

Wat brengt het betrokken zijn bij onderzoek jou als huisarts?

Het boeiende van de combinatie huisarts zijn en onderzoek doen, is dat je de inspiratie voor het onderzoek uit je huisartsenvak kunt halen en ook de ideeën over hoe het onderzoek toegepast kan worden, kunt verwezenlijken. Regelmatig werk ik als huisarts volgens richtlijnen die mede gebaseerd zijn op onderzoek in de peilstations en ook werk ik mee aan samenwerkingsafspraken over ongewenste zwangerschap na onderzoek over dat onderwerp in de peilstations. Sinds begin 2014 ben ik lid van de Gezondheidsraad en zit ik in de commissie Rijgeschiktheid, een onderbelicht onderwerp in de huisartsgeneeskunde. Met welke visus en hulpmiddelen is rijden nog verantwoord? Hoe zit het met rijgeschiktheid na een psychose? Is auto rijden met een ICD verantwoord? En met een kunsthart? Hoe moet de instelling van diabetes mellitus zijn om rijgeschikt te zijn? Met welke psychostimulantia is rijden verantwoord en met welke niet? Kortom, boeiende discussies met deskundigen van diverse disciplines en leuk dat de conclusies direct vertaald worden in beleid door de minister.

Wat betekent een huisarts als onderzoeker voor de praktijkvoering?

De petten van onderzoeker en huisarts moeten wel een beetje gescheiden blijven. De patiënt consulteert je voor je huisartsgeneeskundige kennis en niet voor wetenschappelijke aspiraties. Toch kan een neus- en keelmonster afnemen voor griepsurveillance prima passen in de praktijkvoering, ook al heeft de patiënt er niet direct voordeel bij. Het sluit aan bij een restrictief antibioticabeleid en communiceren over virussen die de meeste luchtweginfecties veroorzaken.

Wat zijn de valkuilen?

Het combineren van wetenschappelijk onderzoek, huisartsgeneeskunde en praktijkhouderschap kan een recept voor burn-out zijn. Voor zelf intensief wetenschappelijk onderzoek doen, moet je tijd vrij maken. Het moet niet in de plaats komen van ontspanning en sociale activiteiten. Dat betekent dat je dat in de praktijkvoering moet inpassen. Huisarts en praktijkhouder zijn, beperkt mijn doorgroeimogelijkheden als wetenschapper, maar levert zinnig onderzoek op en dat is mijn missie. En dat is mijn missie. Selectief deelnemen aan onderzoek dat je aanspreekt is aan te bevelen, de werkzaamheden afbakenen en een kosten-batenanalyse maken. Sommige netwerken, zoals de peilstations, vergoeden in enige mate de geïnvesteerde tijd in het afnemen van monsters en het invullen van vragenlijsten. Als je rijk wilt worden, moet je geen wetenschappelijk onderzoek doen.

Gé ondervraagt Evelien:

Hoe kijk jij als bijna jonge klare aan tegen het doen van wetenschappelijk onderzoek in de praktijk?

Ik vind het belangrijk dat dit gebeurt. Veel wetenschappelijk onderzoek en richtlijnen zijn niet zozeer gericht op de eerste lijn, maar eerder op de tweede lijn. Terwijl voor ons juist de primary care-onderzoeken zo belangrijk zijn! Een groter aanbod aan praktijken die onderzoek uitvoeren in de eerste lijn zou goed zijn voor de huisartsengeneeskunde. Wel vind ik het nog lastig me voor te stellen hoe het werk als huisarts goed gecombineerd kan worden met onderzoek. Er komen al zoveel taken op je af. Ik heb bewondering voor de manier waarop jij het combineert, maar kan me ook heel goed indenken dat juist de afwisseling heel prettig kan zijn.

Wat merk jij van wetenschappelijk onderzoek in de opleidingspraktijk?

Ik heb niet eerder in een praktijk gewerkt waar neus- en keelmonsters voor griepsurveillance afgenomen werden. Veel patiënten blijken dat wel interessant te vinden en zijn tevreden met uitleg en advies zonder recept (geen antibiotica bij griep!). Ze vinden het interessant achteraf te horen welk virus hun klachten veroorzaakt heeft.

Ook is het makkelijker inspelen op sommige maatschappelijke onderwerpen, zoals de meningokokken W-vaccinatie, waar nu veel over te doen is. De kennis is er snel en deze kan dan laagdrempelig worden gedeeld met patiënten.

Ga je in de nabije toekomst iets aan wetenschappelijk onderzoek doen?

Ik sluit niet uit dat ik later onderzoek zal doen in mijn eigen praktijk, maar eerst maar eens mijn opleiding afronden en aan de slag als waarnemend huisarts. Als de balans in de praktijk er is, dan zie ik het zeker zitten.

Referenties

1. Donker GA, Groenhof F, Veen WJ van der. Toenemend aantal voorschriften voor methylfenidaat in huisartspraktijken in Noordoost-Nederland, 1998-2003. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;31:1742-7.
2. Kollen BJ, Van der Veen WJ, Groenhof F, Donker GA, Van der Meer K. Discontinuation of reimbursement of benzodiazepines in the Netherlands: does it make a difference? *BMC Family Practice* 2012, 13:111.
3. Donker GA, Labarthe DR, Harrist RB, Selwyn BJ, Wattigney W, Berenson GS. Low birthweight and blood pressure at age 7-11 years in a biracial sample. *Am J Epidemiol* 1997;145(5):387-97.
4. Donker GA, Labarthe DR, Harrist RB, Selwyn BJ, Srinivasan SR, Wattigney W, Berenson GS. Low birthweight and serum lipid concentrations at age 7-11 years in a biracial sample. *Am J Epidemiol* 1997;145(5):398-407.