

huisarts en wetenschap



MAANDBLAD

VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

Huisarts en preventie

De voorzitter van het Nederlands Huisartsen Genootschap, Dr. F. J. A. Huygen, heeft ter opening van het op 27 november 1965 te Utrecht in het Jaarbeursgebouw gehouden tiende N.H.G.-congres de volgende rede gehouden:

Men zou kunnen stellen dat de meeste huisartsen zich nog niet erg aangetrokken voelen tot het onderwerp preventie. Zij voelen zich primair therapeut en geven de voorkeur aan het behandelen van zieken, waarvoor hun hulp wordt ingeroepen. Dit is ook zeer begrijpelijk; het schenkt immers een grote bevrediging direct zichtbare successen te behalen, waartoe de huidige wetenschap ons in de meeste gevallen in staat stelt. Het is ook historisch verklaarbaar: de beeldvorming van de praktizerende arts is in de loop van de eeuwen die van helper bij ziekte geworden. Dit neemt echter niet weg dat voorkómen beter is dan genezen en dat met het voortschrijden van de ontwikkeling der geneeskunde de mogelijkheden en de noodzaak van preventie steeds meer op de voorgrond komen. Juist voor de huisarts, die als geneeskundige voorpost in de eerste linie staat, wordt preventie van steeds groter belang.

Het begrip preventie. Preventief geneeskundig werk kan overigens eveneens een grote voldoening geven. Dit wordt duidelijk als wij het begrip preventie wat nader gaan beschouwen. Aanvankelijk verstond men hieronder het voorkómen van ziekte. De laatste decennia heeft het begrip preventieve geneeskunde echter een uitbreiding ondergaan. In de eerste plaats heeft — naast het voorkómen van ziekte — het bevorderen van gezondheid meer klemtoon gekregen. Men spreekt hier wel van positieve gezondheidszorg. In dit verband valt vooral te denken aan gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Dit is een terrein waarop de huisarts zich als

raadgever in de gezinnen eigenlijk altijd reeds heeft bewogen. Moest hij zich daarbij vroeger echter voornamelijk door gezond verstand en ervaring laten leiden, thans begint zich hier een eigen wetenschap en techniek te ontwikkelen, waarvan hij met vrucht gebruik zal kunnen maken.

In de tweede plaats is men naast preventie in eigenlijke zin — wat nu primaire preventie wordt genoemd — gaan spreken van secundaire preventie, waaronder de vroege diagnostiek van voornamelijk niet besmettelijke ziekten wordt verstaan, het opsporen en behandelen van ziekten vóórdát zij klachten geven. Het is duidelijk dat deze secundaire preventie in de westerse landen vooral voor de huisarts steeds belangrijker wordt. Immers, met het terugdringen van infectieziekten en andere exogene ziekte-oorzaken winnen de endogene ziekte-oorzaken aan invloed en veroorzaken deze een relatieve en absolute toename van chronische en zogenaamde degeneratieve ziekten. Met de veroudering van de bevolking komen deze ziekten steeds meer op de voorgrond. Bovendien is het ziektebegrip van inhoud veranderd. Vroeger werd hieronder vooral somatisch lijden verstaan, thans kennen wij ook het sociologisch ziektebegrip: het niet in staat zijn van de mens om zijn rollen te vervullen in de sociale systemen waarvan hij deel uitmaakt. Dit onvermogen kan op lichamelijke ziekte berusten, maar kan ook schuilen in geestelijke defecten of aanpassingsstoornissen. Deze laatste stoornissen vragen om vroege herkenning en behandeling.

Naast deze secundaire preventie spreken sommigen van tertiaire preventie wanneer zij voorkómen van vermijdbare invaliditeit bedoelen. Hierbij valt niet alleen te denken aan ongevalsbehandeling, zoals het voorkómen van een dwarslesie door het vervoer bij een patiënt met een wervelfractuur, maar ook en vooral aan het van het begin af aan gericht zijn van de activiteiten van de medicus op de we-

derinpassing van zijn patiënt in het maatschappelijk leven. Door deze term, tertiaire preventie, wordt dus het belang van een revaliderende instelling van de medicus in zijn gehele behandeling onderstreept.

Het is duidelijk dat bij een dergelijke uitbreiding van het begrip preventie met secundaire en tertiaire preventie — zeker voor de huisarts — de grens tussen curatieve en preventieve geneeskunde niet langer is te trekken. De preventie is opgerukt tot diep in het curatieve veld en is dus in feite een belangrijk onderdeel van zijn dagelijks werk gaan vormen. Denkt u bijvoorbeeld in dit verband maar aan de vroege diagnostiek en aan het zodanig zorgvuldig behandelen en controleren van urineweginfecties bij kinderen en gravidæ, waardoor het ontstaan van nierinsufficiëntie en hypertensie tientallen jaren later wordt voorkómen. Het curatieve werk van de huisarts geeft hem een uitstekend „entree” voor deze vormen van preventie.

Aangrijpingspunten. De aangrijpingspunten van de preventieve geneeskunde kan men schematisch in twee velden — waartussen overigens een nauwe wisselwerking bestaat — onderscheiden: enerzijds dat van de enkeling, anderzijds dat van het milieu waarin deze leeft.

Wanneer wij deze indeling trachten te volgen zien wij dat de huisarts in een gemiddelde praktijk met een groot aantal individuen heeft te maken die in allerlei levensstadia verkeren. Zijn zorg strekt zich immers in principe uit vanaf de conceptie tot aan de dood. De paar duizend individuen die tot zijn praktijk behoren zijn in een aantal categorieën in te delen op grond van de levensfasen, welke een verschillende preventieve zorg behoeven. Wat de prenatale, natale en postnatale periode betreft is er een tendens tot toeneming van de preventieve zorgen van de huisarts te constateren. Dit geldt in duidelijke mate voor de zuigelingen- en kleuterzorg, zoals uit verschillende onderzoekingen is gebleken.

Ten aanzien van de schoolleeftijd heeft de schoolarts de belangrijkste preventieve taak gekregen, ofschoon er neigingen zijn waar te nemen, zoals bijvoorbeeld in het experiment in de Flevopolder, deze taak weer gedeeltelijk aan de huisarts over te dragen. De adolescentie is, wat de preventie betreft, een relatief verwaarloosde periode te noemen. Ten aanzien van volwassenen is er een behoorlijke preventieve zorg voor de mannen en vrouwen werkzaam in bedrijven met een bedrijfsgeneeskundige dienst, maar er zijn verschillende „vergeten groepen” zoals leidende functionarissen en zelfstandigen. Wat te denken van de stijgende sterfte van mannen van middelbare leeftijd? En wie denkt aan het geneeskundig toezicht op een van de zwaarst belaste beroepen, dat van onze huismoe- ders? Tenslotte de bejaarden: het is voor iedereen evident dat hier een groot veld voor secundaire en tertiaire preventieve zorg is, dat nog grotendeels braak ligt.

Wat het milieu betreft, ook hierin kan men on-

derscheidingen aanbrengen. In het tweede (het school- en werkmilieu) en in het derde milieu, dat van de ruimere maatschappij, heeft de huisarts een weinig specifieke preventieve taak, maar des te meer in het nog steeds belangrijkste eerste milieu van de mens, dat van het gezin. Wij weten dat het gezinsmilieu een zeer grote invloed uitoefent op de gezondheid, vooral van het zich ontwikkelende kind. Wie is beter in staat dit gezinsmilieu te beïnvloeden dan de huisarts? Hierbij valt zowel te denken aan omgevingsfactoren in fysisch-chemische en microbiologische zin, als in psychologische en sociale zin. Het is een van de grote voordelen van de huisarts dat zijn praktijk niet bestaat uit een verzameling van een groot aantal individuen, maar dat deze voor het merendeel gegroepeerd zijn in een overzienbaar aantal gezinnen, waarmee de huisarts telkens weer te maken krijgt. Men kan de huisarts in Nederland met recht gezinsarts noemen, daar praktisch elk gezin slechts één huisarts heeft. Ook in deze gezinnen kan men fasen onderscheiden: om met Eysink te spreken, de opbouwfase, de stabilisatiefase en de involutiefase, elk met eigen behoeften en problemen. Hier ligt een groot en belangrijk veld van preventief werk voor de huisarts. Wij behoeven in dit verband bijvoorbeeld alleen maar aan gezinsplanning te denken.

Methoden. Ten aanzien van de werkwijzen van de preventieve geneeskunde is het duidelijk dat massale maatregelen niet of nauwelijks op het terrein van de huisarts liggen. Het is echter even duidelijk dat in ontwikkelde landen het zwaartepunt verschuift naar een meer individuele benadering. Terecht heeft Van Goor er in zijn proefschrift op gewezen dat deze individuele benadering het wenselijk maakt de huisarts in te schakelen, omdat hij de betreffende patiënten kent en bij het bepalen van de tijdstippen rekening kan houden met de individuele omstandigheden. Inmiddels zijn de huisartsen, mede dankzij Van Goor's werk, op de meeste plaatsen reeds ingeschakeld bij de vaccinatieprogramma's door middel van de entgemeenschappen.

Naast deze verschuiving naar de individuele benadering komt naar voren dat niet alle individuen ten aanzien van preventie over één kam moeten worden geschoren, maar dat men onderscheid kan maken tussen degenen die min of meer worden bedreigd. Men kan ook ten deze een aantal categorieën noemen. Buma spreekt in dit verband over een scala van gezonden, bedreigden, onaangepasten, zieken, reconvalescenten en gehandicapten. Nu de wetenschap vordert en gerichte preventie inderdaad steeds meer mogelijk wordt, zal het er in de toekomst vooral om gaan de bedreigde groepen te onderkennen. De huisarts staat hierbij weer in een bijzonder gunstige positie. Het is voor hem betrekkelijk gemakkelijk een onderscheid te maken tussen gezonde, bedreigde en gestoorde gezinnen. Hij maakt de crises in deze gezinnen mee bijvoorbeeld bij ernstige ziekten en bij sterfgevallen en kan daarbij attent zijn op bijzondere kwetsbaarheid tijdens

deze perioden. Dikwijls heeft hij hele families in zijn praktijk en het is voor hem mogelijk systematisch aandacht aan de familie-anamnese te besteden. Zo kan hij allerlei bedreigde groepen als zodanig herkennen. Denkt u in dit verband bijvoorbeeld maar aan diabetes, hypertensie en vaatlijden.

Van sommige ziekten weten wij nog in het geheel niet hoe deze te voorkómen of in hun beloop te stuiten, maar ten aanzien van andere komen er steeds meer gegevens beschikbaar, welke ons houvast kunnen bieden. Voor het cervixcarcinoom bijvoorbeeld is een secundaire preventie in principe mogelijk geworden door cytologisch onderzoek, terwijl wij ook weten welke vrouwen in het bijzonder worden bedreigd. Onderzoekingen als de Framinghamstudy hebben een aantal criteria opgeleverd waardoor de kans op coronairziekte tot op zekere hoogte valt te voorspellen en het is te verwachten dat onze kennis door dergelijke prospectieve bevolkingsonderzoekingen snel zal toenemen. Dan zal gerichte preventie van verschillende belangrijke ziekten inderdaad mogelijk worden. Biochemische onderzoekers menen zelfs dat het in de toekomst niet ondenkbaar is erfelijke afwijkingen te voorkómen, door op cellulair niveau in te grijpen in de eiwitsynthese. Ongekende perspectieven voor de preventie worden daardoor aan de horizon geopend, hoewel overschaduwed door donkere medisch-ethische wolken.

De toekomst. Wanneer wij beginnen dichtbij ons heen te kijken kunnen wij constateren dat wij allen reeds preventief werkzaam zijn, als onderdeel van ons dagelijks werk in de gewone „curatieve” praktijk. Hierbij dient zeker ook te worden gedacht aan de preventieve waarde van goed gevoerde gesprekken, welke emotionele spanningen kunnen doen afvloeien en welke kunnen helpen, stoornissen in tussenmenselijke relaties in een vroeg stadium in constructieve zin om te buigen. Daarnaast beginnen zich velden van gericht preventief geneeskundig werk voor de huisarts af te tekenen. Vrijwel allen doen wij gericht preventief werk door prenatale zorg en een groot gedeelte van ons doet dit door consultatiebureau te houden voor zuigelingen en kleuters, al of niet in georganiseerd verband. Enkelen onder ons hebben het verdere terrein reeds verkend door wetenschappelijk onderzoek ten aanzien van preventief of periodiek geneeskundig onderzoek (Ten Cate, Van den Dool, Mulder, Van de Weg en anderen) en ik weet dat anderen hiermee nog bezig zijn.

Periodiek Geneeskundig Onderzoek (P.G.O.)? Bij het denken over een algemene toepassing van het periodieke geneeskundige onderzoek in de huisartspraktijk komt een aantal problemen naar voren, waarvan ik een drietal hier kort wil aanstippen, namelijk de tijd, het nuttig rendement en de tegenzin. Het tijdsprobleem is voor de huisarts reeds groot. Op grond hiervan wordt door velen de gedachte aan het systematisch p.g.o. door de huis-

arts direct verworpen. Toch geloof ik dat we hiermee niet al te snel moeten zijn. Het is immers op allerlei gronden duidelijk dat in de toekomst zal moeten worden gestreefd naar een kleinere gemiddelde praktijkomvang dan de huidige. Dijkhuis, geneeskundig inspecteur van de Volksgezondheid in Gelderland, heeft mij onlangs voorgerekend dat het bij een praktijkgrootte van tweeduizend zielen (welke bijvoorbeeld door Van Deen en Van der Wielen als ideaal is gesteld) de huisarts niet meer dan 4½ uur per week zal kosten, wanneer hij zou beginnen de gehele preventieve geneeskundige zorg op zich te nemen, voor alle zwangeren, zuigelingen, kleuters, schoolkinderen en bejaarden! Bij deze berekening zijn de onderzoekfrequenties redelijk en de tijdseenheden per onderzoek zelfs ruim genomen. Bij een doelmatig gebruik van hulpkrachten zou de tijd van 4½ uur nog aanzienlijk kunnen worden bekort. Hierbij valt niet alleen aan de praktijkassistent te denken, maar ook aan een systematische medewerking van de wijkverpleegster.

Het nuttig rendement aan behandelbare ernstige afwijkingen is bij ongericht onderzoek tot nu toe niet groot gebleken. Aan lichtere afwijkingen was er een rijke oogst. De opbrengst hiervan zal voor de patiënt verreweg het grootst zijn wanneer het onderzoek door de eigen huisarts geschiedt of wordt gesuperviseerd, daar dan geen schijven zijn tussengeschakeld en eventuele behandeling direct kan worden begonnen. Bovendien wordt hierdoor de informatie van de huisarts over zijn patiënten (ook van degenen die hem niet zo vaak consulteren) sterk vergroot en kan de relatie met zijn patiënten mede hierdoor aanzienlijk verbeteren. Onderzoekingen zullen in de toekomst moeten leren in hoeverre het nuttig rendement kan worden opgevoerd door gerichte werkwijzen, door goede selectie- en „doorlichtings”-methoden. Ook hierbij kunnen hulpkrachten van groot belang zijn.

De tegenzin, waarover ik in het begin reeds sprak, zal enerzijds op onze opleiding en beeldvorming berusten, waardoor wij preventie nauwelijks als medisch werk hebben leren waarderen, anderzijds op onbekendheid en gebrek aan ervaring met deze methode van werken, welke eveneens voldoening kan schenken. Men moet de successen hierbij echter op lange termijn en in groter verband leren zien. Het is niet denkbeeldig dat deze tegenzin vermindert wanneer men zich op dit soort werk toelegt; mogelijk maakt de tegenzin dan zelfs plaats voor een ruimere belangstelling en gezichtskring. Het lijkt mij waarschijnlijk dat de tegenzin zal verdwijnen, wanneer men zich kan richten op het onderkennen en onderzoeken van bedreigde groepen, waarbij het nuttig rendement groot is.

Willen wij in de toekomst verder komen op preventief gebied dan zal veel onderzoek noodzakelijk zijn. Hier ligt — primair tot exploratie — zeker een opgave voor ons als Genootschap. Hierbij zal moeten worden nagegaan welk gedeelte door ons en welk gedeelte door anderen kan worden gedaan. Een nauwe samenwerking zal dus gewenst zijn met

degenen die zich reeds op dit gebied bewegen. Ik denk hier met name aan de Kruisverenigingen en aan de organen van de Geestelijke Gezondheidszorg. Er zijn in dit verband reeds verheugende verschijnselen van toenadering te constateren, zoals het geregeld contact van ons bestuur met de besturen van de drie landelijke Kruisverenigingen en de drie Stichtingen voor de Geestelijke Gezondheidszorg. Met vreugde kan ik hier bijvoorbeeld vermelden dat de Kruisverenigingen en het N.H.G. zich gezamenlijk tot het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid zullen wenden met een verzoek tot subsidie van experimenten inzake een nauwe samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleegsters. Het valt te hopen dat dergelijke experimenten een ontwikkeling in de richting van integratie op het gebied van de zorgen voor de patiënten thuis zullen inleiden. Huisarts en wijkverpleegster zijn hierbij immers natuurlijke bondgenoten.

Een even verheugend symptoom is de geest en de wil tot samenwerking, welke spreekt uit de laatste jaarverslagen van de Stichting Algemeen Centraal Bureau voor de Geestelijke Volks-

gezondheid en van het Nederlands Instituut voor Kinderstudie. Tenslotte is het in dit verband van belang dat het Nederlands Huisartsen-Instituut nauw contact houdt met de onlangs opgerichte Stichting Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.

Dames en heren, ik heb hier in het kort enkele gedachten ontvouwd over huisarts en preventie. In dit stadium lijkt het mij van het grootste belang dat wij, huisartsen, meer „preventie-minded” worden. Onze belangstelling, nu zo eenzijdig op ziekte gericht, zal meer moeten uitgaan naar gezondheid en het voorkomen van ziekte. Wij zijn van de artsen degenen, die het dichtst staan bij de mens in zijn eigen leefmilieu. Wij dienen onze tijd te verstaan en de richting van de ontwikkelingen in de geneeskunde bijtijds weten waar te nemen. Juist omdat dit voornamelijk een kwestie is van mentaliteit, van instelling, acht ik het bijzonder gelukkig dat de congrescommissie van het N.H.G. het onderwerp preventie aan de orde heeft gesteld op dit tiende N.H.G.-congres, dat ik hiermede voor geopend verklaar.

Registratie van waarnemingen *

DOOR PROF. DR. K. J. VAN DEEN

Het doel van de beide studiedagen over wetenschappelijk onderzoek door huisartsen is, huisartsen, die zich voor wetenschappelijk onderzoek interesseren, voor te lichten over methoden die kunnen worden gerbuikt en over moeilijkheden die zich kunnen voordoen. Deze doelstelling heb ik als uitgangspunt genomen bij de opbouw van deze inleiding over de registratie van waarnemingen.

Men kan zich in de eerste plaats afvragen wat wordt bedoeld met de uitdrukking: registratie van waarnemingen. Enerzijds kan men hieronder verstaan uitsluitend het optekenen van dat wat men waarneemt. Anderzijds kan hieronder ook worden gerekend het registreren van alles wat voor de oplossing van het probleem, dat de onderzoeker heeft gesteld, van belang zou kunnen zijn. Dit laatste standpunt wordt hier ingenomen.

Voor het zuiver stellen van een probleem en voor de oplossing ervan is als regel een groot aantal gegevens nodig: objectieve feiten, gedachten, ideeën, meningen, gevoelens van twijfel, kortom een zeer heterogone verzameling. Soms zijn het kwalitatieve kenmerken die van belang zijn, bijvoorbeeld man of vrouw, ziek of niet ziek, succes of geen succes; soms zijn het de kwantitatieve eigenschap-

pen zoals gewicht, lengte, of hemoglobinegehalte en vele malen ook betreft het moeilijk te omschrijven gedachten, die echter voor het verkrijgen van een goede oplossing evenzeer van waarde kunnen zijn als de gemakkelijker meetbare kenmerken of waarden.

Voor het verkrijgen van een goed resultaat van een onderzoek is het, naar mijn mening, noodzakelijk het begrip registratie zeer ruim op te vatten en hieronder te verstaan het vastleggen van alle gegevens, die voor de oplossing van het probleem van belang kunnen zijn. Doel van de registratie is deze heterogene verzameling vast te leggen in een zodanige vorm, dat alle gegevens, die voor het vormen van een oordeel of voor de oplossing van een probleem nodig zijn, op het gewenste moment volledig en foutloos te beschikking staan. De registratie zal zodanig moeten zijn uitgevoerd dat de verlangde gegevens binnen redelijke tijd en zonder veel inspanning van de onderzoeker kunnen worden bijeengebracht. Een goed ingerichte registratie kan het verzamelen van de voor een onderzoek gewenste gegevens in sterke mate bevorderen. Een goed overzicht over het geheel van gegevens en een gemakkelijke bereikbaarheid ervan kunnen stimulerend werken op de onderzoeker.

Mogelijkheden voor registratie. Voor het registreren van gegevens staat de onderzoeker een reeks mogelijkheden te beschikking. Ik moge hier

* Inleiding, gehouden op de Studiedagen wetenschappelijk onderzoek huisartsen te Eindhoven, 1-2 mei 1964. De organisatie berustte bij de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek N.H.G. en het Nederlands Huisartsen Instituut in samenwerking met Philips' Gezondheidscentrum.