

Het Nederlands Huisartsen-Instituut als epidemiologisch centrum*

DOOR DR F. DE WAARD

Het Nederlands Huisartsen-Instituut is er dan werkelijk. De verwachtingen van niet weinig huisartsen zijn hooggespannen: een centrum van actie zal beginnen te werken, dat de Nederlandse huisarts in staat zal stellen beter toegerust dan voorheen zijn taak als gezondheidsbehoeder te vervullen in een snel veranderende maatschappij.

Niet ieder zal dezelfde gedachten hebben over de taak van het Instituut, over de omvang daarvan en over de prioriteiten van de deeltaken. Voor sommigen zal het accent liggen op het terrein van de scholing tot huisarts, van de na- en bijscholing; voor anderen ligt dat op het gebied van de praktijkvoering. Enkelen zullen misschien een belangrijke plaats ingeruimd willen zien voor de wetenschapsbeoefening in het Instituut, niet zozeer omdat zij de huisarts voor die arbeid de bij uitstek aangewezen figuur achten, maar omdat zij weten dat wetenschappelijk werk stimuleert tot nauwkeurig waarnemen en logisch denken.

In dit artikel hoop ik duidelijk te maken dat wetenschappelijk onderzoek door huisartsen zijn waarde niet slechts ontleent aan bovenvermelde bijbedoeling, maar dat de huisartsen — mits in hechte organisatie optredend — een belangrijke rol zullen kunnen gaan spelen bij het fundamentele geneeskundige speurwerk van de komende decennia.

Verleden. De afgelopen eeuw heeft aan de geneeskundige wetenschap enorm veel kennis en inzicht gebracht. Voortbouwend op hetgeen reeds aan descriptieve kennis was vergaard, heeft men zich met groot succes gewijd aan het verwerven van kennis omtrent de etiologie van ziekten. Vooral de bacteriologie en de parasitologie hebben het inzicht in het wezen van ziekteoorzaken verdiept met de conceptie, dat klinisch-nosologische eenheden het resultaat kunnen zijn van besmetting met specifieke, waarneembare ziektekiemen. De conceptie van de causale specificiteit heeft het geneeskundig denken diepgaand beïnvloed en daarbij een zekere overwaardering doen ontstaan voor het mono-causale element in de leer der ziekteoorzaken. Later zijn daar wel correcties op aangebracht, bijvoorbeeld met de leer van de commensale infecties, maar de eenvoud heeft nu eenmaal zijn aantrekkingskracht, en uitspraken over „de” oorzaak van een ziekte in haar mono-causale betekenis behoren tot het gevestigde medische taalgebruik.

De immunologische preventie van infectieziekten steunde in hoge mate op de conceptie der specifi-

citeit. De eclatante successen van de immunisatiecampagnes deden vele hygiënisten vergeten, dat men de tuberculose destijds op goede gronden bestreden had met aspecifieke middelen als verbetering der volkshuisvesting en volksvoeding.

In de kliniek groeide dankzij de enorme prestaties van de farmaceutische industrie sinds 1935 en vooral na de tweede wereldoorlog het vertrouwen in de curatieve bestrijding van infectieziekten. In samenwerking met de immuunprohylaxe behaalde men spoedig de overwinning op deze groep uit het totale morbiditeitspatroon. Sanatoria en infectiepaviljoens werden verbouwd om te voldoen aan nieuwe opdrachten; revalidatie- en reanimatiecentra werden ingericht.

De verschuivingen in het morbiditeitspatroon, gepaard gaande met een relatieve veroudering van de bevolking, betekenden geen verlichting van de geneeskundige zorgen. Er kwamen nieuwe „volksvijanden” naar voren, zoals ziekten van hart en bloedvaten en verscheidene vormen van kanker, waarvan men de etiologie niet of nauwelijks kende. In zeker opzicht verkeerde men hier wat betreft de kennis van oorzaken en bestrijdingswijzen in een fase, die analogie vertoonde met de prepasteurische tijd van epidemiologisch inzicht omtrent de infectieziekten. Toch had bijvoorbeeld Snow in die tijd al verband kunnen leggen tussen cholera-epidemieën en drinkwaterleiding en er was dus veel voor te zeggen om het epidemiologisch onderzoek in de klassieke zin (als leer der verspreiding van ziekten, *ἔτι δημος*) weer ter hand te nemen.

Deze opleving van de epidemiologie heeft het eerst plaatsgehad in Engeland en Amerika. Het vasteland van Europa is schoorvoetend gevolgd en kan dan ook slechts op bescheiden prestaties bogen. Aan de Nederlandse universiteiten hebben de Instituten der hygiëne zich juist in het laatste decennium weer beperkt tot de infectieleer. Hier en daar heeft de sociale geneeskunde zich aangediend als kandidaat voor epidemiologisch veldwerk, maar de dualiteit binnen dit specialisme, dat èn het „veld” èn de groene tafel als zijn werkterrein zou willen hebben, is wellicht te sterk voor zulk een uitbouw. Het vacuüm in de epidemiologie is dan ook nog steeds niet gevuld. Zou hier een taak liggen voor de Nederlandse huisartsen?

Heden. Als men anno 1965 van een standpunt van volksgezondheid de nieuwe volksvijanden inventariseert, dan kan men enkele hoofdgroepen onderscheiden: hart- en vaatziekten; kanker; ongevallen; neurosen, ziekten op psycho-sociale bodem;

* Uit het Nederlands Huisartsen-Instituut.

reumatische ziekten. Deze vijanden zijn enerzijds door het geneeskundig optreden van de mens geselecteerd, maar anderzijds geldt voor vele van deze ziekten, dat zij ook werkelijk in frequentie zijn toegenomen en wel onder invloed van sociale en economische factoren: coronairtrombose, longkanker, verkeersongevallen en „overwerkt zijn”, vormen daar treffende voorbeelden van.

De invloed van deze socio-economische factoren is complex. Kan men bij de infectieziekten nog spreken van „de” oorzaak, deze simplificatie is tenenmale onmogelijk, als men zich gaat bezig houden met de multicondionaliteit van bovengenoemde ziekten (dit geldt ook voor de ongevallen).

Het leren kennen en doorzien van de verbanden tussen milieu en ziekte is de taak van een medisch-oecologische wetenschap. In wezen is die preventief gericht. Wij weten van de meeste van deze „nieuwe” ziekten nu wel zoveel, dat zij pas na een lange aanlooptijd manifest worden. Zouden wij er in slagen de premorbide stadia en de ziektebevorderende factoren te leren kennen, dan geldt hier wel bij uitstek, dat voorkómen beter is dan genezen. De ervaring heeft immers geleerd, dat het curatieve optreden bij deze ziekten tamelijk ondankbaar is.

De meeste artsen denken bij het begrip preventie in de eerste plaats aan maatregelen, die buiten de sfeer liggen van het individuele contact tussen de medicus en zijn patiënten, zoals waterzuivering, vleeskeuring en afvalverwijdering, toevoeging van jodide aan bakkerszout en van fluoride aan drinkwater. Bij de immunisaties speelt de huisarts een belangrijke rol, maar deze hebben nog een massakaracter. Nog anders ligt de verhouding bij bijvoorbeeld de bestrijding van vetzucht; hier wordt het advies door de huisarts individueel gegeven en hetzelfde geldt voor de beïnvloeding van rookgewoonten.

Het terrein van deze individueel-gerichte preventie, van nature een taak voor de huisarts, is — wetenschappelijk gesproken — nog nauwelijks ontgonnen. Er zijn vragen genoeg. Wat voor effect heeft bijvoorbeeld de popularisering van auto en bromfiets op onze dagelijkse lichaamsbeweging gehad; is het gemiddelde lichaamsgewicht daardoor beïnvloed? Zijn frequente zakenlunches van invloed op het cholesterolgehalte van het bloed? En wat weten we omtrent dit gehalte bij vegetariërs? Wat is de invloed van factoren als haast en spanning; zouden we daarvoor geschikte neuro-humorale parameters kunnen vinden?

Het is wel duidelijk, dat aan de beantwoording van dergelijke vragen van medisch-sociologische aard heel wat speurwerk vooraf zal moeten gaan; de werkwijze hierbij is in eerste instantie een epidemiologische analyse, waarmee bijzondere risico's van bepaalde groepen personen, verenigd op grond van geslacht, beroep of levensgewoonten in cijfers worden vastgelegd. Er kan dan worden gezocht naar eventuele associaties tussen die levensgewoonten en de te bestuderen ziekte.

Deze onderzoekingen kunnen dikwijls retrospec-

tief worden uitgevoerd, dat wil zeggen men vergelijkt een groep zieken met een gezonde controle-groep op het punt van het betreffende kenmerk. Deze werkwijze geeft vrij snel resultaten, al kost het samenstellen van een deugdelijke controlegroep nog wel eens hoofdbrekens. Het belangrijkste bezwaar van retrospectief onderzoek is echter, dat van de natuurlijke historie van het zich ontwikkelende ziekteproces geen betrouwbaar beeld wordt verkregen. Zo is het bijvoorbeeld niet meer mogelijk direct na het ontstaan van een hartinfarct „uit heldere hemel” een oordeel te krijgen over de hoogte van de bloeddruk voorafgaande aan dat infarct.

Meer en meer komt het uitvoeren van prospectieve onderzoekingen in de belangstelling. Prospectief onderzoek is in wezen niets anders dan het op de voet volgen van de natuurlijke gang van zaken in een van tevoren naar omvang en aard gekarakteriseerde populatie. Men wacht dan eenvoudig, in welk deel van de populatie bij voorkeur slachtoffers gaan vallen. Het gaat uiteraard om de juist genoemde karakterisering, want daarin ligt de hele vraagstelling van het onderzoek verborgen. In die vraagstelling kan het meervoudig karakter van de ontstaansvoorwaarden volledig tot zijn recht komen: het etiologisch complex dient zich in het beloop van de studie aan als een serie correlaties.

Deze methode heeft al heel wat belangrijke resultaten opgeleverd. Aangaande de coronairtrombose weet men zodoende dat een hoog cholesterolgehalte van het bloed en een hoge bloeddruk veel belangrijker predisponerende factoren zijn dan vetzucht. Het beroemde onderzoek van Doll en Hill over roken en longkanker bij de Britse artsen is een ander mooi voorbeeld van prospectieve studie.

Om prospectief onderzoek te kunnen verrichten dient een belangrijke voorwaarde te zijn vervuld: men moet een gezonde (of schijnbaar gezonde) bevolkingsgroep bereid vinden als vrijwilliger in het „experiment der Natuur” mee te leven. Daartoe moeten de deelnemers een zekere psychologische barrière overwinnen. In de Verenigde Staten, waar men zeer open staat voor de rol van het publiek bij medisch speurwerk, lopen zulke vrijwilligers-acties doorgaans zonder veel moeite van stapel. Ook in Nederland is deze „research-mindedness” toegenomen, maar het is toch altijd prettig, als er één of andere natuurlijke gezagsverhouding tussen de onderzoeker-arts en de te onderzoeken populatie bestaat, welke waarborg is voor een hoog registratiepercentage (dus geringe selectie) en een goede follow-up.

In dit opzicht nu zijn de huisartsen in een unieke positie: terwijl het contact van de klinische specialisten met hun patiënten van episodische aard is, verleent de huisarts continue zorg. Hij beschikt als enige onder de artsen over een eigen populatie, die hij gewoonlijk aanduidt met de term „mijn praktijk”. Wanneer de huisartsen als groep ergens specialist in willen zijn, dan dienen zij zich toe te leggen op

het epidemiologische speurwerk, de sleutel tot de preventieve geneeskunde.

Toekomst. Het ligt in de bedoeling van de staf van het Nederlands Huisartsen-Instituut in de loop van de komende jaren enige epidemiologische studies uit te voeren. Vele huisartsen zullen aan deze

projecten een actieve bijdrage kunnen leveren door een gerichte documentatie van bepaalde groepen patiënten na te streven. Door de samenwerking van zovelen, gecoördineerd vanuit een eigen instituut, ontstaan unieke onderzoeksmogelijkheden, waarvan de vruchten niet zullen nalaten de Nederlandse huisartsenwereld nieuw prestige te geven.

De taak van de huisarts op het gebied van de gynaecologische cancerologie*

DOOR DR I. S. SINDRAM, VROUWENARTS TE AMSTERDAM

De positie van de huisarts, zijn taak en zijn opleiding zijn de laatste tijd herhaaldelijk het onderwerp geweest van studie en discussie. Het is duidelijk, dat de steeds verdergaande splitsing van de geneeskunde in specialismen en subspecialismen de taak van de huisarts de laatste decennia aanzienlijk heeft gewijzigd. Dit betekent niet, dat die taak verkleind of vereenvoudigd is, integendeel, terwijl de huisarts 25 jaar geleden, toen ikzelf het voorrecht had huisarts te zijn, zijn aandacht hoofdzakelijk op curatief werk kon concentreren, wordt tegenwoordig een veel bredere visie van hem verwacht. Een belangrijk stuk preventieve geneeskunde moet nu tot zijn domein worden gerekend, of zoals *De Froe* het onlangs fraai uitdrukte: „Wij beperken ons niet meer tot de zieken . . . , maar wij gaan uit tot de bedreigden”. En dat niet alleen; de psychosomatiek heeft haar intrede gedaan, stoornissen in de aanpassing aan milieu en maatschappij vragen veel meer dan vroeger de aandacht. Psychologische en sociale aspecten van het ziekzijn behoort de huisarts te kennen en in zijn handelen te betrekken.

Op al deze punten is de specialist tegenover de huisarts in het nadeel. Hij kent zijn patiënten slechts oppervlakkig van een enkel spreekuurbezoek. Van omgeving en achtergrond van de zieke weet hij meestal niets, kortom de specialist kent de zieke wel, maar de zieke niet. Voegt men daar nog aan toe de invloed van de steeds kleiner wordende gezichtshoek van de „subspecialist” dan is het haast onvermijdelijk dat zijn werk dreigt te „verzakelijken en te ontmenselijken” (*De Froe*). Bovendien wordt de „subspecialist” zo zeer in beslag genomen door gecompliceerde technische problemen, dat er in zijn denken vaak onvoldoende plaats overblijft voor de noden van de zieke mens. De mens moet wijken voor monitoren en ponskaarten en een fraaie statistiek dreigt belangrijker te worden dan de menselijke ziel.

Dat het oplossen van medische problemen op

* Naar een voordracht, gehouden op 23 april 1964 te Tilburg voor de afdeling Tilburg en omstreken der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

hoog specialistisch niveau meer een technische dan een menselijke aangelegenheid wordt, kan ook door team-work niet worden verhinderd. Terecht zegt *De Froe*, dat zelfs het beste team van specialisten nog geen algemene arts vormt. Vandaar dan ook, dat ik graag, mede namens de andere specialisten van het Antoni van Leeuwenhoekhuis, wil proberen duidelijk te maken op welke wijze naar onze mening de huisarts belangrijk kan bijdragen tot een optimale behandeling van de carcinoompatiënt. Dat ik daarbij als gynaecoloog vooral zal aanknopen bij de specifiek gynaecologische problemen spreekt vanzelf, maar moet niet worden gezien als een beperking van de algemene strekking van mijn betoog.

De taak van de huisarts op het gebied van de cancerologie is veelomvattend en kan in de volgende punten worden samengevat:

- Preventie;
- Opsporing;
- Vroege herkenning;
- Selectieve verwijzing;
- Hulp en bijstand tijdens de opname;
- Nabehandeling na ontslag uit het ziekenhuis;
- Hulp bij de „Follow-up”;
- Terminale zorg.

Preventie. Dat enkele vormen van kanker voorkomen kunnen worden is tegenwoordig wel algemeen bekend. Longkanker is het meest bekende voorbeeld, maar ook andere vormen van kanker, vooral die welke ontstaan mede tengevolge van uitwendige oorzaken, kunnen worden voorkomen. Op gynaecologisch gebied denk ik dan vooral aan het cervixcarcinoom, waarvan wel vaststaat, dat in vele gevallen het ontbreken van seksuele remmingen, vooral op zeer jeugdige leeftijd, een causale factor van betekenis is (*Rotkin*). Voor de verdere uitwerking van dit punt moge ik verwijzen naar mijn artikel in dit tijdschrift. De daarin verkondigde opvattingen zijn kortgeleden nog eens onderstreept (*Reid; Elliot*).

Als de huisarts er voldoende van overtuigd is, dat een ongeregeld seksueel leven niet alleen op ethische of religieuze gronden verwerpelijk, maar ook