

# De uitvoerbaarheid van periodiek geneeskundig onderzoek in de huisartspraktijk (1) \*

DOOR DR. A. BEEK ARTS RAPPORTEUR VAN EEN T.N.O.-COMMISSIE

Op verzoek van de Gezondheidsraad heeft de Gezondheidsorganisatie T.N.O. een commissie in het leven geroepen, die tot taak kreeg het uitvoeren van een experimenteel Periodiek Geneeskundig Onderzoek (P.G.O.) in de huisartspraktijk. Hierbij moest een antwoord worden gezocht op de vraag of inderdaad P.G.O. een waardevolle aanwinst is voor de door de huisarts te verlenen gezondheidszorg, welke methodiek daarvoor praktisch bruikbaar is en eventueel, welke specifieke technische opsporingsmethoden het algemene onderzoek van de huisarts zouden moeten aanvullen.

Nadat een enkele mutatie had plaats gevonden, was de samenstelling van deze Werkcommissie T.N.O. betreffende experimenteel Periodiek Geneeskundig onderzoek als volgt:

H. J. Bekius, huisarts te Dronten (N.O.P.),  
Dr. M. A. Bleiker, Gezondheidsorganisatie T.N.O. te 's-Gravenhage,

\* Verkort rapport van een proefonderzoek uitgevoerd door een werkcommissie, ingesteld door de Gezondheidsorganisatie T.N.O. Deel 2 en 3, waarbij ook de literatuurlijst, zullen in de volgende afleveringen worden opgenomen.

---

## Vervolg van pag. 393.

the family doctor is sought. It is also possible to study the influence of sex, age and urban/rural environment on these figures. The incidence of coronary thrombosis in males was found to be higher in the urban environment; in females the figures were inconclusive.

A comparison with data from a general morbidity study among English general practitioners in 1955-1956, discloses differences as well as similarities. An attempt is finally made to demonstrate a correlation between the incidence of hypertension as reported by the various general practitioners, and the hardness of the drinking water in the area concerned. No such correlation was demonstrable.

Coronary Heart Disease in Adults (1965) Data from the National Health Survey, National Center for Health Statistics publication, series 11, number 10, Washington, D.C.

Logan, W. P. D. en A. A. Cushion (1958) Morbidity statistics from general practice, vol. I (General). London, H.M.S.O.

Mulcahy, R. (1966) Brit. med. J.I., 861. (Correspondence).

Schroeder, H. A. (1961) Influence of finished water supplies on the epidemiology of cardiovascular disease. Proceedings of the joint W.H.O.-Czechoslovak. Card. Soc. Symposium on the Pathogenesis of Essential Hypertension, Prague May 22-29, 1960, State Med. Publishing House, Prague, 1961 (pages 81-88 in working session on the epidemiology of essential hypertension).

Dr. C. W. A. van den Dool, huisarts te Stolwijk,  
Dr. E. F. Drion, Afdeling Bewerking Waarnemingsuitkomsten T.N.O. te 's-Gravenhage,  
M. P. Hennink, huisarts te Leiderdorp,  
Dr. J. D. Mulder, huisarts te Noordwijk,  
Dr. Y. van der Wielen, Gezondheidsorganisatie T.N.O. te 's-Gravenhage, coördinator van het onderzoek,  
Dr. E. H. W. van Kammen-Wijnmalen, Instituut voor Sociale Geneeskunde van de Rijksuniversiteit te Leiden,  
Dr. R. J. van Zonneveld, Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde te Leiden,  
Dr. A. Beek, Gezondheidsorganisatie T.N.O. te 's-Gravenhage, rapporteur.

Van de werkzaamheden van deze commissie zal bij Van Gorcum en Comp. n.v. te Assen een uitvoerig rapport verschijnen; in het hiervolgende zullen de belangrijkste gegevens daarvan worden besproken.

De rapporten die in de laatste jaren omtrent P.G.O. verschenen, hebben misschien nog meer belangstelling gewekt buiten de kring der geneeskundigen dan daarbinnen. De dagbladders heeft in belangrijke mate aandacht aan deze problematiek gewijd en wanneer men tracht de mening van het lekenpubliek te vernemen, dan lijkt het of men daar al bij voorbaat overtuigd is van het nut van P.G.O. Deze opvatting is begrijpelijk daar de bevolking door de menigvuldige maatregelen op medisch-hygiënisch gebied, doordrongen is geraakt van de stelregel „voorkomen is beter dan genezen”. Dit voorkómen van ziekten of aandoeningen — primaire preventie — is echter niet het eigenlijke doel van P.G.O. hetwelk kan worden gerangschikt onder de maatregelen van secundaire preventie, dat wil zeggen het opsporen van aandoeningen in het begin van hun optreden, liefst op een tijdstip dat een verdere ontwikkeling met eventuele fatale gevolgen, kan worden voorkomen.

Uit het lage sterftcijfer in ons land kan men nog niet tot een optimale gezondheidstoestand besluiten. Door de vergrijzing van de bevolking en de successen in de strijd tegen acute infectieziekten is het morbiditeitspatroon volkomen veranderd: de chronisch-degeneratieve ziekten spelen daarin een veel grotere rol. Hierbij staat het nut van secundaire preventie echter lang niet in die mate vast als het geval is met bijvoorbeeld preventieve

maatregelen tegen pokken, longtuberculose of tandcariës. Van sommige van deze chronische aandoeningen is het voornamelijk niet zeker of een vroegtijdige ontdekking grote invloed op het verloop heeft. Het zijn echter niet deze aandoeningen waartoe het P.G.O. zich moet beperken, ook de zogenaamde „minor ailments” verdienen de aandacht. Het onderzoek heeft evenzeer nut wanneer het zich richt op aandoeningen die niet direct levensbedreigend zijn doch tot een toestand van „ill-health” voeren waarbij een adequate behandeling lichamelijke leed en misschien dreigende invaliditeit kan afwenden.

Indien in belangrijke mate een gunstig effect van P.G.O. aannemelijk kan worden gemaakt, doet zich toch de vraag voor of deze vorm van gezondheidszorg onder de huidige omstandigheden in Nederland uitvoerbaar is, welke groep van artsen deze opdracht aan hun taak moet toevoegen, en welke instellingen daarvoor zijn aangewezen of daarvoor in het leven moeten worden geroepen. De tot nu toe in Nederland verschenen publikaties op dit gebied (*Gezondheidsraad, Ten Cate, Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap, Van den Dool, Gemeentelijk Bureau voor de Openbare Gezondheidszorg te Amsterdam, Van der Heide, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, Mulder en Van de Weg, Mulder, Bergsma, Fuldauer*) geven overwegend de opvatting weer dat de huisartsen de meest aangewezenen zijn als uitvoerders van het P.G.O. Ook het T.N.O.-onderzoek bij bejaarden (*Van Zonneveld*) wijst op het belang van de P.G.O. in de huisartspraktijk.

Tegenover deze Nederlandse opvatting steekt scherp af de mening die hieromtrent blijkbaar in de Verenigde Staten van Amerika wordt gehuldigd, vanwaar ons een groot aantal publikaties op dit gebied heeft bereikt. Onder de vele groeperingen die zich aldaar met het P.G.O. in enigerlei vorm bezighouden — waaronder ook vele paramedische en niet-medische instanties — ontbreekt vrijwel geheel de groep der huisartsen. Wel zijn zij het naar wie de onderzochten, wanneer pathologische bevindingen aan het licht zijn gekomen, veelal worden verwezen, doch mededelingen omtrent de verdere gang van zaken ontbreken.

Zeker op een gebied als het hier besprokene is het zaak niet de methoden die elders, met name in Amerika worden bedreven, slaafs na te volgen. Er zijn publikaties bekend omtrent driedaagse klinische opname van gezonden (*Bolt en medewerkers*), men organiseert „diabetes weeks”, „G (glaucoom)-days”, zelfs schrikt men niet terug voor het tijds de spitsuren, plaatsen van onderzoekstands aan de ingang van supermarkets, doch het uitvoeren van dergelijke stunts behoeven in de Nederlandse verhouding nauwelijks overweging. P.G.O. in speciale centra zou zeker — door de betere voorziening met technische hulpmiddelen en hulpmiddelen — mogelijkheden bieden, welke de huisarts niet heeft. Het is hier niet de plaats daarop in te

gaan, ten eerste omdat dit buiten de opdracht van de werkcommissie viel, doch bovendien omdat haars inziens deze potentiële voordelen worden overschaduwed door de argumenten die ervoor pleiten de huisarts bij het P.G.O. in te schakelen.

Bij P.G.O. in uitgebreide zin behoort men zich niet tot de somatische sfeer te beperken, doch moet men eveneens de psychische en sociale omstandigheden in ogenschouw nemen. De integrale geneeskunde, welke de moderne huisarts nastreeft, acht stoornissen in de psycho-sociale sfeer van niet minder belang dan lichamelijke afwijkingen. Voor een onderzoek op deze gebieden is de huisarts, mits hij daarvoor de nodige belangstelling en bekwaamheid bezit, eerder de aangewezen dan de functionaris die in een centrum naar deze, dikwijls delicate moeilijkheden, navraag doet. Ook bij een uitgebreide berichtgeving van het centrum aan de huisarts, zullen bevindingen van deze aard minder goed tot hun recht komen dan wanneer deze door hemzelf in een rustig gesprek zijn verkregen. Bovendien zal de gezinsarts in een aantal gevallen reeds van bestaande spanningen op de hoogte zijn, zodat hier niet overbodig naar behoefte te worden gevraagd.

Ook bij het constateren van somatische afwijkingen zal persoonlijk contact van de patiënt met zijn huisarts van voordeel zijn. Deze zal kunnen bevroeden hoe de patiënt daarop zal reageren en hij zal beter in staat zijn de psychische schade, die een pijnlijke mededeling veroorzaakt, te beperken. Voor bepaalde technieken zal de huisarts een beroep op anderen moeten doen, doch dit geldt evenzeer voor de niet-gespecialiseerde onderzoekingsarts in een centrum.

Een praktisch voordeel van P.G.O. door de eigen huisarts is dat hij een aantal anamnestiche vragen, welke hij door zijn bekendheid met de patiënt reeds kan beantwoorden, achterwege kan laten. Een tweede voordeel is, dat hij de verkregen inlichtingen onmiddellijk in zijn kaartsysteem kan verwerken, beide dus tijdsbesparende factoren.

In het P.G.O. wordt een gelegenheid geschapen de patiënt in zijn totale fysisch-psychische habitus te beschouwen. De arts die voor een incidentele klacht wordt geconsulteerd, zal daar niet altijd toe komen. Tevens bestaat reeds tijdens het onderzoek de mogelijkheid van „health education” en van het geven van curatieve adviezen, waarvan de functionaris in een centrum zich in het algemeen zal onthouden. De therapie, die in eerste instantie van de huisarts moet uitgaan, zou direct aan het P.G.O. kunnen aansluiten. Kortom, in de moderne taakomschrijving van de huisarts zou het P.G.O. zeker passen.

De hier geschetste voordelen van de huisarts als uitvoerder van het P.G.O. kunnen niet, zoals de opgespoorde afwijkingen, in maat en getal worden uitgedrukt. Het zijn imponderabilia die indirecte door de huisarts te verstreken preventieve en curatieve gezondheidszorg ten goede komen. Het is dan ook niet te verwonderen, dat ook in de kringen

van het Nederlands Huisartsen Genootschap, dat ongeveer 40 procent van de praktizerende huisartsen omvat, reeds een aantal jaren grote belangstelling voor dit onderwerp bestaat.

\* \* \*

Er is in de medische pers door onder anderen *De Langen*, *Smillie* en *Wilson* een aantal bezwaren tegen het P.G.O. geuit, die ernstige overweging verdienen. Een aantal auteurs meent dat P.G.O. niet tot het werkgebied van de arts behoort, wiens taak moet zijn „to heal the sick, not to sicken the healthy”. Men zal zich inderdaad moeten afvragen wat wij de „nieuwe patiënten” wanneer deze worden gevonden, hebben te bieden. Dit hangt ten nauwste samen met de aandoeningen waarnaar bij het P.G.O. wordt gespeurd. De redactie van *Lancet* (*Editorial*) noemt als belangrijkste onderwerpen van „screening”: diabetes, cervixcarcinoom, cardiovasculaire aandoeningen en glaucoom. Zij doet onder andere de suggestie het onderzoek enerzijds uit te breiden tot grote gebieden, doch anderzijds het te beperken tot bevolkingsgroepen bij wie, hetzij door de leeftijd of door een andere factor, een groot aantal abnormale bevindingen mag worden verwacht.

Tegenovergesteld aan dit bezwaar is de mogelijkheid dat de onderzochte, wanneer bij hem geen afwijkingen zijn gevonden, een ongemotiveerd gevoel van veiligheid zal krijgen en zal menen dat hem, tot de volgende ronde, „niets kan gebeuren”. Er zal met nadruk op moeten worden gewezen dat de resultaten slechts op het tijdstip van het onderzoek betrekking hebben en dat het zaak is, bij later —, ook korte tijd later —, optredende klachten zich tot de arts te wenden. In het vervolg van dit artikel zal de evaluatie van deze bezwaren door de onderzoekende artsen worden beschreven.

Van geheel andere aard is het bezwaar dat het effect van P.G.O. op de volksgezondheid niet objectief zal zijn aan te tonen. Dit laatste wordt onder andere bemoeilijkt door de onmogelijkheid een geschikte vergelijkingsgroep te vormen. Het rapport van de Gezondheidsraad legt ook de nadruk op dit bezwaar, doch wijst er tevens op dat het P.G.O. wellicht een grote invloed kan hebben op de gezondheidszorg, zoals deze door de huisarts wordt gegeven. Dit voordeel is echter niet met cijfers te illustreren.

Uitgaande van bovenstaande overwegingen heeft de werkcommissie dan ook niet de opdracht gekregen een morbiditeitspatroon van de bevolking aan het licht te brengen; zij had na te gaan welke methodiek in de huisartspraktijk bruikbaar en uitvoerbaar zou zijn. De commissie besloot haar experimenteel onderzoek te wijden aan twee methodieken van periodiek geneeskundig onderzoek: het algemene P.G.O. en het gerichte P.G.O., voor welke laatste de vorm van „multiple screening” met aansluitend nader onderzoek werd gekozen.

Wat beide projecten betreft zouden de benodigde tijd, hulpkrachten en financiën in beschouwing worden genomen.

Toch zal het geven van onderzoekresultaten in getalvorm niet kunnen worden gemist. Het volledige rapport omvat dan ook 81 tabellen en 19 grafieken waarvan hier slechts enkele zullen worden gereproduceerd. Immers, ook indien een der beproefde methoden in de praktijk bruikbaar mocht blijken en er bij het publiek en bij de artsen voldoende belangstelling voor bestaat, zal uitvoering op grotere schaal slechts zijn gerechtvaardigd, wanneer de methode een zeker „rendement” aan pathologische bevindingen, die voor verbetering vatbaar zijn, oplevert.

Uit het bovenstaande zal duidelijk zijn dat de werkcommissie dit methodologische onderzoek als een proefproject beschouwt, hetwelk de weg naar een landelijk experiment zou kunnen openen.

*Het algemene periodiek geneeskundig onderzoek.* Het ligt in de aard van een proefonderzoek dat dit op betrekkelijk kleine schaal plaatsvindt. Hierdoor moest men zich tot een klein aantal huisartsen beperken, dat — door het ontbreken van voldoende geografische spreiding — volstrekt geen afspiegeling vormt van het totale Nederlandse huisartsenbestand. De werkcommissie heeft medewerking van een aantal huisartsen verzocht, die ieder bij veertig patiënten, één per week, een algemeen lichamenlijk onderzoek zouden verrichten. Hiertoe werden negentien huisartsen, merendeels in het Westen des lands gevestigd, bereid gevonden, van wie zich echter zeven terugtrokken of geen activiteiten ontwikkelden. Tenslotte hebben de volgende twaalf huisartsen daadwerkelijk aan het onderzoek deelgenomen: J. G. Antvelink (Schoonhoven), H. J. Bekius (Lelystad, later Dronten), Dr. J. J. Bergsma (De Steeg), H. A. Blaauwendraad (Koudekerk aan de Rijn), J. F. Burger ('s-Gravenhage), Dr. C. W. A. van den Dool (Stolwijk), C. A. de Geus (Waddinxveen), M. A. Groenewegen ('s-Gravenhage), M. P. Hennink (Leiderdorp), K. A. de Jong (Amsterdam), Dr. I. H. F. Lahr (Leiden) en J. Noorda, (IJmuiden).

De proefpersonen voor dit onderzoek werden aangewezen volgens een bepaald schema, opge maakt door de Afdeling Bewerking Waarnemingsuitkomsten T.N.O., waarbij rekening werd gehouden met het geslacht, de leeftijd, het al of niet ingeschreven zijn in een ziekenfonds en min of meer met de mate waarin deze personen de laatste tijd onder behandeling waren geweest. Het feit dat het streefgetal van 40 onderzoeken per arts op één uitzondering na (Noorda), lang niet werd bereikt was er onder andere oorzaak van dat de samenstelling van de tot stand gekomen groep proefpersonen niet geheel met dit schema overeenkwam.

De proefpersonen werden door de huisarts (op het spreekuur) mondeling verzocht zich voor het onderzoek beschikbaar te stellen of zij werden

schriftelijk daartoe uitgenodigd. Het onderzoek werd ingeleid door de toezending aan de proefpersoon van een 128 vragen omvattende anamnese-lijst, welke met een door de arts op te nemen gerichte anamnese werd aangevuld. Hierop volgde een uitgebreid fysisch onderzoek met enkele laboratoriumonderzoeken en een korte door de arts op te nemen psycho-sociale anamnese.

Direct verbandhoudende met het methodologische karakter van het onderzoek was een aantal vragen, welke de arts omtrent de bevindingen bij zijn patiënt had te beantwoorden. Onder bevindingen waren niet alleen afgeronde diagnoses te verstaan, doch eveneens alle gevonden afwijkingen en geuite klachten, ook wanneer deze niet met een bepaalde aandoening in verband konden worden gebracht. Deze vragen hadden betrekking op:

de eventuele bekendheid van de „bevinding” aan de proefpersoon vóór dit onderzoek;

de eventuele bekendheid hiervan aan de arts vóór dit onderzoek;

het al of niet onder behandeling zijn van de proefpersoon in verband met de „bevinding”;

het onderdeel van anamnese, fysisch onderzoek of laboratoriumonderzoek dat aanleiding gaf tot die „bevinding”;

de verdere diagnostische maatregelen, die zijn genomen;

de specialist naar wie onderzochte eventueel is verwezen;

eventuele ziekenhuisopneming;

de noodzaak van therapie en het al of niet verbeterd zijn van de prognose door de vroegtijdige ontdekking.

Tenslotte werd in de laatste kolom aangegeven in welke groep de „bevinding” moest worden ingedeeld volgens de door *Van der Heide* aangegeven rangschikking. Kort samengevat zou het geheel van de beantwoorde vragen een „rechtvaardiging” van het bij de proefpersoon uitgevoerde onderzoek moeten geven. Na afloop werd de proefpersoon een enquêteformulier ter hand gesteld, met het verzoek hierop zijn opinie omtrent het onderzoek kenbaar te maken. Dit oordeel werd niet aan de huisarts doch aan de coördinator van het onderzoek toegezonden. Het totale onderzoek nam, met de nodige administratie, in het algemeen een half tot één uur van de tijd van de huisarts in beslag. Het bleek in de praktijk, dat het onderzoek vrijwel steeds in de avonduren moest plaatsvinden.

Reeds spoedig moest worden geconstateerd dat de aantallen binnenkomende statussen ver onder de raming bleven: na negen maanden waren 169 in plaats van 300 statussen ontvangen, zodat het streefgetal van 400 zeker niet zou worden bereikt. Uit deze gang van zaken was duidelijk dat een algemeen P.G.O. in de vorm zoals hier uitgevoerd,

niet voor algemene toepassing bruikbaar is. Waar goedwillende medewerkers, die voor de merites van het experiment belangstelling hadden getoond, er niet in zijn geslaagd gedurende negen maanden één patiënt per week te onderzoeken, is het uitgesloten dat periodiek geneeskundig onderzoek voor de volwassen Nederlandse bevolking op deze wijze kan worden gerealiseerd. Hiervoor zou waarschijnlijk niet één persoon per week doch één persoon per dag moeten worden onderzocht door enige duizenden huisartsen van wier belangstelling en bereidwilligheid tot dusverre weinig is gebleken. Op grond van deze conclusie was het weinig zinvol het experiment voort te zetten en werd besloten dit op 1 april 1963 te beëindigen; er moest met 202 onderzoeksrapporten genoegen worden genomen.

De aan het onderzoek bestede energie behoefde echter om twee redenen niet vruchteloos te blijven. Ten eerste hadden twaalf artsen met dit experiment ervaringen opgedaan, die mogelijk de weg naar een meer doelmatige werkwijze zouden kunnen wijzen en ten tweede was er een niet onbelangrijk aantal gegevens verzameld omtrent de gezondheidstoestand van de onderzochte proefpersonen.

*De onderzoekresultaten.* Daar het onderhavige onderzoek niet was bedoeld om tot een morbiditeitspatroon van de bevolking te komen en het totaal van de proefpersonen geen „random sample” vormde, was er geen reden om de cijfers betreffende de gevonden afwijkingen aan een statistische analyse te onderwerpen. Dit zou evenmin het geval zijn wanneer het nagestreefde aantal van 400 onderzoekingen zou zijn bereikt. Voor zover hier getallen worden weergegeven beogen deze slechts een indruk te geven van wat in dit opzicht werd gevonden.

In de 202 ingekomen rapporten werden niet minder dan 578 bevindingen gemeld. Dit aantal geeft echter een te somber beeld van de gezondheidstoestand, daar een aantal daarvan de gezondheid nauwelijks beïnvloedt en een aantal andere dikwijls tot één oorzaak is terug te voeren. De tractus circulatorius, het bewegingsapparaat en het zenuwstelsel zijn de orgaansystemen op welker gebied de grootste aantallen abnormale bevindingen zijn geconstateerd, namelijk 83, 74 en 59. Opmerkelijk is ook het grote aantal gevallen van adipositas. Van de bevindingen op het gebied van het circulatie-apparaat hebben 29 betrekking op „verhoogde bloeddruk”.

Van groot belang is de vraag of de „bevinding” de onderzoekende huisarts te voren bekend was. Voor een juiste beoordeling hiervan moeten de nieuw-ingeschreven patiënten buiten beschouwing worden gelaten, daar de onderzoeker van eventuele afwijkingen bij deze personen uiteraard geen kennis kon dragen. Het bleek nu, dat onder 157 patiënten die reeds tot de patiëntenkring van de onderzoeker behoorden, er 110 waren die in totaal 217 tevoren aan de arts onbekende bevindingen had-

den, dit is bijna twee per persoon. Bij twee van elke drie hem reeds bekende patiënten is de huisarts dus door dit preventieve onderzoek met voor hem nieuwe afwijkende bevindingen op de hoogte gebracht.

Dat het onderzoek voor de patiënt iets geheel nieuws opleverde was in veel geringere mate het geval. Van de 565 gevallen waarin de desbetreffende vraag is beantwoord, bleek dat de proefpersonen van 98 bevindingen, betrekking hebbende op 65 patiënten, onkundig waren. Gezien de zeer verschillende importantie van de geconstateerde afwijkingen, ligt de vraag voor de hand in hoeverre de arts hiervoor voortgezette controle of therapie nodig achtte. Deze vraag klemt vooral bij de 151 personen die één, doch dikwijls meer bevindingen toonden, welke de arts tevoren onbekend waren. Bij 32 van hen bleef de vraag onbeantwoord, van de overige 119 was, volgens de onderzoekende arts, bij 111 personen voortgezette controle of therapie noodzakelijk. Bij drie werd dit voor aandoeningen die naar ernst in sterke mate varieerden, dubieus geacht. Ongeveer dezelfde verhoudingen werden gevonden bij de 65 proefpersonen, die zelf van de bij hen aangetroffen afwijkingen niets afwisten. Voor niet minder dan 52 personen, dat wil zeggen een vierde gedeelte van het totale bestand, werd verwijzing naar een specialist nodig geoordeeld. Omtrent ziekenhuisopname kunnen geen betrouwbare cijfers worden gegeven, daar deze soms geruime tijd na het onderzoek moest plaatsvinden.

De poging die werd gedaan om de gevonden afwijkingen te classificeren op de wijze zoals door Van der Heide aangegeven, had een twijfelachtig succes. Van 87 bevindingen is deze classificatie niet tot stand gekomen. Overigens bleek dat dezelfde aandoeningen door de verscheidene onderzoekers zeer verschillend op hun belangrijkheid werden gewaardeerd.

*Beoordeling van de methodiek en de waarde van het onderzoek door de huisartsen en onderzoekers.* Deze beoordeling is voor de verdere gang van zaken betreffende P.G.O. van het grootste belang. Behalve in de beantwoording van de additionele vragen aan het einde van de status werd een oordeel hieromtrent verkregen door vraaggesprekken, die na afloop van het experiment met de deelnemende artsen plaatsvonden.

De anamnese-vragenlijst was op zeer ongebruikelijke wijze samengesteld. Het systeem van tractusgewijze rangschikking was namelijk geheel verlaten, de vragen omtrent de verschillende orgaan-systemen stonden door elkaar en daar tussendoor hadden nog enkele vragen, die op de psycho-sociale sfeer betrekking hadden, een plaats gevonden. Deze volgorde was gekozen om de proefpersoon te bewegen telkens opnieuw zijn aandacht op een vraag te concentreren. Verder dacht men hiermede te voorkomen, dat een proefpersoon voortijdig bij zichzelf tot een „diagnose” zou komen, bijvoor-

*Tabel 1. Was het gebruik van de anamnese-vragenlijst bij deze patiënt efficiënt?*

Ja .....	164
Neen .....	25
Niet nodig .....	1
Niet ingevuld .....	12
<hr/>	
Totaal .....	202

*Tabel 2. Over hoeveel jaar acht u heronderzoek bij deze patiënt gewenst?*

1 jaar .....	6
2 jaren .....	19
3 jaren .....	57
3 tot 4 jaren .....	36
5 jaren .....	47
5 tot 10 jaren .....	1
10 jaren .....	2
Niet te beoordelen .....	21
Patiënten moeten blijvend onder controle worden gehouden .....	7
Niet ingevuld .....	6
<hr/>	
Totaal .....	202

*Tabel 3. Onderdelen van het onderzoek die tot de bevinding hebben geleid:*

Anamnese .....	161
Fysisch onderzoek .....	115
Laboratoriumonderzoek .....	12
Anamnese + fysisch onderzoek .....	55
Anamnese + laboratoriumonderzoek .....	2
Anamnese + fysisch onderzoek + laboratoriumonderzoek .....	1
<hr/>	
Totaal .....	346

beeld wanneer hij na het vermelden van een aantal klachten betreffende de tractus circulatorius, tot de slotsom zou komen aan een hartaandoening te lijden; mutatis mutandis geldt hetzelfde voor de onderzoekende arts. Anderzijds heeft dit de taak van de huisarts wel enigszins verzaamd. Het was te verwachten dat de arts, die gewend is bij zijn diagnostische overwegingen in orgaansystemen te denken, wel enige weerstand tegen deze volgorde zou hebben te overwinnen. Toch blijkt dit systeem in de praktijk wel te kunnen voldoen, zoals uit *tabel 1* blijkt.

De status werd, voorzover de desbetreffende vraag was beantwoord, in het algemeen als goed of voldoende beoordeeld. Niettemin was er ook kritiek en deze betrof veelal de uitgebreidheid van de status en de moeilijkheid om de prognose en de indeling in de groepen, volgens *Van der Heide* te bepalen. De moeilijke vraag na hoeveel jaren een heronderzoek bij de proefpersoon diende plaats te vinden, leverde antwoorden op die wisselden van een tot tien jaren (*tabel 2*). Bij ruim een kwart van de onderzochten achtte de deelnemende arts een

onderzoek na drie jaren het meest gewenst. In de interviews met de deelnemers werd deze termijn ook veelvuldig genoemd. Bij ruim tweederde van de onderzochten werd een interval van drie tot vijf jaar het meest wenselijk geacht.

Van het methodologisch standpunt is van belang de vraag door middel van welk deel van het onderzoek de gevonden afwijkingen zijn ontdekt. Helaas is hierop slechts voor 346 van de bevindingen een antwoord gegeven. In *tabel 3* zijn deze antwoorden samengevat.

Voor zover omtrent de desbetreffende vraag uitsluitend is gegeven blijkt uit de tabel dat de anamnese in bijna de helft der gevallen voldoende was om de afwijking aan het licht te brengen. De uitgebreide anamnese-vragenlijst, die nog tijdens het onderzoek werd aangevuld, moet zeker tot dit resultaat hebben bijgedragen. Op dit belangrijke gegeven zal in de slotbeschouwing worden teruggekomen.

Uit de *tabellen 4 en 5*, die de mogelijkheid van gezondheidsvoorlichting en de therapeutische waarde voor de onderzochte personen weergeven, blijkt een overwegend positieve reactie van de deelnemende artsen. Veel enthousiaster waren echter de proefpersonen, die vrijwel steeds van hun waardering lieten blijken (*tabel 6*) en ook bereid bleken over enkele jaren opnieuw een dergelijk onderzoek te ondergaan.

*Tabel 7* laat zien dat de huisarts in 85 procent van de gevallen de aan het onderzoek gegeven tijd nuttig besteed achtte en uit *tabel 8* blijkt zijn mening dat hij in een zelfde percentage der onderzoekingen de relatie tussen hem en de onderzochte gunstig beïnvloed acht.

Meer dan uit de cijfers blijkt en meer gedifferentieerd, komt dit oordeel te voorschijn uit de motiveringen die bij het antwoord op deze vraag werden gegeven. Hierbij valt het op dat het aantal gevonden afwijkingen voor de deelnemende artsen bij hun oordeelsvorming volstrekt niet de doorslaggevende factor was. Slechts een enkele keer verneemt men de opmerking dat het onderzoek voor de geringe vondst te lang was, veel meer komt de opvatting tot uiting dat het ook bij ontbrekende of geringe bevindingen van waarde was.

De waarde van het onderzoek moet worden gezocht in de gelegenheid tot gezondheidsvoorlichting die er door werd geboden, in de mogelijkheid patiënten met geringe klachten, die hen nog niet tot de huisarts hadden gevoerd, gerust te stellen, verder vooral in het betere inzicht dat men in de patiënt en zijn omstandigheden had verworven en de verbeterde relatie die door het gesprek was tot stand gekomen.

De grote waardering van de onderzochten, welke de huisarts — volgens *tabel 6* — had opgemerkt is ook uit de enquête duidelijk gebleken. Uit de beantwoording van de desbetreffende vraag, kan ook worden geconcludeerd dat de benadering van de proefpersonen door de eigen huisarts de deelneming gunstig heeft beïnvloed.

*Tabel 4. Bestond er tijdens het opnemen van anamnese en het onderzoek gelegenheid tot gezondheidsvoorlichting?*

Ja .....	116
Neen .....	7
Niet nodig .....	72
Niet ingevuld .....	7
<hr/>	
Totaal .....	202

*Tabel 5. Meent u dat de anamnese en het gesprek therapeutische waarde hadden?*

Neen .....	35
Ja .....	119
Niet nodig .....	43
Niet ingevuld .....	5
<hr/>	
Totaal .....	202

*Tabel 6. Meent u dat de onderzochte dit onderzoek waardeerde?*

Ja .....	191
Neen .....	1
Twijfelachtig .....	5
Niet ingevuld .....	5
<hr/>	
Totaal .....	202

*Tabel 7. Acht u de tijd, die u aan dit onderzoek voor deze onderzochte besteedde, nuttig besteed?*

Ja .....	167
Neen .....	12
Niet duidelijk .....	18
Niet ingevuld .....	5
<hr/>	
Totaal .....	202

*Tabel 8. Meent u dat de relatie tussen u en de onderzochte door dit onderzoek gunstig beïnvloed kan zijn of worden?*

Ja .....	173
Neen .....	3
Diverse antwoorden .....	20
Niet ingevuld .....	6
<hr/>	
Totaal .....	202

Sceptisch moet men staan tegenover al te enthousiaste oordelen, vooral tegenover de zeventienmaal tot uiting gekomen mening dat regelmatige controle geruststelling, zelfs zekerheid geeft. Hier werd de vrees dat P.G.O. bij sommigen een niet gemotiveerd gevoel van veiligheid kan geven, bewaarheid. De redenen waarom de proefpersonen het onderzoek op prijs stelden, blijken dikwijls dezelfde achtergrond te hebben als de waardering van de huisarts: vooral komt dankbaarheid naar voren dat er nu eens de mogelijkheid was om een „rustig gesprek” met de dokter te hebben. Men had er

begrip voor dat de dagelijkse praktijk van de huisarts dit niet altijd toestaat.

Een „rustig gesprek” met de onderzoekers werd ook door de werkcommissie op prijs gesteld. Daartoe werd aan tien van de deelnemende huisartsen — na afloop van de onderzoekscampagne — een lijstje met dertien vragen ter overweging toegezonden, waarna schrijver dezes met ieder hunner een onderhoud had om hun opmerkingen omtrent het P.G.O. in deze vorm te vernemen. Deze interviews leverden uiteraard op sommige punten zeer gevarieerde opvattingen op, ten aanzien van enkele andere punten bestond grote eenstemmigheid. De belangrijkste gegevens, welke deze vraaggesprekken opleverden, zullen hier kort worden weergegeven.

Omtrent het nut en de wenselijkheid van P.G.O. bleek men het in het algemeen wel eens te zijn. Ook hier kwam weer herhaaldelijk de mening naar voren dat men door het P.G.O. zijn patiënten beter leert kennen. Dit geldt vooral voor nieuw-ingeschreven patiënten en heeft met name betrekking op de psycho-sociale sfeer. Als belangrijke argumenten voor P.G.O. worden door velen genoemd dat men mensen ziet, die anders vrijwel nooit verschijnen en die toch wel eens iets kunnen mankeren; verder dat degenen, die wel geregeld komen, bij volledig onderzoek soms meer blijken te mankeren dan men oorspronkelijk dacht.

Eén der huisartsen, die bij zijn laatste onderzoek een carcinoma in situ had gevonden, geeft niettemin te kennen dat P.G.O. voor de vroege diagnostiek van kanker van weinig betekenis kan zijn, een mening welke ook door de overige deelnemers, voor zover dit onderwerp ter sprake kwam, werd gedeeld. Dit is in overeenstemming met de opvatting van de redactie van *Journal of the American Medical Association (Editorial)* die de vroege diagnostiek van carcinoom niet in het P.G.O. wil zoeken, doch deze wel aan de huisarts wil opdragen onder het motto: „Every Physician's Office a Detection Center”.

Overwegingen, die ook in de literatuur tot uiting zijn gekomen, waren aanleiding om in de interviews de vraag te stellen of het P.G.O. naar het oordeel van de onderzoeker, al of niet gegronde angstgevoelens bij de proefpersoon zou opwekken. De deelnemers waren algemeen van mening dat dit geheel van de tact van de onderzoeker afhangt. Het onderzoek kan juist ter geruststelling van de patiënt dienen, tenminste wanneer de arts niet elke lichte hypertensie of geringe kronkeling van de temporaalarteriën ter kennis van de onderzochte brengt.

De meningen van de geïnterviewden omtrent de mogelijkheid van P.G.O. toonden weinig variatie, zij fluctueerden tussen „vrijwel ondoenlijk met deze opzet” en „onmogelijk”. De laatste term werd in de tien vraaggesprekken het meeste vernomen. Bij de omvang welke de praktijken hadden, bleek het bijna niet mogelijk meer dan één onderzoek per week te verrichten. Dit vond bovendien vrijwel altijd in de avonduren plaats, hetgeen voor een definitieve regeling zeker niet de optimale toestand zou zijn.

Op de vraag welke categorie het meest voor P.G.O. in aanmerking komt werden van de ondervraagden tien verschillende antwoorden ontvangen, al dekten die elkaar wel gedeeltelijk. Wanneer men de leeftijd als criterium neemt — er zijn andere criteria denkbaar bijvoorbeeld huisvrouw of de groep van degenen die nooit met klachten bij de huisarts komt — wil men in het algemeen met de leeftijdsgroep van 45 tot 50 jaar beginnen. Als bezwaar wordt genoemd dat deze ouderen het moeilijkst tot een onderzoek zijn te bewegen.

Door de diversiteit van de categorieën waaraan men de voorkeur gaf — en waarvan men meestal de omvang niet kende — werd de vraag hoeveel personen per jaar zouden moeten worden onderzocht, zeer verschillend beantwoord. Eén der onderzoekers, *Bergsma*, wist zeer exacte cijfers te geven, welk hij in zijn proefschrift verder heeft toegelicht.

Tenslotte werd de vraag gesteld of de deelnemers wijze en in de omvang, zoals in dit experimentele onderzoek, het P.G.O. een praktisch uitvoerbare aanvulling van het werk van de huisarts achtten.

De antwoorden op deze vraag samenvattend kan worden geconstateerd dat geen der ondervraagden een periodiek geneeskundig onderzoek op deze wijze en in de omvang, zoals in dit experimentele onderzoek uitgevoerd, onder de huidige omstandigheden voor een grotere bevolkingsgroep mogelijk acht. Het alles overheersende motief in deze is het gebrek aan tijd. Waar geen der deelnemende artsen tot het verrichten van meer dan een of twee onderzoeken per week in staat bleek, behoeft dit tijdgebrek geen nadere toelichting.

Slechts enkele huisartsen zouden een periodiek onderzoek, doch dan in verkorte vorm, in hun praktijk willen invoeren. De mate waarin dit onderzoek kan en mag worden verkort, wil het nog effectief zijn, kan nog tot veel discussie aanleiding geven. De deelnemers die zich tevens met „multiple screening” hadden beziggehouden menen dat men met deze, veel minder tijd eisende werkwijze, ook reeds belangrijke resultaten kan bereiken.