

seurs op wier hulp en deskundigheid wij nimmer tevergeefs een beroep deden. Als penvoerder van de redactiecommissie op dit moment, dank ik hier gaarne de commissieleden, die het werken in deze commissie — die vanaf de aanvang een vriendenkring is geweest — al deze jaren tot een vreugde hebben gemaakt.

Geheel in goede harmonie met de feestelijk gestemde inleiding tot de tiende jaargang is het bericht dat A. Fuldauer tot de redactiecommissie is toegetreden. Uiteraard dient zijn benoeming door

het ledencongres formeel te worden bevestigd. Fuldauer heeft in de afgelopen maanden met de werkzaamheden van de commissie kennis gemaakt en wij hopen van harte dat dit facet van het medisch beroep hem blijvend zal weten te boeien.

Tot slot vermelden wij gaarne dat de jaarlijkse prijs van de redactiecommissie voor 1966 werd toegekend aan mejuffrouw P. Visser te Amsterdam en M. Cottaar te Tilburg voor hun bijdragen in de rubriek *Uit de centra*.

H.

## Huisarts en preventie

DOOR DR. F. J. A. HUYGEN, HUISARTS TE LENT

Op het tiende NHG-congres (1965) is het onderwerp preventie aan de orde gesteld, waarbij in de diverse secties belangrijke zaken zijn behandeld, welke hier en daar tot nieuwe zienswijzen hebben geleid. Aan het slot van het congres hebben wij getracht de inhoud van het besprokene enigermate samen te vatten. Op verzoek van de redactie volgt hiervan thans een schriftelijke neerslag, waarbij echter voorop moet worden gesteld dat hetgeen hier volgt een persoonlijke selectie is en zeker geen volledige weergave, die aan alle onderdelen recht doet wedervaren. Op het congres zijn trouwens slechts enkele aspecten van het brede onderwerp preventie belicht, terwijl de keuze van deze aspecten vrij willekeurig was. Getracht zal worden om, uitgaande van behandelde details, te komen tot meer algemene gevolgtrekkingen.

Indien wij beginnen met de ochtend, waarin enige wetenschappelijke onderzoeken besproken werden, met name het „Kamperfoelieproject”, waarbij gezocht wordt naar factoren die in verband staan met een verhoogde kans op carcinoom van mamma en endometrium, kan een eerste gevolgtrekking zijn dat er ten aanzien van preventie in de huisartspraktijk nog veel speurwerk zal moeten worden verricht. Hier ligt een groot veld van onderzoek voor de huisarts op bewerking te wachten. De huisarts staat in een bijzonder gunstige positie voor het verrichten van dergelijke onderzoeken. De continuïteit van zijn contacten met zijn patiënten stelt hem in staat om prospectieve studies te ondernemen, die moeilijk door anderen kunnen worden verricht. Het zal in de toekomst uiterst belangrijk worden bedreigde categorieën bijtijds op te sporen. Hoe herkennen en waar vinden wij deze categorieën? Wat zijn alarm-symptomen?

Daar de huisarts midden in de gemeenschap staat, in een voortdurend levend contact hiermede,

is het duidelijk dat hij in een bijzonder bevoorrechte positie verkeert voor het verrichten van epidemiologische waarnemingen. Hierbij dient epidemiologie niet alleen in de oude, maar vooral ook in de nieuwe zin te worden verstaan als: kennis van de wijze van verbreiding van niet besmettelijke ziekten. Het zal daarvoor echter nodig zijn dat hij epidemiologisch leert denken. Hij zal moeten gaan beseffen dat hij zijn praktijk kan beschouwen als een „population at risk”, een bevolkingsdeel dat risico's loopt, welke tot op zekere hoogte voorzienbaar en voorspelbaar zijn. Over dit bevolkingsdeel is hij als huisarts als het ware aangesteld als bewaker. Het is immers zijn taak — Het Woudschoten-rapport (1966) huisarts en wetenschap 9, 372 — de gezondheid te bewaken van de mensen die zich aan hem als huisarts hebben toevertrouwd.

In dit verband is het nuttig nog eens stil te staan bij het begrip „gezondheid”. Gezondheid is niet iets statisch, iets wat men heeft of niet heeft, maar integendeel iets dynamisch; niet iets passiefs, maar iets actiefs: een evenwicht in lichamelijk, geestelijk en sociaal opzicht in de mens zelf en tussen hem en zijn omgeving (Buma). Deze evenwichtstoestand wordt actief gehandhaafd. Gezondheid is een goed dat steeds belast en bedreigd wordt. Dit goed verdient bewaking door de mens zelf en wij dienen hem daarbij te adviseren en te helpen. Hierbij kunnen twee grote principes worden onderscheiden.

a. Enerzijds moeten de grote bedreigingen weggenomen of voorkomen worden. Nu is de aard van deze bedreigingen in onze westerse landen grondig aan het veranderen. Microbiële bedreigingen als difterie, poliomyelitis en tuberculose zijn teruggetreden, maar anderen zijn daarvoor in de plaats gekomen als onveiligheid (ongevallen!) en overbelasting in de tussenmenselijke relaties. Overbelasting in fysisch, chemisch, perceptief en psychisch opzicht, soms zelfs door ons eigen toedoen

door middel van medische onderzoeken, röntgenstralen, medicamenten.

b. Anderzijds kan de gezondheid worden verbeterd door de weerstand, de draagkracht op te voeren, door training van alle lichamelijke en geestelijke functies. Men is immers gezonder naarmate men beter in staat is de onvermijdelijke lasten van het leven (in lichamelijk, geestelijk en sociaal opzicht) te dragen. Inactiviteitsatrofie moet worden voorkomen. In lichamelijk opzicht valt hierbij bijvoorbeeld te denken aan de musculatuur, nu in onze westerse samenleving bij de beroepsbezigheden steeds minder veelzijdige lichaamsinspanning wordt gevegd. Verder aan het circulatie-apparaat, waaraan door gebrek aan lichamelijke inspanning minder eisen worden gesteld. In geestelijk opzicht valt te denken aan het gebrek aan geestelijke oefening door de psychische inhoudsloosheid van het werk in massaproductie aan de lopende band. Vooral bij bejaarden is training uiterst belangrijk te achten, zowel lichamelijk, ter voorkoming van inactiviteitsatrofie, als geestelijk. Gebrek aan interesses, zinvolle bezigheden of menselijke contacten kunnen bij hen spoedig een geestelijke atrofie met aansluitende lichamelijke achteruitgang ten gevolge hebben.

\* \* \*

Vervolgens enige beschouwingen aan de hand van de stellingen der verschillende inleiders. Baay's eerste stelling luidde: preventie van ongevallen begint met het goede voorbeeld. Wij zouden deze stelling kunnen uitbreiden tot: werkzaam zijn op het gebied van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding betekent bij onszelf beginnen. Wij zullen zelf het goede voorbeeld moeten geven. Dit heeft belangrijke consequenties voor ons gedrag in het verkeer, onze rook-, eet- en drinkgewoonten en voor ons eigen medicamentengebruik! Het veranderen van eigen gewoonten is geen eenvoudige zaak.

Ook met Baay's tweede stelling: „preventie van ongevallen is een zaak van mentaliteitsbeïnvloeding” worden fundamentele problemen aangesneden. Raakte zijn eerste stelling onze eigen mentaliteit, de tweede betreft de beïnvloeding van de mentaliteit van anderen. Dit is nog moeilijker. Uit het artikel van *Josten* hebben wij kunnen leren dat hiervoor een techniek, een kunde nodig is, die nauw samenhangt met de gehele arts-patiënt-relatie. Er moet hiervoor sprake zijn van een persoonlijke relatie, een werkelijke communicatie en geen éénrichtingsverkeer. Een participatie van de patiënt in deze wederzijdse relatie is essentieel te achten. Wanneer wij eerlijk en reëel zijn zullen velen van ons moeten bekennen dat hieraan in de dagelijkse praktijk dikwijls veel ontbreekt en dat vrij ingrijpende veranderingen in onze hele houding nodig zullen zijn. Zo zullen wij onze neiging tot pater-

nalisering moeten bedwingen en trachten af te leren.

Wij zullen ons moeten bekwamen in gespreksvoering en in de techniek van de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Wij zullen moeten leren andere mensen te motiveren. Het gaat immers niet alleen of niet in de eerste plaats om de overdracht van kennis, maar vooral om het teweegbrengen van houdingsveranderingen, het ombuigen van gewoonten.

Wij zullen ook moeten denken aan het beproeven van andere methoden, dan die wij gewend zijn te hanteren in de individuele arts-patiënt-relatie. Het valt zeker te overwegen gebruik te maken van groepsprocessen. In Engeland zag ik op verscheidene plaatsen huismoeders en bepaalde categorieën patiënten in groepen of „clubs” geregeld in gezondheidscentra bijeenkomen in het kader van „health education”. Waarom zouden wij niet eens proberen wat met groepen diabetici of vetzuchtigen is te bereiken? Het zou verstandig kunnen zijn daarbij de wijkverpleegster en een diëtiste (*Deveer* en *Nijenberg*) in te schakelen en gebruik te maken van de deskundigheid van het maatschappelijk werk.

Voor dit alles zal tijd moeten worden vrijgemaakt. Tijd voor het contact met onze patiënten, voor rustige gesprekken, tijd en aandacht voor onze „gezonde” patiënten. Tijd ook voor onszelf, voor bezinning, hetgeen minstens even nodig is als actie. Dit postuleert een streven naar een kleinere praktijkomvang en het doelmatig gebruik maken van hulpkrachten.

De stellingen van Buma wijzen op het belang voor ons huisartsen ons wat meer te verdiepen in de industriële arbeidssituatie, in het tweede milieu van een groot gedeelte van onze patiënten en de grote problemen die in onze tijd hier liggen. De frequentie van schijn- en mislukte aanpassingen in deze situatie, zich uitend in neurotische reacties en conflicten, welke dikwijls tot de huisarts leiden, maken het gewenst deze stoornissen bijtijds op te sporen. Samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts — in de termen van Buma tussen de hygiënist van het eerste en die van het tweede milieu — is daarbij onontbeerlijk. Hieraan ontbreekt op het ogenblik weleens wat.

De noodzaak van een nauwere samenwerking met anderen is een algemene gevolgtrekking die kan worden gemaakt uit de meeste sectievergaderingen op het N.H.G.-congres 1965, waarop het thema preventie werd behandeld. Naast de klinische specialisten zijn in dit verband genoemd: bedrijfsarts, schoolarts, wijkzuster, maatschappelijk werker, diëtiste, apotheker, fysiotherapeut, geestelijke, psycholoog, psychiater, en het M.O.B. Voor deze samenwerking zullen vormen moeten worden gevonden. Ten aanzien van de drie laatstgenoemden valt hierbij ook te denken aan de methode van Caplan, die op het ogenblik sterk de aandacht trekt in kringen van de geestelijke gezondheidszorg. Dit

is een consultatie van deskundigen buiten aanwezigheid van de patiënt zonder dat de patiënt hiermee zelf rechtstreeks contact heeft. Wij zouden door dergelijke besprekingen van de moeilijkheden die wij ervaren in de relatie met onze patiënten veel kunnen leren, hetgeen niet alleen ons therapeutisch, maar ook ons preventief werk zeer ten goede zou kunnen komen.

De eerste twee stellingen van Den Hartog „preventie van overvoeding (atherosclerose) begint al in de kinderjaren”, en „aan volwassenen is door een goede voeding meestal niet meer te herstellen wat door een slechte voeding in de jeugd verwaarloosd is”, voeren ons weer naar een algemeen, centraal thema ten aanzien van preventie, namelijk dat van de relatie huisarts-huismoeder. Het is duidelijk dat bij de gehele gezondheidsvoorlichting en -opvoeding de huismoeders sleutelfiguren zijn. En hoe vaak hebben wij hiermede geen contact in ons dagelijks werk? Als er iemand thuis ziek is zullen wij haar bijna altijd ontmoeten en dikwijls zal zij haar kinderen ook naar het spreekuur begeleiden. Wij zien haar tijdens zwangerschap en bij de bevalling, op het zuigelingen- en het kleuterbureau. Wij zien haar juist op de gevoelige momenten, wanneer zij voor problemen van gezondheid en ziekte is geplaatst, wanneer zij in haar gezin met ziekte in aanraking kwam of dit vreesde. Juist op deze momenten zal zij openstaan voor raad, zal zijzelf naar oplossingen zoeken. Dit alles zijn ideale voorwaarden voor het slagen van „health education”, voor het tot stand komen van kennisoverdracht en houdingsveranderingen. Geen enkele discipline heeft een dergelijk frequent contact met deze spilfiguren en geen enkele medische werker neemt in dit opzicht een dergelijk gunstige positie in als de huisarts.

Een van de stellingen van Koekenberg luidde dat de huisarts een preventieve taak heeft ten aanzien van insufficiëntie van het bewegingsapparaat. Hij bracht dit onder andere in verband met de iedere huisarts zo overbekende lage rugklachten. Wij zouden dit nog ruimer kunnen stellen en zeggen: de huisarts heeft een preventieve taak voor de algemene lichamelijke trainingstoestand van zijn patiënten. Hierbij valt namelijk niet alleen te denken aan het bewegingsapparaat, maar ook aan het respiratie- en circulatieapparaat. De stelling geldt voor jeugd, volwassenheid en ouderdom. En laten wij niet vergeten dat deze stelling misschien wel in de eerste plaats geldt ten opzichte van onszelf!

De voordracht van *Ladee* is inmiddels in dit blad verschenen en is het waard door iedere huisarts te worden herlezen. Hij heeft duidelijk gemaakt hoe nauw verweven de preventie van psychische stoornissen is met ons dagelijks werk en welk een gunstige positie wij innemen voor de begeleiding van het jonge gezin. Mochten sommigen

van ons menen dat preventie in de huisartspraktijk een theoretisch ideaal is, dan zal *Ladee* hun duidelijk hebben gemaakt dat er reële en direct realiseerbare mogelijkheden zijn tot preventie van psychische stoornissen bij relatief gezonden in sterk veranderende levenssituaties, bij de verwerking van acute en catastrofale gebeurtenissen als ernstige ziekte, dood en verlating, bij dreigende invalidisering, bij levensfaseproblematiek, bij geboorteregeling en woningnood.

Ook hierbij geldt echter weer, dat wijzelf onze mogelijkheden eerst zullen moeten beseffen en dat wij erop gericht zullen moeten zijn bijtijds dreigende situaties te onderkennen. Dit heeft verstrekkende consequenties voor onze gehele wijze van praktijkuitoefening. Wij zullen niet alleen aandacht moeten hebben voor mensen die zich om hulp tot ons wenden en niet alleen aandacht voor de lichamelijke aspecten van ziekte. Wij zullen ons meer moeten toeleggen op het herkennen en bewust opsporen van bedreigde groepen, zoals mensen die te frequent of te lang ziek zijn, zonder dat hiervoor duidelijke, objectieve gronden aanwezig zijn.

Nelemans' stellingen geven misschien wel het duidelijkste voorbeeld van het nauwe verband tussen curatief en preventief. Zijn definitie van misbruik van geneesmiddelen als: het te hoog, te laag, te kort of te lang doseren, te weinig instrueren en het met onvoldoende kennis voorschrijven, maakt duidelijk dat heel wat schade door ons is te voorkomen.

\* \* \*

Wanneer wij na dit aan de preventie gewijde congres opnieuw trachten naar de toekomst te kijken, dan kunnen wij het volgende constateren. Het is duidelijk geworden dat preventie reeds een belangrijk onderdeel van het huisartsenwerk is. Het is eveneens duidelijk dat het preventieve aandeel in ons werk groter zal worden. *Pequignot* verwacht de volgende belangrijke verschuivingen in het werk van de huisarts. In preventief opzicht zal de huisarts de erfgenaam zijn van de meeste huidige vormen van preventie, daar de klassieke diensten zichzelf overbodig zullen maken. Hij wijst hierbij bijvoorbeeld op de sterk gedaalde zuigelingensterfte en het terugdringen van de tuberculose. Hier staat echter tegenover dat in onze westerse samenleving nieuwe preventieve problemen naar voren komen, zoals ongevallen, de geestelijke hygiëne, de diëtik van de volwassene, preventie van adipositas, diabetes en alcoholisme, de bewaking van het cardiovasculaire systeem en van emotionele stoornissen. Verschillende taken zullen beter door de huisarts dan door diensten kunnen worden uitgevoerd. Zo zal bijvoorbeeld de vaccinatie een zaak van gezinsopvoeding worden. Cytologisch onderzoek van het cervix-uitstrijkje kan naar mijn mening beter op het individuele vlak geschieden dan als massamaatregel. Het is uit deze opsomming wel duidelijk dat er in de toekomst een

grotere behoefte zal zijn aan gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, juist in het individuele vlak. Hiervoor nemen wij als huisarts een ideale positie in.

In curatief opzicht verwacht Pequignot dat de huisarts vooral degene zal worden, die chronische ziekten te behandelen krijgt, aangezien die als residu uit de huidige pathologie voor hem zullen overblijven en bij wie geregelde medische bewaking noodzakelijk is. Hij wijst er echter op dat de huisarts in andere termen zal moeten leren denken: niet in categorieën als „infarct”, maar „arteriosclerose”, in het bijzonder van de coronairvaten”; niet „angsttoestand of paniek”, maar „gezinsneurose”; niet „griep”, maar „chronische respiratoire insufficiëntie, aan het licht gekomen door een superinfectie”; niet „apoplexie”, maar „revalideren en oppassen voor recidieven”. Zijn behandeling zal veel meer continu en begeleidend moeten zijn. Hij zal vooral ook tijdig „kleine” psychotherapie moeten toepassen bij dreigende emotionele stoornissen.

Betekent dit dat de huisarts minder curatief werkzaam zal zijn? Volgens Pequignot niet minder, maar wel minder vaak alléén. Ten aanzien van de diagnostiek zal hij namelijk vaker een beroep op de specialist moeten doen voor aanvullende onderzoeken.

Is in de toekomst te verwachten dat de huisarts voortdurend bezig zal zijn met ongerichte massa-onderzoeken? Daarvan is weinig heil te verwachten. Wel van gerichte onderzoeken, enerzijds op geleide van klachten, anderzijds op basis van de herkenning van bedreigde categorieën. De huisarts zal in het algemeen de eerste richting moeten geven aan de diagnostiek. Hij zal als het

ware diagnostiek in preventief opzicht moeten bedrijven. Diepergaande klinische diagnostiek zal hem steeds meer ontsnappen. Behandeling zal daarentegen zijn hoofdtaak zijn.

Het komt mij voor dat de huisarts zijn preventieve werk alleen maar goed zal kunnen doen door zijn positie als eerste behandelend arts. Dit therapeutisch werkzaam zijn geeft hem juist zo'n goed entree bij zijn patiënten en in hun gezinnen. Er zal wel een andere instelling van hem worden gevraagd, gericht op het bijtijds onderkennen van bedreigende situaties. Hij zal minder gepreoccupeerd moeten zijn met bestaande ziekten, tijdelijke catastrofes en heroïsche therapie. Hij zal meer aandacht moeten krijgen voor gezondheid en voor ziekte als een proces met een dikwijls sluipend begin, waarvoor juist dan de meeste aandacht nodig is. Hij zal niet alleen aandacht moeten hebben voor degenen, die zich om hulp tot hem wenden, maar ook voor anderen, wanneer hij beseft dat zij worden bedreigd. Deze preventieve denkwijze zal zijn werk moeten doordrenken. Hij zal niet alleen aandacht moeten hebben voor de lichamelijke zijde, maar ook voor de psychologische en sociale aspecten van de patiënt. Naast kennis en kunde is hiervoor in de eerste plaats een andere instelling nodig, een andere filosofie, een andere kijk op gezondheid en ziekte, op zijn patiënten en op hun milieu, terwijl meer dan thans met anderen zal moeten worden samengewerkt.

Deveer, J. M. en Th. W. Nijenberg (1965) huisarts en wetenschap 8, 284.

Josten, J. G. J. E. (1965) huisarts en wetenschap 8, 401.

Ladee, G. A. (1966) huisarts en wetenschap 9, 205.

Pequignot, H. (1962) Concours méd. 84, 6243.

## Voedingsvoorlichting in de algemene praktijk

*De leidende gedachte.* Reeds bij het begin van de samenwerking tussen het Nederlands Huisartsen-Instituut en het Voorlichtingsbureau voor de Voeding kwam de gedachte naar voren algemene voedingsvoorlichting te geven aan patiënten door middel van folders van het Voorlichtingsbureau. Deze vouwbladen, die bedoeld zijn voor rechtstreekse uitreiking aan het publiek, behandelen op een aan de leek aangepaste wijze de voeding in het algemeen, de voeding van aanstaande en jonge moeders, van peuters, kleuters, schoolgaande jeugd, adolescenten, de ouder wordende mens, de voeding bij sportbeoefening, voeding en tandcariës, enzovoort. Aan het eind van deze mededeling wordt een aantal van deze uitgaven met name genoemd.

In tegenstelling tot deze algemeen gerichte vouwbladen, worden de dieetvoorschriften van het Voorlichtingsbureau alleen ter beschikking

gesteld via de arts en de diëtiste, die deze van een toelichting voor de patiënt kunnen voorzien. Een tussenvorm zijn de uitgaven, die de patiënt nader informeren over de aard van zijn ziekte en de daaruit voortvloeiende consequenties voor zijn voeding. Diabetes in het bijzonder, maar ook decompensatio cordis lenen zich daarvoor. De uitgave „Uw voeding en uw hart” is een voorbeeld van deze, in ons land nog vrij nieuwe, vorm van het verstrekken van achtergrond informatie aan de patiënt en zijn omgeving over zijn, meestal chronische, kwaal.

*Concretisering.* Voor realisering op korte termijn van de voorlichtingsgedachte in de algemene praktijk, is het Voorlichtingsbureau voor de Voeding bereid op aanvraag huisartsen te voorzien van voorlichtingsmateriaal ter verspreiding onder hun patiënten. Gedacht wordt aan een door het