

Surveillance van risicogroepen; anticiperende geneeskunde

DOOR DR. C. W. A. VAN DEN DOOL, HUISARTS TE STOLWIJK

Het is voor ons huisartsen, vooral wanneer wij soms aan ons bestaansrecht mochten twijfelen, zeer inspirerend om de deeltaken van de huisarts, zoals deze op de Woudschoten conferentie zijn geformuleerd en door de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (C.W.O.) nader zijn uitgewerkt, te herlezen (*Vroege*).

Van deze twaalf deeltaken – apotheekhoudende artsen hebben er dertien – heeft de tiende betrekking op preventie. Onder preventie rekenen wij alle maatregelen die ertoe kunnen bijdragen dat het gezondheidsniveau van onze patiënten zich niet in ongunstige zin wijzigt. Nu is het mogelijk om vrijwel alle energie en tijd op deze deeltaak te richten, maar dat moet dan tot een tekortschieten ten aanzien van andere deeltaken leiden. Een compromis zal nodig zijn. Geen enkele huisarts zal in staat zijn om alle deeltaken maximaal te vervullen. Wij zullen onze tijd en aandacht moeten verdelen. Daarbij moet worden geprobeerd met de beschikbare tijd en energie een optimum te bereiken.

Hoe kan dit ten aanzien van de preventie? Ik wil mij hier beperken tot de zogenaamde secundaire preventie, een niet voor ieder geheel duidelijk begrip, waaronder ook niet steeds hetzelfde wordt verstaan. Met secundaire preventie wordt bedoeld het zo vroegtijdig mogelijk opsporen van chronische ziekten met de gedachte dat een adequate therapie zodoende tot een betere prognose leidt dan wanneer wordt gewacht tot de zieke zich met klachten tot de arts wendt. Overigens is bekend hoe men in dit opzicht op teleurstellingen moet zijn voorbereid, vooral aan het carcinoomfront, cervixcarcinoom stadium 0 uitgezonderd.

Het ongerichte preventief geneeskundig onderzoek en de multiple screening – het sorteringsonderzoek – vormen twee mogelijkheden om tot secundaire preventie te komen. „Volledig” periodiek geneeskundig onderzoek is slechts door een klein aantal artsen inderdaad periodiek te realiseren (*Ten Cate*). Multiple screening onder leiding van de huisarts is in kleine plaatsen wel uitvoerbaar, maar zulks zal in grote praktijken organisatorische bezwaren geven (*Beek*).

In mijn vorige artikel (*Van den Dool*, 1969) kwam ik na de bespreking van de verschillende bevolkingsonderzoeken in Stolwijk gedurende de afgelopen tien jaar tot de conclusie dat van de onderzochte mogelijkheden welke de huisarts tot zijn beschikking heeft een goed onderzoek van de pa-

tiënten die hem consulteren de beste methode lijkt, mits de huisarts deze gelegenheid aangrijpt om periodiek aan dit consult een aantal onderzoeken te verbinden die niet met de actuele klacht van de patiënt in verband staan. Dergelijke onderzoeken kunnen dan leiden tot opsporing van aandoeningen waarvan men – op grond van ervaring met preventief geneeskundig onderzoek – kan verwachten, dat er inderdaad een verhoogde kans bestaat op het ontdekken van deze aandoeningen. Genoemde pogingen om chronische ziekten op te sporen staan bekend als surveillance (bewaking). Daar de huisarts jaarlijks met 60 tot 80 procent van zijn patiënten in contact komt (*Van der Hoeven*), beschikt hij over vele mogelijkheden om op deze, meest natuurlijke wijze, bij patiënten die zich met klachten tot hem wenden, secundair preventief werkzaam te zijn.

Om geen energie te verspillen zal hij zich hierbij tot die groepen van patiënten moeten richten, die een duidelijk verhoogde kans hebben op het ontwikkelen van bepaalde aandoeningen of die daaraan mogelijk reeds lijden, hetzij zonder klachten, hetzij met zulke geringe klachten dat daarvoor nog geen medische hulp werd ingeroepen. De kennis van deze risicogroepen („high risk groups”) is voor de huisarts bijzonder belangrijk, trouwens ook buiten het kader van de surveillance. Onze ervaring, het tijdrovende prospectieve onderzoek, de continue morbiditeitsregistratie met inschakeling van de computer en bestudering van de literatuur kan onze kennis hierover vermeerderen. Een nauwkeurig begrip over de mate waarin het risico in een bepaalde groep is verhoogd, blijkt vaak nog niet aanwezig. Toch zou zulks voor ons zeer belangrijk zijn, omdat wij dan beter in staat zouden zijn deze surveillance met een optimaal rendement te bedrijven. Per definitie is immers in een risicogroep een hoger rendement gewaarborgd.

Wanneer wordt getracht een aantal risicogroepen te omschrijven, dan kan dat worden gedaan door middel van bepaalde kenmerken zoals leeftijd, geslacht, aantal kinderen, gewoonten, beroep, sociale omstandigheden, hoeveelheid lichaamsbeweging, familiale factoren, aangeboren kenmerken, chronische ziekten en verworven aandoeningen, waaronder operaties. Het valt niet moeilijk om voor elk kenmerk een of enkele voorbeelden te noemen.

Leeftijd: cervixcarcinoom bij vrouwen van 30 tot 50 jaar; glaucoom boven 50 jaar.

Geslacht: hartinfarct bij mannen; anemie tengevolge van ijzertekort bij vrouwen.

Aantal kinderen: cervixcarcinoom bij moeders van grote gezinnen.

Gewoontes: longcarcinoom tengevolge van sigaretten roken; cervixcarcinoom tengevolge van slechte seksuele hygiëne.

Beroep: blaascarcinoom bij arbeiders in aniline-industrie.

Sociale omstandigheden: depressies bij crisissituaties, verlies van echtgeno(o)t(e).

Lichaamsbeweging: meer kans op hartinfarct bij weinig lichaamsbeweging.

Familiaire factoren: ulcuslijden, galsteenlijden, apoplexie.

Aangeboren kenmerken: meer maagcarcinoom bij personen met bloedgroep A; meer kans op nefritis bij rood haar(?).

Verworven kenmerken: meer maagcarcinoom bij pernicioze anemie; meer kans op anemie tengevolge van ijzertekort na maagresectie (*Hofmans*).

Op grond van literatuurstudie (*Fuldauer, Wilson, Hodgkin, U.I.C.C.*) en eigen ervaring (*Van den Dool, 1960*) is thans voor de verschillende leeftijdscategorieën voor beide geslachten een surveillanceschema op te stellen. In het kader hiervan lijken 26 onderzoeken geschikt. Het aantrekkelijke van deze tests is, dat 21 daarvan niet door de arts zelf behoeven te worden verricht, maar door hulpkrachten – assistente, laborante, wijkverpleegster – kunnen worden uitgevoerd (*tabel 1*).

Het schema is samengesteld uit een gedeelte A met 17 onderzoeken en een gedeelte B met negen laboratoriumtests. Alleen het fysische onderzoek, het rectale en vaginale toucher en de inspectie van de huid dienen door de huisarts zelf te worden uitgevoerd, terwijl voor het electrocardiogram en de tonometrie de hulp van een cardioloog en een oogarts zo nodig kan worden ingeroepen.

De + tekens in het schema geven aan dat het onderzoek bij die bepaalde categorie van belang kan zijn. Dit wil uiteraard niet zeggen dat buiten deze categorieën een onderzoek niet geïndiceerd kan zijn, maar het valt dan buiten het kader van de surveillance. De volgorde van genoemde onderzoeken en tests is zodanig dat hun plaats in het schema hoger is naarmate zij op jeugdiger leeftijd zinvol kunnen worden uitgevoerd. De frequentie waarmee men een bepaald onderzoek eventueel zal doen hangt – behalve van de mogelijkheden welke men ter beschikking heeft – af van de mate waarin het risico van de betreffende patiënt is verhoogd.

Zoals uit het schema blijkt valt de nadruk volledig op het somatische aspect van de gezondheid. Via de anamnese-vragenlijst is het echter zeer wel mogelijk om psycho-sociale problematiek aan de orde te stellen. *Bergsma* heeft dit in zijn onder-

zoek met succes gedaan. Daar uiteraard de psychosociale problematiek voor de verschillende leeftijden en seksen verschillend is, zou hiervoor een apart surveillanceschema zijn op te stellen, met voor elke categorie aangepaste vragen.

Het signaleren van deze problematiek is een belangrijke taak voor de huisarts. Met een surveillanceschema voor psycho-sociale problematiek, waarbij eveneens wordt rekening gehouden met zogenaamde risicofactoren, zou deze taak beter bespreekbaar worden. Dit schema zou dan bij voorkeur moeten worden opgesteld door huisartsen en

Onderzochte personen	Zuigelingen	Kleuters	Schoolkinderen
	0 tot 1 man en vrouw	1 tot 5 man en vrouw	5 tot 15 man en vrouw
Tests			
A. 1 Fysisch onderzoek	+	+	+
2 Lengte	+	+	+
3 Gewicht	+	+	+
4 Gehoor	+		+
5 Visus: verzien lezen			+
6 Bloeddruk			+
7 Mantoux			+
8 „Peak flow” meting			+
9 Vitale capaciteit			
10 Thorax röntgen			
11 Rectaal toucher + prostaatonderzoek			
12 Vaginaal toucher + uitstrijk			
13 Mamma palperen (zelf)			
14 Anamneselijst			
15 Electrocardiogram			
16 Tonometrie			
17 Inspectie huid			
B. 18 Fenyketonurie	+		
19 Hemoglobine	+	+	+
20 Albuminurie			+
21 Bakteriurie			+
22 Cholesterol			
23 Bloedsuiker			
24 Glucosurie			
25 Ureum			
26 Urinezuur			

Het uitvoeren van bovenstaande onderzoeken dient in verhogende factoren, waardoor de diagnostiek gericht wor-

diegenen met wie hij op het brede terrein van de geestelijke volksgezondheid kan samenwerken. Dit is vooral gewenst omdat het pas verantwoord is iets te gaan opsporen, wanneer tevens ook de mogelijkheid van behandelen aanwezig is.

Door de surveillance van risicogroepen is men in staat om anticiperende diagnostiek te bedrijven, zelfs anticiperende geneeskunde. Het gaat dan dus om een diagnostiek en een geneeskunde die is gericht op mogelijke - meer waarschijnlijke - aandoeningen en ontwikkelingen.

Als somatisch voorbeeld zou de volgende ziektegeschiedenis kunnen dienen. Een 56-jarige man met een administratieve functie komt, nadat hij zijn huisarts in twee jaar niet heeft geconsulteerd op het spreekuur met cerumen in het oor. De prop wordt verwijderd. De assistente controleert gewicht, hemoglobinegehalte, gehoor, visus en bloeddruk. Zij verzoekt hem tevens urine van anderhalf uur na de maaltijd, in te leveren. De bloeddruk blijkt licht verhoogd (175/110 mm Hg); in de urine bevindt zich 1/2 procent glucose. De glucose tolerantietest wijst op een lichte diabetes. Vanwege de zittende levenswijze en de glucosurie behoort de patiënt tot de risicogroep voor „ischaemic heart disease” (I.H.D.); een elektrocardiogram is derhalve op zijn plaats, ook al als document. Tevens is een cholesterolbepaling van belang, opdat daaraan zo nodig

Tabel 1. *Surveillanceschema en praaktijkpopulatie*

ONGE VOLWASSENEN		VOLWASSENEN		OUDEREN		BEJAARDEN		Door wie? Assistente (Ass.) Verpleegster (Verpl.) Laboratorium (Lab.)	Motivering
15 tot 30 man	15 tot 30 vrouw	30 tot 45 man	30 tot 45 vrouw	45 tot 65 man	45 tot 65 vrouw	> 65 man	> 65 vrouw		
Militaire curing		Alléén op indicatie						Arts	Diverse chronische ziekten
+	+	+	+	+	+	+	+	Ass. - Verpl.	Groei-curve
+	+	+	+	+	+	+	+	Ass. - Verpl.	Verzucht/ondergewicht
+	+	+	+	+	+	+	+	Ass. - Verpl.	Doofheid
+	+	+	+	+	+	+	+	Ass. - Verpl.	Onvoldoende visus
+	+	+	+	+	+	+	+	Ass. - Verpl.	Hypertensie
+	+	+	+	+	+	+	+	Ass.	Tuberculose
+	+	+	+	+	+	+	+	Ass.	Astma, emfyseem
+	+	+	+	+	+	+	+	Team of bureau	CARA, cardiale aandoeningen
+	+	+	+	+	+	+	+	Arts	Tuberculose, Besnier, Boeck, longcarcinoom, hartafwijkingen
+	+	+	+	+	+	+	+	Arts	Rectumaandoeningen, prostaathypertrofie, prostaatcarcinoom
+	+	+	+	+	+	+	+	Arts	Erosies, tumoren, cervixcarcinoom
+	+	+	+	+	+	+	+	Instructie door wijkverpl.	Mammatumoren, waar- onder carcinoom
+	+	+	+	+	+	+	+	Ass. - Verpl.	Diverse chronische ziekten en psychosociale gegevens
+	+	+	+	+	+	+	+	Ass. Cardioloog	Ischemie en dergelijke
+	+	+	+	+	+	+	+	Ass. Oogarts	Glaucoom
+	+	+	+	+	+	+	+	Arts	Huidcarcinoom
+	+	+	+	+	+	+	+	Wijkverpl.	Idiotie, frequentie 1 op 10 347 tot 1 op 20 000
+	+	+	+	+	+	+	+	Ass.	Anemie, ijzertekort, pernicioze anemie, carcinoom
+	+	+	+	+	+	+	+	Ass. - Verpl.	Nephritis, nefrose, urineweginfecties, orthostatische albuminurie
+	+	+	+	+	+	+	+	Ass. - Verpl.	Urineweginfecties
+	+	+	+	+	+	+	+	Lab.	Risicofactor I.H.D.
+	+	+	+	+	+	+	+	Lab.	Diabetes
+	+	+	+	+	+	+	+	Ass. - Verpl.	Diabetes
+	+	+	+	+	+	+	+	Lab.	Chronische nephritis
+	+	+	+	+	+	+	+	Lab.	Jicht

afhankelijk te stellen van de aanwezigheid van risicop meer waarschijnlijke ontwikkelingen (anticiperende diagnostiek).

consequenties kunnen worden verbonden. Daar patiënt tevens hypermetroop is, zal een drukmeting van het oog van belang zijn, omdat vier risicoverhogende factoren voor het ontwikkelen van glaucoom aanwezig zijn (hypermetropie, leeftijd, hypertensie, diabetes).

Anticiperende geneeskunde zal zeker geen vermindering van het totale werk van de huisarts met zich brengen, wel een verschuiving. Een voordeel is dat zeer veel van het extra onderzoek door hulpkrachten kan worden gedaan. Bij nieuwbouw of verbouwing van de praktijkruimte zal dit consequenties kunnen hebben. Een aparte kaart – passend achter de N.H.G.-kaart met de 26 tests vóór in de marge – waarop in de verschillende datumkolommen de uitslagen kunnen worden vermeld, zal van veel nut kunnen zijn en tot een verbetering van de gehele praktijkvoering kunnen leiden.

Optimale secundaire preventie door middel van surveillance van risicogroepen – anticiperende geneeskunde – lijkt vooralsnog door gebrek aan hulpkrachten en een tekort aan huisartsen niet haalbaar. En dan wordt er nog niet eens aan de hoeveelheid werk gedacht die in het psycho-sociale vlak ligt te wachten wanneer wij systematisch via de anamnesevragenlijst klachten op dit gebied zouden introduceren. Afspraakspreekuren, groepspraktijken en het aantrekken van meer hulppersoneel zullen de mogelijkheden in deze kunnen vergroten.

Toch zal het waarschijnlijk geen enkele huisarts gelukken om geheel volgens het surveillanceschema te werken. Hij zou in dat geval – door overwaardering van een deel van een deeltaak – waarschijnlijk ook geen goede huisarts kunnen zijn.

Wanneer het principe echter juist is, kan het toch van nut zijn om af en toe aan een en ander te denken en bewust ernaar te handelen.

Beek, A. De uitvoerbaarheid van periodiek geneeskundig onderzoek in de huisartspraktijk. Van Gorcum, Assen, 1966.

Bergsma, J. J. Preventief geneeskundig onderzoek in een huisartspraktijk. Academisch proefschrift, Nijmegen, 1966.

Cate, R. S. ten (1966) huisarts en wetenschap 9, 106.

Dool, C. W. A. van den. Enige mogelijkheden tot het vroegtijdig opsporen van chronische ziekten door de huisarts. Academisch proefschrift, Leiden, 1960.

Dool, C. W. A. van den. (1969) huisarts en wetenschap, 12, 3.

Fuldauer, A. Bejaardenonderzoek in een huisartspraktijk. Academisch proefschrift, Leiden, 1966.

Hodgkin, K. Towards Earlier Diagnosis. A Family Doctors Approach. Sec. ed., Livingstone LTD, Edinburgh and London, 1966.

Hoeven, J. van der en H. H. W. Hogerzeil (1965) huisarts en wetenschap 8, 168.

Hofmans, A. (1968) huisarts en wetenschap 11, 255.

U.I.C.C. Cancer Detection. Monograph Series vol 4, Springer Verlag, Berlin, 1967.

Vroege, N. H. (1966) huisarts en wetenschap, 9, 372-385.

Wilson, J. M. G. en G. Junger. Principles and Practice of screening of disease. Public Health Papers no. 34, World Health Organization, 1968.

De wijzigingen in de opleiding tot arts*

Niet alleen in Nederland, doch over de gehele wereld is de medische opleiding in beroering. Dit hangt samen met de snelle en ingrijpende veranderingen die zich zowel op het terrein van de wetenschap als van de maatschappij gedurende de laatste tientallen jaren hebben ontwikkeld.

Hoewel deze veranderingen gelden voor alle natuurwetenschappen en gedragswetenschappen, heeft de geneeskunde in het bijzonder hiermede te maken, aangezien zij zich als toegepaste wetenschap bij uitstek beweegt op het aanrakingsvlak tussen wetenschap en samenleving. De mogelijkheden van het moderne medisch-biologische onderzoek zijn ongelimiteerd, doch de geneeskunde heeft zich vooral af te vragen welke van deze mogelijkheden zij zal realiseren, welke praktische toepassingen binnen onze technische, economische en maatschappelijke situatie mogelijk en gewenst zijn.

* Een door Prof. Dr. P. J. Thung, bestuurslid voor onderwijszaken, medische faculteit Leiden, opgesteld stuk ter voorlichting van in en rondom Leiden gevestigde huisartsen, dat door hem desgevraagd aan de redactiecommissie voor publikatie werd afgestaan.

Vaak komen impulsen voor hervormingen in de medische opleiding ook voort uit de praktijk. In Nederland zijn belangrijke impulsen uitgegaan van de kring der huisartsen die, vooral gedurende de jaren na de laatste wereldoorlog, zich sterk gingen beseffen hoe weinig hun opleiding hen had voorbereid op de problemen van hun dagelijkse praktische werk. Het Nederlands Huisartsen Genootschap in het bijzonder nam initiatieven tot voortgezette training en tot research op het gebied der algemene praktijk. Toen de discussie over de medische opleiding in ons land in beweging kwam, mede onder invloed van de ontwikkelingen in Amerika, Engeland en elders, stond het onderwerp huisartsgeneeskunde dan ook zeer centraal.

In 1966 gaf de minister van onderwijs en wetenschappen aan de medische faculteiten de opdracht om zich te beraden over een nieuwe tekst voor het Academisch Statuut betreffende de studie in de geneeskunde, dat de wettelijke basis voor ons curriculum vormt. Speciale aandacht moest daarbij worden besteed aan verkorting van de effectieve studieduur en aan verbetering van de opleiding tot huisarts. Deze opdracht heeft geleid tot de nieuwe