

slagen en binnen een structuur, die op zich voldoende ruimte biedt voor realisering van de onderneming.

Overvecht heeft het moeilijk gehad. Het verhaal hierover is thans geëindigd; onze rechtstreekse bemoeienissen ermede zijn reeds geruime tijd geleden afgelopen. Wij hopen echter dat dit verslag een bijdrage kan leveren tot een verbetering, een revival van de situatie in Overvecht en dat het een positieve bijdrage kan leveren bij het opzetten en realiseren elders van een dergelijk werkstuk.

Summary. Report on experience gained in establishing a health centre in Overvecht-Utrecht. A joint initiative of the municipality of Utrecht, the Cross societies, the Orthopsychiatric Bureau and the Netherlands Institute of General Practitioners (NIGP) has led to plans for the establishment of a health centre in the new housing development Overvecht in Utrecht. Preliminary to the realization of these plans, the NIGP established in this area a general practice which was to be made into a group practice and then integrated in the health centre. Numerous problems arose in the execution of the plans for a health centre and the group practice.

Specifically, the existing health care system (including the financing system) proved to be a serious obstacle to activities in favour of the health centre. This is why an experiment which markedly differs in design from the prevalent system, was hardly given a chance to succeed. The experiment was further handicapped by the fact that, in the course of experimenting, health care must be made available;

this repeatedly necessitates provisions which are inconsistent with the design of the experiment. The lack of essential basic provisions, specifically joint accommodation, likewise greatly impeded the start and continuation of collaboration between individual practitioners and between the various disciplines. Finally, there was insufficient certainty as to the requirements which a strategy of realization would have to fulfil.

The authors hope that this report may be of use to those who are in the process of preparing or realizing plans for a health centre.

- Dool, C. W. A. van den. (1970) huisarts en wetenschap 13, 3.
- Es, J. C. van. (1966) huisarts en wetenschap 9, 162.
- Hout, W. P. van den. (1971) huisarts en wetenschap 14, 129.
- Lamberts, H. (1969) Ziekenfondsvragen mei, 97.
- Landheer, T. Gezondheidscentra en groepspraktijken. Verslag van een studiereis door Engeland in september 1967, uitgebracht aan de directeur-generaal van de Volksgezondheid. 1968 (stencil).
- Lock, S. P. Ancillary workers in group practice. In: International congress on planning of group practice in general medicine 8-9 april. Brussel, 1967.
- Lühns, A. Nota inzake groepspraktijken van huisartsen. Deel I en II. 1968 (stencil).
- Rapport van de Commissie Huisartsen. Verslagen en Mededelingen betreffende Volksgezondheid 5, 1968.
- Rapport Wijkgezondheidszorg. Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 1969.
- Ravenswaay, J. E. van. Inleiding in „Relaties”. Verslag van de conferentie groepspraktijken van het N.H.I. z.j.
- Verbeek-Heida, P. M. (1968) huisarts en wetenschap 11, 319.
- Voorlichtingsrapport inzake groepspraktijken. N.H.I. deë'n nummer, I, 1967.

REDACTIONEEL

Noodzaak tot selectie

Het artikel van *Lammes**, Selectie en frequentie bij cytologisch onderzoek van de cervix, snijdt een interessante problematiek aan. Technisch lijkt het mogelijk door rigoureuze periodiek onderzoek bij alle 20 tot 60-jarige vrouwen de morbiditeit en mortaliteit van cervixcarcinoom geheel te elimineren. In de praktijk blijken er zodanige financiële en organisatorische belemmeringen te bestaan dat wij tot een bepaalde keuze worden gedwongen. Het is noodzakelijk groepen te selecteren met veel potentiële lijdsters aan deze ziekte, teneinde beschikbare mogelijkheden — die vooral door de beperkt beschikbare tijd van cytologen, gynaecologen en huisartsen worden bepaald — maximaal efficiënt te benutten.

Nu is de noodzaak tot selecteren van patiënten

uit economische overwegingen helaas allerminst een uniek verschijnsel. Het treedt op alle gebieden van de geneeskunde op, in en buiten het ziekenhuis, bij huisartsen en specialisten, in de preventieve zowel als in de curatieve geneeskunde. Nog niet lang geleden rees de overtuiging dat periodiek geneeskundig onderzoek (p.g.o.) van bijvoorbeeld de bejaarden een belangrijke bijdrage aan de preventie van ziekten zou opleveren. Nu weten wij wel beter, want zelfs bij zeer kleine groepen vraagt p.g.o. een onverantwoord grote tijdsinvestering, zeker wanneer men de benodigde hoeveelheid tijd met de resultaten vergelijkt. „Surveillance”, de door Van den Dool gepropageerde preventiemethode, berust op selectie van de meest bedreigde groepen voor bijvoorbeeld anemie, glucosurie en prostaatlijden. In de curatieve geneeskunde heeft het principe van selectie soms dramatische aspecten, wanneer moet

* F. B. Lammes (1972) huisarts en wetenschap 15, 343.

worden beslist wie wel en wie niet voor levensreddende behandelingen zoals dialyse, transplantaties, en resuscitatie in aanmerking komen.

Het oude adagium: „Voor de gezondheid is niets te duur”, geldt niet meer. Naarmate de mogelijkheden van de geneeskunde toenemen, neemt ook de noodzaak tot beperking van toepassing van die mogelijkheden toe. In de Nederlandse situatie wordt die noodzaak hoofdzakelijk door gebrek aan financiën gesteld; de „mankracht” lijkt een minder groot probleem bij de toenemende aantallen medische studenten. * Het percentage van het nationale inkomen dat voor gezondheidszorg beschikbaar is, nadert echter wél een moeilijk overschrijdbaar maximum.

Als selectie niet valt te vermijden, moeten voor de toepassing ervan criteria worden vastgesteld. Omdat wij ervan zijn overtuigd dat gezondheidszorg in gelijke mate aan iedereen toekomt, mag daarbij het feit of iemand een bepaalde voorziening al dan niet kan betalen, geen rol spelen. Overigens is dat momenteel bij het cytologisch cervix-onderzoek wél het geval! Het ziekenfonds vergoedt dit preventieve onderzoek nu eenmaal niet, terwijl menig particuliere patiënt zich de luxe permitteert minstens eenmaal per jaar door huisarts of gynaecoloog een uitstrijk te laten maken. Juist de sociaal-economische groep, die meer kans op cervixcarcinoom heeft, blijft van regelmatig onderzoek verstoken.

Voor het zo goed mogelijk vaststellen van selectie-criteria zal op drie niveaus een beslissing moeten worden genomen. Ten eerste: Hoeveel geld willen wij aan gezondheidszorg besteden? Vervolgens: Hoe verdelen wij het geld dat voor de gezondheidszorg beschikbaar is? Tenslotte: Hoe dient het voor een deel-facet van de gezondheidszorg — in casu de cervix-screening — beschikbare geld te worden besteed?

De eerste beslissing is van politieke aard. De tweede deels politiek, deels wetenschappelijk. Geven wij de voorkeur aan preventieve maatregelen (het milieu, voorlichting) of aan curatieve geneeskunde (chirurgie, dialyse, reanimatie)? Aan geestelijke gezondheidszorg (opvang van verslaafden, neurosebestrijding) of lichamelijke gezondheidszorg (transplantaties, „coronary care”)? Extramurale of intramurale geneeskunde? Technisch-wetenschappelijke vorderingen of sociaal-wetenschappelijke inbreng? De derde beslissing dient vrijwel uitsluitend op wetenschappelijke gronden te worden genomen. Daarbij dient het belang van de patiënt de voornaamste maatstaf te zijn.

* Dit commentaar werd geschreven voordat de medische studentenstop werd ingesteld.

Zo komen wij wederom op het onderwerp van *Lammes*. Zijn artikel biedt een boeiende analyse, waarbij blijkt hoe de factoren die voor het ontstaan van cervixcarcinoom bevorderend werken, reeds ten dele bekend zijn. Bovendien zijn wij ingelicht over de tijdsduur die verloopt tussen een positieve cervix-uitstrijk en het optreden van infiltrerend carcinoom. Desondanks luiden *Lammes'* adviezen voor selectie anders dan men op grond van deze gegevens zou verwachten. De reden hiervoor is, dat juist de meeste risicolopende groep zo weinig is bereid tot medewerking aan zulke onderzoeken.

Screening door vroedvrouwen lijkt een onbevredigende noodoplossing, mede gezien de veranderende toekomstige taak van de vroedvrouw. Waarom dan niet de huisartsen ingeschakeld? Vrijwel iedere vrouw op de in aanmerking komende leeftijd ziet de huisarts minimaal enkele malen per jaar: als het niet voor de pilcontrôle is, dan wel voor haar kinderen. *Brühl* en *De Bourgraaf** hebben in dit tijdschrift reeds een aantal resultaten uit de huisartspraktijk gepubliceerd. De huisarts kan zich een goed oordeel vormen over de risico's die een bepaalde patiënt loopt: vaak is zelfs de „sexarche” hem niet onbekend. En last but not least is de huisarts vaak beter dan wie ook in staat de bereidheid van zijn patiënten te beïnvloeden om zich eventueel te laten behandelen. Ondanks alle kritiek is zijn „vertrouwenspositie” zo slecht nog niet.

Een ander punt is het voorstel van *Lammes* bij alle patiënten die een gynaecoloog consulteren een uitstrijk te maken. Waarom? Als er cervix-carcinomen (al of niet in situ) worden miskend, maakt het voor de patiënte weinig verschil of dat door een huisarts of door een gynaecoloog gebeurde!

De ontwikkeling van de gezondheidszorg vereist dat wij ons bezinnen over deze vraagstukken. Ten eerste: Hoeveel geld kan — gezien tegen de andere behoeften in de gezondheidszorg — aan een onderdeel als de preventie van cervixcarcinoom worden besteed? Vervolgens: Hoe wordt het beschikbare geld zo goed mogelijk besteed? Tenslotte: In hoeverre kan de huisarts zinvol worden ingeschakeld?

Nederland beschikt nog steeds over een zeer behoorlijk functionerende huisartsenstand; in landen waar de huisarts meer terrein heeft verloren, blijkt het niet eenvoudig een goed functionerende eerste-lijnsg gezondheidszorg op te bouwen, die mede voor activiteiten, zoals de door *Lammes* besprokene, kan worden ingezet.

S. van der Kooij

* *Brühl*, K. G. en *J. E. de Bourgraaf*. (1968) huisarts en wetenschap 11, 382-389 en (1970) idem 13, 370-373.