

Anticiperende geneeskunde

Een bezinning

CHRIS VAN WEEL, HUISARTS TE ROTTERDAM

Kiezen voor de anticiperende werkwijze betekent veel meer dan voor het gebruikelijke curatieve werk een bewuste keuze. De huisarts voegt daarmee iets toe aan zijn pakket, dat (nog) niet tot de verwachtingen van de patiënt behoort. Het brengt voorts een verder perfectioneren van het medisch model mee. De ervaringen met en het nadenken over de anticiperende geneeskunde hebben bij mij een aantal bedenkingen opgeroepen dat in het onderstaande aan de orde komt. Voor alle duidelijkheid wijs ik er op dat dit betrekking heeft op het functioneren van de gezondheidszorg in het algemeen en niet uitsluitend op de eerstelijns gezondheidszorg of op de anticiperende werkwijze.

Anticiperend werken ten aanzien van risicogroepen neemt in de taakvervulling door de huisarts een steeds belangrijker plaats in. Het lijkt erop alsof wij hier te doen hebben met een algemeen als uiterst zinvol ervaren werkwijze – „de huisarts op het lijf geschreven” (*Huygen*) – in tegenstelling tot tal van andere vernieuwingen, zoals samenwerking (inter- en intradisciplinair) die tot onmiskenbare polarisatie van standpunten aanleiding geven. De mogelijkheden om vanuit de huisartspraktijk te anticiperen op hypertensie, cervixcarcinoom en urineweginfecties zijn in de praktijk realiseerbaar gebleken (*Van der Feen; De Jong; Van Weel*). Tevens lijkt bij deze afwijkingen de continuïteit van het anticiperen gegarandeerd (*Van der Feen*). De lijst met mogelijk anticipeerbare onderwerpen van *Van den Dool* kan desgewenst worden aangevuld en beproefd.

Natuurlijke verloop ziekten; gevolgen van interventie

Nu in toenemende mate de aandacht van de curatieve naar de preventieve kant van ziekten en afwijkingen wordt verlegd, worden wij geconfronteerd met een aantal belangrijke vragen: welke betekenis dient bijvoorbeeld aan een afwijkend cytologisch beeld in een cervixuitstrijk te worden toegekend?; ontwikkelt zich altijd een carcinoom? De sterfte aan infiltrerend cervixcarcinoom lijkt te dalen

in gebieden, waar op grote schaal cytologisch onderzoek van de cervix uteri plaatsvindt (*Fidler en anderen*). Maar *Cochrane* wijst er op dat deze daling van de sterftecijfers voor cervixcarcinoom algemeen is en dat zij is ingezet vóórdat de uitstrijkmethode was geïntroduceerd. Bovendien doet de daling in sterftecijfers zich zowel voor in gebieden waar de vrouwelijke bevolking in hoge mate wordt uitgestreken als in vergelijkbare regio's, waar dat niet of nauwelijks gebeurt. Het ontbreken hierbij van een „randomized controlled trial” maakt, volgens hem, dat over het effect van uitstrijken niets zinnovs valt te zeggen.

Een zelfde vraag kan worden gesteld ten aanzien van te „hoge” bloeddruk: welke betekenis heeft dat?; blijft de bloeddruk „te hoog” of daalt hij vanzelf weer na enige tijd?; bij wie gebeurt het eerste, bij wie het laatste?; wat is nu eigenlijk „te hoog”?; welke risico's zijn er aan verbonden?; wat is het resultaat van therapeutische verlaging?

In een bespreking van screeningsactiviteiten komt *Holland* tot de conclusie dat er veelal geen mogelijkheden tot screening zijn. Belangrijkste oorzaak is gebrek aan inzicht in het natuurlijke verloop van ziekten waarop men screent - het ontbreken van duidelijke antwoorden op vragen, zoals hierboven gesteld. Selectieve screening zou volgens *Holland* wel mogelijkheden kunnen bieden, maar dan nog moet er eerst veel meer kennis en inzicht worden vergaard aler het in het routine-pakket van de huisarts kan worden opgenomen.

Wat nu naar mijn menig veelvuldig gebeurt is het diagnostiseren van afwijkingen van de norm en „behandeling” daarvan alsof het hierbij gaat om presymptomatische afwijkingen. Het inzicht, dat het inderdaad een presymptomatische afwijking betreft, ontbreekt echter en onduidelijk is om wiens normen het daarbij gaat. Men zou in een dergelijke situatie terughoudendheid verwachten maar kan slechts een sterk toenemende activiteit op dit gebied constateren.

Problematiek rond „compliance”

Steeds meer wordt onze aandacht gevraagd voor het probleem van de „compliance”: patiënten blijken uitermate moeilijk in staat of geneigd zich aan te passen aan langdurig medicijngebruik en regelmatige controle. Het lijkt wel of dit probleem zich parallel en gelijktijdig ontwikkelt met een toeneming van de screeningsactiviteiten. Zelfs als men gemakshalve aanneemt dat opsporing en interventie bij asymptomatische afwijkingen altijd juist is – en ik zou dat zeker niet willen doen – dan nog ondergraaft de geringe medewerking van de patiënt de zinvolheid van deze inspanningen in hoge mate. Vooral voor hypertensie blijkt de compliance een groot probleem te zijn. *Finnerty en anderen* komen bijvoorbeeld tot 42 procent uitvallers – onttrokken aan controle – en citeren een onderzoek waarin na drie maanden een-derde van de nieuw ontdekte hypertensiepatiënten zijn medicijnen nog inneemt.

Over de volgzzaamheid van medische voorschriften is weinig bekend. De meeste publikaties – zo blijkt uit een uitvoerig literatuuroverzicht over dit onderwerp – hebben betrekking op vragen als: „wie is er wel en wie is er niet geneigd zich aan een bepaald voorschrift te houden”?; en „door welke maatregelen is het opvolgen van voorschriften en controle-afspraken te verhogen?” Veel te weinig is naar mijn mening de aandacht gericht op de vraag waarom iemand zich wel of niet onderwerpt aan een hem/haar voorgeschreven therapie of leefregel. Wat gebeurt er met iemand bij wie een risicofactor of afwijking is vastgesteld: voelt hij/zij zich bedreigd, machteloos gemaakt? Bovendien lijkt het er sterk op dat er steeds stilzwijgend van wordt uitgegaan dat compliance het gewenste patiëntengedrag is en non-compliance het ongewenste. Zeer suggestief voor de opvatting, dat zowel aan compliance als aan non-compliance de nodige haken en ogen zitten, vormen

Uit de afdeling Gezondheidscentrum-Ommoord van de Rotterdamse Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst.