

# Huisarts en epidemioloog

## Verstandshuwelijk of liefde op het eerste gezicht?

DR H. LAMBERTS

Opnieuw worden wij met de neus op het feit gedrukt dat de tijd van de bevolkingsonderzoeken voorbij is. De effectiviteit van dergelijk onderzoek is meestal afwezig of onvoldoende bewezen. De schade ervan is vaak slechts in grove termen te schatten of onbekend. Toch heeft de moderne epidemiologie een schat aan belangrijke inzichten verzameld. Het ziet er naar uit dat de eerstelijns gezondheidszorg de beste plaats is om deze inzichten toe te passen.

Van 17 tot 23 september 1977 vond in Puerto Rico het achtste wetenschappelijke congres van de „International Epidemiological Association” (IEA) plaats. De IEA is een invloedrijk en nogal selectief gezelschap dat 850 leden uit 69 landen kent. Nederland telt 16 leden. Indertijd nam de Amsterdamse Querido het initiatief tot de eerste nationale bijeenkomst van de IEA, welke in 1957 in Noordwijk plaatsvond.

Bij het achtste congres trad de Wereld Gezondheids Organisatie als mede-organisator op. De WONCA (de internationale organisatie van huisartsen) nam voor het eerst als officiële participant deel, als blijk van de nadrukkelijke aandacht, voor het eerst besteed aan de eerstelijns gezondheidszorg.

Mijn congresverslag kan niet anders dan subjectief zijn. Iemand wiens werk op het gebied van bijvoorbeeld het baarmoederhalscarcinoom of van de chronische luchtwegaandoeningen ligt, beziet het gebeurde vanuit een andere hoek dan iemand die zich intensief bezighoudt met de structuur van de eerstelijns van de gezondheidszorg.

Over de hoofdlijnen kan echter nauwelijks verschil van mening bestaan. Mag het zo zijn dat de opening van een congres vaak weinigzeggend is, in Puerto Rico werd door een drietal allermindst vrijblijvende inleidingen de toonzetting scherp aangegeven. Daarin staan de scepisis over het in de geneeskunde bereikte en een zeker cynisme over de ontwikkelingsmogelijkheden in de komende jaren centraal.

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

## Consument in situatie met dubbele binding

Lalonde, tot voor kort Canada's minister voor volksgezondheid, liet daarover weinig twijfel bestaan. In 1976 stond er in Toronto bij de opening van het WONCA-congres nog een wat zorgelijke en gespannen politicus voor ons, die zijn inmiddels terecht bekend geworden boek: „A new prospective on the health of Canadians” verdedigde. Het meest opvallende van dit boek is dat de doelstellingen van de gezondheidszorg politiek worden gecentreerd op de „diseases of life style”, die in wezen „diseases of choice” blijken. Juist dit keuze-element maakt het gemakkelijk alle registers van alom beleden doch vrijwel nergens getoetste strategieën van de gezondheidsvoorlichting open te trekken.

Er blijkt nogal wat veranderd te zijn. Lalonde stelt dat, gelet op de gezondheidstoestand van de Canadees, voortgaande investering in het ziekteverzorgingssysteem nog slechts marginale waarde heeft. Hij constateerde dat de bonte reeks bevolkingsonderzoeken weinig of niets aan de gezondheidstoestand van de bevolking heeft bijgedragen. Lalonde zei letterlijk: „The nightmare raised by these possible developments is the medicalization of society. The technomania so rampant in the treatment of the sick would be extended to preventive programs”.

Lalonde geeft nu ook toe dat ten onrechte de massale introductie van de Pap-smear niet aan een controle-onderzoek werd gekoppeld. Hij zette zich echter wel af tegen de in zijn ogen overdreven neiging geen enkele vorm van medische zorg of van preventie meer te introduceren zonder dat

een „randomized clinical trial” de effectiviteit daarvan volledig heeft aangetoond. Een politicus mag op grond van descriptieve gegevens en van wat hij noemt „circumstantial evidence” soms toch een onderzoek, zoals de screening op baarmoederhalskanker, entameren.

Veel moeilijker ligt het echter bij de preventie van hart- en vaatziekten en de overige leefstijlziekten. In een land waar het economisch leven mede steunt op roken, drinken en autorijden is de vraag naar interventie er een naar ethische uitgangspunten en daarmee een politieke vraag. Lalonde zette zich met name af tegen een „behavioristische” benadering welke in zijn ogen sterk repressief kan zijn. De consument, die aangespoord door televisiereclame en geaccepteerd door het belastingstelsel een sigaret opsteekt en tegelijkertijd met in beginsel dezelfde mechanismen wordt benaderd om zijn sigaret direct weer te doven, verkeert in een situatie met een dubbele binding.

Deze dubbele binding wordt niet opgelost met een nieuwe epidemiologische strategie. In de politiek moet de dubbele binding worden verbroken. Maar omdat nu eenmaal de politiek steeds in het licht van het mogelijke en vooral van het onmogelijke wordt gezien, eindigde Lalonde met een verwijzing naar de toenemende aandacht voor de genetische achtergrond van mensen. Men kan op dit moment niet meer ontkomen aan een veroordeling van globaal bevolkingsonderzoek, op welke factor dan ook gericht. Een principiële politieke stellingname ten aanzien van de ziekten van onze keuze, zit er duidelijk nog niet in. Een tussenoplossing ligt op het niveau van de individuele gevoeligheid en de genetische kwetsbaarheid. De eerste lijn is de plaats om deze tussenoplossing tot stand te brengen.

## Volksgezondheids-plannen van president Carter

De volgende spreker was Bourne, de speciale assistent van president Carter voor volksgezondheid. Hij gaat er vanuit dat de regering Carter bij het benadrukken van de mensenrechten ook het basale recht van de mens erkent om vrij te zijn van onnodige ziekten. Het is belangrijk dat daarmee de bekende definitie van gezondheid van de Wereld Gezondheids Organisatie wordt verlaten. Interessant is de vraag wat de regering Carter precies onnodige ziekten vindt.

Bourne gaf de IEA de primeur van Carters voornemen in maart 1978 het congres een voorstel voor een „universal coverage national health insurance” aan te bieden. Dit was vooral voor de Amerikaanse deelne-

mers een zeer onverwachte en belangrijke mededeling. Het feit dat het gehele gezondheidszorgsysteem inclusief de „ambulatory and primary care” aan de orde is en niet slechts de specialistische zorg, werd toegejuicht.

Het is duidelijk dat ook al zou een abonnementssysteem, zoals dat in Nederland en Engeland bekend is, in de ogen van velen aantrekkelijk zijn, de Amerikaanse situatie niet anders dan een „fee-for-service” – systeem kan tolereren. Maar juist dit laatste systeem met de noodzaak voor elke handeling welke een arts wenst te declareren een minimale hoeveelheid informatie aan de verzekeringsinstantie over te dragen, maakte dat de discussies tijdens het congres over met name het functioneren van de eerstelijns gezondheidszorg en de betekenis daarvan voor de epidemiologie, van hun tot op dat moment nogal theoretische achtergrond werden ontdaan en een veel praktischer kleur konden krijgen.

## Gezondheidszorg als lollie

Tenslotte deed Mahler, de secretaris-generaal van de Wereld Gezondheids Organisatie er nog een schepje op. Hij begon de verzamelde congressisten te verwijten dat iedereen hardop roept: „Wij moeten de gezondheidszorg veranderen”, maar dat men slechts met moeite iemand kan horen fluisteren: „Wij zullen ook veranderen”.

Hij stelde dat de crisis in de gezondheidszorg in het welvarende deel van de wereld belangrijk is voor het arme tweederde deel, alwaar voor de gezondheidszorg praktisch een blanco situatie bestaat. Mahler vindt dat deze „tabula rasa”-situatie kan leiden tot een meer adequaat gezondheidszorgsysteem in de derde wereld dan waarmee wij nu in het Westen te maken hebben. In het Westen gaat het er om mensen te helpen zichzelf niet aan te doen wat zij zich willens en soms toch onwetens aandoen. In de derde wereld ligt het precies andersom.

Aan de hand van een voorbeeld uit Guatemala benadrukt Mahler dat de maatschappelijke voorkeur uit kan gaan naar totaal andere waarden dan gezondheidszorgwaarden. In het door hem besproken onderzoek stond het verlangen naar eigen grondbezit bovenaan, terwijl het terugdringen van de hoge kindersterfte op de zevende plaats van het verlanglijstje kwam.

Zijn verwijt dat in de ontwikkelde landen gezondheidszorg als een lollie wordt gepresenteerd, is overtrokken, maar tijdens de volgende dagen van het congres werd er eigenlijk vooral informatie aangedragen welke, zij het meer gedifferentieerd, in de

zelfde richting duidt. De toonzetting van het congres lag daarmee vast.

## Screenen volgens parachutistenbenadering

De bijna vierhonderd voordrachten welke volgden, pasten daarin meestal goed. Het globaal screenen van bevolkingsgroepen op ziekten als baarmoederhalskanker, borstkanker, hypertensie, vaatverkalking, glaucoom, prostaatkanker en wat al niet, heeft zichzelf overleefd. De interventies berusten niet op een voldoende groot en bewezen effect en de toegebrachte schade is zelfs niet bij benadering te schatten. Men voelt zich machteloos en niet in staat de toenemende ontevredenheid van de consument te beantwoorden. De zogenaamde parachutistenbenadering werd veroordeeld: Een onderzoeker, daalt „uit het blauwe” tussen ons neer en beschrijft met zijn vuurspuwende mitrailleur een cirkel om zich heen. Als eenmaal het vuren is gestaakt, verdwijnt de parachutist en laat ons beschadigd achter

## Eerstelijns gezondheidszorg op de voorgrond

Het klassieke gezondheidsbegrip – niet slechts de afwezigheid van ziekte, maar de aanwezigheid van lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden – werd niet meer gehanteerd. Er wordt nu gesproken over de „health status index”. Koortsachtig wordt gezocht naar methoden de gezondheidstoestand van mensen in maat en getal vast te leggen en te berekenen of een bepaalde interventie ook een verschuiving – in welke richting dan ook – in deze toestand bewerkstelligt.

De waarschijnlijkheden dat verschuivingen optreden („transition probabilities”) kunnen worden gerelateerd aan de kosten, maar ook aan de sociale voorkeur of aan de sterkte van de politieke wil.

Het is duidelijk waarom tijdens dit congres de eerstelijns gezondheidszorg zo nadrukkelijk naar voren werd geschoven. De beoordeling van verschillende G.V.O.-activiteiten loopt bijna steeds op een teleurstelling uit. Slechts de energiecrisis, door sommigen met een zekere weemoed genoemd, was wellicht een gezondheidsopvoedingsmaatregel met een tastbaar effect.

De epidemiologie heeft een aantal fasen doorgemaakt. De eerste fase welke loopt van het door Snow verwijderen van de zwengel van de pomp tijdens een cholera-epidemie tot aan het uitbannen van pokken, heeft te maken met infectieziekten. De tweede fase is gericht op chronische ziekten, waaronder de hart- en vaataan-

doeningen. Ook deze fase heeft de epidemiologie weliswaar veel interessante informatie verschaft, doch de sociale relevantie en de politieke toepasbaarheid ervan is beneden de maat gebleven.

In een derde fase maakt men zich op de epidemiologie niet meer als een omschreven vakgebied, doch veeleer als een denkwijze met invloed op andere vakgebieden te introduceren. In deze fase wil men zich richten op de individuele situaties waarin mensen verkeren. Dan kan het niet anders of de eerstelijns gezondheidszorg is daartoe de ingang.

Het is geen liefde op het eerste gezicht die de epidemiologen ertoe brengt de huisarts in de armen te sluiten. Dit bleek ook duidelijk bij de voordrachten van de huisartsen. Men is echter wel kritisch en ook enigszins wantrouwend over de hardheid van de informatie welke door de huisartsen wordt gehanteerd.

Mijn eigen voordracht ging in op de vraag of de in de huisartsgeneeskunde gehanteerde basisgegevens en problemenlijst voldoende relevante informatie bevat. In de Amerikaanse omstandigheden is er nog een omvangrijker probleem, namelijk de vraag of een huisarts (of wat daarvoor moet doorgaan) wel enigszins zicht heeft op de populatie welke, indien nodig, op hem een beroep kan doen. Men noemt dit het „denominator problem”.

Het bleek tijdens de verschillende bijeenkomsten – waarover later meer – dat de betrouwbaarheid van wetenschappelijke informatie in de huisartsgeneeskunde niet zoveel afwijkt van die waarover de epidemioloog meestal beschikt. Het kan dan ook komen tot een verstandshuwelijk. Er schuilt echter naar mijn gevoel wel een adder onder het gras. Het is natuurlijk erg prettig wanneer de internationale huisartsgeneeskunde door een zo illustre gezelschap over de bol wordt gestreken. Het gevoel dat de huisarts voor de zoveelste keer „het vuile werk” zou moeten opknappen, raakt ons nauwelijks: dat is niet alleen ons vak maar het wordt door onszelf ook niet zo ervaren.

Moeilijker te verteren is de twijfel of niet via een omweg opnieuw een onvoldoende doordachte, positivistische draai aan een probleem wordt gegeven. Naar mijn mening zijn wij in een „post-Illich”-tijdperk aangekomen. (Voor wie de naam Illich irriteert, kunnen Mc Keown, Rhodes en Navarro als epigonen gelden). Illich mag dan precies op het goede moment in goed verstande termen de crisis in de gezondheidszorg hebben beschreven, opnieuw probeert hij ons naar een ideale eindtoestand te leiden. In feite wordt de ene heilsverwachting door de andere vervangen.

Ik meen dat het goed is wanneer de eerste-

lijnen sterk benadrukt wordt. Ik denk ook dat het goed is in de eerstelijns zoveel mogelijk goede informatie te verzamelen. Overigens wordt daarmee in Nederland op afzienbare termijn met de introductie van de probleemgeoriënteerde gezinskaart door het Nederlands Huisartsen Genootschap en eventueel met het registratieproject, zoals door de Raad Gezondheidsresearch T.N.O. ter subsidiëring aan de Staatssecretaris aangeboden, een goed begin gemaakt.

Ik denk niet dat het goed is in een soort verjaardagsstemming snel tot de orde van de dag over te gaan. Er zijn te veel problemen en er zijn te veel vragen die in eerste instantie ethische en politieke vragen zijn, die onbeantwoord blijven.

## Bijdragen uit de eerstelijns

Het feit dat ongeveer veertig van de vierhonderd voordrachten rechttoe rechtaan op de eerstelijns gezondheidszorg betrekking hadden, is in de eerste plaats te danken aan Maurice Wood, sommigen van ons nog bekend uit de North East Region van het College, nu hoogleraar huisartsgeneeskunde in Virginia (V.S.).

Wood heeft kans gezien met behulp van de betekenis van de laatste WONCA-conferentie in Toronto, met de duidelijke groei en de kwaliteit van de „Journal of Family Medicine” en niet het laatst met de prestaties van hemzelf en zijn afdeling, een plaats voor de huisarts te bevechten. Hij mocht op deze basis twee „sessions on primary care” voorbereiden, die beide door de hoge kwaliteit van de voordrachten en door het niveau van de discussies een duidelijk succes bleken.

Het centrale thema was gelegen in het „denominator problem”. Het is begrijpelijk dat epidemiologen vooreerst van huisartsen willen vernemen voor welke „population at risk” zij nu precies zorgen en welke hardheid de door hen verzamelde informatie heeft.

Jim Kilpatrick (V.S.-Virginia) presenteerde nieuwe uitkomsten van zijn onderzoek naar de verdeling van het jaarlijks aantal consulten per persoon. Hij publiceerde hierover „The distribution of episodes of illness: a research tool in general practice”-(1975) J. roy. Coll. Gen. Pract. 25, 686 - 690. Nu illustreerde hij aan de hand van een aantal empirische situaties, dat het redelijkerwijze mogelijk is uit de verdeling van het jaarlijks aantal huisarts-patiënt contacten, het aantal mensen, dat gedurende hetzelfde jaar geen contact had, te schatten. De curve van de contactfrequentie volgt de zogenaamde binomiale negatieve verdeling, zodat daarmee het „gat” van de mensen zonder een contact gedicht wordt; het

„denominator” probleem is opgelost, de praktijkgrootte is bekend.

De statistische arbeid van Kilpatrick is erg elegant en hij gaf de beperkingen van het model duidelijk aan, vooral als het gaat om zeer hoge contactfrequenties: „We conclude, therefore, that the negative binomial is an inappropriate model for the demand of the chronically ill and the hypochondriac”.

Kretchmar (University of Tennessee) ging nu juist op dit probleem in. Hij bestreed de generaliseerbaarheid van het model van Kilpatrick op grond van zijn observatie dat op elk aangegeven tijdstip de kans op een contact mede afhankelijk is van het tijdstip van het voorafgaande contact. Het blijkt dat patiënten met bepaalde, veel voorkomende, problemen (nerveuze reactie, hoge luchtweginfectie, bronchitis, specifieke vaginitis, onduidelijke buikpijn, traumata) een zeer grote kans hadden binnen twee weken een nieuw probleem aan te bieden. Er is een „association of episodes” in de tijd, een observatie welke overeenkomt met de in Ommoord beschreven „illness diversity”.

Op grond van dit uitgangspunt berekende Kretchmar voor verschillende uitdovingsperioden (twee tot acht weken) de waarschijnlijkheid dat de eerste episode door een tweede wordt gevolgd. Afhankelijk van de lengte van deze periode – gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht – ontstaan uiteenlopende verdelingen der contactfrequenties. Eén van deze verdelingen komt overeen met de vondst van Kilpatrick. De essentie is echter dat steeds een schatting van het aantal mensen zonder een contact met de huisarts (non-attenders) mogelijk is.

John Garson, één van de oprichters van de bekende gezondheidscentra in Saskatchewan (Saskatoon – Canada), toonde aan dat een goed gestructureerde eerstelijns (zoals in Canada, Engeland en ook Nederland) het probleem van de „population at risk” praktisch elimineert. Aan de hand van harde achtergrondgegevens liet hij zien dat een kleine groep huisartsen, gemotiveerden en dus geselecteerden, snel informatie over contactfrequenties kunnen leveren welke zeer betrouwbaar is en een goede weergave vormt van feitelijke schommelingen in gezondheidszorgconsumptie in de tijd.

Zijn conclusie is dat prevalenties en incidenties voor tal van ziekten en problemen, zoals verzameld door een beperkt aantal huisartsen (volgens onze peilstations), een grote betrouwbaarheid kunnen hebben.

De bijdrage uit Ommoord – „The relevance of information in primary health care – an analysis of the data base and the

probleemlijst” – sloot goed aan. Enerzijds blijkt het wel degelijk mogelijk met behulp van basisgegevens een deel – ongeveer 25 procent – van de variantie in contactfrequentie te verklaren, anderzijds is de hoeveelheid volledig onbegrepen variantie indrukwekkend groot. Nog moeilijker blijkt het gesteld wanneer wordt geprobeerd de met de problemenlijst gegeven informatie, te verklaren met de informatie uit de basisgegevens. Slechts 7 procent van de variantie der probleemsoorten bleek zo verklaarbaar te zijn.

In de discussies bleek dat er zeker geen reden is blindelings de huisartspraktijken als nieuwe, betrouwbare populaties in epidemiologische zin te hanteren.

In landen waar de positie van de huisarts ten opzichte van de overige, ruim aanwezige en goed toegankelijke ambulante zorg (internisten, kinderartsen, gynaecologen) onduidelijk is – en dat is in de Verenigde Staten het geval – kan het „denominator” – probleem niet echt met behulp van statistische kunstgrepen worden opgelost. De oplossing is erin gelegen dat de unieke positie van de huisarts als iemand, die op continue basis met een goed omschreven groep mensen te maken heeft, expliciet wordt erkend en een basis vindt in de structuur van het gezondheidszorgsysteem.

De enorme betekenis van de sluiswachterfunctie van de huisarts ten opzichte van de specialistische zorg is duidelijk. Het is een opwindende gedachte dat een nieuwe wetgeving in de Verenigde Staten de positie van de huisarts daar zoveel achtergrond zou kunnen geven dat een – al is het maar beperkte – vergelijking met de positie van de Nederlandse huisarts mogelijk is. Het perspectief op een versnelde ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde tot een wetenschappelijk gefundeerd en internationaal bruikbaar referentiekader zou daarmee sterk toenemen.