

Het is naar onze mening echter niet meer dan een beperkte stap in de ontwikkeling tot huisarts of in de ontwikkeling tot een volwaardige huisartsgeneeskunde. De historische betekenis van het werk van Balint kan moeilijk onderschat worden, de praktische betekenis van de training in een Balintgroep is beperkt en het is tevens allerminst een eindpunt. Een verdere groei van huisartsen is hierna bepaald gewenst. Dit betekent dat naast het functioneren van Balintgroepen, ruimte moet zijn voor groepen huisartsen, zoals door de Nederlanders gedemonstreerd.

Daarnaast dienen er mogelijkheden te zijn voor het werken met groepen studenten. Bij het beoordelen van het functioneren van hulpverleners kan het analytische uitgangspunt in vele gevallen op de achtergrond worden geschoven. Dit geldt eigenlijk ook voor het werken met medische studenten waarover, door een aantal franse huisartsen, interessante bijdragen vanuit de universiteit te Bobigny naar voren werden gebracht. Overigens is het opmerkelijk dat een aantal van deze franse huisartsen een analyse heeft ondergaan en zodoende het werk van Balint in een pure vorm in Frankrijk uitvoert.

Ook al bleken aan het einde van de conferentie de bijdragen over de evaluatie van het groepswork, zoals gepresenteerd door psychiaters uit Nederland, Canada en België, een hoog peil te hebben, het is nog steeds niet mogelijk vast te stellen in hoeverre het werk in de Balintgroep van direct voordeel is voor de patiënt. Maar dit is natuurlijk niet beperkt tot het functioneren van de Balintgroepen. Effectmetingen op het gehele terrein van de hulpverlening zijn uitermate moeilijk en daarom ook bijzonder zeldzaam.

In zijn slotwoord gaf de psychiater Tom Main een uitstekend overzicht van wat er zich tijdens de conferentie had afgespeeld, waarbij het conflict dat vooral na de lezing van Chris van Weel aan de oppervlakte kwam nog eens extra werd belicht.

Het is na het voorgaande duidelijk dat wij ons afvragen in hoeverre het juist is dat de Commissie Medische Psychologie officieel tot de Balint Society is toegetreten. Wanneer men als huisartsenorganisatie formeel medeverantwoordelijkheid draagt voor een ontwikkeling, zoals het „Balintisme”, dient er een grotere mate van tolerantie en flexibiliteit in de Balint Society te ontstaan. De toekomst zal leren of dit mogelijk is.

Freeling, R. (1978) J. roy. Coll. Gen. Practit. 28, 329 – 340.

Storby, P. (1977) J. roy. Coll. Gen. Practit. 27, 583 – 589.

# Is de huisarts in staat preventieve taken op zich te nemen?

PROF. DR. H. J. VAN AALDEREN EN J. A. KNOTTNERUS \*

**In artikelen en rapporten wordt de laatste tijd veelvuldig gesteld dat de huisarts meer aan preventie moet doen. Op zichzelf is dit niet nieuw. Ook voorheen werden van de huisarts bepaalde preventieve taken verwacht. Nieuw is echter dat de aandacht voor preventie de laatste tien jaren sterk is toegenomen en zich anders dan voorheen op geheel andere gebieden is gaan richten. Van de huisarts wordt verwacht dat hij in deze nieuwe ontwikkelingen zijn aandeel op zich zal nemen.**

Bij de hernieuwde aandacht voor preventie spelen enige factoren een rol:

– De verschuivingen in het ziektepatroon: de infectieziekten zijn in ons land geen belangrijk gezondheidsprobleem meer. Andere „volksziekten” hebben hun plaats ingenomen. Met het traditionele – op de infectieziekten geënte – preventiemodel zijn deze „volksziekten” niet goed te benaderen.

– De successen van de curatieve geneeskunde stagneren. De stijging van de gemiddelde levensverwachting is tot staan gekomen en voor mannen is zelfs sprake van een lichte teruggang. Ondanks zeer grote inspanningen en verfijning van de technologie is er nog weinig daadwerkelijke winst geboekt op de volksziekten van deze tijd, met name hart- en vaatziekten, kwaadaardige nieuwvormingen en de groep van de zogenaamde functionele klachten. De behoefte deze aandoeningen te voorkomen of in de kiem te smoren groeit.

– Industrie en wetenschap zijn druk bezig met de ontwikkeling van diagnostische technieken, die op grote schaal toepasbaar zijn. Er bestaat aandrang hiervoor op preventief gebied een markt te scheppen. In deze situatie ligt het voor de hand dat ook huisartsen zich afvragen wat hun aandeel in preventieve activiteiten kan en moet zijn. Immers, dagelijks worden zij met „curatieve machteloosheid” geconfronteerd. Bovendien wordt ook van buiten de beroepsgroep druk op hen uitgeoefend om met betrekking tot preventie een belangrijke rol te gaan spelen.

Met de concrete invulling van het preventieve takenpakket van de huisarts zijn wij

echter nauwelijks gevorderd. Er worden vele conclusies getrokken, die voorbarig zijn of onvoldoende onderbouwd. Pleidooien voor de huisarts als preventief werker blijven holle frasen, wanneer – zoals nu – de theoretische en praktische voorwaarden hiervoor volstrekt niet zijn vervuld. Er is behoefte aan een brede, beleidsmatige aanpak, omdat wij anders – ook in de toekomst – niet veel verder komen.

## Rapport Commissie Takenpakket voorbarig

Het rapport „De taken van de huisarts” (Landelijke Huisartsen Vereniging Commissie Takenpakket) acht preventie volgens de zogenaamde anticiperende geneeskunde (v. d. Dool, '77) een hoofdtak van de huisarts, waarbij de volgende definities worden gehanteerd: „Anticiperende diagnostiek: onderzoek naar bepaalde aandoeningen waarvan door epidemiologisch-statistisch onderzoek is gebleken, dat een bepaalde patiënt/cliënt een grotere kans heeft die aandoening te hebben of te krijgen. Anticiperende therapie: het nemen van maatregelen opdat (meer) waarschijnlijke ontwikkelingen niet zullen plaatsvinden. Anticiperende diagnostiek en anticiperende therapie vormen samen de anticiperende geneeskunde. Deze komt de primaire preventie het meest nabij en is optimale secundaire preventie.”

Zo men wil, kan men het geheel van preventief onderzoek en maatregelen naar aanleiding daarvan anticiperende geneeskunde noemen. De specifieke kenmerken daarvan zijn, dat de huisarts voor het preventieve werk primair verantwoordelijk is en dat hij daarbij werkt vanuit zijn dagelijkse spreekuurcontacten.

\* Huisartseninstituut Vrije Universiteit Amsterdam.

Eigenlijk zijn hier drie verschillende zaken aan de orde:

1. „Surveillance van risicogroepen”. Het gaat hierbij om opsporing tijdens het normale spreekuurcontact; een aangepaste vorm van actieve opsporing. Op deze wijze hoopt men de risicofactoren meer te individualiseren en (ongemerkt) de deelname aan het onderzoek te vergroten. Het nut van deze benadering is echter nog niet bewezen, evenmin als dat voor multiple screening in het algemeen het geval is. Gezien de verwevenheid met de normale praktijkroutine zal het nuttige rendement van surveillance van risicogroepen bovendien moeilijk zijn te bewijzen (*Van den Dool*, 1977).

Van de meer beperkte toepassingen, namelijk monofasisch onderzoek op cervixcarcinoom (*Van Weel*) en hypertensie (*Van der Feen*), kan tot nu toe worden gezegd dat er een relatief hoge deelname van de praktijkbevolking was. De positieve effecten op de gezondheidstoestand staan echter nog geenszins vast, terwijl mogelijk negatieve effecten nog vrijwel niet zijn geëvalueerd.

2. Actieve benadering door huisarts of wijkverpleegkundige van de praktijkpopulatie die in een bepaalde periode niet op het spreekuur is geweest. Het rapport van de Commissie Takenpakket noemt hier met name de bejaarden en degenen, afkomstig uit sociaal zwakkere milieus als waarschijnlijke doelgroepen. Een aangepaste vorm van periodiek bevolkingsonderzoek, zij het na selectie door middel van het spreekuurbezoek. Niettemin gelden ook hier in principe dezelfde onzekerheden en wetenschappelijke beperkingen als met betrekking tot het bevolkingsonderzoek in het algemeen, al dan niet gericht op risicogroepen.

3. Primair preventief werken vanuit de kennis van risicofactoren. Collectief gezien gaat het hier om de signalering van algemene problemen, ten einde op grond daarvan over te gaan tot (sociale) actie. In feite een politieke taak, die een aantal gezondheidsteams zich reeds heeft gesteld. De arts speelt hierbij een bescheiden rol. In het individuele arts-patiënt contact kunnen wij echter met het begrip primaire preventie slecht uit de voeten. Wanneer de huisarts een 45-jarige manager, die eigenlijk voor een steenpuist komt, screent op hart- en vaatziekten, betekent dat secundaire preventie. Primaire preventie zou pas zijn, wanneer de huisarts alle 25-jarige managers in zijn praktijk zou aanraden te stoppen met roken, drinken, vet eten en – waarom ook niet – autorijden, wintersport, zich druk maken, ja zelfs met manager zijn. De arts mengt zich daarmee op eigen initiatief in de totale leefwereld

van de individuele patiënt, hetgeen ons te ver zou gaan.

In dit artikel zullen wij ons verder beperken tot de secundaire preventie door middel van actieve opsporing van ziekten.

Samenvattend kan men stellen: de anticiperende methode dekt deels geen nieuwe lading, heeft haar positieve waarde ten dele nog niet bewezen, en bergt voor een deel het gevaar in zich dat de arts te veel het leven van de individuele patiënt gaat bepalen.

In het rapport van de Commissie Takenpakket wordt het anticiperende werken niettemin reeds als een hoofdtaak beschouwd. Evenals trouwens het methodisch werken naar aanleiding van de vraag om hulp. Het belangstellend openstaan voor het probleem van patiënten en het ontwikkelen van een empathische houding worden daarbij, terecht, speciaal genoemd.

Op de vraag hoe deze methodische benadering valt te combineren met anticiperende initiatieven van de arts gaat het rapport niet in. Ook *Van den Dool* (1977) ziet hier een probleem. Het stellen van de „twee extra vragen van Huygen” bij elk consult klinkt ons gemakkelijker in de oren dan het is. Het is bovendien de vraag of dit bevorderlijk is én voor de hulpverlening ten behoeve van de vraag waarvoor de patiënt in eerste instantie komt, én voor de kwaliteit van het preventieve werk.

Onze conclusie is dat men in de discussie over het rapport van de Commissie Takenpakket veel te hard van stapel is gelopen. Een grondige onderbouwing ontbreekt nog. Een hernieuwde oriëntatie rond het preventieve takenpakket van de huisarts is nodig, waarbij achtereenvolgens twee vragen aan de orde dienen te worden gesteld:

1. Is de huisarts de aangewezen persoon om een centrale rol in preventieve programma's te vervullen? Indien deze vraag bevestigend kan worden beantwoord:
2. Aan welke voorwaarden zal moeten worden voldaan, opdat hij daartoe ook in staat is?

## Unieke positie huisarts

Er zijn bij de actieve opsporing van ziekten inderdaad sterke argumenten voor een centrale functie van de huisarts, of liever het eerste lijnsteam. *Bruins* en *Van Veen* gaven met betrekking tot hypertensie reeds een uitgebreide opsomming. Wat ons betreft, pleit vooral voor de huisarts: – zijn centrale positie in de gezondheidszorg in verband met eventuele verdere verwijzing;

– de naar te verwachten grotere deelname van de patiëntenpopulatie als de huis-

arts meedoet. Zo bereikte *Van der Feen* vrijwel de gehele te onderzoeken groep uit zijn praktijk voor screening op hypertensie. *Sturmans* en *anderen* verwachten van inschakeling van de huisarts een grotere deelname door de high-risk groep aan het cervixonderzoek. Dit punt krijgt overigens pas gewicht wanneer een hoog percentage van de huisartsen meewerkt; – de voorkennis van de huisarts over de populatie maakt een betere schatting van risico's mogelijk; – de voorkennis van de huisarts over de patiënt en zijn omgeving en de verhoudingsrelatie tussen huisarts en patiënt maken een integrale beoordeling van onderzoekresultaten mogelijk. Daarnaast kan de zelfstandige keuze van de patiënt betreffende het handelingsplan beter worden bewaakt; – opsporing en begeleiding verlopen langs hetzelfde kanaal, waardoor leemten en overlappingsen kunnen worden voorkomen; – er is minder kans op een anonieme, technische benadering en beroepsblind, ongebreideld doorzoeken, dan in speciale, massagerichte screeningsinstellingen volgens Amerikaans model. Versnippering van de patiënt over vele – orgaan-gerichte – instanties kan worden vermeden. Deze argumenten zijn zo zwaarwegend, dat voor ons actieve opsporing van ziekten buiten de huisarts om in elk geval ongewenst is.

## Praktische belemmeringen

De situatie waarin de huisarts zich op dit moment bevindt en de manier waarop hij functioneert, bergen een aantal grote belemmeringen in zich om de opsporings-taak zinvol op zich te kunnen nemen. Deze belemmeringen zijn:

- te weinig organisatorische faciliteiten en hulpkrachten in de eerste lijn om het opsporingswerk te kunnen aanvangen;
- de bestaande curatieve gerichtheid – ook in methode van werken – van de gevestigde huisartsen;
- gebrek aan kennis en vaardigheden betreffende opsporingsmethodieken. Hoewel hij uiteraard niet alles zelf zal behoeven te doen, zal hij zich toch op zijn minst een nieuw gebied van indicatiestellingen moeten eigen maken;
- tijdgebrek. Voorlopig zal bij het bestaande werk een nieuwe taak worden gevoegd, terwijl op dit moment al zo weinig tijd per patiënt beschikbaar is. Verschillende berekeningen voor uiteenlopende opsporingsmethodieken (*Beek*; *Van den Dool*, 1971; *Koopman*) hebben gemeen dat zij een forse extra tijdsbelasting voor huisarts, assistente en eventueel wijkverpleegkundige aangeven;

– geen geschikt en vaak onvolledig kaartsysteem; bovendien is er geen adequate registratiemethode voor preventief werk voorhanden;

– het stelsel van financiering en honorering is niet ingesteld op preventief werk door de huisarts.

Het opheffen van deze belemmeringen is geen eenvoudige zaak en zal grote inspanningen kosten. Zonder de dit rechtvaardigende uitkomsten van desbetreffend onderzoek zal men niet op politieke bereidheid en financiële offers behoeven te rekenen.

## Voorwaarden

Het is duidelijk dat wij om eerder genoemde redenen voorstanders zijn van het inschakelen van de huisarts bij preventieve programma's. Wij menen zelfs dat hij – of het eerstelijnssteam – daarin een betrekkelijk centrale plaats zou moeten bekleeden. Wij zijn echter ook van mening, dat de huidige huisarts in het algemeen niet in staat is deze taak op zich te nemen. Voordat hij dit zal kunnen, zal aan een aantal voorwaarden op het gebied van onderzoek en beleid moeten worden voldaan.

## Onderzoek

De wetenschappelijke discussie over de zin van vroege diagnostiek door middel van actieve opsporing is al jaren aan de gang. Algemeen aanvaardbare conclusies zijn nog niet te trekken. *Thomas* gaf hieromtrent een treffend overzicht. Onlangs wezen *Habbema* en *anderen* op het gebrek aan eenduidige evaluatiemodellen voor screeningsonderzoek. Ook de evaluatie van de negatieve effecten, met name in sociaal-psychologisch opzicht, laat veel te wensen over. Daarnaast speelt ook voortdurend de fundamentele vraag, of algemene primair preventieve maatregelen uiteindelijk niet veel meer rendement zullen opleveren dan een uitgebreid netwerk van actieve opsporing. Voor hart- en vaatziekten, longcarcinoom en CARA ligt deze vraag zeer nadrukkelijk. De huisarts is inmiddels wel onder druk komen te staan. Enthousiaste voorvechters bepleiten invoering van bepaalde screeningsvormen in de huisartspraktijk. Algemeen periodiek onderzoek na voorselectie met behulp van een anamnesevragenlijst (*Bergsma*), opsporing van glaucoom (*Fuldauer; Van Rens*), hypertensie (*Van der Feen*), urineweginfecties (*Oh en De Jong*) en cervixcarcinoom (*Van Weel*), terwijl *Van den Dool* door de jaren heen de verschillende screeningsitems in zijn surveillanceschema tracht samen te brengen. De wetenschappelijke twijfels zijn echter nog niet weggenomen. Veel, en naar onze mening beter gecoördineerd

onderzoek zal nog nodig zijn. Een aantal punten verdient daarbij speciale aandacht.

1. *Onderzoek naar het hulpzoekersgedrag*. Sinds de *Peckam-study* (1942) kennen wij het ijsbergfenomeen van de morbiditeit. In de spreekkamer zien wij slechts het topje van alle min of meer ernstige klinische afwijkingen. Hetzelfde geldt voor het subjectieve klachtenpatroon. Zo vond *Folmer* dat slechts 10 procent van de klachten aanleiding was voor een bezoek aan de arts. Het ligt voor de hand dat in zo'n situatie vele aandoeningen niet worden opgespoord.

Als de arts initiatieven naar de patiënten toe gaat nemen, is het belangrijk inzicht te hebben in de achtergronden van dit gedrag, omdat de groep die zich nooit bij de huisarts vertoont vaak blijkt samen te vallen met de groep die ook niet geneigd is aan actieve opsporing mee te doen.

Men bereikt vaak slechts de bezorgde gezonden, zoals *Sturmans* en *anderen* met betrekking tot cervix-screening aangaf, hetgeen voor de hand ligt, want in beide gevallen moet men gemotiveerd zijn tot het verkrijgen van hulp. Hierdoor wordt het perspectief van een actieve opsporing dus sterk bepaald.

Fundamenteler is het volgende punt. Door actieve opsporing gaat men zich mengen in het hulpzoekersgedrag. Wij weten hoe moeilijk het is in het therapeutische contact niet met onze medische machinerie over de verantwoordelijkheid van de patiënt heen te walsen. Hoeveel groter is dat gevaar niet bij actieve opsporing, wanneer bij „gezonden” wordt ingespeeld op de vrees bepaalde aandoeningen onder de leden te hebben. Te meer nog, wanneer er een smalle basis is om eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid te dragen. Toegenomen afhankelijkheid van de medicus dreigt dan. In het individuele contact zal men zich dit steeds moeten realiseren. Voor het voeren van een beleid zal men ook op grote schaal inzicht moeten hebben, hoe het met deze mondigheid is gesteld.

Er zijn zeer vele redenen waarom mensen wel of niet naar de dokter gaan. *Cassee* heeft op dit gebied belangrijk werk verricht. Op welke wijze hierop preventief in te gaan, hangt nauw met deze redenen samen. Als men bijvoorbeeld thuis blijft wegens gemakkelijk op te helderen misvattingen betreffende therapeutische mogelijkheden zou actieve opsporing zin kunnen hebben. Als het om zeer gerechtvaardigde reserves met betrekking tot het medisch kunnen gaat, zouden wij beter eerst de hand in eigen boezem kunnen steken. Betreft het vooral gebrek aan elementaire

kennis en inzicht betreffende het eigen lichaam dan zou aan gezondheidsvoorlichting en -opvoeding prioriteit moeten worden gegeven.

2. *Praktische evaluatie van het methodische probleem van het actief opsporen door de huisarts, naar aanleiding van of zelfs zonder vraag om hulp van de patiënt*. Hoe kan dat het beste gebeuren? Welke consequenties heeft het voor de hulpverlening? Denkbaar is dat de huisarts een speciaal tijdsdeel naast de normale spreekuurcontacten reserveert voor preventief werk. *Beek* en *Bergsma* deden onderzoek volgens deze opzet.

Daarnaast bestaat het model-*Van den Dool*: het zoveel mogelijk inbedden van het preventieve werk in de normale spreekuurroutine. Het voordeel van het eerste model is dat de normale vraag om hulp onverlet blijft. Het tweede zou mogelijk minder tijd kosten en gemakkelijker een hoge deelname van de populatie kunnen opleveren. Met beide organisatievormen zal nog meer moeten worden geëxperimenteerd om voor- en nadelen goed te kunnen onderzoeken.

Voor beide organisatievormen geldt overigens ook de probleemstelling hoe het preventieve werk van de huisarts op andere vormen van opsporing, zoals in de jeugd- en de bedrijfsgezondheidszorg is af te stemmen.

3. *Experimenten ter ontwikkeling van een preventie-gerichte registratie van morbiditeit*. Juist hier gaat het om gegevens, waarvan alleen een massale verwerking zin heeft. Zo'n registratie moet ten eerste zijn gericht op onderwerpen, die zich (lijken) te lenen voor een zinvolle opsporing en interventie, ten tweede bruikbaar zijn voor de nadere identificatie van risicogroepen en ten derde voor de – ook op lange termijn – evaluatie van de effecten van de interventie.

Preventief werk in de eerstelijns is niet denkbaar zonder een dergelijke registratie. Het is duidelijk dat met de registratie van de gemiddelde huisarts op dit moment een breed opgezette preventieve aanpak onmogelijk is.

## Beleid

Wanneer het vanuit wetenschappelijk oogpunt zinvol wordt geacht dat bepaalde risicogroepen worden opgespoord en bewaakt, zal er iets meer moeten gebeuren dan het aansporen van huisartsen hieraan in hun praktijk wat te doen. Door een aantal huisartsen is ongetwijfeld nuttig onderzoekwerk verricht. Dit bleef echter tot nu toe nogal in de hobbyistische sfeer. Preventief werk door de huisarts heeft echter

alleen zin wanneer zeer veel, of bij voorkeur alle huisartsen (kunnen) meedoen. Dat houdt ook in, dat proefvelden pas werkelijk betekenis krijgen wanneer zij worden opgezet in een breder beleidsmatig kader. Tot op heden was dit niet het geval. Hier ligt mogelijk één van de hoofdoorzaken van het feit dat er ondanks vrij veel werk nog geen duidelijke conclusies zijn te trekken.

In die beleidsmatige aanpak hebben de huisartsen een specifieke taak. Preventie is voor hen immers meer dan de som van alle mogelijke screeningstests volgens klinisch model. De persoonlijke en integrale benadering van de „patiënt” is en blijft het uitgangspunt. Daarbij moeten wij oppassen niet achteraan te lopen. Medische apparatenindustrieën en klinische en andere wetenschappers verzetten veel werk. Zo zijn bijvoorbeeld met betrekking tot de massale toepassing van electrocardiografie uitgebreide projecten gaande, zoals regelmatig uit het Hartbulletin blijkt. Het Koninklijk Instituut van Ingenieurs congresseerde reeds jaren geleden over screening, en proefregio's voor bevolkingsonderzoek beslaan op dit moment grote delen van ons land.

Op zichzelf is dat allemaal prima, maar de uiteindelijke vormgeving van het preventieve werk zou ons op die manier wel eens kunnen worden opgedrongen. De beroepsgroep zal daarom niet alleen moeten beslissen dat preventie tot haar taken wordt gerekend, maar concreet moeten aangeven welke preventie, en op welke aandoeningen gericht, wordt bedoeld. Het rapport „De taken van de huisarts” is hiertoe een gebrekkige aanzet. Gezien de huidige stand van zaken was er trouwens ook niet meer mogelijk. Des te meer is het nodig een beleid uit te stippelen, om hiermee werkelijk verder te komen.

Uiteindelijk zal de huisarts een voldoende ruim gedeelte van zijn tijd moeten (kunnen) reserveren voor deze taak. Dat kan alleen als de overheid en de ziekenfondsen het preventieve werk als taak erkennen en de nodige gelden beschikbaar stellen voor onderzoek, praktijkverkleining, hulpkrachten, verbetering van de registratie enzovoort. Voorts is een volledige en consequente uitvoering van het preventieve programma uiterst belangrijk. Er zal dan ook een vorm van controle hierop moeten worden ontwikkeld. Bovendien dient het opsporingswerk in het honoringsstelsel te worden ingepast. Tenslotte moeten ook opleiding en nascholing op de eventuele taakverruiming worden afgestemd.

Het is van belang zich deze niet geringe beleidsmatige voorwaarden bewust te zijn. Enerzijds volgt hieruit de evidente

noodzaak van een gecoördineerde, en dus – afgezet tegen de huidige toestand – minder chaotische, benadering van het probleem. Niet in de laatste plaats van de kant van de beroepsgroep huisartsen. Anderzijds blijkt dat niet alleen de afwikkeling van een wetenschappelijke discussie aan de orde is, maar ook het vormgeven aan de materiële consequenties daarvan. Juist nu in toenemende mate op de collectieve uitgaven lijkt te worden bezuinigd is het nodig op dit punt de nadruk te leggen.

## Conclusies en aanbevelingen

Het ziet er naar uit, dat op dit moment de preventieve ontwikkelingen op een betrekkelijk willekeurige manier plaatsvinden. Veel ongecoördineerde stuwende krachten, merendeels buiten de eerstelijns gezondheidszorg, bepalen de (onduidelijke) koers.

Het is van belang, dat de eerstelijns gezondheidszorg en daarin de huisarts een belangrijke taak wordt toegedacht bij de uitvoering van een gericht preventiebeleid. De huisarts van nu is daartoe niet in staat. Veel doelgericht onderzoek zal nog moeten worden verricht om methodisch en organisatorisch het preventieve werk in de huisartspraktijk te kunnen inbouwen. Daarnaast zullen beleidsmatig de bakens drastisch moeten worden verzet.

Het is van belang wanneer op korte termijn een studiegroep zich gaat bezighouden met het scherper formuleren van de voorwaarden. In een dergelijke studiegroep moeten de beroepsgroep en de overheid participeren. De studie zou zich op twee punten moeten richten:

– Het nader formuleren van het soort onderzoek dat in de komende jaren met betrekking tot preventie in de eerste lijn dient te worden verricht.

– Het nader formuleren van de voorwaarden, die het incorporeren van preventieve taken in de eerste lijn mogelijk maken.

*Samenvatting. Over de preventieve taak van de huisarts is de laatste tijd veel te doen. Reden om op de vraag in te gaan of de huisarts de aangewezen persoon is om de centrale rol in preventieve programma's te vervullen. Vervolgens wordt op de vraag ingegaan, aan welke voorwaarden moet worden voldaan, opdat de huisarts op zinvolle wijze preventieve taken op zich kan nemen.*

*Doelgericht onderzoek over de vraag, op welke wijze methodisch en organisatorisch het preventieve werk in de huisartspraktijk kan worden ingebouwd, wordt bepleit. Tevens wordt aangestipt dat zinvolle preventieve arbeid in de huisartspraktijk niet geringe beleidsveranderingen vereist.*

*Summary. Is the general practitioner able to assume preventive tasks? The preventive task of the general practitioner has recently been a subject of considerable discussion. This prompts an attempt to answer the question whether the general practitioner is the appropriate person to play a central role in preventive programmes. Next, the requirements to be fulfilled for a successful assumption of preventive tasks by the general practitioner are discussed. Arguments are presented in favour of purposeful research into the question how preventive work can be administratively and methodologically integrated in general practice. It is pointed out that meaningful preventive work in general practice demands policy and management changes of some magnitude.*

- Beek, A. De uitvoerbaarheid van periodiek geneeskundig onderzoek in de huisartspraktijk. Van Gorcum, Assen 1966.
- Bergsma, J. J. Preventief geneeskundig onderzoek in de huisartspraktijk. Proefschrift, Nijmegen, 1966.
- Bruins, C. P. en W. van Veen. (1977) Medisch Contact 32, 569-574
- Cassee, E. Th. Naar de dokter. Boom, Meppel, 1973.
- Dool, C. W. A. van den en W. Spoelstra. (1971) huisarts en wetenschap 14, 93.
- Dool, C. W. A. van den. Anticiperende Geneeskunde. In: Het Medisch Jaar. P. G. Gerlings, W. H. Birkenhäger en J. C. van Es. Oosthoek, Scheltema en Holkema, Utrecht, 1977.
- Feen, J. A. E. van der. (1978) Ned. T. Geneesk. 122, 754.
- Folmer, H. R. Huisarts en Ijsberg. Proefschrift, Utrecht, 1968.
- Fuldauer, A. (1972), huisarts en wetenschap 15, 465.
- Habbema, J. D. F., G. A. de Jong, P. J. van de Maar en G. J. van Oortmarssen. (1978) T. Soc. Geneesk. 56, 33-43.
- Huygen, F. J. A. (1971) huisarts en wetenschap 14, 447.
- Koopman, J. (1975) T. Soc. Geneesk. 53, 381.
- L.H.V. Commissie Takenpakket. De taken van de huisarts. (1977) Medisch Contact 32, 765.
- Oh, I. T. en J. de Jong. (1975) huisarts en wetenschap 18, 400.
- Rens, J. W. G. A. van. (1977) Ned. T. Geneesk. 121, 524.
- Sturmans, F., H. A. Valkenburg en L. Burrema. (1976) Ned. T. Geneesk. 120, 1191.
- Sturmans, F., H. A. Valkenburg en L. Burrema. (1976) Ned. T. Geneesk. 120, 1197.
- Thomas, S. (1977) Medisch Contact 32, 564.
- Weel, C. van. (1975) huisarts en wetenschap 18, 402.