

Preventie en praktijkvoering

Medical science has created the weapons; if we do not use them we are only pretending to be doctors.

Julian Tudor Hart¹

In 1983 besloot het Ledencongres van het Nederlands Huisartsen Genootschap de werkzaamheden in de komende jaren vooral te richten op het thema preventie. Een moedig besluit, omdat al jarenlang het begrippenpaar huisarts en preventie eerder leidt tot verlammende controversen dan tot duidelijke beleidsuitspraken over de opname van concrete preventieve activiteiten in het takenpakket van de huisarts. Maar vooral ook een belangrijk besluit. Na de grote successen ten aanzien van besmettelijke ziekten blijken in toenemende mate ook chronische degeneratieve aandoeningen, zoals bepaalde hart- en vaatziekten alsook het bronchus- en cervixcarcinoom, toegankelijk te zijn voor preventieve benaderingswijzen. En deze preventieve mogelijkheden liggen voor een groot deel binnen het bereik van de huisarts.

Het initiatief van het Genootschap sluit aan bij de ontwikkelingen in andere landen. Zo heeft het Royal College of General Practitioners sinds 1981 met enkele rapporten en symposia de discussie over preventie bevorderd onder de Britse huisartsen, leidend tot concrete aanbevelingen voor reorganisatie, samenwerking en opleiding.² Al eerder hadden de Canadese gezondheidszorgautoriteiten een commissie ingesteld, bestaande uit onder meer huisartsen en epidemiologen, die als opdracht kreeg die preventieve onderzoeken te selecteren die kunnen bijdragen aan de volksgezondheid. Deze Canadian Task Force on the Periodic Health Examination presteerde het om voor 78 omschreven ziekten, aandoeningen en gedragsvormen die zich in principe lenen voor preventie, op grond van de relevante wetenschappelijke literatuur (circa 1.500 onderzoeksverslagen) en expliciete criteria, aan te geven:

- in hoeverre de effectiviteit van preventie is aangetoond;
- het belang en de ernst van het probleem voor het individu en de maatschappij;
- de mate waarin een bepaalde preventieve maatregel aanbeveling verdient in omschreven risicogroepen.³

Nadat in 1983 was besloten jaarlijks de rapportage bij te stellen op grond van nieuwe bevindingen, verscheen in 1984 een tweede rapport.⁴ Soortgelijke activiteiten als in Canada zijn onlangs in de Verenigde Staten in gang gezet.⁵

In de jaargangen van *Huisarts en Wetenschap* is inmid-

dels een schat aan gedocumenteerde ervaringen van huisartsen met preventie opgebouwd. Na het recente themanummer over secundaire preventie van cervix- en mammacarcinoom zijn in de thans lopende jaargang reeds vier artikelen gepubliceerd die betrekking hebben op de (secundaire) preventie van hart- en vaatziekten.

Van Ree e.a. berichten in twee afleveringen over de resultaten op langere termijn van interventie bij hypercholesterolemie, adipositas, roken c.q. verhoogde bloeddruk. Twee tot vier jaar na beëindiging van het Nijmeegs Interventie Project bleken de daarin behaalde resultaten grotendeels weer verdwenen.⁶ Naar aanleiding van deze teleurstellende resultaten bespraken de huisartsen die verbonden zijn aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, de consequenties ervan voor praktijkvoering, onderwijs en nascholing. Van deze bespreking wordt in dit nummer verslag uitgebracht.⁷ Het blijkt dat geen overeenstemming bereikt kon worden over de praktische consequenties, hoe voor de hand liggend ze ook zijn.

Elders in dit nummer brengen *Seelen e.a.* verslag uit van het vervolg op een tien jaar geleden in een huisartspraktijk verrichte screening op risico-indicatoren voor hart- en vaatziekten.⁸ Bij dit vervolgonderzoek blijkt eveneens het in eerste instantie bereikte resultaat op langere termijn grotendeels verloren te gaan.

Bij dit alles springen enkele opmerkelijke zaken in het oog. Gedurende de afgelopen decennia zijn de mogelijkheden voor tijdige interventie ten aanzien van aandoeningen als hypertensie, diabetes, longkanker en baarmoederhalskanker ingrijpend verbeterd, en is de effectiviteit daarvan uitvoerig gedocumenteerd. Desondanks is het welhaast zeker dat er in de dagelijkse praktijk van de huisarts weinig of niets terecht komt van effectieve preventie. Dit gold tien jaar geleden, maar het geldt nog steeds, en niet alleen voor Nederland, maar ook voor andere landen.^{9 10} Zo bleek uit een onderzoek in Schotse huisartspraktijken dat bij mannen ouder dan 40 jaar de patiëntenkaart in minder dan de helft der gevallen een bloeddrukwaarde vermeldde; dat hij iets meer dan de helft van degenen met een verhoogde bloeddruk de bloeddrukmeting was herhaald; en dat een behandeling was begonnen bij de helft van degenen met oorspronkelijk een systolische bloeddruk van 200 mm Hg of hoger, c.q. bij een derde met oorspronkelijk een diastolische druk van 120 mm Hg of hoger. Verder bleek dat gedurende de periode 1968-1977 in geen van deze

bevindingen een verbetering optrad.¹¹ Soortgelijke resultaten worden vermeld ten aanzien van bijvoorbeeld diabetes.¹²

Daarnaast zijn er „uitzonderlijke” huisartsen die, ook op langere termijn, uitstekende resultaten weten te behalen.^{6 13 14} De discrepantie tussen wat zou kunnen worden bereikt en wat feitelijk gebeurt, is dus zeer groot.

Intussen moet worden aangenomen dat zeer veel patiënten met type II-diabetes, hypertensie en met aan alcohol of roken gerelateerde aandoeningen vroeg of laat terechtkomen in poliklinieken en ziekenhuizen, en uit het gezichtsveld van de huisarts verdwijnen. Meer nog dan het hoge aantal verwijzingen, geeft het hoge aantal vervolcontacten op poliklinieken te denken. Het nuttig rendement daarvan wordt nogal eens betwijfeld.^{15 16}

Onder de huidige omstandigheden kan echter gevoelig de vraag worden gesteld of de hier bedoelde categorieën patiënten er beter van worden, als zij worden terugverwezen naar de huisarts. Uit verscheidene Britse onderzoeken blijkt dat dit niet het geval is.^{17 18} Bijzonder onthullend in dit verband is een onderzoek waarbij de surveillance van 100 poliklinisch behandelde type II-diabetici werd vergeleken met de lotgevallen van een even grote groep die ter behandeling naar de huisarts was terugverwezen. In de huisartsgroep werd slechts 14 procent ten minste eenmaal per jaar gecontroleerd, tegen 100 procent in de polikliniek-groep. In de huisartsen-groep was het aantal ziekenhuisopnamen wegens diabetes of cardiovasculaire aandoeningen hoger (22) dan in de polikliniekgroep (15) en de sterfte aan hart- en vaatziekten was zelfs beduidend hoger (12 respectievelijk 3).¹⁸

Wanneer de hier beschreven situatie ook voor Nederland zou gelden, zou dit een schril licht werpen op de filosofie achter het streven in de huisartsgeneeskunde naar „preventie van somatische fixatie”. Eerder dan een eenzijdige opstelling lijkt een „bipolaire” benadering wenselijk, waarbij gezamenlijk protocollen en één toetsingsmethodiek worden ontwikkeld voor aandoeningen die liggen op elkaar overlappende werkterreinen van huisartsen en specialisten.¹⁹ Voorbeelden van surveillance-modellen waarbij de mogelijkheden van huisarts én specialist zo goed mogelijk worden beproefd, zijn in de literatuur niet moeilijk te vinden.^{20 21}

Welke andere verbeteringen zijn er mogelijk en noodzakelijk?

Deze liggen grotendeels op het vlak van de praktijkorganisatie. Wanneer wordt uitgegaan van de gebruikelijke, door de patiënt geïnitieerde contacten met de huisarts, blijkt het veelal zo te zijn dat die groepen die het meest gebaat zijn bij preventie, het slechtst worden bereikt. Zo komen in de huisartspraktijk, in

plaats van jonge mannen, voornamelijk oudere vrouwen in behandeling wegens hypertensie.²² Voor het cervixcarcinoom geldt een soortgelijk fenomeen. Enerzijds is de kans dat nog nooit een cervixuitstrijk is gemaakt, groter naarmate de vrouw ouder is, anderzijds valt ruim de helft van de uitstrijken in de huisartspraktijk ten deel aan vrouwen jonger dan 35 jaar.²³ Evenals voor opsporingsdoeleinden blijken voor de verdere surveillance de consulten op initiatief van de patiënt een veel te smalle basis.⁷

Intussen worden beleidsmaatregelen uitgewerkt voor de screening op cervixcarcinoom in de huisartspraktijk. Slechts een enkele huisarts kan thans beschikken over een betrouwbaar en volledig leeftijds/geslachtsregister van de praktijkpopulatie, als hulpmiddel bij de uitvoering en evaluatie van systematische screening door middel van *case-finding* en/of gerichte uitnodiging van de doelgroep. Nu het bevolkingsonderzoek naar cervixcarcinoom wordt afgebouwd en geïntegreerd in de huisartspraktijk, heeft Staatssecretaris Van der Reijden besloten vooralsnog te willen voorzien in een oproepsysteem op basis van persoonsgegevens uit de bevolkingsboekhouding. De bedoeling is om met ingang van volgend jaar alle vrouwen van 35-54 jaar eenmaal in de drie jaar uit te nodigen de huisarts te bezoeken voor het maken van een uitstrijk. Nu heeft deze beleidsmaatregel een tijdelijk karakter, terwijl het voorts wenselijk is, dat ook enkele andere preventieve taken systematisch verricht gaan worden.^{24 25} Daarom is het onverminderd van belang voor de ontwikkeling van de preventieve zorg, dat alle huisartsen binnen enkele jaren beschikken over goede leeftijds/geslachtsregisters. Daartoe zullen de mogelijkheden verkend moeten worden die de ziektekostenverzekeraars en de gemeenten hebben om de huisarts daarbij behulpzaam te zijn.

Van Ree e.a. benadrukken terecht het grote belang van een goed afspraaksysteem voor de surveillance.⁷ Het komt mij voor dat iemand met een asymptomatische aandoening of afwijking, met wie de huisarts geen (duidelijke) vervolgspraak maakt, al gauw tot de conclusie moet komen dat de dokter de betreffende afwijking niet van belang acht.

Seelen e.a. constateren dat de wijkverpleegkundige met wie werd samengewerkt, niet zelfstandig de surveillance kan uitvoeren.⁸ Wanneer het dan gaat om het delegeren van omschreven deeltaken en wanneer in aanmerking wordt genomen dat de wijkverpleegkundige een eigen professionele verantwoordelijkheid heeft, ligt het voor de hand die deeltaken toe te vertrouwen aan de praktijkassistente. De uitstekende ervaringen met praktijkassistentes in onder meer het Nijmeegs Interventie Project pleiten hier sterk voor.⁶

Tot slot de positieve incongruentie tussen wat (huis)artsen zeggen te doen en wat zij feitelijk doen.⁷ Ook

hier zijn aspecten van de praktijkorganisatie in het geding, te weten de medische registratie en de kwaliteitsbewaking van de verleende zorg. In het verlengde van de surveillance van risicogroepen ligt periodieke verslaglegging van de verleende zorg en de bereikte resultaten per risicogroep. Alleen zo kan worden nagegaan of in de praktijk is voldaan aan gestelde criteria, en kunnen zo nodig de zorgverlening dan wel de criteria worden bijgesteld. Hierbij kan automatisering de informatie-organisatie doelmatiger en doeltreffender maken, zoals dat ook het geval is bij eerder genoemde aspecten, zoals het bijhouden van leeftijds/geslachtsregisters en een afspraaksysteem. Ontwikkelingen op dit gebied worden sinds enige tijd actief bevorderd door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, en gecoördineerd door de LHV/NHG-werkgroep Coördinatie Informatie Automatisering.

Geconcludeerd kan worden dat de tot dusver bereikte resultaten van onderzoek naar de uitvoerbaarheid van wenselijk geachte preventieve activiteiten in de huisartspraktijk een sterk pleidooi vormen voor ingrijpende verbeteringen in de praktijkorganisatie. Voor de realisering van deze organisatorische verbeteringen is bevordering van de meningsvorming over preventie binnen het Genootschap noodzakelijk, maar niet voldoende. Het is duidelijk dat zonder een gemeenschappelijke krachtsinspanning van alle betrokken partijen systematische preventie in de huisartspraktijk ondenkbaar is.

Met de verdere uitwerking van het beleid ten aanzien van de screening op cervixcarcinoom zal in het komende halfjaar de spits moeten worden afgebeten. De LHV zal dan op basis van het Convenant dat op 18 maart werd getekend door de LHV en Staatssecretaris Van der Reijden, verder onderhandelen met de financiers over de wijziging van de honoreringsstructuur. Daarbij zal ongetwijfeld de eventuele tarifiering van periodieke cervixuitstrijken worden betrokken. Naast ingrijpende verbeteringen van het praktijkmanagement en de eventuele aanpassing van de honoreringsstructuur zijn duidelijke beleidsuitspraken nodig over de vraag welke concrete preventieve activiteiten, naast het cervixcytologisch onderzoek, behoren tot het takenpakket van de huisarts. Het ligt op de weg van het Genootschap als wetenschappelijke vereniging bij te dragen aan een grondige, kritische inventarisatie van de preventieve taken die in de huisartspraktijk wenselijk en uitvoerbaar zijn.

Tot slot komt als belangrijk aandachtspunt voor het Genootschap naar voren – en in het bijzonder voor de Stichting Toetsing Huisartsen – de protocollering en kwaliteitsbewaking van geaccepteerde preventieve taken krachtig te bevorderen.

De systematische surveillance van risicogroepen in de huisartspraktijk vergt veel meer dan het enthousiasme en de inzet van enkele huisartsen. Het pioniersstadium is voorbij.

W. A. van Veen

- ¹ Tudor Hart J. Community general practitioners. *Br Med J* 1984; 288: 1670-3.
- ² Anonymous. Promoting prevention [Occasional paper 22]. London: Royal College of General Practitioners, 1983.
- ³ Task Force to the Conference of Deputy Ministers of Health. Periodic Health examination. Hull, Quebec: Canadian Government Publishing Centre, 1980.
- ⁴ Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The Periodic health examination: 1984 up date. *Can Med Assoc J* 1984; 130: 1278-85.
- ⁵ Fletcher SW. The periodic health examination and internal medicine: 1984 [Editorial]. *Ann Intern Med* 1984; 101: 866-8.
- ⁶ Van Ree JW, Van Gerwen W, Van den Hoogen H. Interventie bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. *Huisarts en Wetenschap* 1985; 28: 21-4; 53-8, 77.
- ⁷ Van Ree JW, Van den Bosch WJHM, Rutten G. Praktijkmanagement en hypertensiebeleid. *Huisarts en Wetenschap* 1985; 28: 133-6.
- ⁸ Seelen AMR, Van Zutphen WM, Diederiks JPM. Een rol voor de wijkverpleegkundige bij de interventie bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. *Huisarts en Wetenschap* 1985; 28: 129-32.
- ⁹ Anonymous. Towards better general practice [Editorial]. *Lancet* 1984; ii: 1436-8.
- ¹⁰ Chamberlain J. Failures of the cervical cytology screening programme [Leading Article]. *Br Med J* 1984; 289: 853-4.
- ¹¹ Ritchie LD, Currie AM. Blood pressure recording by general practitioners in N.E. Scotland. *Br Med J* 1983; 286: 107-9.
- ¹² Doney BJ. An audit of the care of diabetics in a group practice. *J R Coll Gen Pract* 1976; 26: 734-42.
- ¹³ Van der Feen JAE. Zes jaar later. Een herhalingsonderzoek naar hypertensie in een huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap* 1982; 25: 389-93.
- ¹⁴ Tudor Hart J. Prevention of coronary heart death in general practice. *Postgrad Med J* 1984; 60: 42-6.
- ¹⁵ Marsh GN. Are follow-up consultations at medical out patient departments futile; *Br Med J* 1982; 284: 1176-7.
- ¹⁶ Beek M, Van Eijk J, Rutten G. Huisartsen en specialisten over hun onderlinge taakafbakening. *Med Contact* 1984; 39: 1247-51.
- ¹⁷ Wilkes E, Lawton E. The diabetic, the hospital, and primary care. *J R Coll Gen Pract* 1980; 30: 199-206.
- ¹⁸ Hayes TM, Harries J. Randomised controlled trial of routine hospital clinic care vs. routine general practice care for type II diabetics. *Br Med J* 1984; 289: 728-30.
- ¹⁹ Casparie AF. Gestructureerde samenwerking. *Med Contact* 1985; 40: 97-100.
- ²⁰ Hill RD. Community care service for diabetics in the Poole area. *Br Med J* 1976; i: 1137-9.
- ²¹ Singh BM, Holland MR, Thorn PA. Metabolic control of diabetes in general practice clinics: comparison with a hospital clinic. *Br Med J* 1984; 289: 726-8.
- ²² Van Weel C. De voor hypertensie behandelde populatie in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap* 1983; 26: 4-8.
- ²³ Van Veen WA. Screening op cervixcarcinoom: naar optimalisering van de strategie. *Huisarts en Wetenschap* 1984; 27: 406-11.
- ²⁴ Gezondheidsraad. Advies inzake hypertensie. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1983.
- ²⁵ Gezondheidsraad. Advies inzake epidemiologie en preventie van ischemische hartziekten. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1984.