

## Van oude schema's en nieuwe schoenen

In 1970 publiceerde *Van den Dool* kort na elkaar twee artikelen in dit tijdschrift, waarin buitengewoon belangrijke lijnen werden uitgezet voor het denken over diagnostiek en preventie.

In het eerste artikel, waarmee de 13e jaargang van *Huisarts en Wetenschap* opende, analyseert de auteur een aantal multipole screeningsonderzoeken in zijn huisartspraktijk in Stolwijk. Van de daarbij opgespoorde gevallen bleek een belangrijk deel reeds bekend bij de huisarts, terwijl een groot deel van de patiënten met een al dan niet bekende afwijking kort tevoren het spreekuur had bezocht. De conclusie luidde: 'Men kan verwachten dat door surveillance van risicogroepen de huisarts optimaal secundair preventief werkzaam zal kunnen (zijn)'.<sup>1</sup> In het tweede nummer van dezelfde jaargang volgt dan een surveillanceschema met 26 onderzoeken en tests.<sup>3</sup> Dit schema is verkleind weergegeven op pagina 5 van dit Ten geleide.

November 1986 wordt de Nederlandse huisarts wederom het thema preventie aangeboden, thans naar aanleiding van het wetenschappelijk congres ter gelegenheid van het zesde NHG-lustrum. Dit supplement bij *Huisarts en Wetenschap* richt zich daartoe op een aantal thema's en aspecten van preventie, die in de afgelopen jaren niet al te nadrukkelijk naar voren zijn gebracht.

Voor de huisarts ligt intussen de nadruk van zijn rol in de preventie bij de *secundaire* preventie: vroege opsporing, onderkenning en signalering. Wat dat betreft is de door *Van den Dool* aangegeven weg gevolgd. Zijn schema omvat verder – impliciet – twee elementen waarvan men zich meer en meer realiseert dat zij wezenlijk zijn voor preventie: er dient een bepaalde systematiek te worden betracht (men moet zich richten op een volledige doelgroep en niet slechts op toevallige enkelingen) en het initiatief behoort uit te gaan van degene die het programma organiseert (bijvoorbeeld de anticiperend werkende huisarts).

Met name op deze aspecten richt zich een belangwekkende discussie binnen de huisartsenkring: is preventie vanuit de huisartspraktijk *haalbaar*, waarbij de systematiek in het geding is, en is zij *geoorloofd*, waarbij het dan met name om het ongevraagd aanbod gaat.

Moge hiermee duidelijk zijn dat ten aanzien van de implementering van het schema 16 jaar later nog een duidelijk verschil van mening bestaat, een andere vraag is die naar de plaats van de onderscheiden deelaspecten.

Drie onderdelen van het surveillanceschema uit 1970 hebben de afgelopen jaren nadrukkelijk in de aandacht gestaan, ook in *Huisarts en Wetenschap*. Om die reden wordt in dit nummer voorbijgegaan aan het opsporen van hypertensie, cervixcarcinoom en mammacarcinoom. Ofschoon het laatste woord hierover zeker nog niet is gezegd, staat de systematische screening op deze aandoeningen niet wezenlijk ter discussie en valt er daarbij een (steeds) ruimere inbreng – vooral bij de eerste twee – voor de huisarts te verwachten.

Het op zuigelingen en kleuters gericht onderzoek, bestaande uit fysisch onderzoek, lengte- en gewichtsmeting, en het afnemen van een fenylketonurie bepaling en een gehoortest, zijn eveneens geïnstitutionaliseerd, zij het dat de huisarts bij deze activiteiten slechts onder bepaalde omstandigheden wordt gedoogd en niet veel gelegenheid heeft zijn eigen visie vorm te geven.<sup>3</sup>

Eén van de door *Van den Dool* opgevoerde aandoeningen ter surveillance is diabetes mellitus: hij bepleitte het testen van het bloedglucosegehalte en van de urine op suiker bij volwassenen, maar een grote weerklank lijkt dit pleidooi niet te hebben gevonden, zeker niet de systematische en ongevraagde toepassing. De nadruk ligt veeleer bij aspecten van tertiair preventief belang: het beperken van de chronische complicaties door optimale controle van reeds geïdentificeerde diabetespatiënten.

Voor CARA geldt een vergelijkbaar verhaal: een gerichte evaluatie van eerste symptomen, zo nodig gevolgd door gerichte therapie, lijkt meer vruchten af te werpen dan systematische bepaling van *peak flow* en vitale capaciteit. Naast deze in essentie tertiaire preventie heeft het niet roken c.q. stoppen met roken een evident preventief effect,<sup>4</sup> waarbij de groep jongeren (een aanzienlijk deel van de 14-jarigen rookt sigaretten) speciale aandacht verdient.

Bij de opsporing van maligniteiten werd, naast de reeds genoemde aandoeningen, plaats ingeruimd voor de opsporing van prostaatacinoom door middel van rectaal toucher en prostaatanderzoek. Op grond van literatuuronderzoek moet echter worden vastgesteld dat dit op geen enkele wijze lonend is, terwijl ook de betekenis van een opgespoorde asymptomatische benigne prostaathypertrofie dubieus is.

Een soortgelijke conclusie was eerder reeds getrokken ten aanzien van de preventieve opsporing van longcarcinoom via een röntgenonderzoek van de thorax. De lage sensitiviteit en vooral specificiteit<sup>5</sup> van deze test zijn hier debet aan, gevoegd bij de lage prevalentie van het bronchuscarcinoom in de huisarts-

praktijk. Ook de andere aandoeningen die volgens *Van den Dool* in aanmerking zouden komen voor gericht röntgenologisch onderzoek van de borstholte – tuberculose, Besnier Boeck en hartafwijkingen – hebben (inmiddels) een zo lage prevalentie, dat daardoor de winst van dit onderzoek te gering zou zijn.

Het 'algemeen' lichamenlijk onderzoek, in de ogen van velen toch de voor de hand liggende weg om iemands gezondheidstoestand vast te stellen, was in 1970 reeds een erkend ambivalente methode. Het schema vermeldt bij volwassenen nadrukkelijk: 'alleen op indicatie'. Een beschouwing over de toepassing van deze methode leidt tot een negatieve conclusie, zelfs indien toegepast bij een leeftijdsgroep met een relatief hoge frequentie van afwijkingen (het 'visrijke water' der ouderen) en met het oog op bescherming van de gemeenschap (verkeersveiligheid en rijvaardigheid).

Elf activiteiten kunnen zich anno 1986 slechts in weinig aandacht verheugen, waarbij opvalt dat dit met name de intensief technologische onderdelen uit het schema zijn.

De mantoux heeft aan waarde ingeboet door veranderingen in het morbiditeitsspectrum. Het ECG kent een magisch vertrouwen in de populatie voor toepassing in de sfeer van de vroege diagnostiek, maar in het algemeen is het als screeningstest afgevoerd. Een vergelijkbaar lot viel het cholesterol ten deel, waar een al of niet verhoogde waarde veel meer een (belangrijke) bijkomende factor in het risicoprofiel van geïdentificeerde *high risks* blijkt te zijn, dan een op zichzelf staande risicofactor. De relevantie van de opsporing – bij afwezigheid van klachten en symptomen – van (chronische) nefritis, jicht en urineweginfecties lijkt in zijn algemeenheid gering en om die reden niet populair. Ten aanzien van het onderzoek op anemie heeft *Van den Dool* zelf reeds gewezen op de grote oogst en het geringe therapeutische effect op lange termijn.<sup>1</sup>

Tenslotte de screening op glaucoom, destijds zo met verve bepleit. Het oordeel hierover blijkt uiteindelijk negatief. De voorspellende waarde van een positieve of negatieve testuitslag is laag<sup>6</sup> en de opsporing van glaucoom lijkt veeleer een langdurig selectieproces op basis van anamnestiche gegevens en van nader onderzoek.<sup>7</sup>

Is daarmee de inhoud van het surveillanceschema uit 1970 in vogelvlucht besproken, in deze bundel treft de lezer nog drie onderwerpen aan, die daarin niet genoemd zijn. In de eerste plaats de anticonceptiezorg: een succesverhaal voor de Nederlandse huisarts en opvallende afwezigheid in het schema van *Van den*

*Dool*. In de afgelopen jaren is daarnaast de aandacht toegenomen voor ziekten die voortvloeien uit een bepaalde levensstijl. Het roken neemt daarbij een vooraanstaande plaats in en systematisch inspelen hierop dient een breder preventief doel dan louter het voorkomen van longziekten, zoals hiervoor aan de orde is geweest. Anti-rookadviezen hebben daarnaast een curatief doel: hoestklachten of langdurige verkoudheden worden beter bestreden door ophouden met roken dan door het innemen van allerlei medicamenten. Deze uiteenlopende motieven voor één en hetzelfde advies, mogelijk geuit tegenover dezelfde patiënt op verschillende tijdstippen, vormen een illustratie van de soms onduidelijke scheiding tussen preventie en curatie.

Alcoholverslaving is een andere vorm van riskant gedrag waarbij preventie een belangwekkende optie vormt. Van de 'screeningsmethoden' blijkt een gerichte anamnese het te hebben gewonnen van ongeschijnlijk 'hardere' parameters als het gamma-GT. De voorgestelde getrapte screening is een aantrekkelijk model: in de huisartspraktijk zal het gemakkelijker zijn *vermoed* alcoholisme nader te analyseren, door zich daarbij primair te richten op diegenen die 'ja' antwoorden op de vraag 'gebruikt u regelmatig alcohol?'

Eveneens nieuw is de osteoporose, een onderwerp dat in 1970 blijkbaar nog niet zo in de mode was. Deze intensieve belangstelling heeft echter nog niet geleid tot een helder kader voor effectieve interventies. De alternatieven lijken enerzijds mogelijk effectieve maar riskante maatregelen en anderzijds onschuldige interventies waarvan nauwelijks effect is te verwachten.

En hiermee moge duidelijk zijn dat er weliswaar sinds 1970 het nodige is veranderd, maar dat de basis van nadrukkelijk bepleite preventie smal blijft: er zijn nieuwe prijzen, met nieuwe kansen, maar de mogelijkheid om ernaast te grijpen blijft.

Het onderscheid tussen preventie en curatie is minder scherp dan het in eerste instantie lijkt. Close reading van wat *Van den Dool* in 1970 schreef, onderstreept dit: zijn schema richtte zich vooral op secundaire preventie (dus op het opsporen van ziekteprocessen in een nog asymptomatische fase). De ontwikkeling van een asymptomatische fase naar een stadium waarin duidelijk omschreven klachten worden ervaren, is geleidelijk en het onderscheid valt in de praktijk niet altijd even gemakkelijk te maken. Daarnaast is het presenteren van deze klachten aan de huisarts van meer factoren afhankelijk dan van het simpele feit dat ze worden ervaren.

Veel van de bepleite activiteiten komen echter

vooral tot hun recht bij het analyseren van minimale symptomen. In die fase selecteert en diagnostiseert de huisarts met opvallende doelgerichtheid, waar het denken in risicofactoren en -groepen zeker ook belangrijk aan bijdraagt. Dat is de originele en essentiële grondgedachte van de anticiperende geneeskunde – en het schema bevat dan ook de sporen van het denkwerk in dezen: niet zozeer de *bewezen* nuttige activiteiten, maar al datgene wat weleens zinvol toepasbaar *zou kunnen* zijn, is er in geordend.

In 1986 is de discussie over preventie en screening een andere dan in 1970. Het vertrouwen om mogelijk zinvolle tests te beproeven, heeft plaats gemaakt voor een gepaste bescheidenheid: alleen indien het excuus van 'bewezen' effectiviteit opgaat, mag het.

Omdat men geen oude schoenen wegdoet voor men nieuwe heeft, is het gerechtvaardigd de vraag te stellen wat in 1986 dan wél in een surveillanceschema past.

*Small is beautiful* en het hier gepresenteerde moge dan ook uitmunten door de kortheid. Alle tertiair preventieve handelingen zijn buiten beschouwing gelaten, waaronder de vroege onderkenning van alcoholisme en de preventie van somatische fixatie; tertiaire preventie is dermate verweven met curatieve zorg, dat inkadering bij preventie weinig zinvol is.

Onder de vijf als routinematig uit te voeren taken is het volgen van de groei en ontwikkeling opgenomen in de wetenschap dat een strijd hierover met de consultatiebureaus nog steeds woedt, niettegenstaande de vanzelfsprekendheid waarmee dit gezins-

geneeskundige aspect in het takenpakket van de huisarts thuishoort.

De vaccinaties behoren tot het grensgebied: de influenzavaccinatie vindt via de huisarts plaats bij een patiëntengroep die door leeftijd en door het bestaan van pre-existente ziekten wordt bepaald. Andere vaccinaties (tegen hepatitis B of ter bescherming van tropengangers) vinden uitsluitend plaats op basis van geïndividualiseerde overwegingen en zijn hier buiten beschouwing gelaten.

Het begrip 'risicogroep' levert uiteraard een bron van discussie op. Maakt een familie-anamnese belast met diabetes mellitus screening op deze ziekte zinvol? Is, wanneer CARA familiair in het spel is, longfunctiebepaling lonend? Moet in geval van colorectale tumoren bij familieleden een regelmatig faecesbenzidine worden gemaakt, of, in geval van glaucoom, een tonometrie worden verricht?

Waar het antwoord zal luiden, dat dit in het individuele geval mogelijk lonend is, wil ik ervan afzien daar in schematische zin een uitspraak over te doen. Om diezelfde reden is de voorlichting als gewoon onderdeel van het handelen van de huisarts in dit kader buiten beschouwing gelaten: individualisering speelt hierbij een essentiële rol. Het schema bevat alleen die activiteiten die op zinvolle gronden systematisch en op initiatief van de huisarts uitgevoerd kunnen worden voor specifieke leeftijds- en geslachtsgroepen. Een prioriteit derhalve van wat in de huisartspraktijk realiseerbaar is.

Of wat kan, ook als wenselijk wordt beschouwd door de beroepsgroep, is een ander chapter. Daarbij spelen zeer divergente motieven een rol. Welke rol de huisarts uiteindelijk voor zich opeist, zal vooral rond het hoofdpunt *mág preventie?* worden beslecht. De hier gestelde prioriteit zal in eerste instantie in dié discussie kunnen worden meegenomen.

Dr. C. van Weel

#### Schema preventieve taken

##### Routinematig

- Staken roken In principe iedereen
- Tensiemeting Mannen/vrouwen 30-60 jr
- Cervixcytologie Vrouwen 30-60 jr
- Mammografie, evt. Vrouwen vanaf 50 jr  
in combinatie met  
borst(zelf)onderzoek
- Groei/ontwikkeling, 0-5 jr  
fenyketonurie,  
hypothyreoïdie,  
gehoor
- Influenzavaccinatie Vanaf 65 jr of bij cardiovasculaire,  
endocriene en/of  
pulmonale risicofactoren

##### Conditioneel

- Cholesterol, QI Belaste familie-anamnese of andere  
risicofactoren hart/vaatziekten
- Albuminurie, bacteriurie,  
glucosurie Zwangeren

<sup>1</sup> Van den Dool CWA. Opsporing van chronische ziekten in de huisartspraktijk; mogelijkheden tot secundaire preventie. Huisarts en Wetenschap 1970; 13: 3-9.

<sup>2</sup> Van den Dool CWA. Surveillance risicogroepen; anticiperende geneeskunde. Huisarts en Wetenschap 1970; 13: 59-62.

<sup>3</sup> Van de Lisdonk E, Sluis P. Jeugdgezondheidszorg... wiens zorg? Huisarts en Wetenschap 1979; 22: 433-5.

<sup>4</sup> Tager LB, Munoz A, et al. Effect of cigarette smoking on the pulmonary function of children and adolescents. Am Rev Respir Dis 1985; 131: 752-9.

<sup>5</sup> Stitik FP, Tochman MS. Radiographic screening in the early detection of lung cancer Radiol Clin North Am 1978; 16: 347-66.

<sup>6</sup> Eddy DM, Sanders L, Eddy JF. The value of screening for glaucoma with tonometry. Survey Ophthalmol 1986; 29: 505-6.

<sup>7</sup> Anonymous. Screening for glaucoma. Br Med J 1986; 292: 505-6.

## Bijlage. Surveillanceschema en praktijkpopulatie

Onderzochte personen	Zuigelingen	Kleuters	Schoolkinderen	JONGE VOLWASSENEN		VOLWASSENEN		OUDEREN		BEJAARDEN		Door wie? Assistente (Ass.) Verplegster (Verpl.) Laboratorium (Lab.)	Motivering
				0 tot 1 man en vrouw	1 tot 5 man en vrouw	5 tot 15 man en vrouw	15 tot 30 man	15 tot 30 vrouw	30 tot 45 man	30 tot 45 vrouw	45 tot 65 man		
A. 1 Fysisch onderzoek	+	+	+	Militaire keuring		Alléén op indicatie						Arts	Diverse chronische ziekten
2 Lengte	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Ass.-Verpl.	Groeicurve
3 Gewicht	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Ass.-Verpl.	Vetzucht/ondergewicht
4 Gehoor	+		+					+	+	+	+	Ass.-Verpl.	Doofheid
5 Visus: verziën lezen			+	+	+	+	+	+	+	+	+	Ass.-Verpl.	Onvoldoende visus
6 Bloeddruk			+	+	+	+	+	+	+	+	+	Ass.-Verpl.	Hypertensie
7 Mantoux			+									Ass.	Tuberculose
8 „Peak flow” meting			+	+	+			+	+			Ass.	Astma, emfyseem
9 Vitale capaciteit				+	+			+	+			Ass.	CARA, cardiale aandoeningen
10 Thorax röntgen				+	+	+	+	+	+	+	+	Team of bureau	Tuberculose, Besnier-Boeck, longcarcinoom, hartafwijkingen
11 Rectaal toucher + prostaatonderzoek							+		+		+	Arts	Rectumaandoeningen, prostaathypertrofie, prostaatcarcinoom
12 Vaginaal toucher + uitstrijk								+	+			Arts	Erosies, tumoren, cervixcarcinoom
13 Mamma palperen (zelf)								+	+		+	Instructie door wijkverpl.	Mammatumoren, waaronder carcinoom
14 Anamneselijst							+	+	+	+	+	Ass.-Verpl.	Diverse chronische ziekten en psychosociale gegevens
15 Elektrocardiogram							+		+	+	+	Ass. Cardioloog	Ischemie en dergelijke
16 Tonometrie								+	+	+	+	Ass. Oogarts	Glaucoom
17 Inspectie huid										+	+	Arts	Huidcarcinoom
B. 18 Fenylketonurie	+											Wijkverpl.	Idiotie, frequentie 1 op 10 347 tot 1 op 20 000
19 Hemoglobine	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Ass.	Anemie, ijzertekort, pernicieuze anemie, carcinoom
20 Albuminurie			+				+	+	+	+	+	Ass.-Verpl.	Nephritis, nefrose, urineweginfecties, orthostatische albuminurie
21 Bakteriurie			+				+	+	+	+	+	Ass.-Verpl.	Urineweginfecties
22 Cholesterol				+	+			+	+			Lab.	Risicofactor I.H.D.
23 Bloedsuiker					+			+	+	+	+	Lab.	Diabetes
24 Glucosurie						+	+	+	+	+	+	Ass.-Verpl.	Diabetes
25 Ureum								+	+	+	+	Lab.	Chronische nephritis
26 Urinezuur									+	+	+	Lab.	Jicht

Het uitvoeren van bovenstaande onderzoeken dient men afhankelijk te stellen van de aanwezigheid van risico-verhogende factoren, waardoor de diagnostiek gericht wordt op meer waarschijnlijke ontwikkelingen (anticiperende diagnostiek).

**Bron:** Van den Dool.<sup>2</sup>