

Preventie als pretentie

Een pilot-studie naar de geneigdheid van huisartsen hun patiënten een preventief aanbod te doen

R. I. M. KLUVER

Een meerderheid van de huisartsen rekent preventief optreden tot zijn taak. De vraag is echter wat men daaronder precies verstaat, en welke factoren daarbij een rol spelen. Uit dit voorbereidend onderzoek onder vijftien huisartsen blijkt dat men bij preventie vooral denkt aan vroegtijdige klachtgebonden opsporing en veel minder aan consultgebonden opsporing; er is dus nauwelijks sprake van een systematisch aanbod. Van de factoren die een rol spelen bij het aanbod, is de veronderstelde zinnigheid van de vroege opsporing (een combinatie van wetenschappelijke evidentie en praktische toepasbaarheid) de belangrijkste.

Inleiding

Preventie staat volop in de belangstelling: vanuit verschillende geledingen in de gezondheidszorg, de overheid en maatschappelijke groeperingen wordt ervoor gepleit meer aandacht te besteden aan preventie van ziekten en bevordering van gezondheid.

In een aantal pleidooien valt op dat de huisarts op het terrein van de preventie een cruciale rol wordt toegedacht: vroegtijdige opsporing van ziekten, beïnvloeding van ongezonde leefwijzen en begeleiding van chronische patiënten worden daarbij genoemd als taken. Binnen de beroepsgroep zelf zijn de meningen verdeeld. Overtuigde voorstanders^{1,2} en felle tegenstanders³ bestrijden elkaar over de wenselijkheid, mogelijkheid en haalbaarheid van preventie in de huisartspraktijk.

Tegen deze achtergrond heeft het Nederlands Huisartsen Genootschap eind 1983 besloten het thema *preventie* gedurende een aantal jaren bijzondere aandacht te geven. Daartoe is een project gestart met als doelstelling: duidelijkheid verschaffen over de mogelijke rol van de huisarts op preventief en gezondheidsbevorderend terrein. Eén van de activiteiten die in het kader van dit Preventieproject zijn ondernomen, is een onderzoek naar de geneigdheid van huisartsen hun patiënten een preventief aanbod te doen. Van het eerste deel van

dit onderzoek, de *pilot study*, wordt hier verslag gedaan.

Preventie in de huisartspraktijk

Uit recent onderzoek blijkt dat een meerderheid van de huisartsen in groepspraktijken en gezondheidscentra preventief optreden tot zijn taak rekent: driekwart acht individuele preventie in een presymptomatisch stadium een taak voor de huisarts en ongeveer de helft ziet een taak voor de huisarts bij vroege opsporing en periodiek screeningsonderzoek onder risicogroepen.⁴

Deze cijfers betreffen opvattingen en opvattingen voorspellen niet noodzakelijkerwijs wat er in feite gebeurt. In hetzelfde onderzoek bleek, dat preventief optreden door de huisarts in de praktijk klacht- en/of probleemgebonden was, weinig systematiek vertoonde en zelden op eigen initiatief van de huisarts gebeurde. Er bestaat dus een niet geringe discrepantie tussen taakopvatting en praktijk.

Ter verklaring zijn twee mogelijkheden denkbaar:

- onder huisartsen bestaat onduidelijkheid over de operationalisatie van preventie;
- huisartsen vinden het wel gewenst preventief werkzaam te zijn, maar in de praktijk blijkt dit niet haalbaar onder invloed van allerlei arts- en praktijkgebonden factoren.

Beide mogelijkheden zijn onderwerp van dit vooronderzoek met de volgende vraagstelling.

- Welke operationalisaties worden in de eigen praktijk door de huisarts aan preventie gegeven?
- Welke factoren zijn van invloed op de geneigdheid van de huisarts zijn patiënten een preventief aanbod te doen?

Operationalisatie van preventie

Een bekende indeling van preventie is die naar doelstelling:

- primaire preventie, gericht op het daadwerkelijk voorkomen van ziekten, klachten en problemen;
- secundaire preventie, gericht op het

vroegtijdig onderkennen van (de kans op) ziekten, klachten of problemen, opdat herstel nog snel en volledig mogelijk is;

- tertiaire preventie, gericht op het beperken van ongemak en schade, opdat de kwaliteit van leven optimaal blijft.

In eerste instantie lijkt deze indeling een duidelijk onderscheid te bieden ten opzichte van curatie. Genezing, verzorging en zorg hebben immers hun betekenis als er al sprake is van ziekten, terwijl preventie juist betekenis krijgt als er (nog) niet of nauwelijks sprake is van ziekte. In de praktijk lijkt deze indeling echter niet zo duidelijk te differentiëren in het *handelen* van de huisarts.

Kenmerkend voor het vak huisarts is enerzijds dat zijn handelen veelal wordt ingeschakeld op initiatief van de patiënt, en anderzijds dat zijn handelen ook individueel is gericht, hetzij op de patiënt zelf, hetzij op diens individuele systeem. Anders gezegd, het handelen van de huisarts gebeurt op geleide van de individuele patiënt. De huisarts zal, zeker niet in eerste instantie, op eigen initiatief in actie komen ten behoeve van een patiënt en het is ook geen traditie dat de huisarts op eigen initiatief patiënten benadert vanuit de wetenschap dat die patiënten tot een risicogroep behoren.

Indien we preventie operationaliseren als huisartsgeneeskundig handelen op initiatief van de huisarts, gericht op patiënten die tot een risicogroep behoren, dan blijkt zulk handelen in de praktijk maar heel weinig voor te komen.

Geneigdheid tot preventief aanbod

Een preventief aanbod doen betekent initiatief nemen. Daarbij kan onderscheid worden gemaakt tussen een consultgebonden initiatief en niet-consultgebonden initiatief. Een consultgebonden initiatief kan vervolgens weer wel of niet klachtgebonden.

Bij een patiënt die als klacht 'hoesten' presenteert, kan de huisarts besluiten tot voorlichting en advies ten aanzien van de schadelijke gevolgen van roken. Of deze patiënt tot een risicogroep behoort, hoeft geen rol te spelen; die beslissing kan gebaseerd zijn op goed huisartsgeneeskundig handelen ten aanzien van deze individuele patiënt. Bij een patiënt met een enkeldistorsie kan de huisarts beslissen de bloeddruk te meten. Dat is dan geen klachtgebonden initiatief, maar gebaseerd op de overweging, dat deze patiënt tot een risicogroep behoort en nu, ongeacht zijn

klacht, onder het bereik van de huisarts is. De klacht speelt geen rol, maar het feit dat de huisarts de patiënt ziet, is beslissend. In beide gevallen ligt het initiatief voor het contact bij de patiënt.

Bij een niet-consultgebonden initiatief neemt de huisarts de beslissing zijn patiënt te benaderen op grond van het feit, dat hem bekend is dat die patiënt tot een risicogroep behoort. Daarbij wacht hij niet af tot de patiënt het initiatief neemt; hij neemt dat zelf, op basis van alleen eigen overwegingen.

Een andere dimensie van een preventief aanbod is de mate van systematiek. Vertaald naar de voorbeelden:

De huisarts kan de patiënt voorlichting en advies geven ten aanzien van roken; hij kan dat doen bij alle patiënten die hem met hoestklachten bezoeken. Dezelfde gradatie kan gemaakt worden ten aanzien van de bloeddrukmeting; het gaat dan om de definitie van de risicogroep door de huisarts. En ook ten aanzien van praktijkgebonden initiatief kan de huisarts weer selecteren welke risicogroepen hij wil benaderen.

Een klachtgebonden preventief aanbod zal veelal het karakter hebben van op de klacht afgestemde voorlichting aan de patiënt. Consultgebonden aanbod komt overeen met anticiperende geneeskunde.⁵ Praktijkgebonden aanbod krijgt veelal gestalte in de vorm van een screeningsprogramma.

Zo ontstaat een matrix, waarin de aard van een preventief aanbod kan worden weergegeven.

In dit vooronderzoek wordt geëxploreerd of preventief aanbod door huisartsen op deze wijze is te differentiëren. Daarbij wordt uiteraard niet blanco gestart. Van een aantal factoren kan redelijkerwijs aangenomen worden dat zij meespelen bij het wel of niet doen van een preventief aanbod.

Uiteraard speelt daarbij de taakopvatting een rol, maar die taakopvatting zal weer beïnvloed worden door een aantal andere factoren. De beslissing van de huisarts zijn patiënten een preventief aanbod te doen, zal mede ingegeven worden door de mate waarin hij verantwoordelijkheid wil nemen voor de gezondheid van zijn patiënten. Preventief aanbod betekent initiatief van de kant van de huisarts, ongevraagd initiatief. De huisarts zal een oordeel hebben over de mate, waarin zijn patiënten dat aanvaardbaar vinden. Dat oordeel zal meespelen in zijn beslissing.

De wetenschappelijke evidentie zal ook van invloed zijn; daarin zal de huis-

arts de rechtvaardiging willen vinden voor zijn eventuele acties. Het doen van een aanbod dient degelijk gefundeerd te zijn. Een programma, gericht op vroegtijdige opsporing van longkanker bij mannen tussen 35-55 jaar, is pas gerechtvaardigd, indien er een relatie bestaat tussen die opsporing en een veel gunstiger prognose voor behandeling. De huisarts zal zich dus ook laten leiden door zijn overtuiging van wat de moeite waard is.

Naast deze meer inhoudelijke factoren zullen ook pragmatische factoren in het geding zijn. De eventuele extra tijdsinvestering, de bereidheid een bestaande praktijkroutine te veranderen, maar ook zaken als de registratiekwaliteit, de assistentie en de honorering zullen van invloed zijn.

In dit vooronderzoek gaat het om het op het spoor komen van die factoren. Zijn de genoemde factoren van belang, zijn er andere factoren die van invloed zijn? Is er sprake van een verband of hiërarchie tussen verschillende factoren?

Werkwijze

Voor een exploratief onderzoek zijn vragenlijsten met antwoordcategorieën niet geschikt; veel informatie die belangrijk kan zijn, wordt op die manier niet achterhaald. Daarom is gekozen voor halfgestructureerde interviews. De interviewmethode is zeer arbeidsintensief, maar biedt minder kans op verlies van relevante informatie.

De praktijk leert, dat 15-20 interviews voldoende zijn om de potentiële informatie waarnaar wordt gezocht, op het spoor te komen; een groter aantal voegt nauwelijks nog nieuwe informatie toe. Een groter aantal is uiteraard wel van belang voor frequentieverdelingen en significante verbanden, maar die worden in dit vooronderzoek niet gevraagd.

Uiteindelijk zijn veertien interviews gehouden door drie interviewers; een vijftiende interview werd gehouden door een vierde man. Bij de keuze van de geïnterviewde huisartsen is rekening gehouden met de volgende kenmerken: geslacht, leeftijd, solist/samenwerkend en stad/streek – uiteraard niet op overwegingen van representativiteit, maar terwille van de variëteit. De interviewers hebben bandopnamen van elkaars interviews beluisterd om te grote variatie in de wijze van interviewen te kunnen bijstellen. Na vijf interviews is het interviewprotocol definitief vastgesteld. Van alle interviews zijn samenvattingen gemaakt door de interviewers.

Het interview-schema zag er als volgt uit (de factoren zijn cursief gedrukt; de variabelen zijn genummerd):

Verantwoordelijkheid

1. Verantwoordelijkheid voor behoud van gezondheid van patiënten.

Aanvaardbaarheid

2. Nemen van ongevraagd initiatief;
3. Systematisch handelen.

Zinnigheid

4. Wetenschappelijke evidentie;
5. Toepasbaarheid in de huisartsgeneeskunde.

Uitvoerbaarheid

6. Tijdsinvestering;
7. Inpasbaarheid in de praktijkroutine.

Rol van condities

8. Financiën;
9. Assistentie;
10. Registratie;
11. Nascholing.

De interviews werden als volgt gescoord. Allereerst werd op een driepuntsschaal aangegeven in welke mate een variabele van invloed was op het al dan niet doen van een preventief aanbod. Vervolgens werd de richting van die invloed gescoord (tenderend naar wel of juist niet een aanbod doen).

Voorbeeld: de respondent verklaart dat hij alleen preventieve taken zou willen vervullen, als hij daarvoor extra betaald zou krijgen; daarom doet hij zulke taken nu niet. Dit werd als volgt gescoord: mate van invloed: groot; richting: negatief. Dit betekent dat geld een belangrijke rol speelt bij de beslissing van deze respondent om geen preventief aanbod te doen.

Vervolgens werd op een vijfpuntsschaal beoordeeld welk belang de vijf bovengenoemde factoren hadden bij het al dan niet doen van een preventief aanbod. Dit oordeel werd geacht gebaseerd te zijn op de scores op de elf variabelen.

Resultaten

Geheel conform het onderzoek van het NIVEL vinden alle vijftien respondenten dat zij een taak hebben op preventief terrein. Kijken we naar de operationalisaties van die taakopvatting, dan blijkt een grote diversiteit. Opsporing en bewaking van hypertensie, cervixcarcinoom, mammacarcinoom en diabetes II worden genoemd, en verder de jeugdgezondheidszorg (zuigelingenbureaus),

voorlichting over roken, eten en geslachtsziekten, het vroegtijdig onderkennen van opvoedingsproblemen, enzovoort. Het geven van voorlichting, met name over leefgewoonten (roken, eten, drinken) wordt ook vaak genoemd, evenals de controle bij chronische ziekten, met name diabetes II. Deze taken worden echter lang niet altijd genoemd als preventieve taken. Zoals een respondent het verwoordt: 'dat behoort tot je normale werk als huisarts'. Voor het overgrote deel operationaliseren deze huisartsen preventie in vroegtijdige opsporing, meestal gericht op hypertensie, cervixcarcinoom, mammacarcinoom en de diabetes II, en in iets mindere mate op riskante leefgewoonten.

Als we dat preventieve aanbod, dat dus bestaat uit vroegtijdig opsporen, naar zijn aard proberen te karakteriseren, dan is het beeld zeer duidelijk:

	Incidenteel	Systematisch
Klachtgebonden	15	12
Consultgebonden	2	4
Praktijkgebonden	2	-

Alle respondenten doen klachtgebonden incidenteel een aanbod; systematisch klachtgebonden aanbod wordt gedaan door 12 respondenten. Het betreft dan klachten met betrekking tot hypertensie en met betrekking tot anticonceptie. Een consultgebonden aanbod (ongeacht de klacht) komt veel minder vaak voor en, voor zover het systematisch wordt aangeboden, betreft het hypertensie. De twee praktijkgebonden voorbeelden betreffen een praktijkscreening op hypertensie in samenwerking met de farmaceutische industrie en een screening op mammacarcinoom in samenwerking met de wijkverpleging.

Voor het overgrote deel is het preventief aanbod dus klachtgebonden, dat wil dan zeggen dat de huisarts een aanbod doet, als de gepresenteerde klachten daartoe aanleiding geven. Een aanbod, ongeacht de klacht, betreft uitsluitend hypertensie. Een aanbod aan de praktijk komt, behoudens twee zeer specifieke gevallen, niet voor. Deze respondenten operationaliseren hun taken op preventief terrein voornamelijk als vroegtijdige opsporing, op geleide van klachten en veel minder op geleide van het bereiken van de patiënt via een consult.

Kijken we naar de factoren die van

invloed zijn op al dan niet doen van een preventief aanbod, dan is het beeld als volgt. De factor zinnigheid scoort het hoogst (gem. 4,1). Dat wil zeggen dat de invloed van deze factor het hoogst gescoord wordt door de drie beoordelaars. Aan die score wordt het meest bijgedragen door de variable wetenschappelijke evidentie. De richting van die variabele is positief: hoe groter de evidentie, des te groter de neiging een aanbod te doen.

De rol van condities (gem. 3,5) volgt als tweede factor, waarbij opvalt dat de honorering daaraan het minst bijdraagt (gem. 1,5). De drie andere variabelen, assistentie, registratie en nascholing, dragen in gelijke mate bij in deze factor.

Verantwoordelijkheid en aanvaardbaarheid worden gelijkelijk beoordeeld (gem. 3,4.). Tot slot volgt dan de factor uitvoerbaarheid (gem. 3,3), waaraan de variabele tijdsinvestering het meest bijdraagt. De richting is hier negatief: hoe meer tijd de huisarts denkt dat preventieve taken kosten, des te minder is hij geneigd een aanbod te doen.

De scores laten uiteraard geen verdere numerieke bewerking toe. Ten aanzien van de betrouwbaarheid tussen de beoordelaars is een concordantietest uitgevoerd: Kendall's coëfficiënt voor concordantie⁶ $W = .62$, met $.05 < p < .02$. Dit betekent dat er een aanvaardbare mate van overeenstemming bestaat tussen de beoordelaars.

Beschouwing

Op beide onderzoeksvragen heeft deze studie enig licht geworpen. Ten aanzien van de operationalisatie blijkt het veelal om klachtgebonden vroegtijdige opsporing te gaan, en veel minder om consultgebonden vroegtijdige opsporing. De huisarts lijkt de hulpverlener te zijn, bij wie de mensen met allerlei klachten en problemen terecht kunnen. De huisarts stemt zijn aanbod daarop af, hij werkt klacht/probleemgebonden. De stap naar een systematisch aanbod, ongeacht de gepresenteerde klachten – laat staan ongeacht de komst van de patiënt – lijkt dan een vreemde eend in de bijt voor het dagelijks werk.

Niettemin spelen verschillende factoren een rol bij die stap. Duidelijk is, dat de zinnigheid van een dergelijk preventief aanbod buiten kijf moet staan. Maar ook de andere factoren spelen duidelijk een rol. Dit onderzoek geeft voldoende indicatie om welke factoren het gaat, mede op grond van het resultaat dat geen andere factoren door respondenten werden aangedragen.

Dankbetuiging

Met dank aan Dr. H. F. M. O. Crebolder, Eerstelijns onderwijscoördinator capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Limburg, en Dr. J. A. E. van der Feen, centrale coördinator SDH.

¹ Van Aalderen HJ, Knottnerus JA. Is de huisarts in staat preventieve taken op zich te nemen? Huisarts en Wetenschap 1978; 21: 424-7.

² Van Ree JW, Van den Bosch WJHM, Rutten GEHM. Praktijkmanagement en hypertensiebeleid. Huisarts en Wetenschap 1985; 28: 133-6.

³ Thomas S. Screenen. Een nuttige zaak of modeverschijnsel? Med Contact 1977; 32: 564-8.

⁴ Boerma W. Preventie in groepspraktijken en gezondheidscentra. Utrecht: Nivel, 1985.

⁵ Van den Dool CWA. Surveillance van risicogroepen; anticiperende genneeskunde. Huisarts en Wetenschap 1970; 13: 59-62.

⁶ Siegel S. Nonparametric statistics for the behavioral sciences. New York: Mc Graw Hill, 1956.

Nota bene

Het is onjuist een vrouw aan te raden zich te laten steriliseren tenzij er drie jaar verlopen zijn sedert de geboorte van het laatste gewenste kind.

Stelling bij: De Wilde DMJS. Anticonceptie en het voltooide gezin [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1985.

De hypertensieve patiënt dient bij het kiezen van zijn hobbies de aanschaf van een aquarium met tropische vissen serieus te overwegen.

Stelling bij: Toorop P. Experimental aorto-pulmonary shunt in the conscious lamb [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1985.