

J. A. KNOTTNERUS

Zin en onzin van periodiek gezondheidsonderzoek

Een gezaghebbende Canadese 'Task Force', waaraan deskundigen over de hele wereld deelnemen, heeft in 1980 een uitputtend advies uitbracht over de zin en onzin van 'periodic health examination'. Voor de beantwoording van de vraag waaruit gerichte 'health protection packages' zouden moeten bestaan, was een beoordeling nodig van de gehele literatuur op het gebied van het preventief onderzoek; de Task Force heeft daartoe een reusachtige taak op zich genomen. Vier jaar later kwam de Task Force vervolgens met een 'update' met betrekking tot een tiental aandoeningen.

Geschiedenis van bijna 30 jaar

Het onderzoek en de theorievorming met betrekking tot het preventief geneeskundig onderzoek in de Nederlandse huisartspraktijk hebben een geschiedenis van bijna 30 jaar. Na de ervaringen van Van den Dool, Van Goor, Bergsma en Beek, bleek dat het niet eenvoudig was om ongericht periodiek preventief onderzoek van de praktijkbevolking in te bouwen in de praktijkvoering. Bovendien bleven er wetenschappelijke twijfels aan de effectiviteit van deze vorm van secundaire preventie.

Van Den Dool introduceerde in 1970 het concept van de anticiperende geneeskunde: gekoppeld aan het spreekuurcontact zou de huisarts diagnostiek kunnen initiëren die niet direct te maken heeft met de actuele klacht, maar gericht is op de opsporing van aandoeningen waarop de betreffende patiënt een verhoogd risico heeft. Hierdoor zou een meer op (het risicoprofiel van) de persoon afgestemde secundaire preventie en daarop gerichte voorlichting vorm kunnen krijgen. Tevens werden hiervan een betere respons en compliantie verwacht.

Door diverse Nederlandse huisartsen, zoals Van der Feen en Van Weel, is later aan dit concept praktische vorm gegeven. Zij richtten zich daarbij, in een overigens in de tijd beperkte periode, op één of enkele aandoenin-

gen, met name cervixcarcinoom en hypertensie.

Task Force

Dat Van den Dool een vooruitziende blik had, is inmiddels in internationaal verband bevestigd door een gezaghebbende Canadese 'Task Force', waaraan door deskundigen over de hele wereld wordt deelgenomen. In 1980 bracht zij een uitputtend advies uit over de zin en onzin van 'periodic health examination' ten aanzien van allerlei aandoeningen. Haar samenvattende aanbeveling luidt: 'For the prenatal, childhood and advanced age phases a specific agerelated schedule is proposed; for the other age groups we recommend that the (health protection) packages be offered in conjunction with occasions when the individual seeks medical care'.

Voor de beantwoording van de vraag wat dan de inhoud van dergelijke 'packages' zou moeten zijn, is een beoordeling nodig van de gehele literatuur op het gebied van het preventief onderzoek. De Task Force heeft deze reusachtige taak op zich genomen en op grond daarvan voor 128 aandoeningen een beoordeling gegeven van:

- de effectiviteit van de beschikbare behandelingsvormen en de mate waarin behandeling in vroege stadia een beter resultaat zou kunnen opleveren dan behandeling van latere stadia; hierbij werd een rangorde aangebracht in de kracht van de bewijsvoering; als sterkste bewijs werd geaccepteerd een positief resultaat van ten minste één gerandomiseerd experiment en als minst sterke bewijs de mening van experts;
- het belang van de aandoening in termen van gezondheidsschade en -bedreiging en lijden;
- validiteit (sensitiviteit en specificiteit) en aanvaardbaarheid van de beschikbare diagnostische procedures ter opsporing van de aandoening.

Telkens werd een afweging gemaakt van de voor- en nadelen wat betreft de te verwachten gezondheidswinst, mate van belasting en medicalisering. Op grond van de toetsing aan de genoemde

criteria werd geconcludeerd of er 'good' (A), 'fair' (B), dan wel 'poor evidence' (C) was om diagnostiek gericht op de betreffende aandoening op te nemen in een periodiek gezondheidsonderzoek. Ook kon geconcludeerd worden dat er 'fair' (D) respectievelijk 'good evidence' (E) was om dit af te raden.¹

De Task Force heeft deze taak niet als eenmalig opgevat en heeft zich voorgenomen om, wanneer daartoe op grond van nieuw onderzoek aanleiding is, de aanbevelingen te actualiseren. Reeds in 1984 kwam zij met een *update* met betrekking tot een tiental aandoeningen.²

Weinig nieuws

Wat leveren dit rapport en de aanvullingen nu in concreto op aan nieuws voor de Nederlandse huisarts anno 1986?

Eerlijk gezegd, niet zo veel. Dat pleit overigens voor het niveau van het wetenschappelijk debat in eigen kring en de kwaliteit van de georganiseerde preventieve zorg in ons land.

Het grootste deel van de aandachtsvelden genoemd in de A-categorie valt in ons land reeds onder de pre- en postnatale zorg, de consultatiebureaus, de school- en basisgezondheidszorg (preventie en profylaxe van congenitale syfilis, toxoplasmose- en rhesusincompatibiliteit bij zwangeren, screening op neonatale hypothyreoïdie en fenylketonurie, profylaxe van ophtalmia neonatorum gonorrhoea, DKTP-vaccinatie en vaccinatie tegen rubella, mazelen en bof preventie en profylaxe van geslachtsziekten bij risicogroepen preventie van tandcaries door fluoride-applicatie, vaccinatie van risicogroepen tegen tuberculose, influenza, pneumokokken, meningokokken, hepatitis B en tropische infecties.) Verder vallen in de A-categorie hypertensie (bij alle volwassenen van 25 jaar een ouder de bloeddruk meten bij ieder contact), mammacarcinoom (bij vrouwen van 50-59 jaar jaarlijks een mammografie), preventief optreden ten aanzien van gehoorschade door geluids- overbelasting, actieve opsporing van kindermishandeling en preventie van (herhaalde) ongewenste zwangerschap bij tieners.

Wat betreft hypertensie worden in de *update* nog twijfels vermeld ten aanzien van de effectiviteit van de behandeling van lichte bloeddrukverhoging en geïsoleerde systolische hypertensie bij 65-plussers.

In de B-categorie, waarvoor dus zeker ruimte voor twijfel aanwezig wordt geacht, vallen onder meer: cervixcarcinoom en coloncarcinoom, en de screening op blaascarcinoom, huidcarcinoom en diabetes mellitus bij high-riskgroepen. Vermeldenswaard is dat bij bejaarden (met name 75-plussers) een regelmatig huisbezoek wordt aanbevolen ter beoordeling van het lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren. Te onzent publiceerde Huygen hierover reeds in 1973. Eveneens vermeldenswaard is de conclusie, dat actieve opsporing van coronaire pathologie bij asymptomatische personen door middel van rust- en inspannings electrocardiografie niet wordt aanbevolen vanwege de lage sensitiviteit en matige specificiteit van deze onderzoeksmethode.

Nog niet alles opgelost

Voor de lezer van deze publikaties worden helaas nog niet alle problemen opgelost. In de eerste plaats heeft men uiteindelijk toch niet-waardenvrije afwegingen moeten maken van 'kosten' en 'baten', en verschillen van opvatting hierover blijven mogelijk. Een treffend voorbeeld is de aanbeveling over hepatitis-B-vaccinatie. Hoewel deze in het algemeen effectief wordt geacht, wordt zij vanwege de hoge kosten en de beperkte beschikbaarheid slechts voor die groepen aanbevolen die het hoogste risico lopen. Daarnaast kan men zich afvragen of het advies ten aanzien van hypertensie niet wat overenthousiast is. Welke huisarts is in staat en bereid om bij iedereen van 25 jaar of ouder bij elk contact de bloeddruk te meten en wel per sessie twee keer in rust? Komt hiermee de hulpverlening naar aanleiding van de hulpvraag van de patiënt niet in de knel? Welke onrust veroorzaakt men daarbij? Verder is, ook in ons land, het laatste woord over voor- en nadelen van screening op mammacarcinoom nog niet gesproken.

Uiteraard kan de Task Force de door haar gemaakte afwegingen slechts in concluderende zin beschrijven. Dat betekent dat de lezer die een oordeel wil vellen met inachtneming van de eigen waarden en normen, terug zal moeten naar de oorspronkelijke literatuurgegevens. Daartoe is dan wel een groot aantal belangrijke verwijzingen beschikbaar.

Voor de Nederlandse huisartsenwereld is het temidden van alle beleidsvorming rond secundaire preventie nog steeds nodig een antwoord te formuleren op de volgende vragen:

- ten aanzien van welke aandoeningen acht men, mede gelet op de aspecten methodisch werken en integrale zorg, actieve opsporing zinvol en verantwoord;
- welke hiervan kunnen het best via de anticiperende benadering van de huisarts worden opgespoord en aan welke (ook materiële) voorwaarden dient dan voldaan te zijn;
- op welke wijze kan voorkomen worden dat de hulpvraaggerichte zorg hieronder lijdt?

De beantwoording van deze vragen is niet zonder meer af te leiden uit, overigens zeer belangrijk, inventarisatiewerk zoals dat van de Canadese Task Force. Wel kan het hierbij nuttige diensten bewijzen als oriënterend overzicht en startpunt voor nadere studie en beleidsvorming.

¹ Periodic health examination. Report of a Task Force to the Conference of Deputy Ministers of Health. Quebec, Canada: Canadian Government Publishing Centre Supply and Services, 1980; 194 pagina's, prijs \$ 22.20.

² Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The periodic health examination: 2. 1984 update. Can Med Ass J 1984; 130: 1278-85.

Screening is net als minirokken en marihuana 'in' aan het raken. Het heeft dan ook veel van de eigenschappen om iets 'in' te doen raken. (citaat Cochrane en Elwood).

Sturmans F, De Haes WFM, Mulder PGH. Huisarts en Wetenschap 1976; 19: 87-94.

DR. J. A. E. VAN DER FEEN

Preventie in Vlaanderen

Het maart-nummer van de lopende jaargang van het Vlaamse huisartsentijdschrift *Huisarts Nu* is bijna geheel gewijd aan het onderwerp 'preventie in de huisartspraktijk'.¹ Lezing hiervan kan aan in preventie geïnteresseerde huisartsen zeer worden aangeraden.

Preventieschema

In een serie artikelen wordt gepleit voor meer aandacht voor preventie in de huisartspraktijk en voor een verschuiving van *cure* naar *care*. Vervolgens wordt geschetst, welke weg men hiertoe in Vlaanderen wil gaan volgen. Naast bevordering van GVO, zowel in als buiten de huisartspraktijk, wordt een belangrijke plaats toegekend aan vroegtijdige opsporing van ziekten en risicofactoren, waarbij de huisartspraktijk als ingang wordt gekozen. Via de methode van *case-finding* (gecombineerd met brede voorlichting) wil men de patiënt een vrij omvangrijk preventief aanbod doen.

Dat gebeurt volgens een schema dat is samengesteld onder leiding van de commissie Preventie van de Wetenschappelijke Vereniging Vlaamse Huisartsen. Dit schema, dat kan worden aangepast aan de individuele patiënt, is weergegeven op een *Preventiekaart*.^{*} De patiënt ontvangt hiervan één exemplaar, terwijl het andere berust in het dossier van de huisarts. Hiermee hoopt men de wederzijdse betrokkenheid en de motivatie van patiënt en huisarts gunstig te beïnvloeden. Via een patiëntenbrochure, door publiciteit via de massamedia en via nascholing voor de beroepsgroep zal herhaalde aandacht worden besteed aan het preventieplan. Na enkele proefnemingen zal een definitieve kaart tegen het eind van 1986 op grote schaal worden verspreid onder huisartsen en patiënten.

^{*} De bij deze recensie afgedrukte preventiekaart is overgenomen uit *Huisarts Nu* 1985; 15(2): 80-81. De kaart is ontworpen en wordt verspreid door de commissie Preventie van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (WVVH), Sint-Hubertusstraat 58, 2600 Berchem (Antwerpen), België; telefoon 09-323 239 7930.