

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 lichamelijke, 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.

In het preventieschema zijn van links naar rechts de leeftijdscategorieën afgebeeld. De linker kolom bevat een opsomming van de items die voor periodiek onderzoek in aanmerking komen; rechts wordt geadviseerd hoe vaak dergelijke onderzoeken zouden moeten gebeuren. Vastleggen van gewicht, bloeddruk en (familie)anamnese, en het verrichten van lichamelijk onderzoek, urine-onderzoek en bloedonderzoek zouden vanaf het 20e jaar elke vijf jaar moeten gebeuren, en boven de 65 iedere twee jaar. Rectaal onderzoek en borstonderzoek (het laatste door arts en patiënte) wordt ieder jaar aangeraden, het eerste vanaf het 45e jaar, het tweede vanaf het 20e jaar. Ook voor cervixscreening, vaccinaties, oogdrukmeting en ECG staan adviezen op de kaart vermeld. Aangekruist kan worden, welke onderzoeken zijn verricht; zowel patiënt als arts hebben daarvan aldus een duidelijk overzicht.

Vraagtekens

Wat in de preventieve benadering van onze Vlaamse collegae aanspreekt zijn:

- het kiezen van de huisartspraktijk als ingang en het inbouwen van preventie in de individuele huisartspraktijk;
- het duidelijk betrekken van de patiënt bij de preventie, met de nadruk op diens eigen verantwoordelijkheid;
- de noodzaak tot het systematisch en zorgvuldig registreren van risicofactoren en verrichte preventieve handelingen;
- het combineren van vroegtijdige opsporing met GVO, zowel in als buiten de huisartspraktijk.

Er zijn daarnaast wel enkele vragen te stellen en opmerkingen te maken over de Vlaamse benadering. Zo komt de eventuele rol van de praktijkassistente in het geheel niet ter sprake, terwijl ook geen aandacht wordt besteed aan het actief oproepen van patiënten die lang niet op het spreekuur zijn geweest of niet verschijnen op een afgesproken controledatum. Men kan zich trouwens afvragen, of de structuur van de Belgische gezondheidszorg – waarin de huisarts zeker niet de eerste en enige ingang is – zich wel zo goed leent voor opsporing door *case-finding*.

Het nut van een preventieschema onderkende, twijfel ik aan het nut en de wenselijkheid van een deel van de geadviseerde preventieve onderzoekin-

De preventiekaart

Het is nuttig dat volgende onderzoeken regelmatig worden uitgevoerd.
Dit schema vermeldt hoe vaak.

LEEFTIJD	LEVENSWIJZE en LEEFMILIEU	GEWICHT	BLOEDDRUK	ONDERVANGING en LICHT ONDERZOEK	URINEONDERZOEK	BLOEDONDERZOEK	REKTAAL ONDERZOEK en STOELGANG	BORSTONDERZOEK	BAARWOEDERHALS	TETANUS	VACCINATIES	GRIEP	RUBELLA	OOGDRUKMETING	E.K.G.	VOLGEND ONDERZOEK OP	OPMERKINGEN
80																	tot 65 j. : alle 5 jaar
75																	boven 65 j. : alle 2 jaar
70																	vanaf 45 j. : alle jaren
65																	vanaf 20 j. : alle jaren
60																	1ste maal, na 1 jaar herhalen, verder om de 3 jaar, na 65 j. om de 5 jaar
55																	om de 10 jaar
50																	vanaf 65 j. alle jaren + eerder bij verhoogd risico
45																	vanaf 45 j. : alle 5 jaar
40																	45 j. (basis) EKG
35																	op 65 j. :
30																	
25																	
20																	

ALLERGIE (o.v.v. MEDICATIE)

gen, en vooral aan de frequentie daarvan. Dit geldt mijns inziens voor het ongericht periodiek lichamelijk onderzoek en het urine- en bloedonderzoek, terwijl het nut van jaarlijks rectaal en borst-onderzoek en van jaarlijkse influenzavaccinatie bij iedereen boven de 65 jaar evenmin bewezen kan worden geacht. Ook bij de wenselijkheid van oogdrukmeting (elke vijf jaar vanaf 45 jaar) en van een basis-ECG op 45- en 65-jarige leeftijd kunnen vraagtekens worden geplaatst. De uitgebreidheid van dit schema alleen al doet bovendien ernstige twijfel ontstaan aan de haalbaarheid ervan.

Belangrijk initiatief

Dit alles neemt niet weg, dat het initiatief van de Vlaamse huisartsen stellig belangrijk mag worden geacht, en dat actieve belangstelling hiervoor van de zijde van de Nederlandse huisartsen gewettigd is, zeker in een jaar waarin het Nederlands Huisartsen Genootschap extra aandacht aan preventie besteedt op zijn jubileumcongres.

Het is overigens wel merkwaardig, dat in een zo klein taalgebied als het (groot-)Nederlandse zo weinig aandacht aan elkaars literatuur wordt besteed. In de hele serie artikelen komt slechts één verwijzing naar een publikatie van een Nederlandse huisarts voor, terwijl op dit gebied nu juist verscheidene publikaties van Nederlandse huisartsen voorhanden zijn.

¹ Huisarts Nu. Maandblad van de Wetenschappelijke Vereniging der Vlaamse huisartsen, 15e jaargang, maart 1986. Inlichtingen: HANU-redactie, St.-Hubertusstraat 58, 2600 Berchem, België; telefoon 09-323 239 7930.

Nota bene

Een consequent volgehouden periodiek geneeskundig onderzoek bij bejaarden is in de huisartspraktijk (solo-praktijk) niet te verwezenlijken.
Fuldauer A. Huisarts en Wetenschap 1973; 16: 135-147.

Prevention of disease in the elderly. Muir Gray JA, ed. *Edinburgh, etc.: Churchill Livingstone, 1985; 227 pagina's, prijs f 137,-.*

Dit boek bevat 13 hoofdstukken, merendeels overzichtsartikelen, die gebaseerd zijn op onderzoeksgegevens uit de VS en Engeland. Het is verzorgd uitgegeven in de reeks 'Medicine in old age'. De 15 meewerkende auteurs, onder wie drie huisartsen – Almind, Knox en Warshaw – vormen een multidisciplinair gezelschap.

De eindredacteur formuleert als doel van preventie bij ouderen 'to die young as late as possible'. De aandacht die zich tot dusverre vooral richtte op voorkomen van sterfte en ziekte, zal zich in toenemende mate moeten richten op het voorkomen van beperkingen en handicaps. De verklaring 'Healthy people' van de Surgeon General van de VS formuleert het doel concreter: het gemiddeld aantal dagen waarop activiteiten ten gevolge van acute of chronische ziekten beperkt zijn, zullen in 1990 gereduceerd moeten zijn tot 1 maand per jaar.

In het hoofdstuk over screening en *case-finding* worden de klassieke 'tien geboden' van Wilson en Jungner en de Canadese aanbevelingen voor periodiek geneeskundig onderzoek besproken, naast de uitgebreide checklist voor evaluatie van screeningsprocedures, in 1968 gepubliceerd door Nuffield Provincial Hospitals Trust. Tevens komt de gezondheidsvoorlichting aan de orde, waarin kort en bondig de angsten van ouderen voor de dood, voor vereenzaming, voor institutionalisatie en voor dementie besproken worden met hun praktische implicaties.

De nadelige gevolgen van gebrek aan lichamelijke activiteit komen in drie hoofdstukken aan de orde: risico's van inactiviteit, preventie van osteoporose en preventie van vallen. Waken voor iatrogene valpartijen, die het gevolg zijn van voorgeschreven medicijnen of optreden na bedrust, is de eerste taak van huisartsen. Knox wijdt vrijwel zijn gehele hoofdstuk over preventie van iatrogene ziekten aan de bijwerking van (voorgeschreven) medicijnen. De nadelige gevolgen van hospitalisatie worden even aangestipt. Aan de nadelen van laboratoriumscreening wijdt hij geen woord.

In het goede overzichtshoofdstuk over TIA's en CVA's wordt Garraway's conclusie aangehaald dat geen duidelijke criteria bestaan voor opname versus thuisbehandeling. Bij een kosten/batenanalyse wordt de berekening van Mitchell (1983) gerefereerd: als 52.000 volwassenen gescreend worden op hypertensie, kunnen 14 CVA's worden voorkomen worden, terwijl 17 CVA's optreden ondanks therapie. Ook wordt de kosten/baten-analyse van aspirinegebruik na een TIA ter voorkoming van CVA gepresenteerd: uitgaande van het feit dat ongeveer de helft van de mensen met een TIA aspirine kunnen gebruiken, zullen in 5 jaar 900 CVA's kunnen worden voorkomen, terwijl ruim 40.000 mensen gedurende een jaar 'onnodig' aspirine slikken, 800 mensen klachten krijgen over zuurbranden en 30-250 mensen een gastroïntestinale bloeding zouden kunnen krijgen.

Het hoofdstuk over preventie van afhankelijkheid gaat vooral over het verlies van zelfstandigheid in instituten, waar hulpverleners meer ingesteld zijn op zorgen voor dan op het stimuleren van zelfzorg. Interessant zijn de gegevens over het effect van thuishulp. Blenkner wordt gerefereerd, die vond dat mensen die alle mogelijke hulp thuis ontvingen, eerder overleden en na vier jaar afhankelijker waren dan een vergelijkbare groep met dezelfde handicaps, die geen hulp ontvingen. Muir Gray geeft praktische checklists voor het handelen van de huisarts om het decompenseren van de mantelzorg te signaleren en te voorkomen.

In het goede overzichtshoofdstuk over preventie van depressie en suicide, worden Kay en Murphy gerefereerd die een causaal verband tussen cerebrovasculaire pathologie en depressie veronderstellen. Lang niet alle depressieve patiënten zijn bij hun huisarts als zodanig bekend zijn. Depressieve ouderen met een ernstige lichamelijke ziekte zouden minder vaak specialistisch behandeld worden dan hun lichamelijk gezonde lotgenoten.

Verder zijn hoofdstukken aan voeding en aan decubitus gewijd. Ik mis een hoofdstuk over dementie, een in de naaste toekomst groeiend probleem, waarbij de preventieve aspecten van het instorten van de mantelzorg een expliciete plaats verdient in dit uitstekende boek.

B. Meyboom-de Jong