

Een eerste vereiste zal een goede communicatie zijn tussen specialist en huisarts. Een verwijfsbrief waarin staat vermeld wat de huisarts van de specialist verwacht, indien een ernstige diagnose wordt vermoed, kan ertoe bijdragen dat de communicatie tussen huisarts, patiënt en specialist goed op gang komt.

Menig huisarts wordt regelmatig geconfronteerd met vragen van patiënten omtrent mededelingen die hen door de specialist zijn gedaan. Het is vaak moeilijk, soms onmogelijk, een uitleg te geven van hetgeen de specialist aan de patiënt heeft gezegd. Veel specialisten en huisartsen geven hun patiënten uitleg omtrent hun aandoeningen of klachtenpatroon. Te vaak wordt aangenomen dat de patiënt deze uitleg begrijpt, zonder dat dit wordt geverifieerd. Wanneer de huisarts geen goed beeld heeft van hetgeen de specialist aan de patiënt heeft verteld, kan dit de verdere begeleiding negatief beïnvloeden.

Een mogelijkheid om de communicatie tussen huisarts, patiënt en specialist beter te laten verlopen, is in de hier weergegeven casuïstiek naar voren gekomen. Dit betekent dat de huisarts tijd moet investeren in het bijwonen van een gesprek tussen patiënt en specialist. Deze investering in tijd werpt echter de volgende resultaten af:

- De patiënt voelt zich gesteund; hij/zij staat niet alleen.
- De patiënt krijgt het gevoel niet tussen wal en schip te raken, doordat beide artsen op dezelfde golflengte als de patiënt zitten: de begeleiding verloopt beter en effectiever.
- De huisarts voelt zich veel steviger in zijn schoenen staan tijdens de verdere begeleiding.

Dankbetuiging

Bijzonder veel dank ben ik verschuldigd aan mijn vriend en collega P. Bakker, huisarts te Westwoud.

¹ De Groot JB. Communicatie tussen huisarts en specialist: toetssteen of steen des aanstoots? In: Van Weel C, Danner SA. Huisarts en internist. Utrecht: Bunge, 1984.

² Mulder JD. Samenwerken: in het bijzonder tussen huisarts en specialist [Inaugurale rede]. Leiden: Rijksuniversiteit te Leiden, 1983.

IRENE VAN HAM

Najaarscongres SIMG

Het vijfendertigste SIMG-congres vond – zoals gebruikelijk – plaats in Klagenfurt, op 15-20 september 1986. Tijdens de eerste drie dagen waren de thema's: 'Het kind in de praktijk van de huisarts', 'Fysiotherapie' en 'Huisarts en gezin'; tijdens het internationale gedeelte werd gesproken over 'De kwaliteit van de patiëntenzorg', 'Onderzoek in de huisartspraktijk' en 'De risicopatiënt in de huisartspraktijk'.

Inleiding

De eerste drie dagen van het jaarlijkse SIMG-congres in Klagenfurt zijn vooral bedoeld als nascholing voor Oostenrijkse artsen. De voertaal is dan Duits. De laatste drie dagen hebben een meer internationaal karakter. Dan zijn er meer sprekers uit niet-Duitstalige landen en wordt er ook Engels en Frans gesproken. Gelukkig is er een simultaanvertaling.

Ik vond het ook nu weer de moeite waard om ook de eerste dagen van dit congres te bezoeken. De voordrachten stonden zeker op hetzelfde peil als die tijdens het internationale deel. Bovendien was de sfeer wat rustiger (minder mensen, alleen Duits, minder Nederlanders om op terug te vallen), zodat er gemakkelijker contacten met Oostenrijkse, Zwitserse en Duitse collega's konden worden gelegd.

Elke ochtend vonden er voordrachten plaats rond een centraal thema en 's middags waren er workshops en vrije voordrachten. Verder was er iedere middag een bijeenkomst van een Balintgroep, die praktisch geheel uit Oostenrijkse collegae bestond en ook diende als aanzet voor een meer blijvende Balint-groep na het congres.

Het kind

Het thema van de eerste dag was: 'Het kind in de praktijk van de huisarts'.

I. van Ham, huisarts, wetenschappelijk medewerker aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Utrecht.

Verschillende aspecten van kinderen en hun problemen werden belicht, zoals kinderen met psychosomatische aandoeningen, kinderen met seksuele problemen, kinderen met motorische problemen en enuresis. Bij al deze onderwerpen bleken drie vragen voor de huisarts van groot belang te zijn: wie heeft hulp nodig, wie zoekt hulp, en wie is symptoomdrager?

Als diagnostische mogelijkheden bij kinderen met problemen werden genoemd: het laten maken van een tekening, het laten vertellen of het bijhouden van een dagboek (bij wat oudere kinderen). Bij kinderen met motorische problemen werd de (voormalige) overgang van de kleuterschool naar de basisschool genoemd als belangrijk diagnostisch moment.

's Middags was er een workshop over autogene training met kinderen en jongvolwassenen en een workshop over seksuele problemen bij kinderen.

Fysiotherapie

Dinsdag stond de fysiotherapie in de schijnwerpers. Na een algemene voordracht waarin gewezen werd op de mogelijkheid de patiënt aan huis te laten behandelen door een fysiotherapeut (in vele landen kennelijk nog niet gebruikelijk), volgde een aantal voordrachten over meer specifieke onderdelen van de fysiotherapie.

In de eerste voordrachten werd veelvuldig verwezen naar therapieën met vaak fraai klinkende namen die mij als Nederlandse weinig bekend voorkwamen. Toch klinkt het niet onaantrekkelijk om een patiënt met een aanval van angina pectoris te behandelen door hem de rechterarm te laten onderdompelen in koud water. In gedachten zag ik mijn patiënten met oedeem van de benen al ijverig 'wassertreten' aan de oevers van het Gooimeer. Het aantrekkelijke van al deze therapieën is dat ze, behalve eenvoudig en goedkoop, ook een grote zelfwerkzaamheid van de patiënt vereisen.

De voordrachten over manuele diagnostiek en therapie, revalidatie van

rheumapatiënten en laat optredende schade bij (top)sport brachten eigenlijk niet veel nieuws.

's Middags waren er drie workshops. Naast de al genoemde Balint-workshop en de bekende onderwijs-workshop van Heller was er een workshop over fysiotherapie in de huisartspraktijk. Bij deze laatste workshop werd door de deelnemers ijverig op elkaar geoefend om de diagnostische waarde van fysiotherapie te onderzoeken.

Gezin

Voor Woensdag stond het thema 'Huisarts en gezin' op het programma. Alle voordrachten op deze dag hadden op een of andere wijze te maken met wat wij hier gezinsgeneeskunde plegen te noemen.

Het Nijmeegse huisartseninstituut was vertegenwoordigd in de persoon van Chris van Weel. Deze benadrukte in zijn lezing hoe het gezin van de patiënt kan worden gebruikt als bron van informatie voor de arts, zowel bij de diagnostiek als bij de therapie. Zo spelen gezinsleden een belangrijke rol in een onderzoek naar de bijwerkingen (seksualiteit, lichamelijke klachten en concentratie) van antihypertensiva.

's Middags was er een zeer interessante workshop over de hulp van de huisarts bij acute huwelijks crises. Aan de hand van een op video opgenomen consult van een echtpaar met een ernstige crisis in hun huwelijk werd in groepjes gediscussieerd over een aantal vragen. Deze discussie toonde nog eens fraai aan dat iedereen al snel partij koos – of voor de man of voor de vrouw – en dat deze keuze in een aantal gevallen sterk gekleurd werd door persoonlijke omstandigheden (bijvoorbeeld het zelf vrouw zijn, het hebben van vergelijkbare huwelijksproblemen en dergelijke). Een zeer leerzame middag.

Patiëntenzorg

De donderdag – de dag waarop wij met elkaar van gedachten wisselden over de kwaliteit van de patiëntenzorg – begon met de opening van het officiële gedeelte van het congres. Na een uiteenzetting over de situatie van de gezondheidszorg in Joegoslavië door Jaczik, hield Walker uit Engeland een voordracht over toetsing en de invloed daarvan op de beroepsontwikkeling van artsen in Enge-

land. Hierna deed Marijke Kuyvenhoven uit het Utrechtse huisartseninstituut verslag van haar onderzoek naar de mate waarin huisartsen met collega's overleg plegen over diagnostiek en beleid bij concrete patiënten en in welke mate er een samenhang is tussen de praktische situatie enerzijds en intercollegiaal overleg anderzijds.

's Middags waren er vrije voordrachten over uiteenlopende onderwerpen en onder meer een workshop over methoden van nascholing. Nadat er ook nog gelegenheid was geweest om de praktijk van een collega te bezoeken (helaas dus weer vijf programmaonderdelen tegelijk, net als vorig jaar), vonden 's avonds de uitreiking van de Hippokrates-medaille en het congresdiner plaats. De Hippokrates-medaille wordt jaarlijks uitgereikt aan die collegae die zich bijzonder verdienstelijk hebben gemaakt voor de SIMG. Dit jaar viel de eer te beurt aan A. Rose uit Groot-Brittannië, Dr. Rita Kielhorn uit Berlijn en Dr. Härter uit de Bondsrepubliek.

Onderzoek

De vrijdagmorgen was gewijd aan onderzoek in de huisartspraktijk. Door Bruusgard en Van Weel was gekozen voor tien korte voordrachten uit zes landen. De referenten varieerden van student en arts-assistent tot hoogleraar. Niet alle referenten bleken in staat de essentie van hun onderzoek in vijftien minuten naar voren te brengen, zodat daarna nog vijf minuten gediscussieerd kon worden.

Op verzoek van de voorzitters werd vooral over de methodologische aspecten gediscussieerd. De voordracht van Dokter uit Rotterdam over methodologische aspecten van onderzoek in interprofessionele relaties in gezondheidszorg sloot hier goed bij aan. Op deze manier konden geïnteresseerden zich informeren over lopend onderzoek in andere landen.

Risicopatiënt

De laatste dag van het congres had als thema 'De risicopatiënt in de huisartspraktijk'. Drie sprekers vertelden iets over de groepen risicopatiënten waarnaar wij in het bijzonder onderzoek verricht hebben. Het betrof hier: de patiënt met hoge bloeddruk, de adipeuze patiënt en de suicidale patiënt. Een

tabel over de correctiewaarden voor gemeten hoge bloeddruk naar dikte van de arm zorgde voor een levendige discussie over de vraag of deze tabel nu wel of niet gehanteerd diende te worden.

Jacques van Eijk uit Nijmegen deed verslag van zijn onderzoek naar het verband tussen de dood van een gezinslid en het ziektegedrag van de achtergebleven gezinsleden. Na de pauze was er een paneldiscussie met onder andere Jan van Ree, ook uit Nijmegen, in het panel. Helaas leverde deze paneldiscussie, zoals meestal het geval is, niet veel zinnigs op. Ook vorig jaar was dit het geval. Misschien moet men toch eens nadenken over een waardiger slot van het wetenschappelijk gedeelte van dit congres.

Internationale contacten

Het congres werd traditiegetrouw op zaterdagmiddag en -avond afgesloten met een gezamenlijk uitstapje in Karinthië's mooie natuur. Dit keer genoten wij van de berglucht, zon en elkaars gezelschap op de Turracher Höhe.

Een zwak punt vind ik dat, hoewel de voordrachten per dag zich op één thema richten, de onderlinge samenhang tussen de voordrachten vaak niet erg groot was. Ook heb ik de indruk dat sommige onderwerpen hierdoor wat eenzijdig werden belicht. Dit jaar waren er, in tegenstelling tot vorig jaar, relatief weinig bijdragen uit Nederland en België. Ook waren er weinig vrouwelijke referenten; gelukkig waren er onder de jongere deelnemers wel veel vrouwelijke collegae.

Als ik dit congres vergelijk met wat er doorgaans in ons land aan nascholing wordt aangeboden, dan lijkt mij dat het in Klagenfurt gebodene oppervlakkiger is. Als men zich in een of enkele onderwerpen wil verdiepen en zich op de hoogte wil stellen van de nieuwste ontwikkelingen op een bepaald gebied, dan is men in Klagenfurt aan het verkeerde adres. Wil men echter internationale contacten opdoen en geïnformeerd worden over hoe men in andere landen tegen ons vak aankijkt en waar men daar mee bezig is, dan kan ik u dit congres van harte aanbevelen. De mooie omgeving en het (meestal) stralende herfstweer doen de rest.

DOUWE DE VRIES

Blijft preventie een pretentie?

Impressies van het NHG-jubileumcongres

Preventie door de huisarts, is dat gewenst (moet het), nuttig en nodig (kan het) en toelaatbaar (mag het)? Dat was de vragende lokroep waarmee het NHG zijn leden op 21 en 22 november 1986 naar de Amsterdamse RAI had gehaald. Al jaren hebben we als huisarts de preventie in het vaandel, maar al even zovele jaren is het vooral een slogan, die het goed doet aan borrel- en onderhandelingstafel. 'Voorkomen is beter dan genezen' is een volkswijsheid, die door politici handig op het bordje van de huisarts is geschoven. En daarover, zo was vooraf gesteld, moesten we ons als huisartsen nu eindelijk maar eens duidelijk uitspreken.

Secundaire preventie

'Deskundigen hebben uitgerekend dat rijwielreflectie een vermindering van tachtig tot honderd doden en zwaargewonden per jaar oplevert. Voor f 12,95 is het geheel al aan te brengen. Ik ben dan ook niet bereid tot uitstel. Want dat zou betekenen dat wij juist in heel moeilijke wintermaanden – wat de zichtbaarheid betreft – een groter risico nemen'. Dit antwoord van minister Smit-Kroes van Verkeer en Waterstaat, vormde 3 december 1986 onverwacht het begin van een chaotische discussie in de Tweede Kamer. Het begon met een vraag om een overgangstermijn voor de invoering van reflectie op fietswielen en werd een pinnig en emotioneel debat over het voorkómen van verkeersdoden, waarbij minister en kamerleden elkaar ervan beschuldigden dat ze de verkeersonveiligheid bevorderden en elkaar tientallen verkeersdoden in de schoenen schoven.

Zo bedroevend parlementair was het peil op het tien dagen daarvoor gehouden NHG-congres dan wel niet, maar veel wetenschappelijker ging het er niet toe.

Het voorkómen van ziekten – de primaire preventie – is een huisartsentaak, althans voorzover het zich beperkt tot de dagelijkse patiëntenvoorlichting. De

reikwijdte en beperking van die taak was in de voorbereidingen nauwelijks als vraag opgeworpen, maar kwam tijdens het congres wel voortdurend aan de orde. Men bleek het bij lange na niet eens te zijn over de rol van de huisarts in antirookcampagnes, de strijd tegen drugs en alcohol, en te vet, te zoet en te zout eten.

De inzet van het congres was vooral de secundaire preventie – de vroege opsporing van nog symptoomloze ziekten of risicofactoren die evident tot ziekten leiden. We doen uitstrijkjes van de cervix, palperen borsten, meten de bloeddruk, enz. Maar, zo is de vraag, in hoeverre doen we dat bij de juiste personen – degenen die tot een echte risicogroep behoren – en in hoeverre doen we het systematisch en bereiken we dan ook alle mensen die we zouden moeten bereiken uit zo'n risicogroep.

De tertiaire preventie – het voorkómen dat bestaande ziekten verergeren – is een vanzelfsprekende en niet ter discussie staande taak van de huisarts, waarvan je je kunt afvragen of de term preventie daarvoor nog wel zinvol is, en of men niet beter van goede behandeling zou kunnen spreken.

Opwarmer

Het eerste – officiële – uur liet ik aan me voorbijgaan; dat voegde ik bij mijn nachtrust na enige patiënten die met een koortsend kind, heftige buikpijn, en hyperventilatie 'zo de nacht niet doorkonden'. Politiek sceptisch geworden, ontloop ik overigens graag toespraken vol goede bedoeling van politici (en plaatsvervangende hoge ambtenaren). Jammer genoeg miste ik daarmee ook de uitreiking van de NHG-prijs aan Toine Lagro-Janssen.

Ik begon dus met de opwarmer van het congres: het kruisen der degens over het vóór en tegen preventie tussen Jan van Ree en Siep Thomas. Beiden hadden zich al ettelijke jaren geprofileerd met hun hier in een kwartier te presenteren standpunt. Inhoudelijk dus weinig nieuws, maar qua vorm wel interessant. In een omslachtig, droog verhaal raakte

Van Ree direct flink achterop bij Thomas, die zijn contra nog eens met verve presenteerde.

De woordvoerder van het landelijk patiënten/consumentenplatform – Hans van der Wilk – ondersteunde dat nog eens. Hij benadrukte dat artsen wél verbanden moeten (blijven) zoeken tussen ziekte en omstandigheden die daartoe (kunnen) leiden, maar stelde met evenveel nadruk dat de huisarts niet de eerste aangewezen figuur is voor de vroege opsporing van ziekten en risicofactoren. 'Het allerbelangrijkste aspect vind ik dat de huisarts zijn patiënten dient te vrijwaren van bemoeienis als er geen rechtstreekse hulpvraag ligt', zo meende hij. Dat was een taak voor de basisgezondheidsdienst.

Systematisch versus selectief

Het tweede uur sloot hier fraai op aan met de presentatie van onderzoeksresultaten van het Nivel en van het Rifoh-project over preventie van hart- en vaatziekten. Wienke Boerma zette de voorwaarden voor het realiseren van effectieve preventie nog eens op een rijtje: in de eerste plaats het wetenschappelijk fundament, waarbij vast moet staan of iets werkelijk een risicofactor is, de beschikbaarheid van een goede opsporingsprocedure, evenals behandelingsmogelijkheden. Epidemiologisch onderzoek is daarbij elementair. In de tweede plaats moet de patiënt de interventies acceptabel vinden en mee willen doen. In de derde plaats moet de (huis)arts tot een en ander bereid en in staat zijn.

De huisarts kan dus als initiator wel een belangrijke rol spelen, maar is beslist niet de enige van wie het slagen van preventieve zorg afhankelijk is. Een van de redenen voor het toekennen van zo'n grote rol in de preventie aan de huisarts, is het feit dat deze continuïteit in de behandeling kan bieden. Juist die ontbreekt bij groots opgezette bevolkingsonderzoeken, en deze zijn daardoor gedoemd op den duur te mislukken. Maar de vraag is, of die continuïteit op zichzelf genoeg is om het in de eerste lijn wél te doen lukken.

Wanneer je als criterium voor preventie uitgaat van de systematiek waarmee het gebeurt, dan doet het merendeel van de huisartsen vooralsnog niet feitelijk aan preventie. Boerma bracht de resultaten van twee studies naar vo-

D. De Vries, huisarts te Amsterdam.

ren, waaruit bleek dat driekwart van de huisartsen selectief werkt bij het opsporen van hypertensie, en dat een kwart van de ondervraagden systematisch/anticiperend (i.c. ongeacht de klacht) de bloeddruk van hun patiënten meet. Maar nog geen 10 procent neemt zelf contact op met patiënten die niet verschijnen voor controle van hun hypertensie. Een kleine minderheid doet dus aan systematische opsporing en er wordt vrijwel niets aan nauwgezette follow-up gedaan. Dat geldt zowel voor solisten als voor huisartsen in een samenwerkingsverband.

Bij baarmoederhalskanker blijkt dit anders te liggen. Hier blijken artsen in gezondheidscentra en in groepspraktijken in meerderheid wél systematisch/anticiperend naar alle vrouwen te werken (73 c.q. 65 procent, tegen 42 procent bij solisten). Maar oproepen en screenen doet niemand. Overigens bleek de parate herkenbaarheid in de patiëntenadministratie van patiënten met hypertensie en afwijkende cervixcytologie zeer laag. Slechts 15 procent van de hypertensiepatiënten blijkt men zonder meer te kennen en slechts 7 procent van de vrouwen met afwijkende cervixcytologie.

Ook was gevraagd naar het optreden bij vet-, alcohol- en tabaksmisbruik. Huisartsen geven wel vaak preventieve adviezen aan drinkers, maar blijken slechts in 16 procent van de gevallen als routine te informeren naar alcoholgebruik; 32 procent blijkt te informeren naar roken en 65 procent registreert overwicht.

Goede bedoelingen en feitelijk falen

Huisartsen blijken dus nog allerm minst preventief te werken. Peter Verhaak refereerde onderzoek over de discrepantie tussen goede bedoelingen en feitelijk falen. NHG-medewerkers interviewden een twintigtal huisartsen en kwamen tot vier groepen argumenten aangaande preventie: de aanvaardbaarheid van onrustbarende bemoeienis, de reikwijdte van de verantwoordelijkheid van de arts, de wetenschappelijke fundering en de praktische uitvoerbaarheid.

De praktische uitvoerbaarheid, het ontbreken van geld en assistentie, wordt door de meesten als reden voor het verzaken van het beleden ideaal ge-

NHG-prijs voor Toine Lagro-Janssen

Tijdens het congres werd de jaarlijkse NHG-prijs voor het beste artikel in de afgelopen twaalf nummers van *Huisarts en Wetenschap* door jury-voorzitter Prof. dr. H. J. Dokter uitgereikt aan Toine Lagro-Janssen, huisarts te Nijmegen, voor haar twee artikelen over vrouwen met een uterusextirpatie.^{1,2} Na Hetty Wemekamp was zij de tweede vrouw die deze prijs in ontvangst mocht nemen.

Toine Lagro debuteerde in 1983 in *Huisarts en Wetenschap* met 'De vrouwelijke patiënt in de huisartspraktijk'³ en publiceerde daarna nog verschillende andere artikelen.⁴⁻⁶ Recent verscheen mede van haar hand het boek 'Menstruatieklachten',⁷ dat in dit tijdschrift lovend is besproken.

¹ Lagro-Janssen T, Van Manen M. Alles weggehaald... 1. Een onderzoek naar de relatie tussen uterusextirpatie en

medische consumptie. *Huisarts Wet* 1986; 29: 137-40.

² Lagro-Janssen T, Frénay J, Van Arendonk M. Alles weggehaald... 2. Een onderzoek naar enkele kenmerken van vrouwen die een uterusextirpatie hebben ondergaan. *Huisarts Wet* 1986; 29: 168-71.

³ Lagro-Janssen T. De vrouwelijke patiënt in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1983; 26: 369-72, 384.

⁴ Lagro-Janssen T. Onwillekeurig urineverlies bij de vrouw. *Huisarts Wet* 1983; 26: 418-21.

⁵ Lagro-Janssen T. Kortjakje in de con-tramine. *Huisarts Wet* 1985; 28: 61-3.

⁶ Lagro-Janssen T. Nooit op tijd. Een onderzoek naar urine-incontinentie bij de vrouw. *Huisarts Wet* 1986; 29: 38-41.

⁷ Lagro-Janssen T, Smulders M. Menstruatieklachten. Utrecht: Bunge, 1986.

noemd. Maar merkwaardig genoeg blijken artsen die zeggen nu al systematisch preventief te werken, niet in veel betere praktische werkomstandigheden te verkeren dan degenen die niet systematisch werken. Feitelijk blijken de morele overwegingen – de aanvaardbaarheid en het veronderstelde nut – dan toch weer de doorslaggevende factoren te zijn. De confrontatie met dergelijke inconsequentie leverde in de zaal noch veel verdriet, noch boosheid op, slechts her en der wat verlegen gegniffel en geschater.

Het opmerkelijkst aan het verslag van het Rifoh-project vond ik de constatering, dat preventie (ten aanzien van hart- en vaatziekten) door de huisarts vooral een kwestie van delegatie is. Waarom, zo vroeg ik me af, is ons niet met nadruk gevraagd onze assistente mee te nemen naar de RAI, in plaats van onze partner, voorzover althans die functies niet samenvallen?

Zes mannen en een vrouw

De plenaire mini-workshop was bedoeld om onze belendende zaalgenoten eens te spreken. Na discussie met de burens mocht men een gekleurd balletje in een emmertje deponeren, voor zover men een medestander ten aanzien van het screenen van bejaarden, het smearen van cervixen of het bestrijden van

alcoholisme had gevonden. Steeds bleek ongeveer de helft van de 'stemmen' op de anticiperende aanpak terecht te komen en bleek de 'echte' preventie – de systematische aanpak – nauwelijks stemmen te krijgen. De rest bleek de status quo ten aanzien van het eigen gedrag te prefereren of het van het anderen te laten afhangen.

Uiteraard leverde deze stemming volgens districtenstelsel over slordig omschreven, althans onduidelijke alternatieven wel meerderheden op, maar onduidelijk waarvoor. Zoals Hans van der Voort, die deze happening samen met Ger van der Werf presenteerde, al opmerkte, was het toch vooral een gemiste kans voor het Jeugdjournaal.

Interessant was wél de show van Betty Meyboom-de Jong, die zes mannen en één vrouw ondervroeg omtrent de achterkant van hun preventief gelijk. De Nijmeegse huisarts Dolmans (vr.) vond dat roken als riskant gedrag de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt is, terwijl professor Brouwer het wijzen op de risico's geen betuttelend gedrag vond, waarbij de huisarts Willem's zich afvroeg of je dergelijke betutteling niet moet beperken tot zwangere en astmatici, waarna Van der Wilk (patiënt) er op wees, dat de minister het ook al in kleine lettertjes zegt op de verpakking maar dat volgens hem de huisarts het ook nog wel eens mag zeg-

gen, hoewel de patiënt het eigenlijk ook al wel weet, waarop Tijmstra (medisch socioloog) toevoegde, dat de rookramp overeenkomt met een wekelijks Boeing 747-crash, maar dat er kennelijk zo vaak over die ramp geschreven wordt, dat de patiënt besluit maar niet meer te lezen. En zo ging dat nog een tijdje door. De historische en maatschappelijke context en de gigantische belastingopbrengst van alcohol en tabak werd nog ter tafel gebracht. Ook hier was het klachtgebonden advies het compromis en de huisarts zou zelf best het goede voorbeeld mogen geven.

Betty Meyboom stookte nog eens het gevecht tussen Van Ree en Thomas op. Ze mochten beiden hun verhaal nog eens dunnetjes overdoen. Ze vroeg Thomas of die wel eens een bloeddruk mat en Van Ree hoeveel tensie hij nog niet wist in zijn praktijk. Dat laatste bleek 15 procent, tot zijn teleurstelling en haar opluchting.

Opmerkelijk vond ik het wegwuiven van de bijwerkingen van preventie zoals het 'vrijbriefeffect' (de test is goed – ik ben gezond – ik mag dus doorgaan met mijn ongezonde leefwijze), de onterechte geruststelling, de onterechte verontrusting, enz. Kennelijk, zo werd opgemerkt, bestaat er reeds nu een aanmerkelijke rechtsongelijkheid in de preventieve verzorging (van de wieg tot het graf). Bij dokter Pro word je permanent bewaakt, bij dokter Contra moet je eerst komen klagen.

Promoting prevention

De volgende ochtend begon met een speech van de voorzitter van The Royal College of General Practitioners of the United Kingdom, John Hasler: 'Promoting prevention'. Een met veel charme gebracht verhaal, waarin de huisartspraktijk de functie van basisgezondheidsdienst vervult als echte *general practice*. Een optimistisch, voortvarend geluid, alsof er een Cubaanse minister van volksgezondheid aan het woord was in plaats van een huisarts uit het land van Thatcher. Ik genoot, maar bleef sceptisch.

Gedurende de rest van de zaterdagochtend waren er drie parallelle programma's, waarvan één over de behandeling van patiënten met alcoholproblemen. Ook in de twee andere zalen ging het in de referaten erg vaak over behandeling, c.q. tertiaire preventie. Ik volg-

de een pleidooi voor de computer, een verslag over een monitoringproject ten aanzien van hypertensie (waarbij de wel wat grove maat van de gemiddelde tensie in een populatie me verbaasde), een sympathiek pleidooi voor *case-finding* via anticiperend werken door registratie op de klassieke NHG-kaart, een toetingsprogramma bij hypertensiebewaking, een klinkende en ferme rede over de Na/K ratio in onze voeding, die om laag moet...

En toen was mijn aandacht op. Ik ben dol op dit soort korte referaten met puntige discussie toe, maar vind het toch meer iets voor een 'zijstraat' op een dergelijk pretentius congres.

Rechtscollege

Als klapper werd ons een tweede show geboden; een rechtscollege zou gaan oordelen over preventie, met een opiniepeiling voor- en achteraf. De in discussie gebrachte stelling luidde als volgt: 'Het op eigen initiatief en systematisch benaderen van patiënten door de huisarts – ook al is dat voor opsporing van vroege symptomen of risicofactoren – moet worden afgewezen'.

Van der Feen, pleiter tegen de stelling, had als getuigen een (oud-)patiënt en Spreeuwenberg. Raeven, pleiter vóór de stelling, had als getuigen Sturmans en Van Es.

Dat leverde fraaie taferelen op. De patiënt, die zich in zijn bewondering en steun voor 'dokter Van der Feen' zeer ontvankelijk toonde voor opsporing en behandeling van zijn verhoogde bloeddruk, had toch het advies tot zoutbeperking thuis maar niet verteld, omdat zijn vrouw al zo flauw kookte. En Sturmans toonde puntig goochelend met epidemiologische statistiek de onzin, c.q. betrekkelijkheid van het nut van hypertensiescreening aan. Van Es bepleitte terughoudendheid, maar moest op de enige vraag uit het rechtscollege (Huygen) toegeven wél aan rouwverwerkingsbegeleiding te zullen doen. En Spreeuwenberg benadrukte nog eens dat preventie al in het Basistakenpakket en de functieomschrijving van de huisarts staat, en dus al door de beroepsgroep is geaccepteerd.

Preventie, wat moeten we daarmee. Een ons door de publieke opinie opgedrongen mode, in ons takenpakket opgenomen, omdat we therapeutisch uitgepraat zijn, en alle terrein aan de twee-

de lijn dreigen te verliezen? Is preventie de utopie voor de gemotiveerden onder ons, ondanks het dubieuze nut en de iatrogene schade? Een technologisch geïnspireerd aanbod, dat medicaliseert en afhankelijk maakt, met als opbrengst onrust en schijnzekerheid? Opnieuw de huisarts als pakezel en duizendpoot? Alleen als alle huisartsen meedoen heeft het zin, zo stelde Van der Feen in zijn slotpleidooi.

Vóór de rechtszitting waren 228 aanwezigen voor de stelling en 190 tegen. Na de zitting 225 voor en 178 tegen. De voorzitter van het rechtscollege, Thung, wist er nauwelijks een verhaal van te breien en de voorzitter van ons genootschap had kennelijke moeite met zijn slottoespraak.

Teleurstellend

Een, ondanks de voorbereiding van meer dan twee jaar, wat teleurstellend congres, zowel in wetenschappelijk-kritisch opzicht, als in de praktische en pragmatische uitwerking. De reader bevatte oudere, maar daarmee nog allerm minst als klassiek te beschouwen teksten. Verdere voorinformatie kon men vinden in oudere nummers van *Huisarts en Wetenschap* en in de vlak voor het congres verschenen *special*, terwijl enige maanden eerder ook *Patient Care* al met een dergelijke aflevering was verschenen. Misschien was het dienstig geweest al die informatie wat overzichtelijker te bundelen.

Het congres zelf werd te sterk overheerst door het show-element. Deelnemers werden niet of nauwelijks aangezet tot reëel meedoen, bijvoorbeeld in uitgebreidere workshops. Alle discussies bleven globaal, terwijl het misschien wel zinnig was geweest een aantal onderwerpen nu eens echt goed op een rijtje te zetten. Juist een gedetailleerder bespreking had duidelijk kunnen maken wat de huisarts nu wél zinnig aan preventie kan doen.

Misschien hadden standjes van de Stadsreiniging en Gemeentewaterleiding, het Veiligheidsinstituut, de Stichting Volksgezondheid en Roken en dergelijke wat meer historische en maatschappelijke context kunnen brengen. Met alleen een petieterig standje over gezondheidsvoorlichting van gastarbeiders en eentje van de Hartstichting, was het hele niet-huisartsgebonden preventiegebeuren wel erg karig gepresen-

teerd. Tientallen reclamestands voor farmaceutische produkten, waar men met tasjes en pennen de aandacht lokt, blijken de pittige congresprijzen overigens niet te drukken. Ik miste overigens de firma die zo actief is in de tertiaire preventie van osteoporose en dementie en nog grotere bekendheid verwierf met de vervuiling van de Rijn. Wat ik ook miste, was de follow-up van eerdere congressen, met name de geweldspreventie.

Duel of duet?

Veel gemist dus, maar laat ik opgewekt en opwekkend eindigen. Tijdens koffie en brood in de wandelgangen en het feest was het erg gezellig. Johan Schellekens gaf een fraaie wandelgangperformance als rokende dokter met dwingend anti-rookadvies. Hans van der Voort bleek ook deze keer weer alles geregeld te hebben met zelfs een leuk cabaret tijdens het feest en de bloemen en wijn tot slot. Zo'n man als assistent(e) en alles zou lukken.

Over preventie zijn we nog lang niet uitgepraat. Maar nu vast wil ik u met nadruk wijzen op het volgende congres met als titel 'patiënt/huisarts: duel of duet?'. Er zal opheldering moeten komen over de relatie van de huisarts met een aantal moeilijke patiëntengroepen om te komen tot een duel met open vizier en een duet dat klinkt.

Discussie

NHG-prijs

Tijdens de uitreiking van de NHG-prijs 1986 voor het beste artikel in *Huisarts en Wetenschap* werden – niet voor het eerst – ook de namen van enkele gedragswetenschappers genoemd. Zij bleven echter *hors concours*, omdat alleen huisartsen in aanmerking komen voor de prijs.

Hoe men ook over de oorspronkelijke motivering moge denken, 'wetenschappelijk' was zij in ieder geval niet. In dit verband rijst ook de vraag, of de Nederlandse huisarts, na 30 jaar NHG, nog steeds behoefte heeft aan deze vorm van positieve discriminatie.

E.A. Hofmans
(geen van beide)

Hyperventilatie

Eén van de storendste fenomenen in het diagnoselandschap van de hedendaagse medicus en met name in dat van de huisarts is wel de hyperventilatie. Je komt het overal tegen: in specialistenbrieven, voorlichtingsfolders, drogisterijblaadjes, op de televisie, in de pers; collegae zeggen van patiënten dat ze het hebben, patiënten zeggen van zichzelf dat ze het hebben. Hyperventilatie teistert weekenddiensten, ondanks het wijd verbreide gebruik van plastic zakken en tuinslangen.

In mijn praktijk heeft niemand hyperventilatie, afgezien van een enkeling die, komend van elders, niet weet dat de ziekte bij ons niet bestaat of, zo ze ooit de kop opsteekt, terstond bestreden wordt. Wie schetst dan ook mijn ergernis, nu ik in mijn eerste nummer van het tijdschrift dat naar een verband streeft tussen huisarts en wetenschap een artikel over hyperventilatie vind.¹

De diagnose hyperventilatie is een typisch produkt van onze tijd. Ze komt rechtstreeks voort uit ons mechanistisch mensbeeld en brengt ons ertoe van een medemens die neerligt in een – ten minste voor zijn eigen gevoel – existentiële crisis, te zeggen: 'Hmm, het ademt te vlug'. De patiënten die ik ervan verdenk door anderen of door henzelf voor hyperventilanten te worden gehouden, hebben dit gevoel van existentiële bedreiging gemeen. De huisarts is bij uitnemendheid geschikt om vanuit zijn kennis van de patiënt en vanuit zijn theorie en ervaring het gevoel van angst en catastrofe te duiden en de oorzaak ervan op te sporen. Dat er aan de patiënt verschijnselen te merken zijn die wijzen op angst, zoals wijde pupillen, een snelle hartactie, tremoren, transpireren en, ja, hyperventilatie past geheel in het onwillekeurige maar zingevende gedrag. De symptomen helderen de oorzaak van de angst echter niet op; ze wijzen hooguit naar de betekenis die de patiënt eraan geeft en kunnen al helemaal niet afzonderlijk als ingang voor oorzakelijke therapie gebruikt worden. Ik vind het echt absurd – en het blijkt in de praktijk ook niet te werken – een zo onbelangrijk deelsymptoom te gaan behandelen met bijvoorbeeld een stuk tuinslang. De patiënt raakt erop gefixeerd. Het leidt hem weg van zelfhulp, van inzicht in zijn eigen gedrag, kortom

van zijn eigen pogingen tot het 'Ken uzelf'. Het blokkeert mogelijk zelfs de toegang voor inzichtgevend therapie.

Deze fixatie ontstaat ook bij de medicus: 'Moet ik het spoor op van de hyperventilatie of dat van het hartinfarct; dát wijst meer op het hart, dát meer op hyperventilatie; welk van beide is het nu?' De oude zonde van het ziel-lichaamdualisme en de jongere van het twee-sporendenken speelt ons parten met op de loer de bizarste verdediging vanuit de natuurwetenschappelijke geneeskunde tegen de fouten die uit dit denken ontstaan, de diagnosis per exclusionem. Als we bij een patiënt niet verder komen dan de observatie dat hij zich bedreigd voelt, dan moeten we er maar van uit gaan dat we 'het niet weten' en dienovereenkomstig handelen.

In onze ontmoeting met de patiënt moeten we open voor hem staan binnen het kader van zijn persoonlijke historie en zijn sociale omgeving. Vaak zullen we tot een conclusie kunnen komen en hoeven we niet te grijpen naar een zo minimalistische verlegenheidsdiagnose als hyperventilatie.

Het angstgevoel bij iemand met een myocardinfarct kan en zal meestal aanleiding geven tot hyperventilatie, evenals dat bij een vitale depressie of bij de op hysterische wijze aandacht vragende mens. Daarom kan hyperventilatie geen onderscheidend symptoom zijn. De verschijnselen van angst kunnen weer hun reciproke werking hebben op allerlei lichaamsfuncties en hun parameters, zonder dat dit evenwel consequenties heeft voor de diagnose. Door hyperventilatie kunnen carpopedale spasmen ontstaan, of zij nu veroorzaakt wordt door de 'fear of impending destruction' van het hartinfarct of door de vrees voor het rijexamen. Ook bij het hartinfarct kan een geruststellende behandeling van hyperventilatie effectief zijn voor de angst; een hartinfarct is daarom zeker niet uitgesloten als een behandeling voor hyperventilatie effectief is.

Wat me in het artikel over hyperventilatie uiteindelijk in de pen deed klimmen, was de suggestie dat hyperventilatie een hartinfarct zou kunnen veroorzaken: 'Het is geen al te grote sprong, als men dan veronderstelt dat hyperventilatie