

S. THOMAS

Preventie door middel van actieve opsporing in de huisartspraktijk

'Preventie' was het thema van het dertigste NHG-congres. Eén van de meest geprofileerde tegenstanders van preventie door middel van actieve opsporing in de huisartspraktijk toonde zich – niet voor het eerst overigens – Dr. S. Thomas, huisarts in het Friese Wijckel. Op verzoek van de redactiecommissie vatte hij zijn overwegingen nog eens samen.

Inleiding

Al jaren worden pogingen gedaan om het beloop van ziekten in gunstige zin te beïnvloeden door actieve opsporing of screening. Artsen en patiënten zijn er meestal gemakkelijk enthousiast voor te krijgen en op dit moment zitten we weer in zo'n hausse: voor allerlei aandoeningen, zoals CARA, alcoholverslaving en osteoporose, wordt de indruk gewekt dat opsporing en behandeling in een vroeg stadium een groot aantal latere problemen kunnen voorkomen. Dan hoeft er maar weinig te gebeuren, of heren der beginnen collegae hun praktijkpopulaties op het vóórkomen van beginstadia van deze kwalen uit te kammen. Daarna verschijnen er publikaties waarin de indruk wordt gewekt dat alleen al het bekend zijn van zo'n diagnose potentiële gezondheidswinst oplevert. Artsen die nog niet zo voortvarend zijn geweest, voelen zich achterlopen en te kort schieten. Een nieuwe norm ten aanzien van de aanpak bij een bepaalde patiëntencategorie is geïntroduceerd en binnenkort zullen alle huisartsen er aan moeten geloven, of ze er in geloven of niet.

De hier geschetste gang van zaken heeft zich voorgedaan in de vijftiger en zestiger jaren. Er was toen een ware hausse van screeningsactiviteiten. Na verloop van tijd kwam men echter tot de conclusie, dat men beter eerst kon nagaan wat nu eigenlijk het nut van al die activiteiten was.¹

In die constellatie werden de WHO-

voorwaarden voor het doen van screeningsonderzoek opgesteld. Daarvan is de meest belangrijke de eis, dat aangevoerd moet zijn dat behandeling in een vroeg stadium van de op te sporen ziekte een gunstiger effect heeft op het natuurlijk beloop dan behandeling in een latere, inmiddels symptomatisch geworden fase. Met andere woorden: ga pas iets actief opsporen als de effectiviteit van de toe te passen behandeling is bewezen.

Curatief versus preventief

Bij curatief handelen bestaat er een hulpvraag, waar de arts naar beste weten en volgens de bestaande kennis op ingaat. Er is geen garantie van succes en beide partijen weten dat. De huisarts doet daarbij ook aan preventie. Hij zal door goede diagnostiek en therapie erger trachten te voorkomen. In deze situatie neemt hij, uitgaande van zijn kennis van de epidemiologie, bewust risico's: hij zal overdiagnostiek proberen te beperken en de patiënt zo weinig mogelijk onnodig blootstellen aan het gezondheidszorgsysteem.

In de situatie van preventie door actieve opsporing ligt dit totaal anders. Hier ligt het initiatief niet bij de cliënt, maar bij de arts. Hij wil de gezonde cliënt een kleine kans op 'erger' ('in de toekomst') besparen. Hij vervult daarbij niet meer de traditionele rol van hulpverlener, maar lijkt eerder een evangelist die mensen tot andere inzichten wil bekeren en ze, om hen uit het gezondheidszorgsysteem te houden, er juist in trekt.

In de ene rol, die van hulpverlener bij klachten, neemt hij bij tijd en wijle aanzienlijke risico's, die ook af en toe op onaangename wijze tot uiting komen. In de andere rol, die van evangelist, tracht hij juist kleine risico's te beperken.

Daar komt nog bij, dat de patiënt in het curatieve geval als hulpzoekende gemakkelijk zal meewerken aan eventuele interventies, terwijl dit in het preventieve geval, bij afwezigheid van klachten, veel moeilijker blijkt te zijn.

Balans van baten en lasten

Met dit alles zou niettemin te leven zijn als:

- het resultaat van de preventieve inspanningen duidelijk zichtbaar zou zijn;
- de baten de kosten duidelijk te boven zouden gaan;
- een en ander bovendien praktisch goed uitvoerbaar zou zijn.

Op al deze punten valt echter het nodige aan te merken. Dat kan worden geïllustreerd aan de hand van de twee gevallen waarin op het ogenblik actieve opsporing in de huisartspraktijk zinvol wordt geacht: hypertensie en cervixcarcinoom. In beide gevallen geldt dat het resultaat van opsporing en interventie – vermindering van morbiditeit en mortaliteit – op cliëntniveau altijd onzichtbaar zal blijven. Zelfs op het niveau van de huisartspraktijk geldt dit nog min of meer. Het werkelijke resultaat wordt pas zichtbaar op het abstracte niveau van de bevolking.

Baten

Het resultaat van de behandeling van *hypertensie* bestaat uit:

- vermindering van het vóórkomen van de met hypertensie samenhangende CVA's tot iets minder dan de helft;
- vermindering van optreden van decompensatio cordis, retinopathieën en nieraandoeningen (uitsluitend in de zeer kleine groep patiënten met een sterk verhoogde bloeddruk).²

Niet is aangetoond dat behandeling van hypertensie leidt tot vermindering van mortaliteit aan coronaire hartziekten, iets wat op grond van het risicoconcept als vrijwel zeker was (en wordt) aangenomen. Slechts bij bejaarden leidt bestrijding van hypertensie tot een vermindering van de cardiale mortaliteit, echter ten koste van een evenredige meersterfte aan andere doodsoorzaken.³

Van nauwgezette opsporing en behandeling van hypertensie is dus weinig gezondheidswinst te verwachten. De geringe winst die er is, uit zich voornamelijk in het voorkómen van maximaal twee tot drie gevallen van CVA per 1000 behandelde hypertensiepatiënten per jaar. Dat is de helft van het aantal nieuwe gevallen van CVA dat zich in relatie met hoge bloeddruk voordoet.⁴ Daarbij moet de kanttekening worden gemaakt dat de groep met de grootste risico's (die met de hoogste tensies)

Correspondentie: Dr. S. Thomas, Jachtlustweg 14, 8563 AA Wijckel.

vaak ook zonder actieve opsporing onder behandeling komt, hetgeen de toch al kleine winst nog verlaagt.

Ten aanzien van *cervixcarcinoom* is, bij gebrek aan goed interventie-onderzoek, nooit aangetoond dat screening tot gezondheidswinst leidt. We gaan er maar van uit dat de waargenomen sterftedaling⁵ door screening wordt veroorzaakt, en dat het niet om een 'spontane' daling van de mortaliteit gaat (een epidemiologisch fenomeen dat zich ook bij maagcarcinoom, coronaire hartziekten en CVA's heeft voorgedaan).⁶

Hoe het ook zij, bij het cervixcarcinoom is de te behalen winst eveneens gering, niet in de laatste plaats doordat de afwijking niet veel voorkomt.

Lasten

Actieve opsporing van *hypertensie* heeft tot gevolg dat vele klachtenloze mensen gedurende lange perioden zullen worden vervolgd en behandeld, zonder een reëel uitzicht op gezondheidswinst. Sterker nog, zij kunnen in vele gevallen slechts in het 'genot' worden gesteld van allerlei bijwerkingen van de medicatie.⁷

Bij actieve opsporing van *cervixcarcinoom* is er een betrekkelijk grote kans op het diagnostiseren van dubieuze, onschuldige afwijkingen, wat aanleiding geeft tot intensieve controle en nodeloze onrust.⁸ Er is met andere woorden ook hier nogal wat storende ruis.

Praktische uitvoerbaarheid

De ervaringen die zijn opgedaan op het gebied van de praktische uitvoerbaarheid van opsporingsprogramma's in de huisartspraktijk, brengen mij tot de volgende kanttekeningen:

De eisen die je aan een registratiesysteem moet stellen om de praktijkpopulatie zodanig precies uit te kammen dat de risicodragenden ook inderdaad worden opgespoord en vervolgd, zijn zo hoog dat gangbare huisartsenregistraties daar thans niet aan kunnen voldoen.⁹ Bij sterk wisselende patiëntenbestanden of een groot aantal particulieren zal dat ook bij eventuele automatisering grote problemen blijven opleveren.

Daarnaast treedt naar verloop van tijd zowel bij huisartsen als bij patiënten een zekere screeningsmoeheid op. Deze uit zich in een verminderde inzet en vermindering van de therapie- en op-

komstrouw. Het resultaat ervan is dat de toch al nauwelijks zichtbare opbrengst nog eens wordt verkleind, hetgeen weer een demotiverende uitwerking heeft.¹⁰

Conclusies

De conclusies die ik uit deze overwegingen trek, luiden als volgt:

- De gezondheidswinst die op bevolkingsniveau valt te behalen uit de opsporing en behandeling van cervixcarcinoom en hypertensie, is gering.
- Het zoeken naar geringe risico's bij gezonden past niet bij het primair curatief gerichte en juist risico-nemende werk van de huisarts.
- De huisarts moet dan ook niet aan deze vorm van preventie gaan beginnen.

¹ Thomas S. Screenen een nuttige zaak of een modeverschijnsel? *Med Contact* 1977; 32: 564-8.

² Wilcox RG, Mitchell JRA, Hampton JR. Treatment of high blood pressure: should clinical practice be based on results of clinical trials? *Br Med J* 1986; 293: 433-7.

³ European Working Party on High Blood Pressure in the Elderly. Mortality and morbidity results from the European Working Party on High Blood Pressure in the Elderly trial. *Lancet* 1985; i: 1349-54.

⁴ Kannel WB. Hypertension and epidemiology of stroke; observations from the Framingham Study. *Hart Bull* 1983; suppl 1: 7-11.

⁵ Van Veen WA. Effectiviteit van screeningsprogramma's gericht op baarmoederhalskanker. *Huisarts Wet* 1984; 27: 400-5.

⁶ Dunning AJ. Dalende sterfte aan ischemische hartziekten in Nederland: minder patiënten of meer doktoren? *Ned Tijdschrift Geneesk* 1985; 129: 1815-7.

⁷ Medical Research Council Working Party on Mild to Moderate Hypertension. Adverse reactions to bendrofluazide and propranolol for the treatment of mild hypertension. *Lancet* 1981; ii: 539-43.

⁸ Van Veen WA. Het beloop van afwijkende cervixcytologie. *Huisarts Wet* 1984; 27: 391-3.

⁹ Schraven DLM, Van Ree JW, Van der Hoogen HJM, Van Gerwen WHEM. Het Rifoh-huisartsenproject nader beschouwd. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986.

¹⁰ Van Ree JW, Van Gerven W, Van den Hoogen HJM. Interventie bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. *Huisarts Wet* 1985; 28: 21-4; 53-8.

Amsterdam

Huisartsen Instituut Vrije Universiteit, Van der Boechorststraat 1, 1081 BT Amsterdam; telefoon 020-548 6880.
Prof. dr. C. Spreeuwenberg.

Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam; telefoon 020-566 9111.

Prof. dr. H. Lamberts.

Groningen

Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit te Groningen, Antonius Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen; telefoon 050-632 963.

Prof. dr. G.J. Bremer.

Leiden

Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Faculteitspaviljoen, Wassenaardseweg 62, 2333 AL Leiden; telefoon 071-148 333.

Prof. dr. J.D. Mulder Dzn,
Prof. dr. K. Gill.

Utrecht

Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit te Utrecht, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht; telefoon 030-331 123.

Prof. dr. R.A. de Melker.

Rotterdam

Rotterdamse Universitair Huisartsen Instituut, Mathenesserlaan 264, 3021 HR Rotterdam; telefoon 010-463 3966.

Prof. dr. H.J. Dokter,
Prof. dr. E. van der Does.

Nijmegen

Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, St. Annastraat 284, 6525 HC Nijmegen; telefoon 080-514 411.

Prof. dr. H.G.M. van der Velden,
Prof. dr. C. van Weel.

Maastricht

Capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht; telefoon 043-882 261.

Prof. dr. C.A. de Geus.