

# Naar preventie op maat

J.W. VAN REE

**Samenvatting van de Rede uitgesproken naar aanleiding van het aanvaarden van het ambt van Hoogleraar in de Huisartsgeneeskunde aan de Faculteit der Geneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht op 28 september 1990. In dit eerste openbare college gaat Dr. J.W. van Ree in op enkele punten die naar zijn ervaring van groot belang zijn voor de verdere ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde en, met name de ontwikkelingen op het gebied van de preventieve patiëntenzorg.**

**Van Ree JW. Naar preventie op maat. Huisarts Wet 1990; 33(13): 518-20.**

Prof. dr. J.W. van Ree, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

## Aanbod van klachten

Wat mij als huisarts vanaf het begin heeft getroffen, is de enorme gevarieerdheid aan klachten die ik tijdens ieder spreekuur weer tegenkwam. Iedere dag was het opnieuw mogelijk dat ik voor een probleem werd geplaatst dat ik nog niet eerder was tegengekomen. De huisarts moet tijdens hetzelfde spreekuur omgaan met acute afwijkin gen en chronische ziekten, maar ook met nerveus-functionele klachten.

Het zal een ieder die inzicht heeft in de huisartsgeneeskunde, duidelijk zijn dat het zeer moeilijk is in het geheel van klachten die klacht te ontdekken die verwijst naar nog niet duidelijke, maar potentieel wel ernstige pathologie, of die klacht aan te pakken die ook in de ogen van de patiënt de belangrijkste klacht is. Iedere keer zal de gepresenteerde klacht op zijn betekenis moeten worden beoordeeld.

Uit de ziekte- of klachtenregistraties die zijn verkregen door het Maastrichtse Netwerk van Registrerende Huisartspraktijken, wordt duidelijk dat de huisarts, naast het omgaan met het dagelijks aangeboden pakket klachten, ook zorg moet verlenen aan een grote groep chronische patiënten met een grote verscheidenheid aan klachten en ziekten – en dat over vaak lange tijd. Deze registraties bevestigen dat de huisarts een specialist moet zijn in frequent voorkomende ‘gewone’ ziekten. Vooral op basis van kennis van wat ‘normaal’ is, moet hij de ernst en betekenis van een klacht afwegen.

## Medische deskundigheid

De huisarts moet daarbij goed inzicht hebben in het spontane beloop van ziekten en hij zal moeten weten of de ziekte in potentie invaliderend is, en wat de kans is op genezing of verergering. Door kennis hiervan anticipeert hij op komende ontwikkelingen en kan hij zijn adviezen daarop afstemmen. Ook de factor tijd speelt in de huisartsgeneeskunde een zeer belangrijke rol, zowel in het diagnostische als in het therapeutische proces.

Hoge eisen worden gesteld aan het persoonlijk functioneren en de psychosociale vaardigheden van de huisarts. Hoewel de patiënt meestal met een medisch getinte

klacht bij de huisarts komt, zal deze de patiënt niet steeds als medicus kunnen en willen benaderen. Voor veel patiënten heeft de huisarts niet alleen een functie als medicus, maar is hij ook raadgever en begeleider. Soms is de huisarts alleen maar verwijzer of wegwijzer in onze complexe medische en maatschappelijke zorgstructuur. Niet zelden is de huisarts de beschermmer van de patiënt tegen overbodige en soms zelfs schadelijke medische bemoeienis. Soms zal hij de patiënt tegen zichzelf trachten te beschermen. Af en toe zal de patiënt vragen om bescherming.

Preventieve zorg heeft in dit geheel een bijzondere plaats: vaak gaat het over ziekten die er nog niet zijn bij mensen die nog geen klachten hebben. En dat in een zorgverleningssituatie waarin sprake is van een aanzienlijke werkdruk.

Zeer specifiek en essentieel in het huisartsenvak is het continue karakter van de patiëntenzorg. Door de herhaalde contacten krijgen schijnbaar los van elkaar staande klachten een samenhangende betekenis. Ook diagnostische processen vinden in de huisartsgeneeskunde vaak plaats tijdens herhaalde contacten, en hetzelfde geldt voor de vaststelling van de prognose en instelling van een therapie of gerichte preventieve adviezen.

Deze continue zorg heeft een beslissende betekenis voor het uiteindelijke succes van preventie en daarom hoort de huisarts bij preventie een vooraanstaande plaats in te nemen.

## Praktijkmanagement

Naast medische deskundigheid speelt voor de huisarts het organisatorische aspect van de huisartspraktijk een rol. Ik ben van mening dat het voor de toekomst van de huisarts van beslissend belang is of hij in staat zal zijn de zorgverlening in zijn praktijk te organiseren. Dat wil zeggen dat hij de praktijkvoering dusdanig zal kunnen structureren, dat hij het dagelijkse aanbod van klachten kan overzien en beheersen, en daarnaast ook continue zorg voor chronische patiënten en preventieve zorg kan organiseren.

Is de specialist ingebeteld in de ziekenhuisorganisatie, die ervoor is bedoeld de ‘witte

motor' zo goed mogelijk te laten draaien en die daarom ook zal zorgen voor een organisatorische basisstructuur, de huisarts zal acute zorg, chronische zorg, preventieve zorg, thuiszorg, surveillerende zorg zelf in zijn praktijk moeten organiseren.

Steeds duidelijker komt naar voren dat voor een optimale preventieve zorgverlening een systematische praktijkorganisatie en -administratie noodzakelijk is. Het blijkt dat huisartsen zeer goed in staat zijn zijn bepaalde specifieke preventieve programma's uit te voeren, mits hen geleerd wordt op welke wijze deze in de praktijk moeten worden uitgevoerd.

Een belangrijke ontwikkeling in dit kader is de introductie van een nieuwe functionaris in de huisartspraktijk: de praktijkconsulente. De invoering van zo'n vorm van hulpverlening aan de huisarts moet prioriteit hebben bij het streven naar kwaliteitsbevordering in de huisartsgeneeskunde. Er is geen sprake van dat een belangrijk gebrek aan kennis op preventief gebied de oorzaak is van de beperkte, niet-systematische inspanning van huisartsen op dit gebied; wél hebben velen grote moeite met de integratie van de kennis en kunde in een georganiseerde structuur.

## Risicogroepen

Preventieve activiteiten behoren tot het dagelijkse werk van de huisarts, niet alleen op somatisch gebied maar evenzeer op psychosociaal gebied. Niet verwonderlijk is dan ook dat een aanzienlijk deel van het onderzoek in de huisartsgeneeskunde gericht is op 'preventie' en met name op 'preventie van hart en vaatziekten'.

De basis van de bestaande preventieve zorg op het gebied van hart- en vaatziekten bestaat hieruit, dat een verband kan worden aangegeven tussen een bepaalde eigenschap of combinatie van eigenschappen, en de kans op het optreden van afwijkingen in de toekomst. Op deze wijze zijn risicogroepen gedefinieerd. Door vergelijking van groepen met en zonder een bepaalde risico-indicatoren kunnen relatieve risico's worden berekend. Men gaat ervan uit dat het elimineren van dit – op groepsniveau vastgestelde – risico bij individuen uit zo'n groep positieve preventieve effecten heeft.

Ook volgens zijn eigen stellingname speelt de huisarts bij de uitvoering van preventieve adviezen de belangrijkste rol. Toch moet vastgesteld worden dat de Nederlandse huisarts preventie niet systematisch is gaan toepassen bij die groepen die op basis van wetenschappelijk onderzoek behoren tot de risicodragers. Daarvoor moeten toch belangrijker redenen zijn dan alleen het – overigens niet te miskennen – feit dat zij niet gehonoreerd worden voor hun preventieve werk.

## Preventieparadox

In de discussie over preventie van hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk spelen voortdurend enkele punten een rol. Deze discussiepunten zijn kort aan te geven met de woorden 'uitvoerbaarheid in de praktijk', 'gevaar voor somatische fixatie' en 'preventieparadox'. En zonder twijfel zijn dit ook reële problemen bij preventie, niet alleen op het gebied van de preventie van hart- en vaatziekten.

In hoeverre zijn deze reële problemen oplosbaar?

Naar mijn mening wordt 'somatische fixatie' voor het belangrijkste deel veroorzaakt door een falende hulpverlening. Gebrek aan kennis op diagnostisch en therapeutisch gebied zal leiden tot onterechte behandeling of verwijzing, en een verkeerd beeld geven van effecten die van preventie te verwachten zijn. Het feit dat er nog te veel ontbreekt aan de gehanteerde methoden om preventieve principes te vertalen in verantwoorde adviezen en die op de juiste manier over te brengen, werkt somatische fixatie in de hand.

Problemen bij de 'uitvoerbaarheid' vragen om oplossingen op praktijkorganisatorisch vlak, zo blijkt uit verschillende studies.

Bij de 'preventieparadox' gaat het om het paradoxale verschijnsel dat wat voor een groep geldt, niet bij voorbaat ook voor een individu geldt. De belangrijkste vraag in dit kader is of het mogelijk is om de individuele patiënt met voldoende zekerheid te kunnen zeggen, dat de vaak niet geringe preventieve inspanningen die hij zich moet getroosten, voor hem *zeker* de moeite waard

zullen zijn. Om deze zekerheid te kunnen bereiken, moeten de juiste personen worden geïdentificeerd: die personen van wie we uit onderzoek weten – of op redelijke gronden mogen aannemen – dat preventie op relatief korte termijn effect heeft.

De nieuwe vragen die nu naar voren komen, zijn niet gemakkelijk te beantwoorden. Hoe moeten die personen uit deze specifieke groep dan worden geïdentificeerd? Hoe moet daarvoor het diagnostische proces verlopen, hoe dient het preventieve advies te luiden en hoe moet een dergelijke patiënt, vaak over jaren, worden vervolgd? Bij ieder individu zal een vaak een unieke set van 'variabelen' aan de orde zijn. Dit vraagt om een specifieke afweging van kosten en baten, met inachtneming van alle negatieve aspecten.

Door antwoorden te vinden op deze vragen wordt het mogelijk de discussie over de 'preventieparadox' te beëindigen en de ontwikkeling van preventie in de huisartspraktijk uit de impasse te halen.

## Geïndividualiseerde preventie

Deze wijze van geïndividualiseerde risicovaststelling, door mij liever 'gedifferenteerde risicoschatting' genoemd, sluit veel beter aan bij het zorgmodel van de huisarts. De op de individuele patiëntenzorg gerichte aandacht van de huisarts komt vaak in de knoop met de huidige, algemene preventieve aanbevelingen.

Hoewel er in de praktijk een *groep* diabetespatiënten is aan te wijzen, een *groep* hypertensiopatiënten, en een *groep* patiënten met een hartinfarct, is de zorg van de huisarts in werkelijkheid gericht op die *ene* oudere, matig adipeuze patiënt met lichte diabetes en lichte hypertensie, moeder van acht getrouwde kinderen die zo gezellig vaak op bezoek komen, en op die *ene* adipeuze zakenman met lichte hypertensie of op die *ene* post-infarctpatiënt die depressief uit het ziekenhuis thuiskomt. Er bestaat binnen de groep hypertensiopatiënten zo'n spreiding van de mate van risico, dat de ene hypertensiopatiënt niet zomaar met de andere kan worden vergeleken. Zo is duidelijk geworden dat vrouwen zonder verdere cardiovasculaire risicofactoren zelden voor verhoogde bloeddruk

moeten worden behandeld. Zo heeft een hypertensiepatiënt met tekenen van (beginnende) linker-ventrikelhypertrofie een aanzienlijk hoger sterftecijfer dan een vergelijkbare persoon zonder deze aandoening.

Dat betekent dat per individu gezocht moet worden naar symptomen waardoor de patiënt in een geheel andere risicogroep moet worden geplaatst. In plaats van zijn energie en tijd te stoppen in de behandeling van de grote groep patiënten met geringe bloeddrukverhoging, waarbij van behandeling op individueel niveau weinig winst is te verwachten, moet de huisarts de risico's gedifferentieerd vaststellen om die patiënten te kunnen selecteren die baat hebben van de preventieve adviezen of behandeling.

Het is duidelijk dat een dergelijke *preventie op maat* hoge eisen stelt aan de medische kennis en kunde van de huisarts, aan de nauwkeurigheid van het diagnostisch proces en aan de kennis van therapeutische mogelijkheden.

### **Optimalisering van de diagnostiek**

Gedifferentieerde risicoschatting is een diagnostisch proces. Hoewel de ziekten in de huisartspraktijk meestal 'eenvoudige ziekten' lijken, is ook in de huisartspraktijk diagnostiek een proces dat veel zorgvuldigheid vraagt.

Bij het stellen van een diagnose bestaat altijd de kans dat deze ten onrechte wordt gesteld. In de huisartspraktijk zijn de waarneembare afwijkingen meestal gering en vaak is een schijnbaar afwijkende meetwaarde toch een variant van normaal of een toevalligheid. Om te voorkomen dat iemand ten onrechte als ziek of als risicotatiënt wordt geëindigd, moeten diagnoses met de uiterste zorgvuldigheid worden gesteld.

Daar de factor tijd belangrijk is in het beloop van een biologische eigenschap, moet deze factor worden betrokken bij het stellen van een diagnose. Voorts is variabiliteit van biologische eigenschappen indivi-

dueel bepaald en ook deze individualiteit moet worden meegewogen.

In veel gevallen kan voor een diagnosestelling niet volstaan worden met één enkele meting. De ontwikkeling van de diagnostiek in de huisartspraktijk moet dan ook veeleer gaan in de richting van het ontwikkelen van diagnostische *procedures*. Een voorbeeld is de diagnosestelling 'hypertensie'. Zeker als de bloeddrukverhoging gering is, vraagt de diagnosestelling het doorlopen van een nauwkeurige procedure.

Voor de huisartspraktijk is ontwikkeling van *toepasbare* diagnostische procedures en op de *individuele* patiënt toegesneden vormen van zorgverlening op basis van gedifferentieerde risicoschatting nodig voor *verbetering van de kwaliteit* van de huisartsgeneeskundige medische zorg. Zeker bij preventie, waarbij er een precaire verhouding bestaat tussen inspanning en positieve en negatieve effecten, is dit belangrijk.