

Preventie en de huisarts-patiëntrelatie: een kansrijk duet?

Een literatuuronderzoek naar opvattingen en ervaringen met betrekking tot de opsporing en behandeling van risicofactoren voor hart- en vaatziekten

B.B. VAN DRENTH

Van Drenth BB. Preventie en de huisarts-patiëntrelatie: een kansrijk duet? Een literatuuronderzoek naar opvattingen en ervaringen met betrekking tot de opsporing en behandeling van risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Huisarts Wet 1999;42(12):551-5.

Vroege opsporing en behandeling van risicofactoren wordt steeds vaker uitgevoerd door de huisarts. Er is weinig recente onderzoeksliteratuur beschikbaar over de invloed van vroege opsporing en behandeling van risicofactoren voor hart- en vaatziekten op de arts-patiëntrelatie. Patiënten die ervaring hebben met vroege opsporing en behandeling van risicofactoren, zijn hier tevreden over. Ook staan zij in het algemeen positief tegenover deze vorm van preventie. Huisartsen zijn terughoudend op dit vlak, maar degenen die er ervaring mee hebben lijken minder negatief over de verwachte neveneffecten. Dit verschil in opvatting tussen huisarts en patiënt is van belang bij de communicatie over risicofactoren. Het vertalen van gezondheidsrisico's naar de concrete situatie van de individuele patiënt verdient hierbij extra aandacht. Dit geldt ook voor het bespreken van en adviseren over leefgewoonten als roken en alcoholgebruik. Het directe contact met de patiënt en de bestaande vertrouwensrelatie met de huisarts (praktijk) vormen een uitstekende basis voor het leveren van preventief maatwerk.

Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK),
Katholieke Universiteit Nijmegen en Universiteit
Maastricht.
dr. B.B. van Drenth, huisarts, Sluiskamp 3345,
6605 ST Wijchen.

Inleiding

Preventieve activiteiten worden in toenemende mate uitgevoerd in de huisartspraktijk. Influenzavaccinatie, baarmoederhalskankerscreening en inmiddels ook de preventie van hart- en vaatziekten maken deel uit van het landelijke project 'Preventie: maatwerk', dat huisartspraktijken ondersteunt bij het invoeren van preventie. Het voorkómen van complicaties bij bestaande (chronische) aandoeningen vormde al een integraal onderdeel van de huisartsgeneeskundige zorg; het actief zoeken naar personen met een verhoogd risico op nog niet aanwezige ziekten onder specifieke groepen in de praktijkpopulatie – ook wel anticiperende geneeskunde genoemd – is een recentere loot aan de zorgstam.

Hoe verhoudt een actief preventieve opstelling zich tot de gangbare werkwijze van de huisarts, waarbij de contacten meestal op initiatief van de patiënt tot stand komen? Bij de huidige manier van werken reageert de huisarts op de hulpvraag van de patiënt en die hulpvraag vormt het uitgangspunt voor de inhoud van het contact. Bij activiteiten gericht op het opsporen van risicofactoren zal het initiatief meestal bij de huisarts liggen. Dit heeft gevolgen voor het verloop en de inhoud van het contact, maar ook voor de onderlinge verhoudingen. Het is immers de vraag of het belang van de patiënt wordt gediend bij het vroeg opsporen en behandelen van risicofactoren. Bij het selecteren van preventieve activiteiten die voor uitvoering door de huisarts in aanmerking komen, wordt er door de beroepsgroep – NHG en LHV – nauwlettend op toegezien dat de effectiviteit voldoende wetenschappelijk is onderbouwd.¹ De effectiviteit vormt één van de drie criteria om een preventieve activiteit te selecteren voor uitvoering door de huisarts; de andere criteria zijn de haalbaarheid en het gegeven dat de preventieve activiteit tot de taak van de huisarts te rekenen valt.

Vroege opsporing en behandeling van een verhoogd risico op hart- en vaatziekten is een goed voorbeeld van de beoogde aanpak.² Belangrijke risicofactoren als

voedingsgewoonten, rookgedrag, alcoholgebruik en lichaamsbeweging grijpen immers direct in op de primaire leefgewoonten van de patiënt en hebben daardoor belangrijke gevolgen. In dit literatuuronderzoek staan drie vragen centraal:

- Wat zijn de ervaringen en meningen van patiënten met betrekking tot de preventie van hart- en vaatziekten?
- Wat zijn de ervaringen en meningen van huisartsen met betrekking tot de preventie van hart- en vaatziekten?
- Welke consequenties heeft de toenemende aandacht voor preventie van hart- en vaatziekten voor de huisarts-patiëntrelatie?

Literatuur

Een zoekactie in Medline vanaf 1990 tot heden naar publicaties over vroege opsporing en behandeling van een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en de huisarts-patiëntrelatie leverde 19 potentieel interessante publicaties op. Hierbij werden (combinaties van de) volgende trefwoorden gebruikt: physician-patient relation, risk factors, cardiovascular diseases, prevention and control. Geen van de gevonden publicaties deed inhoudelijk verslag van onderzoek naar de invloed van vroege opsporing en behandeling van risicofactoren (voor hart- en vaatziekten) op de huisarts-patiëntrelatie.

Daarnaast werden de indexen van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* en *Huisarts en Wetenschap* over deze periode doorzocht met de corresponderende Nederlandse trefwoorden. Dit leverde slechts één relevante publicatie op.

Ten slotte werd verder gezocht vanuit verwijzingen in de opgespoorde publicaties, waarbij ook artikelen van vóór 1990 werden betrokken.

Ervaringen en meningen van patiënten

In een Nederlandse huisartspraktijk werd in 1988 een vragenlijstonderzoek uitgevoerd onder 389 patiënten die in de drie

voorafgaande jaren een onderzoek hadden ondergaan naar aanleiding van een spreekuurbezoek – *casefinding* – naar één of meer van de volgende risicofactoren: bloeddruk, roken, gewicht, borstzelfonderzoek en baarmoederhalsuitstrijkje.³ Van degenen die de opsporing hadden opgemerkt, antwoordde 60 tot 70 procent dat de opsporing onafhankelijk van de klacht had plaatsgevonden, en 90 procent gaf aan dat het initiatief voor de opsporing bij de huisarts had gelegen.

De ervaringen werden gemeten met semantische contrastparen (dimensies) op een vijfpuntsschaal. De gemiddelde scores lagen bij praktisch alle dimensies tussen de 4 en 5, hetgeen betekent dat de opsporing als vanzelfsprekend (versus verbazingwekkend), positief (versus negatief), geruuststellend (versus beangstigend), zorgzaam (versus bemoeizuchtig) en soepel verlopend (versus storend) was ervaren. Het aan de orde stellen van het roken werd in dit onderzoek als minder gunstig ervaren dan de overige preventieve activiteiten. Vrouwen die ervaring hadden met zowel bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker als met *casefinding* door de huisarts, hadden een voorkeur voor opsporing door de huisarts. Bij elk van de vijf preventieve activiteiten gaven bijna alle patiënten aan dat ze *casefinding* geoorloofd vonden, er niet door werden afgeleid en geen nadelige invloed op de aandacht voor de oorspronkelijke klacht hadden ervaren.

Vergelijkbare ervaringen werden eerder gerapporteerd vanuit het Risicofactorenonderzoek hart- en vaatziekten (RI-FOH-huisartsenproject) van het Nederlands Huisartsen Genootschap, dat van 1983 tot 1985 werd uitgevoerd.⁴ Ook hier werden patiënten benaderd bij willekeurig spreekuurbezoek om de bloeddruk, het gewicht en het cholesterolgehalte te meten en de rookgewoonten te inventariseren. Bij een aselechte groep patiënten met een hoog risico die van de praktijkassistente persoonlijke adviezen voor hun verhoogde risico hadden ontvangen, werd bij hermeting vier maanden na het basisonderzoek in een enquête gevraagd naar hun ervaringen met het preventieve programma.

Bijna iedereen was enthousiast over het onderzoek en de advisering door de praktijkassistente, en zou ook anderen aanraden aan het onderzoek mee te doen. Van de respondenten zei 7 procent door het onderzoek bang te zijn geworden voor hun gezondheid.

Ook in mijn eigen onderzoek (1992-1994) gaf een overgrote meerderheid van de patiënten met een verhoogd risico die adviezen over hun leefstijl ontvingen (n=298, respons 73%), aan tevreden te zijn over de aandacht voor hun risico op hart- en vaatziekten. Daarnaast kon bij deze patiënten noch direct na de risicodetectie noch na een jaar interventie een negatieve invloed op de gezondheidsbeleving, het psychosociaal functioneren en de functionele gezondheidstoestand worden vastgesteld.⁵

Een huisartsgeneeskundig onderzoek van Engelse bodem naar de invloed van het ter sprake brengen van leefstijlaspecten – roken, voeding, gewicht, lichaamsbeweging, alcoholgebruik, anticonceptie, vaccinatie, borstzelfonderzoek en bloeddruk – op de tevredenheid van patiënten liet nauwelijks negatieve effecten zien.⁶ Tijdens 64 van de 86 consulten waarover gegevens bekend waren, werden leefstijlaspecten besproken, waarbij het initiatief in de helft van de gevallen van de huisarts kwam en in één op de acht consulten van de zijde van de patiënt. Aan de hand van een vragenlijst met 26 items werden drie dimensies onderzocht op een vijfpuntsschaal (1 – oneens, 5 – eens). Die dimensies waren:

- het verstrekken van informatie en de begrijpelijkheid ervan;
- de relationele kwaliteit en de bereidheid van de huisarts om te luisteren;
- het onderzoek zelf en de bespreking van de resultaten.

De gemiddelde satisfactiescore was hoog (4,35). Er bleek geen verschil tussen de scores van degenen die wel en degenen die geen leefstijlaspecten met hun huisarts hadden besproken. Van de 64 patiënten die een leefstijlaspect met hun huisarts hadden besproken, meldden 40 personen dat zij zich daar goed bij gevoeld hadden.

Slechts twee patiënten hadden zich er niet goed bij gevoeld. Daarnaast oordeelden 54 patiënten de besproken leefstijlaspecten van (veel) waarde, terwijl één patiënt hierover negatief oordeelde. De onderzoekers concluderen dat het ter discussie stellen van potentieel gevoelige leefstijlaspecten niet had geleid tot een vermindering van de satisfactie bij de betrokken patiënten.

Ook in meer algemene zin is onderzoek gedaan naar het oordeel van patiënten over preventie door de huisarts. Van 1107 leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg – een samenwerkingsproject van de Consumentenbond en het Nivel – die in januari 1996 een vragenlijst over preventie door de huisarts invulden (respons 74%), vond vrijwel iedereen het goed dat de huisarts op de hoogte is van hun risicofactoren en daarover praat.⁷ Meer dan 95 procent vond vragen naar roken, gewicht, cholesterol of bloeddruk acceptabel, terwijl 85 tot 95 procent dit vond voor drankgebruik, eetgewoonten, lichaamsbeweging en anticonceptie. Het aansnijden van een preventief onderwerp zonder relatie tot de gepresenteerde klacht, bijvoorbeeld in geval van consultatie voor een pijnlijke pols, vond 66 tot 80 procent goed. Het bespreken van anticonceptie, baarmoederhalsuitstrijkje en borstzelfonderzoek op initiatief van de huisarts buiten de klacht om werd door 40 tot 43 procent niet op prijs gesteld. Daarnaast vond 85 procent van de respondenten een jaarlijkse oproep voor een preventief onderzoek goed tot zeer goed, ook als hiervoor een rekening zou worden gestuurd. Bij de analyse van de samenhang van het oordeel over preventie met patiëntkenmerken lijkt de kwaliteit van de huisarts-patiëntrelatie een factor in de acceptatie van preventie in de huisartspraktijk, al is de samenhang niet sterk.

In een ander Nederlands onderzoek werd aan 1059 personen van 15 jaar en ouder uit het NIPO-telepanel een vragenlijst voorgelegd (respons 100%) over het al dan niet zinvol zijn van een aantal medische handelingen.⁸ Hiervan vond 72 procent dat

bijna alle ziekten goed te genezen zijn als ze maar in een vroeg stadium worden ontdekt en eenzelfde percentage vond het belangrijk dat iedereen zijn cholesterolgehalte weet.

In een onderzoek naar de prioriteiten die patiënten hebben ten aanzien van de huisartsgeneeskundige zorg, bleek 63 procent van 455 respondenten (respons 55%) het zeer of uiterst belangrijk te vinden dat de huisarts niet alleen ziekten geneest, maar ook zorg biedt om ziekte te voorkomen.⁹ Er werd vanuit verschillende bronnen een vragenlijst opgesteld met 40 aspecten van de zorg, verdeeld over vijf hoofdstukken met elk acht aspecten, te weten:

- medisch handelen;
- arts-patiëntrelatie;
- informatieverstrekking en ondersteuning;
- beschikbaarheid en bereikbaarheid van de zorg;
- organisatie van de dienstverlening.

Van de acht aspecten rond het medisch handelen kreeg ziektepreventie, afhankelijk van de gehanteerde methode, een vierde tot zesde plaats toebedeeld.

In een Engels onderzoek naar de houding van patiënten ten aanzien van gezondheidsvoorlichting in de huisartspraktijk gaven 63 van in totaal 100 ondervraagde patiënten aan dat de huisarts hen meer over gezonde leefgewoonten zou mogen vertellen.¹⁰ Overigens waren 91 personen mening dat zijzelf verantwoordelijk waren voor het verzamelen van informatie over gezonde(re) leefgewoonten.

Ervaringen en meningen van huisartsen

In het PreTensieproject (1988-1990) werd vanuit de GGD, met ondersteuning door consulenten op systematische wijze gewerkt aan het opsporen en begeleiden van personen van 30-60 jaar met cardiovasculaire risicofactoren. De deelnemende huisartsen (n=116) gaven aan dat de meeste mensen positief tot neutraal reageerden op het verzoek om mee te doen aan het onder-

zoek. De belangstelling voor het laten bepalen van het cholesterolgehalte was erg groot. De verwachte medicalisering door het preventieve programma was volgens 62 procent van de huisartsen niet uitgekomen, terwijl 34 procent dit enigszins het geval vond. Daarnaast vond 74 procent dat het preventieve programma de mensen niet ongerust maakte, terwijl 22 procent dit enigszins vond opgaan.¹¹

In een recenter onderzoek, waarin met ondersteuning door consulenten werd gewerkt aan systematische casefinding en begeleiding van personen van 30-60 jaar met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten ('huisarts assistentie preventie project', 1991-1994) kwamen de deelnemende huisartsen (n=57) tot een vergelijkbaar oordeel als het gaat om het medicaliserende effect (38 niet, 17 enigszins) en de toegenomen ongerustheid bij deelnemende personen (43 niet, 14 enigszins).¹²

De huisartsen (n=35) in het RIFOH-huisartsenproject gaven aan dat het medicaliserende effect waar vóór de aanvang van het project nogal wat vrees voor bestond, erg meeviel. Ze hadden niet veel gemerkt van een toename in het aantal spreekuurcontacten als gevolg van opgeroepen onrust.⁴

In een vragenlijstonderzoek onder 250 aselect gekozen huisartsen (respons 68%) ter gelegenheid van het NHG-congres 1994 'Huisarts en zinvol handelen' bleken de respondenten eensgezind terughoudend over de voorgelegde preventieve interventies: meten en beïnvloeden van cholesterolgehalte, vroege diagnostiek en jaarlijkse medische check-up.¹³ Ook huisartsen die deelnamen aan een programma ter optimalisering van hun praktijkvoering op het gebied van de preventie van hart- en vaatziekten, waren terughoudend, zowel ten aanzien van hun verantwoordelijkheid voor deze zorg als ten aanzien van de aanvaardbaarheid ervan voor de patiënt.¹⁴

In een Brits onderzoek waren de meeste huisartsen (n=1014, respons 79%) erg positief over hun rol bij preventie en gezondheidsvoorlichting.¹⁵ De meesten waren het oneens met stellingen die de waarde van leefstijladviezen in twijfel trokken.

Huisarts-patiëntcommunicatie

In Nederland overheerst het beeld van enthousiaste patiënten die graag meer preventie willen van hun huisarts, terwijl deze zich daarin terughoudend opstelt. Het is voor de huisarts van belang zich dit verschil in uitgangspunt te realiseren. Het heeft namelijk consequenties voor de communicatie in het hulpverleningscontact uitgaande van een patiëntgerichte benadering. Ripke geeft praktische richtlijnen voor de (huis)arts-patiëntcommunicatie, waarin wordt toegewerkt naar een balans tussen de concepten (ideeën, gedachten, gevoelens, fantasieën) van respectievelijk patiënt en huisarts.¹⁶ Wil er uitwisseling en uiteindelijk overeenstemming tussen beiden tot stand komen, dan zal de huisarts niet alleen de concepten van de patiënt moeten leren kennen, maar deze ook moeten respecteren en accepteren. Vanuit het concept van de patiënt worden er alternatieve concepten door de huisarts naar voren gebracht om het de patiënt mogelijk te maken diens concept verder uit te bouwen, of een uitwisseling met andere concepten aan te gaan. Wanneer er op deze wijze overeenstemming ontstaat, zal de patiënt zich gesteund en begrepen weten en zal diens eigen vermogen tot 'genezing' worden aangesproken.

De huisarts – of de praktijkassistente – kan in het contact met de patiënt over preventie voortbouwen op een vaak langdurige (vertrouwens)relatie. Zo kan geanticipeerd worden op angsten of zorgen bij de patiënt. De timing van de preventieve activiteit kan afgestemd worden op de situatie van de patiënt. Actuele psychosociale problematiek of een recent ontdekte ernstige ziekte kan bijvoorbeeld aanleiding zijn om een risicoinventarisatie voor hart- en vaatziektepreventie uit te stellen. Ook kan bij het preventieve contact extra toelichting of uitleg worden gegeven, bijvoorbeeld bij een recent geval van hart- of vaatziekte in de familie van de patiënt. Bij vragen of bezwaren van de patiënt kan er direct op worden ingespeeld. Ook bestaat de mogelijkheid om iemand extra te motiveren, bijvoorbeeld wanneer er aanwijzingen zijn voor een extra verhoogd risico of

bij bekende non-compliance op ander gebied, zoals medicatiegebruik. Ten slotte beschikken huisarts en praktijkassistente over de mogelijkheid informatie te verdelen over een aantal contacten en herhalingen in te bouwen om een en ander beter te laten bekliven.

Het benutten van de reguliere patiëntcontacten om preventieve activiteiten te initiëren, lijkt het meest 'des huisarts'. Het vraagt enige creativiteit om de uitnodiging voor deelname aan een preventieve activiteit binnen het consult een 'natuurlijke' plaats te geven, met name wanneer er geen directe relatie bestaat met de actuele hulpvraag. Soms is het wel mogelijk in te spelen op de inhoud van het contact of kan worden teruggegrepen op eerder besproken leefstijlaspecten. Een uitnodiging voor een preventieve activiteit kan ook aan het einde van een consult plaatsvinden, als de hulpvraag is afgehandeld.

Wanneer patiënten afwijzend staan tegenover vroege opsporing en behandeling van risicofactoren, kan gesondeerd worden naar de achtergronden hiervan. Negatieve ervaringen in het verleden of bij anderen kunnen hieraan ten grondslag liggen, maar ook angst. Door dit bespreekbaar te maken, kan de patiënt eventueel gemotiveerd worden alsnog deel te nemen. Een principiële afwijzing dient echter gerespecteerd (en gedocumenteerd) te worden. In dergelijke gevallen is het nuttig afspraken te maken over de wijze waarop in de toekomst zal worden omgegaan met andere preventieve activiteiten.

Een van de praktische problemen in de communicatie over preventie is het vertalen van de kans op ziekte naar de individuele patiënt. De theoretische kansen uit de epidemiologie moeten betekenis krijgen voor de unieke patiënt in diens eigen situatie. Zo wordt er vanuit de kankerpreventie voorgesteld om gebruik te maken van meer gestandaardiseerd taalgebruik als het gaat om de vermijdbaarheid, de aanvaardbaarheid en de ernst van risico's.¹⁷ In de tabel wordt een overzicht gegeven van de voorgestelde terminologie. Individuen zijn echter geneigd tot 'binair denken'.¹⁸ Voor een concreet persoon bestaan er maar

twee mogelijkheden: je krijgt de aandoe-ning of je krijgt hem niet. Een mogelijkheid om risico's concreet te maken is het gebruik van voorbeelden uit de dagelijkse praktijk, zoals de gezondheidsrisico's bij deelname aan het verkeer, door onveilige werkomstandigheden, door sportbeoefening en door het gebruik van medicijnen (bijwerkingen).

Het ter discussie stellen van riskante leefgewoonten is gebonden aan culturele gewoonten. Uit Scandinavisch onderzoek onder huisartsen komt naar voren dat er in het patiëntcontact in het algemeen relatief veel aandacht wordt besteed aan leefgewoonten, zowel in de anamnese als in het medisch dossier.¹⁹ Tijdens het consult lijken huisartsen echter slechts sporadisch gebruik te maken van deze notities; huisartsen en patiënten zijn dan ongeveer evenveel aan het woord als het over leefgewoonten gaat. Bij sociaal gevoelige onderwerpen als rook- en drinkgewoonten blijkt een vaste volgorde te bestaan: vragen over alcoholgebruik volgen bijna al-

tijd op vragen over rookgewoonten. Dit fenomeen wordt zowel bij huisartsen als bij internisten waargenomen.^{20,21} Huisartsen zijn specifiek in het bespreken van deze onderwerpen dan internisten, maar de discussies blijven oppervlakkig en vaak krijgt men nauwelijks zicht op de feitelijke gewoonten. Daarnaast wordt met name bij alcohol nauwelijks een relatie gelegd met bestaande gezondheidsproblemen.

Beschouwing

Uit het onderzoeksmateriaal komt naar voren dat patiënten die ervaring hebben met vroege opsporing en behandeling van een verhoogd risico op hart- en vaatziekten hier in grote meerderheid tevreden over zijn. Gevraagd naar hun mening lijken patiënten deze aandacht positief te waarderen, zelfs als dit gebeurt buiten de actuele hulpvraag om. Huisartsen in ons land staan in het algemeen gereserveerd

Tabel Voorstel voor een risicotermologie gebaseerd op de kans op overlijden in een jaar (O) of het optreden van een ziekte of bijwerking (B) bij verschillende situaties uit het dagelijks leven.

Term	Risicorange	Voorbeeld	Schatting van feitelijk risico
Hoog	$\geq 1:100$	B Kans om mazelen/waterpokken op te lopen bij besmet gezinscontact B Overdracht van HIV van moeder op kind (in Europa) B Maagdarmklachten door antibiotica	1:1 – 1:2 1:6 1:10 – 1:20
Gemiddeld	1:100 – 1:1000	O Roken van 10 sigaretten per dag O Alle natuurlijke doodsoorzaken (40 jr)	1:200 1:850
Laag	1:1000 – 1:10.000	O Alle soorten van geweld en vergiftiging O Influenza O Verkeersongeval	1:3300 1:5000 1:8000
Zeer laag	1:10.000 – 1:100.000	O Leukemie O Voetballen O Ongeval thuis O Ongeval op het werk O Moord	1:12.000 1:25.000 1:26.000 1:43.000 1:100.000
Minimaal	1:100.000 – 1:1.000.000	O Treinongeval B Polio t.g.v. vaccinatie	1:500.000 1:1.000.000
Verwaarloosbaar	$\leq 1:1.000.000$	O Blikseminslag O Stralingsuitstoot door kerncentrale	1:10.000.000 1:10.000.000

Bron BMJ 1996; 313: 801.

tegenover preventie, maar degenen die ervaring hebben met gesystematiseerde preventieve zorg voor hart- en vaatziekten, lijken minder negatief te zijn geworden over verwachte neveneffecten, zoals medicalisering en ongerustheid. Hierbij dient aangetekend te worden dat het gaat om uitkomsten van kwalitatief onderzoek van relatief beperkte omvang en dat betrouwbare, gevalideerde vragenlijsten voor deze specifieke vraagstellingen vaak ontbreken. Ook problemen als selectiebias zijn niet altijd goed te ondervangen. Het geschetste beeld is echter eenduidig en consistent.

Huisartsen en hun praktijkassistenten kunnen bij hun preventieve contacten gebruik maken van de bestaande (vertrouwens)relatie en hebben daarmee een grote voorsprong op andere instanties die zich met preventie bezighouden, zoals gemeentelijke en bedrijfsgezondheidsdiensten. Dat hierbij nog de nodige planning, creativiteit en communicatieve vaardigheden nodig zijn, spreekt vanzelf. Het plaatsen van preventieve activiteiten tegen de achtergrond van de medische en psychosociale voorgeschiedenis van de individuele patiënt vergroot de kansen op succes door het leveren van 'maatwerk'. Hiermee kan de huisarts-patiëntrelatie verder worden uitgebouwd.

Het enthousiasme van patiënten over preventie moet in een juist perspectief worden geplaatst om overspannen verwachtingen te voorkomen. In dit artikel zijn de effectiviteit en het kostenaspect van vroege opsporing en behandeling van risicofactoren buiten beschouwing geble-

ven. De terughoudende opstelling van de Nederlandse huisarts en diens vertegenwoordigende instellingen lijken een goede tegenhanger voor het doorslaan van de ballen. De strikte criteria die het NHG hanteert voor de selectie van preventieve activiteiten door de huisarts, ondersteunen de uitspraak van de oud-NHG-voorzitter Vic Tielens, dat 'preventie van onnodige preventie ook preventie is'.

Literatuur

- 1 LHV-NHG-werkgroep Preventie. Conceptvoorstel inzake preventie in de huisartspraktijk. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1992.
- 2 Drenthen AJM. Preventie van hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk: zinvol en haalbaar? *Huisarts Wet* 1997;40:573-5.
- 3 Van Lidth de Jeude CP. Persoonsgerichte preventie door een huisarts [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1991: 44-51.
- 4 Schraven DLM, Van Ree JW. Preventie van hart- en vaatziekten. In: *de huisartspraktijk? Med Contact* 1985;38:1159-62.
- 5 Van Drenth BB. Organizing cardiovascular preventive care in general practice [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1998: 93-117.
- 6 Sullivan D. Opportunistic health promotion: do patients like it? *JR Coll Gen Pract* 1988;38:24-5.
- 7 Hulshof NA, Van Essen GA, Andela M, Friele RD. Patiënten over preventie door hun huisarts. *Huisarts Wet* 1998;41:117-20.
- 8 Van der Voort HPM, Grundmeijer HGLM, Hendrick JMA. NHG-NIPO-enquête 'Huisarts en zinvol handelen'. *Huisarts Wet* 1995;38:351-4.
- 9 Jung HP, Wensing M, Grol R. Wat vinden patiënten belangrijk. Aspecten van huisartsgeneeskundige zorg, gezien vanuit het perspectief van de patiënt. *Huisarts Wet* 1996;39:594-9.
- 10 Hughes M. Patient attitudes to health education in general practice. *Health Educ J* 1988;47:130-2.
- 11 Drenthen AJM. Huisarts en GGD. Een evaluatie van het samenwerkingsproject preventie hart- en vaatziekten (PreTensieproject) [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1993: 80-1.
- 12 Hulscher MEJL, Van Drenth BB, Van der Wouden JC, et al. Implementatie van een preventief programma in de huisartspraktijk. Ervaringen van praktijkmedewerkers. *Hart Bull* 1998;29:6-11.
- 13 Grundmeijer HGLM, Hendrick JMA, Van der Voort JPM. Huisarts en zinvol handelen. Opvattingen van Nederlandse huisartsen. *Med Contact* 1995;50:557-60.
- 14 Hulscher MEJL, Van Drenth BB, Mokkink HGA, et al. Barriers to preventive care in general practice: the role of organizational and attitudinal factors. *Br J Gen Pract* 1997;47:711-4.
- 15 Coulter A, Schofield T. Prevention in general practice: the view of doctors in the Oxford region. *Br J Gen Pract* 1991;41:140-3.
- 16 Ripke T. Coexistence – an important condition for successful negotiation between patient and doctor. In: Bensing J, Larsson US, Szecsenyi J, editors. *Doctor-patient communication and the quality of care in general practice*. Utrecht: Nivel, 1998: 81-90.
- 17 Calman KC. Cancer: science and society and the communication of risk. *BMJ* 1996;313:799-802.
- 18 Tijmstra Tj. 'Je zult die ene maar zijn': risicobeleving en keuzegedrag rond medische technologie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1990;134:1884-5.
- 19 Johansson M, Larsson US, Säljö R, Svärdsudd K. Lifestyle in primary health care discourse. *Soc Sci Med* 1995;40:339-48.
- 20 Larsson US, Johansson M, Säljö R, Svärdsudd K. Lifestyle discourse in primary health care. Talking about smoking and drinking. In: Bensing J, Larsson US, Szecsenyi J, editors. *Doctor-patient communication and the quality of care in general practice*. Utrecht: Nivel, 1998: 19-43.
- 21 Larsson US, Säljö R, Aronsson K. Patient-doctor communication on smoking and drinking: lifestyle in medical consultations. *Soc Sci Med* 1987;25:1129-37.