

Preventie in de huisartsgeneeskunde; vroeger, nu en in de toekomst

HGLM Grundmeijer

Inleiding

Preventie roept bij huisartsen gemengde gevoelens op. Aan de ene kant lijkt het adagium 'voorkomen is beter dan genezen' in al zijn eenvoud zo logisch, dat het niet ontkend kan worden. Aan de andere kant is de voortdurende twijfel aan het nut van preventie en angst voor een nog grotere werkdruk actueel. De discussies in H&W over de gebrekkige effectiviteit van het behandelen van hypertensie en verhoogd cholesterol gaven aanleiding tot nog meer twijfel en een afwachtende houding.^{1,2}

Systematische preventie is een inbreuk op de dagelijkse gang van zaken waarin de (toenemende) vraag van de patiënt centraal staat. Huisartsen voelen zich al overvraagd. Maar als een patiënt wiens ernstige hypertensie al jaren verwaarloosd is, een CVA krijgt, zal zelfs de meest verstokte anti-preventiehuisarts een zeker schuldgevoel niet kunnen onderdrukken. Wetenschappelijk en ethisch zijn een aantal zaken inmiddels wel uitgevochten (de standaard Cholesterol) en daar valt beleid over te maken. Een aantal 'preventieve' standaarden is erg in beweging (hoge bloed-

druk, cervixuitstrijkjes) en daar is de discussie nog niet gesloten. Huisartsen kunnen zich echter een geïsoleerde positie niet veroorloven. De historische ontwikkeling, de patiënten, de politiek en specialisten willen preventieve activiteiten van de huisarts. De huisarts van de toekomst kan niet om keuzes heen. Wat is de geschiedenis van preventie in Nederland en in de huisartsgeneeskunde? Welke inhoudelijke en organisatorische argumenten zijn voorhanden om een beleid uit te stippelen?

Historische ontwikkeling

De geschiedenis van preventie is in Nederland aan het eind van de negentiende eeuw begonnen. De Amsterdamse hygiënist (Sarphati, Wibaut) hebben de preventie een goede naam bezorgd. Hun strijd voor betere behuizing, betere riolen en adequate vuilnisophaaldiensten heeft naar alle waarschijnlijkheid veel bijgedragen aan het terugdringen van infectieziekten zoals TBC, bacteriële darmziekten zoals cholera en daarmede de kindersterfte. Epidemische infecties behoren voor een groot gedeelte tot het verleden.

Door een vaccinatiebeleid komen difterie, polio, mazelen, tetanus, influenza en rode hond vrijwel niet meer voor.

Een grote hoeveelheid Amerikaanse statistische gegevens, meestal afkomstig van de verzekeringsmaatschappijen, gaf een steeds beter beeld van de 'risicofactoren' die verantwoordelijk zijn voor hart- en vaatziekten en maligniteiten. Het zeer langdurige prospectieve onderzoek in Framingham heeft heel systematisch gegevens opgeleverd over de risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Zo verscheen nog recent een product van de Framinghamstudie over het risico van hoognormale bloeddruk.³ Die kennis heeft geleid tot interventiestrategieën, waarvan een aantal in randomised clinical trials succesvol is gebleken. Roken is door een actieve propaganda voor een gedeelte teruggedrongen, maar vooral de risicofactoren die medicamenteus te beïnvloeden zijn (hypertensie, hypercholesterolemie, diabetes mellitus II) kwamen sterk in de belangstelling, al was het alleen maar omdat de farmaceutische industrie daar grote belangen bij had. De systematische vroege opsporing van maligniteiten als cervixcarcinoom en mammacarcinoom is de laatste vijftien jaar van de grond gekomen. Veel wordt verwacht van de preventie op het gebied van genetica (genetische counseling en genetische modificatie), alhoewel de praktische toepassingen daarvan nog maar zeer beperkt zijn.

Samenvatting

Grundmeijer HGLM. Preventie in de huisartsgeneeskunde; vroeger, nu en in de toekomst. Huisarts Wet 2002;45(2):76-80. Preventie is onder huisartsen een omstreden onderwerp. In de discussie werden en worden inhoudelijke en organisatorische argumenten voor en tegen gebruikt. De politiek en de patiënten oefenen intussen druk uit om preventie te implementeren. Alleen al daarom moeten voor de toekomst keuzes gemaakt worden. Hierbij moeten de volgende vragen als leidraad gesteld worden. Wegen de voordelen van een preventieve maatregel op tegen de nadelen? Zo ja, is de huisarts degene die de implementatie moet uitvoeren? Zo ja, wat is dan de meest doelmatige implementatiestrategie? Op grond van de antwoorden op deze drie vragen wordt voorgesteld een aantal interventies af te schaffen, over sommige de inhoudelijk discussie te heropenen en andere goed gestructureerd te implementeren.

Divisie Public Health, afdeling Huisartsgeneeskunde, Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam; dr. H.G.L.M. Grundmeijer, huisarts
Correspondentie: h.g.grundmeijer@amc.uva.nl
Mogelijke belangenverstrengeling: de auteur heeft de afgelopen jaren meermalen nascholing gegeven over preventie. Hij heeft daarvoor vergoedingen ontvangen.

De kern

- ▶ Huisartsen zouden moeten afzien van ongerichte screening op risicofactoren en vroege symptomen en van grootscheepse vaccinatieprogramma's evenals van het behandelen van geïsoleerde risicofactoren voor hart- en vaatziekten.
- ▶ Het NHG zou de screening op cervixcarcinoom, mammacarcinoom, colonpoliepen en Chlamydia nog eens tegen het licht moeten houden.
- ▶ Ook het beleid met betrekking tot griep- en tetanusvaccinatie en het scherp instellen van diabetes type II met sulfanylureumderivaten en insuline verdient heroverweging.
- ▶ De meeste aandacht zou de huisarts moeten besteden aan patiënten met een hoog risico op hart- en vaatziekten (secundaire preventie, multiple risicofactoren, diabetes) en maligniteiten (familiaal mammacarcinoom).

Patiënten en preventie

Patiënten vinden preventie belangrijk. Op de vraag of huisartsen naast curatieve zorg ook preventieve zorg moeten bieden, antwoordde 63% van de patiënten in een Nederlands onderzoek dat ze dat zeer belangrijk vonden (in andere Europese landen loopt dat op tot 90%).^{4,5} Huisartsen schatten die behoefte van patiënten overigens verkeerd in: ze dachten dat maar 31% van hun patiënten die mening zou zijn toegedaan. In hetzelfde onderzoek vond de helft van de patiënten dat er een regelmatig gezondheidsonderzoek moet plaatsvinden. Van de patiënten beaamde 72% de stelling: 'Bijna alle ziektes zijn goed te genezen als ze in een vroeg stadium ontdekt worden'. Amerikaanse patiënten vinden een jaarlijkse check-up het belangrijkste wat de huisarts te bieden heeft.⁶ Het Consumentpanel gezondheidszorg, een vaste groep van meer dan 1000 patiënten die als klankbord dient voor consumenten- en patiëntenorganisaties, was erg positief over preventie door de huisarts, waarbij het nauwelijks leek uit te maken welke onderwerpen ter sprake werden gebracht. Wel was men minder enthousiast als dit ongevraagd en zonder verband met een klacht gebeurde.⁷

Deze paradox stelt de huisarts voor een dilemma. Patiënten als collectief willen graag preventie en preventieve 'controles', maar zijn minder enthousiast over leefstijlverandering. In de praktijk vinden rokers het zeer onplezierig als hun huisarts daar bij elk consult over begint. Ze weten wel dat het fout is om te roken, te veel te drinken en te eten, maar willen daar niet voortdurend aan herinnerd worden. Het is immers al moeilijk genoeg om je leefstijl te veranderen en niemand zit te wachten op het steeds weer waarschuwend vingerpuntje van de huisarts als het spreekuur voor heel andere zaken bezocht wordt.

Maatschappij en preventie

Het lijkt erop dat de maatschappij en daarmee de politiek preventie belangrijk vindt. Wat de precieze motieven daarvoor zijn, is niet duidelijk. Is het misschien uit idealisme? Wil men dingen naar de kiezersgunst of iets leuks over gezondheid doen?

Jarenlang heeft het Preventiefonds gefunctioneerd als ruimhartige geldschietster voor preventieonderzoek en -projecten. Huisartsen kregen geld voor griepinjecties en voor de opsporing van cervixcarcinoom. Het was voor de politiek allang duidelijk dat patiënten beter reageren op een oproep van hun eigen huisarts dan op een oproep van een anonieme instantie. Bovendien blijven de overheadkosten van een enorme overhead bespaard.

De belangen van de farmaceutische industrie mogen niet onderschat worden. Wordt een preventief medicijn in de pen van de Nederlandse huisarts opgenomen, dan betekent dat vaak dat vele jaren zeer dure medicijnen worden voorgeschreven. De fabrikanten van alendronaat, de statines, antihypertensiva, griepvaccins en antidiabetica betalen niet alleen veel voor onderzoek, ze weten ook collega-specialisten en patiëntenverenigingen te mobiliseren om druk uit te oefenen op huisartsen.

Huisartsen en preventie

Huisartsen hebben voor het eerst op landelijk niveau over preventie gesproken op de Woudschoutenconferentie, waarin door het kersverse NHG, dat in 1956 opgericht was, over de verschillende taken van de huisarts gedebatteerd werd.⁸ Huygen hield daar een pleidooi voor preventieve geneeskunde door de huisarts, omdat dit zo goed paste in de ideaaltypische definitie van huisartsenzorg als 'het aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de aan hem toevertrouwde individuele personen en gezinnen'.⁹ Vanuit een wat paternalistische houding werd verondersteld dat de huisarts het hele gezin in de gaten diende te houden en zelfs latente urineweginfecties bij vrouwen, adipositas en herniae inguinales bij ouderen moest opsporen. Als reactie op deze wat megalomane ideeën volgde in de jaren zeventig een tegenbeweging, die waarschuwde voor de mogelijke schade van 'medicalisering' van alle menselijke activiteiten door somatische fixatie en angstinductie.

Er gebeurde in de praktijk dan ook niet veel. Het NHG zette preventie op de agenda met het jubileumcongres in 1986, maar dat heeft niet geleid tot nieuwe initiatieven.¹⁰ De screening op cervixcarcinoom en de grieprik zijn geen initiatieven van de huisartsgeneeskunde, maar worden nu voor een gedeelte door huisartsen uitgevoerd, omdat de computer en de financiële vergoeding het mogelijk maken.

Een aantal zaken sloopt er toch als vanzelfsprekend in. De standaarden Hypertensie, Cholesterol en Cervixuitstrijken werden tussen alle probleem- en ziektegerichte standaarden ingevoerd, maar de adviezen tot een actieve opstelling met betrekking tot opsporing waren betrekkelijk terughoudend geformuleerd en werden ook slecht opgevolgd. Er verschenen commentaren waarbij de *managed care* gesteld werd boven de zo vertrouwde, klachtgerichte 'loket'-geneeskunde waarbij de gepresenteerde klacht het uitgangspunt is voor eventuele actie van de huisarts.¹¹ Omdat het aantal hulpvragen in de laatste twintig jaar alleen maar is toegenomen, blijft de klachtgerichte geneeskunde de hoofdrol opeisen, en sommigen vinden dat maar goed ook.¹² Voor de *managed care* zocht men oplossingen in hulp personeel.

Wetenschappelijk ligt het nut van preventie nog steeds onder vuur. Zo was er was in de discussie over het nut van preventie van hart- en vaatziekten steeds grote scepsis vanwege het zeer beperkte succes van primaire preventie bij laagrisicogroepen. Om aan de kritiek tegemoet te komen werd een pleidooi gehouden voor een gedifferentieerde risicoschatting, waarbij geen botte afkapwaarden meer worden gebruikt bij het behandelen van hypertensie en hypercholesterolemie, maar een genuanceerd risicoprofiel.¹³ De twijfel over het nut diabetes scherp in te stellen is nu ook gezaaid. Omdat er nu eenmaal in geïnvesteerd is, draaien experimenten met diabeteszorg nog wel door, maar het vuur van de ware motivatie is er uit.¹⁴ Ook over het nut van vroege diagnostiek bestaat twijfel onder huisartsen. Volgens de NIPO-enquête van 1994 hechtten 84% van de huisartsen geen geloof aan de stelling: 'Bijna alle ziektes zijn goed te genezen als ze in een vroeg stadium ontdekt worden'.¹⁵ Kortom, huisartsen staan niet en masse te trappelen om preventie nu eens goed ter hand te nemen; er is te veel onduidelijkheid; de individuele patiënt komt er niet om en het resultaat van al die inspanning is voor de individuele huisarts en patiënt niet zichtbaar.

Het toekomstperspectief

Huisartsen zijn terughoudend met preventie, maar moeten daarbij opboksen tegen de krachten van patiënten en politiek. Binnen dat krachtenveld zal zich een beeld aftekenen van de taak die huisartsen hierin hebben. Volslagen afwijzen van alle preventieve activiteit zal weinig steun ondervinden, al was het alleen maar omdat dan andere geledingen preventie ter hand zullen nemen.

De keuze voor of tegen preventie is dus niet vrij. De beroepsgroep is echter zowel wetenschappelijk als voorwaardenscheppend zo goed georganiseerd dat niet afgewacht hoeft te worden en een initiërend beleid gevoerd kan worden. Daarbij zullen drie vragen beantwoord moeten worden:

- ▶ Is preventieve interventie nuttig?
- ▶ Is de huisarts de aangewezen persoon om preventieve interventies te doen?
- ▶ Zo ja, hoe moet dit dan georganiseerd worden?

Is preventieve interventie nuttig?

Vroege diagnostiek

Wilson en Jungner stelden 30 jaar geleden de eisen op waaraan screening moet voldoen. Zo moet er een goede behandeling zijn

voor de op te sporen ziekte. Daarnaast moet de prevalentie van een ziekte voldoende hoog zijn. Ten slotte moet de test voldoende betrouwbaar, niet te belastend en betaalbaar zijn. Vreemd genoeg zijn de belangrijkste screeningsonderzoeken als screening op cervix- en mammacarcinoom nooit van tevoren aan de hand van deze eisen doorgelicht. Het is de vraag of ook maar één van deze screeningsonderzoeken de toets der kritiek zou doorstaan. We weten dat screening voor mammacarcinoom en voor coloncarcinoom geen effect heeft op het *all cause*-sterfterisico.^{16,17} Om een sterfgeval aan borst- of colonkanker te voorkomen moeten grote hoeveelheden patiënten gescreend worden (tabel 1).

De situatie voor het cervixuitstrijkje is verwarrend. In H&W kruisten de voor- en tegenstanders de degenen en kwamen op grond van dezelfde gegevens tot andere conclusies.^{18,19}

Identificatie van risicogroepen zou veel aan de effectiviteit kunnen bijdragen en misschien moeten huisartsen daar niet al te bang voor zijn. Zo heeft chlamydia screening in een Creoolse bevolkingsgroep veel meer kans op een gunstig effect dan bij autochtone vrouwen op het platteland.²⁰ Misschien moet de screening op cervixcarcinoom wel veel meer toegespitst worden op promiscue vrouwen en hoeven de monogame vrouwen die zo stipt op elk oproep verschijnen, niet meer nagekeken te worden. Het uitgangsrisko van vrouwen met een belaste familieanamnese op mammacarcinoom is zo hoog dat screening van deze vrouwen onomstreden is. Ook de NHG-standaard Osteoporose geeft helder aan welke hoogrisicogroep voor preventieve behandeling in aanmerking komt.

Screening en behandeling van patiënten met risicofactoren voor hart- en vaatziekten

Over het nut van beïnvloeding van risicofactoren voor cardiovasculaire aandoeningen is veel beter nagedacht. In de standaard Hypercholesterolemie en in de CBO-consensus Hypertensie (en naar alle waarschijnlijkheid ook in de komende herziening van de NHG-standaard Verhoogde bloeddruk) is praktisch en financieel afgewogen bij welke afkappunten het zinvol is te gaan behandelen. Behandeling van geïsoleerde risicofactoren wordt zelden zinvol geacht in het kader van primaire preventie (tabel 2). In de praktijk betekent het dat alleen de ernstige risico's voor behandeling in aanmerking komen, zoals een ernstige hypertensie (uitgangsrisko 20% in 10 jaar), familiale hypercholesterolemie (uitgangsrisko 30% in 10 jaar) en diabetes (tabel 3). Vooral mensen met een combinatie van risicofactoren: het *deathly trio* of *quartet* (hyperten-

Tabel 1 Numbers needed to screen (NNS) gedurende vijf jaar in primaire preventie

Ziekte	Test	Behandeling	NNS voor dood	NNS voor ziektespecifieke dood
Coloncarcinoom	Hemocult	standaard	*	1274
Mammacarcinoom (50-59 jaar)	Mammografie	standaard	*	2451

* niet significant

sie, hypercholesterolemie en roken en eventueel diabetes) hebben baat bij preventieve interventies. Ook patiënten met reeds bestaande orgaanschade hebben een zo hoog uitgangsriscico dat behandeling vrijwel altijd nuttig gevonden wordt.

Tabel 2 Numbers needed to screen and treat gedurende vijf jaar in primaire preventie

Ziekte	Test	Behandeling	NNS voor dood
Dyslipidemia	lipideprofiel	Pravastatine	418
Hypertensie	bloeddruk	10 mmHg-daling met diureticum	274

Tabel 3 Het effect van behandeling bij de hoge uitgangsriscico's die als afkappunt gebruikt worden in de NHG-standaarden Cholesterol en Diabetes mellitus en de CBO-consensus Hoge bloeddruk

Ziektebeeld	Daling van absoluut risico op een HVZ in 10 jaar onder ideale omstandigheden
Cholesterol	van 30 naar 20%
Hypertensie	van 20 naar 15%
Diabetes II behandeld met sulfonyleumderivaten en insuline	van 38 naar 35%
Diabetes II/obesitas behandeld met metformine	van 39 naar 27%

Vaccinaties

Ook de NHG-standaard vermeldt dat het nut van influenzavaccinatie niet onomstreden is. De effectiviteitsonderzoeken zijn gedaan in verzorgings- en verpleegtehuizen; het gaat dan om beperkte groepen dicht op elkaar levende, (zeer) oude mensen. Er bleek geen effect op complicaties als pneumonie, maar wel op mortaliteit. De wetenschappelijke basis van de keuze voor de risicogroepen is smal. Het nut van tetanusvaccinaties bij de sterk afgenomen aanwezigheid van de tetanusbacil en de afwezigheid van paardenuitwerpselen is niet duidelijk.

Genetische counseling en preconceptionele adviezen

Genetische counseling beantwoordt aan de meest ultieme wens om ellende te voorkomen: mensen met een verhoogde kans op een ziekte gewoon niet geboren laten worden. Een aantal behaalde successen leidt al gauw tot een overschatting van het aantal praktische toepassingen en ethische aspecten zijn volop in discussie.²¹

Taak huisartsgeneeskunde

Moeten huisartsen de kar van de wetenschappelijke discussie over het nut van preventie trekken? Ik denk van wel. Huisartsen zijn wetenschappelijk toegerust om effectiviteit te beoordelen, hebben voldoende maatschappelijke ankers om het nut te kunnen inschatten en zijn bovendien relatief onafhankelijk, al was het alleen maar omdat hun betalingssysteem niet uitnodigt tot meer verrichtingen. Het vereist van het NHG en de huisartsinstellingen een forse inspanning om niet alleen standaarden te maken van bestaande problemen, maar ook in te springen op nieuwe ontwikkelingen. De snelle, goed onderbouwde reactie op

plannen met betrekking tot prostaatacarcinoom en osteoporose liet zien dat ondoordachte plannen in een vroeg stadium omgebogen kunnen worden. Die discussie moet voor het voetlicht gebracht worden van de eigen beroepsgroep (in H&W), de medische stand (NTvG, *Medisch Contact*) en de politiek (kamercommissie en de media).

Preventie in het takenpakket van de huisarts?

Als preventieve maatregelen nuttig blijken, dan volgt de vraag of huisartsen die moeten uitvoeren. De kracht van de huisarts ligt in zijn kennis van de individuele risicoprofielen. Hij heeft daarmee de mogelijkheid om bij een patiënt tot geïndividualiseerde risicoschatting te komen. Een dergelijke werkwijze sluit bovendien aan bij het bestaande zorgmodel. Huisartsen hebben door hun kennis van de ziekten van hun patiënten al een ingang (vooral bij secundaire preventie). Bovendien reageren mensen op oproepen van hun huisarts beter dan op die van anonieme instituties.

Daar staat tegenover dat huisartsen het door hun belasting met de gewone hulpvragen al druk genoeg hebben. De schaal van de praktijk is vaak net te klein om programma's goed uit te voeren. Voor screening en (ongerichte) vroege diagnostiek is – als het al nuttig is – binnen de huisartsenpraktijk geen goede basis, net zo min als voor vaccinaties. Huisartsen moeten niet een soort 'schaduw'-GG en GD willen worden. Alvorens een preventieprogramma te omarmen moeten huisartsen zich zeker niet door geld in verleiding laten brengen en goed nagaan of ze er het meest voor aangewezen en toegerust zijn.

Organisatie van preventie in de huisartspraktijk

De kracht van huisartsen is nu eenmaal dat patiënten op korte termijn hun klacht kunnen voorleggen. Patiënten kunnen preventie nog wel accepteren en zelfs toejuichen als dat in het verleden van hun klacht ligt en misschien accepteren ze nog wel gesprekken over roken, te veel eten en veilig vrijen als dat maar niet ten koste gaat van waar ze bij de huisarts voor komen: hun klacht. Case finding past slecht in het dagelijkse consult. Er is in het verleden niet gekozen voor case finding als opsporingsstrategie omdat het zo gemakkelijk is, maar omdat het strookt met de klachtgerichte geneeskunde. Er zijn geen betrouwbare cijfers over het effect van case finding bekend, maar ik denk dat het niet werkt. Meestal komen er in het korte tijdsbestek van een consult al zo veel problemen aan de orde dat tijd en energie ontbreken om nog eens over het risicoprofiel te beginnen. Systematische preventie en managed care kunnen dan ook beter buiten het spreekuur om georganiseerd worden door anderen dan de huisarts. Praktijkverpleegkundigen en -assistentes zijn vaker beter in staat secundaire preventie systematisch uit te voeren, diabetespatiënten te controleren en patiënten met een hoog risico in de gaten te houden. Het voordeel om preventie aan andere disciplines uit te besteden mag niet onderschat worden. Aan hypertensie, cholesterolbepaling en diabetes wordt tijdens het spreekuur (te) veel tijd besteed. Die tijd komt dan vrij

voor de echte hulpvragen en het oplossen van problemen die zich in het preventieprogramma voordoen. Dat doet recht aan de talenten en de kennis van huisartsen.

Het NHG zou snel een integrale opzet voor secundaire preventie moeten ontwikkelen, waarbij uitgegaan wordt van individueel risico. Daarbij moet een aantal problemen opgelost worden. Zo moet de inhoudelijke boodschap nog zorgvuldiger en eenduidiger geformuleerd worden. Het moet niet meer mogelijk zijn dat door allerlei inhoudelijk geruzie deze boodschap in het water valt.

Gezien het gebrek aan ontwikkeling van de automatisering in de huisartspraktijk, zou gezocht kunnen worden naar andere mogelijkheden om gegevens voor preventieve doeleinden te gebruiken, zoals het gebruik van medicatiegegevens van de apotheek om diabetespatiënten beter te controleren.

Er blijft een ethisch probleem. Er zal een verdedigbaar compromis gevonden moeten worden tussen de volstrekte autonomie van de patiënt aan de ene kant en een paternalistisch oproepsysteem vanuit de huisarts aan de andere kant.

Patiëntenautonomie blijft altijd uitgangspunt, maar de mensen moet wel een juiste en beargumenteerde keuze aangeboden worden, zodat hun autonomie ook concrete inhoud heeft.

Dubbele of onduidelijke boodschappen en slechte organisatie doen mensen afhaken, die anders wel degelijk mee zouden doen. Misschien is het duidelijker met name secundaire preventie veel meer als behandeling dan als preventie aan te bieden. Kortom, huisartsen zullen preventieve activiteiten moeten blijven ondernemen. Het is zaak voor die activiteiten te kiezen die voldoende nuttig en uitvoerbaar zijn. Voor een aantal activiteiten die min of meer met een protocol te regelen zijn, zullen huisartsen met hulpkrachten moeten leren werken. Aan patiënten en de politiek moet zeer zorgvuldig worden uitgelegd waarom preventieactiviteiten al of niet zinvol zijn.

Misschien komt het dan na meer dan veertig jaar toch nog goed.

Literatuur

- 1 Boot K, Meijman FJ. Systematische preventie van hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk is niet zinvol. *Huisarts Wet* 1999;42:341-6.
- 2 Drenthen AJM. Preventie van hart- en vaatziekten in de huisarts praktijk: zinvol en haalbaar? *Huisarts Wet* 1997;40:573-5.
- 3 Ramachandran SV, Larson GL, Leip EP, Evans JC, O'Donnell CJ, Kannel WB, et al. Impact of high normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. *N Eng J Med* 2001;345(18):1291-7.
- 4 Jung PJ, Wensing M, Grol R. What makes a good general practitioner? Do patients and doctors have different views? *Br J Gen Practice* 1997;47:805-9.
- 5 Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, et al. Patient priorities with respect to general practice care. An international comparison. *Fam Practice* 1999;16:4-11.
- 6 Hopton JL, Dlugolecka M. Patient perceptions of need for primary health care services: useful for priority setting? *Br Med J* 1995;310:1237-40.
- 7 Hulshof NA, Van Essen GA, Andela M, Friele RD. Patiënten over preventie door hun huisarts. *Huisarts Wet* 1998;41:117-20.
- 8 Commissie Wetenschappelijk Onderzoek. Het Woudschoten-rapport. *Huisarts Wet* 1966;9:372-85.
- 9 Huygen FJA. Quo Vadis? *Huisarts Wet* 1960;3:135-9.
- 10 De Vries D. Blijft preventie een pretentie? Impressies van het NHG-jubileumcongres *Huisarts Wet* 1987;30:27-30.
- 11 Meyboom-de Jong B. Van loketgeneeskunde naar consequent vervolgbeleid. *Huisarts Wet* 1996;39:309-11.
- 12 Meijman FJ. De klachtgerichte benadering bedreigd? *Huisarts Wet* 1990;33:478-81.
- 13 Van Ree J. Naar preventie op maat. *Huisarts Wet* 1990;33:518-20.
- 14 McCormack J, Trisha Greenhalgh T. Seeing what you want to see in randomized controlled trials; versions and perversions of UK Prospective Diabetes Study data. *West J Med* 2001;174:123-7 en *BMJ* 2000;320:1720-3.
- 15 Grundmeijer HGLM, Hendrick H, Van der Voort JPM. Huisarts en zinvol handelen. Opvattingen van Nederlandse huisartsen. *Med Contact* 1995;50:557-60.
- 16 Rembold CM. Number needed to screen: development of a statistic for disease screening. *BMJ* 1998;317:307-12.
- 17 Olsen O, Gotzsche PC. Screening for breast cancer with mammography [Cochrane review], *The Cochrane Library*, Issue 4, 2001.
- 18 Van der Werf GT, Lagro-Janssen ALM. Vormt de NHG standaard cervixuitstrijken voldoende basis voor professioneel huisartsgeneeskundig handelen? *Huisarts Wet* 2001;44:24-7.
- 19 Geijer RMM, Hanselaar AGJM, Colette C. Cervixscreening is wel zinvol. *Huisarts Wet* 2001;44:28-9.
- 20 Boeke AJP, Dekker JH, Van Eijk JTM. Chlamydia Trachomatis bij vrouwen met vaginale klachten in de huisartsenpraktijk. *Huisarts Wet* 1991;34:260-6.
- 21 Meijman FJ. Preconceptionele advisering: een lacune? *Huisarts Wet* 1998;41:217.

Intermezzo

Het preventief ruimen en vervolgens op één hoop gooien van koeien door de veterinaire dienst, nadat MKZ is geconstateerd, komt niet overeen met het beeld dat de meeste mensen hebben van een veestapel.

Stelling bij:

De Boer B. *Design synthesis, morphology, and properties of semiconducting block copolymers for photonic applications* [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2001.

Het feit dat veel mensen die aan RSI lijden bepaalde karaktereigenschappen hebben, maken deze nog niet tot slechte eigenschappen

Stelling bij:

Buwalda R. *Molecular dynamics simulations in rational protein design: stabilisation of Fusarium solani pisi cutinase against anionic surfactants* [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2001.