

## Programmatische preventie: Een taak voor de huisarts?

Speerpunten uit de Preventienota van 2003 zijn de aanpak van overgewicht, roken en diabetes mellitus type 2. Er zijn plannen om de landelijke preventieprogramma's de komende jaren uit te breiden, waarbij wordt gerekend op inspanningen van de huisarts. Deze heeft op de invoering vaak geen invloed, vanwege de politieke besluitvorming. Dan is het goed te weten wat de impact voor de huisartsenpraktijk zal zijn. *In de praktijk* bespreekt daarom in een korte serie de voors en tegens van onderwerpen waarmee de huisarts in de komende jaren te maken zal krijgen. Deze eerste aflevering gaat over preventie als taak voor de huisarts.

### Voordelen van de huisarts

In het juninummer beschreef *In de praktijk* de wijzigingen in de organisatie van preventie en nascholing met de komst van de regionale ondersteuningsstructuren. Voor het onderwerp preventie liggen de kaarten gunstig: de griepvaccinatie- en cervixscreeningprogramma's kunnen worden voortgezet. De resultaten van deze programma's zijn positief. Sinds de invoering van 'Preventie: maatwerk' in 1995 steeg de influenzavaccinatiegraad onder risicogroepen van 42 procent in 1994 naar ruim 75 procent vanaf 1997. De opkomst voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker ligt in praktijken waar de huisarts de uitnodiging verzorgt 15 procent hoger dan in praktijken waar de screeningsorganisatie of GGD uitnodigt (81 versus 66 procent). De huisarts heeft door de combinatie van preventie en curatie een ideale positie. Voeg daarbij de laagdrempelige toegang, het persoonlijke contact, de continuïteit en hoge automatiseringsgraad, dan is duidelijk waarom organisaties die een screeningsactiviteit willen invoeren, de huisarts er graag bij betrekken.

### Criteria van preventieprogramma's

In 1968 stelden Wilson en Jungner vanuit de WHO enkele criteria op waaraan een preventieprogramma moet voldoen om te kunnen worden ingevoerd. Hoewel de criteria duidelijk lijken, geven ze ook stof tot discussie en leiden ze tot verschillende invullingen van de preventieprogramma's. Bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker vergt van de Belgische huisarts tweemaal zoveel uitstrijkjes als van de Nederlandse. Een coloscopie wordt in de VS wel geaccepteerd als test voor darmkankerscreening, maar in Nederland kiest men daar niet voor. Ook lijkt soms een screening bij invoering te beantwoorden aan de criteria, maar blijkt gaandeweg de opbrengst toch anders (zoals bij cervix- en mammascreeing).

Bij primaire preventie gaat het om inspanningen voor niet-ziekten. Secundaire preventie richt zich op opsporing van ziekte in een vroeg stadium (zoals bij cervixscreening); een groot aantal niet-zieke mensen moet dan worden onderzocht om een klein aantal patiënten met die aandoening te vinden: het *number needed to screen*. De gezondheids-

winst voor de individuele patiënt is beperkt, in tegenstelling tot de winst voor de bevolking als geheel (de zogeheten preventieparadox). De activiteiten leiden tot medicalisering en extra werkbelasting van alle praktijkmedewerkers, waar onvoldoende vergoeding tegenover staat. Bij tertiaire preventie gaat het erom te voorkomen dat een ziekte erger wordt, en dit wordt wél beschouwd als een vorm van curatie. Maar ook hierbij is de gezondheidswinst betrekkelijk. Dit alles maakt dat huisartsen vaak minder enthousiast zijn over preventieactiviteiten dan de organisatoren ervan.

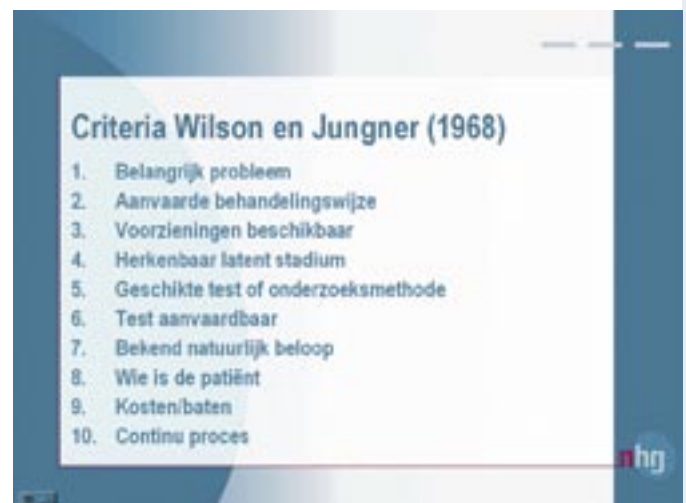
### Taken van de huisarts

In de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012 is preventie als taak opgenomen: 'De huisartsenzorg anno 2012 biedt een breed pakket aan diagnostische, therapeutische en preventieve medische zorg.' Dit is een ruime omschrijving en zo zou de huisarts kunnen worden opgezadeld met vele preventieve activiteiten. Onderzoek in Engeland heeft uitgewezen dat als de huisarts alle van hem gevraagde preventieve taken zou uitvoeren, zijn dag twaalf werkuren zou omvatten.

### Beperking noodzakelijk

De huisarts zal zich bij preventie dus moeten beperken. Volgens de criteria van het NHG-Preventiebeleid (1989/1992) komen alleen onderwerpen in aanmerking voor (programmatische) preventie in de huisartsenpraktijk als de volgende drie vragen positief te beantwoorden zijn:

- ▶ Is het nut aangetoond; is de preventieve activiteit effectief; zijn de baten (gezondheidswinst) groter dan de kosten en de inspanningen?
- ▶ Is het een taak voor de huisarts?
- ▶ Is het uitvoerbaar (organisatorisch en randvoorwaardelijk) binnen de huisartsenpraktijk?



Bij de tweede vraag is te overwegen in hoeverre preventie een taak is van de huisartsenvoorziening als geheel. De praktijkassistente en -ondersteuner zijn prima toegerust voor programmatische preventie. Een eis voor de invoering van een preventieactiviteit kan dan zijn dat deze gedelegeerd moet kunnen worden aan ondersteunend personeel.

De procedure voor een programmatische aanpak is weergegeven in tien 'sleutelwerkwoorden', die bij een aantal preventieprogramma's

hun waarde hebben bewezen.

Tenslotte staat de huisartsenpraktijk niet meer op zichzelf en is het sleutelwoord van deze tijd de 'ketenzorg'. Ook preventieactiviteiten vragen om afstemming met andere organisaties in de eerste lijn, zoals de GGD. (LB)

*In samenwerking met Ton Drenthen, senior-wetenschappelijk medewerker NHG-sectie Preventie en Patiëntenvoorlichting*

## Ingezonden

# Toch geen geschonden vertrouwen?

De column 'Vertrouwensbreuk' in het julinumnummer van *In de praktijk* gaat over een vrouwelijke patiënt met knieklachten, bij wie de onderzoekende arts voor nadere diagnostiek ongevraagd 'haar rok omhoog trekt'. Welke arts die deze column leest, beseft dat de genoemde huisarts eigenlijk een klinisch meer dan voortreffelijk en kostenreducerend onderzoek heeft gedaan?

Sportmedisch onderzoek is een belangrijk onderdeel van het huisartsenvak. Jaarlijks komen er bijna 600.000 geblesseerde sporters bij de huisarts. Gemiddeld worden circa honderd sportletsels per jaar per huisarts behandeld.

In de casus betreft het een wielrenster die op hoog niveau sport. Intensief wielrennen geeft een dusdanig zware belasting van rug en benen, dat daarin zelfs kleine afwijkingen klachten kunnen veroorzaken.<sup>1</sup> Zo vindt elke minuut bijna honderdmaal een latero-flexierotatie van de rug naar links en rechts plaats. Om 100 kilometer per fiets af te leggen, worden 18.000 maal de linker- en rechterknie gestrekt en gebogen. Bij fietsers komen knieblessures (vandaar de term *biker's knee*) het meest voor (30 tot 40 procent), daarna blessures aan het bovenbeen (hamstrings, quadriceps, adductoren, fascia lata, bursitis ischiadica) en vervolgens (myogene) rugklachten. Het zijn dus sterke benen die de weelde van intensief wielrennen kunnen dragen!

Uit de sportmedische praktijk blijkt dat bij knieklachten als in de column beschreven meerdere factoren kunnen meespelen, zoals een beenlengteverschil (zelfs kleine verschillen van 0,5 tot 1 cm). Daarbij is beoordeling van het bekken, vanachter bekeken, een goede optie. Ook moet bij vrouwelijke sporters met knieklachten goed gekeken worden naar een andere belangrijke factor, de zogeheten 'Q-angle' (de hoek van het bovenbeen ten opzichte van het onderbeen). Bij vermoeden van een meniscusletsel (soms de oorzaak van dergelijke knieklachten), is knijpen in de bovenbeenspieren een goede manier om een verschil in spiertonus te ontdekken.

Als dat allemaal onvoldoende informatie oplevert, dan moet de onderzoeker de patiënt op de fiets zien, want vaak spelen verkeerde afstellingen van de fiets een rol.<sup>2</sup> Alleen fietsen op een hometrainer

is daartoe onvoldoende. Soms ontstaan de knieklachten pas na een halfuur belasting bij zwaardere intensiteit, door 'scheef zitten' op de fiets, door verkeerd 'enkelen' met de trappers of door een verkeerde bevestiging van de schoenplaatjes. Dat kun je wel zien als je achter iemand rijdt, of je kunt het waarnemen als je een maximaaltest (inspanningstest met oplopende belasting tot volledige uitputting) afneemt of laat afnemen door een Sport Medisch Adviescentrum.

De arts in deze casus gaf de patiënte zijn e-mailadres. Ook dit heeft meerwaarde, namelijk voor de follow-up. Het onderzoek 'in levende lijve' tijdens het voorgestelde fietstochtje biedt de gelegenheid een digitale foto van de patiënte te maken van achteren gezien. Toezending per mail van zo'n foto geeft de patiënte inzicht in de oorzaak van haar knieklachten.

De huisarts in de casus handelde dus medisch-inhoudelijk gezien prima en hij vervulde bovendien een voorbeeldfunctie, die van de sportende arts.<sup>3</sup> Hij heeft zich echter blijkbaar zodanig gedragen dat de patiënte daar iets heel anders achter zocht. Jammer, want hij had misschien haar probleem heel goed kunnen oplossen!

Het instrumentarium van huisartsen bestaat voornamelijk uit hun 'handen en ogen'. Ook bij sportmedisch onderzoek van wielrenners is dit instrumentarium in eerste instantie vaak voldoende en kostenreducerend. Een dergelijk basaal onderzoek maakt soms duur geavanceerd onderzoek (MRI-scans) overbodig. Een overzicht met enkele tools over deze materie is te vinden op: <http://sportsmedicine.tk> onder 'Orthopedische aspecten van de wielersport'.

*Met vriendelijke groet,*

*Ton Verheij, huisarts te Arnhem*

1. Kronisch RL. Mountain Biking Injuries: Fitting Treatment to the Causes. *The Physician and Sportsmedicine*, vol. 26, no. 3: 98.
2. Burke ER. Proper fit of the bicycle. *Clin Sports Med* 1994;13:1-14.
3. Verheij TC. Meer bewegen. *Achtergronden, gevolgen en beleid*. *Huisarts Wet* 2002;45(6):294-8.