

# Van de ziekte via de klacht naar de risicofactor

Roger Damoiseaux, Ger van der Werf

In de tijd van Hippocrates had de zieke een ziekte en probeerde de geneesheer de zieke te genezen. In de laatste decennia van de vorige eeuw raakten arts en patiënt in gesprek: patiënten bezochten de arts met een gezondheidsklacht.<sup>1</sup> De huisarts probeerde dan die klacht in de context van die patiënt te duiden. Soms was er sprake van ziekte, soms was er onwelbevinden zonder anatomisch substraat. En er waren ook in deze tijd gezonde mensen die de dokter niet nodig hadden.

Tot dan toe was het ideaal 'primum non nocere' en besluitvorming vond plaats op grond van wat de arts en patiënt samen afspraken in de spreekkamer. Dit ideaal lijkt te verschuiven: alles en iedereen wordt in maat en getal vastgelegd en vergeleken met een gemiddelde mens die in die maat en dat getal past. De maat der dingen wordt steeds meer bepaald door resultaten van al dan niet wetenschappelijk onderzoek. De normen en waarden op grond waarvan de grens tussen acceptabele en niet acceptabele risico's bepaald wordt, zijn afgeleid van normaalverdelingen en van kosteneffectiviteit. Het tijdperk van de risicofactoren is aangebroken. Zorginstellingen grijpen hun kans om hun markt te verruimen door zich te richten op predictie aan een ieder die het uit angst voor risico maar horen wil.

Deze verschuiving is met name op het gebied van hart- en vaatziekten te zien. In verband met het NHG-congres op 9 december schenken wij in deze special van H&W voornamelijk aandacht aan klachten en ziekten van het hart- en vaatstelsel en wat de huisarts daarbij kan betekenen. Hoefman bespreekt een aanpak voor de diagnostiek bij mensen met hartkloppingen met behulp van een kleine recorder (pagina 597) en laat zien dat hierdoor de diagnostische opbrengst verbeterd kan worden. Bögels toont in een klinische les dat kennis van een geïmplanteerde defibrillator ook voor de huisarts van belang is (pagina 631). De terminale zorg bij cardiorespiratoire aandoeningen kan beter.<sup>2,3</sup> Een eerste stap tot verbetering is het onderzoek van Willems et al., dat beschrijft hoe patiënten met terminaal hartfalen over de dood denken (pagina 608). Rutten et al. tonen aan dat patiënten met COPD ook vaak hartfalen hebben, dat dan ook meebehandeld moet worden (pagina 602). En Oudega beschrijft een model om bij een vermoeden

van een diepe veneuze trombose beter te kunnen beslissen of een echo noodzakelijk is (pagina 625) Maar als het over hart- en vaatziekten gaat, dan kan het bespreken van risicofactoren en hoe hiermee om te gaan niet achterwege blijven. Stalman en Thomas gaan hier alvast in op de multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement.

In het nieuwe tijdperk van de risicofactoren is een eerste vraag of de huisarts zich moet laten verleiden om mensen zonder klachten of ziekten te gaan benaderen. De nieuwe multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement lijkt daar wel toe uit te nodigen, zoals Stalman en Thomas in hun commentaar schrijven.<sup>4</sup> In een Noors onderzoek bleek dat driekwart van de Noorse bevolking boven de 20 jaar een te hoge bloeddruk en/of een te hoog cholesterolgehalte heeft volgens de Europese richtlijnen voor preventie van cardiovasculaire aandoeningen. Het gaat dan nota bene om een bevolkingsgroep die tot de langstlevenden van de wereld behoort.<sup>5</sup> Een normale bloeddruk en/of cholesterolgehalte lijkt hiermee een uitzondering te worden. Met de nieuwe richtlijn in Nederland zou volgens een voorzichtige schatting meer dan de helft van de zes- tigplussers voor behandeling met pillen in aanmerking komen. De kans op ziekte in de bevolking neemt daardoor af, maar de preventieparadox leert ons dat dat niet leidt tot een voorspelbare en voor het individu relevante gezondheidswinst. Daarbij komt dat hoe meer mensen in aanraking komen met dokters – inclusief voor preventieve zorg –, des te zeker ze zich gaan voelen.<sup>6</sup> En dat kan toch niet de bedoeling zijn van deze nieuwe richtlijn.

Een tweede vraag is welke rol mensen in deze nieuwe geneeskundige samenleving willen vervullen. In de lekenpers vraagt men zich af in hoeverre de overheid en dokters mogen ingrijpen in de levenswijze van de gewone mensen.<sup>7,8</sup> Onderzoek met vragenlijsten laat zien dat veel mensen de ernst van het door artsen vastgestelde risico niet delen. Zij zijn bereid om grotere risico's te lopen dan dokters denken dat goed voor ze is.<sup>9,10</sup>

Huisartsen hebben een rol bij het behandelen van zieken. Maar huisartsen krijgen ook te maken met vragen over risico's. Alle mensen lopen meer of minder risico, niet alleen op hart- en vaatziekten, maar ook op erfelijke aandoeningen, geslachtsziekten of op een verkeersongeval en nog vele andere zaken. Een deel van de patiënten komt met vragen over risicovermijding, zonder nog te lijden aan ziekten: de calculerende gezondheidsconsumenten. Een ander deel heeft ook vragen over risico's, maar moet ook de realiteit van ziekte en dood al onder ogen zien. Tegen die achtergrond, oud of jong, ziek of gezond, moeten huisartsen met men-

dr. R.A.M.J. Damoiseaux, huisarts, huisartsenpraktijk de Hof van Blom, Hof van Blom 7, 8051 JT Hattem; dr. G.Th. van der Werf, huisarts, discipliniegroep Huisartsgeneeskunde, RU Groningen.

Correspondentie: rdamoiseaux@hotmail.com

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

sen in gesprek raken en hen voorlichten, hun zorgen bespreken en zo mogelijk wegnemen en mensen begeleiden in hun ziekte of tot aan de dood. Het nieuwe ideaal om iedereen te kwalificeren met risicoscores moet er niet toe leiden dat de zorg tekortschiet doordat we ons verliezen in de drang ieder risico in maat en getal vast te leggen. Nietzsche meldde al dat er zonder risico geen leven is en dat moeten we ons voor ogen houden.

#### Literatuur

- 1 Hogerzeil HHW. De ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde binnen een veranderend morbiditeitsspectrum. In: Aulbers BJM, Bremer GJ, redactie. De huisarts van toen; een historische benadering. Rotterdam: Erasmus publishing, 1995.
- 2 McKinley RK, Stokes T, Exley C, Field D. Care of people dying with malignant and cardiorespiratory disease in general practice. Br J Gen Pract 2004;54:909-13.
- 3 Lehman R. How long can I go on like this? Dying from cardiorespira-

- tory disease. Br J Gen Pract 2004;54:892-3.
- 4 Stalman W, Thomas S. De richtlijn Integraal cardiovasculair risicomanagement en de huisartsenpraktijk. Huisarts Wet 2005;48:595-6.
- 5 Getz L, Kirkengen AL, Hetlevik I, Romundstad S, Sigurdsson JA. Ethical dilemmas arising from implementation of the European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: descriptive epidemiological study. Scand J Prim Health Care 2004;22:202-8.
- 6 Heath H. Who needs health care- the well or the sick? BMJ 2005;330:954-6.
- 7 Giesen P. Dik zijn is een recht. De Volkskrant, 19 maart 2005.
- 8 Van Maanen H. Bijna iedereen heeft pillen nodig. Preventieve geneeskunde dringt zich zo overtuigend op dat straks niemand zich meer gezond voelt. De Volkskrant, 30 juli 2005.
- 9 Steel N. Thresholds for taking antihypertensive drugs in different professional and lay groups: questionnaire survey. BMJ 2000;320:1446-7.
- 10 McAlister FA, O'Connor AM, Wells G, Grover SA, Laupacis A. When should hypertension be treated? The different perspectives of Canadian family physicians and patients. CMAJ 2000;163:403-8.

# De richtlijn Integraal cardiovasculair risicomanagement en de huisartsenpraktijk

Wim Stalman, Siep Thomas

CBO en NHG hebben voor het eerst samen een integrale multidisciplinaire richtlijn gemaakt voor de preventie van hart- en vaatziekten.<sup>1</sup> De belangrijkste aanleiding voor het maken van deze richtlijn is dat alle twijfels over de effectiviteit van medicamenteuze risico-interventie inmiddels verdwenen zijn. Dat een dergelijke interventie een aanzienlijke relatieve risicoreductie oplevert, is niet alleen vastgesteld voor personen na een cardiovasculair accident of met diabetes mellitus, maar inmiddels ook voor grote groepen van de gezonde volwassen bevolking. Bij gezonden is er sprake van een kosteneffectieve preventieve behandeling vanaf een tienjaars sterfterisico van circa 10%. Dit komt overeen met een risicoreductie van hart- en vaatziekten van bijna 20%.

Daarnaast leefde de behoefte om de aanbevelingen over risicoschatting en de daaruit voortvloeiende behandeladviezen in één document beschikbaar te stellen. Dit omdat het cardiovasculaire risico multifactorieel bepaald is, er interactie bestaat tussen de

bekende risicofactoren en simpelweg omdat huisartsen nu eenmaal hele mensen behandelen. Verder was het noodzakelijk de verschillen tussen de grenswaarden voor behandeling, de behandelingen zelf en de behandelprioriteiten recht te trekken. De nieuwe eenduidige richtlijn vervangt daarmee de bestaande vaak complexe richtlijnteksten en sluit aan bij eerder gepubliceerde Europese richtlijnen.

#### Laagrisicogroepen

Hoe kan de huisarts deze nieuwe richtlijn nu implementeren in de praktijk? Je kunt je afvragen of het niet wenselijk is op grote schaal screening bij gezonden uit te voeren als het bewijs voor effectiviteit zo duidelijk is. Massaal screenen, al dan niet via de huisartsenpraktijk, is momenteel echter om vele redenen een onbegaanbare weg. Ook andere strategieën zijn onvoldoende onderzocht om op een effectieve manier landelijk in te kunnen zetten.<sup>2</sup> Verder is het niet meteen duidelijk wie de risico-inventarisatie van deze grote groep op zich zou willen nemen. Daar ligt dan ook een uitdaging voor het publiek, de zorgverzekeraars, voor instanties op het gebied van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding én voor geïnteresseerde huisartsenpraktijken. Maar ook de overheid zal zich in deze discussie moeten mengen omdat ook de betaalbaarheid van een dergelijk beleid aan de orde is. Het is denkbaar dat huisartsen alleen of in groepsverband eventueel met

VU medisch centrum, afdeling Huisartsgeneeskunde, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam: prof.dr. W.A.B. Stalman, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; Erasmus medisch centrum, afdeling Huisartsgeneeskunde, Rotterdam: prof.dr. S. Thomas, hoogleraar huisartsgeneeskunde. Correspondentie: w.stalman@vumc.nl  
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.