

BIBLIOGRAFIE

PREVENTIE

11
11

The logo consists of a stylized red graphic of a person's head and shoulders, with a white circle representing an eye or a light source.

NIVEL
bibliotheek
drieharingstraat 26
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 090 319946

Samenstelling: H. Kuijlen

januari 1987

De bibliografie "Preventie" is een publikatie die deel uitmaakt van een serie van maandelijks uitgaven van de afdeling Bibliotheek en Documentatie van het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT, telefoon: 030 - 319946.

Openingstijden: maandag t/m vrijdag 9.00 - 16.00 uur.

Het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg verzamelt en verspreidt kennis en informatie over structuur en functioneren van de eerstelijnsgezondheidszorg, mede in relatie tot andere sectoren van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening.

INLEIDING

De voor u liggende bibliografie maakt deel uit van een serie bibliografieën, die door de bibliotheek en documentatie van het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerselijnsgezondheidszorg (NIVEL) wordt uitgegeven. De achterliggende gedachte bij het opzetten van de reeks is het op een compacte wijze en het voor de gebruiker op een vriendelijke manier per onderwerp toegankelijk maken van de bij de bibliotheek aanwezige informatie. Dit betekent niet dat uitsluitend in deze bibliotheek aanwezige publikaties zijn opgenomen. In ander bronnenmateriaal, zoals de SAGEMEA-pool-catalogus, WVC-documentatie, de Cumulative Index Medicus en de Family Medicine Literature Index (FAMLI) worden met behulp van bibliografische methoden relevante titels opgespoord. In voorkomende gevallen worden de catalogi van externe bibliotheken geraadpleegd. Tevens wordt de zgn. 'sneeuwbalmethode' gevolgd. Door technologische ontwikkelingen op het gebied van automatisering en communicatie zal het raadplegen van externe gegevensbestanden snel toenemen, hetgeen de kwaliteit van de bibliografieën en andere documentaire produkten, met name in de zin van volledigheid, ten goede komen. Een aanvullend criterium bij de selectie van publikaties, dat overigens ook in deze bibliografie gehanteerd is, betreft de beschikbaarheid ervan voor de gebruikers; de opgenomen titels dienen makkelijk verkrijgbaar te zijn. Dit betekent dat zij in de bibliotheek van het NIVEL of in ieder geval bij verwante bibliotheken, aanwezig moeten zijn.

Preventie.

De keuze van de onderwerpen voor de bibliografieën is ingegeven door de actualiteit van het onderwerp. De criteria hiervoor kunnen beleidsmatige interesse, het voorkomen op de onderzoeksagenda van het NIVEL en externe belangstelling voor het onderwerp in het veld,

zoals deze blijkt uit literatuur- en documentatieaanvragen, zijn. Deze bibliografie heeft als onderwerp preventie. Het begrip is afgebakend door het te betrekken op de eerstelijns(gezondheids)zorg en het toe te spitsen op die preventieve taken zoals die door de eerstelijnsdisciplines kunnen worden uitgevoerd. De plaats die preventie inneemt binnen de gezondheidszorg is sterk in ontwikkeling. Na de tweede wereldoorlog ligt de prioriteit binnen de gezondheidszorg vooral op het voorkomen van ziekten meer in het bijzonder het immuniseren van de bevolking tegen infectueuze ziekten. De bestaande curatieve gezondheidszorg wordt niet uitgebreid. Dit gebeurt eerst in de zestiger jaren, waarin er na een periode van wederopbouw, als gevolg van een snelle economische groei, de financiële ruimte ontstaat om de curatieve gezondheidszorg verder uit te bouwen. Dit kan mede geïllustreerd worden aan de hand van de toename van het aantal medisch specialisten. Ook medisch technologische ontwikkelingen volgen elkaar in deze periode in snel tempo op. In de zeventiger jaren kan een toegenomen belangstelling voor preventie geconstateerd worden. Deze belangstelling kan voor een deel verklaard worden uit de steeds toenemende kosten voor de curatieve zorg. Ook in economische zin lijkt voorkomen beter dan genezen; een in de toekomst betaalbare gezondheidszorg, zo lijkt de gedachte, is uitsluitend haalbaar indien ziekten zoveel mogelijk voorkomen worden en daar waar dit niet mogelijk is de ziekten in een prematuur stadium ontdekt worden. De discussie richt zich hierbij niet alleen op het potentieel van preventieve programma's, maar ook op de methoden die hierbij kunnen worden gebruikt en op de taakverdeling tussen de verschillende echelon's en disciplines.

In de paragraaf hierboven is al enigszins aangegeven dat preventie meer is dan het uitsluitend voorkomen van ziekten. Ook het vroegtijdig opsporen van ziekten wordt tot de preventie gerekend. In de literatuur is het gangbaar het begrip preventie onder te verdelen in een drietal deelbegrippen te weten primaire, secundaire en tertiaire preventie. Bij primaire preventie staat het voorkomen van ziekten centraal. Enerzijds door het uitvoeren van preventieve programma's zoals het inenten

tegen ziekten en anderzijds door het publiek voor te lichten over ge-zondheidsrisico's zoals die met specifieke gewoontes en gedragingen verbonden zijn. Traditioneel worden deze preventieve taken uitgevoerd door GVO-instellingen en diensten voor basisgezondheidszorg. Het is niet ondenkbaar dat de eerstelijns op het terrein van de primaire preventie een aantal taken voor zijn rekening neemt. In de literatuur worden hiervoor argumenten zowel pro als contra gevonden.

Secundaire preventie wordt veelal gedefinieerd als het vroegtijdig opsporen van ziekten. Wanneer een ziekte in een vroeg stadium onderkend wordt is de kans op curatie in het algemeen genomen gunstiger, daarnaast zullen in dat geval als regel de kosten van de behandeling geringer zijn. In de zeventiger jaren zijn met het oog op deze vorm van preventie grootschalige screeningsprogramma's opgezet. Meer recent zijn twijfels over deze benadering gerezen met name met betrekking tot het evenwicht tussen de gemaakte kosten en de ervaren baten. Als alternatief vindt men in de literatuur het screenen van specifieke risicogroepen. Voor het uitvoeren van dergelijke screening wordt door een aantal auteurs een rol toegedacht aan de eerstelijnsdisciplines. De discussie dienaangaande is evenwel verre van gesloten. Knelpunten zijn bijvoorbeeld de taakverzwaring die dit voor de eerstelijns werkers betekent en de faciliteiten die deze disciplines op dit gebied tot hun beschikking hebben. Daarnaast vereist de uitvoering van preventieve taken door de eerstelijnsdisciplines en de huisarts in het bijzonder een aangepaste financiering. Aan de andere kant is het de eerstelijns en met name de huisarts die over kennis van het ziekteverleden van de patiënt en zijn familie beschikt.

Het derde deelaspect van preventie betreft de tertiaire preventie. Hieronder wordt het bewaken en veilig stellen van de kwaliteit van het leven van chronische patiënten begrepen. In praktische zin wordt hiermee het voorkomen van complicaties en onnodige overlast als gevolg van de ziekte bedoeld. Met name lijkt hier een belangrijke taak voor de eerstelijns weggelegd. Of het nu gaat om de zorg voor thuiswonende bejaarden of om cara-patiënten. Een subdoelstelling van deze vorm van

preventie kan het ontlasten van de intramurale zorg zijn; er vindt substitutie plaats van dure institutionele zorg door extramurale zorg, een beleidsdoel van overheidsbeleid.

Bij de specifieke deelaspecten van preventie wordt veelal aan specifieke ziekten gedacht. Zo richt primaire preventie zich traditioneel op het immuniseren tegen infectieziekten. Gezondheidsvoorlichting en opvoeding richt zich in dit verband op het voorkomen van ongezonde levensgewoonten zoals roken, slechte voedingsgewoonten, risicovol seksueel gedrag en het voorkomen van ongelukken en is als zodanig te beschouwen als een primair preventief middel. Secundaire preventie richt zich op het vroegtijdig opsporen van levensbedreigende ziekten zoals kanker en hart- en vaatziekten. Bij tertiaire preventie gaat het, zoals eerder gezien, om het begeleiden van chronische patiënten, waarbij het wegnemen van de overlast van de kwaal voorop staat.

De te gebruiken methoden hangen nauw samen met het type van preventie. Zo lijkt gezondheidsvoorlichting en opvoeding de aangewezen weg bij het voorkomen van ziekten die het gevolg zijn van een bepaalde leefwijze. Screeningsprogramma's lijken bij uitstek geschikt voor het vroegtijdig opsporen van ziekten zoals bijvoorbeeld kanker. Een centrale vraag hierbij is of deze programma's zich, zoals in het begin van de jaren zeventig is gedacht, op de gehele bevolking moeten richten. In dit verband gaan er stemmen op deze programma's te richten op specifieke doelgroepen, zoals risicogroepen en bepaalde cohorten van de bevolking.

De opzet van de bibliografie.

Voor de reeks van bibliografieën is nog geen definitieve vorm gekozen; er wordt naar een vorm gestreefd die voor de gebruikers van de bibliografieën als het meest prettig en meest efficiënt ervaren wordt. Dit kan voor een deel slechts achteraf vastgesteld worden. Dit is de reden voor een eventueel afwijkende indeling en vormgeving bij de verschillende bibliografieën.

Bij de selectie van de publikaties is de relatie tussen

de eerstelijnsgezondheidszorg en preventie als leidmotief gehanteerd. Daarnaast zijn over specifieke onderwerpen in voorkomende gevallen slechts enkele van de gevonden publikaties opgenomen. Een voorbeeld hiervan betreft de preventie van somatische fixatie. De motivering is dat het opnemen van alle beschikbare titels over dit onderwerp een vertekend beeld geeft van de plaats die dit onderwerp inneemt binnen de discussie. Daarbij heeft het niet opnemen van alle beschikbare publikaties nauwelijks consequenties voor de inhoudelijke kwaliteit van deze bibliografie.

De in deze bibliografie gebruikte annotaties zijn afkomstig uit verschillende bronnen: de SAGEMA-pool, WVC-documentatie, de NIVEL-catalogus. De bron waaraan een referaat ontleend is, wordt steeds aan het einde van het referaat genoemd. Voor een aantal publikaties zijn nieuwe referaten gemaakt. Als gevolg van deze werkwijze zijn de annotaties nogal verschillend van lengte en kwaliteit. Wel kan gesteld worden dat zij in geen geval een leesvervangende functie vervullen. De referaten zijn bedoeld om de gebruiker van de bibliografie een betrouwbaar inzicht te geven in de inhoud van de betreffende publikatie.

In deze bibliografie is gekozen voor een indeling op basis van de aan de verschillende publikaties toegekende trefwoorden, anders dan preventie. Aan een aantal publikaties is meer dan een trefwoord toegekend. Dit wil zeggen dat deze publikaties in meer dan een hoofdstuk voorkomen. De indeling die dit tot gevolg heeft is tot op zekere mate arbitrair en voor kritiek vatbaar; een aantal van de gebruikte trefwoorden hebben onderling slechts een beperkt discriminerend vermogen als gevolg waarvan er tussen deze hoofdstukken c.q. paragrafen een redelijke overlap kan bestaan. Daarnaast behandelt een aantal publikaties een veelvoud aan onderwerpen als gevolg waarvan zij in diverse hoofdstukken kunnen worden terug gevonden. In dit geval zijn, met het oog op de gebruikersvriendelijkheid, de titelbeschrijvingen inclusief de annotaties integraal in de verschillende hoofdstukken opgenomen. Er is aan de publikaties een uniek volgnummer toegekend. Wanneer een publikatie vaker voorkomt, is steeds hetzelfde

nummer aan de betreffende titel toegekend. Op basis van de keuze voor een gestructureerde indeling lijkt het toevoegen van een trefwoorden-index niet opportuun. Aan deze bibliografie is om deze reden alleen een auteurs-index toegevoegd. In deze index zijn, waar dit voorkomt, ook de vierde en volgende auteurs opgenomen, terwijl in de gebruikte titelbeschrijvingen alleen de eerste drie auteurs genoemd worden. In de auteurs-index staat achter de auteursnaam het volgnummer van de publikatie.

In de gebruikte titelbeschrijven is, wanneer een publikatie niet voorhanden is in de bibliotheek van het NIVEL, aan het einde van het referaat de bibliotheek waar de publikatie aanwezig is, onderstreept. Bij boeken en rapporten is, wanneer zij deel uitmaken van de bibliotheekcollectie van het NIVEL, het boek- respectievelijk het rapportnummer vermeld.

Tot slot wordt opgemerkt dat in deze bibliografie geen volledigheid is nagestreefd. In overeenstemming met de gerichtheid van de wetenschappelijke traditie in ons land, is naast nederlandstalige publikaties een groot aantal titels afkomstig uit het angelsaksische taalgebied opgenomen. Frans- en duitstalige publikaties zijn relatief gezien ondervertegenwoordigd. Ondanks dit mogelijke bezwaar pretenderen wij met deze bibliografie een representatief beeld van de discussie rondom het begrip preventie, zoals die op dit moment gevoerd wordt, te geven. Het zwaartepunt van deze bibliografie is de plaats die de eerstelijnsgezondheidszorg inneemt binnen deze discussie. Onze doelstelling is de lezer een stuk gereedschap aan te bieden dat het innemen van een standpunt binnen deze discussie vereenvoudigt.

De indeling van de bibliografie

In het eerste hoofdstuk zijn algemene publikaties en publikaties die betrekking hebben op het beleid met betrekking tot preventie opgenomen. Het tweede t/m zevende hoofdstuk behandelt een aantal inhoudelijke aspecten van preventie en bestaat uit de volgende hoofdstukken: gezondheidsvoorlichting en -opvoeding,

vroegtijdige opsporing en diagnostiek van ziekten, primaire preventie en secundaire preventie. In het achtste en negende hoofdstuk komt de plaats van preventie binnen de gezondheidszorg aan de orde. De hoofdstukken hebben betrekking op de eerstelijnsgezondheidszorg en de (ambulante) geestelijke gezondheidszorg. Vervolgens wordt aandacht besteed aan de taken en werkwijzen van de eerstelijnsdisciplines. Aan de orde komen de huisartsen, de wijkverpleegkundigen, onderlinge samenwerking, huisbezoek en zelfzorg. In het vijftiende, zestiende en zeventiende hoofdstuk zijn publikaties over specifieke doelgroepen van preventieve activiteiten opgenomen. De hoofdstukken behandelen achtereenvolgens kinderen, vrouwen, bejaarden en specifieke risicogroepen. De laatste hoofdstukken zijn gewijd aan symptomen en ziekten waaraan in het bijzonder gedacht wordt bij preventie. Dit zijn hypertensie, hart- en vaatziekten en kanker. Aan chronische aandoeningen is, omdat het hier een groot aantal specifieke ziekten betreft, geen hoofdstuk gewijd.

INHOUD

INLEIDING	III
PREVENTIE	
1. ALGEMEEN	1
2. BELEID	12
ASPECTEN VAN PREVENTIE	
3. GVO	18
4. SCREENEN	33
5. VROEGTIJDIGE OPSPORING EN VROEGE DIAGNOSTIEK	45
6. PRIMAIRE PREVENTIE	54
7. SECUNDAIRE PREVENTIE	58
PLAATS VAN PREVENTIE BINNEN DE GEZONDHEIDSZORG	
8. EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG	63
9. (AMBULANTE) GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG	68
EERSTELIJNSDISCIPLINES EN WERKWIJZEN	
10. HUISARTS	73
11. WIJKVERPLEEGKUNDIGEN	134
12. SAMENWERKING	148
13. BEZOEK	156
14. ZELFZORG	162
SPECIFIEKE DOELGROEPEN	
15. KINDEREN	165
16. VROUWEN	171
17. OUDEREN	176
18. RISICOFACTOREN	199
PREVENTIE VAN SPECIFIEKE AANDOENINGEN	
19. HYPERTENSIE	204
20. HART- EN VAATZIEKTEN	207
21. KANKER	224
AUTEURSINDEX	235

1. ALGEMEEN

1

Ashton, J.R.

Medicine in perspective: 3. Agenda for prevention/ J.R. Ashton.-

Update; jrg.22, nr.8, 15 april 1981, p.1315-1329

Het derde artikel uit een serie, waarin de ontwikkeling van de geneeskunde centraal staat. Hier staat de dialectische verhouding tussen curatieve en preventieve zorg centraal. Er bestaat behoefte aan een brede visie met betrekking tot de integratie van curatieve en preventieve geneeskunde, waarbij gewzen wordt op het politieke karakter van gezondheidsproblemen en primaire preventie in het bijzonder. Dit wordt verduidelijkt aan de hand van terug te dringen risicofactoren en de openstaande 'politieke' methoden; zo kan de consumptie van tabak worden verminderd door wetgeving, belastingen, sociale controle en GVO. Het classificeren van ziekten met preventieve bedoelingen kan beschouwd worden vanuit het perspectief van ziekte of vanuit het perspectief van de risicofactor. Voor beide benaderingen geldt dat een conceptueel netwerk, waarbinnen rekening gehouden wordt met de fysieke en sociale aspecten, praktische voordelen heeft: de doelgroepen kunnen gedefinieerd worden, waarbij een aan de aard van het probleem aangepaste strategie en de taak van de 'health visitor' vastgesteld kunnen worden. De belangrijkste uitdaging hierbij is de ontwikkeling en implementatie van een op preventie gerichte agenda op het niveau van gezondheidsregio's en huisartspraktijken. De huisarts dient zich hiertoe een beeld van zijn praktijk te vormen, dat gebaseerd is op de gehele populatie die hij/zij bedient en niet alleen op degenen die van zijn diensten gebruik maken. De taak van de 'health visitors' is zich in te zetten bij het organiseren van patiëntengroepen en GVO-activiteiten. Deze activiteiten moeten aan-

sluiten bij de patiënt en dienen door de huisarts ondersteund te worden. De huisarts dient meer aandacht te zijn op de preventieve mogelijkheden van ieder consult.

2

Berg, A.O.

Rethinking prevention: guest editorial/ A.O. Berg.-
Journal of Family Practice; jrg.17, nr.1, juli 1983,
p.19-20

Beschouwing over de doeleinden van preventie, mogelijke knelpunten en over de bij preventie te stellen prioriteiten. Het gaat hier met name om preventieve taken zoals die door artsen en de huisarts in het bijzonder aangeboden worden. In de Verenigde Staten zijn de prioriteiten uitkomst van: overheidsinitiatieven; de beschikbaarheid van onderzoeksgelden; particuliere initiatieven; de dominante opinies op dit gebied enz. Op basis van ruwe mortaliteitscijfers kunnen prioriteiten gesteld worden, waarbij de mogelijkheden in de beschouwing betrokken worden. Preventie is er hierbij op gericht voortijdig overlijden te voorkomen, waarbij men zich af kan vragen hoe het begrip voortijdig gedefinieerd dient te worden, zeker met het oog op het ontstaan van steeds weer nieuwe doodsoorzaken. Bij het bereiken van overeenstemming over gestelde prioriteiten rijst de vraag op welk moment en op welke wijze preventieve activiteiten gestalte dienen te krijgen. De auteur stelt dat met name op het terrein van de primaire preventie de effecten niet zozeer afhankelijk zijn van medisch handelen alswel van sociale en culturele factoren. Als knelpunten bij preventieve programma's worden biologische, omgevings-, sociale, beleidsmatige aspecten en de 'lifestyle' genoemd. Preventie wordt hier gezien als een individuele en collectieve verantwoordelijkheid, waarbij het de taak van de arts is zijn unieke vaardigheden en kennis met het oog hierop in te zetten.

Black, N.

Prevention: who needs it?/ N. Black, P.M. Strong.-
British Medical Journal; jrg.285, nr.6354, 27 november
1982, p.1543-1544

Beschouwend artikel waarin aandacht besteed wordt aan de ontwikkeling van preventieve geneeskunde binnen de huisartspraktijk. Ongenuanceerd gesteld komt het erop neer dat huisartsen hun taak voornamelijk als curatief en palliatief zien. Het gedrag en de leefstijl zijn de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Het beoefenen van preventieve geneeskunde heeft een aantal gevolgen: vanuit het gegeven dat vrouwen, veelal huisvrouwen, meer afhankelijk zijn van de geneeskunde, waarbij zij vaker psychische als lichamelijke klachten hebben, zal de preventie voornamelijk op deze groep gericht zijn; de lagere sociale klassen met hogere mortaliteits- en morbiditeitscijfers zijn minder gevoelig voor preventieve adviezen met betrekking tot 'life-style'. Wanneer de huisarts zich actief op deze groep gaat richten zal hij de 'health visitor' die nu deze taak behartigt, overbodig maken; directe preventie is daarnaast van invloed op de arts-patiënt relatie: de zekerheid van hun kennis van de curatieve geneeskunde maakt plaats voor de onzekerheden binnen de geneeskunde, daarnaast vereist preventieve geneeskunde extra tijdsinvesteringen (in het consult). Toch lijkt preventie de mogelijkheden van aanzienlijke besparingen in zich te hebben. Wel moeten eerst een aantal vragen beantwoordt worden. Daar staat tegenover dat iedereen bij een wetenschappelijk verankerde preventieve geneeskunde baat kan hebben.

Chester, T.E.

Prevention and health care costs/ T.E. Chester.-
World Hospitals; jrg.22, nr.1, maart 1986, p.20-22

De betekenis van preventie voor de kosten van de gezondheidszorg wordt ter discussie gesteld. Ondanks de successen van preventieve gezondheidszorg zijn de kosten gestaag toegenomen. Het is niet waarschijnlijk, dat preventie de prevalentie van ziekten onder bejaarden zal verminderen. (bron: WVC)

5

Community

Community prevention and control of cardiovascular disease: report of a WHO expert committee.- Geneva: WHO, 1986; Technical report series: nr. 732

Verslag van een WHO-werkgroep (Geneve, 10-17 december 1984). Besproken worden de preventie en controle van hart- en vaatziekten. Gedrags-, levensstijl-, economische en milieufactoren dragen bij tot cardiovasculaire ziekten. Principes voor het ontwikkelen van preventieve strategieën die deze factoren beïnvloeden worden gepresenteerd. (bron: WVC)

6

Goodman, L.E.

Prevention: how misuse of a concept undercuts its worth/ L.E. Goodman, M.J. Goodman.-

Hastings Center Report; jrg.16, nr.2, april 1986, p.26-38

Kritische beschouwing over preventie in de gezondheidszorg. Betoogd wordt, dat soms massale preventieprogramma's worden gestart zonder deugdelijke biomedische basis. De grenzen tussen preventie en screening of therapie lijken te vervagen. (bron: WVC)

7

Hoffmeister, H.

Prävention von Herz-Kreislaufkrankheiten: Bewertung des Erfolgs von Interventionsstudien: Ausgangssituation der Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP)/ H. Hoffmeister, B. Junge, D. Schoen.-

In veel publikaties en in discussies over gezondheidszorgbeleid wordt de indruk gewekt dat door vermindering van de risicofactoren het totale aantal gevallen en de sterfte aan hart- en vaatziekten zou verminderen. Hart- en vaatziekten blijven echter, zelfs bij zeer succesvolle preventie, de belangrijkste doodsoorzaak. Alleen voor de jongere en middelbare leeftijdsgroepen kan een noemenswaardige invloed worden verwacht op morbiditeit en mortaliteit door een vermindering van risicofactoren. (bron: WVC)

8

Iemhoff, W.G.J.

Groei van kennis en beïnvloeding van gedrag: ethische aspecten van een toekomstig preventiebeleid/ W.G.J. Iemhoff.-

Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; jrg.63, nr.12, 12 juni 1985, p.483-488

Een van de pijlers waarop preventie in de gezondheidszorg rust, is de mogelijkheid om gedrag en attitudes van het publiek te beïnvloeden. In dit artikel wordt nagegaan welke problemen kunnen ontstaan door een te verwachten toeneming van de beschikbare kennis.

1. Men kan aannemen dat meer kennis omtrent riskante levensgewoonten, tot medisch rationeel gedrag leidt. Er dient evenwel onder ogen gezien te worden dat medisch niet rationeel gedrag persé irrationeel is.
2. Een toegenomen kennis over risicofactoren en gedragsbeïnvloeding maken 'hardere' preventieve programma's mogelijk. Er dient evenwel rekening gehouden te worden met ethische aspecten.
3. Spreiding van medische kennis kan leiden tot medikalisering en aantasting van het solidariteitsprincipe in de gezondheidszorg. Individuen met riskante gewoonten kunnen uitgesloten worden

van delen van de gezondheidszorg.

4. Deze kennis over gepredisponeerde factoren kan ook tot juridische problemen leiden.
5. Preventieve voorlichting kan bij groei van relevante kennis tot culturele veranderingen leiden.

9

Londen, J. van

Het belang van preventie in de sociale gezondheidszorg: ANVSG-LVSG; werkcongres preventie; 16 november 1984 te Utrecht/ J. van Londen.-

Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; jrg.63, nr.12, 12 juni 1985: p.490-491

Preventieve activiteiten kunnen worden onderverdeeld in collectieve en individuele preventieve zorg. Onder de collectieve preventie vallen de gezondheidsbescherming, de basisgezondheidszorg en de bedrijfsgezondheidszorg, waarbij de overheid de prioriteit legt bij de gezondheidsbescherming. Internationaal is het doel van preventie niet zozeer het verlengen van de levensduur alswel het verhogen van de kwaliteit van het leven. Binnen de GGZ ligt het accent op deze laatste doelstelling. Ook binnen de huisartsgeneeskunde is een op preventie gericht beleid ontwikkeld. De huisarts kan als vertegenwoordiger van de curatieve zorg worden ingezet bij preventieve programma's; screening e.d. Het op grootschalige wijze opsporen van risicogroepen voor hartziekten lijkt, gehoord de gezondheidsraad, economisch niet verantwoord. Er is epidemiologisch en sociaal-wetenschappelijk onderzoek nodig voor het traceren van risicogroepen. Daarnaast dient een infrastructuur ontwikkeld te worden van waaruit preventieve activiteiten kunnen worden opgezet.

10

McGinnis, J.M.

The limits of prevention/ J.M. McGinnis.-

Public Health Reports; jrg.100, nr.3, mei/juni 1985, p.255-260

Beschouwing over de biologische, technolgische, ethische en economische grenzen van preventie in de gezondheidszorg. (bron: WVC)

11

Milio, N.

Progress in primary prevention: the smoking-health issue/ N. Milio.-

American Journal of Public Health; jrg.72, nr.5, mei 1982, p.428-429

Redactioneel artikel over de ontwikkeling van het rookgedrag. Als oorzaken voor roken worden het inkomen en het blootstaan aan stress genoemd. Vanuit deze variabelen is het toegenomen roken door vrouwen te verklaren. Een en ander wordt toegelicht aan de hand van het rookgedrag van verpleegsters, die bekend zijn met de gezondheidsrisico's en deel uit maken van de maatschappelijke beweging met preventieve taken. Daarnaast worden overheids campagnes gericht tegen roken geplaatst naast de advertentie-inspanningen van de tabaksindustrie en wordt aandacht geschonken aan het lobbyen van gezondheidsorganisaties. Tenslotte wordt de tabaksindustrie economisch geanalyseerd: het terug dringen van roken mag niet ten koste gaan van kwetsbare van deze industrie afhankelijke groepen.

12

Miller, D.L.

Immunisation practice and policy/ D.L. Miller.-

Journal of Epidemiology and Community Health; jrg.38, nr.4, december 1984, p.265-269

Beschouwing over nieuwe ontwikkelingen in de vaccinbereiding en de consequenties daarvan voor het vaccinatiebeleid in Groot-Brittannië. (bron: WVC)

13

Moens, G.

Naar een meer effectieve preventie in de vlaamse gemeenschap/ G. Moens.-

Een essentieel verschil tussen (primaire) preventie en curatieve zorg is, dat de eerste niet individuericht is. De effecten zijn daardoor moeilijk meetbaar. Auteur maakt om deze reden een onderscheid tussen de basisgezondheidszorg en individuele gezondheidszorg. Het begrip preventie heeft een wetenschappelijke omkadering nodig: het ontbreekt de preventieve structuren aan een specifieke kijk; de structuren van vroegtijdige opsporing kennen slechts bij benadering hun doelgroepen; er bestaat overlap en een gebrekkige coördinatie tussen artsen en centra en tussen de centra onderling. Preventie dient gekoppeld te zijn aan een epidemiologisch diagnostisch proces om tegemoet te komen aan bestaande regionale verschillen. De taken van de basisgezondheidszorg zijn: wetenschappelijk onderzoek; coördinatie en ondersteuning; advisering van de bevolking; bepaalde preventieve activiteiten. De stappen om tot de voorgestelde bureaucratische structuur te komen zijn: het uitbreiden en definiëren van de taken van de Provinciale Gezondheidsinspecties; het optimaliseren van bestaande gegevensbestanden; het uitbreiden en vervolmaken van de in de eerste en tweede lijn bestaande registratiesystemen; het coördineren van de gezondheidszorg op gemeentelijk niveau door het OCMW. Een aanvullende eis voor een dergelijke organisatie is de beschikbaarheid van goed opgeleide en gemotiveerde kadermensen. Slechts binnen een dergelijke structuur kan er sprake zijn van een effectieve preventie.

14

Nuyens, Y.

Gezondheidsbevordering en preventie/ Y. Nuyens: In: Leerboek Medische Sociologie/ Aakster, C.W., G. Kuiper (red.).- Groningen/Deventer: Wolters-Noordhoff/Van Loghum Slaterus, 1978

B 786

Sociologische verhandeling waarin het ontstaan van de politieke en maatschappelijke belangstelling voor preventie en gezondheidsbevordering globaal verklaard wordt. Daarnaast wordt ingegaan op de consequenties van de ideologische uitgangspunten, de relatie tussen mondigheid en preventie en op de relatie tussen preventie en politisering. Samenvattend wordt gesteld dat gezondheidsbevordering, preventie, opvoeding en dergelijke een continuering, eventueel versteviging betekenen van het machtsevenwicht tussen vraag en aanbod in de gezondheidszorg, dan wel een effectieve bijdrage leveren om dit machtsonwicht te doorbreken. Samenleving en gezondheidszorg liggen in elkaars verlengde. De keuze uit beide geschetste alternatieven zal bepalen in welke zin dit uitgangspunt geïnterpreteerd moet worden.

15

Nuyten, C.

Maatschappijgerichte preventie: een voorzet voor een kritische AGGZ-preventiepraktijk/ C. Nuyten, B. Nijmeijer, H. Sterenborg.- Utrecht: Landelijk Ondersteuningspunt Preventie, 1985

Studie met als centrale vraag vanuit welke visie op (on)gezondheid de invloed van maatschappelijke/machtsstructuren en de rol van het individu preventie en curatie worden bedreven. Behandeld worden onder meer de plaatsbepaling van de huidige AGGZ-preventie; de maatschappelijke begrippen gezond-ongezond; een viertal theoretische stromingen die het verband zoeken tussen het functioneren van het individu en de omgeving waarin het functioneert; de actuele ontwikkelingen rond de AGGZ-preventie op het landelijk beleidsniveau. (bron: WVC)

16

Reginster, G.

Une taxonomie de la prevention dans la domaine de la sante/ G. Reginster, D. Leclercq.- Belgisch Archief van Sociale Geneeskunde, Hygiëne,

Arbeidsgeneeskunde en Gerechtelijke Geneeskunde;
jrg.43, nr.3/4, 1985, p.137-143

Een indeling van preventie in de gezondheidszorg, gefllustreerd met voorbeelden van verschillende maatregelen op het gebied van de primaire, se-cundaire en tertiaire preventie. (bron: WVC)

17

Sigling, H.O.

Menschenbild und Krankheitsbegriff: ist die Allgemein-medizin eine eigenständige Diziplin?/ H.O. Sigling.-
Allgemeinmedizin International/General Practice Inter-national; jrg.11, nr.3, 1982, p.131-134

De vraag doet zich voor of de huisartsgeneeskunde een op zich zelf staande discipline is of dat de huisartsgeneeskunde een afgeleide is van andere medische richtingen zoals klinische geneeskunde, sociale geneeskunde en geestelijke gezondheidszorg door de plaats van de huisarts en de door hem ge-bruikte methode alleen. De verschillen moeten wan-neer mogelijk, gezocht worden in de uitgangspunten van de huisartsgeneeskunde. De werkzaamheden van de arts zijn gebaseerd op drie denkbeelden die van aan-zienlijke invloed zijn op zijn al dan niet handelen. De centrale thema's zijn het mensbeeld, de opvatting van ziekte en de natuurbeleving. In een korte sche-matische presentatie worden tegenstelde voorbeelden met deze basisconcepties geconfronteerd. De holisti-sche mensbeschouwing wordt samen met de dualistische visie beschouwd, de ontologische verklaring van ziekte wordt afgezet tegen het psychosociale, de klassieke natuurwetenschappelijke visie wordt verge-leken met moderne natuurconcepties. Tenslotte wordt met behulp van een specifieke casus aangegeven hoe verschillende opvattingen tot verschillende behan-delwijzen kunnen leiden. (bron: vert. abstract)

Zielhuis, G.A.

Structuurrapport preventie: opgesteld door de commissie preventie in opdracht van ANVSG en LVSG/ G.A. Zielhuis.-

Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; jrg.63, nr.25, 25 december 1985, p. 1047-1053

Beschreven worden de overwegingen om aan preventie te doen: preventie is noodzakelijk en mogelijk. Aanbevelingen worden gedaan ten aanzien van: studie naar de theoretische basis voor preventie; een systematisch handboek preventie; een preventieve kaart; een inspectie voor preventie; consequenties voor de organisaties van gezondheidszorg, het onderzoeksbeleid en de opleidingen. In de bijlagen worden de preventie van CARA en dementie (type Alzheimer) beschreven, waarbij aan de orde komen: begripsomschrijving; etiologie en pathogenese; gevoelens; therapie en preventie. (bron: WVC)

2. BELEID

2

Berg, A.O.

Rethinking prevention: guest editorial/ A.O. Berg.-
Journal of Family Practice; jrg.17, nr.1, juli 1983,
p.19-20

Beschouwing over de doeleinden van preventie, mogelijke knelpunten en over de bij preventie te stellen prioriteiten. Het gaat hier met name om preventieve taken zoals die door artsen en de huisarts in het bijzonder aangeboden worden. In de Verenigde Staten zijn de prioriteiten uitkomst van: overheidsinitiatieven; de beschikbaarheid van onderzoeksgelden; particuliere initiatieven; de dominante opinies op dit gebied enz. Op basis van ruwe mortaliteitscijfers kunnen prioriteiten gesteld worden, waarbij de mogelijkheden in de beschouwing betrokken worden. Preventie is er hierbij op gericht voortijdig overlijden te voorkomen, waarbij men zich af kan vragen hoe het begrip voortijdig gedefinieerd dient te worden, zeker met het oog op het ontstaan van steeds weer nieuwe doodsoorzaken. Bij het bereiken van overeenstemming over gestelde prioriteiten rijst de vraag op welk moment en op welke wijze preventieve activiteiten gestalte dienen te krijgen. De auteur stelt dat met name op het terrein van de primaire preventie de effecten niet zozeer afhankelijk zijn van medisch handelen alswel van sociale en culturele factoren. Als knelpunten bij preventieve programma's worden biologische, omgevings-, sociale, beleidsmatige aspecten en de 'lifestyle' genoemd. Preventie wordt hier gezien als een individuele en collectieve verantwoordelijkheid, waarbij het de taak van de arts is zijn unieke vaardigheden en kennis met het oog hierop in te zetten.

Community

Community prevention and control of cardiovascular disease: report of a WHO expert committee.- Geneva: WHO, 1986; Technical report series: nr. 732

Verslag van een WHO-werkgroep (Geneve, 10-17 december 1984). Besproken worden de preventie en controle van hart- en vaatziekten. Gedrags-, levensstijl-, economische en milieufactoren dragen bij tot cardiovasculaire ziekten. Principes voor het ontwikkelen van preventieve strategieën die deze factoren beïnvloeden worden gepresenteerd. (bron: WVC)

19

Heijndael, P.

Werk aan de winkel voor GVO: gegevens uit onderzoek in de bevolking vertalen naar de praktijk van de gezondheidszorg/ P. Heijndael, J. Furer, C. Koenig-Zahn.-

Tijdschrift voor Ziekenverpleging; jrg.39, nr.12, 17 juni 1986, p.350-356

Onderzoek naar lichamelijke klachten, psychische symptomen en psychosociale problematiek bij de bevolking van de gezondheidsregio Nijmegen. Aandacht voor de groep WAO'ers en langdurig zieken. (bron: WVC)

8

Iemhoff, W.G.J.

Groei van kennis en beïnvloeding van gedrag: ethische aspecten van een toekomstig preventiebeleid/ W.G.J. Iemhoff.-

Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; jrg.63, nr.12, 12 juni 1985, p.483-488

Een van de pijlers waarop preventie in de gezondheidszorg rust, is de mogelijkheid om gedrag en attitudes van het publiek te beïnvloeden. In dit artikel wordt nagegaan welke problemen kunnen ontstaan door een te verwachten toeneming van de

beschikbare kennis.

1. Men kan aannemen dat meer kennis omtrent riskante levensgewoonten, tot medisch rationeel gedrag leidt. Er dient evenwel onder ogen gezien te worden dat medisch niet rationeel gedrag persé irrationeel is.
2. Een toegenomen kennis over risicofactoren en gedragsbeïnvloeding maakt 'hardere' preventieve programma's mogelijk. Er dient evenwel rekening gehouden te worden met ethische aspecten.
3. Spreiding van medische kennis kan leiden tot medikalisering en aantasting van het solidariteitsprincipe in de gezondheidszorg. Individuen met riskante gewoonten kunnen uitgesloten worden van delen van de gezondheidszorg.
4. Deze kennis over gepredisponeerde factoren kan ook tot juridische problemen leiden.
5. Preventieve voorlichting kan bij groei van relevante kennis tot culturele veranderingen leiden.

7

Hoffmeister, H.

Praevention von Herz-Kreislaufkrankheiten: Bewertung des Erfolgs von Interventionsstudien: Ausgangssituation der Deutsche Herz-Kreislauf-Praeventionsstudie (DHP)/
H. Hoffmeister, B. Junge, D. Schoen.-

Bundesgesundheitsblatt; jrg.27, nr.5, mei 1984, p.141-150

In veel publikaties en in discussies over gezondheidszorgbeleid wordt de indruk gewekt dat door vermindering van de risicofactoren het totale aantal gevallen en de sterfte aan hart- en vaatziekten zou verminderen. Hart- en vaatziekten blijven echter, zelfs bij zeer succesvolle preventie, de belangrijkste doodsoorzaak. Alleen voor de jongere en middelbare leeftijdsgroepen kan een noemenswaardige invloed worden verwacht op morbiditeit en mortaliteit door een vermindering van risicofactoren.
(bron: WVC)

Lowy, L.

Social policies and programs for the elderly as mechanisms of prevention/ L. Lowy: In: Aging and prevention: new approaches for preventing health and mental health problems in older adults.-

Prevention in Human Services; jrg.3, nr.1, fall 1983, p.7-21

Er vindt een definiëring plaats van het concept preventie, waarbij de rol van sociaal beleid als een mechanisme van primaire preventie onderzocht wordt. Algemene programma's gericht op ouderen, de kwaliteit en de beperkingen ervan, worden beschreven. Er worden aanbevelingen gedaan voor toekomstig sociaal beleid, die gebaseerd zijn op die filosofie van preventie, waarbij het beleid begrijpelijk en flexibel is, beantwoordt aan en gedragen wordt door de ouderen zelf. (vert. abstract, NcGv)

Miller, D.L.

Immunisation practice and policy/ D.L. Miller.-

Journal of Epidemiology and Community Health; jrg.38, nr.4, december 1984, p.265-269

Beschouwing over nieuwe ontwikkelingen in de vaccinereiding en de consequenties daarvan voor het vaccinatiebeleid in Groot-Brittannië. (bron: WVC)

Moens, G.

Naar een meer effectieve preventie in de vlaamse gemeenschap/ G. Moens.-

Verpleegkundigen en Gemeenschapszorg; jrg.42, no.2, april 1986, p.71-76

Een essentieel verschil tussen (primaire) preventie en curatieve zorg is, dat de eerste niet individueel gericht is. De effecten zijn daardoor moeilijk meetbaar. Auteur maakt om deze reden een onderscheid tussen de basisgezondheidszorg en individuele ge-

zondheidszorg. Het begrip preventie heeft een wetenschappelijke omkadering nodig: het ontbreekt de preventieve structuren aan een specifieke kijk; de structuren van vroegtijdige opsporing kennen slechts bij benadering hun doelgroepen; er bestaat overlap en een gebrekkige coördinatie tussen artsen en centra en tussen de centra onderling. Preventie dient gekoppeld te zijn aan een epidemiologisch diagnostisch proces om tegemoet te komen aan bestaande regionale verschillen. De taken van de basisgezondheidszorg zijn: wetenschappelijk onderzoek; coördinatie en ondersteuning; advisering van de bevolking; bepaalde preventieve activiteiten. De stappen om tot de voorgestelde bureaucratische structuur te komen zijn: het uitbreiden en definiëren van de taken van de Provinciale Gezondheidsinspecties; het optimaliseren van bestaande gegevensbestanden; het uitbreiden en vervolmaken van de in de eerste en tweede lijn bestaande registratiesystemen; het coördineren van de gezondheidszorg op gemeentelijk niveau door het OCMW. Een aanvullende eis voor een dergelijke organisatie is de beschikbaarheid van goed opgeleide en gemotiveerde kadermensen. Slechts binnen een dergelijke structuur kan er sprake zijn van een effectieve preventie.

21

Roghmann, K.J.

Intervention strategies for children: a research agenda/ K.J. Roghmann.-

Health Services Research; jrg.19, nr.6, deel 2, februari 1985, p.887-943: 'A research agenda for health promotion and disease prevention for children and the elderly': Summary of a conference

Samen met meer wetenschappelijk bewijs als met de expertise van specialisten, de nauwkeurige afstemming van medische opleidingen en een op het denken in preventie gerichte praktijkvoering, dient de overheid haar huidige beleid waarbij potentiële problemen met betrekking tot de kwaliteit van het

kinderleven, over het hoofd gezien worden, te vervangen. (bron: vert. abstract)

22

Vos, M.

Naar een staatstoezicht op de preventie?/ M. Vos.-
Medisch Contact; jrg.41, no.46, 14 november 1986,
p.1483

In een tijd waarin het beleid op het vlak van de volksgezondheid wordt bijgesteld in de richting van meer preventie, is het een goede en voor de hand liggende gedachte een nieuw Staatstoezicht op de preventie in te stellen. De auteur geeft aan waarom hij dit vindt en doet een beroep op de politiek.

3. GVO

23

Bauer, R.L.

United Kingdom heart disease prevention project: 12-year follow-up of risk factors/ R.L. Bauer, R.F. Heller, S. Challah.-

American Journal of Epidemiology; jrg.121, nr.4, april 1985, p.563-569

Onderzoek naar de effecten van een voorlichtingsprogramma met betrekking tot voeding, roken en lichaamsbeweging ter preventie van coronaire hartaandoeningen. (bron: WVC)

24

Blum, A.

The family physician and health promotion: do-gooding or really doing well?/ A. Blum.-

Canadian Family Physician; jrg.28, september 1982, p.1613-1620

Bij conventionele GVO-programma's, zowel uitgevoerd door de huisarts als door instellingen, ontbreekt het aan creativiteit, continuïteit en kennis van de principes van effectieve promotie. Het verschil tussen goede bedoelingen en werkelijk goede GVO bestaat uit het zorgvuldig opsporen en analyseren van groepen die tegengesteld gedrag stimuleren (zoals de adverteerders voor sigaretten), het bestuderen van het succes van hun campagnes en het neutraliseren, op individueel of nationaal niveau, van de invloed van deze campagnes door het investeren van tijd en geld in op het individu gerichte gezondheidsbevorderende strategieën. (bron: vert. summary)

25

Bosma, D.

"Wat doe ik voor m'n gezondheid als ik ouder word?": een proces-beschrijving van een in Eindhoven door basisgezondheidsdienst, kruiswerk en bejaardenwerk opgezet G.V.O.-project/ D. Bosma, P. Gondrie, M. Hermsen.-Maatschappelijke Gezondheidszorg; jrg.11, nr.3, maart 1983, p.14-17

Beschreven worden doelgroep, doelstelling, experimentele fase, organisatie, programma, evaluatie en toekomstige ontwikkelingen. Doelstellingen zijn: het verduidelijken en herkenbaar maken van lichamelijke, psychologische en sociale aspecten van ouder worden en het zo mogelijk wegnemen van onzekerheden daarover; bijdragen aan de mondigheid en vaardigheid van ouderen ter vergroting van hun weerbaarheid en het eigen probleemoplossend vermogen (o.a. gericht op zelfzorg en zorg voor anderen en het adequaat gebruik van gezondheidsvoorzieningen). (bron: NIVEL)

26

Catford, J.C.

Effectiveness and cost-benefits of smoking education/ J.C. Catford, D. Nutbeam, M.C. Woolaway.-Community Medicine; jrg.6, nr.4, november 1984, p.264-272

Literatuurstudie over de effectiviteit, kosten en baten van gezondheidsvoorlichting met betrekking tot roken. Gezondheidsvoorlichting blijkt een effectieve manier om mensen, met name kinderen, ervan te weerhouden om met roken te beginnen. De baten van minder roken voor de gemeenschap zijn zo groot, dat de kosten van voorlichtingsprogramma's daarbij te verwaarlozen zijn. (bron: WVC)

27

Does, E. van der

De (huis)arts als gezondheidsvoorlichter en de betekenis van de epidemiologie/ E. van der Does.-Patient Care; jrg.13, nr.7, juli/augustus 1986, p.9-12

Voorlichting binnen het kader van de gezondheidszorg is erop gericht mensen te informeren over maatregelen die zij kunnen nemen om hun gezondheid te bevorderen of reeds opgelopen schade te beperken, vertelt over ziekten, hun oorzaken, de behandeling en de kans op genezing, laat mensen vrij om te kiezen. Gezondheidsopvoeding is bedoeld om bij individuen of groepen mensen een attitude te kweken, gericht op het ontwikkelen van een gedrag, overeenkomstig de heersende opvatting over wat gezondheid is. De betekenis van het epidemiologisch onderzoek: het ontdekken van risicofactoren en het aantonen dat de beïnvloeding daarvan leidt tot afname van de ziektefrequentie. De resultaten moeten door klinici vertaald worden naar de patiënt. (bron: expres-informatie)

28

Hanzers, A.M.

Uitvoering van gezondheidsvoorlichting en opvoeding in de thuisgezondheidszorg/ A.M. Hanzers.-

Tijdschrift voor Ziekenverpleging; jrg.35, nr.24, 30 november 1982, p.792-795

In dit artikel wordt beschreven hoe de kruisverenigingen zijn ontstaan uit een behoefte aan gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en welke hulp er nu geboden kan worden om mensen zo mondig en zelfstandig mogelijk te maken bij ziekte en het voorkomen hiervan. Tevens welke middelen de kruisvereniging ter beschikking staan om dit doel te bereiken. (bron: abstract, NcGv)

19

Heijndael, P.

Werk aan de winkel voor GVO: gegevens uit onderzoek in de bevolking vertalen naar de praktijk van de gezondheidszorg/ P. Heijndael, J. Furer, C. Koenig-Zahn.-

Tijdschrift voor Ziekenverpleging; jrg.39, nr.12, 17 juni 1986, p.350-356

Onderzoek naar lichamelijke klachten, psychische symptomen en psychosociale problematiek bij de bevolking van de gezondheidsregio Nijmegen. Aandacht voor de groep WAO'ers en langdurig zieken. (bron: WVC)

29

Heine, E.J.H. ter

Borstzelfonderzoek in een plattelandsgemeente/ E.J.H. ter Heine, G.G. van Ewijk, J.L. Westhoek.-

Tijdschrift Kanker; jrg.9, nr.3, juni 1985, p.9-10

Slechts 45% van de vrouwen in de leeftijdscategorie 30-60 jaar uit een plattelands huisartspraktijk, die door hun huisarts werden gestimuleerd hun borsten zelf te onderzoeken, deed dat ook werkelijk. Geconcludeerd wordt dat de voorlichting selectiever moet gaan worden door de veranderingsbereidheid te bepalen en daarop in te spelen. (bron: WVC)

30

Hocking, B.

Key issues in health promotion/ B. Hocking.-

Australian Family Physician; jrg.8, nr.3, maart 1979, p.223-225; themanummer 'Prevention: An attitude of mind'

Artikel waarin ingegaan wordt op de taakverdeling tussen de verschillende disciplines met betrekking tot GVO. Een belangrijke taak is weggelegd voor het 'Health Team' (vgl. gezondheidscentrum), waarvan de arts en de maatschappelijk werkers de spil vormen. Verschillende geciteerde onderzoeken geven hierbij aan dat verpleegkundigen en vrijwilligers op eenvoudige wijze een aantal taken van de arts en/of maatschappelijk werker kunnen overnemen. Naast de professionele GVO ziet de auteur een taak weggelegd voor zelfhulpgroepen. Hierbij vormt de fee-for-service honorering van de huisarts een belemmering bij het uitvoeren van GVO-activiteiten. Dit mag er evenwel niet toe leiden dat de huisarts zoals in het

verleden zijn taak met betrekking tot GVO verwaarloost.

8

Iemhoff, W.G.J.

Groei van kennis en beïnvloeding van gedrag: ethische aspecten van een toekomstig preventiebeleid/ W.G.J. Iemhoff.-

Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; jrg.63, nr.12, 12 juni 1985, p.483-488

Een van de pijlers waarop preventie in de gezondheidszorg rust, is de mogelijkheid om gedrag en attitudes van het publiek te beïnvloeden. In dit artikel wordt nagegaan welke problemen kunnen ontstaan door een te verwachten toeneming van de beschikbare kennis.

1. Men kan aannemen dat meer kennis omtrent riskante levensgewoonten tot medisch rationeel gedrag leidt. Er dient evenwel onder ogen gezien te worden dat medisch niet rationeel gedrag persè irrationeel is.
2. Een toegenomen kennis over risicofactoren en gedragsbeïnvloeding maakt 'hardere' preventieve programma's mogelijk. Er dient evenwel rekening gehouden te worden met ethische aspecten.
3. Spreiding van medische kennis kan leiden tot medikalisering en aantasting van het solidariteitsprincipe in de gezondheidszorg. Individuen met riskante gewoonten kunnen uitgesloten worden van delen van de gezondheidszorg.
4. Deze kennis over gepredisponerde factoren kan ook tot juridische problemen leiden.
5. Preventieve voorlichting kan bij groei van relevante kennis tot culturele veranderingen leiden.

31

Interim

Interim-advies inzake hypertensie: uitgebracht door een commissie van de gezondheidsraad.- Rijswijk, z.u., 1978

R 646

Advies met betrekking tot het beleid ten aanzien van hypertensie. Geconstateerd wordt dat hypertensie geen nosologische eenheid is: in ongeveer 10% van de gevallen is hypertensie het gevolg van een primaire aanwijsbare afwijking. Er worden normen aanbevolen om te komen tot een gestandaardiseerde meting van hypertensie. Er wordt ingegaan op de betekenis van hypertensie als risicofactor voor hart- en vaatziekten en op de behandeling van hypertensie. Met name wordt ingegaan op de belangrijke rol die de huisarts speelt bij de diagnostiek en behandeling ervan, de betekenis van leefregels en de behandeling met medicijnen, waarbij aandacht geschonken wordt aan de negatieve effecten van medicatie. Geconcludeerd wordt dat hypertensie een afwijking is die bij uitstek in aanmerking komt voor tijdige opsporing op grote schaal. Deze tijdige opsporing ligt in de eerste plaats op de weg van de huisarts. Het onderzoek naar hypertensie dient zich te richten op de coöperatie tussen arts en patiënt, het gezondheidsgedrag van de bevolking (zoutgebruik) en de invloed van stress bij het ontstaan van hypertensie.

32

Laethar, D.S.

Older women's attitudes towards breast disease, self examination, and screening facilities: implications for communication/ D.S. Laethar, M.M. Roberts.-

British Medical Journal; jrg.290, nr.6469, 2 maart 1985

Uit een onderzoek in Edinburgh blijkt, dat de kennis van oudere vrouwen over borstaandoeningen, met name over borstkanker en screeningsfaciliteiten, gering is. Veel psychologische en emotionele factoren belemmeren zelfonderzoek van borsten. Voorlichting over zelfonderzoek en klinieken via massamedia zal deelname aan screening niet verhogen. Voor oudere vrouwen lijkt een psychologische begeleiding daarbij gefindiceerd. (bron: WVC)

33

Lee, P.R.

Health promotion and disease prevention for children and the elderly/ P.R. Lee.-

Health Services Research; jrg.19, nr.6, deel 2, februari 1985, p.783-792; 'A research agenda for health promotion and disease prevention for children and the elderly': Summary of a conference

Er zijn effectieve interventiemogelijkheden gericht op het terugdringen van risico's bij kinderen en ouderen beschikbaar. De uitdaging hierbij is op welke wijze deze methoden het best geïmplementeerd kunnen worden, waarbij positieve veranderingen in tijd gehandhaafd kunnen worden terwijl de bestaande kennis over strategieën gericht op het beperken van risico's verder wordt uitgebreid door onderzoek. (bron: vert. abstract)

34

Lewis, B.

Reducing the risks of coronary heart disease in individuals and in the population/ B. Lewis, J.I. Mann, M. Mancini.-

Lancet; jrg.1, nr.8487, 26 april 1986, p.956-959

Pleidooi voor twee complementaire strategieën ten aanzien van de preventie van coronaire hartziekten: reductie van risicofactoren voor de totale bevolking en opsporing en behandeling van personen met een hoog risico. (bron: WVC)

35

Lisdonk, E. van de

Preventieve aspecten in de zorg voor nul- tot vierjarigen/ E. van de Lisdonk.-

Patient Care; jrg.13, nr.7, juli/augustus 1986, p.18-21

De huidige preventieve zorg voor nul- tot vierjarigen moet bestaan uit het ontwikkelen van een sluitend systeem om in groei en ontwikkeling bedreigde

kinderen op te sporen, het bevorderen van goed ouderschap, het optimaliseren van multidisciplinaire samenwerking, het geven van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. (bron: expres-informatie)

36

Marwick, C.

Campaign seeks to increase US 'cholesterol consciousness'/ C. Marwick.-

Journal of the American Medical Association; jrg.255, nr.9, 7 maart 1986, p.1097-1102

In de Verenigde Staten wordt een belangrijke campagne gestart om het publiek en de medische professie te wijzen op de gevaren van te hoge cholesterolspiegels. Hierdoor zal de vraag naar het meten van cholesterolspiegels toenemen en artsen worden voorbereid om op adequate wijze aan deze vraag te kunnen voldoen. (bron: WVC)

37

Meesters, M.J.E.P.

Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding/ M.J.E.P. Meesters.-

Instelling Management; jrg.17, nr.10, oktober 1985, p.35-38

Ingegaan wordt op onder andere de betekenis van GVO, achtergronden van het ontstaan van GVO, de gezondheidszorgsectoren die zich met GVO bezighouden en de taken van GVO in de intramurale sector, met name de patiëntenvoorlichting. (bron: WVC)

38

Meyboom-de Jong, B.

Borstzelfonderzoek/ B. Meyboom-de Jong, W.A. van Veen.- Huisarts en Wetenschap; jrg.12, nr.11, november 1984, p.421-426; themanummer 'Secundaire preventie van cervix- en mammacarcinoom'

Verslag van een literatuuronderzoek naar borstzelfonderzoek met als centrale vragen: wat is de frequentie en kwaliteit?; welke individuele kenmerken zijn van invloed op borstzelfonderzoek?; wat zijn de voordelen en beperkingen van de methode?; wat is het effect van voorlichting?; welke rol kan de huisarts spelen?; wat is de effectiviteit van borstzelfonderzoek?; welke 'kosten' brengt de methode met zich mee? De conclusies zijn: slechts een op de drie vrouwen doet maandelijks aan borstzelfonderzoek; van elke tien vrouwen voert slechts een vrouw het onderzoek correct uit met een maandelijkse frequentie; jongere vrouwen doen meer aan borstzelfonderzoek; het onderzoek kan onbeperkt herhaald worden; angst leidt vaak tot borstzelfonderzoek, het onderzoeken leidt zelden tot angst; met behulp van voorlichting kan een grotere groep vrouwen gemotiveerd worden; huisartsen beschouwen het zelfonderzoek als positief, waarbij een discrepantie optreedt tussen hun mening en hun feitelijk gedrag; vrouwen kennen de huisarts bij voorlichting een belangrijke rol toe; de huisarts kan een positieve invloed hebben op de frequentie en kwaliteit van het zelfonderzoek; de huisarts beperkt het door hem uitgevoerde borstonderzoek veelal tot vrouwen die komen met borstklachten, anticonceptie of een uitstrijkje, waarbij de belangrijkste risicogroep gemist wordt: oudere vrouwen; een gunstig effect van zelfonderzoek op morbiditeit en mortaliteit is nog niet aangetoond; de kosten bij zelfonderzoek beperken zich niet tot voorlichting.

14

Nuyens, Y.

Gezondheidsbevordering en preventie/ Y. Nuyens: In: Leerboek Medische Sociologie/ C.W. Aakster, G. Kuiper (red.).- Groningen/Deventer: Wolters-Noordhoff/Van Loghum Slaterus, 1978

B 786

Sociologische verhandeling waarin het ontstaan van de politieke en maatschappelijke belangstelling voor preventie en gezondheidsbevordering globaal verklaard worden. Daarnaast wordt ingegaan op de consequenties van de ideologische uitgangspunten, de relatie tussen mondigheid en preventie en op de relatie tussen preventie en politisering. Samenvattend wordt gesteld dat gezondheidsbevordering, preventie, opvoeding en dergelijke een continuering, eventueel versteviging betekenen van het machtsevenwicht tussen vraag en aanbod in de gezondheidszorg, dan wel een effectieve bijdrage leveren om dit machtsonevenwicht te doorbreken. Samenleving en gezondheidszorg liggen in elkaars verlengde. De keuze uit beide geschetste alternatieven zal bepalen in welke zin dit uitgangspunt geïnterpreteerd moet worden.

39

Pender, N.J.

Illness prevention and health promotion services provided by nurse practitioners: predicting potential consumers/ N.J. Pender, A.R. Pender.-
American Journal of Public Health; jrg.70, nr.8, augustus 1980, p.798-803

Bij een cross-sectioneel onderzoek onder 388 inwoners van een gebied in het noorden van Illinois is de relatie tussen psychosociale en gedragskenemerken van de bevolking en de voornemens gebruik te maken van voorzieningen met betrekking tot ziektepreventie en GVO, zoals deze door 'nurse practitioners' worden aangeboden, onderzocht. De resultaten van het onderzoek geven aan dat 61% van de respondenten voornemens is van een of meer van de aangeboden diensten gebruik te maken wanneer deze beschikbaar komen. De voornemens met betrekking tot het gebruik van deze voorzieningen kunnen het best voorspeld worden vanuit: uitgedrukte belangstelling voor het gebruik van voorzieningen 'for direct pay'; een opleidingsniveau van meer als middelbaar onderwijs; een laag niveau

van stress. De intenties voor het gebruik van voorzieningen blijken niet afhankelijk van het al dan niet hebben van een vaste huisarts. De gegevens zijn hier geïnterpreteerd als indicatoren voor de behoefte binnen een gemeenschap aan 'nurse practitioners' met het oog op preventieve zorg en GVO. De bevindingen ondersteunen hierbij de complementaire taken van verpleegkundigen en artsen bij het aanbieden van ambulante gezondheidszorg. (bron: vert. abstract)

40

Reelick, N.F.

Persoonlijkheidsfactoren en gezondheidsvoorlichting en -opvoeding/ N.F. Reelick.-
Gezondheid en Samenleving; jrg.5, nr.4, december 1984, p.272-280

Op grond van een literatuurstudie wordt betoogd, dat binnen de GVO te weinig aandacht wordt besteed aan de invloed van persoonlijkheid op ziekte- en gezondheidsgedrag. Bij het onderzoek naar de effectiviteit van bepaalde strategieën zou meer nagegaan moeten worden bij wie deze effecten sorteren en bij wie niet. (bron: WVC)

41

Renkema, A.

Gezondheidsvoorlichting en opvoeding in de verpleegkunde/ A. Renkema.-
Tijdschrift voor Ziekenverpleging; jrg.35, nr.24, 30 november 1982, p.789-790

Er wordt ingegaan op een centraal aspect van GVO: de eigen verantwoordelijkheid van het individu voor zijn gezondheidstoestand. Hiermee kan de afhankelijkheid van het individu van de gezondheidsvoorzieningen doorbroken worden. De taak van de verpleegkundige is hierbij het samen met de patiënt vinden van een weg naar de toekomst. Gezondheidsvoorlichting is in dit verband werken aan bewustwording en opvoeding, het begeleiden bij het nemen van eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid. (bron: NcGv)

Saan, J.A.M.

GVO: wat is dat eigenlijk?/ J.A.M. Saan.-

Tijdschrift voor Ziekenverpleging; jrg.35, nr.24, 30 november 1982, p.785-788

Bespreking van enkele principes van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. GVO wordt hierbij gezien als alle activiteiten die er op gericht zijn bepaalde invloed uit te oefenen op het gedrag van individuen in relatie tot hun gezondheid. In een breder maatschappelijk perspectief is GVO een instrument ter bevordering van de volksgezondheid, waarbij het in Nederland als een koepelbegrip voor een aantal activiteiten wordt gebruikt: voorlichting, preventie, educatie e.d. Hierna wordt een overzicht van de recente ontwikkelingen op het gebied van GVO geschetst. Tenslotte wordt de rol van verpleegkundigen in GVO besproken. (bron: NcGv)

Schachtschabel, J.W.

Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in het klein: GVO-activiteiten in een gezondheidscentrum/ J.W. Schachtschabel.-

Patient Care; jrg.13, nr.7, juli/augustus 1986, p.12-14

De voorlichting in de huisartspraktijk: door een kennismakingsgesprek wordt een aantal vooroordelen en onduidelijkheden opgeruimd. Op het spreekuur, via de patiëntenkrant met artikelen van teamleden en patiënten ter vergroting van de kennis en ter versterking van het vertrouwen in natuurlijke processen, via gespreksgroepen, waarin intensievere voorlichting en motivatie tot gedragsverandering worden gegeven en via de patiëntenvereniging kan de huisarts (of het gezondheidscentrum) de patiënt op het gebied van voorlichting goede diensten bewijzen. (bron: expres-informatie)

44

Schwarz, R.

Quality assurance, standards and criteria in health education: a review/ R. Schwarz.-

Patient Education and Counseling; jrg.7, nr.4, december 1985, p.325-335

Literatuurstudie over kwaliteitsbewaking in de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in de USA. Voorbeelden van normen en criteria terzake worden besproken. (bron: WVC)

45

Standaert, B.

Gezondheidsvoorlichting bij vroegtijdige opsporing van prostaataandoeningen/ B. Standaert, W.J. Eyllenbosch.-

Belgisch Archief van Sociale Geneeskunde, Hygiëne, Arbeidsgeneeskunde en Gerechtelijke Geneeskunde; jrg.44, nr.1/2, 1986, p.68-75

Uiteenzetting over voorlichting bij een bevolkingsonderzoek op prostaatkanker. Aan de orde komen onder andere methoden, tijdschema, kosten en baten. (bron: WVC)

46

Turner, J.

Does a booklet on breast self-examination improve subsequent detection rates?/ J. Turner, D. Roy, G. Irwin [et.al].-

Lancet; jrg.2, nr. 8398, 11 augustus 1984, p.337-339

Gecontroleerd onderzoek naar het effect van een voorlichtingsboekje over zelfonderzoek van borsten. Borstafwijkingen kwamen niet meer of minder voor, maar vroege stadia van borstkanker werden significant vaker gevonden bij vrouwen die het boekje hadden gekregen. Ook bleek bij deze groep de gemiddelde tumorgrootte kleiner. (bron: WVC)

Verplanke, T.

Preventiewerk maakt niet alleen patiënten maar ook hulpverleners bewuster/ T. Verplanke.-

Maatschappelijke Gezondheidszorg; jrg.12, nr.7/8, juli/augustus 1984, p.32-34

Verslag van een zes jaar durende samenwerking tussen artsen, verpleegkundigen en apothekers met betrekking tot preventie en gezondheidsopvoeding in de Amsterdamse Staatsliedenbuurt. De resultaten zijn: een hechtere onderlinge samenwerking, kritischer omgaan met zorg en medicijnen door gezondheidswerkers en een groeiende interesse voor de eigen gezondheidsproblemen bij de buurtbewoners. (bron: WVC)

Watson, D.S.

Health education for hypertensive patients/ D.S. Watson.-

Australian Family Physician; jrg.8, nr.3, maart 1979, p.315-320; themanummer 'Prevention: An attitude of mind'

Het gebrek aan compliantie van de patiënt met de medische behandeling is een van de centrale knelpunten bij het overwinnen van ziekten. Dit geldt in bijzondere mate bij hypertensie. De hier onderzochte hypothese stelt dat GVO met betrekking tot hypertensie leidt tot gedragsverandering en op deze wijze de gezondheid waarborgt. Er is een experiment uitgevoerd onder 118 hypertensiepatiënten zonder symptomen. De patiënten zijn hierbij in vier groepen onderverdeeld: een groep die niets anders dan de gebruikelijke behandeling door de huisarts heeft ontvangen, de controle groep; een groep die naast deze behandeling GVO heeft ontvangen; een groep die naast de behandeling zelf dagelijks de bloeddruk heeft gecontroleerd; een groep die naast de gebruikelijke behandeling en de controle van de eigen bloeddruk, GVO heeft ontvangen. GVO heeft hierbij bestaan uit

een viertal programma's: een sessie waarbij hypertensie inhoudelijk is behandeld; een bijeenkomst waarbij het belang van beweging is onderstreept; een bijeenkomst over de relatie tussen voeding en hartziekten; een bijeenkomst over geneesmiddelengebruik en stress. Allereerst is het GVO-programma door de deelnemers geëvalueerd; het is hierbij over het algemeen als positief beoordeeld. De conclusie is dat het GVO-programma succesvol is gebleken. Voor een belangrijk deel wordt dit succes toegeschreven aan het enthousiasme van de voorlichters.

49

Westmaas-Jes, M.M.

Voorlichting: kunst of kunde?/ M.M. Westmaas-Jes.-
Tijdschrift voor Ziekenverpleging; jrg.35, nr.24, 30
november 1982, p. 796-798

Er wordt ingegaan op de relatie tussen GVO en voorlichting, op de inhoud van voorlichting en de wijze van voorlichting verstrekken. Aan voorlichting kunnen drie kenmerken onderscheiden worden: voorlichting is een vorm van communicatie; voorlichting is planmatig; het belang van de cliënt staat bij voorlichting voorop. Voorlichting kan zich richten op een groot publiek, groepen en op individuen. Hier wordt met name ingegaan op groeps- en individuele voorlichting. Als doeleinden worden vergroting van inzicht in gezondheidsproblemen, bewustwording van de eigen houding, bewustwording van groepsnormen, verandering van eigen houding, verandering van groepsnormen en verandering van gedrag genoemd. Als kwaliteitsbewakende instrumenten kunnen de vragen: wat zijn de behoeften van de doelgroep?; wat wil ik overbrengen?; hoe sta ik zelf tegenover de gebruikte methode?, gebruikt worden. Ook feedback kan een dergelijke functie vervullen. (bron: NcGv)

4. SCREENEN

50

Bass, M.J.

Organizing the office for effective detection and management of hypertension/ M.J. Bass.-
Canadian Family Physician; jrg.31, februari 1985,
p.351-354

Een effectieve praktijkorganisatie met het oog op screening en follow-up van gevallen van hypertensie is eenvoudig te realiseren. De arts dient allereerst een beleid op te stellen waarbij regelmatig de bloeddruk van de bezoekende patiënten gemeten wordt, ongeacht de klacht of vraag waarmee deze komen. Aantekeningen op de buitenzijde van de patiëntenkaart zijn hierbij een zichtbaar gegeven, dat tevens als een geheugensteun dienst doet. Een dossier dat onderverdeeld is in periodes van twaalf maanden vormt een uitstekend follow-up systeem. Hierbij bestaan geen ethische belemmeringen tegen het invoeren van een dergelijk systeem. (bron: vert. abstract)

51

Berwick, D.M.

Screening in health affairs: a critical review of benefits, risks, and costs/ D.M. Berwick.-
Journal of the American Medical Association; jrg.254,
nr.11, 20 september 1985, p.1492-1498

Twee miljoen Amerikanen bezoeken per jaar een of andere gezondheids'markt' waar zij zich kunnen laten testen. Grootscheeps gebruik van onder andere bloedtests kan leiden tot angst bij gezonde mensen en valse hoop bij mensen met risico voor een ernstige ziekte vanwege het niet-specifieke karakter van de tests. Bovendien wordt het belang van het vinden van nieuwe ziektes makkelijk overschat. Evaluatie van de

screeningsresultaten kan sponsors van zulke 'markten' helpen bij het kiezen van meer rationele screeningsstrategieën. (bron: WVC)

52

Collette, H.J.A.

Deelname aan bevolkingsonderzoek lijkt te beschermen tegen overlijden aan borstkanker: veel vragen echter nog onbeantwoord/ H.J.A. Collette.-

Tijdschrift Kanker; jrg.9, nr.1, februari 1985, p.17-18

In Nijmegen en Utrecht wordt al meer dan tien jaar bevolkingsonderzoek op borstkanker uitgevoerd. Uit retrospectief onderzoek kan worden afgeleid dat aanzienlijk minder vrouwen die aan het bevolkingsonderzoek hadden deelgenomen aan borstkanker waren overleden dan binnen een controlegroep. Het is echter nog te vroeg om te concluderen dat er een landelijk bevolkingsonderzoek op borstkanker moet komen. Eerst moet onder andere nog worden vastgesteld op welke leeftijd begonnen moet worden, om de hoeveelheid tijd herhaald moet worden en welke methode het best kan worden gebruikt. (bron: WVC) Zie ook Lancet; jrg.1, nr.8388, 2 juni 1984, p.1217-1218, 1222-1226

53

Eggertsen, S.C.

An updated protocol for pediatric health screening/ S.C. Eggertsen, R. Schneeweiss, J.J. Bergman.-

Journal of Family Practice; jrg.10, nr.1, januari 1980, p.25-37

Het screenen van kinderen maakt een belangrijk deel uit van de activiteiten binnen de huisartspraktijk. Een veelvoud aan protocollen bestaat voor dit doel, dit terwijl voor veel ziekten die bij een dergelijke screening betrokken worden slechts marginaal ondersteunende bewijslast in de literatuur gevonden wordt dat de screening effectief is. In dit artikel worden 14 gebieden die doorgaans onderdeel uitmaken van een pediatrische screening nader onderzocht. Ieder van

deze gebieden wordt op basis van grondig literatuuronderzoek geëvalueerd, in overeenstemming met de basis-criteria die noodzakelijk zijn om een periodieke screening te rechtvaardigen. Er worden specifieke aanbevelingen gedaan, die als praktisch en geschikt beschouwd worden bij de praktijkvoering. Deze aanbevelingen zijn samengevoegd tot protocollen zoals die tegenwoordig gebruikt worden door de University of Washington Family Medical Center. (bron: vert. abstract)

54

Hitchings, R.A.

Screening for glaucoma/ R.A. Hitchings.-
British Medical Journal; jrg.292, nr.6519, 22 februari
1986, p.505-506

Pleidooi voor screening van risicogroepen op glaucoom door de huisarts. (bron: WVC)

55

Interim

Interim-advies inzake bevolkingsonderzoek/ Gezondheidsraad/Ministerie van WVC.- 's Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1983
R 1782

In afwachting van het openbaar worden van het ontwerp van de wet op het bevolkingsonderzoek worden twee onderwerpen behandeld: de omschrijving van bevolkingsonderzoek, en de beoordeling van bevolkingsonderzoeken op hun effectiviteit. Een goede omschrijving is van belang voor elke regeling van bevolkingsonderzoek, met name om te voorkomen dat bepaalde vormen van actieve opsporing tegen de bedoelingen in buiten - of juist binnen - de regeling vallen. Goede beoordelingscriteria zijn van belang, omdat een beoordeling van een bevolkingsonderzoek als effectief - of juist als niet effectief - belangrijke gevolgen kan hebben voor het al dan niet toestaan van het bevolkingsonderzoek, en ook voor

regelingen in de vergoedingssfeer. Medisch bevolkingsonderzoek wordt volgens de commissie gekarakteriseerd door twee kenmerken. Ten eerste moet een aanbod tot medisch of psycho-medisch onderzoek gedaan worden aan personen die behoren tot een bepaalde doelpopulatie, zonder dat het aanbod aan een waargenomen afwijking gerelateerd is. Bovendien zal dit aanbod - uitzonderingen daargelaten - ongevraagd geschieden. Ten tweede moet het gebruik van de bevindingen van het onderzoek eventueel tot medisch ingrijpen leiden bij betreffende personen. Er worden 14 voorbeelden behandeld die moeten verduidelijken welk medisch onderzoek wel als bevolkingsonderzoek opgevat kan worden, welk onderzoek niet, en waar er overgangssituaties zijn. Een beoordelingsschema wordt voorgesteld en toegelicht. Binnen dit schema kan een bevolkingsonderzoek worden gekarakteriseerd als effectief, niet-effectief, van onbekende effectiviteit, of zelfs als schadelijk. Onderscheid moet worden gemaakt tussen de optimaal haalbare en de praktische te verwachten mate van effectiviteit. (bron: samenvatting)

56

Interimadvies

Interimadvies inzake bevolkingsonderzoek: uitgebracht door een commissie van de Gezondheidsraad.- 's Gravenhage, z.u., 1983

R 1675

Rapport is indentiek aan het door de Staatsuitegeverij uitgegeven 'Interim-advies inzake bevolkingsonderzoek: gezondheidsraad (R 1782)

32

Laethar, D.S.

Older women's attitudes towards breast disease, self examination, and screening facilities: implications for communication/ D.S. Laethar, M.M. Roberts.-

British Medical Journal; jrg.290, nr.6469, 2 maart 1985

Uit een onderzoek in Edinburgh blijkt, dat de kennis van oudere vrouwen over borstaandoeningen, met name borstkanker en screeningsfaciliteiten gering is. Veel psychologische en emotionele factoren belemmeren zelfonderzoek van borsten. Voorlichting over zelfonderzoek en klinieken via massamedia zal deelname aan screening niet verhogen. Voor oudere vrouwen lijkt een psychologische begeleiding daarbij gefindiceerd. (bron: WVC)

57

Lessne, S.H.

Screening morbidity: prevention's "Catch-22"/ S.H. Lessne.-

Journal of Family Practice; jrg.14, nr.4, april 1982, p.789-790

Binnen de huisartsgeneeskunde wordt het begrip preventie onderverdeeld in drie niveau's: primaire preventie, het voorkomen van ziekte; secundaire preventie, het behandelen van ziekte gericht op curatie; tertiaire preventie, het behandelen van een ziekte gericht op het wegnemen van de ongemakken die de ziekte veroorzaakt. In Canada hebben jaarlijkse bevolkingsonderzoeken en screeningsprogramma's plaats gemaakt voor een meer selectieve benadering van specifieke risicogroepen. Bevolkingsonderzoeken blijken duur en niet of nauwelijks van invloed op mortaliteits- en morbiditeitscijfers. Een probleem hierbij is dat met behulp van gerichte screening wel patiënten met een verhoogd risico kunnen worden opgespoord maar dat er voor deze mensen geen preventieve methoden en/of adequate behandelingen voor handen zijn. Daarnaast kan screening zelf verhoogde risico's impliceren bijvoorbeeld door het gebruiken van straling en het veroorzaken van ongerustheid. Ook het screenen door de huisarts bijvoorbeeld op bepaalde vormen van kanker is als gevolg van de geringe betrouwbaarheid van de tests niet zonder risico als gevolg waarvan de arts-patiënt relatie geschaad kan worden. Dit betekent niet dat primaire preventie terzijde geschoven moet worden; de huisarts dient

het screeningsonderzoek goed te begeleiden met name bij asymptomatische patiënten en dient de patiënten van goede voorlichting te voorzien. Zo uitgevoerd is preventie een belangrijk aspect van de zorgverlening.

58

Oliver, M.

Coronary risk factors: should we forget about mass control?/ M. Oliver.-

World Health Forum; jrg.5, nr.1, 1984, p.5-18

Gesteld wordt dat geen overtuigend bewijs is geleverd, dat massale bestrijding van coronaire risicofactoren, zoals hypercholesterolaemie, hypertensie en roken, de incidentie van coronaire hartziekten verlaagt. Men zou zich moeten concentreren op speciale risicogroepen. Aansluitend op dit betoog volgen enkele kritische reacties. (bron: WVC)

59

Olson, R.E.

Mass intervention versus screening and selective intervention for the prevention of coronary heart disease/ R.E. Olson.-

Journal of the American Medical Association; jrg.255, nr.16, 25 april 1986, p.2204-2207

Beschouwing over de preventie van coronaire hartziekten. Aan screening van risicogroepen op cholesterolbloedspiegels wordt de voorkeur gegeven boven interventie voor de hele bevolking. (bron: WVC)

60

Pringle, M.

Computer assisted screening: effect on the patient and his consultation/ M. Pringle, S. Robbins, G. Brown.-

British Medical Journal; jrg.290, nr.6483, 8 juni 1985, p.1709-1712

De invloed van een door de computer ondersteunde preventieve screening tijdens visitites in de huisartspraktijk is in de aanvangsfase gevolgd. De gebruikte technologie wordt door de patiënten niet als stressvol ervaren. De mogelijkheden tijdens het consult patiënten te stimuleren worden versterkt door het gebruik van de computer. Er is geen toename in de duur van de visites waargenomen ondanks het gegeven dat de invoer van computergegevens gemiddeld twee minuten en acht seconden in beslag heeft genomen. De computer heeft met succes preventieve screening en GVO aangemoedigd: er is een zesvoudige toename van relevante procedures gemeld. De door de computer gegeven informatie is van cruciaal belang gebleken, waarbij de aanwezigheid van de terminal op zich niet tot het gebruik ervan aanzet. De computerterminal is in 65% van de consulten, waarbij deze beschikbaar is, gebruikt. Hierbij blijkt de computer, wanneer zij gebruikt blijft worden, in een effectief screeningsprogramma voor bezoekende patiënten te voorzien. (bron: vert. abstract)

61

Rose, G.

Screening and treatment for risk factors in ischaemic heart disease/ G. Rose: In: Preventie, vroegtijdige diagnostiek en behandeling van hartziekten: 27-28 april 1983/ Boerhave Commissie voor Voortgezet Onderwijs, Faculteit der Geneeskunde, Rijksuniversiteit-Leiden.-s.l.: s.n., s.a.: p.15-16

R 1424

Het screenen op risicofactoren heeft twee functies, een voorspellende en een op interventie gerichte functie. Risicofactoren hebben hierbij betekenis voor de gehele bevolking alswel op individueel niveau. De belangrijkste risicofactoren zijn: leeftijd; sekse; roken; cholesterolgehalte; bloeddruk. Na een hartinfarct neemt de betekenis van de risicofactoren af; zij hebben derhalve een verschillende betekenis bij primaire en secundaire preventie. Screening op risicofactoren heeft uitsluitend zin

wanneer het leidt tot meer interventie; het houden van dieet en het stoppen met roken hebben hierbij betekenis voor de incidentie van hart- en vaatziekten. Het meten van de bloeddruk is de belangrijkste door onderzoek op te sporen risicofactor. Het zoeken naar andere risicofactoren heeft geen preventieve betekenis anders dan dat het individuen kan motiveren en kan zich beter beperken tot de belangrijkste risicogroepen.

62

Shepherd, S.G.

Opportunistic screening using the computer: computers in general practice/ S.G. Shepherd.-

Update; jrg.31, nr.2, 15 juli 1985, p.145-148,150

In dit artikel geeft de schrijver aan op welke wijze een computer met een behoorlijke geheugencapaciteit een belangrijke bijdrage kan leveren en een aanzienlijke hoeveelheid werk kan besparen bij het geven van preventieve zorg aan patiënten door middel van 'opportunistische' screening. Hiermee wordt de directe beschikbaarheid van patiëntengegevens zoals opgeslagen in de computer bedoeld, waarbij deze aangeeft of een bepaalde preventieve activiteit al dan niet uitgevoerd dient te worden.

63

Shepherd, S.G.

Role of the computer in comprehensive preventive care: computers in general practice/ S.G. Shepherd.-

Update; jrg.30, nr.12, 15 juni 1985: p.1229-1236

Een rationele preventieve zorg vereist dat de mogelijkheden die zich bij ieder consult voordoen, gecombineerd met regelmatig en systematisch onderzoek van de medische dossiers worden aangegrepen om de specifieke risicofactoren bij een patiënt opnieuw naar voren te halen. Preventieve zorg dient in de voor de patiënt vertrouwde huisartspraktijk verankerd te zijn, en dient holistisch, geïntegreerd in de zorg en kosten-effectief te zijn. Wanneer van

preventie een prettige in plaats van een obligate bezigheid gemaakt kan worden, kan het een essentiële plaats binnen de huisartsgeneeskunde gaan innemen. De huisarts wordt dan een actieve bewaker van de gezondheid. Het hiervoor ontwikkelde geautomatiseerde systeem combineert hierbij de theoretische uitgangspunten die aan de cohort- en de opportunistische benaderingen van screening ten grondslag liggen. Het systeem biedt ongekeende mogelijkheden voor de huisartspraktijk.

64

Vandenbroucke, J.P.

Kosten-batenanalyse en preventief onderzoek/ J.P. Vandenbroucke.-

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; jrg.125, nr.7, 14 februari 1981: p.276-278

Dit artikel tracht de praktiserend geneeskundige een inzicht te verschaffen in de kosten-batenanalyse in verband met screening. De kosten worden hierbij in geld uitgedrukt waarbij de baten naast in geld in medische grootheden en/of fysiek of geestelijk welzijn van het individu en verlenging van het leven. De maat van verlenging van leven kan hierbij aangepast worden aan de kwaliteit van leven. De uitkomst van een dergelijke analyse geeft de kosten per gewonnen levensjaar. Op grond van de analyse kunnen handelingen naar kosten en gewonnen levensjaren gerangordend worden. De kosten-batenanalyse van preventief onderzoek heeft bijkomende kenmerken. Zo blijken de gunstige effecten van screening pas vele jaren na de oorspronkelijke investering. In de economie wordt dit probleem als 'discounting' benoemd. Een en ander wordt aan de hand van een voorbeeld toegelicht.

65

Veen W.A. van

Screening op cervixcarcinoom: naar optimalisering van de strategie/ W.A. van Veen.-

Huisarts en Wetenschap; jrg.27, nr.11, november 1984,

p.406-411; themanummer 'Secundaire preventie van cervix- en mammacarcinoom'

Welke strategie moet worden gekozen om de doeltreffendheid en doelmatigheid van de screening op cervixcarcinoom te optimaliseren? In dit artikel wordt een inventarisatie gegeven van thans beschikbare informatie met betrekking tot de volgende vragen: Is screening van jonge vrouwen zinvol? Wat is het optimale screeningsinterval? Van welke kwaliteit zijn de door huisartsen vervaardigde uitstrijkjes? Wat is de verhouding tussen kosten en baten? Welke praktische gevolgen zal een gewijzigd overheidsbeleid met zich meebrengen? Geconcludeerd wordt dat een consequente screening door de huisarts vooralsnog niet te verwezenlijken zal zijn zonder een aantal ondersteunende maatregelen. (bron: abstract)

66

Veen, W.A. van

Over de waarde van lichamelijk mamma-onderzoek als screeningsmethode/ W.A. van Veen.-
Huisarts en Wetenschap; jrg.27, nr.11, november 1984, p.427-431; themanummer 'Secundaire preventie van cervix- en mammacarcinoom'

Tijdige opsporing van borstkanker is in beginsel alleen mogelijk wanneer er systematisch naar wordt gezocht. De van ouds meest bekende methode is lichamelijk onderzoek door middel van inspectie en palpatie van de borsten bij ogenschijnlijk gezonde vrouwen. Dit routine-onderzoek wordt gerekend tot de taken van de huisarts. In de praktijk lijkt hiervan echter weinig terecht te komen en de vraag is of het zinvol is dat huisartsen zich in dit opzicht actiever gaan opstellen. In dit artikel wordt gepoogd de discussie te voeden met gegevens uit de literatuur. (bron: abstract)

67

Verbeek, A.L.M.

Daling van sterfte aan borstkanker door bevolkingsonderzoek met mammografie: resultaten van het Nijmeegs bevolkingsonderzoek over de periode 1975-1981/ A.L.M. Verbeek, J.H.C.L. Hendriks, R. Holland [et.al.].- Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; jrg.129, nr.10, 9 maart 1985

Sedert 1975 is in Nijmegen met mammografie een onderzoek met vier screeningsronden uitgevoerd naar de aanwezigheid van borstkanker bij vrouwen vanaf 35 jaar. Het resultaat tot en met 1981 is een relatief risico voor sterfte aan borstkanker voor de gescreende groep van 0,48 vergeleken met de niet-gescreende groep. Het bijbehorende 95%-betrouwbaarheidsinterval is 0,23-1,00. Op de bijkomende effecten van dit bevolkingsonderzoek wordt kort ingegaan. (bron: samenvatting)

68

Walter, H.J.

Screening for riskfactors as a component of a chronic disease prevention program for youth/ H.J. Walter, P.A. Connelley.- Journal of School Health; jrg.55, nr.5, mei 1985, p.183-188

Beschrijving van de implementatie van screening van schoolkinderen op risicofactoren voor chronische ziekten, zoals coronaire hartaandoeningen en kanker, in het kader van een preventieprogramma voor jeugdigen. (bron: WVC)

69

Weel, C. van

Screenen door huisartsen op cervixcarcinoom: 1. Het screenen van vrouwen die langdurig tot de praktijk behoren/ C. van Weel.- Huisarts en Wetenschap; jrg.27, nr.11, november 1984, p.379-382,385; themanummer 'Secundaire preventie van cervix- en mammacarcinoom'

In de groepspraktijk Ommoord is een vervolgonderzoek uitgevoerd met betrekking tot de mogelijkheden van de huisarts tot anticiperend screenen op cervixcarcinoom. In deze bijdrage komt aan de orde, in welke mate de afgelopen vijf jaar anticiperend onderzoek heeft plaatsgevonden bij vrouwen van 25-35 jaar, en wat daarvan de opbrengst is geweest. Het blijkt dat vooral de oudere leeftijdsgroep intensief is gescreend; in die groep deden zich ook nagenoeg alle afwijkende cytologische bevindingen voor. Hoewel de praktijk van de anticiperende aanpak enigszins achterblijft bij het gewenste patroon, kan deze benaderingswijze een vergelijking met andere strategieën goed doorstaan. (bron: abstract)

5. VROEGTIJDIGE OPSORING EN VROEGE DIAGNOSTIEK

70

Alkema, F.

Wijkverpleegkundigen en VTO: vragen, twijfels, zorgen over de ontwikkeling van kinderen/ F. Alkema, R. Rooz (red.).- Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1986

B 1385

Praktische publikatie bedoeld voor wijkverpleegkundigen. Er wordt ingegaan op: de definitie en de betekenis van VTO, het takenpakket van de wijkverpleegkundige hierbij; veranderingen binnen de wijkverpleging en de consequenties hiervan voor VTO; vaardigheden die belangrijk zijn bij het kijken naar en het beoordelen van kinderen; de samenwerking met en binnen een VTO-team. Een essentieel onderdeel bestaat uit literatuurinformatie en adressen van relevante instanties.

71

Alkema, F.M.J.

V.T.O.-samenwerking in de praktijk/ F.M.J. Alkema, H. de Jong, H. Hento-Klein Gebbink.-

Ruit; jrg.9, nr.33, maart 1983, p.3-14

Discussiebijdrage m.b.t. het VTO-samenwerkingsverband in Groningen. Ervaringen met deze nieuwe vorm van jeugdgezondheidszorg staat centraal: ouders van de gebruikers staan er zeer positief tegenover, voor de hulpverleners blijft er nog wel wat te wensen over. Bijvoorbeeld een verbetering van de ouderparticipatie en van de relatie jeugdarts/huisarts. (bron: NcGv)

72

Baird, G.

Developmental pediatrics in primary care: what should we teach?/ G. Baird, D.M.B. Hall.-

British Medical Journal; jrg.291, nr.6495, 31 augustus 1985, p.583-586

Beschouwing over de plaats van vroegtijdige opsporing van ontwikkelingsstoornissen in de eerstelijns, met speciale aandacht voor de rol van de huisarts. (bron: WVC)

73

Boerhave Commissie voor Voortgezet Onderwijs

Preventie, vroegtijdige diagnostiek en behandeling van hartziekten/ Boerhave Commissie voor Voortgezet Onderwijs.- Leiden: Faculteit der Geneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden, 1973

R 1424

Reader bij een Boerhave-cursus over preventie, vroegtijdige diagnostiek en behandeling van hartziekten. In afzonderlijke bijdragen van verschillende auteurs wordt ingegaan op: regionale verschillen in prevalentie en preventie; het screenen op risicofactoren en de behandeling ervan; de diagnostiek en pre-diagnostiek van een infarct door de huisarts; de taak van de huisarts bij het acute infarct; het samenspel van preventieve en curatieve geneeskunde.

74

Coope, J.

Hypertension in general practice: what is to be done?/ J. Coope.-

British Medical Journal; jrg.288, nr.6421, 24 maart 1984, p.880-881

Van de dikwijls bepleite opsporing en behandeling van hypertensie in de huisartspraktijk komt in de praktijk weinig terecht. De praktijkvoering is te veel gebaseerd op eenmalige consulten zonder follow-up. Een belangrijke ontwikkeling is een succesvolle

training van verpleegkundigen in screening en behandeling van hoge bloeddruk. (bron: WVC)

75

Derksen, J.

Preventie in de eerste lijn: In: Psychologische hulp in de eerste lijn/ J. Derksen.- Baarn: H. Nelissen, 1982; PM-reeks: p.87-95

B 805

Er wordt ingegaan op de betekenis en de definitie, binnen de AGGZ, van het begrip preventie en de deelbegrippen die eraan te onderscheiden zijn. Aan de hand van de gemaakte onderscheidingen binnen het concept wordt ingegaan op de rol die de eerste-lijnspsycholoog bij de preventie kan spelen. Er wordt ingegaan op het vroegtijdig behandelen; consultatie, eerstelijnssteams, zoals hometeams zijn bij uitstek geschikt voor het uitwisselen van informatie en het signaleren van problematiek. Nauw contact tussen huisarts en psycholoog biedt mogelijkheden met betrekking tot de preventie van somatische fixatie; de samenwerking binnen de eerstelijns en de betekenis ervan voor preventie; de preventieve aspecten van het werken met risicogroepen; de betekenis van onderzoek voor het preventieve werk.

76

Duffy, J.E.

Factors affecting promptness of reporting in breast cancer patients/ J.E. Duffy, R.G. Owens.-

Hygie International Journal of Health Education; jrg.3, nr.3, september 1984, p.29-32

Uit een Engels onderzoek onder 50 potentiële borstkankerpatiënten blijkt, dat pogingen om zelfonderzoek van borsten te stimuleren slechts weinig succes hebben en dat zelfonderzoek niet direct samenhangt met de snelheid waarmee de arts wordt bezocht. Meer bekendheid met het bestaan van borstsparende therapie zou uitstelgedrag verminderen. (bron: WVC)

77

Early

Early detection of breast cancer: Council on Scientific Affairs.-

Journal of the American Medical Association; jrg.252, nr.21, 7 december 1984, p.3008-3011

De Council of Scientific Affairs van de American Medical Association concludeert dat borstkanker vroegtijdig ontdekt en genezen kan worden. Het publiek moet daarom gewezen worden op de mogelijkheden van vroege diagnostiek zoals zelfonderzoek en mammografie. Hierdoor kan in een vroeg stadium tot behandeling worden overgegaan. (bron: WVC)

78

Es, J.C. van

Weten of niet weten?/ J.C. van Es.-

Medisch Contact; jrg.40, nr.38, 20 september 1985, p.1151

Hoofdreactioneel pleidooi voor vroege diagnostiek met gevoel voor proporties. Screening dient therapeutische consequenties te hebben en niet louter de periode van patiënt-zijn te verlengen. Beslissingen van artsen in deze bepalen in belangrijke mate de kosten van de gezondheidszorg. (bron: WVC)

79

Goulston, K.

Colorectal cancer: a plea for early diagnosis/ K. Goulston, O. Dent.-

Australian Family Physician; jrg.10, nr.9, september 1981, p.697-703

Kanker van het colon vormt een belangrijke oorzaak van morbiditeit en mortaliteit in Australië. In 1981 kunnen ongeveer 5000 nieuwe gevallen worden verwacht en zullen 3500 mensen aan de ziekte sterven. In bijna tweederde van de gevallen waarbij met behulp van de traditionele methoden deze vorm van kanker wordt gediagnostiseerd, blijkt de ziekte zich tot

voorbij darmwand te hebben uitgebreid. Slechts 15 tot 20% van de kankers is bij rectaal onderzoek palpabel. Een verhoogd risico hebben personen die familie zijn in de eerste graad van individuen met deze vorm van kanker, personen met polyposis coli, met adenomas in het colon en al degenen, die reeds eerder voor deze vorm van kanker behandeld zijn. Massale screening op dit type kanker moet niet worden voortgezet met uitzondering van de screening zoals die past in het bestaande onderzoeksprogramma.

80

Haar, H.H. ter

Vroege onderkenning van behandelbare oorzaken van dementie/ H.H. ter Haar.-

Patient Care; jrg.13, nr.7, juli/augustus 1986, p.48-50

Het dementiële syndroom: het wordt doorgaans veroorzaakt door het samengaan van verschillende factoren. Vroege diagnostiek biedt mogelijkheden tot onderscheid tussen deze factoren en tot het vroegtijdig opsporen en behandelen van reversibele ziektebeelden. Belangrijke aanknopingspunten bij deze beoordeling zijn: de leeftijd, het begin, wie komt met klachten en de zintuigfuncties. Enkele belangrijke oorzaken van dementiële verschijnselen: multiple infarcten, trauma capitis, ziekte van Parkinson en last but not least psychosociale factoren bij welke "life events" grote invloed kunnen hebben. (bron: expres-informatie)

81

Haerter, G.

Frühererkennung in der täglichen Praxis/ G. Haerter.-
Allgemeinmedizin International/General Practice International; jrg.11, nr.3, 1982, p.114-117

De huisarts is bij uitstek geschikt voor het uitvoeren van programmatische preventieve taken en wel om de volgende redenen: hij leeft in de omgeving en in hetzelfde milieu als zijn patiënten (er bestaan geen grote afstanden); hij heeft kennis van de ziektege-

schiedenis van zijn patiënten; hij heeft een regelmatig en een continu contact met zijn patiënten; omdat de patiënt bij dit type preventie van poliklinische faciliteiten gebruik maakt, wordt er door de patiënt minder gebruik gemaakt van medische voorzieningen (er is sprake van minder afstand en minder vervreemding). Deze factoren blijken eveneens belangrijk bij de vroegtijdige opsporing van kanker bij mannen en vrouwen. Tenminste 3% van de patiënten die de huisarts bezoeken heeft een of andere tumor. De ongewijzigde sombere prognose, dat slechts 40% van deze tumorpatiënten herstelt is evenwel niet verbeterd ondanks tien jaar ervaring met geprogrammeerde preventie. (bron: vert. abstract)

34

Lewis, B.

Reducing the risks of coronary heart disease in individuals and in the population/ B. Lewis, J.I. Mann, M. Mancini.-

Lancet; jrg.1, nr.8487, 26 april 1986, p.956-959

Pleidooi voor twee complementaire strategieën ten aanzien van de preventie van coronaire hartziekten: reductie van risicofactoren voor de totale bevolking en opsporing en behandeling van personen met een hoog risico. (bron: WVC)

82

Melker, R.A. de

Anticiperende geneeskunde/ R.A. de Melker.-

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; jrg.128, nr.20, 19 mei 1984, p.950-954

Anticiperende geneeskunde is een vorm van preventieve geneeskunde, die zich richt op de vroege diagnostiek bij risicogroepen en het inbouwen van preventieve activiteiten in de normale praktijkvoering van de huisarts. Anticiperende geneeskunde heeft voordelen boven bevolkingsonderzoek, waarvan de effectiviteit en de kosten ter discussie staan. Anticipatie door de huisarts is zinvol ter preventie

van bijvoorbeeld borstkanker, cervixcarcinoom, longkanker, coloncarcinoom en hart- en vaatziekten.
(bron: WVC)

45

Standaert, B.

Gezondheidsvoorlichting bij vroegtijdige opsporing van prostaataandoeningen/ B. Standaert, W.J. Eyllenbosch.- Belgisch Archief van Sociale Geneeskunde, Hygiëne, Arbeidsgeneeskunde en Gerechtelijke Geneeskunde; jrg.44, nr.1/2, 1986, p.68-75

Uiteenzetting over voorlichting bij een bevolkingsonderzoek op prostaatkanker. Aan de orde komen onder andere methoden, tijdschema, kosten en baten. (bron: WVC)

46

Turner, J.

Does a booklet on breast self-examination improve subsequent detection rates?/ J. Turner, D. Roy, G. Irwin [et.al.]-
Lancet; jrg.2, nr.8398, 11 augustus 1984, p.337-339

Gecontroleerd onderzoek naar het effect van een voorlichtingsboekje over zelfonderzoek van borsten. Borstafwijkingen kwamen niet meer of minder voor, maar vroege stadia van borstkanker werden significant vaker gevonden bij vrouwen die het boekje hadden gekregen. Ook bleek bij deze groep de gemiddelde tumorgrootte kleiner. (bron: WVC)

64

Vandenbroucke, J.P.

Kosten-batenanalyse en preventief onderzoek/ J.P. Vandenbroucke.-
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; jrg.125, nr.7, 14 februari 1981, p.276-278

Dit artikel tracht de praktiserend geneeskundige een inzicht te verschaffen in de kosten-batenanalyse in verband met screening. De kosten worden hierbij in

geld uitgedrukt waarbij de baten naast in geld in medische grootheden en/of fysiek of geestelijk welzijn van het individu en verlenging van het leven. De maat van verlenging van leven kan hierbij aangepast worden aan de kwaliteit van leven. De uitkomst van een dergelijke analyse geeft de kosten per gewonnen levensjaar. Op grond van de analyse kunnen handelingen naar kosten en gewonnen levensjaren gerangordend worden. De kosten-batenanalyse van preventief onderzoek heeft bijkomende kenmerken. Zo blijken de gunstige effecten van screening pas vele jaren na de oorspronkelijke investering. In de economie wordt dit probleem als 'discounting' benoemd. Een en ander wordt aan de hand van een voorbeeld toegelicht.

68

Walter, H.J.

Screening for riskfactors as a component of a chronic disease prevention program for youth/ H.J. Walter, P.A. Connelley.-

Journal of School Health; jrg.55, nr.5, mei 1985, p.183-188

Beschrijving van de implementatie van screening van schoolkinderen op risicofactoren voor chronische ziekten, zoals coronaire hartaandoeningen en kanker, in het kader van een preventieprogramma voor jeugdigen. (bron: WVC)

83

Weel, C. van

Hypertensie: een kwestie van meten of afwegen?/ C. van Weel.-

Huisarts en Wetenschap; jrg.21, no.10, oktober 1978, p.370-374

Dit artikel gaat in op de vraag of op dit moment actief opsporen van hypertensie met name door de huisartsen, is aangewezen. Een aantal onderzoeken toont aan dat huisartsen zeer goed in staat kunnen zijn om hun praktijkpopulatie op hypertensie te

onderzoeken. Hier tegenover staan gegevens met betrekking tot het hanteren van de bloeddrukmeter door acht huisartsen. De grote variëteit waarmee dit gebeurt maakt het waarschijnlijk dat het uitroepen van opsporing tot een doelstelling voor alle huisartsen consequenties zal hebben voor het huisarts-patiënt contact. Vervolgens wordt ingegaan op de betekenis van hypertensie. Daarbij blijkt het op dit moment te ontbreken aan resultaten van interventie-onderzoek over de positieve effecten ervan. Daarna wordt ingegaan op de ervaring die bestaat met het behandelen en opsporen van hypertensie. Het blijkt dat in de acht praktijken bij 6,8% van de 30-59-jarigen hypertensie is gediagnostiseerd. Hiervan is 25% non-compliant. De betekenis hiervan is weinig bekend. Eveneens is dit het geval met de schadelijke iatrogene gevolgen van stigma hypertensie en meer algemeen screeningsonderzoek. Onderzoek op dit gebied wordt besproken. Tenslotte komen sociaal-economische en psychologische achtergronden aan de orde. In dit licht is hypertensie het topje van de ijsberg. Behandeling van hypertensie is uitsluitend symptoombestrijding. De conclusie is dat er te weinig gegevens pro en contra voor een actieve opsporing voor handen zijn.

6. PRIMAIRE PREVENTIE

84

Isacsson, S.O.

Primary and secondary prevention in primary medical care/ S.O. Isacsson.-

Allgemeinmedizin International/General Practice International; jrg.9, nr.2, 1980, p.86-91

In de komende jaren zal de eerstelijnsgezondheidszorg, waarvan de basis door de huisarts gevormd wordt, in Zweden aanzienlijk worden uitgebreid. In plaats van het werken in solo-praktijken, zal de huisarts in de toekomst werkzaam moeten zijn in gezondheidscentra, waar naast verschillende huisartsen, een of meer adviserende specialisten, districtsverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden actief zullen zijn. Onderzoek op het terrein van de epidemiologie en de preventieve geneeskunde bevindt zich in Zweden nog in een elementair stadium van ontwikkeling. Van de preventieve geneeskunde wordt verwacht dat zij een meer prominente rol, dan tot nu toe, zal gaan spelen bij de toekomstige organisatie van de eerstelijns. In dit 'paper' worden de mogelijkheden de huisarts te betrekken bij de epidemiologische en preventieve activiteiten binnen zijn eigen praktijk, geanalyseerd. De bestaande kennis met betrekking tot het voorkomen van ongelukken en ziekten wordt hier besproken, waarbij de noodzaak meer aandacht te schenken aan epidemiologie en preventie binnen de opleiding van medische studenten wordt benadrukt. (bron: vert. abstract)

85

Klinkhamer, J.

Amerikanen openen de aanval op kanker/ J. Klinkhamer.-
Uitzicht; nr.6, 1984, p.10-14

Uiteenzetting over de Amerikaanse activiteiten op het gebied van de primaire preventie van kanker. Ingegaan wordt op de inhoud van het boekje 'Cancer prevention', een uitgave van het Department of Health and Human Services, waarin de nadruk valt op gezond gedrag met betrekking tot roken, alcoholgebruik, zonlicht, röntgenstraling en voeding. (bron: WVC)

20

Lowy, L.

Social policies and programs for the elderly as mechanisms of prevention/ L. Lowy.-
Prevention in Human Services; jrg.3, nr.1, herfst 1983, p.7-21; themanummer 'Aging and prevention: new approaches for preventing health and mental health problems in older adults'

Het begrip preventie wordt gedefinieerd en de rol van welzijnsbeleid als een mechanisme van primaire preventie wordt verkend. Algemene programma's gericht op ouderen worden beschreven, waarbij hun zwakke en sterke punten worden aangegeven. Er worden aanbevelingen gedaan voor nieuw beleid, gebaseerd op een filosofie van preventie waarbij rekening gehouden wordt met de begrijpelijkheid, de flexabiliteit, de aanvaardbaarheid van het beleid voor de ouderen en waarbij het beleid is ingegeven door de ouderen zelf. (bron: vert. abstract, NcGv)

86

Matus, R.

Social workers in primary prevention: action and ideology in mental health/ R. Matus, E.M. Nuchring.-
Community Mental Health Journal; jrg.15, nr.1, spring 1979, p.33-40

Onderzoek naar de rol van het maatschappelijk werk bij primaire preventie. De activiteiten van maatschappelijk werkers blijken meer dan die van andere GGZ-collega's gericht te zijn op primaire preventie. Ook al beschouwen zij deze activiteiten niet zelf

als preventief. Hieruit blijkt een a-theoretische en a-filosofische houding van sociaal werkers. (bron: NcGv)

11

Milio, N.

Progress in primary prevention: the smoking-health issue/ N. Milio.-

American Journal of Public Health; jrg.72, nr.5, mei 1982, p.428-429

Redactioneel artikel over de ontwikkeling van het rookgedrag. Als oorzaken voor roken worden het inkomen en het blootstaan aan stress genoemd. Vanuit deze variabelen is het toegenomen roken door vrouwen te verklaren. Een en ander wordt toegelicht aan de hand van het rookgedrag van verpleegsters, die bekend zijn met de gezondheidsrisico's en deel uitmaken van de maatschappelijke beweging met preventieve taken. Daarnaast worden overheids campagnes gericht tegen roken geplaatst naast de advertentie-inspanningen van de tabaksindustrie en wordt aandacht geschonken aan het lobbyen van gezondheidsorganisaties. Tenslotte wordt de tabaksindustrie economisch geanalyseerd: het terugdringen van roken mag niet ten koste gaan van kwetsbare van deze industrie afhankelijke groepen.

87

Miettinen, T.A.

Multifactorial primary prevention of cardiovascular diseases in middle-aged man: risk factor changes, incidence, and mortality/ T.A. Miettinen, J.K. Huttunen, V. Naukkarinen [et.al].-

Journal of the American Medical Association; jrg.254, nr.15, 18 oktober 1985, p.2097-2102

Tijdens een vijfjarig preventieprogramma voor vaatziekten werden hyperlipidemieën, hypertensie, roken, obesitas en abnormale glucosetolerantie bij de groep met het hoogste risico behandeld met respectievelijk dieetmaatregelen en hypolipidemische en

antihypertensieve middelen. Het interventieprogramma verminderde wel het voorkomen van hersenbloedingen, maar niet het voorkomen van hartaandoeningen. De mogelijkheden dat het uitblijven van een effect op de hartaandoeningen het gevolg is van nadelige effecten van de geneesmiddelen kan niet geheel worden uitgesloten. (bron: WVC)

88

Sturm, E.

Primäre Prevention durch den Hausarzt: editorial/ E. Sturm.-

Allgemeinmedizin International/General Practice International; jrg.11, nr.3, 1982, p.97

Primaire preventie is in het verlengde van de secundaire preventie een taak van de huisarts en lijkt gebaseerd op het biologische beginsel dat onjuist gedrag slechts tijdelijk gecorrigeerd kan worden door omkeerbare compenserende maatregelen. Op de lange termijn leidt ongezond gedrag tot een toestand die vergelijkbaar is met een chronische ziekte. Hierbij is het niet mogelijk de oorzaken van de ziekte af te leiden uit de laatst waargenomen situatie. Er dient vertrouwd te worden op vooronderstellingen over de relatie tussen risicofactoren en het ontstaan van ziekte; wanneer bij een bepaalde patiënt sprake is van toegenomen risicofactoren, verwijst dit naar een toegenomen risico voor een specifieke ziekte. De geneeskunde kan het antwoord op de vraag: wat is ongezond gedrag?, nog in onvoldoende mate wetenschappelijk onderbouwen. Dit betekent niet dat de huisarts geen op primaire preventie gerichte maatregelen kan nemen. Zo kan hij bedacht zijn op de psychosociale aspecten die leiden tot ziekte, zonder dat hiervoor onomstotelijke bewijzen bestaan.

7. SECUNDAIRE PREVENTIE

89

Huygen, F.J.A.

Secundaire preventie en preventie van somatische fixatie/ F.J.A. Huygen.-

Patient Care; jrg.13, nr.7, juli/augustus 1986, p.50-52

Secundaire preventie en preventie van somatische fixatie: als screening en goede realistische voorlichting adequaat door de huisarts worden uitgevoerd, zal secundaire preventie in zijn handen zeer goed kunnen samengaan met preventie van somatische fixatie. (bron: expres-informatie)

84

Isacsson, S.O.

Primary and secondary prevention in primary medical care/ S.O. Isacsson.-

Allgemeinmedizin International/General Practice International; jrg.9, nr.2, 1980, p.86-91

In de komende jaren zal de eerstelijnsgezondheidszorg, waarvan de basis door de huisarts gevormd wordt, in Zweden aanzienlijk worden uitgebreid. In plaats van het werken in solo-praktijken, zal de huisarts in de toekomst werkzaam moeten zijn in gezondheidscentra, waar naast verschillende huisartsen, een of meer adviserende specialisten, districtsverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden actief zullen zijn. Onderzoek op het terrein van de epidemiologie en de preventieve geneeskunde bevindt zich in Zweden nog in een elementair stadium van ontwikkeling. Van de preventieve geneeskunde wordt verwacht dat zij een meer prominente rol, dan tot nu toe, zal gaan spelen bij de toekomstige organisatie van de eerstelijns. In dit 'paper' worden de mogelijkheden de huisarts te betrekken bij de epidemiologische en preventieve activiteiten binnen zijn eigen praktijk, geanalyseerd. De bestaande kennis

met betrekking tot het voorkomen van ongelukken en ziekten wordt hier besproken, waarbij de noodzaak meer aandacht te schenken aan epidemiologie en preventie binnen de opleiding van medische studenten wordt benadrukt. (bron: vert. abstract)

90

Lamberts, H.

Met welke klachten over de geslachtsorganen komen vrouwen bij de huisarts?/ H. Lamberts, S. Meads, M. Wood.- Huisarts en Wetenschap; jrg.27, nr.11, november 1984, p.418-420; themanummer 'Secundaire preventie van cervix- en mammacarcinoom'

De veldstudie met de Reason For Encounter Classification, uitgevoerd door bovengenoemde auteurs, bevat ook informatie met betrekking tot de klachten over de geslachtsorganen waarmee vrouwen op het spreekuur komen. In deze bijdrage komen twee vragen aan de orde: om welke klachten gaat het hier, en welke verschillen zijn er in de manier waarop vrouwen in de verschillende landen met dit soort problemen bij de huisarts komen? Het beschikbare materiaal bevat geen aanwijzingen dat de anticiperende huisarts op voorhand rekening moet houden met sterke weerstanden. Niettemin zal ook hier eerst vastgesteld moeten worden, of de patiënt werkelijk beter af is met een preventieve aanpak. Indien dat inderdaad het geval blijkt, is de huisarts de eerst aangewezen om ook bij mamma- cervixcarcinomen anticiperend op te treden. (bron: abstract)

82

Melker, R.A. de

Anticiperende geneeskunde/ R.A. de Melker.- Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; jrg.128, nr.20, 19 mei 1984, p.950-954

Anticiperende geneeskunde is een vorm van preventieve geneeskunde, die zich richt op de vroege diagnostiek bij risicogroepen en het inbouwen van preventieve activiteiten in de normale praktijkvoering

van de huisarts. Anticiperende geneeskunde heeft voordelen boven bevolkingsonderzoek, waarvan de effectiviteit en de kosten ter discussie staan. Anticipatie door de huisarts is zinvol ter preventie van bijvoorbeeld borstkanker, cervixcarcinoom, longkanker, coloncarcinoom en hart- en vaatziekten. (bron: WVC)

91

Meijman, F.

Twaalf jaar cervixcytologie in drie Amsterdamse huisartspraktijken: een retrospectief onderzoek naar de doeltreffendheid van een actief en een passief opsporingsbeleid/ F. Meijman.-

Huisarts en Wetenschap; jrg.27, nr.11, november 1984, p.372-378,391; themanummer 'Secundaire preventie van cervix- en mammacarcinoom'

In drie huisartspraktijken werd onderzocht, welke invloed de -actieve dan wel passieve- benadering van de huisarts heeft op de doeltreffendheid van de opsporing van cervixcarcinoom. Daartoe werd het bereik en het vervolg van de in de jaren 1972-1983 bij in totaal 2357 vrouwen verrichte cervixcytologie retrospectief geanalyseerd. De belangrijkste conclusie van het onderzoek luidt, dat de doeltreffendheid van de opsporing door een actief beleid geoptimaliseerd kan worden, maar dat zo'n beleid op zichzelf daar nog geen garantie voor vormt. Daarnaast blijkt de incidentie van afwijkende cervixcytologie per praktijk sterk te variëren. (bron: abstract)

92

Ree, J.W. van

Interventie bij verhoogd risico op hart- en vaatziekten 2: resultaten op langere termijn bij de behandeling van hypertensie/ J.W. van Ree, W. van Gerwen, H. van den Hoogen.-

Huisarts en Wetenschap; jrg.28, nr.2, februari 1985: p.53-58,77

Uit een evaluatie-onderzoek blijkt, dat de door het Nijmeegs Interventie Project bereikte resultaten bij de behandeling van hypertensie na enkele jaren weer goeddeels verdwenen zijn. Daarbij blijken duidelijke verschillen tussen huisartspraktijken. De praktijkvoering lijkt grote invloed te hebben op de resultaten. Bij een stringent beleid, gericht op het systematisch onder controle houden van hypertensiepatiënten, worden betere resultaten geboekt. (bron: WVC)

93

Reitsma, W.D.

Diabetescontrole en late complicaties/ W.D. Reitsma.-
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; jrg.129,
nr.21, mei 1985, p.989-993

Uiteenzetting over het belang van strikte metabole controle bij diabetes-patiënten ter voorkoming van complicaties. Het streven naar normale glucosespiegels lijkt vooral gericht te moeten zijn op de patiënt die nog geen duidelijke complicaties heeft. Een overzicht van de meest voorkomende complicaties wordt gegeven. (Bron: WVC)

94

Roolvink, E.G.J.J.

Huisarts en surveillance/ E.G.J.J. Roolvink.-
Medisch Contact; jrg.40, nr.20, 7 mei 1985, p.609-610

De systematische integratie van (secundaire) preventie in het dagelijks werk van de huisarts blijkt niet gemakkelijk te zijn. Waarschijnlijk zal preventief handelen door de huisarts pas goed van de grond komen, wanneer het een volledig onderdeel van de opleiding wordt en dientengevolge tot de routine-handelingen gaat behoren. (bron: WVC)

Weel, C. van

Screenen door huisartsen op cervixcarcinoom: 2. Het samengaan van anticiperende screening door de huisarts en bevolkingsonderzoek/ C. van Weel.-

Huisarts en Wetenschap; jrg.27, nr.11, november 1984, p.382-385; themanummer 'Secundaire preventie van cervix- en mammacarcinoom'

Het naast elkaar bestaan van een bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom en een anticiperende benadering door een aantal huisartsen maakt het mogelijk het bereik van beide methoden bij een en dezelfde populatie te onderzoeken. Uit dit onderzoek blijkt dat beide strategieën afzonderlijk ongeveer 75% van de risicogroep bereiken en samen 95%. De intensiteit van de screening is bij beide strategieën hoog; het percentage vrouwen bij wie het laatste uitstrijkje vier jaar of langer geleden is gemaakt, is echter duidelijk groter bij de huisartsen. Desondanks ontlopen de resultaten van beide opsporingsmethoden elkaar niet sterk en geeft dit onderzoek geen steun voor de opvatting dat bevolkingsonderzoek per definitie een superieure screeningsmethode zou zijn. (bron: abstract)

8. EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG

96

Boerma, W.G.M.

Preventie, een opgave voor de eerste lijn?: achtergronden en meningen van hulpverleners/ W.G.M. Boerma: In: Eerstelijnszorg; Documentaire Uitgaven.- Alphen a/d Rijn: Samson Stafleu; 4021: p. 1-18, oktober 1985
B 1199

In de eerste helft van het artikel wordt ingegaan op de inhoud en betekenis van het begrip preventie en worden vragen aan de orde gesteld als: wat moet er voorkomen worden en langs welke wegen; wat zijn onbedoelde en misschien zelfs schadelijke neveneffecten van preventieve zorg; welke eisen mag men stellen aan preventieve programma's; wie moeten deze taken uitvoeren? In het tweede deel wordt ingegaan op de houdingen van huisartsen, maatschappelijk werkenden en wijkverpleegkundigen ten aanzien van taken als vroegtijdige opsporing, screening en signaleren. Een en ander wordt cijfermatig ondersteund met gegevens afkomstig uit een groter onderzoek naar diverse aspecten van preventieve zorg in gezondheidscentra en groepspraktijken.

97

Fullard, E.

Facilitating prevention in primary care: practice research/ E. Fullard, G. Fowler, M. Gray.-
British Medical Journal; jrg.289, nr.6458, 8 december 1984, p.1585-1587

Artikel geschreven vanuit de overtuiging dat huisartsen preventieve geneeskunde zullen bedrijven wanneer zij over de mogelijkheden beschikken hun praktijk hiertoe in te richten. Vanuit deze vooronderstelling is een 'begeleider' met kennis van het werk van de huisarts ingeschakeld om in in preventie geïnteresseerde praktijken behulpzaam te zijn bij

het opzetten van een programma. Deze begeleider heeft het eerstelijnssteam bijvoorbeeld geholpen met het stellen van doeleinden, met de training van verpleegkundigen voor het meten van bloeddruk en het opzetten van een systeem om de voortgang van het programma vast te stellen (bron: vert. abstract)

98

Godwin, S.

The health visitor and prevention: practising prevention/ S. Godwin.-

British Medical Journal; jrg.284, nr.6336, 17 juli 1982, p.182-183

Het beroep van 'health visitor' is ontstaan vanuit de omvangrijke kindersterfte en -morbiditeit; de centrale taak preventie is hierbij opgedeeld in: preventie van mentale, fysieke en emotionele klachten; de vroegtijdige opsporing; het herkennen en opsporen van behoefte aan zorg; GVO; preventieve zorg op de verschillende niveaus. Waar de aandacht traditioneel op kinderen is gericht, zal de 'health visitor' taken van de huisarts kunnen overnemen bij de preventieve zorg voor ouderen. Als gevolg van de work-load kan hij niet iedereen regelmatig screenen. Dit probleem kan ondervangen worden door het voorlichten van specifieke risicogroepen in groepsverband.

99

Haines, A.P.

Catching up the Europeans in preventing heart disease/ A.P. Haines.-

British Medical Journal; jrg.291, nr.6510, 14 december 1985, p.1667-1668

Vergeleken met de situatie in andere landen van West-Europa is de sterfte door hart- en vaatziekten in Groot-Brittannië hoog. De resultaten van een prospectief onderzoek naar risicofactoren in 24 Britse steden benadrukken het belang van preventie. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt vooral in de

eerste lijn. Hoogste prioriteit heeft het terugdringen van roken. (bron: WVC)

30

Hocking, B.

Key issues in health promotion/ B. Hocking.-
Australian Family Physician; jrg.8, nr.3, maart 1979,
p.223-225; themanummer 'Prevention: An attitude of
mind'

Artikel waarin ingegaan wordt op de taakverdeling tussen de verschillende disciplines met betrekking tot GVO. Een belangrijke taak is weggelegd voor het 'Health Team' (vgl. gezondheidscentrum), waarvan de arts en de maatschappelijk werkers de spil vormen. Verschillende geciteerde onderzoeken geven hierbij aan dat verpleegkundigen en vrijwilligers op eenvoudige wijze een aantal taken van de arts en/of maatschappelijk werker kunnen overnemen. Naast de professionele GVO ziet de auteur een taak weggelegd voor zelfhulpgroepen. Hierbij vormt de fee-for-service honorering van de huisarts een belemmering bij het uitvoeren van GVO-activiteiten. Dit mag er evenwel niet tot leiden dat de huisarts zoals in het verleden zijn taak met betrekking tot GVO verwaarloost.

100

Loon, P.C.J. van

"De eerste lijn": zonder samengestelde hulpteams geen preventie/ P.C.J. van Loon.-
Medisch Contact; jrg.40, nr.16, 19 april 1985, p.481-482

Gepleit wordt voor het samenstellen van werkgroepen ("task-forces") van ziekenverzorgenden en gezinsverzorgenden voor flexibele beschikbaarheid "de klok rond". Zulke teams kunnen ter preventie en/of uitstel van onvermijdelijke opname op termijn een belangrijke rol spelen. De zekerheid op hulp te kunnen rekenen, werkt preventief ten aanzien van het min of meer zelfstandig blijven van gehandicapten,

chronische patiënten en invaliderende ouderen. Zo wordt de scheiding tussen intra- en extramuraal zorg opgeheven zodat intramuraal transmuraal wordt. (bron: WVC)

101

Struve, J.K.

Use of a health planning conference in a family practice/ J.K. Struve, L.D. Rieke, N. Lund.-
Journal of Family Practice; jrg.20, nr.1, januari 1985, p.75-78

Verslag van een onderzoek naar de invloed van het gebruik van een introductie-gesprek met nieuwe patiënten van een eerstelijnskliniek zonder urgente klachten. Bij dit gesprek zijn naast de patiënt en de arts een verpleegster en een deskundige op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg aanwezig. De doeleinden hebben betrekking op de evaluatie van: de implementatie van dergelijke introductie-gesprekken; het accepteren van de methode door de patiënt en de staf; de gevoeligheid van het gesprek bij het vaststellen van de behoeften aan geestelijke en preventieve gezondheidszorg. Het blijkt dat een dergelijk gesprek relatief eenvoudig geïmplementeerd kan worden, het gesprek over het algemeen door zowel de medische staf als de patiënt als positief wordt ervaren. Met betrekking tot behoefte aan geestelijke gezondheidszorg en preventie heeft het gesprek in 27% van de gevallen tot een directe verwijzing geleid, waarbij nog eens 6% naar ondersteuningsgroepen zoals de AA en Weight Watchers verwezen is. Ter zake de preventie is het gesprek aanleiding voor een GVO-programma met betrekking tot gewichtscontrole, voeding, rookgedrag en het omgaan met stress. Wel moet bij de uitkomsten worden aangekend dat het onderzoek een aantal beperkingen heeft.

Verplanke, T.

Preventiewerk maakt niet alleen patiënten maar ook hulpverleners bewuster/ T. Verplanke.-

Maatschappelijke Gezondheidszorg; jrg.12, nr.7/8, juli/augustus 1984, p.32-34

Verslag van een zes jaar durende samenwerking tussen artsen, verpleegkundigen en apothekers met betrekking tot preventie en gezondheidsopvoeding in de Amsterdamse Staatsliedenbuurt. De resultaten zijn: een hechtere onderlinge samenwerking, kritischer omgaan met zorg en medicijnen door gezondheidswerkers en een groeiende interesse voor de eigen gezondheidsproblemen bij de buurtbewoners. (bron: WVC)

9. (AMBULANTE) GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

102

Caplan, G.

Preventing psychological disorders in children of divorce: guidelines for the general practitioners/ G. Caplan.-

British Medical Journal; jrg.292, nr.6535, june 1986: p.1563-1566

Beschouwing over psychosociale problemen bij kinderen na echtscheiding van hun ouders en de preventie van deze problemen. De preventie dient geplaatst te worden in het kader van de algemene praktijk en de algemene concepten in de preventieve psychiatrie. Vier variabelen worden hierbij van groot belang genoemd: risicofactoren; het vermogen om om te gaan met stress; crisisperioden; psychosociale steun. Verder wordt een aantal aanbevelingen gedaan voor huisartsen die een preventie-programma voor kinderen willen opstellen; het identificeren van de risicogroep; het aanbieden van hulp; het opbouwen van een meer duurzame relatie; gesprekken; het vermijden van partijdigheid; het stimuleren van contacten met kinderen; raad geven; eventueel doorverwijzen naar psychische hulpverleners; zelf steun zoeken bij collega's. (bron: NIVEL)

75

Derksen, J.

Preventie in de eerste lijn/ J. Derksen: In: Psychologische hulp in de eerste lijn.- Baarn: H. Nelissen, 1982: PM-reeks; p.87-95

B 805

Er wordt ingegaan op de betekenis en de definitie, binnen de AGGZ, van het begrip preventie en de deelbegrippen die eraan te onderscheiden zijn. Aan de hand van de gemaakte onderscheidingen binnen het

concept wordt ingegaan op de rol die de eerste-
lijnspsycholoog bij de preventie kan spelen. Er
wordt ingegaan op het vroegtijdig behandelen; con-
sultatie, eerstelijnssteams, zoals hometeams zijn bij
uitstek geschikt voor het uitwisselen van informatie
en het signaleren van problematiek. Nauw contact
tussen huisarts en psycholoog biedt mogelijkheden
met betrekking tot de preventie van somatische fixa-
tie; de samenwerking binnen de eerstelijns en de
betekenis ervan voor preventie; de preventieve as-
pecten van het werken met risicogroepen; de beteke-
nis van onderzoek voor het preventieve werk.

103

Gersons, B.P.R.

Preventie en de consultatiemethode/ B.P.R. Gersons
Tijdschrift voor Orthopedagogie en Kinderpsychiatrie;
jrg.6, nr.2, juni 1981, p. 71-84

Het belang van preventie in de geestelijke ge-
zondheidszorg is minstens even groot als de behande-
ling: consultatie kan, in gesprekken met sleutelfi-
guren (vertrouwenspersonen) en hulpverleners in de
eerste lijn, hieraan een belangrijke bijdrage leve-
ren; vijf aspecten van een consultatierelatie, en-
kele specifieke kenmerken en voorkomende problemen.
(bron: WIJN)

86

Matus, R.

Social workers in primary prevention: action and ideo-
logy in mental health/ R. Matus, E.M. Nuchring.-
Community Mental Health Journal; jrg.15, nr.1, spring
1979, p.33-40

Onderzoek naar de rol van het maatschappelijk werk
bij primaire preventie. De activiteiten van maat-
schappelijk werkers blijken meer dan die van andere
GGZ-collega's gericht te zijn op primaire preventie,
ook al beschouwen zij deze activiteiten niet zelf
als preventief. Hieruit blijkt een a-theoretische en

a-filosofische houding van sociaal werkers. (bron: NcGv)

15

Nuyten, C.

Maatschappijgerichte preventie: een voorzet voor een kritische AGGZ-preventiepraktijk/ C. Nuyten, B. Nijmeijer, H. Sterenberg.- Utrecht: Landelijk Ondersteuningspunt Preventie, 1985

Studie met als centrale vraag vanuit welke visie op (on)gezondheid de invloed van maatschappelijke machtsstructuren en de rol van het individu preventie en curatie worden bedreven. Behandeld worden onder meer de plaatsbepaling van de huidige AGGZ-preventie; de maatschappelijke begrippen gezond-ongezond; een viertal theoretische stromingen die het verband zoeken tussen het functioneren van het individu en de omgeving waarin het functioneert; de actuele ontwikkelingen rond de AGGZ-preventie op het landelijk beleidsniveau. (bron: WVC)

104

Preventie

De preventie vanuit de ambulante gezondheidszorg.- Tijdschrift voor Ziekenverpleging; jrg.35, nr.24, 30 november 1982: p.798-799

Er wordt ingegaan op de preventieve taken van de AGGZ en het onderscheid hierbij tussen curatieve en preventieve taken. Bij preventie wordt in het algemeen over een individuele cliënt heen gekeken naar een grotere groeps- of maatschappelijke context waaruit de cliënt komt. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van signalen afkomstig uit de epidemiologie, het onderwijs en de eerstelijns e.d. De preventie in de RIAGG's richt zich op drie categorieën, te weten: de jeugdzorg; de volwassenenzorg; de bejaardenzorg. Daarnaast worden algemene activiteiten ontplooid, gericht op het bevorderen van zelfhulp en natuurlijke ondersteuningsgroepen. De AGGZ claimt

hierbij taken die op het terrein psychosociale preventie liggen. (bron: NcGv)

105

Sommers, J.C.A.

Preventie van psychische stoornissen in de huisartsenpraktijk/ J.C.A. Sommers.-

Patient Care; jrg.13, nr.7, juli/augustus 1986, p. 29-32

Het voorkomen en ~~vt~~ voorkomen van psychische stoornissen: in het algemeen worden op de 1000 inwoners 240 gevallen met psychische stoornissen aangetroffen. 34 van hen bereiken GGZ. 10 van de 34 worden opgenomen. In de huisartspraktijk komt bij gemiddeld 165 per 1000 ingeschreven patiënten boven de 15 jaar een psychische stoornis voor. Probleemoplossend vermogen van het "ik" en aanwezigheid van adequate ondersteuning maken dat bedreigende levensomstandigheden niet tot crisistoestanden uitgroeien. Taak van de huisarts bij preventie van psychische stoornissen: door zijn toegankelijkheid en geheimhouding kan hij op het gebied van signalering, vroege opsporing, anticipatie en crisisinterventie bij bedreigende levensomstandigheden door luisteren en cognitieve begeleiding concrete hulp bieden. (bron: expres-informatie)

101

Struve, J.K.

Use of a health planning conference in a family practice/ J.K. Struve, L.D. Rieke, N. Lund.-

Journal of Family Practice; jrg.20, nr.1, januari 1985: p.75-78

Verslag van een onderzoek naar de invloed van het gebruik van een introductie-gesprek met nieuwe patiënten van een eerstelijnskliniek zonder urgente klachten. Bij dit gesprek zijn naast de patiënt en de arts een verpleegster en een deskundige op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg aanwezig.

De doeleinden hebben betrekking op de evaluatie van: de implementatie van dergelijke introductie-gesprekken; het accepteren van de methode door de patiënt en de staf; de gevoeligheid van het gesprek bij het vaststellen van de behoeften aan geestelijke en preventieve gezondheidszorg. Het blijkt dat een dergelijk gesprek relatief eenvoudig geïmplementeerd kan worden, het gesprek over het algemeen door zowel de medische staf als de patiënt als positief wordt ervaren. Met betrekking tot behoefte aan geestelijke gezondheidszorg en preventie heeft het gesprek in 27% van de gevallen tot een directe verwijzing geleid, waarbij nog eens 6% naar ondersteuningsgroepen zoals de AA en Weight Watchers verwezen is. Ter zake de preventie is het gesprek aanleiding voor een GVO-programma met betrekking tot gewichtscontrole, voeding, rookgedrag en het omgaan met stress. Wel moet bij de uitkomsten worden aangetekend dat het onderzoek een aantal beperkingen heeft.

106

Aalderen, H.J. van

Is de huisarts in staat preventieve taken op zich te nemen?/ H.J. van Aalderen, A. Knottnerus.-

Huisarts en Wetenschap; jrg.21, nr.11, november 1978, p.424-427

Over de preventieve taak van de huisarts is de laatste tijd veel te doen. Reden om op de vraag in te gaan of de huisarts de aangewezen persoon is om de centrale rol in preventieve programma's te vervullen. Vervolgens wordt op de vraag ingegaan, aan welke voorwaarden moet worden voldaan, opdat de huisarts op zinvolle wijze preventieve taken op zich kan nemen. Doelgericht onderzoek over de vraag, op welke wijze methodisch en organisatorisch het preventieve werk in de huisartspraktijk kan worden ingebouwd wordt bepleit. Tevens wordt aangestipt dat zinvolle preventieve arbeid niet geringe beleidsveranderingen vereist. (bron: samenvatting)

107

Allen, D.W.

Preventive care in general practice/ D.W. Allen.-

Australian Family Physician; jrg.8, nr.10, oktober 1979, p.1118-1133

Persoonlijk relaas van een Australische huisarts. Vanuit zijn onvrede met het slechte gezondheidsgedrag van een aantal van zijn patiënten, de soms desastreuze gevolgen van dit gedrag en de beperkte mogelijkheden van secundaire preventie is deze arts zich in een aantal stappen gaan richten op primaire preventie. De eerste stap is het uitvoerig bepreken van de natuurlijke ziektegeschiedenis met de patiënt, waarbij met name de relatie tussen gezondheidsgedrag en de bestaande ziekte aan de orde komt. Vanuit de beperkte mogelijkheden met betrekking tot

screening heeft betreffende arts risicoprofielen geconstrueerd en is begonnen met GVO. Via een Amerikaanse collega raakt de arts bekend met de 'prospectieve' geneeskunde. Het bijbehorende instrument, de 'Health Hazard Appraisal', is na een 1000-tal toepassingen om een aantal redenen, zoals het gebaseerd zijn op Amerikaanse data, de gebruikte methode bij de combinatie van individuele risicofactoren is twijfelachtig, de gegevensverwerking blijkt handmatig niet goed mogelijk, het instrument is ziektegericht waarbij de angst voor de ziekte en niet de compliantie met preventieve maatregelen het motief voor gedragsverandering vormt, afgewezen. Daarna is de nadruk verlegd naar een meer gezondheidsgerichte benadering. Vanuit de overtuiging met betrekking tot het belang van het veranderen van de 'life-style' bij preventie heeft de arts in groepsverband een aantal GVO-activiteiten ontwikkeld. Aan het slot van het artikel wordt een aantal op huisartsen gerichte aanbevelingen gedaan.

100

Anggard, E.E.

Prevention of cardiovascular disease in general practice: a proposed model/ E.E. Anggard, J.M. Land, C.J. Lenihan [et.al].-

British Medical Journal; jrg.293, nr.6540, july 1986, p.177-180

Beschrijving van een screeningsmodel binnen de huisartspraktijk, gericht op het opsporen van personen met een risico op premature hart- en vaatziekten. De screening wordt uitgevoerd door een verpleegster in opdracht van de arts. Door het gebruik van een snelle techniek voor het meten van het cholesterolgehalte in het bloed, kan de uitslag direct aan de patiënt worden meegedeeld. Voor het verwerken en analyseren van de gegevens is gebruik gemaakt van een microcomputer. Het invoeren van de gegevens in een database maakt het mogelijk epidemiologisch onderzoek te doen en gemaakte interventies te evalueren. In 19 gezondheidscentra is van de methode

gebruik gemaakt, waarbij meer dan 40.000 personen gescreend zijn: 10% heeft een diastolische bloeddruk van meer dan 95 mm Hg, 15% een bloed-cholesterol-concentratie van meer dan 7 mmol en 2% van meer dan 9 mmol. De oorspronkelijke gegevens wijzen op een bruikbaarheid van het model zowel voor het personeel van gezondheidscentra als voor het publiek, waarbij het aanbod van screeningsfaciliteiten voor de doel-populatie aanvaardbaar blijkt. (vert. abstract)

72

Baird, G.

Developmental pediatrics in primary care: what should we teach?/ G. Baird, D.M.B. Hall.-

British Medical Journal; jrg.291, nr.6495, 31 augustus 1985, p.583-586

Beschouwing over de plaats van vroegtijdige opsporing van ontwikkelingsstoornissen in de eerstelijns, met speciale aandacht voor de rol van de huisarts. (bron: WVC)

50

Bass, M.J.

Organizing the office for effective detection and management of hypertension/ M.J. Bass.-

Canadian Family Physician; jrg.31, februari 1985, p.351-354

Een effectieve praktijkorganisatie met het oog op screening en follow-up van gevallen van hypertensie is eenvoudig te realiseren. De arts dient allereerst een beleid op te stellen waarbij regelmatig de bloeddruk van de bezoekende patiënten gemeten wordt, ongeacht de klacht of vraag waarmee deze komen. Aantekeningen op de buitenzijde van de patiëntenkaart zijn hierbij een zichtbaar gegeven, dat tevens als een geheugensteun dienst doet. Een dossier dat onderverdeeld is in periodes van twaalf maanden vormt een uitstekend follow-up systeem. Hierbij

bestaan geen ethische belemmeringen tegen het invoeren van een dergelijk systeem. (bron: vert. abstract)

109

Battista, R.H.

Determinants of primary medical practice in adult cancer prevention/ R.H. Battista, J.J. Williams, L.A. MacFairlane.-

Medical Care; jrg.24, nr.3, march 1986, p.216-224

Een onderzoek bij eerstelijnsartsen om zich te vergewissen van hun preventieve praktijkvoering i.v.m. vier soorten kanker. Het belang van een beter begrip van de belangrijkste factoren bij het optreden als arts wordt benadrukt en het bestaan van verschillende verklarende modellen wordt geopperd. (bron: NIVEL)

110

Bischof, L.

Hausärzte organisieren effiziente Prävention/ L. Bischof.-

Allgemeinmedizin International/General Practice International; jrg.11, nr.3, 1982, p.104-107

De huisartsen van een Oostenrijkse plaats hebben een werkgroep opgezet op het gebied van management en de elektronische verwerking van gegevens met als doel preventieve en sociale geneeskunde te kunnen beoefenen zonder dat hiervoor nieuwe instituties opgericht moeten worden en zonder gebruik te maken van faciliteiten, waarover zij reeds op effectieve wijze en decentraal kunnen beschikken. Los van kraamzorg, injecties, sociaal-medische zorg voor gehandicapten en sociale psychiatrie ligt de meeste nadruk sinds 1970 op preventief onderzoek bij vrouwen met betrekking tot gynaecologische vormen van kanker en sinds 1972 op onderzoek met betrekking tot kanker, de stofwisseling en het vaatstelsel, zowel bij mannen als vrouwen. Er is een buitengewoon hoge participatiegraad in beide programma's bereikt. Na meer

dan 7 jaar kan gesteld worden dat het op preventie gerichte onderzoek succes heeft gehad. Overeenkomstig de gezondheidsstatistiek met betrekking tot de mortaliteitscijfers voor hartziekten en kanker, blijken deze hier significant lager te liggen in vergelijking met de rest van Oostenrijk. (vert. abstract)

3

Black, N.

Prevention: who needs it?/ N. Black, P.M. Strong.-
British Medical Journal; jrg.285, nr.6354, 27 november
1982, p.1543-1544

Beschouwend artikel waarin aandacht besteed wordt aan de ontwikkeling van preventieve geneeskunde binnen de huisartspraktijk. Ongenuanceerd gesteld komt het erop neer dat huisartsen hun taak voornamelijk als curatief en palliatief zien. Het gedrag en de leefstijl zijn de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Het beoefenen van preventieve geneeskunde heeft een aantal gevolgen: vanuit het gegeven dat vrouwen, veelal huisvrouwen, meer afhankelijk zijn van de geneeskunde, waarbij zij vaker psychische dan lichamelijke klachten hebben, zal de preventie voornamelijk op deze groep gericht zijn; de lagere sociale klassen met hogere mortaliteits- en morbiditeitscijfers zijn minder gevoelig voor preventieve adviezen met betrekking tot 'life-style'. Wanneer de huisarts zich actief op deze groep gaat richten zal hij de 'health visitor' die nu deze taak behartigt, overbodig maken; directe preventie is daarnaast van invloed op de arts-patiënt relatie: de zekerheid van hun kennis van de curatieve geneeskunde maakt plaats voor de onzekerheden binnen de geneeskunde, daarnaast vereist preventieve geneeskunde extra tijdsinvesteringen (in het consult). Toch lijkt preventie de mogelijkheden van aanzienlijke besparingen in zich te hebben. Wel moet eerst een aantal vragen beantwoord worden. Daar staat tegenover dat iedereen bij een wetenschappelijk verankerde preventieve geneeskunde, baat kan hebben.

24

Blum, A.

The family physician and health promotion: do-gooding or really doing well?/ A. Blum.-

Canadian Family Physician; jrg.28, september 1982, p.1613-1620

Bij conventionele GVO-programma's, zowel uitgevoerd door de huisarts als door instellingen, ontbreekt het aan creativiteit, continuïteit en kennis van de principes van effectieve promotie. Het verschil tussen goede bedoelingen en werkelijk goede GVO bestaat uit het zorgvuldig opsporen en analyseren van groepen die tegengesteld gedrag stimuleren (zoals de adverteerders voor sigaretten), het bestuderen van het succes van hun campagnes en het neutraliseren, op individueel of nationaal niveau, van de invloed van deze campagnes door het investeren van tijd en geld in op het individu gerichte gezondheidsbevorderende strategieën. (bron: vert. summary)

111

Bol, F.A.

Huisarts, preventie en basisgezondheidszorg/ F.A. Bol.- Medisch Contact; jrg.35, nr.48, 28 november 1980, p.1483

Hoofdredactioneel commentaar over de voorstellen van een werkgroep van het ministerie van VOMIL inzake de ontwikkeling van een extramurale voorziening t.b.v. de preventie van hart- en vaatziekten. Huisartsen wordt aangeraden in te gaan op dit aanbod tot versterking van de eerstelij. (bron: VOMIL)

112

Burger, A.K.C.

Preventie van ziekten bij bejaarden: enkele aspecten/ A.K.C. Burger: In: Handhaven van de bejaarde in eigen omgeving/ J.D. Mulder [et.al.] (red).- Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1984

B 1192

Praktisch artikel waarin op basis van epidemiologische gegevens en mogelijke medische oorzaken van ongevallen, een aantal concrete preventieve maatregelen aan huisartsen en wijkverpleegkundigen wordt voorgesteld, die genomen kunnen worden naar aanleiding van een huisbezoek. Daarnaast wordt ingegaan op eenzaamheid als een mogelijke oorzaak van lichamelijke en geestelijke aandoeningen. De huisarts kan een waardevolle bijdrage leveren aan de bestrijding van deze vereenzaming door het bevorderen van contacten, het verbeteren van het zelfbeeld, het geven van voedingsadviezen en het toegankelijk maken van voorzieningen in verzorgingstehuizen e.d. voor thuiswonende bejaarden.

102

Caplan, G.

Preventing psychological disorders in children of divorce: guidelines for the general practitioners/ G. Caplan.-

British Medical Journal; jrg.292, nr.6535, june 1986, p.1563-1566

Beschouwing over psychosociale problemen bij kinderen na echtscheiding van hun ouders en de preventie van deze problemen. De preventie dient geplaatst te worden in het kader van de algemene praktijk en de algemene concepten in de preventieve psychiatrie. Vier variabelen worden hierbij van groot belang genoemd: risicofactoren; het vermogen om om te gaan met stress; crisisperioden; psychosociale steun. Verder wordt een aantal aanbevelingen gedaan voor huisartsen die een preventie-programma voor kinderen willen opstellen; het identificeren van de risicogroep; het aanbieden van hulp; het opbouwen van een meer duurzame relatie; gesprekken; het vermijden van partijdigheid; het stimuleren van contacten met kinderen; raad geven; eventueel doorverwijzen naar psychische hulpverleners; zelf steun zoeken bij collega's. (bron: NIVEL)

Christie-Seely, J.

Preventive medicine and the family/ J. Christie-Seely.-
Canadian Family Physician; jrg.27, maart 1981, p.449-
455

Onderzoek heeft aangetoond dat er een verband bestaat tot gezinsstructuur en ziekte. Het belang van preventie op gezinsniveau bij het voorkomen van fysieke zowel als psychische klachten wordt hierbij benadrukt. Korte op preventie gerichte interviews tijdens routineconsulten zijn hierbij mogelijk wanneer de huisarts het gezin goed kent en beseft hoe het gezin functioneert. Perioden met verhoogde risico's op ziekte en gezinsproblemen doen zich voor tijdens de 'normale' verstoringen van het gebruikelijke gezinsritme, tijdens kritieke stadia van ziekte, tijdens hospitalisatie en overlijden en tijdens niet-medische crisissituaties. Gezinnen met dergelijke verhoogde risicofactoren moeten worden opgespoord. Secundaire preventie is een belangrijke taak van de huisarts; hij/zij neemt gezinsproblemen in een veel vroeger stadium waar als de psychiater of de gezins- of de huwelijkstherapeut. (bron: vert. abstract)

Cooke, M.

Women doctors in urban general practice: the patients/
M. Cooke, C. Ronalds.-
British Medical Journal; jrg.290, nr.6470, 9 maart
1985, p.753-755

Uit een onderzoek onder huisartsen in Manchester blijkt, dat vrouwelijke huisartsen meer vrouwelijke patiënten zien dan hun mannelijke collega's. Hoewel de morbiditeit die vrouwelijke en mannelijke artsen tegenkomen, ongeveer gelijk is, zien vrouwelijke, huisartsen meer vrouwen voor uitstrijkjes, anticonceptie en borstaandoeningen. Het niet beschikbaar

zijn van een vrouwelijke arts zou voor sommige vrouwen een drempel kunnen zijn voor de preventieve zorg op dit terrein. (bron: WVC)

74

Coope, J.

Hypertension in general practice: what is to be done?/
J. Coope.-

British Medical Journal; jrg.288, nr.6421, 24 maart
1984, p.880-881

Van de dikwijls bepleite opsporing en behandeling van hypertensie in de huisartspraktijk komt in de praktijk weinig terecht. De praktijkvoering is te veel gebaseerd op eenmalige consulten zonder follow-up. Een belangrijke ontwikkeling is een succesvolle training van verpleegkundigen in screening en behandeling van hoge bloeddruk. (bron: WVC)

115

David, A.K.

A study of preventive health attitudes and behaviors in a family practice setting/ A.K. David, J.S. Boldt.-

Journal of Family Practice; jrg.11, nr.1, juli 1980,
p.77-84

Preventieve gezondheidszorg wordt gezien als een essentiële taak van de huisarts. Het vermogen van de huisarts de preventieve gezondheidstoestand van een patiënt en zijn/haar gezin significant te beïnvloeden is voornamelijk afhankelijk van de houding van de patiënt ten aanzien van preventie en gezondheids(zorg)gedrag. In dit vooronderzoek worden enkele houdingen ten aanzien van preventie en het gezondheids(zorg)gedrag opgespoord, waarbij een steekproef getrokken is uit patiënten van een modelhuisartspraktijk. De onderzoekers hebben gevonden dat er significante relaties bestaan tussen de sociale positie en de vastgestelde gezondheidstoestand, houdingen ten aanzien van preventief gedrag en houdingen met betrekking tot de preventieve taken van de huisarts. Terwijl de meerderheid van de on-

derzochte populatie bereid blijkt te zijn tijd te investeren in het verkrijgen van op preventie gerichte zorg, blijkt tevens dat slechts de helft van de populatie daarbij bereid blijkt te willen betalen voor dergelijke diensten. De huisarts wordt hierbij door de respondenten gezien als de meest frequent geraadpleegde informatiebron. (bron: vert. abstract)

27

Does, E. van der

De (huis)arts als gezondheidsvoorlichter en de betekenis van de epidemiologie/ E. van der Does.-

Patient Care; jrg.13, nr.7, juli/augustus 1986, p.9-12

Voorlichting binnen het kader van de gezondheidszorg is erop gericht mensen te informeren over maatregelen die zij kunnen nemen om hun gezondheid te bevorderen of reeds opgelopen schade te beperken, vertelt over ziekten, hun oorzaken, de behandeling en de kans op genezing, laat mensen vrij om te kiezen. Gezondheidsopvoeding is bedoeld om bij individuen of groepen mensen een attitude te kweken, gericht op het ontwikkelen van een gedrag, overeenkomstig de heersende opvatting over wat gezondheid is. De betekenis van het epidemiologisch onderzoek: het ontdekken van risicofactoren en het aantonen dat de beïnvloeding daarvan leidt tot afname van de ziektefrequentie. De resultaten moeten door clinici vertaald worden naar de patiënt. (bron: expres-informatie)

116

Donovan, C.F.

Adults: practising prevention/ C.F. Donovan.-

British Medical Journal; jrg.285, nr.6342, 28 augustus/4 september 1982, p.612-614

Preventieve geneeskunde kan toegevoegd aan de curatieve geneeskunde bijdragen aan een betere kwaliteit van het leven van vele mensen. Deze veranderingen worden met name via en door volwassenen teweeg gebracht. Gegeven hun mogelijkheden kunnen huisartsen

veel doen aan GVO van volwassenen en aan het voorkomen van onnodige psychische en fysieke klachten. Voor het bereiken van belangrijke verbeteringen moeten sociale veranderingen hierbij inbegrepen zijn. Zo zijn huisvesting, werkgelegenheid, competitie, vervuiling en oorlog van invloed op de gezondheid. De huisarts heeft de verplichting als individu en via zijn lidmaatschap van beroepsverenigingen bij te dragen aan de verandering van de houdingen van volwassenen, opdat de volgende generatie een samenleving inricht, waarbij gezondheid en welvaart dezelfde prioriteit krijgen.

76

Duffy, J.E.

Factors affecting promptness of reporting in breast cancer patients/ J.E. Duffy, R.G. Owens.-

Hygie International Journal of Health Education; jrg.3, nr.3, september 1984, p.29-32

Uit een Engels onderzoek onder 50 potentiële borstkankerpatiënten blijkt, dat pogingen om zelfonderzoek van borsten te stimuleren slechts weinig succes hebben en dat zelfonderzoek niet direct samenhangt met de snelheid waarmee de arts wordt bezocht. Meer bekendheid met het bestaan van borstsparende therapie zou uitstelgedrag verminderen. (bron: WVC)

53

Eggertsen, S.C.

An updated protocol for pediatric health screening/ S.C. Eggertsen, R. Schneeweiss; J.J. Bergman.-

Journal of Family Practice; jrg.10, nr.1, januari 1980, p.25-37

Het screenen van kinderen maakt een belangrijk deel uit van de activiteiten binnen de huisartspraktijk. Een veelvoud aan protocollen bestaat voor dit doel, dit terwijl voor veel ziekten die bij een dergelijke screening betrokken worden slechts marginaal ondersteunende bewijslast in de literatuur gevonden wordt

dat de screening effectief is. In dit artikel worden 14 gebieden die doorgaans onderdeel uitmaken van een pediatrie screening nader onderzocht. Ieder van deze gebieden wordt op basis van grondig literatuuronderzoek geëvalueerd, in overeenstemming met de basis-criteria die noodzakelijk zijn om een periodieke screening te rechtvaardigen. Er worden specifieke aanbevelingen gedaan, die als praktisch en geschikt beschouwd worden bij de praktijkvoering. Deze aanbevelingen zijn samengevoegd tot protocollen zoals die tegenwoordig gebruikt worden door de University of Washington Family Medical Center. (bron: vert. abstract)

78

Es, J.C. van

Weten of niet weten?/ J.C. van Es.-

Medisch Contact; jrg.40, nr.38, 20 september 1985, p.1151

Hoofdreactioneel pleidooi voor vroege diagnostiek met gevoel voor proporties. Screening dient therapeutische consequenties te hebben en niet louter de periode van patiënt-zijn te verlengen. Beslissingen van artsen in deze bepalen in belangrijke mate de kosten van de gezondheidszorg. (bron: WVC)

117

Feen, J.A.E. van der

Van de redactie: wederom: huisarts en preventie/ J.A.E. van der Feen.-

Patient Care; jrg.13, nr.7, juli/augustus 1986, p.2-3

Inleiding van een themanummer, waarin de preventieve taakopvatting van de huisarts centraal staat. Hierbij staat een drietal vragen centraal: kan het?; moet het?; mag het?. Deze vragen worden vanuit de perspectieven primaire, secundaire en tertiaire preventie gezien.

Fleming, D.M.

An evaluation of recorded information about preventive measures in 38 practices: prevention in practice/ D.M. Fleming, M.S.T.A. Lawrence.-
Journal of the Royal College of General Practitioners; jrg.31, nr.231, oktober 1981, p.615-620

Verslag van de resultaten van een kritische beschouwing van patiëntendossiers met betrekking tot informatie over verschillende genomen preventieve maatregelen. Er zijn 8500 dossiers afkomstig uit 38 praktijken onderzocht. Bij de dataverzameling is gebruik gemaakt van een 'Practice Activity Analysis'-formulier. De uitkomsten worden op een wijze gepresenteerd die een vergelijking met eigen analyseresultaten mogelijk maakt. De centrale bevindingen zijn: er worden veel minder uitstrijkjes gemaakt bij vrouwen van boven de 50 in vergelijking met vrouwen in hun 30-er en 40-er jaren (bij 45% van de vrouwen van boven de vijftig is nooit een uitstrijkje gemaakt); van slechts 35% van de meisjes tussen de 15 en 19 jaar is bekend dat zij ingeënt zijn tegen rode hond; slechts 14% van de volwassenen tussen 20 en 40 jaar is gefimmuniseerd tegen polio; van de mannen in hun 40-er jaren maakt het dossier in 47% van de gevallen melding van het opnemen van de bloeddruk in de afgelopen 10 jaar; in slechts 23% van de dossiers staat informatie over het rookgedrag. (bron: vert. summary)

Fowler, G.

The challenge of prevention/ G. Fowler.-
The Practitioner; jrg.228, nr.1398, december 1984, p.1143-1147

De curatieve gezondheidszorg heeft een hoge vlucht genomen tijdens de twintigste eeuw. Een en ander vindt nu zijn weerslag op de preventieve gezondheidszorg. De redenen waarom met name de huisarts

geschikt is voor het uitvoeren van preventieve taken, zoals het bezweren van infectieuze ziekten, hart- en vaatstoornissen, rook-, voedings-, bewegings- en drinkgedrag, worden hier besproken. (bron: vert. abstract)

120

Fowler, G.

What does it mean?: practising prevention/ G. Fowler.-
British Medical Journal; jrg.284, nr.6320, 27 maart
1982, p.945-946

De traditionele opvattingen over de taken van de huisarts veranderen. Naast het bestrijden van symptomen gaat de arts en de huisarts in het bijzonder zich steeds meer richten op het voorkomen van ziekte. De huisartspraktijk is hierbij van essentieel belang omdat nagenoeg iedereen bij een huisartspraktijk staat ingeschreven en omdat tweederde van de ingeschreven patiënten de huisarts een of meer keer per jaar bezoekt. Er wordt ingegaan op de inhoud en betekenis van de primaire, secundaire en tertiaire preventie. Screening wordt hierbij gelijk gesteld met secundaire preventie, waarbij er spanning bestaat tussen het uitgangspunt dat er meer screening plaats moet vinden en de opvatting dat de betekenis van screening als preventief middel nauwelijks onderbouwd is. Er wordt hier gesteld dat voor screening aan een aantal criteria moet zijn voldaan. Daarnaast wordt ingegaan op de ethische aspecten verbonden aan screening en de plaats en betekenis van GVO als preventiemogelijkheid. De huisarts speelt binnen het geheel een centrale rol; hij/zij is het meest bereikbaar, de huisarts heeft het meeste contact met degenen die behoefte hebben aan preventieve zorg, door de huisarts gegeven adviezen worden op basis van zijn/haar gezag en vertrouwen als belangrijk ervaren, de continuïteit van de huisarts-patiënt relatie is zowel vanuit preventief als curatief oogpunt essentieel.

Fowler, G.

Dietary advice: practising prevention/ G. Fowler.-
British Medical Journal; jrg.285, nr.6351, 6 november
1982, p.1321-1323

Artikel waarin de relatie tussen dieet en ziekte centraal staat. Het gaat hier om concrete dieetadviezen als preventief middel. De conclusies met betrekking tot een dergelijk dieet luiden: er dient een eenvoudige gestandaardiseerde benadering te komen; het belangrijkste doel van het dieet is het voorkomen van obesitas: de inname van energie dient afgestemd te zijn op het ideale lichaamsgewicht; de gemiddelde inname van suiker dient gehalveerd te worden; de inname van vetten dient met 30% gereduceerd te worden, waarbij verzadigde vetzuren zoveel mogelijk vermeden dienen te worden; de inname van vezelstoffen moet verhoogd worden tot 30 gram; het gebruik van zout dient gehalveerd te worden; het gebruik van alcohol dient zich te beperken tot 2 glazen per dag.

Freer, Ch.B.

Geriatric screening: a reappraisal of preventive strategies in the care of the elderly/ Ch.B. Freer.-
Journal of the Royal College of General Practitioners;
jrg.35, nr.275, june 1985, p.288-290

In een beschouwend overzicht wordt ingegaan op het belang van preventieve en anticiperende zorg voor oudere patiënten. De problemen van verschillende methoden van screening worden besproken. Meer aandacht tijdens routine consultaties voor het functioneren in de eigen omgeving kan de (sociaal-economische) gevolgen van gezondheidsproblemen bij genoemde groep verminderen. Daarnaast is educatie van patiënten en zorgverleners nodig teneinde de zelfzorg van ouderen te stimuleren en kwalitatief te verbeteren. (bron: NIVEL)

123

Fry, J.

Checking on the elderly: why should we bother?/ J. Fry.-

Update; jrg.29, nr.12, december 1984, p.1029-1030

Fry zet een vraagteken bij de effectiviteit van het zo kostbare screenen. Gegevens uit een onderzoek van M. Clarcke e.a. wijzen erop dat ouderen minder problemen hebben dan wordt voorondersteld. Het probleem bij het meten van problemen van sociaal-medische aard is dat men geen omschrijving van "normaal" heeft. De metingen hebben vaak een subjectief karakter en zijn meer gerelateerd aan sociale dan aan medische factoren. Een koude, technische kosten-batenanalyse is bijzonder moeilijk op dit zo emotioneel geladen terrein. (bron: NIVEL)

124

Gill, K.

Preventieve mogelijkheden rond de zwangerschap: tussen primaire en secundaire preventie/ K. Gill.-

Patient Care; jrg.13, nr.7, juli/augustus 1986, p.16-18

Preventie rond zwangerschap: op de preconceptionele preventie, waarbij ook het genetisch gesprek ter sprake komt, volgt de prenatale preventie. Hiertoe behoort periodiek onderzoek als ook het prenatale onderzoek naar aangeboren afwijkingen. Het is wenselijk dat bij deze zorg goede samenwerking tot stand komt tussen huisartsen, verloskundigen en gynaecologen. De aanstaande moeder dient op evenwichtige wijze gebruik te kunnen maken van de (technologische) vorderingen van de geneeskunde. Wetenschappelijk onderzoek door de huisarts en deelname aan Landelijke Verloskundige Registratie is noodzakelijk. (bron: expres-informatie)

98

Godwin, S.

The health visitor and prevention: practising prevention/ S. Godwin.-

British Medical Journal; jrg.284, nr.6336, 17 juli 1982, p.182-183

Het beroep van 'health visitor' is ontstaan vanuit de omvangrijke kindersterfte en -morbiditeit; de centrale taak preventie is hierbij opgedeeld in: preventie van mentale, fysieke en emotionele klachten; de vroegtijdige opsporing; het herkennen en opsporen van behoeften aan zorg; GVO; preventieve zorg op de verschillende niveaus. Waar de aandacht traditioneel op kinderen is gericht, zal de 'health visitor' taken van de huisarts kunnen overnemen bij de preventieve zorg voor ouderen. Als gevolg van de work-load kan hij niet iedereen regelmatig screenen. Dit probleem kan ondervangen worden door het voorlichten van specifieke risicogroepen in groepsverband.

79

Goulston, K.

Colorectal cancer: a plea for early diagnosis/ K. Goulston, O. Dent.-

Australian Family Physician; jrg.10, nr.9, september 1981, p.697-703

Kanker van het colon vormt een belangrijke oorzaak van morbiditeit en mortaliteit in Australië. In 1981 kunnen ongeveer 5000 nieuwe gevallen worden verwacht en zullen 3500 mensen aan de ziekte sterven. In bijna tweederde van de gevallen waarbij met behulp van de traditionele methoden deze vorm van kanker wordt gediagnostiseerd, blijkt de ziekte zich tot voorbij darmwand te hebben uitgebreid. Slechts 15 tot 20% van de kankers zijn bij rectaal onderzoek palpabel. Een verhoogd risico hebben personen die familie zijn in de eerste graad van individuen met deze vorm van kanker, personen met polyposis coli, met adenomas in het colon en al degenen, die reeds eerder voor deze vorm van kanker behandeld zijn. Massale screening op dit type kanker moet niet worden voortgezet met uitzondering van de screening zoals die past in het bestaande onderzoeksprogramma.

Haerter, G.

Frühererkennung in der täglichen Praxis/ G. Haerter.-
Allgemeinmedizin International/General Practice Inter-
national; jrg.11, nr.3, 1982, p.114-117

De huisarts is bij uitstek geschikt voor het uitvoeren van programmatische preventieve taken en wel om de volgende redenen: hij leeft in de omgeving en in hetzelfde milieu als zijn patiënten (er bestaan geen grote afstanden); hij heeft kennis van de ziektegeschiedenis van zijn patiënten; hij heeft een regelmatig en een continu contact met zijn patiënten; omdat de patiënt bij dit type preventie van poliklinische faciliteiten gebruik maakt, wordt er door de patiënt minder gebruik gemaakt van medische voorzieningen (er is sprake van minder afstand en minder vervreemding). Deze factoren blijken eveneens belangrijk bij de vroegtijdige opsporing van kanker bij mannen en vrouwen. Tenminste 3% van de patiënten die de huisarts bezoeken heeft een of andere tumor. De ongewijzigde sombere prognose, dat slechts 40% van deze tumorpatiënten herstelt is evenwel niet verbeterd ondanks tien jaar ervaring met geprogrammeerde preventie. (bron: vert. abstract)

Hart, J.T.

Still nobody's business?: prevention of coronary disease through primary care/ J.T. Hart.-
The Practitioner; jrg.228; nr.1387, januari 1984, p.41-50

Effectieve preventieve activiteiten binnen de huisartspraktijk vereisen een gedragsverandering bij de huisarts en bij de eventuele staf van een gezondheidscentrum. Deze attitudeveranderingen zijn tweeledig: alvorens effectief te reageren op de door de patiënt genoemde symptomen moet er actief gezocht worden naar zorgbehoeften die door de patiënt over het algemeen niet zelf worden waargenomen; de gerichtheid op ziekten moet worden verlaten ten gunste

van het zoeken naar risicofactoren, waarbij de arts het meeste wat hij/zij geleerd heeft over boord moet zetten. (bron: vert. abstract)

29

Heine, E.J.H. ter

Borstzelfonderzoek in een plattelandsgemeente/ E.J.H. ter Heine, G.G. van Ewijk, J.L. Westhoek.-
Tijdschrift Kanker; jrg.9, nr.3, juni 1985, p.9-10

Slechts 45% van de vrouwen in de leeftijdscategorie 30-60 jaar uit een plattelands huisartspraktijk, die door hun huisarts werden gestimuleerd hun borsten zelf te onderzoeken, deed dat ook werkelijk. Geconcludeerd wordt dat de voorlichting selectiever moet gaan worden door de veranderingsbereidheid te bepalen en daarop in te spelen. (bron: WVC)

126

Herbert, C.P.

A study of health maintenance protocols in family practice/ C.P. Herbert, D. Moore.-
Canadian Family Physician; jrg.31, januari 1985, p.47-48, 51-52, 54

Een aantal gecodeerde protocollen gericht op het handhaven van de gezondheid is geïntroduceerd in een gezondheidscentrum. Hierbij zijn de protocollen gericht op vier leeftijdscategorieën. Er is een pilot-studie uitgevoerd die zich heeft gericht op de leeftijdscategorie tussen 16 en 49 jaar. In de medische dossiers voor de invoering van de protocollen wordt meer dan 50% minder melding gemaakt van in de protocollen genoemde screeningsactiviteiten met uitzondering van het meten van de bloeddruk, stressbestendigheid en seksualiteit en anticonceptie. Na een jaar blijkt het niet mogelijk veranderingen in de registratie van screeningsactiviteiten op een betrouwbare wijze vast te stellen als gevolg van de korte onderzoeksperiode en ingrijpende wijzigingen die in de onderzoeksperiode toevallig plaats hebben

gevonden. Volgende onderzoeken zullen stabiele solo-praktijken als onderzoeksobject dienen te nemen, waarbij de veranderingen over een veel langere periode onderzocht dienen te worden. (bron: vert. abstract)

127

Hilditch, J.R.

Problems with hypertension detection in family practice/ J.R. Hilditch.-

Canadian Family Physician; jrg.31, februari 1985, p.313-316

De huisartspraktijk is de plaats waar bij voorkeur de opsporing van gevallen van hypertensie dient plaats te vinden. Hierbij kan zich een aantal problemen voordoen die de opsporing van hypertensie in de weg staan. Er circuleren verschillende berichten met betrekking tot de bloeddruk-niveau's die verwijzen naar hypertensie en die tot behandeling ervan moeten leiden. Wanneer uitgegaan wordt van de natuurlijke geschiedenis van hypertensie, lijkt het meten van de bloeddruk om de twee jaar de aangewezen weg. De probleem-oplossende benadering van patiënten is een andere factor die de opsporing van hypertensie bemoeilijkt. Bepaalde organisatorische aspecten in de huisartspraktijk zijn bij het meten van de bloeddruk belangrijk. De hier gemeten bloeddruk kan mogelijk niet de werkelijke bloeddruk weergeven. Dit probleem kan ondervangen worden door de bloeddruk thuis te meten. Tenslotte dienen de technieken waarmee de bloeddruk vastgesteld wordt met de nodige omzichtigheid benaderd te worden. (bron: vert. abstract)

54

Hitchings, R.A.

Screening for glaucoma/ R.A. Hitchings.-

British Medical Journal; jrg.292, nr.6519, 22 februari 1986, p.505-506

Pleidooi voor screening van risicogroepen op glaucoom door de huisarts. (bron: WVC)

31

Interim

Interim-advies inzake hypertensie: uitgebracht door een commissie van de gezondheidsraad.- Rijswijk: s.n., 1978
R 646

Advies met betrekking tot het beleid ten aanzien van hypertensie. Geconstateerd wordt dat hypertensie geen nosologische eenheid is: in ongeveer 10% van de gevallen is hypertensie het gevolg van een primaire aanwijsbare afwijking. Er worden normen aanbevolen om te komen tot een gestandaardiseerde meting van hypertensie. Er wordt ingegaan op de betekenis van hypertensie als risicofactor voor hart- en vaatziekten en op de behandeling van hypertensie. Met name wordt ingegaan op de belangrijke rol die de huisarts speelt bij de diagnostiek en behandeling ervan, de betekenis van leefregels en de behandeling met medicijnen, waarbij aandacht geschonken wordt aan de negatieve effecten van medicatie. Geconcludeerd wordt dat hypertensie een afwijking is die bij uitsteking in aanmerking komt voor tijdige opsporing op grote schaal. Deze tijdige opsporing ligt in de eerste plaats op de weg van de huisarts. Het onderzoek naar hypertensie dient zich te richten op de coöperatie tussen arts en patiënt, het gezondheidsgedrag van de bevolking (zoutgebruik) en de invloed van stress bij het ontstaan van hypertensie.

128

Jungfer, C.

Prevention: an attitude of mind/ C. Jungfer.-
Australian Family Physician; jrg.8, nr.3, maart 1979,
p.219-221; themanummer 'Prevention: an attitude of
mind'

Preventie neemt binnen de gezondheidszorg een steeds meer belangrijke plaats in; het dient een essentieel onderdeel uit te maken van de dagelijkse routines

binnen de huisartspraktijk. De vier belangrijkste taken hierbij zijn: het stellen van preciese diagnoses, als een vorm van secundaire preventie; het verzorgen van een uitgebalanceerde therapie, waarbij de behandeling, via het bestrijden van symptomen en via het bestrijden van ziekten, zich steeds meer richt op het verzorgen van de bevolking; de aandacht voor sociale en psychosociale factoren; preventie op het niveau van het individu en het gezin. Dit vereist van de huisarts dat hij samenwerkt met zijn patiënten en andere hulpverleners. De onderliggende principes zijn: het voorkomen van allerlei handicaps in alle leeftijdsgroepen; voor een optimale benutting van de mogelijkheden, dient de huisarts taken te kunnen delegeren; de huisarts dient vrijwilligers en verwanten voor te lichten over de behandeling van specifieke patiënten. Bovengenoemde zorg kan in een organisatorische context van een gezondheidszorgteam, dat in drie echelons verdeeld is, worden gerealiseerd: een eerste echelon, waarbinnen de huisarts samen met een wijkverpleegkundige met een meer uitgebreid takenpakket de thuiszorg voor zijn rekening neemt; een tweede echelon waarbij de huisarts samen met fysiotherapeuten, arbeidstherapeuten en maatschappelijk werkers strategieën ontwikkelt; het derde echelon waarbinnen de huisarts samenwerkt met een grote diversiteit aan disciplines.

129

Junghanns, G.

Praevention: Aufgabe des Hausarztes/ G. Junghanns.-
Allgemeinmedizin International/General Practice International; jrg.11, nr.3, 1982, p.100-103

Preventie is geen toegevoegde taak in het verlengde van de therapeutische zorg maar maakt een gefinte-greerd deel uit van het werk van de huisarts. Primaire, secundaire en tertiaire preventie worden gedefinieerd en toegelicht aan de hand van consulten

en visites. Het is eenvoudig een patiënt te stimuleren bij tertiaire preventie, voor secundaire preventie ligt dit minder eenvoudig. De primaire preventie ligt slechts gedeeltelijk binnen het bereik van de huisarts. Iedere dokter propageert een gezondere omgeving. Hierbij dient hij het voorbeeld van een gezonde leefwijze met inbegrip van psychosociale hygiëne te zijn. De patiënt moet ondubbelzinnig gestimuleerd worden tot overname en eventueel handhaven van dit gedrag. (bron: vert. abstract)

130

Kaptein, A.A.

Preventieve mogelijkheden bij CARA/ A.A. Kaptein.-
Patient Care; jrg.13, nr.7, juli/augustus 1986, p.41-45

Preventie bij astma: primaire preventie is niet mogelijk. Bij secundaire preventie kan de huisarts door adequate diagnostiek, gerichte medicamenteuze therapie en goede patiëntenvoorlichting een belangrijke rol spelen. Preventie bij chronische luchtwegobstructie; primaire preventie bestaat uit het stoppen met roken. Ook bij secundaire preventie staat staken van roken op de eerste plaats. Ook griep-vaccinatie, goede medicatie, goede begeleiding door de huisarts zijn bij chronische luchtwegobstructies van groot belang. De longrevalidatieprogramma's zullen in ons land belangrijker worden. (bron: expres-informatie)

131

Kerkhoff, A.H.M.

De rolverdeling tussen huisarts en overheid: primaire preventie (voorkomen dat ziekten ontstaan, voorlichting)/ A.H.M. Kerkhoff.-

Patient Care; jrg.13, nr.7, juli/augustus 1986, p.5-8

Rolverdeling bij GVO: de huisarts moet zich niet bedienen van de methoden, die de overheid volgt bij het streven naar verbetering van de volksgezondheid. De arts moet blijven die hij is: de medicus die in de eerste plaats de gezondheid en het belang van het

individue beschermt. Als hij daarbij een goed tegen-
spel aan de overheid biedt, lijkt zowel de ge-
zondheid van de bevolking als die van het individu
het best gediend. (bron: expres-informatie)

132

Knottnerus, J.A.

Periodiek geneeskundig onderzoek bij volwassenen/ J.A.
Knottnerus.-

Patient Care; jrg.13, nr.7, juli/augustus 1986, p.22-25

Algemeen periodiek onderzoek bij volwassenen: in dit
stadium lijkt een dergelijk onderzoek ongegrond. Ten
aanzien van bepaalde aandoeningen is een anticipe-
rende benadering zinvol. Voor hoogbejaarden is een
meer actieve bewaking aan te bevelen. (bron: expres-
informatie)

133

Lamberts, H.

Huisarts, patiënt en check-up: een onaantrekkelijke
trias/ H. Lamberts.-

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; jrg.129,
nr.49, 7 december 1985, p.2349-2353

Kritische beschouwing over de zin van een algemeen
onderzoek door de huisarts op verzoek van een pa-
tiënt zonder klachten. Ingegaan wordt op de waarde
van dergelijk onderzoek voor preventie. (bron: WVC)

90

Lamberts, H.

Met welke klachten over de geslachtsorganen komen vrou-
wen bij de huisarts?/ H. Lamberts, S. Meads, M. Wood.-
Huisarts en Wetenschap; jrg.27, nr.11, november 1984,
p.418-420; themanummer 'Secundaire preventie van cer-
vix- en mammacarcinoom'

De veldstudie met de Reason For Encounter Classifi-
cation, uitgevoerd door bovengenoemde auteurs, bevat
ook informatie met betrekking tot de klachten over
de geslachtsorganen waarmee vrouwen op het

spreekuur komen. In deze bijdrage komen twee vragen aan de orde: om welke klachten gaat het hier, en welke verschillen zijn er in de manier waarop vrouwen in de verschillende landen met dit soort problemen bij de huisarts komen? Het beschikbare materiaal bevat geen aanwijzingen dat de anticiperende huisarts op voorhand rekening moet houden met sterke weerstanden. Niettemin zal ook hier eerst vastgesteld moeten worden, of de patiënt werkelijk beter af is met een preventieve aanpak. Indien dat inderdaad het geval blijkt, is de huisarts de eerst aangewezen om ook bij mamma- cervixcarcinomen anticiperend op te treden. (bron: abstract)

57

Lessne, S.H.

Screening morbidity: prevention's "Catch-22"/ S.H. Lessne.-

Journal of Family Practice; jrg.14, nr.4, april 1982, p.789-790

Binnen de huisartsgeneeskunde wordt het begrip preventie onderverdeeld in drie niveaus: primaire preventie, het voorkomen van ziekte; secundaire preventie, het behandelen van ziekte gericht op curatie; tertiaire preventie, het behandelen van een ziekte gericht op het wegnemen van de ongemakken die de ziekte veroorzaakt. In Canada hebben jaarlijkse bevolkingsonderzoeken en screeningsprogramma's plaats gemaakt voor een meer selectieve benadering van specifieke risicogroepen. Bevolkingsonderzoeken blijken duur en niet of nauwelijks van invloed op mortaliteits- en morbiditeitscijfers. Een probleem hierbij is dat met behulp van gerichte screening wel patiënten met een verhoogd risico kunnen worden opgespoord maar dat er voor deze mensen geen preventieve methoden en/of adequate behandelingen voor handen zijn. Daarnaast kan screening zelf verhoogde risico's impliceren bijvoorbeeld door het gebruiken van straling en het veroorzaken van ongerustheid. Ook het screenen door de huisarts bijvoorbeeld op bepaalde vormen van kanker is als gevolg van de

geringe betrouwbaarheid van de tests niet zonder risico als gevolg waarvan de arts-patiënt relatie geschaad kan worden. Dit betekent niet dat primaire preventie terzijde geschoven moet worden; de huisarts dient het screeningsonderzoek goed te begeleiden met name bij asymptomatische patiënten en dient de patiënten van goede voorlichting te voorzien. Zo uitgevoerd is preventie een belangrijk aspect van de zorgverlening.

134

Linn, J.T.B.

Practising prevention for the elderly: the doctor-nurse team in general practice/ J.T.B. Linn.-

Australian Family Physician; jrg.8, nr.3, maart 1979, p.305-313; themanummer 'Prevention: An attitude of mind'

Het aantal ouderen met chronische ziekten in Australië neemt toe, hierdoor is het bij de planning van de gezondheidszorg nodig de bestaande voorzieningen nader te beschouwen. Het toevoegen van een verpleegkundige aan de huisarts is een manier om de kwaliteit van de zorg voor 'risico-groepen' te verbeteren. De verpleegkundige dient hierbij bereid te zijn een veelvoud aan taken op zich te nemen en te registreren. Zij dient ervaring te hebben met betrekking tot de huishouding en gezinsaanleg en zich aan te kunnen passen aan bejaarden. Hierbij is haar rol complementair met die van de arts. Haar bemoeienis met patiënten geeft de arts de gelegenheid zijn specifieke vaardigheden beter te benutten. Zijn inspanningen nemen hierbij niet af, maar zullen effectiever zijn door de versterking en stimulering door de verpleegkundige. Continue zorg wordt een realiseerbaar alternatief, waarbij preventie niet langer gedomineerd wordt door de curatieve zorg. Huisartsen dienen te anticiperen op een toenemend aantal chronische patiënten. Preventieve maatregelen die genomen worden zijn alleen maar effectief als deze in de tijd worden volgehouden. Dergelijke maatregelen hebben veelal betrekking op persoonlijke

aspecten uit het dagelijks leven, die door de verpleegkundige kunnen worden bepaald, waarbij beslissingen in overleg met de arts genomen worden. De verpleegkundige is hiervoor bij uitstek geschikt door haar informele relaties en haar brede observatiemogelijkheden, die van onschatbare waarde zijn voor de arts bij de behandeling van chronische patiënten. De toekomstige kwaliteit van de zorg is hierbij in grote mate afhankelijk van de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde. Vanuit de behoefte aan onafhankelijkheid en gezondheid vormt preventie een uitdaging.

9

Londen, J. van

Het belang van preventie in de sociale gezondheidszorg: ANVSG-LVSG; werkcongres preventie; 16 november 1984 te Utrecht/ J. van Londen.-

Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; jrg.63, nr.12, 12 juni 1985, p.490-491

Preventieve activiteiten kunnen worden onderverdeeld in collectieve en individuele preventieve zorg. Onder de collectieve preventie vallen de gezondheidsbescherming, de basisgezondheidszorg en de bedrijfsgezondheidszorg, waarbij de overheid de prioriteit legt bij de gezondheidsbescherming. Internationaal is het doel van preventie niet zozeer het verlengen van de levensduur alswel het verhogen van de kwaliteit van het leven. Binnen de GGZ ligt het accent op deze laatste doelstelling. Ook binnen de huisartsgeneeskunde is een op preventie gericht beleid ontwikkeld. De huisarts kan als vertegenwoordiger van de curatieve zorg worden ingezet bij preventieve programma's; screening e.d. Het op grootschalige wijze opsporen van risicogroepen voor hartziekten lijkt gehoord de gezondheidsraad economisch niet verantwoord. Er is epidemiologisch en sociaal-wetenschappelijk onderzoek nodig voor het traceren van risicogroepen. Daarnaast dient een infrastructuur ontwikkeld te worden van waaruit preventieve activiteiten kunnen worden opgezet.

Mandel, I.

Improving physician compliance with preventive medicine guidelines: communications/ I. Mandel, P. Franks, J. Dickinson.-

Journal of Family Practice; jrg.21, nr.3, september 1985, p.223-224

Verslag van een tweetal onderzoeken. In het eerste onderzoek is de invloed van op feedback gerichte nascholing op de medische dossiers waarvoor geen feedback is gegeven door 'monitoring' onderzocht en gemeten. Het resultaat van dit onderzoek is dat niet aangetoond is kunnen worden dat nascholing tot een meer op preventie gericht medisch gedrag leidt. De tweede studie heeft betrekking op de invloed van de directe controle van door verpleegsters ingevulde patiëntenkaarten. Hierbij is op basis van onvolledigheden in deze patiëntenkaarten, voordat er informatie over specifieke preventieve handelingen is verstrekt, een check-lijst opgesteld. Deze is aan de oorspronkelijke kaart bevestigd om de verpleegster de gelegenheid te geven deze te bekijken. Na twaalf maanden zijn ad random patiëntenkaarten van de populatie volwassenen die in de afgelopen twaalf maanden voor een consult geweest zijn, onderzocht, zodat de compliantie van artsen met deze preventieve activiteiten vastgesteld kon worden. De resultaten van de interventie blijken bemoedigend met name voor die gedragingen die makkelijk uitgevoerd kunnen worden zonder de structuur van het consult te veranderen.

Marsh., G.N.

Deprivation and health in one general practice: practice research/ G.N. Marsh, D.M. Channing.-

British Medical Journal; jrg.292, nr.6529, 3 may 1986, p.1173-1176

Eind 1984 heeft een gedetailleerde vergelijking plaatsgevonden van 587 gematchte paren patiënten van aan elkaar grenzende woongebieden, waarvan de ene

wijk arm en de andere wijk relatief rijk is. Beide gebieden worden door hetzelfde gezondheidscentrum bediend. De morbiditeitscijfers zijn voor de arme wijk duidelijk hoger: drie maal zoveel geestelijke klachten, 60% meer ziekenhuisopnames en 75% meer ongeregelde visites. In tegenstelling hiermee, loopt de preventieve gezondheidszorg hier achter, met name het immuniseren van kinderen en het screenen op cervix-kanker bij oudere vrouwen. Het hogere geboortecijfer binnen de gedepriveerde groep, draagt bij aan een slechte gezondheid door de overbevolking en de armoede te verhogen, geeft aan dat geboorteregeling op dit moment het meest noodzakelijk is. Er is nu een aantal praktische maatregelen van kracht om de preventie binnen deze gemeenschap te verbeteren. (bron: vert. abstract)

36

Marwick, C.

Campaign seeks to increase US 'cholesterol consciousness'/ C. Marwick.-

Journal of the American Medical Association; jrg.255, nr.9, 7 maart 1986, p.1097-1102

In de Verenigde Staten wordt een belangrijke campagne gestart om het publiek en de medische professie te wijzen op de gevaren van te hoge cholesterolspiegels. Hierdoor zal de vraag naar het meten van cholesterolspiegels toenemen en de artsen worden voorbereid om op adequate wijze aan deze vraag te kunnen voldoen. (bron: WVC)

137

Mechelen, M. van

Voorkomen is beter dan genezen: het hoe en waarom van een preventief geneeskundig onderzoek voor de derde leeftijd/ M. van Mechelen, A. Lathouwer.-

Kontakt; jrg.6, nr.21, september 1984, p.2-6

Uit sociologisch onderzoek blijkt vooreerst dat de gezondheidstoestand van bejaarden in sterke mate bepalend is voor de graad van levensvoldoening.

Bovendien is het belangrijk wat bejaarden zelf van hun gezondheidstoestand vinden. Ervaren ze die als positief dan hebben ze meer kans een hogere score te halen op de schaal voor levensvoldoening. Het ouder worden brengt grotere risico's mee voor de gezondheid, wat evenwel niet wil zeggen dat oud worden gelijk staat met ziek worden. Verder constateren eerstelijns werkers dat bij bejaarden een grote behoefte bestaat aan informatie over de gezondheid. Meer informatie zou ook de positie van de bejaarde tegenover de huisarts verbeteren, want nu stelt men vast dat veel bejaarden weinig durven vragen of zeggen aan hun huisarts. Zij blijven met vragen of met "kleine kwaaltjes" zitten tot het onhoudbaar wordt: oorstoppen, kortademigheid, eelt, dikwijls moeten opstaan 's nachts enz. Toch kunnen deze klachten belangrijke aanduidingen zijn voor de huisarts om tijdig een ziekte op te sporen. Een groot aantal bejaarden laat zich tenslotte wel regelmatig onderzoeken door de huisarts, ook al zijn ze niet ziek. Spijtig genoeg beperkt dit onderzoek zich nogal eens tot een vijf minuten durend controlebezoek, waarbij de huisarts van tevoren weet wat hij bij die bejaarde zal onderzoeken: bloeddruk, hartslag, hernieuwing van medicatie. Nieuwe zaken worden gewoonlijk niet onderzocht. (bron: NIVEL)

91

Meijman, F.

Twaalf jaar cervixcytologie in drie Amsterdamse huisartspraktijken: een retrospectief onderzoek naar de doeltreffendheid van een actief en een passief opsporingsbeleid/ F. Meijman.-

Huisarts en Wetenschap; jrg.27, nr.11, november 1984, p.372-378,391; themanummer 'Secundaire preventie van cervix- en mammacarcinoom'

In drie huisartspraktijken werd onderzocht, welke invloed de -actieve dan wel passieve- benadering van de huisarts heeft op de doeltreffendheid van de opsporing van cervixcarcinoom. Daartoe werd het bereik en het vervolg van de in de jaren 1972-1983

bij in totaal 2357 vrouwen verrichte cervixcytologie retrospectief geanalyseerd. De belangrijkste conclusie van het onderzoek luidt, dat de doeltreffendheid van de opsporing door een actief beleid geoptimaliseerd kan worden, maar dat zo'n beleid op zichzelf daar nog geen garantie voor vormt. Daarnaast blijkt de incidentie van afwijkende cervixcytologie per praktijk sterk te variëren. (bron: abstract)

138

Meijman, F.

Cervixcytologie via een actieve benadering: een prospectief vervolgonderzoek naar doeltreffendheid in een huisartspraktijk/ F. Meijman.-

Huisarts en Wetenschap; jrg.29, no.11, november 1986, p.336-338

Twee jaar geleden werd in drie Amsterdamse huisartspraktijken retrospectief onderzocht welke invloed de benadering (actief of passief) van de huisarts heeft op de doeltreffendheid van de opsporing van cervixcarcinoom. In een van deze praktijken heeft daarna een prospectief vervolgonderzoek plaatsgevonden. Het uiteindelijke bereik van een aanvankelijk passieve gedurende de laatste twee jaar actieve benadering kan een vergelijking met onderzoeken in en buiten de huisartspraktijk goed doorstaan. Anderzijds maakt dit onderzoek eens te meer duidelijk dat een actieve benadering bij cervixcytologie in een huisartspraktijk nog geen doeltreffendheid garandeert. (bron: abstract)

82

Melker, R.A. de

Anticiperende geneeskunde/ R.A. de Melker.-

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; jrg.128, nr.20, 19 mei 1984, p.950-954

Anticiperende geneeskunde is een vorm van preventieve geneeskunde, die zich richt op de vroege diagnostiek bij risicogroepen en het inbouwen van preventieve activiteiten in de normale praktijkvoering van de huisarts. Anticiperende geneeskunde heeft voordelen boven bevolkingsonderzoek, waarvan de effectiviteit en de kosten ter discussie staan. Anticipatie door de huisarts is zinvol ter preventie van bijvoorbeeld borstkanker, cervixcarcinoom, longkanker, coloncarcinoom en hart- en vaatziekten. (bron: WVC)

38

Meyboom-de Jong, B.

Borstzelfonderzoek/ B. Meyboom-de Jong, W.A. van Veen.- Huisarts en Wetenschap; jrg.12, nr.11, november 1984, p.421-426; themanummer 'Secundaire preventie van cervix- en mammacarcinoom'

Verslag van een literatuuronderzoek naar borstzelfonderzoek met als centrale vragen: wat is de frequentie en kwaliteit?; welke individuele kenmerken zijn van invloed op borstzelfonderzoek?; wat zijn de voordelen en beperkingen van de methode?; wat is het effect van voorlichting?; welke rol kan de huisarts spelen?; wat is de effectiviteit van borstzelfonderzoek?; welke 'kosten' brengt de methode met zich mee? De conclusies zijn: slechts een op de drie vrouwen doet maandelijks aan borstzelfonderzoek; van elke tien vrouwen voert slechts een vrouw het onderzoek correct uit met een maandelijkse frequentie; jongere vrouwen doen meer aan borstzelfonderzoek; het onderzoek kan onbeperkt herhaald worden; angst leidt vaak tot borstzelfonderzoek, het onderzoeken leidt zelden tot angst; met behulp van voorlichting kan een grotere groep vrouwen gemotiveerd worden; huisartsen beschouwen het zelfonderzoek als positief, waarbij een discrepantie optreedt tussen hun mening en hun feitelijk gedrag; vrouwen kennen de huisarts bij voorlichting een belangrijke rol toe; de huisarts kan een positieve invloed hebben op de frequentie en kwaliteit van het zelfonderzoek; de

huisarts beperkt het door hem uitgevoerde borstonderzoek veelal tot vrouwen die komen met borstklachten, anticonceptie of een uitstrijkje, waarbij de belangrijkste risicogroep gemist wordt: oudere vrouwen; een gunstig effect van zelfonderzoek op morbiditeit en mortaliteit is nog niet aangetoond; de kosten bij zelfonderzoek beperken zich niet tot voorlichting.

139

Muir Gray, J.A.

In old age: practising prevention/ J.A. Muir Gray.-
British Medical Journal; jrg.285, nr.6341, 21 augustus
1982, p.545-547

Artikel over de doelstellingen van de preventie specifiek gericht op ouderen. Het gaat er niet zozeer om de levensduur uit te breiden alswel het handhaven van een bepaalde kwaliteit van het leven van de oudere. Naast secundaire preventie van ouderdomskwalen, dient een slechte lichamelijke conditie voorkomen te worden. Daarnaast dient een aantal sociale problemen voorkomen te worden zoals armoede, huisvestingsproblemen en vereenzaming. Vanuit de onmogelijkheid de gehele populatie ouderen te screenen zal het consult van de patiënt of een verwant voor dit doel gebruikt moeten worden. Het contact kan hier zowel in de praktijk als bij de patiënt thuis plaatsvinden, waarbij een regelmatig huisbezoek van essentieel belang is voor de arts-patiënt relatie. Om redenen van werkbelasting dient binnen de eerstelijns de taakverdeling tussen wijkverpleegkundigen en andere disciplines goed georganiseerd te zijn.

140

Oliver, M.F.

Coronary heart disease: intervening in those at high risk/ M.F. Oliver.-
The Practitioner; jrg.228, nr.1387, januari 1984, p.29-38

De preventie van coronaire arteriosclerose en van coronaire hartziekte brengt verschillende problemen met zich mee wat betreft de te ontwikkelen strategieën en de maatregelen die genomen en geïmplementeerd moeten worden. Vanuit het gegeven dat er slechts een zwak verband bestaat tussen de standaard risicofactoren en hartziekten, wekt het nauwelijks verbazing dat de resultaten van interventie-experimenten, waarbij van de verschillende risicofactoren gebruik gemaakt is, niet tot definitieve conclusies leiden. Screening gericht op het opsporen van risicogroepen, in het bijzonder binnen gezinnen waarvan bekend is dat er meer dan gemiddeld hartziekten voorkomen, is praktisch mogelijk en dient aangemoedigd te worden. Meer inspanningen dienen gericht te zijn op interventies bij diegenen die de hoogste risico's lopen. (bron: vert. abstract)

141

Page, C.

Five preventive activities carried out during general practice consultations: practice research/ C. Page.- British Medical Journal; jrg.286, nr.6380, 4 juni 1983, p.1787-1788

Er wordt steeds meer nadruk gelegd op preventieve geneeskunde binnen de huisartspraktijk. De auteur onderzoekt op basis van eigen ervaring of het mogelijk is onder druk van de normale consulten een vijftal preventieve taken uit te voeren en de effecten van deze activiteiten op een specifieke categorie, vrouwen tussen de 17 en 30 jaar, te onderzoeken. Ad random en met een verhouding van 1 op 3 is een steekproef in deze categorie getrokken. De preventieve activiteiten zijn: het meten van de bloeddruk; het maken van een uitstrijkje; gegevens over rookgedrag; het gebruik van anticonceptie; het gefmmuniseerd zijn tegen rode hond. De analyse van de resultaten van het onderzoek tonen aan dat het mogelijk is op een aanvaardbaar niveau preventieve taken uit te voeren binnen de 'normale' praktijkvoering. Wanneer de gevolgde werkwijze meer verspreid

raakt, is het mogelijk om in een korte tijd een groot deel van de bevolking te screenen.

142

Palmer, W.H.

The physician's approach to hypertension in the office/
W.H. Palmer.-

Canadian Family Physician; jrg.31, februari 1985,
p.345-348

Bij de behandeling van hypertensie in de huisartspraktijk is het belangrijk dat de huisarts dit op een rationele wijze doet om de gevolgen van arteriosclerose voor hart- en vaatstelsel te voorkomen. Vele risicofactoren hangen samen met het ontstaan van beschadiging van het vaatstelsel hetgeen kan leiden tot beroertes, hartinfarcten en hartstilstand. Het is noodzakelijk dat voor iedere patiënt alle risicofactoren bepaald worden, waarbij een specifiek behandelingsplan opgesteld dient te worden. De verlaging van de verhoogde bloeddruk op zich heeft geen consistente invloed op het voorkomen van een hartaanval. Farmacologische behandeling is doorgaans vereist bij patiënten met een aanhoudende verhoogde diastolische bloeddruk. Dit betekent niet dat alternatieve niet-farmacologische interventies hier uitgesloten moeten worden. Op het moment dat de neveneffecten van de therapie met medicijnen regelmatig en niet-specifiek worden, dient een stapsgewijze vermindering van de medicatie bij die patiënten, waarvan de bloeddruk voor de periode van een jaar is gecontroleerd, overwogen te worden. (bron: vert. abstract)

143

Patel, C.

Primary prevention of coronary heart disease: papers that have changed my practice/ C. Patel.-

British Medical Journal; jrg.287, nr.6393, 3 september 1983, p.651-653

Auteur geeft aan op welke wijze wetenschappelijke publikaties haar handelwijze bij de bestrijding van hypertensie, als preventief middel bij hart- en vaatziekten, beïnvloed hebben. Een en ander wordt toegelicht aan de hand van patiënten die uit de eigen praktijk afkomstig zijn. Er wordt ingegaan op de begeleiding van patiënten bij het veranderen van hun gezondheidsgedrag, zoals stoppen met roken, het voorkomen van overgewicht, het stimuleren van lichamelijke activiteit en het begeleiden van diabetes patiënten. In de laatste paragraaf wordt ingegaan op het opsporen van patiënten met een te hoog cholesterol-gehalte.

144

Pereira Gray, D.J.

Organising preventive medicine: organising a practice/
D.J. Pereira Gray.-

British Medical Journal; jrg.284; nr.6317, 6 maart
1982, p.709-711

Een belangrijke taak van de huisarts is het geven van preventieve adviezen. De benadering van preventieve geneeskunde kan als een model voor het nemen van beslissingen worden opgevat: wat is het doel, wat zijn de methoden en wat is het effect van de interventies? De doelstellingen kunnen hierbij hiërarchisch geordend worden, waarbij er binnen de praktijk een taakverdeling dient te bestaan tussen huisarts, de 'health visitor', de doktersassistente en de secretaresse. Daarnaast kan de huisarts door registratie zijn praktijk in kaart brengen en risicogroepen opsporen. Ook dient het op preventie gericht consulteren gestimuleerd te worden, ook dient het reguliere consult meer gericht op preventieve doelen gebruikt te worden. De centrale uitdaging ligt in de integratie van de preventieve en curatieve zorg, waarbij hier een aantal mogelijkheden wordt geschetst. Aan de hand van registratie van een aantal specifieke kenmerken van zijn patiëntenpopulatie kan het effect van de preventieve activiteiten zichtbaar worden gemaakt.

Pringle, M.

Computer assisted screening: effect on the patient and his consultation/ M. Pringle, S. Robbins, G. Brown.-
British Medical Journal; jrg.290, nr.6483, 8 juni 1985,
p.1709-1712

De invloed van een door de computer ondersteunde preventieve screening tijdens visitites in de huisartspraktijk is in de aanvangsfase gevolgd. De gebruikte technologie wordt door de patiënten niet als stressvol ervaren. De mogelijkheden tijdens het consult patiënten te stimuleren worden versterkt door het gebruik van de computer. Er is geen toename in de duur van de visites waargenomen ondanks het gegeven dat de invoer van computergegevens gemiddeld twee minuten en acht seconden in beslag heeft genomen. De computer heeft met succes preventieve screening en GVO aangemoedigd: er is een zesvoudige toename van relevante procedures gemeld. De door de computer gegeven informatie is van cruciaal belang gebleken, waarbij de aanwezigheid van de terminal op zich niet tot het gebruik ervan aanzet. De computerterminal is in 65% van de consulten, waarbij deze beschikbaar is, gebruikt. Hierbij blijkt de computer, wanneer zij gebruikt blijft worden, in een effectief screeningsprogramma voor bezoekende patiënten te voorzien. (bron: vert. abstract)

145

Rabkin, S.W.

Predicting and preventing hypertension and associated cardiovascular disease/ S.W. Rabkin.-
Canadian Family Physician; jrg.31, februari 1985,
p.365-369

Het ontstaan van hypertensie kan worden voorspeld met behulp van factoren zoals leeftijd, zout-, alcohol- en vezelconsumptie, zwaarlijvigheid, lichamelijke activiteit, psychosociale factoren en de familiegeschiedenis met betrekking tot hypertensie of premature hart- en vaatziekten. Het reageren van de

bloeddruk op stressvolle stimuli is eveneens een belangrijke voorspellende factor. Onderzoek dient zich hierbij te richten op een betere bepaling en behandeling van die predictoren inclusief psychosociale factoren, die een verhoging van de bloeddruk tot gevolg hebben en die persoonlijkheidskenmerken die de gevoeligheid voor stressvolle situaties beïnvloeden. Vanuit het gegeven dat hypertensie mogelijk vererfelijk is, dient het opsporen van een hypertensiepatiënt de huisarts aan te zetten tot het meten van de bloeddruk bij de overige gezinsleden. De toekomstige behandeling van hypertensie kan een toename van activiteit binnen de algemene gezondheidszorg inhouden gericht op een betere opsporing, GVO en behandeling, waarbij de patiënt bij een effectieve behandeling meer in de medische besluitvorming betrokken wordt. (bron: vert. abstract)

146

Ree, J.W. van

Opsporing en behandeling van risicofactoren voor hart- en vaatziekten/ J.W. van Ree.-

Patient Care; jrg.13, nr.7, juli/augustus 1986, p.32-36

Preventie door eliminatie van risicofactoren (hyperventilatie, roken, hypercholesterolemie) is mogelijk en noodzakelijk omdat atherosclerose als voortgeschreden proces praktisch gesproken irreversibel is. Bij een combinatie van aanwezige risicofactoren moet eerder tot medicamenteuze behandeling van bestaande hypertensie worden overgegaan. De huisarts kan meestal volstaan met bepaling van het totaal cholesterolgehalte; bepaling van HDL en LDL cholesterol is zelden nodig. De huisarts doet er goed aan een hypertensie-case finding programma voor zijn praktijk op te stellen, waarbij de assistente een belangrijke rol kan vervullen. (bron: expres-informatie)

Ree, J.W. van

Interventie bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten: 1. Resultaten op langere termijn van interventie bij hypercholesterolemie, adipositas en roken/ J.W. van Ree, W. van Gerwen, H. van den Hogen.-

Huisarts en Wetenschap; jrg.28, nr.1, januari 1985, p.21-24

Eerste van een tweetal artikelen waarin verslag wordt uitgebracht van een onderzoek naar de resultaten op langere termijn van het Nijmeegs Interventie Project, een op de belangrijkste risicofactoren van hart- en vaatziekten gericht opsporings- en interventieproject, dat is uitgevoerd in de jaren 1976-1979. Uit dit deel van het onderzoek blijkt dat de meerderheid van de onderzoeksgroep na afloop van het programma zijn ongezonde levensgewoonten weer heeft hervat. Het blijft daarbij de vraag, in hoeverre de resultaten beter zouden zijn geweest, als de interventie langer dan een jaar had kunnen duren. (bron: abstract)

Ree, J.W. van

Interventie bij verhoogd risico op hart- en vaatziekten 2: resultaten op langere termijn bij de behandeling van hypertensie/ J.W. van Ree, W. van Gerwen, H. van den Hoogen.-

Huisarts en Wetenschap; jrg.28, nr.2, februari 1985, p.53-58, 77

Uit een evaluatie-onderzoek blijkt, dat de door het Nijmeegs Interventie Project bereikte resultaten bij de behandeling van hypertensie na enkele jaren weer goeddeels verdwenen zijn. Daarbij blijken duidelijke verschillen tussen huisartspraktijken. De praktijkvoering lijkt grote invloed te hebben op de resultaten. Bij een stringent beleid, gericht op het systematisch onder controle houden van hypertensiepatiënten, worden betere resultaten geboekt. (bron: WVC)

148

Reek, J. van

De invloed van een gezondheidsprogramma: cardiovasculaire risicofactoren in een huisartsenpraktijk/ J. van Reek, J.P.M. Diederiks, W.M. van Zutphen.- Medisch Contact; jrg.40, nr.38, 20 september 1985, p.1163-1167

Verslag van een programma ten behoeve van opsporing en begeleiding van hypertensiepatiënten in een huisartspraktijk. Gestreefd werd naar vermindering van enkele risicofactoren: bloeddruk, roken, serumcholesterol en relatief gewicht. Het programma leverde gedurende het eerste jaar redelijke resultaten op. Op lange termijn bleken de effecten miniem. (bron: WVC)

94

Roolvink, E.G.J.J.

Huisarts en surveillance/ E.G.J.J. Roolvink.- Medisch Contact; jrg.40, nr.20, 7 mei 1985, p.609-610

De systematische integratie van (secundaire) preventie in het dagelijks werk van de huisarts blijkt niet gemakkelijk te zijn. Waarschijnlijk zal preventief handelen door de huisarts pas goed van de grond komen, wanneer het een volledig onderdeel van de opleiding wordt en dientengevolge tot de routinehandelingen gaat behoren. (bron: WVC)

149

Samsom, C.D.

Choice or change?: how women come to have a cytotoest done by their family doctors/ C.D. Samsom, J. Wakefield, K.M. Pinnock: In: Seek wisely to prevent: studies of attitudes and action in a cervical cytology programme/ J. Wakefield (ed.).- London: Her Majesty's Stationery Office, 1972

B 553

Onderzoeksverslag van een onderzoek waarbij de volgende vragen centraal hebben gestaan: over welke informatie beschikken vrouwen die zich door de huisarts laten screenen; hoe komen deze vrouwen aan hun informatie; onder welke omstandigheden laten deze vrouwen zich screenen; op welke wijze hangt het beschikken over informatie samen met andere karakteristieken van deze vrouwen zoals bijvoorbeeld sociale klasse en leeftijd.

150

Sandercock, P.

Transient ischaemic attack and stroke/ P. Sandercock.-
Update; jrg.33, nr.5, sept. 1986, p.367-370,372

Hypertensie is de meest voorkomende en belangrijkste risicofactor voor een beroerte. De meest doeltreffende vorm van preventie van beroertes is het opsporen en behandelen van hypertensie door huisartsen.

In dit artikel gaat de auteur in op de preventie en behandelingsmogelijkheden van beroertes die beschikbaar zijn voor patiënten die een lichte beroerte of TIA gehad hebben. Bij patiënten die een TIA of beroerte hebben gehad is de meest voorkomende doodsoorzaak een ischaemische hartziekte.

De waarde van aspirine- en beta-blokker-therapie na een TIA of lichte beroerte is nog onderwerp van lopend onderzoek. Ook de waarde van endarterectomie van de arteria carotis is onzeker en wordt nog getest.

Na een beroerte zijn de patiënten vaak depressief, waarvoor psychologische hulpverlening nodig kan zijn. (bron: NIVEL)

151

Sanders, A.

Een klein bevolkingsonderzoek naar risicofactoren voor hart- en vaatziekten/ A. Sanders, J. Schipper, Y. Knopf.-

Huisarts en Wetenschap; jrg.28, nr.6, juni 1985, p.202-203

Beschreven wordt een klein bevolkingsonderzoek naar risicofactoren voor hart- en vaatziekten onder de mannen van 30-33 jaar in de gemeente Leek. De opkomst was kleiner dan bij eerdere screeningsrondes (62%). De uitkomsten van deze screening en de follow-up waren echter teleurstellend. Bij een vrij groot aantal mannen werden nl. een of meer verhoogde risicofactoren vastgesteld. De respons bij de verdere begeleiding was opvallend gering. (bron: WVC)

152

Schraven, D.L.M.

Preventie van hart- en vaatziekten: in de huisartspraktijk?/ D.L.M. Schraven, J.W. van Ree.-

Medisch Contact; jrg.40, nr.38, 20 september 1985

Verslag van een evaluatie-onderzoek van de eerste fase van het Risicofactorenonderzoek hart- en vaatziekten (RIFOH-huisartsenproject). Indien men wil bewerkstelligen dat huisartsen meer doen aan systematische preventie, dan zal men hen moeten stimuleren hiervoor gekwalificeerd personeel aan te trekken. Hulp van buitenaf, bijvoorbeeld door basisgezondheidsdiensten, bij het opzetten van deze preventie werkt positief. (bron: WVC)

153

Scott, G.S.

Preventive care attitudes of medical students/ G.S. Scott, W.E. Neighbour.-

Social Science and Medicine; jrg.21, nr.3, 1985, p.299-305

De houding van toekomstige studenten in de medicijnen ten opzichte van preventie is zowel in positieve als negatieve zin van invloed op het opnemen van preventieve geneeskunde in het curriculum. Daarnaast zijn attitudes ten aanzien van preventie van belang voor de wijze waarop deze studenten in de toekomst preventieve taken al dan niet benadrukken in hun praktijkvoering. Daarbij is het van belang hoe gewenste attitudes ontwikkeld en gevoed kunnen worden.

In dit onderzoek zijn beginnende en 3e-jaars studenten met behulp van een uit 100 items bestaande vragenlijst geïnterviewd. Attitudes zijn gemeten met betrekking tot: het relatieve belang van een 20-tal preventieve taken; de mate waarin de opleiding voorbereidt op het uitvoeren van preventieve zorg. Hierbij is het vertrouwen van de 3e-jaars studenten in de mogelijkheden van huisartsen deze preventieve taken te kunnen uitvoeren, vastgesteld. De studenten hadden vooral vertrouwen in de volgende vaardigheden: immunisatie; screening op fysieke gezondheid; bloeddrukcontrole; GVO; gezinsplanning; vroegtijdige onderkenning van kanker door de patiënt; het voorkomen van seksueel overdraagbare aandoeningen. Minder vertrouwen heeft men in de invloed van artsen op: het rookgedrag; voedingsvoorlichting; het beperken van overgewicht. Weinig overeenstemming bestaat er tussen de studenten met betrekking tot de kwaliteiten ter zake: het veranderen van 'life-style'; GVO met betrekking tot beroep en algemene veiligheid; de analyse van risicofactoren; genetische advisering; fitness-gedrag. Het blijkt dat zowel eerste- als derdejaars vergelijkbare positieve attitudes ten aanzien van preventie hebben. GVO, stoppen met roken, immunisatie, tijdige opsporing van kanker en bloeddrukcontrole zijn de centrale taken.

154

Shade, E.

De vroege diagnostiek van kanker door de huisarts/ E. Shade.-

Patient Care; jrg.13, nr.7, juli/augustus 1986, p.36-41

De diagnostiek van de huisarts: is gebaseerd op ervaring en inzicht in de epidemiologie. Diagnostiek en therapie zijn nauw met elkaar verweven en niet twee opeenvolgende stappen in het proces. Bij diagnostiek is het begrip "delay" een belangrijk gegeven. (bron: expres-informatie)

62

Shepherd, S.G.

Opportunistic screening using the computer: computers in general practice/ S.G. Shepherd.-

Update; jrg.31, nr.2, 15 juli 1985, p.145-148,150

In dit artikel geeft de schrijver aan op welke wijze een computer met een behoorlijke geheugencapaciteit een belangrijke bijdrage kan leveren en een aanzienlijke hoeveelheid werk kan besparen bij het geven van preventieve zorg aan patiënten door middel van 'opportunistische' screening. Hiermee wordt de directe beschikbaarheid van patiëntengegevens zoals opgeslagen in de computer bedoeld, waarbij deze aangeeft of een bepaalde preventieve activiteit al dan niet uitgevoerd dient te worden.

63

Shepherd, S.G.

Role of the computer in comprehensive preventive care: computers in general practice/ S.G. Shepherd.-

Update; jrg.30, nr.12, 15 juni 1985, p.1229-1236

Een rationele preventieve zorg vereist dat de mogelijkheden die zich bij ieder consult voordoen, gecombineerd met regelmatig en systematisch onderzoek van de medische dossiers worden aangegrepen om de specifieke riscofactoren bij een patiënt opnieuw naar voren te halen. Preventieve zorg dient in de voor de patiënt vertrouwde huisartspraktijk verankerd te zijn, en dient holistisch, geïntegreerd in de zorg en kosten-effectief te zijn. Wanneer van preventie een prettige in plaats van een obligate bezigheid gemaakt kan worden, kan het een essentiële plaats binnen de huisartsgeneeskunde gaan innemen. De huisarts wordt dan een actieve bewaker van de gezondheid. Het hiervoor ontwikkelde geautomatiseerde systeem combineert hierbij de theoretische uitgangspunten die aan de cohort- en de opportunistische benaderingen van screening ten grondslag liggen. Het systeem biedt ongekende mogelijkheden voor de huisartspraktijk.

Sigling, H.O.

Menschenbild und Krankheitsbegriff: ist die Allgemeinmedizin eine eigenständige Disziplin?/ H.O. Sigling.-
Allgemeinmedizin International/General Practice International; jrg.11, nr.3, 1982, p.131-134

De vraag doet zich voor of de huisartsgeneeskunde een op zich zelf staande discipline is of dat de huisartsgeneeskunde een afgeleide is van andere medische richtingen zoals klinische geneeskunde, sociale geneeskunde en geestelijke gezondheidszorg door de plaats van de huisarts en de door hem gebruikte methode alleen. De verschillen moeten wanneer mogelijk, gezocht worden in de uitgangspunten van de huisartsgeneeskunde. De werkzaamheden van de arts zijn gebaseerd op drie denkbeelden die van aanzienlijke invloed zijn op zijn al dan niet handelen. De centrale thema's zijn het mensbeeld, de opvatting van ziekte en de natuurbeleving. In een korte schematische presentatie worden tegenstelde voorbeelden met deze basisconcepties geconfronteerd. De holistische mensbeschouwing wordt samen met de dualistische visie beschouwd, de ontologische verklaring van ziekte wordt afgezet tegen het psychosociale, de klassieke natuurwetenschappelijke visie wordt vergeleken met moderne natuurconcepties. Tenslotte wordt met behulp van een specifieke casus aangegeven hoe verschillende opvattingen tot verschillende behandelwijzen kunnen leiden. (bron: vert. abstract)

Sips, A.J.B.I.

Preventie door de huisarts: NHG-lustrumcongres/
A.J.B.I. Sips.-
Medisch Contact; jrg.41, no.45, 7 november 1986, p.1456

Preventie, een centrale taak van de huisarts, heeft zich de laatste jaren ontwikkeld. Reflexie lijkt nodig: curatie van chronische patiënten neemt af, hiervoor in de plaats komt secundaire preventie en

vroegtijdige opsporing. Daarnaast is GVO een belangrijk aspect in de arts-patiënt relatie geworden. De attitude van de huisarts is veranderd, zoals in de preventie van somatische fixatie en het bevorderen van zelfzorg tot uiting komt. De anticiperende geneeskunde is geïntroduceerd als methode om preventie te bedrijven. De centrale vragen, die op het komende congres behandeld worden, zijn: Kan het?; mag het?; moet het?

156

Smail, S.A.

Opportunities for prevention: the consultation/ S.A. Smail.-

British Medical Journal; jrg.284, nr.6322, 10 april 1982, p.1092-1093

Artikel waarin wordt ingegaan op het gebruik van het consult voor preventieve doeleinden. Een aantal symptomen kan de patiënt alleen voorkomen wanneer zij/hij bekend is met de oorzaken en de wijze waarop deze vermeden kunnen worden. Dit kan geschieden door patiëntenvoorlichting. Daarnaast maken de huisartsen te weinig gebruik van hun mogelijkheden op het gebied van GVO; vaak worden dergelijke adviezen door de patiënt op prijs gesteld en opgevolgd zeker wanneer de patiënt het gevoel heeft dat de arts hem/haar volledig begrijpt. Het consult biedt hiervoor uitstekende mogelijkheden ondanks de vaak korte duur van deze consulten, zeker wanneer de huisarts hierbij ondersteund wordt door zijn teamleden, zoals de doktersassistente en de secretaresse.

157

Smits, A.

Preventieve somatische fixatie: werkwijze inbouwen in alledaagse curatieve contacten/ A. Smits, M. Beek, J. van Eijk [et.al].-

Maatschappelijke Gezondheidszorg; jrg.12, nr.9, september 1984, p.24-28

Ervaringen met oudergespreksgroepen als methodiek bij de preventie van processen van somatische fixatie. Kort wordt ingegaan op de theorie van processen van somatische fixatie, met name voor zover zich dat afspeelt tussen ouders en kinderen binnen gezinnen. Het inbouwen van een preventieve werkwijze in de alledaagse curatieve contacten van eerstelijns werkers wordt wenselijker geacht dan oudergesprekken. (bron: WVC)

105

Sommers, J.C.A.

Preventie van psychische stoornissen in de huisartsenpraktijk/ J.C.A. Sommers.-

Patient Care; jrg.13, nr.7, juli/augustus 1986, p.29-32

Het ~~v~~trkomen en voorkomen van psychische stoornissen: in het algemeen worden op de 1000 inwoners 240 gevallen met psychische stoornissen aangetroffen. 34 van hen bereiken GGZ. 10 van de 34 worden opgenomen. In de huisartspraktijk komt bij gemiddeld 165 per 1000 ingeschreven patiënten boven de 15 jaar een psychische stoornis voor. Probleemoplossend vermogen van het "ik" en aanwezigheid van adequate ondersteuning maken dat bedreigende levensomstandigheden niet tot crisistoestanden uitgroeien. Taak van de huisarts bij preventie van psychische stoornissen: door zijn toegankelijkheid en geheimhouding kan hij op het gebied van signalering, vroege opsporing, anticipatie en crisisinterventie bij bedreigende levensomstandigheden door luisteren en cognitieve begeleiding concrete hulp bieden. (bron: expres-informatie)

158

Starting

Starting on prevention in practice.-

British Medical Journal; jrg.282, nr.6266, 7 maart 1981, p.760

Redactioneel artikel waarin de vraag hoe preventie binnen de huisartspraktijk geïntroduceerd kan worden centraal staat. Met name wordt ingegaan op de nota's zoals die door drie van de vijf door het 'Royal College of General Practitioners' ingestelde werkgroepen geproduceerd zijn. In deze rapporten wordt ingegaan op, zoals uit onderzoeken is komen vast te staan, de betekenis van preventie en de taken van de huisarts hierbij. Daarbij wordt aangegeven dat de programma's uitsluitend succesvol kunnen zijn wanneer de preventieve taken geïntegreerd worden binnen het honoreringssysteem. Aandacht wordt geschonken aan het dilemma dat ondanks het succes van preventie, uiteindelijk iedereen toch door ziekte getroffen zal worden en behoefte zal hebben aan gezondheidszorg. Met andere woorden het blijft onzeker of preventie uiteindelijk zal leiden tot een afgenomen werkbelasting van de huisarts. Ondanks dit gegeven wordt er niet aan de waarde van het beoefenen van preventieve taken binnen de dagelijkse huisartspraktijk, getwijfeld.

159

Stewart, M.

Factors affecting patients' compliance with doctors' advice/ M. Stewart.-

Canadian Family Physician; jrg.28, september 1982, p.1519-1526

In welke mate en hoe succesvol kunnen huisartsen patiënten adviseren met betrekking tot eetgewoonten, lichaamsbeweging en rookgedrag. Een onderzoek onder 24 huisartsen en 66 patiënten met cardiovasculaire klachten toont aan dat 2/3 van de patiënten adviezen heeft ontvangen tijdens, een met audio-visuele middelen geregistreerd, consult. Van diegenen die advies hebben ontvangen, zegt 29%, tijdens een thuis afgenomen interview tien dagen na het consult, zich het advies te herinneren. Het gedrag van de arts tijdens de interactie blijkt hierop van invloed. Het opvolgen van de adviezen blijkt uitsluitend bepaald

te worden door attitudes en door de ernst van de problemen van de patiënt. (bron: vert. summary)

88

Sturm, E.

Primäre Prevention durch den Hausarzt: editorial/ E. Sturm.-

Allgemeinmedizin International/General Practice International; jrg.11, nr.3, 1982, p.97

Primaire preventie is in het verlengde van de secundaire preventie een taak van de huisarts en lijkt gebaseerd op het biologische beginsel dat onjuist gedrag slechts tijdelijk gecorrigeerd kan worden door omkeerbare compenserende maatregelen. Op de lange termijn leidt ongezond gedrag tot een toestand die vergelijkbaar is met een chronische ziekte. Hierbij is het niet mogelijk de oorzaken van de ziekte af te leiden uit de laatst waargenomen situatie. Er dient vertrouwd te worden op vooronderstellingen over de relatie tussen risicofactoren en het ontstaan van ziekte; wanneer bij een bepaalde patiënt sprake is van toegenomen risicofactoren, verwijst dit naar een toegenomen risico van een specifieke ziekte. De geneeskunde kan het antwoord op de vraag: wat is ongezond gedrag?, nog in onvoldoende mate wetenschappelijk onderbouwen. Dit betekent niet dat de huisarts geen op primaire preventie gerichte maatregelen kan nemen. Zo kan hij bedacht zijn op de psychosociale aspecten die leiden tot ziekte, zonder dat hiervoor onomstotelijke bewijzen bestaan.

160

Taylor, K.B.

Preventive medicine in general practice/ K.B. Taylor.-
British Medical Journal; jrg.284, nr.6320, 27 maart 1982, p.921-922

Huisartsen en andere eerstelijnsverleners moeten in de toekomst het merendeel van de preventieve geneeskunde voor hun rekening nemen. De samenwerking met basisartsen wordt hierbij belangrijker omdat ook

deze een steeds meer uitgebreid takenpakket krijgen. Ook neemt het belang van GVO toe. Ondanks het gegeven dat steeds meer huisartsen preventie als een noodzakelijke taak beschouwen, ziet een aantal huisartsen met verwijzing naar hun 'work-load' van preventieve taken af, waarbij de mogelijkheden die de huisartspraktijk biedt onbenut blijven. De eerste barrière is van psychologische aard: de huisarts dient een deel van zijn autonomie op te geven en samen te werken met anderen. Daarnaast dient het curriculum afgestemd te worden; veel artsen zijn te weinig bekend met de geestelijke gezondheidsverschijnselen, weten te weinig van leefgewoonten en 'lifestyles'. Preventie vereist daarnaast een attitudeverandering in de arts-patiënt relatie; waar eerst het ziek zijn het contact tussen arts en patiënt legitimeert, dient in de toekomst het contact vanuit een anticiperende visie gerechtvaardigd te worden. Vanuit de gebleken geringe waarde van verschillende screeningsmethoden, dienen nieuwe methoden ontwikkeld en geëvalueerd te worden. Voor de huisarts liggen kansen voor het geven van gezondheidsadviezen en de opsporing van kwalen bij oudere en chronische patiënten, die 'normaal' onvermeld blijven. Samenwerking en nascholing zijn hierbij de voorwaarden, die door de overheid duidelijk ondersteund dienen te worden.

161

Thompson, R.S.

Evaluation of initial implementation of an organized adult health program employing family nurse practitioners/ R.S. Thompson, P. Basden, L.J. Howell.-
Medical Care; jrg.20, nr.11, november 1982: p.1109-1127

Een georganiseerd programma gericht op het periodiek evalueren van de gezondheid van volwassenen is ingevoerd in een 'Group Health Cooperative Clinic'. Hierbij is gebruik gemaakt van een vastgesteld onderzoeksschema en van twee 'nurse practitioners' die met zes huisartsen hebben samengewerkt met het doel zoveel mogelijk onderzoeken uit te voeren. Hier

wordt het bovengenoemde programma geëvalueerd met behulp van zes specifieke doelstellingen, waarbij deze vergeleken worden met de voor het programma bestaande werkwijze zoals die hier is aangetroffen in een andere kliniek. De evaluatie geeft aan dat: de wachttijden kleiner worden; de kwaliteit van de door de 'nurse practitioners' uitgevoerde onderzoeken blijkt niet minder; de kosten afnemen; er geen indicaties gevonden zijn dat door 'nurse practitioners' onderzochte personen vaker gebruik maken van aanvullende onderzoeken en niet tot hogere kosten leiden; de patiëntentevredenheid groter is in de kliniek met het programma dan in de traditionele kliniek en dat de patiëntentevredenheid eveneens groter is wanneer de patiënt door de 'nurse practitioner' in plaats van de huisarts is onderzocht; slechts 17% van hun tijd hebben de 'nurse practitioners' besteed aan de gezondheidsonderzoeken, waarbij zij de helft van het aantal uitgevoerde onderzoeken voor hun rekening hebben genomen; het werk van de enkele artsen is door het werk van de 'nurse practitioners' kwalitatief en in complexiteit toegenomen; er is waarschijnlijk een iets ander management noodzakelijk.

162

Tutsch, G.

Tertiäre Prävention: die Führung des chronisch Kranken unter den Aspekten der Prävention/ G. Tutsch.-

Allgemeinmedizin International/General Practice International; jrg.11, nr.3, 1982: p.126-128

De huisarts heeft specifieke taken bij de zorg voor chronisch zieken; dit komt voor uit zijn centrale positie als een verzamelpunt van alle informatie over de patiënt met inbegrip van gegevens over zijn sociale en gezinsomstandigheden. Aan de ene kant moet de huisarts het ontstaan van bijkomende ziekten voorkomen door alle risicofactoren in zijn overwegingen te betrekken en dient hij een geschikte en snelle behandeling voor te schrijven, aan de andere kant moet hij proberen mogelijke verslechtering van

de oorspronkelijke klacht en complicaties tot een minimum te beperken. Daarnaast dient hij, in de arts-patiënt relatie, aandacht te schenken aan de medewerking van de patiënt met de behandeling. Het belangrijkste is niet perse het afwenden van lichte fysieke klachten door middel van medicatie maar in tegenstelling daarmee het samen met de patiënt bereiken van overeenstemming over een gedeeltelijk accepteren van een aantal ongemakken opdat de patiënt vooruitzicht houdt op een redelijke levensverwachting in betrekkelijk goede gezondheid. (vert. abstract)

65

Veen W.A. van

Screening op cervixcarcinoom: naar optimalisering van de strategie/ W.A. van Veen.-

Huisarts en Wetenschap; jrg.27, nr.11, november 1984, p.406-411; themanummer 'Secundaire preventie van cervix- en mammacarcinoom'

Welke strategie moet worden gekozen om de doeltreffendheid en doelmatigheid van de screening op cervixcarcinoom te optimaliseren? In dit artikel wordt een inventarisatie gegeven van thans beschikbare informatie met betrekking tot de volgende vragen: Is screening van jonge vrouwen zinvol? Wat is het optimale screeningsinterval? Van welke kwaliteit zijn de door huisartsen vervaardigde uitstrijkjes? Wat is de verhouding tussen kosten en baten? Welke praktische gevolgen zal een gewijzigd overheidsbeleid met zich meebrengen? Geconcludeerd wordt dat een consequente screening door de huisarts vooralsnog niet te verwezenlijken zal zijn zonder een aantal ondersteunende maatregelen. (bron: abstract)

66

Veen, W.A. van

Over de waarde van lichamelijk mamma-onderzoek als screeningsmethode/ W.A. van Veen.-

Huisarts en Wetenschap; jrg.27, nr.11, november 1984,

p.427-431; themanummer 'Secundaire preventie van cervix- en mammacarcinoom'

Tijdige opsporing van borstkanker is in beginsel alleen mogelijk wanneer er systematisch naar wordt gezocht. De van ouds meest bekende methode is lichamelijk onderzoek door middel van inspectie en palpatie van de borsten bij ogenschijnlijk gezonde vrouwen. Dit routine-onderzoek wordt gerekend tot de taken van de huisarts. In de praktijk lijkt hiervan echter weinig terecht te komen en de vraag is of het zinvol is dat huisartsen zich in dit opzicht actiever gaan opstellen. In dit artikel wordt gepoogd de discussie te voeden met gegevens uit de literatuur. (bron: abstract)

163

Voorn, Th.B

Huisarts en preventie/ Th.B. Voorn: In: Huisartsgeneeskunde voor en na 1984: aan Frans Huygen/ J.T. Buma, R. Grol, H. v.d. Velden, Th. Voorn (red.)- Doetinchem: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut/Uitgeverij Stichting Rapportage Doetinchem, B 1086

Overzichtsartikel over preventieve activiteiten binnen de huisartsgeneeskunde in Nederland. Een centrale paradox binnen de geneeskunde is dat het genezen van ziekte meer bijdraagt aan het prestige van de gezondheidszorg dan het voorkomen ervan. Een belemmering bij het ontwikkelen van preventieve zorg vormt het dilemma, dat preventie naast ziektevoorkomend ook medicaliserend kan werken. Een ander knelpunt vormt de vrijblijvendheid in de huisartspraktijk ten aanzien van preventie, hetgeen ertoe kan leiden dat preventieve taken die uitstekend in de eerstelijns kunnen worden uitgevoerd door andere beroepsgroepen worden overgenomen. Ook het relativiseren van een gestandaardiseerde aanpak als gevolg waarvan de huisarts naar eigen inzicht gaat handelen vormt een barrière. Daarnaast worden de mogelijkheden van de huisarts beperkt door de nadruk

die wordt gelegd op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Praktische bezwaren die het uitvoeren van preventieve taken in de weg staan zijn: tijdgebrek; het ontbreken van een goed functionerend kaartsysteem; het te weinig benutten van aanwezige hulpkrachten zoals de doktersassistente. De preventieve taken van de huisarts zijn recentelijk opgenomen in het takenpakket van de huisarts. In deze N.H.G.-publikatie wordt ingegaan op de omschrijving en de betekenis van primaire, secundaire en tertiaire preventie binnen de huisartsgeneeskunde.

164

Voorn, Th.B.

Zijn er preventieve mogelijkheden voor de huisarts bij adolescenten?/ Th.B. Voorn.-

Patient Care; jrg.13, nr.7, juli/augustus 1986, p.21-22

Preventie bij adolescenten: de adolescent (12-22 jaar) doet weinig beroep op de hulp van de huisarts. Tijdens het consult kan de huisarts aandacht schenken aan familie-anamnese, eventuele psychosociale problemen van de adolescent of het gezin, screening op afwijkingen, primaire preventie. (bron: express-informatie)

165

Wakefield, J.

The family doctor and cervical cytology: In: Seek wisely to prevent: studies of attitudes and action in a cervical cytology programme/ J. Wakefield (ed.).- London: Her Majesty's Stationery Office, 1972, p.28-37

B 553

Verantwoording van een onderzoek naar het screenen van vrouwen, zonder symptomen, op cervix-kanker door de huisarts. Centrale motieven voor het onderzoek zijn: de huisarts verkeert in een uitstekende positie vrouwen van de noodzaak van een dergelijke screening te overtuigen; hij beschikt over de autoriteit en de status, die zijn aanbevelingen versterken; hij staat in contact met 'moeilijk bereikbare'

groepen; hij kan vrouwen begeleiden bij het voorkomen van aan de screening verbonden angstgevoelens. Verder wordt ingegaan op de ontwikkeling van de rol, waarbij de vrijwilligheid van de arts voorop staat, van de huisarts bij de screening. De resultaten van de door huisartsen verrichte screening worden op basis van onderzoeken vergeleken met de resultaten van andere instanties.

166

Wakefield, J.

Caution and commitment: a survey of attitudes of family doctors to cytological screening: In: Seek wisely to prevent: studies of attitudes and action in a cervical cytology programme/ J. Wakefield (ed.).- London: Her Majesty's Stationery Office, 1972

B 553

Verslag van een onderzoek naar de attitudes van huisartsen ten opzichte van screening op cervixkanker. Met behulp van een pilot-study is een vragenlijst ontwikkeld, die is toegezonden aan alle huisartsen van Manchester. Het responsecijfer bedraagt na een herinneringsbrief 75%. Uit de resultaten blijkt dat in groepspraktijken relatief meer uitstrijkjes gemaakt worden dan in solopraktijken, respectievelijk 53,7% en 20,6%. Hierbij blijken de uitstrijkjes in groepspraktijken vaker door de huisarts zelf te worden gemaakt. Ook blijkt de aanwezigheid van een doktersassistente het aantal uitstrijkjes positief te beïnvloeden. Daarnaast blijken het aantal jaren dat men praktijk houdt, de sociaal-economische samenstelling van de praktijk en de praktijkorganisatie van invloed te zijn op het screenen door de huisarts.

48

Watson, D.S.

Health education for hypertensive patients/ D.S. Watson.-

Australian Family Physician; jrg.8, nr.3, maart 1979,

p.315-320; themanummer 'Prevention: An attitude of mind'

Het gebrek aan compliantie van de patiënt met de medische behandeling is een van de centrale knelpunten bij het overwinnen van ziekten. Dit geldt in bijzondere mate bij hypertensie. De hier onderzochte hypothese stelt dat GVO met betrekking tot hypertensie leidt tot gedragsverandering en op deze wijze de gezondheid waarborgt. Er is een experiment uitgevoerd onder 118 hypertensiepatiënten zonder symptomen. De patiënten zijn hierbij in vier groepen onderverdeeld: een groep die niets anders dan de gebruikelijke behandeling door de huisarts heeft ontvangen, de controle groep; een groep die naast deze behandeling GVO heeft ontvangen; een groep die naast de behandeling zelf dagelijks de bloeddruk heeft gecontroleerd; een groep die naast de gebruikelijke behandeling en de controle van de eigen bloeddruk, GVO heeft ontvangen. GVO heeft hierbij bestaan uit een viertal programma's: een sessie waarbij hypertensie inhoudelijk is behandeld; een bijeenkomst waarbij het belang van beweging is onderstreept; een bijeenkomst over de relatie tussen voeding en hartziekten; een bijeenkomst over geneesmiddelengebruik en stress. Allereerst is het GVO-programma door de deelnemers geëvalueerd; het is hierbij over het algemeen als positief beoordeeld. De conclusie is dat het GVO-programma succesvol is gebleken. Voor een belangrijk deel wordt dit succes toegeschreven aan het enthousiasme van de voorlichters.

69

Weel, C. van

Screenen door huisartsen op cervixcarcinoom: 1. Het screenen van vrouwen die langdurig tot de praktijk behoren/ C. van Weel.-

Huisarts en Wetenschap; jrg.27, nr.11, november 1984, p.379-382,385; themanummer 'Secundaire preventie van cervix- en mammacarcinoom'

In de groepspraktijk Ommoord is een vervolgonderzoek uitgevoerd met betrekking tot de mogelijkheden van de huisarts tot anticiperend screenen op cervixcarcinoom. In deze bijdrage komt aan de orde, in welke mate de afgelopen vijf jaar anticiperend onderzoek heeft plaatsgevonden bij vrouwen van 25-35 jaar, en wat daarvan de opbrengst is geweest. Het blijkt dat vooral de oudere leeftijdsgroep intensief is gescreend; in die groep deden zich ook nagenoeg alle afwijkende cytologische bevindingen voor. Hoewel de praktijk van de anticiperende aanpak enigszins achterblijft bij het gewenste patroon, kan deze benaderingswijze een vergelijking met nadere strategieën goed doorstaan. (bron: abstract)

95

Weel, C. van

Screenen door huisartsen op cervixcarcinoom: 2. Het samengaan van anticiperende screening door de huisarts en bevolkingsonderzoek/ C. van Weel.-

Huisarts en Wetenschap; jrg.27, nr.11, november 1984, p.382-385; themanummer 'Secundaire preventie van cervix- en mammacarcinoom'

Het naast elkaar bestaan van een bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom en een anticiperende benadering door een aantal huisartsen maakt het mogelijk het bereik van beide methoden bij een en dezelfde populatie te onderzoeken. Uit dit onderzoek blijkt dat beide strategieën afzonderlijk ongeveer 75% van de risicogroep bereiken en samen 95%. De intensiteit van de screening is bij beide strategieën hoog; het percentage vrouwen bij wie het laatste uitstrijkje vier jaar of langer geleden is gemaakt, is echter duidelijk groter bij de huisartsen. Desondanks-ontlopen de resultaten van beide opsporingsmethoden elkaar niet sterk en geeft dit onderzoek geen steun voor de opvatting dat bevolkingsonderzoek per definitie een superieure screeningsmethode zou zijn. (bron: abstract)

Weel, C. van

Screenen door huisartsen op cervixcarcinoom 3: het verband tussen screening en inschrijfduur/ C. van Weel.-

Huisarts en Wetenschap; jrg.28, nr.7, juli 1985, p.242-243

Uit een onderzoek in een groepspraktijk Ommoord te Rotterdam blijkt, dat de kans dat vrouwen van 25-35 jaar onderzocht zijn op cervixcarcinoom toeneemt met de duur van de inschrijving in de praktijk. Het omslagpunt ligt bij een inschrijvingsduur van 2 jaar. De sterk toegenomen mobiliteit van de bevolking heeft een negatief effect op de mogelijkheden tot preventie voor de huisarts. (bron: WVC)

Weel, C. van

Anticipatory medicine: I. Detection of hypertension in general practice/ C. van Weel.-

Allgemeinmedizin International/General Practice International; jrg.12, nr.2, 1983, p.70-74

Het doel van het onderzoek is het opsporen van hypertensie met behulp van anticiperende geneeskunde. Het onderzoek is uitgevoerd in een uit zeven huisartsen bestaande groepspraktijk en is gericht op alle patiënten in de leeftijdscategorie van 30 tot 60 jaar. De bloeddruk is bij 72% van de bezoekende patiënten gemeten. De verschillen bij het opnemen van de bloeddruk tussen de zeven huisartsen zijn aanzienlijk: drie huisartsen hebben in meer dan 75% van de gevallen de bloeddruk opgenomen bij zowel mannen als vrouwen, terwijl drie andere artsen bij een veel geringer aantal bezoekers de bloeddruk heeft opgenomen. Bij een vergelijking van deze vorm van anticiperende opsporing met massa-screeningsprogramma's op hypertensie worden in verhouding slechtere resultaten gevonden. Een anticiperende benadering is een stapsgewijze aanpak die zich over een langere periode uitstrekt. Of dit een nadeel is

moet nader worden gezien: een dergelijke aanpak kan in feite beter blijken te zijn bij de opsporing en behandeling van ziekte als hypertensie. Een in hoge mate op het individu gerichte controle lijkt hiervoor noodzakelijk. (bron: vert. summary)

169

Weel, C. van

Anticiperende geneeskunde in de praktijk: een onderzoek in een groepspraktijk naar het opsporen van hypertensie en cervixcarcinoom, alsmede compliantie en de iatrogene effecten bij de behandeling van hypertensie/ C. van Weel.- Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1981; proefschrift

R 927

Doel van het onderzoek is: het evalueren van het opsporen van hypertensie en cervixcarcinoom volgens de methode van anticiperende geneeskunde; het vaststellen van de compliantie bij de behandeling van hypertensie; het bepalen van de iatrogene schade van opsporing en behandeling van hypertensie. Bij het onderzoek is gebruik gemaakt van alle 30-59-jarige patiënten die gedurende de gehele onderzoeksperiode deel uitmaakten van de groepspraktijk. Bij het interventie-onderzoek blijken de behandelde en niet-behandelde groep niet volledig vergelijkbaar. Ook het aantal patiënten dat geselecteerd is voor het onderzoek naar de invloed van interventie is kleiner dan vooraf verwacht is.

83

Weel, C. van

Hypertensie: een kwestie van meten of afwegen?/ C. van Weel.-

Huisarts en Wetenschap; jrg.21, no.10, oktober 1978, p.370-374

Dit artikel gaat in op de vraag of op dit moment actief opsporen van hypertensie met name door de huisartsen, is aangewezen. Een aantal onderzoeken toont aan dat huisartsen zeer goed in staat kunnen

zijn om hun praktijkpopulatie op hypertensie te onderzoeken. Hier tegenover staan gegevens met betrekking tot het hanteren van de bloeddrukmeter door acht huisartsen. De grote variëteit waarmee dit gebeurt maakt het waarschijnlijk dat het uitroepen van opsporing tot een doelstelling voor alle huisartsen consequenties zal hebben voor het huisarts-patiënt contact. Vervolgens wordt ingegaan op de betekenis van hypertensie. Daarbij blijkt het op dit moment te ontbreken aan resultaten van interventie-onderzoek over de positieve effecten ervan. Daarna wordt ingegaan op de ervaring die bestaat met het behandelen en opsporen van hypertensie. Het blijkt dat in de acht praktijken bij 6,8% van de 30-59-jarigen hypertensie is gediagnostiseerd. Hiervan is 25% non-compliant. De betekenis hiervan is weinig bekend. Eveneens is dit het geval met de schadelijke iatrogene gevolgen van stigma hypertensie en meer algemeen screeningsonderzoek. Onderzoek op dit gebied wordt besproken. Tenslotte komen sociaal-economische en psychologische achtergronden aan de orde. In dit licht is hypertensie het topje van de ijsberg. Behandeling van hypertensie is uitsluitend symptoombestrijding. De conclusie is dat er te weinig gegevens pro en contra voor een actieve opsporing voor handen zijn.

170

Westreenen. E. van

Samenspel van preventieve en curatieve geneeskunde van hartziekten/ E. van Westreenen: In: Preventie, vroegtijdige diagnostiek en behandeling van hartziekten: 27-28 april 1973/ Boerhave Commissie voor Voortgezet Onderwijs; Faculteit der Geneeskunde; Rijksuniversiteit-Leiden.- s.l.: s.n., s.a.: p.65-67

R 1424

Verslag van een onderzoek gericht op de systematische opsporing en preventie van ischaemische hartziekten (IHZ), uitgevoerd door bedrijfsgeneeskundigen. Het onderzoek heeft bestaan uit: een vragenlijst; het meten van lengte, gewicht, bloeddruk,

ECG in rust, longfunctie; urine-onderzoek; bepaling van het cholesterolgehalte, totaallipiden en glucose in het bloed. De groep personen met een verhoogd risico valt uiteen in: een groep in een gezondheidsbedreigende situatie: deze zijn naar de huisarts verwezen; een groep waarbij een of meer risicofactoren opgespoord zijn en die geen directe interventie behoeft maar waarbij frequente controle en een verandering van leefwijze gewenst is. De taak van de bedrijfsarts is hier eenvoudige voorlichting. Voor medicatie dient de patiënt naar het curatieve circuit verwezen te worden. Hierbij is vooral de huisarts de persoon die kan en moet beslissen over verdere behandeling. De conclusie luidt dat voor opsporing en behandeling van risicofactoren een optimale samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts noodzakelijk is.

171

Zander, L.I.

Making a start: practising prevention/ L.I. Zander.-
British Medical Journal; jrg.284, nr.6324, 24 april
1982, p.1241-1242

Ondanks het belang van preventie dient de huisarts zorgvuldig af te wegen hoe hij zijn mogelijkheden op dit terrein benut. Hierbij moet preventie niet als een afzonderlijke taak opgevat worden. De aanpak van preventie door de huisarts in samenwerking met andere disciplines is van essentieel belang. Dit vereist: een goed registratiesysteem; een goede praktijkorganisatie; een goede bewaking van de zorg; een op preventie ingerichte zorg. Vanuit de constatering dat de huisarts de medische verantwoordelijkheid draagt voor de zorg van een afgebakende en in kaart te brengen groep mensen (zijn praktijk), kan hij een centrale rol spelen bij preventie.

11. WIJKVERPLEEGKUNDIGEN

70

Alkema, F.

Wijkverpleegkundigen en VTO: vragen, twijfels, zorgen over de ontwikkeling van kinderen/ F. Alkema, R. Rooz (red.).- Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1986

B 1385

Praktische publikatie bedoeld voor wijkverpleegkundigen. Er wordt ingegaan op: de definitie en de betekenis van VTO, het takenpakket van de wijkverpleegkundige hierbij; veranderingen binnen de wijkverpleging en de consequenties hiervan voor VTO; vaardigheden die belangrijk zijn bij het kijken naar en beoordelen van kinderen; de samenwerking met en binnen een VTO-team. Een essentieel onderdeel bestaat uit literatuurinformatie en adressen van relevante instanties.

172

Bakker-Lenderink, A.

Bejaarden een zorg?: van de hulpbehoevende zuigeling van toen naar de hulpbehoevende bejaarde van nu/ A. Bakker-Lenderink.-

Maatschappelijke Gezondheidszorg; jrg.8, nr.10, oktober 1980, p.8-13

Het artikel begint met een schets van het negatieve beeld dat ouderdom omringt. Ook de bejaarde zelf heeft het idee te eindigen in een verzorgingstehuis, en dat terwijl slechts 9,5% daarin is opgenomen, waarbij 7% het streefgetal is. In het artikel wordt voorts een poging gedaan aan te geven wat er aan bejaardenzorg moet gebeuren om de hulpverlening menselijk verantwoord te laten zijn: alle bejaarden zijn niet hetzelfde. Er zijn drie categorieën aan te merken met verschillende zorgbehoeften: de gezonde bejaarden; de risicolopende bejaarden; en de hulpbehoevende bejaarden. In het artikel wordt nagegaan op

welke wijze het kruiswerk, met name de wijkverpleging, bij de bejaardenzorg kan worden ingeschakeld. Wat betreft de preventie doen wijkverpleegkundigen al veel werk. De schrijfster stelt voor om bij de bezoeken die toch al aan de huisarts worden gedaan, enkele routinematige controle-activiteiten te ontwikkelen. Schrijfster eindigt het artikel met de volgende conclusies: er zijn consequenties van de lagere levensverwachting; bejaarden kunnen niet als een "probleemcategorie" over een kam geschoren worden; er zijn reële zorgbehoeften; het is belangrijk de bejaarden te laten weten dat men voor ze klaar staat. Dat geeft zelfvertrouwen om het thuis te klaren. Een betere vorm van preventie is er waarschijnlijk niet. (bron: NIVEL)

25

Bosma, D.

"Wat doe ik voor m'n gezondheid als ik ouder word?": een proces-beschrijving van een in Eindhoven door basisgezondheidsdienst, kruiswerk en bejaardenwerk opgezet G.V.O.-project/ D. Bosma, P. Gondrie, M. Hersen.- Maatschappelijke Gezondheidszorg; jrg.11, nr.3, maart 1983, p.14-17

Beschreven worden doelgroep, doelstelling, experimentele fase, organisatie, programma, evaluatie en toekomstige ontwikkelingen. Doelstellingen zijn: het verduidelijken en herkenbaar maken van lichamelijke, psychologische en sociale aspecten van ouder worden en het zo mogelijk wegnemen van onzekerheden daarover; bijdragen aan de mondigheid en vaardigheid van ouderen ter vergroting van hun weerbaarheid en het eigen probleemoplossend vermogen (o.a. gericht op zelfzorg en zorg voor anderen en het adequaat gebruik van gezondheidsvoorzieningen). (bron: NIVEL)

173

Buijssen, H.P.J.

Preventieve huisbezoeken bij ouderen vereisen goede voorbereiding/ H.P.J. Buijssen, C.A. Uijterlinde.-

Maatschappelijke Gezondheidszorg; jrg.13, nr.2, februari 1985, p.18-20

Eerste aflevering van een tweetal artikelen over voorwaarden en condities m.b.t. preventieve huisbezoeken bij ouderen en het doel van deze preventieve activiteit. Veel basiseenheden zijn begonnen met huisbezoeken zonder zich af te vragen wat de voorwaarden en condities zijn. Aan het slot worden tips gegeven voor de start van preventieve huisbezoeken. (bron: NIVEL)

174

Buijssen, H.P.J.

Waarom preventieve huisbezoeken bij ouderen?/ H.P.J. Buijssen, A. Verhulst.-
Maatschappelijke Gezondheidszorg; jrg.13, nr.3, maart 1985, p.12-14

Dit tweede artikel bespreekt het waarom van preventieve huisbezoeken. Wat hoop je als kruisvereniging te bereiken met een dergelijke activiteit en waarom is het huisbezoek hiervoor een geschikt middel? Bij huisbezoeken gaat het in eerste instantie niet om screeningsactiviteiten, maar om primaire preventie, om gezondheidsvoorlichting en -beoordeling. Er wordt aandacht geschonken aan veel gehoorde bezwaren tegen het doen van preventieve huisbezoeken. Besloten wordt met een pleidooi voor onderzoek naar de effecten en effectiviteit van preventieve huisbezoeken. (bron: NIVEL)

175

Demmenie, C.J.E.

Het gebruik van een verpleegkundige vragenlijst door wijkverpleegkundigen bij preventieve huisbezoeken aan bejaarden/ C.J.E. Demmenie.-
Katholieke Gezondheidszorg; jrg.41, nr.8, 1972, p.362-367

Enerzijds als vervolg op de nota "Kruisvereniging en de zorg voor ouderen" (AKV het Groene Kruis, 1970) en anderzijds als antwoord op de toenemende vraag uit de praktijk van wijkverpleegkundigen en verpleegkundigen in algemene dienst, is door het Groene Kruis een "verpleegkundige bejaardenstatus" ontwikkeld t.b.v. het preventief werken van de wijkverpleegkundige op dit terrein. Het doel van deze verpleegkundige status is om bij het preventieve huisbezoek aan bejaarden het gesprek enige richting te geven en tevens de onderwerpen die besproken worden vast te leggen. Het overzicht dat zo ontstaat biedt de mogelijkheid de situatie beter te beoordelen en factoren te signaleren die elkaar mogelijk beïnvloeden. Deze "status" is in de praktijk getoetst gedurende 6 tot 9 maanden door 29 wijkverpleegkundigen, allen werkzaam in een plattelandsgemeente met een kruisvereniging. (bron: NIVEL)

176

Doel, A. van den

Bejaardensurveillance door het kruiswerk/ A. van den Doel.-

Inzet; jrg.4, nr.11, 1980 , p.16-17

In enkele plaatsen is het kruiswerk begonnen met een nieuwe vorm van preventief werken voor ouderen: de bejaardensurveillance, waarbij het gaat om sociale en medisch-verpleegkundige preventie bij gezondere ouderen (70-76 jaar). Het bestaat uit eens per twee jaar een extra huisbezoek voor alle kruisleden binnen de gestelde leeftijdsgrens. De wijkverpleegkundige probeert dan aan de hand van een gerichte vragenlijst te signaleren welke risico's de bejaarden bedreigen, die wellicht te ondervangen zijn door inschakeling van huisarts, het kruiswerk of andere diensten. Daarnaast wordt d.m.v. screening gewerkt in het wijkgebouw. Knelpunten en discussievragen worden tot slot besproken. (bron: NIVEL)

177

Gaalen, G.M. van

Waar gaat het naar toe met de wijkverpleging?/ G.M. van Gaalen.-

Katholieke Gezondheidszorg; jrg.41, nr.3, 1972, p.136-145

Enquête onder 54 wijkverpleegkundigen in het district Valkenswaard-Geldrop in 1971. De gegevens tonen aan dat het preventieve en curatieve werk van wijkverpleegkundigen ziekenhuisopname van potentiële patiënten voorkomt, respectievelijk een vroeger ontslag uit het ziekenhuis mogelijk maakt. Auteur vraagt zich af of het in dit licht niet redelijk is dat de instanties (ziekenhuizen, sociale verzekeringen) voor wie de kruisvereniging kostenbesparend werkt, meebetalen aan de financiering van het kruiswerk. (bron: NIVEL)

28

Hanzers, A.M.

Uitvoering van gezondheidsvoorlichting en opvoeding in de thuisgezondheidszorg/ A.M. Hanzers.-

Tijdschrift voor Ziekenverpleging; jrg.35, nr.24, 30 november 1982, p.792-795

In dit artikel wordt beschreven hoe de kruisverenigingen zijn ontstaan uit een behoefte aan gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en welke hulp er nu geboden kan worden om mensen zo mondig en zelfstandig te maken bij ziekte en het voorkomen hiervan. Tevens welke middelen de kruisvereniging ter beschikking staan om dit doel te bereiken. (bron: abstract, NcGv)

178

Hermans, T.

Het preventieve huisbezoek: een gewoontevorming of gewoon een vorm?/ T. Hermans.- Lochem: De Tijdstroom, 1981; verpleegkundige studies, dl.40

Vanuit de ervaring dat het preventieve huisbezoek een van de middelen is die de wijkverpleegkundige gebruikt om preventieve zorg te verlenen, vraagt de auteur zich af of dit huisbezoek wel zo'n geschikt middel is voor preventieve verpleegkundige dienstverlening, en welke rol de (beroeps)persoon van de wijkverpleegkundige hierin speelt. De conclusie is dat wil het preventieve huisbezoek een doeltreffende activiteit zijn, de wijkverpleegkundige: moet kunnen plannen en afspraken maken om de cliënt zo vroeg mogelijk in de zorgverlening te betrekken; een verantwoorde prioriteit moet stellen t.a.v. "wie krijgt preventieve zorg?"; methodische vaardigheden moet ontwikkelen om gericht te kunnen communiceren met de cliënt. (bron: NIVEL, SAK)

179

Hoornstra, R.

Preventieve huisbezoeken aan ouderen: een geschikt instrument voor het juiste doel?/ R. Hoornstra, H. van Druenen.-

Maatschappelijke Gezondheidszorg; jrg.13, nr.9, september 1985, p.24-28

Er wordt getwijfeld over het uitgangspunt dat het brengen van preventieve huisbezoeken een goed instrument is om de zorg voor ouderen vanuit het kruiswerk nader gestalte te geven. Binnen het kruiswerk zijn ook kritische geluiden te horen. Veelal betreffen deze de kosten of arbeidsintensiviteit. De zin en noodzaak van preventieve huisbezoeken wordt overschat als middel om bepaalde preventieve doelen te bereiken. Het kruiswerk moet bij invulling van haar preventieve taak de emancipatiegedachte centraal stellen. De betrokkenheid van de oudere mens zelf bij de verdere ontwikkeling van de preventieve taak van het kruiswerk ligt derhalve voor de hand. Het moet mogelijk zijn, desnoods experimentsgewijs een doelgerichte en effectieve preventieve taak voor het kruiswerk tot ontwikkeling te brengen. (bron: NIVEL)

Hoornstra, R.

Projekt preventieve zorgverlening ouderen: 01-01-1984 tot 01-01-1986; eindrapport/ R. Hoornstra.- Utrecht: Provinciale Utrechtse Kruisvereniging, 1986
R 2788

Centrale vragen van het project zijn de consequenties van de vergrijzing en de mogelijkheden van het kruiswerk om haar dienstenpakket hierop af te stemmen. Op grond van te verwachten verschuivingen zal blijken dat de vraag naar diensten van het kruiswerk zowel in kwantitatieve als in kwalitatieve zin verandert. Met betrekking tot de kwantiteit worden maatregelen voorgesteld als: uitbreiding van het aantal hulpverleners; verhoging van de doelmatigheid en efficiëntie van de hulpverlening; verschuivingen binnen het totale kruis-aanbod. Met betrekking tot de kwaliteit worden maatregelen voorgesteld op het terrein van deskundigheidsbevordering m.b.t. medisch verpleegkundig handelen, dementie, reactivering, revalidatie, bijscholing m.b.t. de zorg voor ouderen. Verder wordt een aantal mogelijkheden die het kruiswerk heeft om extra aandacht te besteden aan eerstelijnszorg voor ouderen uitgewerkt in: flexibele zorg op maat; oriënterende contacten; promotie van het kruiswerk; GVO. (bron: NIVEL)

Kroes, G.H.

Preventieve gezondheidszorg bij het ouder worden: brede discussie nodig over problemen rond de voorbereiding op de derde levensfase en de gezondheid(szorg)/ G.H. Kroes.-
Maatschappelijke Gezondheidszorg; jrg.8, nr.10, oktober 1980, p.4-7

Artikel n.a.v. het NFB-rapport "Vorbereiding op de 3e levensfase en de gezondheid(szorg)". In het rapport worden ouderen niet beschouwd als een probleem-categorie. Ouder worden betekent niet automatisch patiënt worden. Uitgangspunt is veeleer de overeen-

komst: ouder wordende mensen zijn in veel opzichten niet zo erg verschillend van anderen. Bewust gaat men daarom uit in het rapport van generale uitgangspunten. De veelal vitale ouderen zullen wat hun maatschappelijk functioneren betreft reeds nu of in de nabije toekomst sterk aangewezen zijn op hun directe leefmilieu, met name de wijk. Daarom is het ook dat het rapport zich voornamelijk richt op het extramurale veld en waarom de preventieve gezondheidszorg centraal staat. In het artikel worden voorts vier zorggebieden onderscheiden en besproken: de eigen verzorging, zelfzorg. Waardevolle bijdragen zijn te verwachten van GVO, cursussen en materiële voorzieningen in en om huis; hulp uit de directe omgeving. Bedoeld wordt de spontane hulp van buurt, kennissen, kerk, e.d., de mantelzorg; niet-professionele hulp. Bedoeld wordt het vrijwilligerswerk, m.n. telefoondiensten e.d.; professionele (algemene) hulp. Gedacht wordt aan: de eerstelijnsgezondheidszorg, wijkverpleegkundigen, huisartsen, apothekers e.d.; de eerstelijns maatschappelijke dienstverlening: AMW, gezinsverzorging, bejaardenzorg e.d.; personen of instellingen binnen andere sectoren. Tenslotte wordt in het artikel ingegaan op enkele knelpunten. (bron: NIVEL)

134

Linn, J.T.B.

Practising prevention for the elderly: the doctor-nurse team in general practice/ J.T.B. Linn.-

Australian Family Physician; jrg.8, nr.3, maart 1979, p.305-313; themanummer 'Prevention: An attitude of mind'

Het aantal ouderen met chronische ziekten in Australië neemt toe, hierdoor is het bij de planning van de gezondheidszorg nodig de bestaande voorzieningen nader te beschouwen. Het toevoegen van een verpleegkundige aan de huisarts is een manier om de kwaliteit van de zorg voor 'risico-groepen' te verbeteren. De verpleegkundige dient hierbij bereid te zijn een veelvoud aan taken op zich te nemen en te

registreren. Zij dient ervaring te hebben met betrekking tot de huishouding en gezinsaanleg en zich aan te kunnen passen aan bejaarden. Hierbij is haar rol complementair met die van de arts. Haar bemoeienis met patiënten geeft de arts de gelegenheid zijn specifieke vaardigheden beter te benutten. Zijn inspanningen nemen hierbij niet af, maar zullen effectiever zijn door de versterking en stimulering door de verpleegkundige. Continue zorg wordt een realiseerbaar alternatief, waarbij preventie niet langer gedomineerd wordt door de curatieve zorg. Huisartsen dienen te anticiperen op een toenemend aantal chronische patiënten. Preventieve maatregelen die genomen worden zijn alleen maar effectief als deze in de tijd worden volgehouden. Dergelijke maatregelen hebben veelal betrekking op persoonlijke aspecten uit het dagelijks leven, die door de verpleegkundige kunnen worden bepaald, waarbij beslissingen in overleg met de arts genomen worden. De verpleegkundige is hiervoor bij uitstek geschikt door haar informele relaties en haar brede observatiemogelijkheden, die van onschatbare waarde zijn voor de arts bij de behandeling van chronische patiënten. De toekomstige kwaliteit van de zorg is hierbij in grote mate afhankelijk van de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde. Vanuit de behoefte aan onafhankelijkheid en gezondheid vormt preventie een uitdaging.

182

Linschoten, P. van

Preventief huisbezoek bij ouderen/ P. van Linschoten.-
Den Haag: Nederlandse Federatie voor Bejaardenbeleid,
augustus 1986; rapport nr.15

R 2856

Verkennde nota naar de waarde van het preventieve huisbezoek bij de zorg voor ouderen. Na de verantwoording van het probleem vanuit demografische ontwikkelingen wordt ingegaan op de betekenis van het kruiswerk bij de zorg voor ouderen en wordt het begrip 'preventief huisbezoek' met behulp van het

angelsaksisch equivalent 'Health Visitor' nader uitgewerkt. Een conclusie luidt dat het de taak van de Nationale Kruisvereniging is de bestaande projecten te evalueren, waarbij hier vooral de nadruk gelegd wordt op aspecten van secundaire preventie. Het preventieve huisbezoek heeft waarde als instrument bij vroegtijdige opsporing met behulp waarvan opname kan worden voorkomen of uitgesteld. Er dient rekening gehouden te worden met de autonomie van de ouderen; hiertoe kan de oudere voor het huisbezoek schriftelijk benaderd worden. Daarnaast is het bij de uitvoering van de experimenten van belang a priori te onderzoeken of vrijwilligers kunnen worden ingeschakeld en hoe de samenwerking tussen de verschillende disciplines dient te verlopen. Tenslotte dienen de ouderenorganisaties het 'gezondheidsanalfabetisme' bij hun leden te vermindern.

183

Mastbergen-van Wensveen, W.

Nog ruimte voor zelfzorg na het preventieve bejaardenbezoek?: mag oma blijven doen, zoals zij altijd al gedaan heeft?/ W. Mastbergen-van Wensveen.-

Maatschappelijke Gezondheidszorg; jrg.13, nr.9, september 1985, p.29-31

Kritiek op de methode en uitvoering van het preventieve bejaardenzorgbezoek, zoals dat in de nota "Preventieve bejaardenzorg in de wijkverpleging" gepresenteerd wordt. Zelfzorg krijgt te weinig echte ruimte. De verpleegkundige en niet de bejaarde staat centraal en de methode waarop het preventieve bejaardenzorgbezoek wordt uitgevoerd heeft gebreken. Alternatieven: gezonde bejaarden trachten te bereiken; preventie voor de hele bevolkingsgroep; GVO-projecten; public relations en themadagen, gespreksgroepen en bewegingslessen voor ouderen. (bron: WVC)

Op welke

Op welke manier preventieve zorg voor de bejaarden?: wat kan er in de wijkverpleging worden gedaan aan preventieve bejaardenzorg?.-

Maatschappelijke Gezondheidszorg; jrg.9, nr.6, juni 1981, p.22-25

Artikel over de nota "Preventieve bejaardenzorg in de wijkverpleging". De nota is bedoeld als discussiestuk over preventieve bejaardenzorg en vooral over de wijze waarop met de beschikbare tijd in een zo logisch mogelijke vorm bejaarden die zorg gegeven kan worden, die naar hun omstandigheden passend is. Daarbij is uitgegaan van drie categorieën: gezonde bejaarden; risico-lopemde bejaarden; hulpbehoevende bejaarden. De inhoud en vorm van de zorg moet voor deze groep aan hun specifieke situatie worden aangepast. In het artikel komt verder ter sprake: preventieve bejaardenzorg in de basiseenheid; algemene zorgverlening; huisbezoek; wijkziekenverzorgende; bijzondere zorgverlening; deskundigheid benodigd voor het geven van groepsvoorlichting, waarbij de volgende tekortkomingen worden geconstateerd: de kennis t.a.v. het proces van ouder worden; gesprekstechniek. Het artikel eindigt met suggesties. (bron: NIVEL)

39

Pender, N.J.

Illness prevention and health promotion services provided by nurse practitioners: predicting potential consumers/ N.J. Pender, A.R. Pender.-

American Journal of Public Health; jrg.70, nr.8, augustus 1980, p.798-803

Bij een cross-sectioneel onderzoek onder 388 huisartsen in het noorden van Illinois, is de relatie tussen psychosociale en gedragskenmerken van een populatie en de intenties van die populatie gebruik te maken van preventie en GVO zoals die door 'nurse practitioners' wordt aangeboden, onderzocht. De

resultaten geven aan dat 61% van de respondenten voornemens is van een of meer van door de 'nurse practitioner' aangeboden diensten, wanneer deze diensten beschikbaar zijn. De beste voorspellers zijn belangstelling voor het gebruik van preventie en GVO, een opleiding hoger als 'highschool' en weinig stress. Het al dan niet hebben van een vaste huisarts lijkt niet significant van invloed. De gegevens zijn gebruikt als een indicator voor de behoefte aan 'nurse practitioners', die zich bezig houden met preventie en GVO. De bevindingen ondersteunen de complementaire taken van verpleegkundigen en artsen bij het aanbieden van gezondheidszorg. (bron: vert. abstract)

185

Preventieve

Preventieve bejaardenzorg in de wijkverpleging.-

Bunnik: Nationale Kruisvereniging, najaar 1981

R 2342

Nota van de werkgroep over het omlijnen en inhoudelijk aangeven van de taak van de wijkverpleegkundige en wijkziekenverzorgende met betrekking tot de preventieve zorg voor bejaarden. (bron: NIVEL)

186

Seelen, A.M.R.

Een rol voor de wijkverpleegkundige bij de interventie bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten/ A.M.R.

Seelen, W.M. van Zutphen, J.P.M. Diederiks.-

Huisarts en Wetenschap; jrg.28, nr.4, april 1985, p.129-132

Onderzoek naar het nut en de mogelijkheden om de interventie bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten geheel of gedeeltelijk over te hevelen van de huisarts naar de wijkverpleegkundige. Deze interventie bestaat uit het geven van informatie over de betekenis van de gevonden risicofactoren en uit persoonlijke, op de behoeften en mogelijkheden

van de patiënt afgestemde zorg. Voorzichtige conclusie van de schrijvers is, dat de wijkverpleegkundige in staat is bovengenoemde interventie uit te voeren, niet vanuit een zelfstandige positie, wel in samenwerking met de huisarts. Vereiste is dan, dat zij de uitsluitend medische aspecten niet behoeft uit te voeren, en dat het huisbezoek plaatsvindt met medische ondersteuning. De huisarts fungeert in deze samenwerking als "bureau-arts". (bron: NIVEL) Ook opgenomen in: Maatschappelijke Gezondheidszorg; jrg.13. nr.11, november 1985, p.38-41.

161

Thompson, R.S.

Evaluation of initial implementation of an organized adult health program employing family nurse practitioners/ R.S. Thompson, P. Basden, L.J. Howell.-

Medical Care; jrg.20, nr.11, november 1982, p.1109-1127

Een georganiseerd programma gericht op het periodiek evalueren van de gezondheid van volwassenen is ingevoerd in een 'Group Health Cooperative Clinic'. Hierbij is gebruik gemaakt van een vastgesteld onderzoeksschema en van twee 'nurse practitioners' die met zes huisartsen hebben samengewerkt met het doel zoveel mogelijk onderzoeken uit te voeren. Hier wordt het bovengenoemde programma geëvalueerd met behulp van zes specifieke doelstellingen, waarbij deze vergeleken worden met de voor het programma bestaande werkwijze zoals die hier is aangetroffen in een andere kliniek. De evaluatie geeft aan dat: de wachttijden kleiner worden; de kwaliteit van de door de 'nurse practitioners' uitgevoerde onderzoeken blijkt niet minder; de kosten afnemen; er geen indicaties gevonden zijn dat door 'nurse practitioners' onderzochte personen vaker gebruik maken van aanvullende onderzoeken en niet tot hogere kosten leiden; de patiëntentevredenheid groter is in de kliniek met het programma dan in de traditionele kliniek en dat de patiëntentevredenheid eveneens groter is wanneer de patiënt door de 'nurse practitioner' in plaats van de huisarts is onderzocht;

slechts 17% van hun tijd hebben de 'nurse practitioners' besteed aan de gezondheidsonderzoeken, waarbij zij de helft van het aantal uitgevoerde onderzoeken voor hun rekening hebben genomen.; het werk van de enkele artsen is door het werk van de 'nurse practitioners' kwalitatief en in complexiteit toegenomen; er is waarschijnlijk een iets ander management noodzakelijk.

187

Wolswijk, P.

Voortgangsrapportage projekt preventieve bejaardenzorg, maart - oktober 1984/ P. Wolswijk.- S.l.: Provinciale Kruisvereniging Gelderland, november 1984

Tussentijds verslag over de voortgang van een project gericht op preventieve bejaardenzorg ingegeven vanuit de toenemende vergrijzing, een verschuiving van intamurale naar ambulante hulpverlening en de verschuiving van curatieve naar preventieve zorg. De doelstellingen van het project zijn: het verkrijgen van een inzicht in de huidige stand van zaken; het opsporen van knelpunten; het verkrijgen van inzicht in toekomstige ontwikkelingen binnen de ouderenzorg. Na een korte beschrijving van de organisatie van het project wordt een overzicht van de activiteiten in de periode maart-oktober 1984 gegeven: inventarisatie van feitelijke en gewenste situatie; begeleiding bij menings- en besluitvorming; ontwikkelen, verzamelen en beschikbaar maken van documentatie; ontwikkeling van voorlichtingsmethoden; het opzetten en evalueren van activiteiten in proefgebieden; meewerken aan bijscholing; beleidsadvisering. (bron: NK)

12. SAMENWERKING

71

Alkema, F.M.J.

V.T.O.-samenwerking in de praktijk/ F.M.J. Alkema, H. de Jong, H. Hento-Klein Gebbink.-

Ruit; jrg.9, nr.33, maart 1983, p.3-14

Discussiebijdrage m.b.t. het VTO-samenwerkingsverband in Groningen. Ervaringen met deze nieuwe vorm van jeugdgezondheidszorg staat centraal: van de gebruikers staan ouders er zeer positief tegenover, voor de hulpverleners blijft er nog wel wat te wensen over. Bijvoorbeeld een verbetering van de ouderparticipatie en van de relatie jeugdarts-huisarts. (bron: NcGv)

188

Ashton, J.

Preventing disability in the elderly/ J. Ashton.-
Update; jrg.30, nr.4, april 1985, p.279-281

Er zal moeten worden ingespeeld op de toename van ouderen en de kosten die dat met zich mee zal brengen. Alleen dan kan verbetering worden gebracht in de kwaliteit van het leven van de oudere mens. Preventie houdt in: primaire, secundaire en tertiaire preventie. Om een goede functionele preventie op touw te zetten zal uitgegaan moeten worden van een breed samenwerkingsverband. Daarbij is het nodig kennis van zaken te hebben van het proces van veroudering. De schrijver pleit voor onderzoek op dit gebied en een nauwe samenwerking tussen de eerstelijnsgezondheidszorg en de tweedelijns. Het concept van "health promotion" heeft een goede invloed op de levensstijl. De schrijver haalt voorbeelden van modellen van samenwerking uit Engeland en Noorwegen aan. (bron: NIVEL)

Boerma, W.G.W.

Preventieve zorg in gezondheidscentra en groepspraktijken/ W.G.W. Boerma.- Utrecht: NIVEL, 1986; studies naar samenwerking nr. 8

B 1227

Onderzoek d.m.v. een schriftelijke vragenlijst naar de werkwijze en opvattingen van huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden in gezondheidscentra en groepspraktijken m.b.t. een aantal aspecten van preventieve zorg. Dat zijn: hypertensie, diabetes mellitus, borst- en baarmoederhalskanker, leefgewoonten en surveillance van ouderen. De totale response is 82%. Hoewel 70% van de wijkverpleegkundigen individuele preventie tot hun takenpakket rekent, lijkt deze discipline weinig betrokken bij de vroege opsporing en begeleiding van bovengenoemde aspecten. Wanneer de wijkverpleging hierbij een grotere rol kan gaan spelen zal de multidisciplinaire samenstelling van het team beter benut kunnen worden voor preventieve doeleinden. (bron: NIVEL)

75

Derksen, J.

Preventie in de eerste lijn: In: Derksen, J.; Psychologische hulp in de eerste lijn/ J. Derksen.- Baarn: H. Nelissen, 1982; PM-reeks: p.87-95

B 805

Er wordt ingegaan op de betekenis en de definitie, binnen de AGGZ, van het begrip preventie en de deelbegrippen die eraan te onderscheiden zijn. Aan de hand van de gemaakte onderscheidingen binnen het concept wordt ingegaan op de rol die de eerste lijnspsycholoog bij de preventie kan spelen. Er wordt ingegaan op het vroegtijdig behandelen; consultatie, eerstelijnssteams, zoals hometeams zijn bij uitstek geschikt voor het uitwisselen van informatie en het signaleren van problematiek. Nauw contact tussen huisarts en psycholoog biedt mogelijkheden

met betrekking tot de preventie van somatische fixatie; de samenwerking binnen de eerstelijns en de betekenis ervan voor preventie; de preventieve aspecten van het werken met risicogroepen; de betekenis van onderzoek voor het preventieve werk.

103

Gersons, B.P.R.

Preventie en de consultatiemethode/ B.P.R. Gersons.- Tijdschrift voor Orthopedagogie en Kinderpsychiatrie; jrg.6, nr.2, juni 1981, p.71-84

Het belang van preventie in de geestelijke gezondheidszorg is minstens even groot als de behandeling: consultatie kan, in gesprekken met sleutelfiguren (vertrouwenspersonen) en hulpverleners in de eerstelijns, hieraan een belangrijke bijdrage leveren; vijf aspecten van een consultatierelatie, enkele specifieke kenmerken en voorkomende problemen. (bron: WIJN)

124

Gill, K.

Preventieve mogelijkheden rond de zwangerschap: tussen primaire en secundaire preventie/ K. Gill.- Patient Care; jrg.13, nr.7, juli/augustus 1986, p.16-18

Preventie rond zwangerschap: op de preconceptionele preventie, waarbij ook het genetisch gesprek ter sprake komt, volgt de prenatale preventie. Hiertoe behoort periodiek onderzoek als ook het prenatale onderzoek naar aangeboren afwijkingen. Het is wenselijk dat bij deze zorg goede samenwerking tot stand komt tussen huisartsen, verloskundigen en gynaecologen. De aanstaande moeder dient op evenwichtige wijze gebruik te kunnen maken van de (technologische) vorderingen van de geneeskunde. Wetenschappelijk onderzoek door de huisarts en deelname aan Landelijke Verloskundige Registratie is noodzakelijk. (bron: expres-informatie)

35

Lisdonk, E. van de

Preventieve aspecten in de zorg voor nul- tot vierjarigen/ E. van de Lisdonk.-

Patient Care; jrg.13, nr.7, juli/augustus 1986, p.18-21

De huidige preventieve zorg voor nul- tot vierjarigen moet bestaan uit het ontwikkelen van een sluitend systeem om in groei en ontwikkeling bedreigde kinderen op te sporen, het bevorderen van goed ouderschap, het optimaliseren van multidisciplinaire samenwerking, het geven van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. (bron: expres-informatie)

100

Loon, P.C.J. van

"De eerste lijn": zonder samengestelde hulpteams geen preventie/ P.C.J. van Loon.-

Medisch Contact; jrg.40, nr.16, 19 april 1985, p.481-482

Gepleit wordt voor het samenstellen van arbeidsgroepen ("task-forces") van ziekenverzorgenden en gezinsverzorgenden voor flexibele beschikbaarheid "de klok rond". Zulke teams kunnen ter preventie en/of uitstel van onvermijdelijke opname op termijn een belangrijke rol spelen. De zekerheid op hulp te kunnen rekenen, werkt preventief ten aanzien van het min of meer zelfstandig blijven van gehandicapten, chronische patiënten en invaliderende ouderen. Zo wordt de scheiding tussen intra- en extramurale zorg opgeheven zodat intramuraal transmuraal wordt. (bron: WVC)

190

Preventie-

Preventie- en samenwerkingsproject voor bejaarden te Gorredijk: Projekt Gorredijk: verslag over de eerste 342 interviews, 81 - 5.- Beetsterzwaag: Stichting Coordinatie Bejaardenzorg Oost-Friesland, juni 1981; Friesland Proeftuin

R 418

Onderzoek onder zelfstandig wonende bejaarden: de afgelopen vier jaar zijn zij tweemaal bezocht door wijkverpleegkundigen, waarbij de bejaarde een vragenlijst is afgenomen en deze lichamelijk is onderzocht. Doel is vroegtijdige opsporing van klachten en stoornissen. De centrale onderzoeksvragen zijn: kunnen d.m.v. een vragenlijst klachten op sociaal-maatschappelijk en medisch gebied worden signaleerd; kan van de bejaarden die zijn doorverwezen worden aangegeven hoe zij "scoren" op een aantal eigenschappen. Van de mensen die aan het onderzoek hebben deelgenomen oordeelt nagenoeg iedereen positief over het project. Ook blijkt dat de aandacht die de bejaarde in het kader van het project heeft gekregen en de controle van de gezondheid belangrijke redenen zijn voor dit positieve oordeel.

191

Preventie-

Preventie- en samenwerkingsproject voor bejaarden te Gooredijk: eindrapport van het project Gorredijk, 81 - 6.- Beetsterzwaag: Stichting Koördinatie Bejaardenzorg Oost Friesland, december 1981; Frieland Proeftuin R 1005

De opzet van het preventie- en samenwerkingsproject voor zelfstandig wonende bejaarden in Gorredijk, is dat al deze bejaarden in vier jaar tijd tweemaal bezocht worden door wijkverpleegkundigen. Deze wijkverpleegkundigen nemen met behulp van een vragenlijst een interview af en stellen een kort lichamelijk onderzoek in. De bedoeling hiervan is om vroegtijdig eventuele klachten en/of stoornissen te ontdekken. Twee probleemstellingen staan centraal in het onderzoek: kunnen door middel van een vragenlijst vroegtijdig klachten op sociaal-maatschappelijk en medisch gebied worden signaleerd en kunnen deze klachten via doorverwijzing eventueel worden verholpen?; kan van de mensen die zijn doorverwezen (of juist niet zijn doorverwezen) worden aangegeven hoe zij scoren op een aantal eigenschappen? De eerste probleemstelling kan niet eensluidend worden

bevestigd of ontkennend beantwoord worden. De achterliggende bedoeling van de tweede probleemstelling is te trachten een zekere risicogroep op te sporen. Het blijkt dat de volgende groepen meer worden doorverwezen: oudere bejaarden (74 jaar en ouder); alleen wonende bejaarden; bejaarden die minder goed uit de voeten kunnen; bejaarden met behoefte aan (meer) bezoek van kinderen en kleinkinderen e.d.; bejaarden met meer klachten; bejaarden met meer zorgen. Verwijzing blijkt nauwelijks samen te hangen met: geslacht, vrouwen worden nauwelijks vaker doorverwezen dan mannen; zelfredzaamheid m.b.t. algemene dagelijkse levensverrichtingen en activiteiten. (bron: NIVEL)

101

Struve, J.K.

Use of a health planning conference in a family practice/ J.K. Struve, L.D. Rieke, N. Lund.-
Journal of Family Practice; jrg.20, nr.1, januari 1985, p.75-78

Verslag van een onderzoek naar de invloed van het gebruik van een introductie-gesprek met nieuwe patiënten van een eerstelijnskliniek zonder urgente klachten. Bij dit gesprek zijn naast de patiënt en de arts een verpleegster en een deskundige op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. De doeleinden hebben betrekking op de evaluatie van: de implementatie van dergelijke introductie-gesprekken; het accepteren van de methode door de patiënt en de staf; de gevoeligheid van het gesprek bij het vaststellen van de behoeften aan geestelijke en preventieve gezondheidszorg. Het blijkt dat een dergelijk gesprek relatief geïmplementeerd kan worden, het gesprek over het algemeen door zowel de medische staf als de patiënt als positief wordt ervaren. Met betrekking tot behoefte aan geestelijke gezondheidszorg en preventie heeft het gesprek in 27% van de gevallen tot een directe verwijzing geleid, waarbij nog eens 6% naar ondersteuningsgroepen zoals de AA en Weight Watchers verwezen is. Ter zake

de preventie is het gesprek aanleiding voor een GVO-programma met betrekking tot gewichtscontrole, voeding, rookgedrag en het omgaan met stress. Wel moet bij de uitkomsten worden aangetekend dat het onderzoek een aantal beperkingen heeft.

192

Swaak, A.J.

Het "kleuterbureau" nog steeds in de steigers/ A.J. Swaak.-

Maatschappelijke Gezondheidszorg; jrg.14, nr.7/8, juli/augustus 1986, p.20-23

47

Verplanke, T.

Preventiewerk maakt niet alleen patiënten maar ook hulpverleners bewuster/ T. Verplanke.-

Maatschappelijke Gezondheidszorg; jrg.12, nr.7/8, juli/augustus 1984, p.32-34

Verslag van een zes jaar durende samenwerking tussen artsen, verpleegkundigen en apothekers met betrekking tot preventie en gezondheidsopvoeding in de Amsterdamse Staatsliedenbuurt. De resultaten zijn: een hechtere onderlinge samenwerking, kritischer omgaan met zorg en medicijnen door gezondheidswerkers en een groeiende interesse voor de eigen gezondheidsproblemen bij de buurtbewoners. (bron: WVC)

170

Westreenen. E. van

Samenspel van preventieve en curatieve geneeskunde van hartziekten/ E. van Westreenen: In: Preventie, vroegtijdige diagnostiek en behandeling van hartziekten: 27-28 april 1973/ Boerhave Commissie voor Voortgezet Onderwijs; Faculteit der Geneeskunde; Rijksuniversiteit-Leiden; s.l.: s.n., s.a.: p.65-67

R 1424

Verslag van een onderzoek gericht op de systematische opsporing en preventie van ischaemische hartziekten (IHZ), uitgevoerd door bedrijfsgeneeskundigen. Het onderzoek heeft bestaan uit: een vragenlijst; het meten van lengte, gewicht, bloeddruk, ECG in rust, longfunctie; urine-onderzoek; bepaling van het cholesterolgehalte, totaallipiden en glucose in het bloed. De groep personen met een verhoogd risico valt uiteen in: een groep in een gezondheidsbedreigende situatie: deze zijn naar de huisarts verwezen; een groep waarbij een of meer risicofactoren opgespoord zijn en die geen directe interventie behoeft maar waarbij frequente controle en een verandering van leefwijze gewenst is. De taak van de bedrijfsarts is hier eenvoudige voorlichting. Voor medicatie dient de patiënt naar het curatieve circuit verwezen te worden. Hierbij is vooral de huisarts de persoon die kan en moet beslissen over verdere behandeling. De conclusie luidt dat voor opsporing en behandeling van risicofactoren een optimale samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts noodzakelijk is.

13. BEZOEK

193

Bakker-Lenderink, A.

Preventieve bejaardenzorg in de thuisgezondheidszorg/
A. Bakker-Lenderink.-

Tijdschrift voor bejaarden-, kraam- en ziekenverzorging; jrg.17, nr.2, februari 1984, p.57-60

Aandacht wordt besteed aan de volgende vragen: wie zijn de bejaarden die voor preventie in aanmerking komen en wie geeft de preventieve zorg; wat behelst preventie of wat doe je tijdens zo'n preventief bejaardenhuisbezoek; is het huisbezoek de enige mogelijkheid; waarom is preventie nodig en hoe bied je preventie aan? (bron: HRMW)

173

Buijssen, H.P.J.

Preventieve huisbezoeken bij ouderen vereisen goede voorbereiding/ H.P.J. Buijssen, C.A. Uijterlinde.-

Maatschappelijke Gezondheidszorg; jrg.13, nr.2, februari 1985, p. 18-20

Eerste aflevering van een tweetal artikelen over voorwaarden en condities m.b.t. preventieve huisbezoeken bij ouderen en het doel van deze preventieve activiteit. Veel basiseenheden zijn begonnen met huisbezoeken zonder zich af te vragen wat de voorwaarden en condities zijn. Aan het slot worden tips gegeven voor de start van preventieve huisbezoeken. (bron: NIVEL)

174

Buijssen, H.P.J.

Waarom preventieve huisbezoeken bij ouderen?/ H.P.J. Buijssen, A. Verhulst.-

Maatschappelijke Gezondheidszorg; jrg.13, nr.3, maart 1985, p. 12-14

Dit tweede artikel bespreekt het waarom van preventieve huisbezoeken. Wat hoop je als kruisvereniging te bereiken met een dergelijke activiteit en waarom is het huisbezoek hiervoor een geëigend middel? Bij huisbezoeken gaat het in eerste instantie niet om screeningsactiviteiten, maar om primaire preventie, om gezondheidsvoorlichting en -beoordeling. Er wordt aandacht geschonken aan veel gehoorde bezwaren tegen het doen van preventieve huisbezoeken. Besloten wordt met een pleidooi voor onderzoek naar de effecten en effectiviteit van preventieve huisbezoeken. (bron: NIVEL)

175

Demmenie, C.J.E.

Het gebruik van een verpleegkundige vragenlijst door wijkverpleegkundigen bij preventieve huisbezoeken aan bejaarden/ C.J.E. Demmenie.-

Katholieke Gezondheidszorg; jrg.41, nr.8, 1972, p.362-367

Enerzijds als vervolg op de nota "Kruisvereniging en de zorg voor ouderen" (AKV het Groene Kruis, 1970) en anderzijds als antwoord op de toenemende vraag uit de praktijk van wijkverpleegkundigen en verpleegkundigen in algemene dienst, is door het Groene Kruis een "verpleegkundige bejaardenstatus" ontwikkeld t.b.v. het preventief werken van de wijkverpleegkundige op dit terrein. Het doel van deze verpleegkundige status is om bij het preventieve huisbezoek aan bejaarden het gesprek enige richting te geven en de onderwerpen die besproken worden vast te leggen. Het overzicht dat zo ontstaat biedt de mogelijkheid de situatie beter te beoordelen en factoren te signaleren die elkaar mogelijk beïnvloeden. Deze "status" is in de praktijk getoetst gedurende 6 tot 9 maanden door 29 wijkverpleegkundigen, allen werkzaam in een plattelandsgemeente met een kruisvereniging. (bron: NIVEL)

Doel, A. van den

Bejaardensurveillance door het kruiswerk/ A. van den Doel.-

Inzet; jrg.4, nr.11, 1980, p. 16-17

In enkele plaatsen is het kruiswerk begonnen met een nieuwe vorm van preventief werken voor ouderen: de bejaardensurveillance, waarbij het gaat om sociale-en medisch-verpleegkundige preventie bij gezondere ouderen (70-76 jaar). Het bestaat uit eens per twee jaar een extra huisbezoek voor alle kruisleden binnen de gestelde leeftijdsgrens. De wijkverpleegkundige probeert dan aan de hand van een gerichte vragenlijst te signaleren welke risico's de bejaarden bedreigen, die wellicht te ondervangen zijn door inschakeling van huisarts, het kruiswerk of andere diensten. Daarnaast wordt d.m.v. screening gewerkt in het wijkgebouw. Knelpunten en discussievragen worden tot slot besproken. (bron: NIVEL)

Hendriksen, C.

Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomised controlled trial/ C. Hendriksen, E. Lund, E. Strømgard.-

British Medical Journal; jrg.289, nr.6457, 1 december 1984, p.1522-1523

Onderzoek naar het effect van preventief huisbezoek bij ouderen van 75 jaar en ouder. Preventief bezoek vermindert de mortaliteit, het aantal opnamen in ziekenhuis of verpleegtehuis en bovendien ervaart men het leven als kwalitatief beter dan voorheen. Bepaalde factoren kunnen dit positieve resultaat beïnvloed hebben: bijvoorbeeld het vertrouwen dat groeit tussen de oudere en de bezoeker, vooral als het steeds dezelfde huisbezoeker is. Verder is er sprake van een toenemende thuishulp/-zorg en is er sprake van aangepaste huisvesting. De ouderen waren in het algemeen zeer enthousiast over de huisbezoeken. (bron: NIVEL)

Hermans, T.

Het preventieve huisbezoek: een gewoontevorming of gewoon een vorm?/ T. Hermans.-Lochem: De Tijdstroom, 1981; verpleegkundige studies, dl. 40

Vanuit de ervaring dat het preventieve huisbezoek een van de middelen is die de wijkverpleegkundige gebruikt om preventieve zorg te verlenen, vraagt de auteur zich af of dit huisbezoek wel zo'n geschikt middel is voor preventieve verpleegkundige dienstverlening, en welke rol de (beroeps)persoon van de wijkverpleegkundige hierin speelt. De conclusie is dat wil het preventieve huisbezoek een doeltreffende activiteit zijn, de wijkverpleegkundige: moet kunnen plannen en afspraken maken om de cliënt zo vroeg mogelijk in de zorgverlening te betrekken; een verantwoorde prioriteit moet stellen t.a.v. "wie krijgt preventieve zorg?"; methodische vaardigheden moet ontwikkelen om gericht te kunnen communiceren met de cliënt. (bron: NIVEL, SAK)

Hoornstra, R.

Preventieve huisbezoeken aan ouderen: een geschikt instrument voor het juiste doel?/ R. Hoornstra, H. van Druenen.-

Maatschappelijke Gezondheidszorg; jrg.13, nr.9, september 1985, p.24-28

Er wordt getwijfeld over het uitgangspunt dat het brengen van preventieve huisbezoeken een goed instrument is om de zorg voor ouderen vanuit het kruiswerk nader gestalte te geven. Binnen het kruiswerk zijn ook kritische geluiden te horen. Veelal betreffen deze de kosten of arbeidsintensiteit. De zin en noodzaak van preventieve huisbezoeken wordt overschat als middel om bepaalde preventieve doelen te bereiken. Het kruiswerk moet bij invulling van haar preventieve taak de emancipatiegedachte centraal stellen. De betrokkenheid van de oudere mens zelf bij de verdere ontwikkeling van de preventieve

taak van het kruiswerk ligt derhalve voor de hand. Het moet mogelijk zijn, desnoods experimentsgewijs een doelgerichte en effectieve preventieve taak voor het kruiswerk tot ontwikkeling te brengen. (bron: NIVEL)

182

Linschoten, P. van

Preventief huisbezoek bij ouderen/ P. van Linschoten.- Den Haag: Nederlandse Federatie voor Bejaardenbeleid, augustus 1986; rapport nr. 15
R 2856

Verkenkende nota naar de waarde van het preventieve huisbezoek bij de zorg voor ouderen. Na de verantwoording van het probleem vanuit demografische ontwikkelingen wordt ingegaan op de betekenis van het kruiswerk bij de zorg voor ouderen en wordt het begrip 'preventief huisbezoek' met behulp van het angelsaksisch equivalent 'Health Visitor' nader uitgewerkt. Een conclusie luidt dat het de taak van de Nationale Kruisvereniging is de bestaande projecten te evalueren, waarbij hier vooral de nadruk gelegd wordt op aspecten van secundaire preventie. Het preventieve huisbezoek heeft waarde als instrument bij vroegtijdige opsporing met behulp waarvan opname kan worden voorkomen of uitgesteld. Er dient rekening gehouden te worden met de autonomie van de ouderen; hiertoe kan de oudere voor het huisbezoek schriftelijk benaderd worden. Daarnaast is het bij de uitvoering van de experimenten van belang a priori te onderzoeken of vrijwilligers kunnen worden ingeschakeld en hoe de samenwerking tussen de verschillende disciplines dient te verlopen. Tenslotte dienen de ouderenorganisaties het 'gezondheidsanalfabetisme' bij hun leden te vermindern.

183

Mastbergen-van Wensveen, W.

Nog ruimte voor zelfzorg na het preventieve bejaardenbezoek?: mag oma blijven doen, zoals zij altijd al

gedaan heeft?/ W. Mastbergen-van Wensveen.-
Maatschappelijke Gezondheidszorg; jrg.13, nr.9, september 1985, p. 29-31

Kritiek op de methode en uitvoering van het preventieve bejaardenzorgbezoek, zoals dat in de nota "Preventieve bejaardenzorg in de wijkverpleging" gepresenteerd wordt. Zelfzorg krijgt te weinig echte ruimte. De verpleegkundige en niet de bejaarde staat centraal en de methode waarop het preventieve bejaardenzorgbezoek wordt uitgevoerd heeft gebreken. Alternatieven: gezonde bejaarden trachten te bereiken; preventie voor de hele bevolkingsgroep; GVO-projecten; public relations en themadagen, gespreksgroepen en bewegingslessen voor ouderen. (bron: WVC)

195

Taylor, R.C.

Gezondheidsbezoek aan ouderen onderzocht/ R.C. Taylor.-
Leeftijd; jrg.9, nr.11, november 1985, p.12-14

Uit onderzoek gepleegd tijdens de vijftiger jaren in Groot-Brittannië naar de effectiviteit van het preventief bezoeken van ouderen met het doel verschijnselen van ziekte en invaliditeit in een vroeg stadium te kunnen ontdekken is gebleken dat de meeste ziekten, ontdekt tijdens dergelijk onderzoek, ofwel bij de huisarts bekend, ofwel niet echt van belang waren voor het welzijn van de oudere patiënt. Mede uit bezuinigingsoverwegingen wordt gezocht naar efficiënte methodes om onderscheid te kunnen maken tussen ouderen waarbij dergelijk preventief onderzoek nuttig c.q. noodzakelijk is, en ouderen waarbij het overbodig is. (bron: WVC)

14. ZELFZORG

76

Duffy, J.E.

Factors affecting promptness of reporting in breast cancer patients/ J.E. Duffy, R.G. Owens.-

Hygie International Journal of Health Education; jrg.3, nr.3, september 1984, p.29-32

Uit een Engels onderzoek onder 50 potentiële borstkankerpatiënten blijkt, dat pogingen om zelfonderzoek van borsten te stimuleren slechts weinig succes hebben en dat zelfonderzoek niet direct samenhangt met de snelheid waarmee de arts wordt bezocht. Meer bekendheid met het bestaan van borstsparende therapie zou uitstelgedrag verminderen. (bron: WVC)

196

Gioiella, E.C.

Healthy aging through knowledge and self-care/ E.C. Gioiella: In: Aging and prevention: new approaches for preventing health and mental health problems in older adults.-

Prevention in Human Services; jrg.3, nr.1, fall 1983, p.39-51

Het normale proces van ouder worden bestaat uit fysische en psychosociale veranderingen, die samen kunnen gaan met het behoud van gezondheid. Kennis over deze veranderingen en zelfzorg waarbij de gevolgen van deze veranderingen voor de gezondheid beperkt worden, zijn van essentieel belang bij preventie voor ouderen. Om zelfzorg te stimuleren en te ondersteunen zijn voorzieningen nodig, die opvoeden, adviseren, screenen en verwijzen en die activiteitgericht zijn. (vert. abstract, NcGv)

Hanzers, A.M.

Uitvoering van gezondheidsvoorlichting en opvoeding in de thuisgezondheidszorg/ A.M. Hanzers.-

Tijdschrift voor Ziekenverpleging; jrg.35, nr.24, 30 november 1982, p.792-795

In dit artikel wordt beschreven hoe de kruisverenigingen zijn ontstaan uit een behoefte aan gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en welke hulp er nu geboden kan worden om mensen zo mondig en zelfstandig te maken bij ziekte en het voorkomen hiervan. Tevens welke middelen de kruisvereniging ter beschikking staan om dit doel te bereiken. (bron: abstract, NcGv)

Jette, A.M.

Targeting community services to high-risk elders: toward preventing long-term care institutionalization/ A.M. Jette, L.G. Branch: In: Aging and prevention: new approaches for preventing health and mental health problems in older adults.-

Prevention in Human Services; jrg.3, nr.1, fall 1983, p.53-69

Gegevens afkomstig uit een selectieve, representatieve steekproef van 1625 oudere deelnemers aan de Massachusetts Health Care Panel Study zijn gebruikt om ouderen met een hoge kans op geïnstitutionaliseerde lange termijn zorg op te sporen. Een toegenomen ouderdom, alleen wonen, de behoefte aan hulp bij dagelijkse activiteiten, het gebruik maken van ambulante hulp en geestelijke desoriëntatie blijken hiervoor significante predictoren tijdens deze zes jaar durende onderzoeksperiode. Een vergelijking van specifieke eigenschappen van deze selectieve steekproef met een algemene steekproef uit gebruikers van Massachusetts' Home Care Corporation, geeft aan dat de staatsgewijze aanpak van het aanbieden van thuiszorg gericht op ouderen met een verhoogd risico succesvol is. Toekomstig onderzoek moet gericht zijn

op de betekenis van deze thuiszorg bij het werkelijk voorkomen dan wel vertragen van opname in intramurale voorzieningen. (vert. abstract, NcGv)

38

Meyboom-de Jong, B.

Borstzelfonderzoek/ B. Meyboom-de Jong, W.A. van Veen.- Huisarts en Wetenschap; jrg.12, nr.11, november 1984, p.421-426; themanummer 'Secundaire preventie van cervix- en mammacarcinoom'

Verslag van een literatuuronderzoek naar borstzelfonderzoek met als centrale vragen: wat is de frequentie en kwaliteit?; welke individuele kenmerken zijn van invloed op borstzelfonderzoek?; wat zijn de voordelen en beperkingen van de methode?; wat is het effect van voorlichting?; welke rol kan de huisarts spelen?; wat is de effectiviteit van borstzelfonderzoek?; welke 'kosten' brengt de methode met zich mee? De conclusies zijn: slechts een op de drie vrouwen doet maandelijks aan borstzelfonderzoek; van elke tien vrouwen voert slechts een vrouw het onderzoek correct uit met een maandelijkse frequentie; jongere vrouwen doen meer aan borstzelfonderzoek; het onderzoek kan onbeperkt herhaald worden; angst leidt vaak tot borstzelfonderzoek, het onderzoeken leidt zelden tot angst; met behulp van voorlichting kan een grotere groep vrouwen gemotiveerd worden; huisartsen beschouwen het zelfonderzoek als positief, waarbij een discrepantie optreedt tussen hun mening en hun feitelijk gedrag; vrouwen kennen de huisarts bij voorlichting een belangrijke rol toe; de huisarts kan een positieve invloed hebben op de frequentie en kwaliteit van het zelfonderzoek; de huisarts beperkt het door hem uitgevoerde borstsonderzoek veelal tot vrouwen die komen met borstklachten, anticonceptie of een uitstrijkje, waarbij de belangrijkste risicogroep gemist wordt: oudere vrouwen; een gunstig effect van zelfonderzoek op morbiditeit en mortaliteit is nog niet aangetoond; de kosten bij zelfonderzoek beperken zich niet tot voorlichting.

15. KINDEREN

70

Alkema, F.

Wijkverpleegkundigen en VTO: vragen, twijfels, zorgen over de ontwikkeling van kinderen/ F. Alkema, R. Roos (red.).- Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1986

B 1385

Praktische publikatie bedoeld voor wijkverpleegkundigen. Er wordt ingegaan op: de definitie en de betekenis van VTO, het takenpakket van de wijkverpleegkundige hierbij; veranderingen binnen de wijkverpleging en de consequenties hiervan voor VTO; vaardigheden die belangrijk zijn bij het kijken naar en beoordelen van kinderen; de samenwerking met en binnen een VTO-team. Een essentieel onderdeel bestaat uit literatuurinformatie en adressen van relevante instanties.

71

Alkema, F.M.J.

V.T.O.-samenwerking in de praktijk/ F.M.J. Alkema, H. de Jong, H. Hento-Klein Gebbink.-

Ruit; jrg.9, nr.33, maart 1983, p.3-14

Discussiebijdrage m.b.t. het VTO-samenwerkingsverband in Groningen. Ervaringen met deze nieuwe vorm van jeugdgezondheidszorg staat centraal: van de gebruikers staan ouders er zeer positief tegenover, voor de hulpverleners blijft er nog wel wat te wensen over. Bijvoorbeeld een verbetering van de ouderparticipatie en van de relatie jeugdarts-huisarts. (bron: NcGv)

72

Baird, G.

Developmental pediatrics in primary care: what should we teach?/ G. Baird, D.M.B. Hall.-

British Medical Journal; jrg.291, nr.6495, 31 augustus 1985, p.583-586

Beschouwing over de plaats van vroegtijdige opsporing van ontwikkelingsstoornissen in de eerstelijns, met speciale aandacht voor de rol van de huisarts. (bron: WVC)

102

Caplan, G.

Preventing psychological disorders in children of divorce: guidelines for the general practitioners/ G. Caplan.-

British Medical Journal; jrg.292, nr.6535, june 1986, p.1563-1566

Beschouwing over psychosociale problemen bij kinderen na echtscheiding van hun ouders en de preventie van deze problemen. De preventie dient geplaatst te worden in het kader van de algemene praktijk en de algemene concepten in de preventieve psychiatrie. Vier variabelen worden hierbij van groot belang genoemd: risicofactoren; het vermogen om om te gaan met stress; crisisperioden; psychosociale steun. Verder wordt een aantal aanbevelingen gedaan voor huisartsen die een preventie-programma voor kinderen willen opstellen; het identificeren van de risicogroep; het aanbieden van hulp; het opbouwen van een meer duurzame relatie; gesprekken; het vermijden van partijdigheid; het stimuleren van contacten met kinderen; raad geven; eventueel doorverwijzen naar psychische hulpverleners; zelf steun zoeken bij collega's. (bron: NIVEL)

198

DeFrieze, G.H.

A proposed research agenda for health promotion and disease prevention for children and the elderly: summary/ G.H. DeFrieze, A.S. Hersh, M.A. McManus.-

health Service Research; jrg.19, nr.6, deel 2, februari 1985, p.1033-1041; 'A research agenda for health promotion and disease prevention for children and the elderly': Summary of a conference

In de vorm van een handleiding voor publiek en privaat gefinancierde onderzoeksinstituten wordt getracht leemten in de kennis van en de prioriteiten bij het op preventie bij kinderen en ouderen gericht onderzoek, op te sporen en te duiden. (bron: vert. abstract)

53

Eggertsen, S.C.

An updated protocol for pediatric health screening/
S.C. Eggertsen.-

Journal of Family Practice; jrg.10, nr.1, januari 1980,
p.25-37

Het screenen van kinderen maakt een belangrijk deel uit van de activiteiten binnen de huisartspraktijk. Een veelvoud aan protocols bestaat voor dit doel, dit terwijl voor veel ziekten die bij een dergelijke screening betrokken worden slechts marginaal ondersteunende bewijslast in de literatuur gevonden wordt dat de screening effectief is. In dit artikel worden 14 gebieden die doorgaans onderdeel uitmaken van een pediatrische screening nader onderzocht. Ieder van deze gebieden wordt op basis van grondig literatuuronderzoek geëvalueerd, in overeenstemming met de basis-criteria die noodzakelijk zijn om een periodieke screening te rechtvaardigen. Er worden specifieke aanbevelingen gedaan, die als praktisch en geschikt beschouwd worden bij de praktijkvoering. Deze aanbevelingen zijn samengevoegd tot protocollen zoals die tegenwoordig gebruikt worden door de University of Washington Family Medical Center. (bron: vert. abstract)

Gersons, B.P.R.

Preventie en de consultatiemethode/ B.P.R. Gersons.-
Tijdschrift voor Orthopedagogie en Kinderpsychiatrie;
jrg.6, nr.2, juni 1981, p.71-84

Het belang van preventie in de geestelijke gezondheidszorg is minstens even groot als de behandeling: consultatie kan, in gesprekken met sleutelfiguren (vertrouwenspersonen) en hulpverleners in de eerstelijns, hieraan een belangrijke bijdrage leveren; vijf aspecten van een consultatierelatie, enkele specifieke kenmerken en voorkomende problemen. (bron: WIJN)

Green, L.W.

Some challenges to health services research on children and the elderly/ L.W. Green.-
Health Services Research; jrg.19, nr.6, deel 2, februari 1985, p.793-815; 'A research agenda for health promotion and disease prevention for children and the elderly': Summary of a conference

Zowel bij kinderen als ouderen hebben de cognitieve, sociale, fysieke en emotionele instelling, de door-gemaakte ontwikkeling en vorming gezondheid of ziekte tot gevolg. Het gezondheidsgedrag is veelal de uitkomst en een determinant van bovengenoemde aspecten. Het onderzoek van gezondheidszorgvoorzieningen heeft ten onrechte het gebruik van de voorzieningen overbenadrukt. (bron: vert. abstract)

Lee, P.R.

Health promotion and disease prevention for children and the elderly/ P.R. Lee.-
Health Services Research; jrg.19, nr.6, deel 2, februari 1985, p.783-792; 'A research agenda for health promotion and disease prevention for children and the elderly': Summary of a conference

Er zijn effectieve interventiemogelijkheden gericht op het terugdringen van risico's bij kinderen en ouderen beschikbaar. De uitdaging hierbij is op welke wijze deze methoden het best geïmplementeerd kunnen worden, waarbij positieve veranderingen in tijd gehandhaafd kunnen worden terwijl de bestaande kennis over strategieën gericht op het beperken van risico's verder wordt uitgebreid door onderzoek. (bron: vert. abstract)

200

Radius, S.M.

Adolescent perspectives on health and illness/ S.M. Radius, T.E. Dillman, H.M. Becker [et.al.].-
Adolescence; jrg.18, nr.58, summer 1980, p.375-384

Onderzoek naar gegevens waarop artsen en opvoeders een gemeenschappelijke strategie kunnen baseren gericht op het veranderen van voor de gezondheid schadelijk gedrag bij jeugdigen. (bron: WIJN)

21

Roghmann, K.J.

Intervention strategies for children: a research agenda/ K.J. Roghmann.-
Health Services Research; jrg.19, nr.6, deel 2, februari 1985, p.887-943; 'A research agenda for health promotion and disease prevention for children and the elderly': Summary of a conference

Samen met meer wetenschappelijk bewijs zowel als met de expertise van specialisten en de nauwkeurige afstemming van medische opleidingen en een op het denken in preventie gerichte praktijkvoering, dient de overheid haar huidige beleid waarbij potentiële problemen met betrekking tot de kwaliteit van het kinderleven, over het hoofd gezien worden, te vervangen. (bron: vert. abstract)

201

Starfield, B.

Child health and risk factors/ B. Starfield, P.D. Buddetti.-

Health Services Research; jrg.19, nr.6, deel 2, februari 1985, p.817-886; 'A research agenda for health promotion and disease prevention for children and the elderly': Summary of a conference

Vele complexe factoren staan in relatie met determinanten voor de gezondheid van het kind en met de behoefte aan gezondheidsvoorzieningen voor kinderen. De schrijvers bieden een leidraad aan voor het verdere onderzoek van deze problematieken. (bron: vert. abstract)

192

Swaak, A.J.

Het "kleuterbureau" nog steeds in de steigers/ A.J. Swaak.-

Maatschappelijke Gezondheidszorg; jrg.14, nr.7/8, juli/augustus 1986, p.20-23

68

Walter, H.J.

Screening for riskfactors as a component of a chronic disease prevention program for youth/ H.J. Walter, P.A. Connelley.-

Journal of School Health; jrg.55, nr.5, mei 1985, p.183-188

Beschrijving van de implementatie van screening van schoolkinderen op risicofactoren voor chronische ziekten, zoals coronaire hartaandoeningen en kanker, in het kader van een preventieprogramma voor jeugdigen. (bron: WVC)

52

Collette, H.J.A.

Deelname aan bevolkingsonderzoek lijkt te beschermen tegen overlijden aan borstkanker: veel vragen echter nog onbeantwoord/ H.J.A. Collette.-

Tijdschrift Kanker; jrg.9, nr.1, februari 1985, p.17-18

In Nijmegen en Utrecht wordt al meer dan tien jaar bevolkingsonderzoek op borstkanker uitgevoerd. Uit retrospectief onderzoek kan worden afgeleid dat aanzienlijk minder vrouwen die aan het bevolkingsonderzoek hadden deelgenomen aan borstkanker waren overleden dan binnen een controlegroep. Het is echter nog te vroeg om te concluderen dat er een landelijk bevolkingsonderzoek op borstkanker moet komen. Eerst moet onder andere nog worden vastgesteld op welke leeftijd begonnen moet worden, om de hoeveelheid tijd herhaald moet worden en welke methode het best kan worden gebruikt. (bron: WVC) Zie ook Lancet; jrg.1, nr.8388, 2 juni 1984, p.1217-1219, 1222-1224, 1224-1226.

114

Cooke, M.

Women doctors in urban general practice: the patients/ M. Cooke, C. Ronalds.-

British Medical Journal; jrg.290, nr.6470, 9 maart 1985, p.753-755

Uit een onderzoek onder huisartsen in Manchester blijkt, dat vrouwelijke huisartsen meer vrouwelijke patiënten zien dan hun mannelijke collega's. Hoewel de morbiditeit die vrouwelijke en mannelijke artsen tegenkomen, ongeveer gelijk is, zien vrouwelijke huisartsen meer vrouwen voor uitstrijkjes, anticonceptie en borstaandoeningen. Het niet beschikbaar

zijn van een vrouwelijke arts zou voor sommige vrouwen een drempel kunnen zijn voor de preventieve zorg op dit terrein. (bron: WVC)

77

Early

Early detection of breast cancer: Council on Scientific Affairs.-

Journal of the American Medical Association; jrg.252, nr.21, 7 december 1984, p.3008-3011

De Council of Scientific Affairs van de American Medical Association concludeert dat borstkanker vroegtijdig ontdekt en genezen kan worden. Het publiek moet daarom gewezen worden op de mogelijkheden van vroege diagnostiek zoals zelfonderzoek en mammografie. Hierdoor kan in een vroeg stadium tot behandeling worden overgegaan. (bron: WVC)

32

Laethar, D.S.

Older women's attitudes towards breast disease, self examination, and screening facilities: implications for communication/ D.S. Laethar, M.M. Roberts.-

British Medical Journal; jrg.290, nr.6469, 2 maart 1985

Uit een onderzoek in Edinburgh blijkt, dat de kennis van oudere vrouwen over borstaandoeningen, met name borstkanker en screeningsfaciliteiten gering is. Veel psychologische en emotionele factoren belemmeren zelfonderzoek van borsten. Voorlichting over zelfonderzoek en klinieken via massamedia zal deelname aan screening niet verhogen. Voor oudere vrouwen lijkt een psychologische begeleiding daarbij gefindiceerd. (bron: WVC)

138

Meijman, F.

Cervixcytologie via een actieve benadering: een prospectief vervolgonderzoek naar doeltreffendheid in een huisartspraktijk/ F. Meijman.-

Twee jaar geleden werd in drie Amsterdamse huisartspraktijken retrospectief onderzocht welke invloed de benadering (actief of passief) van de huisarts heeft op de doeltreffendheid van de opsporing van cervixcarcinom. In een van deze praktijken heeft daarna een prospectief vervolgonderzoek plaatsgevonden. Het uiteindelijke bereik van een aanvankelijk passieve gedurende de laatste twee jaar actieve benadering kan een vergelijking met onderzoeken in en buiten de huisartspraktijk goed doorstaan. Anderzijds maakt dit onderzoek eens te meer duidelijk dat een actieve benadering bij cervixcytologie in een huisartspraktijk nog geen doeltreffendheid garandeert. (bron: abstract)

149

Samsom, C.D.

Choice or change?: how women come to have a cytotest done by their family doctors/ C.D. Samsom, J. Wakefield, K.M. Pinnock: In: Seek wisely to prevent: studies of attitudes and action in a cervical cytology programme/ J. Wakefield (ed.).- London: Her Majesty's Stationery Office, 1972

B 553

Onderzoeksverslag van een onderzoek waarbij de volgende vragen centraal hebben gestaan: over welke informatie beschikken vrouwen die zich door de huisarts laten screenen; hoe komen deze vrouwen aan hun informatie; onder welke omstandigheden laten deze vrouwen zich screenen; op welke wijze hangt het beschikken over informatie samen met andere karakteristieken van deze vrouwen zoals bijvoorbeeld sociale klasse en leeftijd.

67

Verbeek, A.L.M.

Daling van sterfte aan borstkanker door bevolkingsonderzoek met mammografie: resultaten van het Nijmeegs

bevolkingsonderzoek over de periode 1975-1981/ A.L.M. Verbeek, J.H.C.L. Hendriks, R. Holland [et.al.].- Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; jrg.129, nr.10, 9 maart 1985

Sedert 1975 is in Nijmegen met mammografie een onderzoek met vier screeningsronden uitgevoerd naar de aanwezigheid van borstkanker bij vrouwen vanaf 35 jaar. Het resultaat tot en met 1981 is een relatief risico voor sterfte aan borstkanker voor de gescreende groep van 0,48 vergeleken met de niet-gescreende groep. Het bijbehorende 95%-betrouwbaarheidsinterval is 0,23-1,00. Op de bijkomende effecten van dit bevolkingsonderzoek wordt kort ingegaan (bron: samenvatting)

166

Wakefield, J.

Caution and commitment: a survey of attitudes of family doctors to cytological screening: In: Seek wisely to prevent: studies of attitudes and action in a cervical cytology programme/ J. Wakefield (ed.).- London: Her Majesty's Stationery Office, 1972

B 553

Verslag van een onderzoek naar de attitudes van huisartsen ten opzichte van screening op cervixkanker. Met behulp van een pilot-study is een vragenlijst ontwikkeld, die is toegezonden aan alle huisartsen van Manchester. Het responsecijfer bedraagt na een herinneringsbrief 75%. Uit de resultaten blijkt dat in groepspraktijken relatief meer uitstrijkjes gemaakt worden dan in solopraktijken, respectievelijk 53,7% en 20,6%. Hierbij blijken de uitstrijkjes in groepspraktijken vaker door de huisarts zelf te worden gemaakt. Ook blijkt de aanwezigheid van een doktersassistente het aantal uitstrijkjes positief te beïnvloeden. Daarnaast blijken het aantal jaren dat men praktijk houdt, de sociaal-economische samenstelling van de praktijk en de praktijkorganisatie van invloed te zijn op het screenen door de huisarts.

Wakefield, J.

The family doctor and cervical cytology: In: Seek wisely to prevent: studies of attitudes and action in a cervical cytology programme/ J. Wakefield (ed.).- London: Her Majesty's Stationery Office, 1972: p.28-37

B 553

Verantwoording van een onderzoek naar het screenen van vrouwen, zonder symptomen, op cervix-kanker door de huisarts. Centrale motieven voor het onderzoek zijn: de huisarts verkeert in een uitstekende positie vrouwen van de noodzaak van een dergelijke screening te overtuigen; hij beschikt over de autoriteit en de status, die zijn aanbevelingen versterken; hij staat in contact met 'moeilijk bereikbare' groepen; hij kan vrouwen begeleiden bij het voorkomen van aan de screening verbonden angstgevoelens. Verder wordt ingegaan op de ontwikkeling van de rol, waarbij de vrijwilligheid van de arts voorop staat, van de huisarts bij de screening. De resultaten van de door huisartsen verrichte screening worden op basis van onderzoeken vergeleken met de resultaten van andere instanties.

Weel, C. van

Screenen door huisartsen op cervixcarcinoom 3: het verband tussen screening en inschrijfduur/ C. van Weel.-

Huisarts en Wetenschap; jrg.28, nr.7, juli 1985, p.242-243

Uit een onderzoek in een groepspraktijk Ommoord te Rotterdam blijkt, dat de kans dat vrouwen van 25-35 jaar onderzocht zijn op cervixcarcinoom toeneemt met de duur van de inschrijving in de praktijk. Het omslagpunt ligt bij een inschrijvingsduur van 2 jaar. De sterk toegenomen mobiliteit van de bevolking heeft een negatief effect op de mogelijkheden tot preventie voor de huisarts. (bron: WVC)

17. OUDEREN

188

Ashton, J.

Preventing disability in the elderly/ J. Ashton.-
Update; jrg.30, nr.4, april 1985, p.279-281

Er zal moeten worden ingespeeld op de toename van ouderen en de kosten die dat met zich mee zal brengen. Alleen dan kan verbetering worden gebracht in de kwaliteit van het leven van de oudere mens. Preventie houdt in: primaire, secundaire en tertiaire preventie. Om een goede functionele preventie op touw te zetten zal uitgegaan moeten worden van een breed samenwerkingsverband. Daarbij is het nodig kennis van zaken te hebben van het proces van veroudering. De schrijver pleit voor onderzoek op dit gebied en een nauwe samenwerking tussen de eerste lijnsgezondheidszorg en de tweedelij. Het concept van "health promotion" heeft een goede invloed op de levensstijl. De schrijver haalt voorbeelden van modellen van samenwerking uit Engeland en Noorwegen aan. (bron: NIVEL)

172

Bakker-Lenderink, A.

Bejaarden een zorg?: van de hulpbehoevende zuigeling van toen naar de hulpbehoevende bejaarde van nu/ A. Bakker-Lenderink.-
Maatschappelijke Gezondheidszorg; jrg.8, nr.10, oktober 1980, p.8-13

Het artikel begint met een schets van het negatieve beeld dat ouderdom omringt. Ook de bejaarde zelf heeft het idee te eindigen in een verzorgingstehuis, en dat terwijl slechts 9,5% daarin is opgenomen, waarbij 7% het streefgetal is. In het artikel wordt voorts een poging gedaan aan te geven wat er aan bejaardenzorg moet gebeuren om de hulpverlening menselijk verantwoord te laten zijn: alle bejaarden

zijn niet hetzelfde. Er zijn drie categorieën aan te merken met verschillende zorgbehoeften: de gezonde bejaarden; de risicolopende bejaarden; en de hulpbehoevende bejaarden. In het artikel wordt nagegaan op welke wijze het kruiswerk, met name de wijkverpleging, bij de bejaardenzorg kan worden ingeschakeld. Wat betreft de preventie doen wijkverpleegkundigen al veel werk. De schrijfster stelt voor om bij de bezoeken die toch al aan de huisarts worden gedaan, enkele routinematige controle-activiteiten te ontwikkelen. Schrijfster eindigt het artikel met de volgende conclusies: er zijn consequenties van de lagere levensverwachting; bejaarden kunnen niet als een "probleemcategorie" over een kam gescheerd worden; er zijn reële zorgbehoeften; het is belangrijk de bejaarden te laten weten dat men voor ze klaar staat. Dat geeft zelfvertrouwen om het thuis te klaren. Een betere vorm van preventie is er waarschijnlijk niet. (bron: NIVEL)

193

Bakker-Lenderink, A.

Preventieve bejaardenzorg in de thuisgezondheidszorg/
A. Bakker-Lenderink.-

Tijdschrift voor bejaarden-, kraam- en ziekenverzorging; jrg.17, nr.2, februari 1984, p.57-60

Aandacht wordt besteed aan de volgende vragen: wie zijn de bejaarden die voor preventie in aanmerking komen en wie geeft de preventieve zorg; wat behelst preventie of wat doe je tijdens zo'n preventief bejaardenhuisbezoek; is het huisbezoek de enige mogelijkheid; waarom is preventie nodig en hoe bied je preventie aan? (bron: HRMW)

25

Bosma, D.

"Wat doe ik voor m'n gezondheid als ik ouder word?": een proces-beschrijving van een in Eindhoven door basisgezondheidsdienst, kruiswerk en bejaardenwerk opgezet G.V.O.-project/ D. Bosma.-

Beschreven worden doelgroep, doelstelling, experimentele fase, organisatie, programma, evaluatie en toekomstige ontwikkelingen. Doelstellingen zijn: het verduidelijken en herkenbaar maken van lichamelijke, psychologische en sociale aspecten van ouder worden en het zo mogelijk wegnemen van onzekerheden daarover; bijdragen aan de mondigheid en vaardigheid van ouderen ter vergroting van hun weerbaarheid en het eigen probleemoplossend vermogen (o.a. gericht op zelfzorg en zorg voor anderen en het adequaat gebruik van gezondheidsvoorzieningen). (bron: NIVEL)

112

Burger, A.K.C.

Preventie van ziekten bij bejaarden: enkele aspecten/ A.K.C. Burger: In: Handhaven van de bejaarde in eigen omgeving/ J.D. Mulder [et.al.] (red.).- Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1984

B 1192

Praktisch artikel waarin op basis van epidemiologische gegevens en mogelijke medische oorzaken van ongevallen, een aantal concrete preventieve maatregelen aan huisartsen en wijkverpleegkundigen wordt voorgesteld, die genomen kunnen worden naar aanleiding van een huisbezoek. Daarnaast wordt ingegaan op eenzaamheid als een mogelijke oorzaak van lichamelijke en geestelijke aandoeningen. De huisarts kan een waardevolle bijdrage leveren aan de bestrijding van deze vereenzaming door het bevorderen van contacten, het verbeteren van het zelfbeeld, het geven van voedingsadviezen en het toegankelijk maken van voorzieningen in verzorgingstehuizen e.d. voor thuiswonende bejaarden.

173

Buijssen, H.P.J.

Preventieve huisbezoeken bij ouderen vereisen goede voorbereiding/ H.P.J. Buijssen, C.A. Uijterlinde.-

Maatschappelijke Gezondheidszorg; jrg.13, nr.2, februari 1985, p.18-20

Eerste aflevering van een tweetal artikelen over voorwaarden en condities m.b.t. preventieve huisbezoeken bij ouderen en het doel van deze preventieve activiteit. Veel basiseenheden zijn begonnen met huisbezoeken zonder zich af te vragen wat de voorwaarden en condities zijn. Aan het slot worden tips gegeven voor de start van preventieve huisbezoeken. (bron: NIVEL)

174

Buijssen, H.P.J.

Waarom preventieve huisbezoeken bij ouderen?/ H.P.J. Buijssen, A. Verhulst.-

Maatschappelijke Gezondheidszorg; jrg.13, nr.3, maart 1985, p.12-14

Dit tweede artikel bespreekt het waarom van preventieve huisbezoeken. Wat hoop je als kruisvereniging te bereiken met een dergelijke activiteit en waarom is het huisbezoek hiervoor een geëigend middel? Bij huisbezoeken gaat het in eerste instantie niet om screeningsactiviteiten, maar om primaire preventie, om gezondheidsvoorlichting en -beoordeling. Er wordt aandacht geschonken aan veel gehoorde bezwaren tegen het doen van preventieve huisbezoeken. Besloten wordt met een pleidooi voor onderzoek naar de effecten en effectiviteit van preventieve huisbezoeken. (bron: NIVEL)

175

Demmenie, C.J.E.

Het gebruik van een verpleegkundige vragenlijst door wijkverpleegkundigen bij preventieve huisbezoeken aan bejaarden/C.J.E. Demmenie.-

Katholieke Gezondheidszorg; jrg.41, nr.8, 1972, p.362-367

Enerzijds als vervolg op de nota "Kruisvereniging en de zorg vor ouderen" (AKV het Groene Kruis, 1970) en anderzijds als antwoord op de toenemende vraag uit de praktijk van wijkverpleegkundigen en verpleegkundigen in algemene dienst, is door het Groene Kruis een "verpleegkundige bejaardenstatus" ontwikkeld t.b.v. het preventief werken van de wijkverpleegkundige op dit terrein. Het doel van deze verpleegkundige status is om bij het preventieve huisbezoek aan bejaarden het gesprek enige richting te geven en tevens de onderwerpen die besproken worden vast te leggen. Het overzicht dat zo ontstaat biedt de mogelijkheid de situatie beter te beoordelen en factoren te signaleren die elkaar mogelijk beïnvloeden. Deze "status" is in de praktijk getoetst gedurende 6 tot 9 maanden door 29 wijkverpleegkundigen, allen werkzaam in een plattelandsgemeente met een kruisveniging. (bron: NIVEL)

198

DeFriese, G.H.

A proposed research agenda for health promotion and disease prevention for children and the elderly: summary/ G.H. DeFriese, A.S. Hersh, M.A. McManus.- Health Service Research; jrg.19, nr.6, deel 2, februari 1985, p.1033-1041; 'A research agenda for health promotion and disease prevention for children and the elderly': Summary of a conference

In de vorm van een handleiding voor publiek en privaat gefinancierde onderzoeksinstituten wordt getracht leemten in de kennis van en de prioriteiten bij het op preventie bij kinderen en ouderen gericht onderzoek, op te sporen en te duiden. (bron: vert. abstract)

176

Doel, A. van den

Bejaardensurveillance door het kruiswerk/ A. van den Doel.-

Inzet; jrg.4, nr.11, 1980, p.16-17

In enkele plaatsen is het kruiswerk begonnen met een nieuwe vorm van preventief werken voor ouderen: de bejaardensurveillance, waarbij het gaat om sociale- en medisch-verpleegkundige preventie bij gezondere ouderen (70-76 jaar). Het bestaat uit eens per twee jaar een extra huisbezoek voor alle kruisleden binnen de gestelde leeftijdsgrens. De wijkverpleegkundige probeert dan aan de hand van een gerichte vragenlijst te signaleren welke risico's de bejaarden bedreigen, die wellicht te ondervangen zijn door inschakeling van huisarts, het kruiswerk of andere diensten. Daarnaast wordt d.m.v. screening gewerkt in het wijkgebouw. Knelpunten en discussievragen worden tot slot besproken. (bron: NIVEL)

122

Freer, Ch.B.

Geriatric screening: a reappraisal of preventive strategies in the care of the elderly/ Ch.B. Freer.-
Journal of the Royal College of General Practitioners;
jrg.35, nr.275, june 1985, p.288-290

In een beschouwend overzicht wordt ingegaan op het belang van preventieve en anticiperende zorg voor oudere patiënten. De problemen van verschillende methoden van screening worden besproken. Meer aandacht tijdens routine-consultaties voor het functioneren in de eigen omgeving kan de (sociaal-economische) gevolgen van gezondheidsproblemen bij genoemde groep verminderen. Daarnaast is educatie van patiënten en zorgverleners nodig teneinde de zelfzorg van ouderen te stimuleren en kwalitatief te verbeteren. (bron: NIVEL)

123

Fry, J.

Checking on the elderly: why should we bother?/ J. Fry.-
Update, jrg.29, nr.12, december 1984, p.1029-1030

Fry zet een vraagteken bij de effectiviteit van het zo kostbare screenen. Gegevens uit een onderzoek van M. Clarcke e.a. wijzen erop dat ouderen minder problemen hebben dan wordt voorondersteld. Het probleem bij het meten van problemen van sociaal-medische aard is dat men geen omschrijving van "normaal" heeft. De metingen hebben vaak een subjectief karakter en zijn meer gerelateerd aan sociale dan aan medische factoren. Een koude, technische kostenbatenanalyse is bijzonder moeilijk op dit zo emotioneel geladen terrein. (bron: NIVEL)

196

Gioinella, E.C.

Healthy aging through knowledge and self-care/ E.C. Gioinella.-

Prevention in Human Services; jrg.3, nr.1, herfst 1983, p.39-51; themanummer 'Aging and prevention: new approaches for preventing health and mental health problems in older adults'

Het normale proces van ouder worden houdt fysieke en psychosociale veranderingen in die samen kunnen gaan met gezond blijven. Kennis over deze veranderingen en zelfzorg, die de gevolgen van het ouder worden voor de gezondheidstoestand kunnen beperken, zijn essentieel voor preventie bij ouderen. Om dit gedrag van zelfzorg te stimuleren en te ondersteunen zijn op opvoeding, op advisering, op screening, op verwijzing en op menselijke activiteiten gerichte voorzieningen noodzakelijk. (bron: vert. abstract, NcGv)

199

Green, L.W.

Some challenges to health services research on children and the elderly/ L.W. Green.-

Health Services Research; jrg.19, nr.6, deel 2, februari 1985, p.793-815; 'A research agenda for health promotion and disease prevention for children and the elderly': Summary of a conference

Zowel bij kinderen als ouderen hebben de cognitieve, sociale, fysieke en emotionele instelling, de door-gemaakte ontwikkeling en vorming gezondheid of ziekte tot gevolg. Het gezondheidsgedrag is veelal de uitkomst en een determinant van bovengenoemde aspecten. Het onderzoek van gezondheidszorgvoorzieningen heeft ten onrechte het gebruik van de voorzieningen overbenadrukt. (bron: vert. abstract)

202

Haastrecht, S.C. van

Preventieve ouderenzorg in het jaar 2000/ S.C. van Haastrecht.-

Tijdschrift voor Huishoudkunde; jrg.6, nr.4, september 1985

Integratie van twee doctoraalscripties in een artikel. Het aantal ouderen (personen van 65 jaar en ouder) zal toenemen de komende 15 jaar en daarmee ook het aantal ongevallen bij ouderen. Voor de overheid brengen deze ongevallen (voornamelijk valongevallen) hoge ziektekosten met zich mee en voor de ouderen vaak een langdurig genezingsproces. Een pleidooi voor ergonomische aanpassingen in woningen van zelfstandig wonende ouderen. (bron: NIVEL)

203

Hendriksen, C.

Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomised controlled trial/ C. Hendriksen, E. Lund, E. Strømgaard.-

British Medical Journal; jrg.289, nr.6457, 1 december 1984, p.1522-1523

Onderzoek naar het effect van preventief huisbezoek bij ouderen van 75 jaar en ouder. Preventief bezoek vermindert de mortaliteit, het aantal opnamen in ziekenhuis of verpleegtehuis en bovendien ervaart men het leven als kwalitatief beter dan voorheen. Bepaalde factoren kunnen dit positieve resultaat beïnvloeden: bijvoorbeeld het vertrouwen dat groeit tussen de oudere en de bezoeker, vooral als

het steeds dezelfde huisbezoeker is. Verder is er sprake van een toenemende thuishulp/-zorg en is er sprake van aangepaste huisvesting. De ouderen waren in het algemeen zeer enthousiast over de huisbezoeken. (bron: NIVEL)

179

Hoornstra, R.

Preventieve huisbezoeken aan ouderen: een geschikt instrument voor het juiste doel?/ R. Hoornstra, H. van Druenen.-

Maatschappelijke Gezondheidszorg; jrg.13, nr.9, september 1985, p.24-28

Er wordt getwijfeld over het uitgangspunt dat het brengen van preventieve huisbezoeken een goed instrument is om de zorg voor ouderen vanuit het kruiswerk nader gestalte te geven. Binnen het kruiswerk zijn ook kritische geluiden te horen. Veelal betreffen deze de kosten of arbeidsintensiteit. De zin en noodzaak van preventieve huisbezoeken wordt overschat als middel om bepaalde preventieve doelen te bereiken. Het kruiswerk moet bij invulling van haar preventieve taak de emancipatiegedachte centraal stellen. De betrokkenheid van de oudere mens zelf bij de verdere ontwikkeling van de preventieve taak van het kruiswerk ligt derhalve voor de hand. Het moet mogelijk zijn, desnoods experimentsgewijs, een doelgerichte en effectieve preventieve taak voor het kruiswerk tot ontwikkeling te brengen. (bron: NIVEL)

180

Hoornstra, R.

Projekt preventieve zorgverlening ouderen: 01-01-1984 tot 01-01-1986; eindrapport/ R. Hoornstra.-

Utrecht: Provinciale Utrechtse Kruisvereniging, 1986
R 2788

Centrale vragen van het project zijn de consequenties van de vergrijzing en de mogelijkheden van het kruiswerk om haar dienstenpakket hierop af te stemmen. Op grond van te verwachten verschuivingen zal blijken dat de vraag naar diensten van het kruiswerk zowel in kwantitatieve als in kwalitatieve zin verandert. Met betrekking tot de kwantiteit worden maatregelen voorgesteld als: uitbreiding van het aantal hulpverleners; verhoging van de doelmatigheid en efficiëntie van de hulpverlening; verschuivingen binnen het totale kruis-aanbod. Met betrekking tot de kwaliteit worden maatregelen voorgesteld op het terrein van deskundigheidsbevordering m.b.t. medisch-verpleegkundig handelen, dementie, reactivering, revalidatie, bijscholing m.b.t. de zorg voor ouderen. Verder wordt een aantal mogelijkheden die het kruiswerk heeft om extra aandacht te besteden aan eerstelijnszorg voor ouderen uitgewerkt in: flexibele zorg op maat; oriënterende contacten; promotie van het kruiswerk; GVO. (bron: NIVEL)

197

Jette, A.M.

Targeting community services to high-risk elders: toward preventing long-term care institutionalization/ A.M. Jette, L.G. Branch: In: Aging and prevention: new approaches for preventing health and mental health problems in older adults.-

Prevention in Human Services; jrg.3, nr.1, fall 1983: p.53-69

Gegevens afkomstig uit een selectieve, representatieve steekproef van 1625 oudere deelnemers aan de Massachusetts Health Care Panel Study zijn gebruikt om ouderen met een hoge kans op geïnstitutionaliseerde lange termijn-zorg op te sporen. Een toegenomen ouderdom, alleen wonen, de behoefte aan hulp bij dagelijkse activiteiten, het gebruik maken van ambulante hulp en geestelijke desoriëntatie blijken hiervoor significante predictoren tijdens deze zes jaar durende onderzoeksperiode. Een vergelijking van

specifieke eigenschappen van deze selectieve steekproef met een algemene steekproef uit gebruikers van Massachusetts' Home Care Corporation, geeft aan dat de staatsgewijze aanpak van het aanbieden van thuiszorg gericht op ouderen met een verhoogd risico succesvol is. Toekomstig onderzoek moet gericht zijn op de betekenis van deze thuiszorg bij het werkelijk voorkomen dan wel vertragen van opname in intramurale voorzieningen. (bron: NcGv, vert. abstract)

204

Kane, R.L.

Prevention and the elderly: risk factors/ R.L. Kane, R.A. Kane, S.B. Arnold.-

Health Services Research; jrg.19, nr.6, deel 2, februari 1985, p.945-1006; 'A research agenda for health promotion and disease prevention for children and the elderly': Summary of a conference

De auteurs vatten de bestaande kennis met betrekking tot risicofactoren voor bejaarden samen en stellen vast welk onderzoek noodzakelijk is om een gezonde preventieve strategie te kunnen ontwikkelen, die gebaseerd is op vooronderstellingen met betrekking tot zowel gedrag, sociale ontwikkelingen als de geneeskunde. (bron: vert. abstract)

181

Kroes, G.H.

Preventieve gezondheidszorg bij het ouder worden: brede discussie nodig over problemen rond de voorbereiding op de derde levensfase en de gezondheid(szorg)/ G.H. Kroes.-

Maatschappelijke Gezondheidszorg; jrg.8, nr.10, oktober 1980, p.4-7

Artikel n.a.v. het NFB-rapport "Vorbereiding op de 3e levensfase en de gezondheid(szorg)". In het rapport worden ouderen niet beschouwd als een probleemcategorie. Ouder worden betekent niet automatisch patiënt worden. Uitgangspunt is veeleer de overeenkomst: ouder wordende mensen zijn in veel

opzichten niet zo erg verschillend van anderen. Bewust gaat men daarom uit in het rapport van generale uitgangspunten. De veelal vitale ouderen zullen wat hun maatschappelijk functioneren betreft reeds nu of in de nabije toekomst sterk aangewezen zijn op hun directe leefmilieu, met name de wijk. Daarom is het ook dat het rapport zich voornamelijk richt op het extramurale veld en waarom de preventieve gezondheidszorg centraal staat. In het artikel worden voorts vier zorggebieden onderscheiden en besproken: de eigen verzorging, zelfzorg. Waardevolle bijdragen zijn te verwachten van GVO, cursussen en materiële voorzieningen in en om huis; hulp uit de directe omgeving. Bedoeld wordt de spontane hulp van buurt, kennissen, kerk, e.d., de mantelzorg; niet professionele hulp. Bedoeld wordt het vrijwilligerswerk, m.n. telefoondiensten e.d.; professionele (algemene) hulp. Gedacht wordt aan: de eestelijsgesondheidszorg, wijkverpleegkundigen, huisartsen, apothekers e.d.; de eerstelijns maatschappelijke dienstverlening: AMW, gezinsverzorging, bejaardenzorg e.d.; personen of instellingen binnen andere sectoren. Tenslotte wordt in het artikel ingegaan op enkele knelpunten. (bron: NIVEL)

33

Lee, P.R.

Health promotion and disease prevention for children and the elderly/ P.R. Lee.-

Health Services Research; jrg.19, nr.6, deel 2, februari 1985, p.783-792; 'A research agenda for health promotion and disease prevention for children and the elderly': Summary of a conference

Er zijn effectieve interventiemogelijkheden gericht op het terugdringen van risico's bij kinderen en ouderen beschikbaar. De uitdaging hierbij is op welke wijze deze methoden het best geïmplementeerd kunnen worden, waarbij positieve veranderingen in tijd gehandhaafd kunnen worden terwijl de bestaande kennis over strategieën gericht op het beperken van

risico's verder wordt uitgebreid door onderzoek.
(bron: vert. abstract)

134

Linn, J.T.B.

Practising prevention for the elderly: the doctor-nurse team in general practice/ J.T.B. Linn.-
Australian Family Physician; jrg.8, nr.3, maart 1979, p.305-313; themanummer 'Prevention: An attitude of mind'

Het aantal ouderen met chronische ziekten in Australië neemt toe, hierdoor is het bij de planning van de gezondheidszorg nodig de bestaande voorzieningen nader te beschouwen. Het toevoegen van een verpleegkundige aan de huisarts is een manier om de kwaliteit van de zorg voor 'risico-groepen' te verbeteren. De verpleegkundige dient hierbij bereid te zijn een veelvoud aan taken op zich te nemen en te registreren. Zij dient ervaring te hebben met betrekking tot de huishouding en gezinsangelegenheden en zich aan te kunnen passen aan bejaarden. Hierbij is haar rol complementair met die van de arts. Haar bemoeienis met patiënten geeft de arts de gelegenheid zijn specifieke vaardigheden beter te benutten. Zijn inspanningen nemen hierbij niet af, maar zullen effectiever zijn door de versterking en stimulering door de verpleegkundige. Continue zorg wordt een realiseerbaar alternatief, waarbij preventie niet langer gedomineerd wordt door de curatieve zorg. Huisartsen dienen te anticiperen op een toenemend aantal chronische patiënten. Preventieve maatregelen die genomen worden zijn alleen maar effectief als deze in de tijd worden volgehouden. Dergelijke maatregelen hebben veelal betrekking op persoonlijke aspecten uit het dagelijks leven, die door de verpleegkundige kunnen worden bepaald, waarbij beslissingen in overleg met de arts genomen worden. De verpleegkundige is hiervoor bij uitstek geschikt door haar informele relaties en haar brede observatiemogelijkheden, die van onschatbare waarde zijn voor de arts bij de behandeling van chronische pa-

tiënten. De toekomstige kwaliteit van de zorg is hierbij in grote mate afhankelijk van de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde. Vanuit de behoefte aan onafhankelijkheid en gezondheid vormt preventie een uitdaging.

182

Linschoten, P. van

Preventief huisbezoek bij ouderen/ P. van Linschoten.- Den Haag: Nederlandse Federatie voor Bejaardenbeleid, augustus 1986; rapport nr.15

R 2856

Verkennde nota naar de waarde van het preventieve huisbezoek bij de zorg voor ouderen. Na de verantwoording van het probleem vanuit demografische ontwikkelingen wordt ingegaan op de betekenis van het kruiswerk bij de zorg voor ouderen en wordt het begrip 'preventief huisbezoek' met behulp van het angelsaksisch equivalent 'Health Visitor' nader uitgewerkt. Een conclusie luidt dat het de taak van de Nationale Kruisvereniging is de bestaande projecten te evalueren, waarbij hier vooral de nadruk gelegd wordt op aspecten van secundaire preventie. Het preventieve huisbezoek heeft waarde als instrument bij vroegtijdige opsporing met behulp waarvan opname kan worden voorkomen of uitgesteld. Er dient rekening gehouden te worden met de autonomie van de ouderen; hiertoe kan de oudere voor het huisbezoek schriftelijk benaderd worden. Daarnaast is het bij de uitvoering van de experimenten van belang a priori te onderzoeken of vrijwilligers kunnen worden ingeschakeld en hoe de samenwerking tussen de verschillende disciplines dient te verlopen. Tenslotte dienen de ouderenorganisaties het 'gezondheidsanalfabetisme' bij hun leden te vermindern.

20

Lowy, L.

Social policies and programs for the elderly as mechanisms of prevention/ L. Lowy: In: Aging and prevention:

new approaches for preventing health and mental health problems in older adults.-
Prevention in Human Services; jrg.3, nr.1, fall 1983, p.7-21

Er vindt een definiëring plaats van het concept preventie, waarbij de rol van sociaal beleid als een mechanisme van primaire preventie onderzocht wordt. Algemene programma's gericht op ouderen, de kwaliteit en de beperkingen ervan, worden beschreven. Er worden aanbevelingen gedaan voor toekomstig sociaal beleid, die gebaseerd zijn op die filosofie van preventie, waarbij het beleid begrijpelijk en flexibel is, beantwoord aan en gedragen wordt door de ouderen zelf. (vert. abstract, NcGv)

205

Maddox, G.L.

Intervention strategies to enhance well-being in later life: the status and prospect of guided change/ G.L. Maddox.-

Health Services Research; jrg.19, nr.6, deel 2, februari 1985; 'A research agenda for health promotion and disease prevention for children and the elderly': Summary of a conference

Het is in het leven op individueel niveau nooit te laat om baat te hebben bij interventies. Hierbij zijn de risico's van verarming, onwetendheid en eenzaamheid en isolement voor ouderen van even groot belang als gedrags- en 'life-style'-risico's zoals deze bij uitstek door de beroepskrachten in de gezondheidszorg enz. worden besproken en belicht. (bron: vert. abstract)

183

Mastbergen-van Wensveen, W.

Nog ruimte voor zelfzorg na het preventieve bejaarden-bezoek?: mag oma blijven doen, zoals zij altijd al gedaan heeft?/ W. Mastbergen-van Wensveen.-

Maatschappelijke Gezondheidszorg; jrg.13, nr.9, september 1985, p.29-31

Kritiek op de methode en uitvoering van het preventieve bejaardenzorgbezoek, zoals dat in de nota "Preventieve bejaardenzorg in de wijkverpleging" gepresenteerd wordt. Zelfzorg krijgt te weinig echte ruimte. De verpleegkundige en niet de bejaarde staat centraal en de methode waarop het preventieve bejaardenzorgbezoek wordt uitgevoerd heeft gebreken. Alternatieven: gezonde bejaarden trachten te bereiken; preventie voor de hele bevolkingsgroep; GVO-projecten; public relations en themadagen, gespreksgroepen en bewegingslessen voor ouderen. (bron: WVC)

137

Mechelen, M. van

Voorkomen is beter dan genezen: het hoe en waarom van een preventief geneeskundig onderzoek voor de derde leeftijd/ M. van Mechelen, A. Lathouwer.-

Kontakt, jrg.6, nr.21, september 1984, p.2-6

Uit sociologisch onderzoek blijkt vooreerst dat de gezondheidstoestand van bejaarden in sterke mate bepalend is voor de graad van levensvoldoening. Bovendien is het belangrijk wat bejaarden zelf van hun gezondheidstoestand vinden. Ervaren ze die als positief dan hebben ze meer kans een hogere score te halen op de schaal voor levensvoldoening. Het ouder worden brengt grotere risico's mee voor de gezondheid, wat evenwel niet wil zeggen dat oud worden gelijk staat met ziek worden. Verder constateren eerstelijnsverpleegkundigen dat bij bejaarden een grote behoefte bestaat aan informatie over de gezondheid. Meer informatie zou ook de positie van de bejaarde tegenover de huisarts verbeteren, want nu stelt men vast dat veel bejaarden weinig durven vragen of zeggen aan hun huisarts. Zij blijven met vragen of met "kleine kwaaltjes" zitten tot het onhoudbaar wordt: oorstoppen, kortademigheid, eelt, dikwijls moeten opstaan 's nachts enz. Toch kunnen deze klachten belangrijke aanduidingen zijn voor de huisarts om tijdig een ziekte op te sporen. Een

groot aantal bejaarden laat zich tenslotte wel regelmatig onderzoeken door de huisarts, ook al zijn ze niet ziek. Spijtig genoeg beperkt dit onderzoek zich nogal eens tot een vijf minuten durend controlebezoek, waarbij de huisarts van tevoren weet wat hij bij die bejaarde zal onderzoeken: bloeddruk, hartslag, hernieuwing van medicatie ... Nieuwe zaken worden gewoonlijk niet onderzocht. (bron: NIVEL)

139

Muir Gray, J.A.

In old age: practising prevention/ J.A. Muir Gray.-
British Medical Journal; jrg.285, nr.6341, 21 augustus
1982, p.545-547

Artikel over de doelstellingen van de preventie specifiek gericht op ouderen. Het gaat er niet zozeer om de levensduur uit te breiden alswel het handhaven van een bepaalde kwaliteit van het leven van de oudere. Naast secundaire preventie van ouderdomskwalen, dient een slechte lichamelijke conditie voorkomen te worden. Daarnaast dient een aantal sociale problemen voorkomen te worden zoals armoede, huisvestingsproblemen en vereenzaming. Vanuit de onmogelijkheid de gehele populatie ouderen te screenen zal het consult van de patiënt of een verwant voor dit doel gebruikt moeten worden. Het contact kan hier zowel in de praktijk als bij de patiënt thuis plaatsvinden, waarbij een regelmatig huisbezoek van essentieel belang is voor de arts-patiënt relatie. Om redenen van werkbelasting dient binnen de eerstelijns de taakverdeling tussen wijkverpleegkundigen en andere disciplines goed georganiseerd te zijn.

184

Op welke

Op welke manier preventieve zorg voor de bejaarden?:
wat kan er in de wijkverpleging worden gedaan aan
preventieve bejaardenzorg?.-

Maatschappelijke Gezondheidszorg; jrg.9, nr.6, juni
1981, p.22-25

Artikel over de nota "Preventieve bejaardenzorg in de wijkverpleging". De nota is bedoeld als discussiestuk over preventieve bejaardenzorg en vooral over de wijze waarop met de beschikbare tijd in een zo logisch mogelijke vorm bejaarden die zorg gegeven kan worden, die naar hun omstandigheden passend is. Daarbij is uitgegaan van drie categorieën: gezonde bejaarden; risico-lopende bejaarden; hulpbehoevende bejaarden. De inhoud en vorm van de zorg moet voor deze groep aan hun specifieke situatie worden aangepast. In het artikel komt verder ter sprake: preventieve bejaardenzorg in de basiseenheid; algemene zorgverlening; huisbezoek; wijkziekenverzorgende; bijzondere zorgverlening; deskundigheid benodigd voor het geven van groepsvoorlichting, waarbij de volgende tekortkomingen worden geconstateerd: de kennis t.a.v. het proces van ouder worden; gesprekstechniek. Het artikel eindigt met suggesties. (bron: NIVEL)

190

Preventie-

Preventie- en samenwerkingsproject voor bejaarden te Gorredijk: Projekt Gorredijk: verslag over de eerste 342 interviews, 81 - 5.- Beetsterzwaag: Stichting Coordinatie Bejaardenzorg Oost-Friesland, juni 1981; Friesland Proeftuin

R 418

Onderzoek onder zelfstandig wonende bejaarden: de afgelopen vier jaar zijn zij tweemaal bezocht door wijkververpleegkundigen, waarbij de bejaarde een vragenlijst is afgenomen en deze lichamelijk is onderzocht. Doel is vroegtijdige opsporing van klachten en stoornissen. De centrale onderzoeksvragen zijn: kunnen d.m.v. een vragenlijst klachten op sociaal-maatschappelijk en medisch gebied worden gesignaleerd; kan van de bejaarden die zijn doorverwezen worden aangegeven hoe zij "scoren" op een aantal eigenschappen? Van de mensen die aan het onderzoek hebben deelgenomen oordeelt nagenoeg iedereen positief over het project. Ook blijkt dat de

aandacht die de bejaarde in het kader van het project heeft gekregen en de controle van de gezondheid belangrijke redenen zijn voor dit positieve oordeel.

191

Preventie-

Preventie- en samenwerkingsproject voor bejaarden te Gorredijk: eindrapport van het project Gorredijk, 81 - 6.- Beetsterzwaag: Stichting Koördinatie Bejaardenzorg Oost Friesland, december 1981; Frieland Proeftuin R 1005

De opzet van het preventie- en samenwerkingsproject voor zelfstandig wonende bejaarden in Gorredijk, is dat al deze bejaarden in vier jaar tijd tweemaal bezocht worden door wijkverpleegkundigen. Deze wijkverpleegkundigen nemen met behulp van een vragenlijst een interview af en stellen een kort lichamelijk onderzoek in. De bedoeling hiervan is om vroegtijdig eventuele klachten en/of stoornissen te ontdekken. Twee probleemstellingen staan centraal in het onderzoek: kunnen door middel van een vragenlijst vroegtijdig klachten op sociaal-maatschappelijk en medisch gebied worden gesignaleerd en kunnen deze klachten via doorverwijzing eventueel worden verholpen?; kan van de mensen die zijn doorverwezen (of juist niet zijn doorverwezen) worden aangegeven hoe zij scoren op een aantal eigenschappen. De eerste probleemstelling kan niet eensluidend worden bevestigd of ontkennend beantwoord worden. De achterliggende bedoeling van de tweede probleemstelling is te trachten een zekere risicogroep op te sporen. Het blijkt dat de volgende groepen meer worden doorverwezen: oudere bejaarden (74 jaar en ouder); alleen wonende bejaarden; bejaarden die minder goed uit de voeten kunnen; bejaarden met behoefte aan (meer) bezoek van kinderen en kleinkinderen e.d.; bejaarden met meer klachten; bejaarden met meer zorgen. Verwijzing blijkt nauwelijks samen te hangen met: geslacht, vrouwen worden nauwelijks vaker doorverwezen dan mannen; zelfredzaamheid m.b.t. algemene

dagelijkse levensverrichtingen en activiteiten.
(bron: NIVEL)

206

Preventieve

Preventieve gezondheidszorg bij het ouder worden: be-
jaarden een zorg?.-

Maatschappelijke Gezondheidszorg; jrg.8, nr.10, oktober
1980, p.4-13

In dit eerste artikel worden vier zorggebieden on-
derscheiden en besproken: eigen verzorging; hulp uit
de directe omgeving; niet-professionele hulp; en
professionele hulp. Van alle boven 65-jarigen blijkt
ruim 85% nog in eigen woning te wonen. (bron: CRM)

195

Taylor, R.C.

Gezondheidsbezoek aan ouderen onderzocht/ R.C. Taylor.-
Leeftijd; jrg.9, nr.11, november 1985, p.12-14

Uit onderzoek, gepleegd tijdens de vijftiger jaren
in Groot-Brittannië naar de effectiviteit van het
preventief bezoeken van ouderen met het doel ver-
schijnselen van ziekte en invaliditeit in een vroeg
stadium te kunnen ontdekken is gebleken dat de mees-
te ziekten, ontdekt tijdens dergelijk onderzoek,
ofwel bij de huisarts bekend, ofwel niet echt van
belang waren voor het welzijn van de oudere patiënt.
Mede uit bezuinigingsoverwegingen wordt gezocht naar
efficiënte methodes om onderscheid te kunnen maken
tussen ouderen waarbij dergelijk preventief onder-
zoek nuttig c.q. noodzakelijk is, en ouderen waarbij
het overbodig is. (bron: WVC)

207

Weiss, L.J.

An alternative health delivery system for the chroni-
cally ill elderly/ L.J. Weiss, B.W. Sklar: In: Aging
and prevention: new approaches for preventing health
and mental health problems in older adults.-

Het bestaande systeem van gezondheidsvoorzieningen is versnipperd, ongecoördineerd en te duur voor de oudere, chronisch zieke patiënt. Het project "OPEN" biedt preventieve maatschappelijke en gezondheidsvoorzieningen aan met de bedoeling de kosten terug te dringen en gericht op een meer effectieve zorg. Dit alternatieve systeem van voorzieningen is gebaseerd op een aan de makelaardij ontleend model waarin functionele status, zorgplan, ontwikkeling en coördinatie van voorzieningen bepaald zijn. 338 ouderen afkomstig uit een gerandomiseerde steekproef, hebben deelgenomen aan een in tijd uitgevoerd experiment. De functionele status van de oudere, het gebruik van voorzieningen en alle in verband met de gezondheid gemaakte kosten zijn hierbij over een periode van zes maanden verzameld. De resultaten wijzen op een handhaving van de niveaus van functioneren, een afname van spoedopnames, een afname van de kosten van gezondheidszorg met 20% in vergelijking met de gebruikte controlegroep. Het "OPEN"-project biedt een meer effectieve zorg terwijl daarnaast de kosten van de zorg voor chronisch zieke ouderen afnemen. (vert. abstract, NcGv)

208

West, H.

Prevention of unnecessary geriatric deaths: differential rate of morbidity/mortality on admission to long term care facilities/ H. West: In: Aging and prevention: new approaches for preventing health and mental health problems in older adults.-

Prevention in Human Services; jrg.3, nr.1, fall 1983

De hoeveelheid door ouderen ervaren leed bij opname in een verzorgingstehuis lijkt een functie te zijn van een aantal omgevingsfactoren. In dit onderzoek worden het bezoeken van een dokter, verzoeken om medicatie, de hoeveelheid voorgeschreven geneesmiddelen en mortaliteitsgegevens gebruikt om de invloed

van twee typen van verzorgingstehuizen, particuliere versus non-profit tehuizen, op de ouderen over een periode van zeven maanden te onderzoeken. Doktersbezoeken, verzoeken om medicatie en het aantal voorgeschreven geneesmiddelen fluctueren in de non-profit tehuizen gedurende deze zeven maanden terwijl deze zaken in de particuliere tehuizen afnemen en zich stabiliseren. De mortaliteit in de particuliere tehuizen is significant hoger. De betekenis van deze bevindingen voor toekomstige interventies wordt besproken. (vert. abstract)

209

Wilson, L.B.

The status of preventive care for the aged: a meta-analysis/ L.B. Wilson, S. Simson, K. McCaughey: In: Aging and prevention: new approaches for preventing health and mental health problems in older adults.- Prevention in Human Services; jrg.3, nr.1, fall 1983, p.23-38

Een antwoord op de groeiende behoeften van de ouderen bestaat uit het uitbreiden van de omvang van preventieve zorg, die gericht is op jongeren en mensen van middelbare leeftijd, door meer nadruk te leggen op de preventieve zorg voor ouderen. In het verleden is het problematisch gebleken de begrippen preventie en ouderen te beschouwen als begrippen die naast elkaar kunnen bestaan omdat ouder worden op zich noch voorkomen noch genezen kan worden. De mogelijkheden van preventieve zorg om de kwaliteit van het leven van ouderen te verbeteren, te handhaven of een verdere afbraak van deze kwaliteit te voorkomen, zijn niet opgenomen bij de definitie van preventie en het merendeel van de op preventie gerichte activiteiten. Hier worden onderzoeks- en programmatische activiteiten, die betrekking hebben op preventie en ouderen, opgespoord en beschouwd. Het gaat om activiteiten waaraan in het laatste decennium in de literatuur aandacht is geschonken. Thematische gebieden en methodologische benaderingen zijn onderzocht met de bedoeling vast te stellen

weke preventieve zorg als passend beschouwd wordt voor ouderen. Er wordt gebruik gemaakt van een evaluatie-proces, de meta-analyse, om de therapeutische effecten en algehele effectiviteit van preventie-technieken bij het ouder worden te bepalen. De resultaten kunnen gebruikt worden bij het vaststellen van toekomstige initiatieven gericht op de relatie tussen preventie en het ouder worden. (vert. abstract, NcGv)

187

Wolswijk, P.

Voortgangsrapportage projekt preventieve bejaardenzorg, maart - oktober 1984/ P. Wolswijk.- s.l.: Provinciale Kruisvereniging Gelderland, november 1984

Tussentijds verslag over de voortgang van een project gericht op preventieve bejaardenzorg ingegeven vanuit de toenemende vergrijzing, een verschuiving van intamurale naar ambulante hulpverlening en de verschuiving van curatieve naar preventieve zorg. De doelstellingen van het project zijn: het verkrijgen van inzicht in de huidige stand van zaken; het opsporen van knelpunten; het verkrijgen van inzicht in toekomstige ontwikkelingen binnen de ouderenzorg. Na een korte beschrijving van de organisatie van het project wordt een overzicht van de activiteiten in de periode maart-oktober 1984 gegeven: inventarisatie van feitelijke en gewenste situatie; begeleiding bij menings- en besluitvorming; ontwikkelen, verzamelen en beschikbaar maken van documentatie; ontwikkeling van voorlichtingsmethoden; het opzetten en evalueren van activiteiten in proefgebieden; meewerken aan bijscholing; beleidsadvisering. (bron: NK)

197

Jette, A.M.

Targeting community services to high-risk elders: toward preventing long-term care institutionalization/ A.M. Jette, L.G. Branch: In: Aging and prevention: new approaches for preventing health and mental health problems in older adults.-

Prevention in Human Services; jrg.3, nr.1, fall 1983, p.53-69

Gegevens afkomstig uit een selectieve, representatieve steekproef van 1625 oudere deelnemers aan de Massachusetts Health Care Panel Study zijn gebruikt om ouderen met een hoge kans op geïnstitutionaliseerde lange termijn zorg op te sporen. Een toegenomen ouderdom, alleen wonen, de behoefte aan hulp bij dagelijkse activiteiten, het gebruik maken van ambulante hulp en geestelijke desoriëntatie blijken hiervoor significante predictoren tijdens deze zes jaar durende onderzoeksperiode. Een vergelijking van specifieke eigenschappen van deze selectieve steekproef met een algemene steekproef uit gebruikers van Massachusetts' Home Care Corporation, geeft aan dat de staatsgewijze aanpak van het aanbieden van thuiszorg gericht op ouderen met een verhoogd risico succesvol is. Toekomstig onderzoek moet gericht zijn op de betekenis van deze thuiszorg bij het werkelijk voorkomen dan wel vertragen van opname in intramurale voorzieningen. (vert. abstract, NcGv)

204

Kane, R.L.

Prevention and the elderly: risk factors/ R.L. Kane, R.A. Kane, S.B. Arnold.-

Health Services Research; jrg.19, nr.6, deel 2, februari 1985, p.945-1006; 'A research agenda for health promotion and disease prevention for children and the elderly': Summary of a conference

De auteurs vatten de bestaande kennis met betrekking tot risicofactoren voor bejaarden samen en stellen vast welk onderzoek noodzakelijk is om een gezonde preventieve strategie te kunnen ontwikkelen, die gebaseerd is op vooronderstellingen met betrekking tot zowel gedrag, sociale ontwikkelingen als de geneeskunde. (bron: vert. abstract)

58

Oliver, M.

Coronary risk factors: should we forget about mass control?/ M. Oliver.-

World Health Forum; jrg.5, nr.1, 1984, p.5-18

Gesteld wordt dat geen overtuigend bewijs is geleverd, dat massale bestrijding van coronaire risicofactoren, zoals hypercholesterolaemie, hypertensie en roken, de incidentie van coronaire hartziekten verlaagt. Men zou zich moeten concentreren op speciale risicogroepen. Aansluitend op dit betoog volgen enkele kritische reacties. (bron: WVC)

140

Oliver, M.F.

Coronary heart disease: intervening in those at high risk/ M.F. Oliver.-

Practitioner; jrg.228, nr.1387, januari 1984, p.29-38

De preventie van coronaire arteriosclerose en van coronaire hartziekte brengt verschillende problemen met zich mee wat betreft de te ontwikkelen strategieën en de maatregelen die genomen en geïmplementeerd moeten worden. Vanuit het gegeven dat er slechts een zwak verband bestaat tussen de standaard risicofactoren en hartziekten, wekt het nauwelijks verbazing dat de resultaten van interventie-experimenten, waarbij van de verschillende risicofactoren gebruik gemaakt is, niet tot definitieve conclusies leiden. Screening gericht op het opsporen van risicogroepen, in het bijzonder binnen gezinnen waarvan bekend is dat er meer dan gemiddeld hartziekten

voorkomen, is praktisch mogelijk en dient aangemoedigd te worden. Meer inspanningen dienen gericht te zijn op interventies bij diegenen die de hoogste risico's lopen. (bron: vert. abstract)

142

Palmer, W.H.

The physician's approach to hypertension in the office/
W.H. Palmer.-
Canadian Family Physician; jrg.31, februari 1985,
p.345-348

Bij de behandeling van hypertensie in de huisartspraktijk is het belangrijk dat de huisarts dit op een rationele wijze doet om de gevolgen van arteriosclerose voor hart- en vaatstelsel te voorkomen. Vele risicofactoren hangen samen met het ontstaan van beschadiging van het vaatstelsel hetgeen kan leiden tot beroertes, hartinfacten en hartstilstand. Het is noodzakelijk dat voor iedere patiënt alle risicofactoren bepaald worden, waarbij een specifiek behandelingsplan opgesteld dient te worden. De verlaging van de verhoogde bloeddruk op zich heeft geen consistente invloed op het voorkomen van een hartaanval. Farmacologische behandeling is doorgaans vereist bij patiënten met een aanhoudende verhoogde diastolische bloeddruk. Dit betekent niet dat alternatieve niet-farmacologische interventies hier uitgesloten moeten worden. Op het moment dat de neveneffecten van de therapie met medicijnen regelmatig en niet-speciek worden, dient een stapsgewijze vermindering van de medicatie bij die patiënten, waarvan de bloeddruk voor de periode van een jaar is gecontroleerd, overwogen te worden. (bron: vert. abstract)

145

Rabkin, S.W.

Predicting and preventing hypertension and associated cardiovascular disease/ S.W. Rabkin.-
Canadian Family Physician; jrg.31, februari 1985,
p.365-369

Het ontstaan van hypertensie kan worden voorspeld met behulp van factoren zoals leeftijd, zout-, alcohol- en vezelconsumptie, zwaarlijvigheid, lichamelijke activiteit, psychosociale factoren en de familiegeschiedenis met betrekking tot hypertensie of premature hart- en vaatziekten. Het reageren van de bloeddruk op stressvolle stimuli is eveneens een belangrijke voorspellende factor. Onderzoek dient zich hierbij te richten op een betere bepaling en behandeling van die predictoren inclusief psychosociale factoren, die een verhoging van de bloeddruk tot gevolg hebben en die persoonlijkheidskenmerken die de gevoeligheid voor stressvolle situaties beïnvloeden. Vanuit het gegeven dat hypertensie mogelijk vererfelijk is, dient het opsporen van een hypertensiepatiënt de huisarts aan te zetten tot het meten van de bloeddruk bij de overige gezinsleden. De toekomstige behandeling van hypertensie kan een toename van activiteit binnen de algemene gezondheidszorg inhouden gericht op een betere opsporing, GVO en behandeling, waarbij de patiënt bij een effectieve behandeling meer in de medische besluitvorming betrokken wordt. (bron: vert. abstract)

61

Rose, G.

Screening and treatment for risk factors in ischaemic heart disease/ G. Rose: In: Preventie, vroegtijdige diagnostiek en behandeling van hartziekten: 27-28 april 1983/ Boerhave Commissie voor Voortgezet Onderwijs, Faculteit der Geneeskunde, Rijksuniversiteit-Leiden, s.l.: s.n., 1973, p.15-16

R 1424

Het screenen op risicofactoren heeft twee functies, een voorspellende en een op interventie gerichte functie. Risicofactoren hebben hierbij betekenis voor de gehele bevolking alswel op individueel niveau. De belangrijkste risicofactoren zijn: leeftijd; sekse; roken; cholesterolgehalte; bloeddruk. Na een hartinfarct neemt de betekenis van de risicofactoren af; zij hebben derhalve een verschillende

betekenis bij primaire en secundaire preventie. Screening op risicofactoren heeft uitsluitend zin wanneer het leidt tot meer interventie; het houden van dieet en het stoppen met roken hebben hierbij betekenis voor de incidentie van hart- en vaatziekten. Het meten van de bloeddruk is de belangrijkste door onderzoek op te sporen risicofactor. Het zoeken naar andere risicofactoren heeft geen preventieve betekenis anders dan dat het individuen kan motiveren en kan zich beter beperken tot de belangrijkste risicogroepen.

201

Starfield. B.

Child health and risk factors/ B. Starfield, P.D. Budetti.-

Health Services Research; jrg.19, nr.6, deel 2, februari 1985, p.817-886; 'A research agenda for health promotion and disease prevention for children and the elderly': Summary of a conference

Vele complexe factoren staan in relatie met determinanten voor de gezondheid van het kind en met de behoefte aan gezondheidsvoorzieningen voor kinderen. De schrijvers bieden een leidraad aan voor het verdere onderzoek van deze problematieken. (bron: vert. abstract)

19. HYPERTENSIE

74

Coope, J.

Hypertension in general practice: what is to be done?/
J. Coope.-

British Medical Journal; jrg.288, nr.6421, 24 maart
1984, p.880-881

Van de dikwijls bepleite opsporing en behandeling van hypertensie in de huisartspraktijk komt in de praktijk weinig terecht. De praktijkvoering is te veel gebaseerd op eenmalige consulten zonder follow-up. Een belangrijke ontwikkeling is een succesvolle training van verpleegkundigen in screening en behandeling van hoge bloeddruk. (bron: WVC)

143

Patel, C.

Primary prevention of coronary heart disease: papers that have changed my practice/ C. Patel.-

British Medical Journal; jrg.287, nr.6393, 3 september
1983, p.651-653

Auteur geeft aan op welke wijze wetenschappelijke publikaties haar handelwijze bij de bestrijding van hypertensie, als preventief middel bij hart- en vaatziekten, beïnvloed hebben. Een en ander wordt toegelicht aan de hand van patiënten die uit de eigen praktijk afkomstig zijn. Er wordt ingegaan op de begeleiding van patiënten bij het veranderen van hun gezondheidsgedrag, zoals stoppen met roken, het voorkomen van overgewicht, het stimuleren van lichamelijke activiteit en het begeleiden van diabetes patiënten. In de laatste paragraaf wordt ingegaan op het opsporen van patiënten met een te hoog cholesterol-gehalte.

Weel, C. van

Hypertensie: een kwestie van meten of afwegen?/ C. van Weel.-

Huisarts en Wetenschap; jrg.21, no.10, oktober 1978, p.370-374

Dit artikel gaat in op de vraag of op dit moment actief opsporen van hypertensie met name door de huisartsen, is aangewezen. Een aantal onderzoeken toont aan dat huisartsen zeer goed in staat kunnen zijn om hun praktijkpopulatie op hypertensie te onderzoeken. Hier tegenover staan gegevens met betrekking tot het hanteren van de bloeddrukmeter door acht huisartsen. De grote variëteit waarmee dit gebeurt maakt het waarschijnlijk dat het uitroepen van opsporing tot een doelstelling voor alle huisartsen consequenties zal hebben voor het huisarts-patiënt contact. Vervolgens wordt ingegaan op de betekenis van hypertensie. Daarbij blijkt het op dit moment te ontbreken aan resultaten van interventie-onderzoek over de positieve effecten ervan. Daarna wordt ingegaan op de ervaring die bestaat met het behandelen en opsporen van hypertensie. Het blijkt dat in de acht praktijken bij 6,8% van de 30-59 jarigen hypertensie is gediagnostiseerd. Hiervan is 25% non-compliant. De betekenis hiervan is weinig bekend. Eveneens is dit het geval met de schadelijke iatrogene gevolgen van stigma hypertensie en meer algemeen screeningsonderzoek. Onderzoek op dit gebied wordt besproken. Tenslotte komen sociaal-economische en psychologische achtergronden aan de orde. In dit licht is hypertensie het topje van de ijsberg. Behandeling van hypertensie is uitsluitend symptoombestrijding. De conclusie is dat er te weinig gegevens pro en contra voor een actieve opsporing voor handen zijn.

Weel, C. van

Anticipatory medicine: I. Detection of hypertension in general practice/ C. van Weel.-

Allgemeinmedizin International/General Practice International; jrg.12, nr.2, 1983, p.70-74

Het doel van het onderzoek is het opsporen van hypertensie met behulp van anticiperende geneeskunde. Het onderzoek is uitgevoerd in een uit zeven huisartsen bestaande groepspraktijk en is gericht op alle patiënten in de leeftijdscategorie van 30 tot 60 jaar. De bloeddruk is bij 72% van de bezoekende patiënten gemeten. De verschillen bij het opnemen van de bloeddruk tussen de zeven huisartsen zijn aanzienlijk: drie huisartsen hebben in meer dan 75% van de gevallen de bloeddruk opgenomen bij zowel mannen als vrouwen, terwijl drie andere artsen bij een veel geringer aantal bezoekers de bloeddruk heeft opgenomen. Bij een vergelijking van deze vorm van anticiperende opsporing met massa-screeningsprogramma's op hypertensie worden in verhouding slechtere resultaten gevonden. Een anticiperende benadering is een stapsgewijze aanpak die zich over een langere periode uitstrekt. Of dit een nadeel is moet nader worden bezien: een dergelijke aanpak kan in feite beter blijken te zijn bij de opsporing en behandeling van ziekte als hypertensie. Een in hoge mate op het individu gerichte controle lijkt hiervoor noodzakelijk. (bron: vert. summary)

108

Anggard, E.E.

Prevention of cardiovascular disease in general practice: a proposed model/ E.E. Anggard, J.M. Land, C.J. Lenihan [et.al.].-

British Medical Journal; jrg.293, nr.6540, july 1986, p.177-180

Beschrijving van een screeningsmodel binnen de huisartspraktijk en gericht op het opsporen van personen met een risico voor premature hart- en vaatziekten. De screening wordt uitgevoerd door een verpleegster in opdracht van de arts. Door het gebruik van een snelle techniek voor het meten van het cholesterolgehalte in het bloed, kan de uitslag direct aan de patiënt worden meegedeeld. Voor het verwerken en analyseren van de gegevens is gebruik gemaakt van een microcomputer. Het invoeren van de gegevens in een database maakt het mogelijk epidemiologisch onderzoek te doen en gemaakte interventies te evalueren. In 19 gezondheidscentra is van de methode gebruik gemaakt, waarbij meer dan 40.000 personen gescreend zijn: 10% heeft een diastolische bloeddruk van meer dan 95 mm Hg, 15% een bloedcholesterol-concentratie van meer dan 7 mmol en 2% van meer dan 9 mmol. De oorspronkelijke gegevens wijzen op een bruikbaarheid van het model zowel voor het personeel van gezondheidscentra als voor het publiek, waarbij het aanbod van screeningsfaciliteiten voor de doelpopulatie aanvaardbaar blijkt. (vert. abstract)

50

Bass, M.J.

Organizing the office for effective detection and management of hypertension/ M.J. Bass.-

Canadian Family Physician; jrg.31, februari 1985, p.351-354

Een effectieve praktijkorganisatie met het oog op screening en follow-up van gevallen van hypertensie is eenvoudig te realiseren. De arts dient allereerst een beleid op te stellen waarbij regelmatig de bloeddruk van de bezoekende patiënten gemeten wordt, ongeacht de klacht of vraag waarmee deze komen. Aantekeningen op de buitenzijde van de patiëntenkaart zijn hierbij een zichtbaar gegeven, dat tevens als een geheugensteun dienst doet. Een dossier dat onderverdeeld is in periodes van twaalf maanden vormt een uitstekend follow-up systeem. Hierbij bestaan geen ethische belemmeringen tegen het invoeren van een dergelijk systeem. (bron: vert. abstract)

23

Bauer, R.L.

United Kingdom heart disease prevention project: 12-year follow-up of risk factors/ R.L. Bauer, R.F. Heller, S. Challah.-

American Journal of Epidemiology: jrg.121, nr.4, april 1985, p.563-569

Onderzoek naar de effecten van een voorlichtingsprogramma met betrekking tot voeding, roken en lichaamsbeweging ter preventie van coronaire hartaandoeningen. (bron: WVC)

73

Boerhave Commissie voor Voortgezet Onderwijs

Preventie, vroegtijdige diagnostiek en behandeling van hartziekten/ Boerhave Commissie voor Voortgezet Onderwijs.- Leiden: Faculteit der Geneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden, 1973

R 1424

Reader bij een Boerhave-cursus over preventie, vroegtijdige diagnostiek en behandeling van hartziekten. In afzonderlijke bijdragen van verschillende auteurs wordt ingegaan op: regionale verschillen in prevalentie en preventie; het screenen op risicofactoren en de behandeling ervan; de diagnostiek en

prae-diagnostiek van een infarct door de huisarts; de taak van de huisarts bij het acute infarct; het samenspel van preventieve en curatieve geneeskunde.

111

Bol, F.A.

Huisarts, preventie en basisgezondheidszorg/ F.A. Bol.- Medisch Contact; jrg.35, nr.48, 28 november 1980, p.1483

Hoofdreactioneel commentaar over de voorstellen van een werkgroep van het ministerie van VOMIL inzake de ontwikkeling van een extramurale voorziening t.b.v. de preventie van hart- en vaatziekten. Huisartsen wordt aangeraden in te gaan op dit aanbod tot versterking van de eerstelij. (bron: VOMIL)

5

Community

Community prevention and control of cardiovascular disease: report of a WHO expert committee.- Geneva: WHO, 1986; Technical report series: nr.732

Verslag van een WHO-werkgroep (Geneve, 10-17 december 1984). Besproken worden de preventie en controle van hart- en vaatziekten. Gedrags-, levensstijl-, economische en milieufactoren dragen bij tot cardiovasculaire ziekten. Principes voor het ontwikkelen van preventieve strategieën die deze factoren beïnvloeden worden gepresenteerd. (bron: WVC)

119

Fowler, G.

The challenge of prevention/ G. Fowler.- The Practitioner; jrg.228, nr.1398, december 1984, p.1143-1147

De curatieve gezondheidszorg heeft een hoge vlucht genomen tijdens de twintigste eeuw. Een en ander vindt nu zijn weerslag op de preventieve gezondheidszorg. De redenen waarom met name de huisarts

geschikt is voor het uitvoeren van preventieve taken, zoals het bezweren van infectieuze ziekten, hart- en vaatstoornissen, rook-, voedings-, bewegings- en drinkgedrag, worden hier besproken. (bron: vert. abstract)

99

Haines, A.P.

Catching up the Europeans in preventing heart disease/
A.P. Haines.-

British Medical Journal; jrg.291, nr.6510, 14 december
1985, p.1667-1668

Vergeleken met de situatie in andere landen van West-Europa is de sterfte door hart- en vaatziekten in Groot-Brittannië hoog. De resultaten van een prospectief onderzoek naar risicofactoren in 24 Britse steden benadrukken het belang van preventie. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt vooral in de eerste lijn. Hoogste prioriteit heeft het terugdringen van roken. (bron: WVC)

125

Hart, J.T.

Still nobody's business?: prevention of coronary disease through primary care/ J.T. Hart.-

The Practitioner; jrg.228; nr.1387, januari 1984, p.
41-50

Effectieve preventieve activiteiten binnen de huisartspraktijk vereisen een gedragsverandering bij de huisarts en bij de eventuele staf van een gezondheidscentrum. Deze attitudeveranderingen zijn tweeledig: Alvorens effectief te reageren op de door de patiënt genoemde symptomen moet er actief gezocht worden naar zorgbehoeften die door de patiënt over het algemeen niet zelf worden waargenomen; de gerichtheid op ziekten moet worden verlaten ten gunste van het zoeken naar risicofactoren, waarbij de arts het meeste wat hij/zij geleerd heeft over boord moet zetten. (bron: vert. abstract)

Hilditch, J.R.

Problems with hypertension detection in family practice/ J.R. Hilditch.-

Canadian Family Physician; jrg.31, februari 1985, p.313-316

De huisartspraktijk is de plaats waar bij voorkeur de opsporing van gevallen van hypertensie dient plaats te vinden. Hierbij kunnen zich een aantal problemen voordoen die de opsporing van hypertensie in de weg staan. Er circuleren verschillende berichten met betrekking tot de bloeddruk-niveaus die verwijzen naar hypertensie en die tot behandeling ervan moeten leiden. Wanneer uitgegaan wordt van de natuurlijke geschiedenis van hypertensie, lijkt het meten van de bloeddruk om de twee jaar de aangewezen weg. De probleem-oplossende benadering van patiënten is een andere factor die de opsporing van hypertensie bemoeilijkt. Bepaalde organisatorische aspecten in de huisartspraktijk zijn bij het meten van de bloeddruk belangrijk. De hier gemeten bloeddruk kan mogelijk niet de werkelijke bloeddruk weergeven. Dit probleem kan ondervangen worden door de bloeddruk thuis te meten. Tenslotte dienen de technieken waarmee de bloeddruk vastgesteld wordt met de nodige omzichtigheid benaderd te worden. (bron: vert. abstract)

7

Hoffmeister, H.

Prävention von Herz-Kreislaufkrankheiten: Bewertung des Erfolgs von Interventionsstudien: Ausgangssituation der Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP)/ H. Hoffmeister, B. Junge, D. Schoen.-

Bundesgesundheitsblatt; jrg.27, nr.5, mei 1984, p.141-150

In veel publikaties en in discussies over gezondheidszorgbeleid wordt de indruk gewekt dat door vermindering van de risicofactoren het totale aantal gevallen en de sterfte aan hart- en vaatziekten zou

verminderen. Hart- en vaatziekten blijven echter, zelfs bij zeer succesvolle preventie, de belangrijkste doodsoorzaak. Alleen voor de jongere en middelbare leeftijdsgroepen kan een noemenswaardige invloed worden verwacht op morbiditeit en mortaliteit door een vermindering van risicofactoren. (bron: WVC)

31

Interim

Interim-advies inzake hypertensie: uitgebracht door een commissie van de gezondheidsraad.- Rijswijk: s.n., 1978
R 646

Advies met betrekking tot het beleid ten aanzien van hypertensie. Geconstateerd wordt dat hypertensie geen nosologische eenheid is: in ongeveer 10% van de gevallen is hypertensie het gevolg van een primaire aanwijsbare afwijking. Er worden normen aanbevolen om te komen tot een gestandaardiseerde meting van hypertensie. Er wordt ingegaan op de betekenis van hypertensie als risicofactor voor hart- en vaatziekten en op de behandeling van hypertensie. Met name wordt ingegaan op de belangrijke rol die de huisarts speelt bij de diagnostiek en behandeling ervan, de betekenis van leefregels en de behandeling met medicijnen, waarbij aandacht geschonken wordt aan de negatieve effecten van medicatie. Geconcludeerd wordt dat hypertensie een afwijking is die bij uitstek in aanmerking komt voor tijdige opsporing op grote schaal. Deze tijdige opsporing ligt in de eerste plaats op de weg van de huisarts. Het onderzoek naar hypertensie dient zich te richten op de coöperatie tussen arts en patiënt, het gezondheidsgedrag van de bevolking (zoutgebruik) en de invloed van stress bij het ontstaan van hypertensie.

210

MacLean, D.R.

Community health programming for hypertension control in Canada/ D.R. MacLean.-

Hoge bloeddruk is een van de vier belangrijke risicofactoren bij de ontwikkeling van hart- en vaatziekten. Canadese onderzoeken geven aan dat 10 tot 15% van de Canadezen een te hoge bloeddruk heeft al dan niet gecontroleerd. De behandeling van hypertensie maakt een belangrijk deel uit van het gebruik van de gezondheidszorgvoorzieningen, zonder dat optimale waarden verkregen worden. Er zijn op de samenleving gerichte strategieën nodig: GVO, verzorgen, bewaken en het in behandeling houden van patiënten. Samenwerking en afstemming tussen de professionele gezondheidszorg, vrijwilligersorganisaties en vrijwilligers is van essentieel belang voor het slagen van deze pogingen. (bron: vert. abstract)

87

Miettinen, T.A.

Multifactorial primary prevention of cardiovascular diseases in middle-aged man: risk factor changes, incidence, and mortality/ T.A. Miettinen, J.K. Huttunen, V. Naukkarinen [et.al.]

Journal of the American Medical Association; jrg.254, nr.15, 18 october 1985, p.2097-2102

Tijdens een vijfjarig preventieprogramma voor vaatziekten werden hyperlipidemieën, hypertensie, roken, obesitas en abnormale glucose tolerantie bij de groep met het hoogste risico behandeld met respectievelijk dieetmaatregelen en hypolipidemische en antihypertensieve middelen. Het interventieprogramma verminderde wel het voorkomen van hersenbloedingen, maar niet het voorkomen van hartaandoeningen. De mogelijkheden dat het uitblijven van een effect op de hartaandoeningen het gevolg is van nadelige effecten van de geneesmiddelen kan niet geheel worden uitgesloten. (bron: WVC)

58

Oliver, M.

Coronary risk factors: should we forget about mass control?/ M. Oliver.-

World Health Forum; jrg.5, nr.1, 1984, p. 5-18

Gesteld wordt dat geen overtuigend bewijs is geleverd, dat massale bestrijding van coronaire risicofactoren, zoals hypercholesterolaemie, hypertensie en roken, de incidentie van coronaire hartziekten verlaagt. Men zou zich moeten concentreren op speciale risicogroepen. Aansluitend op dit betoog volgen enkele kritische reacties. (bron: WVC)

140

Oliver, M.F.

Coronary heart disease: intervening in those at high risk/ M.F. Oliver.-

Practitioner; jrg.228, nr.1387, januari 1984, p.29-38

De preventie van coronaire arteriosclerose en van coronaire hartziekte brengt verschillende problemen met zich mee wat betreft de te ontwikkelen strategieën en de maatregelen die genomen en geïmplementeerd moeten worden. Vanuit het gegeven dat er slechts een zwak verband bestaat tussen de standaard- risicofactoren en hartziekten, wekt het nauwelijks verbazing dat de resultaten van interventie-experimenten, waarbij van de verschillende risicofactoren gebruik gemaakt is, niet tot definitieve conclusies leiden. Screening gericht op het opsporen van risicogroepen, in het bijzonder binnen gezinnen waarvan bekend is dat er meer dan gemiddeld hartziekten voorkomen, is praktisch mogelijk en dient aangemoedigd te worden. Meer inspanningen dienen gericht te zijn op interventies bij diegenen die de hoogste risico's lopen. (bron: vert. abstract)

59

Olson, R.E.

Mass intervention versus screening and selective intervention for the prevention of coronary heart disease/

R.E. Olson.-

Journal of the American Medical Association; jrg.255,
nr.16, 25 april 1986, p.2204-2207

Beschouwing over de preventie van coronaire hart-
ziekten. Aan screening van risicogroepen op chole-
sterol-bloedspiegels wordt de voorkeur gegeven boven
interventie voor de hele bevolking. (bron: WVC)

142

Palmer, W.H.

The physician's approach to hypertension in the office/
W.H. Palmer.-

Canadian Family Physician; jrg.31, februari 1985,
p.345-348

Bij de behandeling van hypertensie in de huis-
artspraktijk is het belangrijk dat de huisarts dit
op een rationele wijze doet om de gevolgen van
arteriosclerose voor hart- en vaatstelsel te voor-
komen. Vele risicofactoren hangen samen met het
ontstaan van beschadiging van het vaatstelsel het-
geen kan leiden tot beroertes, hartinfacten en
hartstilstand. Het is noodzakelijk dat voor iedere
patiënt alle risicofactoren bepaald moeten worden,
waarbij een specifiek behandelingsplan opgesteld
dient te worden. De verlaging van de verhoogde
bloeddruk op zich heeft geen consistente invloed op
het voorkomen van een hartaanval. Farmacologische
behandeling is doorgaans vereist bij patiënten met
een aanhoudende verhoogde diastolische bloeddruk.
Dit betekent niet dat alternatieve niet-farmacologi-
sche interventies hier uitgesloten moeten worden. Op
het moment dat de neveneffecten van de therapie met
medicijnen regelmatig en niet-speciek worden, dient
een stapsgewijze vermindering van de medicatie bij
die patiënten, waarvan de bloeddruk voor de periode
van een jaar is gecontroleerd, overwogen te worden.
(bron: vert. abstract)

143

Patel, C.

Primary prevention of coronary heart disease: papers that have changed my practice/ C. Patel.-

British Medical Journal; jrg.287, nr.6393, 3 september 1983, p.651-653

Auteur geeft aan op welke wijze wetenschappelijke publikaties, haar handelwijze bij de bestrijding van hypertensie, als preventief middel bij hart- en vaatziekten, beïnvloed hebben. Een en ander wordt toegelicht aan de hand van patiënten die uit de eigen praktijk afkomstig zijn. Er wordt ingegaan op de begeleiding van patiënten bij het veranderen van hun gezondheidsgedrag, zoals stoppen met roken, het voorkomen van overgewicht, het stimuleren van lichamelijke activiteit en het begeleiden van diabetes patiënten. In de laatste paragraaf wordt ingegaan op het opsporen van patiënten met een te hoog cholesterol-gehalte.

145

Rabkin, S.W.

Predicting and preventing hypertension and associated cardiovascular disease/ S.W. Rablin.-

Canadian Family Physician; jrg.31, februari 1985, p.365-369

Het ontstaan van hypertensie kan worden voorspeld met behulp van factoren zoals leeftijd, zout-, alcohol- en vezelconsumptie, zwaarlijvigheid, lichamelijke activiteit, psychosociale factoren en de familiegeschiedenis met betrekking tot hypertensie of premature hart- en vaatziekten. Het reageren van de bloeddruk op stressvolle stimuli is eveneens een belangrijke voorspellende factor. Onderzoek dient zich hierbij te richten op een betere bepaling en behandeling van die predictoren inclusief psychosociale factoren, die een verhoging van de bloeddruk tot gevolg hebben en die persoonlijkheidskenmerken

die de gevoeligheid voor stressvolle situaties beïnvloeden. Vanuit het gegeven dat hypertensie mogelijk vererfelijk is, dient het opsporen van een hypertensiepatiënt de huisarts aan te zetten tot het meten van de bloeddruk bij de overige gezinsleden. De toekomstige behandeling van hypertensie kan een toename van activiteit binnen de algemene gezondheidszorg inhouden gericht op een betere opsporing, GVO en behandeling, waarbij de patiënt bij een effectieve behandeling meer in de medische besluitvorming betrokken wordt. (bron: vert. abstract)

147

Ree, J.W. van

Interventie bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten: 1. Resultaten op langere termijn van interventie bij hypercholesterolemie, adipositas en roken/ J.W. van Ree, W. van Gerwen, H. van den Hoogen.-
Huisarts en Wetenschap; jrg.28, nr.1, januari 1985, p.21-24

Eerste van een tweetal artikelen waarin verslag wordt uitgebracht van een onderzoek naar de resultaten op langere termijn van het Nijmeegs Interventie Project, een op de belangrijkste risicofactoren van hart- en vaatziekten gericht opsporings- en interventieproject, dat is uitgevoerd in de jaren 1976-1979. Uit dit deel van het onderzoek blijkt dat de meerderheid van de onderzoeksgroep na afloop van het programma zijn ongezonde levensgewoonten weer heeft hervat. Het blijft daarbij de vraag, in hoeverre de resultaten beter zouden zijn geweest, als de interventie langer dan een jaar had kunnen duren. (bron: abstract)

92

Ree, J.W. van

Interventie bij verhoogd risico op hart- en vaatziekten 2: resultaten op langere termijn bij de behandeling van hypertensie/ J.W. van Ree, W. van Gerwen, H. van den Hoogen.-

Huisarts en Wetenschap; jrg.28, nr.2, februari 1985,
p.53-58,77

Uit een evaluatie-onderzoek blijkt, dat de door het Nijmeegs Interventie Project bereikte resultaten bij de behandeling van hypertensie na enkele jaren weer goeddeels verdwenen zijn. Daarbij blijken duidelijke verschillen tussen huisartspraktijken. De praktijkvoering lijkt grote invloed te hebben op de resultaten. Bij een stringent beleid, gericht op het systematisch onder controle houden van hypertensiepatiënten, worden betere resultaten geboekt. (bron: WVC)

146

Ree, J.W. van

Opsporing en behandeling van risicofactoren voor hart- en vaatziekten/ J.W. van Ree.-

Patient Care; jrg.13, nr.7, juli/augustus 1986, p.32-36

Preventie door eliminatie van risicofactoren (hyperventilatie, roken, hypercholesterolemie) is mogelijk en noodzakelijk omdat atherosclerose als voortgeschreden proces praktisch gesproken irreversibel is. Bij een combinatie van aanwezige risicofactoren moet eerder tot medicamenteuze behandeling van bestaande hypertensie worden overgegaan. De huisarts kan meestal volstaan met bepaling van het totaal cholesterolgehalte; bepaling van HDL en LDL cholesterol is zelden nodig. De huisarts doet er goed aan een hypertensie-case finding programma voor zijn praktijk op te stellen, waarbij de assistente een belangrijke rol kan vervullen. (bron: expres-informatie)

148

Reek, J. van

De invloed van een gezondheidsprogramma: cardiovasculaire risicofactoren in een huisartsenpraktijk/ J. van Reek, J.P.M. Diederiks, W.M. van Zutphen.-

Medisch Contact; jrg.40, nr.38, 20 september 1985, p.1163-1167

Verslag van een programma ten behoeve van opsporing en begeleiding van hypertensiepatiënten in een huisartspraktijk. Gestreefd werd naar vermindering van enkele risicofactoren: bloeddruk, roken, serumcholesterol en relatief gewicht. Het programma leverde gedurende het eerste jaar redelijke resultaten op. Op lange termijn bleken de effecten miniem. (bron: WVC)

61

Rose, G.

Screening and treatment for risk factors in ischaemic heart disease/ G. Rose: In: Preventie, vroegtijdige diagnostiek en behandeling van hartziekten: 27-28 april 1983/ Boerhave Commissie voor Voortgezet Onderwijs, Faculteit der Geneeskunde, Rijksuniversiteit-Leiden.-s.l.: s.n., s.a.: p.15-16

R 1424

Het screenen op risicofactoren heeft twee functies, een voorspellende en een op interventie gerichte functie. Risicofactoren hebben hierbij betekenis voor de gehele bevolking alswel op individueel niveau. De belangrijkste risicofactoren zijn: leeftijd; sekse; roken; cholesterolgehalte; bloeddruk. Na een hartinfarct neemt de betekenis van de risicofactoren af; zij hebben derhalve een verschillende betekenis bij primaire en secundaire preventie. Screening op risicofactoren heeft uitsluitend zin wanneer het leidt tot meer interventie; het houden van dieet en het stoppen met roken hebben hierbij betekenis voor de incidentie van hart- en vaatziekten. Het meten van de bloeddruk is de belangrijkste door onderzoek op te sporen risicofactor. Het zoeken naar andere risicofactoren heeft geen preventieve betekenis anders dan dat het individuen kan motiveren en kan zich beter beperken tot de belangrijkste risicogroepen.

151

Sanders, A.

Een klein bevolkingsonderzoek naar risicofactoren voor hart- en vaatziekten/ A. Sanders, J. Schipper, Y. Knopf.-

Huisarts en Wetenschap; jrg.28, nr.6, juni 1985, p.202-203

Beschreven wordt een klein bevolkingsonderzoek naar risicofactoren voor hart- en vaatziekten onder de mannen van 30-33 jaar in de gemeente Leek. De opkomst was kleiner dan bij eerdere screeningsrondes (62%). De uitkomsten van deze screening en de follow-up waren echter teleurstellend. Bij een vrij groot aantal mannen werden nl. een of meer verhoogde risicofactoren vastgesteld. De respons bij de verdere begeleiding was opvallend gering. (bron: WVC)

152

Schraven, D.L.M.

Preventie van hart- en vaatziekten: in de huisartspraktijk?/ D.L.M. Schraven, J.W. van Ree.-

Medisch Contact; jrg.40, nr.38, 20 september 1985

Verslag van een evaluatie-onderzoek van de eerste fase van het Risicofactorenonderzoek hart- en vaatziekten (RIFOH-huisartsenproject). Indien men wil bewerkstelligen dat huisartsen meer doen aan systematische preventie, dan zal men hen moeten stimuleren hiervoor gekwalificeerd personeel aan te trekken. Hulp van buitenaf, bijvoorbeeld door basisgezondheidsdiensten, bij het opzetten van deze preventie werkt positief. (bron: WVC)

186

Seelen, A.M.R.

Een rol voor de wijkverpleegkundige bij de interventie bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten/ A.M.R. Seelen, W.M. van Zutphen, J.P.M. Diederiks.-

Huisarts en Wetenschap; jrg.28, nr.4, april 1985, p.129-132

Onderzoek naar het nut en de mogelijkheden om de interventie bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten geheel of gedeeltelijk over te hevelen van de huisarts naar de wijkverpleegkundige. Deze interventie bestaat uit het geven van informatie over de betekenis van de gevonden risicofactoren en uit persoonlijke, op de behoeften en mogelijkheden van de patiënt afgestemde zorg. Voorzichtige conclusie van de schrijvers is, dat de wijkverpleegkundige in staat is bovengenoemde interventie uit te voeren, niet vanuit een zelfstandige positie, wel in samenwerking met de huisarts. Vereiste is dan, dat zij de uitsluitend medische aspecten niet behoeft uit te voeren, en dat het huisbezoek plaatsvindt met medische ondersteuning. De huisarts fungeert in deze samenwerking als "bureau-arts". (bron: NIVEL) Ook opgenomen in: Maatschappelijke Gezondheidszorg; jrg.13. nr.11, november 1985, p.38-41.

211

Stamler, J.

Forum: the prevention of cardiovascular diseases/ J. Stamler, J.D. Cohen.-
Preventive Medicine; jrg.14, nr.3, may 1985, p.261-393

Themanummer gewijd aan de preventie van hart- en vaatziekten. Beschreven worden de resultaten van enkele grootschalige, primaire en secundaire preventieprogramma's. Deze resultaten geven reden tot optimisme hetgeen door nationale sterftetrends wordt bevestigd. Er bestaan goede gronden om aan te nemen dat er nog vooruitgang is te boeken op het gebied van de preventie van hart- en vaatziekten met name van premature coronaire hartziekte en hersenbloeding. (bron: WVC)

159

Stewart, M.

Factors affecting patients' compliance with doctors' advice/ M. Stewart.-
Canadian Family Physician; jrg.28, september 1982, p.1519-1526

In welke mate en hoe succesvol kunnen huisartsen patiënten adviseren met betrekking tot eetgewoonten, lichaamsbeweging en rookgedrag? Een onderzoek onder 24 huisartsen en 66 patiënten met cardiovasculaire klachten toont aan dat 2/3 van de patiënten adviezen heeft ontvangen tijdens een, met audio-visuele middelen geregistreerd, consult. Van diegenen die advies hebben ontvangen, zegt 29%, tijdens een thuis afgenomen interview tien dagen na het consult, zich het advies te herinneren. Het gedrag van de arts tijdens de interactie blijkt hierop van invloed. Het opvolgen van de adviezen blijkt uitsluitend bepaald te worden door attitudes en door de ernst van de problemen van de patiënt. (bron: vert. summary)

48

Watson, D.S.

Health education for hypertensive patients/ D.S. Watson.-

Australian Family Physician; jrg.8, nr.3, maart 1979, p.315-320; themanummer 'Prevention: An attitude of mind'

Het gebrek aan compliantie van de patiënt met de medische behandeling is een van de centrale knelpunten bij het overwinnen van ziekten. Dit geldt in bijzondere mate bij hypertensie. De hier onderzochte hypothese stelt dat GVO met betrekking tot hypertensie leidt tot gedragsverandering en op deze wijze de gezondheid waarborgt. Er is een experiment uitgevoerd onder 118 hypertensiepatiënten zonder symptomen. De patiënten zijn hierbij in vier groepen onderverdeeld: een groep die niets anders dan de gebruikelijke behandeling door de huisarts heeft ontvangen, de controle groep; een groep die naast deze behandeling GVO heeft ontvangen; een groep die naast de behandeling zelf dagelijks de bloeddruk heeft gecontroleerd; een groep die naast de gebruikelijke behandeling en de controle van de eigen bloeddruk, GVO heeft ontvangen. GVO heeft hierbij bestaan uit een viertal programma's: een sessie waarbij hypertensie inhoudelijk is behandeld; een bijeenkomst

waarbij het belang van beweging is onderstreept; een bijeenkomst over de relatie tussen voeding en hartziekten; een bijeenkomst over geneesmiddelengebruik en stress. Allereerst is het GVO-programma door de deelnemers geëvalueerd; het is hierbij over het algemeen als positief beoordeeld. De conclusie is dat het GVO-programma succesvol is gebleken, voor een belangrijk deel wordt dit succes toegeschreven aan het enthousiasme van de voorlichters.

21. KANKER

109

Battista, R.H.

Determinants of primary medical practice in adult cancer prevention/ R.H. Battista, J.J. Williams, L.A. MacFairlane.-

Medical Care; jrg.24, nr.3, march 1986, p.216-224

Een onderzoek bij eerstelijnsartsen om zich te vergewissen van hun preventieve praktijkvoering i.v.m. vier soorten kanker. Het belang van een beter begrip van de belangrijkste factoren bij het optreden als arts wordt benadrukt en het bestaan van verschillende verklarende modellen wordt geopperd. (bron: NIVEL)

52

Collette, H.J.A.

Deelname aan bevolkingsonderzoek lijkt te beschermen tegen overlijden aan borstkanker: veel vragen echter nog onbeantwoord/ H.J.A. Collette.-

Tijdschrift Kanker; jrg.9, nr.1, februari 1985, p.17-18

In Nijmegen en Utrecht wordt al meer dan tien jaar bevolkingsonderzoek op borstkanker uitgevoerd. Uit retrospectief onderzoek kan worden afgeleid dat aanzienlijk minder vrouwen die aan het bevolkingsonderzoek hadden deelgenomen aan borstkanker waren overleden dan binnen een controlegroep. Het is echter nog te vroeg om te concluderen dat er een landelijk bevolkingsonderzoek op borstkanker moet komen. Eerst moet onder andere nog worden vastgesteld op welke leeftijd begonnen moet worden, om de hoeveelheid tijd herhaald moet worden en welke methode het best kan worden gebruikt. (bron: WVC) Zie ook Lancet; jrg.1, nr.8388, 2 juni 1984, p.1217-1218, 1222-1224-1226.

Early

Early detection of breast cancer: Council on Scientific Affairs.-

Journal of the American Medical Association; jrg.252, nr.21, 7 december 1984, p.3008-3011

De Council of Scientific Affairs van de American Medical Association concludeert dat borstkanker vroegtijdig ontdekt en genezen kan worden. Het publiek moet daarom gewezen worden op de mogelijkheden van vroege diagnostiek zoals zelfonderzoek en mammografie. Hierdoor kan in een vroeg stadium tot behandeling worden overgegaan. (bron: WVC)

Soulston, K.

Colorectal cancer: a plea for early diagnosis/ K. Soulston, O. Dent.-

Australian Family Physician; jrg.10, nr.9, september 1981, p.697-703

Kanker van het colon vormt een belangrijke oorzaak van morbiditeit en mortaliteit in Australië. In 1981 kunnen ongeveer 5000 nieuwe gevallen worden verwacht en zullen 3500 mensen aan de ziekte sterven. In bijna tweederde van de gevallen waarbij met behulp van de traditionele methoden deze vorm van kanker wordt gediagnostiseerd, blijkt de ziekte zich tot voorbij de darmwand te hebben uitgebreid. Slechts 15 tot 20% van de kankers zijn bij rectaal onderzoek palpabel. Een verhoogd risico hebben personen die familie zijn in de eerste graad van individuen met deze vorm van kanker, personen met polyposis coli, met adenomas in het colon en al degenen, die reeds eerder voor deze vorm van kanker behandeld zijn. Massale screening op dit type kanker moet niet worden voortgezet met uitzondering van de screening zoals die past in het bestaande onderzoeksprogramma.

29

Heine, E.J.H. ter

Borstzelfonderzoek in een plattelandsgemeente/ E.J.H. ter Heine, G.G. van Ewijk, J.L. Westhoek.-

Tijdschrift Kanker; jrg.9, nr.3, juni 1985, p.9-10

Slechts 45% van de vrouwen in de leeftijdscategorie 30-60 jaar uit een plattelands-huisartspraktijk, die door hun huisarts werden gestimuleerd hun borsten zelf te onderzoeken, deed dat ook werkelijk. Geconcludeerd wordt dat de voorlichting selectiever moet gaan worden door de veranderingsbereidheid te bepalen en daarop in te spelen. (bron: WVC)

212

Interim

Interim-advies inzake de vroegtijdige opsporing van borstkanker.- 's Gravenhage: Gezondheidsraad/Staatsuitgeverij, 1981

85

Klinkhamer, J.

Amerikanen openen de aanval op kanker/ J. Klinkhamer.- Uitzicht; nr.6, 1984, p.10-14

Uiteenzetting over de Amerikaanse activiteiten op het gebied van de primaire preventie van kanker. Ingegaan wordt op de inhoud van het boekje 'Cancer prevention', een uitgave van het Department of Health and Human Services, waarin de nadruk valt op gezond gedrag met betrekking tot roken, alcoholgebruik, zonlicht, röntgenstraling en voeding. (bron: WVC)

90

Lamberts, H.

Met welke klachten over de geslachtsorganen komen vrouwen bij de huisarts?/ H. Lamberts, S. Meads, M. Wood.- Huisarts en Wetenschap; jrg.27, nr.11, november 1984, p.418-420; themanummer 'Secundaire preventie van cervix- en mammacarcinoom'

De veldstudie met de Reason For Encounter Classification, uitgevoerd door bovengenoemde auteurs, bevat ook informatie met betrekking tot de klachten over de geslachtsorganen waarmee vrouwen op het spreekuur komen. In deze bijdrage komen twee vragen aan de orde: om welke klachten gaat het hier, en welke verschillen zijn er in de manier waarop vrouwen in de verschillende landen met dit soort problemen bij de huisarts komen? Het beschikbare materiaal bevat geen aanwijzingen dat de anticiperende huisarts op voorhand rekening moet houden met sterke weerstanden. Niettemin zal ook hier eerst vastgesteld moeten worden, of de patiënt werkelijk beter af is met een preventieve aanpak. Indien dat inderdaad het geval blijkt, is de huisarts de eerst aangewezen om ook bij mamma- cervixcarcinomen anticiperend op te treden. (bron: abstract)

138

Meijman, F.

Cervixcytologie via een actieve benadering: een prospectief vervolgonderzoek naar doeltreffendheid in een huisartspraktijk/ F. Meijman.-

Huisarts en Wetenschap; jrg.29, no.11, november 1986, p.336-338

Twee jaar geleden werd in drie Amsterdamse huisartspraktijken retrospectief onderzocht welke invloed de benadering (actief of passief) van de huisarts heeft op de doeltreffendheid van de opsporing van cervixcarcinoom. In een van deze praktijken heeft daarna een prospectief vervolgonderzoek plaatsgevonden. Het uiteindelijke bereik van een aanvankelijk passieve gedurende de laatste twee jaar actieve benadering kan een vergelijking met onderzoeken in en buiten de huisartspraktijk goed doorstaan. Anderzijds maakt dit onderzoek eens te meer duidelijk dat een actieve benadering bij cervixcytologie in een huisartspraktijk nog geen doeltreffendheid garandeert. (bron: abstract)

Meijman, F.

Twaalf jaar cervixcytologie in drie Amsterdamse huisartspraktijken: een retrospectief onderzoek naar de doeltreffendheid van een actief en een passief opsporingsbeleid/ F. Meijman.-

Huisarts en Wetenschap; jrg.27, nr.11, november 1984, p.372-378,391; themanummer 'Secundaire preventie van cervix- en mammacarcinoom'

In drie huisartspraktijken werd onderzocht, welke invloed de -actieve dan wel passieve- benadering van de huisarts heeft op de doeltreffendheid van de opsporing van cervixcarcinoom. Daartoe werd het bereik en het vervolg van de in de jaren 1972-1983 bij in totaal 2357 vrouwen verrichte cervixcytologie retrospectief geanalyseerd. De belangrijkste conclusie van het onderzoek luidt, dat de doeltreffendheid van de opsporing door een actief beleid geoptimaliseerd kan worden, maar dat zo'n beleid op zichzelf daar nog geen garantie voor vormt. Daarnaast blijkt de incidentie van afwijkende cervixcytologie per praktijk sterk te variëren. (bron: abstract)

Sansom, C.D.

Choice or change?: how women come to have a cytotoest done by their family doctors/ C.D. Sansom, J. Wakefield, K.M. Pinock: In: Seek wisely to prevent: studies of attitudes and action in a cervical cytology programme/ J. Wakefield (ed.).- London: Her Majesty's Stationery Office, 1972

B 553

Onderzoeksverslag van een onderzoek waarbij de volgende vragen centraal hebben gestaan: over welke informatie beschikken vrouwen die zich door de huisarts laten screenen; hoe komen deze vrouwen aan hun informatie; onder welke omstandigheden laten deze vrouwen zich screenen; op welke wijze hangt het

beschikken over informatie samen met andere karakteristieken van deze vrouwen zoals bijvoorbeeld sociale klasse en leeftijd.

154

Shade, E.

De vroege diagnostiek van kanker door de huisarts/ E. Shade.-

Patient Care; jrg.13, nr.7, juli/augustus 1986, p.36-41

De diagnostiek van de huisarts is gebaseerd op ervaring en inzicht in de epidemiologie. Diagnostiek en therapie zijn nauw met elkaar verweven en niet twee opeenvolgende stappen in het proces. Bij diagnostiek is het begrip "delay" een belangrijk gegeven. (bron: expres-informatie)

46

Turner, J.

Does a booklet on breast self-examination improve subsequent detection rates?/ J. Turner, D. Roy, G. Irwin [et.al].-

Lancet; jrg.2, nr.8398, 11 augustus 1984, p.337-339

Gecontroleerd onderzoek naar het effect van een voorlichtingsboekje over zelfonderzoek van borsten. Borstafwijkingen kwamen niet meer of minder voor, maar vroege stadia van borstkanker werden significant vaker gevonden bij vrouwen die het boekje hadden gekregen. Ook bleek bij deze groep de gemiddelde tumorgrootte kleiner. (bron: WVC)

55

Veen W.A. van

Screening op cervixcarcinoom: naar optimalisering van de strategie/ W.A. van Veen.-

Huisarts en Wetenschap; jrg.27, nr.11, november 1984, p.406-411; themanummer 'Secundaire preventie van cervix- en mammacarcinoom'

welke strategie moet worden gekozen om de doeltreffendheid en doelmatigheid van de screening op cervixcarcinoom te optimaliseren? In dit artikel wordt een inventarisatie gegeven van thans beschikbare informatie met betrekking tot de volgende vragen: Is screening van jonge vrouwen zinvol? Wat is het optimale screeningsinterval? Van welke kwaliteit zijn de door huisartsen vervaardigde uitstrijkjes? Wat is de verhouding tussen kosten en baten? Welke praktische gevolgen zal een gewijzigd overheidsbeleid met zich meebrengen? Geconcludeerd wordt dat een consequente screening door de huisarts vooralsnog niet te verwezenlijken zal zijn zonder een aantal ondersteunende maatregelen. (bron: abstract)

66

Veen, W.A. van

Over de waarde van lichamelijk mamma-onderzoek als screeningsmethode/ W.A. van Veen.-

Huisarts en Wetenschap; jrg.27, nr.11, november 1984, p.427-431; themanummer 'Secundaire preventie van cervix- en mammacarcinoom'

Tijdige opsporing van borstkanker is in beginsel alleen mogelijk wanneer er systematisch naar wordt gezocht. De van ouds meest bekende methode is lichamelijk onderzoek door middel van inspectie en palpatie van de borsten bij ogenschijnlijk gezonde vrouwen. Dit routine-onderzoek wordt gerekend tot de taken van de huisarts. In de praktijk lijkt hiervan echter weinig terecht te komen en de vraag is of het zinvol is dat huisartsen zich in dit opzicht actiever gaan opstellen. In dit artikel wordt gepoogd de discussie te voeden met gegevens uit de literatuur. (bron: abstract)

67

Verbeek, A.L.M.

Daling van sterfte aan borstkanker door bevolkingsonderzoek met mammografie: resultaten van het Nijmeegs bevolkingsonderzoek over de periode 1975-1981/ A.L.M. Verbeek, J.H.C.L. Hendriks, R. Holland [et.al.].-

Sedert 1975 is in Nijmegen met mammografie een onderzoek met vier screeningsronden uitgevoerd naar de aanwezigheid van borstkanker bij vrouwen vanaf 35 jaar. Het resultaat tot en met 1981 is een relatief risico voor sterfte aan borstkanker voor de gescreende groep van 0,48 vergeleken met de niet gescreende groep. Het bijbehorende 95%-betrouwbaarheidsinterval is 0,23-1,00. Op de bijkomende effecten van dit bevolkingsonderzoek wordt kort ingegaan (bron: samenvatting)

166

Wakefield, J.

Caution and commitment: a survey of attitudes of family doctors to cytological screening: In: Seek wisely to prevent: studies of attitudes and action in a cervical cytology programme/ J. Wakefield (ed.).- London: Her Majesty's Stationery Office, 1972

B 553

Verslag van een onderzoek naar de attitudes van huisartsen ten opzichte van screening op cervixkanker. Met behulp van een pilot-study is een vragenlijst ontwikkeld, die is toegezonden aan alle huisartsen van Manchester. Het responsecijfer bedraagt na een herinneringsbrief 75%. Uit de resultaten blijkt dat in groepspraktijken relatief meer uitstrijkjes gemaakt worden dan in solopraktijken, respectievelijk 53,7% en 20,6%. Hierbij blijken de uitstrijkjes in groepspraktijken vaker door de huisarts zelf te worden gemaakt. Ook blijkt de aanwezigheid van een doktersassistente het aantal uitstrijkjes positief te beïnvloeden. Daarnaast blijken het aantal jaren dat men praktijk houdt, de sociaal-economische samenstelling van de praktijk en de praktijkorganisatie van invloed te zijn op het screenen door de huisarts.

Wakefield, J.

The family doctor and cervical cytology: In: Seek wisely to prevent: studies of attitudes and action in a cervical cytology programme/ J. Wakefield (ed.).- London: Her Majesty's Stationery Office, 1972, p.28- 37

B 553

Verantwoording van een onderzoek naar het screenen van vrouwen, zonder symptomen, op cervix-kanker door de huisarts. Centrale motieven voor het onderzoek zijn: de huisarts verkeert in een uitstekende positie vrouwen van de noodzaak van een dergelijke screening te overtuigen; hij beschikt over de autoriteit en de status, die zijn aanbevelingen versterken; hij staat in contact met 'moeilijk bereikbare' groepen; hij kan vrouwen begeleiden bij het voorkomen van aan de screening verbonden angstgevoelens. Verder wordt ingegaan op de ontwikkeling van de rol, waarbij de vrijwilligheid van de arts voorop staat, van de huisarts bij de screening. De resultaten van de door huisartsen verrichte screening worden op basis van onderzoeken vergeleken met de resultaten van andere instanties.

Weel, C. van

Anticiperende geneeskunde in de praktijk: een onderzoek in een groepspraktijk naar het opsporen van hypertensie en cervixcarcinoom, alsmede compliantie en de iatrogene effecten bij de behandeling van hypertensie/ C. van Weel.- Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1981; proefschrift

R 927

Doel van het onderzoek is: het evalueren van het opsporen van hypertensie en cervixcarcinoom volgens de methode van anticiperende geneeskunde; het vaststellen van de compliantie bij de behandeling van hypertensie; het bepalen van de iatrogene schade van opsporing en behandeling van hypertensie. Bij

het onderzoek is gebruik gemaakt van alle 30 - 59-jarige patiënten die gedurende de gehele onderzoeksperiode deel uitmaakten van de groepspraktijk. Bij het interventie-onderzoek blijken de behandelde en niet-behandelde groep niet volledig vergelijkbaar. Ook het aantal patiënten dat geselecteerd is voor het onderzoek naar de invloed van interventie is kleiner dan vooraf verwacht is.

69

Weel, C. van

Screenen door huisartsen op cervixcarcinoom: 1. Het screenen van vrouwen die langdurig tot de praktijk behoren/ C. van Weel.-

Huisarts en Wetenschap; jrg.27, nr.11, november 1984, p.379-382,385; themanummer 'Secundaire preventie van cervix- en mammacarcinoom'

In de groepspraktijk Ommoord is een vervolgonderzoek uitgevoerd met betrekking tot de mogelijkheden van de huisarts tot anticiperend screenen op cervixcarcinoom. In deze bijdrage komt aan de orde, in welke mate de afgelopen vijf jaar anticiperend onderzoek heeft plaatsgevonden bij vrouwen van 25-35 jaar, en wat daarvan de opbrengst is geweest. Het blijkt dat vooral de oudere leeftijdsgroep intensief is gescreend; in die groep deden zich ook nagenoeg alle afwijkende cytologische bevindingen voor. Hoewel de praktijk van de anticiperende aanpak enigszins achterblijft bij het gewenste patroon, kan deze benaderingswijze een vergelijking met nadere strategieën goed doorstaan. (bron: abstract)

95

Weel, C. van

Screenen door huisartsen op cervixcarcinoom: 2. Het samengaan van anticiperende screening door de huisarts en bevolkingsonderzoek/ C. van Weel.-

Huisarts en Wetenschap; jrg.27, nr.11, november 1984, p.382-385; themanummer 'Secundaire preventie van cervix- en mammacarcinoom'

Het naast elkaar bestaan van een bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom en een anticiperende benadering door een aantal huisartsen maakt het mogelijk het bereik van beide methoden bij een en dezelfde populatie te onderzoeken. Uit dit onderzoek blijkt dat beide strategieën afzonderlijk ongeveer 75% van de risicogroep bereiken en samen 95%. De intensiteit van de screening is bij beide strategieën hoog; het percentage vrouwen bij wie het laatste uitstrijkje vier jaar of langer geleden is gemaakt, is echter duidelijk groter bij de huisartsen. Desondanks ontlopen de resultaten van beide opsporingsmethoden elkaar niet sterk en geeft dit onderzoek geen steun voor de opvatting dat bevolkingsonderzoek per definitie een superieure screeningsmethode zou zijn. (bron: abstract)

167

Weel, C. van

Screenen door huisartsen op cervixcarcinoom 3: het verband tussen screening en inschrijfduur/ C. van Weel.-

Huisarts en Wetenschap; jrg.28, nr.7, juli 1985, p.242-243

Uit een onderzoek in een groepspraktijk Ommoord te Rotterdam blijkt, dat de kans dat vrouwen van 25-35 jaar onderzocht zijn op cervixcarcinoom toeneemt met de duur van de inschrijving in de praktijk. Het omslagpunt ligt bij een inschrijvingsduur van 2 jaar. De sterk toegenomen mobiliteit van de bevolking heeft een negatief effect op de mogelijkheden tot preventie voor de huisarts. (bron: WVC)

AUTEURSINDEX

A

Aalderen, H.J. van
106
Alkema, F.
70, 71
Allen, D.W.
107
Anggard, E.E.
108
Arnold, S.B.
204
Ashton, J.
188
Ashton, J.R.
1

B

Baird, G.
72
Bakker-Lenderink, A.
172, 193
Basden, P.
161
Bass, M.J.
50
Battista, R.H.
109
Bauer, R.L.
23
Becker, M.H.
200
Beek, M.
157
Berg, A.O.
1, 2

Bergman, J.J.
53
Berwick, D.M.
51
Bischof, L.
110
Black, N.
3
Blaney, R.
46
Blum, A.
24
Boerhave Commissie voor Voortgezet Onderwijs
73
Boerma, W.G.W.
96, 189
Bol, F.A.
111
Boldt, J.S.
115
Bosma, D.
25
Branch, L.G.
197
Brown, G.
60
Buijssen, H.P.J.
173, 174
Burger, A.K.C.
112

C

Caplan, G.
102
Catford, J.C.
26
Challah, S.
23
Channing, D.M.
136

Chester, T.E.
4
Christie-Seely, J.
113
Cohen, J.D.
211
Collette, H.J.A.
52
Community ...
5
Connelley, P.A.
68
Cooke, M.
114
Coope, J.
74

D

David, A.K.
115
Day, N.E.
67
DeFriese, G.H.
198
Demmenie, C.J.E.
175
Dent, O.
79
Derksen, J.
75
Dickinson, J.
135
Diederiks, J.P.M.
148, 186
Dillman, T.E.
200
Doel, A. van den
176
Does, E. van der
27

Donovan, C.F.
116
Druenen, H. van
179
Duffy, J.E.
76

E

Early ...
77
Eggertsen, S.C.
53
Eijk, J. van
157
Es, J.C. van
78
Ewijk, G.G. van
29
Eylenbosch, W.J.
45

F

Feen, J.A.E. van der
117
Fleming, D.M.
118
Fowler, G.
97, 119, 120, 121
Franks, P.
135
Freer, Ch.B.
122
Fry, J.
123
Fullard, E.
97
Furer, J.
19

G

Gaalen, G.M. van
177

Gersons, B.P.R.
103

Gerwen, W. van
92, 147

Gill, K.
124

Giocinella, E.C.
196

Godwin, S.
98

Gondrie, P.
25

Goodman, L.E.
6

Goulston, K.
79

Gray, M.
97

Green, L.W.
199

Grol, R.
157

H

Haar, H.H. ter
80

Haastrecht, S.C. van
202

Haerter, G.
81

Haines, A.P.
99

Hall, D.M.B.
72

Hanzers, A.M.
28

Hart, J.T.
125
Heijndael, P.
19
Heine, E.J.H. ter
29
Heller, R.F.
23
Hendriks, J.H.C.L.
67
Hendriksen, C.
203
Hento-Klein Gebbink, H.
71
Herbert, C.P.
126
Hermans, T.
178
Hermsen, M.
25
Hersh, A.S.
198
Hilditch, J. R.
127
Hitchings, R.A.
54
Hocking, B.
30
Hoffmeister, H.
7
Holland, R.
67
Hoogen, H. van den,
92, 147
Hoornstra, R.
179, 180
Howell, L.J.
161
Huttunen, J.K.
87
Huygen, F.J.A.
89

I

Iemhoff, W.G.J.

8

Interim ...

31, 55, 56, 212

Irwin, G.

46

Isacsson, S.O.

84

J

Jette, A.M.

197

Jong, H. de

71

Junge, B.

7

Jungfer, C.

128

Junghanns, G.

129

K

Kane, R.A.

204

Kaptein, A.A.

130

Kerkhoff, A.H.M.

131

Klinkhamer, J.

85

Knopf, Y.

151

Knottnerus, J.A.

106, 132

Koenig-Zahn, C.

19

Kroes, G.H.

181

Kumlin, T.
87

L

Laethar, D.S.
32

Lamberts, H.
90, 133

Land, J.M.
108

Lathouwer, A.
137

Lawrence, M.S.T.A.
118

Leclercq, D.
16

Lee, P.R.
33

Lenihan, C.J.
108

Lessne, S.H.
57

Lewis, B.
34

Linn, J.T.B.
134

Linschoten, P. van
182

Lisdonk, E. van de
35

Londen, J. van
9

Loon, P.C.J. van
100

Lowy, L.
20

Lund, E.
203

Lund, N.
101

M

MacFairlane, L.A.
109

MacKenzie, G.
46

MacLean, D.R.
210

Maddox, G.L.
205

Mancini, M.
34

Mandel, I.
135

Mann, J.I.
34

Marsh, G.N.
136

Marwick, C.
36

Mastbergen-Van Wensveen, W.
183

Mattila, S.
87

Matus, R.
86

McCaughey, K.
209

McGinnis, J.M.
10

McManus, M.A.
198

Meads, S.
90

Mechelen, M. van
137

Meesters, M.J.E.P.
37

Meijman, F.
91, 138

Melker, R.A. de
82

Mesker, P.
157
Mesker-Niesten, J.
157
Meyboom-de Jong, B.
38
Miettinen, T.A.
87
Milio, N.
11
Miller, D.L.
12
Moens, G.
13
Mokkink, H.
157
Moore, D.
126
Mravunac, M.
67
Muir Gray, J.A.
139

N

Naukkarinen, V.
87
Neighbour, W.E.
153
Nijmeijer, B.
15
Nuchring, E.M.
86
Nutbeam, D.
26
Nuyens, Y.
14
Nuyten, C.
15

O

Olding-Smee, W.

46

Oliver, M.

88

Oliver, M.F.

140

Olson, R.E.

59

Op welke ...

184

Owens, R.G.

76

P

Page, C.

141

Palmer, W.H.

142

Patel, C.

143

Pender, A.R.

39

Pender, N.J.

39

Pereira Gray, D.J.

144

Pinnock, K.M.

149

Preventie ... (De)

104

Preventie- ...

190, 191

Preventieve ...

185, 206

Pringle, M.

60

R

Rabkin, S.W.
145
Radius, S.M.
200
Ree, J.W. van
92, 146, 147, 152
Reek, J. van
148
Reelick, N.F.
40
Reginster, G.
16
Reitsma, W.D.
93
Renkema, A.
41
Rieke, L.D.
101
Robbins, S.
60
Roberts, M.M.
32
Roghmann, K.J.
21
Ronalds, C.
114
Roolvink, E.G.J.J.
94
Roos, R.
70
Rose, G.
61
Roy, D.
46

S

Saan, J.A.M.
42

Sansom, C.D.
149
Sandercock, P.
150
Sanders, A.
151
Sarna, S.
87
Schachtschabel, J.W.
43
Schipper, J.
151
Schneeweiss, R.
53
Schoen, D.
7
Schraven, D.L.M.
152
Schwarz, R.
44
Scott, G.S.
153
Seelen, A.M.R.
186
Shade, E.
154
Shepherd, S.G.
62, 63
Sigling, H.O.
17
Simson, S.
209
Sips, A.J.B.I.
155
Sklar, B.W.
207
Smail, S.A.
156
Smits, A.
157
Sommers, J.C.A.
105

Stamler, J.
211
Standaert, B.
45
Starting ...
158
Sterenborg, H.
15
Stewart, M.
159
Strandberg, T.
87
Stromgard, E.
203
Strong, P.M.
3
Struve, J.K.
101
Sturmans, F.
67
Sturm, E.
88
Swaak, A.J.
192

T

Taylor, K.B.
160
Taylor, R.C.
195
Thompson, R.S.
161
Turner, J.
46
Tutsch, G.
162

U

Uijterlinde, C.A.
173

V

Vandenbroucke, J.P.

64

Veen, W.A. van

38, 65, 66

Verbeek, A.L.M.

67

Verhulst, A.

174

Verplanke, T.

47

Voorn, Th.B

163, 164

Vos, M.

22

W

Wakefield, J.

149, 165, 166

Walter, H.J.

68

Watson, D.S.

48

Weel, C. van

69, 83, 95, 167, 168, 169

Weiss, L.J.

207

Westhoek, J.L.

29

Westmaas-Jes, M.M.

49

Westreenen. E. van

170

West, H.

208

Williams, J.J.

109

Wilson, L.B.

209

Wolswijk, P.

187

Wood, M.

90

Woolaway, M.C.

26

Z

Zander, L.I.

171

Zielhuis, G.A.

18

Zutphen, W.M. van

148, 186

IN DEZE SERIE ZIJN REEDS VERSCHENEN:

Wijkverpleging/kruisvereniging:
samengesteld door R. Willemsen
bibliografie jrg.1, no.1, 1986

Ouderen (I):
samengesteld door A.K. de Leeuw
bibliografie jrg. 1, no.2, 1986

Ouderen (II):
samengesteld door A.K. de Leeuw
bibliografie jrg.1, no.3, 1986

Relatie eerste en tweede lijn:
samengesteld door R. Willemsen
bibliografie jrg.1, no.4, 1986

De apotheker:
samengesteld door A.K. de Leeuw
bibliografie jrg.1, no.5, 1986

Alternatieve geneeswijzen:
samengesteld door A. van der Velden
bibliografie jrg.1, no.6, 1986

