

NIVEL

135707  
P1421



drieharingstraat 6  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946

## PREVENTIE

## NATIONALE STUDIE VAN ZIEKTEN EN VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK

Auteurs: P.F.M. Verhaak  
J.M. Bosman  
J. v.d. Velden

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg  
(NIVEL)  
Postbus 1568 3500 BN utrecht  
Telefoon: 030 - 319946

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Verhaak, P.F.M.

Preventie: nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk/  
auteurs: P.F.M. Verhaak, J.M. Bosman, J. v.d. Velden. - Utrecht: Nederlands  
instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL). - III.

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-146-X

Trefw.: preventieve huisartsgeneeskunde; onderzoek.

Typewerk en vormgeving : Bernadette Kamphuys  
Omslag : Mieke Cornelius  
Drukwerk : Drukkerij Post

# INHOUD

<b>1. INLEIDING</b> . . . . .	5
1.1. Gezondheidszorg en preventie . . . . .	5
1.2. Mogelijkheden en knelpunten bij preventieve activiteiten door de huisarts . . . . .	10
1.3. De vraagstelling . . . . .	12
1.4. Indeling Rapport . . . . .	14
<b>2. OPZET EN METHODE</b> . . . . .	15
2.1. Inleiding . . . . .	15
2.2. Contactregistratie . . . . .	16
2.3. Patiëntenregistratie . . . . .	18
2.4. Huisartsenenquête . . . . .	18
2.5. Discussie . . . . .	20
<b>3. PRAKTIJKUITOEFENING</b> . . . . .	23
3.1. Inleiding . . . . .	23
3.2. Assistentie . . . . .	23
3.3. Registratie . . . . .	25
3.4. Conclusie . . . . .	26
<b>4. WELKE PATIËNTEN KRIJGT DE HUISARTS ONDER OGEN</b> . . . . .	29
4.1. Inleiding . . . . .	29
4.2. De opbouw van de praktijkpopulatie . . . . .	29
4.3. Welk deel van de praktijkpopulatie krijgt een huisarts in 3 maanden tijd onder ogen . . . . .	33
4.4. Beschouwing . . . . .	41
<b>5. HYPERTENSIE</b> . . . . .	43
5.1. Inleiding . . . . .	43
5.2. In hoeverre krijgt de huisarts zijn populatie at risk onder ogen? . . . . .	46
5.3. Bij wie meet de huisarts de bloeddruk . . . . .	47
5.4. Welke contactredenen geven aanleiding tot bloeddrukmeting? . . . . .	50
5.5. De spreiding onder huisartsen . . . . .	53
5.6. Conclusie . . . . .	54
<b>6. BAARMOEDERHALSKANKER</b> . . . . .	55
6.1. Inleiding . . . . .	55

6.2.	In hoeverre krijgt de huisarts zijn populatie at risk onder ogen? . . . . .	57
6.3.	Bij wie maakt de huisarts een uitstrijkje? . . . . .	58
6.4.	Welke klachten geven aanleiding tot het maken van een uitstrijkje? . . . . .	61
6.5.	Verschillen tussen artsen . . . . .	62
6.6.	Beschouwing en conclusie . . . . .	63
<b>7.</b>	<b>BORSTKANKER . . . . .</b>	<b>65</b>
7.1.	Inleiding . . . . .	65
7.2.	In hoeverre krijgt de huisarts zijn populatie at risk onder ogen? . . . . .	66
7.3.	Bij wie doet de huisarts borstonderzoek? . . . . .	67
7.4.	Welke klachten geven aanleiding tot het doen van borst- onderzoek? . . . . .	71
7.5.	Verschillen tussen artsen . . . . .	72
7.6.	Beschouwing en conclusie . . . . .	72
<b>8.</b>	<b>SPONTAAN HUISBEZOEK BIJ OUDEREN . . . . .</b>	<b>75</b>
8.1.	Inleiding . . . . .	75
8.2.	Welk deel van zijn patiënten van 65 jaar en ouder krijgt de huisarts onder ogen? . . . . .	75
8.3.	Bij wie van 65 jaar en ouder gaat de huisarts spontaan op visite? . . . . .	77
8.4.	Wat zijn de meest voorkomende redenen voor de huisarts om een spontane visite af te leggen? . . . . .	79
8.5.	Verschillen tussen artsen . . . . .	79
8.6.	Beschouwing en conclusies . . . . .	80
<b>9.</b>	<b>HUISARTS EN PREVENTIE . . . . .</b>	<b>81</b>
9.1.	Inleiding . . . . .	81
9.2.	Zeggen en doen . . . . .	82
9.3.	Screeningsactiviteiten in relatie tot de mogelijkheden die de huisarts ter beschikking staan. . . . .	86
9.4.	Beschouwing en conclusie . . . . .	89
<b>10.</b>	<b>DISCUSSIE . . . . .</b>	<b>91</b>
<b>11.</b>	<b>LITERATUUR . . . . .</b>	<b>101</b>
<b>BIJLAGE</b>	<b>. . . . .</b>	<b>105</b>

# 1. INLEIDING

## 1.1. Gezondheidszorg en preventie

Preventie in de gezondheidszorg heeft te maken met het inzicht\* dat men heeft in ziekteprocessen. De ontdekking dat hygiënische omstandigheden van invloed waren op het ontstaan van ziekten heeft in de 19e eeuw geleid tot een sterke verbetering van de hygiëne (drinkwatervoorziening, aseptische bevalling, toezicht op voedselbereiding) en daarmee tot een grote daling in de sterfte aan infectieziekten. Ook het inzicht dat een organisme zich kan wapenen tegen sommige infectieziekten, resulterend in vaccinatieprogramma's, heeft bijgedragen aan deze daling. Voedingsdeficiëntie ziektes konden door ingrijpen in voedingspatronen grotendeels uitgebannen worden in de westerse wereld.

De gezondheidszorg is zich later echter meer en meer gaan concentreren op het genezen en sociale opvang, waardoor de preventie in de schaduw kwam van de curatieve geneeskunde: niet door teloorgaan van bestaande preventieve praktijken zoals hierboven genoemd, maar door een sterke groei van de curatieve mogelijkheden. De bestaande curatieve gezondheidszorg is vooral in de zestiger jaren uitgebouwd onder invloed van een snelle economische groei. Dit is zichtbaar aan de toename van het aantal medisch specialisten in die tijd. Ook medisch technologische ontwikkelingen volgden elkaar in snel tempo op. Sinds een jaar of twintig is er echter weer duidelijk een toegenomen aandacht voor preventie van ziekten. Het gaat nu niet om infectieziekten en voedingsdeficiënties, maar om ziektes waar de op genezing gerichte medische technologie tot op heden faalde: kanker en hart- en vaatziekten met name. Niet in de laatste plaats, omdat veel van deze chronische ziekten multifactorieel bepaald zijn en bijvoorbeeld de leefwijze van een persoon in een lange periode daarvoor mede van invloed is op het krijgen van zo'n ziekte. Inzichten in oorzaken van dergelijke ziekten zijn toegenomen en daarnaast is er de toename van de medische techniek, die het mogelijk maakt, dat mensen herstellen van een tot voor kort dodelijke ziekte, mits men er vroeg genoeg bij is.

Een meer platvloerse reden voor deze aandacht voor preventie is gelegen in de steeds toenemende kosten voor de curatieve gezondheidszorg in Nederland, die jarenlang relatief meer stegen dan die voor andere maatschappelijke sectoren.

---

\* Zulk een inzicht betekent overigens niet dat men in biologisch opzicht precies hoeft te weten welke mechanismen werkbaar zijn om gerichte preventieve maatregelen voor te kunnen stellen. Men vergelijkte Snow's ingrijpen in de drinkwatervoorziening in Londen in 1849, waarmee een cholera epidemie werd beëindigd, hoewel pas in 1883 door Koch de cholera bacil werd ontdekt.

Deze nieuwe opleving is ook duidelijk zichtbaar in de beleidsdocumenten op het gebied van de gezondheidszorg van de laatste 10 jaar: de nota's volksgezondheid bij beperkte middelen (1983), nota-2000 (1986), ontwerp-kerndocument gezondheidszorg (1989) en Werken aan zorgvernieuwing (1990) benadrukken alle het belang van preventie wanneer het er om gaat de belangrijke doodsoorzaken hart- en vaatziekten en kanker het hoofd te bieden en verslavingsproblematiek te bestrijden.

Bij preventie wordt gewoonlijk een onderscheid gemaakt tussen primaire, secundaire en tertiaire preventie.

Bij **primaire preventie** staat het voorkómen 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 gezondheidsrisico's die met specifieke gewoontes en gedragingen verbonden zijn. Gezondheidsbevordering en het voorkómen van ziekte gaat verder dan de gezondheidszorg alleen: op het gebied van primaire preventie, spelen opvoeding, milieuhygiëne, veiligheid en het sociaal-economisch beleid een minstens zo belangrijke rol. In het hier te beschrijven onderzoek beperken we ons tot de medische invalshoek, waarmee primaire preventie voornamelijk neerkomt op het vaccineren en immuniseren tegen een aantal infectieziekten (b.v. influenza) en het terugdringen van belangrijke ziekteveroorzakers door het geven van voorlichting in het kader van het arts-patiënt contact. voorlichting richt zich in dit verband op het voorkómen van ongezonde levensgewoonten zoals roken en misbruik van alcohol, slechte voedingsgewoonten, riskant seksueel gedrag en het voorkómen van ongelukken.

**Secundaire preventie** wordt veelal gedefinieerd als het tijdig opsporen van ziekten in een presymptomatisch stadium. Secundaire preventie richt zich vooral op levensbedreigende ziekten zoals kanker en hart- en vaatziekten. 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. Secundaire preventie vanuit een medisch kader bezien kan een aantal vormen aannemen:

- het oproepen en screenen van (delen van) de bevolking, behorend tot een bepaalde risicogroepen. Hierbij worden mensen benaderd **zonder** ziektesymptomen. Dit kan zich beperken tot een huisartspraktijk, waarbij een huisarts bijvoorbeeld alle patiënten boven de 35 jaar eens in de twee jaar oproept om hun bloeddruk te laten meten; het kan ook lokaal, regionaal of op landelijk niveau gebeuren. In dit laatste geval spreekt men van bevolkingsonderzoek. In de zeventiger jaren zijn grootschalige screeningsprogramma's opgezet voorbeelden hiervan zijn: het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker, het onderzoek van pasgeborenen op phenylketonurie en congenitale

hypothyroïdie. Meer recent zijn twijfels over deze benadering gerezen met name met betrekking tot de verhouding tussen de maatschappelijke kosten en de beoogde effecten. Het screenen van specifieke risicogroepen komt hier voor een deel aan tegemoet. Voor het uitvoeren van dergelijke screening wordt een rol toegedacht aan de eerstelijnsdisciplines, met name de huisarts (Lessne, 1982; De Melker, 1984; Van Londen, 1985).

- de huisarts kan het reguliere arts-patiënt contact aangrijpen om de patiënt te onderzoeken op bepaalde aandoeningen waarover de patiënt geen klachten heeft. Dergelijke surveillance - bij groepen met een verhoogd risico - wordt, in navolging van Van den Dool (1970) anticiperende geneeskunde genoemd of ook wel casefinding.

Er is al jaren een discussie gaande over het nut van vroegtijdige opsporing van ziekten door middel van screening en bevolkingsonderzoek.

Wilson en Jungner formuleerden in dit verband de volgende eisen, waaraan voldaan moet zijn alvorens men met een screeningsprogramma zou mogen beginnen:

1. De aandoening waarop men screent moet een belangrijk gezondheidsprobleem zijn;
2. Er moet een algemeen aanvaarde behandeling zijn voor de patiënten bij wie men de ziekte ontdekt;
3. De faciliteiten voor nadere diagnostiek en behandeling moeten beschikbaar zijn;
4. Er moet een herkenbaar latent of vroeg-symptomatisch stadium zijn;
5. Er moet een geschikte test of onderzoeksmethode zijn;
6. De test moet acceptabel zijn voor de bevolking;
7. Het natuurlijke beloop van de aandoening, inclusief de ontwikkeling van latente fase tot duidelijk ziekte moet voldoende bekend zijn;
8. Er moet een algemeen aanvaarde strategie zijn ten aanzien van de vraag wie men als patiënt zal behandelen;
9. De kosten die het vinden van de personen met de ziekte met zich meebrengt, inclusief die voor diagnostiek en behandeling, moeten economisch verantwoord zijn in relatie tot de uitgaven van de gezondheidszorg in zijn totaliteit;
10. Behandeling van een ziekte in een vroeger stadium moet het beloop en de prognose van de ziekte gunstig beïnvloeden.

(overgenomen uit Sturmans, 1983)

Aanvaardbaarheid van bevolkingsonderzoek is dus gebaseerd op de veronderstelling dat de betreffende ziekte kan worden opgespoord in een pre-symptomatisch stadium dat lang genoeg duurt om opsporing mogelijk te maken en dat uiteindelijk overgaat in een symptomatisch stadium. Screening veronderstelt

verder, dat na identificatie van de vermoedelijk zieke personen deze personen aan een nader onderzoek kunnen worden onderworpen en dat daarna eventueel therapeutisch kan worden ingegrepen (Sturmans, 1983).

Bij strikte toepassing van deze eisen is misschien alleen het onderzoek naar phenylketonurie en congenitale hypothyroidie bij pasgeborenen volledig acceptabel. Bij screening van andere aandoeningen treden nogal wat schijn-effecten op, zoals 'lead-time'-vertekening, lengteduur-vertekening en selectiever-tekening (zie Sturmans, 1983). Alleen een 'randomised controlled trial' zal het nut van screening kunnen bewijzen.

Ondanks nog voortdurende discussies hierover wordt momenteel gematigd positief geoordeeld over het nut van het screenen op voorstadia van baar-moederhalskanker (Habbema e.a., 1988), mammografische screening op borstkanker (de Koning e.a., 1990) en hypertensie (CBO) in die zin dat hierbij voldaan zou zijn aan de meeste criteria die hierboven geformuleerd zijn: het betreft belangrijke gezondheidsproblemen, die, mits tijdig opgespoord te behandelen zijn met een gunstige prognose. In principe zijn deze ziektes\* opspoorbaar op een acceptabele wijze die tegen de kosten (in geld en in niet-materiële aspecten) opwegen. Hetzelfde geldt voor vroegtijdige opsporing van bepaalde aangeboren afwijkingen bij zuigelingen.

Onder tertiaire preventie 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. Te denken valt in dit opzicht aan de extra controle van diabetes mellitus met het oogmerk te voorkomen dat zich complicaties aan ogen en voeten voordoen.

Schaapveld e.a. (1990) concluderen dat de meest efficiënte\*\* preventieprogram-ma's tot op heden nog steeds de "ouderwetse" maatregelen tegen infectieziek-ten (schoon drinkwater, vaccinatieprogramma's) zijn. Periodiek onderzoek van zwangeren en vroegtijdige opsporing van aangeboren afwijkingen worden tamelijk efficiënt genoemd. Tot op heden worden preventieprogramma's, gericht op hart- en vaatziekten en diverse kankers als tamelijk inefficiënt beoordeeld. Dit is met name te wijten aan de relatief geringe praktische mogelijkheden in combinatie met vrij hoge kosten. Dit maakt verder onderzoek naar de praktische mogelijkheden en belemmeringen van juist dergelijke programma's interessant.

---

\* hypertensie is geen ziekte maar een risico-indicator voor een aantal ziektes als CVA, ischaemische hartziekten en decompensatio cordis

\*\* Efficiëntie is een maat waarin omvang van het gezondheidsprobleem, theoretische en praktische mogelijkheden voor preventie, kosten en remmende ontwikkelingen worden gewogen



Preventieve activiteiten kunnen ook onderscheiden worden naar doelgroep:

- a. Algemene preventie: preventieve maatregelen die in principe voor de gehele bevolking zijn bedoeld.
- b. Specifieke preventie: preventieve maatregelen gericht op personen of groepen die gekenmerkt worden door de aanwezigheid van (verhoogde) risico-indicatoren.

Het onderscheid tussen algemene en specifieke preventie is belangrijk vanwege de praktische consequenties die eraan verbonden zijn. In het eerste geval is het niet nodig de aanwezigheid van risico-indicatoren vast te stellen bij de personen uit de doelgroep, bijvoorbeeld omdat daarover uit andere bron voldoende informatie beschikbaar is. Een voorbeeld hiervan is de voorlichting gericht op het terugdringen van het roken.

Voor specifieke preventie is het wel nodig geïnformeerd te zijn over risico-indicatoren van de betrokken personen. Specifieke preventie is de traditionele benadering van preventie die duidelijk in het verlengde ligt van de gebruikelijke medische zorg voor individuen. Personen met een verhoogd risico worden met bepaalde screeningsmethoden opgespoord en vervolgens eventueel adviezen en behandeling geboden.

In het algemeen kan men concluderen dat de algemene gedachte achter preventief handelen, namelijk dat voorkomen beter is dan genezen, een aantrekkelijk uitgangspunt vormt, zeker wanneer genezen gecompliceerd, duur of helemaal niet mogelijk is. Nadere analyse leert echter dat een kritische houding noodzakelijk is, zeker wanneer het om vroege opsporing gaat, en dat men nauwkeurig de gewenste en ongewenste effecten tegenover elkaar moet afwegen. Een dergelijke afweging leidt ertoe dat men van de ene kant niet alle ziekte kan uitbannen door preventieve maatregelen, dat er van de andere kant een aantal ernstige aandoeningen zijn die in principe door tijdige inspanningen vermijdbaar dan wel beter cureerbaar zijn. Gesteld moet worden dat dit zeker niet door medische inspanning alleen kan geschieden. In dit onderzoek beperken we ons echter tot die medische inspanning. In dit opzicht kunnen het uitvoeren van vaccinaties en immunisaties en het beïnvloeden van riskante leefgewoontes (roken, alcoholgebruik, voedingsgewoontes en lichaamsbeweging) genoemd worden als mogelijke vormen van primaire preventie. Vroegtijdige opsporing van aangeboren afwijkingen, hypertensie, borst- en baarmoederhalskanker, surveillance van zwangeren, zuigelingen en bejaarden zijn aanvaarde vormen van secundaire preventie. Door middel van systematische controle van chronisch zieken (bij voorbeeld diabetici) is tertiaire preventie mogelijk. Bij al deze vormen **kan** de huisarts betrokken zijn. Over de discussie over deze betrokkenheid gaat de volgende paragraaf.

## 1.2. Mogelijkheden en knelpunten bij preventieve activiteiten door de huisarts

Zoals het propageren van een meer preventieve aanpak, en de discussie over de voors en tegens hiervan niet van gisteren dateren, zo ook speelt het debat over de rol van de huisarts hierbij al een aantal decennia.

Zoals Boerma (1985) aangaf, wordt in het Woudschotenrapport van het NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap, 1959) reeds opgemerkt dat de huisarts belangrijke taken op het gebied van het voorkomen van ziekten kan vervullen. In de daarop volgende jaren is er zowel door huisartsen (Van der Dool, 1970; Van der Feen, 1977; Van Aalderen, 1978; De Melker, 1984) als door de overheid (VOMIL, 1980; WVC, 1983; WVC, 1986) de wenselijkheid van preventie in de huisartspraktijk benadrukt. Kerngedachte daarbij is dat de huisarts de meeste van zijn patiënten regelmatig ziet, dat hij vaak een langdurige relatie met ze heeft, die hem in staat stelt afwijkende waarden beter te interpreteren, en hem tevens in staat stelt om, indien een afwijkende waarde gevonden wordt de nodige stappen voor een interventie te ondernemen.

Wanneer gekeken wordt in hoeverre de huisarts screening op diverse ziektes in zijn dagelijkse praktijk mee kan nemen, wordt er vanuit gegaan, dat hij deze activiteiten nu ook al regelmatig uitvoert, hetzij op verzoek van de patiënt, hetzij uit eigen initiatief. GVO, preventie in de GGZ, zwangerenzorg en bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker en hart- en vaatziekten worden als belangrijke preventieve functies genoemd, die op dit moment voor een deel al door de huisarts uitgevoerd worden (WVC, 1989-2).

Wanneer huisartsen tijdens het spreekuur stelselmatig trachten bepaalde ziekten op te sporen kunnen ze deze taak enerzijds uitoefenen door het anticiperend benaderen van mensen die het spreekuur om een andere reden bezoeken ('case-finding') en anderzijds door het gericht onderzoeken van bepaalde risicogroepen (screening). Bij 'case-finding' wordt gebruik gemaakt van het gegeven dat een groot deel van de daarvoor in aanmerking komende mensen het spreekuur toch al bezoekt; beide vormen vergen een goede organisatie: 'case-finding' vereist de aanwezigheid en beschikbaarheid van betrouwbare gegevens over zijn praktijkpopulatie bij de huisarts, bij screenen kan gebruik worden gemaakt van een bevolkingsadministratie.

De door van den Dool (1970) gepropageerde 'anticiperende geneeskunde' kan men case-finding noemen. Van den Dool pleitte ervoor het feit dat de patiënt nu toch aanwezig was te benutten om tevens een aantal eenvoudig uit te voeren controles te doen. In het Nijmeegse RIFOH-project (Schraven e.a., 1986) en het door het NHG, Nijmeegs Huisartsen Instituut en gezondheidsdiensten uitgevoerde PRETENSIE-project is sprake van een combinatie van beide benaderingen: het huisartsbezoek wordt in eerste instantie aangegrepen om de

bloeddruk periodiek te controleren en dit wordt aangevuld met een uitnodiging aan alle patiënten uit de risicogroep die in een bepaalde periode niet op het spreekuur zijn verschenen.

Anticiperende geneeskunde, case-finding, noch screening blijkt echter tot het repertoire van de meeste huisartsen te behoren.

Uit onderzoek (Kluver, 1986) blijkt dat men bij preventie vooral denkt aan tijdige klachtgebonden opsporing en veel minder aan consultgebonden opsporing. Met andere woorden: de meeste huisartsen geven aan pas diagnostisch onderzoek te doen wanneer de klachten daar aanleiding toe geven.

Uit onderzoek van Verhaak en De Vries (1987) is gebleken, dat een belangrijk deel van de Nederlandse huisartsen onder ideale omstandigheden stelselmatig zou willen trachten het vóórkomen van hypertensie, baarmoederhalskanker, borstkanker en riskante leefgewoonten (roken, drinken en overgewicht) op het spreekuur op te sporen door middel van case-finding; in geval van baarmoederhalskanker zouden ze idealiter verder willen gaan en periodiek de populatie at risk willen screenen. Tot nu toe blijft hun feitelijk gedrag volgens eigen zeggen bij de meesten echter beperkt tot een aanpak die ad hoc bepaald wordt door de klachten die op dat moment geuit worden. Dit wijst weer op de voorkeur van de huisarts voor klachtgebonden opsporing.

Ook Van Aalderen en Knottnerus (1978) concludeerden dat de huisarts momenteel nog teveel curatief ingesteld is. Bovendien stelden zij vast, dat voor wat de uitvoering betreft, de organisatorische faciliteiten evenals voldoende kennis, vaardigheden en tijd ontbreken; dat zijn registratiesysteem ongeschikt is en financiering en honorering ernstige hinderpalen vormen om anticiperend te kunnen werken, ondanks dat de huisarts volgens de auteurs in een unieke positie verkeert: een centrale positie in verband met verwijzen, de grotere deelname-bereidheid die de huisarts ondervindt, de betere inschatting van de risico's door voorkennis over de patiënt, een integrale beoordeling van de resultaten door die voorkennis en een geringere kans op een technische en anonieme benadering.

De nadruk op de curatieve aspecten van zijn werk wordt overigens niet uitsluitend veroorzaakt door organisatorische problemen. Ook meer principiële overwegingen spelen een rol.

Thomas (1987) brengt naar voren, dat de positie van de huisarts bij actieve opsporing gaat veranderen: niet de patiënt komt met een hulpvraag, maar het initiatief ligt bij de arts. Daar komt nog bij, dat de patiënt in het curatieve geval als hulpzoekende gemakkelijk zal meewerken aan eventuele interventies, terwijl dit in het preventieve geval, bij afwezigheid van klachten, veel moeilijker blijkt te zijn. Dit laatste wordt ook gemeld door Verberk (1989). Hij verwachtte een hoge opkomst voor een cervixuitstrijkje, na persoonlijke uitnodiging door de

eigen huisarts, geen financiële drempels, een vertrouwde omgeving, de mogelijkheid naar zijn vrouwelijke collega te gaan, met zeer patiëntvriendelijke afspraaktijden en geen wachttijden.

Deze opkomst viel tegen. Bovendien constateerde hij, dat de oudere (>40 jaar) vrouwen die in het verleden nooit aan een onderzoek hebben meegedaan, ook voor de huisarts onbereikbaar zijn. Zeer recent is door Meijman (1990) naar voren gebracht dat bij de groeiende aandacht voor secundaire preventie, zeker als preventieve activiteiten niet in het verlengde van de klacht liggen, "het primaat van de klacht van de patiënt regelrecht wordt bedreigd".

Concluderend kan gezegd worden dat preventie in de huisartspraktijk tot nu toe vooral een onderwerp voor veel debat is geweest. Over wat er feitelijk gebeurt op dit gebied weten we weinig, de publikaties hierover beperken zich tot enige experimenten met een eenmalig karakter en verder tot wat huisartsen zeggen dat ze doen.

Vandaar dat we in dit onderzoek de inspanningen die huisartsen zich op een aantal van de genoemde punten getroosten inventariseren. Hierbij richten we ons met name op de vroegtijdige opsporing door huisartsen van hypertensie, borst- en baarmoederhals- kanker en ziekten bij bejaarden.

We maken deze selectie in de eerste plaats omdat over een aantal andere onderwerpen (b.v. vaccinaties, immunisaties, vroegtijdige opsporing van aangeboren afwijkingen) minder verschil van mening bestaat. Een andere reden om niet alle genoemde preventieve activiteiten even gedetailleerd onder de loupe te nemen is het feit dat sommige al uitgebreid in het kader van andere deelstudies binnen de Nationale Studie ter sprake komen (b.v. tertiaire preventie bij chronisch zieken in het kader van het project "Chronisch zieken" dat in samenwerking met het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut wordt verricht). Ten slotte zijn een aantal preventieve activiteiten (met name degene die in de sfeer van voorlichting liggen) in het kader van de Nationale Studie niet betrouwbaar genoeg gemeten. Zie hiervoor ook hoofdstuk 2 (Opzet en Methode).

### **1.3. De vraagstelling**

In het onderhavige onderzoek, uitgevoerd in het kader van de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk zal een beeld geschetst worden van de praktische mogelijkheden om preventie te bedrijven en het feitelijk preventieve handelen van de nederlandse huisarts, gekoppeld aan de wijze van praktijkvoering en de opvattingen die op het gebied van preventie gehuldigd worden.

De eerste vraag die we ons in dit verband stellen luidt:

- *Welke mogelijkheden hebben de onderzochte huisartsen om preventieve activiteiten op het gebied van vroegtijdige opsporing van de onderscheiden ziekten ten toon te spreiden?*

In dit kader wordt onderzocht over welke administratieve ondersteuning de aan het onderzoek deelnemende huisartsen kunnen beschikken. In de tweede plaats wordt onderzocht welk deel van de aan hen toevertrouwde populatie regelmatig door de huisarts gezien wordt. Een regelmatige surveillance over de hen toevertrouwde patiëntenpopulatie is immers één van de belangrijke voordelen waarover de huisartspraktijk beschikt, die haar geschikt maken voor systematische opsporing van ziekten.

De tweede vraag die we ons in deze studie stellen is:

- *Welke preventieve activiteiten op het gebied van opsporing van hypertensie, baarmoederhalskanker, borstkanker en bejaardenbezoek worden met welke frequentie door de onderzochte huisartsen uitgevoerd?*

In het kader van dit rapport wordt uitgebreid ingegaan op enige capita selecta die in het bovenstaande al ter sprake kwamen. Het gaat om tijdige opsporing van hypertensie, baarmoederhalskanker en borstkanker, alsmede een geregelde surveillance over bejaarden tijdens het consult en (in het geval van bejaarden) huisbezoek.

Per onderwerp wordt nagegaan om welke populatie at risk het gaat, hoe regelmatig het contact van de huisarts met deze populatie at risk is, hoe vaak hij/zij van dat contact gebruik maakt om de patiënt op het betreffende probleem te controleren.

Er zijn een aantal aspecten van het huisartsenwerk die zeker onder het preventief handelen geschaard dienen te worden maar die minder diepgravend beschreven worden in deze studie; soms omdat ze incidenteel voorkomen, soms omdat het verrichten ervan afhankelijk is met plaatselijke taakafbakeningsafspraken met Kruiswerk en/of GG&GD. Het gaat om immunisaties, vaccinaties en profylactische medicijnen, om consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters, om pre- en postnatale zwangerschapscontroles.

Dan zijn er ten slotte een aantal activiteiten die onder het kopje "preventie" vallen, die uit meettechnische overwegingen niet in dit onderzoek betrokken kunnen worden: activiteiten die huisartsen ondernemen - die vooral op het gebied van voorlichting liggen - om patiënten die veel drinken of roken op te sporen en ze daarvan af te helpen, zijn niet betrouwbaar meetbaar met de gevolgde registratiemethode. In dit opzicht zullen we ons beperken tot hetgeen de huisarts *rapporteert* te doen.

Al deze zaken zullen in de totaalschets van hetgeen de huisarts in de Nationale

Studie aan preventie doet - een schets die in het slothoofdstuk wordt gegeven - wel meegenomen worden.

De laatste vraagstelling betreft de verhouding tussen opvattingen en mogelijkheden van de onderzochte huisartsen enerzijds en hun feitelijk gedrag anderzijds.

- *Hoe verhouden de mogelijkheden die men heeft om preventieve activiteiten te ontplooiën en de idealen die men nastreeft zich tot het feitelijke preventieve gedrag?*

Binnen deze laatste vraagstelling wordt een relatie gelegd tussen de afzonderlijke grootheden: mogelijkheden, idealen en feitelijk gedrag. Bevorderen betere mogelijkheden om preventie te bedrijven (meer ondersteuning, een goede surveillance over de patiënten) het aantal preventieve activiteiten? Wordt het ideaal van de huisarts weerspiegeld in het vastgelegde gedrag?

#### **1.4. Indeling Rapport**

In het volgende hoofdstuk zal eerst de onderzoeksopzet binnen de Nationale Studie uiteengezet worden.

Vervolgens gaan we in op mogelijkheden die de bestudeerde huisartsen ter beschikking stonden om preventieve activiteiten te ondernemen. Hoofdstuk 3 betreft de mogelijkheden in de zin van praktijktoerusting, administratieve ondersteuning en achtergrondinformatie waarover men kon beschikken. Hoofdstuk 4 behandelt dat kenmerk dat een huisartspraktijk zo geschikt zou maken voor preventie: de frequentie waarmee men - onderscheiden - groepen patiënten toch al zou zien.

In de hoofdstukken 5 tot en met 8 gaan we in op de mate waarin voor de genoemde capita selecta preventieve activiteiten worden ondernomen. Het gaat om vroegtijdige opsporing van hypertensie, baarmoederhalskanker en borstkanker, alsmede een geregelde surveillance over bejaarden.

Per item wordt nagegaan om welke populatie at risk het gaat, hoe regelmatig het contact van de huisarts met deze populatie at risk is, hoe vaak hij/zij van dat contact gebruik maakt om de patiënt op het betreffende probleem te controleren, welke patiënt- en klachtkenmerken daarmee samenhangen en in hoeverre huisartsen in deze opzichten onderling van elkaar verschillen. In hoofdstuk 9 ten slotte wordt gekeken welke artskenmerken - mogelijkheden tot preventie, opvattingen over preventie - een rol spelen bij het feitelijk uitvoeren van preventieve activiteiten.

Het rapport eindigt met een samenvatting en discussie.

## 2. OPZET EN METHODE

### 2.1. Inleiding

Preventie in de huisartspraktijk is een deelonderzoek van de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Deze Nationale Studie is een grootschalige morbiditeitsstudie die door het NIVEL in de periode 1985-1990 is uitgevoerd. In dat kader werd gedurende 3 maanden door 161 huisartsen in 103 praktijken ieder contact met hun patiënten geregistreerd op een z.g. contactregistratie formulier. Er werd in vier "golven" geregistreerd, met als doel dat het geheel als representatief voor het hele jaar kan worden beschouwd. In totaal werden 386.000 contacten geregistreerd waarin 420.000 redenen voor raadpleging van de huisarts werden vastgelegd. Aan deze contactregistratie ontleen we een aantal gegevens over het handelen van de huisarts in preventieve zin. Een tweede aspect dat van belang is voor dit deelonderzoek, vormt het patiëntregistratie formulier. In het kader van het onderzoek werd van iedere bij de deelnemende huisarts ingeschreven patiënt (de totale patiëntenpopulatie bedroeg 335.000 patiënten: de respons op het registratieformulier bedroeg 91,2% minstens gedeeltelijk ingevulde formulieren) een aantal achtergrondkenmerken vastgelegd: o.a. leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, onderwijsniveau, verzekeringsvorm en nationaliteit. De partiële respons op deze variabelen (uitgaande van de 91.2% respondenten) varieerde van 90,3% -onderwijsniveau- tot 98,1% voor verzekeringsvorm.

Ten slotte maken we in dit deelonderzoek gebruik van een derde gegevensbron: de enquête die de deelnemende huisartsen aan het einde van de registratieperiode invulden. Hieraan ontleen we gegevens over de praktijkvoering van de huisarts, zijn opvattingen over preventie, en zijn zelfrapportage omtrent zijn preventieve handelen.

Voor een uitvoerige verantwoording van alle gebruikte meetinstrumenten, classificatiesystemen, steekproeftrekking, respons en organisatie van het onderzoek verwijzen we naar de basispublicatie "Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport Meetinstrumenten en procedures" (Foets en van der Velden, 1990). In deze publicatie wordt ook de steekproeftrekking van deelnemende huisartsen besproken. In dit opzicht is het van belang dat er sprake is van een oververtegenwoordiging van jongere huisartsen en een ondervertegenwoordiging van solistisch werkende huisartsen. In eerder onderzoek (Verhaak en de Vries, 1987) bleek dat jongere artsen meer aandacht zeggen te besteden aan beïnvloeding van leefgewoonten van de patiënt. Niet-solisten hanteren hogere maatstaven inzake de adviezen die ze op

dat gebied zouden willen geven. Beide zaken duiden op een wat meer "preventieve instelling". De onderzochte groep huisartsen zou aldus op een positieve manier vertekend kunnen zijn.

In het kader van dit deelrapport zullen we in dit hoofdstuk kort ingaan op die elementen uit contactregistratie, patiëntenregistratie, en huisartsenenquête die in dit rapport aan de orde komen.

## **2.2. Contactregistratie**

Een deel van de in het vorige hoofdstuk genoemde vraagstellingen gaan over hetgeen de huisarts nu feitelijk doet op het gebied van primaire en secundaire preventie.

Met het oog op de door ons gekozen onderwerpen zijn de volgende handelingen van belang:

- opsporen hypertensie
- opsporen cervixcarcinoom
- opsporen mammacarcinoom
- sociaal bejaardenbezoek

Wat de huisarts doet op deze gebieden wordt afgeleid van hetgeen is aangekruist op het contactregistratieformulier (zie bijlage) Binnen het hoofdstuk "diagnostiek" zijn in deze relevant: bloeddrukmeting, klinisch onderzoek mammae, gewichtsmeting, externe diagnostiek: cervix cytologie en mammografie. In het geval van bejaarden is daarnaast de categorie: spontane visite van belang. Al deze zaken zijn per klacht vastgelegd op het contactregistratieformulier.

### **ad hypertensie:**

Idealiter zou men willen weten hoe vaak de huisarts de bloeddruk meet bij een persoon uit de populatie at risk, van wie hij de bloeddruk niet kent. Op deze wijze komen patiënten niet voor op het contactregistratie-formulier. Van dit formulier is af te leiden of er sprake is van het meten van de bloeddruk, bij welke klacht die gebeurd is, welke diagnose de arts er aan koppelde, en of de reden voor diagnostiek was: onderkenning pathologie, controle, screening van een risicogroep of geruststelling.

We zullen in het kader van dit onderzoek daarom nagaan hoe vaak de huisarts bij verschillende patiëntencategorieën de bloeddruk mat, bij welke klachten huisartsen dit zoal doen, welke diagnoses ze eraan verbinden en hoe vaak een bloeddrukmeting door de huisarts werd beoordeeld als "screening risicogroep".



**ad cervixcarcinoom:**

Vastgelegd is of er sprake is van een externe onderzoeksaanvraag bij een cytologisch laboratorium voor een cervix-uitstrijk. Ook hier kan weer een onderscheid gemaakt worden naar de reden om een dergelijke aanvraag te doen (ter diagnose of met een screeningsoogmerk), en kan een koppeling gemaakt worden met de reden voor contact en de diagnose.

**ad mammacarcinoom:**

Op gelijksoortige wijze kan nagegaan worden hoe vaak borstonderzoek wordt uitgevoerd en hoe vaak verwijzing voor mammografie plaatsvindt. Ook dit wordt weer in verband gebracht met het soort klachten en diagnoses. Deze gegevens vormen de indicator voor een actief beleid op het gebied van opsporing van borstkanker.

**ad spontaan bejaardenbezoek:**

In hoeverre de arts zich actief opstelt om eventuele problemen bij bejaarden - die kunnen variëren van beginnende dementie tot problemen met het zelfstandig verzorgen van het huishouden, van verwaarlozing tot gevaarlijk liggende vloerkleedjes- tijdig op het spoor te komen, wordt in het kader van de contactregistratie geïndiceerd door de frequentie waarmee de huisarts zijn bejaarde patiënten opzoekt zonder dat er klachten zijn: het spontaan huisbezoek. In nog meer afgeleide zin wordt het geïndiceerd door de frequentie waarmee de huisarts zijn bejaarde patiënt in het algemeen ziet. Beide categorieën zijn af te leiden uit de contactfrequentie en het soort contact, dat op ieder contactregistratieformulier werd aangegeven.

**overige belangrijke elementen van het contactregistratieformulier:**

Het contactregistratieformulier bevat verder informatie over de reden van de patiënt om contact met de huisarts op te nemen (de klacht, zagezegd) en de diagnose die de huisarts naar aanleiding daarvan gesteld heeft. Beide zijn gecodeerd in de International Classification of Primary Care.

De arts gaf aan - onder het kopje behandeling - wanneer hij een vaccinatie uitvoerde (tetanus, influenza, hooikoorts, diktp/dtp, en bof/mazelen/rubella).

In het kader van de behandeling is door de arts o.a. aangekruist wanneer er algemene gezondheidsvoorlichting en opvoeding is gegeven. Zoals gezegd wordt dit gegeven minder betrouwbaar geacht. Bovendien is het een probleem dat het onderwerp waarover voorlichting wordt gegeven onbekend is. Hoewel men in dit verband uit de aangegeven klacht het een en ander kan opmaken, is het onmogelijk om de adviezen die de arts bij voorbeeld over stoppen met roken geeft, te registreren.

### 2.3. Patiëntenregistratie

Zoals gezegd werd van iedere patiënt een patiëntenregistratieformulier ingevuld. We zijn daarom in staat de patiënten op de volgende onderwerpen te classificeren:

- . leeftijd
- . geslacht
- . burgerlijke staat:     ongehuwd en nooit gehuwd geweest  
                              gehuwd  
                              gescheiden  
                              verweduwd
- . hoogst behaalde  
  onderwijsniveau:     lager onderwijs  
                              voortgezet en middelbaar onderwijs  
                              hoger beroeps en universitair onderwijs
- . verzekeringsvorm:    ziekenfonds  
                              particulier met huisartsverzekering  
                              particulier zonder huisartsverzekering
- . nationaliteit \* :     Nederlands  
                              niet Nederlands

### 2.4. Huisartsenenquête

De huisarts werd een aantal vragen gesteld op het gebied van de praktijkorganisatie, over zijn huidige handelen op het gebied van opsporing van hypertensie, cervixca, mammaca, eet-, rook- en drinkgewoontes, en preventieve bejaardenzorg en over zijn idealen op deze terreinen. Voor een belangrijk deel vormen de items een replicatie van de enquête "Meningen over preventie" die door het NIVEL in 1986 onder een representatieve steekproef Nederlandse huisartsen is afgenomen (Verhaak en de Vries, 1987). De opzet van deze enquête en de afkomst van de items wordt ook weer uitgebreid in de genoemde basispublicatie behandeld en we volstaan hier met een kort aanduiden van de verschillende items.

#### **M.b.t ondersteuning in de praktijkvoering**

Gevraagd werd naar de hoeveelheid assistentie waarover de arts kon beschik-

---

\* 97% van de bij het onderzoek betrokken patiënten hadden de Nederlandse nationaliteit. Van de niet-Nederlanders is 30% van een andere Europese nationaliteit, 25% heeft de Turkse nationaliteit, 20% de Marokkaanse, 15% heeft een andere Aziatische nationaliteit en 4% de Surinaamse.

ken en naar het type werkzaamheden dat aan de assistente gedelegeerd kon worden. Hierbij werd onder andere vastgelegd of de assistente soms of vaak een uitstrijkje van de baarmoederhals maakte, pilcontroles uitvoerde, verhoogde bloeddruk controleerde, de patiënt ondervroeg voordat de dokter kwam onderzoeken, lengte en gewicht mat, en voorlichting gaf aan specifieke groepen. Een tweede aspect van praktijkvoering dat van belang is om een preventieve wijze van werken ten uitvoer te brengen, betreft het type kaartsysteem dat men er op na houdt, en meer in zijn algemeenheid de manier waarop patiëntengegevens geregistreerd worden. We zagen immers in het vorige hoofdstuk dat een preventieve werkwijze een systematisch overzicht van diverse risicogroepen vooronderstelt.

Aangaande dit onderwerp is in de huisartsenenquête ondermeer gevraagd welk systeem van patiëntenregistratie is gehanteerd. Tevens werden vragen gesteld over de wijze waarop gegevens m.b.t. hypertensie, borstkanker en riskante leefgewoontes binnen het registratiesysteem zijn vastgelegd.

Een derde factor, die van belang is als randvoorwaarde om preventieve activiteiten te ondernemen is de beschikbare tijd. In eerder onderzoek (Verhaak en de Vries, 1987) werd geconstateerd dat hierbij twee factoren spelen: de praktijkgrootte en de hoeveelheid tijd die men per patiënt plant. Hoewel beide factoren licht negatief samenhangen, is de intentie die in de tweede factor (hoeveelheid planmatig uitgetrokken tijd) tot uitdrukking wordt gebracht toch dermate onafhankelijk van de praktijkgrootte dat er sprake kan zijn van een onafhankelijke invloed. Praktijkgrootte is bekend en naar de tijd die voor een patiënt op een afspraakspreekuur wordt gereserveerd, is in de enquête gevraagd.

#### **M.b.t. gewenst en feitelijk preventief gedrag inzake vroegtijdige opsporing van hypertensie, cervix- en mammacarcinoom**

Op dezelfde wijze als indertijd geschiedde in het NIVEL onderzoek naar ideeën en taakopvattingen van huisartsen inzake preventie (Verhaak en de Vries, 1987), is weer gevraagd welke systematiek de huisarts hanteert bij deze vroegtijdige opsporing en welke systematiek hij onder ideale omstandigheden zou prefereren. Omdat over dezelfde onderwerpen thans ook op basis van de contactregistratie gegevens verzameld zijn, kunnen deze met elkaar worden vergeleken.

#### **M.b.t. gewenst en feitelijk gedrag bij het opsporen van riskante leefgewoonten**

Ook over het handelen van de huisartsen om rook-, drink- en eetgewoonten van de patiënt vast te stellen en eventueel te beïnvloeden zijn vragen gesteld die analoog zijn aan het eerder verrichte onderzoek. Gezien de aard van deze activiteiten kunnen die niet betrouwbaar uit de contactregistratie worden afgeleid; het contactregistratie formulier voorziet nu eenmaal niet in categorieën

als "gevraagd hoeveel sigaretten iemand rookt". Deze antwoorden uit de huisartsenenquête vormen daarom onze enige bron van informatie in dit opzicht.

## 2.5. Discussie

Het moge duidelijk zijn dat het hier gaat om een grootschalig survey, met alle voor- en nadelen vandien. Tot de voordelen rekenen we dat de grote aantallen ons meer dan normaal in staat stellen om uitsplitsingen naar achtergrondkenmerken en artsen te maken zonder dat toevallige fluctuaties ons parten spelen. Verschillen tussen groepen kunnen snel betrouwbaar aangetoond worden. Als nadeel moet genoemd worden dat de reusachtige hoeveelheid data die binnen een jaar tijd verzameld moesten worden niet toelieten dat heel gedetailleerde informatie kon worden vastgelegd, hoe strijdig dit ook moge lijken met het toch niet klein uitgevallen contactregistratie formulier. We zullen dit hier onder toelichten.

De vraagstelling van het onderzoek is gericht op preventieve activiteiten die de huisarts onderneemt. Wanneer een activiteit preventief genoemd kan worden hangt af van de context waarbinnen dit plaats vindt. In principe kan iedere handeling die binnen het ene verband preventief is, binnen een ander de functie hebben om het vermoeden op ziekte te bevestigen dan wel uit te sluiten, of hij kan puur curatief zijn. Als voorbeeld: we hebben gesteld in het vorige hoofdstuk dat het screenen op hypertensie een zinvolle preventieve bezigheid in de huisartspraktijk kan zijn. Om dit te doen moet de handeling "bloeddrukmeting" plaats vinden. Bloeddrukmeting alleen is echter geen voldoende voorwaarde om te kunnen spreken over screening op hypertensie. Wanneer de bloeddrukmeting plaats vindt bij een patiënt bij wie de vorige maand de bloeddruk ook al gemeten is (b.v. omdat het al jaren bekend is dat de patiënt een te hoge bloeddruk heeft) valt deze handeling in ieder geval niet onder het kopje "tijdig opsporen", al was het maar omdat de opsporing al jaren geleden heeft plaats gevonden. Om vast te kunnen stellen of een bloeddruk meting een valide indicator voor screening op hypertensie is, moet meer bekend zijn over de omstandigheden waaronder de bloeddruk gemeten wordt.

Een ander aspect betreft de activiteit die door anderen dan de huisarts ten toon wordt gespreid. Men kan vast stellen dat bepaalde huisartsen veel meer uitstrijkjes maken dan anderen, maar voordat men daaruit af kan leiden dat de ene huisarts dus een meer op preventie gerichte werkwijze heeft dan de ander, moet men kunnen nagaan wat de plaatselijke politiek op het gebied van bevolkingsonderzoek is. Het is immers goed mogelijk dat dergelijke screening al door de plaatselijke GG&GD wordt uitgevoerd (N.B. de gegevensverzameling vond plaats in 1987-88 voor het landelijke bevolkingsonderzoek van start ging).

Deze zaken zijn in het kader van de gegevensverzameling van de Nationale Studie niet in deze mate van detail vastgelegd, zodat we niet weten bij welke patiënten regulier onderzoek de afgelopen twee jaar had plaats gehad en ook niet welke regionale verschillen er bestaan in preventieve activiteiten buiten de huisartspraktijk. Het gevolg daarvan is dat er een aantal ruwe indicatoren voor het uitvoeren van preventie wordt gehanteerd; verbetering hiervan is alleen in een zeer kleinschalige onderzoeksopzet mogelijk, waarin iedere betrokken patiënt zou worden ondervraagd .

In feite zijn deze gebreken een gevolg van het feit dat een consult bij de huisarts een uiterst complex fenomeen is, waarvan het contactregistratieformulier maar een zeer gereduceerd beeld oplevert. Een andere consequentie hiervan is het gebrekkige inzicht dat men verkrijgt in de klachten die gepresenteerd worden tijdens het consult. Een groot aantal verbale en non-verbale uitingen moeten door de arts in een of twee steekwoorden worden gevangen. Dit maakt het lastig om vast te stellen of een bepaalde handeling onontkoombaar uit de geuite klachten voortkwam of dat hier sprake is van de gelegenheid te baat nemen om die handeling uit te voeren omdat de patiënt er nu toch is. Het laatste lijkt voor de hand te liggen wanneer men de bloeddruk meet bij een 35-jarige man met een wrat op zijn duim, en het eerste bij een 70-jarige vrouw met angina pectoris, maar de meeste gevallen liggen hier ergens tussen in. En wie verzekert de onderzoeker dat de 35-jarige man niet vier maanden terug over hartkloppingen had geklaagd (of zelfs op het onderhavige consult maar de arts vond het niet de moeite waard dit op te tekenen)?

De grootschalige opzet brengt ook met zich mee dat men af moet gaan op hetgeen op een registratieformulier kan worden ingevuld. Dit betekent dat men zich hoofdzakelijk moet beperken tot zeer concrete handelingen die een huisarts zich na het consult nog min of meer betrouwbaar kan herinneren. Bloeddrukmeting, het maken van een uitstrijkje, of het geven van een injectie vallen hieronder, onderwerpen die met gespreksvoering te maken hebben eigenlijk niet. Hoe minder goed omschreven het onderwerp, hoe groter de onbetrouwbaarheid en de onvermijdelijke interdoktervariantie die dit met zich meebrengt.

Kortom, in het hier gepresenteerde onderzoek beschikken we over een groot databestand, met tal van belangrijke kenmerken over contacten en patiënten die men in veel eerder onderzoek ontbeert, maar er is sprake van een selectie wat betreft de onderwerpen die zich lenen voor deze benadering en dan nog wordt er eerder gewerkt met de witwast dan met het fijne penseel.

Daarnaast is er sprake van een selectie wat betreft deelnemende artsen, in die zin dat er mogelijkwijze onder de deelnemers een lichte positieve bias ten aanzien van het ondernemen van preventieve activiteiten bestaat.



### 3. PRAKTIJKUITOEFENING

#### 3.1. Inleiding

Het uitoefenen van preventieve taken brengt in het algemeen een verzwaring van de administratieve belasting met zich mee. Dit geldt in het bijzonder wanneer men eenmaal opgespoorde patiënten met een vergroot risico regelmatig wil volgen. Belangrijke randvoorwaarden om deze belasting het hoofd te bieden zijn de aanwezigheid van voldoende assistentie, die naast administratieve ondersteuning ook routine taken uit handen van de huisarts kan nemen, en een vorm van patiënten registratie die zodanig is dat men op efficiënte wijze zijn populatie at risk kan volgen.

In dit hoofdstuk zullen we achtereenvolgens op de beschikbare assistentie en de registratiesystemen ingaan.

#### 3.2. Assistentie

Het aantal assistentes waarover de artsen in de Nationale Studie konden beschikken, uitgedrukt in full-time equivalenten, is weergegeven in de volgende tabel.

Tabel 3.1: Aantal artsen per praktijk, aantal assistentes per praktijk (103 praktijken)

aantal artsen		aantal assist.	
0:	-	0:	3
1:	60	1:	45
2:	31	2:	35
3:	9	3:	16
4:	3	4:	3
5:	-	5:	1

Vrijwel iedere praktijk heeft assistentie. Slechts in drie solo praktijken werd gemeld zonder assistentie te werken. De assistentie wordt echter niet uitsluitend door de beroepsgroep "praktijkassistenten" geleverd. 16 huisartsen (N.B. de 103 praktijken worden door meer dan 103 huisartsen bevolkt) geven aan dat ze door hun echtgeno(o)t(e) worden geassisteerd en 6 huisartsen worden geholpen door een apothekersassistente. 88% van de assistentie in bovenstaande tabel heeft betrekking op een praktijkassistent. In de meeste praktijken

arts is sprake van een bijgewerkt overzicht van hypertensiepatiënten en twee artsen kunnen iedere categorie door middel van de computer opsporen.

17% van de respondenten heeft geen systematische registratie van vastgestelde borstkanker. 75% heeft de meest recente gegevens beschikbaar op de patiëntenkaart en 3% kan deze patiënten als categorie herkennen. 64% tekent familiegegevens omtrent borstkanker, indien bekend, wel aan, maar slechts 10% verzamelt deze gegevens ook systematisch.

Hoe frequent men gegevens met betrekking tot mogelijk schadelijke leefgewoontes of mogelijke indicatoren daarvoor aantekent ziet men in tabel 3.4:

Tabel 3.4: Registratie leefgewoontes

	Altijd	Meestal	Soms	Zelden	Nooit
Rookgewoonten	16%	36%	31%	10%	5%
Overgewicht	25%	45%	21%	6%	1%
Gewicht "normale patiënt"	4%	11%	34%	22%	24%
Overmatig alcoholgebruik	45%	37%	13%	3%	1%

Hierbij moet worden aangetekend dat de registratie van leefgewoontes slechts plaatsvindt, indien er naar geïnformeerd is. Volgens de eigen opgave van de huisartsen vindt dit informeren bij "doorsnee"-patiënten niet vaak plaats. 30% van de ondervraagde huisartsen informeert "meestal" of "altijd" naar rookgewoontes, zonder dat de klachten daartoe aanleiding geven. 10% doet dit met betrekking tot alcoholgebruik. Pas wanneer de klachten er aanleiding toe geven zeggen de meeste artsen te informeren naar rook-, drink- en voedingsgewoonten.

Ter vergelijking: Fleming (1981) trof bij 23% van onderzochte patiëntenkaarten aantekeningen over rookgewoonten aan. Otradovec e.a. (1985) constateerden bij huisartsen in 24% van de kaarten aantekening van rookgewoonten.

### 3.4. Conclusie

De eerste hoofdvraag die we in hoofdstuk 1 formuleerden luidde: welke mogelijkheden hebben huisartsen om preventie te bedrijven. Letten we op de hoeveelheid assistentie waarover de gemiddelde huisartspraktijk kan beschikken en het type patiëntenregistratie waarmee gewerkt wordt, dan is de gemiddelde huisartspraktijk zeker niet toegerust op grootscheepse campagnes waarbij patiënten worden opgeroepen zich aan onderzoek te onderwerpen. De huisartspraktijk is beter ingericht om eenmaal vastgestelde "gevallen" verder goed te vervolgen. De noodzakelijke gegevens blijken in zo'n geval meestal vastgelegd



te worden. Noodzakelijke gegevens worden echter niet routinematig van iedere patiënt verzameld, eerst moeten de klachten aanleiding tot dergelijke registratie geven.

De assistente krijgt meer taken toegewezen die preventieve activiteiten zouden kunnen vereenvoudigen dan enige jaren daarvoor in een nederlandse huisartsen steekproef bleek. Het meten van de bloeddruk door de assistente maakt het vervolg van eenmaal ontdekte gevallen efficiënter. Een assistente die tevoren systematisch een aantal zaken navraagt kan zo voor een eerste selectie van nader te onderzoeken patiënten zorgdragen. Op een dergelijke wijze worden in b.v. een rook-preventie project (vgl. Kooi e.a., 1989) patiënten met voor verandering vatbare rookgewoonten tevoren geselecteerd om daarna hierover eventueel met de huisarts van gedachten te wisselen. Opvallend is voorts de door de assistente gerapporteerde inzet bij het oproepen van patiënten uit risicogroepen.

In hoeverre dergelijke inzet van assistentes tot meer preventieve acties in de betreffende praktijken leiden, zal verderop in dit rapport nader worden onderzocht.



## **4. WELKE PATIËNTEN KRIJGT DE HUISARTS ONDER OGEN**

### **4.1. Inleiding**

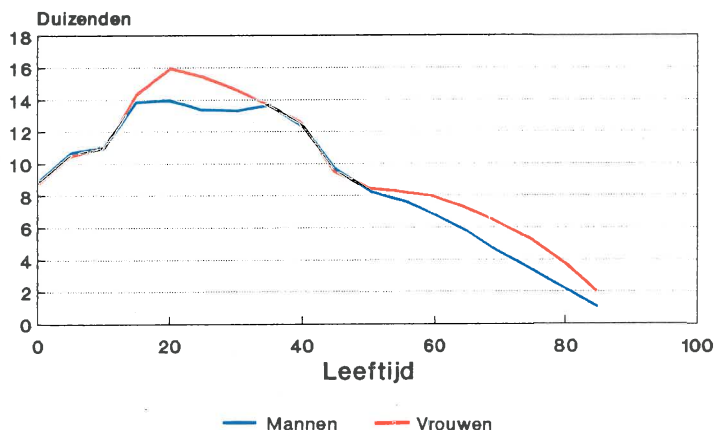
In hoofdstuk 1 is betoogd dat de huisarts de meeste van zijn patiënten regelmatig ziet hetgeen hem in staat zou stellen op een zinvolle wijze systematisch bepaalde risicogroepen te controleren. Op basis van de gegevens uit de contactregistratie van de Nationale Studie kunnen we vaststellen welk deel van de patiëntenpopulatie gedurende een periode van 3 maanden zijn huisarts ten minste eenmaal bezoekt. Tevens kunnen we daarbij een onderscheid maken naar een aantal patiëntkenmerken: leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, nationaliteit, opleiding, verzekeringsvorm en urbanisatiegraad.

### **4.2. De opbouw van de praktijkpopulatie**

In deze rapportage beschrijven we de praktijkpopulatie van 161 huisartsen, die gedurende 3 maanden hun contacten met patiënten registreerden. Bij deze huisartsen stonden 334.449 patiënten ingeschreven, waarvan van 97% leeftijd en geslacht bekend was. Van 91% is ook een patiëntenregistratie formulier geheel en gedeeltelijk ingevuld, op basis waarvan burgerlijke staat, nationaliteit, opleiding en verzekeringsvorm bekend is.

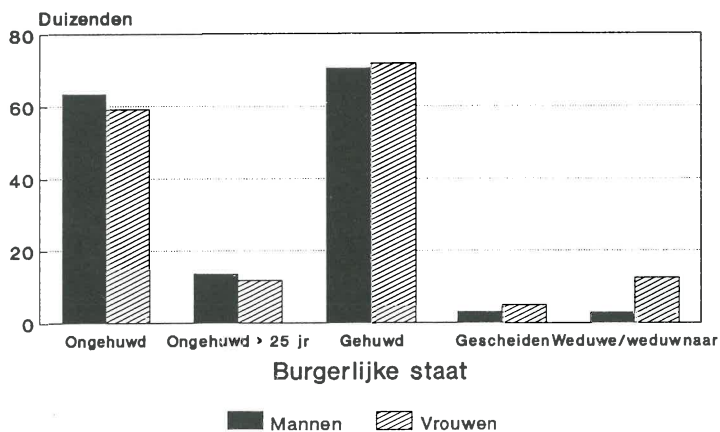
Bezien we eerst hoe de hierboven genoemde patiëntkenmerken over de onderzochte populatie verdeeld zijn.

Grafiek 4.1 Leeftijdsverdeling praktijkpopulatie Mannen en Vrouwen



In grafiek 4.1 zien we de leeftijdsverdeling van de onderzoekspopulatie: een piek tussen de 20 en 40 jaar, daarna een geleidelijke afname. Hoewel het patroon voor mannen en vrouwen goeddeels hetzelfde is, zien we dat vrouwen tussen de 20 en 40 jaar en boven de 60 jaar in wat grotere getale aanwezig zijn.

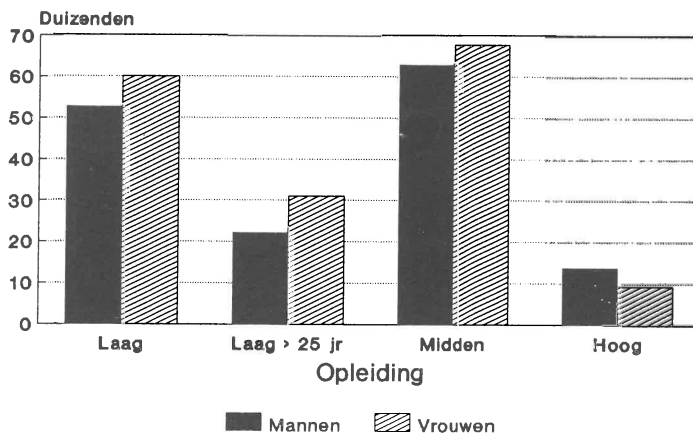
grafiek 4.2 Burgerlijke staat populatie mannen en vrouwen



Grafiek 4.2 geeft de verdeling van de vier onderscheiden categorieën burgerlijke staat weer.

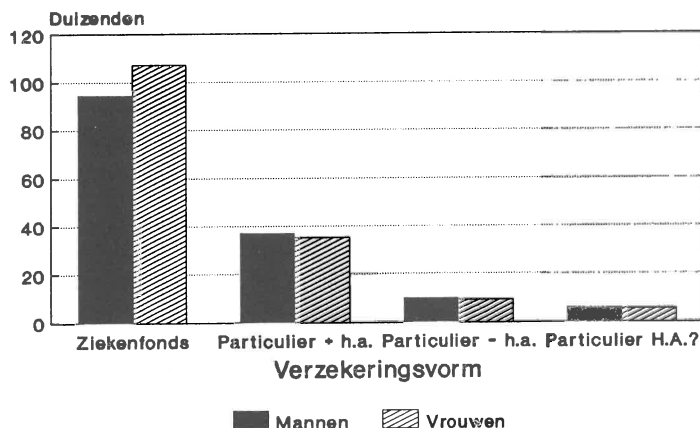
De meeste patiënten zijn gehuwd of nooit gehuwd geweest. De meeste ongehuwden zijn jonger dan 25 jaar (zoals aangegeven in de grafiek). De veel geringere proportie gescheidenen bevindt zich hoofdzakelijk onder de 30-55-jarigen en de eveneens relatief kleine groep verweduwden begint zich vanaf 60 jaar te manifesteren. (Deze leeftijdsindicaties zijn niet zichtbaar in de grafiek)

grafiek 4.3 Opleiding populatie mannen en vrouwen



In grafiek 4.3 zien we dat de opleiding van de meeste patiënten als laag of middelbaar wordt betiteld. 11% van de mannen en 7% van de vrouwen heeft een HBO of universitaire opleiding als hoogste niveau. Men moet er rekening mee houden dat van de laag opgeleide mannen 48% en van de laag opgeleide vrouwen 41% jonger dan 15 jaar is, en dus nog geen middelbare of hogere opleiding kan hebben. Om een reëler beeld te geven is daarom apart aangegeven wat het aandeel is van de laag opgeleiden die ouder dan 25 jaar zijn.

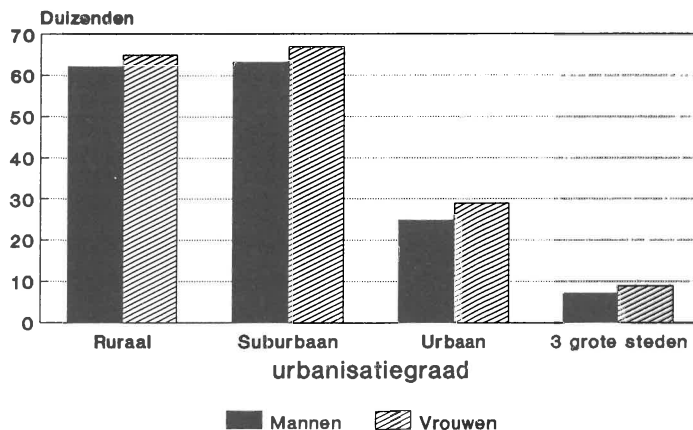
grafiek 4.4 Verzekeringsvorm populatie mannen en vrouwen



Wat betreft de verzekeringsvorm (grafiek 4.4) concluderen we dat in de populatie meer dan 90% van de mannen en vrouwen voor huisartsenhulp is verzekerd. Ongeveer 2/3 deel door een ziekenfondsverzekering, de overigen doordat huisartsenhulp bij hun particuliere pakket is meeverzekerd. Vrouwen zijn iets vaker ziekenfondsverzekerd dan mannen, mannen compenseren dit door iets vaker particulier inclusief huisartsenhulp verzekerd te zijn.

97% van alle patiënten is van Nederlandse afkomst. Wanneer we verder in dit hoofdstuk en in hoofdstuk 5 nagaan of er verschillen in proportie tussen Nederlanders en buitenlanders zijn, dient met zich te realiseren dat de totalen waarop deze proporties betrekking hebben van zeer verschillende grootte zijn.

grafiek 4.5 Urbanisatiegraad populatiegraad mannen en vrouwen



Tenslotte de urbanisatiegraad van de lokaties waar zich de onderzochte populaties bevinden (grafiek 4.5).

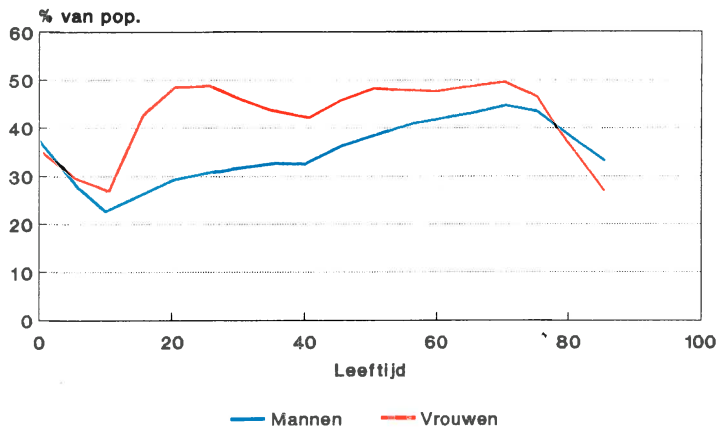
Het aandeel van de stedelijke bevolking is in absolute aantallen gering terwijl de rurale en suburbane gebieden (verstedelijkt platteland, forensengemeenten) ieder bijna 40% van het totaal uitmaken. Wanneer we later naar mogelijke effecten van urbanisatiegraad kijken, dienen we voor ogen te houden dat in de rurale en suburbane gebieden sprake is van een jongere praktijkpopulatie dan in de 3 grote steden: er zijn relatief meer 0-20 jarigen en minder 65+-ers.

#### 4.3. Welk deel van de praktijkpopulatie krijgt een huisarts in 3 maanden tijd onder ogen

38% van de patiënten die bij de onderzochte artsen staan ingeschreven hebben hem of haar ten minste eenmaal bezocht in de registratieperiode van 3 maanden. Hoewel hieruit niet direct kan worden afgeleid welk percentage patiënten de huisarts in een jaar bezoekt, lijkt dit resultaat in het algemeen een bevestiging voor de aanspraken van de huisarts op een goed overzicht over zijn/haar patiëntenbestand.

De vraag die ons vervolgens interesseert, is of dit overzicht voor iedere onderscheiden categorie patiënten even goed is.

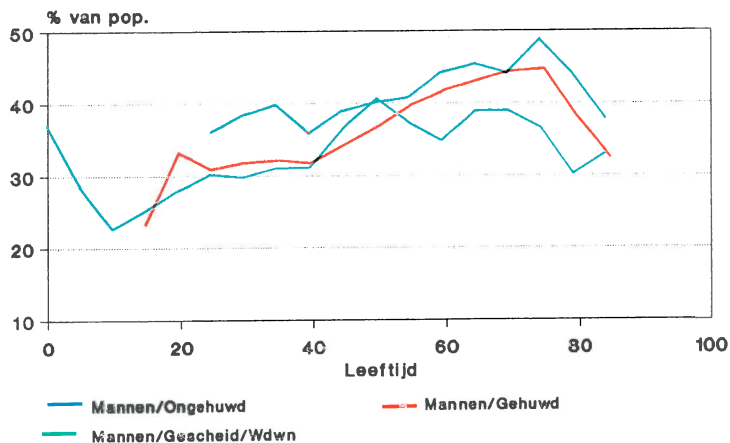
grafiek 4.6 Percentage mannelijke en vrouwelijke bezoekers in 5-jaars categorieën



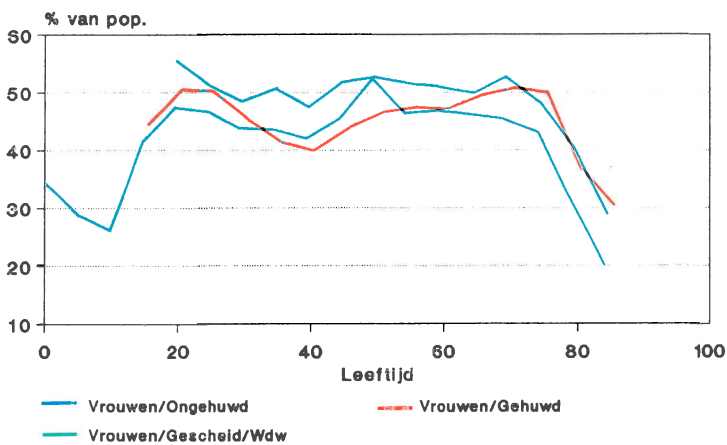
in grafiek 4.6 staat van iedere 5-jaarscategorie weergegeven welk percentage van de populatie de huisarts bezocht heeft in een periode van 3 maanden. Huisartsen krijgen kinderen in het algemeen wat minder onder ogen. Voor vrouwen stijgt het percentage bezoekers in een 3-maandsperiode vanaf een jaar of 12, om met 20 jaar op een tamelijk constant niveau van 50% terecht te komen. Tot ongeveer 70 jaar blijft dit zo, daarna neemt het percentage af (N.B. deze en volgende grafieken hebben uitsluitend betrekking op spreekuurbezoeken; in het kader van preventieve zorg voor bejaarden wordt in het volgend hoofdstuk ook aandacht besteed aan het huisbezoek). Vanaf een jaar of 10 ligt dit beeld voor mannen anders. Ze bezoeken relatief minder frequent hun huisarts, maar er is tussen de 10 en de 70 jaar wel sprake van een geleidelijke stijging in de proportie mannen die de huisarts ten minste eenmaal in een kwartaal bezoekt. Voor jongeren, tussen de 15 en de 30 jaar is het verschil tussen mannen en vrouwen het grootst; het bedraagt ongeveer een factor 1.6. Op latere leeftijd neemt dit verschil af.



grafiek 4.7a Proportie van mannelijke populatie die de huisarts bezoekt, uitgesplitst naar burg. staat en lft. in 5-jaarscategorieën



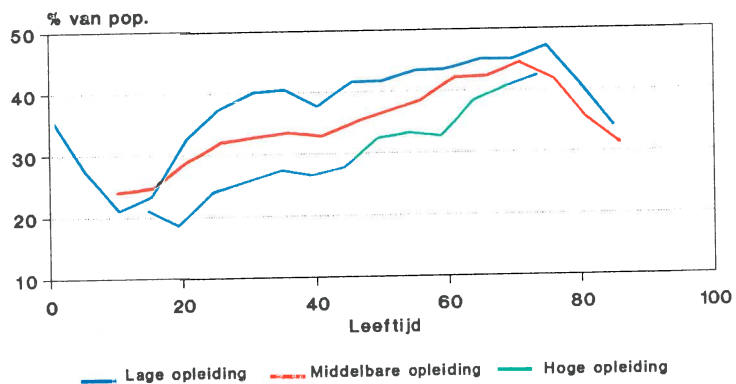
Grafiek 4.7b Proportie van vrouwelijke populatie die de huisarts bezoekt, uitgesplitst naar burg. staat en lft. in 5-jaarscategorieën



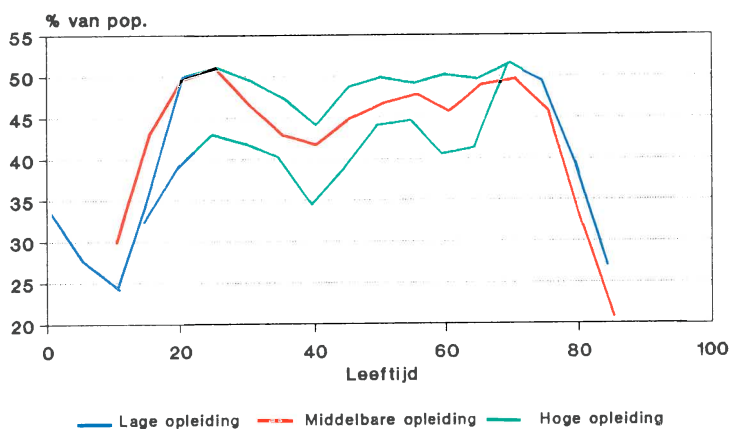
Grafieken 4.7a en 4.7b laten een verdere uitsplitsing naar **burgerlijke staat** zien.

Hieruit blijkt dat de gescheidenen/verweduwen op jongere leeftijd relatief vaker gezien worden. Dit geldt voor mannen tot ongeveer 50 jaar en vrouwen tot ongeveer 60 jaar. Vanaf een jaar of 50 worden degenen die nooit gehuwd geweest zijn relatief minder gezien.

Grafiek 4.8a Proportie van mannelijke populatie die de huisarts bezoekt, uitgesplitst naar opleiding en lft. in 5-jaarscategorieën



Grafiek 4.8b Proportie van vrouwelijke populatie die huisarts bezoekt, uitgesplitst naar opleiding en lft. in 5-jaarscategorieën



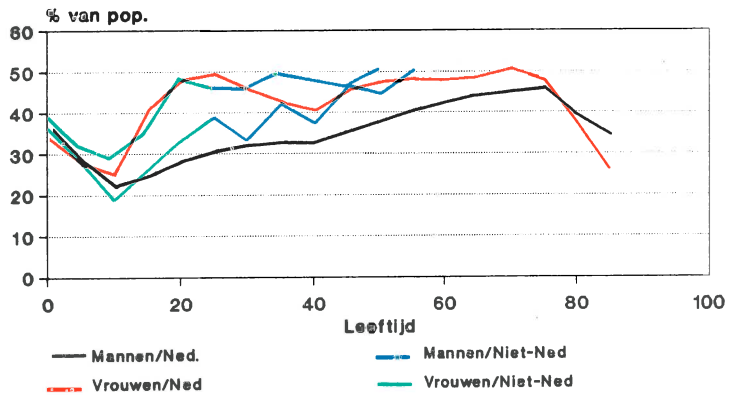
Enigszins samenhangend met opleiding, want ook verwijzend naar het begrip sociale klasse, is de **verzekeringsvorm**. Daarnaast kleeft aan verzekeringsvorm een aspect dat een heel directe invloed op huisartsbezoek uitoefent, n.l. het feit of dit huisbezoek kosten met zich meebrengt. Enerzijds is daarom in grafiek 4.9a en 4.9b het onderscheid ziekenfonds - alle particuliere varianten van belang, anderzijds het onderscheid "huisarts meeverzekerd" - "huisarts niet meeverzekerd".

Dat de mate van contact met de huisarts een element van maatschappelijke gelaagdheid met zich meebrengt blijkt uit het feit dat ziekenfonds patiënten in alle onderscheiden categorieën relatief het meest hun huisarts bezoeken. De curve van particulier verzekerden die voor huisartsenhulp zijn verzekerd blijft daar gemiddeld ongeveer 7% onder (voor vrouwen is dat verschil iets groter dan voor mannen).

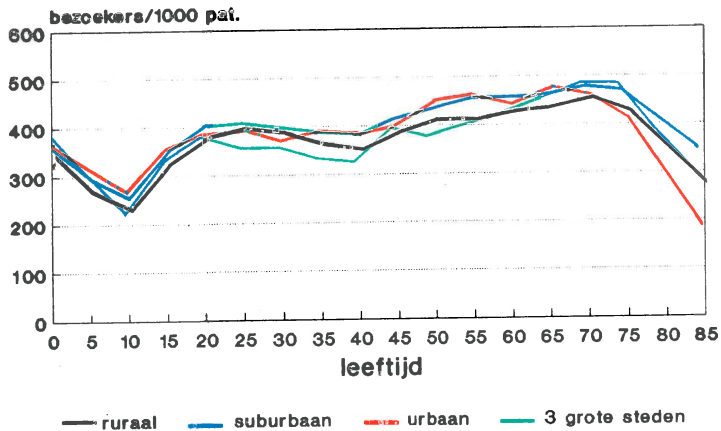
Degenen die niet voor huisartsenhulp verzekerd zijn komen ook het minste bij de huisarts. Het verschil met de patiënten die wel voor de huisarts verzekerd zijn bedraagt gemiddeld 4.5%.

Het verschil tussen de grote groep die op een of andere manier voor de huisarts verzekerd is (90% van het totaal!) en de groep die niet voor de huisarts verzekerd is bedraagt gemiddeld bijna 10%.

Grafiek 4.10 Percentage Ned/niet Ned. bezoekers: mannen en vrouwen in 5-jaarscategorieën



Grafiek 4.11 Proportie patiënten die de huisarts bezoekt uitgesplitst naar urbanisatiegraad en leeftijd in 5-jaarscategorieën



Grafiek 4.10 laat zien dat de relatief kleine groep **niet-Nederlanders** (voornamelijk Turken en Marokkanen) niet minder onder ogen van hun huisarts komen dan de Nederlanders. Onvoldoende celvulling maken uitspraken over de oudere groepen buitenlanders zinloos.

Ten slotte drukt grafiek 4.11 de verschillen uit naar **urbanisatiegraad** van de praktijk. Deze verschillen zijn in het algemeen niet groot en nauwelijks systematisch te benoemen; Tussen de 20 en 45 jaar ziet de arts op het platteland een paar procent minder van zijn patiënten op het spreekuur dan in suburbane of urbane gebieden. Verschillen voor vrouwen zijn nauwelijks aanwezig. Mannen in grote steden tussen de 20 en 60 jaar bezoeken hun huisarts relatief weinig. N.B. Het gaat hier uitsluitend om het spreekuurbezoek van patiënten. Thuisvisites worden in dit hoofdstuk buiten beschouwing gelaten.

#### 4.4. Beschouwing

In het algemeen lijkt het erop dat in de huisartspraktijk patiënten met een dermate regelmaat gezien worden dat deze plaats zich in principe uitstekend zou lenen voor het en passant uitoefenen van een aantal preventieve taken. Toch geven de hier weergegeven resultaten aanleiding tot enige relativering van deze stelling.

Zo lijkt de trefkans van jongere mannen relatief gering. Dit effect wordt nog versterkt wanneer het gaat om hoger opgeleide jonge mannen dan wel jonge mannen die niet verzekerd zijn voor huisartsenhulp. Eenzelfde effect in wat mindere mate kan voor vrouwen geconstateerd worden.

Oudere vrouwen (vanaf 55 jaar) die nooit gehuwd geweest zijn worden in wat mindere mate door de huisarts op het spreekuur gezien dan gehuwde, gescheiden of verweduwd vrouwen.

Particulier verzekerden ziet de huisarts systematisch wat minder dan ziekenfonds verzekerden. Zoals gezegd wordt dit effect versterkt wanneer de particulier verzekerde niet voor huisartsenhulp is verzekerd.

Allochtonen worden niet minder door de huisarts gezien dan Nederlanders. Ook stads-plattelandsverschillen zijn nauwelijks geconstateerd.

Met deze gegevens zullen we rekening houden, wanneer we in het volgend hoofdstuk voor specifieke aandoeningen de mogelijkheden van vroegtijdige opsporing door de huisarts in beschouwing nemen. Deze mogelijkheden staan of vallen immers met de mate waarin de huisarts in staat is de risicogroepen systematisch te volgen. Naarmate een risicogroep zich meer systematisch aan de waarneming van de huisarts onttrekt leent de huisartspraktijk zich minder goed voor dergelijke vormen van secundaire preventie.



## 5. HYPERTENSIE

### 5.1. Inleiding

In 1985 overleden ruim 56.000 personen aan hart- en vaatziekten. Het aandeel in de totale sterfte bedraagt 45% voor mannen en 47% voor vrouwen (CBS). De belangrijkste risico-indicatoren voor hart- en vaatziekten zijn roken, hypertensie, serumcholesterol en overgewicht. In het kader van dit hoofdstuk beperken we ons verder tot hypertensie.

Naarmate de bloeddruk toeneemt stijgt de kans op ischemische hartziekten. Risico door hypertensie hangt sterk samen met het optreden van andere risico-indicatoren. Gunstig effect van bloeddrukverlaging lijkt marginaal bij personen van middelbare leeftijd. De zin van behandeling bij ouderen is groter. (Beleidsnota preventie hart- en vaatziekten, 1987)

Hypertensie wordt als de belangrijkste risico-indicator voor een CVA gezien. Onafhankelijk van andere risico-indicatoren is het CVA-risico bij matig verhoogde bloeddruk 3x en bij sterker verhoogde bloeddruk 10x zo groot als bij normalen. Medicamenteuze behandeling vermindert het risico met 30% tot 50%. De preventieve waarde neemt toe naarmate de personen ouder en de bloeddruk hoger is. (Gezondheidsraad, 1983)

Personen met verhoogde bloeddruk hebben een zesmaal verhoogd risico op decompensatio cordis; behandeling van ernstige hypertensie doet het risico op deze aandoening tot nul naderen. (Beleidsnota Preventie HVZ, 1987)

Dergelijke gegevens voerden de Commissie Hypertensie, ingesteld door de Gezondheidsraad, tot de volgende aanbeveling:

"De commissie is ervan overtuigd dat hypertensie een van de belangrijkste tot ziekte leidende risico-indicatoren is die onder de bevolking voorkomen. Daar op goede gronden kan worden verwacht dat preventie, opsporing en behandeling van hypertensie zullen resulteren in een vermindering van het optreden van hart- en vaatziekten, rekent zij zulks tot de hoogste prioriteiten in de gezondheidszorg." (Gezondheidsraad, 1983).

Wanneer later discussie plaatsvindt over de te volgen strategie bij opsporing en behandeling van hypertensie is de stelling dat hypertensie een gezondheidsrisico inhoudt en dat vermindering ervan sterfte voorkomt dan ook niet aan de orde. Dit wordt als een gegeven beschouwd. De discussie gaat erover of preventie van hart/vaatziekten door behandeling van hypertensie mogelijk en wenselijk is, en zo ja, welke vorm deze dan zal moeten aannemen.

In principe kan preventie twee vormen aannemen: algemene preventie (preven-

tieve maatregelen die op de populatie in haar totaliteit zijn gericht, zoals maatregelen om het roken te verminderen, terugdringen van zout in voedingswaren) en specifieke preventie (maatregelen gericht op personen met een verhoogd risico voor HVZ).

In de nota preventie HVZ wordt gepleit voor een gecombineerde aanpak. Met name ten behoeve van opsporing en behandeling van hypertensie - zoals gezegd leidend tot verlaging van de sterfte aan CVA en hart decompensatie - is specifieke preventie bruikbaar en gewenst: men kan op de specifieke risicogroepen ingaan, en de behandeling op de persoon afstemmen. Vanwege deze nodig geachte begeleiding wanneer hypertensie wordt aangetroffen, wordt in de nota de huisarts genoemd als sleutelfiguur bij de case-finding.

Andere risico's bestrijdt men zo echter niet (m.n. de veel meer voorkomende ischemische hartziekten). Hiervoor is algemene preventie (roken verminderen, minder vet en zout in de voeding) veel meer aangewezen.

Waar voor een specifieke aanpak gekozen wordt, is een of andere vorm van case-finding geboden. Hypertensie is een "gezonde ziekte", die geen herkenbare symptomen met zich meebrengt en daarom door middel van bloeddrukmeting moet worden opgespoord. Hiertegen zijn argumenten denkbaar, die veelal overeenkomen met de argumenten die in het algemeen tegen vroegtijdige opsporing van ziekten worden aangevoerd (zie hoofdstuk 1). Deze worden door van Weel (1986) aangedragen: bloeddrukmeting is enigszins arbitrair waardoor de kans op behandeling bij fout-positieven niet ondenkbeeldig is; dit veroorzaakt risico op onnodige somatische fixatie; verder is non-compliance bij behandeling een probleem dat het nuttig effect van vroegtijdige opsporing deels weer teniet doet. Los hiervan is er natuurlijk het meer algemene ethische probleem in hoeverre men personen die zichzelf gezond achten ongevraagd met een "ziekte" mag opscheppen; een "ziekte" die weliswaar risico's met zich meebrengt maar waar velen zonder behandeling een leven lang geen last van zullen hebben.

Het is in deze sfeer dat de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, in haar reactie op de beleidsnota, voor een minder uitdrukkelijk medisch gerichte benadering van preventie van HVZ pleit. Huisartsen zouden m.n. niet-medicamenteuze behandeling moeten kunnen uitvoeren. De aandacht zou meer naar algemene preventie en minder naar specifieke preventie d.m.v. case finding moeten gaan. Overigens vraagt een niet medicamenteuze benadering een andere benadering dan het voorschrijven van anti-hypertensiva en vergt ze veel begeleiding (NRV, 1988).

Toch blijft in deze discussie het idee overeind dat, wanneer men hypertensieven systematisch wil opsporen, de huisartspraktijk daartoe een aangewezen plaats lijkt. In het advies inzake hypertensie (Gezondheidsraad 1983) wordt gesteld dat



case finding door de huisarts de meest geschikte methode is om hypertensie vroegtijdig op te sporen. Argument: "aangezien de huisarts in 1 jaar met 70 à 80 % van zijn praktijkbevolking in contact komt, en met 90 % in twee tot drie jaar, is het door consequente case-finding mogelijk op een adequate, voor de huisarts niet al te belastende, wijze vroege opsporing van hypertensie te bewerkstelligen. Omdat veel mannen tussen 30 en 50 jaar zelden of nooit hun huisarts bezoeken, zou een goede samenwerking tussen bedrijfsgeneeskundige diensten en de huisarts van groot belang kunnen zijn ..... Om alle hypertensiepatiënten in zijn praktijk systematisch te kunnen opsporen zal de huisarts ook degenen die niet met een zekere regelmaat op het spreekuur komen actief moeten benaderen door middel van oproeping of huisbezoek. Hiertoe is in de eerste plaats een bijgewerkt leeftijds- en geslachtsregister van de praktijk noodzakelijk..... Als reeds benadrukt in het interimadvies is het noodzakelijk dat de huisarts voor dergelijke werkzaamheden steun op administratief en technisch gebied wordt geboden." (Gezondheidsraad 1983)

Dergelijke case-finding zou met name plaats moeten vinden bij de groep 30-60 jarigen. Hypertensie komt nauwelijks voor bij personen onder de 30 jaar. bloeddrukmeting op kinderleeftijd is geen voorspeller voor toekomstige hoge bloeddruk (Hofman 1983). Bij personen boven de 60 jaar is de tijd om de prognose te verbeteren gering (v d Feen, 1986)

Kan de huisarts dat? Uit het RIFOH-project (Schraven en van Ree, 1985) blijkt dat het mogelijk is patiënten met een verhoogd risico op hart en vaatziekten onder controle van de huisarts te brengen. Er is echter sterke wisseling tussen huisartspraktijken: 1/3 van de praktijken ziet kans meer dan 75% van de populatie at risk onder controle te brengen, in 1/3 is dat minder dan 50%. Voorts "ontsnapte" na eerste controle 1/3 van de ingesloten patiënten, waarvan de helft een diastolische bloeddruk > 95 mm Hg had. Voor zover men de patiënten onder controle hield, kon een daling in alle risico-indicatoren (hypertensie, roken, serumcholesterol) bewerkstelligd worden.

Een en ander vergde een aanzienlijke aanpassing van de praktijkvoering. Er is extra assistentie nodig en een continue ondersteuning van de praktijk in latere fases.

In het pretensie-project was na 10 maanden 47% van de doelpopulatie bereikt. Dit benaderen geschiedde tijdens het consult. (Kempen-Voogd e.a., 1989)

Doet de huisarts dat als routine? Onder Nederlandse huisartsen werd in 1986 de stand van zaken geïnventariseerd. Wat betreft de nodig geachte ondersteuning kon 8% van de ondervraagden beschikken over assistentie die zich met bloeddrukmeting bezighield en kon 28% groepen die met een aandoening -b.v. hypertensie - bekend waren direct herkennen in hun kaartstelsel. 23% gaf aan dat men systematisch de bloeddruk mat bij patiënten waar men dat de

afgelopen drie jaar niet gedaan had, en 1% voegde daar nog aan toe ook patiënten die hij miste op te roepen om hun bloeddruk te laten meten. (Verhaak en de Vries 1987).

Soortgelijke vragen zijn ook aan de artsen die aan deze studie deelnemen gesteld; 19% van hen zegt periodiek en systematisch de bloeddruk van spreekuurbezoekers te meten en één zegt ook nog niet op het spreekuur verschenen patiënten op te roepen. Ruim een-derde maakt ook afspraken op vastgelegde data voor vervolgccontroles met opgespoorde patiënten en 15% zit daar ook nog actief achteraan, wanneer ze niet op komen dagen. Als ideaal zou de helft van alle deelnemers hun patiënten systematisch willen controleren wanneer ze op het spreekuur verschijnen en zou 17% ook nog actief daarvoor willen gaan werven.

Maar dit zijn zelfrapportages over het eigen handelen. In het vervolg zullen we nagaan hoe de praktijk van de huisarts er uit ziet, zoals we die in de Nationale Studie aantreffen. We laten ons leiden door de volgende vragen:

- 1) Welk deel van de populatie at risk (30-60 jarigen) bereikt de huisarts in een periode van 3 maanden?
- 2) Bij welk deel van de populatie at risk wordt de bloeddruk in die periode gemeten?
- 3) Bij welk deel van de populatie at risk wordt de bloeddruk gemeten zonder dat de klachten daar ogenschijnlijk aanleiding toe gaven?

## **5.2. In hoeverre krijgt de huisarts zijn populatie at risk onder ogen?**

In het algemeen is de trefkans van verschillende groepen patiënten in hoofdstuk 4 aan de orde geweest. Welke implicaties heeft dit voor de groep 30-60-jarigen, die in het bovenstaande als populatie at risk werd gedefinieerd?

Het percentage van de mannelijke praktijkpopulatie dat in een kwartaal de huisarts bezoekt neemt van 30 tot 60 jaar toe van 32% tot 40%. Het percentage van de vrouwelijke praktijkpopulatie schommelt vrij constant rond de 45%.

De trefkans voor mannen wordt sterk beïnvloed door het opleidingsniveau. De huisarts ziet rond de 15% minder mannen uit de hoogste opleidingscategorie (HBO/universitair) dan uit de laagste categorie. Dit verschil wordt pas kleiner wanneer mannen ouder dan 60 jaar worden. Bij vrouwen speelt dit verschil een veel kleinere rol.

Personen met een andere dan de Nederlandse nationaliteit hebben een relatief

iets grotere kans de huisarts te zien in een kwartaal dan Nederlandse patiënten.

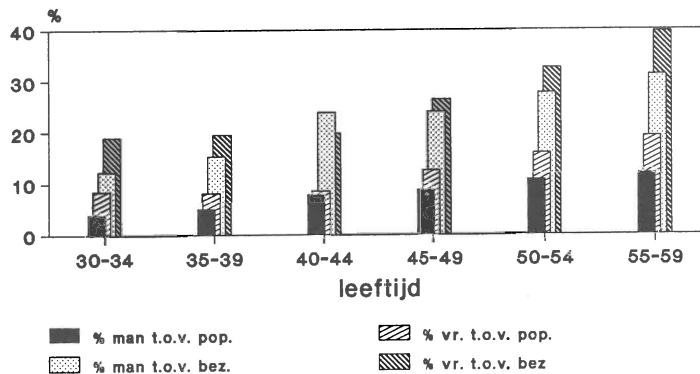
Resumerend kunnen we zeggen dat vooral de hoger opgeleide mannen tussen de 30 en 50 jaar (veelal Nederlander en particulier verzekerd) relatief buiten het gezichtsveld van de huisarts blijven. Aangezien we deze gegevens niet naar een langere periode kunnen extrapoleren, doen we hier geen uitspraken over de absolute trefkans van patiënten gedurende een jaar, maar beperken we ons tot relatieve kansen. Deze liggen dan gunstiger voor vrouwen, voor lager opgeleiden, voor buitenlanders en voor ziekenfondsverzekerden, dan voor mannen - en binnen deze categorie met name de jonge mannen, hoger opgeleiden, Nederlanders en particulier verzekerden.

### **5.3. Bij wie meet de huisarts de bloeddruk**

In principe ziet de huisarts dus, zelfs in een betrekkelijk korte periode, een aanzienlijk deel van de populatie at risk. De volgende vraag die wij ons stellen is, hoe vaak van dit contact gebruik gemaakt wordt om de bloeddruk te meten. We beginnen om dit voor dezelfde categorieën patiënten te beschrijven als in de vorige paragraaf de contactfrequentie werd gemeten. In eerste instantie zien we af van de reden waarom een tensie werd gemeten.

Onderstaande grafiek geeft aan hoe vaak bloeddruk werd gemeten per leeftijds/ geslachtscategorie. Als noemers hanteren we de betreffende categorie zoals die in de praktijkpopulatie werd aangetroffen en de betreffende categorie zoals die onder spreekuurbezoekers gedurende dezelfde drie maanden voorkwam.

Grafiek 5.1: Patiënten bij wie ten minste eenmaal in drie maanden tijd bloeddruk werd gemeten, naar leeftijd en geslacht



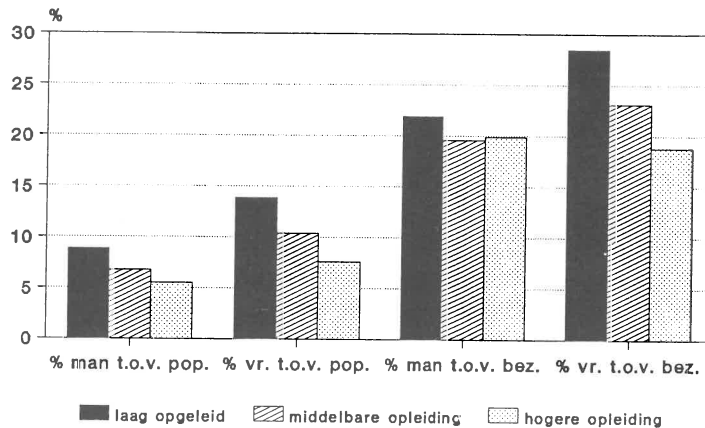
Lag de "trekans" bij jongeren, met name bij jonge mannen, al wat lager, de kans op de meting van een bloeddruk, om welke reden dan ook, wordt aanzienlijk kleiner naarmate de patiënt jonger is. Voor mannen betreft de verhouding tussen de jongste en oudste leeftijdscategorie een factor 3,5, voor vrouwen meer dan een factor 2, wanneer we kijken naar het percentage uit de populatie bij wie in drie maanden tijd ten minste eenmaal de bloeddruk wordt gemeten.

Wat het verschil tussen mannen en vrouwen betreft: jonge vrouwen komen meer bij de huisarts dan jonge mannen en bovendien wordt bij jonge vrouwelijke bezoekers de bloeddruk vaker gemeten dan bij jonge mannelijke bezoekers. Tussen de 40 en 50 jaar verdwijnt het verschil in dit laatste opzicht en komen de cijfers op populatieniveau daarom ook dichterbij elkaar te liggen. Boven de 50 jaar wordt het verschil tussen mannen en vrouwen weer iets groter.

Worden deze verschillen nog verder geaccentueerd wanneer we de onderscheiden achtergrondvariabelen in beschouwing nemen?

In grafiek 5.2 zien we dat in het algemeen bij hoger opgeleiden wat minder vaak de bloeddruk wordt gemeten, wanneer ze het spreekuur bezoeken, dan bij lager opgeleiden. Omdat de eerste categorie in het algemeen al minder contacten met de huisarts heeft, neemt de kans op een bloeddrukmeting op populatie niveau af met een toenemende opleiding. Dit geldt voor mannen en vrouwen.

Grafiek 5.2: Proportie mannen en vrouwen met verschillende opleiding, waarbij ten minste eens in de drie maanden de bloeddruk is gemeten



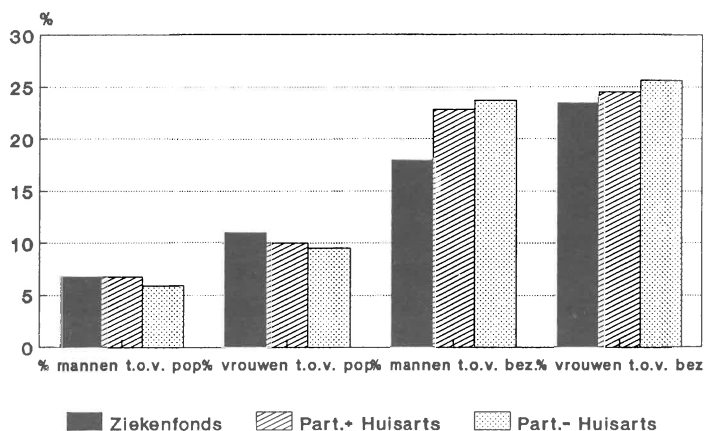
In tabel B.1 in de bijlage is het geheel ook voor leeftijdscategorieën uitgesplitst. De gesignaleerde trend dat bloeddrukmeting toeneemt met het stijgen van de leeftijd van de patiënt zien we daar voor iedere opleidingscategorie afzonderlijk terug.

Verder blijkt in de laagste leeftijdscategorieën bij hoog opgeleiden vaker sprake is van bloeddrukmeting. Omdat bloeddrukmeting hier toch niet zo vaak geschiedt blijft in totaliteit de kans op een bloeddrukmeting groter voor de lager opgeleiden.

In tabel B.2 in de bijlage worden de bloeddrukmetingen uitgesplitst naar nationaliteit van de patiënten.

Wanneer een buitenlandse patiënt het spreekuur bezoekt, wordt relatief wat minder vaak de bloeddruk gemeten dan bij Nederlanders uit dezelfde leeftijdscategorie. Omdat iets meer buitenlanders de huisarts in een 3-maandsperiode bezoeken, is er ten opzichte van de populatie nauwelijks een verschil in de proportie patiënten waarbij de bloeddruk wordt gemeten. Ten overvloede zij nogmaals vermeld dat buitenlanders maar 3% van de onderzoekspopulatie uitmaken.

Grafiek 5.3: Proportie mannen en vrouwen met verschillende verzekering, waarbij ten minste eens in de drie maanden de bloeddruk is gemeten



Wanneer we op de verzekeringsvorm letten, zien we dat particulieren weliswaar hun huisarts minder vaak bezoeken, maar dat er per contact wel vaker een bloeddruk wordt gemeten. Ongeveer dezelfde proportie van particulier verzekerden als van ziekenfondsverzekerden ondergaat minstens eens in de drie maanden een bloeddrukmeting. Tabel B.3 in de bijlage geeft de specificatie naar leeftijdscategorie

#### 5.4. Welke contactredenen geven aanleiding tot bloeddrukmeting?

Het volgende overzicht geeft per hoofdstuk van de ICPC aan, binnen welke klachten- en diagnose groepen relatief vaak en weinig de bloeddruk wordt gemeten.

Tabel 5.1 geeft de tien meest voorkomende redenen die de patiënt opgaf om de huisarts te bezoeken, waarbij een bloeddrukmeting plaats vond.

Tabel 5.1: De tien meest voorkomende reasons for visit waarbij bloeddrukmeting geschiedt

Reden voor bezoek	% van alle bloeddrukmetingen
Verzoek om bloeddrukmeting	47,8%
Hoofdpijn	6,9%
Algemene zwakte	6,4%
Duizelig	6,1%
Anticonceptie	5,6%
Symptomen thorax	4,8%
Zwangerschapscontrole	2,8%
Angstig, nerveus	2,6%
Hoesten	2,4%
Controle stofwisselingsstoornis	2,4%

\* Er konden per contact meerdere redenen worden opgegeven. In dit geval is het gemiddeld aantal 1.75 RFE in 14212 cases. De percentages tellen daarom op tot meer dan 100%

De meest gestelde diagnoses naar aanleiding van een bloeddrukmeting zijn:

Tabel 5.2: De tien meest voorkomende diagnoses waarbij bloeddrukmeting geschiedt

Diagnose	% van alle bloeddrukmetingen
Ongecompliceerde hypertensie	40,7% *
Anticonceptie	6,6%
Geen ziekte	6,2%
Surmenage	3,7%
Zwangerschap	2,7%
Angstige gevoelens	2,3%
Myalgie	2,2%
Menopauzale klachten	1,8%
Diabetes	1,7%
Spanningshoofdpijn	1,6%
Neurotische depressie	1,6%

\* Er konden per contact meerdere redenen worden opgegeven. In dit geval is het gemiddeld aantal 1.75 RFE in 14212 cases. De percentages tellen daarom op tot meer dan 100%

Het is op basis van de grote verscheidenheid aan diagnoses moeilijk uit te maken in hoeverre de huisarts een overweging bij de bloeddrukmeting had om alleen te screenen. Het veel voorkomende "verzoek om bloeddrukmeting" is in deze een dubieus geval; het kan om bloeddrukmeting zonder dat de klacht er aanleiding toe geeft gaan, - en dan lijkt de patiënt de initiatiefnemer -, het kan ook om patiënten gaan die bekend zijn met hypertensie en ter controle komen.

In het eerste geval is er sprake van vroegtijdige opsporing, maar dan wel op verzoek van de patiënt. De overige frequent voorkomende contactredenen zijn klachten, waarbij bloeddrukmeting gezien moet worden als een reactie op de klacht. Bij klachten als algemene zwakte, duizeligheid, hoofdpijn of hartkloppingen hoort bloeddrukmeting simpelweg bij de noodzakelijke diagnostiek.

Daarnaast is er nog een grote hoeveelheid klachten die ieder op zich weinig voorkomen, die tezamen bijna 30% van alle bloeddrukmetingen voor hun rekening nemen. De meeste van deze klachten rechtvaardigen, op zichzelf beschouwd, geen bloeddrukmeting, dus wellicht gaat hier een deel "echte screening" onder schuil.

Bezien we de conclusies die de huisarts, onder andere op basis van zijn bloeddrukmeting, trekt, dan blijkt de diagnose hypertensie in 40% van de gevallen gesteld te worden. De diagnose "geen ziekte" zou weer het resultaat van een bloeddrukmeting met screeningsdoeleinden kunnen zijn.

Aangezien het uitermate arbitrair is, om op grond van klacht en diagnose uit te maken in hoeverre de bloeddrukmeting nu een preventief karakter had, zijn we voor verdere analyse afgegaan op hetgeen de arts zelf op het contactregistratieformulier vermeldde. Indien een bloeddrukmeting werd geregistreerd als "ontdekking pathologie" of "controle" (vgl. hoofdstuk 2), werd deze als curatief opgevat; gaf de arts daarentegen aan dat de meting geschiedde als "screening risicogroep", dan werd deze als preventief beschouwd. Dergelijke "preventieve" meting maakte 4% van alle bloeddrukmetingen uit.

Uitgesplitst naar leeftijd en geslacht kwam het meten van de bloeddruk, aangeduid als "screening risicogroep", met de volgende relatieve frequentie voor:

Tabel 5.3: Percentage bloeddrukmetingen, waarbij de huisarts aangaf "screening risicogroep", naar leeftijd en geslacht

Leeftijd	Mannen	Vrouwen
30-34	1,9%	4,1%
35-39	1,0%	3,6%
40-44	1,9%	2,4%
45-49	1,3%	3,2%
50-54	1,6%	1,2%
55-59	0,9%	0,9%

Op het eerste oog is deze verdeling merkwaardig: juist bij een categorie waar in het algemeen het minst vaak de bloeddruk wordt gemeten, de dertigers, is relatief het meest vaak sprake van een screenings oogmerk. Een blik op de



klachten waarbij de huisarts het nodig achtte van screening te spreken verklaart het een en ander.

De klachten waarbij de huisarts de bloeddruk meet en deze betitelt als "screening risicogroep" is voor vrouwen in 57% van de gevallen een pilcontrole. Daarnaast vormen zwangerschapscontroles 12% van deze gevallen. Dit moge een afdoende verklaring vormen voor het feit dat vooral jonge vrouwen vaak als "risicogroep gescreend worden" door middel van bloeddrukmeting.

## 5.5. De spreiding onder huisartsen

Onderstaande tabel geeft weer hoe de verschillende hierboven behandelde indicatoren voor opsporing van hypertensie onder de deelnemende huisartsen zijn gespreid:

Tabel 5.4: Gemiddelde en spreiding van activiteiten m.b.t. screening op hypertensie onder de huisartsen

	Gem.	Stand. dev.	10%	25%	75%	90%
% 30-34 j. mannen op sprk.*	38%	11	24%	31%	44%	51%
% 55-60 j. mannen „	44%	14	28%	34%	53%	59%
% 30-34 j. vrouwen „	51%	11	39%	44%	57%	63%
% 55-60 j. vrouwen „	54%	13	38%	45%	62%	72%
% bloeddrukmeting	14%	9	3%	6%	15%	28%
% prev.bloeddrukmeting **	3%	5	0%	0%	3%	8%
% RFE: verzoek bloeddrukmeting	48%	15	29%	38%	56%	68%

\* (Noemer = populatie)

\*\* (Noemer = aantal tensiemetingen)

In bovenstaande tabel staan achtereenvolgens de volgende statistieken vermeld. In de eerste kolom staat het gemiddeld percentage per huisarts. De gemiddelde huisarts heeft 38% van de 30 tot 34 jarige mannen op zijn spreekuur gezien. De standaarddeviatie (van alle percentages per huisarts) staat in de tweede kolom. In de 10%-kolom staat het percentage 30-34 jarige mannen vermeld dat de huisarts, die in het 10<sup>e</sup> percentiel valt, gezien heeft. Op dezelfde wijze is vermeld welke proporties gezien zijn door huisartsen die in het 25<sup>e</sup>, 75<sup>e</sup>, en 90<sup>e</sup> percentiel vallen. Op deze wijze is wat nauwkeuriger de range beschreven dan door uitsluitend minima en maxima, die vrij toevallige uitschieters kunnen zijn, weer te geven.

We zien dat er nog al wat verschillen tussen huisartsen geconstateerd kunnen

worden. Relatief zijn deze verschillen het grootst bij de gebeurtenissen die minder frequent voorkomen, zoals het percentage bloeddrukmetingen dat als preventief wordt aangemerkt. In hoofdstuk 6 gaan we nader op deze verschillen in.

## 5.6. Conclusie

Gezien de proportie patiënten in de leeftijdsgroep 30-60 jarigen die een huisarts onder ogen krijgt, zou men kunnen stellen dat een systematische surveillance over deze groep tot de mogelijkheden behoort. De in de literatuur naar voren gebrachte vooronderstelling dat een huisarts ongeveer 70% van zijn patiënten onder ogen krijgt in een jaar tijd kan in het licht van onze bevindingen zelfs als een conservatieve schatting worden aangemerkt.

Bezien we echter de proportie mannen en vrouwen uit die populatie at risk bij wie feitelijk de bloeddruk gemeten wordt, dan moeten we stellen dat aan deze surveillance het een en ander zal ontbreken. Dat deze proportie laag is, wordt verklaard door de redenen die de gemiddelde huisarts blijkbaar hanteert om een bloeddruk te meten: dat is oftewel het feit dat de patiënt komt voor een bloeddrukcontrole (die dus of al opgespoord is of de patiënt wil zelf weten hoe de bloeddruk is), of omdat de klacht er aanleiding toe geeft. Zolang de klachten niet tot een controle aanleiding geven blijven de patiënten tussen de 30 en de 60 jaar buiten de controle.

De huisarts geeft maar zelden aan dat hij om preventieve redenen de bloeddruk meet. Wanneer dit wel het geval is, gaat het in een groot aantal gevallen om de routine rond de pilcontrole.

(Overigens is dit beeld ontleend aan gemiddelden. Het moet ons niet het oog doen sluiten voor het feit dat 10% van de huisartsen in een 3-maandsperiode bij 28% of meer van de praktijkpopulatie at risk de bloeddruk heeft gemeten.)

## 6. BAARMOEDERHALSKANKER

### 6.1. Inleiding

In Nederland sterven jaarlijks ongeveer 300 vrouwen aan baarmoederhalskanker (Maandbericht gezondheidsstatistiek, 1989) en ongeveer 1200 nieuwe gevallen worden er per jaar gevonden.

De oorzaken van baarmoederhalskanker zijn niet voldoende bekend. Daarom is preventie van baarmoederhalskanker alleen mogelijk door middel van vroege opsporing door het maken van een uitstrijkje van baarmoederhalscellen.

Uit onderzoek naar de resultaten van screening met name in de Scandinavische landen blijkt, dat er een duidelijk effect gevonden wordt op de incidentie en sterfte aan baarmoederhalskanker, welke toegeschreven kan worden aan de screening op baarmoederhalskanker (Day, 1989). Echter, vroege opsporing heeft ook een aantal ongunstige effecten. Met name is bij vroege opsporing geen onderscheid te maken tussen afwijkingen die zich wèl of níet tot baarmoederhalskanker zullen ontwikkelen; dus zullen ook vrouwen worden behandeld die nooit last van baarmoederhalskanker zouden hebben gekregen. Deze kans is groter naarmate de vrouw jonger is.

Het kiezen van een strategie voor vroege opsporing waarbij een goede balans tussen de gunstige effecten en de kosten wordt verkregen, is niet eenvoudig.

In 1975 nam de Nederlandse overheid het initiatief tot de uitvoering van een screeningsprogramma voor baarmoederhalskanker in de regio's Nijmegen, Utrecht en Rotterdam (EVAC, 1988). Direct daarop werd er in het gehele land begonnen met bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. Conform het advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1975) werd iedere vrouw van 35-54 jaar met een interval van 3 jaar opgeroepen.

Zeven jaar later (1982) maakte de Minister van Volksgezondheid bekend het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker in zijn geheel te willen onderbrengen in de eerstelijnszorg, en wel bij de huisarts.

Sinds 1989 is er een begin gemaakt met de screening door de huisarts op baarmoederhalskanker, waarbij de basisgezondheidsdiensten zorgdragen voor het oproepsysteem. Het ligt in de bedoeling, dat op korte termijn op deze wijze alle vrouwen in Nederland in de leeftijd van 35-55 jaar om de 3 jaar opgeroepen worden om naar de huisarts te gaan voor het laten maken van een uitstrijkje. Habbema e.a. concludeerden in hun onderzoek naar de kosten en effecten van bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker (op basis van simulatiemodellen), dat bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker voortaan aangeboden moet worden aan vrouwen van ongeveer 30 jaar tot ongeveer 70 jaar (Habbema

e.a., 1988). Oproepschema's met een veel beperkter leeftijdsbereik, of oproepschema's waarin op jonge leeftijden frequent vroege opsporing plaatsvindt, zijn niet aan te bevelen, aldus de onderzoekers. Oproepschema's die niet aan de genoemde criteria voldoen hebben een veel slechtere verhouding tussen kosten, gunstige en ongunstige effecten.

Voorlopig houden we ons in dit onderzoek nog aan het advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, waarbij de populatie at risk gevormd wordt door alle vrouwen van 35-54 jaar.

Is de Nederlandse huisarts in staat deze screening adequaat uit te voeren? Lammes spreekt over een dreigende teloorgang (Lammes, 1988), met name omdat de epidemiologische bewaking niet voldoende gegarandeerd is. Verberk (1989) heeft in zijn eigen praktijk onderzocht hoe groot opkomstpercentage na het oproepen van vrouwen geboren in de periode tussen 1932 en 1957 was en welke redenen vrouwen aangaven, die geen gehoor hebben gegeven aan de oproep voor het niet verschijnen. Hij concludeert, dat indien het onderzoek en het oproepen door de eigen huisarts wordt gedaan, het opkomstpercentage zeker niet hoger is dan bij het bevolkingsonderzoek via een 'onderzoekswagen'. Met een herinneringsoproep lukt het hem misschien een opkomstpercentage van 60% te halen. Oorzaken voor deze lage opkomst zoekt hij vooral in 'angst' voor vaginaal onderzoek. De opkomst daalt met het ouder worden van de deelnemers. (Zie ook Fleming en Lawrence, 1981, Makuc e.a. 1989, Meijman, 1984)

Ebbens e.a. (1987) concluderen in een onderzoek onder acht huisartsen verbonden aan het Registratienet Huisartspraktijken van de Rijksuniversiteit Limburg, dat er voornamelijk uitstrijkjes worden gemaakt bij patiënten die voor anticonceptie op het spreekuur komen en niet bij andere consulten. Bij preventief of het anticiperend bezig zijn ten aanzien van baarmoederhalskanker kunnen dus vraagtekens gezet worden.

Evenals over de systematische opsporing van hypertensie hebben de deelnemende huisartsen zich ook in de huisartsenenquête uitgesproken over hun gedrag en hun idealen waar het de screening op cervixcarcinoom betreft. Het gedrag is ongeveer gelijkelijk verdeeld over drie (elkaar niet volledig uitsluitende) alternatieven: niet systematische screening, screening van vrouwen die op het spreekuur komen voor anticonceptie en screening van alle vrouwen, wanneer ze dat willen. Het ideaal is voor de meerderheid echter om alle vrouwen in risicogroepen of zelf op te roepen voor een uitstrijkje (29%) of in een bevolkingsonderzoek te laten screenen (34%).

De praktijk ten tijde van de Nationale Studie was echter casefinding. Wat zijn de mogelijkheden voor casefinding in de huisartspraktijken die in de Nationale

Studie aantreffen en in welke mate wordt van die mogelijkheden gebruik gemaakt. We zullen in dit hoofdstuk de volgende vragen aan de orde laten komen:

1. Welk deel van de populatie at risk (35-54 jarige vrouwen) bereikt de huisarts in een periode van 3 maanden?
2. Bij welk deel van de populatie at risk wordt een uitstrijkje gemaakt?
3. Bij welk deel van de populatie at risk wordt een uitstrijkje gemaakt zonder dat de klachten daar ogenschijnlijk aanleiding toe gaven?

## **6.2. In hoeverre krijgt de huisarts zijn populatie at risk onder ogen?**

In hoofdstuk 4 zagen we dat binnen de categorie vrouwen verschillen in huisartsbezoek minder groot waren dan binnen de categorie mannen. Wanneer we ons beperken tot de hierboven omschreven risicogroep van 35-54-jarigen dan constateren we het volgende.

Het percentage vrouwelijke huisartsbezoekers, dat in een kwartaal de huisarts bezoekt neemt van 35 tot 54 jaar toe van 43% tot 48%.

De kans dat een vrouw tussen de 35 en 54 jaar op het spreekuur komt, wordt enigszins bepaald door opleiding. De huisarts ziet iets minder hoog opgeleide vrouwen (HBO en universitair); het verschil is maximaal 10%.

Een uitsplitsing naar burgerlijke staat, zoals in grafiek 4.7 is gemaakt, laat zien, dat gescheiden en verweduwde vrouwen iets vaker in 3 maanden het spreekuur van de huisarts bezoeken. Dit verschil verdwijnt echter in de leeftijdscategorie 50-54 jaar.

De vrouwen die een niet-Nederlandse nationaliteit hebben komen in alle 4 de leeftijdscategorieën iets vaker dan de Nederlandse vrouwen. Het verschil varieert van 2.2% tot 7.9%.

Ziektefondsverzekerde vrouwen van 35-54 jaar bezoeken in 3 maanden vaker de huisarts dan particulier verzekerde vrouwen.

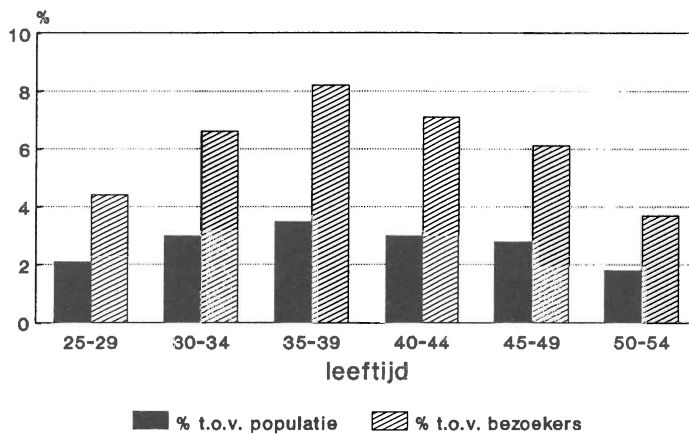
Samenvattend kan geconcludeerd worden, dat de trefkans in 3 maanden voor vrouwen van 35-54 jaar met een laag opleidingsniveau, een niet Nederlandse nationaliteit, niet (meer) gehuwd zijnde en ziektefondsverzekerd iets groter is dan voor vrouwen in die leeftijdscategorie met een hoge opleiding, een Nederlandse nationaliteit, gehuwd en particulier verzekerd. De verschillen worden echter kleiner bij het toenemen van de leeftijd.

### 6.3. Bij wie maakt de huisarts een uitstrijkje?

In drie maanden tijd ziet de huisarts ongeveer 45% van de populatie at risk. Dit percentage zal over een heel jaar nog wel iets toenemen, maar over de orde van grootte kan op basis van deze gegevens geen uitspraak gedaan worden.

De volgende vraag die wij ons stellen is, hoe vaak van dit contact gebruik gemaakt wordt om een uitstrijkje te maken. Hierbij wordt naar dezelfde categorieën patiënten gekeken als bij de beschrijving van de contactfrequentie. In grafiek 6.1 wordt aangegeven hoe vaak er een uitstrijkje gemaakt is in 3 maanden. Er is gebruik gemaakt van twee noemers: de eerste is het totaal aantal vrouwen in de praktijkpopulatie en de tweede noemer bestaat uit alle vrouwen die het spreekuur bezocht hebben.

Grafiek 6.1 Vrouwelijke patiënten bij wie tenminste eenmaal een uitstrijkje is gemaakt

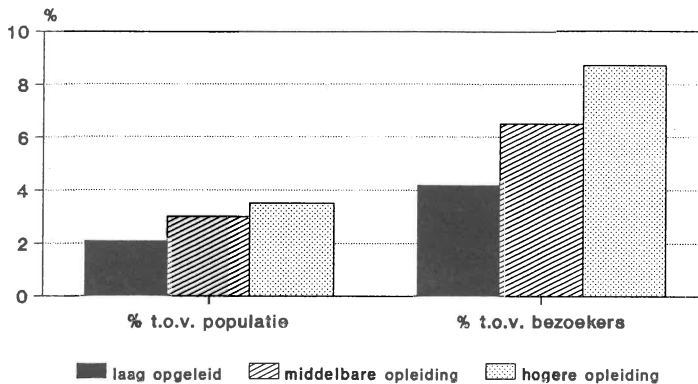


Uit deze grafiek blijkt, dat het aantal uitstrijkjes voor de leeftijdscategorie 35-39 jaar het hoogst is, zowel t.o.v. de populatie als t.o.v. de vrouwen die de huisarts bezochten. De grafiek loopt vanaf dit hoogtepunt naar beide zijden tamelijk symetrisch af. Zijn er nog verschillen waar te nemen, wanneer een uitsplitsing gemaakt wordt naar de diverse achtergronds variabelen?

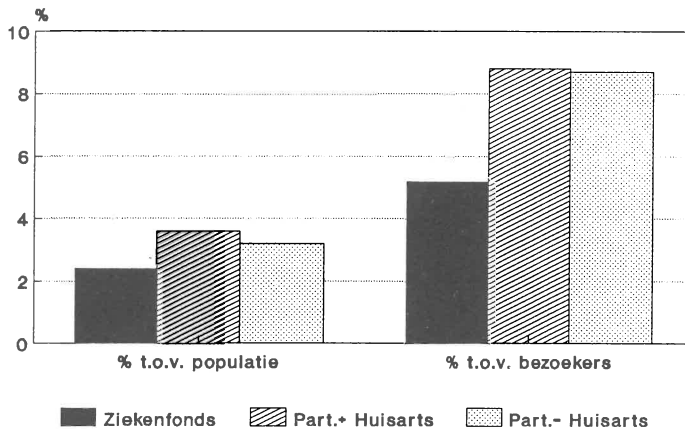
Uit grafiek 6.2 blijkt heel duidelijk, dat bij de hoogst opgeleide vrouwen relatief vaker een uitstrijkje gemaakt wordt dan bij lager opgeleiden. Dit verschil blijft zelfs bestaan, wanneer we kijken naar de percentages ten opzichte van de praktijkpopulaties. (Het percentage spreekuurbezoekers bleek immers voor de hoogst opgeleiden lager te liggen.) Uit de naar leeftijd verder uitgesplitste tabel B.4 in de bijlage, blijkt bovendien, dat het relatief grote aantal uitstrijkjes in de leeftijdscategorie 30-34 jaar, dus buiten de gedefinieerde risicogroep, vooral gevonden wordt onder de hoogst opgeleide vrouwen.

Voor verzekeringsvorm geldt dat van particulier verzekerde vrouwen, hoewel ze minder vaak op het spreekuur komen, relatief vaker een uitstrijkje gemaakt wordt dan van ziekenfondsverzekerden. Zie grafiek 6.3.

Grafiek 6.2 Patiënten bij wie een uitstrijkje is gemaakt, naar opleiding



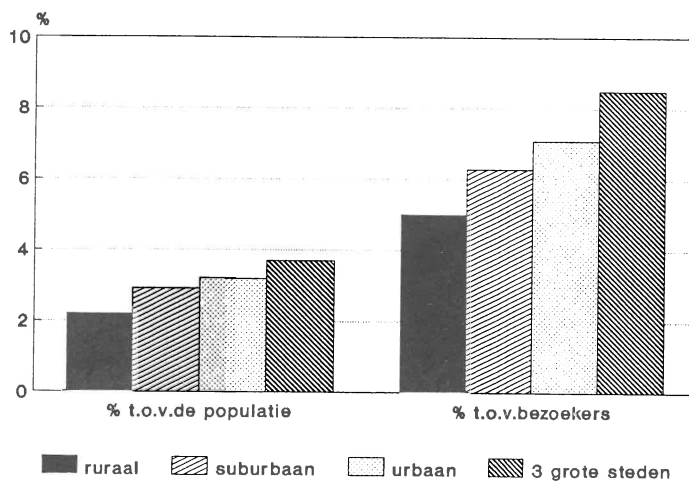
Grafiek 6.3 Patiënten bij wie een uitstrijkje is gemaakt, naar verzekeringsvorm



Bij een onderscheid naar verzekeringsvorm, zien we dat particulier verzekerde vrouwen weliswaar minder vaak hun huisarts bezoeken, maar dat er per contact 1.7 keer vaker een uitstrijkje gemaakt wordt. In de uitsplitsing naar leeftijd (Tabel B.5) blijkt dat verschil vooral bij de oudere categorieën.

In de volgende grafiek bezien we of er verschil bestaat in het maken van uitstrijkjes wanneer de praktijk zich op het platteland of juist in een grote stad bevindt.

Grafiek 6.4 Patiënten bij wie een uitstrijkje is gemaakt, naar urbanisatiegraad van de praktijk





Bij patiënten die in de grote steden op het spreekuur komen wordt vaker een uitstrijkje gemaakt dan bij patiënten op het platteland. Omdat we in hoofdstuk 4 zagen dat de trefkans om een patiënt op het spreekuur te krijgen in een 3-maands periode niet varieert met de urbanisatiegraad, zien we deze zelfde tendens terug wanneer we percenteren op de praktijkpopulatie. In tabel B.6 in de bijlage blijkt deze tendens ook binnen de onderscheiden 5-jaarsgroepen telkens terug te keren.

Het netto resultaat is zo dat bij vrouwen boven de 50 jaar, lager opgeleide vrouwen, bij ziekenfondsverzekerden en op het platteland relatief minder vaak een uitstrijkje wordt gemaakt; dit in tegenstelling tot het feit dat de "trefkans" voor de eerste drie groepen relatief hoog is.

#### 6.4. Welke klachten geven aanleiding tot het maken van een uitstrijkje?

In tabel 6.1 staan de 8 meest voorkomende redenen, die de patiënt opgaf om de huisarts te bezoeken, waarbij een uitstrijkje werd gemaakt.

Tabel 6.1 De meest genoemde contactredenen, waarbij een uitstrijkje gemaakt is (vrouwen tussen 35 en 55 jaar)

Uitstrijkje	62,8% *
Anticonceptie pil	8,2%
Aandoeningen menstr. cyclus	5,4%
Partieel medisch onderzoek vrouwelijke geslachtsorganen	4,5%
Bloeddrukcontrole	4,2%
Buikpijn/buikkrampen	4,1%
Vaginale afscheiding	4,0%
Ov. gelokaliseerde buikpijn	3,6%
Overmatige menstruatie	3,2%
Rugklachten	2,8%

\* Er konden per contact meerdere redenen worden opgegeven. In dit geval is het gemiddeld aantal 1.94 RFE in 1288 cases. De percentages tellen daarom op tot meer dan 100%

Deze lijst voert tot de conclusie dat uitstrijkjes vaak gemaakt worden naar aanleiding van bepaalde klachten. De meest voorkomende reden is echter het maken van het uitstrijkje op zich. Evenals bij de bloeddruk is het weer niet duidelijk in hoeverre hier sprake is van een initiatief van de patiënt of van de arts.

Zoals gezegd worden veel uitstrijkjes gemaakt in de leeftijdsgroepen die onder

de als "risico" beschouwde categorie van 35 -55 jarigen zitten. Wanneer we de contactredenen van de 25 - 35 jarige vrouwen waarbij een uitstrijkje gemaakt wordt, bezien dan constateren we dezelfde klachten als in bovenstaande tabel, maar met een veel zwaarder gewicht voor anti-conceptie als reden voor komst. Maar liefst 35% van alle uitstrijkjes worden in deze leeftijdscategorie gemaakt naar aanleiding van een consult waarin sprake was van een pilcontrole of een andere vorm van anti-conceptie.

## 6.5. Verschillen tussen artsen

Tabel 6.2 laat weer zien hoe de gemiddelde scores over de artsen verdeeld zijn, op dezelfde wijze als dit in tabel 5.4 voor bloeddrukmeting geschiedde.

Tabel 6.2 Gemiddelde en spreiding van screening op cervix-carcinoom onder de huisartsen

	Gem.	Stand. dev.	10%	25%	75%	90%
% 35-39 j. vrouwen *	49%	11	34%	42%	56%	62%
% 50-54 j. vrouwen	54%	12	37%	46%	62%	68%
% uitstrijkjes	4%	6	<1%	1%	6%	10%
% prev.uitstrijkjes **	20%	25	0%	0%	30%	53%
% RFE: uitstrijkje	57%	57	17%	39%	77%	100%

\* (Noemer = populatie)

\*\* (Noemer = aantal uitstrijkjes)

Opnieuw zijn er verschillen tussen de verschillende artsen. De proportie patiënten die gezien wordt kan een factor 1.8 verschillen tussen de hoogste en de laagste groepen. Het maken van uitstrijkjes verschilt in relatieve zin nog meer.

Verder zien we dat een belangrijk deel van de artsen nooit aangeeft een uitstrijkje om redenen van preventieve aard te maken, terwijl de voorhoede (zegge de bovenste 25%) 30% tot meer dan 50% van hun uitstrijkjes als "preventief" betiteld. Kleine grondtallen kunnen ons hierbij echter parten spelen. Hetzelfde geldt voor de mate waarin huisartsen zeggen dat het maken van een uitstrijkje ook de reden van komst was. Sommigen kennen dit als enige reden van komst waarbij men een uitstrijkje maakt, voor anderen is het een minderheid van de gevallen.

## 6.6. Beschouwing en conclusie

In een drie maands periode wordt gemiddeld van ongeveer 4% van de populatie at risk een uitstrijkje gemaakt. De meeste uitstrijkjes worden gemaakt bij de jongsten uit de populatie at risk. Bij particulier verzekerde en hoog opgeleide vrouwen wordt ook vaker een uitstrijkje gemaakt. Vaak geschiedt het omdat het de reden voor het spreekuurbezoek was. In een aantal gevallen zal de patiënt hierom vragen, in een aantal gevallen zal de arts dit nodig gevonden hebben. Wanneer de patiënt jonger is dan de risicogroep wordt er ook regelmatig een uitstrijkje gemaakt. Vaak is de reden van komst dan anticonceptie.

Door de huisartsen-peilstations, die voor het NIVEL sinds de jaren '70 een aantal ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk landelijk registreren, werden in 1987 615 uitstrijkjes per 10.000 vrouwen geregistreerd (Barteids 1990). In dit licht bezien lijkt 4% (= 400/10.000) in drie maanden erg veel, maar we moeten niet vergeten dat wij niet op alle vrouwen in de populatie percenteren, maar alleen de vrouwen tussen de 35 en 55 in beschouwing namen. De noemer van de peilstations (die ook alle vrouwen onder de 15 en boven de 65 bevat) is dus groter dan die in deze studie. Bij de peilstations, waar ook de indicatie tot het maken van een uitstrijkje werd geregistreerd, werd ongeveer een derde van alle uitstrijkjes geïndiceerd als een "preventief initiatief van de peilstationsarts"; in nog geen 10% van de gevallen was de klacht de indicatie. Mogelijkerwijs heeft de globale registratie in het huidige project tot een onderschatting van het eerste en een overschatting van het laatste geleid.

Dat vooral bij de jongeren uit de risicogroep uitstrijkjes worden gemaakt is ook bekend uit Engels (Fleming en Lawrence, 1981) en komt zowel in de peilstations als ander Nederlands onderzoek (Meyman, 1986, v Veen, 1984, Verberk, 1988) naar voren.

De combinatie van deze gegevens wekt de suggestie dat de frequentie van uitstrijkjes maken door de huisarts onder andere bepaald wordt door de mondigheid van de patiënt. Het is niet moeilijk voorstelbaar dat juist de jongere en beter opgeleide vrouw vaker zelf verzoekt om een uitstrijkje, waarbij onder meer het consult vanwege anticonceptie hiervoor wordt aangegeven.

Het feit dat meer dan de helft van alle uitstrijkjes als reden voor contact "maken van uitstrijkje" heeft meegekregen is ook in het licht van de bevindingen van Ebbens e.a. opvallend. In hun onderzoek (105 uitstrijkjes in 8 huisartsenpraktijken) was 15% op verzoek van de patiënt, 30% n.a.v. anticonceptie en 25% om gynaecologische redenen. De laatste twee indicaties zijn bij benadering in tabel 6.1 reproduceerbaar, het eerste niet. Anticonceptie (ten minste bij de 35 -54 jarigen, bij de jongeren ligt dat anders) komt in ons onderzoek minder vaak als contactreden bij een uitstrijkje voor. De hoeveelheid gynaecologische redenen om een uitstrijkje te maken lijkt vergelijkbaar, maar is hoger dan bij de al eerder vermelde peilstations.

Overigens illustreert de opsomming van Ebbens e.a. de algemene bevinding uit de literatuur met betrekking tot preventie door huisartsen dat dezen niet geneigd zijn om ongevraagd, uit eigen beweging tot vroegtijdige opsporing van ziekte over te gaan. Onze resultaten spreken dat niet tegen maar zoals gezegd, het feit dat de reden van komst zo vaak ongedifferentieerd als "maken van uitstrijkje" is benoemd, maakt de interpretatie erg moeilijk.

## 7. BORSTKANKER

### 7.1. Inleiding

Borstkanker neemt onder Nederlandse vrouwen de eerste plaats in zowel bij de kankerincidentie (ongeveer 30%) als bij de kankersterfte (ongeveer 20%). Internationaal gezien blijkt Nederland hiermee, samen met het Verenigd Koninkrijk, de omvangrijkste borstkankerproblematiek te hebben. In Nederland sterven er jaarlijks ruim 3000 vrouwen (5,5% van alle doodsoorzaken voor vrouwen) aan borstkanker (Maandbericht gezondheidsstatistieken, 1989) en werd er in 1985 bij ruim 7400 vrouwen de diagnose borstkanker gesteld (Van Bon-Martens e.a., 1990). Voor een standaardhuisartspraktijk van patiënten met een leeftijds- en geslachtsopbouw als in de Nederlandse bevolking betekent dit eenmaal per jaar een nieuwe patiënte met borstkanker. De huisarts krijgt meer dan 10 maal zo vaak met een goedaardige als met een kwaadaardige borstafwijking te maken. De letaliteit van borstkanker wordt geschat op 40%, hetgeen betekent dat van de vrouwen met deze aandoening ongeveer 40% ook eraan overlijdt (Maandbericht gezondheidsstatistieken, 1989). Alleen al door de toenemende vergrijzing van de Nederlandse bevolking zal het absolute aantal borstkankerpatiënten en sterfgevallen ten gevolge van borstkanker aanzienlijk stijgen.

Aangezien de risicofactoren voor borstkanker geen praktische aanknopingspunten bieden voor primaire preventie (vgl de Waard, 1989) en aangezien ondanks alle ontwikkelingen op therapeutisch gebied nog steeds 40% van de patiënten aan deze ziekte overlijdt, lijkt secundaire preventie door middel van periodieke screening van de bevolking thans de meest effectieve methode te zijn om borstkanker sterfte te verminderen.

Sinds de introductie van mammografie als screeningsmethode is bevolkingsonderzoek op borstkanker op grote schaal mogelijk geworden.

De Gezondheidsraad (1987) adviseert om te screenen op borstkanker door middel van mammografie bij vrouwen in de leeftijd van 50 tot 70 jaar (om de 2 jaar). Dit advies wordt overgenomen in het recente "kosten en effect van bevolkingsonderzoek op borstkanker" (De Koning e.a., 1990). In het buitenland worden ook andere leeftijdscategorieën gehanteerd. Teneinde over een breder perspectief te kunnen oordelen zullen we ons in het onderstaande op de groep 40-70 jarigen richten.

Bij de huisartsen die aan de Nationale Studie deelnamen werd in het algemeen niet systematisch op borstkanker gescreend; in de meerderheid van de gevallen was er sprake van borstonderzoek op verzoek. Daarnaast zei 70% van de

ondervraagden om vrouwen zelf te leren de borsten te onderzoeken wanneer ze daar zelf om vroegen. 17% nam dat initiatief zelf bij risicogroepen en 9% zei dat bij alle vrouwen te doen. Idealiter vond 71% dat het eigenlijk goed zou zijn wanneer huisartsen dit aan alle vrouwen in de betreffende leeftijdsgroepen zouden leren.

45% was van mening dat idealiter alle vrouwen periodiek door middel van mammografie zouden moeten worden onderzocht. 52% was daar tegen. Dit laatste cijfer is merkwaardig hoog in het licht van de adviezen van de gezondheidsraad en de twijfelachtige effecten van zelfonderzoek en palpatie (vgl. Meyboom-de Jong en v Veen (1984).

De vraagstelling voor dit onderdeel volgt hetzelfde stramien als in de twee vorige paragrafen. We zullen de volgende vragen aan de orde laten komen:

1. Welk deel van de populatie at risk (40-70 jarige vrouwen \*) bereikt de huisarts in een periode van 3 maanden?
2. Bij welk deel van de populatie at risk wordt borstonderzoek gedaan c.q een mammografie aangevraagd?
3. Bij welk deel van de populatie at risk geschiedt dit zonder dat de klachten daar ogenschijnlijk aanleiding toe gaven?

## **7.2. In hoeverre krijgt de huisarts zijn populatie at risk onder ogen?**

In hoofdstuk 4 hebben we gezien dat de proportie vrouwen die een huisarts onder ogen krijgt niet zo sterk verandert tussen de 30 en de 70 jaar. De kans dat een vrouw tussen de 40 en 70 jaar op het spreekuur komt, wordt wel voor een deel bepaald door opleiding. De huisarts ziet iets minder hoog opgeleide vrouwen. Dit verschil neemt overigens ook af met de leeftijd. Er zijn zeer weinig hoog opgeleide vrouwen boven de 65 jaar.

Tot 50 jaar komen gehuwde vrouwen minder in contact met de huisarts dan gescheiden en verweduwd vrouwen. Boven de 50 jaar zijn het juist de ongehuwde vrouwen die de huisarts minder ziet.

Niet-Nederlandse vrouwen komen even vaak met de huisarts in contact, dan Nederlandse vrouwen. Wel moet rekening gehouden worden met het feit, dat slechts 2,9 % van de vrouwen in de onderzochte huisartspraktijken niet de Nederlandse nationaliteit heeft en 1,7 % in de leeftijdscategorie 40-70 jaar.

Ten slotte ziet hij de particulier verzekerde vrouwen wat minder vaak dan de

---

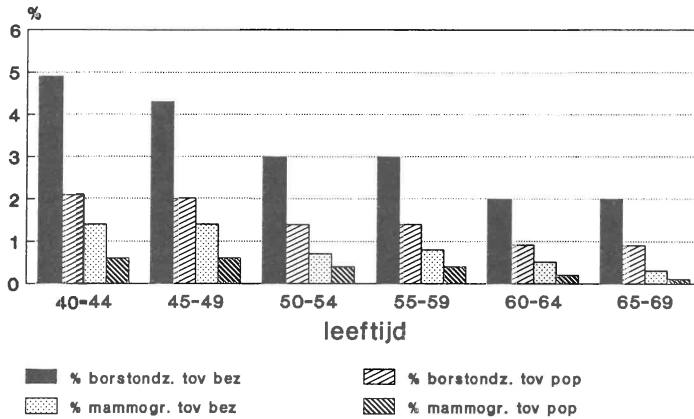
\* Het bevolkingsonderzoek op borstkanker dat recentelijk gestart is, vindt buiten de huisartspraktijk plaats. Daarom wordt behalve naar de populatie at risk van 50-70 jaar ook gekeken naar de groep van 40-50 jaar, want voor deze categorieën ligt mogelijk een taak voor de huisarts.

ziekenfondsverzekerden.

### 7.3. Bij wie doet de huisarts borstonderzoek?

In grafiek 7.1 wordt aangegeven hoe vaak er borstonderzoek gedaan is in 3 maanden. Daarbij is ook aangegeven hoe vaak het mammografie betrof. Hier is weer gebruik gemaakt van twee noemers: de eerste is het totaal aantal vrouwen in de praktijkpopulatie en de tweede noemer bestaat uit alle vrouwen die het spreekuur bezocht hebben.

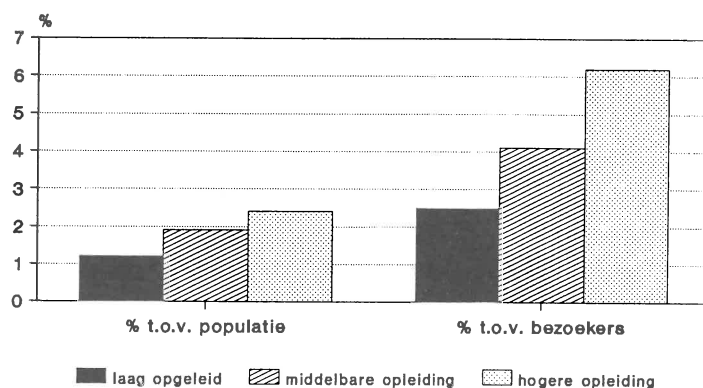
Grafiek 7.1 Vrouwelijke patiënten bij wie tenminste eenmaal een borstonderzoek heeft plaatsgevonden naar leeftijd



Uit grafiek 7.1 blijkt, dat borstonderzoek relatief het meest voorkomt bij de leeftijdsgroep 40-50 jaar, dus niet de populatie at risk. Dit geldt ook voor het aantal waarbij een mammografie wordt gemaakt, hoewel het hier om zeer geringe aantallen gaat.

Bezien we de achtergrondkenmerken van vrouwen bij wie borstonderzoek plaatsvindt in grafiek 7.2.

Grafiek 7.2 Borstonderzoek verdeeld naar opleiding

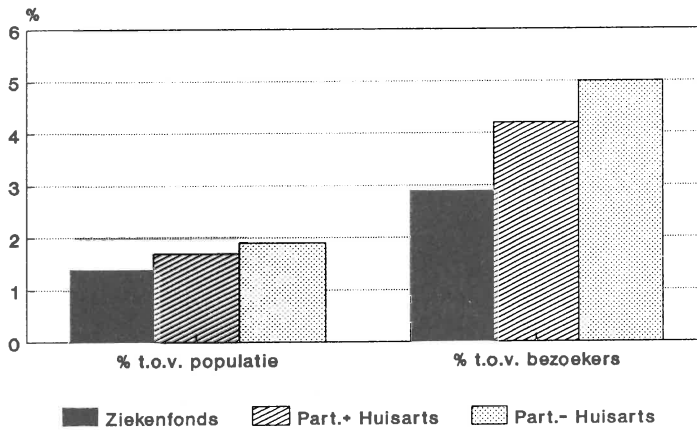


Evenals bij het maken van een uitstrijkje, blijkt ook hier de categorie met de laagste opleiding het minst vaak een borstonderzoek te krijgen. Dit is zowel het geval als men het op de spreekuurbezoekers betreft als wanneer men naar de praktijkpopulatie kijkt. In de bijlage (tabel B.7) vinden we de verdere uitsplitsing naar leeftijdscategorieën. De gesignaleerde trend komt binnen iedere onderscheiden 5-jaarsgroep terug.

Een uitsplitsing naar burgerlijke staat (Bijlage tabel B.8) laat zien dat bij ongehuwde vrouwen minder vaak een borstonderzoek plaatsvindt. In combinatie met de geringere contactfrequentie van deze groep betekent dit dat op populatieniveau ongehuwde vrouwen van 40-70 jaar 1.8 keer minder borstonderzoek ondergaan dan gehuwde vrouwen uit deze leeftijdscategorie. Vergelijking naar nationaliteit van de vrouwen is niet zinvol, gezien de scheve verdeling. Niet-Nederlandse vrouwen tussen de 40 en 70 jaar hebben in de gehele Nationale Studie slechts 9 maal borstonderzoek ondergaan.

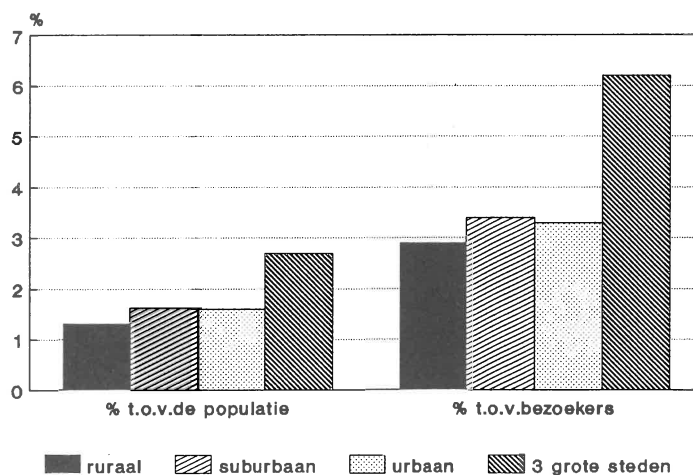


Grafiek 7.3 Borstonderzoek verdeeld naar verzekeringsvorm



Uit grafiek 7.3 blijkt, dat hoewel particulier verzekerde patiënten minder naar de huisarts gaan, er per contact vaker borstonderzoek plaatsvindt. Hiermee compenseert de particulier verzekerde vrouw bij wijze van spreken haar relatieve geringere contactfrequentie. (zie ook bijlage: B.9)

Grafiek 7.4 Borstonderzoek verdeeld naar urbanisatiegraad van de praktijk



Ten slotte kijken we naar de urbanisatiegraad van de praktijk. In grafiek 7.4 zien we dat -evenals bij uitstrijkjes- de frequentie van borstonderzoek toeneemt met de urbanisatiegraad. Voor meer details raadplege men B.10. Borstonderzoek wordt relatief bij weinig vrouwen uitgevoerd, bij de risicogroep gebeurt dit nog minder, en binnen deze risicogroep 50-70 jarigen blijft het platteland duidelijk achter.

## 7.4. Welke klachten geven aanleiding tot het doen van borst-onderzoek?

In tabel 5.7 staan de 10 meest genoemde redenen, die de patiënt opgaf, waarbij er borstonderzoek plaatsvond.

Tabel 7.1 De 10 meest voorkomende contactredenen waarbij een borstonderzoek plaatsvond (excl. aanvragen voor mammografie)

Pijn in de borst	23,6%*
Knobbel/gezwel in de borst	16,1%
Verzoek om borstonderzoek	14,7%
Ov. symptomen/klachten m.b.t. borst	13,4%
Klachten m.b.t. thorax/ribben	13,3%
Bloeddruk controle	7,1%
Uitstrijkje	6,6%
Angst voor borstkanker	4,1%
Alg. zwakte	3,6%
Symptomen,klachten oksel	2,9%

\* Er konden per contact meerdere redenen worden opgegeven. In dit geval is het gemiddeld aantal 1.94 RFE in 832 cases. De percentages tellen daarom op tot meer dan 100%.

Dit lijstje voert weer tot een conclusie die vergelijkbaar is met conclusies bij de vorige onderwerpen: De belangrijke aanleidingen om borstonderzoek te doen zijn de aard van de klacht en het verzoek van de patiënt. Echter, de aard van de klacht staat in dit geval meer centraal (In ongeveer 70% van de casus maakt de klacht een nadere diagnostiek noodzakelijk) dan bij het uitstrijkje het geval was.

In de 217 gevallen dat mammografie werd aangevraagd is in 80% van de gevallen sprake van pijn in de borst, knobbel of overige symptomen borst. Mammografie bij patiënten zonder klachten met een duidelijk screeningsoogmerk werd zelden aangetroffen.

Wanneer we de diagnoses bezien die gekoppeld worden aan contacten waarin borstonderzoek plaatsvindt, dan is in 5.2% van de gevallen sprake van cyste-vorming en in 4.3% van kwaadaardige nieuwvorming. De overige diagnoses blijven of symptoomdiagnoses of bevatten de conclusie "geen ziekte"

## 7.5. Verschillen tussen artsen

Tabel 7.2 behandelt op de gebruikelijke wijze weer de verschillen tussen de huisartsen.

We zien in deze tabel dat met name het oudere deel van de populatie at risk in principe uitstekend onder controle van de huisarts kan zijn: zelfs huisartsen met weinig surveillance zien in 3 maanden tijd nog altijd 65% van dit deel van de praktijkpopulatie.

Tabel 7.2 Gemiddelde en spreiding van screening op mamma-carcinoom onder de huisartsen

	Gem.	Stand. dev.	10%	25%	75%	90%
% 50-54 j. vrouwen *	54%	12	37%	46%	62%	68%
% 65+ vrouwen	77%	13	65%	71%	83%	88%
% borstonderzoek	3%	5	0%	1%	3%	6%
% prev.borstonderzoek **	3%	9	0%	0%	0%	10%
% mammografie	1%	2	0%	0%	1%	2%

\* (Noemer = populatie)

\*\* (Noemer = aantal borstonderzoeken)

Deze mogelijkheid wordt echter nauwelijks gebruikt om systematisch borstonderzoek te doen. In tegenstelling tot screening op cervix carcinoom is maar een minuscuul deel van de borstonderzoeken gedaan met het oogmerk op preventie. Zoals al uit de contactredenen uit de vorige paragraaf kon worden opgemaakt is de voornaamste motivatie voor borstonderzoek een diagnostische. 85% van de artsen geeft dan ook nooit aan dat borstonderzoek een preventief karakter had.

Mammografie wordt ook niet wijd verbreid toegepast. 34% van de onderzochte huisartsen heeft het niet een keer geregistreerd. Gemiddeld genomen is 1% van de praktijkpopulatie at risk (vrouwen tussen de 50 en 70 jaar) in de onderzoeksperiode van 3 maanden door middel van mammografie gescreend.

## 7.6. Beschouwing en conclusie

Het verhaal over screening op borstkanker lijkt in een aantal opzichten op het voorafgaande over screening op cervix-carcinoom. Het geschiedt relatief vooral bij de groep waarbij het qua leeftijd nog niet zo nodig is, en bij de patiënten die wat hun achtergrondkenmerken betreft tot het meer mondige deel van de

populatie horen. Meer dan het maken van een uitstrijkje geschiedt het vooral als de klachten er aanleiding toe geven. Borstonderzoek komt meer dan drie maal zo veel voor als mammografie.

Deze conclusies komen we ook in ander onderzoek tegen. Ashby, Buxton en Gravelle (1990) rapporteren dat de vrouwen die zich laten screenen op borstkanker relatief veel uit de groep 25-45 jarigen en weinig uit de oudere groep afkomstig zijn. Uit de rapportage van de NIVEL-peilstations, die in het vorige hoofdstuk reeds ter sprake kwam, komt naar voren dat in 1988 80 mammografieën per 10.000 vrouwen gemaakt werden, waarvan ongeveer 75% baar aanleiding van klachten of symptomen was en ongeveer 25% uit overwegingen van preventieve aard (Bartelds, 1990). Boven de 50 jaar nam het aantal mammografieën per 10.000 vrouwen snel af. Naar aanleiding hiervan spreekt Bartelds over een "worried well" patroon.

De conclusie uit de literatuur dat borstonderzoek minder betrouwbaar is dan mammografie (vgl. Meyboom-de Jong en van Veen, 1984) heeft voor de praktizerende huisarts zoals die uit de Nationale Studie naar voren komt blijkbaar nog niet tot consequenties geleid.



## 8. SPONTAAN HUISBEZOEK BIJ OUDEREN

### 8.1. Inleiding

In de jaren '90 zal de huisarts zich, door de toename van het aantal oudere mensen, meer toe moeten leggen op 'care' (zorgen voor). Hij zal meer zorg dragen voor het handhaven herstellen en verbeteren van de functionele toestand van patiënten en met name ouderen. Een vorm van preventieve activiteit die door een huisarts uitgevoerd wordt en vooral voor deze categorie van patiënten van belang is, is de spontane huisvisite. Dit houdt in dat men met enige regelmaat de oudere patiënten uit de praktijk thuis bezoekt om te zien of er bij de bestaande/bekende problemen nog geen extra problemen voordoen.

Vooralsp zijn oudere patiënten ziet de huisarts niet zo vaak op het spreekuur, terwijl deze mensen vanwege hun leeftijd een relatief groot risico lopen voor het verslechteren van hun gezondheid. Om hier tijdig te kunnen signaleren kan de huisarts spontane huisvisites af gaan leggen, dus iemand thuis bezoeken, zonder dat daar door de patiënt om gevraagd is. In deze paragraaf komen de volgende vragen aan de orde.

1. Welk deel van de patiënten van 65 jaar en ouder krijgt de huisarts onder ogen?
2. Bij welk deel van zijn/haar patiënten van 65 jaar en ouder gaat de huisarts spontaan\* op visite?
3. Wat zijn de meest voorkomende redenen voor de huisarts om een spontane visite af te leggen?

### 8.2. Welk deel van zijn patiënten van 65 jaar en ouder krijgt de huisarts onder ogen?

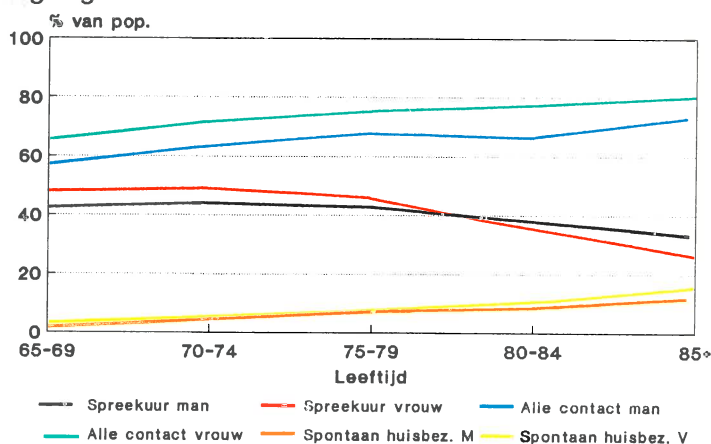
Van de totale mannelijke praktijkpopulatie is 10,2% ouder dan 65 jaar en 3,8% ouder dan 75 jaar. Voor de vrouwelijke praktijkpopulatie zijn deze percentages respectievelijk 13,8% en 6,1%. (vgl. hoofdstuk 4)

---

\* Voor de duidelijkheid zij hier nog een keer herhaald wat ook in de methodensectie naar voren is gebracht: gemeten is hoe vaak een contact door de huisarts op het contactregistratieformulier is aangemerkt als "spontane huisvisite". Dit is iets anders als "huisvisite" waarbij bij de initiatiefnemer tot het contact de huisarts als zodanig is vermeld

In grafiek 8.1 staat het percentage mannen en vrouwen in 5-jaarsklassen van 65 jaar en ouder, dat in een 3-maandsperiode contact met de huisarts gehad heeft, en, als een subcategorie daarvan, het percentage dat ten minste eenmaal zelf een bezoek aan de huisarts heeft afgelegd. In hoofdstuk 4 was reeds zichtbaar geworden dat boven de 75 jaar het spreekuurbezoek snel in frequentie afneemt. Dit is ook zichtbaar in grafiek 8.1.

Grafiek 8.1 Proportie ouderen met wie de huisarts in een 3-maandsperiode ten minste een contact heeft gehad, met wie ten minste een spreekuurcontact heeft plaatsgevonden en bij wie een spontane thuisvisite is afgelegd.



In een periode van 3 maanden ziet de huisarts ruim 40% van de mannelijke populatie van 65 tot 80 jaar op zijn spreekuur. Boven de 80 jaar neemt dit percentage snel af. Voor de vrouwelijke populatie ligt het spreekuurbezoek op bijna 50% voor de 65 tot 75 jarigen. Vanaf 75 jaar wordt hier al een afname waargenomen. Toch mag hieruit niet worden afgeleid dat de huisarts het contact met de hoogbejaarde patiënten verloren heeft. Wanneer we in grafiek 8.1 letten op het percentage ouderen met wie de huisarts in de periode van drie maanden op een of andere manier vis à vis contact heeft gehad (dit betekent hoofdzakelijk dat de huisbezoeken door de huisarts worden meegeteld), dan blijkt dit percentage juist toe te nemen met de leeftijd. Wanneer we zo de huisbezoeken meetellen ontstaat een geheel ander beeld.

Kortom, de huisarts heeft juist over het oudste deel van zijn patiëntenpopulatie een uitstekende surveillance: twee derde van de mannen boven de 65 jaar en drie kwart van de vrouwen worden ten minste eenmaal in de 3 maanden gezien.

Dit stelt de huisarts in staat een redelijke controle over deze patiënten uit te oefenen. De laatste vraag die we met behulp van grafiek 8.1 kunnen beant-



woorden is, bij welk deel van deze patiënten de huisarts zelf het initiatief neemt om dergelijke controle uit te oefenen. Het merendeel van de zeer oude patiënten die niet op het spreekuur komen maar desondanks gezien worden zullen zelf om een huisbezoek verzocht hebben of laten verzoeken. Bij een deel van deze bezoeken geldt de huisarts echter als initiatiefnemer.

We zien in de twee lijnen die dit type arts-patiëntcontact aangeven, dat een dergelijk contact op initiatief van de arts vooral bij de oudste patiënten plaats vindt. Bij meer dan 11 % van de mannelijke patiënten en bij 15% van de vrouwen boven de 85 jaar heeft de huisarts wel eens uit eigen beweging een bezoek gebracht in de 3 registratiemaanden. Gemiddeld gebeurt dit bij 5.4% resp. 6.7% van alle patiënten boven de 65 jaar.

### **8.3. Bij wie van 65 jaar en ouder gaat de huisarts spontaan op visite?**

In tabel B.11 is een uitsplitsing gemaakt naar leeftijd, geslacht en burgerlijke staat voor wat betreft de spontane thuisvisites.

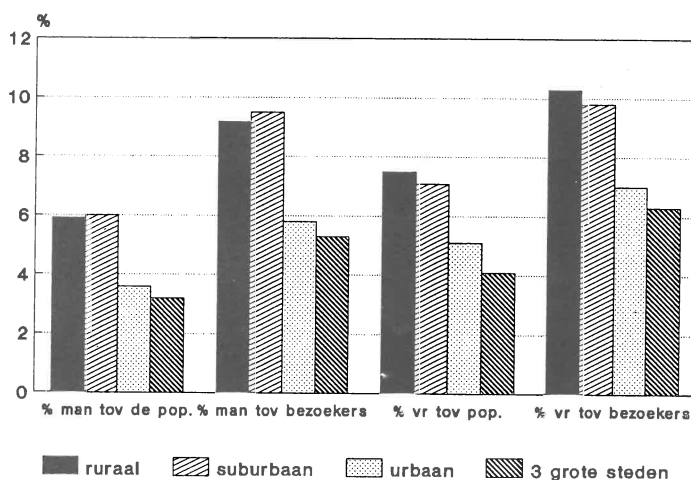
Duidelijk is in deze tabel ook weer de toename van de spontane huisvisites met de leeftijd. In het algemeen is het aantal spontane huisvisites bij de mannen die weduwnaar zijn groter, dan bij de gehuwde en ongehuwde mannen. Bij de vrouwen onderscheiden de gehuwden zich van beide andere groepen door een lager percentage dat spontaan door de huisarts bezocht wordt. In de oudste leeftijdscategorieën zijn het de verweduwde en gescheiden vrouwen die het meest op initiatief van de arts thuis worden bezocht.

Of een huisarts tot een spontane huisvisite besluit wordt niet beïnvloed door de manier waarop de patiënt verzekerd is. Aangezien zelfs op hoge leeftijd het percentage patiënten met huisartscontact onder ziekenfondspatiënten hoger is, krijgt op populatieniveau een iets grotere proportie ziekenfondspatiënten spontaan bezoek van hun huisarts dan particulieren.

Een laatste uitsplitsing betreft de urbanisatiegraad van de praktijk. Huisbezoek is in principe in minder geurbaniseerde gebieden gebruikelijker dan in steden, en het zou kunnen zijn dat dit van invloed is op de mogelijkheid om controle over hoogbejaarde patiënten te houden.

In grafiek 8.2 staat het percentage spontaan huisbezoek (opnieuw als percentage t.o.v. de populatie en t.o.v. de bezoekers) weergegeven, uitgesplitst naar urbanisatiegraad van de plaats waar de praktijk is gevestigd.

Grafiek 8.2 Proportie ouderen waarbij de huisarts spontaan een huisbezoek aflegt, uitgesplitst naar urbanisatiegraad van de vestigingsplaats van de praktijk.



Hadden urbanisatiegraad en spreekuurcontactfrequentie niet zo'n duidelijk verband met elkaar, zoals we in hoofdstuk 4 zagen, de lokatie van de praktijk heeft wel een duidelijke relatie met het afleggen van (spontaan) huisbezoek. Dit is voor alle leeftijdsklassen boven de 65 jaar gebruikelijker op het platteland en verstedelijkt platteland, dan in de grotere steden. Gemiddeld scheelt dit bijna een factor 2, in de oudste leeftijdsgroepen overstijgt het dat zelfs (zie ook tabel B.12).

Met name voor een achtergrondkenmerk als urbanisatiegraad moeten we er aan denken dat het hier een collectief kenmerk geldt: alle patiënten van dezelfde arts hebben dezelfde urbanisatiegraad. Aangezien we met slechts 103 praktijken te maken hebben speelt het geringe aantal ons hier wellicht parten, en kan het -toevallig- attente gedrag van enige artsen in suburbane gebieden deze resultaten vertekenen.

Concluderend stellen we echter, dat in het algemeen de meeste bejaarde patiënten door hun huisarts regelmatig gezien worden, dat artsen hier met name bij verweduwde oude patiënten regelmatig zelf het initiatief toe nemen, en dat dit initiatief vaker genomen wordt op het (verstedelijkt) platteland.

## 8.4. Wat zijn de meest voorkomende redenen voor de huisarts om een spontane visite af te leggen?

Om een indruk te krijgen van de ziekten die de patiënten die thuis bezocht worden hebben, zijn in tabel 8.1 de 10 meest voorkomende diagnoses die aan spontane huisvisites waren gekoppeld in beschouwing genomen.

Tabel 8.1 De 10 meest voorkomende diagnoses, gesteld bij patiënten, waarbij een spontane huisvisite plaatsvond. uitgesplitst naar geslacht

MANNEN		VROUWEN	
Decompensatio cordis	7.1%	Ongecompl hypertensie	6.6%
Kwaadaardige nvworming long	5.7%	Problemen i.v.m. dood partner	6.2%
Ongecompl. hypertensie	4.0%	Decompensatio cordis	5.2%
Problemen i.v.m. dood partner	3.9%	Diabetes Mellitus	4.2%
Dementia senilis	3.4%	Dementia senilis	3.0%
Kwaadaardige nvworming prostaat	2.7%	Depressie	2.6%
CVA	2.5%	CVA	2.4%
Diabetes Mellitus	2.2%	Verouderingsproces	2.1%
Oud infarct	2.1%	Kwaadaardige nvworming borst	2.0%
Overige CARA	1.7%	Immunisatie influenza	1.9%
Emfyseem	1.7%		
Kwaadaardige nvworming blaas	1.7%		

De aandoeningen, genoemd in deze tabel laten aan duidelijkheid weinig te wensen over: een spontane huisvisite wordt afgelegd bij patiënten die aan een ernstige ziekte leiden. In die zin kan hooguit over tertiaire preventie gesproken worden. De huisarts gaat in het algemeen niet bij ouderen op bezoek "om eens te zien of men zich goed kan redden".

## 8.5. Verschillen tussen artsen

Tabel 8.2 Gemiddelde en spreiding spontane huisvisites onder de huisartsen

	Gem.	Stand. dev.	10%	25%	75%	90%
% 65+ mannen *	69%	10	54%	63%	75%	83%
% 65+ vrouwen	77%	13	65%	71%	83%	88%
% spontane huisvisite	9%	12	1%	2%	11%	20%

\* (Noemer = populatie)

Zelfs door middel van spreekuurbezoek hebben de huisartsen al een redelijk overzicht over hun oudere patiënten populatie. Zelfs de artsen die deze groep het minst frequent zien, krijgen nog meer dan de helft in een kwartaal onder ogen.

Huisartsen verschillen echter nogal in het percentage ouderen dat ze thuis op gaan zoeken. De achterblijvers op dit gebied komt maar bij een of twee procent van zijn oudere patiënten aan huis, terwijl de koplopers 10 tot 20 procent thuis op zoekt. Ongetwijfeld speelt het stads-platteland verschil dat we in dit opzicht in paragraaf 8.3 constateerden een rol.

## 8.6. Beschouwing en conclusies

In de eerste plaats moeten we het vermoeden uitspreken, dat spontaan huisbezoek door de huisarts in de meeste gevallen weinig met primaire preventie (het opsporen van ziekte bij in principe gezonde mensen) te maken heeft. "Spontane" visites worden afgelegd bij patiënten die naar hun diagnose bezien ernstig ziek zijn. Het spontane karakter van de visite zal veelal gelegen zijn in het feit dat huisbezoek zo vanzelfsprekend is in een dergelijke situatie dat een formeel verzoek om een visite niet wordt gedaan. In termen van tertiaire preventie (voorkomen dat ziekte tot ongewenste en vermijdbare complicaties leidt) is een dergelijk huisbezoek ongetwijfeld nuttig. Daarnaast zagen we bij de diagnoses die met spontane visites gepaard gaan een aantal "diagnoses" die wel degelijk op een vorm van primaire preventie duiden: de patiënt die net een partner verloren heeft, de spontaan gegeven griepinjectie, en de hypertensie controle moeten in dit opzicht genoemd worden. Ook het feit dat met name verweerde patiënten nogal eens thuis bezocht worden zonder verzoek van de patiënt wijst op het preventieve karakter dat het spontane huisbezoek in een aantal gevallen toch heeft.

Overigens wekt het in dit verband toch wel bevreemding dat in de steden dergelijke visites zo veel minder voorkomen. Andere gegevens uit de Nationale Studie wijzen er op dat het aantal chronisch zieken en ouderen daar zeker niet geringer is dan in de plattelandspraktijken.

## 9. HUISARTS EN PREVENTIE

### 9.1. Inleiding

Een van de voornaamste conclusies uit de vorige hoofdstukken was, dat de gemiddelde huisarts de bestudeerde activiteiten niet zo vaak uit preventief oogpunt verricht. Diagnostiek die tot vroege opsporing kan leiden wordt op zich wel regelmatig verricht in de huisartspraktijk, maar meestal geschiedt dit omdat de klachten er aanleiding toe geven. Een andere belangrijke factor is, dat de patiënt zelf aan de huisarts verzoekt om een bepaalde diagnostiek bij hem of haar te verrichten. Met name jongere patiënten, en hoger opgeleide patiënten vragen hier nogal eens om.

Voorts zagen we per item dat er sprake is van een zekere spreiding tussen huisartsen. In onderstaande tabel zijn de belangrijkste indicatoren voor de verschillen tussen huisartsen nog eens samengevat.

Tabel 9.1 Gemiddelde en spreiding van activiteiten m.b.t. screening.

	Gem.	Stand. dev.	10%	25%	75%	90%
% bloeddrukmeting *	14%	9	3%	6%	15%	28%
% prev.bloeddrukmeting **	3%	5	0%	0%	3%	8%
% RFE: verzoek bloeddrukmeting	48%	15	29%	38%	56%	68%
% uitstrijkjes *	4%	6	<1%	1%	6%	10%
% prev.uitstrijkjes **	20%	25	0%	0%	30%	53%
% RFE: uitstrijkje	57%	57	17%	39%	77%	100%
% borstonderzoek *	3%	5	0%	1%	3%	6%
% prev.borstondz **	3%	9	0%	0%	0%	10%
% mammografie *	1%	2	0%	0%	1%	2%
% spontane huisvisite *	9%	12	1%	2%	11%	20%

\* (Noemer = populatie)

\*\* (Noemer = aantal screening)

Bezien we de bloeddrukmeting dan is er een range van 30% in het percentage van de populatie tussen de 30 en 60 jaar waarbij de huisarts de bloeddruk gemeten heeft. Bij de proportie uitstrijkjes bij vrouwen tussen de 35 en 55 jaar is er een range van 0 tot 10%, bij het borstonderzoek van 0 tot 6 % en bij de spontane huisvisite van 1% tot 20%.

In het onderstaande stellen we ons achtereenvolgens 3 vragen: in hoeverre stemmen de gevonden verschillen overeen met verschillen in wat de artsen daadwerkelijk **zeggen** te doen in de huisartsenquête op dat terrein, in hoeverre stemmen de verschillen overeen met verschillen in de **idealen** die de artsen in dat opzicht koesteren, en in hoeverre hebben de verschillen te maken met verschillen tussen de artsen in ondersteuning.

## 9.2. Zeggen en doen

De huisartsen werd gevraagd op welke wijze ze in de praktijk screenden op hypertensie. De antwoordmogelijkheden waren:

- niet systematisch onderzoek, afhankelijk van de klachten
- periodieke meting bij spreekuurbezoekers van bepaalde leeftijden, ongeacht de klachten
- oproepen van patiënten.

De proportie patiënten uit de populatie at risk (30-60 jaar) bij wie in drie maanden tijd bloeddruk werd gemeten, afgezet tegen deze drie mogelijkheden, leverde de volgende verdeling op:

Tabel 9.2. Wijze van hypertensie opsporing zoals weergegeven in enquête, afgezet tegen geobserveerde proportie bloeddrukmetingen (populatie 30-60 jaar).

Prop. bloeddrukmeting in pop.	Niet-syst. (N= 124)	Periodiek spreekuurbez. (N=23)	Oproepen (N=2)
0-5%	25 (20%)	3 (13%)	
5-7%	23 (19%)	4 (17%)	
7-11%	27 (22%)	6 (26%)	
11-18%	24 (19%)	4 (17%)	1 (50%)
18% en hoger	25 (20%)	6 (26%)	1 (50%)

Hieruit kan niet afgeleid worden dat er sprake is van een verband tussen doen en zeggen. ( $X^2 = .998$ ). Opvallend is dat ook van de artsen die bij de hoogste 20% zitten (bij meer dan 18% van hun populatie at risk hebben ze de bloeddruk gemeten) 78% zegt alleen niet-systematisch de bloeddruk te meten, terwijl omgekeerd er artsen zijn die zeggen periodiek de bloeddruk van iedere

spreekuurbezoeker te meten, en maar 5% van hun populatie gescreend blijken te hebben.

De verdeling blijft vrijwel hetzelfde, wanneer het aantal bloeddrukmetingen niet op de populatie at risk maar op de spreekuurbezoekende patiënten uit de betreffende leeftijdscategorie wordt betrokken.

Op eenzelfde wijze gaven de artsen aan hoe ze onder ideale omstandigheden hypertensie zouden willen opsporen. Ook in dit geval was er geen enkel verband tussen geregistreerd gedrag en ideaal. Artsen met als ideaal "oproepen van de populatie" controleerden eenzelfde proportie van de populatie als artsen die als ideaal "een niet-systematische werkwijze" aangaven.

Ongeveer de helft van de artsen gaf bij geen enkele bloeddrukmeting die hij of zij registreerde aan, dat dit met een preventief oogmerk geschiedde. De andere helft gaf dit minstens eenmaal aan. Van degenen die zeiden niet systematisch te screenen op hypertensie had 52% wel eens aangegeven de bloeddruk te meten uit het oogpunt van preventie. Van degenen die meldden iedere patiënt die op het spreekuur kwam periodiek te screenen had 46% dit wel eens aangegeven en 54% dus nooit.

De twee artsen die zeiden een screening van de totale populatie voor te staan hadden beiden wel eens aangegeven bloeddruk te meten vanwege preventieve redenen. Al met al lijkt het invullen van de categorie "reden voor diagnostiek: preventie" niet valide te zijn gebeurd, of artsen geven in enquêtes een heel ander beeld van hun werkwijze dan in hun registratie.

Omtrent de routines rondom borstonderzoek konden de artsen in de volgende categorieën antwoorden:

- borstonderzoek als de patiënt er om vraagt
  - borstonderzoek als de patiënt tot een risicogroep behoort
  - systematisch borstonderzoek bij alle vrouwen in een zekere leeftijdsklasse.
- Het eerste alternatief beschouwen we als de minst systematische aanpak, het laatste als de meest systematische. We verwachten dus dat artsen die in de eerste categorie scoren bij minder vrouwen in de 3-maandsperiode de borsten hebben onderzocht dan de artsen in de tweede, en zeker in de derde categorie.

Tabel 9.3 De relatie tussen gerapporteerde routine en gedrag in zake borstonderzoek (populatie vrouwen 50-70 jaar).

Prop borstonderzoek in pop.	Na vraag patiënt (N=98)	Indien patiënt tot risicogroep behoort (N=21)	Alle vrouwen in bepaalde leeftijdsklasse (N=12)
0-2%	59 (60%)	12 (57%)	8 (67%)
2-3%	12 (12%)	3 (14%)	2 (17%)
>3%	27 (28%)	6 (29%)	2 (17%)

Ook hier kunnen we weer niet van een verband spreken. Evenveel artsen die als niet systematisch uit de enquête te voorschijn komen horen bij degenen die relatief frequent borstonderzoek uitvoeren als artsen die zeggen systematisch bepaalde groepen vrouwen te onderzoeken. En ook hier geldt dat de resultaten niet veranderen indien men de spreekuurbezoekende vrouwen als noemer neemt.

Ook hier was geen verband tussen de als "ideaal" aangegeven werkwijze en het geregistreerde gedrag.

Over het maken van uitstrijkjes rapporteerden de artsen in de volgende antwoordcategorieën:

- geen systematiek
- periodiek bij alle vrouwen die voor anti-conceptie komen
- periodiek bij alle vrouwen boven een zekere leeftijdsgrens, die het spreekuur bezoeken
- periodiek bij alle spreekuurbezoeksters boven een zekere leeftijdsgrens + overigen oproepen.

43% van allen die de vraag beantwoordden zeiden geen systematiek te volgen. Wanneer we deze afzetten tegen de overigen die op een of andere manier een deelpopulatie periodiek tracht te benaderen ontstaat het beeld van tabel 9.4.



Tabel 9.4 De relatie tussen gerapporteerde routine en gedrag in zake het maken van uitstrijkjes (populatie vrouwen 35-55 jaar).

Prop. uitstrijkjes in pop.	Niet syst. uitstrijkje. (N=60)	Een of andere vorm van syst. (N=80)
< 2%	25 (42%)	34 (43%)
2 - 5%	16 (27%)	27 (32%)
> 5%	19 (32%)	19 (24%)

Opnieuw is er geen sprake van een duidelijke relatie tussen het gezegde in de enquête en het gedrag dat we tijdens de contactregistratie maten. Evenmin was er een relatie tussen de idealen die men zich stelde en het gedrag.

Ten slotte is dit verband bekeken voor het afleggen van spontane huisvisites bij bejaarde patiënten.

De vraag in de enquête luidde: bejaarde patiënten die in een bepaalde periode niet op het spreekuur zijn geweest, zou ik periodiek thuis opzoeken. Men kon aangeven of men het daarmee eens was.

Slechts 13% van de artsen antwoordde bevestigend op deze vraag, en zoals in de volgende tabel te zien is, is dit bevestigend antwoord min of meer at random verdeeld over artsen die in de praktijk veel spontane visites bij bejaarden aantekenden en artsen die dat weinig deden.

Tabel 9.5 Relatie tussen spontaan bejaardenbezoek in de praktijk en volgens de enquête

Proportie spontaan bezochte 65 <sup>+</sup> -ers	Antwoord op enquête vraag	
	geen periodiek huisbezoek (N= 132)	periodiek huisbezoek (N=20)
< 3%	38 (29%)	5 (25%)
3 - 8%	44 (33%)	9 (45%)
> 8%	50 (38%)	6 (30%)

Er bestaat geen verband tussen het antwoord op de enquête vraag en de mate waarin men in de driemaandsperiode patiënten thuis heeft bezocht, zonder dat om een afspraak was gemaakt.

Artsen die als ideaal streven meldden periodiek hun bejaarde patiënten te willen bezoeken, bezochten in werkelijkheid deze groep niet vaker dan artsen die dat ideaal niet deelden.

### 9.3. Screeningsactiviteiten in relatie tot de mogelijkheden die de huisarts ter beschikking staan.

In hoofdstuk 3 hebben een aantal mogelijkheden van ondersteuning bij preventie de revue gepasseerd. Beschikbaarheid van assistentie zou bijdragen aan een meer preventief ingestelde wijze van praktijkvoering; een daarop ingestelde registratiemethodiek zou het uitvoeren van screenings-activiteiten vergemakkelijken; ten slotte hebben we nagegaan in hoeverre de praktijkgrootte een beslissende rol kan spelen bij het uitvoeren van dergelijke activiteiten.

Immers: een kleinere praktijk betekent dat men gemakkelijker een overzicht heeft over de diverse populaties at risk en tevens dat men relatief meer tijd beschikbaar heeft voor dergelijke activiteiten.

We zagen in hoofdstuk 3 dat assistentes soms een rol speelden bij het doen van bloeddrukcontroles. Is het feit dat een assistente zulke rollen vervuld van invloed op de proportie bloeddrukmetingen in de praktijk?

Bij 35% van de ondervraagde artsen was soms of vaak sprake van bloeddrukmeting door de assistente.

Tabel 9.6. Proportie bloeddrukmetingen in relatie tot de taak van de assistente in deze

Proportie van populatie (30-60 j.) waarbij bloeddrukmeting.	Bloeddrukmeting door assistente:		
	Nooit (N=95)	Soms (N=37)	Vaak (N=15)
0-5%	19 (20%)	5 (14%)	4 (27%)
5-7%	17 (18%)	7 (19%)	2 (13%)
7-11%	21 (22%)	10 (27%)	5 (33%)
11-18%	17 (18%)	7 (19%)	2 (13%)
18% en hoger	21 (22%)	8 (22%)	2 (13%)

Zowel bij huisartsen die in 3 maanden tijd bij een groot deel van hun populatie de bloeddruk hebben gemeten als huisartsen die maar een klein deel onder controle hebben, treffen we in dezelfde mate activiteiten van de assistentes aan op dat gebied. Op precies dezelfde wijze is er evenmin een verband tussen het geven van patiëntenvoorlichting en het al of niet betrekken van de praktijkassistente daarbij.

Bezien we vervolgens de relatie tussen screeningsactiviteiten door de huisarts en de daarbij aan de orde zijnde registraties.

Ongeveer 10 % van de huisartsen kan op een of andere manier zijn patiënten herkennen als hypertensie patiënt. Dergelijke systematische registratie komt gelijkmatig verdeeld over degenen die veel en weinig screenen voor.

Omtrent borstonderzoek en borstkanker worden door de meeste artsen de meest recente gegevens bijgehouden. Bij vier huisartsen zijn patiënten met borstkanker als categorie herkenbaar. Alle vier deze artsen behoren tot de groep die minder dan 2% van de populatie at risk gescreend heeft (de laagste categorie; zie tabel 9.3) in de 3-maandsperiode.

Een laatste variabele die faciliterend op het doen van screening zou kunnen werken is de praktijkgrootte. Wanneer we de bij de huisarts ingeschreven populatie als praktijkgrootte nemen, dan blijkt uit onderstaande correlatiecoëfficiënten dat een huisarts per ingeschreven patiënt meer screeningsactiviteiten bedrijft naarmate de praktijk kleiner is. Om al te grote vertekeningen te vermijden zijn deze analyses beperkt tot huisartsen met minstens 800 ingeschreven patiënten.

Tabel 9.7 Correlaties tussen praktijkgrootte en proportie van de praktijk waarbij screening plaatsvindt. (N= 131)

	PROPORTIE PATIËNTEN MET					
	Bloeddruk meting	Borst-ondez.	Mammo-grafie	Uitstrijk-je	Pat.-voorl.	Spontaan huisbez.
Praktijk-grootte	-.44 *	-.31 *	-.29 **	-.25 **	-.21 **	-.23 **

\* p. < .001

\*\* .001 < p. < .01

\*\*\* .01 < p. < .05

Deze cijfers wijzen er op dat huisartsen in kleine praktijken de onderscheiden activiteiten vaker uitvoeren dan huisartsen in grotere praktijken. Komt dit nu omdat huisartsen in kleinere praktijken hun patiënten vaker zien, en daardoor een grotere proportie onder controle kunnen houden, of komt het omdat huisartsen in kleinere praktijken eerder geneigd zijn om bloeddruk te meten, een uitstrijkje te maken, etc, of gaat het om een combinatie van beide?

In tabel 9.8 staat de samenhang tussen praktijkgrootte en proportie patiënten per leeftijdscategorie die men gezien heeft in drie maanden tijd weergegeven.

Tabel 9.8 Correlatie tussen praktijkgrootte en proportie patiënten per leeftijdscategorie die men tenminste eenmaal in drie maanden tijd gezien heeft. (N=131)

	MANNEN	VROUWEN
0-14	-.36*	-.36*
15-24	-.47*	-.43*
25-29	-.40*	-.32*
30-34	-.35*	-.40*
35-39	-.38*	-.37*
40-44	-.36*	-.42*
45-49	-.42***	-.44*
50-54	-.17	-.30*
55-59	-.31*	-.27**
60-64	-.34*	-.17*
65+	-.35*	-.30*

\* p. < .001

\*\* .001 < p. < .01

\*\*\* .01 < p. < .05

In alle leeftijdsgeslachtsgroepen geldt dat men een kleinere proportie van de populatie ziet naarmate de praktijk groter is. Dit vormt één verklaring voor de samenhang tussen praktijkgrootte en het ondernemen van screeningsactiviteiten. Het hoeft echter nog niet uit te sluiten dat men in een grotere praktijk dezelfde hoeveelheid screeningsactiviteiten verricht, gerekend naar het aantal patiënten dat men ziet. In tabel 9.9 zijn daarom de bloeddrukmetingen, uitstrijkjes etc. niet betrokken op de populatie at risk, maar op het aantal patiënten dat het spreekuur bezocht heeft dat binnen de risicogroep valt.

Tabel 9.9 Correlaties tussen praktijkgrootte en proportie van de bezoekers waarbij screening plaatsvindt. (N=131)

	PROPORTIE PATIËNTEN MET					
	Bloeddrukmeting	Borst-ondz.	Mammografie	uitstrijkje	Pat.-voorl.	Spontaan huisbez.
Praktijk-grootte	-.37*	-.27*	-.23**	-.22**	-.17***	-.21**

\* p. < .001

\*\* .001 < p. < .01

\*\*\* .01 < p. < .05

Hoewel de coëfficiënten t.o.v. tabel 9.7 iets lager zijn, blijft het onmiskenbaar zo dat huisartsen met een kleinere patiëntenpopulatie ook bij een grotere proportie spreekuurbezoekers screenende activiteiten verrichten. Er lijken zo twee mechanismen elkaar te versterken: huisartsen die kleinere praktijken hebben, screenen hun patiënten vaker wanneer ze op het spreekuur komen, en ze zien een groter deel van de populatie at risk over een periode van 3 maanden.

In een meeromvattende analyse werd nagegaan in hoeverre de tijd die de huisarts voor de patiënt op het spreekuur uittrok een intermediaire rol in het geheel speelde. Hoewel er sprake was van een negatief verband tussen praktijkgrootte en geplande spreekuurtijd, had dit laatste geen enkel zelfstandig effect op de hoeveelheid preventieve activiteiten die de huisarts ontplooidde.

## 9.4 Beschouwing en conclusie

We kunnen de resultaten van dit hoofdstuk samenvatten met de mededeling dat er geen verband is gevonden tussen wat artsen zeggen dat ze aan screeningsactiviteiten ondernemen, en wat ze in de praktijk doen. Hetzelfde geldt voor wat ze zouden willen doen en hun geregistreerde handelen. Hiervoor zijn enige verklaringen aan te voeren.

Een statistische verklaring wordt geboden door het feit dat we in de vorige hoofdstukken telkens moesten constateren, dat in het algemeen de onderzochte activiteiten weinig voorkomen in de huisartspraktijk. Dit betekent dat er in het algemeen weinig variatie tussen de artsen bestaat, en dat het vinden van verbanden op arts-niveau al snel afhankelijk is van het gedrag van de paar uitschieters.

Een tweede verklaring is gelegen in de grove maten die voor het meten van het gedrag zijn gebruikt. Zoals in hoofdstuk 2 al uiteengezet is, zijn indicatoren als bloeddrukmeting of het maken van een uitstrijkje gebruikt om een preventieve handeling aan te duiden, maar in veel gevallen zullen ook niet preventief bedoelde metingen resp. uitstrijkjes hiertoe gerekend zijn. Dit veroorzaakt de nodige ruis aan de kant van de praktijkmeting.

Ten slotte is het een bekend feit dat ondervraagden in enquêtes niet precies uitdrukken wat ze nu echt doen, enerzijds omdat begrippen voor de een iets anders betekenen dan voor de ander, anderzijds omdat de een scrupuleuzer over zijn gedrag rapporteert dan de ander.

Na al deze afwegingen is er ten slotte de mogelijkheid dat mensen niet zeggen wat ze doen en niet doen wat ze zeggen. In ieder geval moet dit gebrek aan verband een waarschuwing vormen voor de interpretatie van resultaten die ontleend zijn aan gerapporteerd gedrag.

Vervolgens is er ook geen verband gevonden tussen wat we aan "screeningsactiviteiten" gevonden hebben en de ondersteuning die artsen op dat gebied zouden hebben. Het maakt niet uit of de assistente aparte functies heeft die bepaalde activiteiten vergemakkelijken of dat de vorm van registratie daarop is ingesteld. Dit gebrek aan verband versterkt het vermoeden dat hetgeen gemeten is als "preventieve activiteit", aan ruis onderhevig is. Eén factor is wel van belang: de hoeveelheid aan de huisarts toevertrouwde patiënten. Huisartsen met minder patiënten zien relatief meer patiënten uit de praktijk en doen per bezoeker ook meer. Dit verschijnsel verdient nadere bestudering. De huisartsen met kleinere praktijkpopulaties hebben weliswaar langer geplande consulten maar dit lijkt op zich de preventieve activiteit niet te beïnvloeden. Heeft de leeftijd van de huisarts zowel iets met de praktijkgrootte als met zijn activiteiten te maken? Jongere huisartsen blijken vaker bloeddruk te meten ( $r^2 = .17$ ), meer borstonderzoek te doen (.28) en meer mammografieën aan te vragen (.26), terwijl ze kleinere populaties bedienen ( $r^2 = -.30$ ) en opnieuw de diverse deelpopulaties vaker zien. Hiernaar zal verder onderzoek gedaan moeten worden.

## 10. DISCUSSIE

Dit deelonderzoek van de Nationale Studie had tot doel de volgende vragen te beantwoorden: welke mogelijkheden hebben huisartsen om preventieve activiteiten te ondernemen, in hoeverre benutten ze die mogelijkheden. In de derde plaats zou gezocht worden naar een verklaring voor het al dan niet toepassen van preventie in de huisartspraktijk.

Aangaande de mogelijkheden hebben we geconstateerd dat de gemiddelde praktijk administratief en met betrekking tot assistentie niet is toegerust op grootschalige out reaching activiteiten. De inrichting is in het algemeen voldoende om eenmaal vastgestelde gevallen te kunnen vervolgen, mits de patiënt uit eigen beweging blijft komen dan wel zich aan de afspraken houdt.

Aan een derde voorwaarde om op een zinvolle wijze preventieve activiteiten te ondernemen voldoet de huisartsenpraktijk in het algemeen: de meeste patiënten werden zeer regelmatig gezien. Subgroepen waarvoor dit wat minder geldt, zijn hoger opgeleiden, jonge mannen en particulieren zonder huisartsverzekering. De omstandigheid dat de huisarts het merendeel van zijn patiënten regelmatig ziet en een deugdelijk dossier van hen bijhoudt, lijkt de mogelijkheid van opportunistische screening gunstig te beïnvloeden.

Als tweede vraag voor dit deelonderzoek werd gesteld: welke preventieve activiteiten worden met welke frequentie door de onderzochte huisartsen uitgevoerd. Deze algemene vraag naar wat de huisarts nu eigenlijk doet aan preventie werd nader gespecificeerd: wat doet de huisarts momenteel aan preventie van hypertensie, baarmoederhalskanker, borstkanker en problemen bij ouderen.

Dit rapport heeft enig inzicht geboden in de preventieve activiteiten die door de doorsnee huisarts verricht worden.

In het algemeen laten zich de volgende conclusies formuleren:

1. screening vindt niet spontaan door de huisarts plaats maar pas als de klacht aanleiding geeft of patiënt er om vraagt.
2. Hoewel we in hoofdstuk 4 zagen dat met name jongeren uit de hogere sociale klassen (hoger opgeleiden, particulier verzekerden) minder vaak contact met hun huisarts hebben, worden deze groepen op alle onderzochte gebieden vaker gescreend dan leeftijdsgenoten uit lagere sociale milieus.
3. Screening op baarmoederhalskanker en borstkanker vindt relatief vaak plaats binnen leeftijdsgroepen waarvoor het (nog) niet zo nodig is.

Men zou kunnen vermoeden dat de twee laatste conclusies voortspuiten uit de eerste, namelijk dat screening vooral plaats vindt op verzoek van de patiënt en dat jongere patiënten uit hogere milieus mondiger zijn dan ouderen of patiënten uit de lagere milieus.

Per onderzochte activiteit laten zich de volgende conclusies formuleren.

**Hypertensie:** Percentage spreekuurcontacten waarin bloeddruk wordt gemeten is 15,6% maar het is moeilijk vast te stellen in hoeverre men hier van preventie in de zin van vroegtijdige opsporing van een onbekend risico kan spreken. Een belangrijk deel van de bloeddrukcontroles betreft bekende hypertensieven; het is echter verdedigbaar om de controle hiervan ook tot een vorm van preventief handelen te bestempelen. Andersom kan men stellen dat een belangrijk deel van de gedefinieerde risicogroep, de 30 tot 60 jarigen, buiten de regelmatige controle door de huisarts vallen. Het deel van de populatie tot 45 jaar dat in drie maanden gecontroleerd wordt, ligt beneden de 10% (mannen) of 15% (vrouwen).

Hoe jonger men is, des te minder vaak vindt bloeddrukmeting plaats; het geschiedt meer bij hoger opgeleide jongeren (maar die hebben een geringe trefkans), meer bij particulieren (idem). Veelal geschiedt de tensiemeting n.a.v. de klacht. Dit is conform hetgeen de huisartsen zelf over het eigen gedrag rapporteerden, maar tegen het ideaal van de helft van de deelnemende artsen. De huisarts ziet een bloeddrukmeting zelden als screening risicogroep, indien dit wel zo is, dan betreft het erg vaak een pilcontrole. Overigens is er aanleiding om te veronderstellen dat de aanduiding "screening risicogroep" op het registratie-formulier onbetrouwbaar is ingevuld.

**Baarmoederhalskanker:** Het percentage spreekuurcontacten waarin een uitstrijkje wordt gemaakt is 1,1%. Hier komt nog 0,2% van de spreekuurcontacten bij voor het aanvragen van een uitstrijkje. Hiervoor geldt hetzelfde als bij de bloeddrukmeting, hoeveel hiervan is preventie?

Uitstrijkjes worden relatief veel gemaakt bij de nog niet als risicogroep beschouwde groep 30-34 jarigen. Boven de 50 jaar neemt het af. Hoger opgeleide en particulier verzekerde vrouwen worden vaker gescreend. In de grote steden worden vrouwen minder vaak gescreend, met als uitzondering de jongste onderzochte categorie in de grootste steden.

Uitstrijkje is opnieuw geen initiatief van de arts: de klacht geeft er aanleiding toe of het geschiedt op verzoek van de vrouw. Dit stemt opnieuw overeen met wat de artsen rapporteren over hun gedrag maar niet met hun ideaal: massale screening.

Conclusie **borstonderzoek:** het percentage spreekuurcontacten waarin borstonderzoek heeft plaatsgevonden is ongeveer 1,1%. Voor deze vorm van



screening geldt ongeveer hetzelfde als voor baarmoederhalskanker: relatief geschiedt dit vaker voor de groep die (nog) niet als risicogroep wordt beschouwd. Het gebeurt vaker bij hoger opgeleiden en particulier verzekerden. Het gebeurt naar aanleiding van de klacht of op verzoek van de vrouw. De artsen zeiden dit zelf ook al. Mammografie wordt slechts zelden waargenomen en hoofdzakelijk bij de jongste onderzochte categorie. Oudere vrouwen op het platteland blijven achter.

Bejaarden worden in het algemeen veel door de huisarts gezien; hoewel ze boven de 75 jaar beduidend minder op het spreekuur verschijnen wordt dit meer dan gecompenseerd door andere vormen van contact, met name huisbezoek.

**Spontaan op visite** gaat de huisarts bij ongeveer 5% van zijn patiënten boven de 65 jaar. Bezien we de groep boven de 85 jaar, dan wordt bij ongeveer een achtste wel eens een spontaan huisbezoek afgelegd in een periode van drie maanden. Spontaan huisbezoek wordt minder in de grote steden afgelegd dan in suburbaan of ruraal gebied. Hoewel het begrip "spontaan" het initiatief duidelijk bij de arts legt, is er meestal toch sprake van klachten. Waar we spreken van preventie, zal het hier dan gaan om tertiaire preventie: in de gaten houden of het niet erger wordt.

Behalve deze, in het voorgaande uitvoerig geanalyseerde handelingen, zijn er nog andere activiteiten van huisartsen die als preventief zijn te duiden.

Hierbij valt te denken aan:

- preventieve immunisatie, vaccinatie en profylactisch medicijn.  
In 3 maanden onderzoek onder 335.000 patiënten werd:  
1339 maal BMR/DKTP gevaccineerd en/of malaria profylaxe voorgeschreven  
236 maal tegen typhus/cholera gevaccineerd en/of diarree profylaxe voorgeschreven  
326 maal tegen tetanus, polio en/of rabies gevaccineerd  
3907 maal tegen influenza gevaccineerd  
5 maal tegen rubella gevaccineerd
- Patiëntenvoorlichting\* vond plaats in 3,7% van de spreekuurconsulten. Het is door de artsen als handeling in het consult opgetekend bij 1.7% van de mannelijke en 2.6% van de vrouwelijke populatie. 5.2% van de mannelijke en 6.2% van de vrouwelijke bezoekers werd hier minstens eenmaal in drie maanden mee geconfronteerd. Bij vrouwelijke bezoekers is er een piek bij de groep van 15-44 jaar; dit is verklaarbaar, want anticonceptie en zwangerschap

---

\* Op de categorie "patiëntenvoorlichting" van het registratieformulier rust dezelfde verdenking als op "screening risicogroep", nl., dat deze categorie niet door iedere arts even betrouwbaar is ingevuld

vormen belangrijke aanleidingen voor patiëntenvoorlichting. Bij mannen is het wat meer gelijk over de verschillende leeftijdscategorieën verdeeld. Mannen en vrouwen krijgen iets vaker voorlichting naarmate ze hoger opgeleid zijn; het verschil is gering, maar voldoende om te compenseren voor het feit dat men ook iets minder vaak de huisarts bezoekt naarmate men hoger opgeleid is. De resultante is daarom dat binnen de populatie de kans op patiëntenvoorlichting over de verschillende opleidingscategorieën ongeveer gelijk is. Zowel bij de mannen als bij de vrouwen vormen klachten en diagnoses in verband met het bewegingsapparaat het vaakst aanleiding voor patiëntenvoorlichting. Daarnaast scoorde bij vrouwen natuurlijk de patiëntenvoorlichting in verband met zwangerschap en bevalling hoog.

Uit bovengenoemde diagnoses blijkt, dat patiëntenvoorlichting door de huisarts meestal betekent, dat er wat meer verteld wordt omtrent de aandoening die de patiënt op dat moment heeft. Belangrijke onderwerpen voor voorlichting, als roken, alcoholgebruik of in beweging blijven, vormen echter zelden aanleiding hiervoor.

- consultatiebureau voor zuigelingen: 1/3 deel van de artsen gaven aan dat ze ook als consultatiebureau arts werkzaam waren.
- pre- en postnatale zwangerschapscontrole: 2118 consulten konden worden aangemerkt als zwangerschapscontrole
- tertiaire preventie/monitoring bij o.a. diabetes, en overige chronische aandoeningen. Men raadplege hiervoor de rapportage van de deelonderzoeken "standaarden" en "chronische ziekten".

Al met al blijft het fenomeen preventie in zijn zuivere vorm moeilijk te vangen binnen de huisartspraktijk, maar zou men kunnen stellen dat in een kwart van zijn contacten sprake is van een zekere preventieve activiteit: omdat een bloeddruk wordt gemeten, een goede raad wordt gegeven, een uitstrijkje wordt gemaakt, een kind gevaccineerd wordt of eens langs gegaan wordt bij een oudere bedlegerige patiënt.

Of het altijd even zinvol is, kan men zich afvragen: we zagen dat verschillende vormen van screening vooral bij die groepen plaatsvindt waar de trefkans gering is; over de kwaliteit van de gegeven goede raad is een uitspraak niet mogelijk. Voldoende systematisch is het zeker niet. Het is een werkwijze die in het algemeen pas tot opsporing leidt als de patiënt zelf al het idee begint te krijgen dat er wel eens iets mis zou kunnen zijn.

De derde vraag behelsde de ongelijke relatie tussen een preventieve werkwijze en andere artskenmerken. Er is geen verband tussen gerapporteerd gedrag en feitelijk waargenomen preventieve activiteiten, noch tussen ondersteuning (assistentie, registratiesysteem) en preventief gedrag. Wel is het zo dat artsen met een kleinere patiëntenpopulatie relatief meer patiënten zien en bij een

grotere populatie patiënten preventieve activiteiten uitvoeren. Op mogelijke methodologische problemen in dit verband is in paragraaf 9.4. al ingegaan.

Hoe verhoudt zich de zo geschetste stand van zaken tot de aspiraties van de Nederlandse huisarts en tot de gang van zaken in enkele ons omringende landen?

In de in 1959 aangenomen functie van de huisarts ("Woudschoten") wordt de zorg die de huisarts levert gezien als "het opheffen, in hun uitwerking belemmeren en waar mogelijk voorkomen van stoornissen in de individuele of gezinsgezondheid" (Huygen, 1959). De tiende deeltaak van de huisarts is "bijdragen tot preventie".

Een concretisering van deze deeltaak werd in 1970 door van der Dool voorgesteld met zijn concept "anticiperende geneeskunde" (zie hoofdstuk 1), een concept dat onder andere door van Weel (1981) beproefd, onderzocht en uitvoerbaar geacht werd.

Anticiperende geneeskunde was in zijn pretenties nog tamelijk bescheiden in vergelijking met de latere oproepen tot een actief, out-reaching screenings beleid (van der Feen, 1977, Schraven, v Ree, v d Hoogen e.a., 1986). Ook hiervan constateerde men dat het mogelijk was, mits in de administratieve ondersteuning werd voorzien.

Het nieuwe basistakenpakket van de huisarts (LHV, 1987) vermeldt als preventieve taak voor de huisarts om "te overwegen welke individuele preventieve maatregelen zinvol zijn en deze te effectueren" en legt deze taak uiteen in de volgende deelaspecten:

- persoonsgerichte preventie n.a.v. de hulpvraag
- gestructureerde preventie aan daarvoor in aanmerking komende patiënten
- surveillance van risicogroepen
- signaleren van gezondheidsbeïnvloedende factoren

In de 5 pagina's kanttekeningen die op deze opsomming volgen wordt onder andere opgetekend dat het de taak van de huisarts is om aandacht te geven aan preventie, zonder dat de betrokkene er expliciet om vraagt, om gestructureerde preventieve zorgverlening aan te bieden aan daarvoor in aanmerking komende patiëntencategorieën en om bij patiënten die tot een omschreven risicogroep behoren door eenvoudige onderzoeken vroegtijdige diagnostiek te bevorderen.

Bezien we de resultaten van de Nationale Studie in het licht van het bovenstaande, dan is de praktijk van alledag beperkter dan de idealen die door voorstanders van preventie en, in afgezwakte vorm, door de beroepsgroep worden uitgedragen. Wat we tegenkomen in de huisartspraktijk valt onder het kopje "persoonsgerichte preventie n.a.v. de hulpvraag" of eventueel "waar mogelijk voorkomen van stoornissen in de individuele gezondheid". Een meer

ambitieuze aanpak als anticiperende geneeskunde of screening, methodes die noodzakelijk zijn voor gestructureerde preventie en surveillance van risicogroepen, worden in de regel niet in praktijk gebracht in de meeste Nederlandse huisartspraktijken. Zoals het naar aanleiding van voorlopige resultaten van deze studie eerder geformuleerd werd: Preventie is een kwestie van routine, een routine die echter haaks staat op de patiëntenzorg (v.d. Zee en Verhaak, 1989).

Het tragische fenomeen dat een ambitieuze aanpak in experimenten als succesvol kan worden betiteld maar toch geen navolging krijgt is onlangs nog door Rosser en Lamberts gesignaleerd: "Successful practice based programmes targeted at the prevention of diseases of lifestyle.....usually involve a dedicated group of family physicians,....enthusiastic about the prevention project,...imaginative use of nursing or other staff,....involve support from the community and usually a wide range of resources....and occasionally academic support..."(Rosser en Lamberts 1990, p.427). Het is een algemeen bekend psychologisch verschijnsel dat proefpersonen tot grote prestaties in staat zijn omdat ze onderdeel uitmaken van een experiment en daaraan hun motivatie kunnen ontleenen (Hawthorne effect). Maar blijkbaar herhaalt men zo'n prestatie niet wanneer men buiten het bereik van de onderzoeks-schijnwerpers en -ondersteuningsmogelijkheden is.

Men kan dus screening van de praktijkpopulatie, of deze nu alleen maar als opportunistisch benoemd moet worden of ook het predikaat systematisch moet krijgen in Nederland niet verwachten van de huisarts. In dit opzicht zijn de in hoofdstuk 1 besproken uitspraken van Kluver (1986) of Van Aalderen en Knottnerus (1978) nog steeds geldig. Preventie blijft in de Nederlandse huisartspraktijk plaatsvinden naar aanleiding van de klachten die patiënten uiten. In de Nationale Studie praktijken heeft tot nu toe personele versterking op administratief gebied ook niet geleid tot een verandering van de aanpak. Op zich is dat niet zo verwonderlijk, omdat een grootscheepse verandering van de praktijkvoering een andere deskundigheid en wellicht ook een andere schaalgrootte vereisen dan men van een voormalig eenmansbedrijf kan verwachten. In die zin is het niet zo verwonderlijk dat in sommige andere landen bepaalde aspecten van systematische screening vanuit de huisartspraktijk beter tot hun recht gekomen zijn.

In het Verenigd Koninkrijk is preventie in de jaren '80 met verve ter hand genomen: "Anticipatory care is the main direction of growth for the primary medical services in the foreseeable future" aldus de Royal College of General Practitioners in de Combined Reports on Prevention (1984).

Tudor Hart (1990) geeft aan dat in zijn groepspraktijk van 73% van de 25-35 jarigen en van rond de 90% van de oudere patiënten de afgelopen 5 jaar de

bloeddruk gemeten is. Als het gaat om het maken van uitstrijkjes wordt in het Verenigd Koninkrijk door 43% van 313 ondervraagde huisartsen een systematisch screeningsbeleid gevoerd, terwijl 50% van de rest op opportunistische wijze screent (Havelock e.a. 1988).

In 54% van 293 geënquêteerde Engelse huisartspraktijken was sprake van spreekuren ter screening van zuigelingen en kleuters. 15% tot 20% van ongeveer 60.000 ondervraagde Engelse patiënten gaf aan adviezen van de huisarts over roken en gewicht te krijgen, 5% tot 10% over het doen van oefeningen en 5% of minder over alcohol gebruik.

Rosser en Lamberts (1990) geven voor een aantal Canadese lokaties cijfers over opsporing van hypertensie die in dezelfde orde van grootte liggen. (50% in het afgelopen jaar gescreend, rond de 90% in de afgelopen 3 jaar). Letten we op het maken van uitstrijkjes dan melden Rosser en Lamberts 26% uitstrijkjes op jaarbasis in Canada. Dit laatste benadert de resultaten die wij vonden overigens al veel meer.

Ook ten opzichte van een Zweeds onderzoek (Rastam e.a. 1987) steken onze resultaten niet zo ongunstig af: Men zag in twee jaar tijd kans om 56% van de populatie (40-69 jaar) op het spreekuur te treffen - dit percentage haalt men in de Nationale Studie al bijna in 3 maanden tijd - en daarvan bij 52% de bloeddruk te meten. In de Nationale Studie wordt van ruim 30% van de patiënten uit de betreffende leeftijdsgroep in 3 maanden tijd de bloeddruk gemeten.

In Denemarken (Olesen en Holm, 1990) wordt in een provincie zonder bevolkingsonderzoek bij 49% tot 65% van de praktijkpopulatie at risk eens in de drie jaar een uitstrijkje gemaakt. Deense verzekeringsstatistieken leren dat in 1984 ongeveer 250.000 uitstrijken gemaakt werden. De vrouwelijke bevolking tussen de 25 en 55 jaar bedroeg toen ongeveer 1 miljoen vrouwen, hetgeen neer zou komen op maximaal 25% uitstrijken in de populatie at risk (Sygesikringsstatistik, 1987).

Op basis van onze cijfers uit hoofdstuk 5 concluderen we dat wat opsporen van hypertensie betreft in de Nationale Studie maar weinig praktijken tot de hoogte van Engeland en Canada zullen komen. Mogelijkerwijs speelt in deze landen het hierboven genoemde Hawthorne effect mee (de vermelde cijfers hebben steeds betrekking op een of een paar praktijken), verder is in deze landen sprake van een grootschaliger organisatie van huisartspraktijken (veelal gezondheidscentra) met een veel meer ingeburgerde inzet van health visitors, practice nurses en dergelijke.

Vergelijken we cijfers over systematische opsporing van kanker met de

Nederlandse situatie, dan moeten we voor ogen houden dat hier meestal de huisarts niet de enige is van wie het initiatief tot screening op cervixcarcinoom uitgaat. Blijkens recente gegevens wordt 35% tot 60% van de populatie at risk bereikt voor bevolkingsonderzoek, dat door de huisarts wordt uitgevoerd, waarvan een belangrijk surplus geleverd wordt door het feit dat de huisarts de uitstrijk maakt. (Boon en Beck 1991). Van Weel meldde tien jaar eerder ook dat de huisarts t.b.v. het bevolkingsonderzoek veel patiënten zich aanmeldden die al eerder ook op initiatief van de huisarts waren gecontroleerd. Voor veel patiënten heeft de huisartsenpraktijk klaarblijkelijk een lage drempel.

Vergeleken met het Verenigd Koninkrijk, is de gevolgde aanpak op dit gebied van de huisarts minder systematisch. Maar gezien de hier gekozen aanpak kan de Nederlandse huisarts zich dat veroorloven zonder tot een slechtere surveillancete komen dan in de landen waarmee vergeleken wordt te komen. Overigens is het frappant dat artsen die "opportunistisch screenen" volgens hun eigen zeggen niet meer uitstrijken maken dan artsen die er geen enkele systematiek op na houden (vgl. hoofdstuk 9). Met andere woorden, in de Nationale Studie zien we geen kans enige meerwaarde aan een min of meer systematische aanpak toe te kennen.

Een dergelijke oppervlakkige vergelijking met enig buitenland wekt de indruk dat de in de Nationale Studie aangetroffen situatie wat betreft screening op kanker niet schril afsteekt ten opzichte van de situatie elders. Met name in het Verenigd Koninkrijk wordt echter meer aandacht besteed aan een aantal vormen van preventie, waarbij in dat opzicht ook meer verantwoordelijkheden bij huisartsen gelegd worden dan in Nederland. Bevolkingsonderzoeken, gezinsplanning, zuigelingenverzorging en immunisatie vallen daar meer exclusief onder de zorg van de huisarts -veelal werkend in een gezondheidscentrum- dan in Nederland, waar basisgezondheidsdiensten en kruisorganisaties een veel zelfstandiger verantwoordelijkheid hebben.

Hypertensie screening, zowel in Nederland als Engeland uitsluitend een taak van de huisarts, lijkt in het Verenigd Koninkrijk tot een veel grotere surveillance geleid te hebben dan in Nederland.

Gegeven de klachtgebonden houding van de Nederlandse huisarts en de geringe mogelijkheden om die te beïnvloeden, lijkt daarom in een aantal gevallen een bundeling van krachten tussen diverse instanties aangewezen (vgl. ook v.d. Velden, 1989): huisarts, kruiswerk en basisgezondheidsdienst beschikken gezamenlijk over een heel goed overzicht en een frequent contact (huisarts), administratieve expertise en mankracht (gemeente, basisgezondheidsdienst) en know-how op specifieke preventie-terreinen (kruiswerk). Een bundeling van krachten die overigens in sommige opzichten (consultatiebureaus, immuni-

satie) sinds jaar en dag een feit is, in andere opzichten (cervixscreening) onlangs -weer- is opgepakt of op experimentele wijze (Pretensieproject) gestalte heeft gekregen.

Stelling 1 van het proefschrift van Van Weel luidde: "anticiperende opsporing van hypertensie en cervixcarcinoom verdient de voorkeur boven opsporing via bevolkingsonderzoek."

De hierboven bepleite samenwerking vervangt het of ... , of ... uit deze stelling door een en ..., en .... Dit verschaft ons wellicht the best of both worlds.

---

---





## 11. LITERATUUR

- AALDEREN, H.J., J.A. KNOTTNERUS. Is de huisarts in staat preventieve taken op zich te nemen? *Huisarts en Wetenschap* 21, 1978, 11 p. 424-427
- ASHBY, J., M. BUXTON, H. GRAVELLE. Will a Breast screening programme change the workload and referral practice of general practitioners? *Journal of Epidemiology and Community Health* 44, 1990, p. 36-38
- BARTELDI, A.I.M. Continue Morbiditeits Registratie Peilstations 1988-1989, Utrecht: NIVEL, 1991
- BOERMA, W.G.W. Preventieve zorg in gezondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht: NIVEL, 1985
- BOON, M.E., S. BECK. Door huisartsen uitgevoerd bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom. *Medisch Contact* 46, 1991, 1 p 23-25
- BON-MARTENS, M.J.H. VAN, A.L.M. VERBEEK, P.H.M. PEETERS, P. LUNING EN J.M. WERRE. Een overzicht van de epidemiologie van borstkanker in Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 134, 1990, 6 p 287-291.
- CENTRALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Interimadvies inzake de organisatorische opzet van bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom. Verslagen Adviezen Rapporten nr. 42. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1975.
- CBO. Consensus m.b.t. hypertensie
- DAY, N. Screening for cancer of the cervix. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1989, 43 p 103-106
- DOOL, C.W.A. VAN DEN. Surveillance van risicogroepen; anticiperende geneeskunde. *Huisarts en Wetenschap* 13, 1970, 2 p. 59-62
- EBBENS, E.H., M. VAN NUNEN, J.F.M. METSEMAKERS. Preventieve cervixcytologie door de huisarts. *Medisch Contact* 42, 1987, 27 p 841-843
- EVAC. Eindrapportage van de evaluatiecommissie inzake de vroege opsporing van cervixcarcinoom. Leiden: EVAC 1988
- FEEN, J.A.E. VAN DER. Hypertensie, een uitdaging aan de huisarts. Rotterdam: Bronder-Offset b.v., 1977. Proefschrift
- FEEN, J.A.E. VAN DER. Screening op hypertensie: argumenten pro. *Bijblijven*, 1986, 2, 4 p. 19-26
- FLEMING, D.M., M.S.T.A. LAWRENCE. An evaluation of recorded information about preventive measures in 38 practices. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1981, 31, p. 615-620
- FOETS, M., J. VAN DER VELDEN. Een Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: meetinstrumenten en procedures. Utrecht: NIVEL, 1990

- GEZONDHEIDSRAAD. Advies inzake hypertensie. 's-Gravenhage, 1983.
- GEZONDHEIDSRAAD. De vroege opsporing van borstkanker. 's-Gravenhage, 1987.
- GOOSSENS, J.A.R. Bezwaren tegen een actief screeningsbeleid ten aanzien van baarmoederhalskanker. *Huisarts en Wetenschap* 27, 1984 p 396-399
- HABBEMA, J.D.F., J.TH.N. LUBBE, H.M.E. VAN AGT, M. VAN BALLEGOOIJEN, M.A. KOOPMANSCHAP EN G.J. VAN OORTMARSSSEN. Kosten en effecten van bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. Rotterdam: Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1988
- HAVELOCK, C., R. EDWARDS, J. CUZICK, J. CHAMBERLAIN. The organization of cervical screening in general practice. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 38, 1988, 5 p 207-211
- HOFMAN, A. Blood pressure in childhood. Epidemiological probes into the aetiology of high blood pressure. 1983. Proefschrift
- KEMPEN-VOOGD, N., T. DRENTHE EN J.A.E. VAN DER FEEN. Preventie blijft geen pretensie. *Medisch Contact* 1989, 44, 20 p. 685-687
- KLUVER, R.I.M. Preventie als pretensie. Een pilot-studie naar de geneigdheid van huisartsen hun patiënten een preventief aanbod te doen. *Huisarts en Wetenschap* 1986, 29
- KONING, H.J. DE, B.M. VAN INEVELD, G.J. VAN OORTMARSSSEN, R. BOER, H.J.A. COLLETTE, A.L.M. VERBEEK, J.H.C.L. HENDRIKS, A.E. DE BRUYN, H.M.E. VAN AGT, J.C.J.M. DE HAES, L. VAN DER ZWAN, M.A. KOOPMANSCHAP, J.J.M. DEURENBERG, J.D.F. HABBEMA, P.J. VAN DER MAAS. De kosten en effecten van bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Eindrapport. Rotterdam: Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1990
- KOOI, L., A.G. BOEKEMA, E.R. SEYDEL. Huisarts en stoppen met roken: mogelijkheden en effecten van stop-met-roken-interventies. *Medisch Contact* 44, 1989, 43 p.1405-1406
- LAMMES, F.B. De dreigende teloorgang van de screening op cervix-uteri-carcinoom in Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 130, 1986, 15 p 673-674
- LAMBERTS, H. Patiëntenvoorlichting, een heel gewoon onderdeel van de huisartsgeneeskunde. H&W 1981.
- LESSNE, S.H. Screening morbidity: prevention's "Catch-22". *Journal of Family Practice* 14, 1982, 4 p. 789-790
- LHV. Basistakenpakket. In: LHV-Vademecum, LHV 1987
- Maandbericht gezondheidsstatistieken (CBS) 8, 1989 nr. 5
- MELKER, R.A. DE. Anticiperende geneeskunde. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 128, 1984, 20 p. 950-954
- MEIJMAN, F. Twaalf jaar cervixcytologie in drie Amsterdamse huisartspraktijken. *H&W*, 27, 1984, p.372-378

- MEIJMAN, F.J. De klachtgerichte benadering bedreigd? *Huisarts en Wetenschap* 33, 1990, 12 p 478-481
- MEYBOOM-DE JONG, B., W.A. VAN VEEN. Borstzelfonderzoek. *H&W* 27, 1984, p. 421-426
- MEYBOOM, W.A. Interne notitie. 1989
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIËNE. Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1980.
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1983
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota 2000. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1986.
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Preventie hart- en vaatziekten. Beleidsnota. 's-Gravenhage: SDU-uitgeverij, 1987
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Basisdocument bij het ontwerp-Kerndocument Gezondheidsbeleid. Discussienota. Den Haag: DOP, 1989
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Ontwerp-Kerndocument Gezondheidsbeleid voor de jaren 1990-1995. Discussienota. Den Haag: DOP, 1989
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Werken aan zorgvernieuwing. Actieprogramma van het beleid voor de zorgsector in de jaren negentig. 's-Gravenhage: SDU-uitgeverij, 1990
- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Advies preventie hart- en vaatziekten. Publikatie 3/'88. Zoetermeer, 1988
- NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP. Woudschotenrapport; rapport over de taak van de huisarts, de zogenaamde Woudschotenmaterie. z.p. 1959
- NIJLAND, A., J. DE HAAN, J. VAN DER VELDEN, B. MEYBOOM-DE JONG. De sociale en professionele kenmerken van de doktersassistente. *Huisarts en Wetenschap* 33, 1990, 9 p. 350-354, 363
- OLESEN, F., M. HOLM. Factors of importance for the use of PAP-SMEAR in a Danish County without systematic screening. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 8, 1990, p 69-73
- OTRADOVEC, K., R.L. BLAKE, B.M. PARKER. An assessment of the practice of preventive cardiology in an academic health center. *The Journal of Family Practice* 21, 1985, p.125-129
- RASTAM, L., I. ECKENLUND, L. RYDEN. Hypertension case-finding in Primary Health Care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 5, 1987, p 9-12
- ROOLVINK, E.G.J.J. Registratie van kanker in een huisartspraktijk. *H&W* 26, 1983, p. 84-87
- ROSSER, W.W., H. LAMBERTS. Do our patients receive maximum benefit from preventive care? A North-American perspective. *British J. of General Practice*, 40, 1990, 10, p 426-429

- ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS. Combined reports on prevention. London: Royal College of General Practitioners, 1984
- SCHAAPVELD, K., E.W.BERGSMA, J.K.S. VAN GINNEKEN, H.P.A. VAN DE WATER. Setting priorities in prevention. Leiden: NIPG/TNO, 1990
- SCHRAVEN, D.L.M., J.W. VAN REE. Preventie van hart- en vaatziekten. Medisch Contact, 40, 1985, 38, p. 1159-1162
- SCHRAVEN, D.L.M., J.W. VAN REE, H.J.M. VAN DEN HOOGEN, W.H.E.M. VAN GERWEN. Het rifoh-huisartsenproject nader beschouwd: evaluatie van een methode ter opsporing en beïnvloeding van risicofactoren voor hart- en vaatziekten in huisartspraktijken. Nijmegen: KUN, 1986
- STAATSSECRETARIS WVC. Bevolkingsonderzoeken. Tweede Kamer der Staten Generaal, vergaderjaar 1984-1985. Kamerstukken. 1985 18833 nr.1
- STURMANS, F. Epidemiologie; theorie, methoden en toepassing. Nijmegen: Dekker & van de Vegt, 1984
- STURMANS, F. Screening. 1: Voorwaarden en vooronderstellingen. Medisch Contact 38, 1983, 24 p.717-719
- STURMANS, F. Screening. 2: Nuttige zaak of paard van Troje? Medisch Contact 38, 1983, 25 p.754-756
- SYGESIKRINGSSTATISTIK 1984-1985, København, Sygesikrings Forhandlingsudvals, 1987
- THOMAS. S. Preventie door middel van actieve opsporing in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 30, 1987, 3 p. 87-88
- TUDOR HART, J. Coronary heart disease prevention in primary care: seven lessons from three decades. Family Practice 7, 1990, 4 p 228-294
- VEEN, W.A. VAN. Screening op cervixcarcinoom: naar optimalisering van de strategie. H&W 27, 1984, p. 406-411
- VELDEN, J. VAN DER. Een preventiemodel van de jaren negentig. Medisch Contact 44, 1989, 3 p 78-81
- VERBERK, H. Screening op cervixcarcinoom. De invloed van de huisarts op het opkomstpercentage bij bevolkingsonderzoek. Medisch Contact 44, 1989, 3 p. 84-86
- VERHAAK, P.F.M., P.J. DE VRIES. Meningeën over preventie. Ideeën en taakopvattingen van huisartsen gerelateerd aan hun gedrag. Utrecht: NIVEL, 1987
- WAARD, F. DE. In: Maas, P.J. v.d., A. Hofman, E. Dekker (red). Epidemiologie en Gezondheidsbeleid. Samson Stafleu, Alphen a/d Rijn, 1989
- WEEL, C. VAN. Screenen op hypertensie: argumenten contra. Bijblijven 2, 1986, 4 p. 27-31
- ZEE, J. VAN DER, P.F.M. VERHAAK. Preventie, een kwestie van routine. Medisch Contact 44, 1989, 3 p 75-78

## BIJLAGE

Tabel B.1a: Mannelijke patiënten bij wie tenminste eenmaal bloeddruk werd gemeten naar leeftijd en opleiding

	tensie mann.pop.			tensie tov pop. mannen			tensie tov bezoek. mannen		
	laag	middel	hoog	laag	middel	hoog	laag	middel	hoog
30-34	48	258	65	4,2%	3,5%	2,9%	10,2%	10,6%	11,5%
35-39	72	365	93	4,6%	5,0%	4,1%	11,1%	14,9%	15,2%
40-44	140	432	112	7,8%	6,9%	5,8%	20,3%	20,8%	22,0%
45-49	160	351	74	7,8%	8,1%	6,4%	18,3%	22,9%	23,1%
50-54	254	356	67	10,9%	10,7%	8,1%	25,7%	29,0%	25,1%
55-59	342	366	86	13,4%	12,7%	12,9%	30,4%	32,6%	38,9%
Totaal	1016	2128	497	8,9%	6,8%	5,5%	21,2%	19,6%	19,9%

Tabel B.1b: Vrouwelijke patiënten bij wie tenminste eenmaal bloeddruk werd gemeten naar leeftijd en opleiding

	tensie vrouw.pop.			tensie tov pop. vrouwen			tensie tov bezoek. vrouwen		
	laag	middel	hoog	laag	middel	hoog	laag	middel	hoog
30-34	107	779	126	7,8%	9,4%	7,0%	15,5%	20,0%	16,9%
35-39	146	616	70	8,5%	8,0%	5,5%	17,8%	18,6%	13,6%
40-44	181	576	59	8,9%	8,5%	6,3%	20,0%	20,3%	18,0%
45-49	310	475	48	13,3%	10,9%	8,9%	27,0%	24,0%	22,6%
50-54	509	470	44	16,9%	15,2%	12,4%	33,5%	32,4%	28,0%
55-59	679	491	45	19,9%	18,4%	16,5%	40,1%	38,3%	36,9%
Totaal	1932	3407	392	13,9%	10,4%	7,6%	28,5%	23,1%	18,8%

Tabel B.2a: Patiënten bij wie tenminste eenmaal bloeddruk werd gemeten naar leeftijd geslacht en nationaliteit

	aantal mannen			tov populatie		tov bezoek	
	ned.	niet ned.	w.v.t +m	ned.	niet ned.	ned.	niet ned.
30-34	375	8	2	3,4%	2,9%	10,7%	8,2%
35-39	536	13	4	4,7%	4,2%	14,5%	9,7%
40-44	682	24	7	6,6%	7,1%	20,5%	18,2%
45-49	578	21	15	7,5%	6,5%	21,3%	13,6%
50-54	684	18	3	10,1%	9,3%	27,0%	20,2%
55-59	805	15	4	12,7%	14,9%	31,8%	28,8%
Totaal	3660	99	35	6,8%	6,4%	20,0%	15,0%

Tabel B.2b: Patiënten bij wie tenminste eenmaal bloeddruk werd gemeten naar leeftijd geslacht en nationaliteit

	aantal vrouwen			tov populatie		tov bezoek	
	ned.	niet ned.	w.v.t +m	ned.	niet ned.	ned.	niet ned.
30-34	1000	33	9	8,6%	9,5%	18,7%	20,4%
35-39	844	19	7	7,7%	6,9%	17,8%	13,7%
40-44	820	26	12	8,1%	11,3%	19,7%	23,0%
45-49	855	21	8	11,3%	10,6%	24,7%	22,3%
50-54	1068	14	8	15,6%	12,4%	32,7%	24,1%
55-59	1268	14	1	18,9%	17,3%	39,1%	38,9%
Totaal	5855	127	45	10,9%	10,2%	24,2%	21,1%

Tabel B.3a: Mannelijke patiënten bij wie tenminste eenmaal bloeddruk werd gemeten naar leeftijd en verzekeringsvorm

	aantal mannen			tov populatie			tov bezoek		
	zf	part +ha	part -ha	zf	part +ha	part -ha	zf	part +ha	part -ha
30-34	286	97	14	3,5%	3,1%	2,2%	10,2%	11,7%	10,2%
35-39	318	212	24	4,3%	5,3%	2,8%	12,2%	18,4%	12,3%
40-44	404	262	50	6,5%	6,9%	4,8%	18,3%	23,5%	20,2%
45-49	387	188	44	7,6%	7,3%	5,3%	19,1%	23,9%	21,9%
50-54	462	199	68	9,9%	9,9%	10,1%	24,3%	29,7%	37,6%
55-59	573	213	74	12,7%	12,4%	12,2%	29,4%	36,2%	38,1%
Totaal	2430	1171	274	6,8%	6,8%	5,9%	18,0%	22,8%	23,7%

Tabel B.3b: Vrouwelijke patiënten bij wie tenminste eenmaal bloeddruk werd gemeten naar leeftijd en verzekeringsvorm

	aantal vrouwen			tov populatie			tov bezoek		
	zf	part +ha	part -ha	zf	part +ha	part -ha	zf	part +ha	part -ha
30-34	732	285	58	8,2%	9,0%	8,9%	17,6%	21,0%	21,8%
35-39	586	249	49	7,5%	7,4%	6,6%	16,7%	18,9%	20,3%
40-44	603	216	56	8,5%	7,3%	6,4%	19,3%	20,1%	18,4%
45-49	650	221	48	11,5%	11,4%	7,5%	24,4%	26,8%	21,1%
50-54	806	234	85	15,7%	14,4%	13,8%	31,7%	32,9%	34,6%
55-59	983	260	86	19,1%	16,9%	16,5%	38,7%	38,1%	41,5%
Totaal	4360	1465	382	11,0%	10,0%	9,5%	23,5%	24,5%	25,6%

Tabel B.4: Vrouwelijke patiënten bij wie tenminste eenmaal een uitstrijkje gemaakt is naar leeftijd en opleiding

	aantal uitstrijkjes			perc. tov populatie			perc.tov bezoekers		
	laag	middel	hoog	laag	middel	hoog	laag	middel	hoog
25-29	12	192	68	1,3%	2,1%	3,5%	2,5%	4,1%	8,1%
30-34	31	256	69	2,2%	3,1%	3,9%	4,5%	6,6%	9,2%
35-39	47	292	48	2,7%	3,8%	3,7%	5,7%	8,8%	9,3%
40-44	49	222	34	2,4%	3,3%	3,6%	5,4%	7,8%	10,4%
45-49	50	153	12	2,1%	3,5%	2,2%	4,4%	7,7%	5,7%
50-54	45	59	12	1,5%	1,9%	3,4%	3,0%	4,1%	7,6%
<b>totaal</b>	<b>234</b>	<b>1174</b>	<b>243</b>	<b>2,1%</b>	<b>3,0%</b>	<b>3,5%</b>	<b>4,2%</b>	<b>6,5%</b>	<b>8,7%</b>

Tabel B.5: Vrouwelijke patiënten bij wie tenminste eenmaal een uitstrijkje gemaakt is naar leeftijd en verzekeringsvorm

	vrouw. bezoekers			perc. tov populatie			perc. tov bezoekers		
	zf	part +ha	part -ha	zf	part +ha	part -ha	zf	part +ha	part -ha
25-29	215	63	10	2,0%	2,7%	2,3%	4,1%	5,9%	5,6%
30-34	242	121	24	2,7%	3,8%	3,7%	5,8%	8,9%	9,0%
35-39	257	140	26	3,3%	4,2%	3,5%	7,3%	10,6%	10,8%
40-44	171	110	43	2,4%	3,7%	4,9%	5,5%	10,2%	14,1%
45-49	136	79	15	2,4%	4,1%	2,4%	5,1%	9,6%	6,6%
50-54	82	43	10	1,6%	2,6%	1,6%	3,2%	6,0%	4,1%
<b>totaal</b>	<b>1103</b>	<b>556</b>	<b>128</b>	<b>2,4%</b>	<b>3,6%</b>	<b>3,2%</b>	<b>2,1%</b>	<b>8,8%</b>	<b>8,7%</b>



Tabel B.6: Het aantal vrouwelijke patiënten bij wie een uitstrijkje is gemaakt naar urbanisatiegraad

Leeftijd	Aantal bezoekers			
	ruraal	suburb.	urbaan	3 grote steden
25-29	95	109	65	48
30-34	128	182	87	34
35-39	148	209	89	24
40-44	93	162	87	21
45-49	72	116	53	14
50-54	51	58	28	7
<b>totaal</b>	<b>587</b>	<b>836</b>	<b>409</b>	<b>148</b>

Leeftijd	% t.o.v. de populatie			
	ruraal	suburb.	urbaan	3 grote steden
25-29	1,8%	1,9%	2,3%	4,3%
30-34	2,4%	3,3%	3,3%	4,0%
35-39	2,9%	4,0%	3,9%	3,6%
40-44	2,0%	3,3%	4,2%	3,6%
45-49	2,0%	3,0%	3,7%	3,4%
50-54	1,6%	1,8%	2,1%	2,0%
<b>totaal</b>	<b>2,2%</b>	<b>2,9%</b>	<b>3,2%</b>	<b>3,7%</b>

Leeftijd	% t.o.v. bezoekers			
	ruraal	suburb.	urbaan	3 grote steden
25-29	3,7%	3,8%	4,9%	9,5%
30-34	5,5%	7,0%	7,3%	9,0%
35-39	7,1%	9,0%	8,7%	8,4%
40-44	5,1%	7,6%	9,5%	9,2%
45-49	4,7%	6,4%	8,0%	7,4%
50-54	3,4%	3,7%	4,4%	4,6%
<b>totaal</b>	<b>5,0%</b>	<b>6,3%</b>	<b>7,1%</b>	<b>8,5%</b>

Tabel B.7: Vrouwelijke patiënten bij wie tenminste eenmaal een borstonderzoek heeft plaatsgevonden uitgesplitst naar leeftijd en opleiding

	borstonderzoek			perc.tov populatie			perc.tov bezoekers		
	laag	middel	hoog	laag	middel	hoog	laag	middel	hoog
40-44	33	156	22	1,6%	2,3%	2,3%	3,7%	5,5%	6,7%
45-49	43	87	18	1,8%	2,0%	3,3%	3,7%	4,4%	8,5%
50-54	37	49	8	1,2%	1,6%	2,2%	2,4%	3,4%	5,1%
55-59	47	51	6	1,4%	1,9%	2,2%	2,8%	4,0%	4,9%
60-64	31	22	1	0,8%	1,1%	0,5%	1,6%	2,3%	1,3%
65-69	33	24	4	0,9%	1,4%	2,7%	1,9%	2,8%	6,6%
<b>totaal</b>	<b>224</b>	<b>389</b>	<b>59</b>	<b>1,2%</b>	<b>1,9%</b>	<b>2,4%</b>	<b>2,5%</b>	<b>4,1%</b>	<b>6,2%</b>

Tabel B.8: Vrouwelijke patiënten bij ten minste eenmaal een borstonderzoek heeft plaatsgevonden, uitgesplitst naar burgerlijke staat

	aantal borstonderzoeken			% tov praktijkpopulatie			% tov spreekuurbezoekers		
	ongehuwd	gehuwd	gesch/wed	ongehuwd	gehuwd	gesch/wed	ongehuwd	gehuwd	gesch/wed
40-44	7	193	27	1,1%	2,1%	2,6%	2,7%	5,2%	5,5%
45-49	7	140	14	1,6%	2,1%	1,5%	3,6%	4,7%	3,0%
50-54	4	82	15	1,0%	1,4%	1,7%	2,0%	2,9%	3,3%
55-59	4	88	13	0,8%	1,6%	1,2%	1,9%	3,4%	2,3%
60-64	3	39	15	0,6%	0,8%	1,0%	1,3%	1,7%	2,1%
65-69	2	40	21	0,4%	1,1%	1,1%	0,9%	2,3%	2,2%
<b>totaal</b>	<b>27</b>	<b>582</b>	<b>105</b>	<b>0,9%</b>	<b>1,6%</b>	<b>1,4%</b>	<b>2,0%</b>	<b>3,6%</b>	<b>2,9%</b>

Tabel B.9: Vrouwelijke patiënten bij wie tenminste eenmaal een borstonderzoek heeft plaatsgevonden (tussen haakjes het aantal mammografieën) naar leeftijd en verzekeringsvorm

	vrouw. bezoekers			perc.tov. populatie			perc.tov bezoekers		
	zf	part +ha	part -ha	zf	part +ha	part -ha	zf	part +ha	part -ha
40-44	148	55	22	2,1%	1,9%	2,5%	4,7%	5,1%	7,2%
45-49	93	45	19	1,6%	2,3%	3,0%	3,5%	5,5%	8,3%
50-54	60	32	8	1,2%	2,0%	1,3%	2,4%	4,5%	3,3%
55-59	75	25	8	1,5%	1,6%	1,5%	3,0%	3,7%	3,9%
60-64	45	7	7	0,9%	0,5%	1,6%	1,8%	1,2%	4,2%
65-69	39	22	2	0,9%	1,7%	0,5%	1,7%	3,8%	1,3%
totaal	460	186	66	1,4%	1,7%	1,9%	2,9%	4,2%	5,0%

Tabel B.10: Vrouwelijke patiënten bij wie ten minste eenmaal borst-  
onderzoek heeft plaatsgevonden, naar urbanisatiegraad

Leeftijd	Aantal bezoekers			
	ruraal	suburb.	urbaan	3 grote steden
40-44	93	107	34	18
45-49	61	83	21	15
50-54	44	43	23	6
55-59	22	56	22	13
60-64	13	31	16	11
65-69	24	16	17	8
<b>totaal</b>	<b>257</b>	<b>336</b>	<b>133</b>	<b>71</b>

Leeftijd	% t.o.v. de populatie			
	ruraal	suburb.	urbaan	3 grote steden
40-44	2,0%	2,2%	1,6%	3,1%
45-49	1,7%	2,2%	1,5%	3,7%
50-54	1,4%	1,3%	1,8%	1,7%
55-59	0,7%	1,8%	1,7%	3,5%
60-64	0,4%	1,0%	1,2%	2,8%
65-69	0,9%	0,6%	1,5%	1,7%
<b>totaal</b>	<b>1,3%</b>	<b>1,6%</b>	<b>1,6%</b>	<b>2,7%</b>

Leeftijd	% t.o.v. bezoekers			
	ruraal	suburb.	urbaan	3 grote steden
40-44	5,1%	5,0%	3,7%	7,9%
45-49	4,0%	4,6%	3,2%	7,9%
50-54	2,9%	2,7%	3,6%	3,9%
55-59	1,5%	3,7%	3,4%	7,6%
60-64	1,0%	2,1%	2,6%	6,2%
65-69	1,9%	1,3%	2,9%	3,5%
<b>totaal</b>	<b>2,9%</b>	<b>3,4%</b>	<b>3,3%</b>	<b>6,2%</b>

Tabel B.11: Patiënten bij wie tenminste eenmaal een spontane huisvisite is afgelegd naar leeftijd, geslacht en burgerlijke staat

MANNEN

	aantal spontane visites			% tov praktijkpopulatie			% tov spreekuurbezoekers		
	ongehuwd	gehuwd	gesch/wed	ongehuwd	gehuwd	gesch/wed	ongehuwd	gehuwd	gesch/wed
65-69	10	97	19	3,0%	2,3%	4,1%	5,8%	4,0%	7,0%
70-74	8	127	36	3,3%	4,2%	7,5%	5,8%	6,8%	11,8%
75-79	10	126	48	4,2%	6,5%	8,9%	7,3%	9,7%	12,7%
80-84	12	69	45	7,0%	7,0%	9,7%	14,3%	11,1%	13,6%
85 e.o.	10	36	50	12,8%	11,1%	12,5%	17,2%	16,7%	16,5%
<b>totaal</b>	<b>50</b>	<b>455</b>	<b>198</b>	<b>4,7%</b>	<b>4,4%</b>	<b>8,4%</b>	<b>8,5%</b>	<b>7,1%</b>	<b>12,4%</b>

VROUWEN

	aantal spontane visites			% tov praktijkpopulatie			% tov spreekuurbezoekers		
	ongehuwd	gehuwd	gesch/wed	ongehuwd	gehuwd	gesch/wed	ongehuwd	gehuwd	gesch/wed
65-69	20	101	89	4,0%	2,8%	4,5%	6,3%	4,5%	6,8%
70-74	25	107	124	5,2%	4,4%	5,3%	8,1%	6,3%	7,2%
75-79	38	102	152	7,9%	7,4%	6,3%	11,4%	9,8%	8,5%
80-84	34	57	199	8,5%	10,1%	10,4%	13,5%	14,7%	12,9%
85 e.o.	37	21	182	16,1%	16,4%	15,8%	20,8%	22,1%	19,5%
<b>totaal</b>	<b>154</b>	<b>388</b>	<b>746</b>	<b>7,4%</b>	<b>4,8%</b>	<b>7,7%</b>	<b>11,1%</b>	<b>7,1%</b>	<b>10,2%</b>

Tabel B.12: Patiënten bij wie tenminste eenmaal een spontane huisvisite is afgelegd naar leeftijd, geslacht en urbanisatiegraad

**MANNEN**

Leeftijd	Aantal thuisvisites			
	ruraal	suburb.	urbaan	3 grote steden
65-69	72	77	11	5
70-74	92	85	23	10
75-79	94	99	24	8
80-84	72	71	16	4
85 e.o.	44	43	16	3
<b>totaal</b>	<b>374</b>	<b>375</b>	<b>90</b>	<b>30</b>

Leeftijd	% t.o.v. de populatie			
	ruraal	suburb.	urbaan	3 grote steden
65-69	3,3%	3,5%	1,2%	1,6%
70-74	5,4%	5,1%	3,5%	3,6%
75-79	7,5%	8,2%	4,8%	4,0%
80-84	8,8%	9,1%	5,4%	3,7%
85 e.o.	10,8%	13,2%	12,1%	5,4%
<b>totaal</b>	<b>5,9%</b>	<b>6,0%</b>	<b>3,6%</b>	<b>3,2%</b>

Leeftijd	% t.o.v. bezoekers			
	ruraal	suburb.	urbaan	3 grote steden
65-69	5,8%	5,8%	2,1%	3,0%
70-74	8,4%	8,1%	5,3%	6,2%
75-79	10,9%	12,0%	7,5%	6,0%
80-84	13,0%	13,9%	8,7%	6,0%
85 e.o.	14,8%	18,1%	18,0%	7,9%
<b>totaal</b>	<b>9,2%</b>	<b>9,5%</b>	<b>5,8%</b>	<b>5,3%</b>

VROUWEN

Leeftijd	Aantal thuisvisites			
	ruraal	suburb.	urbaan	3 grote steden
65-69	127	88	32	5
70-74	147	110	33	16
75-79	146	143	57	19
80-84	151	145	51	18
85 e.o.	103	123	36	12
<b>totaal</b>	<b>674</b>	<b>609</b>	<b>209</b>	<b>70</b>

Leeftijd	% t.o.v. de populatie			
	ruraal	suburb.	urbaan	3 grote steden
65-69	4,7%	3,4%	2,8%	1,1%
70-74	6,2%	5,1%	3,0%	3,6%
75-79	7,7%	7,7%	6,4%	4,9%
80-84	11,4%	10,9%	8,0%	6,6%
85 e.o.	15,7%	18,0%	11,2%	8,4%
<b>totaal</b>	<b>7,5%</b>	<b>7,1%</b>	<b>5,1%</b>	<b>4,1%</b>

Leeftijd	Aantal thuisvisites			
	ruraal	suburb.	urbaan	3 grote steden
65-69	6,9%	5,3%	4,1%	1,8%
70-74	8,6%	7,0%	4,3%	5,2%
75-79	10,2%	10,3%	8,2%	7,4%
80-84	14,5%	14,0%	10,4%	10,4%
85 e.o.	19,7%	22,1%	13,8%	13,0%
<b>totaal</b>	<b>10,3%</b>	<b>9,8%</b>	<b>7,0%</b>	<b>6,3%</b>

