

## **Meningen over preventie**

Ideeën en taakopvattingen van huisartsen gerelateerd aan hun gedrag

P.F.M. Verhaak

P.J. de Vries

mei 1987



nederlands instituut  
voor onderzoek van de  
gezondheidszorg

drieharingstraat 6  
postbus 1568 3500 bn utrecht  
tel. 030 2319946 fax 030 2319290

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheids-  
zorg NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN UTRECHT - telefoon: 030-319946

CIP - GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Verhaak, P.F.M.

Meningen over preventie : ideeën en taakopvattingen van huisartsen  
gerelateerd aan hun gedrag / P.F.M. Verhaak, P.J. de Vries. -  
Utrecht : Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsge-  
zondheidszorg NIVEL

ISBN 90-6905-043-9

SISO 604.2 UDC 614.23:616-084

Trefw.: preventieve geneeskunde ; huisartsen

# INHOUD

<b>1. INLEIDING</b>	5
1.1. Gezondheidszorg en preventie	5
1.2. Argumenten voor en tegen preventie door de huisarts	7
1.3. Vraagstelling	10
<b>2. HET ONDERZOEK</b>	12
2.1. Inleiding	12
2.2. Routines en gewenste werkwijze	12
2.3. Meningen over preventie in de huisartspraktijk	14
2.4. Arts en praktijkkenmerken en werkomstandigheden	16
2.5. De riskante gewoonten van de dokter	19
<b>3. DE STEEKPROEF</b>	20
<b>4. PRAKTIJK EN IDEEAAL</b>	22
4.1. Inleiding	22
4.2. Hypertensie	22
4.3. Baarmoederhalskanker	26
4.4. Borstkanker	28
4.5. Ongezonde leefgewoonten	30
4.5.1. Roken	31
4.5.2. Overmatig alcoholgebruik	35
4.5.3. Overgewicht	40
4.6. Samenhang tussen verschillende preventieve activiteiten	43
4.7. Samenvatting	48
<b>5. MENINGEN OVER PREVENTIE</b>	50
5.1. Inleiding	50
5.2. De items	50
5.3. De oorspronkelijke dimensies 'verantwoordelijkheid', 'aanvaardbaarheid', 'zinnigheid' en 'uitvoerbaarheid'	51
5.4. Schaalconstructie	53
5.5. Discussie	54
<b>6. RANDVOORWAARDEN</b>	56
6.1. Inleiding	56
6.2. Taken assistentes	56
6.3. Geregeld overleg	58

6.4.	Registratie	60
6.5.	Tijd	61
6.6.	Groei van de praktijk	63
6.7.	Extra deskundigheid op het gebied van hart- en vaat- ziekten en oncologie	65
6.8.	Leefstijl van de arts	65
<b>7.</b>	<b>FACTOREN DIE HET ONDERNEMEN VAN PREVENTIEVE ACTIVITEITEN BEÏN- VLOEDEN</b>	68
7.1.	Inleiding	68
7.2.	Informereren naar de levensstijl	69
7.2.1.	Gewenst gedrag inzake het informeren naar de levens- stijl	69
7.2.2.	Feitelijk gedrag inzake het informeren naar de levens- stijl	70
7.2.3.	Conclusie	70
7.3.	Registreren van risicovolle gewoonten	71
7.3.1.	Gewenst gedrag inzake registratie risico's	71
7.3.2.	Registreren van risicovolle gewoonten: praktijk	71
7.3.3.	Conclusies	71
7.4.	Adviseren	72
7.4.1.	Gewenst gedrag inzake adviseren	72
7.4.2.	Adviseren: praktijk	72
7.4.3.	Conclusie	72
7.5.	Systematische opsporing van ernstige ziekte	73
7.5.1.	Gewenst gedrag inzake opsporing van ziekte	73
7.5.2.	Feitelijk gedrag inzake vroegtijdige opsporing van ziekte	74
7.5.3.	Conclusie	74
7.6.	Algemene conclusies	75
<b>8.</b>	<b>SLOTBESCHOUWING</b>	77
	<b>LITERATUUR</b>	82
	<b>BIJLAGEN</b>	98

## 1. INLEIDING

Huisarts en preventie: moet het? kan het? mag het?

Zo luidde het motto van het 30e congres van het Nederlands Huisartsen Genootschap dat op 21 en 22 november 1986 werd gehouden. In het thans voor u liggende rapport beschrijven we de opvattingen die hieromtrent bij de nederlandse huisarts leven. Hiertoe is een representatieve steekproef nederlandse huisartsen door het NIVEL geënquêteerd.

Alvorens nader in te gaan op de exacte vraagstelling achter die enquête, het type opvattingen waarnaar we geïnformeerd hebben en de kenmerken van huisartsen waaraan we die opvattingen gerelateerd hebben, zullen we eerst in deze inleiding wat dieper op het achterliggende kader ingaan. Welke ontwikkelingen in de gezondheidszorg hebben aanleiding gegeven tot de belangstelling die preventie heden ten dage geniet? Waar hebben we het precies over wanneer we over preventie (en met name preventie in de huisartspraktijk) praten? Welke argumenten pro en contra worden er zoal aangevoerd. Via deze weg geraken we geleidelijk tot een verantwoording van de vragen die in het kader van een enquête naar meningen over preventie aan een huisarts gesteld kunnen worden, en tot de formulering van de vraagstelling in dit onderzoek.

Hoe we dit in detail in een vragenlijst hebben uitgewerkt en tot welke resultaten dit leidde, dat is het onderwerp van de rest van dit rapport.

### 1.1. Gezondheidszorg en preventie

Het idee dat een verschuiving in de gezondheidszorg van curatieve zorg naar preventieve zorg wenselijk is, dateert niet van vandaag of gisteren. Zoals Boerma (1985) aangaf is deze verschuiving in het Woudschotenrapport van het NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap, 1959) reeds opgemerkt: in de jaren 1970-1985 wordt zowel door artsen (V.d. Dool, 1970, Van Aalderen e.a., 1978, De Melker, 1984, Van Veen, 1985) als door de overheid (Ministerie VOMIL 1980, Ministerie van WVC, 1983, 1986) de wenselijkheid van preventie benadrukt, hoewel met name van artsenzijde de nodige kanttekeningen bij de uitvoerbaarheid worden geplaatst. Het idee is ook niet zo vreemd: naarmate de te behalen 'winst' door het genezen van ziekten marginaler

wordt, zal men zich meer moeten richten op het voorkomen van ziekten die in een laat stadium opgespoord, ongeneeslijk blijken. Ook het inzicht dat vele van de huidige welvaartsziekten 'multifactorieel' bepaald zijn, en met name sterk beïnvloed worden door de wijze waarop men leeft, vergroot de waardering voor preventieve maatregelen. Beïnvloeding van de 'lifestyle' is in dat kader meer belovend dan beïnvloeding van de ziekte. Het zijn deze gedachten die ook sterk doorklinken in het streven van de World Health Organisation naar 'Health for All in the year 2000', een streven dat voor de Nederlandse situatie gestalte heeft gekregen in de Nota 2000 (Ministerie van WVC, 1986).

Preventie zoals we er tot nu toe over gesproken hebben, is een betrekkelijk oningevuld begrip. In het bovenstaande wordt er mee bedoeld: het voorkomen van ziekte of van verergering van ziekte. Het is niet ongebruikelijk om hieraan drie subcategorieën te onderscheiden:

- primaire preventie: maatregelen om te voorkomen dat ziekten ontstaan. Het toevoegen van jodium aan keukenzout ter voorkoming van struma, het inenten van zuigelingen en kleuters tegen difterie, tetanus en pokken, en het geven van voorlichting over gezonde voeding, vallen alle onder het kopje primaire preventie;
- secundaire preventie: het vroegtijdig opsporen van ziekten in een vroeg, presymptomatisch stadium. Voorbeelden hiervan zijn de vroegtijdige opsporing van baarmoederhalskanker met behulp van een uitstrijkje en screening op phenylketonurie met behulp van een hielprik bij zuigelingen;
- tertiaire preventie: het voorkomen van complicaties of verslechtering bij bestaande ziekten. Vooral bij chronisch zieken (bij voorbeeld diabetici) is vaak sprake van deze vorm van preventie. Deze vorm van preventie wordt in het onderzoek verder buiten beschouwing gelaten.\*

We kunnen diverse vormen van preventie nog specifieker omschrijven door ook de manier waarop preventie beschreven kan worden hierbij te betrekken.

\* bij tertiaire preventie zijn curatieve en preventieve aspecten dermate onderling verweven, dat deze aspecten binnen dit onderzoek niet interessant zijn.

Gezondheidsbevordering en het voorkomen van ziekte gaat verder dan de gezondheidszorg alleen: vooral wanneer het primaire preventie betreft 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 en het geven van gezondheidsvoorlichting in het kader van het arts-patiënt contact.

Secundaire preventie vanuit een medisch kader bezien kan een aantal vormen aannemen:

- het oproepen en screenen van (delen van) de bevolking, behorend tot bepaalde risicogroepen. Dit kan zich beperken tot een huisartsenpraktijk, waarbij een huisarts bij voorbeeld 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;
- 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.

Aangezien we ons in het kader van ons onderzoek niet met tertiaire preventie bezighouden, gaan we niet nader in op de mogelijke verschijningsvormen daarvan.

Hiermee is het onderwerp van studie enigszins ingeperkt. In de rest van dit rapport zullen we het hebben over het voorkomen van ziekten en bevorderen van gezondheid zoals dit binnen een medische setting gestalte kan krijgen en over het vroegtijdig opsporen van ziekten, door bevolkingsonderzoek, door risicogroepen op te roepen, of door anticiperende geneeskunde.

## **1.2. Argumenten voor en tegen preventie door de huisarts**

Sinds ongeveer tien jaar bestaat er in Nederland veel discussie over het al dan niet ondernemen van preventieve activiteiten door huisartsen. Deze discussie betreft voornamelijk het nut van vroegtijdige opsporing van ziekten. Wat primaire preventie betreft: Het nut van immunisatie en vaccinatie is de afgelopen 50 jaar overtuigend bewe-

zen. Hooguit is er discussie over degene die dit zou moeten uitvoeren, maar dit gaat meer over de verhouding huisarts-basisgezondheidszorg, dan over de waarde van de betreffende handelingen.

Over de mate waarin de huisarts zijn patiënten moet opvoeden inzake ongezonde leefgewoonten (bij voorbeeld roken) bestaat wel duidelijk verschil van mening, zoals op het genoemde NHG-congres bleek (De Vries, 1987); dit komt echter niet voort uit verschillende opvattingen over het vermeende heilzame dan wel schadelijke effect van zulke voorlichting maar veeleer uit verschillende ideeën over de zelfstandigheid en het recht op zelfbeschikking van de patiënt (vergelijk bij voorbeeld Van Aalderen en Knotnerus, 1978).

De grote inhoudelijke controverses betreffen de vroegtijdige opsporing, de screening, het bevolkingsonderzoek.

Om zinvol vroegtijdig aandoeningen op te sporen, zou aan een tiental voorwaarden voldaan moeten zijn, die in 1968 door Wilson en Jungner geformuleerd zijn, en sindsdien regelmatig aangehaald worden (zie onder meer Thomas, 1976, Sturmans, 1983). Deze zijn:

1. De aandoening moet een belangrijk gezondheidsprobleem zijn;
2. er moet een algemeen aanvaarde behandeling zijn voor opgespoorde ziektegevallen;
3. nadere diagnose en behandeling moeten beschikbaar zijn;
4. er moet een herkenbaar latent en vroeg symptomatisch stadium zijn;
5. er moet een geschikte (eenvoudig en goedkoop af te nemen) test of onderzoeksmethode beschikbaar zijn;
6. de test moet acceptabel zijn voor de bevolking;
7. het natuurlijk verloop van de aandoening moet voldoende bekend zijn;
8. er moet overeenstemming zijn over de vraag wie als patiënt worden behandeld;
9. kosten van opsporing, diagnose en behandeling moeten verantwoord zijn;
10. vroegtijdige behandeling moet beloop en prognose van de ziekte gunstig beïnvloeden.

Thomas (1976) bespreekt aan de hand van de tien punten van Wilson en Jungner een aantal aandoeningen waarvoor toentertijd pogingen tot screening bekend waren. Zijn conclusie is dat screening onder gehele bevolkingsgroepen uitsluitend voor phenylketonurie gerechtvaardigd is. Selectieve screening zou, mits daar intensieve research aan voorafgaat, in meer gevallen gerechtvaardigd zijn (bijvoorbeeld voor



cervix carcinoom).

Thomas' bezwaar tegen screening bij andere besproken aandoeningen berusten op moeilijkheden bij de interpretatie van tests (bij voorbeeld bij opsporing coronaire afwijkingen, hypertensie) (dit betreft eis vijf van Wilson en Jungner), hoge kosten van opsporing en behandeling (mammacarcinoom) (eis drie), en lastige uitvoerbaarheid van tests (VTO bij zuigelingen en kleuters) (eis drie, eis vijf).

Sturmans (1983) brengt in de discussie naar voren dat het nut van screening moeilijk te bewijzen valt (eis negen van Wilson en Jungner), indien men geen 'randomised controlled trial' heeft uitgevoerd. Men kan wel vinden dat na screening de levensduur verlengd is, maar wanneer er daarnaast niet naar een at random samengestelde controlegroep, die niet gescreend is, is gekeken, kan deze verlenging een schijneffect zijn: Wanneer men screent 'ontdekt' men de ziekte eerder en kan de langere levensduur in feite een langere 'zichtbare' ziekteduur zijn (de 'lead-time'-vertekening); ziekten met een langzaam verloop zijn ook langer pre-symptomatisch, en hebben dus meer kans op vroegtijdige ontdekking.

Als nadelig bij-effect van screening op bijvoorbeeld kanker, noemt Sturmans de operatie-intensiteit die recht evenredig met de screeningsintensiteit toeneemt, en dit meestal bij grote aantallen vals positieven (vergelijk eis vijf van Wilson en Jungner). Dit leidt er met name toe dat niet op ziekten met een lage praevaletie gescreend zou moeten worden.

Minder strenge eisen dan die van Wilson en Jungner worden gesteld door de Canadian Task Force on the periodic Health Examination, een commissie ingesteld door de Canadese gezondheidszorg autoriteiten. Deze heeft voor 78 omschreven ziekten, aandoeningen en gedragsvormen op basis van literatuur uitspraken gedaan over de zinvolheid van vroegtijdige diagnostiek. Als criteria werden hierbij gehanteerd:

- de effectiviteit van de beschikbare behandelingsvormen en de mate waarin behandeling in vroege stadia een beter resultaat zou kunnen opleveren dan behandeling in latere stadia;
- het belang van de aandoening in termen van gezondheidsschade en -bedreiging en lijden;
- validiteit (sensitiviteit en specificiteit) en aanvaardbaarheid van de beschikbare diagnostische procedures ter opsporing van de aandoeningen. (Bron: J.A. Knotnerus, 1986)

Het moge duidelijk zijn dat deze criteria ruimer zijn dan die van Wilson en Jungner. Op grond van deze criteria worden ziekten en aandoeningen in zes categorieën ingedeeld, waarin de mogelijkheid tot

effectieve en efficiënte preventie wordt uitgedrukt. Hypertensie en borstkanker zouden in de beste van zes categorieën vallen, en baarmoederhalskanker in de op één na beste.

Toch zijn de hiervoor genoemde bezwaren ook met deze criteria niet ondervangen. Het is dan ook opvallend te noemen dat bij voorstanders van preventie niet zozeer weerleggingen hiervan worden aangetroffen, maar argumenten pro die van een andere orde zijn.

Van Ree (1981), Schraven e.a. (1986), Van Weel (1986) beroepen zich allen op de haalbaarheid van het uitvoeren van preventieve taken in de praktijk, mits daarvoor extra steun aanwezig is. Van Aalderen en Knotnerus (1978) noemen de unieke positie van de huisarts (voorkennis, goede relatie met tweede lijn, integrale behandeling van resultaten) als argumenten vóór preventie; de afhankelijkheid die geschapen wordt en de in hun ogen geringe praktische uitvoerbaarheid doen voor hen de schaal tenslotte echter naar de negatieve kant doorslaan.

### 1.3. Vraagstelling

In de discussie die gevoerd wordt, waarvan veel meer voorbeelden zijn aan te halen, (vergelijk Boerma, 1985, NHG-congres reader 1986, H&W special, 1986) duiken steeds weer argumenten op die in een pilotstudy door Kluver (1986) als volgt op een rij zijn gezet:

- argumenten met betrekking tot **verantwoordelijkheid**: hoe ver gaat de verantwoordelijkheid van de arts, waar begint die van de patiënt;
- argumenten met betrekking tot **aanvaardbaarheid**: kan een arts ongevraagd initiatieven nemen;
- argumenten met betrekking tot de **zinnigheid**: in hoeverre is preventie uit wetenschappelijk oogpunt verantwoord;
- argumenten met betrekking tot de **uitvoerbaarheid**: is de tijdsinvestering mogelijk en is preventie inpasbaar in de praktijkroutine.

Daarnaast is de rol van **condities** (financiën, assistentie, registratie en nascholing) ter discussie gesteld.

In het onderhavige onderzoek is getracht na te gaan hoe de nederlandse huisarts over deze argumenten denkt en welke rol ze spelen bij zijn neiging om in diverse opzichten preventief te werken.

Deze neiging om preventief te werken is in de onderzoeksvraagstelling toegespitst op een beperkt aantal aandoeningen, die voor een

deel reeds in het voorgaande genoemd zijn: het gaat om actieve opsporing van de risicofactoren hypertensie, roken, alcoholgebruik, overgewicht en vroegtijdige onderkenning van baarmoederhalskanker en borstkanker.

Deze algemene probleemstelling brengt de volgende **vragen** naar voren:

1. In hoeverre zijn huisartsen gemotiveerd om preventieve activiteiten te ondernemen op het gebied van:
  - opsporen van hypertensie;
  - opsporen van cervix carcinoom;
  - opsporen van mamma carcinoom;
  - opsporen van alcoholgebruik, roken en overgewicht.
  
2. Hoe groot is de discrepantie tussen het feitelijk gedrag op bovengenoemde gebieden en het ideaal.
  
3. Is er een samenhang tussen de wens om op bepaalde gebieden al dan niet preventieve activiteiten te ondernemen en:
  - meningen over verantwoordelijkheid, aanvaardbaarheid, zinnigheid, uitvoerbaarheid;
  - praktische randvoorwaarden als honorering, tijd, praktijkgrootte, nascholing;
  - gezondheidsgedrag van de arts zelf (met betrekking tot roken, drinken en gewicht).
  
4. Is er een samenhang tussen de mate waarin men thans al dan niet preventieve activiteiten onderneemt en de onder 3 genoemde meningen, praktische randvoorwaarden en het gezondheidsgedrag.

De beantwoording van deze vragen zal niet tot het gebod 'preventie kan, mag en moet!' noch tot het omgekeerde 'preventie is onmogelijk en verboden' aanleiding kunnen geven. Het onderzoek geeft slechts inzicht in wat de doorsnee huisarts hier van vindt. Als zodanig kan dit resultaat meegewogen worden in de discussie, en als zodanig is het ook bedoeld.

## 2. HET ONDERZOEK

### 2.1. Inleiding

Om de geformuleerde vragen te beantwoorden zijn huisartsen schriftelijk geënquêteerd. Een a-selecte steekproef van 900 huisartsen werd hiervoor eind mei 1986 benaderd, eind juni 1986 volgde een schriftelijke herinnering met een nieuwe vragenlijst, en half augustus waren er 523 bruikbare enquêtes geretourneerd.

In hoofdstuk 3 gaan we in op deze respons, en op mogelijke verschillen tussen de respondenten en de oorspronkelijk aangeschreven populatie. In dit hoofdstuk besteden we aandacht aan de inhoud van de vragenlijst.

De vragenlijst bestaat uit 4 delen:

1. Vragen over huidige routines en idealen op het gebied van opsporing van hypertensie, riskante leefgewoonten (roken, alcohol, overgewicht), baarmoederhalskanker en borstkanker;
2. vragen naar de meningen van de huisarts over een aantal aspecten van het ondernemen van preventieve activiteiten;
3. vragen naar arts- en praktijkkenmerken, en naar de omstandigheden waaronder deze zijn praktijk uitoefent;
4. vragen naar de 'lifestyle' van de huisarts, met betrekking tot roken en alcoholgebruik.

### 2.2. Routines en gewenste werkwijze

Voor de vragen naar het gedrag dat huisartsen op de onderscheiden terreinen ten toon spreiden, konden we voor een belangrijk deel terugvallen op eerder door het NIVEL verricht onderzoek. In het kader van onderzoek naar preventieve zorg in gezondheidscentra en groepspraktijken werd onderzocht - eveneens met schriftelijke vragenlijsten - welke activiteiten huisartsen op de meeste genoemde gebieden ondernamen (vergelijk Boerma, 1985). Voor zover we hier items aan ontlenu, volstaan we met een summier commentaar bij de weergegeven antwoordmogelijkheden en verwijzen we voor gedetailleerdere achtergrondinformatie naar voornoemde publikatie.

Vervolgens werden dezelfde vragen die gesteld waren over de wijze

waarop men te werk ging, gesteld, maar dan onder de aanname dat de omstandigheden ideaal zijn. Hiermee maten we het 'gewenst gedrag onder ideale omstandigheden'. Door gebruik te maken van dezelfde antwoordcategorieën, zijn we in staat om de discrepanties tussen feitelijk en gewenst gedrag in beeld te brengen.

#### **Hypertensie (items 23-25, 36-39)\***

Hiervoor werden de items van Boerma gebruikt. In de eerste plaats gaf men aan op welke wijze hypertensie werd opgespoord. Drie mogelijkheden werden onderscheiden die grofweg te betitelen zijn als:

1. klachtgebonden en dus niet-systematisch;
2. consultgebonden anticiperende geneeskunde;
3. screening: het periodiek oproepen van patiënten uit risicogroepen om hun bloeddruk te laten meten.

In de tweede plaats noteerde de arts wat hij deed met patiënten die niet voor hypertensie controles op het spreekuur verschenen (dit tot de verantwoordelijkheid van de patiënt rekenen of actief trachten hem te bewegen alsnog te komen).

In de derde plaats werd gevraagd hoe herkenbaar deze patiënten als categorie werden geregistreerd: kan uit de registratie worden opgemaakt in hoeverre de bloeddruk de afgelopen jaren gewijzigd is, en zijn alle bekende hypertensie patiënten in één keer te overzien.

In alle gevallen werd naar de routine en de ideale situatie geïnformeerd.

#### **Baarmoederhalskanker (items 26 en 40)**

Ook dit item is aan Boerma ontleend en onderscheidt vijf mogelijkheden: niet-systematisch, ofwel klachtgebonden, anticiperende geneeskunde op het spreekuur, en wel bij alle vrouwen die voor anti-conceptie op het spreekuur komen, of bij alle vrouwen boven een zekere leeftijdsgrens, en screening; dit laatste kan geschieden door zelf periodiek vrouwen boven een zekere leeftijdsgrens op te roepen en aan te bieden een uitstrijkje te maken, of door middel van bevolkingsonderzoek.

Ook hier wordt weer naar routine en gewenst gedrag gevraagd.

\* Deze nummers verwijzen naar de letterlijke tekst van de vragenlijst, bijlage I.

### **Borstkanker** (items 27-29, 41-43)

Aangezien het meest doeltreffende diagnostisch hulpmiddel om borstkanker te ontdekken, mammografie (Colette, 1983), de huisarts niet voor al zijn patiënten ter beschikking staat, is in de enquête niet gevraagd in hoeverre huisartsen dit systematisch opsporen, maar is geïnformeerd naar de mate waarin ze hun patiënten leren zelf hun borsten regelmatig te onderzoeken.

Voorts is gevraagd naar de systematiek in hun registratie, met name ook naar die van de familie-anamnese; een positieve familie-anamnese vergroot de kans op borstkanker, dus is een huisarts die hiernaar informeert beter in staat risicogroepen te identificeren. Huidige werkwijze en gewenst gedrag werden opgenomen.

### **Riskante leefgewoonten** (items 30-35, 44-49)

Patiënten afdleren om te roken of te drinken is een typische vorm van primaire preventie. De sterfte aan verschillende kankers, hart- en vaatziekten zou aanzienlijk afnemen wanneer patiënten en artsen hiermee zouden stoppen.

Gebruik makend van de vragen die Boerma reeds eerder stelde, is daarom nagegaan in hoeverre artsen informeren naar deze gewoonten, in hoeverre ze deze gegevens registreren en in hoeverre ze patiënten adviseren daarmee te stoppen. Verder werd onderscheid gemaakt tussen gezonde patiënten en patiënten met klachten die rechtstreeks met deze hebbelijkheden te maken hadden. In het laatste geval is de grens tussen curatie en preventie weer moeilijk te trekken, in het eerste geval is er sprake van pure primaire preventie.

Ten aanzien van overgewicht werd naar het registreren (ook van gewone gewichten) en adviseren gevraagd.

Ook hier werd weer in alle gevallen naar de routine en het ideaal geachte gedrag gevraagd.

## **2.3. Meninge n over preventie in de huisartspraktijk**

Zoals in hoofdstuk 1 al ter sprake kwam, is door Kluver (1986) geïnventariseerd welke opvattingen huisartsen op het gebied van preventie in de huisartspraktijk naar voren brengen. Uit zijn interviews kwam naar voren dat bij de afweging van de voors en tegens van preventie het volgende soort argumenten meespelen:

1. Argumenten met betrekking tot de vraag hoever de **verantwoordelijkheid** van de huisarts gaat, wanneer het om zich niet ziek voelende patiënten gaat;

2. argumenten met betrekking tot de **aanvaardbaarheid** van 'out-reaching', zelf op zoek gaan naar ziekte in plaats van klachten of symptomen, zich niet ziek voelende mensen met een ziekte opzadelen;
3. argumenten met betrekking tot zinnigheid oftewel **het wetenschappelijk bewezen nut van preventie**;
4. argumenten met betrekking tot de **uitvoerbaarheid** van preventieve taken.

We veronderstellen dat een afweging van deze vier typen argumenten waarbij het ene zwaarder kan wegen dan het ander, en waarbij niet alle vier typen argumenten dezelfde richting in hoeven te gaan, uitmaakt of een arts vóór of tegen preventie in de huisartspraktijk is. Om te onderzoeken hoe de ondervraagde huisartsen over deze zaken denken, zijn in eerste instantie uitspraken ontworpen, waarin in positieve of negatieve zin over de zinnigheid, aanvaardbaarheid, verantwoordelijkheid, uitvoerbaarheid van preventief handelen door de huisarts wordt gesproken. Deze uitspraken zijn geïnspireerd door de literatuur en door de interviews van Kluver; na een eerste schifting door twee artsen en twee gedragswetenschappers bleven er 65 uitspraken over. Deze zijn als Likert-schaal voorgelegd aan 50 huisartsen-in-opleiding, met een ervaring in de huisartspraktijk van ongeveer een half jaar en aan 20 huisartsen die gemiddeld ongeveer 12 jaar praktiseerden.

Op basis van hun antwoorden werden eerst alle items verwijderd die scheef verdeeld waren: minstens 20% van de respondenten moest het eens/helemaal eens èn minstens 20% van de respondenten moest het oneens/helemaal oneens zijn met de betreffende uitspraak om deze toe te laten.

Van de resterende items werden die items uit één verwante groep (bijvoorbeeld alle items die met 'uitvoerbaarheid' te maken hebben) die onderling zo hoog mogelijk correleerden, gekozen. Zo verkregen we een Likert-schaal van aanvaardbare lengte (25 items) waarin alle vier onderscheiden type argumenten over preventie vertegenwoordigd zijn (zie bijlage I).

Aangezien deze meningen een algemeen karakter hebben achten we ze van toepassing op alle onderzochte aandachtsgebieden.

## 2.4. Arts- en praktijkkenmerken en werkomstandigheden

Door Klaver is in zijn pilotstudy gesproken over de rol van werkomstandigheden ('condities') op het ondernemen van preventieve activiteiten. Hij onderscheidde daarbij financiën, assistentie, registratie en nascholing. Wij hebben het zinvol geacht daarnaast de factoren samenwerking en tijd mee in beschouwing te nemen als randvoorwaarden die mogelijk faciliterend op het ondernemen van preventieve activiteiten zouden kunnen werken.

### **Assistentie** (items 18, 19)

Systematisch opsporen van hypertensie lukt niet zonder assistentie zo blijkt uit het evaluatie onderzoek van het Nijmeegs Universitair Huisartsen instituut (Schraven e.a., 1986). In feite geschiedde in dit project een groot deel van het werk door de assistente en had de huisarts een superviserende rol. De functies die een assistente in het kader van preventie kan vervullen zijn:

- administratief : oproepen van patiënten, checken of afspraken worden nagekomen, verzending van serum, uitstrijkjes;
- laboratorium : bloed- en urine onderzoek;
- onderzoek : bloeddruk, gewicht, lengte meten;
- advies : voedingsadviezen (minder vet, minder zout), ge-(op instigatie wichtsvermindering, stoppen met roken. van de huisarts)

Dergelijke werkzaamheden (met name onderzoek en advies) zullen in het algemeen alleen door de assistente vervuld kunnen worden wanneer ze in het kader van een op preventie gericht programma hiervoor speciaal wordt ingezet en opgeleid. Aanwezigheid van veel assistentie op zich betekent nog niet dat de mogelijkheden voor preventie voor het oprapen liggen. Het biedt de huisarts echter wel de mogelijkheid meer aandacht te besteden aan opsporing en behandeling van hypertensie, en ook, gezien de bovengenoemde taken, aan het beïnvloeden van de 'lifestyle' van de patiënt.

Om de beschikbaarheid van assistentie te meten is in de enquête geïnformeerd naar de hoeveelheid assistentie en naar het soort taken dat deze uitvoert.

### **Geregeld overleg met andere hulpverleners** (items 5-8)

Boerma (1985) brengt naar voren dat vroege opsporing en signalering zinloos zijn, wanneer follow-up en behandeling niet mogelijk zijn.



Hij refereert hierbij aan de tweede en derde eis die Wilson en Jungner (zie hoofdstuk 1) geformuleerd hebben. In een aantal van de door ons onderzochte activiteiten spelen andere hulpverleners een rol bij eventuele nadere diagnostiek en follow-up. We denken hierbij aan een goed contact met de internist, waar het geconstateerde hypertensie betreft, en in eerste instantie aan contact binnen de eerstelijns waar het om geconstateerd alcoholmisbruik gaat.

Gevraagd is naar de mate van geregeld overleg met een aantal hulpverleners, en naar het participeren in hometeams en gezondheidscentra. In deze laatste gevallen is de beroepensamenstelling van deze samenwerkingsverbanden geregistreerd.

### **Registratie (items 20, 21, 25, 29, 32)**

Een geschikt registratiesysteem is van belang om op zinvolle wijze preventie te bedrijven. Een leeftijds/geslachtsregister is nodig om risicogroepen snel te kunnen identificeren; herkenbaarheid van patiënten bij wie risicofactoren of ziektes zijn geconstateerd, vergemakkelijkt gerichte actie. Het meest ideaal is een geautomatiseerd patiëntenbestand, dat beide bovenstaande kenmerken in zich heeft. Dergelijke identificatie is vooral van belang ten behoeve van screening.

Naast identificeerbaarheid is de inhoud van de registratie van belang (vergelijk Fleming e.a., 1981): zonder registratie van datum en uitslag van bloeddrukmeting, uitstrijkje, borstonderzoek, rook- en drinkgewoonten en gewicht, is men niet in staat tot een periodieke surveillance, of dit nu consultgebonden is, of door middel van screening bewerkstelligd moet worden.

Gegevens die met betrekking tot de registratie zijn verzameld, betreffen het soort registratiesysteem, de herkenbaarheid van risicogroepen en de routine inzake de registratie van bloeddrukwaarden, borstkanker, de familie-anamnese betreffende borstkanker, roken, drinken en gewicht.

### **Tijd (items 12-14, 17)**

Naarmate men als arts meer tijd heeft, is er meer ruimte voor het ondernemen van preventieve activiteiten. Dit is met name van belang in het kader van de anticiperende geneeskunde. Weliswaar kunnen in dit kader ook taken door hulpkrachten worden overgenomen, Van den Dool wees hier in 1970 al op (V.d. Dool, 1970), maar hij was tevens realistisch genoeg om te concluderen dat anticiperende geneeskunde zeker geen vermindering van het totale werk van de huisarts met zich mee zal brengen. Wil men patiënten op het spreekuur periodiek nakij-

ken indien ze tot een risicogroep behoren dan zal de gemiddelde hoeveelheid beschikbare tijd per spreekuurcontact groter moeten zijn. Tevens zal de werkdruk toenemen, en meer als onoverkomelijk gezien worden, naarmate de praktijk groter is. De populatie at risk zal daarmee waarschijnlijk recht evenredig toenemen. Naarmate men ten slotte meer mensen op een gemiddeld spreekuur ziet, zijn de omstandigheden om anticiperende geneeskunde te bedrijven eveneens ongunstiger.

In de enquête is daarom gemeten hoeveel tijd men uittrekt voor een spreekuurcontact, hoeveel patiënten men zoal op een dag ziet, en hoe groot de praktijk is. De factor tijd wordt van invloed geacht op alle onderzochte activiteiten.

### **Honorering (items 16, 50)**

Aangezien preventieve activiteiten niet extra gehonoreerd worden, is deze factor als zodanig niet interessant.

Wel is het van belang om te weten in hoeverre honorering een extra prikkel zou kunnen zijn. Hiernaar is geïnformeerd in verband met het actief opsporen van hypertensie, in de vooronderstelling dat dezelfde antwoorden ook voor andere, duidelijk te omschrijven en af te grenzen preventieve activiteiten zouden gelden.

Tevens is de gevoeligheid voor honorering misschien via een omweg te meten. We veronderstellen dat bij een kleine groeiende praktijk en bij teruglopende praktijken van jonge artsen, er een behoefte aan klantenbinding kan bestaan die bij volgroeide praktijken en praktijken van oudere artsen niet voorkomt.

Tevens bieden eerstgenoemde praktijken meer ruimte voor preventieve activiteiten. We veronderstellen daarom dat voor praktijken die nog wel patiënten kunnen gebruiken de drempel om preventieve activiteiten te ondernemen, lager ligt. Ook dit geldt weer voor alle onderscheiden activiteiten.

### **Nascholing (item 22)**

Artsen die zich op de gebieden waarop wij ons geconcentreerd hebben (hart- en vaatziekten, kanker) hebben nageschoold, zullen adequater kunnen handelen en hebben blijk gegeven van interesse in de onderhavige materie. We veronderstellen daarom dat deze artsen op alle onderzochte gebieden actiever zullen zijn. Nascholing is gemeten met behulp van een open vraag naar de gevolgde nascholing op genoemde gebieden, de afgelopen vijf jaar.

## 2.5. De riskante gewoonten van de dokter (items 51-61)

Artsen houden er als groep tamelijk ongezonde leefwijzen op na, wanneer we hun rook- en drinkgewoonten bekijken. Dit geldt overigens ook voor andere aspecten van de 'lifestyle' als regelmaat, stabiliteit van huwelijken en rust (vergelijk Adriaanse e.a., 1983). Het vermoeden bestaat dat er een verband bestaat tussen de eigen leefgewoonten en de norm die men op dat gebied stelt ("een alcoholist is iemand die meer drinkt dan zijn huisarts"), terwijl het ook zo zou kunnen zijn dat men zichzelf als roker of drinker niet de juiste persoon vindt om een ander dat af te raden. De rook- en drinkgewoonten van de arts zouden zo zijn handelen op dit gebied kunnen beïnvloeden.

Gevraagd is naar het al dan niet roken of drinken, de vroegere gewoonten (of men gestopt is of niet) en de hoeveelheid die men consumeert.

Deze kenmerken worden in verband gebracht met de preventieve activiteiten van de arts op het gebied van deze riskante leefgewoonten.

### 3. DE STEEKPROEF

Begin juni 1986 werden enquetes (zie bijlage I) gestuurd aan 900 in Nederland werkende huisartsen. De adressen waren afkomstig uit het bestand van de huisartsenregistratie van het NIVEL en werden hieruit op een a-selecte manier getrokken.

Met de enquetes werd een aanbevelingsbrief van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) meegestuurd. Drie weken later werd aan de artsen van wie nog geen enquête ontvangen was een herinneringsbrief met een nieuwe enquête gestuurd. Half augustus waren er 523 geheel of gedeeltelijk ingevulde enquetes teruggekomen. Dat is een respons van 58%.

Het bestand van de huisartsenregistratie van het NIVEL bevat alle in Nederland werkzame huisartsen. Daar de adressen op a-selecte wijze uit het bestand van zelfstandig gevestigde artsen getrokken zijn kan men aannemen dat de geënqueteerde groep representatief is voor de gehele populatie van Nederlandse huisartsen.

De vraag of de groep artsen die de enquête teruggestuurd hebben als representatief mag worden beschouwd voor de gehele populatie werd onderzocht door de groep respondenten op een aantal punten te vergelijken met de geënqueteerde groep (tabel 3.1).

Een opvallende uitkomst is dat onder de respondenten significant meer artsen zijn die niet full-time werken. Verder valt op dat de respondenten gemiddeld jonger zijn dan de geënqueteerden, een resultaat dat in eerdere studies ook gevonden werd (Boerma, 1985). Het verschil is echter gering; nog geen anderhalf jaar.

Het is onwaarschijnlijk dat een verschil in leeftijd van ruim een jaar een belangrijke invloed heeft op de motivatie van artsen om preventieve activiteiten te ondernemen. Tijd, of het gebrek daaraan, zal hierop waarschijnlijk wel een belangrijke invloed uitoefenen. De artsen die niet full-time werken vullen kennelijk vaker enquetes in dan hun full-time werkende collegae.

Het niet representatief zijn van de steekproef op dit punt kan er toe leiden dat van het gedrag en de motivatie op het gebied van preventie een te positief beeld wordt geschetst en dat bij het onderzoeken van de randvoorwaarden en de belemmerende factoren voor het uitvoeren van preventieve taken, de tijd als factor onderschat wordt. De respondenten verschillen op de andere, in dit verband be-

Tabel 3.1.: vergelijking respondenten met geënqueteerden

	geënque- teerden n=900	respon- denten	n	toets en uitkomst	conclusie: tussen geënqueteerden en respondenten is:
<b>sekse:</b>					
mannen	90,2%	89,3%	518	binominaal toets	geen verschil
vrouwen	9,8%	9,7%		F(z)=.544	
				z-score	
<b>leeftijd</b>	43,8 jr.	42,4 jr.	520	F(z)=.993	verschil
				z-score	
<b>jaar van afstuderen</b>	71,0%	71,2%	504	F(z)=.583	geen verschil
				z-score	
<b>vestigings- jaar</b>	73,3%	74,0%	510	F(z)=.755	geen verschil
				z-score	
<b>praktijkvorm</b>	%	%	521	chi-kwadraat	geen verschil
solist	57,8%	53,9%		$\chi^2=2.197,$	
duopraktijk	31,7%	31,7%		d.f.=3,	
groepspraktijk	4,8%	5,0%		p=.7	
gezondheids- centrum	5,8%	6,9%			
				z-score	
<b>bezetting</b>	%	%	521	binominaal toets	verschil
fulltime	92,0%	87,5%		F(z)=.9998	
parttime	8,0%	12,5%			

langrijke punten zoals het jaar van vestiging (praktijkervaring) en de gekozen praktijkvorm (idealen) niet van de totale steekproef. Ook zijn er geen verschillen wat betreft het gemiddelde jaar van afstuderen en de vertegenwoordiging van de seksen en de provincies. Het lijkt dan ook gerechtvaardigd om aan te nemen dat de groep respondenten representatief is voor de groep geënqueteerden en daarmee voor de totale populatie van nederlandse huisartsen behalve wanneer het zaken betreft waarbij de tijd een belangrijke rol speelt. In dat geval zal hiermee bij de interpretatie van de uitkomsten rekening gehouden moeten worden.

## 4. PRAKTIJK EN IDEEAAL

### 4.1. Inleiding

In de enquête werden een aantal vragen gesteld over de routines welke huisartsen volgen met betrekking tot hypertensie, baarmoederhalskanker, roken, overmatig alcoholgebruik en overgewicht. Daarnaast werd gevraagd wat men onder ideale omstandigheden (voldoende tijd, assistentie, geld enzovoort) zou doen. De antwoorden op deze vragen zijn met elkaar vergeleken en dit hoofdstuk bevat de uitkomsten. Zoals in hoofdstuk 2 duidelijk is geworden, is de definitie van wat onder 'hypertensie', 'overmatig alcoholgebruik' en dergelijke verstaan wordt, overgelaten aan de respondent. Later in de rapportage zal de privémening van de respondent omtrent de definitie van verschillende aandoeningen wel in de analyse betrokken worden.

In dit hoofdstuk geven we per aandoening weer hoe artsen in dat opzicht op dit moment zeggen dat ze te werk gaan en hoe ze onder ideale omstandigheden zeggen te willen werken.

In tabelvorm geven we de verdeling van de antwoorden op beide vragen weer, terwijl we ook aangeven welke belangrijke verschuivingen er van praktijk naar ideaal te bespeuren zijn. Een verschuiving wordt gevisualiseerd (door een pijl) wanneer deze betrekking heeft op 5% of meer van de respondenten. Er is sprake van een verschuiving wanneer een groep artsen als ideaal een andere werkwijze aangeeft dan als huidige praktijk. De groep die als ideaal dezelfde werkwijze aangeeft als ze thans doet wordt niet met een pijl aangegeven.

De tekst beschrijft wat er in de tabellen staat en geeft daarnaast een aantal relevante bevindingen die niet in de tabellen terug te vinden of daaruit af te leiden zijn. Alle percentages, zowel in de tabellen als in de tekst, zijn afgeronde percentages van het totale aantal artsen dat de vraag beantwoordt heeft, tenzij anders vermeld wordt.

### 4.2. Hypertensie

Naar aanleiding van de routines met betrekking tot het opsporen van hypertensie werd in de eerste plaats gevraagd hoe men dit in het algemeen doet. Als minst ingrijpende mogelijkheid kan men aangeven dat hypertensie niet systematisch wordt opgespoord, maar dat men de

bloeddruk van patiënten meet indien de klachten hier aanleiding toe geven. Een stap verder gaat het alternatief waarbij de arts zegt bij iedere patiënt uit een bepaalde risicogroep de bloeddruk te meten. De meest vergaande routine die men kon kiezen was het alternatief waarbij de arts aangeeft dat hij periodiek mensen uit risicocategorieën oproept wanneer deze in een bepaalde periode niet op het spreekuur geweest zijn, teneinde hun bloeddruk te meten. Zoals in de inleiding van dit hoofdstuk al vermeld is, werden dezelfde alternatieven voorgelegd voorgelegd om aan te geven welke routine men onder ideale omstandigheden zou prefereren.

Tabel 4.1.: wijze van opsporen hypertensie

n=519	situatie nu (% totaal)	voornaamste verschuivingen (% totaal)	ideale situatie (% totaal)
niet systematisch	75	41	23
periodieke meting	23	12	55
oproepen	1	7	21
anders	1		1
bevolkingsonderzoek			1

De meeste artsen onderzoeken hun patiënten momenteel niet systematisch op hypertensie, maar zouden dat onder ideale omstandigheden wel willen doen. Het periodiek meten van de bloeddruk wanneer iemand uit een bepaalde leeftijdscategorie op het spreekuur komt, geniet dan de voorkeur.

In totaal is 64% tot verandering geneigd; 36% is niet geneigd onder ideale omstandigheden een andere tactiek te volgen waarbij 21% niet systematisch te werk gaat en 13% periodieke metingen uitvoert. Anders gezegd: van degenen die niet systematisch te werk gaan wil 28% aan deze gewoonte vasthouden; van degenen die alle spreekuur-

bezoekers controleren wil 57% dat zo blijven doen.

Samenvattend kan gezegd worden dat onder ideale omstandigheden aanzienlijk meer artsen hypertensie op een min of meer systematische wijze zouden opsporen; 60% zou meer aandacht aan het opsporen van hypertensie willen geven. De praktijk is wat dit betreft dus verre van ideaal.

De tweede vraag met betrekking tot hypertensie betreft de wijze waarop huisartsen, wanneer zij hypertensie vaststellen, dit registreren. De geboden alternatieven verschillen sterk wat betreft hun mogelijkheden om snel een overzicht van hypertensiepatiënten te krijgen. Het eerste alternatief, niet systematisch vermelden van hypertensie op de patiëntenkaart, geeft eigenlijk geen overzicht.

De tweede mogelijkheid, altijd vermelden van de meest recente gegevens, biedt het voordeel van volledigheid maar de gegevens zijn moeilijk toegankelijk. Wanneer men één van deze alternatieven aangekruist had, werd men als een niet systematisch registrerende arts beschouwd. De derde mogelijkheid, hypertensiepatiënten labelen met bij voorbeeld ruitertjes, maakt deze groep al veel beter herkenbaar en het vierde alternatief, het bijhouden van een apart overzicht geeft uiteraard de beste mogelijkheden.

De onderstaande tabel geeft de verdeling van de antwoorden weer.

Tabel 4.2.: wijze van administreren van patiënten met een te hoge bloeddruk

n=516	situatie nu (% totaal)	voornaamste verschuivingen (% totaal)	ideale situatie (% totaal)
niet systematisch registreren	82	30	37
labelen in administratie	12	11	39
bijgewerkte overzichten	2	6	17
anders	3		7



Ook hier geldt weer dat thans bij de meeste huisartsen hypertensiepatiënten niet zomaar herkenbaar zijn in het kaartsysteem, maar dat velen dit wel wenselijk achten.

In totaal is 54% tot verandering geneigd. De meeste hiervan registreren niet systematisch en zouden er de voorkeur aan geven patiënten in de administratie te labelen.

In totaal zou 45% onder ideale omstandigheden niet op een andere wijze registreren waarbij 35% niet systematisch blijft registreren en 8% hypertensiepatiënten in de administratie gelabeld heeft, en dit zo wil houden. Opnieuw geldt: van de niet systematische groep wil een minderheid (43%) deze manier vasthouden, van de anderen wil 65% het zo houden.

In de derde plaats werd gevraagd naar de routine welke men volgt om hypertensiepatiënten die niet op een controle verschijnen alsnog op te roepen. De alternatieven waren: niets doen, na een tweede verzuim de patiënt alsnog verzoeken te komen of de patiënt onmiddellijk oproepen. Uit eigen beweging noemde een aantal artsen de mogelijkheid om de medicatie te beperken waarmee men de patiënt min of meer dwingt regelmatig voor herhaalrecepten terug te komen. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de reacties.

Tabel 4.3.: wijze van reageren wanneer een hypertensiepatiënt niet verschijnt voor een afgesproken controle

n=515	situatie nu (% totaal)	voornaamste verschuivingen (% totaal)	ideale situatie (% totaal)
niets doen	78	21	41
actie na tweede verzuim	10	15	29
patiënt verzoeken te komen	6		25
medicatie beperken	6		5

Meestal ondernemen huisartsen thans geen actie wanneer een patiënt niet voor controle op komt dagen en een grote minderheid zou ook onder ideale omstandigheden zo handelen. Ongeveer 40% van de onder-vraagde artsen ondernemen thans geen actie en zouden dit onder idea-le omstandigheden wel op een of andere wijze doen.

Wat de systematische opsporing van hypertensie betreft, kunnen we concluderen dat dit in zijn algemeenheid nog weinig gebeurt: de meeste huisartsen meten de bloeddruk als de klachten daar aanleiding toe geven, registreren deze wanneer hij afwijkend is, en laten het aan de patiënt over om vervolgafspraken al dan niet na te komen. Vooral met dat eerste zijn velen het eigenlijk niet eens: onder ideale omstandigheden opteren velen voor een aanpak die we als anti-ciperende geneeskunde kunnen betitelen.

Ook met betrekking tot registratie en het oproepen van patiënten die hun contrôle-afspraken niet nakomen is sprake van een bereidheid om het onder ideale omstandigheden actiever en meer systematisch aan te pakken; de minderheid die ook dan de voorkeur geeft aan een niet systematische of niet actieve aanpak is echter wel groter dan de minderheid die ook idealiter niet aan systematische opsporing wil doen.

#### **4.3. Baarmoederhalskanker**

Over baarmoederhalskanker werd de artsen gevraagd welke wijze van opsporen het meest overeen komt met de door hen gevolgde procedure. De voorgelegde alternatieven verschillen van elkaar wat betreft de mate van systematiek. De eerste, minst systematische, mogelijkheid is het maken van uitstrijkjes wanneer de gelegenheid daartoe zich voordoet; de huisarts beslist per patiënte of het zinvol is wanneer deze patiënte op zijn spreekuur verschijnt.

Sommige artsen maken bij patiëntes boven een zekere leeftijdsgrens periodiek een uitstrijkje; een aantal doet dit alleen bij vrouwen die voor anti-conceptie op het spreekuur komen, anderen doen dat bij alle vrouwen die op het spreekuur verschijnen. Dit waren respectie-velijk het tweede en het derde alternatief.

Als meest systematische wijze van opsporen werd beschouwd het oproe-pen van vrouwen boven een zekere leeftijdsgrens die in een bepaalde periode niet op het spreekuur geweest zijn; dit was het vierde ant-woordalternatief.

Een analoge vraag werd gesteld over de ideale situatie en onder-staande tabel geeft de verdeling over de verschillende mogelijkheden weer.

Tabel 4.4.: wijze van opsporen van baarmoederhalskanker

n=515	situatie nu (% totaal)	voornaamste verschuivingen (% totaal)	ideale situatie (% totaal)
niet systematisch uitstrijkjes maken	26	5	9
uitstrijkjes bij be- paalde leeftijds- groep bij anti- conceptie contrôle	25	9	5
uitstrijkjes bij be- paalde leeftijds- groep bij consult	43	16	20
oproepen	1	14	30
bevolkingsonderzoek	4	9	34
voorlichting			
anders	1		2

De wijze waarop huisartsen baarmoederhalskanker opsporen varieert aanzienlijk. De meeste artsen brengen wel een zekere systematiek aan in de wijze waarop ze patiënten hierop screenen. Deze systemiek laat zich in veel gevallen het beste typeren als anticiperende geneeskunde.

Toch voldoet deze stand van zaken bij lange niet aan het ideaalbeeld dat de artsen voor ogen staat. De meerderheid prefereert onder ideale omstandigheden actieve opsporing die ze of zelf in de hand wil houden of door middel van bevolkingsonderzoek wil realiseren.

Wel valt het op dat degenen die thans weinig systematisch te werk gaan bij het opsporen van baarmoederhalskanker, relatief meer gepor- teerd zijn voor bevolkingsonderzoek, terwijl zij die thans op het

spreekuur systematisch hun risicopatiënten onderzoeken, iets meer voorstander zijn van systematische screening vanuit de huisartspraktijk.

#### 4.4. Borstkanker

Over borstkanker werden verschillende vragen gesteld. Ten eerste werd gevraagd in welke mate de huisarts vrouwen boven de 35 jaar leert om zelf hun borsten te onderzoeken. Een aantal artsen doet dit alleen wanneer vrouwen daar zelf om vragen; anderen leren aan alle vrouwen zelf de borsten te onderzoeken en sommigen doen dit alleen wanneer de patiënte, bij voorbeeld door een belaste familie-anamnese, tot een risicogroep behoort. Verder waren we geïnteresseerd in de mate van herkenbaarheid in de administratie van patiëntes waarbij borstkanker is vastgesteld. De minst systematische wijze van registreren is het vermelden van gegevens op de patiëntenkaart bij slechts een deel van de patiëntes. Een arts gaat iets systematischer te werk wanneer hij altijd de meest recente gegevens aantekent. Huisartsen die er nog meer werk van maken labelen de kaarten van deze patiëntes, bij voorbeeld met ruitertjes, en sommigen hebben een bijgewerkt overzicht van alle patiëntes met borstkanker. Naast het registreren van patiëntengegevens kan men ook de gegevens van familieleden waarbij borstkanker is vastgesteld op iemands kaart vastleggen. Er werd gevraagd in hoeverre dit gebeurt waarbij drie alternatieven mogelijk waren: het gebeurt niet, alleen wanneer deze gegevens bekend zijn wordt er een aantekening van gemaakt of men informeert hier systematisch naar en tekent het dan aan.

Zoals bij de voorgaande vragen ook gebeurde werd er gevraagd naar de huidige routines van de arts en naar de manier van werken die hij ideaal zou vinden. Helaas is er een vergissing begaan bij het opstellen van de vragen over de gewenste manier van werken zodat wij de huidige praktijk niet rechtstreeks kunnen vergelijken met de hypothetische ideale situatie. De gegevens willen we hier toch presenteren en we doen dat met behulp van tabel 4.5.

Van de huisartsen leert 61% zelfonderzoek van de borsten alleen aan vrouwen die daar zelf om vragen; 27% leert dit aan alle vrouwen die ouder zijn dan 35 jaar en tot een risicogroep behoren. 12% leert het aan alle vrouwen die ouder zijn dan 35 jaar.

Van de huisartsen vindt 74% dat idealiter aan vrouwen zoveel mogelijk zelfonderzoek van de borsten geleerd zou moeten worden; 42% zou

Tabel 4.18.: borstkanker, huidige situatie versus ideaal

<b>registratie van patiëntes waarbij borstkanker is vast- gesteld</b>		<b>registratie van patiëntes met borstkanker onder ideale omstandigheden</b>	
niet systematisch	14%	niet systematisch	3%
meest recente gegevens	76%	gegevens patiënte op kaart	25%
labelen in administratie	7%	gegevens patiënte en familieleden op kaart	72%
bijgewerkt overzicht	1%		
anders	2%		
	100%		100%
<b>registratie van familieleden waarbij borstkanker is vast- gesteld</b>		<b>herkenbaarheid van patiëntes met borstkanker in de regi- stratie</b>	
niet	27%	patiënt directe her- kenbaar	21%
indien bekend	60%	vrouwen met belaste familie-anamnese direct herkenbaar	36%
ssystematisch infor- meren en aantekenen	13%	bijgewerkt overzicht van patiëntes	21%
	100%	anders	22%
<b>leren van zelfonderzoek van de borsten aan vrouwen ouder dan 35 jaar</b>			100%
alleen wanneer de patiënte erom vraagt	61%	<b>idealiter zou vrouwen zoveel mogelijk zelfonderzoek van de borsten geleerd moeten worden</b>	
wanneer patiënte tot een risicogroep behoort	27%	eens	74%
alle vrouwen ouder dan 35 jaar	12%	oneens	26%
	100%	<b>idealiter zou van alle vrou- wen boven een zekere leef- tijdsgrens een éénmalige base- line mammografie beschikbaar moeten zijn</b>	
		eens	42%
		oneens	58%

idealiter over een eenmalige base-line mammografie van alle vrouwen boven een zekere leeftijdsgrens willen beschikken.

Het registreren van patiëntes met borstkanker gebeurt door 14% op een niet systematische wijze; 76% noteert de meest recente gegevens op de kaart, 7% labelt patiëntes in de administratie met bij voorbeeld ruitertjes, 1% houdt een bijgewerkt overzicht bij en 2% registreert op een andere wijze.

Het aantekenen van gegevens\* van familieleden van de patiënte die borstkanker hebben (gehad) wordt door 27% van de huisartsen niet gedaan; 60% noteert dit wanneer het bekend is en 13% informeert systematisch naar deze gegevens en tekent ze aan.

Onder ideale omstandigheden zou 3% niet systematisch registreren; 25% zou de gegevens van de patiënte op de kaart noteren en 72% zou de gegevens van de patiënte en haar familieleden op de kaart noteren.

Door 21%\* zou, onder ideale omstandigheden, een administratie gevoerd worden waarin de patiënte direct herkenbaar is; 36% zou vrouwen met een belaste familie-anamnese direct herkenbaar registreren, 21% zou een bijgewerkt overzicht van patiëntes met borstkanker bijhouden en 22% zou anders registreren. De getallen in de tabel doen vermoeden dat artsen onder ideale omstandigheden meer systematisch te werk zouden gaan dan nu het geval is. Opvallend is dat een groot percentage artsen zou willen beschikken over gegevens omtrent de familie van patiëntes terwijl het aantekenen van deze gegevens niet, of alleen wanneer de gelegenheid zich voordoet, gedaan wordt.

#### **4.5. Ongezonde leefgewoonten**

Over drie ongezonde leefgewoonten werd aan de artsen een aantal vragen voorgelegd. Deze gingen over het informeren naar, het registreren van en het adviseren bij roken, overmatig alcoholgebruik en overgewicht.

Daarbij werd een belangrijk onderscheid gemaakt tussen het handelen van de arts wanneer er geen directe medische aanleiding is en het handelen wanneer dit wel het geval is. Onder directe medische aanleiding werd verstaan dat de patiënt klachten heeft die verband kun-

\* N.B.: Het gaat hier om twee aparte vragen.

nen houden met ongezonde gewoonten of dat de patiënt tot een risicogroep behoort.

Met betrekking tot het informeren werd aan de artsen in onze steekproef gevraagd op een vijfpuntschaal aan te geven wat hun huidige routine is en wat deze in een ideale situatie zou zijn; de alternatieven waren nooit, zelden, soms, meestal en altijd (informeren). Voorts werd gevraagd in welke mate men de verkregen gegevens vastlegt op de patiëntenkaart; men kon hierbij kiezen uit drie alternatieven, namelijk zelden/nooit, soms en meestal (vastleggen van gegevens). Ten slotte werd ten aanzien van de onderzochte gewoonten gevraagd in hoeverre men patiënten adviseert om hiermee te stoppen waarbij twee alternatieven werden voorgelegd: alleen adviseren wanneer de klacht of het ziekteverloop daartoe aanleiding geven of alle patiënten adviseren, ongeacht de klachten.

Uiteraard werd ook ten aanzien van het registreren en adviseren de analoge vraag gesteld over hetgeen de arts zou doen wanneer de omstandigheden ideaal zouden zijn.

#### 4.5.1. Roken

Ten eerste bespreken wij de mate van informeren naar de rookgewoonten van patiënten waarbij daartoe geen directe medische aanleiding bestaat. De onderstaande tabel geeft een overzicht van de mate waar-

Tabel 4.6.: mate van informeren naar rookgewoontes van patiënten waarvan men niet weet of hij/zij rookt

n=431	situatie nu (% totaal)	voornaamste verschuivingen (% totaal)	ideale situatie (% totaal)
nooit	9		5
zelden	18		8
soms	41		28
meestal	24	7	17
		16	
		15	
altijd	8		42

in de artsen in onze steekproef dit doen, wat zij ideaal vinden en hoe dit van elkaar verschilt.

We zien dat er een verschuiving ten gunste van het informeren zou optreden wanneer de omstandigheden ideaal zouden zijn. Vooral onder artsen die hier al enige aandacht aan besteden zijn er die hier een vastere routine van zouden willen maken;

Het percentage artsen dat te kennen geeft onder ideale omstandigheden niet vaker naar rookgewoontes te zullen informeren is 34%.

Samenvattend kan gezegd worden dat artsen aangeven, onder ideale omstandigheden, vaker naar de rookgewoonten van hun patiënten te zullen informeren. Het aantal artsen dat altijd zou informeren is echter nog niet de helft van het totaal en het percentage dat onder ideale omstandigheden slechts soms zou informeren is iets minder dan een derde.

Over het geheel beschouwd maken de gegevens de indruk dat het op de hoogte zijn van de rookgewoontes van de patiënt voor artsen geen brandende kwestie is wanneer een directe aanleiding om hiernaar te vragen ontbreekt.

Na bespreking van de mate waarin artsen informeren en zouden willen informeren naar rookgewoontes wanneer daartoe geen directe aanleiding bestaat beschouwen wij de vraag hoe dit ligt wanneer de klachten van een patiënt aanleiding geven om hiernaar te vragen. In de enquête werd hiervoor een analoge vraag gesteld met dezelfde antwoordalternatieven. Tabel 4.7 geeft opnieuw een overzicht.

Tabel 4.7.: mate van informeren naar rookgewoontes van patiënten wiens klachten hiertoe aanleiding geven

n=490	situatie nu (% totaal)	voornaamste verschuivingen (% totaal)	ideale situatie (% totaal)
soms	1		1
meestal	19	16	5
altijd	79		95



Uit de tabel blijkt dat artsen vrijwel altijd informatie inwinnen wanneer de klachten dit indiceren. De 16% van de artsen die van meestal naar altijd verschuiven onderstrepen hiermee nog eens het belang wat men aan deze informatie hecht. De resultaten spreken verder voor zichzelf.

Dezelfde vraag, met dezelfde alternatieven, werd nog eens gesteld maar dan ten aanzien van het geval de patiënt tot een risicogroep behoort. Onderstaande tabel laat de resultaten daarvan zien.

Tabel 4.8.: mate van informeren naar de rookgewoontes van patiënten die tot een risicogroep behoren

n=481	situatie nu (% totaal)	voornaamste verschuivingen (% totaal)	ideale situatie (% totaal)
soms	5		1
meestal	31		6
altijd	63	26	92

Dit geeft ongeveer hetzelfde beeld als in het geval dat de klachten aanleiding tot het stellen van de relevante vragen geven. Het enige verschil is dat hier iets minder artsen zeggen dat zij onder de huidige omstandigheden reeds altijd informeren. Uit de antwoorden op de vraag wat men, gegeven ideale omstandigheden, zou doen komt echter naar voren dat men vrijwel unaniem van mening is dat het bestaan van een verhoogd risico voldoende aanleiding is om naar rookgewoontes te informeren.

Naast de mate waarin men informeert naar rookgewoontes is ook de mate waarin men deze op de patiëntenkaart registreert belangrijk. Deze vraag werd dan ook aan de geënqueteerde artsen voorgelegd met

het verzoek om aan te geven of men deze gegevens zelden/nooit\*, soms, dan wel meestal registreert. De uitkomsten zijn opnieuw weer-gegeven in onderstaande tabel.

Tabel 4.9.: mate van vastleggen van gegevens over rookgewoontes op de patiëntenkaart

n=517	situatie nu (% totaal)	voornaamste verschuivingen (% totaal)	ideale situatie (% totaal)
zelden/nooit	9	5	3
soms	39	24	21
meestal	52	76	

Een groep ter grootte van 62% zou hun routine wat dit betreft niet willen veranderen. Deze groep bestaat uit 1% van het totaal welke zelden of nooit deze gegevens vastleggen, 14% die dat soms doen en 47% die melden nu reeds altijd aantekening van rookgewoontes te maken.

Samenvattend kan gezegd worden dat artsen de gegevens over rookgewoontes onder ideale omstandigheden vaker zouden vastleggen dan ze nu doen. Ongeveer driekwart zegt deze gegevens meestal op de patiëntenkaart te willen vastleggen.

Ten slotte werd over roken gevraagd in hoeverre men patiënten die roken, adviseert daarmee te stoppen, waarbij men kan kiezen uit twee alternatieven.

De tabel op de volgende bladzijde geeft weer welk deel van de artsen alleen op medische indicatie anti-rookadviezen geeft en welk deel iedereen die rookt adviseert te stoppen.

\* Zelden/nooit was bij deze vraag één alternatief in tegenstelling tot de vragen die gaan over het informeren naar rookgewoontes bij de diverse categorieën patiënten.

Tabel 4.10.: adviseren van patiënten die roken om daarmee te stoppen

n=519	situatie nu (% totaal)	voornaamste verschuivingen (% totaal)	ideale situatie (% totaal)
wanneer klacht of ziekteverloop daar aanleiding toe geven	33		16
		19	
alle patiënten die te veel roken	68		84

De meeste artsen geven al aan dat ze alle patiënten die te veel roken adviseren daarmee te stoppen. Onder ideale omstandigheden zou dit aantal nog toenemen tot 85% van alle artsen.

Informeren en adviseren inzake roken is vanzelfsprekend voor huisartsen zolang dit in rechtstreeks verband met klachten staat; in die zin is het echter nauwelijks een preventieve activiteit te noemen. Systematisch terugdringen van rookgewoontes, ongeacht de huidige gezondheidstoestand van patiënten, is meer discutabel. Weliswaar adviseert thans al tweederde van de huisartsen hun rokende patiënten, ongeacht hun klachten, daarmee te stoppen, en wil  $\pm$  85% dat onder ideale omstandigheden doen, maar de wil om te weten is geringer: ongeveer 30% informeert er (meestal) naar en nog eens 30% zou dat onder ideale omstandigheden doen. De bereidheid om in dit opzicht te veranderen is minder groot dan bij het opsporen van baarmoederhalskanker en hypertensie het geval was en dit ligt niet aan het feit dat men al zo vaak systematisch naar roken informeerde en het marginale nut dus gering zou zijn.

#### 4.5.2. Overmatig alcoholgebruik

Zoals in de inleiding al aangekondigd werd vroegen we ook hoe men omgaat met het alcoholgebruik van patiënten. De vragen volgden hetzelfde stramien als bij roken het geval was; er werd gevraagd of men informeert naar het gebruik van alcohol en bij welke patiënten, of men hier aantekening van houdt en aan welke patiënten men het advies geeft te stoppen met drinken.

evens werd weer gevraagd wat men idealiter zou willen doen. Wij bespreken ten eerste de vraag in welke mate huisartsen informeren naar het alcoholgebruik bij patiënten waarbij daartoe geen directe aanleiding is in de zin van klachten of het bestaan van een verhoogd risico. De uitkomsten zijn weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 4.11.: mate van informeren naar het alcoholgebruik van patiënten waarvan men niet weet of hij/zij drinkt

n=429	situatie nu (% totaal)	voornaamste verschuivingen (% totaal)	ideale situatie (% totaal)
nooit	12		8
zelden	26	10	10
soms	46	6	34
meestal	10	16	16
altijd	5	5	31

Over het algemeen zou men vaker willen informeren. Het aantal artsen dat aangeeft dit wel iets meer te willen doen maar het kennelijk niet erg belangrijk vindt is echter vrij groot; 10% van het totaal welke nu 'zelden' informeren zeggen idealiter 'soms' naar het alcoholgebruik te willen vragen.

Ongeveer de helft (46%) van de artsen zegt 'soms' te informeren en een derde hiervan (16% van het totaal) zou dit idealiter 'altijd' doen. Het aantal artsen dat altijd informeert zou onder ideale omstandigheden sterk oplopen; van één op twintig naar één op drie. Het percentage artsen dat even vaak naar het alcoholgebruik zou informeren als dat zij nu doen is vrij groot: 37%. Oplopend van nooit

naar altijd zijn de percentages 4%, 5%, 20%, 5% en 4%. Hier zien we dat ongeveer één op de vijf artsen 'soms' naar het alcoholgebruik informeert en dit ook zo houden.

Kort samengevat kan men zeggen dat onder ideale omstandigheden meer naar alcoholgebruik geïnformeerd zou worden. Er zijn echter twee groepen te onderscheiden, ieder ongeveer ter grootte van een derde van het totaal, waarbij de ene groep deze informatie kennelijk niet zo belangrijk vindt en de andere groep het zo belangrijk vindt dat zij zeggen idealiter 'altijd' naar deze gewoonte te willen vragen.

Vervolgens werd gevraagd in welke mate men naar het alcoholgebruik informeert wanneer de klachten daartoe aanleiding gaven en wat men idealiter zou doen.

De uitkomsten, die in onderstaande tabel weergegeven zijn, spreken eigenlijk voor zichzelf.

Tabel 4.12.: mate van informeren naar het alcoholgebruik van patiënten wiens klachten hiertoe aanleiding geven

n=495	situatie nu (% totaal)	voornaamste verschuivingen (% totaal)	ideale situatie (% totaal)
soms	3		1
meestal	27		7
altijd	70	22	93

Het is duidelijk dat men veel belang hecht aan deze gegevens wanneer de klachten kunnen samenhangen met het gebruik van alcohol. Samenvattend kan hier hetzelfde gezegd worden als ten aanzien van het informeren naar rookgewoontes wanneer de klachten daartoe aanleiding geven. Vrijwel alle artsen winnen dan informatie in en zeggen dit onder ideale omstandigheden zeker te zullen doen.

Dezelfde vraag werd nog eens gesteld maar dan ten aanzien van het geval dat de patiënt tot een risicogroep behoort.

in onderstaande tabel zien we dat men dan iets minder gemakkelijk informeert dan wanneer er klachten zijn.

Tabel 4.13.: mate van informeren naar het alcoholgebruik van patiënten die tot een risicogroep behoren

n=471	situatie nu (% totaal)	voornaamste verschuivingen (% totaal)	ideale situatie (% totaal)
nooit	1		-
zelden	2		-
soms	11	7	2
meestal	38	32	11
altijd	49		87

Uit de tabel blijkt dat ongeveer de helft (49%) deze gegevens altijd verzamelt en dat iets minder dan de helft (38%) dit meestal doet. Verder laten deze gegevens zien dat verreweg het grootste gedeelte van de artsen die nu niet altijd informeren dit idealiter wel zouden willen doen.

Onder ideale omstandigheden zou het grootste gedeelte van de artsen als routine naar het drankgebruik van patiënten informeren wanneer deze tot een risicogroep behoren.

Na het informeren volgt, analoog aan onze vragen naar opsporing van rokers, het registreren.

Van de huisartsen legt 2% zelden of nooit de gegevens omtrent alcoholgebruik van patiënten vast op de kaart; 12% doet dit soms en 86% zegt dit meestal te doen.

Onder ideale omstandigheden zou dit respectievelijk 3%, 5% en 92% worden.

Tabel 4.14.: mate van vastleggen van gegevens omtrent overmatig alcoholgebruik op de patiëntenkaart

n=514	situatie nu (% totaal)	voornaamste verschuivingen (% totaal)	ideale situatie (% totaal)
zelden/nooit	2		3
soms	12	10	5
meestal	86		92

De stijging van het percentage artsen dat onder ideale omstandigheden deze gegevens meestal zou vastleggen wordt veroorzaakt door een groep van 10% die zegt dit nu 'soms' te doen; 81% legt deze gegevens nu al 'meestal' vast en zal dat onder ideale omstandigheden blijven doen.

Samenvattend kan gezegd worden dat het merendeel van de artsen aantekeningen maakt wanneer men overmatig alcoholgebruik constateert. Onder ideale omstandigheden zouden haast alle artsen dit doen wat aangeeft dat het zeer belangrijk gevonden wordt om deze gegevens te registreren.

Ten slotte werd gevraagd of men alle patiënten die teveel alcohol gebruiken adviseert daarmee te stoppen of dat men dit advies alleen geeft wanneer de klachten of het ziekteverloop hier aanleiding toe geven. Tevens werd weer gevraagd wat men idealiter zou willen doen. De tabel op de volgende bladzijde geeft een overzicht.

Van de huisartsen adviseert 19% hun patiënten te stoppen met het gebruiken van alcohol, alleen als de klachten of het ziekteverloop daar aanleiding toe geven; 81% adviseert alle patiënten die te veel drinken daar mee op te houden.

Onder ideale omstandigheden zou dit respectievelijk 9% en 91% worden.

Een groep van 7% die nu alleen adviseert te stoppen wanneer daar aanleiding toe is geeft aan dit als hun werkwijze te willen handhaven.

Samengevat: viervijfde van de artsen geeft aan alle patiënten die

Tabel 4.15.: adviseren van patiënten die teveel alcohol gebruiken daarmee te stoppen

n=520	situatie nu (% totaal)	voornaamste verschuivingen (% totaal)	ideale situatie (% totaal)
wanneer klacht of ziekteverloop daar aanleiding toe geeft	19		9
alle patiënten die veel drinken	81	12	91

te veel drinken het advies om daarmee te stoppen. Onder ideale omstandigheden zou ruim 90% dit advies verstrekken. Overmatig alcoholgebruik wordt door huisartsen kennelijk een belangrijker risico gevonden dan roken (vergelijk tabel 4.10) waardoor nog meer artsen het advies geven met deze schadelijke gewoonte te stoppen wanneer er (nog) geen klachten zijn dan bij roken het geval is.

We treffen bij alcoholgebruik een beeld aan dat overeenkomstige trekken vertoont met wat we bij roken constateerden: artsen reageren vrijwel altijd op klachten in die zin dat ze indien klachten daar aanleiding toe geven informeren, registreren, en adviseren. Onder ideale omstandigheden zou de relatief kleine groep die zegt dit niet altijd te doen, ook grotendeels naar het maximaal haalbare verschuiven.

Het opsporen van alcoholgebruik bij **alle** patiënten is nog minder routine dan dat van roken, en krijgt onder ideale omstandigheden ook minder prioriteit dan bij roken geconstateerd werd.

De veranderingsbereidheid in dit opzicht (= het percentage dat het systematischer wil aanpakken) is vergelijkbaar met wat we met betrekking tot het beleid inzake roken zagen, en is dus geringer dan bij de eerder besproken screeningsactiviteiten.

### 4.5.3. Overgewicht

Overgewicht wordt door sommigen ook aangemerkt als een belangrijk gezondheidsrisico.

In de enquête werden twee vragen gesteld over de routine welke men



volgt ten aanzien van overgewicht namelijk of men dit registreert op de patiëntenkaart en welke patiënten men adviseert te vermageren.

Ten eerste bespreken wij het maken van aantekeningen omtrent overgewicht op de patiëntenkaart. Aan de geënquêteerde artsen werd gevraagd of men dit 'zelden/nooit', dan wel 'soms' of 'meestal' doet. Dit zijn dezelfde alternatieven als welke bij de analoge vragen over roken en alcoholgebruik gegeven werden; de antwoorden zijn weer in tabelvorm weergegeven.

Tabel 4.16.: mate van vastleggen van gegevens over overgewicht op de patiëntenkaart

n=513	situatie nu (% totaal)	voornaamste verschuivingen (% totaal)	ideale situatie (% totaal)
zelden/nooit	3		4
soms	29	17	14
meestal	68		82

De belangrijkste verschuiving die te verwachten is wanneer de omstandigheden ideaal zouden zijn, is die van een groep ter grootte van 17% die nu 'soms' en idealiter 'meestal' aantekeningen bij overgewicht maakt.

Van het totaal geeft 1% aan dat ze zelden of nooit een aantekening maken en dit onder ideale omstandigheden ook niet zullen doen; 10% wil 'soms' blijven registreren en 62% registreert meestal en wil dit blijven doen.

Samenvattend: deze gegevens worden door tweederde van de artsen meestal genoteerd. Viervijfde geeft aan dat zij idealiter deze gegevens meestal willen registreren; kennelijk hechten de meeste artsen waarde aan het bijhouden van gegevens over het gewicht van te zware patiënten.

Ten tweede werd gevraagd in hoeverre men te dikke patiënten adviseert te vermageren. Ook hier werd de arts de keuze gelaten tussen

alleen die patiënten te adviseren, waarbij de klachten of het ziekteverloop dit nodig maken of aan alle te dikke patiënten een vermageringsadvies te verstrekken, dezelfde alternatieven als bij de analoge vragen over roken en alcoholgebruik. De onderstaande tabel vat de gegevens samen.

Tabel 4.17.: mate van adviseren aan patiënten die te zwaar zijn om te vermageren

n=517	situatie nu (% totaal)	voornaamste verschuivingen (% totaal)	ideale situatie (% totaal)
wanneer de klacht of ziekteverloop daar aanleiding toe geeft	48	15	40
alle patiënten die te dik zijn	52	7	60

Zoals uit de tabel blijkt is de verhouding tussen beide groepen ongeveer gelijk en zou dat ook onder ideale omstandigheden zo blijven. Dit is niet het gevolg van grote tevredenheid met de situatie zoals die nu is; 23% van de artsen wil het onder ideale omstandigheden anders doen waarbij 15% alleen adviseert te vermageren wanneer daar een directe aanleiding voor is en idealiter alle te zware patiënten een vermageringsadvies zou geven terwijl 7% nu juist altijd dit advies geeft maar dit idealiter alleen bij een directe aanleiding zou willen doen. Welke overwegingen hierbij een rol spelen weten we echter niet.

Om te kunnen vergelijken werd ook gevraagd in welke mate men gegevens over het gewicht van 'normale patiënten' vastlegt. De vraag, met bijbehorende alternatieven, was analoog aan de vraag over het noteren van gegevens van te dikke patiënten (zie bladzijde 41). De onderstaande tabel geeft het vertrouwde overzicht van de uitkomsten.

Uit de tabel blijkt dat er een grote variatie is in de mate waarin men deze gegevens noteert. Ook tekent zich geen duidelijke meerder-

Tabel 4.18.: mate van vastleggen van gegevens over het gewicht van 'normale' patiënten op de patiëntenkaart

n=489	situatie nu (% totaal)	voornaamste verschuivingen (% totaal)	ideale situatie (% totaal)
zelden/nooit	40	12	27
soms	43	7	28
meestal	17	5	45
		23	

heid af, noch wat betreft de tegenwoordige praktijk, noch wat betreft de ideale situatie. Over het nut van het aantekenen van het gewicht van normale patiënten lopen de meningen kennelijk sterk uiteen.

Overgewicht als zodanig wordt al vrij regelmatig vastgelegd, en onder ideale omstandigheden zou dit nog toenemen. De veranderingsbereidheid in dit opzicht is niet zo groot, maar dit moet toegeschreven worden aan de unanimiteit die thans al in het handelen bespeurbaar is, en die er op neerkomt dat nu al het maximaal haalbare wordt gerealiseerd.

#### 4.6. Samenhang tussen verschillende preventieve activiteiten

In het voorgaande zijn alle onderzochte preventieve activiteiten afzonderlijk in beschouwing genomen. Als slot van dit hoofdstuk zullen we nagaan of er ook in meer algemene zin over bepaalde typen 'preventief gedrag' gesproken kan worden.

Vanuit de gedachte dat mensen verschillende activiteiten steeds op dezelfde wijze uitvoeren, omdat er een gemeenschappelijke drijfveer achter zit, zou men kunnen veronderstellen dat artsen die in hun opsporing van hypertensie een zekere vorm van anticiperende geneeskunde bedrijven, dit ook doen bij het zoeken naar borstkanker. Wanneer men van mening is invloed op het roken van patiënten uit te moeten

oefenen, zou men verwachten dat ook inzake alcoholgebruik van patiënten terug te zien.

Om na te gaan of een dergelijk algemeen reactiepatroon in de gemelde activiteiten te ontdekken valt, is over de hiervoor besproken aspecten van het feitelijke gedrag een factoranalyse uitgevoerd. Hetzelfde geschiedde voor het gewenste gedrag. De vragen die betrekking hadden op het informeren naar rook- en drinkgewoonten bij een directe medische aanleiding werden buiten beschouwing gelaten vanwege de scheve verdeling der antwoorden (vgl. tabel 4.7 en 4.12). Vragen over het registreren van patiënten met borstkanker en de familie-anamnese op dit punt werden niet opgenomen in de analyse omdat vragen naar praktijk en gewenste situatie niet dezelfde alternatieven bevatten.

Voor deze factoranalyse was het nodig om de antwoordmogelijkheden op de diverse vragen telkens tot twee te reduceren. Hierbij werd steeds een meer en een minder systematische wijze van werken onderscheiden. Voor het opsporen van ziekten komt dit neer op een onderscheid tussen een niet-systematische benadering enerzijds en een anticiperende benadering tijdens het spreekuurcontact danwel een of andere vorm van bevolkingsonderzoek anderzijds. Registratie werd ingedeeld in het ad hoc registreren van recente klachten als minder systematisch en het herkenbaar vastleggen van gegevens (met behulp van ruitertjes of geautomatiseerd) als meer systematisch. De manier waarop iedere dichotomie afzonderlijk is aangebracht staat weergegeven in bijlage II.

Deze factoranalyse leverde, zowel voor het huidige gedrag als voor het gewenste gedrag 4 categorieën preventieve activiteiten op. Zie tabel 4.19 en 4.20.

De vier groepen waartoe we op basis van deze factoranalyse besluiten zijn:

1. Informatie inwinnen over de levensstijl van de patiënt:
  - Informeren naar rookgewoonten;
  - informeren naar alcoholgebruik.
  
2. Registreren van risicovolle gewoonten:
  - Registreren rookgewoonten;
  - registreren overgewicht;
  - registreren normaal gewicht.

Tabel 4.19.: factoroplossing huidige preventieve activiteiten

preventieve activiteit	factor 1	factor 2	factor 3	factor 4
- opsporen van hypertensie	.05	.06	.21	.37
- reageren wanneer hypertensiepatiënt niet op controle verschijnt	.08	-.01	-.11	.39
- registreren van hypertensiepatiënten	.10	.03	.06	.37
- opsporen van baarmoederhalskanker	-.03	.04	-.03	.31
- vrouwen leren zelf de borsten te onderzoeken	.07	.16	.02	.34
- informeren naar rookgewoonten als men daar niet van op de hoogte is	.57	.04	.13	.12
- informeren naar alcoholgebruik als men niet weet of patiënt drinkt	.58	.10	.22	.10
- vastleggen van gegevens over rook- gewoonten op de patiëntenkaart	.43	.44	.04	.03
- vastleggen van gegevens over over- gewicht op de patiëntenkaart	.02	.71	.02	.08
- vastleggen van gegevens over normaal gewicht op de patiëntenkaart	.06	.34	.11	.11
- adviseren om met roken te stoppen	.17	.04	.52	-.02
- adviseren om te vermageren	.12	.12	.65	.03
verklaarde variantie	19.2%	11.8%	10.2%	9.1%
totaal verklaarde variantie: 50.2%				

Tabel 4.20.: factoroplossing gewenste preventieve activiteiten

preventieve activiteit	factor 1	factor 2	factor 3	factor 4
- opsporen van hypertensie	.05	.01	.65	.05
- reageren wanneer hypertensiepatiënt niet op controle verschijnt	.08	.11	.51	.00
- registreren van hypertensiepatiënten	.02	.14	.42	.01
- opsporen van baarmoederhalskanker	.13	.01	.36	.00
- vrouwen leren zelf de borsten te onderzoeken	.04	-.02	.19	.08
- informeren naar rookgewoonten als men daar niet van op de hoogte is	.67	.11	.12	.05
- informeren naar alcoholgebruik als men niet weet of patiënt drinkt	.54	.05	.15	.08
- vastleggen van gegevens over rook- gewoonten op de patiëntenkaart	.51	.44	.10	.01
- vastleggen van gegevens over over- gewicht op de patiëntenkaart	.11	.80	.05	.08
- vastleggen van gegevens over normaal gewicht op de patiëntenkaart	.09	.50	.09	.06
- adviseren om met roken te stoppen	.35	.06	.04	.28
- adviseren om te vermageren	.15	.17	.12	.96
verklaarde variantie	22.7%	12.5%	10.3%	8.6%
totaal verklaarde variantie: 54.2%				

3. Mate van adviseren bij ongezonde leefgewoonten:
  - Adviseren te stoppen met roken;
  - adviseren om te vermageren.
  
4. Vroegtijdige opsporing hypertensie en baarmoederhalskanker:
  - Opsporen van hypertensie;
  - reageren wanneer hypertensiepatiënt niet op afgesproken controle verschijnt;
  - registreren van hypertensiepatiënten;
  - opsporen van baarmoederhalskanker.

Hoewel de uitkomst van de factoranalyse niet in ieder opzicht even sterk te noemen is (met name de groep 'vroegtijdige opsporing hypertensie/baarmoederhalskanker' heeft lage factorladingen) voegen we de afzonderlijke variabelen toch op deze wijze samen, om de volgende redenen:

- De variabelen die niet hoog laden op 'hun' factor, laden op de andere factoren in het geheel niet.
- De uitkomst is betekenisvol. Ze sluit aan bij het in de praktijk ervaren verschil tussen het opsporen van ziekte, waarbij een appel op het geneeskundig handelen van een arts wordt gedaan (uitstrijkje maken, bloeddruk meten) en een meer voorlichtingskundige bemoeienis met de stijl van leven van de patiënt.

We vervolgen onze analyses in hoofdstuk 7 daarom met vier typen preventieve activiteiten: informeren naar de levensstijl, registreren van risicovolle gewoonten, adviseren over de levensstijl en vroegtijdige opsporing van hypertensie en baarmoederhalskanker.

Iedere arts krijgt daarop scores variërend van 0 (hij doet geen enkele van de twee, drie of vier in die groep ondergebrachte activiteiten systematisch) tot 2, 3 of 4 (hij doet alle activiteiten systematisch). Men krijgt zo'n score zowel voor feitelijk als voor gewenst gedrag. Vervolgens zijn in deze somscore ook weer tweedelingen aangebracht zodat een onderscheid gemaakt wordt tussen artsen die feitelijk vaak en weinig naar levensstijl informeren, tussen artsen die als gewenst gedrag aangeven vaak en weinig naar levensstijl te willen informeren etcetera. De exacte regels die bij deze sommering en dichotomisering zijn gehanteerd staan in bijlage II.

#### 4.7. Samenvatting

Van zes probleemgebieden waarbij preventieve activiteiten ondernomen kunnen worden werd aan huisartsen gevraagd hoe zij deze problemen opsporen, welke gegevens zij op welke wijze registreren en welke acties zij ondernemen.

Daarnaast werd gevraagd wat zij zouden doen wanneer de omstandigheden "ideaal" zouden zijn: dat wil zeggen wanneer zij over voldoende tijd, assistentie, geld enzovoorts zouden beschikken.

De probleemgebieden zijn hypertensie, baarmoederhalskanker, roken, overmatig alcoholgebruik, overgewicht en borstkanker.

Op een aantal gebieden bestaat een aanzienlijke discrepantie tussen hetgeen huisartsen onder de huidige omstandigheden doen en wat zij onder ideale omstandigheden zouden doen. De meest opvallende hiervan betreffen:

- De wijze van opsporen van hypertensie; meer dan de helft van de huisartsen zou dit systematischer willen doen;
- de wijze van administreren van patiënten met een te hoge bloeddruk; ongeveer de helft van de huisartsen zou dit systematischer willen doen;
- de wijze van opsporen van baarmoederhalskanker; de helft van de huisartsen zou dit meer systematisch willen doen, waarbij de manier waarop men dat wil doen sterk varieert;
- het leren van borstonderzoek aan alle vrouwen die daarvoor in aanmerking komen; dit zou door veel meer huisartsen geschieden dan dit nu doen;
- het informeren naar en registreren van een belaste familie-anamnese met betrekking tot borstkanker.

Ook zouden artsen onder ideale omstandigheden vaker naar rook- en drinkgewoontes van alle patiënten informeren. De toename hiervan onder ideale omstandigheden is echter geringer dan bij de eerder genoemde activiteiten.

Op een aantal gebieden is er een kleine discrepantie tussen de huidige en de ideale situatie. Deze vallen uiteen in twee categorieën:

- Activiteiten waar huisartsen gemiddeld al zoveel aan doen dat meer doen nauwelijks mogelijk is. Dit is vooral het geval wanneer een activiteit ondernomen wordt naar aanleiding van de klachten of het ziekteverloop van de patiënt. Strikt genomen zijn dit ook geen preventieve activiteiten.
- Activiteiten welke huisartsen gemiddeld niet erg nodig vinden; dit



geldt voor het registreren van gegevens over het gewicht van patiënten met een normaal gewicht.

Teneinde in de verdere analyses enige beperking aan te brengen, zijn de  $\pm$  20 deelactiviteiten die in dit hoofdstuk besproken zijn, gereduceerd tot vier gebieden waarop huisartsen preventieve activiteiten kunnen ontplooien. We noemen deze:

- Informeren naar levensstijl;
- registratie van riskante gewoonten;
- adviseren over levensstijl;
- vroegtijdige opsporing.

Volgens bepaalde rekenregels kan iedere respondent op deze 4 gebieden als 'systematisch' of 'niet-systematisch' worden ingedeeld; dit kan zowel geschieden voor het feitelijk gedrag dat hij ten toon spreidt als voor het gedrag dat hij zou willen vertonen. Deze indeling zal gebruikt worden in hoofdstuk 7.

## 5. MENINGEN OVER PREVENTIE

### 5.1. Inleiding

In hoofdstuk 2 is bij de bespreking van de enquête de vragenlijst 'Meningen over Preventie' al nader toegelicht. Kort samengevat: in deze 25 items van het Likert-type (de respondent geeft op een vijf-puntsschaal aan dat hij het eens of oneens is met een bepaalde uitspraak) worden uitspraken gedaan over:

- de verantwoordelijkheid inzake preventie: is de taak van de huisarts voornamelijk curatief of maakt opsporing van ziekten en problemen in een vroeg stadium en G.V.O. ook een wezenlijk deel uit van die taak;
- De aanvaardbaarheid van preventief optreden: mag de huisarts patiënten zonder klachten/problemen screenen;
- het wetenschappelijk nut van preventieve acties.
- de uitvoerbaarheid van preventief optreden: is zinvolle preventieve actie mogelijk binnen de huidige manier van werken welke huisartsen er in het algemeen op nahouden;

In dit hoofdstuk zullen we de aldus geïnterpreteerde meningen bespreken. Eerst zullen we op basis van de rechte tellingen van alle vijfentwintig items nagaan in hoeverre de antwoorden per item redelijk gespreid zijn over de mogelijke antwoordcategorieën. Vervolgens onderzoeken we de samenhang tussen de items; op basis hiervan zullen interpreteerbare dimensies beschreven worden, waarop iedere arts een score krijgt afhankelijk van de wijze waarop hij dit gedeelte van de vragenlijst heeft ingevuld.

Deze dimensies worden als verklarende variabelen gebruikt bij de verdere analyse waarvan in hoofdstuk 7 de resultaten besproken zullen worden.

### 5.2. De items

Om te kunnen nagaan of de antwoorden voldoende over de categorieën gespreid zijn, met andere woorden of de hele schaal gebruikt wordt, werden voor iedere uitspraak de percentages per antwoordcategorie berekend.

De resultaten zijn in extenso weergegeven in de bijlage III.

Een item werd als goed gespreid beschouwd wanneer minimaal 15% van de artsen het (helemaal) niet met een uitspraak eens was en ook 15% of meer het (helemaal) wel eens was met die uitspraak. Van de vijfentwintig uitspraken zijn op deze wijze tweeëntwintig geschikt bevonden voor verdere analyse.

De uitspraken die afvielen zijn:

3. "Het is heel goed mogelijk bij elke man boven de 35 jaar die op het spreekuur komt even de bloeddruk te meten". De grote meerderheid (78%) van de artsen vindt dat dit zo is; slechts 11% is het met deze bewering niet eens.
8. "Preventieve geneeskunde is in hoofdzaak een taak van de basisgezondheidszorgdiensten, GG en GD, consultatiebureaus, e.d.". Een groot gedeelte (55%) is het hier niet mee eens en 19% maakt gebruik van de middelste antwoordcategorie; 15% is het met deze uitspraak eens.

De basisgezondheidszorgdiensten worden door de meeste huisartsen dus niet als de enige aangewezen instellingen voor het beoefenen van preventieve geneeskunde gezien.

22. "Een patiënt van 45, die op het spreekuur komt met rugklachten, zal het waarderen wanneer een huisarts ook zijn bloeddruk meet".

Slechts 7% van de artsen is het oneens met deze uitspraak; 70% denkt dat zo'n initiatief van de arts gewaardeerd zal worden.

Bij de andere tweeëntwintig items was de spreiding van de antwoorden op de eens/oneens schaal zodanig dat het verantwoord is om ze in een verdere analyse te gebruiken.

### **5.3. De oorspronkelijke dimensies 'verantwoordelijkheid', 'aanvaardbaarheid', 'zinnigheid' en 'uitvoerbaarheid'**

Zoals in hoofdstuk 2 uiteengezet is, zijn de items op zo'n manier geselecteerd dat de vier genoemde aspecten van de mening van een huisarts over het ondernemen van preventieve activiteiten erin uitgedrukt worden. Hoe denken de huisartsen hier nu over. Om hiervan een beeld te schetsen gaan we de antwoorden op de items per aspect na (zie bijlage III).

Met **verantwoordelijkheid** werd geduid op het spanningsveld tussen enerzijds een taakopvatting waarbij een huisarts op de eerste plaats hoort te cureren en preventie slechts een marginale plaats inneemt en anderzijds een taakopvatting waarbij men veel ruimte voor preven-

tieve activiteiten claimt. In de laatste opvatting is preventie veel meer een taak voor de huisarts dan in de eerste, waarbij de verantwoordelijkheid veel meer bij basisgezondheidszorg en kruiswerk gelegd kan worden.

Bezien we een aantal afzonderlijke items betreffende de verantwoordelijkheid van de huisarts. Een grote meerderheid vindt dat preventieve geneeskunde **niet** hoofdzakelijk bij de basisgezondheidszorgdiensten hoort te liggen (item 8). Men vindt ook in meerderheid dat huisartsen momenteel te veel cureren en te weinig ziekte voorkomen (item 6). Hij is niet alleen verantwoordelijk voor gepresenteerde klachten maar ook voor problemen of ziekten die patiënten wellicht ook hebben (item 16). Het uitoefenen van controle over risicogroepen en het waken over gezonde leefgewoonten wordt dan ook door een meerderheid tot zijn taak gerekend (item 20, item 23). Gaat het mis, dan vinden de meesten dat echter niet bij voorbaat de schuld van de huisarts (item 19). Het gaat ook niet zover dat men vindt dat de huisarts populatiegericht moet werken: In de eerste instantie is hij verantwoordelijk voor individuen (item 24). Maar in grote lijnen, zij het met een gematigde meerderheid, wordt preventie tot de taak en verantwoordelijkheid van de huisarts gerekend.

Over de **aanvaardbaarheid** van het ongevraagd benaderen van patiënten en het creëren van eventuele onrust, laten de huisartsen zich meer positief dan negatief uit: patiënten kunnen zich beter korte tijd ongerust maken, dan kans te lopen op een niet ontdekte ernstige ziekte (item 2) en ze stellen - volgens de respondenten althans - een ongevraagde surveillance op prijs (item 11, 17, 22).

Uitspraken die de **zinnigheid** of het wetenschappelijk nut betreffen leveren in het algemeen even veel voor- als tegenstanders op. Of screening op mammacarcinoom (9) of bestrijding van overgewicht (7) nu wel of niet zinnig is, daarover verschillen de meningen nogal. Wat wel van belang is, is dat er een meerderheid van mening is dat het ondernemen van preventieve zaken niet afhankelijk gesteld moet worden van de stand van de wetenschap (item 21).

Over de praktische mogelijkheden om preventie in de huisartspraktijk gestalte te geven, worden - naast positieve - het meest frequent negatieve geluiden opgevangen in de enquête. De gemiddelde huisartspraktijk heeft niet de beschikking over noodzakelijke gegevens om gericht op te sporen en te screenen (item 12) en is er wat organisatie betreft niet op toegesneden (item 25); als huisarts kom je er toch te laat achter dat iemand veel drinkt (item 15) en heb je geen therapeutische mogelijkheden (item 18).

Daartegenover wordt de systematische opsporing van hypertensie in de huisartspraktijk beschouwd als zeer wel uitvoerbaar in een aantal opzichten (items 1, 3, 5), waarbij honorering wel als vereiste wordt genoemd door een meerderheid. Tevens geldt de bekendheid van de huisarts met veel van zijn patiënten als een argument dat voor velen vóór de uitvoerbaarheid van preventieve activiteiten pleit.

#### 5.4. Schaalconstructie

Aangezien de vragenlijst door ons werd afgenomen om een beter inzicht te verkrijgen in de achterliggende, hypothetische, meningen over verantwoordelijkheid, aanvaardbaarheid, zinnigheid en uitvoerbaarheid van preventie, is met behulp van itemanalyse onderzocht in hoeverre het mogelijk is deze latente variabelen te construeren door de betreffende items op te tellen. Hierbij zijn de drie items die nauwelijks spreiding vertoonden weggelaten, omdat deze geen informatie toevoegen: bijna iedere arts krijgt dezelfde constante toegevoegd aan de somscore. Na weglating bleven in eerste instantie 7 items met betrekking tot 'verantwoordelijkheid', 3 items betreffende 'aanvaardbaarheid', 5 items over 'zinnigheid' en 7 items over 'uitvoerbaarheid' over. Dit leidde tot lage betrouwbaarheidscoëfficiënten (Cronbach's alpha). Na weglating van enige items verkregen we de volgende drie groepen items die min of meer naar drie latente variabelen verwezen, hoewel de betrouwbaarheden laag bleven:

##### **Verantwoordelijkheid** (alpha: .52)

item

- 6: Huisartsen besteden te veel tijd aan genezen, te weinig aan voorkomen.
- 10: Als huisartsen meer gezondheid bevorderen, minder behandelen, zijn mensen gezonder.
- 16: Huisarts verantwoordelijk voor gepresenteerde klachten, niet voor mogelijke ziekte (omgekeerd).
- 20: Taak van huisarts om patiënt voor overmatig drankgebruik te behoeden.
- 23: Huisarts moet surveillance over risicogroepen hebben.
- 24: Huisarts verantwoordelijk voor patiënten, niet voor populatie (omgekeerd).

### **Aanvaardbaarheid** (alpha: .42)

item

- 2: Patiënten kunnen zich beter kort zorgen maken dan ernstige ziekte hebben.
- 11: Patiënten stellen ongevraagd waken over gezondheid op prijs.
- 17: Patiënten vinden oproep voor algemene controle niet bemoeizuchtig.

### **Uitvoerbaarheid** (alpha: .49)

item

- 1: Betrouwbaar overzicht hypertensiepatiënten is onmogelijk (omgekeerd).
- 12: Gegevens om gericht te screenen ontbreken in huisartspraktijk (omgekeerd).
- 15: Als huisarts altijd te laat bij iemand die te veel drinkt (omgekeerd).
- 18: Huisarts heeft geen mogelijkheden iemand van het drinken af te krijgen (omgekeerd).
- 25: Organisatie huisartspraktijk is niet toegesneden op preventie (omgekeerd).

De items over 'zinnigheid' hadden geen enkel onderling verband en lieten zich niet in een schaal onderbrengen. De drie andere variabelen worden geconstrueerd door de bovenstaande items op te tellen. Hoe positiever de score, hoe positiever men denkt over verantwoordelijkheid, aanvaardbaarheid en uitvoerbaarheid.

## **5.5. Discussie**

De meningen zoals die uit de antwoorden op de vragenlijst naar voren komen, reproduceren in een aantal opzichten de discussie zoals we die in 1.2 schetsten. De praktische mogelijkheden voor de huisarts om bijvoorbeeld hypertensie gericht op te sporen (mits gehonoreerd!) en zijn voorkennis over patiënten pleiten ook volgens de meeste respondenten ervoor. De ondervraagde artsen zien ook niet zoveel problemen met betrekking tot de aanvaardbaarheid voor de patiënt. (Men lijkt niet zo bang dat deze zich daar door een te grote afhankelijkheid onplezierig bij zou voelen, noch is men bang voor onrust). Slechte therapeutische mogelijkheden (bij alcoholisme met name genoemd) en lastige organisatie zijn argumenten tegen, voor veel respondenten. Hierin gaan ze mee met tegenstanders die in 1.2 aan het woord kwamen.

In de hele wetenschappelijke discussie aan de hand van de criteria van Wilson en Jungnen en de epidemiologische argumentatie van Sturmans wordt door de respondenten niet zo duidelijk stelling genomen. Het ziet er niet naar uit dat de uitslag van het ondernemen van activiteiten op het gebied van preventie door de bestudeerde groep.

## 6. RANDVOORWAARDEN

### 6.1. Inleiding

In de vraagstelling (1.3) werden niet alleen meningen en ideeën van huisartsen genoemd als mogelijke invloeden op het ondernemen van preventieve activiteiten, maar kwamen ook werkomstandigheden en de leefgewoonten van de arts zelf aan de orde als mogelijke verklaring voor de huidige en de door hem gewenste aanpak op het gebied van preventie. Deze aspecten komen in dit hoofdstuk ter sprake.

De randvoorwaarden waarvan de ervaring geleerd heeft dat ze van belang zijn of waarvan men op grond van 'common sense' kan vermoeden dat ze invloed zullen hebben op de mate waarin huisartsen preventieve activiteiten ondernemen en die hier onderzocht worden zijn:

- assistentie;
- samenwerking met andere disciplines;
- wijze van registratie van patiëntengegevens;
- tijd;
- de wijze waarop de praktijk zich ontwikkelt;
- deskundigheid op het gebied van hart- en vaatziekten en oncologie;
- leefstijl van de arts.

In dit hoofdstuk zullen wij inventariseren onder welke condities de onderzochte artsen werken.

### 6.2. Taken assistentes

Doktersassistentes kunnen een arts aanzienlijke hoeveelheden werk uit handen nemen door het verrichten van eenvoudige diagnostiek, het verrichten van kleine medische handelingen en het geven van voorlichting. Vanuit het idee dat artsen meer tijd voor preventieve werkzaamheden hebben naarmate zij meer assistentie hebben en deze assistentes meer routine werkzaamheden overnemen werd gevraagd hoeveel doktersassistentes zij in dienst hebben en of deze ook andere dan administratieve taken uitvoeren.



Tabel 6.1.: aantal assistentes en hun taken in verschillende praktijkvormen

	aantal assistentes					taken niet uitsluitend administratief	
	0	1	2	3	4 of meer	n	%
solisten (n=266)	11	77	12	-	-	247	67
duopraktijken (n=161)	4	60	30	6	-	155	72
groepspraktijken (n=24)	4	25	21	25	25	24	71
gezondheidscentra (n=34)	-	41	32	15	12	36	83
Totaal (n=485)	8	66	20	5	2	462	70%

In 92% van de praktijken werken één of meer assistentes. Tabel 6.1 geeft een overzicht van het aantal assistentes dat in de verschillende praktijkvormen werkzaam is. Dit varieert van nul tot vier assistentes per praktijk met uitzondering van één groepspraktijk waar zes assistentes werken.

Deze tabel geeft ook het percentage assistentes per praktijkvorm welke naast administratieve ook andere werkzaamheden verrichten; in totaal wordt door 70% van de assistentes andere dan administratieve taken uitgevoerd. Dit komt het minste voor bij solisten; in duopraktijken komt het meer voor evenals in groepspraktijken en in gezondheidscentra hebben assistentes het meest frequent andere taken erbij. Er is geen samenhang tussen de leeftijd van de arts en de taken die de assistente te vervullen heeft.

Om na te gaan of het idee dat artsen meer aan preventie doen naarmate hun assistentes hen meer werk uit handen nemen correct is werden vijf voor deze vraag relevante categorieën gemaakt:

- artsen die geen assistente hebben (7%);
- artsen waarbij de assistente alleen administratieve werkzaamheden verricht (27%);
- artsen waarbij de assistente laboratoriumwerk verricht (32%);

een arts werd in deze categorie ingedeeld wanneer hij bij de open vraag naar de taken van zijn assistente laboratoriumwerk, urine-onderzoek, HB meten, bloed prikken, bloedonderzoek of BSE meten had ingevuld;

- artsen waarbij de assistente tensiemetingen uitvoert (2%);
- artsen waarbij de assistente zowel laboratoriumwerk als tensiemetingen doet (6%) en
- artsen waarbij de assistente, naast administratieve, andere dan de genoemde werkzaamheden verricht (25%); dit zijn werkzaamheden zoals kleine medische handelingen, apothekerswerkzaamheden en patiënten voorlichting.

### 6.3. Geregeld overleg

In dit kader zijn twee gestelde vragen van belang: De vraag of men geregeld overleg over patiënten heeft met een aantal disciplines en

Tabel 6.2.: overleg met verschillende disciplines

	geregeld overleg met:				
	andere huis-arts(en)	wijkverpleegkundige(n)	maat-schappelijk werkende(n)	fysio-therapeut(en)	internist
	%	%	%	%	%
solisten (n:260-273)	65	43	37	34	12
duopraktijken (n:153-172)	76	49	46	43	10
groepspraktijken (n:22-26)	88	58	61	45	4
gezondheidscentra (n:32-36)	100	94	94	77	12
anderen (n:12-13)	85	46	54	38	25
totaalpercentage (totaal n)	73 (508)	50 (510)	46 (496)	41 (506)	11 (481)

de vraag of men in een hometeam participeert en indien dit het geval is, naar de samenstelling van dit team. In tabel 6.2 valt te zien dat geregeld overleg met de internist bij alle praktijkvormen weinig plaatsvindt. Wanneer we de internist, en de categorie 'anderen' verder buiten beschouwing laten geldt het volgende:

Met vertegenwoordigers van de vier disciplines, huisartsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers en fysiotherapeuten wordt door de solisten het minst overleg gepleegd; artsen die in duopraktijken werken hebben er vaker geregeld overleg mee, artsen in groepspraktijken vaker dan hun collegae in duopraktijken en artsen in gezondheidscentra hebben het vaakst geregeld overleg.

In totaal wordt het meest geregeld overleg met andere huisartsen gepleegd, minder met wijkverpleegkundigen, nog minder met maatschappelijk werkers en het minst met fysiotherapeuten.

We zullen de somscore hanteren als maat voor de hoeveelheid geregeld overleg die een huisarts met andere huisartsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers en fysiotherapeuten heeft. Met behulp van deze score zullen we nagaan welke invloed het plegen van geregeld overleg op preventieve activiteiten heeft.

Een **hometeam** is een samenwerkingsverband met vaste afspraken, zonder gemeenschappelijke huisvesting, meestal bestaande uit huisarts(en), wijkverpleegkundige(n) en maatschappelijk werkende(n) met daarnaast vaak nog een aantal andere beroepen.

Wanneer een arts deel uitmaakt van een hometeam kan dit op diverse manieren invloed hebben op de mate waarin hij aan preventie doet. Misschien praat hij, bij voorbeeld door regelmatig contact met de maatschappelijk werker, meer over alcoholisme dan zijn collegae die niet in een hometeam werken en stimuleert dit hem om preventieve activiteiten ten aanzien van alcoholgebruik te ontplooiën. Een andere mogelijkheid is dat artsen die in een hometeam gaan werken meer affiniteit met de bestrijding van maatschappelijke problemen hebben.

In de enquête werd gevraagd of de arts deel uitmaakt van een hometeam en zo ja, welke disciplines hierbij betrokken zijn.

Van de huisartsen maakt 31% deel uit van een hometeam. De meest voorkomende disciplines die hierin werken zijn, naast de huisarts, wijkverpleegkundigen (96%), maatschappelijk werkers (95%) en gezinsverzorgsters (70%). De minder voorkomende disciplines zijn fysiotherapeuten (27%), geestelijk verzorgers (20%), diverse andere beroepen (overigen) (17%), medewerkers van de RIAGG (16%) en ziekenverzorgsters (11%).

Het feit dat men in een hometeam participeert en de grootte van het team vormen twee extra maten die een indicatie voor 'samenwerking' vormen. Met deze gegevens kunnen we nagaan of het met betrekking tot het verrichten van preventieve activiteiten, uitmaakt dat een huisarts in een hometeam werkt en of het uitmaakt hoe uitgebreid dit hometeam is.

#### 6.4. Registratie

Naast een aantal vragen over de wijze waarop huisartsen gegevens van specifieke categorieën registreren (zie hoofdstuk 4) is ook de algemene vraag gesteld welk systeem men gebruikt om patiëntgegevens vast te leggen. Ook werd gevraagd of er binnen dit systeem bepaalde groepen met een bepaald verhoogd risico onmiddellijk herkenbaar zijn (bij voorbeeld door ruitertjes).

Tabel 6.3.: administratie systemen die in verschillende praktijkvormen gehanteerd worden

administratie- systemen en her- kenbaarheid risicogroepen	NHG kaart	probleem georiën- teerd	gezins- kaarten	ander kaart systeem	geauto- mati- seerd	groepen met verhoogd risico on- middellijk herkenbaar in de admi- nistratie
	%	%	%	%	%	%
solist (n=281)	73	5	8	21	2	25
duopraktijk (n=165)	75	4	6	16	6	27
groepspraktijk (n=26)	77	4	-	15	8	31
gezondheids- centrum (n=36)	53	39	11	8	6	53
totaal (n=508)	72	7	7	18	4	28

Tabel 6.3 geeft de resultaten waarbij direct opvalt dat het overgrote merendeel van de artsen gebruik maakt van de groene NHG-kaart. Aan de data valt te zien dat een groot percentage artsen van de vijf gegeven mogelijkheden (groene NHG-kaart, probleem georiënteerde registratie, gezinskaarten, ander kaartsysteem en geautomatiseerd) alleen het alternatief 'anders' heeft aangekruist; solisten 16%, duopraktijken 16%, groepspraktijken 11% en gezondheidscentra 8%\*. Heelaas is niet bekend wat dit voor systemen zijn.

In iedere praktijk, behalve één gezondheidscentrum, waar uitsluitend met een geautomatiseerd systeem wordt gewerkt, wordt een kaartsysteem gebruikt. Slechts in enkele praktijken is er daarnaast ook nog een geautomatiseerd systeem (4% van het totaal).

Bij de praktijken waar alleen gebruik gemaakt wordt van een probleem georiënteerd systeem zijn relatief veel gezondheidscentra.

Het percentage gezondheidscentra waar groepen met een bepaald verhoogd risico binnen het systeem direct herkend kunnen worden (53%) is aanzienlijk hoger dan het percentage solisten waarbij dit het geval is (25%). Duopraktijken (27%) en groepspraktijken (31%) nemen een middenpositie in (zie tabel 6.3).

De mogelijkheid om snel te kunnen zien of een patiënt tot een probleemgroep behoort vergemakkelijkt het uitvoeren van preventieve taken en dus is de hypothese dat in praktijken waar een registratiesysteem is dat deze mogelijkheid geeft meer aan preventie zal worden gedaan dan in praktijken met een ander registratiesysteem. De systemen die deze mogelijkheid bieden zijn die waar groepen met een verhoogd risico direct herkenbaar zijn en de geautomatiseerde systemen.

## 6.5. Tijd

Preventieve activiteiten vragen een tijdsinvestering waarvan de resultaten niet direct merkbaar zijn. Zelfs op langere termijn zijn de

\* n.b.: Dit valt niet uit tabel 6.3 af te lezen, omdat daar alleen de totaal percentages van de artsen die een bepaald systeem gebruiken zijn weergegeven. Sommige artsen gebruiken meer dan één systeem; daardoor is de som van de percentages in iedere rij meer dan honderd.

Het percentage artsen dat meer dan één administratiesysteem gebruikt is voor solisten, duopraktijken, groepspraktijken en gezondheidscentra respectievelijk 8%, 8%, 4% en 17%.

resultaten waarschijnlijk niet direct zichtbaar en kunnen zij slechts met behulp van statistisch onderzoek aangetoond worden. Een gevolg hiervan kan zijn dat preventieve activiteiten gemakkelijk op de lange baan geschoven worden wanneer meer acute zaken de aandacht van de arts opeisen. Dergelijke effecten zullen waarschijnlijk te maken hebben met de tijd die een arts per patiënt kan besteden en daarom is in de enquête een aantal vragen gesteld om het belang van deze factor te kunnen onderzoeken.

Tabel 6.4.: tijdsbepalende factoren

	$\bar{x}$	s.d.	min.	max.
- duur consult afspraak- spreekuur (N=489)	9.9 min.	2.3 min.	5 min.	23 min.
- duur consult inloop- spreekuur (N=226)	7.3 min.	2.4 min.	2 min.	15 min.
- aantal patiënten/spreekuur normaal (N=512)	26.1	9.0	2	80
- aantal visites/dag normaal (N=511)	5.1	2.9	0	20
- aantal patiënten/spreekuur drukke dag (N=507)	38.0	12.5	10	100
- aantal visites/dag drukke dag (N=506)	15.3	5.2	0	40
- aantal ziekenfondspatiënten (N=512)	1525	523	100	3000
- aantal particuliere patiën- ten (N=508)	802	373	0	2400

In tabel 6.4 zien we hoe de verschillende factoren die uitmaken hoeveel tijd een huisarts voor zijn patiënt heeft over de onderzochte groep gespreid zijn.

De tijd die men op het afspraakspreekuur voor patiënten uittrekt, varieert niet zeer sterk: 55% geeft op 10 minuten voor een patiënt te reserveren en maar 7% trekt voor zijn afspraak minder dan 8 of meer dan 15 minuten uit.

Normaal gesproken vindt 90% dat hij of zij genoeg tijd voor de patiënt heeft.

Meer variatie treffen we aan in het aantal patiënten dat men dagelijks ziet en in de opgegeven praktijkgrootte.

De verschillende factoren die indicatief geacht worden voor de beschikbare tijd die een huisarts heeft voor zijn patiënten zijn onderling aan elkaar gerelateerd: door middel van factoranalyse kunnen we duidelijk maken welke clusters er te onderscheiden zijn:

Tabel 6.5.: onderlinge samenhang tussen tijdsbepalende factoren (factoranalyse met varimax rotatie)

	factor 1	factor 2
totaal aantal patiënten	.71	-.25
aantal patiënten op normale dag	.80	-.21
aantal patiënten op drukke dag	.81	-.16
duur consult afspraakspreekuur	-.25	.80
duur consult inloopspreekuur	-.04	.55
voldoende tijd voor patiënt	.13	.00
percentage verklaarde variantie	44%	20%

Deze clusering is zeer wel interpreteerbaar: factor 1 is een indicatie voor de praktijkgrootte en het aantal patiënten dat men dientengevolge ziet. Hoe groter de praktijk, des te groter het aanbod per dag. Factor 2 drukt uit hoeveel tijd men voor patiënten reserveert. Dit staat min of meer los van de praktijkgrootte, hoewel de negatieve lading van consultduur op factor 1 aangeeft dat er wel een tendens is om in grotere praktijken iets kortere consulten af te spreken. Noch de praktijkgrootte, noch de feitelijke tijd die men per consult reserveert hangen samen met het subjectieve gevoel voldoende tijd voor de patiënt te hebben.

In het volgende hoofdstuk zullen we het element 'tijd' operationaliseren met 'aantal patiënten dat men op een normale dag ziet' en met de tijd die voor een afspraak wordt uitgetrokken.

## 6.6. Groei van de praktijk

De wijze waarop zijn praktijk zich ontwikkelt kan van invloed zijn

op de mate waarin de huisarts preventieve activiteiten ontplooit. Wanneer een praktijk slinkt komt de arts ruimer in zijn tijd te zitten en het omgekeerde is het geval wanneer de praktijk groeit. In de enquête werden twee vragen over groei en openheid van de praktijk gesteld, namelijk "Groeit de praktijk of loopt het patiënten-aantal eerder terug?" en "Is de praktijk gesloten of schrijft u nog nieuwe patiënten in?"

Deze laatste vraag was nodig omdat een teruglopende praktijk het gevolg van externe factoren kan zijn maar ook kan komen doordat een arts zijn praktijk zelf terug laat lopen in verband met bij voorbeeld zijn leeftijd, omdat hij het te druk heeft of om andere redenen. In dit laatste geval is het minder waarschijnlijk dat de vrijkomende tijd in preventieve activiteiten gestoken wordt dan in het geval dat de praktijk door de omstandigheden terugloopt.

Tabel 6.6 geeft de resultaten:

Tabel 6.6.: groei van de praktijk

praktijk	alle patiënten worden ingeschreven %	praktijk is geheel of gedeeltelijk gesloten %	
groeit snel	5	1	
groeit	16	4	
is stabiel	34	10	
slinkt	17	8	
slinkt snel	<u>4</u> +	<u>1</u> +	
	76	24	100%

In de meeste praktijken worden alle patiënten ingeschreven (76%). Het percentage praktijken dat groeit is even groot als het percentage dat terugloopt (allebei 21%); dit levert een goed gespreide schaal op.

Wanneer de praktijk slinkt als gevolg van externe factoren kan men verwachten dat de huisarts 'op zoek gaat' naar werk en, hoewel zijn belangrijkste bron van inkomsten de abonnementen zijn, extra diensten gaat aanbieden. Dit levert niet meer geld op maar kan wel een klantenwervende of -bindende functie hebben.

Om inzicht te verkrijgen in de effecten die de groei van de praktijk op het ondernemen van preventieve activiteiten heeft werden de volgende groepen gemaakt en met elkaar vergeleken:



- artsen met een gesloten praktijk (24%);
- artsen met een open en groeiende praktijk (21%);
- artsen met een open en stabiele of teruglopende praktijk (55%).

Daar we vermoeden dat de leeftijd van de arts belangrijk is werd deze laatste groep opgesplitst in oude en jonge artsen waarbij veertig jaar als de grens werd genomen. Dit resulteerde in twee groepen van 21% en 34%. We verwachten dat bij de laatste groep overwegingen van klantenbinding het meest een rol kunnen spelen.

### **6.7. Extra deskundigheid op het gebied van hart- en vaatziekten en oncologie**

Op de vraag of men er zich de laatste vijf jaar op toegelegd heeft om meer deskundigheid te verwerven op het gebied van hart- en vaatziekten en/of oncologie antwoordde 49% positief. Dit geeft ons de gelegenheid om na te gaan welke invloed extra deskundigheid heeft op de motivatie van huisartsen om preventieve taken uit te voeren.

Degenen die speciaal in deze onderwerpen geïnteresseerd zijn zullen misschien meer energie in het opsporen van hypertensie en carcinomen steken. Aan de andere kant is het ook mogelijk dat men door het lezen van de literatuur, waarin de meningen nogal verdeeld zijn, juist gaat twijfelen over het nut van actieve opsporing. Er zijn, bij voorbeeld, de laatste tijd nogal wat twijfels gerezen over hypertensie als risicofactor voor hartaandoeningen.

### **6.8. Leefstijl van de arts**

Het is zeer goed mogelijk dat de rook- en drinkgewoonten van een arts effecten zullen hebben op de hoeveelheid aandacht die hij in zijn werk aan ongezonde leefgewoonten besteedt en op zijn meningen over deze onderwerpen. Hier kunnen verschillende mechanismen aan ten grondslag liggen. Wanneer, bijvoorbeeld, een arts zijn patiënt adviseert met roken te stoppen terwijl hij zelf veel rookt, loopt hij het risico ongeloofwaardig over te komen. Een andere mogelijkheid is dat een arts die er zelf riskante leefgewoonten op nahoudt hier liever niet over nadenkt omdat hij zich onbehaaglijk voelt op het moment dat hij aan de gevaren hiervan denkt. Ook is het bekend dat mensen de neiging hebben om hun meningen en hun beoordeling van situaties aan te passen aan hun gedrag. Een arts die zelf rookt zal wellicht hieraan verbonden risico's lichter opvatten.

Omdat dus het vermoeden bestaat dat artsen die zelf roken minder geneigd zijn om een patiënt naar diens rookgewoonten te vragen, artsen die zelf veel alcohol gebruiken minder vaak naar drinkgewoonten zullen informeren en artsen met overgewicht minder aandacht aan het gewicht van hun patiënten zullen besteden, werd in de enquête een aantal vragen over het 'gezondheidsgedrag' van de arts gesteld. In tabel 6.7 t/m 6.9 zijn de resultaten weergegeven.

Tabel 6.7.: rookgewoonten van huisartsen

	ja %	nee %
roken (n=521)	43	57
vroeger wel eens gerookt (n=482)	79	21
vindt dat hij/zij teveel rookt (n=215)	50	50
heeft afgelopen jaar poging(en) gedaan te stoppen (n=211)	35	65

43% rookt en 79% heeft ooit wel eens gerookt. De helft van de rokers vindt dat ze teveel roken en 35% van de rokers heeft wel eens pogingen gedaan om te stoppen. De niet-rokers zouden, als onze hypothesen juist zijn, de meeste aandacht aan rookgewoonten van patiënten besteden.

We zullen nagaan of dit inderdaad het geval is.

In hoofdstuk 4 hebben we al gezien dat verreweg de meeste artsen informeren naar rookgewoonten en adviseren met roken te stoppen wanneer daar een directe medische aanleiding voor is, hetzij door de klacht of het ziekteverloop, hetzij doordat de patiënt tot een risicogroep behoort. Bij afwezigheid van een directe medische aanleiding is de variatie echter veel groter en hierbij zullen dan ook de verwachte verschillen, wanneer deze bestaan, gevonden kunnen worden.

Over alcoholgebruik van artsen werd de vraag gesteld hoe vaak men in het afgelopen jaar vier of meer glazen alcohol per dag dronk.

De resultaten zijn weergegeven in tabel 6.8.

Volgens deze opgave kan 27% van de huisartsen als regelmatige drin-

Tabel 6.8.: drinkgewoonten van huisartsen

	%	(n=519)
hoe vaak dronk u in het afgelopen jaar vier of meer glazen alcohol per dag?		
iedere dag	3	
1-6 keer per week	24	
1-3 keer per maand	28	
3-5 keer per halfjaar	11	
1-2 keer per halfjaar	14	
minder vaak	9	
nooit	11	

ker gekenschetst worden. Als onze eerder geformuleerde vermoedens juist zijn, zal deze groep minder snel geneigd zijn systematisch naar alcoholgebruik te informeren.

Bij alcoholgebruik geldt, net als bij roken, dat de meeste artsen naar het gebruik informeren wanneer daar een directe medische aanleiding toe is maar dat dit sterk varieert wanneer deze aanleiding er niet is. We denken dan ook dat eventuele verschillen in de mate waarin artsen informeren en adviseren met betrekking tot alcoholgebruik alleen in deze laatste situatie gevonden zullen worden. In tabel 6.9 staat een overzicht gegeven van de Quetelet-index die berekend is op basis van de door de huisartsen opgegeven eigen lengte en het eigen gewicht:  $Q = G/L^2$  (G = gewicht in kilogram, L = lengte in meter).

Tabel 6.9.: verdeling van de Quetelet-index

23:	32%	27:	5%
23:	18%	28:	4%
24:	14%	29:	1%
25:	15%	30 en meer:	1%
26:	9%		

Afhankelijk van de norm die men hanteert kan 1% tot 11% van de respondenten te zwaar genoemd worden. Onze verwachting is dat deze minder snel het thema 'zwaarlijvigheid' tegenover hun patiënten ter sprake zullen brengen.

## 7. FACTOREN DIE HET ONDERNEMEN VAN PREVENTIEVE ACTIVITEITEN BEIN- VLOEDEN

### 7.1. Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken is besproken in hoeverre huisartsen activiteiten op het gebied van preventie willen ondernemen en hoe deze wens zich verhoudt tot hun feitelijk gedrag. Tevens zijn hun opvattingen over de voors en tegens van dergelijke activiteiten belicht. De twee eerste vragen die we ons aan het begin van deze rapportage stelden zijn daarmee beantwoord: Een belangrijk deel van de Nederlandse huisartsen zou onder ideale omstandigheden stelselmatig trachten de genoemde aandoeningen en riskante leefgewoonten op het spreekuur op te sporen (anticiperende geneeskunde in de terminologie van Van de Dool); in geval van baarmoederhalskanker zouden ze idealiter verder willen gaan en periodiek de populatie at risk willen screenen. In hun feitelijk gedrag beperken de meesten zich echter tot een aanpak die ad hoc bepaald wordt door de klachten die op dat moment geuit worden. In het algemeen rekent men preventieve activiteiten (mede) tot de verantwoordelijkheid van de huisarts, acht men een zekere mate van out-reaching acceptabel voor de patiënt en laat men zich hierbij niet uitsluitend leiden door wetenschappelijk bewezen resultaten. Men signaleert echter knelpunten op het uitvoerend vlak, die het verrichten van preventieve handelingen in de weg staan.

Thans willen we onderzoeken in hoeverre de wens om preventief te handelen en het feitelijk gedrag in deze bepaald worden door de meningen die men er op nahoudt, de omstandigheden waaronder men werkt en door kenmerken van de arts zoals bijvoorbeeld zijn eigen manier van leven. De achterliggende gedachte hierbij is dat een inzicht in de factoren die bepalend zijn voor de wens om preventief te werken bijdraagt tot kennis over de omstandigheden waaronder het aanwezige potentiëel zo groot mogelijk zou worden. We zouden dan weten welke omstandigheden ertoe zouden leiden dat alle artsen onder ideale omstandigheden preventief zouden willen werken. Ons vermoeden is dat deze omstandigheden voornamelijk op het ideële vlak zullen liggen: omdat naar gewenst gedrag in een ideale situatie wordt geïnformeerd, hoeft men zich aan praktische beperkingen weinig gelegen te laten liggen bij beantwoording van die vragen en zijn het principes die de keuze bepalen.

Factoren die het feitelijk gedrag bepalen leren ons iets over de omstandigheden waaronder preventie in de praktijk gebracht kan worden. We vermoeden dat hierbij, naast principes en kenmerken van de arts, juist de omstandigheden waaronder men werkt mee bepalen of men preventieve activiteiten onderneemt. Deze analyses zullen ook iets duidelijk maken over het relatieve belang van de diverse praktische randvoorwaarden die in discussies over preventie naar voren komen.

Zoals aan het slot van hoofdstuk 4 uiteengezet werd, zullen we vier categorieën van preventie bespreken: het informeren naar levensstijl, het registreren van riskante gewoonten, het adviseren over de levensstijl en vroegtijdige opsporing van hypertensie en baarmoederhalskanker.

We behandelen per thema eerst de factoren die het gewenste gedrag in dat opzicht beïnvloeden en daarna de invloeden op het feitelijk gedrag.

## 7.2. Informeren naar de levensstijl

### 7.2.1. Gewenst gedrag inzake het informeren naar de levensstijl

Vergelijking\* van de groep artsen die onder ideale omstandigheden systematisch rook- en drinkgewoonten van iedere willekeurige patiënt wil vastleggen met de groep die daar terughoudender in is, laat zien dat de ene groep anders **denkt** over een aantal zaken dan de andere. Met name voelt de eerste groep zich als huisarts **verantwoordelijker** voor preventie: Ze onderstrepen vaker gedachten dat een huisarts meer zou moeten voorkomen en minder genezen, meer surveillance over risicogroepen hoort te hebben en dat hij ook voor potentiële ziekten verantwoordelijk is ( $t = 12.58, p < .01$ ). Er is een tendens ( $t = 1.85, p < .10$ ) dat de eerste groep preventieve activiteiten meer **aanvaardbaar** vindt ('patiënten stellen ongevraagd waken over gezondheid op prijs'); deze groep laat zich ook minder eraan gelegen liggen dat niet iedere preventieve activiteit thans al **wetenschappelijk** onderbouwd kan worden. Ook dit is een tendens ( $t = 1.74, p < .10$ ).

De twee groepen verschillen niet in **artskonmerken**; gemiddelde leeftijd, de verdeling tussen de sexen, de rook- en drinkgewoonten van

\* De scores waarop deze bespreking betrekking heeft staan in bijlage IV weergegeven.

beide groepen zijn hetzelfde.

Er is ook geen verschil in de omstandigheden waaronder de twee groepen werken.

### 7.2.2. Feitelijk gedrag inzake het informeren naar de levensstijl

Letten we nu op het verschil tussen de groep die thans systematisch informeert naar rook- en drinkgewoonten en de groep die dat incidenteler doet.

Ook hier geldt weer dat wanneer men systematisch te werk gaat men preventie meer tot zijn verantwoordelijkheden rekent en het aanvaardbaarder voor de patiënt acht.

Naast dit verschil in **opvattingen** spelen hierbij echter ook **artskenmerken** een rol: De systematisch informerende artsen zijn gemiddeld ouder, roken bijna geen sigaretten - zijn, in tegenstelling tot de andere groep, wel vaker met roken gestopt - en hebben vaker nascholing op het gebied van hypertensie en kanker gevolgd.

Verskil in **praktijkuitoefening** zien we tussen de twee aldus onderscheiden groepen niet optreden voor zover we relevante aspecten (drukte op het spreekuur, hoeveelheid assistentie die wellicht een informerende taak kan hebben) in aanmerking nemen.

### 7.2.3. Conclusie

De wens van een huisarts om systematisch naar een gezonde levensstijl te informeren wordt voornamelijk gevoed door ideële overwegingen aangaande zijn verantwoordelijkheid en de aanvaardbaarheid van het geheel. Deze overwegingen spelen in de praktijk ook mee, maar het feit dat men zelf geen sigaretten rookt, daar zelfs mee gestopt is, men ouder is en op de gebieden is nageschoold, bevordert deze praktijk.

Het geheel is min of meer conform onze verwachtingen. In de gewenste situatie wordt men in de gekozen routine niet gehinderd door praktische belemmeringen en bepalen principes de uitkomst. Anderzijds liggen bij dergelijke weinig ingrijpende noch tijdrovende routines de belemmeringen in de praktijk niet zozeer in de sfeer van het praktijkmanagement, maar meer in de sfeer van de persoonlijkheid van de arts.

### 7.3. Registreren van risicovolle gewoonten

#### 7.3.1. Gewenst gedrag inzake registratie risico's

In welk opzicht onderscheiden artsen die systematisch willen noteren of hun patiënten te veel roken of te zwaar zijn zich van artsen die dat niet willen? Evenals bij het informeren naar risicovolle gewoonten is dit verschil voornamelijk gelegen in de **opvattingen** over preventie: degenen die de wens uiten onder ideale omstandigheden systematisch te registreren vinden preventie meer tot de verantwoordelijkheid van de huisarts horen ( $t = 2.27, p < .05$ ) en laten zich minder van preventieve activiteiten afhouden omdat wetenschappelijk nog niet alles vaststaat ( $t = 2.16, p < .05$ ). Ook hebben ze meer aan nascholing gedaan ( $t = 2.04, p < .05$ ).

Er zijn geen verschillen tussen voor- en tegenstanders van systematische registratie met betrekking tot **artskenmerken** of **omstandigheden** waaronder men werkt.

#### 7.3.2. Registreren van risicovolle gewoonten: praktijk

De groep die in de praktijk systematisch rookgewoonten en gewicht registreert onderscheidt zich voornamelijk opnieuw op het gebied van **nascholing**: 59% van degenen die systematisch registreren heeft op het gebied van kanker, hart- en vaatziekten nascholing gevolgd, tegenover 44% van degenen die niet systematisch registreren ( $t = 3.20, p < .01$ ).

Een klein verschil is er in de **workload** van de twee groepen: gemiddeld zien artsen die systematisch registreren iets meer patiënten op een dag dan artsen die dit niet doen; dit ligt vooral aan het grotere aantal visites van eerstgenoemde groep ( $t = 1.80, p < .10$ ).

#### 7.3.3. Conclusies

De wens om systematisch gegevens te noteren wordt blijkbaar ingegeven door positieve opvattingen over preventie, gekoppeld aan belangstelling voor oncologie, hart- en vaatziekten. Deze belangstelling onderscheidt ook de artsen die dit in praktijk brengen van degenen die dat in mindere mate doen. Het is opvallend dat mogelijke praktische barrières geen verschil uitmaken voor de twee groepen: de groep die wél registreert heeft het zeker niet minder druk en beide groepen maken in dezelfde mate van verschillende soorten registratiesystemen gebruik.

## 7.4. Adviseren

### 7.4.1. Gewenst gedrag inzake adviseren

Een derde vorm van bemoeienis met de levensstijl van de patiënt bestaat uit het geven van adviezen om met roken te stoppen, of te vermageren, ook wanneer klachten hier niet meteen aanleiding toe geven. Artsen die dit idealiter zouden willen, geven opnieuw aan preventie meer tot hun **verantwoordelijkheid** te rekenen, het meer **aanvaardbaar** voor de patiënt te vinden en minder geremd te worden door de (nog) niet altijd bewezen **zinnigheid** dan hun collega's van wie dit ook onder ideale omstandigheden niet zo nodig hoeft ( $t =$  respectievelijk 2.91 en 4.16,  $p < .01$  en 2.32,  $p < .05$ ). Artsen die systematisch advies in deze zaken willen geven zijn minder vaak **solist** (40% versus 54%,  $t = 3.24$ ,  $p < .01$ ) en hebben **grotere en drukker** praktijken ( $t =$  respectievelijk 2.80 en 2.60,  $p < .01$ ).

### 7.4.2. Adviseren: praktijk

Degenen die thans systematisch hun patiënten adviseren om hun manier van leven te veranderen, onderscheiden zich van degenen die dat alleen doen wanneer het zo uitkomt op dezelfde manier als we in het bovenstaande zagen; de systematisch adviserende arts **denkt positiever** over de genoemde aspecten van preventie, maar heeft ook een **grotere praktijk** (gemiddeld scheelt dit 130 patiënten) en ziet iets **meer patiënten op zijn spreekuur**. Ook zijn het vaker de **niet-rokers**, die zo adviseren. Overigens bevinden zich onder degenen die iedere patiënt adviseren om zijn levensstijl gezonder te maken ongeveer evenveel solisten als in de groep die dat ad hoc doet. Een laatste verschil tussen beide groepen is, dat de systematici gemiddeld iets **ouder** zijn.

### 7.4.3. Conclusie

Wanneer men meent dat preventie een zaak is die de huisarts aangaat en dat patiënten zo ook benaderd willen worden, adviseert men vaker om gewoonten te wijzigen, ook wanneer op dat moment de medische noodzaak niet aanwezig is.

Dat dit geschiedt door artsen met een wordload (gemeten in praktijk-grootte en drukte) die groter is dan in praktijken waarin men pas in een later stadium tot advisering overgaat, is slechts een indicatie voor de geringe mate waarin workload een belemmering vormt om deze werkwijze in praktijk te brengen. Tenslotte willen we er de aandacht op vestigen dat de leefgewoonte van de arts zelf (we spreken nu over roken) niet meespeelt bij zijn gedachtenbepaling wat hij wenselijk



vindt, maar wel bij de praktische uitwerking van dit ideaal. Dit fenomeen zagen we eerder ook bij het systematisch informeren naar leefgewoonten optreden.

## 7.5. Systematische opsporing van ernstige ziekte

### 7.5.1. Gewenst gedrag inzake opsporing van ziekte

Opsporing van ernstige ziekten (hypertensie, baarmoederhalskanker) onderscheidt zich van de bemoeienis met de levensstijl van de patiënt in die zin, dat de arts veel meer wordt aangesproken op zijn medisch-technische deskundigheid. Er wordt verwacht dat hij diagnostiek verricht en eventueel behandelingen instelt. Het ligt in die zin dichter bij zijn dagelijkse routine; afwijkend van die routine is dat hij verwacht wordt die diagnostiek te verrichten bij mensen zonder klachten.

Hoe zijn artsen nu te kenschetsen die aangeven onder ideale omstandigheden systematisch ziekte op te sporen?

Ze onderscheiden zich weer van hun minder systematische collega's door de huisarts meer **verantwoordelijkheden** op preventief vlak toe te dichten ( $t = 5.08$ ,  $p < .001$ ) en zich minder van de wetenschappelijk bewezen **zinnigheid** aan te trekken ( $t = 3.53$ ,  $p < .001$ ). Ze vinden het ten opzichte van de patiënt iets meer **aanvaardbaar**, dit is echter slechts een tendens ( $t = 1.73$ ,  $p < .10$ ).

Letten we op de **artskenmerken**, dan is er een tendens dat vrouwen onder ideale omstandigheden systematischer vroegtijdig ziekten willen opsporen dan mannen: 13% van hen is vrouw, terwijl van de niet-systematici 8% vrouw is ( $t = 1.82$ ,  $p < .10$ ).

In de wijze van **praktijkvoering** is weinig verschil tussen de twee groepen: degenen die graag systematisch te werk willen gaan overleggen iets vaker met de wijkverpleging (54% versus 47%,  $t = 1.71$ ,  $p < .10$ ); 35% van hen is in staat risicogroepen in zijn administratie te identificeren tegenover 24% van degenen die minder systematisch te werk willen gaan ( $t = 2.65$ ,  $p < .01$ ).

De groep die systematisch wil werken onder ideale omstandigheden is - vanzelfsprekend - ook veel meer geporteerd voor systematische opsporing indien ze extra beloond worden:  $\pm 70\%$  van deze groep zou systematisch werken indien men extra gehonoreerd zou worden, of extra assistentie zou krijgen of de registratie zou worden aangepast.

### 7.5.2. Feitelijk gedrag inzake vroegtijdige opsporing van ziekte

Letten we nu op de groep die de wens tot systematiek ook in de praktijk brengt en kijken we hoe deze verschilt van de minder systematisch werkende artsen.

**Verantwoordelijkheid, aanvaardbaarheid en relativering van wetenschappelijk** aangetoond nut zijn alle duidelijk discriminerende factoren ( $t =$  respectievelijk 5.36, 2.90 en 2.49,  $p < .01$ ).

Er zijn geen **artskenmerken** die binnen beide groepen verschillend zijn.

In de **praktijkvoering** onderscheidt de meer systematisch werkende groep zich in twee opzichten van de niet systematische: men heeft langer de tijd voor patiënten, de gemiddelde tijd op het afspraakspreekuur is een halve, op het inloopspreekuur een minuut langer. Het totaal aantal patiënten ligt dan ook iets lager, het aantal patiënten per dag is minder, met name op drukke dagen. In de tweede plaats heeft men vaker een registratie waarin risicogroepen herkenbaar zijn (39% versus 21%).

### 7.5.3. Conclusie

Het vroegtijdig opsporen van ziekte doet men systematischer naar mate men positiever over de diverse argumenten daarvoor denkt. Belangrijke praktische stimulans blijkt de aanwezigheid van voldoende tijd te zijn. Interessant in dit opzicht is dat op de vraag of men meer hypertensie op zou sporen als men meer tijd/assistentie/registratie/geld had respectievelijk kreeg, de factor tijd niet zo belangrijk gevonden werd. Voorts kende de systematisch werkende groep (die meer tijd heeft) er hetzelfde gewicht aan toe als de niet systematisch werkende groep.

De mogelijkheid om risicogroepen in een oogopslag in het registratiesysteem te overzien, werkte eveneens bevorderlijk op de systematiek. Hiervan zou men echter kunnen stellen dat de relatie omgekeerd is: het feit dat men tracht systematisch vroegtijdige ziekte op te sporen, noodzaakt de arts een zodanig systeem erop na te houden.

Opvallend is dat de meer systematisch werkende groep niet meer overleg heeft, niet deskundiger is, niet meer specifieke taken aan de assistentie overlaat of meer assistentie heeft dan de minder systematisch werkende groep.

## 7.6. Algemene conclusies

Onderstaand schema geeft aan op welke gebieden meer en minder preventief werkende artsen zich onderscheiden van elkaar.

In dit schema zijn enige terugkomende motieven gemakkelijk te zien:

	levensstijl				V.T.O.			
	informereren		registreren		adviseren		hypertensie & baarmoederhalskanker	
	wens	gedrag	wens	gedrag	wens	gedrag	wens	gedrag
verantwoordelijkheid	XX	X	XX		XX	XX	XX	XX
aanvaardbaarheid	X	XX			XX	XX	X	XX
zinnigheid	X		XX		XX	X	XX	XX
leeftijd arts		XX		X		X		
geslacht arts							X	
roken arts	XX					X		
drankgebruik a.								XX
Quetelet a.			XX	XX				
deskundigheid	XX	XX	XX	XX			X	
tijd registratie				<u>X</u>		<u>XX</u>		X
overleg							XX	XX
assistentie							X	
samenwerking						XX		

X : verschil  $.05 < p < .10$

XX :  $p < .05$

X : verschil in niet verwachte richting

- De wens om systematisch preventief te werken wordt voornamelijk ingegeven door de opvatting dat men daar als huisarts verantwoordelijkheid voor heeft, dat het voor de patiënt aanvaardbaar is en dat het nog niet bewezen wetenschappelijk nut geen legitimatie is om geen actie te ondernemen.

2. Het daadwerkelijk systematisch te werk gaan, wordt door dezelfde ideeën beïnvloed; dit geldt echter niet voor de registratie van riskante leefgewoonten (de enige actie waar de patiënt niets van merkt).
3. Bemoediging met de levensstijl van de patiënt, wordt mede bepaald door artskenmerken (leeftijd, deskundigheid, eigen levensstijl), maar niet door kenmerken van de praktijkvoering (daarvoor zijn deze activiteiten waarschijnlijk te vluchtig en weinig ingrijpend).
4. Omgekeerd wordt vroegtijdige opsporing ietwat vergemakkelijkt door enige zeer praktische factoren (tijd, registratiesysteem).

## 8. SLOTBESCHOUWING

Huisarts en preventie: Moet het? Kan het? Mag het? De uitkomsten van dit onderzoek hebben niet het ondubbelzinnige karakter dat men er misschien van gewent had.

Onder ideale omstandigheden zouden huisartsen veel meer energie willen steken in het opsporen van ernstige aandoeningen en riskante leefgewoonten. Feitelijk doet men daar thans nog niet zo veel aan. Huisartsen willen wel maar kunnen niet preventief te werk gaan.

Deze conclusie wordt bevestigd door de meningen die men ten beste heeft gegeven. Een meerderheid ziet preventieve activiteiten als taken en verantwoordelijkheden voor de huisarts en acht deze aanvaardbaar voor de patiënt. Ook vindt de helft van de ondervraagde artsen dat ook al weten we nog niet precies wat oorzaken van bepaalde ziekten zijn, we dienaangaande toch preventief moeten handelen; een uitspraak waar maar 25% het mee oneens is.

Pessimistischer tenslotte is men over de uitvoerbaarheid van preventieve activiteiten. De gegevens ontbreken voor de huisarts, zijn praktijk is er niet op toegesneden en hij mist therapeutische mogelijkheden voor de follow-up, bijvoorbeeld bij een 'opgespoorde' alcoholist.

We willen wel maar we kunnen niet, is het beeld dat zo bevestigd wordt.

Een meerderheid acht zich zo niet gebonden aan de dwingende eisen die Wilson en Jungner formuleerden en zeker niet aan de door Sturmans (1985) daaraan verbonden conclusie dat eigenlijk eerst het nut van screening bewezen zou moeten zijn. Omgekeerd delen ze ook niet het optimisme dat Van Ree en Van der Feen op het laatste HHG-congres ten toon spreidden (De Vries, 1987) en zien ze in die praktische uitvoerbaarheid grote bezwaren. Deze laatste zijn zo gewichtig dat het merendeel der huisartsen momenteel niet-systematisch en louter op klachten reagerend te werk gaat.

Deze niet-systematische werkwijze geldt in dezelfde mate voor het vroegtijdig opsporen van ziekte als voor bemoeienis van de huisarts met de manier van leven van de patiënt. Dit laatste is echter moeilijk te verklaren door praktische belemmeringen: het is niet zozeer een kwestie van tijd of assistentie dat artsen in het algemeen niet iedere willekeurige patiënt over rook-, drink- of eetgewoonten onderhouden. De discussie over praktische bezwaren in het onderstaande is dan ook vooral op vroegtijdige opsporing van ziekte toegesneden.

Hoe kunnen deze praktische bezwaren worden weggenomen. Een groot deel van de artsen zegt, in antwoord op een enquêtevraag, dat ze meer systematisch hypertensie zullen opsporen wanneer ze er extra voor betaald werden, meer assistentie hadden of konden beschikken over een aangepaste registratie. In hoeverre betekenen dergelijke veranderingen inderdaad voldoende prikkel om de huisarts tot een meer systematische werkwijze te brengen? De resultaten van onze analyses in hoofdstuk 7 zijn in dit opzicht niet bemoedigend.

Artsen met veel assistentie en artsen die de assistente bloeddruk laten meten, gaan in dezelfde mate niet-systematisch te werk als artsen met weinig assistentie en artsen die de bloeddruk niet door een ander kunnen laten meten.

Artsen die veel tijd voor hun patiënt uittrekken, gaan vrijwel in dezelfde mate preventief te werk als artsen die gemiddeld minder dan 12 minuten voor een consult uittrekken.

Of extra honorering 'werkt' is niet vast te stellen; wel weten we dat jonge artsen in open, slinkende praktijken niet meer aan preventie doen dan anderen; men ziet deze activiteit blijkbaar niet als klantenbindend lokkertje.

Van alle onderzochte randvoorwaarden waaronder huisartsen hun werk moeten uitoefenen, bleek er eigenlijk maar één echt te differentiëren: de mate waarin het registratiesysteem was aangepast aan het snel opsporen van risicogroepen. Hiervan is het onduidelijk of we dit wel een voorwaarde voor preventief handelen mogen noemen en of het niet veeleer een gevolg van preventieve activiteiten is; omdat men hypertensiepatiënten altijd om de twee jaar pleegt op te roepen, heeft men een administratief systeem waarmee een overzicht van deze patiënten snel te maken is. Dat neemt niet weg dat een goed registratiesysteem een belangrijke voorwaarde is om preventief te werk te kunnen gaan; het betekent alleen dat het niet de oorzaak hiervan hoeft te zijn.

Bij de wijze waarop randvoorwaarden gemeten zijn, kunnen natuurlijk kanttekeningen worden geplaatst. Het feit dat men voldoende tijd en assistentie heeft, hoeft nog niet te betekenen dat men de bij systematische surveillance behorende discipline ook kan opbrengen en volhouden, zoals Van Ree e.a. (1985) ook zichtbaar hebben gemaakt. Na een bemoedigende start bleken in het Nijmeegs Interventieproject na verloop van tijd de meeste praktijken toch terug te vallen in oude routines. Zo ook kan men zich afvragen hoe huisartsen die veel tijd ter beschikking hebben deze vervolgens invullen.

Stappen we even af van de werkomstandigheden en kijken we naar het

effect van de persoonlijke kenmerken van de arts. Dat artsen er relatief ongezonde leefgewoonten op na houden (Adriaanse e.a., 1985; Witte e.a., 1985; Lens, 1984) of zeker niet gezonder leven dan de doorsnee bevolking (Glanz e.a., 1982) is bekend. Wat voor invloed heeft dit op de wijze waarop men zijn functie uitoefent?

Voor zover dit door ons kon worden nagegaan, is die invloed niet heel groot. Alcoholgebruik door de huisarts hield geen verband met zijn activiteiten inzake preventie van alcoholgebruik, overgewicht niet met het geven van vermageringsadviezen. Belangwekkend is het feit dat sigaretten rokende artsen minder vaak naar rookgewoonten blijken te informeren. Maar ook voor deze verbanden geldt dat onze resultaten niet de indruk wekken dat het gegeven dat men zelf niet rookt of drinkt leidt tot meer preventieve activiteiten in dat opzicht.

Tot zover negatieve geluiden: zelfs al heeft een arts genoeg assistentie, tijd en middelen, dan nog bedrijft hij niet vaker anticiperende geneeskunde, legt hij niet systematischer risicofactoren vast en voedt hij niet stelselmatiger zijn patiënten op tot een gezond leven, dan wanneer hij deze faciliterende voorwaarden ontbeert.

We kunnen het echter ook omgekeerd zien: er zijn een heleboel huisartsen, zij het dat het een minderheid is, die wel genoemde preventieve activiteiten ondernemen, terwijl ze niet gesteund worden door de hierboven besproken omstandigheden. Blijkbaar biedt de doorsnee huisartspraktijk anno 1986 aan hen wel de mogelijkheid om een preventieve attitude in praktijk te brengen. 'Ik wil wel, maar ik kan niet' is hier vervangen door 'waar een wil is, is een weg'.

We zagen dat deze artsen zich vooral onderscheidden in hun opvattingen: niet alleen curatie, maar preventie behoort in hun ogen tot de verantwoordelijkheid van de huisarts: de patiënt vindt het aanvaardbaar denken ze; preventieve activiteiten hoeven niet nagelaten te worden omdat ziekte-oorzaken wetenschappelijk gesproken nog niet vastgesteld zijn, vinden ze tenslotte; dit laatste is logisch, want de groep die die mening vooral uit, is de groep die thans al vroegtijdig hypertensie en baarmoederhalskanker opspoot, activiteiten waarover de wetenschap nog niet is uitgesproken (Sturmans, 1983; Van Veen, 1985; Goossens, 1984; Van Weel, 1984).

Tot preventief handelen komt men zo op grond van het idee dat het moet en mag; wanneer men daar genoeg van overtuigd is, maakt men dat het kan. Zo lijken we thans het individuele handelen te verklaren.

Dit neemt niet weg dat we op collectief niveau met een iets ander onderzoeksresultaat blijven zitten; de meeste huisartsen in de onderzochte groep vinden dat preventie wel moet en ook mag (men vergelijkte hoofdstuk 5) en zouden in ideale omstandigheden wel zo handelen (zie hoofdstuk 4) maar doen het in de praktijk niet. Blijkbaar ontbreekt bij de meerderheid een extra, dat we 'bezieling' zouden kunnen noemen, dat maakt dat wat een minderheid klaarspeelt, voor de meerderheid onder de categorie 'vrome wensen' blijft vallen.

Nu is dit geen vreemd verschijnsel. Er zijn tal van huisartsgeneeskundige handelingen denkbaar, die sommige huisartsen als routine bedrijven, zonder extra faciliteiten of honorering, terwijl anderen dat aan specialisten overlaten. Wratten en cystes verwijderen, tot op zekere hoogte psychotherapie bedrijven of het maken van ECG's vallen hieronder. Veel huisartsen zullen van het eerste voorbeeld tot op zekere hoogte erkennen dat daar een taak voor de huisarts ligt, dat de patiënt dit aanvaardbaar vindt en dat het een zinnige activiteit is. Toch doen sommigen het wel en anderen niet, ondanks de gelijke omstandigheden waaronder beide groepen werken.

Het verschijnsel moge niet bijzonder zijn, toch vraagt 'preventie' om een andere benadering dan het wrattenvoorbeeld. In twee opzichten is er sprake van een belangrijk verschil tussen dat voorbeeld en het ondernemen van preventieve activiteiten.

In de eerste plaats wordt een wrat wel door een dermatoloog verwijderd wanneer de huisarts hier niet voor voelt. Sterker nog, de huisarts zorgt, door middel van een verwijfsbrief, ervoor dat dit gebeurt. Geen instantie in Nederland kan er echter op aangesproken worden dat mensen op hypertensie, baarmoederhalskanker of borstkanker worden gescreend. Dit is soms van plaatselijke omstandigheden en meestal van het initiatief van de patiënt afhankelijk. Het blijft de vraag of dergelijke screening nodig is - huisartsen zitten wellicht minder met die vraag in hun maag dan epidemiologen of beleidsmakers - maar indien men hem positief beantwoord zal er op dat gebied iets geregeld moeten worden.

Een tweede verschil met het wrattenvoorbeeld is, dat het verwijderen van wratten momenteel een minder heet hangijzer is in de gezondheidszorg dan de ommezwaai van curatie naar preventie die sinds enige jaren bepleit wordt.

Gezien deze verschillen kan men niet volstaan met de constatering dat ieder zo zijn voorliefdes heeft en dat preventie in de huisartspraktijk in een aantal opzichten best mogelijk is, wanneer men dat wil.

En hiermee ligt de bal terug bij de beleidsmakers, binnen de huis-



artsberoepsgroep en binnen de overheid. Zoals we hoofdstuk 1 besloten: dit onderzoek doet geen uitspraak over de wenselijkheid van preventie in de huisartspraktijk maar biedt slechts inzicht in de mening van de doorsnee huisarts.

De doorsnee huisarts is niet falicant tegen maar vertaalt een positieve grondhouding nog niet in spontane preventieve activiteiten. Om dit te bereiken zullen wel omschreven activiteiten deel van zijn takenpakket moeten uitmaken. Op het moment dat die activiteiten wel omschreven zijn (bijvoorbeeld het tweejaarlijks oproepen van vrouwen tussen de 35 en 65 jaar voor een uitstrijkje en bloeddrukcontrole) is het mogelijk de extra kosten die dit met zich meebrengt te becijferen.

Welke activiteiten zinnig in het takenpakket van de huisarts onder te brengen zijn, welke beter door andere instanties verricht kunnen worden, welke helemaal onzin zijn, dat zullen experts moeten uitmaken. Van de doorsnee huisarts heeft dit onderzoek geleerd, dat activiteiten die het begrip 'anticiperende geneeskunde' niet overstijgen, in de huisartspraktijk soms vrij zeldzaam, maar nooit onmogelijk zijn. Spontaan zullen ze echter ook nooit gemeengoed worden.

## LITERATUUR

- AALDEREN, H.J., J.A. KNOTNERUS. Is de huisarts in staat preventieve taken op zich te nemen? *Huisarts & Wetenschap*; 21, 1978, no.11, p. 424-427
- ADRIAANSE, H., H. VAN REEK, J. METSEMAKERS. Het zoekgedrag van de Nederlandse huisartsen in de periode 1977 - 1983. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*; 129, 1985, no. 50, p. 2414-2418
- BOERMA, W.G.W. Preventieve zorg in gezondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht: NIVEL, 1985
- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The periodic health examination: 1984 up to date. *Canadian Medical Association Journal*; 1984, no. 130, 1278-1285
- COLETTE, H.J.A. Bevolkingsonderzoek op mamma carcinoom? *Medisch Contact*; 38, 1983, no. 45, p. 1432-1434
- DOOL, C.W.A. VAN DEN. Opsporing van chronische ziekten in de huisartspraktijk: mogelijkheden tot secundaire preventie. *Huisarts & Wetenschap*; 13, 1970, no.1, p. 3-9
- DOOL, C.W.A. VAN DER. Surveillance van risicogroepen: anticiperende geneeskunde. *Huisarts & Wetenschap*; 13, 1970, no.2, p. 59-62
- FLEMING, D.H., M.S.T.A. LAWRENCE. An evaluation of recorded information about preventive measures in 38 practices. *Journal of the Royal College of General practitioners*; 31, 1981, no. 10, p. 615-620
- GLANZ, K., S.B. FIEL, L.R. WALKER, M.R. LEVY. Preventiv health behaviour of physicians. *Journal of Medical Education*; 57, 1982, no. 8, p. 637-639
- GOOSSENS, J.A.R. Bezwaren tegen een actief screeningsbeleid ten aanzien van baarmoederhalskanker. *Huisarts & Wetenschap*; 27, 1984, no. 11, p. 396-399
- KLUVER, R.I.M. Preventie als pretentie. *Huisarts & Wetenschap*; 29, 1986, suppl. 10, p. 20-22
- KNOTNERUS, J.A. Zin en onzin van periodiek gezondheidsonderzoek. *Huisarts & Wetenschap*; 29, 1986, suppl. 10, p. 36-37
- LENS, P. *Zieke dokters*. Utrecht: Bunge, 1984
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. *Nota 2000*. s'Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1986
- NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP. Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (red.N.H.Vroege) *Woudschotenrapport*, Utrecht, 1959
- NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP; *Reader preventiecongres*, Utrecht, 1986

- REE, J.W. VAN, W. VAN GERWEN, H. VAN DEN HOOGEN. Interventie bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. 1. Resultaten op langere termijn van interventie bij hypercholesterolemie, adipostas en roken. *Huisarts & Wetenschap*; 28, 1985, no. 1, p. 21-24
- REE, J.W. VAN, W. VAN GERWEN, H. VAN DEN HOOGEN. Interventie bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. 2. Resultaten op langere termijn bij de behandeling van hypertensie. *Huisarts & Wetenschap*; 28, 1985, no. 2, p. 53-60
- SCHRAVEN, D.L.M., J.W. VAN REE. Preventie van hart- en vaatziekten. *Medisch Contact*; 40, 1985, no. 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. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986
- STURMANS, F., H.A. VALKENBURG, L. BUREMA. Twijfels over de effectiviteit van de huidige strategie bij screening op cervix carcinoom. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*; 120, 1976, no. 28, p. 1191-1196
- STURMANS, F. Screening: voorwaarden en veronderstellingen. *Medisch Contact*; 38, 1983, no. 24, p. 717-719
- STURMANS, F. Screening 2: nuttige zaak of paard van Troje? *Medisch Contact*; 38, 1983, no. 25, p. 754-796
- STURMANS, F. Screening 3: nadruk op sensitiviteit of specificiteit van een test? *Medisch Contact*; 38, 1983, no. 26, p. 793-795
- THOMAS, S. Screenen, een nuttige zaak of een modeverschijnsel? *Medisch Contact*; 32, 1977, no. , p. 564-568
- VEEN, W.A. VAN. Preventie en praktijkvoering. *Huisarts & Wetenschap*; 28, 1985, no. , 118-120
- VEEN, W.A. VAN. Effectiviteit van screeningsprogramma's gericht op baarmoederhalskanker: een literatuuronderzoek. *Huisarts & Wetenschap*; 27, 1984, no. 11, p. 400-405
- VRIES, D. DE. Blijft preventie een pretentie: impressies van het NHG-jubileumcongres. *Huisarts & Wetenschap*; 30, 1987, no. 1, p. 27-30
- WEEL, C. VAN. Screenen door huisartsen op cervix carcinoom 1 en 2. *Huisarts & Wetenschap*; 27, 1984, no. 11, p. 379-385
- WITTE, L., H. ADRIAANSE. De huisarts, een voorbeeld voor de patiënt? In: Boerma, W.G.W. en L. Hingstman: *De eerste lijn onderzocht*. Deventer: v. Loghum Slaternus, 1985

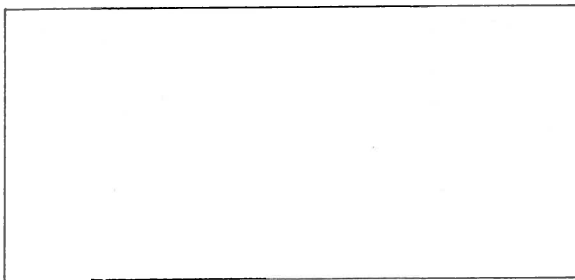


nederlands instituut  
voor onderzoek van de  
eerstelijnsgezondheidszorg

postbus 1568  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946

enquête

meningen over preventie



## Toelichting

Voor alle duidelijkheid willen we vooraf graag de volgende opmerkingen maken:

- Op het voorblad is uw naam en adres weergegeven. Dit voorstel wordt bij ontvangst van de enquête door ons verwijderd. De gegevens worden volledig anoniem verwerkt. Naam en adres worden gebruikt om vast te leggen wie gerespondeerd heeft, en deze respondenten niet alsnog een herinneringsbrief te sturen.
- Wilt u de vragenlijst zo **volledig** mogelijk invullen?  
Er zijn drie soorten vragen:
  1. Bij de meeste vragen is maar **één antwoord** mogelijk. U kunt dan het antwoord dat voor u van toepassing is aankruisen.
  2. Bij sommige vragen zijn **meerdere antwoorden** mogelijk. Dit staat bij de desbetreffende vragen aangegeven. U kunt dan meerdere antwoorden aankruisen.
  3. In enkele gevallen verzoeken wij u een **open** vraag te beantwoorden. U kunt uw antwoord dan op het stippelijntje invullen.

Wilt u a.u.b. **geen vragen overslaan**.

- ./ Na het invullen kunt u de vragenlijst in de bijgevoegde antwoordenveloppe doen, **dichtplakken** en graag meteen naar ons terug sturen.

Voor inlichtingen kunt u contact opnemen met P. Verhaak, telefoon 030-319946.

Wij danken u alvast hartelijk voor uw medewerking aan het onderzoek.

---

**Algemeen**

In dit algemene deel stellen we u enkele vragen over u zelf, uw praktijk en uw wijze van praktijkvoering.

---

- |                                   |         |   |
|-----------------------------------|---------|---|
| 1. In welke jaar bent u geboren?  | 19 .... |   |
| Bent u man of vrouw?              | man     | 0 |
|                                   | vrouw   | 0 |
| In welk jaar bent u afgestudeerd? | 19 .... |   |
- 

2. Sinds welk jaar bent u als huisarts gevestigd? 19 ....

---

3. In wat voor gemeente bent u als huisarts gevestigd?

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| - plattelandsgemeente                | 0 |
| - verstedelijkt platteland           | 0 |
| - typische forensengemeente          | 0 |
| - kleine stad (tot 20.000 inw.)      | 0 |
| - stad (20.000 - 100.000 inw.)       | 0 |
| - grote stad (meer dan 100.000 inw.) | 0 |
- 

4. In welke provincie bent u gevestigd? .....

---

5. Werkt u als solist of in een samenwerkingsverband?

- |  |   |
|--|---|
| - solist   | 0 |
| - duoopraktijk   | 0 |
| - groepspraktijk (3 of meer huisartsen samenwerkend in een gebouw)   | 0 |
| - gezondheidscentrum (tenminste huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werkende* samenwerkend onder één dak) | 0 |
| - anders, nl. ....   | 0 |
- 

6. Met welke van de volgende hulpverleners hebt u een geregeld overleg op vaste tijden over patiënten en met welke hebt u alleen ad hoc contacten over patiënten?

- |                               | geregeld overleg | ad hoc overleg |
|-------------------------------|------------------|----------------|
| - andere huisarts(en)         | 0                | 0              |
| - wijkverpleegkundige(n)      | 0                | 0              |
| - maatschappelijk werkende(n) | 0                | 0              |
| - fysiotherapeut(en)          | 0                | 0              |
| - internist                   | 0                | 0              |
- 

7. Maakt u deel uit van een home-team, dat wil zeggen een samenwerkingsverband met vaste afspraken (zonder gemeenschappelijke huisvesting) van tenminste huisarts(en), wijkverpleegkundige(n) en maatschappelijk werkende(n)?

- |     |   |
|-----|---|
| ja  | 0 |
| nee | 0 |
-

8. Als u deel uitmaakt van een home-team, welke disciplines zijn daarbij betrokken?

.....  
.....  
.....

---

9. Werkt u full-time of part-time?

- full-time 0  
- in feite full-time, maar niet alle ochtenden/middagen 0  
- part-time functie, nl. ....% 0

---

10. Hebt u een waarneemregeling voor de weekeinden?

- neen 0  
- ja, van .....dag.... uur tot .....dag .... uur 0  
Zo ja, uit hoeveel artsen bestaat de waarneemgroep .... artsen

---

11. Hebt u een waarneemregeling voor de avonden?

- neen 0  
- ja, van .... uur 's avonds tot .... uur 's ochtends 0  
Zo ja, uit hoeveel artsen bestaat de waarneemgroep .... artsen

---

12. Hoeveel tijd trekt u uit per patiënt op het afsprakspreekuur?

- .... minuten  
- n.v.t. 0

Hoeveel tijd besteedt u gemiddeld per patiënt op het inloopspreekuur?

- .... minuten  
- n.v.t. 0

---

13. Hebt u normaal gesproken voldoende tijd per patiënt?

ja 0  
nee 0

---

14. Voor hoeveel ziekenfondspatiënten en particuliere patiënten draagt u zorg?

- ..... ziekenfondspatiënten  
- ..... particuliere patiënten

---

15. Is de praktijk gesloten of schrijft u nog nieuwe patiënten in?

- alle nieuwe patiënten worden nog ingeschreven 0  
- praktijk gesloten voor ziekenfondspatiënten 0  
- andere restricties ..... 0  
- praktijk gesloten voor alle patiënten 0

---

16. Groeit de praktijk of loopt het patiëntenaantal eerder terug?

- praktijk groeit snel 0
- praktijk groeit nog wel 0
- praktijk blijft ongeveer stabiel 0
- patiëntenaantal loopt iets terug 0
- patiëntenaantal loopt terug 0

---

17. Hoeveel patiënten ziet u ongeveer op een normale, en op een drukke dag?

- normale dag: .... op het spreekuur  
..... op visites
- drukke dag: .... op het spreekuur  
..... op visites

---

18. Hoeveel doktersassistenten werken voor u?

- aantal: ....
  - full-time equivalenten:\* ....
- \* 1 assistente full-time = 1 full-time equivalent  
2 assistentes half-time = 1 full-time equivalent  
1 assistente 70%, 1 assistente half-time = 1.2 full-time equivalent

---

19. Heeft/hebben de assistentes andere dan administratieve taken? Zo ja welke?

- nee 0
- ja, te weten ..... 0

---

20. Welk systeem wordt in uw praktijk gehanteerd om patiëntengegevens vast te leggen?  
(meerdere antwoorden mogelijk)

- Kaartsysteem: - "Groene NHG-kaart" 0
- Probleemgeoriënteerde registratie 0
- Gezinskaarten systeem 0
- Ander kaartsysteem 0
- Geautomatiseerd systeem 0

---

21. Zijn er binnen dit systeem bepaalde groepen met een bepaald verhoogd risico, onmiddellijk herkenbaar (bijv. met "ruitertjes")? Zo ja, welke groepen?

- ja, nl. .... 0
- .....
- .....
- nee 0



22. Heeft u zich er de laatste vijf jaar op toegelegd om extra deskundigheid te verwerven, op het gebied van hart- en vaatziekten en/of oncologie? Zo ja, op welke wijze?

ja, nl. .... 0  
.....  
.....  
nee ..... 0

---

**Routines met betrekking tot een aantal aspecten van preventie en vroegtijdige opsporing**

De volgende vragen betreffen uw feitelijk gedrag met betrekking tot het opsporen van hypertensie, riskante gewoonten en kenmerken (roken, drinken, overgewicht), cervix- en mammacarcinoom.

---

23. Welke wijze van opsporen van hypertensie komt het meest overeen met de door u gevolgde procedure? (U kunt meerdere mogelijkheden aankruisen)

- niet-systematisch onderzoek afhankelijk van de omstandigheden (klachtenpatroon en -presentatie) en de achtergrond van de patiënt
- periodieke meting bij alle patiënten op het spreekuur uit een bepaalde leeftijdscategorie, ongeacht de aard van de klacht
- oproepen van patiënten die in een bepaalde periode niet op het spreekuur zijn geweest, teneinde bloeddruk te meten
- anders, nl.: .....

---

24. Wat doet u als een hypertensiepatiënt niet verschijnt voor een afgesproken controle?

- ik doe niets; het is zijn/haar eigen verantwoordelijkheid
- als ook de volgende controle wordt overgeslagen onderneem ik actie
- ik verzoek de patiënt als regel vrij spoedig nog te komen
- ik doe iets anders, nl.: .....

---

25. In hoeverre zijn patiënten, waarbij hoge bloeddruk is vastgesteld, in uw patiëntenadministratie als categorie herkenbaar?

- bij een deel wordt het op de patiëntenkaart vermeld; deze registratie is echter niet systematisch
  - meest recente gegevens worden steeds op de kaart vermeld
  - hypertensiepatiënten zijn als categorie direct herkenbaar in de patiëntenadministratie (b.v. door ruitertjes)
  - er bestaat een bijgewerkt overzicht van hypertensiepatiënten
  - anders, nl.: .....
-

26. Welke wijze van opsporen van **baarmoederhalskanker** komt het meest overeen met de door u gevolgde procedure? (U kunt meerdere mogelijkheden aankruisen)
- wanneer de gelegenheid zich voordoet worden wel uitstrijkjes gemaakt, doch **niet systematisch**
  - bij **alle** vrouwen boven een zekere leeftijdsgrens (b.v. 35 jaar) die voor anti-conceptie op het **spreekuur** komen, wordt periodiek (b.v. eens in de 3 jaar) een uitstrijkje gemaakt
  - bij **alle** vrouwen in de praktijk boven een zekere leeftijdsgrens (b.v. 35 jaar) wordt desgewenst periodiek (b.v. eenmaal in de 3 jaar) een uitstrijkje gemaakt (**ongeacht de reden** waarvoor ze op het spreekuur komen)
  - vrouwen boven een zekere leeftijdsgrens die in een bepaalde periode niet op het spreekuur zijn geweest, worden voor een uitstrijkje **opgeroepen**
  - anders, nl.: .....

27. In welke mate leert u vrouwen boven de 35 jaar zelf hun borsten te onderzoeken
- ik doe dat alleen wanneer vrouwen daar zelf om vragen
  - ik doe dat bij vrouwen boven de 35 jaar die tot een risicogroep behoren (belaste familie-anamnese e.d.)
  - ik doe dat bij alle vrouwen boven de 35 jaar

28. In hoeverre zijn patiënten waarbij **borstkanker** is vastgesteld, in uw patiëntenadministratie als categorie herkenbaar? (U kunt meerdere mogelijkheden aankruisen)
- bij een deel wordt het op de patiëntenkaart vermeld; deze registratie is echter niet systematisch
  - meest recente gegevens worden steeds op de kaart vermeld
  - patiënten met borstkanker zijn als categorie direct herkenbaar in de patiëntenadministratie (b.v. door ruitertjes)
  - er bestaat een bijgewerkt overzicht van patiënten met borstkanker
  - anders, nl.: .....

29. In hoeverre zijn gegevens van familieleden waarbij borstkanker is vastgesteld op iemands patiëntenkaart aangetekend
- dit gebeurt niet
  - indien bekend, wordt het aangetekend
  - ik informeer hier systematisch naar, en teken het dan aan

30. In welke mate informeert u naar **rookgewoonten** bij de volgende categorieën patiënten

	altijd	meestal	soms	zelden	nooit
een patiënt waarvan ik niet weet of hij of zij rookt	0	0	0	0	0
een patiënt wiens klachten hiertoe aanleiding geven	0	0	0	0	0
een patiënt, die tot een risicogroep behoort	0	0	0	0	0

31. In welke mate informeert u naar **alcoholgebruik** bij de volgende categorieën patiënten

	altijd	meestal	soms	zelden	nooit
een patiënt waarvan ik niet weet of hij hoeveel hij of zij drinkt	0	0	0	0	0
een patiënt wiens klachten hiertoe aanleiding geven	0	0	0	0	0
een patiënt, die tot een risicogroep behoort	0	0	0	0	0

32. In welke mate legt u onderstaande gegevens vast op de patiëntenkaart?

	zelden/nooit	soms	meestal
rookgewoonten	0	0	0
overgewicht	0	0	0
gewicht van "normale patiënten"	0	0	0
overmatig alcoholgebruik	0	0	0

33. In hoeverre adviseert u patiënten die **roken**, daarmee te stoppen?

- alleen** als klachten of ziekteverloop daartoe aanleiding geven
- alle** patiënten die veel roken adviseer ik daarmee te stoppen, ongeacht klachten

34. In hoeverre adviseert u **te dikke** patiënten te vermageren?

- alleen** als klachten of ziekteverloop daartoe aanleiding geven
- alle** te dikke patiënten adviseer ik te vermageren, ongeacht klachten

35. In hoeverre adviseert u patiënten die erg veel **alcohol** gebruiken daarmee te stoppen?

- alleen** als klachten of ziekteverloop daartoe aanleiding geven
- alle** patiënten die veel drinken krijgen van mij het advies hierin te minderen

**Gewenst gedrag inzake een aantal aspecten van preventie en vroegtijdige opsporing**

De volgende uitspraken gaan over routines die u in een ideale situatie zou willen volgen. Wanneer u voldoende middelen (tijd, assistentie, geld, etc.) zou hebben, hoe zouden dan naar uw idee preventieve activiteiten in uw praktijk gestalte moeten krijgen.

36. In een ideale situatie zou ik op de volgende wijze hypertensie opsporen:

- niet-systematisch** onderzoek afhankelijk van de omstandigheden (klachtenpatroon en presentatie) en de achtergrond van de patiënt
- periodieke** meting bij alle patiënten op een spreekuur uit een bepaalde leeftijdscategorie, ongeacht de aard van de klacht
- oproepen** van patiënten die in een bepaalde periode niet op het spreekuur zijn geweest, teneinde bloeddruk te meten
- anders, nl.: .....

37. Wanneer patiënten niet op afgesproken controles verschijnen, zou ik in een ideale situatie doorgaans als volgt handelen

- ik zou doe niets doen; het is zijn/haar eigen verantwoordelijkheid
- als ook de volgende controle wordt overgeslagen zou ik actie ondernemen
- ik zou patiënt als regel vragen vrij spoedig alsnog te komen
- ik zou iets anders doen, nl.: .....

---

38. Welke bloeddrukwaarden zou u idealiter op de patiëntenkaart registreren

- te hoge bloeddruk zou op de patiëntenkaart vastgelegd moeten worden
- de meest recente gegevens (ook normale waarden) altijd op de patiëntenkaart

---

39. Hoe zou u hypertensiepatiënten idealiter willen identificeren in uw kaartsysteem?

- gegevens zijn op de patiëntenkaart te vinden; deze kaarten zijn niet te onderscheiden van de anderen
- hypertensiepatiënten zijn als categorie direct herkenbaar in de patiëntenadministratie (b.v. door ruitertjes)
- er bestaat een bijgewerkt overzicht van hypertensiepatiënten
- anders, nl.: .....

---

40. Hoe zou u in ideale omstandigheden op baarmoederhalskanker willen screenen

- niet systematisch uitstrijkjes maken wanneer de gelegenheid zich zo voordoet
- bij alle vrouwen boven een zekere leeftijdsgrens, die voor anti-conceptie op het spreekuur komen, periodiek een uitstrijkje maken
- bij alle vrouwen in de praktijk, boven een zekere leeftijdsgrens, die het spreekuur bezoeken, periodiek een uitstrijkje maken (ongeacht de reden van komst)
- bij alle vrouwen boven een zekere leeftijdsgrens desgewenst periodiek een uitstrijkje maken, waarbij degenen die het spreekuur niet bezocht hebben worden opgeroepen
- middels bevolkingsonderzoek waarbij men vanuit het bevolkingsregister een oproep krijgt om een uitstrijkje te laten maken
- anders, nl.: .....

---

41. Bent u het onder ideale omstandigheden, eens met de volgende uitspraken

	eens	oneens
idealiter zou aan vrouwen door de huisarts zoveel mogelijk zelfonderzoek van de borsten geleerd moeten worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
idealiter zou van alle vrouwen boven een zekere leeftijdsgrens een eenmalige base-line mammografie beschikbaar moeten zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

42. Hoe zou in ideale omstandigheden uw registratie zijn van vrouwen waarbij borstkanker is vastgesteld?

- niet systematische registratie
- meest recente gegevens van patiënten worden altijd op de kaart vermeld
- meest recente gegevens van patiënten en eventuele belaste familie-anamnese worden altijd op de kaart vermeld

43. Hoe zou u patiënten met borstkanker willen identificeren in uw kaartstelsel, onder ideale omstandigheden? (meerdere keuzes mogelijk)

- vrouwen met borstkanker zijn als categorie direct herkenbaar in de administratie (bijv. door ruitertjes)
- vrouwen met een belaste familie-anamnese zijn direct herkenbaar in de administratie
- er bestaat een bijgewerkt overzicht van patiënten met borstkanker
- anders, nl.: .....

44. Wanneer zou een huisarts, onder ideale omstandigheden moeten informeren naar rookgewoonten bij de volgende categorieën patiënten?

	altijd	meestal	soms	zelden	nooit
een patiënt waarvan hij/zij niet weet of hij of zij rookt	0	0	0	0	0
een patiënt wiens klachten hiertoe aanleiding geven	0	0	0	0	0
een patiënt, die tot een risicogroep behoort	0	0	0	0	0

45. Wanneer zou een huisarts, onder ideale omstandigheden moeten informeren naar alcoholgebruik bij de volgende categorieën patiënten?

	altijd	meestal	soms	zelden	nooit
een patiënt waarvan hij/zij niet weet of hij of zij drinkt	0	0	0	0	0
een patiënt wiens klachten hiertoe aanleiding geven	0	0	0	0	0
een patiënt, die tot een risicogroep behoort	0	0	0	0	0

46. In welke mate zou u onder ideale omstandigheden onderstaande gegevens vastleggen op de patiëntenkaart?

	zelden/nooit	soms	meestal
rookgewoonten	0	0	0
overgewicht	0	0	0
gewicht van "normale patiënten"	0	0	0
overmatig alcoholgebruik	0	0	0

47. In hoeverre zouden patiënten die **roken**, geadviseerd moeten worden daarmee te stoppen?

- alleen** als klachten of ziekteverloop daartoe aanleiding geven
- alle** patiënten die meer dan tien sigaretten per dag roken, zouden geadviseerd moeten worden te stoppen

48. In hoeverre zouden **te dikke** patiënten geadviseerd moeten worden te vermageren?

- alleen** als klachten of ziekteverloop daartoe aanleiding geven
- alle** patiënten die meer dan 10% van de Quetelet-index afwijken, zouden een vermageringsadvies moeten krijgen, ongeacht klachten

49. In hoeverre zouden patiënten die erg veel alcohol gebruiken, geadviseerd moeten worden hierin te minderen?

- 0 **alleen** als klachten of ziekteverloop daartoe aanleiding geven  
0 **alle** overmatige drinkers zouden van mij het advies moeten krijgen hierin te minderen

---

50. Zou u meer energie steken in het opsporen en onder controle houden van hypertensie patiënten indien u:

	ja	nee
hiervoor een extra honorering zou krijgen	0	0
u meer tijd per patiënt zou hebben	0	0
u hiervoor extra assistentie zou krijgen	0	0
uw registratiesysteem hiervoor aangepast zou zijn	0	0
uw kennis op dit gebied groter zou zijn	0	0
u hulp zou krijgen bij het opzetten van een aangepast registratiesysteem	0	0

---

De volgende vragen hebben betrekking op uw eigen "gezondheidsgedrag"

---

51. Rookt u wel eens of helemaal niet?

helemaal niet	0
wel eens	0

---

52. Heeft u vroeger wel eens gerookt of hebt u nooit gerookt?

vroeger wel eens	0
nooit gerookt	0

---

53. Hoeveel rookt u gemiddeld per dag?

n.v.t.	0
.... shaggies	
.... sigaretten	
.... sigaren/cigarillo's	
.... pijp	

---

54. Vindt u van u zelf dat u teveel rookt?

n.v.t.	0
ja	0
nee	0

---

55. Heeft u het afgelopen jaar wel eens pogingen gedaan om met roken te stoppen

n.v.t.	0
ja	0
nee	0

---

56. Hoe vaak dronk u in het afgelopen jaar vier of meer glazen alcohol per dag?

- iedere dag 0
- 1 - 6 keer per week 0
- 1 - 3 keer per maand 0
- 3 - 5 keer per half jaar 0
- 1 - 2 keer per half jaar 0
- minder vaak 0
- nooit 0

---

57. Hoe lang bent u?

..... cm.

---

58. Hoe zwaar bent u?

..... kg.

---

59. Wanneer vindt u een patiënt te dik?

.....

---

60. Wanneer vindt u dat iemand teveel rookt?

.....

---

61. Wanneer vindt u dat iemand teveel drinkt?

.....

- 
62. Wat verstaat u onder een licht verhoogde bloeddruk? .....
- matig verhoogde bloeddruk? .....
  - ernstig verhoogde bloeddruk? .....
-

Ten slotte leggen we u een aantal uitspraken over "preventie" voor. Wilt u aangeven in hoeverre u het met elk van deze uitspraken eens bent, door het meest van toepassing zijnde antwoordalternatief aan te kruisen.

	hele- maal mee eens	mee eens	niet mee eens, niet mee oneens	mee oneens	hele- maal mee oneens
1. Het is ondoenlijk om een betrouwbaar overzicht te krijgen van alle patiënten in je praktijk die een te hoge bloeddruk hebben.	0	0	0	0	0
2. Patiënten kunnen zich beter een korte tijd voor niets zorgen maken vanwege een vals positieve uitslag dan dat ze de kans lopen een niet ontdekte ernstige ziekte onder de leden te hebben.	0	0	0	0	0
3. Het is heel goed mogelijk bij elke man boven de 35 jaar die op het spreekuur komt even de bloeddruk te meten.	0	0	0	0	0
4. Het is een feit dat met de huidige doorsnee routine in de huisartspraktijk de meeste hypertensie onopgemerkt blijft.	0	0	0	0	0
5. Een screeningsprogramma op hoge bloeddruk is uitvoerbaar in de huisartspraktijk, mits het gehonoreerd wordt.	0	0	0	0	0
6. Huisartsen besteden te veel tijd aan genezen en te weinig aan voorkomen van ziekte.	0	0	0	0	0
7. Overgewicht kan niet zonder meer als een belangrijke risicofactor voor hart- en vaatziekten aangemerkt worden.	0	0	0	0	0
8. Preventieve geneeskunde is in hoofdzaak een taak van de basisgezondheidszorgdiensten, GG en GD, consultatiebureaus, e.d.	0	0	0	0	0
9. Massale screening op mamma-carcinoom levert veel te veel vals-positieve uitslagen op.	0	0	0	0	0
10. Wanneer huisartsen meer nadruk op de bevordering van gezondheid zouden leggen en minder op de behandeling van ziekte, zouden de mensen een stuk gezonder zijn.	0	0	0	0	0
11. Patiënten stellen het op prijs dat de huisarts ongevraagd over hun gezondheid waakt.	0	0	0	0	0
12. In de gemiddelde huisartspraktijk ontbreken de noodzakelijke gegevens om gericht risicogroepen op te sporen en te screenen.	0	0	0	0	0
13. Het is goed mogelijk voor een huisarts om patiënten voor te lichten, omdat hij het grootste deel van patiënten regelmatig ziet.	0	0	0	0	0



	hele- maal mee eens	mee eens	niet mee eens, niet mee oneens	mee oneens	hele- maal mee oneens
14. Vetstofwisselingsstoornissen zijn als risico-factor te gecompliceerd om het nuttig effect van preventieve maatregelen in dit opzicht in individuele gevallen in het vooruitzicht te mogen stellen.	0	0	0	0	0
15. Men komt er als huisarts altijd te laat achter dat iemand te veel drinkt.	0	0	0	0	0
16. Een huisarts is verantwoordelijk voor een goede behandeling van de klachten die de patiënten presenteren, niet voor ziektes of problemen die ze mogelijkwijze ook nog hebben, maar waarover ze geen klachten uiten.	0	0	0	0	0
17. Een patiënt zal het niet als bemoeizucht ervaren wanneer hij voor een algemene controle wordt opgeroepen.	0	0	0	0	0
18. Een huisarts heeft te weinig mogelijkheden om iemand definitief van het drinken af te krijgen.	0	0	0	0	0
19. Wanneer borstkanker in een laat stadium wordt ontdekt, ligt dat meestal aan de patiënt die niet op tijd met klachten naar de dokter is gegaan.	0	0	0	0	0
20. Het is mede een taak voor de huisarts om zijn patiënten voor overmatig drankgebruik te behoeden.	0	0	0	0	0
21. Zolang we niet precies weten wat de oorzaken van bepaalde ziekten zijn, hoeft een huisarts dienaangaand niet preventief te handelen.	0	0	0	0	0
22. Een patiënt van 45, die op het spreekuur komt met rugklachten, zal het waarderen wanneer een huisarts ook zijn bloeddruk meet.	0	0	0	0	0
23. Wanneer een huisarts patiënten die binnen bepaalde risicogroepen vallen niet regelmatig ziet, dient hij toch te proberen een zekere surveillance over ze te hebben.	0	0	0	0	0
24. Een huisarts hoort zich verantwoordelijk te voelen voor individuele patiënten, niet voor zijn gehele praktijkpopulatie als zodanig.	0	0	0	0	0
25. De organisatie van een gemiddelde huisartspraktijk staat het opzetten van preventieve programma's in de huisartspraktijk niet toe.	0	0	0	0	0

Bijlage II.: constructie van variabelen 'informereren', 'registreren', 'adviseren' en 'vroegtijdige opsporing'

<p>informereren leefgewoonten</p>	<p>positief: meestal of altijd naar roken informeren (28%) en meestal of altijd naar alcoholgebruik informeren zonder dat de klachten aanleiding geven.</p> <p>negatief: overigen (72%)</p>
<p>registreren leefgewoonten</p>	<p>positief: meestal rookgewoonten van iedereen en meestal overgewicht en meestal normaal gewicht registreren (32%)</p> <p>negatief: overigen (68%)</p>
<p>adviseren leefgewoonten</p>	<p>positief: ongeacht klachten adviseren te stoppen met roken en ongeacht klachten adviseren te vermageren (43%)</p> <p>negatief: overigen (57%)</p>
<p>vroegtijdig opsporen ziekte</p>	<p>positief: minstens drie van de volgende kenmerken: (40%)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- periodiek bloeddruk meten bij tenminste alle patiënten uit bepaalde categorieën die op het spreekuur komen</li> <li>- actie ondernemen, tenminste als patiënten 2 controles overslaan</li> <li>- herkenbaarheid van hypertensiepatiënten in kaartstelsel</li> <li>- tenminste bij risicogroepen die op het spreekuur komen periodiek een uitstrijkje maken</li> <li>- systematisch alle vrouwen in risicogroepen leren om borstsonderzoek te doen</li> </ul> <p>negatief: degenen die twee of minder van genoemde eigenschappen bezitten (60%)</p>

Levensstijl/Informeren

	wens: syste- matisch	wens: minder systematisch	t	gedrag: syste- matisch	gedrag: syste- matisch	gedrag: minder systematisch	t
<b>Mening over:</b>							
Verantwoordelijkheid	18.9	18.1	2.57*	19.0	18.3	1.82**	
Aanvaardbaarheid	9.7	9.4	1.85**	9.9	9.4	2.57*	
Zinnigheid	3.3	3.1	1.74**	3.2	3.2	.30	
<b>Artskenmerken</b>							
Leeftijd	41.6	42.1	.61	43.9	40.8	2.05*	
% man	89%	93%	1.22	88%	91%	.66	
Gem. aantal sigaretten	2.0	1.1	1.09	0.1	2.1	3.6*	
Frequent drinken	26%	28%	.32	29%	26%	.59	
Quetelet-index	27	7%	.90	6%	8%	.87	
Naschooling gevolgd	50%	47%	.56	56%	45%	2.01*	
<b>Praktijkvoering</b>							
Gem. duur afspraken	10 min.	9.8 min.	.99	10 min.	9.9 min.	.14	
Aantal patiënten	2288	2343	.86	2232	2317	1.17	
Assistenten die bloeddruk meet	17%	16%	.86	8%	19%	.16	
% solist	46%	45%	.22	50%	55%	.75	
Hoeveelheid assistentie	1.3	1.3	.90	1.2	1.3	.91	
Registratie met herkenbare risicogroepen	27%	27%	.04	23%	28%	1.11	

\* p < .05  
\*\* .05 < p < .10

Levensstijl/Adviseren

	wens: syste- matisch	wens: minder systematisch	t	gedrag: syste- matisch	gedrag: minder systematisch	t
<b>Mening over:</b>						
Verantwoordelijkheid	18.8	17.9	2.91*	19.0	18.3	1.67*
Aanvaardbaarheid	9.9	9.2	4.16*	10.0	9.3	4.35*
Zinnigheid	3.3	3.1	2.32*	3.3	3.1	1.85**
<b>Artskenmerken</b>						
Leeftijd	42.6	42.3	.34	41.7	42.8	1.75**
% man	89%	91%	.09	92%	89%	.81
Gem. aantal sigaretten	1.7	1.3	.51	0.6	2.0	1.93**
Frequent drinken	27%	27%	.06	26%	28%	.31
Quetelet-index 27	6%	10%	1.56	8%	7%	.24
Nascholing gevolgd	50%	48%	.30	53%	47%	1.65**
<b>Praktijkvoering</b>						
Gem. duur afspraken	9.7 min.	10 min.	2.64*	9.8 min.	10 min.	1.29
Aantal patiënten	2399	2225	2.80*	2400	2267	2.25*
Assistenten die bloeddruk meet	17%	16%	.05	19%	16%	.52
% solist	61%	46%	3.24*	56%	52%	.86
Hoeveelheid assistentie	1.2	1.3	.96	1.2	1.3	.74
Registratie met herkenbare risicogroepen	28%	28%	.02	29%	28%	.08

\*  $p < .05$

\*\*  $.05 < p < .10$

V10 Hypertensie - Baarmoederhalskanker

	wens: syste- matisch	wens: minder systematisch	t	gedrag: syste- matisch	gedrag: minder systematisch	t
<b>Mening over:</b>						
Verantwoordelijkheid	19.4	17.9	5.08*	19.4	17.8	5.36*
Aanvaardbaarheid	10.0	9.5	1.73**	9.9	9.4	2.90*
Zinnigheid	3.4	3.1	3.61*	3.3	3.1	2.49*
<b>Artikelen</b>						
Leeftijd	42.8	41.8	1.22	42.2	42.3	.11
% man	87%	92%	1.82**	88%	92%	1.54
Gem. aantal sigaretten	1.4	1.6	.28	1.2	1.7	.68
Frequent drinken	24%	29%	1.31	21%	31%	2.47*
Quetelet-index	8%	7%	.40	8%	8%	.18
Nascholing gevolgd	55%	45%	2.04*	52%	46%	1.22
<b>Praktijkvoering</b>						
Gem. duur afspraken	9.9 min.	10 min.	.69	10.2 min.	9.7 min.	2.31*
Aantal patiënten	2325	2309	.27	2256	2360	1.62
Assistenten die bloeddruk meet	19%	17%	.30	17%	18%	.07
% solist	52%	56%	.84	50%	57%	1.40
Hoewelheid assistentie	1.3	1.2	1.12	1.3	1.3	.68
Registratie met herkenbare risicogroepen	35%	24%	2.60*	39%	21%	4.36*

\* p < .05

\*\* .05 < p < .10

Levensstijl/Registreren

	wens: syste- matisch	wens: minder systematisch	t	gedrag: syste- matisch	gedrag: minder systematisch	t
<b>Mening over:</b>						
Verantwoordelijkheid	18.7	18.0	2.27*	18.7	18.3	1.05
Aanvaardbaarheid	9.6	9.5	.41	9.7	9.5	1.32
Zinnigheid	3.3	3.1	2.16*	3.2	3.2	.66
<b>Artsenmerken</b>						
Leeftijd	41.7	42.7	1.27	43.2	41.5	1.69**
% man	90%	91%	.10	92%	90%	.76
Gem. aantal sigaretten	1.5	1.4	.03	1.0	1.8	1.01
Frequent drinken	26%	28%	.67	24%	28%	.86
Quetelet-index 27	3%	11%	2.24*	4%	10%	2.18*
Nascholing gevolgd	53%	43%	2.04*	59%	44%	3.20*
<b>Praktijkvoering</b>						
Gem. duur afspraken	10 min.	9.8 min.	1.12	9.8 min.	10 min.	.72
Aantal patiënten	2299	2347	.76	2339	2315	.40
Assistenten die bloeddruk meet	19%	18%	.12	18%	18%	.04
% solist	54%	54%	.07	59%	52%	1.54
Hoeveelheid assistentie	1.3	1.3	.06	1.3	1.3	.22
Registratie met herkenbare risicogroepen	30%	26%	1.04	30%	27%	.48

\* p < .05

\*\* .05 < p < .10