

Anticiperende diagnostiek

Door *Van den Dool* werd in 1970 het principe van de anticiperende diagnostiek of surveillance van risicogroepen in de huisartsgeneeskunde beschreven. Het is onwaarschijnlijk — althans het tegendeel blijkt nog niet uit publikaties — dat deze werkwijze in de dagelijkse uitoefening van de huisartspraktijk bewust en systematisch wordt toegepast.

Er is enige aanleiding opnieuw voor deze belangrijke werkwijze aandacht te vragen. Men kan vaststellen dat de methodische werkwijze van de huisartsgeneeskunde de surveillance van risicogroepen insluit. Het is niet de bedoeling de huisarts een nieuwe taak toe te denken, doch te trachten onder woorden te brengen — een stukje theorievorming — wat essentieel voor de huisartsgeneeskunde wordt geacht. In het onlangs verschenen interimrapport van de werkgroep Takenpakket van het N.H.G. wordt hierop nader ingegaan.

Voorts vindt de lezer in dit nummer een artikel van *Van den Dool*, waarin de surveillance van risicogroepen met betrekking tot carcinoom wordt behandeld.

Ten slotte lijkt het opportuun hier wederom de aandacht te vestigen op instanties die — cervix carcinoomscreening uitgezonderd — acties voeren op het gebied van epidemiologische onderzoekingen naar risicofactoren, waarbij — afwijkend van het principe van anticiperende diagnostiek — het onderzoek wordt gedaan bij ongeselecteerde bevolkingsgroepen. Wanneer men de bezwaren van deze ontwikkeling deelt, zal men de consequenties in de zin van bewuste en systematische surveillance van risicogroepen in de huisartspraktijk willen propageren, hetgeen in de eerste plaats een taak voor het Genootschap lijkt te zijn. Ten einde de aandacht van de huisartsen op anticiperende diagnostiek te vestigen,

schreef *Van den Dool* op verzoek van het N.H.G.-bestuur een notitie, waaruit wij het hierna volgende citeren.

„Anticiperen is acties nemen met het oog op (meer) waarschijnlijke ontwikkelingen. Anticiperende diagnostiek is onderzoek naar bepaalde aandoeningen, waarvan door epidemiologisch-statistisch onderzoek is gebleken, dat een bepaalde cliënt/patiënt een grotere kans heeft die aandoening te hebben of te krijgen. Anticiperende therapie is het nemen van maatregelen opdat (meer) waarschijnlijke ontwikkelingen niet zullen plaatsvinden. Anticiperende diagnostiek en anticiperende therapie (interventie) vormen tezamen anticiperende geneeskunde.

Doelstelling van de anticiperende geneeskunde is om door vroegtijdige opsporing — liefst van prae- en „in situ” toestanden — en het nemen van adequate maatregelen een optimale prognose te verkrijgen. Hierbij komt men dan dicht bij de primaire preventie — het absolute voorkómen — dan bij de secundaire preventie (de „gewone” vroege diagnostiek). Bij de laatste is een verbetering van de prognose vaak dubieus.

Surveillance van „high-risk” groepen vergt extra onderzoek met het oog op het verhoogde risico. Je gaat vissen in visrijk water. Het meest fysiologische en voor de patiënt/cliënt minst verontrustende, is als men de bewaking als iets extra's in de normale praktijkuitoefening inlast. Het gemakkelijkst is dat bij het consult. Om dit te effectueren moet de huisarts zich bij het consult twee extra vragen stellen (*Huygen*). Deze lijken gemakkelijk, maar vallen in de praktijk tegen:

- 1. Welke extra risico's loopt deze patiënt?
- 2. Wat kan ik met het oog daarop doen?

Wat is hiervoor nodig?

I *Theoretische kennis.*

— Welke „high-risk”-groepen zijn er bekend geworden met behulp van longitudinaal epidemiologisch onderzoek.

— Welke hiervan zijn — in het kader waarbinnen de huisarts werkt — voor hem van belang om nader onderzoek aan vast te knopen.

— Wat dient de periodiciteit van dit nader onderzoek te zijn (een rendementsvraag).

II *Welke patiënten lopen een verhoogd risico?*

Dit betreft de praktische kennis van de huisarts van zijn patiëntenpopulatie. Hier is het geheugen van de huisarts van belang, bijgestaan door zijn kaartstelsel en straks misschien door de computer. „High risk”-factoren als leeftijd, geslacht en vetzucht zijn gemakkelijk te herkennen. Voor andere risico-verhogende factoren als gewoontes, verslavingen, spanningen, sociale klasse en familiale belasting is dat moeilijker, terwijl voor risico-verhogende factoren als diabetes en hypertensie geldt, dat ze pas door de anamnese of nader onderzoek aan het licht komen. De anamnese kan hierbij overigens ook door middel van een speciale vragenlijst worden uitgediept. De op deze wijze verzamelde gegevens als roken, diabetes in familie, recidiverende urineweginfecties, carcinoom en hartinfarct in de familie, zouden ook aan de computer kunnen worden toegevoerd.

Het zal nodig zijn dat de huisarts meer in risico-verhogende factoren leert denken (*Van den Dool*, 1974) Het is overigens duidelijk dat uit hoofde van zijn positie in de eerstelijns de huisarts dé figuur is om bewust anticiperende geneeskunde te bedrijven — onbewust doet iedere huisarts het al ten dele. Als de huisarts zijn

patiënten kent, geholpen door zijn kaartstelsel, waarop de risico-verhogende factoren zijn te vinden, zal hij op een natuurlijke manier de verbinding kunnen maken tussen de gevraagde hulp en de vooruitziende diagnostiek.

III *Een aantal voorwaarden* om anticiperende geneeskunde meer dan incidenteel te beoefenen.

— De instelling van de huisarts, zijn attitude. Hij moet het een belangrijke zaak vinden en de moeite er voor over hebben.

— De tijd. Het kost extra tijd. Praktijkverkleining zal hiervoor nodig zijn, wat op zich geen reden mag zijn tot vermindering van inkomen, want de huisarts krijgt er niet minder werk door.

— De hulp. Extra hulpkrachten in de vorm van een laboratoriumkracht of een gedeeltelijke dagtaak voor een doktersassistente.

— De plaats: ruimten waar aanvullend onderzoek kan plaatsvinden, tenzij van huisartsenlaboratoria of straks zogenaamde diagnostische centra, al dan niet in een ziekenhuis ondergebracht, kan worden gebruik gemaakt.

Nu een aantal van deze voorwaarden geen utopie meer is, maar nabije

realiteit, is dit inderdaad het moment zich te bezinnen op deze uitbreiding en verdieping van de huisartstaak! Ik ben er overigens van overtuigd dat anticiperend werken ook ten aanzien van psychische problematiek een zeer belangrijk deel van de anticiperende geneeskunde kan zijn. Als de huisarts inderdaad de specialist van de integrale geneeskunde is (*Querido, A.*), dan zal hij vooral moeten leren signaleren in die gevallen waar jongeren de dupe dreigen te worden van disharmonische constellaties.

Tot besluit een aantal vragen:

— 1. Hoe kan worden voorkómen dat bewust anticiperend denken een sluitpost blijft met de kans dat de vraagstelling pas aan bod komt als de spreekkamerdeur achter de patiënt is gesloten?

— 2. Wie verzamelen de resultaten van longitudinaal epidemiologisch onderzoek en vertalen deze in een voor de huisartsgeneeskunde toepasbare vorm?

— 3. Kan anticiperend werken operationeel worden gemaakt voor wetenschappelijk onderzoek?

— 4. Hoe kan de anticiperende geneeskunde aan de gehele patiëntenpopulatie ten goede komen? Is het bijvoorbeeld verantwoord wijkver-

pleegkundigen contact te laten leggen met hen die een aantal jaren niet consulteerden of moeten wij wachten tot de cliënt/patiënt het initiatief neemt?

— 5. Hoe dient de voorlichting van de patiënt te zijn ten aanzien van deze dimensie van het huisartsenwerk?

— 6. Hoe kan de huisarts anticiperend werkzaam zijn ten aanzien van psychosociale problematiek? Hoe kan hij hier op zijn minst risico's signaleren en wie kan er dan op welke wijze wat aan doen? Ik verwacht hier een groot werkterrein voor het maatschappelijk werk en de klinisch psycholoog, waarbij groepsgewijze benadering in samenspel met de huisarts voor de hand ligt, eindigend in sociale actie!"

Dool, C. W. A. van den (1970) huisarts en wetenschap 13, 59:(1975) Ibidem 18, 194.

Dool, C. W. A. van den. Preventief geneeskundig onderzoek-anticiperende geneeskunde. In: Bremer, G. J., J. C. van Es en A. Hofmans. Inleiding tot de huisartsgeneeskunde, Stenfert Kroese, Leiden, 1974.

Huygen, F. J. A. (1971) huisarts en wetenschap 14, 447.

Querido, A. Inleiding tot een integrale geneeskunde. Stenfert Kroese, Leiden, 1955.

Opsporing van carcinoom in de huisartspraktijk*

DOOR DR. C. W. A. VAN DEN DOOL, HUISARTS TE STOLWIJK

Omdat wij geloven dat in een zo vroeg mogelijk stadium opgespoorde chronische aandoeningen na adequate behandeling een betere prognose hebben, is deze vroege opsporing — secundaire preventie — voor alle artsen een belangrijke opgave. Bij kanker moeten wij echter op veel teurstellingen voorbereid zijn, omdat

de vervroeging van de diagnose ten aanzien van de totale leeftijd van de tumor soms relatief gering is, waardoor de kans dat reeds doorgroei en metastasen zijn ontstaan, soms slechts weinig kleiner wordt. Veel beter zouden de kansen zijn indien het zou gelukken de voorstadia van kanker op te sporen en te behandelen!

Bij opsporing van kanker in de huisartspraktijk komt een aantal vragen als vanzelf op:

a Moet de huisarts kanker opsporen? In Nederland zijn slechts enkele experimentele speciale opsporingsinstituten. In Amerika zijn ze geen onverdeelde succes. De specialisten kunnen deze taak niet aan; hun vaak lange wachtlijsten getuigen ervan. Mobiele opsporingsteams zijn er niet, behalve voor longtuberculose (en longcarcinoom!) en voor enkele proefonderzoekingen betreffende cervixcarcinoom, hartvaatziekten en chronische specifieke respiratoire

* Naar een voordracht, gehouden tijdens de Boerhaave-cursus Algemene oncologie op 6 oktober 1972.