

Preventie door de huisarts

Grundmeijer geeft in H&W (H&W 2002;44:76-80) een uitgebreide en interessante beschouwing over preventie in de huisartspraktijk. Een aantal zaken blijven naar mijn mening echter wat onderbelicht.

Grundmeijer benadrukt de secundaire preventie van hart- en vaatziekten; veel primair preventieve activiteiten van huisartsen beschrijft hij niet. Een behoorlijk aantal huisartsen houdt consultatiebureau met de bijbehorende vaccinaties voor hun patiënten onder de vijf jaar. Huisartsen doen een wisselend aantal preventieve handelingen tijdens de prenatale zorg.¹ Veel huisartsen geven reisadviezen en sommigen organiseren hiervoor aparte spreekuren² en in enkele praktijken worden praktijkverpleegkundigen ingezet voor preventieve ouderenbezoeken.³ Daarnaast geven huisartsen adviezen ter voorkoming van soa en, weer iets heel anders, van geestelijk lijden en stress.

Uit het onderzoek van het Consumentenpanel bleek dat patiënten in het algemeen positief tegenover preventie staan.⁴ Grundmeyer stelt daar tegenover dat 'de individuele patiënt er niet om komt'. Hulshof schrijft dat de acceptatie van preventie in de praktijk voor een groot gedeelte afhankelijk is van de wijze waarop de huisarts onderwerpen ter sprake brengt.⁴ Iedere dag zijn er patiënten op ons spreekuur met vragen over preventie naar aanleiding van hart- en vaatziekten of kanker in de familie of vragen over de besmettelijkheid van kinderziekten en het gevaar voor de zwangere buurvrouw of zus. Ook preconceptionele adviezen stellen patiënten gevraagd of ongevraagd op prijs. Het screenen op hemoglobinoopathieën, van belang bij allochtonen, is door de huisarts eenvoudig uit te voeren.^{5,6} Leefstijladviezen kunnen met behulp van technieken uit de cognitieve gedragstherapie goed uitgevoerd worden om mensen met roken te laten stoppen,⁷ of om patiënten meer te laten bewegen. PACE, een interventie om mensen uit hun stoel te krijgen, bleek in de

Verenigde Staten succesvol en had een gunstig effect op hart en vaatziekten.⁸ In Nederland doet het EMGO-instituut (VU) momenteel onderzoek in enkele huisartspraktijken of dit hier ook goed uitvoerbaar is met hetzelfde resultaat.

De conclusie blijft staan. Preventie is niet meer weg te denken uit het werk van de huisarts. Het moet wel geprotocolleerd worden uitgevoerd, goed georganiseerd, eventueel met behulp van paramedici, en adequaat worden beloofd.

Jankees de Ridder

- 1 Wiersma Tj, Flikweert S, Oldenziel JH. Ontwikkelingen rond de NHG – standaard Zwangerschap en Kraambed. Huisarts Wet 1995;38:57-64.
- 2 De Wit NJ, Van Balen FAM. Naar vreemd gaan....Het reisconsult in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1996;39:276-83.
- 3 Buis J, Meyboom- de Jong B. Preventief onderzoek bij bejaarden. Huisarts Wet 1993;36:206-11.
- 4 Hulshof NA, Van Essen GA, Andela M, Friele RD. Patiënten over preventie door hun huisarts. Huisarts Wet 1998;41:117-20.
- 5 Giordano PC, Harteveld CL. Hemoglobinoopathieën in Nederland: de rol van de huisarts in dragerschap-diagnostiek en preventie. Huisarts Wet 1998;41:290-5.
- 6 De Ridder JWC. Prenatale screening en diagnostiek van hemoglobinoopathieën. Ned Tijdsch Obstet Gynecol 1999;112:151-2.
- 7 Pieters ME, Mudde AN, Seydel ER, De Vries H. Stoppen met roken via de huisartspraktijk: uitvoerbaarheid en effectiviteit van een eenvoudig interventieprogramma. Huisarts Wet 1992;35:338-41.
- 8 Calfas KJ, Long BJ, Sallis JF, Wooten WJ, Pratt M, Patrik K. A controlled trial of physician counseling to promote the adoption of physical activity. Preventive Medicine 1996;25:225-33.

Antwoord

Ik dank collega De Ridder voor zijn reactie. De Ridder stelt dat een aantal preventieve activiteiten in mijn artikel onderbelicht of zelf niet genoemd zijn. Ik heb mij inderdaad gericht op de preventieve activiteiten waar vrijwel elke huisarts mee te maken heeft. Het zuigelingen-

en kleuterbureau wordt in een aantal gemeenten inderdaad door huisartsen gedaan, maar valt niet als vanzelfsprekend onder het beroepsprofiel. Hetzelfde geldt voor (aparte spreekuren voor) reisadviezen, preventieve huisbezoeken bij ouderen en leefstijladviezen en adviezen tot meer bewegen (PACE-onderzoek). De door Dee Ridder genoemde preventie van soa, geestelijk lijden en stress herken ik iets minder als huisartsenactiviteiten. Ook deze activiteiten zouden wat mij betreft aan dezelfde eisen moeten voldoen die ik aangegeven heb in mijn artikel.

De eerste vraag is of het voldoende oplevert. Het rendement van consultatiebureaus en van ongevraagd thuisbezoek van ouderen wordt nu net betwijfeld. Mij is geen onderzoek bekend naar het rendement van preventieve adviezen over soa, stress en geestelijk lijden.

Ten tweede moet de huisarts zich afvragen af hij of zij de aangewezen persoon is om het uit te voeren, mede gezien het feit dat de huisarts het al druk genoeg heeft. Reisadviezen en screening op hemoglobinoopathieën zouden wat mij betreft ook door de GG enGD gedaan mogen worden. Ik zou thuisbezoeken van bejaarden en activeringsprogramma's liever aan paramedici uitbesteden. De belangrijkste (wat negatieve) reden waarom ik vind dat huisartsen wel consultatiebureau zouden moeten doen, is dat ze veel beter kunnen omgaan met allerlei fout-positieve bevindingen. Ten aanzien van de conclusie zijn we het gloeiend met elkaar eens: individuele preventie is niet meer weg te denken uit het werk van de huisarts.

Hans Grundmeijer

Onjuiste conclusie over consultvoering

Van Dulmen et al. zoeken verklaringen voor de discrepanties tussen trainen, evalueren en praktiseren van consultvoeringsvaardigheden.¹ Eerder zijn voor het niveau van deze vaardigheden bij huisartsen en huisartsen in opleiding de kwalificaties 'laag', 'teleurstellend' en 'zwak'

gebruikt.² Daar komen nu de kwalificaties 'droevig', 'negatief' en 'onder de maat' bij. Hiermee worden opnieuw de scores op criteria voor items zonder meer doorgetrokken naar een beoordelende kwalificatie over consultvoering als geheel. Dat is onjuist.³ Voor de Nederlandse huisartsen bestaat er nog geen algemeen aanvaarde norm voor de mate waarin zij consultvoeringsvaardigheden dienen te hanteren en wanneer er sprake is van ondermaatse prestaties. Zo'n absolute norm wordt niet door instrumentontwikkelaars of onderzoekers bepaald en ook niet door individuele huisartsen of gedragswetenschappers. Iemand kan 100 kg wegen, maar of we dat 'te zwaar' noemen, staat niet op de weegschaal.

De MAAS-Globaal wordt door Van Dulmen et al. ongeschikt verklaard voor de meting van consultvoeringsvaardigheden omdat instrumentele en affectieve gedragingen er in één categorie zijn ondergebracht. Verschuivingen in gedrag kunnen daardoor onopgemerkt blijven. Dit is een te snelle conclusie op basis van een onjuiste bewering. In hun artikel blijft voor ons onduidelijk wat ze bedoelen met instrumenteel versus affectief. Even daarvoor maken ze namelijk onderscheid tussen vakinhoudelijke vaardigheden en gespreksvaardigheden, waardoor het lijkt alsof ze daarmee hetzelfde bedoelen. Hoe het ook zij, beide aspecten kunnen met de MAAS-Globaal worden gemeten. De MAAS-Globaal maakt onderscheid tussen communicatievaardigheden en vakinhoudelijke aspecten en in alle onderzoeken krijgen deze twee een aparte somscore. Als er verder goede redenen zijn om instrumentele en affectieve gedragingen apart te tellen, dan is dat met de MAAS-Globaal eenvoudig te doen door scores op instrumentele en affectieve items apart op te tellen.

Het is tijd voor goed evaluatieonderzoek inclusief een analyse van het fenomeen dat huisartsen sommige communicatievaardigheden relatief weinig toepassen. Criteria voor de selectie van praktijkconsulten zijn reeds opgesteld en met onderzoek onderbouwd.⁴ Onderzoek naar een valide en betrouwbare normstelling vindt

op dit moment in Maastricht plaats. Voor conclusies is het nog te vroeg en met onjuiste conclusies schieten we niets op.

*Jacques van Thiel, Paul Ram,
Jan van Dalen, auteurs MAAS-Globaal*

- 1 Van Dulmen A, Bensing J, Kruijver I. De schoen wringt, maar waar? Discrepancies tussen het trainen, evalueren en praktiseren van consultvoeringsvaardigheden. *Huisarts Wet* 2002;45:19-22.
- 2 Tan L, Kramer A, Jansen J, Düsman H. Landelijke evaluatie van de driejarige huisartsopleiding: de ontwikkeling van de competentie van huisartsen-in-opleiding. *Huisarts Wet* 2000;43:414-8.
- 3 Van Thiel J, Ram P, Van Dalen J. MAAS-Globaal Handleiding 2000. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2000.
- 4 Ram P, Grol R, Rethans J, Van der Vleuten C. Videotoetsing van consulten van huisartsen in de eigen praktijk. Een onderzoek naar validiteit, betrouwbaarheid en haalbaarheid. *Huisarts Wet* 1999;42:439-45.

Behandeling van overspanning

In H&W van maart verscheen mijn artikel over de behandeling van overspanning,¹ en een commentaar van Terluin.² Dit commentaar geeft mij aanleiding tot de volgende repliek. Terluin heeft kritiek op mijn aanpak in de eerste behandelfase. Hierin pleit ik voor een belangrijke rol van rust en routinematige activiteiten en voor terughoudendheid bij de behandeling van de primaire stressproblemen.

Terluin relateert het belang van rust door dit te contrasten met het 'juist aan de slag gaan'. Rust invalideert; snelle herintegratie is essentieel en stressproblemen moeten van meet af aan worden aangepakt, is samengevat zijn visie. Ik heb me afgevraagd hoe het mogelijk is dat wij, ondanks onze ervaring met overspannen patiënten toch tamelijk van mening verschillen over de aanpak in eerste instantie.

Een eerste verklaring is wellicht dat Terluin lichtere gevallen ziet dan ik. Terluin werkt als huisarts in de eerste lijn,

terwijl ik van bedrijfsartsen cliënten doorverwezen krijg met chronische stressproblemen, die in het werk zijn vastgelopen en merendeels met ziekteverlof zijn.

Door dit mogelijke verschil concludeer ik eerder dat probleemoplossende interventies aanvankelijk weinig nut hebben en de conditie van de cliënt eerst moet worden verbeterd. Sterker nog: binnen mijn groep zullen de adviezen van Terluin met betrekking tot snel werkherstel (binnen maximaal drie weken, zoals Donner aanbeveelt) doorgaans tot mislukking, dus tot verdere invalidering leiden.

De tweede verklaring is een verschil in opvatting over overspanning. Terluin hanteert een ruimere definitie. Hij noemt in zijn commentaar als kenmerken: spanningsklachten, een breekpunt en een psychologische verklaring van dit breekpunt. Ik vind een breekpunt niet wezenlijk. Terluin's breekpunt is maatschappelijk gedefinieerd: men voldoet niet meer aan maatschappelijke verplichtingen. Ik zie echter – op basis van klachten – ook overspannen cliënten, die koste wat het kost hun maatschappelijke rol nog trachten te handhaven. Resteert als overspanningskenmerk bij Terluin vooral het scala van stressklachten. Zoals eerder uiteengezet vind ik dit te breed, te vaag en daardoor niet hanteerbaar als enig criterium.³ Door te beperken, selecteer ik de 'informatieverwerkings-gestoorden' en kom dan bijna vanzelfsprekend terecht bij mijn eerste fase behandeladviezen.

Een derde mogelijkheid is dat Terluin een feitelijk niet-bestaande tegenstelling creëert. Hij zegt dat de overspannen patiënt niets liever wil dan met rust gelaten worden en dat hierin juist het grootste gevaar schuilt. Hij suggereert hiermee dat mijn adviezen teveel passiviteit uitstralen. Terluin verwacht hier echter 'met rust laten' met 'een rustadvies'. Met rust laten betekent de stressor elimineren en zich er verder niet mee bemoeien. Funest; daarover verschillen Terluin en ik niet van mening. Rust adviseren in mijn verhaal is echter heel wat anders. Zo'n advies moet passen in een breder behandelplan, waarin rust en activiteit elkaar afwisselen en dat gericht is op herintegratie.