

# Preventie: een kwestie van routine?

## Routine staat haaks op patiëntenzorg

Als men Nederlandse huisartsen vraagt of zij in ideale omstandigheden – wat dat dan ook precies mogen zijn – aan bepaalde populatiegerichte vormen van ‘primaire en secundaire preventie’ zouden willen doen (ongevraagd advies geven over rook-, drink- en eetgewoonten, systematisch opsporen van hoge bloeddruk en dergelijke), dan antwoordt een aanzienlijk gedeelte in positieve zin. Vraagt men echter wat huisartsen onder de huidige omstandigheden in feite doen, dan zijn de percentages positieve antwoorden veel lager.

### ZEGGEN . . .

Ter voorbereiding van het NHG-congres over preventie in 1986 vroegen Verhaak en De Vries huisartsen naar hun mening over preventie<sup>1</sup>. Dezelfde vragen zijn gesteld aan de huisartsen die hebben deelgenomen aan de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk<sup>2</sup>, een groot onderzoek op nationale schaal in het kader waarvan 186 huisartsen en assistent-huisartsen uit 103 huisartspraktijken gedurende drie maanden hebben geregistreerd wat zij dagelijks doen en met welke klachten, ziekten en problemen patiënten hen benaderen. De resultaten van beide onderzoeken staan vermeld in *tabel 1*.

Voor beide groepen artsen geldt, dat de vaakst ondernomen preventieve activiteiten in de huidige omstandigheden het maken van een cervixuitstrijkje *tijdens consulten* van vrouwen uit bepaalde leeftijdsgroepen is. Activiteiten waar ook onder ideale omstandigheden de meeste terughoudendheid over lijkt te bestaan, zijn het informeren naar drinkgewoonten ook als de klacht daar geen aanleiding toe geeft en het systematisch noteren van het gewicht van alle normale patiënten. De grootste discrepantie tussen ideaal en werkelijkheid vindt men bij het systematisch oproepen van vrouwen (die niet voor pil- of zwangerschapscontrole komen) voor het opsporen van baarmoederhalskanker. Het omgekeerde zien we bij het roken: hier zeggen de ondervraagde huisartsen, dat onder ideale omstandighe-

J. van der Zee en  
P. F. M. Verhaak

*Preventie, opgevat als de actieve, vroegtijdige, populatiegerichte opsporing van bepaalde ziekten of het zonder ‘aanleiding’ informeren naar bepaalde leefwijzen, zal niet zomaar onderdeel van het werk van de huisarts worden, alle intenties en goede bedoelingen ten spijt. Nivel-medewerkers Prof. Dr. J. van der Zee en P. F. M. Verhaak onderzochten wat er ter zake zoal is gerapporteerd. Ze scherpten hun bevindingen aan tot de volgende slotsom: preventie is inderdaad een kwestie van routine, maar routine staat haaks op de patiëntenzorg, en dat is het voornaamste probleem.*

den hun gedrag niet zo veel van het huidige zou verschillen. Men heeft een betrekkelijke actieve houding ten opzichte van (te veel) roken. De aarzelingen zitten vooral in het opsporen en vastleggen van normale gegevens bij normale patiënten, zoals het gewicht en het vragen naar alcoholgebruik als de klachten geen aanleiding geven. Alcohol is duidelijk minder geaccepteerd als risicofactor dan roken. De deelnemers aan de nationale studie zeggen nog wat minder aan preventieve activiteiten onder huidige én ideale omstandigheden te doen dan degenen die ten behoeve van het NHG-congres zijn geënquêteerd; de verschillen zijn echter gering. De gevonden cijfers komen overeen met gegevens uit een onderzoek van Boerma<sup>3</sup>, die dezelfde vragen stelde aan huisartsen in groepspraktijken en gezondheidscentra. Deze groep onderscheidt zich op dit punt niet van een doorsnee-Nederlandse huisarts.

Een recentelijk gepubliceerd Engels onderzoek (Calnan<sup>4</sup>, 1988, materiaalverzameling uit 1984) geeft hogere percentages deelname aan preventieve activiteiten. Bijna tweederde van de Engelse artsen is

actief of zeer ‘actively involved’ in de screening van hypertensie, 77% in het maken van cervixuitstrijkjes op screeningsbasis, overgewicht en roken worden door ruim driekwart van de artsen actief bestreden. Ook hier is het gebruik van alcohol weer het terughoudendst benaderd. Door de afwijkende vraagstelling kan men deze percentages niet goed vergelijken; de vragen zijn veel vager dan de betrekkelijk precieze vragen uit de Nederlandse onderzoeken (‘actively involved’ versus: wat doet u als de patiënt niet voor controle komt?). Op zichzelf zou het wel van belang zijn uit te zoeken of Engelse huisartsen, die voor een aantal preventieve activiteiten apart worden gehonoreerd en die bijvoorbeeld ook veel actiever bij de jeugdgezondheidszorg zijn betrokken, nu meer doen dan hun Nederlandse collegae.

Uit de Nederlandse onderzoeken blijkt, dat er nogal een verschil is tussen wat huisartsen in het algemeen of idealiter vinden wat men aan preventie zou moeten doen en wat zij zeggen in feite te doen. Nog groter wordt de kloof tussen ideaal en werkelijkheid als men niet vraagt wat huisartsen doen, maar hen observeert of zelf hun handelingen laat registreren. Boot en Van Zutphen<sup>5</sup>, twee onderzoekers aan de Rijksuniversiteit Limburg, laten zien dat de door hen geobserveerde huisartsen slechts 5% van hun tijd aan preventieve activiteiten besteden (tegenover bijna 40% aan diagnostiek), waarvan driekwart ligt op het gebied van geboortenregeling en perinatale zorg.

### . . . EN DOEN

Van de huisartsen deelnemend aan de Nationale Studie, van wie we in *tabel 1* hebben gezien wat ze *zeggen* idealiter en in feite te doen, weten we ook wat ze *werkelijk* doen of althans wat ze registreren van hun handelingen. Omdat de materiaalverwerking van de Nationale Studie nog in gang was toen de tekst die aan dit artikel ten grondslag ligt moest worden opgesteld, beschikken we slechts over cijfers van de artsen die het eerste

half jaar aan de studie hebben deelgenomen (93 van de 186).

We zullen eerst laten zien wat we in dit geval onder preventieve activiteiten verstaan en hoe vaak die voorkomen (tabel 2). Verreweg het vaakst komt voor: een bezoek aan een bejaarde patiënt uit preventieve overwegingen. Alle andere activiteiten vinden naar verhouding minder vaak plaats, iets dat ons, gegeven de hiervoor besproken resultaten, niet verbaast. We weten van deze huisartsen wat ze van preventie vinden. Een verband tussen vinden en doen zien we in tabel 3. Tussen het gerapporteerde en het feitelijke gedrag bestaat een zeker verband (al intrigeren ons natuurlijk de zes artsen die zeggen betrekkelijk weinig te doen, maar in feite veel preventieve activiteiten verrichten). Tussen het gedrag onder ideale omstandigheden en het feitelijke gedrag is echter geen verband aantoonbaar. Uit de tabel kan men concluderen, dat de vragen over preventieve activiteiten hier en nu nog zo gek niet waren: ze komen redelijk overeen met geregistreerde gedragingen.

HET GOEDE VOORBEELD

Sinds enkele onderzoekers op de gedachte kwamen hulpverleners te vragen of ze zelf roken, drinken of te veel eten<sup>6 7</sup> – indiscreter wordt men gelukkig niet – is een interessant doorkijkje verkregen in de leefwijzen en riskante leefgewoonten van huisartsen. In tabel 4 staan enkele cijfers hierover. Ook deze vragen zijn gesteld in de NHG-enquête en de Nationale Studie.

Opvallend is de dalende tendentie. De steekproeven verschillen in grootte en de vragen zijn ook niet helemaal gelijk (bijvoorbeeld bij alcoholgebruik), maar er lijkt wel een verloop in te zitten. Rokende huisartsen vormen in de twee Nivel-onderzoekingen een minderheid en binnen de Nationale Studie rookt bijna tweederde niet of niet meer. Overgewicht komt weinig voor en de cijfers over alcoholgebruik (al zijn die altijd berucht om hun onderrapportage) geven weinig aanleiding voor de wel eens gehoorde stelling: 'Een alcoholist is iemand die meer drinkt dan zijn huisarts'. Bij Van der Velden – zie verderop in dit nummer<sup>8</sup>, Red. – kan men zien of het 'voorbeeld' van de huisarts invloed heeft op zijn preventieve handelingen.

BESCHOUWING

Eén ding is duidelijk tot zover: huisartsen zijn slechts bij uitzondering actief op het

Tabel 1. Houdingen ten opzichte van preventie van huisartsen (steekproef ter voorbereiding van NHG-congres 1986 en deelnemers nationale studie).

	gedrag huisartsen onder ideale omstandigheden (A)		gedrag huisartsen hier en nu (B)		discrepancie (B/A)	
	NHG-steekproef	nationale studie	NHG-steekproef	nationale studie	NHG-steekproef	nationale studie
<b>HYPERTENSIE</b>						
% systematisch opsporen .....	77%	73%	25%	22%	0,32	0,30
% systematisch registreren .....	63%	74%	18%	19%	0,28	0,26
% actie bij wegblijven controle .....	59%	58%	22%	17%	0,37	0,29
<b>CERVIX</b>						
uitstrijkje bij consult .....	25%	20%	68%	72%		
oproepen/screenen .....	64%	69%	5%	3%	0,08	0,04
<b>ROKEN</b>						
meestal/altijd informeren .....	59%	48%	32%	19%	0,54	0,39
meestal/altijd vastleggen .....	76%	78%	52%	54%	0,68	0,69
iedereen die te veel rookt adviseren te stoppen .....	84%	84%	68%	62%	0,81	0,74
<b>ALCOHOL</b>						
meestal/altijd informeren .....	47%	39%	15%	11%	0,32	0,28
<b>(OVER)GEWICHT</b>						
meestal registreren overgewicht .....	82%	74%	68%	70%	0,82	0,94
meestal gewicht registreren normale patiënten .....	45%	40%	17%	16%	0,37	0,40
	N=523	N=186	N=523	N=186		

Tabel 2. Overzicht van preventieve activiteiten door huisartsen eerste half jaar nationale studie (N=93) als percentage van het aantal arts-patiëntcontacten.

	gemiddelde	mediaan	min.	max.
<b>BLOEDDRUK</b>				
% bloeddrukmeting spreekuurcontacten .....	17 %	16%	7,1%	45,3%
idem voor screeningsdoeleinden .....	0,5%	0%	0,2%	3,7%
% bloeddrukmeting bij hoofdpijnklachten .....	28,8%	27%	0 %	64,8%
% bloeddrukmeting bij hartklachten .....	60,2%	67%	0 %	100 %
% bloeddrukmeting bij pilcontroles .....	54,8%	61%	0 %	100 %
idem met screeningsoogmerk .....	8 %	0%	0 %	86,5%
% bloeddrukmeting bij zwangerschapscontrole .....	61,5%	67%	0 %	100 %
idem met screeningsoogmerk .....	1,6%	0%	0 %	50 %
<b>BORSTONDERZOEK</b>				
% borstonderzoek bij vrouwen met postpartumcontrole, routine onderzoek .....	4,8%	2%	0 %	81,8%
borst, anticonceptie of uitstrijkje .....				
% borstonderzoek bij vrouwen met andere dan bovengenoemde klachten .....	1,8%	2%	0 %	6,3%
% borstonderzoek vrouwen 10-59 jr .....	2,2%	2%	0 %	11 %
<b>CERVIX</b>				
% uitstrijkes bij vrouwen met klachten (buik of genitalia) .....	3,1%	2%	0 %	13,6%
% uitstrijkes bij vrouwen met andere dan bovengenoemde klachten .....	0,6%	0%	0 %	4 %
% uitstrijkes bij vrouwen die vragen om uitstrijkje of routine onderzoek borst .....	62,6%	67%	0 %	100 %
% uitstrijkes bij alle vrouwen 10-59 jr .....	2,3%	2%	0 %	9,1%
<b>HUISBEZOEK</b>				
% spontane visite bij patiënten .....	2,7%	2%	0 %	20 %
% spontane visite bij alle 75-plussers .....	8,1%	5%	0 %	40 %
% spontane visite bij alle 75-plussers zonder achterliggende ziekte .....	6,7%	4%	0 %	37 %

gebied van ongevraagd en niet aan de klacht gebonden preventie. Sterker nog, juist op het gebied waar de huisarts expliciet een rol heeft gekregen: het opsporen van baarmoederhalskanker, is de machteloosheid van de huisarts (de kloof tussen zijn wens bepaalde leeftijdscategorieën uit zijn praktijk op te roepen en zijn feitelijke gedrag waar hij alleen consultgebonden te werk gaat) het grootst. Al-

leen waarschuwingen tegen de gevaren van tabaksgebruik worden, volgens de opgave van huisartsen, wat vaker gegeven. Er is wel van enige variatie tussen huisartsen sprake<sup>8</sup>. De algemene teneur is echter duidelijk: preventie, opgevat als de actieve, vroegtijdige, populatiegerichte opsporing van bepaalde ziekten of het zonder 'aanleiding' informeren naar bepaalde leefwijzen, zal niet zomaar onder-

deel van het werk van de huisarts worden, alle intenties en goede bedoelingen ten spijt.

Het is daarom niet verwonderlijk dat op zich indrukwekkende en voorbeeldige pogingen van huisartsen om actief en bevolkingsgericht afwijkingen op te sporen, zoals beschreven in de proefschriften van Van Weel en Van Ree en het recent verschenen boek van de Engelse huisarts Julian Tudor-Hat<sup>9-11</sup>, over de opsporing en behandeling van hypertensie (Van Ree en Tudor-Hart) respectievelijk van hypertensie en baarmoederhalskanker (Van Weel), zonder follow-up ineen lijken te zakken. Van Zutphen en Van Reek schrijven in een ingezonden stuk in het blad van het Royal College of General Practitioners<sup>12</sup>, dat na een enthousiaste start van de aan interventieprogramma's deelnemende huisartsen de daling van de tensie in de praktijkpopulatie en de reductie van roken en overgewicht langzamerhand weer zijn verdwenen. Van Ree heeft een zelfde ervaring gehad<sup>13</sup>.

Men kan zich, dit alles constaterende, de volgende vraag stellen:

- Ten eerste, voor de wetenschappelijke volledigheid: Is het nu écht zo matig gesteld met de populatiegerichte preventie?
- Ten tweede: Zo ja, wat dan nog, is dat nu zo erg?
- Ten derde: Hoe komt dat nu? Is er wat aan te doen?

De eerste vraag is niet helemaal overbodig. We hebben weliswaar met verschillende meetmethoden (zelfrapportage, zelfregistratie maar ook observatie) laten zien dat primaire en secundaire preventie zelden systematisch aan de orde komen in de huisartspraktijk, maar het zou kunnen zijn dat er meer gebeurt dan deze onderzoeksmethoden laten zien. Een aanwijzing daarvoor is te vinden in een onderzoek van Rethans en Van Boven<sup>14</sup>, die op een heel listige wijze in 46 huisartspraktijken een getrainde en geïnstrueerde patiënt met een gefingeerde urineweginfectie introduceerden. De pseudo-patiënten rapporteerden hun bevindingen en de deelnemende huisartsen gaven ook achteraf op wat zij in het geval van dit type klachten als regel doen. De onderzochte 'patiënten' rapporteerden vaker dat de huisarts advies en voorlichting gaf dan dat de huisarts dat zelf rapporteerde; dat ging blijkbaar zo vanzelfsprekend dat de huisarts het zich niet eens bewust was: hij bleek gezondheidsvoorlichting en -opvoeding te bedrijven zonder dat te beseffen. Een vergelijkbare ervaring heeft

Tabel 3. Relatie tussen gerapporteerd en feitelijk preventief gedrag van huisartsen deelnemend aan de nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (1e halfjaar).

feitelijke activiteit	niet of nauwelijks	enigszins	meer dan gemiddeld	naar verhouding veel	totaal
<b>GERAPPORTEERD PREVENTIEF GEDRAG HIER EN NU</b>					
relatief weinig .....	19 (76%)	16 (67%)	13 (56%)	6 (28%)	54
relatief veel .....	6 (24%)	8 (33%)	10 (44%)	15 (72%)	39
<b>totaal .....</b>	<b>25</b>	<b>24</b>	<b>23</b>	<b>21</b>	<b>93</b>
<b>GERAPPORTEERD PREVENTIEF GEDRAG ONDER IDEALE OMSTANDIGHEDEN</b>					
relatief weinig .....	19 (60%)	16 (46%)	13 (48%)	6 (52%)	54
relatief veel .....	10 (40%)	13 (54%)	12 (52%)	10 (48%)	39
<b>totaal .....</b>	<b>25</b>	<b>24</b>	<b>23</b>	<b>21</b>	<b>93</b>

Tabel 4. Riskante leefgewoonten van huisartsen.

	1983 Adriaanse (N=98)	1986 NHG (N=523)	1988 nat. studie (N=186)
<b>ROKEN</b>			
rookt wel eens .....	56%	43%	36%
nooit gerookt .....	12%	21%	23%
>10 sigaretten/>10 shag per dag .....		13%	13%
5 sigaren/5x pijp per dag .....		6%	4%
vindt dat hij te veel rookt (van de rokers) .....		50%	63%
afgelopen jaar poging tot stoppen .....		35%	43%
<b>ALCOHOL</b>			
tenminste 1 x per week > 4 glazen .....		27%	22%
tenminste 1 x per week > 6 glazen .....	11%		
<b>GEWICHT</b>			
Quetelet-index > 27 .....	19%	11%	10%
Quetelet-index > 30 .....	2%	1%	3%
gewicht > 90 kg .....		9%	7%

Sluijs<sup>15</sup>, als zij fysiotherapeuten observeert en hen bovendien laat registreren wat ze aan patiëntenvoorlichting doen: registratie geeft onderrapportage aan van (terloopse) opmerkingen in de GVO-sfeer.

Toch is het niet waarschijnlijk, dat de huisarts zich in dit geval (het typisch bevolkingsgericht opsporen van aandoeningen of riskante gewoonten) niet van zijn handelingen bewust zou zijn. Dan zouden de observaties anders hebben uitgepakt en dan zou er ook niet zo'n kloof tussen het ideale en het feitelijke gedrag zijn geweest. Laten we er dus maar van uitgaan dat de gepresenteerde cijfers kloppen.

De volgende vraag is dan: is dat nu zo erg? Daarmee belanden we midden in de discussie over het 'nut' van met name screening en bevolkingsonderzoek. Veel eerbiedwaardige instanties: het Engelse Royal College of General Practitioners<sup>16</sup>, de Engelse beroepsvereniging van psychiaters (over alcohol), het ministerie van WVC (met zijn 'Nota 2000'<sup>17</sup>), de Wereldgezondheidsorganisatie ('Health for all in the year 2000') en niet te vergeten de Landelijke Huisartsen Vereniging met het Basistakenpakket<sup>18</sup>, vinden allemaal

dat preventie 'moet' en dat de huisarts door een verlaging van de praktijkgrootte en door specifieke honorering in staat zou moeten worden gesteld deze taken ook uit te voeren. Daar staan kritische geluiden tegenover. De discussie spitst zich toe op de vraag of consultgebonden dan wel klachtgebonden preventie niet voldoende is. Een goed overzicht van de voors en tegens biedt het NHG-congres van november 1986<sup>19</sup>.

Dit artikel heeft niet de pretentie veel aan deze discussie bij te dragen. Een kleinigheid misschien toch, op persoonlijke titel: Diep in mijn hart vind ik het niet zo erg dat mijn huisarts mijn bloeddruk niet meet. Ik zou me er misschien zelfs ongemakkelijk onder voelen, omdat ik dan bij de aanvraag van een levensverzekering of van een aanvullende pensioen- of arbeidsongeschiktheidsverzekering waarin ik probeer de afnemende collectieve solidariteit op individuele wijze bij te verzekeren, het resultaat van die peiling móét opgeven en bovendien moet melden dat men uiteraard contact met mijn arts mag opnemen. Een weigering dat laatste doen, is een garantie voor het niet verstrekken van de verzekering. Een verzekeringsmaatschappij (schadeverzeke-

ringsmaatschappij heet dat in het geval van een ziektekostenverzekering) hoeft geen 'brandend huis' te verzekeren. Volgens oud-staatssecretaris Van der Reijden is een man van boven de 45 verzekeringsstechnisch een 'brandend huis'. De sociale implicaties van een afwijkende waarde kunnen aanzienlijk zijn en kunnen op deze manier de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt bedreigen. Het gaat hier om een veel breder terrein dan de HIV-test, zoals ook al eerder van verschillende zijden is betoogd<sup>20</sup>.

Terugkomend op de vraag: 'Is het nu zo erg?', is het antwoord: 'Ja' volgens de officiële gezondheidswereld, en: 'Hm, mja, och' volgens de sceptische critici, onder wie ik mezelf dan ook maar schaar. *Vraag 3* was wat eraan te doen is.

Ten eerste zou men moeten ophouden met het koppelen van praktijkverkleining en wijziging van de honoreringstelsels van huisartsen en specialisten aan de alsdan vrijkomende mogelijkheden voor preventieve handelingen. Het is een illusie, te denken dat huisartsen bij praktijkverkleining een praktijk gaan screenen; een al te sterke koppeling van deze twee zaken maakt de onderhandelingen betrekkelijk kwetsbaar.

Ten tweede, als er op bepaalde punten, zoals de vroegtijdige opsporing van baarmoederhalskanker, consensus is over de medische en maatschappelijke gewenstheid en men wil (om een veelheid van op zichzelf redelijke argumenten) daarvoor geen aparte dienst in het leven roepen of het aan de basisgezondheidsdiensten overlaten, en het blijkt – zoals hiervoor aangetoond – dat de huisarts met de handen in het haar zit, dan zou het te overwegen zijn te experimenteren met samenwerkingsvormen tussen basisgezondheidsdiensten en huisartspraktijken, al dan niet groepsgewijs georganiseerd; de huisarts kan de resultaten van het bevolkingsonderzoek inpassen in zijn dagelijkse patiëntenzorg, terwijl de administratieve routine en de epidemiologische feed-back door de openbare gezondheidszorg kunnen worden geleverd. Het zou de moeite waard zijn dit type samenwerking verder uit te werken en in de praktijk verder te beproeven. In het Nijmeegs RIFOH-project zijn met deze samenwerkingsvorm gunstige ervaringen opgedaan<sup>21</sup>, terwijl in Rotterdam op de hier beschreven wijze de GG&GD en huisartsen gaan samenwerken bij de opsporing van baarmoederhalskanker (Volkskrant 30 augustus 1988). Nadere uitwerking vindt men verderop bij Van der Velden<sup>8</sup>.

Tenslotte zou men kunnen wijzen op de ervaringen van huisartsen die zich een computer met uitgebreid patiënteninformatiepakket hebben aangeschaft, bijvoorbeeld het zeer uitgebreide (wetenschappelijke) Elias-pakket. Dit laatste pakket bevat een programma dat bevolkingsonderzoek in de huisartspraktijk goed mogelijk maakt; het vergt alleen een behoorlijke investering in tijd om alles ingevoerd te krijgen en, vooral, bij te houden.

Afsluitend terug naar de titel: 'Preventie, een kwestie van routine?' Volgens sommigen moet daar inderdaad een vraagteken achter, volgens anderen een uitroep-teken. Op zich is de vaststelling juist: preventie is een kwestie van routine. Punt. De routine staat echter haaks op de patiëntenzorg, en dat is het voornaamste probleem. □

#### Literatuur

1. Verhaak PFM, Vries PJ de. Meningeën over preventie. Utrecht: Nivel, 1987.
2. Foets M, Velden J van der, Zee J van der. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1986.
3. Boerma WGW. Preventieve zorg in groepspraktijken en gezondheidscentra. Utrecht: Nivel, 1985.
4. Calnan M. Variations in the range of service provided by general practitioners. *Family Practice* 1988; 5: 94-104.

5. Zutphen W van. De taken van de huisarts. Dissertatie Rijksuniversiteit Limburg. 1984.
6. Witte L de, Adriaanse H. De huisarts, een voorbeeld voor de patiënt? In: Boerma WGW, Hingstman L. (red.) De eerste lijn onderzocht. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1985.
7. Adriaanse HP. Health, profession and behaviour. Proefschrift Rijksuniversiteit Limburg. 1988.
8. Velden J van der. Randvoorwaarden voor een preventiemodel in de jaren '90. *Medisch Contact* 1989; 44: 78-81.
9. Weel Chr van. Anticiperende geneeskunde in de praktijk. Dissertatie Erasmus Universiteit Rotterdam. 1981.
10. Ree JW van. Het Nijmeegse interventieproject. Dissertatie Katholieke Universiteit Nijmegen. 1981.
11. Tudor-Hart J, Stillwell B, Muir Gray JA. Prevention of coronary heart disease and stroke. London: Faber & Faber, 1988.
12. Zutphen W van, Reek J van. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1988; 38: 228 (ingezonden brief).
13. Ree JW van, Gerwen W van, Hoogen H van den. Interventie bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten: resultaten op langere termijn bij de behandeling van hypertensie. *Huisarts en Wetenschap* 1985; 28: 53-8.
14. Rethans JJE, Boven CPA van. Simulated patients in general practice; a different look at the consultation. *British Medical Journal* 1987; 294: 809-12.
15. Sluijs EM. Patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten, 1, ontwikkeling van het observatieprotocol. Utrecht: Nivel, 1988.
16. Royal College of General Practitioners. Promoting prevention. 1983 (occasional paper 22).
17. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Nota 2000. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1986.
18. Landelijke Huisartsen Vereniging. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht, 1987.
19. Huisarts en Praktijk. Themanummer over preventie. Supplement bij Huisarts en Wetenschap 1986; 29.
20. Roscam Abbing HDC. Aids en verzekeringen; een test-case. *Medisch Contact* 1988; 43: 53-4.
21. Schraven DLM, Ree JW van der. Invoering van een eerstelijnsprogramma ter preventie van hart- en vaatziekten. In: Boerma WGW, Hingstman L. (red.) De eerste lijn onderzocht. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1985.

## Een preventiemodel voor de jaren negentig

J. van der Velden

*Men wil dus wel, maar doet het niet of aarzelt sterk (zie Van der Zee en Verhaak hiervoor): toch erkent iedereen, dat de huisartspraktijk voor veel preventieve activiteiten de basis bij uitstek is. Hoe nu? Op het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, het Nivel te Utrecht, is nagedacht over en werk verzet voor een preventiemodel voor de jaren die volgen. Dat is gebeurd onder leiding van de arts-epidemioloog J. van der Velden.*

Na lezing van het hiervoor afgedrukte artikel van Van der Zee zou een ambivalent beeld over preventie in de huisartspraktijk kunnen blijven hangen<sup>1</sup>: men wil wel, maar doet het niet of aarzelt sterk, terwijl iedereen erkent dat de huisartspraktijk ten aanzien van de meeste preventieve programma's in een positie verkeert die effectvolle resultaten waarborgt. Om uit deze impasse ten aanzien van preventie in de huisartspraktijk te komen, waar met name beleidsmakers tegenaan lijken te lopen, is in eerste instantie met behulp van materiaal uit de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk gezocht naar: 'Wat bepaalt of er in een huisartspraktijk al dan niet aan preventie wordt