

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 verzekerings technisch 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 betoogd²⁰.

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 honoreringsstelsels 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 opgedaan²¹, 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 Velden⁸.

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. Mening 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 hiervóór): 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 eerste lijnsgezondheidszorg, 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 hiervóór afgedrukte artikel van Van der Zee zou een ambivalent beeld over preventie in de huisartspraktijk kunnen blijven hangen¹: 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

gedaan?² Op basis van de door Van der Zee gememoreerde activiteiten, te weten screening hypertensie, cervixcarcinoma, mammacarcinoma en preventief bezoek bejaarden – alle al dan niet anticiperend uitgevoerd – is een preventie-index geconstrueerd en is nagegaan of deze index samenhangt met een bepaald type huisarts, met de praktijksetting en met de aard van het werk in de huisartspraktijk. Vervolgens is aan de hand van de resultaten van deze analyse een model ontwikkeld dat ons inziens een betere implementatie van preventieve programma's via de huisartspraktijk waarborgt.

TYPE HUISARTS

Ten behoeve van de analyses aangaande het type huisarts is gekeken naar die huisartsen die het eerste half jaar materiaalverzameling van de nationale studie voor hun rekening hebben genomen (N=83); zij zijn werkzaam in 48 praktijken. Het volgende beeld komt dan naar voren van preventief werkende huisartsen:

Het gaat in het algemeen om jongere (< 40 jaar) en vrouwelijke huisartsen die buiten de steden van meer dan 100.000 mensen werken. Het type praktijk en de praktijkomvang doen er niet toe. Dat de jongere huisarts wat meer tot preventie neigt, zou een gevolg kunnen zijn van de introductie van de opleiding tot huisarts, nu ruim vijftien jaar geleden. Wat betreft de vrouwelijke huisarts, moeten we ons realiseren dat onze preventie-index vanwege screening cervixcarcinoom en mammacarcinoom een oververtegenwoordiging van vrouwelijke patiënten impliceert, vrouwelijke patiënten op wie de vrouwelijke huisarts aantrekkingskracht uitoefent³. Hiermee is een mogelijke verklaring voor de 'preventievere' vrouwelijke huisarts gevonden. Daar dient aan te worden toegevoegd dat de meeste vrouwelijke huisartsen onder de 40 jaar zijn en om die reden preventiever werken. Bij de huisartsen in de grote steden moet worden opgemerkt, dat vrijwel zeker GG&GD-activiteiten een compensatie vormen voor geringere activiteiten van huisartsen. Evenwel moeten we ervoor beducht zijn dat juist bepaalde risicogroepen (bejaarden/allochtonen) uit de boot kunnen vallen, hetgeen bijvoorbeeld in de Engelse binnensteden zo duidelijk voorkomt (Acheson report⁴). Dat praktijkvorm en praktijkgrootte er niet toe doen, is van belang voor het overheidsbeleid. Waar samenwerking en praktijkverkleining als randvoorwaarden voor een versterking van de – op preventie ge-

oriënteerde – eerste lijn worden gepropageerd (Nota 2000⁵), moeten we ons nu afvragen of dit terecht is.

Het hierboven geschetste beeld van de preventief werkende huisarts komt goed overeen met wat in Groot-Brittannië is waargenomen⁶. Om dit beeld te completeren, hebben we gekeken of er een verband bestaat tussen het vermijden van riskante leefgewoonten (te weten roken en alcoholgebruik) onder huisartsen en de preventie-index (tabel 1). Uit het materiaal dat we tot op heden hebben geanalyseerd, blijkt geen statistisch verband. Echter, als we kijken naar de tabel, dan valt meteen op dat de elf niet-rokende en niet-drinkende maar wel preventief werkende huisartsen de kleinste groep vor-

Tabel 1. Riskante leefgewoonten van huisartsen naar score preventie-index.

		Riskante leefgewoonten		
		+	-	totaal
preventie index	+	21	11	32
	-	23	23	46
		44	34	78

Tabel 2. Percentage afwijking door huisarts opgegeven en door Nivel getelde praktijkpopulatie naar aantal praktijken.

% afwijking	aantal praktijken (N=103)
0-	45
4-	33
10-	17
20-	8

Tabel 3. Aantal FTE's assistentie per normpraktijk (apotheehouder en niet-apotheehouder)

	aantal FTE's assistentie per 2.350 patiënten
alle praktijken (N=103)	0,84 (0 - 2,1)
apotheehouder (N=23)	1,04 (0,6 - 1,7)
niet-apotheehouder (N=80)	0,79 (0 - 2,1)

Tabel 4. (Voorlopige) top-tien morbiditeit naar contact in huisartspraktijk (in procenten).

	aantal contacten (N=241.583) %
1. hypertensie	6,16
2. bovenste-luchtweginfectie	3,23
3. orale anticonceptie	2,94
4. psychische klachten	2,68
5. eczeem	2,13
6. spierklachten	1,86
7. cystitis	1,74
8. slaapproblemen	1,67
9. acute bronchitis	1,56
10. diabetes mellitus	1,51

men. Dit duidt erop dat een voorbeeldfunctie (niet roken, niet drinken) niet automatisch leidt tot meer preventiewerk in de praktijk. Mogelijk blijkt die voorbeeldfunctie op specifieke deeltherreinen wél een rol te spelen.

PRAKTIJKSETTING

Wij verhuizen van het niveau van de huisarts naar dat van de huisartspraktijk. Het niveau waarop de meeste perspectieven voor preventie te vinden zijn. Voor een goede uitvoering van – wetenschappelijk gefundeerde – preventieve programma's zijn identificatie van 'population at risk' en gestandaardiseerde werkwijze essentieel. Daarvoor zijn bij uitvoering via de huisartspraktijk een up to date patiëntenregister en inzet van (paramedisch) hulp-personeel voorwaarden. Op deze twee aspecten zal dan ook nader worden ingegaan.

Wanneer de patiëntenregisters van alle praktijken (N=103) die aan de nationale studie hebben deelgenomen, in ogeschouw worden genomen, dan geldt er maar één conclusie: de administratie van de 'kaartenbak' in de meeste huisartspraktijken is een bijzonder verwaarloosd terrein (en dan druk ik mij nog zacht uit). Als epidemioloog denk je in eerste instantie een prachtige noemer te vinden. Dát werd, zelfs in geautomatiseerde praktijken, bijzonder snel achterhaald. Van de 103 praktijken in onze studie waren er 33 met in hun administratie patiëntenaantallen, die bij telling door ons circa 4% (= bij een normpraktijk ongeveer 100 patiënten) afweken van de door de huisarts opgegeven aantallen één tot twee maanden vóór telling; 17 praktijken weken circa 10% af en 8 praktijken circa 20% (tabel 2).

Er ligt hier dus een groot probleem, dat evenwel niet direct de huisarts in de schoenen kan worden geschoven. De hoge mobiliteit van patiënten, vooral in de grote steden, maakt opschoning van het patiëntenbestand tot een dagtaak. En wat voor een belang heeft de huisarts bij een up to date register: voor zijn zorg aan individuele patiënten heeft hij dat niet persé nodig en de vele tijd en energie die het kost om wel te registreren zijn beter te besteden.

Automatiseren is een deel van de oplossing. Immers, ook hierbij wordt 'updating' verlangd, zoals wij al hebben geconstateerd. Maar dan nóg zijn we er niet. Uit ons onderzoek blijkt, dat automatisering vooral plaatsvindt in apotheehoudende praktijken en wordt uitgevoerd

door hobbyisten en *niet* samengaat met een preventieve oriëntatie van de huisartspraktijk. Bovendien, als een geautomatiseerd patiëntenregister ten behoeve van preventie zou worden opgezet, kunnen we het ons niet meer permitteren daar slechts leeftijd en geslacht in op te nemen: daar horen voor een goede identificatie van de 'population at risk' ook sociale variabelen in voor te komen. Immers, we weten dat op preventief terrein de meeste winst te behalen valt bij sociaal-bepaalde risicogroepen.

Al met al ligt hier een uitdaging en tegelijk een zware taak, waarvan we ons moeten afvragen of deze met de huidige personele bezetting binnen de huisartspraktijk kan worden vervuld. Dit brengt ons op het punt van het (paramedisch) hulp-personeel. De huidige stand van zaken is (tabel 3), dat binnen de 103 praktijken van onze studie, omgerekend naar een normpraktijk van 2.350 patiënten, er 0,84 FTE (functie-tijdeenheid) assistentie aanwezig is, waarbij de apotheekhoudende praktijken zich – uiteraard – onderscheiden met een hoger aantal FTE (1,04 FTE) ten opzichte van de niet-apotheekhoudende praktijken (0,79 FTE). Ondanks de vrij grote spreiding van het aantal FTE assistentes, is ook hier geen relatie met de preventie-index te vinden. Dat wil zeggen, dat meer – of liever minder tekort aan – assistentie nog niet leidt tot meer preventie, en dat is eigenlijk jammer. De praktijkassistente zou bijzonder geschikt (te maken) kunnen zijn voor het gestandaardiseerd afwerken van een aantal preventieve handelingen, naast haar huidige werkzaamheden. Dat vergt een delegatie van taken, die veel huisartsen nog zwaar valt. Deze aarzeling wordt evenwel weerlegd in onderzoeken, van Van Ree (1981) en Den Haan (1986)^{7, 8}, die delegatie van taken in hun praktijken hebben toegepast en hebben ontdekt dat assistentes standaardprocedures als bloeddrukmeting zeker zo goed, zo niet beter, uitvoeren als huisartsen. Men kan zelfs nog verder gaan: waarom lukt huisartsen niet, waar specialisten in ziekenhuizen totaal geen probleem mee hebben?

Ten aanzien van de delegatie van preventieve taken aan de praktijkassistente speelt nog iets anders: uit het reeds eerder geciteerde Engelse onderzoek komt naar voren⁶, dat hoe meer preventief de huisarts denkt en werkt, hoe meer hij delegeert. De impasse ten aanzien van preventie in de huisartspraktijk is hier heel duidelijk zichtbaar: enerzijds wordt van de huisarts een mentaliteitsverandering

gevraagd, anderzijds zijn er financieel-organisatorische overwegingen: wie betaalt de extra assistentie die nodig is voor een goed bijgehouden geautomatiseerd patiëntenregister en de uitvoering van preventieve programma's en hoe goed is dit in te passen in de praktijkvoering? Wat de mentaliteitsverandering betreft, zijn er goede perspectieven: de door Schellevis op het laatste KNMG-Ledencongres besproken populatiegerichte benadering is een prima uitgangspunt voor én effectieve opsporing én kwaliteitsverbetering van de huisartsgeneeskunde in het algemeen. Op de financieel-organisatorische problematiek komen we dadelijk terug via een voorstel voor een alternatief preventiemodel.

In ieder geval is duidelijk dat voor een goede implementatie van preventieve programma's via de huisartspraktijk (paramedisch) hulp-personeel onmisbaar is, want het is nauwelijks voorstelbaar – en uit kosten-effectief oogpunt eigenlijk foutief – dat de huisarts naast zijn zich steeds uitbreidende takenpakket nog even collectieve preventie gaat doen. Het is zinniger dat de huisarts de zorg voor individuele patiënten optimaliseert: door verbetering van diagnostiek en behandeling, gecombineerd met meer aandacht voor patiënten die moeten worden verwezen of zijn verwezen, valt er veel te verdienen voor onze gezondheidszorg.

AARD WERK

Geconstateerd is dat er weinig aan preventie wordt gedaan, uitzonderingen daargelaten. Het kan ook nauwelijks anders, als we zien hoeveel contacten de gemiddelde huisartspraktijk in onze studie per dag afhandelt: omgerekend naar

een individuele praktijk, zijn dat er bijna vijftig, en dan zijn telefoontjes om uitslagen, afspraken en allerlei overleg niet eens meegenomen.

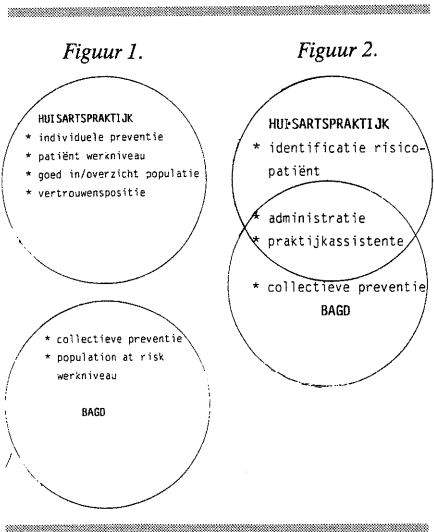
Inhoudelijk is er een morbiditeits-top-tien, die in totaal 25% van alle contacten omvat; zie tabel 4 (deze vaststelling is gebaseerd op tweederde van ons materiaal). Het valt dan op, dat het huidige werk zich, buiten hypertensie om, weinig verdraagt met de ziekte-categorieën waar de collectieve preventie zich nu op richt. Dat kan evenwel anders worden. Zelf hebben we al een voorbeeld: uit het zuidoosten van Noord-Brabant is bij ons het verzoek gekomen eens te kijken naar het percentage patiënten met eczeemachtige huidaandoeningen ter plekke en dit te vergelijken met gegevens van elders, omdat er een verband zou bestaan tussen de ammoniakuitstoot van de bio-industrie en het vóórkomen van eczeem. Een typisch huisartsgeneeskundig probleem krijgt ineens aandacht op populatieniveau: daar moet het naar toe.

Laten we de balans opmaken. Enerzijds weten we dat de huisarts goed in staat is risicopatiënten te identificeren, vanwege zijn veelvuldige contacten met patiënten en zijn kennis van sociale achtergronden, en goed begeleiding kan geven, niet alleen aan personen bij wie een aandoening is geconstateerd maar ook aan hen bij wie dat onterecht wel of niet is gebeurd, de zogenoemde vals-positieven en vals-negatieven. Anderzijds is het druk in de praktijk, is de gepresenteerde problematiek van een andere orde dan die waar collectieve preventie zich op richt en is de praktijk onvoldoende geëquipeerd voor preventie.

PREVENTIEMODEL

De determinanten van preventie in de huisartspraktijk hebben we nu vastgelegd. Daardoor is het mogelijk en aantrekkelijk een alternatief voor het huidige model met betrekking tot preventie in de huisartspraktijk te ontwerpen.

Op basis van de filosofische gedachte: 'Only connect . . .'⁹, is het volgende model uitgewerkt, dat de – veelvuldig gesuggereerde – samenwerking huisartspraktijk-basisgezondheidsdienst tot kern heeft. Uitgangspunt voor de ontwikkeling van het model is, dat de bestaande specifieke functies van beide partijen (zie figuur 1) zoveel mogelijk intact worden gehouden. De huisartspraktijk doet, al dan niet geïntegreerd in haar dagelijkse patiëntenzorg, aan individuele preventie, houdt de patiënt als werkniveau en heeft



– daardoor (?) – een vertrouwenspositie en heeft overzicht van respectievelijk inzicht in de praktijkpopulatie. De basisgezondheidsdienst (BAGD) doet op (sub)regionaal niveau aan collectieve preventie en houdt de 'population at risk' als werkniveau. Wat wordt er nu aan toegevoegd (zie ook *figuur 2*)?

1. De administratie van niet-medische patiëntgegevens in de huisartspraktijken wordt geautomatiseerd en vervolgens bijgehouden met assistentie van de basisgezondheidsdienst, die op zijn beurt dit patiëntenregister in een eigen 'database' opneemt. Indien dit voor alle in de (sub)regio aanwezige praktijken wordt gedaan, krijgt de basisgezondheidsdienst een overzicht van de totale populatie in het werkgebied, van belang voor opzet en uitvoering van een eigen preventiestrategie.

2. De praktijkassistente wordt door de basisgezondheidsdienst getraind voor en begeleid bij de uitvoering van een aantal preventieve programma's (waarvoor zij competent is). Indien de huidige 0,8 FTE assistentie per normpraktijk naar 1 FTE wordt opgetrokken, zal dit voldoende zijn voor deze extra taken.

3. De huisarts identificeert binnen zijn dagelijkse zorg risicopatiënten (anticiperende geneeskunde) die op vrijwillige basis worden verwezen naar het collectieve programma, dat zoveel mogelijk binnen de huisartspraktijk wordt geïmplementeerd.

Naast het gescheiden belang – ieder moet zijn eigen specifieke werk kunnen voortzetten – is er ook een wederzijds belang in het model ingebouwd:

– De basisgezondheidsdienst verleent diensten (automatisering administratie/training c.q. begeleiding praktijkassistenten) en ontvangt een geanonimiseerd overzicht van de populatie, een goede bereikbaarheidsgraad van zijn programma's en een hoge score van 'case-finding'.
– De huisartspraktijk verleent diensten (identificatie en begeleiding risicopatiënten) en ontvangt een up to date patiëntenregister en een praktijkassistente, die hem werk uit handen kan nemen. Voor de patiënt is er het voordeel, dat het preventieve programma nu dichtbij wordt uitgevoerd en dat de continuïteit ervan ook beter is gewaarborgd.

Met het model dient flexibel te worden omgegaan: wanneer huisartsen geïnteresseerd zijn, moet het mogelijk zijn dat bepaalde activiteiten op het terrein van

de collectieve preventie door hen worden overgenomen. Anderzijds moet worden beseft dat niet alle collectieve preventie via de huisartspraktijk kan worden gerealiseerd, óf om technische redenen óf vanwege de aard van het programma.

MOGELIJKE KNELPUNTEN

De nationale studie is voor wat betreft de ondersteuning bij de administratie een 'pilot-study' geweest voor het hier gepresenteerde preventiemodel, met het Nivel in de rol van BAGD. Een aantal mogelijke knelpunten van het model hebben wij onder ogen gehad:

– *kosten (1)*. Er zullen meer praktijkassistenten nodig zijn, maar de huisarts wordt routinewerk uit handen genomen, waardoor deze meer tijd kan besteden aan de verbetering van de zorg aan individuele patiënten. Dit kán veel geld opleveren.

– *kosten (2)*. De basisgezondheidsdienst zal op het terrein van de automatisering investeringen moeten doen, maar die vinden los van de huisartspraktijk ook al plaats. Het model slaat eigenlijk twee vliegen in één klap: losse 'population surveys' c.q. screeningprogramma's zijn qua organisatie eenvoudiger uit te voeren en de huisartspraktijk is voor een essentieel deel geautomatiseerd.

– *samenwerking*. Terwijl in de Nederlandse gezondheidszorg in het algemeen samenwerking niet zo vanzelfsprekend lijkt, zijn onze ervaringen met aselect gekozen huisartspraktijken bijzonder goed te noemen. De behulpzaamheid van huisartsen en praktijkassistenten om het patiëntenregister 100% rond te krijgen is bijzonder groot, terwijl het werk taai is. Voor het overige was de medewerking trouwens ook goed en hebben wij vertrouwen in een samenwerking tussen basisgezondheidsdienst en huisartsen¹⁰.

– *privacy*. De ernst van dit mogelijke knelpunt kan vooraf niet genoeg worden bezien: pas dán krijgt men volop medewerking. Het opstellen van een deugdelijk privacy-reglement en een goede open opstelling tegenover patiënt en huisarts heeft ons met elkaar veel inspanning gekost, maar de beloning is dat van de 340.000 patiënten in ons bestand slechts een handvol om radicale verwijdering heeft verzocht. Een dergelijke inspanning moet dan ook worden beschouwd als een verplichting die vruchten afwerpt.

BESLUIT

Er ligt een uitdaging voor de Nederlandse gezondheidszorg: er kan een daad richting 'primary health care', zoals de Wereldgezondheidsorganisatie deze propageert en die door onze overheid is overgenomen, worden gesteld, zonder dat dit binnen de huidige Nederlandse constellatie tot veel aanpassingen (c.q. kosten) hoeft te leiden. De relatieve achterstand die Nederland op dit terrein heeft opgelopen, vergeleken bij een aantal ons omringende landen, kan zo in één klap worden omgezet in een voorsprong. □

Literatuur

1. Zee J van der, Verhaak PFM. Preventie: een kwestie van routine? Medisch Contact 1989; 44: 75-8.
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. Kortenhoeven D. Vrouwelijke huisartsen en vestiging in het vrije beroep. (Nog niet gepubliceerd.)
4. London Health Planning Consortium Primary Health Care in Inner London. London: LHPC, 1981 (Acheson report).
5. Nota 2000; over de ontwikkelingen van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens. 's-Gravenhage: Staatsdrukkerij, 1986
6. Calnan M. Variations in the range of services provided by general practitioners. Family Practice 1988; 94-104.
7. Ree JW van. Het Nijmeegse interventieproject. Dissertatie Katholieke Universiteit Nijmegen 1981.
8. Haan J den. De doktersassistente. Dissertatie Katholieke Universiteit Nijmegen. Lelystad: Meditekst, 1986.
9. Forster EM. Howards End. London, 1910.
10. Nederlands Huisartsen Genootschap/Vereeniging van Directeuren van Basisgezondheidsdiensten. PreTensieproject 1987.