

Het tijdloze beeld van gezondheid is het kind dat richting zee loopt zonder zich af te vragen of zijn hart een dergelijke inspanning aankan, en spontaan stopt wanneer het zijn grens heeft bereikt. Gezondheid is vergeten wat gezondheid is¹.

fase voorafgaand aan ziekte. Preventieve geneeskunde richt zich op de medische risicofactoren verbonden aan ziektes: arteriële hypertensie, obesitas, tabak, cholesterol, ... Deze medische risicofactoren kunnen voorafgegaan en zelfs versterkt worden door niet-medicamenteuze elementen die identiek zijn voor verschillende chronische ziektes: opleiding, woon- en leefomgeving, werk of werkloosheid, financiële zekerheid. Gezondheids promotie onderzoekt deze elementen en brengt ze ook in rekening. Artsen zijn als burgers hierbij betrokken en kunnen hieraan meewerken zelfs wanneer dit domein buiten de strikte zorgverlening valt. Op vlak van therapeutische opvoeding en gezondheidsvoorlichting is hun intense betrokkenheid echter noodzakelijk.

Patiëntenrechten en -verwachtingen

Bij screening moeten we ook de rechten van patiënten en van gebruikers van gezondheidsvoorzieningen respecteren. We moeten patiënten informeren over het uit te voeren onderzoek. Tijdens een 'colloque singulier' moeten we met hen de resultaten en de hieraan verbonden adviezen bespreken. Screening moet niet alleen beantwoorden aan de regels van privacy, maar moet voor de persoon die de screening aanvaardt eveneens een gezondheidsvoordeel inhouden^{2,3}. In dit kader dienen de negatieve effecten (in het bijzonder de psychologische gevolgen) van de onderzoeken goed onderzocht te worden. Dit zijn onder meer: de neveneffecten van de test op zich (colonperforatie, stralingsrisico bij mammografie ...), ongewenste effecten van vals-positieve resultaten (een positieve mammografie vraagt bijvoorbeeld steeds bijkomende onderzoeken om in slechts één geval op tien een kanker te diagnosticeren), de angst die een screenings-test met zich meebrengt en de angst tijdens het tijdsinterval tussen onderzoek en bevestiging van de resultaten, de ondekking en de (onnodige) behandeling van ziektes die niet symptomatisch zouden zijn geworden (probleem van overdiagnostiek en overbehandeling).

In tegenstelling tot wat veel artsen denken, zijn patiënten vragende partij voor méér preventie. Huisartsen zouden dus méér onderzoeksmogelijkheden, maar ook méér preventieve maatregelen moeten aanbieden aan hun patiënten. Zij zijn immers zeer goed geplaatst om hun patiënt integraal te benaderen. Dit betekent: rekening houden met zijn familie

en zijn woonomgeving, met zijn opvattingen en zijn cultuur om met gezondheid om te gaan. Als huisarts kan je al deze elementen integreren en de preventie aanpassen aan de agenda van de patiënt, een (tijdelijke) weigering inbegrepen. Op die manier kan je reeds enkele obstakels voor preventie wegwerken.

Objectieve 'ziekte' versus subjectief 'ziek zijn'

Om preventie beter te kunnen plaatsen binnen het kader van de arts-patiëntrelatie, is het conceptueel mogelijk om de kennis van de arts over ziekte (zijn wetenschappelijke diagnostiek, 'disease' in het Engels) in relatie te brengen met de perceptie van 'ziek zijn' door de patiënt (zijn zelfkennis, 'illness' in het Engels). Dat spanningsveld tussen objectiviteit van 'ziekte' en subjectiviteit van 'ziek zijn' vatte Michel Roland samen in een vierveldentabel⁴.

	Ziekte afwezig	Ziekte aanwezig
Goede gezondheid ervaren door de patiënt	Veld 1	Veld 2
Ziekte ervaren door de patiënt	Veld 4	Veld 3

In deze vier als dusdanig opgestelde velden, is het mogelijk de meer bekende begrippen van primaire, secundaire, tertiaire en quaternaire preventie in te schrijven. In tegenstelling tot de eerste drie die goed gekend zijn, maakt de quaternaire preventie geen deel uit van de klassieke opleiding. Quaternaire preventie is erop gericht meer aandacht te besteden aan de identificatie van patiënten met risico van overmedicalisering. Door alleen wetenschappelijke en ethisch verantwoorde medische procedures voor te stellen, kunnen we deze patiëntengroep beschermen tegen invasieve medische procedures. Preventie inpassen in het arts-patiëntcontact betekent ook stilstaan bij de communicatie tussen beide partijen. Er zijn pedagogische technieken ontwikkeld die toelaten om communicatieve vaardigheden beter te systematiseren en dus ook beter aan te leren aan gezondheidswerkers. Deze technieken leggen vooral de nadruk op therapeutisch onderwijs en op het motiveren van de patiënt⁵. Dit leerproces is een vereiste voor elke hulpverlener die zijn eigen agenda wenst af te stemmen op deze van zijn patiënt. Het biedt eveneens de garantie dat de preventieve aanpak, net zoals de therapeutische aanpak, individueel wordt aangepast.

Huisartsgeneeskunde biedt een unieke mogelijkheid voor preventie. In dit domein is de conceptuele basis voor een goede communicatie tussen arts en patiënt ontwikkeld⁶ en gevalideerd. Er zijn voorstellen voor specifieke, wetenschappelijk goed onderbouwde projecten waarvan de effectiviteit is bewezen^{7,8}. Programma's om deze projecten in te passen in de praktijk, zijn reeds beschikbaar of zijn in ontwikkeling. De preventie nodigt ons uit.

1. Dufresne J. La Santé. Dans: *Traité d'anthropologie médicale: l'institution de la santé et de la maladie*. PUL 1985, p. 985-1013
 2. Conseil Supérieur de Promotion de la Santé, Examens de dépistages: pour de bonnes pratiques, Ministère de la Santé en Communauté Française de Belgique, août 2007.
 3. Lemiengre M. Periodieke gezondheidsevaluatie [Editoriaal]. *Minerva* 2008;7(1):17.
 4. Roland M. Des outils conceptuels et méthodologiques en médecine générale. Thèse de Docteur en Santé Publique, ULB, mars 2006.
 5. Lussier MT, Richard C. Les fonctions de l'entrevue médicale et les stratégies communicationnelles. Dans: *La communication*

professionnelle en santé. Ed: Le Renouveau Pédagogique, Québec 2005.

6. Nabarette H. L'internet médical et la consommation d'information par les patients. *Réseaux* 2002;4:249-86.
 7. Boulware LE, Marinopoulos S, Phillips KA, et al. Systematic review: the value of the periodic health evaluation. *Ann Intern Med* 2007;146:289-300.
 8. Maciosek MV, Coffield AB, Edwards NM, et al. Priorities among effective clinical preventive services: results of a systematic review and analysis. *Am J Prev Med* 2006;31:52-61.