

## Is voorkomen niet beter dan genezen?

H.D. Vuyk, M. Vaartjes, A.J.M. Balm

De moderne medische zorg vormt een continuüm van preventie, curatie en palliatie, met een grote nadruk op curatie. Preventieve zorg is daaraan nog steeds ondergeschikt. Van het totale budget voor de gezondheidszorg wordt momenteel minder dan 3,4 procent voor preventie van aandoeningen uitgetrokken.<sup>1</sup> Het percentage besteed aan preventie is de laatste jaren zelfs gedaald als gevolg van het regeringsbeleid. Daarentegen staat palliatieve zorg de laatste tijd meer in de belangstelling met een navenante uitbreiding van het beschikbare budget.<sup>2</sup> Toegenomen welvaart en grote medisch technische mogelijkheden binnen de curatieve gezondheidszorg hebben geleid tot een consumptief gedrag van patiënten, en een versterking van een gevoel van onafhankelijkheid en onkwetsbaarheid. De vier miljoen rokers in ons land en het rijden onder invloed zijn hier sprekende voorbeelden van, maar ook de onachtzaamheid voor omgevingslawaai en luchtvervuiling met de toename van ernstige luchtwegproblemen<sup>3</sup> kunnen in dit verband genoemd worden. Een dergelijke opstelling houdt een groeiende belasting in voor het hele systeem van de gezondheidszorg en maken opvattingen van 'onafhankelijkheid' en 'onkwetsbaarheid' niet langer houdbaar.

De opleiding tot keel-, neus- en oorarts heeft voornamelijk een curatief karakter, dat na de specialisatie wordt gecontinueerd door nascholing en wetenschappelijke bijeenkomsten. Gelet evenwel op de groeiende belasting van ons systeem door aandoeningen die direct verband houden met leefgewoonten in een welvaartstaat, kan men zich wel degelijk afvragen of er niet meer verschuiving in de richting van preventieve geneeskunde noodzakelijk is. Met name de keel-, neus- en oorheelkunde kan hieraan een belangrijke bijdrage leveren. In vergelijking met andere specialismen spelen externe toxische invloeden bij het ontstaan van ziekten een grote rol. Voorbeelden hiervan zijn lawaaislechthorendheid<sup>4</sup>, hoofd-halsmaligniteiten door overmatig roken en drinken<sup>5</sup>, slaapapneu door overgewicht<sup>6</sup>, allergische aandoeningen door allergeendeprievatie in de vroege jeugd, huidcarcinomen door overmatige zonexpositie<sup>7</sup> en neusbijholtetumoren in de meubelindustrie<sup>8</sup>. Dit alles overziende kan de KNO-arts bij uitstek de rol van 'preventiearts' vervullen. Dit artikel is bedoeld

als een oproep aan u allen om preventieve geneeskunde als wezenlijk onderdeel te gaan zien van ons dagelijks werk, en hieraan ook daadwerkelijk vorm te geven.

Binnen de algemene competenties van medische specialisten, zoals vastgesteld door de KNMG (2003), wordt een uitgebreid scala aan activiteiten genoemd, waarvan enkele onder de noemer preventie vallen. Onder competentie Medisch handelen wordt ons gevraagd niet alleen het diagnostisch en therapeutisch, maar ook het *preventief* arsenaal van het vakgebied goed toe te passen. Onder competentie Maatschappelijk handelen wordt een specifiek beroep op preventie gedaan: 'De specialist bevordert de gezondheid van patiënten en de gemeenschap als geheel.' Daarbij wordt genoemd het herkennen, schatten en reageren op de psychosociale, economische en biologische factoren die de gezondheid van patiënten beïnvloeden. En het herkennen van maatschappelijke ontwikkelingen die de volksgezondheid beïnvloeden. Er kunnen drie vormen van preventie onderscheiden worden: gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie.

Het hoeft nauwelijks betoog dat preventie uiterst effectief is, gegeven de revolutionaire verbetering van de gezondheid door hygiëne, vaccinatiecampagnes en betere voeding. Vooral hierdoor is de gemiddelde leeftijd de afgelopen eeuw met vijftientig jaar toegenomen.<sup>1</sup> Het Franse werkwoord *prevenir* betekent niet alleen 'voorkomen' maar ook 'waarschuwen'. Iemand anders wijzen op ongezond gedrag en de gevolgen hiervan, wordt dikwijls moeilijk geaccepteerd. Maar zijn wij als KNO-arts niet bij uitstek de aangewezen persoon om de gevolgen van individuele en maatschappelijke keuzes en de invloed van het milieu op onze gezondheid te overzien?<sup>9,10</sup> Hebben we als arts dan ook niet de morele plicht om zowel individuele mensen als de maatschappij als geheel te waarschuwen?<sup>11</sup> Afgezien van het groeiende besef van een morele plicht lijkt preventie misschien wel de oplossing van de stijgende kosten van de gezondheidszorg. Vooral wanneer men zich realiseert dat dertig tot zeventig procent van de ziekten te voorkomen is.<sup>12-14</sup> Het Engelse adagium: 'An ounce of prevention is worth a pound of cure' lijkt op dit moment meer dan ooit van toepassing.

Dr H.D Vuyk, KNO-arts,  
Tergooiziekenhuizen, locatie  
Blaricum Rijksstraatweg 1

M. Vaartjes, KNO-arts,  
Spaarne ziekenhuis,  
locatie Hoofddorp

Prof. Dr. A.J.M. Balm,  
KNO-arts, Nederlands  
Kanker Instituut, Antoni  
van Leeuwenhoek-  
ziekenhuis

Correspondentie-adres:  
Dr H.D.Vuyk,  
Tergooiziekenhuizen,  
locatie Blaricum,  
Rijksstraatweg 1,  
1261 AN Blaricum

Een economische kanttekening lijkt echter op zijn plaats. Immers de keerzijde van een goede preventie is dat een gezonder leven tot minder ziekte leidt en dus tot een 'kostenverhogende' hogere levensverwachting. Bovendien neemt bij toenemende leeftijd de kans op ouderdomsziekten toe zoals: gewrichtsklachten, presbycusis, dementie en chronische hart- en longziekten.<sup>15</sup> De Raad voor Volksgezondheid en Zorg voorspelt dat ouderdomsziekten als prostaatkanker, osteoporose, diabetes, presbycusis en ziekten aan de luchtwegen dankzij technologische ontwikkelingen beter behandeld kunnen worden. Dit houdt echter wel een stijging van de kosten van de gezondheidszorg in. De zorgkosten voor een 65-plusser zijn thans gemiddeld vijf keer hoger dan de zorgkosten voor iemand jonger dan 65 jaar. Het is derhalve aannemelijk dat de gezondheidszorg door preventie niet per se goedkoper wordt.<sup>16,17</sup> Hiermee vervalt de noodzaak voor preventie natuurlijk niet. Het doel van de zorg is immers niet om geld te besparen maar om gezondheid te winnen. Juist preventie kan daarin een belangrijke bijdrage leveren. Met andere woorden: de kosten van preventie zelf en het gevolg van preventie kunnen ruimschoots worden goedgehaakt door de waarde van gewonnen gezondheid en kwaliteit van leven. In het geval van roken is dit bijvoorbeeld meermalen aangetoond.

Wij denken dat voor de leden van onze vereniging een proactieve rol kan zijn weg gelegd om aan preventieve geneeskunde meer vorm te geven. Als specialistenvereniging kunnen we helpen een cultuur te creëren waarin men meer denkt aan 'gezonder blijven' dan eenvoudigweg aan behandeld worden als we 'ziek zijn'. Een praktische eerste stap is een inventarisatie van wat er tot nu toe aan preventie is gedaan en wat verder de mogelijkheden per deelspecialisme zouden kunnen zijn. De laatste jaren is er een toenemende belangstelling voor preventie waar te nemen. Afgezien wat er op dit gebied al gedaan wordt, kan onze vereniging een toenemende rol spelen in het veranderingsproces naar een meer preventieve geneeskunde. Ten eerste door collegae en organisaties die actief zijn op het gebied van preventie om advies te vragen en te steunen. Ten tweede door kamerleden te benaderen om het belang van preventieve gezondheidszorg nog eens te benadrukken. Ten derde door de media aan te spreken op het uitzenden van reclame voor ongezonde producten. En ten slotte door de makers van medische programma's te vragen meer aandacht te besteden aan voorlichting over preventie. Boven-

dien zou preventie een vast onderdeel kunnen zijn van KNO-rapporten en standpuntnota's. Het is natuurlijk de vraag hoe ver wij hierin als KNO-artsen kunnen gaan. Dat zal deels ook afhangen van de individuele belangstelling voor het preventieve aspect van ons vakgebied. Er is nog veel te doen...

#### Literatuur

1. Polder J.J. & J.P. Mackenbach J.P. De achterstand inlopen: preventieve gezondheidszorg behoeft financiële inhaalslag. *Medisch Contact* 62, nr.19, 828-831. 2007.
2. Pallium, Tijdschrift voor palliatieve zorg. Palliatieve zorg in de verkiezingsprogramma's. nr. 5, 6-8, 2006.
3. Braun-Fahrlander C., J.C. Vuille et al. Respiratory health and long-term exposure to air pollutants in Swiss schoolchildren; *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* vol. 155, no3, pp. 1042-1049, 1997.
4. Grote J.J. Preventie van gehoorverlies, *Ned Tijdschr KNO-heelkd* 13(2) 107-108, 2007.
5. Nederlandse Werkgroep voor Hoofd-Hals Tumoren: Vroegtijdige herkenning van kanker in het hoofd-halsgebied. [www.nwhht.nl](http://www.nwhht.nl) 2007.
6. Hoekema A., Wijkstra P.J., Bouter C.T., van der Hoeven J.H., Meinesz A.F. & van der Bont L.G.M.: Behandeling van het obstructieve slaapapneusyndroom bij volwassenen, *Ned Tijdschr Geneesk* 2003; 147; 2407-12.
7. Kranen H.J. van, (RIVM) & de Vries E. (Erasmus MC). Welke factoren beïnvloeden de kans op huidkanker? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl) Gezondheid en ziekte \ Ziekten en aandoeningen \ Kanker \ Huidkanker, 16 juni 2006.
8. Nederlandse Werkgroep voor Hoofd-Hals Tumoren. Tumoren van de neus en de neusbijholten. [www.nwhht.nl](http://www.nwhht.nl) 2007.
9. Mackenbach J.P. Mondiale milieu veranderingen en volksgezondheid. *Nederlands Tijdschrift voor geneeskunde*, 150 (30) 1788-93; 2006.
10. Gruen R.L., Pearson S.D. & Brennan T.A.: Physician-citizens. Public roles and professional obligations. *JAMA*, jan 2004, vol. 291, vo1. 94-98.
11. Coulehan J., Williams P.C., Van McCrary S. & Belling C: The best lack all conviction: biomedical ethics, professionalism, and social responsibility. *Cambridge quarterly of healthcare Ethics*, 2003, 12,21-38.
12. Surgeon general: [www.vegapolis.nl/vegapolis/docs/You-Are-What-You-Eat-PA.pdf](http://www.vegapolis.nl/vegapolis/docs/You-Are-What-You-Eat-PA.pdf).
13. Viner R.M. Young people's health: the need for action. *BMJ*, vol. 330, 16 April 2005, 901-902.
14. Danaei G. et al. Causes of cancer in the world: Comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet*, 2005, 366:1784-93.
15. Hollander A.E.M. de, Hoeyman H., Melse J.M., van Oers J.A.M. & Polder J.J.: *Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006, rapport RIVM 92-122*, 2006.
16. Brouwer W.B.F., van Baal P. & van Exel N.J.A.: De dubbele prijs van succes: the pain is in the gain. *TSG, Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2006; 84(5): Bijlage Economie en Volksgezondheid: 7-10
17. Brouwer W.B.F., Polder J.J., van Exel N.J.A. & P. van Baal P.: Gezond leven niet per se goedkoper. *Medisch Contact* 2006 (21): 878-881