

Doek nog niet gevallen voor programmatische cardiometabole preventie

Pim Assendelft

In hun beschouwing stellen Stol en collega's zich de vraag of er in de huisartsenpraktijk nog een toekomst is voor programmatische cardiometabole preventie van cardiometabole ziekten (CMZ). Omdat deze vorm van preventie niet kosteneffectief is, is volgens hen grootschalige implementatie van het preventieconsult in Nederland niet zinvol. Ze benadrukken het belang van opportunistische ('ad hoc') screening in de huisartsenpraktijk. Stol en collega's doen hiermee verslag van hun indrukwekkende gerandomiseerde onderzoek. Is nu dan het doek gevallen voor een rol voor de huisarts bij het groepsgewijs, programmatisch opsporen van personen met een nog onbekend verhoogd cardiometabool risico? Die conclusie kunnen we volgens mij nog niet trekken, want er is voldoende perspectief.

De vraag is of het onderzoek van Stol en collega's het PreventieConsult een eerlijke kans heeft gegeven. Het eindoordeel over kosteneffectiviteit wordt sterk bepaald door een 'door-gemodelleerde toekomst': de daadwerkelijke follow-up is slechts 1 jaar en daarna volgen modelmatige aannamen. Een tijdvenster van 1 jaar is te kort voor

een preventietrial, omdat de kosten weliswaar op de korte termijn worden gemaakt, maar de opbrengsten vaak pas later komen. De tijdshorizon van 60 jaar voor het modeleringsonderzoek is onvoorstelbaar lang. Want die toekomst zal er qua incidentie en overleving van cardiovasculaire ziekten waarschijnlijk heel anders uitzien. Daarbij geeft de interventie in het model tot 20 jaar follow-up wel degelijk positieve resultaten op de kwaliteit van leven en zorgkosten.¹ Daarnaast heeft de kosteneffectiviteitsanalyse niet het gangbare maatschappelijke perspectief, want de auteurs nemen alleen de zorgkosten mee en bijvoorbeeld niet het werkverzuim of de informele zorg. In het model ontbreken bovendien relevante klinische factoren, zoals activiteitsniveau (beweging), nierfunctie en bloedsuikervwaarden. Vanuit huisartsenperspectief wringt de schoen hier. Er is discrepantie tussen de stellige conclusies van de auteurs en de in klinisch opzicht alleszins acceptabele 'opbrengst' op een aantal parameters (de proportie van de gevonden afwijkingen, reductie van de middelomtrek, daling van gemiddelde bloeddruk en cholesterol, en een reductie van de mortaliteit op de korte termijn in de modellering).²

De auteurs betogen dat de selectieve respons binnen een gezondheidscheck de sociaaleconomische gezondheidsverschillen mogelijk zal vergroten. Tevens stellen ze dat responsverhogende strategieën in hun onderzoek nauwelijks voor verbetering in respons zorgden. De interventie wekt echter onvoldoende de indruk dat de auteurs hiervoor een samenhangend implementatiepakket met voldoende lange inductie(ler)tijd en kortcyclische verbeteringen hebben toegepast, zoals gangbaar is voor een optimale respons in implementatieonderzoek.³ In het onderzoek zijn implementatiestrategieën ieder voor zich



Er is voldoende perspectief voor het groepsgewijs, programmatisch opsporen van mensen met een nog onbekend verhoogd cardiometabool risico.

Foto: Shutterstock

in (soms zeer) kleine deelpopulaties gebruikt, en was het door het onderzoeksontwerp (randomisatie binnen de praktijken) niet mogelijk om diverse op de praktijk of wijk gerichte responsverhogende strategieën in te zetten.⁴ Participatieverhogende strategieën die speciaal waren gericht op kwetsbare groepen zijn slechts in een kleine deelpopulatie toegepast. De beschouwing van het artikel laat verder enkele methodologische zaken onderbelicht. Deelnemers uit de controlegroep moesten voor het onderzoek ook gezondheidsvragenlijsten invullen, wat een ‘interventie-effect’ kan hebben gehad. In het model waren alleen cholesterol en bloeddruk opgenomen, wat ook nog in vrij grote categorieën is gebeurd (waardoor het klinische effect mogelijk onvoldoende tot zijn recht kwam). Ook rekenden de auteurs diverse medische en niet-medische kostenposten, zoals verwijzing naar de diëtiste en sportabonnementen, wel mee voor de interventiegroep en niet voor de controlegroep (omdat deze gegevens niet beschikbaar waren).

Perspectief en vervolgstappen

Dit alles betekent niet dat we niet langer hoeven na te denken over een programmatische aanpak. De NHG-Standaard CVRM heeft namelijk geen duidelijke ‘voorkeur’: hoe en wanneer besluit de huisarts tot een uitgebreide risicoschatting (‘opportunistische screening’)? De standaard raadt deze aan bij een ‘vermoedelijk verhoogd risico’, zoals een belaste familieanamnese, een vermoeden van erfelijke dyslipidemie, de aanwezigheid van risicofactoren, bijvoorbeeld roken, obesitas, of risicoverhogende comorbiditeit. Dat zijn items die ook al in de vragenlijst van het PreventieConsult zaten.

Dan toch maar een risicovragenlijst als ‘voorkeur’ inzetten? Die is er al: in 2015 is het PreventieConsult overgegaan in de online Persoonlijke Gezondheidscheck (PGC), met steun van onder andere de LHV en het NHG.⁵ Aan de PGC zijn momenteel wel kosten verbonden.⁶ De online vragenlijst (een verplicht onderdeel) kost € 16,95 en aan vervolgmodes hangt ook een prijskaartje. De kosten kunnen een drempel vormen voor mensen met een laag inkomen, en zo bijdragen aan sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Patiënten kunnen in veel gevallen een (gedeeltelijke) vergoeding voor de PGC krijgen van verzekeraars, gemeenten of werkgevers. Gemeenten kunnen werken met de PGC in de minimapolis, of deelnemen vanuit het programma ‘De Gezonde Gemeente’.⁶ Met speciale trajecten wordt daarbij verkend hoe de PGC ook toegankelijk kan zijn voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden.⁷ Een wijkgerichte aanpak zou het bereik onder deze doelgroep kunnen vergroten. Denk daarbij aan mond-tot-mondreclame door sleutelfiguren, sociale steun van en deelname door familie en vrienden, of mogelijkheden om op een bekende ontmoetingsplek in de wijk aan de risicotest deel te nemen.⁷ Hiervoor is de nuldelijn (GGD en gemeenten) aan zet. Het in het onderzoek geëvalueerde model (zoals bij de introductie van het PreventieConsult), waarin de huisartsenpraktijk grotendeels opdraait voor de vroegopsporing en de vervolgactiviteiten, sluit niet meer goed aan bij de recente herijking van de kerntaak Preventieve zorg voor de huisarts in het

kader van ‘Toekomst Huisartsenzorg’.⁸ Die stelt dat de huisarts een taak heeft bij geïnduceerde en zorggerelateerde preventie, kortom: preventie gericht op het individu, niet de gehele populatie of een groep. De zorg voor een individueel verhoogd cardiometabool risico (work-up, medicamenteuze behandeling, leefstijladvisering) valt daarbij onder de geïndiceerde preventie. Dat hoeven huisartsen echter niet allemaal zelf te doen: ze kunnen voor vervolgp programma’s op het gebied van leefstijl naar samenwerkingspartners verwijzen, zoals leefstijlcoaches, paramedici, aanbieders van stoppen-met-roken- of alcoholprogramma’s, GGD of gemeenten.⁸

De huisarts speelt een belangrijke rol

Door de onduidelijke voorkeur blijven veel mensen met een verhoogd cardiometabool risico onontdekt. Een programmatische aanpak kan dit ondervangen. Stol en collega’s hebben niet definitief bewezen dat de kosteneffectiviteit hiervan onvoldoende is: methodologisch en implementatietechnisch kunnen we kanttekeningen plaatsen bij hun onderzoek. Daarnaast zijn er ontwikkelingen die de acceptatie en doelmatigheid van een programma kunnen verhogen. Huisartsen kunnen bij het uitnodigen een bescheiden rol spelen, terwijl de organisatie elders kan liggen. Wel zullen ze hun naam aan het programma moeten verbinden: de respons verdubbelt (!) wanneer de huisarts de uitnodiging voor deelname ondertekent. Daardoor kunnen huisartsen het bereik van zo’n programma sterk verbeteren.⁹ Gemeenten en verzekeraars zouden samen verantwoordelijk moeten zijn voor de organisatie van het screeningsprogramma (financiering en logistiek, waaronder het daadwerkelijk verzenden van de uitnodigingen) en voor een toegankelijk leefstijlaanbod (laagdrempelige voorzieningen, buurtsportcoaches en gecombineerde leefstijlinterventies).⁸ Met een goede taakverdeling kunnen huisartsen hun belangrijke rol als adviseur en verwijzer in preventie en gezondheid blijven vervullen, zoals de LHV en het NHG onlangs nog eens benadrukten in hun reactie op de discussienota ‘Zorg voor de toekomst’ van het ministerie van VWS.¹⁰ Belangrijk is dat huisartsenpraktijken op wijkniveau en zorggroepen op regionaal niveau gemeente en verzekeraars duidelijk maken dat huisartsen zich vooral inzetten voor individuele preventie. Verder kunnen ze uitleggen wat dit volgens de kerntaak Preventieve zorg inhoudt, wat de noodzakelijke randvoorwaarden zijn waaronder ze deze rol kunnen invullen en wat ze daarin van hun samenwerkingspartners verwachten.⁸ De beschrijving van de kerntaak kan daarvoor als onderlegger dienen. ■

LITERATUUR

1. Stol DM, Over EAB, Badenbroek IF, Hollander M, Nielen MMJ, Kraaijenhagen RA, et al. Cost-effectiveness of a stepwise cardiometabolic disease prevention program: results of a randomized controlled trial in primary care. *BMC Med* 2021;19:57.
2. Stol DM, Badenbroek IF, Hollander M, Nielen MMJ, Kraaijenhagen RA, Schellevis FG, et al. Effectiveness of a stepwise cardiometabolic disease prevention program: results of a randomized controlled trial in primary care. *Prev Med (Baltim)* 2020;132:105984.

3. King's Improvement Science. Implementation science research development (ImpRes) tool. A practical guide to using the ImpRes tool. London: King's Improvement Science, 2018. <https://impsci.tracs.unc.edu/wp-content/uploads/ImpRes-Guide.pdf>. Geraadpleegd op 28 april 2021.
4. Badenbroek IF, Nielen MMJ, Hollander M, Stol DM, Kraaijenhagen RA, De Wit NJ, et al. Feasibility and success rates of response enhancing strategies in a stepwise prevention program for cardiometabolic diseases in primary care. *BMC Fam Pract* 2020;21:228.
5. Nederlands Huisartsen Genootschap. Persoonlijke gezondheidscheck gelanceerd. Utrecht: NHG, 2015. www.nhg.org, geraadpleegd op 28 april 2021.
6. Persoonlijke GezondheidsCheck. Kosten. www.persoonlijkegezondheidscheck.nl, geraadpleegd op 14 juni 2021.
7. Groenenberg I, Crone MR, Van Geffen ECG, Assendelft WJJ. Vroegopsporing en 'moeilijk bereikbare' groepen. *TSG Tijdschr Gezondheidswet* 2019;97:28-31.
8. Nederlands Huisartsen Genootschap, Landelijke Huisartsen Vereniging, Ineen, Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen. Toekomst Huisartsenzorg – Kerntaken in de praktijk. <http://toekomsthuisartsenzorg.nl>, geraadpleegd op 28 april 2021.
9. Raaijmakers L, Rombouts M, De Vuijst T, Kuunders T, Van de Goor I. Acceptatie van de Persoonlijke Gezondheidscheck in vier Brabantse gemeenten. Wat levert dit ehealthinstrument op? *TSG Tijdschr Gezondheidswet* 2019;97:23-7.
10. Nederlands Huisartsen Genootschap, Landelijke Huisartsen Vereniging. Zorg voor de toekomst, investeer in de huisartsenzorg. www.lhv.nl, geraadpleegd op 28 april 2021.

Assendelft WJJ. Doek nog niet gevallen programmatische cardiometabole preventie. *Huisarts Wet* 2021;64:DOI:10.1007/s12445-021-1220-1.
Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen: prof. dr. W.J.J. Assendelft, hoogleraar preventie in de zorg, pim.assendelft@radboudumc.nl.
Mogelijke belangenverstremgeling: voorzitter van de Coördinatiegroep Preventieconsult Cardiometabool Risico (Diabetesfonds, Nierstichting, Hartstichting, Nederlands Huisartsen Genootschap, Landelijke Huisartsen Vereniging, Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde) [2009-2011].