

‘Preventie: maatwerk’: nuttig of terug naar af?

JW van Ree

Preventie: maatwerk was als project ambitieus opgezet; het leek een nieuwe ingang voor zorgvernieuwing, maar het kind werd al in de wieg gesmoord, opgeofferd door de ledenvergadering van de LHV aan andere doelstellingen dan zorgvernieuwing. Het project kon ook makkelijk slachtoffer worden omdat de discussie over preventie van hart- en vaatziekten jarenlang een nogal fundamentalistisch karakter had. Vanaf het begin van het project was er discussie over effectiviteit en uitvoerbaarheid en vooral over wat het de huisarts eigenlijk opleverde. Nogal verwarrend was het dat het accent in de discussie eerst lag op de nadelen van preventie en bij de daadwerkelijke invoering van het project vooral op de positieve effecten op de praktijkvoering. Het is erg jammer dat dit project niet kon worden voortgezet want het had een goede leerschool kunnen zijn om een systematischer praktijkvoering van de grond te krijgen. Die zou dan ook nog eens wetenschappelijk onderbouwd kunnen worden en een model kunnen zijn voor andere gebieden in de chronische zorg.

Nu moeten we het alleen doen met het verslag van Frijling et al. in deze H&W. Maar gelukkig kunnen we hiervan ook veel leren.

Preventie: maatwerk was een project dat gewoon in de praktijk moest worden ingevoerd; het was dan ook niet primair opgezet als een wetenschappelijk onderzoek. Een vooraf vastgesteld plan moest worden uitgevoerd, in eerste instantie in praktijken die dat ook echt wilden. Het gevolg is dat de verschillen tussen interventie- en controlegroep groot zijn: de basisgegevens van de deelnemende praktijken laten zien dat de praktijken in de interventiegroep al veel verder waren met een systematische praktijkvoering dan de willekeurig geselecteerde praktijken in de controlegroep. In deze interventiepraktijken zien we dat op alle organisatorische aspecten aanzienlijke verbetering is opgetreden. De hulp die geboden werd bij de systematisering van de praktijkvoering viel hier dus zeker in vruchtbare aarde. De aanpak werkt dus, maar het blijft onzeker of deze methode ook effect heeft in meer doorsneepraktijken die niet zo geïnteresseerd zijn in preventie van hart- en vaatziekten of een systematische praktijkvoering.

Auteursgegevens

Prof.dr. J.W. van Ree, hoogleraar huisartsgeneeskunde. Capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde Universiteit Maastricht, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

Correspondentie: Jan.vanRee@HAG.unimaas.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Wat in mijn ogen ronduit zorgelijk is, is de uitkomst dat ook in deze ‘positieve’ praktijken de preventieve zorg bij de hoogrisicopatiënten, niet verbeterd is. Bij deze in aantal beperkte patiëntengroep is een effectieve behandeling mogelijk en de huisarts zou zich juist op deze groep moeten richten.¹ De deelnemende huisartsen maakten niet vaak een compleet risicoprofiel met alle relevante risicofactoren. Het concept ‘risicoprofiel’ is blijkbaar nog moeilijk te vertalen naar de directe patiëntenzorg, ook al is er veel wetenschappelijk bewijs dat het zou moeten. Niet alleen bij het maken van risicoprofielen, ook bij het toepassen van de MIS (Minimale Interventie Strategie) gericht op stoppen met roken is geen verbetering opgetreden, hoewel de auteurs dit wel suggereren.

Omdat de gerapporteerde resultaten gebaseerd zijn op zelfrapportage van de huisartsen kan overschatting van de werkelijke verbeteringen ook nog aan de orde zijn. Het hele beeld is dus niet echt optimistisch. We kunnen concluderen dat het blijkbaar makkelijker is (huisartsenafhankelijke) praktijkorganisatorische veranderingen door te (laten) voeren dan huisartsen hun eigen handelen te laten veranderen, ook al zijn de argumenten daarvoor gebaseerd op nieuwe wetenschappelijke inzichten en ontwikkelingen. Dit ‘falen’ van artsen om het dagelijks handelen te veranderen, ondanks bestaande evidence en gefundeerde adviezen, is een allang bekend verschijnsel. Dit is overigens niet alleen bij huisartsen zo, maar ook bij cardiologen en andere orgaanspecialisten en ook niet alleen in Nederland. Maar dat is een schrale troost.

Frijling et al. doen suggesties om de kloof tussen bewijs en toepassing van dat bewijs te verkleinen. Terecht houden ze een pleidooi voor de inzet van hulppersoneel dat de huisarts zou moeten gaan ondersteunen. Uit onderzoek blijkt dit perspectief te bieden², maar een gevolg zou, volgens mij, kunnen zijn dat huisartsen ook dit deel van hun taakgebied gaan verliezen. Ook andere maatregelen zijn noodzakelijk wil de preventieve huisartsenzorg systematischer worden. Van Steenkiste et al. toonden immers liefst 25 belemmerende factoren aan voor de implementatie van de cardiovasculaire risicotabellen in de dagelijkse praktijk (essentieel voor toepassing van de betreffende Standaarden).³ Financiële stimulerende maatregelen zijn zeker aan te bevelen.

En er zal ook in de toekomst niets veranderen als er niets gedaan wordt aan ondersteuning van huisartsen om de gewenste ontwikkeling van de grond te krijgen. Het is maar een waarschuwing tegen te hoog gespannen verwachtingen. We zijn voor een groot deel weer terug bij af.⁴