

Preventie in de huisartsenpraktijk: kom in beweging!

AJM Drenthen, WJJ Assendelft, J van der Velden

Inleiding

Na enkele jaren rust neemt de aandacht voor preventie weer toe. Afgelopen jaar verschenen rapporten en adviezen van verschillende organisaties: KNMG,¹ de Raad voor Volksgezondheid en Zorg,² het College voor Zorgverzekeringen (CvZ)³ en patiëntenorganisatie (NPCF; in voorbereiding).⁴ Deze organisaties zien een centrale rol voor de huisarts en eerste lijn in preventie. Ook bij het publiek neemt de belangstelling voor preventie toe. Dit blijkt uit de grote vraag naar health-checks en de deelname van 1,2 miljoen Nederlanders aan de Niercheck.⁵ Uit de TNS-NIPO-enquête ter gelegenheid van het 50-jarig bestaan van het NHG bleek dat 80-90% van zowel de bevolking als de huisartsen het acceptabel vindt als de huisarts preventie en leefstijl aan de orde stelt.⁶ Ten slotte hebben huisartsen ervoor gepleit, met de uitspraak van de grote meerderheid van de LHV-ledenvergadering in juni 2007, om een preventieconsult door de huisarts in te voeren.

Er zijn voldoende inhoudelijke redenen voor preventie. De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006 van het RIVM concludeert dat curatie alleen onvoldoende gezondheidswinst oplevert, en dat er daarom meer aandacht moet komen voor preventie. Daarnaast nemen de gezondheidsverschillen tussen diverse bevolkingsgroepen en wijken toe.⁷

De huisartsenpraktijk kan vanuit haar positie (fysiek nabij, contextgericht, laagdrempelig en doelmatig) een prominente rol in preventie spelen. De tijd is rijp om de preventieve rol van de huisarts in te vullen.

Preventiebeleid

Afgelopen najaar verscheen de kabinetsvisie op gezondheid en preventie, getiteld *Gezond zijn, gezond blijven*.⁸ Deze nota borduurt voort op de speerpunten uit de preventienota *Kiezen voor gezond leven* uit 2006: roken, overgewicht (voeding/bewegen), diabetes, depressie en overmatig alcoholgebruik.⁹ Het kabinet vindt het huidige gezondheidsbeleid te vrijblijvend en versnipperd, waardoor het te weinig gezondheidswinst oplevert. Daarom stelt het ministerie van VWS een serie beleidsvoornemens en maatregelen voor, en bepleit de minister een betere verbinding tussen preventieve en curatieve zorg, met de huisarts als verbindingsschakel. Concrete maatregelen voor de huisartsenpraktijk zijn: het starten van pilots op het terrein van 'bewegen op recept' (een voorschrift van de huisarts waarmee patiënten 20 weken onder begeleiding kunnen sporten) en de verlaging van de leeftijdsgrens voor de grieprik van 65 naar 60 jaar (vanaf najaar 2008).

Samenvatting

Drenthen AJM, Assendelft WJJ, Van der Velden J. Preventie in de huisartsenpraktijk: kom in beweging. *Huisarts Wet* 2008;51(1):38-41.

De aandacht voor preventie neemt toe. De huisartsenpraktijk kan een prominente rol spelen als verbindingsschakel tussen preventieve en curatieve zorg.

Huisartsen werken op verschillende manieren en met positieve resultaten aan preventie: als integraal onderdeel van de consultvoering en van veel NHG-Standaarden, en als uitvoerder van programmatische preventie op het gebied van griepvaccinatie, bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker en de opsporing van familiale hypercholesterolemie.

De eerste lijn is volop in beweging. Schaalvergroting, samenwerking in de eerste lijn en taakdelegatie maken het mogelijk om vanuit de huisartsenpraktijk te werken aan verdergaande programmatische preventie.

Om een effectief en doelmatig preventieaanbod te realiseren vanuit de eerste lijn zijn enkele veranderingen nodig: een goede afgrenzing van het aanbod in de eerste lijn van wat 'zorg' in de tweede lijn, samenwerking en afstemming met het lokaal

gezondheidsbeleid van de GGD, en aansluiten op succesvolle wijkgerichte programma's, zoals 'Big move!' en 'Bewegen op recept'.

Veel preventieactiviteiten in de huisartsenpraktijk vinden plaats op een ad-hoc-basis. Uit de zorg voor chronische zieken en uit het project Preventie: maatwerk weten we dat een programmatische aanpak efficiënter is. Veel preventie komt neer op een cluster leefstijlfactoren: alcohol, roken, voeding en bewegen. Waarschijnlijk is het efficiënter én minder medicaliserend om niet uit te gaan van de te voorkomen ziekte, maar van het onderliggende gezondheidsgedrag.

De kansen om een breed preventiepakket vanuit de huisartsenpraktijk aan te bieden liggen er nu.

NHG, sectie preventie en patiëntenvoorlichting, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht: dr. A.J.M. Drenthen, socioloog, senior-wetenschappelijk medewerker; LUMC, Afdeling Public health en eerstelijns geneeskunde: prof. dr. W.J.J. Assendelft, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; UMC St. Radboud Nijmegen: prof.dr. J. van der Velden, hoogleraar Public Health.

Correspondentie: t.drenthen@nhg.org

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De kern

- ▶ Er is toenemende aandacht voor preventie.
- ▶ Huisartsen doen al veel aan preventie via richtlijnen en preventieprogramma's, met positieve resultaten.
- ▶ Ontwikkelingen in de eerste lijn vergroten de mogelijkheden voor een doelmatig preventieaanbod vanuit de huisartsenpraktijk, en samenwerking met GGD's en andere lokale partijen.
- ▶ In plaats van een ziektegerichte benadering lijkt een aanpak van leefstijlfactoren efficiënter.

Huisarts en preventie

Huisartsen werken op verschillende manieren aan preventie. Preventie is een integraal onderdeel van de consultvoering: veel NHG-Standaarden bevatten preventieve elementen. Daarnaast zijn huisartsen sinds 1995 betrokken bij programmatische preventie als griepvaccinatie, bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, en sedert 2006 bij de opsporing van familiale hypercholesterolemie. De betrokkenheid van de huisarts bij deze programma's levert een meetbaar voordeel op. De inzet van huisartsen bij de griepvaccinatie heeft geleid tot de hoogste vaccinatiegraad onder risicogroepen ter wereld (76%).¹⁰ Als de huisarts uitnodigt tot en herinnert aan het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker, zoals in circa eenderde van de praktijken gangbaar is, geeft dat

Kader Soorten preventie

1. De klassieke indeling:

Primaire preventie: voorkómen van ziekte door wegnemen van de oorzaak bij een gezonde populatie.

Secundaire preventie: opsporing van ziekte in een vroeg stadium bij personen met risicofactoren.

Tertiaire of zorgpreventie: activiteiten bij personen met een ziekte ter voorkoming van verdere schade en bevordering van (zelf)zorg.

2. De nieuwe indeling (uit CVZ-advies Van preventie verzekerd, 2006)

Universele preventie is gericht op de algemene bevolking of een deelpopulatie die niet gekenmerkt wordt door het bestaan van een verhoogd risico op ziekte. Doel is de kans op het ontstaan van ziekte of risicofactoren te verminderen.

Selectieve preventie is gericht op (hoog)risicogroepen in de bevolking, met als doel de gezondheid van specifieke risicogroepen te bevorderen. Het opsporen en toeleiden naar de zorg is onderdeel van zo'n programma.

Geïndiceerde preventie is gericht op individuen die nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel de risicofactoren of symptomen die voorafgaan aan de ziekte. Doel is het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen.

Zorggerichte preventie richt zich op personen met gezondheidsproblemen. Doel is het individu te ondersteunen bij zelfredzaamheid, het verminderen van de ziektelast en het voorkómen van comorbiditeit.

een deelname en beschermingsgraad die 10 tot 15% hoger is dan wanneer de GGD of screeningsorganisatie dat doet.^{11,12} Kortom: huisartsen hebben een decennialange geschiedenis in preventie, met positieve resultaten.¹³

De klassieke indeling van primaire, secundaire en tertiaire preventie is ontoereikend om de rol van de huisarts in preventie helder te beschrijven en wordt in de praktijk soms ook foutief gebruikt, wat tot verwarring leidt. Het advies over preventie van CVZ gebruikt dan ook, net als andere recente preventienota's, een nieuwe indeling die afkomstig is uit de GGZ (kader).

Hoe je preventie ook inricht, huisartsen spelen een rol in al deze vormen van preventie. Het nieuwe begrippenkader laat zich het makkelijkst toelichten aan de hand van de huidige standaarden en activiteiten. Bij de baarmoederhalskankerscreening is de huisarts de uitvoerder (*universele preventie*). Bij de borstkankerscreening, ook een vorm van universele preventie, motiveert de huisarts tot deelname, geeft de huisarts de uitslag door en zorgt voor opvang en doorverwijzing bij een ongunstige uitslag.¹⁴ In de NHG-Standaard Diabetes mellitus staat dat de huisarts Hindoestanen vanaf 35 jaar een bloedsuikerbepaling moet aanbieden (*selectieve preventie*). Een ander voorbeeld van selectieve preventie zijn de beweegadviezen die de huisarts geeft aan vrouwen die vroegtijdig in de overgang zijn gekomen (NHG-Standaard De overgang). In veel standaarden op het gebied van cardiovasculaire aandoeningen en aandoeningen van de luchtwegen (astma, COPD) staat het advies om bij aanwezigheid van de aandoening extra aandacht te besteden aan stoppen met roken. Dit is een vorm van *zorggerichte preventie*. Ook beperken van overgewicht en bevorderen van lichaamsbeweging komt als advies bij aanwezigheid van ziekten geregeld terug. De NHG-Standaard Depressie adviseert patiënten met mild-depressieve klachten om een vast dagschema aan te houden, lichaamsbeweging te nemen en onderliggende problemen te inventariseren. Men verwacht hierdoor te voorkomen dat de depressie zich ontwikkelt tot een ernstige depressie, zodat de patiënt niet met medicatie of gesprekstherapie hoeft te beginnen. Veel NHG-Standaarden kennen een apart beleid bij milde klachten of bij ziektebeelden die nog niet geheel aan de criteria voldoen. Dergelijk 'step-up'-beleid is een vorm van *geïndiceerde preventie*.

Ontwikkelingen in de eerste lijn

De eerste lijn is volop in beweging, met als trefwoorden schaalvergroting, samenwerking in de eerste lijn en taakdelegatie.¹⁵

Op lokaal niveau ontstaat meer samenwerking tussen huisartsen onderling, en met andere eerstelijns werkers, gefaciliteerd vanuit Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS'). Binnen de praktijk delegeren huisartsen veel preventieve taken aan de praktijkassistenten, zoals het maken van uitstrijkjes en meten van bloeddruk. Ook de praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige verricht veel preventieve taken, zoals bloeddruk-, cholesterol- en diabetescontroles en leefstijladvisering. Het is van groot belang dat de eerste lijn voldoende ruimte krijgt om samenwerking en taakde-

legatie verder te ontwikkelen; dit maakt het mogelijk om vanuit de huisartsenpraktijk en eerste lijn te werken aan verdergaande programmatische preventie. Voor alle onderwerpen uit de preventienota zijn binnen de eerste lijn reeds evidence-based richtlijnen en gerichte programma's beschikbaar.

Samenwerking en wijkgerichte aanpak

Huisartsen en andere eerstelijns professionals kunnen een bijdrage leveren aan effectieve en doelmatige preventie, het integreren van preventie in de zorg en het verbinden van curatie en preventie. Alle benodigheden zijn er: partnerships en (multidisciplinaire) richtlijnen over de vijf speerpunten, richtlijnen, eerste- en tweedelijns samenwerkingsafspraken en een landelijk dekkend netwerk van regionale ondersteuningsorganisaties (ROS'). Om de mogelijkheden van een effectief en doelmatig preventieaanbod vanuit de eerste lijn te realiseren, zijn enkele belangrijke veranderingen nodig.

Aanpak op wijkniveau en afstemming met andere actoren

Allereerst is het belangrijk om bij het aanbod in de eerste lijn goed af te grenzen wat men in de tweede lijn onder 'zorg' verstaat. Gaat de huisarts het stoppen-met-roken coördineren en hoe verhoudt zich dat tot speciale poliklinieken in ziekenhuizen? Met een uitbreiding van de preventieve taken van de eerste lijn ontstaat vrijwel zeker overlap met wat GGD's als lokaal gezondheidsbeleid vanuit de wettelijke kaders uitvoeren. Hier liggen de kansen voor synergie en afstemming: wijkgerichte programma's kunnen zorgen voor afstemming en gedeeltelijke integratie van nulde- en eerstelijnsactiviteiten, en voor goede bereikbaarheid en afstemming op de behoeften. Voorbeelden van een succesvol wijkgericht programma is het beweegproject 'Big move!' van de Stichting Gezondheidscentra Amsterdam Zuidoost.¹⁶ Ook zullen diverse professionals in de nulde of eerste lijn eigenstandig preventietaken oppakken of uitbreiden, zodat de – ook in de preventie gewenste – ketenzorg op de tocht komt te staan. Ook op het gebied van preventie kan de huisarts een belangrijke verbindende rol spelen. Want het is vaak de huisarts die bij gezondheidsproblemen de wegen naar bijvoorbeeld de bedrijfsarts, de jeugdarts, de wijkverpleegkundige of fysiotherapeut kent. En waarschijnlijk gaat de GGD vaker de huisartsen opzoeken vanuit de wens om de preventie en curatie af te stemmen.

Preventie in de eerste lijn: wanneer en in welke vorm?

Bovengenoemde ontwikkelingen staan de komende tijd vaak op de (politieke) agenda van de huisarts. De patiënt verwacht een aanbod, de verzekeraar wil in gesprek en commerciële praktijken bieden omvangrijke, dure en soms onbegrensde preventiepakketten aan. Het is te verwachten dat binnenkort 'Bewegen op recept' bij hoogrisicopatiënten die nog geen manifeste ziekte hebben (bijvoorbeeld ernstige obesitas zonder diabetes) ingang vinden en vergoed gaat worden. Dit is een vorm van *geïndiceerde preventie*. Waarschijnlijk komt er een aanbod voor een cardiovasculaire risico-inventarisatie, ook voor patiënten zonder manifeste aandoe-

Abstract

Drenthen AJM, Assendelft WJJ, Van der Velden J. Prevention in the general practice: get moving! *Huisarts Wet* 2008;51(1):38-41. There is increasing interest for prevention in healthcare. General practice can play an important intermediary role between prevention and cure.

GPs are involved in prevention in different ways and with positive results. Prevention is an integrated part of the consultation and of their evidence-based practice guidelines. They also implement prevention programmes such as influenza vaccination, cervical cancer screening and detection of familial hypercholesterolaemia.

There are some new developments in primary care. Increases in scale, more collaboration between primary care professionals and delegation of tasks make it possible for GPs to increase their role in prevention programmes.

Some changes are needed if there is to be an effective and efficient prevention package based on primary care. For instance, a clear distinction between 'prevention' in primary care and 'care' in secondary care, and connection with successful neighbourhood programmes such as 'Big move!' and 'Exercise on prescription'.

Many preventive activities in general practice are performed ad hoc. Experience with disease management and the 'Tailor-made Prevention' programme have taught us that a systematic approach is more effective and efficient. Much prevention is related to a cluster of lifestyle factors: smoking, alcohol, nutrition and exercise. It is probably more efficient and less medicalised to use the underlying health behaviour as point of departure rather than the preventable disease.

There are many opportunities for a greater role of general practice in the field of prevention.

ning. Daarnaast komt er op het gebied van de GGZ meer aandacht voor preventie, ook binnen de huisartsenpraktijk.

Veel geïndiceerde en selectieve preventieactiviteiten in de huisartsenpraktijk vinden plaats op een ad-hoc-basis: als de patiënt langskomt en als de huisarts eraan denkt komt het ter sprake. Uit de zorg voor chronische ziekten en uit het project Preventie Maatwerk weten we dat een programmatische aanpak efficiënter is. Het preventiewerk doorkruist de routine van het consult niet en de huisarts kan het delegeren aan bijvoorbeeld de praktijkondersteuner/-verpleegkundige. De huisarts houdt daarbij echter een belangrijke rol in de analyse van meer complexe problemen, bij de motivatie van patiënten en de afstemming met andere professionals en organisaties. Bij een programmatische aanpak wordt het snel duidelijk dat veel preventie neerkomt op een cluster leefstijlfactoren: alcohol, roken, voeding en bewegen. Dat roept dan weer de vraag op waarom ieder van die factoren vanuit een andere achterliggende ziekte een andere aanpak zou vergen. Waarschijnlijk is het efficiënter, en ook minder medicaliserend, om niet uit te gaan van de (te voorkomen) ziekte, maar van het onderliggende gezondheidsgedrag, en de winst die daarmee te behalen valt. Ook

wordt dan in afstemming met bijvoorbeeld GGD's en sportverenigingen duidelijk welke patiënten bijvoorbeeld een vergoeding moeten hebben voor begeleid 'Bewegen op recept', welke patiënten aan een speciale preventieactiviteit kunnen deelnemen en welke binnen het gangbare aanbod van bewegen geholpen kunnen worden.

Nu beginnen

Het vergt een omslag in het denken om ineens een breed preventieaanbod vanuit de huisartsenpraktijk te gaan doen. De kansen liggen er nu. We hebben qua praktijkorganisatie genoeg geleerd van onze aanpak van bijvoorbeeld diabetes en astma/COPD. De huisarts kent de sociale kaart van de wijk en gemeente, kent de diverse professionals en instanties, kent de voorgeschiedenis van de patiënt en de context van het gezin, en heeft de mogelijkheid om de patiënt uit te nodigen of aan te spreken. Gezondheid en gezond gedrag zijn nog steeds ongelijk verdeeld in Nederland. Het is, anders dan commerciële aanbieders, juist de huisarts die hier vaak goed zicht op heeft en op individueel of op groepsniveau een belangrijke bijdrage aan vermindering van ongelijkheid kan leveren. Het is te verwachten dat hiervoor de komende tijd steeds meer beleidsmatige en financiële ruimte ontstaat. Doet u mee? Kom in beweging!

Literatuur

- 1 Volksgezondheid en preventie. De visie van de KNMG. Utrecht, KNMG, 6 juni 2007.
- 2 Publieke gezondheid. Den Haag, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2006.
- 3 Van preventie verzekerd. CVZ rapport 27025645. Diemen: College Van Zorgverzekeraars, 2007. www.cvz.nl.
- 4 Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). Eerstelijnszorg voorop! Op weg naar een geïntegreerde eerstelijnszorg vanuit patiëntenperspectief. Utrecht: NPCF, 2006.
- 5 Nielen MMJ, Schellevis FG, Verheij RA. Evaluatie campagne 'Stop beginnende nierziekte'. Utrecht: NIVEL, 2007.
- 6 Lems S. De huisarts-patiëntrelatie anno 2006. Amsterdam/Utrecht, TNS NIPO/NHG, 2006.
- 7 De Hollander AEM, Hoeymans N, Melse JM, Van Oers JAM, Polder JJ, redactie. Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. Bilthoven: RIVM, 2006.
- 8 Kaderbrief 2007-2011. Visie op gezondheid en preventie. Den Haag, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 24 september 2007.
- 9 Preventienota: Kiezen voor gezond leven 2006. Den Haag, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2006. www.minvws.nl.
- 10 Tacken M, Verheij R, Mulder J, Van den Hoogen H, Braspenning J. Monitoring griepvaccinatiecampagne 2005. Utrecht: NIVEL, 2006.
- 11 Tacken M. Opkomst baarmoederhalskankerscreening: huisartsen organiseren het goed. Huisarts Wet 2002;45:109.
- 12 De Nooijer DP, De Waart FG, Van Leeuwen AWF, Spijker WWJ. Opkomst bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker hoger na uitnodiging door de huisarts, in het bijzonder voor groepen met doorgaans lage participatiegraad. Ned Tijdschr Geneesk 2005;149:2339-43.
- 13 Boomsma LJ, Drenthen T, In 't Veld CJ. Lappendeken of maatwerk. Betrek de huisarts meer bij preventieactiviteiten. Med Contact 2007;62:1760-3.
- 14 Hoeijmans N, Gijzen R. Zorgbehoefte, zorgvraag en zorggebruik. In: Bakker DH de, Polder JJ, Sluijs EM, Treurniet HF, redactie. Op één lijn. Toekomstverkenningen eerstelijnszorg 2020. Utrecht/Bilthoven: RIVM/NIVEL, 2005: 37-76.
- 15 Nederlands Huisartsen Genootschap / Landelijke Huisartsen Vereniging. Toekomstvisie huisartsenzorg. Utrecht: NHG/LHV, 2002.
- 16 Overgoor L, Aalders M, Stadius Muller I. Big!Move, beweging in gedrag van patiënt en huisarts. Huisarts Wet 2006;49:42-5.

Het preconceptieconsult

Welke rol gaat de huisarts spelen?

Gerda van der Weele en Lieke de Jong-Potjer

Preconceptiezorg

Het idee achter preconceptionele advisering is dat iedereen met een kinderwens op tijd goede informatie krijgt over vermijdbare risico's. Recent Nederlands onderzoek liet zien dat bijna alle paren met een zwangerschapswens ten minste één risicofactor hadden waarvoor persoonlijk advies nodig was.¹ Vrouwen gaan meestal pas naar de huisarts of de verloskundige als ze al (geruime tijd) zwanger zijn. Daardoor inventariseren en bespreken zij vermijdbare risico's meestal pas ná de belangrijke en kwetsbare eerste weken van de zwangerschap, de periode waarin de foetale organen zich ontwikkelen.

Opsporing van eventuele risicofactoren en goede voorlichting kan ook vóór de conceptie plaatsvinden. De toekomstige ouders kunnen dan al voor de zwangerschap preventieve maatregelen nemen en keuzes maken over eventueel genetisch en/of prenataal onderzoek, zonder de grote emotionele en tijdsdruk van dergelijke beslissingen tijdens een zwangerschap.

Inmiddels zijn verschillende organisaties en beroepsgroepen op dit terrein actief. In 2004 is de Stichting Preconceptiezorg Nederland opgericht, waarin een aantal van deze organisaties samenwerken (www.preconceptiezorg.nl). Het doel is om laagdrempel-