

NHG-Minisymposium Preventie in de huisartsenzorg Van politieke visie tot concreet preventieconsult

Bepaald niet voor het eerst staat de preventie in de huisartsenzorg volop in de belangstelling. Veel huisartsen zijn niet erg enthousiast over dit deel van hun werk, terwijl alles erop wijst dat preventie het best vanuit de huisartsenvoorziening kan worden aangepakt. Ook in de kabinetsvisie *Gezond zijn, gezond blijven* wordt naar de huisarts gekeken voor preventieve taken. En het NHG ontwikkelde richtlijnen voor het preventieconsult. Een goed moment dus om eens van gedachten te wisselen over dit onderwerp in een minisymposium.

Koesteren en innoveren

Leo Kliphuis (Openbare Gezondheidszorg VWS) verzorgt de eerste lezing. Hij gaat in op de nota *Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie*. Er is volgens deze kabinetsvisie alle reden om aandacht te geven aan preventie en een gezonde leefstijl:

- Nederland blijft de laatste jaren achter ten opzichte van andere Europese landen als het gaat om de gezondheid en levensverwachting van de bevolking;
- de chronische aandoeningen nemen toe;
- vooral bij de jeugd wordt een toename gezien van ongezond gedrag, bijvoorbeeld rond alcoholgebruik en overgewicht.

Het is dus zaak dat wordt vastgehouden aan bestaande speerpunten (roken, alcohol, overgewicht, diabetes en depressie) en dat nieuwe strategieën worden gezocht om de gezondheidsproblemen in de 21^{ste} eeuw aan te pakken. In de vorige kabinetsperiode werd vooral energie gestoken in de stelselverandering, waardoor er weinig aandacht was voor preventie. Daarin is nu een duidelijke kentering. De geformuleerde visie is daarvan een logisch gevolg, want:

- gezond gedrag leidt tot gezonde levensjaren en dus kwaliteit van leven;
- gezonde mensen dragen bij aan de vitaliteit van de samenleving;
- vermijdbare kosten door ongezond gedrag zetten het solidariteitsgevoel in de samenleving onder druk.

We moeten dus 'koesteren en innoveren', aldus Kliphuis. Dat koesteren gaat dan bijvoorbeeld om de preventie in de huisartsenzorg (waaronder stoppen met roken, 'grip op je dip', alcoholgebruik en overgewicht), met nadruk op een integraal en samenhangend beleid. En er moet bekeken worden of aan richtlijnen aspecten van vroegopsporing, preventie en management op een evidence based wijze kunnen worden toegevoegd.

Produceren van gezondheid

Koos van der Velden (Public Health UMC St Radboud) heeft de nota bekeken met als criterium de vraag of deze kabinetsvisie gezondheidswinst zal opleveren. Er is een omslag in het denken, stelt hij, want: 'De curatieve zorg is ten einde raad'. Hij constateert dat de politiek de huisarts in feite uitnodigt tot nieuw beleid, maar hij meent dat er meer aandacht moet komen voor de urgentie. 'Het is echt alarmerend



Foto: Corbis

hoe snel wij achteruit zakken ten opzichte van de rest van Europa!' Gezondheid wordt volgens Van der Velden vooral buiten de zorg 'geproduceerd' (werk, inkomen, opleiding, sport et cetera hebben een zeer sterke invloed op het welzijn van de mens). Het individu heeft plichten en verantwoordelijkheden als het gaat om zijn eigen gezondheid, maar moet ook kunnen genieten. 'De gezondheidszorg zelf zit in een spagaat. Met de nieuwe wet is een markt gecreëerd en dat bevordert de samenhang niet. Dit terwijl is aangetoond dat juist samenhang de gezondheid bevordert.'

Er moet dus commitment komen van lokale bestuurders voor de gezamenlijke aanpak van de problemen, omdat de veranderingen moeten worden doorgevoerd in de wijk en op de werkvloer. Lopende preventieactiviteiten die niet zijn geïntegreerd in de samenleving, blijken niet duurzaam. Nieuwe en al lopende activiteiten moeten dus worden geïntegreerd in grote 'gezondheidscycli'. Een goed voorbeeld is de aanpak van Big!Move, waarbij hele wijken in beweging komen omdat dit niet alleen vanuit de gezondheidscentra maar vanuit alle wijkvoorzieningen wordt gestimuleerd. Van der Velden ziet daarbij wel een belangrijke rol voor de huisarts: 'Die weet als geen ander wat er allemaal speelt in zijn wijk. Hij moet met die kennis meer naar buiten treden.' De huisarts moet volgens hem echter niet de regie opgelegd krijgen. 'Dat lijkt mij contraproductief. De huisarts zal de regie zelf moeten afdwingen.'

Preventie: goed voor uw patiënt!

Willem Schopman (huisarts, bestuurslid LHV) is 'blij dat het NHG de contouren heeft geschetst voor het preventieconsult, want we krijgen daar als huisartsen min of meer de opdracht toe...' Hij stelt dat de huisartsenvoorziening wel degelijk heel geschikt is voor preventie: 'We hebben heel veel kennis over onze patiënten en hun context en daarmee de tools in handen. De motivatie van huisartsen is niet altijd groot, maar realiseer u: preventie is goed voor uw patiënt!' Volgens Schopman kunnen veel preventietaken worden gedelegeerd. Inmiddels heeft circa 80 procent van de huisartsen al beschikking over een 'gewone' praktijkondersteuner, en die is prima toegerust voor preventietaken. De huisarts krijgt hierdoor steeds meer specia-

listische taken, wat het werk alleen maar leuker maakt. Wel worden de praktijken steeds drukker: 'Schaalvergroting, waarover een paar jaar geleden steeds werd gesproken, is dus onmogelijk. Wat je wel kunt doen is de aanstelling van de praktijkondersteuner uitbreiden om de extra taken op te vangen.' Schopman stelt dat de huisartsenvoorziening de ideale organisatievorm heeft voor preventie, dat deze activiteit in het basispakket van de verzekering moet worden opgenomen en dat de financiering, het aanbod en de organisatie in 2008 rond moeten zijn. 'Maar... er moet ook aandacht komen voor de gezondheidsschade die preventie aanricht!'

Reacties tussendoor

De zaal reageert op wat tot dusver te berde is gebracht.

- 'Het steeds doorverwijzen naar andere instanties frustrereert de initiatieven. Kijk naar Big!Move: als er wordt samengewerkt, lukt het allemaal wel. Er moet dus een format komen welke instanties waarvoor verantwoordelijk zijn.'
- Op de vraag wie er moet betalen reageert Kliphuis: 'We moeten meer vanuit een gezondheidsbewustzijn gaan opereren dan ziektespecifiek, en beperkt verantwoordelijkheden toewijzen. Houd je strategie bescheiden en zet niet meteen de hele bevolking aan het bewegen.'
- 'In de Nijmeegse wijk Hatert is met Big!Move de samenwerking voor tien jaar vastgelegd, opdat de boel niet in elkaar stort. We beginnen nu wel, maar weten nog niet of de zorgverzekeraars wel zullen betalen. Daar moet echt duidelijkheid over komen.'
- 'Je kunt als huisarts wel blijven klagen over al die patiënten die binnenkomen met allerlei onzinnige testuitslagen, maar het is beter om daar zelf iets goeds tegenover te stellen.'
- 'De huisartsenpraktijk is nu eenmaal echt de ideale plaats voor preventie. Ik roep alle 50-plussers in mijn praktijk actief op; dat waren 550 mensen in anderhalf jaar. Ik wis nu dus wel het zweet van mijn voorhoofd en heb mijn praktijkondersteuner hard nodig gehad. Ik ben het er dan ook mee eens dat de aanstelling van de POH moet worden uitgebreid.'

Leidse Rijn is veel te dik!

In het kader van 'De nieuwe praktijk' is er ook aandacht voor een *best practice*. Mattijs Numans, coördinator van het 'Leidse Rijn Gewichtsprogramma', vertelt daarover. 'Leidse Rijn is te dik, terwijl de bevolking er over het algemeen hoog opgeleid is.' Matig overgewicht is in die wijk te zien bij 45,2 procent van de mannen en 30,5 procent van de vrouwen. Een ernstig overgewicht heeft 11,4 procent van de mannen en 13,7 procent van de vrouwen. Het meest opmerkelijk is echter dat overgewicht het meest voorkomt bij *hoogopgeleide* mannen en bij *laagopgeleide* vrouwen!

Doel van het programma was om in een half jaar een gewichtsreductie van 5 procent te bereiken plus een verbetering van het (cardiovasculaire) risicoprofiel. Een 'afvalrace' was aanvankelijk vooral zichtbaar bij het aantal deelnemers aan het programma: van de 873 aanvankelijk geschikte kandidaten bleven er uiteindelijk slechts 134 over 'die kwamen opdagen'. Van hen hielden uiteindelijk 98 mensen het vol...

Vergeleken werden begeleiding door:

- de diëtiste (intake, metingen en adviezen);
- de fysiotherapeut (conditietest, bewegingsprogramma);
- een combinatie van beiden.

Bij 90 deelnemers (77,6 procent) was er een verandering in het eten/of bewegingspatroon. Maar de gemiddelde gewichtsafname met 5 procent na een halfjaar werd niet gehaald. Er was gemiddeld een kilo meer gewichtsreductie bij de groep die werd begeleid door de diëtiste plus de fysiotherapeut.

Er is tweemaal gemeten; eenmaal na zes maanden en eenmaal na twaalf maanden. Na zes maanden was men gemiddeld drie kilo afgevallen; na twaalf maanden was men in elk geval niet aangekomen.

Ans Stalenhoef, eindredacteur In de praktijk

Viertrapsmodel preventie

Tot slot schenkt Louwrens Boomsma (huisarts, wetenschappelijk medewerker NHG) aandacht aan het 'preventieconsult'. Hij stelt: 'Huisartsen hebben niet zoveel zin in preventie, maar dat geldt soms ook voor patiënten. Die krijgen opeens een oproep voor een onaan genaam borstonderzoek waar ze niet om hebben gevraagd.' Toch is over het algemeen de patiënt enthousiast over preventie, meestal vanwege de bekende misvatting daarover: 72 procent van de patiënten denkt dat je bijna alles kunt genezen wat je vroegtijdig ontdekt, terwijl slechts 18 procent van de huisartsen dat denkt.

'Nu is er allerlei ongerichte preventie en iemand moet daarin het voortouw nemen. De huisarts is daarvoor heel geschikt, want die heeft kennis van de patiënt, kan preventie met curatie combineren en kan het gedrag van de patiënt beïnvloeden. Bovendien zijn er organisatorische voordelen. Maar bovenal is aangetoond dat preventie door de huisarts het meest effectief is: bij de griepvaccinatie is de deelnamegraad significant verhoogd als de huisarts de oproep verzorgt.' Kortom: 'We kunnen het goed en het is effectief. Hoe pakken we het dan aan?' Daarvoor is een viertrapsmodel ontwikkeld.

1. Er is een vragenlijst ontwikkeld voor de patiënt waarmee klachten, familiale belasting et cetera worden uitgevraagd. Het is de bedoeling dat alle instanties dezelfde lijst hanteren.
2. Indien 1) daar reden voor geeft, vult de patiënt een vervolgvragenlijst in waarmee nadere details worden verkregen.
3. Indien 2) daar reden voor geeft wordt de patiënt ingedeeld bij een risicogroep en eventueel lichamelijk en aanvullend onderzoek verricht.
4. Evaluatie, eventuele aanpak, begeleiding en advisering. Ook gedragsverandering kan hier worden ingezet, evenals eventuele verwijzing.

Er is in dit viertrapsmodel naar gestreefd dat het een zeer geringe tijdsinvestering vergt van de huisarts. De stappen 1 en 2 kunnen zonder probleem worden gedelegeerd. Stap 3 zal veelal door de huisarts zelf moeten worden gedaan; delen van stap 4 kunnen vaak goed worden gedelegeerd.

Het is de bedoeling dat de vragenlijst van stap 1 nog dit voorjaar klaar is.