

Aanpak van het PreventieConsult Cardiometabool risico

INLEIDING

Het PreventieConsult Cardiometabool risico biedt een handvat om patiënten op verzoek geordend informatie te verschaffen over hun risico op cardiovasculaire en metabole aandoeningen.¹ Naast deze vraaggestuurde aanpak kan het PreventieConsult ook aan een grotere populatie worden aangeboden. Nielen et al. beschrijven de opbrengst van een dergelijk grootschalige aanpak door huisartsenpraktijken.² De NHG-site vermeldt dat deze pilot ertoe heeft geleid dat het PreventieConsult kan worden ingevoerd, althans als de financiering daarvoor is geregeld. Of de methode van Nielen et al. hiervoor toereikend is betwijfel ik echter.

PILOT PREVENTIECONSULT

De zoektocht van de auteurs naar nog onbekende risicopatiënten begon met het aanbieden van een gevalideerde vragenlijst aan de doelgroep die via een internetapplicatie moest worden ingevuld. De opbrengst van een actieve benadering – het aanschrijven van de doelgroep – leverde weliswaar veel meer reacties op dan de passieve benadering (posters in de praktijk) maar bleef zeer beperkt. Slechts eenderde van de genodigden reageerde en van de personen met een verhoogde risicoscore (tweederde van de deelnemers) volgde bij benadering 15% het advies om naar de huisarts te gaan voor verder onderzoek. In die groep bleek 20% een ‘cardiometabole aandoening’ te hebben, waarbij onduidelijk bleef of dit een nieuwe bevinding was. Dit is minder dan 1% van de primair aangeschreven populatie en bovendien gaat het hier vooral om de aanwezigheid van de risicofactoren hypertensie of hypercholesterolemie, zonder duiding van een behandelingsnoodzaak. Beide behoeven als op zichzelf staande risicofactor geen gerichte behandeling, maar moeten worden ingebed in de beoordeling van het absolute risico op hart- en vaatziekten.³

De opbrengst is al met al dus erg mager. Bovendien blijft een groot deel van de mensen met een (mogelijk) verhoogd risico thuis.

ANDERE AANPAK

Een andere aanpak om risicopatiënten op te sporen had veel meer effect, zowel wat betreft de reacties op de initiële uitnodiging als de vervolgstappen.⁴ In dat onderzoek werden patiënten zonder manifeste cardiovasculaire aandoeningen of risicofactoren (al dan niet behandelde hypertensie en hypercholesterolemie) door de huisarts uitgenodigd een – overigens niet-gevalideerde – screeningslijst in te vullen en terug te sturen. Driekwart van de patiënten deed dat en 71% van de genodigden met een mogelijk verhoogd risico kwam op een eerste

consult. Van hen bleek ruim 60% uiteindelijk geen verhoogd risico te hebben en daarmee eindigde het PreventieConsult. Bij 11% van de deelnemers bleek een of meer aandoeningen met een behandelingsindicatie te bestaan: 8,5% van de primaire doelgroep.

Het verschil met de aanpak van Nielen et al. was onder andere dat huisartsenpraktijken in dit onderzoek ‘gewone’ vragenlijsten aan hun patiënten gaven en hen niet naar internet verwezen. Hoewel we in een digitaal tijdperk leven, voelen patiënten zich misschien toch minder aangesproken door internet dan door de dokterspraktijk.

OPBRENGST

Terecht merken Nielen et al. op dat we de opbrengsten moeten afwegen tegen de inspanningen en kosten. De opbrengst van de directe aanpak door de huisarts is fors hoger dan de internetaanpak, terwijl de inspanningen niet veel groter lijken. Wel kost het verwerken van de vragenlijsten extra tijd en zijn er meer postzegels nodig.

De internetapplicatie geeft deelnemers een direct inzicht in het geschatte risico met bijhorend advies om (al dan niet) de praktijk te bezoeken: de actie ligt vervolgens bij de patiënt die het advies gemakkelijk naast zich neer kan leggen. In de directe aanpak horen patiënten vanuit de praktijk of zij een verhoogd risico hebben en krijgen zij een afspraak aangeboden: de actie ligt bij de praktijk en misschien voelen patiënten zich dan meer betrokken.

Tot de opbrengst van de directe aanpak hoort ook dat de huisarts informatie krijgt over het niet-deelnemen aan een dergelijk programma. Om privacyredenen kon vanuit de internetapplicatie immers geen terugkoppeling plaatsvinden, waardoor die informatie verloren ging in de aanpak van Nielen et al. Patiënten die niet deelnemen of het advies voor een vervolgsconsult niet opvolgen komen veelal wel om andere redenen in de praktijk, waardoor een extra mogelijkheid ontstaat om dit onderwerp te bespreken. Informatie over dergelijk ‘zorgmijdend’ gedrag kan ook belangrijk zijn bij andere gezondheidsproblemen. Dit zou een mooie bijvangst kunnen zijn van de benadering vanuit de eigen praktijk. Aansluiten bij de fase van motivatie tot leefstijlverandering vergroot in het algemeen de kans dat een doel wordt bereikt.

TEST UW RISICO

De vragenlijst van het PreventieConsult is als ‘risicotest’ inmiddels ook buiten studieverband beschikbaar via de site www.testuwrisico.nl. Het is opvallend dat de site vermeldt de test pas te doen als de patiënt daarvoor wordt uitgenodigd door de huisarts. Met de toevoeging ‘Bent u niet uitgenodigd? Ook dan kunt u de test doen. Het kan dan wel zijn dat uw huisarts nog niet het PreventieConsult aanbiedt en het vervolg voor verdere hulp nog niet helemaal heeft kunnen regelen. U kunt dit navragen bij uw huisarts en melden dat u deze test op ei-

UMC Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 196, 9700 AD Groningen: dr. M. H. Blanker, huisarts-epidemioloog. Tevens huisarts bij Huisartsenpraktijk Blanker & Thiele in Zwolle. • Correspondentie: blanker@belvederelaan.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: Marco Blanker was (tot 1 april 2011) directeur en medisch adviseur bij de Zorggroep Zwolle. Deze zorggroep heeft de CVRM-zorg niet aanbesteed.

gen initiatief hebt gedaan.' wordt de indruk gewekt dat huisartsen onvoorbereid (kunnen) zijn op patiënten die spontaan een als betrouwbaar geduide risicotest doen en met die uitslag de huisarts bezoeken.

Een (medisch-inhoudelijk) argument waarom huisartsen dit PreventieConsult nu al moeten omarmen is dat zij in staat zijn risico's werkelijk te kunnen duiden. Dit in tegenstelling tot andere gremia die met aangeboden screening vaak voor veel onrust zorgen en waarin de behandeling van afzonderlijke risicofactoren nog steeds gemeengoed lijkt. Aanpak door huisartsenpraktijken leidt mogelijk tot minder medicalisering, al kan ik dat niet cijfermatig onderbouwen.

TEN SLOTTE

Het is vooralsnog onduidelijk of het actief aanbieden van het PreventieConsult cardiovasculair risico door de huisarts effectief en doelmatig is. Informatie uit gerandomiseerd onderzoek is nodig voordat de hele beroepsgroep het PreventieConsult actief gaat aanbieden. Medisch-inhoudelijke argu-

menten moeten centraal staan bij het maken van die afweging en niet politieke of positionele argumenten. Praktijken die het PreventieConsult desondanks nu al breed willen aanbieden zouden in ieder geval de persoonlijke strategie moeten volgen, daarbij de gevalideerde scoringslijst van Nielen et al. moeten gebruiken en niet de afstandelijke internetapplicatie. Totdat de onderbouwing steviger wordt, kijk ik zelf de kat nog even uit de boom en beperk mij tot het beantwoorden van vragen die door patiënten worden gesteld, ook als zij al spontaan de risicotest hebben ingevuld. ■

LITERATUUR

- 1 Dekker JM, Alsema M, Janssen PGH, Van der Paardt M†, Festen CCS, Van Oosterhout MJW, et al. NHG-Standaard Het PreventieConsult Cardiometabool risico. www.nhg.org. Geraadpleegd in mei 2011.
- 2 Nielen MMJ, Van der Meer V, Assendelft WJJ, Schellevis FG. Eerste ervaringen met het PreventieConsult Cardiometabool risico. *Huisarts Wet* 2011;54:414-9.
- 3 NHG-Standaard Cardiovasculair risicomangement. www.nhg.org. Geraadpleegd in juni 2011.
- 4 Van de Kerkhof RM, Godefrooij MB, Wouda PJ, Vening RA, Dinant GJ, Spigt MG. Cardiometabole risicofactoren opgespoord met preventieconsult. *Ned Tijdschr Geneesk* 2010;154:A1860.

NHG-Verenigingsraad zoekt vier nieuwe leden (huisartsen)



Door het (statutair) aftreden van vier leden van de NHG-Verenigingsraad zijn wij op zoek naar nieuwe leden, huisartsen die:

- zich verbonden voelen met het Nederlands Huisartsen Genootschap;
- belangstelling hebben voor de inhoudelijke ontwikkeling van de beroepsgroep en daaraan een bijdrage willen leveren;
- zich actief willen inzetten voor een goed contact van het NHG met de leden;
- voor een groot deel van de tijd werkzaam zijn in de huisartsenpraktijk;
- bij voorkeur werkzaam zijn in het zuidoosten van het land (Limburg, Noord-Brabant, Gelderland).

Vooraf huisartsen met een allochtone achtergrond worden uitgenodigd om te solliciteren.

Bij de selectie van de Verenigingsraadsleden wordt namelijk gestreefd naar een zo goed mogelijke afspiegeling van de beroepsgroep. Hierbij spelen criteria als verdeling over het land (ook stad/platteland), het werkgebied (wetenschappelijk onderzoek, basisopleiding, beroepsopleiding, de nascholing, de 'gewone praktijk'), sekse, leeftijd en praktijkvorm een rol.

Wanneer u belangstelling heeft, kunt u tot 1 september 2011 een brief met uw motivatie en uw CV sturen aan de voorzitter van de NHG-Verenigingsraad, prof.dr. P.J.E. Bindels, p/a NHG, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht.

De Verenigingsraad van het Nederlands Huisartsen Genootschap geeft het inhoudelijke beleid van het NHG mede vorm. De Raad is begin 2004 van start gegaan, na de bestuurlijke vernieuwing van het NHG.

De Verenigingsraad van het NHG komt gemiddeld zesmaal per jaar bijeen en heeft als belangrijkste taak het gevraagd en ongevraagd adviseren van het NHG-bestuur over de hoofdlijnen van het te voeren inhoudelijk beleid. Daarnaast heeft de Raad instemmingsrecht bij de meerjarenbeleidplannen en jaarplannen van het NHG.

De leden van de Verenigingsraad worden door de Algemene Ledenvergadering van het NHG benoemd voor een periode van vier jaar. Deze termijn kan eventueel met opnieuw vier jaar worden verlengd. Momenteel bestaat de Raad uit 21 huisartsen.

Meer informatie over de NHG-Verenigingsraad - onder andere alle Adviezen die de Raad in de afgelopen jaren aan het NHG-bestuur heeft uitgebracht - kunt u vinden u op de webpagina's op de NHG-website: www.nhg.org (Het NHG > NHG-Verenigingsraad).

U kunt ook contact opnemen met de ambtelijk secretaris van de Raad, mevr. drs. A.H. Corpeleijn, tel. 030-2823500 of e-mail: a.corpeleijn@nhg.org.