

## Programmatische preventie: In de huisartsenpraktijk of de supermarkt?

In de afgelopen maanden heeft *In de praktijk* aandacht besteed aan diverse preventieactiviteiten die aan bod komen in de huisartsenpraktijk. Deze afsluitende bijdrage gaat in op recente voorbeelden van ongericht aanbod van preventieve screening en de ontwikkelingen voor de toekomst op basis van de nieuwe preventienota van VWS.

### Ongeleide preventieprojectielen

De huisartsenpraktijk is betrokken bij de preventieprogramma's griepvaccinatie en opsporing van baarmoederhalskanker. De opsporing van familiale hypercholesterolemie (FH) is daar sinds 2006 aan toegevoegd.<sup>1</sup> Als vorm van secundaire preventie begeleidt de huisarts bovendien patiënten met risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Recentelijk bieden zorgverzekeraars en anderen preventieve onderzoeken aan gericht op de 'gezonde bevolking': cholesterolscreening in de supermarkt, risico-inventarisatie voor nieuwe verzekerden et cetera. 'Daar moet de mattenklopper overheen!'<sup>2</sup>

Een preventieprogramma moet aan bepaalde eisen voldoen, zoals omschreven door Wilson en Jungner<sup>3</sup>. De kans om iemand op te sporen met een gezondheidsrisico dat medisch ingrijpen vereist, is zeer klein in de open bevolking, waar afwijkende testuitslagen vaak vals-positief zijn. Maar de betreffende persoon maakte zich wel ongerust over de uitslag. Het vervolgonderzoek dat aantoonde dat de eerste testuitslag onjuist was, geeft niet alleen extra ongemak voor de patiënt, maar ook onnodige kosten en inzet van personeel ten laste komend van de reguliere gezondheidszorg.

Iemand zonder klachten die een onderzoek laat doen, is wettelijk beschermd tegen de risico's van deelname (Wet op het bevolkingsonderzoek). De organisatie die zo'n onderzoek wil uitvoeren, moet een vergunning aanvragen bij het ministerie van VWS, hetgeen weer wordt goetst volgens de criteria van Wilson en Jungner.

### Wat dan wel?

Het ministerie van VWS brengt dit najaar een nieuwe Preventienota uit met als titel 'Kiezen voor gezond leven'. Gezonde mensen geven minder druk op het gezondheidszorgsysteem en dus minder kosten. Speerpunten in de nota zijn: roken, overgewicht, diabetes en psychische klachten (overmatig alcoholgebruik, depressie). Ter voorbereiding maakt VWS een rondgang door het land om relevante partijen en beroepsgroepen te raadplegen over de rol die ze kunnen spelen bij de ontwikkeling en uitvoering van preventie. De huisartsenpraktijk wordt een belangrijke rol toebedacht. De opkomst voor onderzoek is hoger als een huisarts daartoe uitnodigt dan wanneer de GGD of anderen dat doen. En bij de vervolgstappen kan de huisarts preventie en curatie combineren omdat hij de patiënt in zijn context ziet. Echter, de huisarts zou per dag ongeveer twaalf uur aan preventie besteden als hij alle verzoeken uit het veld zou honoreren. Dat is ook

met maximale delegatie niet haalbaar. Ondersteuning is overigens wel een *conditio sine qua non*. Na de selectie van risicogroepen kan de huisarts verdere taken delegeren volgens de tien sleutelwerkwoorden die bij het programma 'Preventie: Maatwerk' hun waarde hebben bewezen (selecteren, registreren, controleren, oproepen, informeren, organiseren, uitvoeren, administreren, herhalen en bijhouden). De huisarts heeft zijn inzet voor preventie bewezen en kan dat blijven doen, maar er is geen behoefte aan ongerichte preventieactiviteiten buiten de setting van de huisartsenpraktijk.

*Louwrens Boomsma, huisarts, wetenschappelijk medewerker NHG, in samenwerking met Ton Drenthen, senior-wetenschappelijk medewerker NHG.*

### NHG-producten bij speerpunten preventie

- ▶ Bij de secundaire preventie van *hart- en vaatziekten* kan de huisarts gebruikmaken van de herziene NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement en de gelijknamige PraktijkWijzer voor de praktijkondersteuner/praktijkassistente.
- ▶ Ook de standaard *Diabetes mellitus type 2* is herzien, evenals de gelijknamige PraktijkWijzer.
- ▶ De vroegopsporing van *depressie* is lastig. De huisarts is echter als gezinsarts op de hoogte van life-events en kan het beloop bij de patiënt actief volgen en zo nodig hulp inschakelen van de GGZ. De PraktijkWijzer GGZ biedt handreikingen bij die zorg.
- ▶ *Leefstijlonderwerpen* zijn stoppen met roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik. Aanpak van deze onderwerpen is bij de huisarts vaak niet erg populair, omdat het hier om gedragsverandering gaat die relatief veel tijd kost. De rol van de huisarts is de stappen in gedragsverandering te herkennen en in te schatten of een interventie zinvol is en kan worden gedelegeerd aan de praktijkondersteuner. Ook beperkte interventies in de leefstijl blijken effectief. Op basis van de multidisciplinaire richtlijn Tabaksverslaving (CBO, 2004) zal nog dit jaar een NHG-Standaard worden ontwikkeld. De stappen van gedragsverandering zoals weergegeven in de NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik worden uitgewerkt in nascholingsmateriaal. Over het onderwerp overgewicht gaat een CBO-richtlijn van start.

1. Zie NHG-Standpunt *Familiaire hypercholesterolemie* Huisarts Wet 2006;49(4): 202-4.
2. Ontleend aan het *Simplistisch Verbond* van Van Kooten en De Bie, VPRO.
3. Wilson JMG, Jungner G. WHO 1968. Zie ook: Boomsma L. *Programmatische preventie: Een taak voor de huisarts?* Huisarts Wet 2005;48(10):nhg-110-1.
4. Zie ook het NHG-Standpunt *inzake medische check-ups* (<http://nhg.artsenet.nl>).