



## Heeft het preventieconsult de toekomst?

### Samenvatting

Wyers CE, Walg CB, Evers SMAA, Ruwaard D. Heeft het preventieconsult de toekomst? *Huisarts Wet* 2014;57(6):286-9.

Preventie draagt bij aan een betere gezondheid, maar wordt vaak opgevoerd als middel om de kosten van de gezondheidszorg te beperken. Er is een wildgroei aan commerciële screenings en preventieve interventies, onder andere via internet aangeboden. In reactie hierop heeft het NHG in 2011 de NHG-Standaard Het PreventieConsult Cardiometabool Risico (het preventieconsult) gepubliceerd, die in de huisartsenpraktijken vroegtijdige opsporing van hart- en vaatziekten, type-2-diabetes en nierfalen moet faciliteren.

Op zichzelf past het preventieconsult helemaal in de ambitie die LHV en NHG hebben geformuleerd in de *Toekomstvisie huisartsenzorg 2022*, dat huisartsen zich gaan richten op wijkgebonden preventie, maar de implementatie verloopt traag. Het ontbreekt vooralsnog aan essentiële randvoorwaarden. Er moet structurele financiering zijn, de samenwerking met andere partijen moet goed geregeld zijn en ook moeten de haalbaarheid en kosteneffectiviteit van de interventies voldoende aangetoond zijn. Vooralsnog is er weinig bewijs dat het preventieconsult kosteneffectief is. Er is meer onderzoek nodig om zulk bewijs op tafel te krijgen.

### INLEIDING

De politieke en maatschappelijke discussie over de zorg concentreert zich de laatste jaren vooral op de vraag hoe lang de zorg zoals wij die kennen nog houdbaar zal blijven. De kostenexplosie in de laatste tien jaar heeft deze discussie aangejaagd. De vele rapporten die erover geschreven zijn, benadrukken de noodzaak tot kostenbeheersing en tot veranderingen in de zorg zelf om dat mogelijk te maken. Moet alles wat kan? Waarom is er zo veel praktijkvariatie? Wordt er wel efficiënt gewerkt? Welke zorg valt ten onrechte onder verzekerde zorg? Zou de professionele zorg niet voor een deel vervangen moeten worden door informele zorg en zelfzorg?

Er zijn niet alleen vragen over het zorgproces zelf. Ook de betekenis van preventie en de rol van de burger daarin zijn onderwerp van debat. Voorkomen is toch beter dan genezen? Is de burger niet zelf verantwoordelijk voor een gezonde leefstijl? Kan preventie bijdragen aan de houdbaarheid van de zorg? *Saving lives, saving costs* is een gevleugelde uitspraak in de politiek.<sup>1</sup> Preventie wordt expliciet genoemd in het regeerakkoord van 2012 en het kabinet geeft daar invulling aan via het Nationaal Programma Preventie.<sup>2,3</sup>

De laatste jaren is preventie bij verschillende organisaties steeds hoger op de agenda gekomen. Zo stelt de KNMG dat de samenleving in toenemende mate van artsen eist dat zij een bijdrage leveren aan het voorkomen van ziekten, en dat een versterkte eerstelijnszorg daarbij het voortouw moet nemen.<sup>4</sup> In deze context is eind 2011 de NHG-Standaard Het PreventieConsult module Cardiometabool Risico (het preventieconsult) verschenen.<sup>5</sup> Het is de bedoeling dat huisartsen in hun praktijk bij mensen van 45-70 jaar het risico op hart- en vaatziekten, type-2-diabetes en nierschade in kaart brengen. In deze beschouwing zullen wij stilstaan bij de concrete vraag in hoeverre het preventieconsult past binnen de onlangs verschenen *Toekomstvisie huisartsenzorg 2022* van LHV en NHG.<sup>6</sup> Hoe groot is de bereidheid het preventieconsult te implementeren en is er voldoende bewijs dat het preventieconsult kosteneffectief is?

### DE TOEKOMSTVISIE HUISARTSENZORG 2022

In hun toekomstvisie voor 2022 formuleren LHV en NHG zeventien ambities, waarvan er twee gericht zijn op preventie [kader].

Volgens de toekomstvisie zijn huisartsen en praktijkverpleegkundigen bij uitstek in de positie om in de patiëntenzorg extra aandacht te besteden aan preventie, aangezien zij de achtergrond en de levensloop van patiënten kennen. Huisartsen zouden zich niet alleen moeten richten op de individuele zorggerelateerde en individuele geïndiceerde preventie, die van oudsher hun speerpunten zijn (ambitie 11), maar krijgen ook een rol toebedeeld in selectieve preventie, die niet zozeer gericht is op het individu maar op delen van de praktijkpopulatie (ambitie 12).

Bij selectieve preventie werkt de huisarts samen met andere partijen. Hij speelt een verbindende rol door potentiële patiënten op te sporen, te verwijzen en/of te motiveren om deel te nemen aan speciale preventieprogramma's, en door eventueel screeningsprogramma's uit te voeren waarvan de meerwaarde is aangetoond.

### De kern

- LHV en NHG hebben de ambitie geformuleerd dat huisartsen zich meer gaan richten op wijkgebonden preventie.
- Het PreventieConsult Cardiometabool Risico past binnen die ambitie, maar de implementatie vordert traag.
- Het ontbreekt vooralsnog aan essentiële randvoorwaarden, waaronder structurele financiering, afstemming met andere partijen en inzicht in haalbaarheid en kosteneffectiviteit.
- Het is zaak hierover snel helderheid te krijgen.

Maastricht University, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Department of Health Services Research, Postbus 616, 6200 MD Maastricht; dr. C.E. Wyers, postdoc onderzoeker Ouderenzorg; C.B. Walg, onderzoeker (tevens adviseur Preventie bij Syntein, Boxmeer); prof.dr. S.M.A.A. Evers, hoogleraar Public Health Technology Assessment; prof.dr. D. Ruwaard, hoogleraar Public Health and Health Care Innovation • Correspondentie: d.ruwaard@maastrichtuniversity.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: het onderzoek 'Verkenning als opstap naar de implementatie en evaluatie van het PreventieConsult Cardiometabool Risico' en het onderzoek 'Ex-ante kosteneffectiviteitsanalyse van het PreventieConsult Cardiometabool Risico' zijn uitgevoerd met financiering van het Diabetes Fonds, de Nederlandse Hartstichting en de Nierstichting Nederland.

**Ambitie 11**

De huisartsenzorg richt zich vooral op die vormen van preventie waarvan haar inzet aantoonbare meerwaarde heeft: de zorggerelateerde en geïndiceerde preventie.

**Ambitie 12**

Samen met andere partijen (GGD, gemeente) geven huisartsen vorm aan wijkgebonden preventie, waarbij wordt afgesproken wie op welke wijze de meest effectieve rol kan spelen.

**PREVENTIECONSULT CARDIOMETABOOL RISICO**

Door vergrijzing en ongezonde leefgewoonten stijgt het aantal mensen met hart- en vaatziekten, type-2-diabetes en chronische nierschade. Deze aandoeningen gaan gepaard met ernstige complicaties, een verminderde kwaliteit van leven en hoge zorgkosten. Met het preventieconsult kunnen huisartsen in hun praktijk patiënten van 45-70 jaar opsporen die een verhoogd risico hebben op deze aandoeningen, zodat ze ze in een vroeg stadium kunnen behandelen.<sup>5</sup>

Het preventieconsult heeft drie onderdelen: een voordeur, een tussenportaal en een achterdeur. De voordeur is een vragenlijst die individuele patiënten invullen nadat zij actief (bijvoorbeeld per brief van de huisarts) of passief (via een folder of poster in de wachtkamer) zijn benaderd. De vragen gaan over risicofactoren zoals roken, lichamelijke activiteit, BMI, alcoholgebruik en familiale geschiedenis van diabetes en hart- en vaatziekten. Als de score op de vragenlijst daar aanleiding toe geeft, volgt het tussenportaal: een of twee consulten bij de huisarts. Daarna volgt de achterdeur: een leefstijladvies en/of behandeling.

Als deze opzet slaagt, kan het preventieconsult bijdragen aan de preventie van hart- en vaatziekten, type-2-diabetes en chronische nierschade. Die opzet past ook in ambitie 12 van LHV en NHG, want de verschillende onderdelen van het preventieconsult vragen om samenwerking en afstemming in de wijk.

De implementatie van het preventieconsult verloopt echter traag. Om die reden hebben het Diabetes Fonds, de Nederlandse Hartstichting en de Nierstichting Nederland in het kader van de Samenwerkende GezondheidsFondsen twee onderzoeken laten doen. Het eerste, het 'verkenningsonderzoek', had tot doel een indruk te krijgen van de regionale implementatiemogelijkheden – de haalbaarheid – van het preventieconsult.<sup>7</sup> Het tweede, de 'ex-ante kosteneffectiviteitsanalyse', moest de bestaande literatuur over de kosten en effecten van het preventieconsult en vergelijkbare interventies in kaart brengen.<sup>8</sup>

**VERKENNINGSONDERZOEK**

Gegevens over de regionale implementatiemogelijkheden werden op drie manieren verzameld: een literatuuronderzoek naar de Nederlandse situatie, interviews met 31 *stakeholders*, waaronder vertegenwoordigers van koepelorganisaties en beroepsverenigingen, beleidsmakers, zorgprofessionals, wetenschappelijk onderzoekers en private partijen, en tot slot een online enquête onder 205 betrokkenen in de regio, zoals

**Tabel 1** Positie van respondenten ten opzichte van het preventieconsult

	Interview		Online enquête	
	n	%	n	%
Respons	25/31	81%	39/205	19%
Zeer negatief	0	0%	0	0%
Negatief	0	0%	0	0%
Neutraal	7	28%	11	28%
Positief	16	64%	22	56%
Zeer positief	2	8%	6	15%

beleidsmedewerkers van GGD's, regionale ondersteuningsstructuren en zorggroepen, bedrijfsartsen, apothekers en zorginkopers huisartsenzorg en/of ketenzorg van verzekeraars.

In de literatuur vonden wij 4 onderzoeken die betrekking hadden op een pilot van het preventieconsult en 32 over initiatieven die indirect verband hielden met het preventieconsult. Opvallend is de grote diversiteit van organisaties, wijze van financiering en geografische inbedding. De geïnterviewde stakeholders en de respondenten op de online enquête stonden overwegend positief tegenover het preventieconsult [tabel 1], maar deze houding was wel gebonden aan een aantal randvoorwaarden.

Om inzicht te krijgen in die randvoorwaarden vroegen wij de 31 stakeholders naar factoren die de implementatie van het preventieconsult bevorderen dan wel belemmeren. [Tabel 2] geeft de resultaten. Als belangrijkste bevorderende factoren noemden onze respondenten de aanwezigheid van structurele financiering (71%), goede samenwerking tussen de betrokken partijen (58%), het opbouwen en onderhouden van een netwerk dat zorgt voor een heldere sociale kaart en een goede 'achterdeur' om zo nodig te kunnen doorverwijzen (29%), duidelijk beleid en een duidelijke organisatie (26%) en bewijs voor de effectiviteit, kosteneffectiviteit en validiteit van het preventieconsult (23%). Als belangrijkste belemmerende factoren werden genoemd het ontbreken van structurele financiering

**Abstract**

Wyers CE, Walg CB, Evers SMAA, Ruwaard D. The cardiometabolic prevention consultation. *Huisarts Wet* 2014;57(6):286-9.

While prevention programmes contribute to better health, they are also often applied to contain healthcare costs. As a result of the strong growth in the availability of commercial screening and intervention programmes, many of which are available via Internet, the Dutch College of General Practitioners (NHG) published, in 2011, the guideline The cardiometabolic prevention consultation (prevention consultation), to facilitate the early detection of cardiovascular disease, type 2 diabetes, and kidney failure. This guideline is consistent with the aim, formulated in the report 'Primary care in 2022', of the National Association of General Practitioners (LHV) and the NHG that general practitioners will focus on neighbourhood health prevention. However, implementation of these programmes is slow, due to the absence of structural funding and collaboration with other parties, and to the lack of evidence for the feasibility and cost effectiveness of these interventions. Further investigation of the cost effectiveness of the prevention consultation is needed.

**Tabel 2** Belangrijke bevorderende en belemmerende factoren volgens de geïnterviewden (n = 31)

Zorgniveau	Bevorderende of belemmerende factor	+*	-†
Innovatie	evidence-based (effectiviteit, kosteneffectiviteit, validiteit)	23%	23%
Individuele zorgverlener	draagvlak onder uitvoerders (medewerking van huisartsen)	10%	16%
	mentaliteitsverandering (bewustzijn, verantwoordelijkheid)	6%	19%
	drive, enthousiasme, bezieling	6%	0%
Deelnemer	vraaggericht: voorzien in en aansluiten bij behoeften van de deelnemers	13%	6%
	draagvlak onder gebruikers: meerwaarde van deelname is bekend	6%	3%
Sociale context	samenwerking	58%	35%
	leiderschap (een gezaghebbend persoon moet het belang benadrukken)	13%	3%
Organisatorische context	netwerk (achterdeur, contacten, sociale kaart)	29%	13%
	doelgroepsegmentatie, verschillend beleid voor verschillende groepen	6%	6%
	ondersteuning van de huisarts (menskracht)	3%	6%
	beleid, organisatiestructuur	26%	29%
Economische en politieke context	structurele financiering	71%	87%
	cultuuromslag financiering, betalen voor gezondheidswinst in plaats van schade	13%	3%
	politieke wil van de stakeholders	6%	0%
	urgentie van buitenaf, de (regionale) overheid moet zich erin mengen	3%	10%
	nationale visie op preventie ontbreekt	0%	6%

\* Percentage geïnterviewden dat de factor bevorderend vindt.

† Percentage geïnterviewden dat het ontbreken van de factor belemmerend vindt.

(87%), het ontbreken van samenwerking (35%) en het ontbreken van bewijs voor de (kosten)effectiviteit en de validiteit (23%).

### Financiering

De respondenten zien structurele financiering als de meest bevorderende factor, maar het gebrek daaraan in de huidige situatie ook als de meest belemmerende factor. Bij navraag bleek er een voorkeur te zijn voor financiering vanuit de basisverzekering (48%) of de aanvullende verzekering (26%). Een aantal stakeholders stelde voor om voor de huisarts een apart tarief in te stellen voor toeleiding naar een medische interventie, zodat de kosten van het preventieconsult voor de huisarts in dat geval volledig gedekt zijn. Het College voor Zorgverzekeringen heeft echter eerder al een apart tarief voor de toeleiding afgewezen.<sup>9</sup> Ruim een kwart van de geïnterviewden (26%) suggereerde dat de gemeente de toeleiding naar het preventieconsult zou kunnen bekostigen uit het gemeentefonds, eventueel samen met de (preferente) zorgverzekeraars, en ook zou kunnen helpen bij het faciliteren van de ‘achterdeur’, dat wil zeggen, leefstijlinterventies. Op grond van de Wet publieke gezondheid hebben gemeenten immers de taak voorzieningen in stand te houden die bijdragen aan de gezondheidsbevordering van de inwoners. Een vijfde van de respondenten (19%) vond dat de individuele burger ook zelf een bijdrage zou moeten leveren, met name aan leefstijlinterventies. Andere financieringsmogelijkheden die werden genoemd, zijn populatiegebonden bekostiging (16%) en werkgevers (10%).

### Organisatie

Het preventieconsult is ontwikkeld voor de huisartsenpraktijk, maar de geïnterviewde stakeholders gaven aan dat ook gemeenten, GGD's, werkgevers, bedrijfsartsen en individuele burgers zelf een rol hebben bij de toeleiding naar de risicovragenlijst.

De preventieconsulten voor personen met een verhoogd risico zouden moeten plaatsvinden in de huisartsenpraktijk, het eerste consult bij voorkeur door de praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige, het tweede door de huisarts. Bij het geven van leefstijladviezen zou de huisarts inzicht moeten hebben in effectieve interventies die in de buurt worden aangeboden. Op het vlak van leefstijlinterventies zou de huisartsenpraktijk moeten samenwerken met andere eerstelijnszorgverleners, sport- en bewegingsconsulenten en thuiszorg. Essentieel voor goed geregelde zorg is inzicht in beschikbaarheid van leefstijlinterventies, sportfaciliteiten en welzijnsactiviteiten op regionaal niveau: de sociale kaart. Dit inzicht ontbreekt veelal.

### EX-ANTE KOSTENEFFECTIVITEITSANALYSE

In aanvulling op het op Nederland gerichte literatuuronderzoek is er ook een systematisch internationaal literatuuronderzoek uitgevoerd om de bestaande kennis in kaart te brengen over de kosten en effecten van vergelijkbare preventieconsulten, gericht op cardiometabole aandoeningen. In een selectie van 849 artikelen die raakvlakken hadden met het preventieconsult vonden wij uiteindelijk 34 relevante economische evaluatieonderzoeken, waarvan wij de methodologische kwaliteit hebben beoordeeld met gevalideerde instrumenten.<sup>10-12</sup> De methodologische kwaliteit werd onafhankelijk van elkaar door twee personen gescoord. De bevindingen hebben we getoetst in een expertmeeting met deskundigen op het gebied van preventieconsult, (leefstijl)interventies en kosteneffectiviteit van preventie.

Van de 34 relevante onderzoeken waren er 27 gebaseerd op een model en 7 op een trial. Uit de 7 trials komt naar voren dat er tot op heden geen duidelijke uitspraak gedaan kan worden over de kosteneffectiviteit van het preventieconsult. De 27 modelonderzoeken geven een iets gunstiger beeld, maar

ook zij leiden niet tot een algemeen geldige conclusie over de kosteneffectiviteit omdat ze zich richtten op andere populaties, andere screeningsmethoden gebruikten en bij nader inzien ook andere typen interventies onderzochten.

Uit Nederlands onderzoek komt naar voren dat er een grote spreiding is in het percentage personen dat na actieve toeleiding de risicovragenlijst invult (33-75%).<sup>33-35</sup> Al even groot is de spreiding in het percentage dat een risicoscore heeft boven de drempelwaarde (30-75%), en in het percentage dat vervolgens vanwege die risicoscore op consult komt bij de huisarts (36-72%). Als al deze stappen gepasseerd zijn, blijkt ongeveer 20% van de overgebleven deelnemers een cardiometabole afwijking te hebben. Een eenduidig beeld levert dit dus niet op.

### HET PREVENTIECONSULT EN DE TOEKOMSTVISIE

Vaak wordt verondersteld dat alleen geïndiceerde en zorggerelateerde preventie tot het takenpakket van de huisarts behoren – ambitie 11 uit de toekomstvisie van LHV en NHG. Toch doet de huisarts ook aan selectieve preventie, zoals de griepvaccinatie en het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Ambitie 12 uit de toekomstvisie geeft aan dat deze selectieve preventie uitgebreid kan worden. Door samen te werken met andere partijen kan de huisartsenpraktijk invulling geven aan wijkgebonden – lees: meer populatiegerichte – preventie. De Toekomstvisie stelt wel als voorwaarde dat de kosteneffectiviteit van selectieve preventieprogramma's aangetoond moet zijn. Uit onze verkenningstudie en ex-ante kosteneffectiviteitsanalyse komt naar voren dat er met name in de organisatie grote verschillen zijn en dat er in de financiering nog enkele hindernissen overwonnen moeten worden. De effectiviteit en kosteneffectiviteit van het preventieconsult zijn nog onvoldoende aangetoond. Aangezien de betrokken partijen grote bereidheid tonen het preventieconsult structureel in te bedden in de eerstelijnszorg en zowel de *Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022* als het *Nationaal Programma Preventie* daaraan ruimte bieden, is het zaak snel helderheid te krijgen over deze belangrijke randvoorwaarden. Vervolgonderzoek naar de implementatie van het preventieconsult is dan ook noodzakelijk. Daarin zouden in elk geval de volgende aspecten moeten worden meegenomen.

- *Willingness to change*: de bereidheid van deelnemers om daadwerkelijk hun gedrag te veranderen.
- *Willingness to pay*: de bereidheid van deelnemers om een geldelijke bijdrage te leveren.
- Non-responderonderzoek: de redenen om niet aan het preventieconsult deel te nemen en het profiel van deze non-responders.
- Doelgroeponderzoek: mede op geleide van de bovenstaande punten inzicht krijgen in de juiste doelgroep (leeftijd, sociaal-economische status, omvang, gehele populatie versus hoogrisicogroepen of individuele benadering via *case finding*).
- Bevorderende en belemmerende factoren voor uitvoerende huisartsen en andere partijen om het preventieconsult daadwerkelijk te implementeren [tabel 2].
- De rol van de werkplek: in aanvulling op de positie van de

huisarts verder verkennen van de rol die de werksetting speelt, in samenwerking met bedrijfsartsen en rekening houdend met de uitkomsten van het op dit moment lopende onderzoek door de Nederlandse Vereniging van Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde.

- Regionale focus: het vervolgonderzoek zou het best kunnen plaatsvinden in een of meer regio's waar zorgaanbieders, GGD, werkgevers, gemeente en zorgverzekeraars een positieve houding hebben ten opzichte van preventie en het preventieconsult. Dit verhoogt de kans op structurele financiering en op inbedding bij positieve uitkomsten. Een dergelijke regionale focus is ook van belang om meer zicht te krijgen op de mogelijkheden voor het aanbieden van (kosten)effectieve leefstijlinterventies op geleide van een 'sociale kaart'.

Recentelijk is het NIVEL samen met het Julius Centrum het INTEGRATE-onderzoek gestart waarin opnieuw de vraag centraal staat wat de (kosten)effectiviteit is van een geïntegreerd cardiometabole screening- en behandelingsprogramma in de huisartsenpraktijk.<sup>36</sup> Hopelijk nemen de onderzoekers bovengenoemde aspecten mee.

Het preventieconsult staat niet op zichzelf. Er zijn ideeën om een dergelijke vorm van selectieve preventie uit te breiden naar risicofactoren voor andere ziektebeelden. Het ontwikkelen van een vernieuwend, aangepast aanbod vereist een nieuw samenspel tussen de verschillende partijen, en een gezamenlijke visie op een werkwijze die uitgaat van wijkgebonden preventie als leidend principe, waarbij individuele en collectieve preventie vloeiend in elkaar overgaan. Hier ligt een grote uitdaging bij de nadere uitwerking en implementatie van het Nationaal Programma Preventie.<sup>3</sup>

### DANKWOORD

De auteurs willen alle deelnemers aan de interviews, de respondenten van de online enquête en de experts bedanken voor hun waardevolle bijdrage aan de 'Verkenningstudie' en de 'Ex-ante kosteneffectiviteitsanalyse' van het PreventieConsult Cardiometabool Risico. Daarnaast willen de auteurs alle projectgroepleden en mede-onderzoekers op onderdelen bedanken: dr. Marie-Jeanne Aarts, dr. Caroline Baan, prof.dr. Ien van de Goor, dr. Mickael Hiligsmann, dr. Maria Janssen, prof. dr. Hans van Oers, prof.dr. Jantine Schuit, dr. Paulien Vermunt en dr. Ardine de Wit. ■

### LITERATUUR

Zie [www.henw.org](http://www.henw.org), rubriek Beschouwing.