

Preventieconsult: geen bewijs van effectiviteit

Klacht- of ziektegeoriënteerde richtlijnen vormen al jaren de basis voor het huisartsgeneeskundig handelen. Die richtlijnen bevatten ook zorggerelateerde preventieve onderzoeken en behandelingen. De NHG-Standaard Het Preventie-Consult module Cardiometabool (het preventieconsult) is de eerste grote richtlijn voor huisartsen met als doel het opsporen, begeleiden en behandelen van individuen zonder lichamelijke klachten op basis van vooral leefstijlgerelateerde risicofactoren.¹ Hierin komt de – voor huisartsen – bekende terughoudendheid ten aanzien van (over)diagnostiek ook terug.

De richtlijn bevat naast handvatten om vragen van patiënten over hun cardiometabole risico op structurele wijze te beantwoorden ook adviezen voor een meer gestructureerde aanpak voor het opsporen van risicopatiënten op praktijkniveau. Hiermee wordt een andere richting ingeslagen dan tot nu toe gebruikelijk was. De huisarts wacht niet tot de patiënt zich met een probleem meldt of een vraag stelt, maar benadert de patiënt zelf met een aanbod voor zorg. De richtlijncommissie liep vooruit op de later geformuleerde Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022, waarin het NHG en de LHV een preventieambitie toevoegen aan het huisartsgeneeskundig takenpakket: *De huisartsenzorg richt zich vooral op die vormen van preventie waarvan haar inzet aantoonbare meerwaarde heeft: de zorggerelateerde en geïndiceerde preventie.*²

Elders in dit nummer stellen Wyers et al. terecht de kritische vraag of dit preventieconsult wel past binnen deze ambitie.³ Er is immers nauwelijks bewijs voor de effectiviteit. Het pilotonderzoek van het preventieconsult levert in deze vorm opvallend weinig op.⁴ In 2011 becommentarieerde ik al dat slechts 1% van de primair aangeschreven populatie een ‘cardiometabole aandoening’ bleek te hebben, waarbij onduidelijk bleef of dit een nieuwe bevinding was.⁵ Het betrof hier vooral de aanwezigheid van de risicofactoren hypertensie of hypercholesterolemie, zonder de duiding van een noodzaak voor behandeling. Van een aantoonbare meerwaarde is dus vooralsnog geen sprake.⁶

Die constatering is eigenlijk het antwoord op de door Wyers et al. gestelde vraag. Toch krijgt dat aspect weinig aandacht. De auteurs richten zich op de moeizaam verlopende implementatie en bespreken uitgebreid de randvoorwaarden (lees: geld) voor de uitvoering. Overigens wordt in de stakeholderanalyse die zij bediscussiëren door 23% van de deelnemers (7 van de 31) genoemd dat de bewezen effectiviteit, kosteneffectiviteit en validiteit van het preventieconsult als bevorderende factoren dienen.³ Ongenoemd blijven welk bewijs dat

dan is en wat de achtergrond van die zeven stakeholders is.

Elke patiënt mag van (huis)artsen verwachten dat hun medische behandeling bij klachten en ziektes zo goed mogelijk wetenschappelijk is onderbouwd. Toch lijkt niemand zich echt druk te maken om het ontbreken van bewijs voor de inzet van preventieve programma's die door verzekeraars, overheden en onze eigen beroepsorganisaties worden aangehangen.

Hierbij vallen nog enkele tegenstrijdigheden op. De overheid roept hard dat preventie van belang is, maar verzwakt het rookverbod in cafés en verlaagt subsidies voor stoppen-met-rokencampagnes. Lokale overheden vergeten bij te dragen aan de basis van preventie, namelijk bewegen op scholen, door bijvoorbeeld zwemlessen af te schaffen. Zorgverzekeraars worden verantwoordelijk gemaakt voor (een deel van) de uitvoer, maar hebben er geen handvatten voor. Commerciële partijen, waaronder organisaties van bedrijfsartsen, bieden preventie als ‘zinvol product’ aan, gericht op de werkende populatie.

Zolang er geen fatsoenlijk bewijs is voor de effectiviteit van dit soort screeningsprogramma's is verdere discussie daarover zinloos. Deze LHV-NHG-ambitie blijft voorlopig slechts een mooi wandtegeltje en krijgt pas betekenis als aan de belangrijkste randvoorwaarde wordt voldaan: aangetoonde meerwaarde. Ik hoop dat het wandtegeltje eerder van de muur wordt gehaald, als het besef doordringt dat alle preventieve inspanningen veel ‘collateral damage’ veroorzaken. Dit besef is al zichtbaar in de tegenbewegingen van de JAMA-Less is more- en BMJ-Too much medicine-campagnes. Naast de kritische vraag of het preventieconsult wel past binnen de genoemde ambitie past de kritische vraag of deze ambitie eigenlijk wel past binnen de huisartsgeneeskunde.

Een bijwerking van deze ambitie kan ten slotte zijn dat huisartsen zich noodgedwongen steeds meer gaan bezighouden met zaken waarmee zij zich van hun patiënten vervreemden. De overmatige belangstelling voor preventieve taken gaat op den duur ten koste van de relatie die wij met onze patiënten hebben. Medicaliseren van grote groepen gezonde individuen, hen tot risicopatiënten bestempelen omdat hun manier van leven niet past binnen het medisch ideaal, is moraliserend. Daar komt nog bij dat slechts enkelen de voordelen zullen voelen en allen de hinder zullen ondervinden van jarenlange controles en behandelingen. Ik vrees dat deze moderne inquisitie op den duur op gespannen voet komt te staan met de oorspronkelijke functie van de huisarts waarin het duiden van klachten en het – waar mogelijk wetenschappelijk onderbouwd – geven van raad en daad centraal staan. ■

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Commentaar.

Rijksuniversiteit Groningen, UMC Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 196, 9700 AD Groningen; dr. M. H. Blanker, huisarts-epidemioloog en huisarts bij Huisartsenpraktijk Blanker & Thiele in Zwolle • Correspondentie: blanker@belvederelaan.nl • Mogelijke belangenvertrengeling: de auteur was tot 1 januari 2014 medisch adviseur van Medrie-Zorggroep Zwolle.