

PREVENTIE

Monika Hollander

postdoc en kaderhuisarts HVZ,
Julius Centrum UMC Utrecht en
Leidsche Rijn Julius Gezondheids-
centra

François Schellevis

hoogleraar huisartsgeneeskunde
Nivel Utrecht en VUmc, Amsterdam

Niek de Wit

hoogleraar huisartsgeneeskunde
Julius Centrum UMC Utrecht en
Leidsche Rijn Julius Gezondheids-
centra

GEZAMENLIJKE VISIE NODIG VAN ALLE BETROKKEN PARTIJEN

Preventie hart- en vaatziekten is los zand



De samenhang tussen de verschillende activiteiten ter preventie van hart- en vaatziekten is ver te zoeken. Dat moet anders, bepleiten drie betrokken huisarts-onderzoekers, en wel door eensgezinde actie van beleidsmakers, beroepsgroep, wetenschappers en zorgverzekeraars.

Sinds de introductie van ketenzorgprogramma's voor cardio-vasculair risicomanagement (CVRM) en diabetes is programmatische preventie van hart- en vaatziekten (HVZ) een structureel onderdeel geworden van de huisartsenzorg. Parallel hieraan zijn het PreventieConsult cardiometabool risico (PC-CMR), en de, online, persoonlijke gezondheidscheck (PGC) gelanceerd, evenals programma's voor leefstijlverbetering.¹ In potentie bestrijken deze initiatieven samen de hele keten van preventieactiviteiten in nulde, eerste en tweede lijn. Maar helaas: de effectiviteit is nog onvoldoende onderzocht, structurele financiering is er nog niet en het ontbreekt aan samenhang tussen de verschillende activiteiten. Begrijp-

pelijk dus dat veel zorgverleners het overzicht kwijt zijn. Hieronder lopen we de diverse activiteiten langs en geven onze visie op een coherent aanbod ervan.

• **Persoonlijke gezondheidscheck**

De persoonlijke gezondheidscheck is in februari 2015 gelanceerd, mede ondersteund door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). De online-PGC geeft inzicht in risico's op hart- en vaatziekten en daarnaast op nierziekten, longziekten en psychische klachten. Door de brede beschikbaarheid is de PGC een vorm van universele preventie in de nulde lijn. Huisartsen kunnen de PGC ook programmatisch

inzetten voor selectieve preventie bij een nader te omschrijven doelgroep. De beroepsgroep heeft nog geen standpunt ingenomen over de inzet van de PGC. Alhoewel er in de bedrijfsgeneeskundige setting in observationeel onderzoek een positief effect op leefstijl en cardiovasculair risicoreductie werd gevonden, is het effect van brede inzet van de PGC nog niet wetenschappelijk onderzocht.

- **PreventieConsult cardiometabool risico**

In 2011 is de NHG-Standaard PC-CMR verschenen.² De doelgroep bestaat uit personen tussen 45 en 70 jaar zonder bekende hart- en vaatziekte of risicofactor hiervoor. Het PC-CMR kan worden gebruikt bij patiënten met vragen over hun risico, maar ook als screeningsinstrument in de doelgroep. Ontoereikende financiering, samenhangend met de nog niet aangetoonde (kosten-)effectiviteit, is de voornaamste belemmering voor invoering van het PC-CMR in de huisartsenpraktijk. De resultaten van de Integrate-studie, die die effectiviteit in een gerandomiseerde studie onderzoekt, zullen mede bepalen of die invoering alsnog gaat plaatsvinden.³

- **Cardiovasculair risicomanagement**

De doelgroep voor deze ketenzorg is volgens de NHG-Standaard CVRM veel groter dan de groep waarvoor zorgverzekeraars de kosten willen dragen. Marktwerving zorgt er namelijk voor dat veel verzekeraars zich bij CVRM-inkoop beperken tot die patiënten bij wie economische winst te behalen valt, bijvoorbeeld door substitutie van tweede- naar eerstelijnszorg. Dat zijn vooral patiënten die al een hart- of vaatziekte hebben doorgemaakt, of patiënten met een (door leeftijd gedreven) sterk verhoogd risico (> 20%) binnen tien jaar. Programmatische zorg door de praktijkverpleegkundige bij patiënten met een NHG-indicatie voor CVRM-zorg, die buiten de ketenzorgcriteria van de verzekeraar vallen, wordt niet vergoed. Dit leidt ertoe dat niet iedereen die op basis van de PGC of het PC-CMR als hoogrisicopatiënt wordt geïdentificeerd, aanspraak kan maken op CVRM-ketenzorg.

- **Leefstijlinterventies**

Recentelijk is een NHG-richtlijn verschenen die handvatten geeft voor het aanbod van leefstijlinterventies.⁴ Hierin spelen de sociale kaart en het overzicht van voorzieningen in de wijk een grote rol. Volgens die richtlijn heeft de huisarts een spilfunctie bij de inrichting van dit aanbod, samen met burgers, lokale overheid, andere zorgaanbieders en verzekeraars. Onduidelijk blijft echter wie welke verantwoordelijkheid heeft en hoe het leefstijlinterventieaanbod gefinancierd moet worden. Zorgverzekeraars

vergoeden leefstijlinterventies vooralsnog alleen – wederom – voor patiënten met een bekende hart- en vaatziekte, als onderdeel van de ketenzorg CVRM, COPD of diabetes.

Nog ver weg

Bij een optimale HVZ-preventieketen sluiten de preventieactiviteiten naadloos op elkaar aan. In die keten zetten overheid en zorgverleners de PGC in om burgers actief te stimuleren tot een gezonde leefstijl. De huisarts heeft idealiter een centrale rol bij het selecteren en oproepen van patiënten met een *mogelijk* verhoogd risico via het PC-CMR. En via de ketenzorg CVRM heeft de huisarts alle patiënten in beeld met *bekende* cardiovasculaire risicofactoren en patiënten in stabiele fase na een acute hart- of vaatziekte.

Alle patiënten met een behandelindicatie volgens de NHG-richtlijn krijgen passende zorg, vergoed binnen de Zorgverzekeringswet. Waar dat kan, wordt deze zorg door de huisarts verleend; alleen in geval van complexe problematiek door een medisch specialist. Op deze manier georganiseerd heeft de huisarts de praktijkpopulatie volledig in beeld wat betreft de cardiovasculaire risico's.

Helaas is dit ideaalbeeld van een samenhangende HVZ-preventieketen nog ver weg. De (kosten-)effectiviteit van de PGC, PC-CMR en de ketenzorg CVRM moet nog worden aangetoond. Wetenschappelijk onderzoek richt zich tot nu toe op de aparte onderdelen, maar mogelijk is het effect juist afhankelijk van een adequate organisatie van de *gehele* HVZ-preventieketen. Het is onduidelijk wie mensen met een mogelijk verhoogd risico zou moeten identificeren en wie dat betaalt. Bovendien is de verantwoordelijkheid van burgers, huisartsen, overheid en verzekeraars nog niet op alle onderdelen afgebakend.

De realiteit is ook dat de financiering van preventieactiviteiten over de hele linie bijna nergens structureel geregeld is, en de huisarts nu veel patiënten tussen wal en schip ziet vallen. Op dit moment is de patiënt in Nederland pas verzekerd van adequate zorg vanaf het moment dat een cardiovasculaire aandoening of een bepaald risicoprofiel is vastgesteld. Daarbij verschillen de entreecriteria per verzekeraar.

Tot nu toe volgen alle betrokkenen hun eigen weg en een gezamenlijke visie ontbreekt. De overheid blijft het belang van preventie propageren, maar houdt burgers primair zelf verantwoordelijk voor gezondheid en leefstijl, huisartsen zetten opportunistisch de huidige preventieactiviteiten voort, voor zover de financiering dat toelaat, de beroepsorganisaties bemoeien zich nauwelijks met de implementatie en de verzekeraars contracteren preventieactiviteiten primair op basis van eigen economische afwegingen. De huidige onduidelijkheid doet zodoende te veel patiënten tekort.

Noodzakelijke samenhang

Wij pleiten voor een gezamenlijke visie van beleidsmakers, beroepsgroep, wetenschappers en zorgverzekeraars op de inrichting van de integrale HVZ-preventieketen. Partijen

Veel zorgverleners zijn het overzicht kwijt

Zijn betrokken partijen bereid hun comfortzone te verlaten?

moeten daarvoor HVZ-preventie echt prioriteit willen geven. Alleen aandacht voor het voorportaal (de PGC) en voor het topje van de ijsberg (substitutie van tweede naar eerste lijn) zonder borging van preventieve zorg voor de grote groep patiënten daartussenin met een matig verhoogd risico op hart- en vaatziekten, is kortzichtig. Harmonisatie van de NHG-Standaarden voor PGC, PC-CMR en CVRM is nodig voor een optimale invulling van zorg voor deze middengroep. Daarbij zullen de richtlijnen het cardiovasculaire risico op dezelfde manier moeten berekenen. Het moet duidelijk worden of de integraal georganiseerde HVZ-preventieketen (kosten-)effectief is, en welke programma's het beste werken voor welke patiëntengroepen. Om deze evaluatie te kunnen doen zullen betrokken partijen de handen ineen moeten slaan. Steun van overheid, zorgverzekeraars en andere partijen is nodig om dit onderzoek te financieren.

De vraag is of de betrokken partijen bereid zijn om de huidige impasse te doorbreken en hun comfortzone te verlaten. In onze visie is integrale organisatie van de HVZ-preventieketen de enige logische stap om tot een duurzaam maatschappelijk rendement te komen van alle investeringen die tot nu toe door overheid, professionals en patiëntenorganisaties gedaan zijn in de afzonderlijke HVZ-preventieprogramma's.

Wij zullen, als eerste stap, alle relevante stakeholders uitnodigen om hun visie op de noodzakelijke samenhang in de preventie-keten tijdens een invitational conference te presenteren en te bediscussiëren. ■

contact

m.hollander-2@umcutrecht.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

De voetnoten en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.