

LAPPENDEKEN OF MAATWERK

Betrek de huisarts meer bij preventieactiviteiten

Preventie is hot, zowel bij publiek als politiek. Helaas is de organisatie ervan niet helder. Er is sprake van overlap, maar ook van hiaten. De rol van de huisarts verdient meer aandacht, want hij is de schakel tussen preventie en curatie.

LOUWRENS BOOMSMA
TON DRENTHEM
KEES IN 'T VELD

De preventieve gezondheidszorg is flink in beweging, getuige verschillende rapporten en adviezen.¹⁻⁵ In bijna al deze publicaties ligt het accent op de rol van gemeenten en GGD'en. Zij worden gestimuleerd tot het uitvoeren van lokale preventieprogramma's. De rol van de huisarts komt beperkt aan bod, terwijl hij in veel preventieprogramma's een rol speelt. Dat is verklaarbaar: huisartsen zagen preventie tot voor kort als een zaak die veel tijd kost, weinig oplevert en leidt tot medicalisering.

Het RIVM signaleert echter dat curatie alleen onvoldoende gezondheidswinst oplevert. Het instituut stelt dat er meer aandacht moet komen voor preventie.⁶ Daarnaast neemt bij het publiek de belangstelling voor health checks toe en stemde de LHV-ledenvergadering onlangs in grote meerderheid voor het invoeren van een preventieconsult door de huisarts.

Tot nu toe lijkt de preventie in Nederland echter, alles overziend, nog het meest op een veelkleurige lappendeken.

NUANCERING

Health checks en testjes zijn 'in'. Maar alle testen leiden ook tot afwijkende waarden die bevestiging of nuancering behoeven.⁷⁻¹⁰ Voor de consument is de huisarts het aanspreekpunt bij het vervolg op de test. Dit gaat ten koste van de tijd in en het reguliere budget van de gezondheidszorg.

Verzekeraars stellen de eerste lijn centraal in de uitvoering van preventie.³ De minister van VWS noemt in zijn visie op gezondheid en preventie de eerste lijn en de huisarts de schakel tussen curatieve en openbare gezondheidszorg. Huisartsenorganisaties willen zich ook als zodanig profileren, maar de samenwerking met andere partijen is nog onvoldoende omschreven.

Sinds 1995 zijn huisartsen betrokken bij programmatische preventie als griepvaccinatie, bevolkingsonderzoek

meningokokken-C-vaccinatie en de soepele start van de vaccinatie tegen pneumokokken.

De inzet van huisartsen bij het landelijk programma influenzavaccinatie heeft geleid tot een van de hoogste dekkingsgraden onder risicogroepen ter wereld (76%).¹²

In de toekomst blijft de coördinatie rond vaccinaties bij voorkeur bij het RIVM, de productie bij het Nederlands Vaccin Instituut, de distributie en andere logistiek via het RVP en de SNPG, in nauw overleg met de beroepsgroepen (jeugd- en huisartsen).

ZELF UITNODIGEN

Huisartsen zijn ook betrokken bij het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker (BMHK). Dit wordt uitgevoerd door twaalf regionale screeningsorganisaties in samenwerking met GGD'en, huisartsen en streeklaboratoria. Uit onderzoek is gebleken dat huisartsen die vrouwen zelf uitnodigen en herinneren aan dit bevolkingsonderzoek een 10 tot

De huisarts is het aanspreekpunt bij het vervolg op health checks

baarmoederhalskanker (BMHK) en sedert 2006 bij de opsporing van familiale hypercholesterolemie. Zij worden daarbij ondersteund door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Vereniging van Georganiseerde eerste lijn (LVG).¹¹

PNEUMOKOKKEN

Huisartsen zijn nauwelijks betrokken bij het huidige Rijksvaccinatieprogramma (RVP), terwijl bij de invoering van een nieuwe vaccinatie afstemming wel is vereist. Dat verschil bleek uit de onrust bij de invoering van de vaccinatie tegen

15 procent hogere dekkingsgraad kennen dan GGD'en.¹³

Huisartsen spelen, weliswaar indirect, ook een rol bij bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Het oproepen en screenen gebeurt buiten de huisarts om, maar bij afwijkende uitslagen wordt hij wel geacht actie te ondernemen.

De screeningsorganisaties voor BMHK staan los van de acht organisaties voor borstkankerscreening die zijn ingedeeld conform de integrale kankercentra. In de toekomst zou samenwerking binnen de kankerscreening kunnen leiden tot één stelsel van screeningsor-



Er is een lappendeken aan preventieactiviteiten: bevolkingsonderzoek naar borstkanker, het Rijksvaccinatieprogramma, de speerpunten overgewicht en beweging uit de Preventienota.

organisaties gekoppeld aan de integrale kankercentra. Zo ontstaat afstemming tussen preventieve en curatieve activiteiten. De huisarts staat daarbij garant voor goede organisatie en een hoge participatiegraad.

Het Centrum voor Bevolkingsonderzoek (CVB) van het RIVM kan een rol spelen bij de coördinatie en afstemming met deskundigencommissies voor de verschillende vormen van kanker-screening.

DUBBELE SPEERPUNTEN

Huisartsen hebben een belangrijke rol in de preventie van overgewicht, diabetes type 2, depressie en verslavingsziekten: alle speerpunten uit de Preventienota.

Bij de primaire preventie van diabetes type 2 is het voorkomen dan wel verminderen van overgewicht essentieel. Wat betreft vroege opsporing (secundaire of selectieve preventie) gaat het om bloedglucosemetingen bij risicogroepen: patiënten die al onder controle staan voor hypertensie, vetstofwisselingsstoornissen of gevolgen hiervan zoals hart- en vaatziekten.¹⁴ Tertiaire, zorggerelateerde preventie tenslotte, bestaat uit regelmatige controles van diabetespatiënten.

Secundaire en tertiaire preventie zijn onderdeel van de reguliere curatieve zorg. Preventie en bestrijding van overgewicht valt vrijwel samen met de preventie van diabetes: eigenlijk is dit een dubbele speerpunt. Voor de aanpak

van diabetes en risicofactoren voor hart- en vaatziekten beschikt de huisarts over NHG-Standaarden en CBO-richtlijnen.

De rol van de huisarts bij overgewicht en de vroege opsporing van diabetes is nu nog een vorm van casuïstische (selectieve) preventie: als hij overgewicht signaleert, neemt de huisarts een leefstijlanamnese af, peilt hij de motivatie om af te vallen en geeft hij voedingsvoorlichting.¹⁵

De nu nog vrijblijvende aanpak van overgewicht moet, gezien de te verwachten toename van morbiditeit die ermee samenhangt, veranderen. Hier ligt ook een taak voor het bij het RIVM ingestelde Centrum voor Gezond Leven (CGL). Dat kan succesvolle lokale initiatieven beoordelen op hun toepasbaarheid en deze vervolgens landelijk uitdragen.

Voor afstemming van de preventie en curatie van overgewicht en diabetes verdient het aanbeveling bij het CGL een landelijke deskundigengroep in te stellen waarin ook de curatieve zorg is vertegenwoordigd. Te denken valt aan een modificatie van het huidige Kenniscentrum Overgewicht.¹⁶

DEPRESSIE

Roken en schadelijk alcoholgebruik, ook speerpunten in de Preventienota, zijn aan elkaar verwante aspecten van (on)gezond leven en verwant aan depressie vanwege hun gezamenlijk voorkomen en de lokalisatie in bepaalde hersengebieden. Verslavingsziekten en depressie vragen

om een geïndividualiseerde aanpak, die begint met signaleren en diagnosticeren en wordt voortgezet met op maat gesneden interventies en de mogelijkheid tot verwijzing.

Bij verslavingsziekten is de motivatie van de cliënt cruciaal. Een effectieve aanpak vereist daarom vaardigheden op het gebied van motiverende gespreksvoering.

Huisartsen kunnen hierbij gebruikmaken van de NHG-Standaarden Problematisch Alcoholgebruik en Stoppen met roken en de multidisciplinaire CBO-richtlijnen. Daarnaast is de diagnostiek en behandeling van depressie goed omschreven in de NHG-Standaard Depressie. De rol van de huisarts bij preventie van depressie vraagt echter nog om nadere uitwerking.

SCHEIDING

De coördinatie van de aanpak van verslavingsziekten en depressie ligt nu nog bij verschillende organisaties. Zo valt die van alcoholgebruik en depressie onder GGZ-Nederland en het Trimbos Instituut. In deze tweedelijsorganisaties zijn preventie en curatie wel samengebracht, maar de samenwerking met de eerste lijn is beperkt. Ook bestaat er in de praktijk veelal een scheiding tussen GGZ en verslavingszorg. Een verslaafde patiënt met een depressie pendelt zodoende tussen twee instanties, terwijl de problematiek in feite ondeelbaar is. Dit is contraproductief. Het is dan ook verheugend >>



Samenwerkingsverbanden, richtlijnen en kenniscentra kunnen preventie van het negatieve imago verlossen.

<< dat wat betreft roken en alcoholgebruik zogeheten partnerships zorgen voor de afstemming van signalering en behandeling door de verschillende beroepsgroepen.¹⁷⁻¹⁹ In de toekomst kan het Centrum voor Gezond Leven (CGL) hierbij een coördinerende rol spelen. Momenteel is de expertise van het centrum daarvoor echter nog te beperkt.

In de toekomst zal de huisarts samen met de praktijkondersteuner gestructureerd moeten werken bij de behandeling en mogelijke preventie van verslavingsziekten. Dat vraagt om een netwerk van instellingen en professionals waarmee kan worden samengewerkt, zoals rookstop- en detoxificatiepoliklinieken (behandeling) en jeugdartsen (preventie).

De rol van de huisarts bij de preventie van depressie is nog nauwelijks ingevuld. In ieder geval moet worden gestreefd naar transparantie binnen de GGZ. Dat veronderstelt een beperkt aan-

waarde van de huisarts inmiddels duidelijk uit de opkomst, maar ook vanwege de koppeling tussen preventie en curatie. Deze koppeling heeft ook landelijk de voorkeur in de integrale kankercentra. Ook wat betreft onderwerpen uit de Preventienota kan de huisarts individueel maatwerk bieden in afstemming met de landelijke aansturing door het Centrum voor Gezond Leven. Hiervoor is het wel belangrijk dat de huisarts beschikt over vaardigheden als het juist afnemen van een leefstijlanamnese en het uitvoeren van motiverende gespreksvoering.

Op termijn lenen de onderwerpen uit de Preventienota zich ook voor programmatische preventie, maar om dat te doen, moet de huisartspraktijk wel protocollair kunnen werken en duidelijke afspraken maken over taakdelegatie.

Goede coördinatie van preventieactiviteiten met bijbehorende publieksvoorlichting en de mogelijkheid om

Huisarts moet leefstijlanamnese kunnen afnemen en motiverende gespreksvoering beheersen

tal hulpverleners rond de patiënt die van elkaar weten wat ze te bieden hebben.

GOEDBEDOELD

Preventieactiviteiten lijken landelijk en regionaal gezien nog het meest op een lappendeken van goedbedoelde initiatieven en best practices die te weinig navolging krijgen. De eerste lijn kan casuïstische en programmatische preventieactiviteiten goed uitvoeren. Als deze activiteiten op macroniveau goed zijn afgestemd, kan de huisartsenvoorziening haar aandeel in preventie uitbreiden. Op het gebied van vaccinatie bij geïndiceerde groepen en kankerscreening is de meer-

binnen de huisartsenvoorziening een gesprek over preventie (preventieconsult) te voeren, zal ongetwijfeld bijdragen aan het voorkomen van ongestructureerde health checks, waar de consument in arren moede nu vaak zijn heil zoekt.

Alle benodigdheden zijn er: partnerships, kenniscentra, (multidisciplinaire) richtlijnen, eerste- en tweedelijns samenwerkingsafspraken en een landelijk dekend netwerk van regionale ondersteuningsorganisaties (ROS'en). Als ze op de juiste wijze worden ingezet, komt preventie los van haar negatieve imago. Dan is niet langer sprake van een lappendeken, maar van maatwerk. ■

SAMENVATTING

- Preventieactiviteiten vertonen nog weinig samenhang en afstemming.
- Bestaande en te verwachten vormen van kankerscreening vragen om landelijke coördinatie gekoppeld aan de integrale kankercentra.
- De speerpunten overgewicht, voeding en bewegen uit de Preventienota worden ondergebracht bij het Centrum voor Gezond Leven (CGL) van het RIVM
- Voor de regie van verslavingsziekten en depressie heeft het CGL een coördinerende rol, samen met Stivoro, GGZ-Nederland, Trimbos-instituut en de eerste lijn.
- De eerste lijn kan aanspreekpunt zijn om preventieactiviteiten bij doelgroepen te brengen. Samenwerking en ketenzorg zijn hierbij de sleutelwoorden.
- De kabinetsvisie op gezondheid en preventie bepleit een betere verbinding tussen preventieve en curatieve zorg, met de eerste lijn als verbindingsschakel.

L.J. Boomsma,
huisarts, wetenschappelijk medewerker NHG sectie preventie

dr. A.J.M. Drenthen,
socioloog, senior wetenschappelijk medewerker NHG sectie preventie en patiëntenvoorlichting

C.J. in 't Veld,
huisarts, hoofd afdeling Implementatie van het NHG

Correspondentieadres: l.boomsma@nhg.org;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

De literatuurlijst vindt u onder de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl.

MC-artikelen over de rol van de huisarts in preventiebeleid vindt u via onze website:
www.medischcontact.nl/dezeweek.



Literatuur

1. Preventienota: Kiezen voor gezond leven 2006. Den Haag, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2006.
2. Publieke gezondheid. Den Haag, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2006
3. Van preventie verzekerd. CVZ rapport 27025645. Diemen, College Van Zorgverzekeraars, 2007.
4. Volksgezondheid en preventie. De visie van de KNMG. Utrecht, KNMG, 6 juni 2007.
5. Kaderbrief 2007-2011. Visie op gezondheid en preventie. Den Haag, Minister van Volksgezondheid, 24 september 2007.
6. De Hollander AEM, Hoeymans N, Melse JM, Van Oers JAM, Polder JJ (eindredactie). Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. Bilthoven, RIVM, 2006.
7. Geerts A. Kort leefstijladvies lijkt te werken. Voedingmagazine 2007; 2:15-7.
8. Lems S. De huisarts-patiëntrelatie anno 2006. Amsterdam/Utrecht, TNS NIPO/NHG, 2006.
9. Deutekom M, Bossuyt PMM. De toegenomen beschikbaarheid van doe-het-zelftests voor medische metingen. Ned Tijdschr Geneesk 2007; 151: 910-4.
10. Van Bommel J. Bijwerkingen van preventie. Medisch Contact 2007; 62: 702-5
11. Boomsma LJ, Drenthen AJM, Hombergh P van den, Veld CJ in 't. De strijd tegen gezondheidsrisico's. Geïntegreerde preventieprogramma's vanuit de huisartsenpraktijk. Medisch Contact 2004; 59:1429-32.
12. Tacken M, Verheij R, Mulder J, Van den Hoogen H, Braspenning J. Monitoring griepvaccinatiecampagne 2005. Utrecht, NIVEL, 2006.
13. De Nooijer DP, De Waart FG, Van Leeuwen AWF, Spijker WWJ. Opkomst bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker hoger na uitnodiging door de huisarts, in het bijzonder voor groepen met doorgaans lage participatiegraad. Ned Tijdschr Geneesk 2005; 149: 2339-43.
14. NHG-Standaard/CBO-richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement. Utrecht, CBO/NHG, 2006.
15. Boomsma LJ, Van Binsbergen JJ. Is voedingsvoorlichting door de huisarts zinvol? Huisarts Wet 2001; 44: 620-3.
16. www.kenniscentrumovergewicht.nl
17. Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving. Utrecht, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2004.
18. Chavannes NH, Kaper J, Frijling BD, Van der Laan JR, Jansen PWM, Guerrouj S, Drenthen AJM, Bax W, Wind LA. NHG-Standaard Stoppen met roken. Huisarts Wet 2007; 50(7): 306-14.
19. Richtlijn Alcoholmisbruik en- afhankelijkheid (in ontwikkeling). Utrecht, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2007.