

PREVENTIE IN DE EERSTELIJNSZORG
OP ZOEK NAAR GOEDE VERHOUDINGEN

een invitational conference

12 maart 1992

 **NIVEL**
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

Nederlands Instituut voor de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)
Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg - TNO (NIPG)

INHOUD

Voorwoord	1
E.J.D. Haslinghuis - WVC Inleiding	5
J. van der Velden - NIVEL Preventie in Nederland in internationale context	11
P.F.M. Verhaak - NIVEL Csus-gerichte preventie in de eerstelijnszorg	19
H.P.A. van de Water - NIPG-TNO Werken aan meer programmatische preventie in de eerstelijnszorg	27
J.B.W. Drewes - NRV Pragmatisch of programmatisch?	33
V.C.L. Tielens - NUHI Toelichting vanuit het NHG	43
W.L. Bogtstra - LHV Voorstel LHV / NHG	47
M. de Winter - LVT Programmatische preventie geen oplossing voor alle kwalen	55
H.M. Cromheecke-Reus - NOV De allereerste lijn	61
A. de Wijer - KNGF Bijdrage uit de kringen van het KNGF	65
A. Dekkers - LP/CP Het belang van preventie voor patiënten	71

J. Bultman - ZFR Preventie en marktwerking	73
D. Kaasjager - WVC Sturing van preventie door het beleid	83
Verslag afsluitende discussie	87
Bijlage	91

VOORWOORD

Donderdag 12 maart organiseerden het NIVEL en het NIPG een invitationaal conference over het onderwerp: Preventie in de thuiszorg.

Aanleiding voor deze conferentie vormde het advies inzake preventie van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en het voorstel van de Landelijke Huisartsen Vereniging/Nederlands Huisartsen Genootschap in deze.

Deze adviezen, mede gezien in het licht van resultaten van onderzoek dat de afgelopen jaren door NIVEL en NIPG is verricht, kunnen het uitgangspunt vormen voor de verdere ontwikkeling van preventie in de thuiszorg. In overleg met de Stafafdeling Beleidsontwikkeling is daarom als doel van de conferentie geformuleerd om in samenspraak met alle betrokken partijen (veld, patiënten, financiers en beleidsmakers) te komen tot een stapsgewijze planning van de realisering van preventie in de thuiszorg. Het verslag van deze dag treft U aan in deze proceedings.

In het eerste blok komen de onderzoekers aan het woord. Van der Velden geeft de stand van zaken met betrekking tot preventie in internationaal perspectief weer, Verhaak gaat in op de situatie zoals die in de eerstelijnsgezondheidszorg op dit moment wordt aangetroffen en van de Water schetst een beeld van preventie zoals het eigenlijk zou moeten.

In deze, op feitenmateriaal gebaseerde inleidingen, wordt vastgesteld waar het om gaat, wat de uitgangssituatie is van het debat van de dag. Een van de kenmerken van die uitgangssituatie is dat preventie in de eerste lijn op de dag van vandaag nog vaak neerkomt op een **casuïstische** aanpak: naar aanleiding van een (curatieve) hulpvraag wordt door de huisarts een uitstrijkje gemaakt, geeft een wijkverpleegkundige een advies of laat de fysiotherapeut zien hoe klachten in de toekomst door een andere houding vermeden kunnen worden. Uitzonderingen, zoals bijvoorbeeld de perinatale zorg en de jeugdgezondheidszorg daar gelaten is er zelden sprake van een **programmatische** aanpak in de eerste lijn.

Het was de bedoeling dat het debat van 12 Maart met name betrekking had op de realisering van een overgang van casuïstische naar programmatische preventie. Deze overgang wordt bepleit c.q. ondersteund in de twee nota's die in tweede blok van deze proceedings gepresenteerd worden: de adviezen c.q. voorstellen die de Nationale Raad voor de

Volksgezondheid resp. de Landelijke Huisartsen Vereniging/Nederlands Huisartsen Genootschap hebben uitgebracht op dit terrein.

Het NRV-advies, toegelicht door Drewes, betreft in principe de gehele eerstelijns. Er wordt gepleit voor een programmatische aanpak van preventie in de eerstelijns. Onder een programmatische aanpak wordt verstaan: planmatig uit te voeren preventieve activiteiten, volgens vastgelegde taakverdeling en werkwijzen die zich richten op een omschreven doelgroep en waarbij het doelgroepbereik wordt gevolgd.

Dit kan volgens het advies in de eerstelijns geschieden wanneer het gaat om activiteiten die aansluiten bij de dagelijkse routine, die een beperkte belasting vormen die in de tijd gespreid is, en die passen bij het generalistisch karakter van de eerstelijns. Het advies gaat niet inhoudelijk in op de aard van de te ondernemen activiteiten (men noemt wel een vijftal aandachtspunten uit het jaaradvies 1990 van de Gezondheidsraad) maar benadrukt met name voorwaarden waaraan voldaan zou moeten worden om programmatische preventie mogelijk te maken. Deze voorwaarden hebben te maken met sturing vanuit een hoger niveau, ter hand te nemen door overheid of beroepsgroepen (besturing, programmaontwikkeling, regelgeving en financiering) en met de wijze van beroepsuitoefening. In dat laatste opzicht spelen zaken als patiëntenregistratie, automatisering, praktijkondersteuning en samenwerking een belangrijke rol.

De "huisartsennota" , toegelicht door Tielens en Bogtstra, haakt hier in zoverre op in, dat daarin het voornemen wordt uitgesproken om in een gefaseerde opzet te komen tot programmatische preventie in de huisartspraktijk. In deze nota worden onderwerpen genoemd, die zich daarvoor in de huisartspraktijk lenen (systematische griepvaccinatie, verbetering opsporing baarmoederhalskanker, opsporen en begeleiden van personen met multipole risicofactoren voor hart- en vaatziekten, nadere uitwerking rol van de huisarts bij screening op borstkanker, levensstijl-advisering m.b.t. roken en alcohol gebruik). Daarnaast worden de nodige randvoorwaarden hiertoe uitgewerkt: aanpassing van de registratie, grotere inbreng doktersassistente, inzet van regionale consultants ter ondersteuning van huisartsengroepen, samenwerking en afstemming met andere hulpverleners en automatisering.

Na de presentatie van de twee adviezen wordt vanuit een drietal andere beroepsgroepen ingegaan op de mogelijkheden die men ziet om elementen van programmatische preventie in hun werkzaamheden op te nemen.

De Winter spreekt over de thuiszorgorganisaties en brengt enige nuance aan in de discussie: Niet alle programma's zijn even zinvol terwijl niet programmeerbare aspecten van de thuiszorg wel degelijk een preventieve waarde hebben en niet verloren mogen gaan, louter en alleen omdat ze niet in een programma vertaald kunnen worden. Cromheecke behandelt de verloskundige en de Wijer geeft zijn visie op de mogelijkheden die de fysiotherapie ten dienste zouden staan.

In het eerste middagblok wordt door anderen dan hulpverleners gereageerd op de voorstellen.

Dekkers geeft namens de patiënt zijn visie op de poging om preventie op een programmatische basis een plaats in de eerste lijn te verschaffen. Kanttekeningen worden geplaatst bij het monopolie dat de beroepsgroep huisartsen claimt bij de bepaling van de inhoud en structuur van eerste lijnspreventie.

Een tweede mening die de deelbelangen van beroepsbeoefenaren overstijgt, is die van de kant van de sociale ziektekosten verzekering. In het NRV-advies worden uitspraken over de bekostiging van programmatische preventie in een eventueel nieuw stelsel gedaan. In het NRV-advies wordt geadviseerd om individugerichte programmatische preventie uit de centrale kas van de nieuwe ziektekostenverzekering aan de zorgaanbieders, dan wel via het normuitkeringsstelsel aan de ziektekostenverzekeraars te financieren. Niet individualiseerbare programma's op het terrein van de collectieve preventie zouden uit de algemene middelen via gemeentefonds of andere fondsen moeten worden betaald. Bultman gaat hier nader op in. Ook hij gaat in op de prioriteiten die gesteld worden in het huisartsenvoorstel.

Ten slotte is er de visie van de overheid, vertolkt door Kaasjager. In het NRV-advies worden aan de overheid eisen gesteld met betrekking tot de gefaseerde invoering en planning (waar in het NHG/LHV-advies een voorzet toe wordt gegeven), met betrekking tot besturing, prioriteitenstelling en stimulering, m.b.t het overleg met de beroepsgroepen, de regelgeving en de mogelijkheden voor ondersteuning. Op dit laatste is in het huisartsenadvies al een voorschot genomen met een ingediende begroting op dit vlak. Kaasjager geeft aan wat er in dit opzicht van een terugtrekkende overheid verwacht mag worden.

Het laatste deel van deze proceedings bevat de discussie die gevoerd is naar aanleiding van een drietal geformuleerde stellingen. Deze drie stellingen zijn de resultante van een kleine 40 stellingen die tevoren en in

de loop van de dag door sprekers en toehoorders werden aangedragen. De volledige lijst is achterin de proceedings opgenomen. Het algemene gevoel aan het eind van de dag was er een van een zekere eensgezindheid: beroepsbeoefenaren, beleidmakers en financiers zitten in zekere zin op één lijn, de bal ligt bij het ministerie van WVC.

INLEIDING

E.J.D. Haslinghuis

Met plezier heb ik de uitnodiging aanvaard, om met een korte inleiding deze conferentie voor genodigden -die ik gezien het programma met gerust hart een werkconferentie wil noemen- te openen.

Ik stel mij voor dat ik in mijn openingswoord een korte outline geef van de stand van zaken rond het preventiebeleid.

Dat betekent onder meer dat in deze inleiding niet het preventiebeleid aan de orde komt, zoals dat sinds jaar en dag ten aanzien van specifieke ziekten wordt gevoerd. Het beleid inzake bijvoorbeeld kanker, hart- en vaatziekten en Aids en SOA mag ik bij het hier verzamelde gremium bekend veronderstellen.

Ik beperk mij tot een outline uit compassie met de sprekers die na mij komen, voor wie na een indringende exercitie mijnerzijds slechts platgetreden paden zouden resten.

Zoals ook de onverhoopt muzikaal minder ontwikkelden onder u zullen weten, is het de toon die de muziek maakt. En in deze zin heeft de staatssecretaris van Volksgezondheid met betrekking tot preventie reeds de toon gezet, en zeker niet in mineur.

Zo werd in de nota "Werken aan zorgvernieuwing" uitvoerig aandacht besteed aan versterking van de preventie binnen de zorgsector als een van de inhoudelijke prioriteiten binnen het door WVC gevoerde beleid. Ook werd in de nota aan de Tweede Kamer een Ontwikkelingsplan Preventie toegezegd, dat betrekking zou hebben op de ontwikkeling van een preventie-beleid in achterblijvende sectoren en op de samenhang tussen de verschillende vormen van preventiebeleid.

Ook in de Nota gezondheidsbeleid 1992 'Gezondheid met beleid', die in december vorig jaar naar de Kamer is gezonden, vormt versterking van de preventie op een groot aantal gebieden een der hoofdlijnen.

In deze zin is de nota, waarin ook een hernieuwde impuls wordt gegeven aan het facetbeleid, een volgende stap in het proces van ontwikkeling van het gezondheidsbeleid.

Dit beleid werd ingezet met het uitbrengen van de Nota 2000 in 1986. Sinds de verschijning van deze nota is het begrip preventie volop in de belangstelling gekomen. Deze nadruk op preventie volgt uit het feit dat steeds duidelijker wordt dat veel van de huidige gezondheidsproblemen door de mens zelf te beïnvloeden zijn.

In het ontwerp-Kerndocument Gezondheidsbeleid (1989) werd vervolgens een eerste aanzet gemaakt om de ideeën van de nota in concrete beleidsvoorstellen uit te werken. Zoals u weet werd in plaats van het definitieve Kerndocument door de staatssecretaris de WAZ-nota uitgebracht, waarin het accent met name is gelegd op het aanbod van de zorg en preventie, zowel in bestuurlijke als inhoudelijke zin.

Ook op het terrein van wet- en regelgeving is een hernieuwde belangstelling voor preventie merkbaar. Onder de term gezondheidsbescherming zijn diverse nieuwe wetten tot stand gekomen, waaronder de Tabakswet. Aan een nieuwe alcoholwetgeving wordt hard gewerkt.

Wij constateren dus een voortdurende beleidsmatige aandacht van WVC-zijde voor het ontwikkelen en verder (doen) ontwikkelen van preventie.

Deze ontwikkeling is het laatste halfjaar in een stroomversnelling geraakt. Zoals u weet, kan een stroomversnelling in een tijd, waarin de mens probeert door sterk adrealineproducerende activiteiten als paraskiën of diepzeekanoën zijn grenzen te verkennen, een grote uitdaging betekenen.

Binnen het departement wordt voortvarend gewerkt aan de totstandkoming van het Ontwikkelingsplan Preventie, waarover zo direct meer.

In dit kader werd in februari 1991 aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid advies gevraagd met betrekking tot de centrale vraag, hoe verschillende beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg in hun praktijk concreet invulling kunnen geven aan een breed omschreven preventiebeleid. Bij de formulering van de adviesaanvraag werd tevens gebruik gemaakt van het Jaaradvies 1990 van de Gezondheidsraad, dat een substantieel gedeelte aan preventiebeleid bevatte. Dit advies, dat tevens bedoeld was als een bijdrage aan het Ontwikkelingsplan Preventie is onlangs aan de staatssecretaris aangeboden, en zal na de koffiepauze nader worden toegelicht.

Daarnaast hebben LHN / NHG zich naar aanleiding van de adviesaanvraag aan de Nationale Raad zich in een vroegtijdig stadium tot de staatssecretaris gewend met het aanbod, mee te denken over de positionering van de huisarts en de huisartsenpraktijk ter versterking en

uitbouw van het preventiebeleid.

Dit heeft geleid tot een concept-voorstel inzake preventie in de huisartsenpraktijk, waarin LHV / NHG zich positief uitspreken over een programmatische invoering van een aantal preventiemaatregelen, die via een zogeheten dakpansgewijze aanpak zouden moeten worden ingevoerd. Met enige zelfbeheersing volsta ik met deze voor sommigen onder u wellicht wat cryptische aanduiding, aangezien vertegenwoordigers van LHV en NHG op dit concept-voorstel zelf een nadere toelichting zullen geven.

Tot mijn genoegen heb ik kunnen constateren, dat tijdens deze conferentie ook aandacht zal worden besteed aan preventie in de internationale context. Immers, in het EG-verdrag wordt onder titel XV Volksgezondheid expliciet gesteld:

"De Gemeenschap draagt ertoe bij een hoog niveau van bescherming van de volksgezondheid te verzekeren, door de samenwerking tussen de Lidstaten te bevorderen en, indien nodig, het optreden van de Lid-Staten te ondersteunen.

Het optreden van de Gemeenschap is gericht op preventie van ziekten, met name van grote bedreigingen van de gezondheid, met inbegrip van drugsverslaving, door het bevorderen van onderzoek naar de oorzaken en de overdracht daarvan, alsmede door het bevorderen van gezondheidsvoorlichting en gezondheidsonderwijs."

Zo zien wij dat behalve het treffen van maatregelen ter bevordering van de interne markt de EG ook activiteiten heeft ontwikkeld op het gebied van het gezondheidsbeleid, zoals bijvoorbeeld het Europees actieprogramma tegen kanker en het Europees programma tegen Aids. De activiteiten, die in dit kader werden ontplooid, betroffen de uitwisseling van informatie, het bevorderen van coördinatie en het (mede-)financieren van voorlichtings- en preventieprojecten.

Met deze activiteiten zijn op meerjaren-basis enkele tientallen miljoenen Ecu's gemoeid, hoewel op het totaal van de begroting van de Europese Commissie een te verwaarlozen bedrag. Desalniettemin kunnen deze activiteiten op EG-niveau gezien worden als een voorbode van een grootschaliger en intensiever gezondheidsbeleid. Momenteel wordt binnen de diverse EG-gremia nagedacht over de mogelijkheden van een aanpak tegen de hart- en vaatziekten (al dan niet analoog aan het Europees actieprogramma tegen kanker).

Voor een verdergaande EG-bemoeienis met het gezondheidsbeleid bestaat sinds de vergadering van de Europese top te Maastricht in december vorig jaar een formele basis. In het EG-verdrag is opgenomen, dat de volksgezondheid tot de nieuwe werkterreinen van de Gemeenschap wordt gerekend.

De zojuist geciteerde gezondheidsparagraaf in het verdrag biedt de basis voor communautaire acties voor met name de preventie van gezondheidsrisico's.

Van groot belang is in dit verband de tweede volzin van het tweede lid: "De Commissie kan in nauw contact met de Lid-Staten, alle dienstige initiatieven ter bevordering van deze coördinatie nemen".

De komende jaren zal duidelijk worden wat de reikwijdte van deze bepaling is. In ieder geval kan van de EG met betrekking tot het gezondheidsbeleid het een en ander verwacht worden.

Interessant daarbij zal zijn hoe binnen de Europese Commissie de afwegingen tussen diverse conflicterende belangen tot stand zullen komen.

Ik kom tot slot bij het Ontwikkelingsplan Preventie.

In dit plan staan twee items centraal, te weten:

1. vernieuwing: innovaties in bestaande preventie-activiteiten en de ontwikkeling van nieuwe gebieden voor preventie;
2. toetsing en kwaliteitsverbetering van preventie-methoden.

Versterking van preventie wordt om een aantal redenen wenselijk geacht. Zo kan preventie zorgafhankelijkheid voorkomen, verminderen of uitstellen. Men denke hierbij aan een zo belangrijke groep als de chronisch zieken. Dit raakt niet alleen een individueel belang, maar is ook maatschappelijk relevant. Daarnaast sluit preventie aan bij een groeiend gezondheidsbewustzijn van veel burgers. Gezondheid komt -hoewel langzaam- meer en meer op de maatschappelijke en politieke agenda, ook van lokale overheden (zoals bijvoorbeeld het Gezonde Steden-beleid).

De staatssecretaris koos eind februari dit Gezonde Steden-forum (hij nam te Rotterdam het eerste deeltje in ontvangst uit de 'Gezonde Steden Reeks'), om publiekelijk mededeling te doen van zijn voornemen, af te zien van het uitbrengen van een uitgebreide nota met betrekking tot preventie.

Hij is van mening dat wat met het Ontwikkelingsplan wordt beoogd, op compacte wijze en meer toegankelijk in de vorm van een beleidsbrief kan

worden verwoord. Dit mede gezien die beschikbaarheid van adviezen als die, welke door de Nationale Raad is uitgebracht.

De bewindsman heeft hierbij een aantal speerpunten van nieuw beleid aangegeven, waarin met name (het zal u deugd doen) de eerstelijns, de GGZ en ouderen centraal zullen staan.

Het ligt in het voornemen van de staatssecretaris deze beleidsbrief voor de zomer aan de Kamer toe te zenden.

Hiermee ben ik gekomen aan het einde van mijn inleiding. Er staat ons gezien het programma een zeer interessante dag te wachten. Ik wens u een vruchtbare discussie toe.

PREVENTIE IN NEDERLAND IN INTERNATIONALE CONTEXT

J. van der Velden

Vandaag is het woord aan preventie. Besloten bedoeld, maar al op straat. Of u en ik dat nu leuk vinden: eigenlijk hoort dat bij de discussie over preventie. Maar in wezen gaan we iets heel moois doen en dat is een begin van eigen beloften inlossen. Beloften uit nota's (die van 2000, weet u nog), rapporten (economie/scenario basisgezondheidszorg) en takenpakketten. Het stikt letterlijk van beloften en dat is mogelijk één van de redenen dat we nog niet uit dat zo complexe en controversiële thema preventie komen. Complex en controversieel vanwege:

- * verschillen van *inzicht*, al dan niet door gebrek aan informatie; kijkt u maar eens wat de literatuur ons in februari 1992 voorschotelde: een editorial in de BMJ twijfelt over preventie van hartziekten, terwijl een editorial in het zusterblad BrJ. GP op basis van exact hetzelfde materiaal zegt doorgaan! Artikelen in the Lancet en wederom BMJ omtrent borstkanker: nog net niet tegenstrijdig, maar wel verwarrend. Van een heel ander karakter is de uitspraak in UNICEF's State of the World's Children 1992: "Hepatitis B kills more people every day than Aids kills in a year". Hoezo prioriteit?
- * verschillen in *houding* ten aanzien van preventie, zoals zo fraai aangegeven in het WHO-rapport over de rol van de huisarts in PHC. Daarin worden werkstijl en typen huisartsen ten aanzien van preventie als volgt geïllustreerd:
 - Scientist: a rationally chosen better way of dealing with problems
 - Engineer: stressing systematic examination, early detection and provision of technical service
 - Craftsman: a possible part of the offered services (cautious advice and request)
 - Artist: an art of balance (a combination of virtue, pleasure and grace)
 - Pastor: support in development of self-esteem and self-reliance

De combinatie van stijlen komt uiteraard het meest voor, maar het is niet uitgesloten dat specifieke gezondheidszorgsystemen bepaalde stijlen opleveren. Noord-Europa-scientist/Oost-Europa-engineer/West-Europa-craftsman/Zuid-Europa-artist en de pastor verspreid.

* verschillen in *positie in relatie tot beleid* ; de onwetende consument, de niet-overtuigde verzekeraar, de selectieve werkgever en de alles met alles rijmende beleidsmaker. Dit impliceert dat een succesvol preventiebeleid alleen op subtiele wijze tot stand kan komen: oude stellingen dienen te worden vervangen door nieuwe aanpakken. Van top-down met geregeld naar gezamenlijk en de uitkomst bekijken.

Maar toch, al deze verschillen ten spijt, wie het nog niet in de gaten heeft, deze conferentie is in dubbel opzicht uniek.

1. er zit lijn in "preventie in de 1e lijn" en niet zo'n beetje ook;
2. als u het programma van vandaag overziet, ontdekt u dat de dagvoorzitter en de laatste spreker WVC'ers zijn. Een historisch moment: of we beleven de laatste sturing door WVC of preventie wordt het project van de nieuwe sturing, alleen hoop ik niet richting bos.

Terzake. Dit zijn wel de punten die de discussie richting zullen moeten geven. De keuze is aan u om er of een gezapig debat van te maken of er tegenaan te gaan.

Wie het debat over de verzorgingsstaat een beetje volgt, moet met mij constateren, dat wij Nederlanders een zelfgenoegzaam ('wat doen wij het toch goed') volkje zijn geworden, dat pas uit zijn naïviteit ontwaakt als het buitenland ons via diplomatieke kanalen of boycotts laat weten dat we sufferds zijn.

Ter preventie van blunders op het terrein van preventie wil ik daarom met u naar buitenlandse ervaringen/situaties kijken. Eerst neem ik daarvoor een paar epidemiologische kengetallen met u door.

Afgemeten naar kindersterfte behoort Nederland volgens UNICEF tot de 5 gezondste landen ter wereld, hebben we een hoge levensverwachting en een hoge vaccinatiegraad. Er zitten echter een aantal scheurtjes in ons imago: van de top 20 gezonde landen heeft Nederland in 1985 -1990 de één na hoogste maternale sterfte. Daar bevinden we ons tussen Oosteuropese landen. Wat ikzelf veel zorgwekkender vind is dat Nederlandse

meisjes in vergelijking met bijna alle overige Europese landen minder vaak middelbaar onderwijs volgen, terwijl we weten dat de opleidingsgraad van de aanstaande moeder de gezondheidstoestand van kinderen beïnvloedt. Tot slot is Nederland jarenlang één van de slechtste economische groeiers, ook al indicator voor goede gezondheid.

Laten we ook eens naar een aantal wat heet leefstijlgebonden aandoeningen kijken, en wel naar de leeftijd gestandaardiseerde sterftcijfers. Op het terrein van hart- en vaatziekte scoren we redelijk tot goed. Voor de diabetes bij mannen zitten we veel slechter en staan we notabene midden tussen 3e wereldlanden en ons allerslechtste resultaat is longkankersterfte bij mannen. Daar zijn we nummer 2 in de wereld! Bij elkaar geen reden voor grote tevredenheid. Dan komt al gauw de vraag of we het wel allemaal zo goed doen. Een rondgang door Europa en Canada dan maar. De afgelopen jaren heb ik het voorrecht gehad een aantal preventieprogramma's van nabij te bestuderen en/of in werking te zien.

Een eerste blik op deze projecten maakt al snel een aantal zaken duidelijk:

- * ze komen vooral voor in landen waar de gezondheidszorg centralistisch georganiseerd is, met Duitsland en Oostenrijk als uitzonderingen;
- * ze zijn allen oorspronkelijk geïntendeerd geweest op een smal terrein (meestal CHD), maar inmiddels uitgegroeid tot integrale preventieprogramma's;
- * ze zijn allen georganiseerd rond de huisarts of wat heet de primary care physician;
- * ze worden allen wetenschappelijk gemonitord en geëvalueerd.

Aan de hand van 4 landen/projecten wil ik in het kort de voor Nederland mogelijk relevante modellen van aanpak (geen inhoud) bespreken. Dit zijn Finland (North Karelia-project), Israël (Kupat-Holim-Ashkelon-project), Verenigd Koninkrijk (1990-contract) en Canada (National Programma).

De resultaten in de diverse landen laten zich als volgt beschrijven. In de landen is op verschillende momenten en vanwege wisselende aanleidingen door verschillende partijen een besluit genomen tot gecoördineerde actie.

Voorbeeld 1 : North Karelia/Finland

Dit project draait sinds 1972 en is opgezet ter bestrijding van de enorm

hoge sterfte aan hart- en vaataandoeningen, met name onder mannen op middelbare leeftijd. Een samenwerking tussen de lokale gemeenschap, lokale en nationale overheid heeft geleid tot een inmiddels overbekend en nagebootst stramien:

- * consensus over het klinisch management van patiënten met hart-vaataandoeningen
- * vermeerdering van kennis rond de epidemiologie
- * training van het veld, de preventiewerker
- * organisatie van gestandaardiseerde monitoring
- * continue motivatie van het personeel

De aanpak van het project was tweezijdig:

1. bewustmaking van de bevolking
2. opzetten van trainingsprogramma in samenwerking met management, beroepsorganisatie, experts en industrie.

Dit heeft ertoe geleid, dat op dit moment 15% van het totale medische curriculum is gebaseerd op "PHC, public health and social medicine". Het programma is in de jaren '80 uitgebouwd tot een gemeenschapsproject dat primair alle leefstijlgebonden risicofactoren/ziekten in zijn pakket heeft en is als demonstratieproject wijd en zijd bekend.

Voorbeeld 2 : Kupat Holim/Isreal

Het huidige programma komt voort uit een hypertensie-controleprogramma dat onder auspiciën van het nationale ziekenfonds (Kupat Holim) uitgevoerd werd. Toen progressie uitbleef, heeft men op kleinere schaal rond de stad Ashkelon een interventieprogramma rond hypertensie opgezet. Tijdens de evaluatie van dit project vond men een bredere aanpak rond leefstijlfactoren essentieel. Daarop hebben het Ministerie van Volksgezondheid, het ziekenfonds Kupat Holim en de huisartsenorganisatie afspraken gemaakt over een 'commitment' jegens gezondheidsbevordering in het arts-patiënt contact en in de medische curricula. Tegelijkertijd is een aantal concrete GVO-activiteiten opgezet in scholen, op de werkplek zijn vrijwilligers getraind en is een gecoördineerde anti-reek campagne ingevoerd.

Voorbeeld 3 : 1990-contract/Groot-Brittannië

In Groot-Brittannië heeft de NHS vanaf haar oprichting veel initiatieven met betrekking tot preventie ontplooid. Met de huisartsen zijn door middel van het 1990-contract de volgende afspraken rond preventie (de zgn. 'health screen') gemaakt:

- * zuigelingen/kleuterbureaus worden gegarandeerd
- * personen van 16-75 jaar krijgen eens per 3 jaar een 'check'
- * personen van 75 jaar en ouder worden eens per jaar thuis bezocht en ontvangen een 'check'
- * PAP-smears worden apart gehonoreerd

Veel huisartsen hebben daarop binnen hun praktijken zgn. 'health promotion clinics' opgezet, waarbinnen al dan niet actief campagne wordt gevoerd. Dit wordt afhankelijk gesteld van het beleid ter plaatse en mogelijke inzet van huisarts en praktijkverpleegkundige. De noodzakelijke automatisering ten behoeve van leeftijd- en geslachtsregistratie en overige monitoring wordt door de NHS betaald.

Voorbeeld 4 : National Programm/Canada

Sinds Lalonde (1974) is in Canada veel in gang gezet rond preventie, maar pas in het midden van de jaren '80 drong door dat gecoördineerde actie noodzakelijk was. Een opgerichte werkgroep ('task force'), waarin overheden, huisartsenorganisaties en industrie, hanteerde drie sleutelbegrippen:

- * beleidsovereenstemming rond preventie
- * wetenschappelijke ondersteuning is de basis voor preventieve actie
- * wetenschap moet vertaald worden in praktische richtlijnen

De aanpak ten behoeve van programmatische preventie steunt op drie pijlers:

1. deskundigheidsbevordering via basis/postdoctorale opleiding, via ontwerp en implementatie van preventieve standaarden en ondersteuning met hulpmiddelen
2. organisatorisch model per provincie; daarin geld is vrijgemaakt binnen bestaande begrotingen om specifieke programma's (via financiële incentives) te kunnen implementeren en tegelijkertijd onderzoek en opleiding met betrekking tot preventie mogelijk te maken
3. automatisering van praktijken, betaald en ondersteund door overheid en industrie

De lijn uit deze voorbeelden is duidelijk. Preventie van chronische ziekten, welke inhoudelijk en organisatorisch complex is, zal alleen slagen, als een sturende en coördinerende instantie gecreëerd kan worden, welke centrale en globale afspraken tussen alle partijen (patiënt, hulpverleners

en beleid) rond inhoud, financiering, uitvoering, organisatie en evaluatie maakt. Gedetailleerde invulling dient lokaal plaats te vinden. Een stapsgewijze aanpak via demonstratieprojecten verdient daarbij de voorkeur.

Wat kunnen wij van deze 4 projecten leren òfwel hoe waarderen wij onze eigen inspanningen met betrekking tot preventie.

Laat ik voorop stellen dat we cijfermatig goed scoren, maar dat het gezien de scores ten aanzien van longkanker, diabetes en griep nog beter kan en moet. Maar u zult tegenwerpen dat er al zo veel gebeurt op preventief terrein en dat we een voortreffelijke huisartsgeneeskunde en overige 1e lijn hebben. Allemaal waar, maar programmatische preventie in Nederland oogt niet solide en dat wordt nog erger als straks 650 gemeenten los van elkaar het beleid op dit terrein moeten gaan maken. Hoe komt dit beeld? Als eerste en grote schuldige zie ik de:

- * organisatie van onze gezondheidszorg, waar geen centraal gezag bestaat, en diensgevolge een grote machtsinvloed van georganiseerde beroepsbeoefenaren en instellingen toegelaten wordt, waardoor de voor preventie noodzakelijke WHO-concepten als intersectoral collaboration (op z'n Nederlands facetbeleid) en community participation nooit van de grond kunnen komen. Als planning en financiering dan ook nog gescheiden zijn, kun je het helemaal vergeten met preventie
- * samenwerking tussen partners (mede door dit systeem) nauwelijks van de grond komt: de relatie huisarts - GGD is al een paar keer negatief op de proef gesteld
- * samenwerking tussen partijen op nationaal niveau nauwelijks bestaat; GGZ-preventie verkeert bijvoorbeeld in een mogelijk zelf gekozen isolement, wat evenmin gunstig is
- * bevolking nauwelijks en niet eenduidig op de hoogte wordt gehouden van de mogelijkheden tot preventie.

Een unieke positie voor Nederland? Nee. De projecten in de 4 landen hebben allen dezelfde worsteling gekend met niet meewerkende partijen, complexe organisatiestructuren en een onwetende bevolking. Maar op een goed moment vanwege wisselende aanleidingen is door verschillende partijen van lokaal-nationaal, van leek-professional/expert een besluit genomen tot gecoördineerde actie, een actie die van smal-breed geworden is en grenzen overschreden heeft. Kortom er is in die landen een voldoende kritische massa opgebouwd die in staat is:

- * de bevolking /professionals/beleidsmakers te overtuigen van programmatische preventie

- * kritisch naar nut en effect van specifieke preventieprogramma's te kijken
- * voldoende geld kan vrijmaken voor noodzakelijke ondersteuning van automatisering/assistentie, of incentives voor succesvolle implementatie, of geld voor evaluatie
- * opleiding/trainingen op te zetten en te coördineren
- * contractuele afspraken met elkaar te maken
- * internationaal aansluiting te zoeken, waarbij het CINDI-programma van de WHO een voortreffelijk vehikel gebleken is. Nederland is formeel uitgenodigd om lid te worden, vooral omdat een grote inbreng van expertise uit onze eerstelijns verwacht wordt.

Dit alles kost tijd: op zijn minst 10 jaar zeggen de Canadezen, maar we hebben al de nodige voorbereidingen gedaan.

De Directeur Generaal Volksgezondheid heeft van de week een brief op zijn bureau gekregen van de Regional Director van de WHO in Europa met daarin de vraag hoe het staat met de Nederlandse plannen omtrent preventie. We kunnen er dus niet meer om heen. Evenwel laten we beseffen dat we vandaag slechts een klein, maar essentieel stukje van de preventiepuzzel aanpakken.

Eerst echter de kritische massa, die wat wil. Vooralsnog bent u vandaag die kritische massa, de 'Nederlandse Task Force on Prevention', zoals de Amerikanen het zo fraai uitdrukken.

Ik ben benieuwd wat dit zal opleveren.

CASUSGERICHTE PREVENTIE IN DE EERSTELIJN

P.F.M. Verhaak

Onder casusgerichte preventie worden preventieve activiteiten verstaan die uitgevoerd worden naar aanleiding van het een op een contact tussen hulpverlener en patiënt. Het wordt in de voorliggende adviezen gezien als tegengesteld aan programmatische preventie: preventie die doelbewust en via planmatig te zetten stappen plaats vindt.

Voor ik begin met een overzicht van de casus-gerichte eerstelijnspraktijk, wil ik een jeugtherinnering kwijt.

Ik ben opgegroeid in een huisartsenpraktijk, op het platteland. Apotheek houdend, 100 bevallingen in topjaren, en een dienstregeling uitsluitend voor de weekends met de ene andere collega in het dorp. Mijn herinnering betreft het zuigelingenspreekuur, iedere 2 weken op woensdagmiddag. Alle moeders van mijn vriendjes en van de andere kinderen uit de straat zaten dan naar mijn beleving in de wachtkamer. Nee, een afspraakspreekuur dateert ook van later. De functies, die thans op het consultatiebureau worden uitgevoerd, door consultatiebureau-artsen en verpleegkundigen, werden toen door de huisarts verricht: er werd gewogen en gemeten, er werden voedingsadviezen gegeven, etcetera, etcetera. Het was niet moeilijk voor mijn vader om na te gaan of alle zuigelingen wel gezien werden, want een verloskundige was er niet en de zwangerschapscontroles en bevallingen had hij ook meestal zelf gedaan.

Later, op de lagere school werd ik jaarlijks met mijn vader of zijn collega geconfronteerd, wanneer we ons klassegewijs naar het parochiehuis begaven, waar zij zich, vanuit mijn optiek aan de goede kant van de naald bevonden. Zij kregen hiertoe jaarlijks van de inspectie te horen welke jaargangen er voor welke vaccins in aanmerking kwamen.

Om kort te gaan: er was sprake van preventie die we in de zin van onze thematiek van vandaag "programmatische preventie" zouden noemen. Ik spreek van programma's omdat er sprake was van doelbewust handelen via planmatig te zetten stappen.

Sindsdien is er het een en ander veranderd. Een aantal belangrijke preventieve taken, met name op het gebied van primaire preventie is

weggehaald bij de huisarts. Zuigelingen- en kleuterzorg zijn door het Kruiswerk binnen de consultatiebureaus georganiseerd en de jeuggezondheidszorg is in handen van de basisgezondheidsdiensten gelegd.

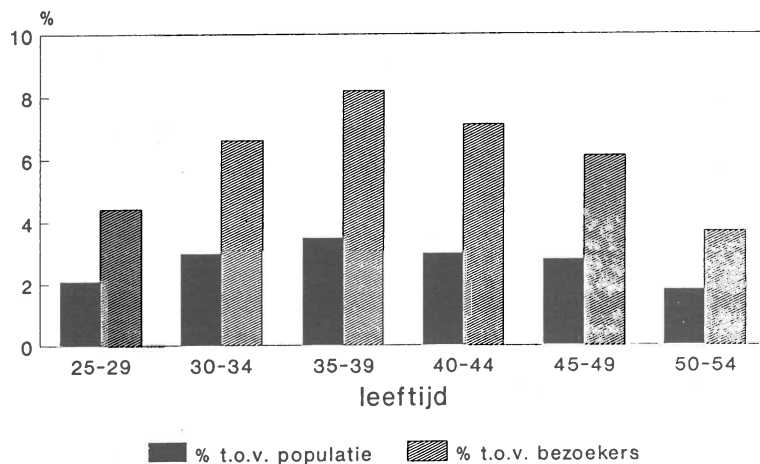
Er zijn nieuwe mogelijkheden op het gebied van primaire en secundaire preventie gekomen, waarop de eerstelijnsgezondheidszorg en met name huisartsen thans worden aangesproken: vroegtijdige opsporing van verschillende vormen van kanker, bestrijding van multipele risicofactoren voor hart- en vaatziekten, prenatale diagnostiek, vaccinatieprogramma's voor volwassenen, voorkomen van ongevallen in de privésfeer, gezondheidsvoorlichting en opvoeding. In een aantal van deze opzichten wordt ook op andere beroepsgroepen in de eerstelijns een beroep gedaan.

Het vermoeden bestaat dat eerstelijnspreventie vooral een ad-hoc karakter heeft. Een ad hoc karakter, omdat het uitvoeren van preventieve handelingen in veel gevallen afhankelijk is van toevallige omstandigheden, namelijk, of een patiënt met bepaalde klachten komt. In hoeverre dat het geval is, is het eerste thema van de komende tien minuten. Daarna wil ik kort ingaan op de wenselijkheid van die situatie. Aan het eind van deze inleiding zal ik kort stilstaan bij de mogelijkheden die de eerstelijns in zich heeft om programma's in te voeren.

Hoe krijgt preventie op dit moment gestalte binnen de eerstelijnsgezondheidszorg?

Beginnen we met de huisartsen. Naar aanleiding van de registratie gedurende de Nationale Studie concludeerden we dat in een aantal opzichten huisartsen activiteiten met een typisch preventief karakter ten toon spreidden, maar dat dit meestal als gevolg van de gepresenteerde symptomen dan wel op verzoek van de patiënt geschiedde. Vanwege dit reactieve karakter werd een preventieve handeling nogal eens verricht bij personen bij wie dat, bij voorbeeld wat hun leeftijd betreft, niet geïndiceerd was. Het volgende overzicht van de screening op cervixcarcinoom is daar een goede illustratie van (figuur 1).

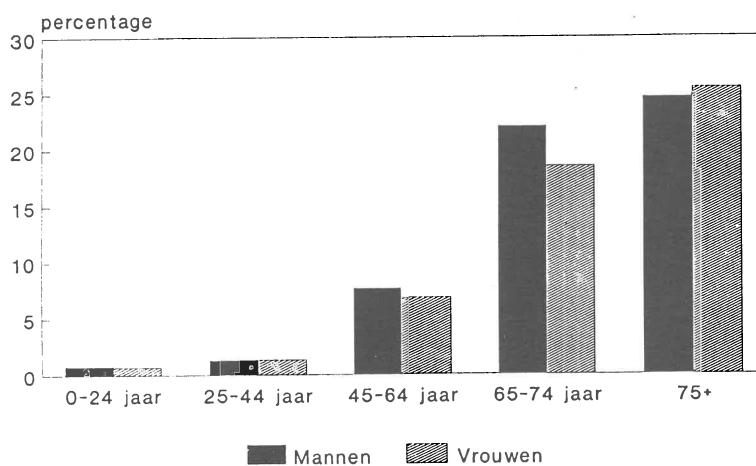
Figuur 1: Proportie patiënten bij wie een uitstrijkje gemaakt is, naar leeftijd



Uitstrijkjes zouden gemaakt moeten worden bij vrouwen tussen de 35 en 55 jaar, aldus de adviezen in deze van de Gezondheidsraad. Vrouwen tussen de 25 en 35 jaar, die dus geen doelgroep vormen, worden echter beter bereikt dan het oudste gedeelte van de doelgroep.

Een tweede gevolg van het toevallig karakter dat preventie op deze manier heeft, is dat de huisarts nooit een overzicht heeft welk deel van de risicogroep bereikt is. Een duidelijk voorbeeld hiervan is de griepvaccinatie, zoals die in de Nationale Studie werd aangetroffen (figuur 2).

Figuur 2: Percentage gevaccineerden per leeftijds/geslachtscategorie

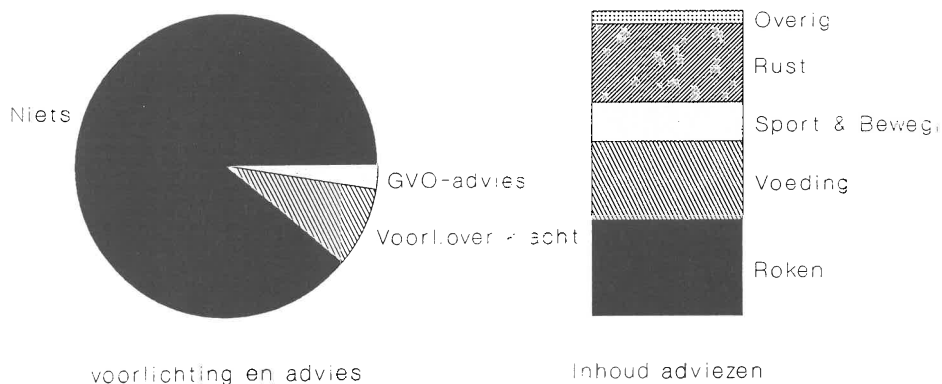


Er was sprake van 3950 influenzavaccinaties : naar een ruwe schatting werd ongeveer 20% van de 65-75-jarigen en 25% van de 75+ers gevaccineerd, maar het is niet duidelijk of hierbij een of andere systematiek door de huisartsen gehanteerd werd. We zien aan de interdokter-variantie (de incidentie van griepvaccinaties in het derde kwartaal varieerde van 13 tot 98 per 1000 ingeschreven patiënten) dat in de ene praktijk in dit opzicht een andere handelswijze gehanteerd werd dan in de andere. Naar we aannemen is het ook voor de betreffende arts niet duidelijk in hoeverre de populatie at risk afdoende is beschermd.

Dit kan voorkomen worden door de planmatige en systematische aanpak, die met programmatische preventie wordt voorgestaan.

Het adviseren over een gezonde levensstijl is een mogelijkheid voor preventief handelen waarvan huisartsen graag aangeven dat hun praktijk zich er zo goed voor leent. Een onderwerp waaraan ook in overheidsnota's als de Nota 2000 en zijn opvolgers grote waarde wordt gehecht (figuur 3).

Figuur 3: Patiëntenvoorlichting en GVO door de huisarts



Binnen het NIVEL beschikken we over een groot aantal op videoband opgenomen huisartsconsulten ten behoeve van onderzoek.

In 2687 consulten uit deze videotheek kunnen we observeren welke onderwerpen zoal ter sprake komen in een consult. 228 keer wordt een of andere vorm van voorlichting over de gepresenteerde klachten gegeven. Dergelijke klachtgebonden patiëntenvoorlichting, die overigens volgens

deze cijfers zeker geen standaard-onderdeel van het huisartsenconsult is, is per definitie ad-hoc van karakter. Voorlichting over een healthy lifestyle is nog zeldzamer. In 70 van deze 2687 consulten werden dergelijke adviezen gegeven.

Nu gaat het hier om moment-opnames en soms om moment-opnames van 15 jaar geleden. Maar van een systematische voorlichting door de huisarts over een gezonde manier van leven is zeker geen sprake. Het moge zo zijn dat er in de huisartsenpraktijk veel aangrijpingspunten voor zijn, maar al te vaak worden deze blijkbaar niet aangegrepen.

Bezien we de situatie bij enige andere beroepsgroepen binnen de eestelijnsgezondheidszorg.

Binnen het werk van de wijkverpleegkundige zijn een aantal typische "programma's" te onderkennen. Georganiseerde voorlichting, groepsvoorlichting, preventieve huisbezoeken aan a.s. ouders, zuigelingen, ouderen en CARA-patiënten en de consultatiebureaus zijn voorbeelden van preventieve activiteiten die op een programmatische leest geschoeid zijn. Uit NIVEL-onderzoek naar het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziektenverzorgenden in Nederland bleek dat ongeveer 22% van de werktijd van de gemiddelde wijkverpleegkundige in dergelijke activiteiten gaat zitten.

Daarnaast zijn er een aantal mogelijkheden voor preventie binnen de verpleegkundige activiteiten van wijkverpleegkundigen die een meer casusgebonden karakter hebben: tijdens huisbezoeken kunnen gezondheidsvoorlichting en opvoeding, controles en instructies een plaats krijgen. In ongeveer 30% van de huisbezoeken komen dergelijke aspecten aan de orde, wanneer we afgaan op de zelfregistratie door de verpleegkundige. Voorlichting wordt het meest gegeven over de aard van de ziekte of klachten, over medicijngebruik en over mogelijkheden van zelf- en mantelzorg.

Binnen de verloskunde is het handelen van de verloskundige erop gericht om vroegtijdig complicaties bij de zwangerschap op te sporen en zo nodig in te grijpen. In die zin is het werk van een verloskundige in zijn geheel te beschouwen als screening op risico's of ziekte bij in principe gezonde vrouwen. Preventieve activiteiten los van de directe zorg zijn bij mijn weten incidenteel.

Kijken we naar een laatste beroepsgroep, de fysiotherapie.

De beroepsomschrijving haakt aan bij het persoonlijk contact tussen patiënt en behandelaar, waardoor mogelijkheden voor preventie al snel een casus-gebonden karakter zullen hebben. De belangrijkste preventieve activiteiten van fysiotherapeuten zijn gelegen op het gebied van de patiëntenvoorlichting, -instructie en algemene GVO. Uit het onderzoek dat de afgelopen jaren binnen het NIVEL is uitgevoerd, blijkt dat de meeste patiëntenvoorlichting die gegeven wordt betrekking heeft op de klacht waarvoor de patiënt behandeld wordt op dat moment.

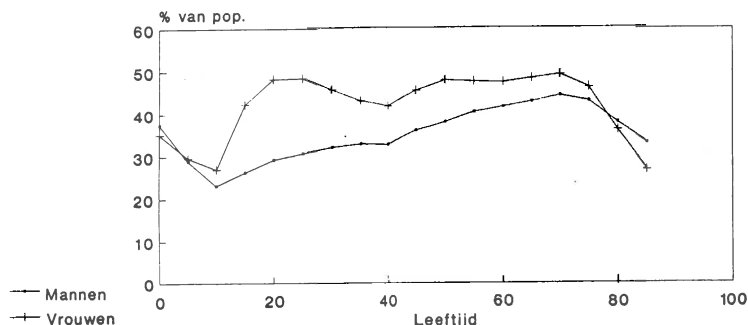
Maar daarnaast wordt in 25% van de contacten tussen fysiotherapeuten en hun patiënten meer algemene gezondheidsvoorlichting gegeven; dit blijft gemiddeld echter maar bij een enkele opmerking tijdens een consult.

Afgezien van een aantal duidelijk omschreven programma's die het Kruiswerk voor zijn rekening neemt, heeft preventie in de eerstelijnsgezondheidszorg op dit moment een ad-hoc karakter. Er gebeurt een heleboel, maar men kan er niet echt van op aan dat het ook gebeurt; het is afhankelijk van toevallige omstandigheden van het moment, van de klachten die zich aandienen, en het overzicht ontbreekt over de mate waarin een populatie beveiligd is tegen of onderzocht is op mogelijke ziekmakers.

Hoe moeten we deze situatie beoordelen? Ik bepaal me nu, gezien de voorliggende voorstellen, met name tot de huisartspraktijk.

In veel opzichten leent deze praktijk zich voor een aantal van de geschetste preventieve taken. Met name de vaste praktijkpopulatie van een huisarts, waardoor patiënten gedurende jaren gevolgd kunnen worden, biedt hiervoor een goed uitgangspunt. Uit het Nationale Studie materiaal bleek dat in drie maanden tijd bijna 40% van de populatie een huisarts onder ogen komt (figuur 4)

Figuur 4: Percentages mnl. en vrl. bezoekers in 5-jaars categorieën



Vooraf vrouwen en ouderen worden regelmatig gezien.

Een ander belangrijk voordeel van de huisartspraktijk, dat een gevolg is van de vaste praktijkpopulatie, is gelegen in het feit dat waar na opsporing van ziekten een vervolg nodig is, dit geleverd kan worden door de opsporende instantie.

Tegenover deze voordelen staan een aantal nadelen. Een belangrijk punt in deze is de gebrekkige ondersteuning, met name in de praktijk van zelfstandig gevestigde beroepsbeoefenaren. Dit onderwerp is in onze rapportage uitgebreid aan de orde gekomen en zal ook naar aanleiding van het huisartsenadvies vandaag onderwerp van discussie zijn, dus daaraan hoeven nu niet zo veel woorden te worden gespendeerd.

Een ander probleem rondom preventie door de huisarts zou gelegen kunnen zijn in diens houding ten opzichte van preventieve taken. Het is geen onwil dat de meeste huisartsen bloeddruk meten wanneer de patiënt klaagt over duizeligheid, borstsonderzoek doen bij pijn in de borst en een spontane visite bij een bejaarde afleggen die bekend is met *decompensatio cordis*. Het lijkt te passen bij de cultuur van een huisarts om af te gaan op de klachten en de verzoeken van de patiënt. Hoewel huisartsen zelf dat nog niet eens zo toe willen geven: in een zes jaar geleden afgenomen enquête vonden huisartsen dat het evenwicht tussen curatie en preventie te veel in de richting van het eerste ging. Het uitvoeren van controle en bevorderen van gezonde leefgewoonten wordt door een meerderheid tot de taak van de huisarts gerekend. Wel vindt men dat de huisarts in eerste instantie verantwoordelijk is voor individuen en niet voor een anonieme populatie. Maar echt negatief is men niet zozeer over de taken van de huisarts inzake preventie, maar over de randvoorwaarden die niet toereikend zijn. De huisarts zou onvoldoende over informatie beschikken om gericht te kunnen screenen en hij zou er qua organisatie niet op toegesneden zijn.

Het lijkt me bij de beoordeling van deze stand van zaken van belang om terug te komen op de tweedeling casus-gericht versus programmatisch.

Aan casusgerichte preventie zitten twee aspecten: de gebondenheid aan het patiëntcontact en het ad hoc karakter dat deze gebondenheid vaak met zich meebrengt.

Programmatisch duidt op een planmatige aanpak, is tegenstrijdig met het ad hoc karakter van de casusgerichte aanpak, maar hoeft niet tegenstrijdig te zijn met een patiëntgebonden aanpak. Door programmatisch op te

vatten als de tegenpool van casusgericht wordt de suggestie gewekt dat programma's alleen betrekking kunnen hebben op de populatie, los van het patiëntencontact. En dit hoeft naar mijn mening niet het geval te zijn.

Het is inderdaad zo dat het meeste preventieve handelen in de eerstelijns dat we in het bovenstaande zagen, ad hoc van karakter was. Hierin dient verandering te komen, maar het patiëntgebonden karakter is juist een pluspunt dat behouden zou moeten blijven.

De kracht van de eerstelijnsgezondheidszorg is gelegen in het feit dat er een natuurlijk contact met een groot deel van de populatie at risk bestaat. Daarom zijn de diverse zorgverleners in staat tot patiëntgebonden preventieve activiteiten en tot maatregelen ter follow-up wanneer dit nodig mocht blijken. De zwakte van de eerstelijnsgezondheidszorg is het gebrek aan systematiek, voor een deel voortvloeiend uit gebrek aan ondersteuning op het gebied van organisatie, administratie en informatica, voor een deel voortvloeiend uit de cultuur van "kleine ondernemer" of "winkel op de hoek". Door dit gebrek aan systematiek en registratie kunnen de voordelen van de bestaande contacten niet optimaal worden benut en blijven sommige risicogroepen systematisch uit het vizier tot het moment dat ze klachten ontwikkelen. In die zin is een planmatige aanpak zeker gewenst, maar het zou moeten gaan om een planmatige aanpak die zich richt op de mensen die in zorg zijn.

Ik zou er hier een pleidooi voor willen houden om de voordelen die het patiëntgebonden werken bieden niet omwille van het programma op te geven, maar te zoeken naar wegen om dit patiëntgebonden werken op een meer systematische wijze ten uitvoer te brengen.

In die zin is de reactie van de huisartsenberoepsgroep een schot in de roos. Want in de vergelijking met de nostalgische jeugdherinnering waarmee ik begon, dienen twee zaken opgemerkt: primaire preventie bij welomschreven groepen is veel simpeler te organiseren dan het zoeken naar nog niet zichtbare symptomen in een open populatie. En het controleren van een dekkingsgraad in een weinig mobiel dorp is niet vergelijkbaar met de controle over de complexe samenleving in de jaren '90.

En of die controle indertijd nu 100% was, blijft natuurlijk een open vraag, waarmee ik graag deze bijdrage afsluit.

WERKEN AAN MEER PROGRAMMATISCHE PREVENTIE IN DE EERSTELIJNSZORG

H.P.A. van de Water

Aan mij is nu de taak om uiteen te zetten hoe een meer programmatische werkwijze kan bijdragen aan de versterking van de preventie in de eerste lijn. U zult begrijpen dat ik gezien de beschikbare tijd slechts een beperkt aantal punten kan aanstippen. Voor een uitgebreidere beschouwing over dit onderwerp verwijs ik u naar het preadvies dat wij aan de NRV hebben uitgebracht (Van de Water & Davidse 1992) en naar het advies van de NRV (NRV, 1992), dat straks door de heer Drewes wordt toegelicht.

In deze korte presentatie kunt u het volgende verwachten: een korte plaatsbepaling vooraf, een omschrijving van programmatische preventie en enkele voorbeelden, iets over de betekenis voor zowel de beroepsgroepen als de beleidsmakers en tenslotte enkele conclusies.

Allereerst wil ik u duidelijk maken wat mijn uitgangspunten zijn. Streven naar een meer programmatische preventie in de eerste lijn betekent in mijn ogen niet dat er nog maar eens even een schep extra werk bovenop de taak van werkers in de eerste lijn moet worden gegooid. Integendeel, het gaat niet om méér preventie, maar om beter uitgedachte preventie. Programmatisch werken kan beroepsbeoefenaren in de eerste lijn helpen om op doeltreffende wijze preventie te bedrijven, zonder dat dit leidt tot een buitensporige werkbelasting. Programmatisch werken betekent namelijk ook dat rekening wordt gehouden met de praktijkomstandigheden van de beroepsbeoefenaar en dat voorzien wordt in adequate ondersteuning. In ons preadvies hebben we dat als volgt verwoord.

Preventie in de eerste lijn moet aansluiten bij de dagelijkse routine, dit betekent o.a. een beperkte en redelijk gelijkmatige belasting (de preventieve taken moeten immers ingepast kunnen worden in het schema van dagelijks terugkerende taken) en een beperkte complexiteit. Specialistische kennis of apparatuur (denk bijvoorbeeld aan het maken van mammogrammen) moet niet nodig zijn en de registratie dient beperkt gehouden

te worden.

Na deze inleiding nu enkele begrippen. Onder preventie wordt door ons verstaan: het actief voorkómen van ziekten via het beschermen en bevorderen van gezondheid door het verminderen van risico's, bevorderen van gezond gedrag en het creëren van voorwaarden voor een gezond bestaan, alsmede het beperken van de gevolgen van ziekte door vroegtijdige opsporing. Dit is een veelomvattende definitie.

In de loop der tijd zijn veel termen bedacht die het begrip preventie onderverdelen of een specifieke invalshoek benadrukken. Dit geeft nogal eens aanleiding tot misverstanden. Op dit punt kan ik gezien de tijd niet dieper ingaan.

Een belangrijk kenmerk van preventie is dat het altijd actief wordt aangeboden. Dat patiënten/cliënten naar aanleiding van zo'n aanbod ook wel naar preventie gaan vragen doet hier niets aan af.

Het aanbieden van preventie aan in beginsel gezonde personen veronderstelt dat het de deelnemer meer voordelen dan nadelen zal opleveren. Ethisch gezien rust ons inziens daarom de bewijslast op de schouders van de aanbieders. Wij gaan uit van het beginsel dat alleen die preventie mag worden aangeboden waarvan de doeltreffendheid en veiligheid wetenschappelijk is vastgesteld (we noemen dit het ethisch argument). Dat is dus duidelijk een andere situatie dan bij curatie en verzorging, waar individuen zelf om hulp vragen en waarbij beroepsbeoefenaren die zorg naar beste vermogen leveren. Bijwerkingen van een noodzakelijk medicijn voor een ernstige ziekte bijvoorbeeld, zal men anders beoordelen dan iatrogene schade als gevolg van preventieve maatregelen die juist beogen de kans op een eventuele ziekte in de toekomst te verlagen.

De beste garantie voor doeltreffende en veilige preventie is in onze ogen dat die preventie programmatisch wordt uitgevoerd. Onder programmatische preventie verstaan wij: planmatig uit te voeren preventieve activiteiten, en planmatig wil dan zeggen volgens vastgelegde taakverdeling en werkwijzen, die zich richten op een omschreven doelgroep en waarbij het doelgroepbereik wordt gevolgd.

Letterlijk genomen is een programma een geschrift waarin werkzaamheden staan opgesomd die volgens een bepaald plan zullen worden verricht. Zo is het papier waarop het programma voor vandaag staat afgedrukt de weerslag van wat er door wie gedaan wordt. Een van de

beste voorbeelden van programmatische preventie vind ik altijd het Rijksvaccinatieprogramma. Dit programma, gericht op het vaccineren van jonge kinderen tegen een aantal besmettelijke ziekten, toont als geen ander hoe er samenhang bestaat tussen de activiteiten van een aantal actoren. Behandelend artsen, laboratoria, RIVM, GGD'en en Geneeskundige Inspectie verschaffen via het aangiftesysteem en eventueel via aanvullend onderzoek een beeld van het vóórkomen van de betreffende ziekten in ons land. Op grond van dit beeld en de beschikbare wetenschappelijke kennis brengt een commissie van de Gezondheidsraad jaarlijks een advies uit en vervolgens stelt de Geneeskundige Hoofdingpectie het programma vast. Daarna zorgt een soepel lopend raderwerk, waarin o.a. entadministraties, consultatiebureau's, schoolartsendiensten en huisartsen een rol spelen, er voor dat de vaccinaties worden uitgevoerd, terwijl ook wordt nagegaan welk percentage van de doelgroep bereikt is. Eigenlijk zijn er binnen dit programma dus twee terugkoppelingen, één betreffende het optreden van de te bestrijden ziekten en de andere over de vaccinatiegraad. Beide terugkoppelingen kunnen aanleiding zijn voor bijsturing in het programma, voor aanpassing aan veranderende omstandigheden in bijvoorbeeld het optreden van de ziekte of in de beschikbare preventiemethoden. Een programmatische werkwijze maakt het dus mogelijk om bewust doelen te stellen en na te gaan of die gehaald worden, maar ook om een programma weloverwogen aan te passen en soms zelfs te beëindigen. Een voorbeeld van het laatste is het staken van het verplichte longonderzoek op TBC voor leerkrachten.

Er vindt in de eerste lijn van oudsher ook preventie plaats. Het accent daarbij ligt tot nu toe vooral op wat in het NRV-advies wordt omschreven als 'casuïstische preventie': persoonsgerichte preventieve acties voortkomend uit zorgverlening, bijvoorbeeld een advies aan een patiënt met een geslachtsziekte door de huisarts, een voedingsadvies van een wijkverpleegkundige die slechte voedingsgewoonten aantreft en een advies over gebitshygiëne door de tandarts. Wij realiseren ons dat, voor beroepsbeoefenaren die gewend zijn om in de eerste plaats te denken in individuele contacten, het minder voor de hand liggend is om te denken in programma's en doelgroepen. Toch moeten we bedenken dat afwegingen in de preventieve gezondheidszorg eerder plaats vinden tegen de achtergrond van de volksgezondheid, dus de gezondheid van de gehele bevolking of groepen daaruit, dan tegen de achtergrond van de gezondheid van individuen. Het kader waarbinnen preventie plaats heeft reikt dan ook heel duidelijk verder dan de eerste lijn. Ik noem u een aantal

elementen die op dit moment deel uitmaken van dat kader: het gezondheidsbeleid, sociaal-economische gezondheidsverschillen, kwaliteit van leven, ziektelast (denkt u aan vergrijzing en chronische ziekten), concurrerende sterfte en ziekte. Dit soort elementen bepaalt mede aan welke preventieve activiteiten in de eerste lijn prioriteit gegeven moet worden.

Laat ik u nog een voorbeeld geven van hoe programmatische preventie eruit zou kunnen zien. Een programma voor het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker zal moeten beschrijven welke leeftijdsgroepen in aanmerking komen, hoe en hoe vaak deze vrouwen worden benaderd, hoe de deelname geregistreerd wordt, welke uitstrijkmethode men moet gebruiken, waar en hoe men de uitstrijkjes beoordeelt, wat er moet gebeuren bij afwijkende bevindingen, wat specialisten te doen staat in geval van doorverwijzing, hoe en door wie het bereik van de doelgroep (het dekkingspercentage) gevolgd wordt, enz. Dat het bevolkingsonderzoek op dit moment niet volgens dit ideaalplaatje verloopt hoeft ik waarschijnlijk niet toe te lichten. De keuze voor zo'n programma is niet alleen gebaseerd op de doeltreffendheid van de screening, maar ook op een verwachting t.a.v. de doelmatigheid; men heeft het ingevoerd onder de veronderstelling dat het programma de moeite waard is wanneer op zijn minst een zeker percentage van de doelgroep deelneemt. Dit betekent dat gevolgd moet worden of het programma in werkelijkheid ook zo verloopt. Het na de experimentele fase (de voorbereiding) kiezen van een andere wijze van uitvoering voor dit bevolkingsonderzoek ligt aan de huidige onduidelijkheden ten grondslag en dat brengt me bij drie voor preventie belangrijke functies: besturing, programmavoorbereiding en programma-uitvoering en -ondersteuning.

Voor programmatische preventie is besturing nodig: bewaken van de volksgezondheid, stellen van prioriteiten en scheppen van voorwaarden om gezondheidsdoelen te bereiken en evalueren of dat ook gebeurt.

Daartoe is de nodige programmavoorbereiding vereist. Deze moet uitmonden in programma's waarvan doeltreffendheid en doelmatigheid vast staan. De beslissing aangaande doelmatigheid is niet zuiver een zaak van ja of nee. Doorgaans gaat het om een afkappunt, bijvoorbeeld dat invoering van een bevolkingsonderzoek pas interessant wordt bij een dekking van de doelgroep van 70%.

Als na een zorgvuldige voorbereiding het besluit valt om ook tot daadwerkelijke programma-uitvoering over te gaan, dan hoeft doeltreffendheid niet meer bewezen te worden, wel dient men het doelgroepbereik te

volgen. Bij een te gering bereik verandert immers de kosten-effectiviteitsverhouding in ongunstige richting.

Ons inziens zal de overheid er voor moeten zorgen dat er voldoende besturing en programmavoorbereiding is en in overleg met beroepsbeoefenaren moeten komen tot goede afspraken over uitvoering en ondersteuning. Onder bepaalde voorwaarden kan de overheid een deel van deze besturende taak delegeren naar de ziektekostenverzekeraars.

Besturing en programmavoorbereiding moeten leiden tot afstemming binnen en buiten de eerstelijns. Verleners van preventieve zorg moeten weten wat van hen verwacht wordt, op welke ondersteuning men kan rekenen en wat de verdere voorwaarden zijn, denk bijvoorbeeld aan de honorering. In ons preadvies hebben wij voor o.a. de volgende vijf preventieve activiteiten aangegeven dat ze voor verbetering in aanmerking komen: prenatale diagnostiek voor het syndroom van Down, cariëspreventie, bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom, hepatitis-B vaccinatie en de vaccinatie tegen influenza. Voor elk van deze activiteiten dient ingevuld te worden wie wat doet. Dit geldt niet alleen binnen de eerste lijn, maar ook daarbuiten. Denk bijvoorbeeld aan follow-up door de tweede lijn en aan ondersteuning door bijvoorbeeld GGD'en. Overigens kan ondersteuning op diverse manieren georganiseerd worden. Zo lijken de in ontwikkeling zijnde District Huisartsen Verenigingen, maar ook de praktijkassistenten een grote(re) rol te kunnen spelen bij de ondersteuning van huisartsen. Ten aanzien van de griepvaccinatie kan ik melden dat wij onder andere in samenwerking met het NIVEL een onderzoeksvoorstel voorbereiden voor een experiment om de vaccinatiegraad tegen influenza te verhogen. Bij dat experiment gaan we ervan uit dat de huisarts de spil is waar dit programma om draait, maar dat het de huisarts zo gemakkelijk mogelijk gemaakt moet worden om die spilfunctie te vervullen door extra belastende werkzaamheden door anderen te laten verrichten. Graag zullen wij met LHV en NHG over dit voorstel overleggen.

Dan kom ik nu aan de betekenis van programmatisch werken voor de beroepsgroepen. Programmatisch werken is volgens ons een manier waarop beroepsbeoefenaren in de eerste lijn een identificeerbare bijdrage kunnen leveren aan een doeltreffende en doelmatige preventie in ons land. De programmatische benadering biedt de uitvoerders houvast voor hun preventief handelen. Het wordt duidelijk wat van hen verwacht wordt en ook eventuele knelpunten in de werkbelasting komen vooraf aan het licht. Verder vergemakkelijkt een programma het maken van (werk)af-

spraken, ook over eventuele beloning. Een programmatisch omschreven preventieve activiteit zou verzekeraars bijvoorbeeld ook een handvat kunnen bieden voor omschrijving van preventieve zorg in termen van 'verstrekkingen'.

Voor het beleid betekent programmatisch werken ons inziens kort gezegd het volgende. Het vraagt om een duidelijke centrale regie, om het stellen van prioriteiten: wat moet er in ons land wel en niet aan preventie gedaan worden? Het gaat om expliciete keuzen en planmatige ontwikkeling, waarvoor voldoende middelen zullen moeten worden uitgetrokken. Tenslotte vraagt programmatisch werken om regelmatig overleg met de beroepsbeoefenaren.

Afsluitend kom ik dan tot de volgende hoofdpunten. Het gaat niet zozeer om méér preventie, als wel om beter doordachte en uitgewerkte preventie. Verwacht mag worden dat een programmatische werkwijze de volgende voordelen biedt: meer garantie voor doeltreffende en veilige preventie, dan een laissez-faire-beleid; verheldering van wat van de diverse beroepsbeoefenaren verwacht wordt; hulp bij het stellen van prioriteiten in het werk en betere mogelijkheden tot het maken van (werk)-afspraken.

Tenslotte hoop ik, dames en heren, dat ik u enigszins heb kunnen overtuigen van de conclusie die in de titel van mijn voordracht verwerkt zit, namelijk dat we toe moeten naar een meer programmatische preventie.

Literatuur:

NRV (Nationale Raad voor de Volksgezondheid). Advies inzake de versterking van de preventie in de eerstelijnszorg. Zoetermeer: NRV, februari 1992.

Water HPA van de & W Davidse. Organisatorische versterking van preventie in de eerstelijnsgezondheidszorg. Leiden: Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg - TNO, februari 1992.

PREVENTIE, PRAGMATISCH OF PROGRAMMATISCH?

J.B.J. Drewes

Inleiding

Graag wil ik op deze conferentie voor u het advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid inzake de versterking van de preventie in de eerstelijnszorg nader toelichten. Ik wil dat hoofdzakelijk doen door de belangrijkste elementen van het advies kort te memoreren, maar ook door iets te vertellen over de problemen die wij bij het opstellen van het advies zijn tegengekomen. Ik heb mijn bijdrage als titel meegegeven: Preventie, pragmatisch of programmatisch. In de loop van mijn betoog zal duidelijk worden, welke keuze de Raad daarin gemaakt heeft.

Zoals u al kunt afleiden uit de tijd die het opstellen van het advies heeft gekost, is dat niet eenvoudig geweest. Voor een deel heeft dat gelegen aan het veranderingsproces, dat de Nationale Raad de afgelopen periode heeft doorgemaakt. Daar zal ik nu niet nader op ingaan, zij het dat ik mij bij voorbaat moet verexcuseren, dat ik en de mede-opsteller van het advies, de heer Wennink, vanmiddag niet aanwezig kunnen zijn. In een bijzondere vergadering zal de Nationale Raad vanmiddag afscheid nemen van haar oude werkwijze en een nieuwe start maken. Wel zal ik mijn voordracht afsluiten met een aantal stellingen, die bij de discussie kunnen worden betrokken. De moeizame totstandkoming van het advies heeft zeker ook te maken gehad met de ingewikkeldheid van de materie. Dat heeft ons heel wat hoofdbreken gekost en het noodzakelijk gemaakt in verschillende stadia van de advisering deskundigen in te schakelen. U heeft dat onder andere terug kunnen vinden in de twee preadviezen, die het NIPG over het onderwerp op verzoek van de NRV heeft opgesteld.

Voorkomen is beter

'Voorkomen is beter dan genezen' luidt de volkswijsheid. Daaraan zijn drie bezwaren verbonden. Ten eerste is de uitspraak voor iedereen vanzelfsprekend. Maar nadere oriëntatie op recente literatuur maakt duidelijk, dat op deze vanzelfsprekendheid veel valt af te dingen. Recent zijn in Nederland twee studies verschenen, die laten zien dat de zaak veel genuanceerder ligt. In de Jaarrapportage 1990 van de Gezondheids-

raad wordt uitgebreid ingegaan op de huidige mogelijkheden van preventie, hoofdzakelijk gebaseerd op de Amerikaanse 'Guide to clinical preventive services'. In de studie 'Setting Priorities in Prevention' van het NIPG is uitgebreid ingegaan op de problemen van comorbiditeit en decompressie van morbiditeit, die vanzelfsprekend geachte gezondheidswinst door preventie grotendeels teniet zouden doen. Een bundeling van de uitkomsten van deze beide en ook andere studies is terug te vinden in het eerste preadvies van het NIPG en als uitgangspunt gebruikt voor het NRV-advies. Daarmee was een belangrijke hobbel genomen ten aanzien van de vraag, over welke vormen van preventie het potentieel zou moeten gaan bij advisering.

Een tweede bezwaar van de uitspraak 'Voorkomen is beter' is het element van wenselijkheid, dat er in besloten ligt, iedereen zou graag van alles voorkomen. En daarbij zijn ook zaken, die maar in beperkte mate iets met gezondheid te maken hebben. Denk aan preventie van brand, criminaliteit en vandalisme. Al wat dichterbij het gezondheidsdomein liggen zaken als preventie van riskant gedrag, sociale ongelijkheid en arbeidsongeschiktheid. Vaak ook worden vanuit dit element van wenselijkheid allerlei zaken in het gezondheidsbeleid preventie genoemd, omdat daardoor de beleidsmatige en politieke acceptatie vergroot kan worden. Zo praten we over preventie van zorgafhankelijkheid, medicalisering en institutionalisering, preventie van te hoge zorgconsumptie en te veel verwijzingen, preventie van onveiligheid in de gezondheidszorg en van iatrogene schade, en zelfs van preventie van slechte coördinatie en communicatie in de zorg. We zijn het in onze adviesvoorbereiding allemaal tegengekomen. Met erkenning, dat het hierbij om belangrijke problemen gaat, waaraan zeker iets moet gebeuren, hebben wij er voor de advisering voor gekozen ons te beperken tot preventie gericht op omschreven aandoeningen en omschreven determinanten van gezondheid, ook gezien de beperking in de adviesaanvraag tot de eerstelijnszorg. Wel is daarbij uitgegaan van een breed ziektebegrip, dus met inbegrip van psychische en psychosociale problemen. Daarbij doet zich een ander probleem voor. Op het terrein van de psychische stoornissen is veel minder bekend over de mogelijkheden van preventie, dan bij somatische aandoeningen. Omdat er minder is uitgezocht, kan vaak ook niet met recht gezegd worden, dat iets niet te voorkomen is. Dat is mede de reden geweest, waarom aan de preventie van psychische stoornissen een aparte beschouwing is gewijd in het advies.

Een derde bezwaar van 'voorkomen is beter' als volkswijsheid, is het feit dat het een volkswijsheid is. Dat betekent dat iedereen kan denken, dat

hij weet waarom het gaat. Zoals u in de adviesaanvraag heeft kunnen lezen, werd zelfs uitdrukkelijk gevraagd om een pragmatisch advies, en moesten uitgebreide theoretische beschouwingen vermeden worden. Dat uitgangspunt heeft ons waarschijnlijk het meest opgebroken bij de advisering. In het voorwerk, dat door een groep van deskundigen voor het advies is verricht, bleek, dat een scherpe, goed theoretisch onderbouwde definiëring van begrippen wel uiterst moeilijk, maar ook uiterst noodzakelijk was. Met name was verbijzondering noodzakelijk op de begrippenas individuele / collectieve preventie. Immers collectieve preventie wordt vaak individueel uitgevoerd. Het bewijs dat preventie werkt is alleen op populatie-niveau te leveren, reden waarom alle preventie idealiter collectieve preventie zou moeten zijn. Veel voorstellen voor andere benamingen zijn de revue gepasseerd, zoals opportunistische preventie (van opportunistische screening).

Uiteindelijk is gekozen voor de term casuïstische preventie voor preventie, waarbij de aanleiding voor de actie uit het individuele geval voortkomt (risicobevinding of verzoek), en voor de term programmatische preventie, wanneer de preventieve actie wordt ondernomen op grond van algemene kennis over gezondheidsdeterminanten en de mogelijkheid deze te beïnvloeden. Deze programmatische preventie kan vervolgens individugericht of collectief worden uitgevoerd, zodat er drie vormen van preventie kunnen worden gedefinieerd: casuïstisch, individugericht programmatisch en collectief programmatisch. Deze afbakening biedt ook een goed handvat voor de financiering van preventie, waarover later meer.

De adviesaanvraag

De algemene vraagstelling van de adviesaanvraag luidt:

Hoe kunnen verschillende beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg in hun praktijk concreet invulling geven aan een breed omschreven preventiebeleid?

Vanuit en naast deze algemene vraagstelling zijn in de adviesaanvraag 6 deelvragen geformuleerd:

1. Welke terreinen lenen zich naar de mening van de Raad binnen de eerstelijnszorg voor preventieve activiteiten en op welke wijze zou de preventie-component in het werk van de eerstelijnszorg kunnen worden versterkt? En welke organisatorische voorwaarden worden door de Raad noodzakelijk geacht voor de uitvoering van deze preventie-activiteiten door de bedoelde beroepsgroepen?

2. Welke preventieve activiteiten met een categorale invalshoek kunnen naar de mening van de Raad worden overgedragen aan reguliere zorgsectoren?
3. Welke vormen van preventiebeleid kunnen naar de mening van de Raad het best nationaal, regionaal of door individuele beroepsbeoefenaar worden uitgevoerd? En wat is naar de mening van de Raad de beste organisatorische vormgeving voor een regionaal preventiebeleid en welke rol is daarin weggelegd voor de basisgezondheidsdiensten en voor de afzonderlijke zorginstellingen?
4. Welke rol ziet de Raad binnen het preventiebeleid weggelegd voor vrijwilligers- en patiëntenorganisaties en op welke wijze zou het beste een relatie gelegd kunnen worden met professionele landelijke en regionale preventie-activiteiten?
5. Is er naar de mening van de Raad binnen de huidige beroepsopleidingen voldoende aandacht voor de preventieve component van de beroepsuitoefening en op welke wijze kan het preventie-element binnen de reguliere beroepsopleidingen zonedig beter gestalte krijgen? Op welke terreinen en voor welke beroepsgroepen is er naar de mening van de Raad behoefte aan bijscholing?
6. Wat zijn naar de mening van de Raad de maatschappelijke kosten en baten van het versterken van het preventiebeleid, indien zijn adviezen met betrekking tot het voorgaande worden uitgevoerd? En hoe kunnen naar de mening van de Raad eventuele extra uitgaven binnen de bestaande (voor preventie beschikbare) budgetten door herschikking van financiële middelen worden gefinancierd?

Eerstelijnszorg

Grote vraag was natuurlijk, waarom in de adviesaanvraag de beperking tot de eerstelijnszorg was aangebracht. Ik moet erkennen, dat dit nooit helemaal duidelijk is geworden. Belangrijke reden lag naar ik begrepen heb in de intentie van het Ministerie, dat in dit stadium niet geadviseerd zou moeten worden over de collectieve preventie, omdat men eerst een evaluatie wilde van de nog prille WCPV. Dat betekent, dat er in het advies een forse beperking moest worden aangebracht, omdat preventie in de tweedelijnszorg, de bedrijfsgezondheidszorg en de openbare zorg, alsmede het facetbeleid niet konden worden behandeld, en preventie

idealiter toch in zijn totaliteit in beschouwing zou moeten worden genomen. Maar de beperking tot de eerste lijn had ook voordelen. Preventie staat bij eerstelijnsberoepsbeoefenaren hoog in het vaandel en zeker de laatste tijd is de belangstelling en bereidheid groot hierin verbeteringen aan te brengen. Deze conferentie is daar een bewijs van. Daarnaast konden wij ons ontslagen achten van het beantwoorden van de precare vraag, wie bepaalde vormen van preventie nu het beste kan uitvoeren. Want dat blijft natuurlijk wel de vraag. Of bijvoorbeeld de uitvoering van collectieve preventie het beste in combinatie met zorgverlening, dan wel door een daartoe geëigende aparte instantie kan geschieden. In algemene zin is die vraag niet eensluidend te beantwoorden. De combinatie van preventieve met curatieve activiteiten heeft mogelijk als voordeel, dat het bereik van de doelgroep via het benutten van al bestaande contacten tot stand komt, en dat opsporings- en vroegsignaleringsactiviteiten én het regelen van de noodzakelijk follow-up daarvoor in één hand komen te liggen. Nadelen van deze combinatie kunnen zijn, dat de uitvoering van de preventieve activiteiten onder tijdsdruk van direct gevraagde hulpverlening in de knel komen, en dat het ongevraagd aanbieden van allerlei preventieve activiteiten de hulpverleningsrelatie kan verstoren. Gezien de bestaande kennis (NIVEL-studie, Kruiswerk) leken vooralsnog de nadelen de voordelen in de schaduw te stellen. Omdat in deze vragen moeilijk te beslissen is en men gemakkelijk in onvruchtbare loopgravendiscussies beland (JGZ 0 - 4), leek het verstandiger de kernvraag van het advies als volgt te formuleren:

Onder welke criteria en voorwaarden kunnen preventieve activiteiten door de eerstelijnszorg worden uitgevoerd. Daarover werd een tweede preadvies aan het NIPG gevraagd, waarover de vorige spreker u al heeft ingelicht. Nogmaals kort samengevat komt het antwoord op deze kernvraag op het volgende neer:

Bij de beoordeling of een bepaald onderdeel van de preventie door de eerstelijnsgezondheidszorg kan worden uitgevoerd, moeten de volgende criteria worden gehanteerd:

- aansluiting bij dagelijkse routine;
- beperkte en gelijkmatige belasting;
- beperkte complexiteit;
- geen specialistische kennis of apparatuur nodig;
- zo beperkt mogelijk en efficiëntie registratie.

Voorwaarden te stellen aan de overheid:

- de invoering in de eerste lijn gefaseerd en planmatig laten verlopen;
- zorgen voor goede besturing, prioriteitsstelling en stimulering;
- goed overleg met beroepsgroepen;
- heldere regelgeving inzake bekostiging en opleidings- en kwaliteitseisen;
- zorgen voor mogelijkheden tot ondersteuning.

Voorwaarden te stellen aan de beroepsbeoefenaren en zorgorganisaties:

- begrip voor en inzicht in de noodzaak van gestandaardiseerd werken;
- bereidheid tot (beperkte) registratie;
- algemene deskundigheid (géén specialisatie);
- bevordering van automatisering.

Hiermee leek de algemene vraagstelling voldoende beantwoord. In het algemeen komt dit neer op een versterking van het programmatisch karakter van preventie. Verdere detaillering en nuancering van deze criteria en voorwaarden werd niet nodig geacht, ook al omdat daartoe inmiddels elders stappen werden gezet, zoals u zometeen vanuit de hoek van de huisartsen zult horen. Ook de overige deelvragen waren vanuit deze criteria en voorwaarden redelijk eenvoudig te beantwoorden. Ik zal daar omwille van de tijd nu niet nader op ingaan. U moet dat maar nalezen in het advies. Al zijn deze criteria en voorwaarden expliciet geformuleerd voor de preventie in de eerstelijnszorg, zij laten zich redelijk gemakkelijk ook vertalen naar preventie in andere sectoren.

Sturing en ontwikkeling

Kort wil ik nu nog aandacht besteden aan de advisering over de sturing van de preventie en de programmaontwikkeling, en tenslotte aan de prioriteitsstelling en de financiering.

Gezien het noodzakelijk geachte programmatische karakter van preventie, de noodzaak tot afstemming tussen de verschillende sectoren en instanties, die zich met preventie bezighouden, de noodzaak van landelijke uniformiteit van effectief gebleken programma's, de noodzaak tot prioritering en de noodzaak tot toestemming of vergunning voor bevolkingsonderzoek, lijkt het instellen, dan wel aanwijzen van een centrale instantie, die zich met de sturing van de preventie gaat bezighouden een goede zaak. Dit zou niet sectorgewijs moeten gebeuren, maar zich moeten uitstrekken over het hele terrein van de preventie. Voor de concrete ontwikkeling van programma's kan wel aan de inschakeling van meerdere

instanties gedacht worden, ingedeeld naar preventiesectoren of -methodieken, bijvoorbeeld voor de geestelijke gezondheidszorg, of voor de GVO.

Prioriteitsstelling en financiering

In tegenstelling tot wat de adviesaanvraag suggereert, zou prioriteitsstelling in preventie niet in eerste instantie op grond van financiële overwegingen moeten plaatsvinden, maar op grond van bewezen gezondheidswinst en effectiviteit. In die zin is de Raad ook niet ingegaan op de vraag om via kostenoverwegingen prioriteiten aan te geven. Veel belangrijker heeft zij het geacht concrete aanbevelingen te doen ten aanzien van de toekomstige financiering van de preventie. De voornemens met betrekking tot de stelselwijziging waren hierover immers tot nu toe vaag gebleken. Het voorstel voor de toekomstige financiering komt hierop neer:

Casuïstische preventie dient beschouwd te worden als een onderdeel van goede eerstelijnszorg en hoeft als zodanig niet apart verzekerd te zijn. Zij dient onderdeel te zijn van het basispakket van de ziektekostenverzekering. Wel moeten verzekeraars hiervoor met eerstelijnszorgverleners bepaalde afspraken maken.

Individueel gerichte, en dus individualiseerbare, programmatische preventie, die zich bewezen heeft, en waarvan de uitvoering het beste in de eerstelijnszorg kan geschieden, zou rechtstreeks gefinancierd moeten worden uit de centrale kas van de nieuwe ziektekostenverzekering aan de zorgaanbieders, dan wel via het normuitkeringstelsel aan de ziektekostenverzekeraars. De overheid c.q. het beheersorgaan van de centrale kas kan contracten of overeenkomsten afsluiten met eerstelijnsberoepsbeoefenaren of eerstelijnsorganisaties over de uitvoering van deze programma's. Wanneer door de aard van het programma de preventieve interventie in te passen is in het stelsel van normuitkeringen kan ook financiering via de verzekeraars overwogen worden. Er zal dan bij de doorvoering van de systematiek van de functionele verstrekkingen wel een omschrijving van een dergelijk programma moeten zijn of komen, die in een verstrekking moet kunnen worden ondergebracht, en een gegarandeerde toegang waarborgt tot de preventieve activiteit.

Programmatische preventie, waarvan de uitvoering grotendeels in handen van de GGD-en ligt wordt gefinancierd uit de algemene middelen via het gemeentefonds. Wanneer de eerstelijnszorg bij deze uitvoering partieel betrokken wordt, worden deze middelen aan de betreffende beroepsbeoefenaren of organisaties doorgesluisd.

Programma's op het terrein van de collectieve preventie, die niet individualiseerbaar zijn, worden uit algemene middelen betaald via het gemeentefonds of andere fondsen. De eventuele inschakeling van de eerstelijnsorganisaties en beroepsbeoefenaren bij dergelijke programma's dient dan ook uit deze fondsen betaald te worden. Financiering van collectieve preventieprogramma's uit premiegelden moet niet worden uitgesloten.

Financiering van de ontwikkeling van preventieprogramma's kan in de huidige situatie via verschillende kanalen plaatsvinden. Gezien het belang van programma-ontwikkeling voor de versterking van de preventie in de eerstelijnszorg moeten deze mogelijkheden in een nieuw stelsel gehandhaafd blijven.

Samenvatting

Ik vat de kern van het advies in een achttal stellingen samen, waarvan er enkele vanmiddag ook ter discussie zullen staan.

1. Belangrijkste voorwaarden voor de versterking van de preventie in de eerste lijn is een programmatische aanpak.
2. Alleen preventieprogramma's met een bewezen effectiviteit moeten worden aangeboden.
3. Preventieprogramma's moeten nauw aansluiten bij de bedrijfsvoering van de eerste lijn: individuericht, kleinschalig, beperkte administratie en personele ondersteuningsmogelijkheden.
4. Preventieprogramma's moeten ontwikkeld worden door daartoe gespecialiseerde instituten.
5. Voor de ontwikkeling, uitvoering en ondersteuning van programma's is netwerkvorming nodig tussen de eerstelijnszorg, GGD-en en preventie-instituten en -organisaties.
6. Voor de ontwikkeling, uitvoering en ondersteuning van preventieprogramma's dient door de overheid en verzekeraars extra financiering ter beschikking gesteld te worden.
7. Er moet een instantie aangewezen of ingesteld worden voor landelijke

prioritering en toestemming voor preventieprogramma's.

8. Als aan de voorwaarden is voldaan, dienen afspraken tussen de overheid, verzekeraars en de eerstelijnszorg over de uitvoering van preventieprogramma's formeel te worden vastgelegd. Daarmee neemt de eerste lijn de verplichting op zich de programma's in de volle omvang en volgens de afgesproken werkwijze uit te voeren.

TOELICHTING VANUIT HET NHG

V.C.L. Tielens

Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft als wetenschappelijke vereniging van huisartsen het beleid met betrekking tot preventie in de huisartspraktijk steeds door drie vragen laten leiden:

- Welke preventieve activiteiten hebben werkelijk aangetoond nut?
- Welke van die activiteiten kunnen het beste door de huisarts uitgevoerd worden?
- Hoe moeten de preventieve activiteiten in de huisartspraktijk georganiseerd worden?

Op grond van deze vragen heeft het Genootschap een betrekkelijk terughoudend beleid rondom preventie gevoerd. Wel is als tegenhanger daarvan ook steeds gezegd dat als een preventieve activiteit aan alle te stellen eisen voldeed de huisartsen deze dan ook dienden uit te voeren. Met andere woorden: er is in de ogen van het NHG in dat opzicht geen plaats voor een vrijblijvende opstelling.

November j.l. heeft WVC de beroepsgroep huisartsen gevraagd zich uit te spreken over taak en functie van de huisarts ten aanzien van een programmatische aanpak van preventie in de eerste lijn. Het concrete antwoord van de beroepsgroep is neergelegd in het 'Concept-voorstel inzake preventie in de huisartspraktijk', een co-productie van de LHV en NHG. In het volgende zal ik een aantal standpunten van het NHG weergeven die een rol hebben gespeeld bij het opstellen van het concept-voorstel.

Het NHG is van mening dat op de markt van de preventie nogal eens veel gouden bergen beloofd worden in de vorm van gezondheidswinst en winst in levensjaren. Vaak berust dit niet op voldoende wetenschappelijke gronden en zeer vaak ontbreekt een volgende valide kosten-effectiviteitsanalyse. Het Genootschap vindt dat zeer kritisch afgewogen moet worden welke preventieve activiteiten werkelijk zinvol zijn.

Mede om de zinvol geachte activiteiten met succes te kunnen uitvoeren dienen allerlei niet zinvol geachte activiteiten niet ondernomen te worden of alsnog te worden gestaakt. Onderzoek dat nodig is om zin of onzin van preventieve activiteiten aan te tonen, verdient prioriteit boven het voortijdig implementeren van onvoldoende onderbouwde activiteiten. Het Genootschap voelt zich in deze stellingname sterk gesteund door het rapport van het NIPG "Setting priorities in prevention".

De zinvolle preventieve activiteiten die op individuele mensen gericht zijn, dienen volgens het NHG zoveel mogelijk verweven te worden met curatieve activiteiten. Dus zo min mogelijk scheiding tussen curatieve en preventieve gezondheidszorg. Daarvoor is een aantal argumenten aan te voeren:

- Een scheiding tussen die twee wordt door betrokkenen ervaren als kunstmatig, mede omdat de overgangen veelal geleidelijk zijn.
- Preventieve activiteiten worden door mensen eerder geaccepteerd als er een relatie bestaat met de actuele gezondheidstoestand.
- Uitkomsten uit preventief onderzoek kunnen beter gewikt en gewogen worden tegen de achtergrond van de medische voorgeschiedenis.
- Eventuele follow-up uit preventief onderzoek is beter gegarandeerd.
- De combinatie van curatie en preventie leidt tot een beter bereik van de doelgroep.

Op grond hiervan is het NHG voorstander ervan een aantal met name genoemde preventieve activiteiten bij voorkeur te laten uitvoeren door de huisarts.

Een probleem bij het op programmatische wijze uitvoeren van preventieve activiteiten in de huisartspraktijk is de feitelijke praktijkorganisatie. Zonder veranderingen daarin is momenteel een programmatische preventie in de huisartspraktijk niet goed haalbaar. Van de andere kant is uit velerlei onderzoek gebleken dat met haalbare veranderingen in de praktijkvoering een en ander wel degelijk uit te voeren is. Derhalve zal eveneens op een programmatische wijze gewerkt moeten worden aan het verbeteren van de praktijkvoering van de huisarts. Daarbij valt onder meer te denken aan:

- Een adequate registratie met gebruikmaking van automatisering.
- Een grotere inbreng van de doktersassistente.

- Een verbetering van de samenwerking met andere betrokkenen, waaronder GGD'en.
- Verdere uitbouw van de huisartsengroep als eerst aanspreekbare organisatorische eenheid.
- Het introduceren naar Engels model van 'praktijkconsulenten' die huisartsen en doktersassistenten begeleiden bij het stapsgewijs aanpassen van de praktijkvoering.

Naar de mening van het NHG is de Nederlandse huisarts in ruim voldoende mate bereid en in staat de werkelijk zinvol te achten preventieve activiteiten in de praktijk een plaats te geven op basis van een programmatische aanpak, mits aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- De invoering zal geleidelijk aan plaats moeten vinden.
- Aan een aantal randvoorwaarden moet voldaan zijn, zoals de honorering van de huisarts.
- De ondersteuning in de praktijk door consulenten en doktersassistenten zal gelijke tred moeten houden met de uitbreiding van preventieve activiteiten.
- Er dient een landelijke sturing te zijn van het hele proces, waarin de beroepsgroep zelf zijn verantwoordelijkheid waar kan maken.
- Het proces moet continu geëvalueerd worden om bijsturing mogelijk te maken.
- Het geheel moet continu wetenschappelijk onderbouwd kunnen worden om steeds opnieuw de inhoudelijke keuzes tussen zin en onzin te kunnen maken.

Op grond van het voorgaande adviseert het NHG aan de LHV over te gaan tot een actief beleid van de beroepsgroep huisartsen ten aanzien van programmatische preventie in de huisartspraktijk. Het NHG spreekt daarbij de intentie uit intensief met de LHV te willen samenwerken om het doel te bereiken. De taken van het NHG liggen daarbij vooral bij de wetenschappelijke onderbouwing van de diverse preventietaken van de huisarts (standaarden), de ontwikkeling van methoden en onderwijsmateriaal, de training en inhoudelijke begeleiding van preventieconsulenten en de evaluatie van het gehele project.

VOORSTEL LHV / NHG

W.L. Bogtstra

Historie

- 1a. Al in 1990 heeft het Centraal Bestuur van de LHV een raamwerk geschetst inzake de taak van de huisarts bij preventieve activiteiten. In dat jaar kwamen in toenemende frequentie vragen van huisartsen op de LHV af inzake de gewenste opstelling van huisartsen bij allerlei vormen van collectieve preventie. Het uitstralend effect op de huisartsenpraktijk van ruim aangehouden collectieve screeningsprogramma's zoals cholesterolmetingen, sproetenbus, etcetera, dient niet onderschat te worden.
 - 1b. De LHV was en is van mening dat de uitwerking van vormen van collectieve of programmatische preventie individu-gericht is en was, en is met de overheid van mening dat de huisarts de meest aangewezen persoon is om deze zorg te verlenen. Teveel versnippering van alle mogelijke, deels onzinnige preventieve activiteiten werkt immers onduidelijkheid, onrust en medicalisering in de hand.
 - 1c. In dat raamwerk is toen ook gesteld dat per preventieve activiteit het NHG gevraagd zou worden effect, nut en noodzaak van die activiteit te onderzoeken. Wanneer het NHG tevens uitspraken gedaan heeft over de mogelijkheden om relevante risicogroepen in de huisartsenpraktijk op te sporen, kan de LHV zich, het advies van het NHG gehoord hebbende en de randvoorwaarden overwegend, uitspreken over de rol van de huisarts.
 - 1d. In dat raamwerk is duidelijk gesteld dat indien participatie van huisartsen na deze zorgvuldige afweging gewenst is, de huisarts deze taak op zich zal nemen. Het is overduidelijk dat de huisartsenberoepsgroep dat alleen maar kan, wanneer niet alleen de randvoorwaardelijke elementen zijn toegezegd, maar ook daadwerkelijk in de praktijk functioneren.
2. In de functie-omschrijving van de huisarts is al lang geleden (1983, 1986) gesteld dat de huisarts de preventie van ziekte en aandoeningen bevordert door:
 - de vroegdiagnostiek van ernstige ziekten;

- het alert zijn op risico's die bepaalde (groepen van) patiënten lopen en gerichte adviezen aan hen;
- het signaleren van gewoonten en ontwikkelingen die de gezondheid kunnen beïnvloeden.

Tevens geeft de huisarts voorlichting aan individuen en gezinnen en stimuleert hij eigen verantwoordelijkheidsbesef van zijn patiënten.

Deze tekst komt uit de discussienota.

In deze al lang bestaande functie-omschrijving van de huisarts (Basis-takenpakket) staat in feite verwoord waar de beroepsgroep op aanspreekbaar is. Ik dik dit nog maar even aan, omdat de beroepsgroep dus blijkbaar al een decennium geleden een functionele omschrijving klaar had. Het verschil tussen deze functie-omschrijving en het voorstel dat LHV en NHG aan het Ministerie van WVC hebben gedaan, zit in het woordje "programmatisch".

Essentie: indien we daartoe in de gelegenheid worden gesteld, is de beroepsgroep huisartsen bereid de programmatische aanpak van een beperkt aantal preventieve activiteiten onder bepaalde voorwaarden ter hand te nemen. Vrijblijvendheid is dan vanzelfsprekend verleden tijd.

3. In juni 1991 hebben LHV en NHG in het kader van een spontane reactie op elementen uit de nota "Werken aan zorgvernieuwing" gepreludeerd op hoe beide organisaties menen dat men naar preventie moet kijken. Kort samengevat:
 - a. preventie en curatie zijn onlosmakelijk verbonden;
 - b. alleen die zaken die vanuit kosten-effectiviteit voldoende rendement opleveren;
 - c. kijken naar effect op totale sterfte en niet alleen ziekte-specifieke sterfte;
 - d. en belangrijkste: indien geen optimaal beroep op het bestaande zorgsysteem van huisarts en huisartsenpraktijk zal worden gedaan, zal het curatieve gezondheidszorgsysteem onbeheersbaar worden (en onbetaalbaar).

4. Al in 1987 presenteerde de LHV de discussienota "De positie van de huisarts in de toekomst". Hierin worden verregaande uitspraken over de inhoud van het produkt huisartsgeneeskunde en de randvoorwaarden voor de beschikbaarheid van dit produkt gedaan. Tevens worden uitspraken gedaan over garanties omtrent het produkt. De hierboven genoemde functie-omschrijving is ook in deze nota weergegeven. Toen al is gesteld dat de kwaliteit van huisartsgenees-

kundig handelen de basis vormt voor de kwaliteit van de gezondheidszorg en de gezondheidsbeleving van de burger. Vrijblijvendheid in het uitvoeren van taken binnen de huisartsenpraktijk werd niet langer verantwoord geacht. Als uitvloeisel van deze nota is de nota "Kwaliteit en deskundigheidsbevordering" in 1990 vervaardigd, waarin expliciet in vijf-jaren-plannen aangegeven wordt op welke manier inhoud en structuur van de huisarts-geneeskundige zorg de komende jaren kan worden gegarandeerd.

Het hierboven geschetste beleid wordt door de beroepsgroep breed gedragen. Daarnaast wordt duidelijk dat vervulling van randvoorwaarden, zoals automatisering, voor preventieve activiteiten kunnen worden ingebed in de dagelijkse zorg. Dit betekent dat in de loop van de afgelopen decennia veranderde preventieve taakopvatting van de huisarts in de jaren negentig geëffectueerd kan worden.

Samengevat: historisch zijn er enkele zaken van belang:

- 1987: discussienota "De positie van de huisarts in de toekomst";
- 1990: nota 'Kwaliteit en deskundigheidsbevordering';
- 1990: raamwerk preventie;
- 1983 en 1986: "Basistakenpakket van de huisarts" (en dus toen al: functionele omschrijving!);
- 1991: *NHG / LHV-brief, preluderend op een bepaalde visie en daarmee impliciet de vraag van WVC uitlokkend om met een voorstel te komen.*

Historisch lijkt me verder niet zo veel van belang.

Preventie in relatie tot de stelselwijziging

Het voorstel dat LHV en NHG aan het Ministerie hebben gedaan (een trapsgewijs meerjarenplan) past in het nieuw beoogde stelsel, waarbij partijen concreet invulling dienen te geven aan inhoud en structuur van de zorg. Ten aanzien van programmatische preventie doet zich het feit voor dat preventieve handelingen, gezien het feit dat bij preventie nog niet over ziekte kan worden gepraat, strikt genomen dus ook niet vallen onder ziektekostenverzekeringen. Gezien de wijzigingen in de Ziekenfondswet, de AWBZ en de WIG kan men echter aannemen dat zorgverzekeraars programmatische preventie in hun pakket zullen willen opnemen. Door fantaserend is het dan mogelijk dat, gezien de concurrentie tussen landelijk opererende zorgverzekeraars, dit in theorie zou kunnen betekenen dat beroepsbeoefenaren, dus huisartsen, kunnen worden geconfronteerd met verschillende aanbiedingen van verzekerde preventieve zorg. Dit

is (a) inhoudelijk, (b) pragmatisch en (c) qua organisatie in de huisartsenpraktijk volstrekt ongewenst. Daarom is het duidelijk dat inhoud en structuur van programmatisch preventief aanbod inhoudelijk gedekt moet zijn door adviezen van wetenschappelijke aard (en dus van onze wetenschappelijke vereniging, het NHG), pragmatisch programmatische preventie onlosmakelijk gekoppeld dient te zijn aan reeds bestaande curatieve zorg en dat op praktijkniveau programmatische preventie door de beroepsgroep zelf ter hand dient te worden genomen, vanzelfsprekend met ondersteuning van anderen.

Organisatorische aspecten

Eerste uitgangspunt: coördinatie en sturing vanuit centraal / landelijk niveau; uitvoering van preventieve activiteiten decentraal / lokaal niveau. Kleinste organisatorische eenheid: huisartsgroep. Ondersteuningsstructuur gelieerd aan Districts Huisartsen Vereniging.

Ik denk dat het geen kwaad kan om de organisatiestructuur van de beroepsgroep huisartsen te schilderen. Immers, om kwaliteitsgaranties te kunnen bieden met betrekking tot de huisartsenzorg is een hechte organisatie van de beroepsgroep en van de beroepsvereniging noodzakelijk. In het verleden is bewezen dat het opzetten van een parallelle netwerkstructuur teneinde bepaalde vormen van zorg operationeel te maken, een zachte dood is gestorven. Noem als voorbeeld wellicht het farmacotherapie-overleg; de hele structuur en de organisatie daarvan is aangesloten op de organisatiestructuur van de beroepsgroep huisartsen. Bovendien moet duidelijk zijn dat met het oog op die kwaliteitsgaranties de LHV al jaren geleden de structuur van de vereniging heeft aangepast en statutair opnieuw heeft geregeld. Belangrijk onderdeel van die nieuwe structuur maken de huisartsgroepen uit, waarbinnen behalve de onderlinge waarneming ook deskundigheidsbevordering wordt uitgevoerd. Preventieve taken en delegeren van preventieve taken zullen in de toekomst in de huisartsgroep plaatsvinden.

De huisartsgroepen zijn statutair verbonden met de Regionale Huisartsen Vereniging (83). Vanuit die Regionale Huisartsen Verenigingen worden vertegenwoordigers benoemd voor 23 Districts Huisartsen Verenigingen, die een bureau en een directeur hebben. De voorzitters van de districten vormen het Centraal Bestuur van de LHV, tezamen met zes leden van het Dagelijks Bestuur.

Ook de deskundigheidsbevordering is van onderaf opgebouwd. Aan de Regionale Huisartsen Verenigingen zijn Werkgroepen Deskundigheidsbevordering Huisartsen verbonden, die begeleid worden door 106 Plaatselijke

Coördinatoren. Deze Plaatselijke Coördinatoren houden contact met acht Inhouds Coördinatoren.

Essentie: Op de invitational conference moet duidelijk worden dat het huis er al staat. De bewoners kunnen er in gaan wonen. Geen nieuw huis dus. Dit is mijn inziens één van de belangrijkste punten: wanneer programmatische preventie door de huisarts, zijn beroepsgroep zal worden opgenomen, krijgt men als het ware een functionerende organisatiestructuur cadeau.

Nadere organisatorische elementen

- a. Zo weinig mogelijk overhead. Het gaat om huisartsenpraktijk-gebonden ondersteuning.
- b. De LHV heeft een ondersteuningsstructuur en een deskundigheidsbevorderingsstructuur. Beide structuren spelen bij programmatische preventie een rol, maar het mag niet zo zijn dat programmatische preventie als het ware wordt ondergebracht bij één van beide structuren. Hoewel ingebed en aangesloten bij de huidige organisatie van de beroepsgroep, gaat het om geoordeelde ondersteuning.
- c. Doktersassistente of practice-nurse spelen in de uitvoering naast de huisarts een belangrijke rol. Integratie in de beroepsopleiding en nascholing van huisartsen en doktersassistenten van programmatische preventie is conditio sine qua non.
- d. Ondersteuning door bijvoorbeeld preventie-consulten geschiedt door in nauw overleg te treden met vertegenwoordigers van de huisartsengroepen.
- e. Ondersteunende taken op het gebied van voorlichting, epidemiologisch onderzoek en beleidsadvisering worden op districtsniveau, maar ook op het niveau van uitvoerende huisartsengroepen geïnitieerd.
- f. Ander argument om de huisartsengroep als kleinste functionele eenheid centraal te stellen is dat op deze wijze de garantie is ingebouwd dat de totale beroepsgroep betrokken wordt bij dit beleid. Ook niet-LHV-leden maken deel uit van huisartsengroepen. In dit kader kan er speciale aandacht gegeven worden aan het motiveren van minder tot preventieve activiteiten neigende huisartsen.

Werkbelasting (relatie met motivatie-onderzoek)

Enkele weken geleden kwam het rapport "Opgebrand" van het NIVEL uit. Hieruit blijkt dat er huisartsen zijn die, niet zozeer door feitelijke, maar meer door ervaren werkbelasting, gevoelens van demotivatie hebben. Het

zou een eenvoudige conclusie zijn te stellen dat als de huisarts er weer een taak bij krijgt, namelijk programmatische preventie, de werkdruk-gevoelens alleen maar groter zouden worden. Deze redenering is te simpel. Juist het rapport van het NIVEL toont aan dat huisartsen hun enthousiasme voornamelijk halen uit het directe contact met de patiënt en een diversiteit aan handelingen en/of verrichtingen. Factoren waar hij ontmoedigt door raakt zijn ondermeer: de weinige vrije tijd, regelgeving, bureaucratie en papierwinkel. Bij adequate ondersteuning en geautomatiseerde administratie is te verwachten dat subjectieve werkdruk op dat gebied zal afnemen.

Duidelijk is natuurlijk wel dat programmatische preventie op uitvoeringsniveau een vermeerdering van het aantal taken inhoudt; maar dat uitvoeringsniveau wordt, omdat het een patiëntencontact is, waarschijnlijk niet als werkdruk ervaren.

Financiën

Bij uitvoering van preventie-activiteiten in de huisartsenpraktijk moet in ieder geval gedacht worden aan systematische administratie, het ontwikkelen van een preventiemodule voor automatisering, een oproepsysteem, kostenvergoeding voor huisartsen en kostenvergoeding voor de dokters-assistenten. De ondersteuning bestaat minimaal uit overheadkosten voor coördinatoren op districtsniveau, preventie-consulents, secretariële ondersteuning en een landelijk in te stellen sturing- en coördinatiepunt.

Belangrijk is mijns inziens nog een relatie te leggen tussen het NRV-advies, dat ook op de invitational conference gepresenteerd wordt, en ons advies. De volgende zeven punten zijn mijns inziens naar voren te brengen.

Advies NRV:

- a. Vaccinatieprogramma tegen influenza zou opnieuw overdacht moeten worden.
- b. Doelmatigheid van de screening op baarmoederhalskanker in de huidige opzet dient te worden onderzocht.

Beide zaken worden als eerste twee "dakpannen" door de beroepsorganisaties uitgewerkt.

- c. Programmatische preventie dient aan te sluiten bij de dagelijks routine, slechts een beperkte en gelijkmatige belasting met zich mee te

brengen, niet te complex te zijn, geen specialistische kennis of apparatuur te vereisen en een beperkte en efficiënte registratie te vereisen.

Aan al deze factoren wordt of kan in de huisartsenpraktijk voldaan worden.

d. De NRV adviseert de overheid invoering in de eerstelijns gefaseerd en planmatig te laten verlopen.

De "dakpansgewijze" invoering of mixed scanning approach voldoet aan deze eisen.

e. Indien de overheid niet zelf sturing op zich neemt kan een landelijk orgaan deze taak, vooral op het gebied van de programmatische preventie-ontwikkeling, op zich nemen. Ondersteuning kan op lokaal of regionaal niveau worden georganiseerd.

Met het instellen van een landelijk coördinatie- en sturingpunt van de beroepsorganisaties wordt aan deze eis voldaan; ook qua ondersteuning wordt aan het advies van de NRV voldaan.

f. Het beheersorgaan van de Centrale Kas kan contracten of overeenkomsten afsluiten met beroepsbeoefenaren of met organisaties over de uitvoering van deze programma's. Wanneer de eerstelijnszorg bij deze uitvoering betrokken wordt, dienen deze middelen naar de betreffende beroepsbeoefenaren of organisaties te worden doorgesluisd. Met name dit laatste is een belangrijk punt.

g. Ik zou zeker nog even het niet-geoormerkte geld, dat aan gemeentes in het kader van de Wet op de Collectieve Preventie ter beschikking wordt gesteld, memoreren. Als het geld voor programmatische preventie direct naar de betreffende beroepsorganisatie wordt doorgesluisd, *is het gegarandeerd geoormerkt.*

Het grote probleem op dit moment is dat de samenhang tussen inhoudelijke, voorbereidende, uitvoerende, ondersteunende en besturende elementen met betrekking tot preventieve gezondheidszorg op dit moment te wensen overlaat en dat daarom samenwerking tussen instellingen en beroepsbeoefenaren niet goed mogelijk is. Het ligt voor de hand voor

besturende, ondersteunende en inhoudelijke taken op het gebied van de preventie gebruik te maken van reeds bestaande of in ontwikkeling gebrachte organisatiestructuren.

PROGRAMMATISCHE PREVENTIE GEEN OPLOSSING VOOR ALLE KWALEN

M. de Winter

Wat ik vandaag wil gaan zeggen over preventie in de eerstelijnsgezondheidszorg, naar aanleiding van de verschillende rapporten die ter discussie staan, zou u wellicht kunnen opvatten als 'vloeken in de kerk'. Ik heb namelijk nog al wat kanttekeningen en aanmerkingen bij het gebruik van het begrip 'programmatische preventie' dat als richtinggevend principe zowel in de voorstudies van het NIPG, het NRV-advies en het rapport van de LHV en NHG een centrale rol speelt.

Tevoren wil ik u zeggen dat ik mijn kanttekeningen vooral op persoonlijke titel maak. De NRV-nota is nog vers, en de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, als organisatie van kruiswerk en gezinsverzorging, heeft er nog geen bestuurlijk standpunt over bepaald. Haar vertegenwoordigers in de NRV zijn echter wel in groter lijnen met het advies akkoord gegaan, met dien verstande dat men heeft opgemerkt dat het advies een beperkt karakter draagt: op een aantal belangrijke aspecten van preventie, waar gezinsverzorging maar met name kruiswerk een belangrijke rol in vervullen wordt niet of maar zeer summier ingegaan: ik geef u als voorbeeld de jeugdgezondheidszorg voor 0 tot 4 jarigen, cursussen en patiëntenvoorlichting zoals die door wijkverpleegkundigen en GVO-consulenten in het kader van de thuiszorg worden gegeven, de preventieve huisbezoeken aan ouderen etcetera. Die beperking is niet helemaal toevallig, zoals ik u zal laten zien. Dat heeft mijns inziens te maken met de opvatting, of misschien zou ik zelfs wel moeten zeggen, met de ideologie dat alle goede preventie programmatisch zou moeten zijn. En over dat uitgangspunt zou ik het vooral met u willen hebben.

Ik bekleed zoals u wellicht weet een leerstoel op het gebied van de ouder- en kindzorg, de preventieve jeugdgezondheidszorg voor kinderen van 0 tot 4 jaar en hun ouders. Dat is een gebied waarop al sinds jaar en dag niet alleen casuïstisch, maar bij uitstek ook programmatisch werd gewerkt; programmatisch: dat wil zeggen: het gaat om planmatig uitgevoerde preventieve activiteiten, die volgens een vastgelegde taakverdeling en werkwijze worden uitgevoerd, en die zich richten op omschreven doelgroep waarbij het doelgroep-bereik gevolgd wordt (NIPG tweede

preadvies, p.8) Voorbeelden daarvan zijn u allen bekend: het Nationale Immunisatieprogramma, de PKU/CHT screening, het gehooronderzoek volgens de Ewing-methode, de V.O.V. (vroegtijdige onderkenning van visuele stoornissen) die momenteel landelijk wordt ingevoerd, het ontwikkelingsonderzoek volgens het van Wiechenschema, en wellicht binnen enkele jaren het VTO-taal signaleringsinstrument. Deze succesvolle preventieprogramma's vormen echter slechts een onderdeel van het totale JGZ-pakket. Andere, overigens zeer essentiële bestanddelen van dat pakket zijn preventief klinisch gezondheidsonderzoek (PGO), anticiperende voorlichting, bijvoorbeeld over ontwikkelingsfasen, veiligheid, voeding en verzorging, begeleiding (bijvoorbeeld bij opvoedingsvragen en -problemen), huisbezoeken en groepsvoorlichting. Met andere woorden, de jeugdgezondheidszorg is een mixture van programmatische en casuïstische preventie, om het nieuwe jargon maar eens te volgen. Juist deze mix beschouw ik als een groot voordeel, misschien zelfs wel als een van de meest essentiële factoren die er toe bijdragen dat de Nederlandse Jeugdgezondheidszorg zo succesvol is in haar bereik, en in haar bijdrage aan de gezondheids- en welzijnswinst van Nederlandse kinderen. Ouders bezoeken de bureaus zo massaal omdat ze een totaal-pakket krijgen: een vertrouwde omgeving waarin je enerzijds met al je vragen over gezondheid, verzorging, ontwikkeling en opvoeding terecht kunt, en waarvan je anderzijds weet dat het kind grondig en deskundig nagekeken wordt. Die twee kanten van de medaille worden uit preventief oogpunt algemeen van groot belang gevonden. Maar ze zijn wel met elkaar verbonden: reductie van het Consultatiebureau tot een soort multipiele screenings-bus zou het bereik drastisch doen afnemen. Juist het kunnen stellen van vragen, het uiten van zorgen blijkt voor veel ouders een van de attractieve aspecten van de jeugdgezondheidszorg. Uiteraard weten we dat het juist de programmatische, geprotocolleerde activiteiten zijn die het makkelijkst op hun kosten-effect-verhouding te beoordelen zijn. Het zijn zo u wilt de 'harde' vormen van preventie.

De 'zachte' vormen, de minder makkelijk protocolleerbare en dus minder makkelijk meetbare preventie-activiteiten richten zich echter op een minstens even gewichtig doel: het bevorderen en beveiligen van een gezonde lichamelijke, geestelijke en sociale ontwikkeling van kinderen. Méér dus dan alleen het voorkomen of vroeg signaleren van een aantal wel omschreven ziekten of stoornissen. Kortom, programmatische preventie moge doeltreffend, doelmatig, ethisch verantwoord en veilig zijn, toch is er niet het hele preventieverhaal mee verteld. En dat is nu precies wat mij stoort in de toon van een aantal stukken die wij vandaag bespreken.

Het meest extreem of zo u wilt het minst genuanceerd, trof ik die toon aan in het tweede preadvies van het NIPG, 'Organisatorische versterking van preventie in de eerstelijnsgezondheidszorg'. Eigenlijk met maar één, mijns inziens zwak argument wordt een zeer vergaande stelling geponeerd.

Ik citeer: 'De beste garantie voor doeltreffende en veilige preventie is dat die preventie programmatisch wordt uitgevoerd. Programmatisch wil zeggen doelbewust en via planmatig te zetten stappen. Om deze reden kiezen wij als principieel uitgangspunt de stelling dat alle preventie programmatisch zou moeten zijn' (einde citaat).

Het argument is dat preventie altijd actief wordt aangeboden, altijd aan in beginsel gezonde personen die verwachten meer voordelen dan nadelen daarvan te kunnen plukken, en dat daarom ethisch gezien de bewijslast altijd op de schouders van de aanbieders rust. Dus: alleen die preventie mag worden aangeboden waarvan de doeltreffendheid en veiligheid wetenschappelijk is aangetoond: programmatische preventie.

Ik wil het universele karakter van die stelling met kracht bestrijden. Zij is in elk geval niet wetenschappelijk onderbouwd, en daarom, de logica van de auteurs volgend, misschien ook wel niet ethisch verantwoord.

Er liggen mijns inziens aan die redenering een paar verkeerde uitgangspunten ten grondslag.

Ik noem er enkele:

Ten eerste: Het denken in termen van programmatische preventie lijkt geïnspireerd door een klassiek ziektemodel. Preventie is gedefinieerd als het actief voorkomen van ziekten via het beschermen en bevorderen van gezondheid door het verminderen van risico's, bevorderen van gezond gedrag en het beperken van gevolgen door vroegtijdige opsporing. Mijns inziens moeten we, zeker sinds Health for All en de nota 2000 van een breder preventie-doel uitgaan: gezondheid is volgens de WHO-definitie een toestand van volkomen welzijn op fysiek, geestelijk en sociaal gebied, én de afwezigheid van ziekte of gebreken. Met andere woorden: lichamelijke gezondheid is nauw verweven met geestelijk en sociaal welbevinden, een constatering die geen huisarts of wijkverpleegkundige zal willen ontkennen. Een dergelijke 'integrale' gezondheidsopvatting heeft onherroepelijk invloed op preventie: preventie kan niet slechts het voorkomen of onderkennen van ziekte en risico's zijn, maar dient zich te richten op de samenhang tussen de verschillende gezondheidsdeterminanten: het lichaam, het gedrag, de sociale en fysieke omgeving en het zorgsysteem. Gezondheid is dus een uitermate complexe materie. Zó complex, dat

preventie, opgevat als de optelsom van doeltreffend en veilig gebleken preventieprogramma's gericht op specifieke ziekten of risico's wel een erg schrale en magere invulling is. Daarom ben ik van mening dat de stelling, dat alle preventie programmatisch moet zijn een onzinnige is. En ook het van die extreme stelling afgeleide genuanceerder standpunt (bijvoorbeeld in de NRV-nota), dat we moeten streven naar een ontwikkeling van minder naar meer programmatische preventie, vind ik niet per definitie gerechtvaardigd. Programmatische preventie is geel doel op zichzelf, maar kan in een aantal gevallen een adequaat middel zijn. Of je programmatisch of casuïstisch preventie bedrijft, dient mijns inziens af te hangen van het doel en de beschikbare methode.

Een tweede punt: Zeker als je uit gaat van een samenhang tussen gezondheid, welbevinden en sociale omstandigheden (volgens het Lalonde model) zal een programmatische aanpak lang niet altijd mogelijk zijn. Veel van de problematiek die huisartsen, consultatiebureauteams, fysiotherapeuten of verloskundigen tegenkomen is te complex om er een ziekte- of risico-gericht preventie-programma op te zetten. Er is met andere woorden veel problematiek waar heel goed preventie op mogelijk is, maar waarbij de problematiek te sterk individueel en sociaal gedifferentieerd is om programmatisch te kunnen werken. In die gevallen is een individuele benadering, via het kanaal van een vertrouwde hulpverlener als huisarts of wijkverpleegkundige, het belangrijkste aangrijpingspunt voor preventie. En wellicht moet er vanuit die praktijk soms ook wel aan facetbeleid gedaan worden. Want het beïnvloeden van aan gezondheid gerelateerde 'facetten' kan vaak een uiterst krachtig preventiemiddel zijn. Neem de huisarts die constateert dat er bovenmatig veel verkeerstraumata in zijn gebied voorkomen, bij ouderen of bij kinderen: is hij of zij niet per definitie de eerste die kan constateren dat er iets mis is met de verkeersveiligheidsituatie? Mijns inziens is het buiten haakjes plaatsen van facetbeleid, zoals dat in de voorliggende nota's gebeurt, dan ook niet het gevolg in inhoudelijk preventiedenken, maar een functie van de programma-ideologie zelf.

Een derde punt: Wanneer preventie is ingebed in een vertrouwde praktijk, zoals die van de huisarts of het consultatiebureau, dan verliest mijns inziens ook een belangrijk argument voor programmatische preventie als universeel principe zijn betekenis: namelijk het ethische argument dat de bewijslast altijd op de schouders van de aanbieder ligt, omdat preventie ongevraagd en actief wordt aangeboden. Preventie die plaats

vindt in een duidelijke, vertrouwde context is niet ongevraagd: het consultatiebureau maakt bijvoorbeeld op alle mogelijke manieren aan ouders duidelijk wat het te bieden heeft, waarom het bepaalde preventieve activiteiten beschikbaar stelt. Mensen kiezen daarvoor, en stellen er soms kritische vragen over. Juist wanneer ten aanzien van preventie dit communicatieve en vertrouwensaspect zou gaan ontbreken, juist wanneer er sprake is van een preventieprogramma waarvoor je niet als persoon, maar als min of meer anonieme drager van mogelijke risicofactoren wordt benaderd, juist in dat geval ligt de bewijslast heel duidelijk bij de aanbieder. Er klopt dus iets niet: een argument dat specifiek geldt voor programmatische preventie wordt van toepassing verklaard op alle preventie, en daarom moet alle preventie programmatisch zijn. Een cirkelredenering.

Mijn conclusie is dan ook de volgende:

Ik bestrijd op inhoudelijke gronden de stelling dat alle preventie programmatisch moet zijn; datzelfde geldt ook voor het wat genuanceerder standpunt dat we persé van minder naar meer programmatische preventie zouden moeten. Beide uitgangspunten stelen mijns inziens niet op wetenschappelijke gronden, zijn ingegeven door het denken in termen van een ziektemodel, waarbij gezondheid, welbevinden en sociale omgeving van elkaar geïsoleerd worden. Wanneer programmatische preventie tot norm wordt verheven, misschien wel geïnspireerd door het nieuwe financierings- en verzekeringsstelsel, dan komt preventie mijns inziens als een geïsoleerd verschijnsel los te staan binnen de zo succesvol gebleken nulde- en eerstelijnspraktijk, waarbij communicatie en vertrouwen tussen zorgvrager en zorgaanbieder een essentiële schakel vormen. Zoals blijkt uit de huisartsen-nota genereert een dergelijke splitsing nieuwe organisatievormen, financiële claims en vooral ook nieuw bureauwerk. Dat alles is slechts te rechtvaardigen vanuit een inhoudelijk perspectief: de keuze om al dan niet programmatisch werken is een afgeleide, geen doel op zich. Preventie hoort mijns inzien in de eerste plaats tot de goede beroepsuitoefening, en daarvoor behoort een goede, integrale financiering te bestaan. Wanneer allerlei belangrijke activiteiten in dat kader worden geïsoleerd (bijvoorbeeld die GVO-cursussen, de patiëntenvoorlichting, de groepsvoorlichting aan a.s. ouders, het preventief huisbezoek aan ouderen, allemaal voorbeelden uit de wijkverpleegkundige praktijk), dan verwacht ik dat binnenkort naast de twintig miljoen van de huisartsen er allerlei financiële claims, ook van de zijde van de L.V.T., tegemoet gezien kunnen worden. En daarom moet preventie uitgevoerd en gefinancierd

worden als integraal onderdeel van een goede beroepsuitoefening: stelsel of geen stelsel.

DE ALLEREERSTE EERSTELIJN

H.M. Cromheecke-Reus

Dat preventie niet iets is van deze tijd, bewijzen de voorschriften in de Thora, Bijbel en Koran. Voorschriften zoals besnijdenis en het zich moeten onthouden van geslachtelijk verkeer in bepaalde perioden, wijzen op gezondheidsmaatregelen, zij het in een religieus kader. Niet zozeer religieus, maar meer cultuurgebonden zijn er diverse andere gebruiken die ongeluk en ziekte moeten voorkomen. Bij de allochtone cliënten worden wij geconfronteerd met baby's die met zout ingewreven worden, kaalgeschoren zijn, de ogen omrand zijn met kajal, of waarbij wij een mes onder het matrasje aantreffen. Een brandend kaarsje bij een Maria-beeld is een preventiemaatregel die niet zo ver van onze eigen cultuur afstaat.

De verloskundige heeft een bij uitstek preventief beroep. Daar zijn enkele redenen voor te noemen:

- a. Het gehanteerde uitgangspunt dat zwangerschap, bevalling en kraambed in principe fysiologische processen zijn.
- b. Het feit, dat de verloskundige van oudsher haar werkzaamheden heeft uitgevoerd zonder instrumenten, zodat er al in een vroeg stadium van de professionalisering van het beroep een deskundigheid bestond die wordt gekenmerkt door een systematische aandacht voor preventie van stoornissen.
- c. De verloskundige heeft een verantwoordelijkheid voor het onderkennen en inschatten van risicofactoren en de daaruit voortvloeiende consequenties voor het te volgen beleid.

In het beroepsprofiel staat, ik citeer: "De verloskundige werkt preventief. Haar handelen is mede gericht op het voorkómen van onnodige medische en technische behandelingen en/of medicatie tijdens zwangerschap, baring en kraambed, alsmede op het voorkómen van ziekten of afwijkingen bij de pasgeborene".

De verloskundige heeft hiervoor een programmatische aanpak. Voor het programma wordt gebruikt:

- de standaard zwangerschapskaart;
- de Verloskundige Indicatielijst.

Voor vastlegging van de gegevens dienen de standaard zwangerschapskaart en de landelijke Verloskunde Registratie.

Een globaal overzicht van preventieve taken per verloskundige zorgperiode.

I. Tijdens de zwangerschap

Het afnemen van een algemene - sociale - familiale en obstetrische anamnese. Speciale aandacht en voorlichting betreffende

- Roken
- Alcoholgebruik
- Drugs
- Medicijngebruik
- Voeding
- Gebitsverzorging
- Leefwijze

Met betrekking tot familiale genetische belasting wordt voorlichting gegeven over de mogelijkheden van antenatale diagnostiek.

Bloedonderzoek op:

- Bloedgroep
- Resusfactor
- Lues
- Rubella
- HBsAg
- Hb

Urineonderzoek op:

- Proteïne
- Glucose

Eventueel het maken van een cervixuitstrijk voor het vroegtijdig onderkennen van

- Baarmoederhals carcinoom
- Herpes genitalis
- Chlamydiainfectie

Het vroegtijdig opsporen van

- Toxicose
- Zwangerschapsdiabetes
- Onvoldoende foetale groei

- Psycho-sociale begeleiding ter voorbereiding op de bevalling en het aanstaand ouderschap

II. Tijdens de baring is de verloskundige continu alert op de conditie van moeder en kind en attent op mogelijk optredende complicaties.

III. De pasgeborene wordt gecontroleerd of deze in een goede conditie verkeert met speciale aandacht voor lichamelijke afwijking, denk bijvoorbeeld aan heupdysplasie en het niet-ingedaald zijn van de testikels bij jongetjes.

Zonodig wordt profylactisch Vitamine K, Cr  d   of HBlg toegediend.

IV. In het kraambed krijgt de moeder indien nodig Rhesusimmunoprofylaxe en/of rubellavaccinatie. De baby wordt gescreend op CHT en PKU. Speciale aandacht wordt besteed aan de voeding van de pasgeborene. In samenwerking met de kraamverzorging wordt de moeder begeleid in de verwerking van de emoties, het leren omgaan met en de verantwoordelijkheid dragen voor het kind.

In deze meestal onwennige periode waarin moeder en kind elkaar nog zo moeten leren kennen vervult de verloskundige een onmisbare voorlichtende en daarmee ondersteunende rol.

V. Tijdens de nacontrole onderzoekt de verloskundige of de ontzwangering geestelijk en lichamelijk normaal verloopt. Voorlichting wordt gegeven met betrekking tot anticonceptie. Eventueel wordt een preconceptioneel advies gegeven met betrekking tot een volgende zwangerschap. Aangaande het preconceptioneel consult zou het wenselijk zijn, dat dit vóór iedere zwangerschap zou worden ingevoerd.

60   17% Van alle aanstaande ouders in Nederland komen in aanmerking met de verloskundige. Het betreft een periode waarin zij zeer ontvankelijk zijn voor preventie. Het is een fase in hun leven waarin zij meestal voor het eerst zo continu in aanraking komen met de gezondheidszorg en preventie.

Om deze preventie optimaal te laten zijn, bestaat er al samenwerking op diverse terreinen.

Ik refereer hierbij o.a. aan de contacten met huisartsen over algemeen medische gegevens van cliënten. Met gynaecologen over overlegsituaties van de Verloskundige Indicatielijst. Contacten met laboratoria en centra voor erfelijkheidsonderzoek. De proefprojecten toxoplasmose en Hepatitis B-beleid bij zwangeren.

Speciale aandacht zal besteed moeten worden om samen met andere beroepsgroepen screeningsmethoden op hun waarde te beoordelen.

Bij de ontwikkeling ten aanzien van standaarden inzake verloskunde (denk bijvoorbeeld aan een standaard intakegesprek) moet tevens gedacht worden aan contacten met de NHG.

Activiteiten en beleidsmaatregelen van de Stichting Thuiszorg betreffende preventie rondom verloskunde moeten in samenwerking met de verloskundige beroepsgroep worden genomen, evenals de voorlichtingsactiviteiten van de overheid.

Regionale ondersteuning en ondersteuning bij toetsing moeten voorwaarden zijn bij het preventieve werk van de verloskundige.

Dat de werkdruk onevenredig zwaar is bij groter taakbelasting en dat de honorering de laatste twintig jaar niet parallel loopt met de uitbreiding van preventieve taken zal een ieder overduidelijk zijn. Daar zal ik geen stelling aan wijden, maar als algemene stellingen poneren:

Stellingen:

1. Preventie moet doelmatig zijn en mag geen schijnveiligheid bieden.
Het zelfvertrouwen in -
De zeggenschap over -
en het verantwoordelijk zijn voor eigen lichaam mag daarbij niet worden aangetast.
2. Preventieve zorg gegeven door (privé) instellingen/organisaties mag alleen gehonoreerd worden als deze onderworpen is aan regelmatige toetsing op doelmatigheid en kwaliteit.

Literatuur:

Aya Crèbes. Beroepsomschrijving Verloskundigen.

BIJDRAGE UIT DE KRINGEN VAN HET KNGF

A. de Wijer

Met genoegen wil ik deelnemen aan uw conferentie en zal proberen vanuit mijn achtergrond als fysiotherapeut in te gaan op de vraagstelling. De vraagstelling voor de bijdrage luidde:

Bestaat er vanuit de beroepsgroep fysiotherapie de mogelijkheid om elementen van programmatische preventie in de werkzaamheden op te nemen en welke samenwerking is daarvoor nodig.

Ik wil u via een korte inleiding meenemen naar enkele aandachtsgebieden om daarna de randvoorwaarden aan te geven.

Inleiding

In de *beroepsomschrijving* fysiotherapeut, een uitgave van het KNGF augustus 1990, staat vermeld dat het grootste werkgebied van de fysiotherapie binnen de gezondheidszorg ligt. Fysiotherapie omvat daarbij het met behulp van behandelmethoden als *massagetechnieken, bewegingstechnieken en fysiotechnische middelen*, gericht beïnvloeden, op basis van een positieve intermenselijke relatie, van een in zijn functioneren belemmerde medemens. Hierbij is het lichamelijke facet van het belemmerd zijn het primaire aangrijpingspunt. Tevens meldt de beroepsomschrijving dat fysiotherapie een wijze van begeleiden is in de zin van *voorzorg (preventie), zorg en nazorg*. Het contact met de medemens kan hierbij zowel gericht zijn op het voorkomen van aandoeningen en klachten als op het genezen van of het leren omgaan met de aandoening of de klacht.

De laatste jaren bestaat er binnen de fysiotherapie ruim aandacht voor preventie als onderdeel van de hulpverlening. De fysiotherapeut is door middel van publikaties in de vakbladen attent gemaakt op aspecten van gezondheidsvoorlichting, therapietrouw en bedrijfsfysiotherapie. Ook is er aandacht ontstaan voor een meer systematische en planmatige aanpak ervan. Het accent van de preventie ligt momenteel nog steeds op het onderdeel tertiaire preventie en vloeit voort uit de directe zorg voor de patiënt. In toenemende mate echter worden in de fysiotherapie praktijk

meer preventief gerichte activiteiten gestart, zich met name richtend op groepen uit het directe cliëntenbestand.

Als voorbeeld kan worden genoemd pre- en postnatale educatie, stressmanagement en/of ontspanningsbijeenkomsten, incontinentie groepen, meer bewegen voor ouderen, rugscholen, afvallen door middel van fitness, seizoenbegeleiding van sporters gericht op blessure preventie en het begeleiden van groepen patiënten tijdens bewegen zoals bijvoorbeeld het CARA zwem project, fibrofitness voor patiënten met een fibromyalgie en de Bechterew bewegingsgroepen.

Het toepassen van deze nieuw verworven kennis en vaardigheden ten aanzien van deze groepsgewijze en deels niet patiëntgebonden benadering levert in de dagelijkse praktijk nog veel problemen op. Informatie uit goed opgezet wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot specifieke doelstellingen van deze groepen is schaars. Materiaal om te gebruiken bij de dagelijkse praktijkvoering is nog nauwelijks ontwikkeld en er bestaat nog weinig zicht op de specifieke effecten van de diverse programma's. Deze genoemde aspecten verdienen in hoge mate aandacht.

Welke aandachtsgebieden binnen de fysiotherapie zijn mogelijk van belang voor een meer programmatische aanpak van preventie door de fysiotherapeut.

In de nota *bedrijfsfysiotherapie* van februari 1992 wordt gewezen op de noodzaak de aandacht van de gezondheidszorg deels te verschuiven van curatie in de richting van preventie. In de nota wordt de navolgende definitie van bedrijfsfysiotherapie gehandhaafd:

De bedrijfsfysiotherapie beoogt maatregelen te treffen die klachten en/of toekomstige klachten en aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat of de gevolgen ervan, die een relatie hebben met of gevolgen hebben voor de beroepsarbeid, te voorkomen, te verkleinen of weg te nemen. De definitie is zodanig gekozen dat duidelijk het preventieve karakter van de bedrijfsfysiotherapie herkenbaar is.

In het jaar 1988 is een vier jarig project, Twentse aanpak bedrijfsfysiotherapie 2000 genoemd, van start gegaan met het doel inhoud en vorm te geven aan de bedrijfsfysiotherapie en een curriculum te ontwikkelen. Op 1 mei a.s. levert dit een leerplan op waarbij het beginniveau, de leerdoelen en de eindtermen vaststaan.

Het specifieke van bedrijfsfysiotherapie is erin gelegen dat deze zich richt

op een integrale analyse van zowel de personen als van de werkplek en de werkmethoden, waarmee het vakgebied vooral kenmerken van primaire, secundaire en tertiaire preventie in zich draagt. De zorgverlening kan zowel plaatsvinden binnen de gebruikelijke praktijkvorm als wel binnen het bedrijf, BGD of GAK/GMD, samenwerking met vele disciplines is mogelijk, waarbij de bedrijfsarts en de ergonoom de belangrijkste partners zijn.

In de nota fysiotherapie in de *thuiszorg* wordt beschreven dat de fysiotherapeut zich bezighoudt met het voorkomen, opheffen of doen verminderen van stoornissen, beperkingen en in mindere mate van handicaps, teneinde een voor de patiënt zo optimaal mogelijk zelfstandig functioneren in zijn of haar eigen leefmilieu te realiseren. Een samenwerking met andere disciplines is hierbij een van de kenmerken. De fysiotherapeutische zorg richt zich op een viertal zorgfuncties waaronder preventie, zowel secundaire als tertiaire preventie. De volgende doelstellingen zijn opgenomen:

- Het voorkomen van ongevallen in de privé-sfeer
- Het voorkomen van een herhaald valongeval door de patiënt te trainen en te helpen met angst en onzekerheid om te gaan
- Het adviseren ten aanzien van aanpassingen van de woning
- Het ondersteunen van een gezonde levensstijl ten einde stoornissen te voorkomen (te denken valt aan juiste lichaamsbewegingen en omgaan met stress)
- Het bevorderen van fysieke mogelijkheden.

Om optimaal te kunnen functioneren zijn randvoorwaarden uitgewerkt.

Ten aanzien van de *sport* zijn reeds preventieve programma's ontwikkeld. De fysiotherapeut is betrokken bij de SMA's die op regionaal niveau functioneren. Voorlichting wordt gegeven over o.a. blessure preventie, training, voeding, hygiëne, schoeisel en kleding. Bij het integreren van de programma's in de sport kan de fysiotherapeut zijn dienst bewijzen en een rol spelen bij programmatische preventie. Een samenwerking met trainers en sportartsen lijkt hierbij van belang. De belangrijkste doelgroep is voornamelijk de leeftijdscategorie 10 - 30 jarigen. Uit een registratie onderzoek van de Stichting Consument en Veiligheid is gebleken dat liefst 74.5% van alle geregistreerde acute letsels deze leeftijdsgroep betreft.

Ten aanzien van de *oudere leeftijd* blijkt uit de gezondheidsenquête van

het CBS dat 17 - 38% van de bejaarde mannen en 20 - 35% van de bejaarde vrouwen niet in staat is alle voor het dagelijks leven noodzakelijke handelingen zonder hulp uit te voeren. Een programma meer bewegen voor ouderen speelt in op het bevorderen van de motorische activiteiten van oudere mensen en kan naast gymnastiek, sport en spel, dansen, zwemmen en fietsen inhouden. Op advies van de Landelijke Stichting meer Bewegen voor Ouderen is in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de geriatrie een scholingsprogramma gestart om langs deze weg het kader voor het MBVO uit te breiden.

In het preventiebeleid van de bejaardenzorg is samenwerking met vele disciplines mogelijk, waaronder wijkverpleging, maatschappelijk werk, ergotherapeuten, gemeentelijke instanties en huisartsen.

Van oud naar jong, er zijn fysiotherapeuten die zich specifiek richten op de *kinder- en jeugdgezondheidszorg*. Deze collegae zijn gewend om veel aandacht te besteden aan kennisoverdracht, ouderinstructie, zelfmanagement en zijn over het algemeen sturend bezig. De kinderleeftijd wordt gekenmerkt door een snelle groei en ontwikkeling en bij dreigende problemen dient uitbreiding te worden voorkomen. Op consultbasis wordt de kinderfysiotherapeut al intensief betrokken bij de advisering naar individuele gevallen. Een meer programmatische aanpak lijkt ook hier gewenst, mede gezien het gegeven dat door ongerustheid en onwetendheid het gevaar van overmatige behandelingen groot is. Een betere voorlichting kan sturend werken en lijkt derhalve gewenst.

Ten aanzien van de *specifieke categorieën* wil ik nu volstaan met de opmerking dat een meer programmatische preventie van nek- en rugklachten van groot belang is. Samenwerking met de huisarts en andere deskundigen lijkt aangewezen.

Slot

De in het TNO rapport beschreven criteria voor onderbrenging van preventie in de eerstelijns lijken mij goede uitgangspunten waarbij de fysiotherapeut een rol dient te vervullen in de meer op preventie gerichte gezondheidszorg.

Samenwerking met de huisarts, schoolarts, bedrijfsarts, verloskundige, wijkverpleging e.a. lijkt daarbij goed mogelijk. Met de tandarts kan op het terrein van de craniomandibulaire dysfunctie elementen van programmatische preventie worden uitgewerkt.

Veel onderzoek zal nodig zijn om te bepalen bij welke aandoeningen er door welke interventie op bevolkingsniveau de meeste gezondheidswinst valt te behalen.

Naast onderzoek als randvoorwaarde spelen de honoreringsstructuur, samenwerking met andere disciplines, consensus bijeenkomsten ten aanzien van preventieve programma's, scholing en motivering beroepsbeoefenaren een belangrijke rol. De praktijkorganisatorische problemen dienen daarbij te worden opgelost.

HET BELANG VAN PREVENTIE VOOR PATIËNTEN

Mr. A. Dekkers

Met betrekking tot het begrip preventie heeft zich in de afgelopen tien jaar een evolutie voorgedaan. Vroeger werd op conferenties als deze vooral over definitiekwesties gesproken, over wie wat zou moeten doen, over legitimatie van preventie. De sfeer van vandaag is anders: het gaat over programma's, financiering en taakstelling. Enerzijds is dat een verademing. Anderzijds: preventie als aparte werksoort is tenslotte ook maar een kunstmatige conceptie. Zo gaf Verhaak een beeld van een oude huisartspraktijk waarin preventie gewoon verweven is met de curatieve zorg. Men kan ook denken aan klassieke vormen van geneeskunst in China, waarbij de arts betaald werd zolang de patiënt gezond bleef. Als hij ziek werd kreeg de arts geen geld of zelfs een boete. Een vorm van ware preventie.

Onze hedendaagse curatie werkt als het goed is protocollair en programmatisch, preventie is daaruit 'weggeprogrammeerd'. We zijn nu bezig preventie daarin weer terug te programmeren. Dat leidt tot begripsverwarring. De voordracht van De Winter laat zien dat preventie een 'softe' en een 'harde' kant heeft. Beide kanten hebben hun waarde. Je kan je dan ook afvragen of het wel zo verstandig is preventie alleen te beperken tot de 'harde', programmatische kant. Maar daar staat tegenover dat je de zaak alleen met een concreet programma, waarin de determinanten van ziekten duidelijk zijn, weer op gang kunt brengen. Daarom ook ben ik blij met de nuchterheid van het rapport van de LHV en het NHG, en het streven van beide organisaties om preventie die niet zinnig is gebleken, te elimineren.

Toch wil ik bij dat rapport twee kanttekeningen plaatsen. In de eerste plaats had ik wat bedenkingen toen ik las hoe gretig in het rapport gesteld wordt dat inhoud en structuur van de preventieve zorg aan de curatieve zorg zouden moeten worden gekoppeld en door de beroepsgroep zelf ter hand zouden moeten worden genomen. Hoe technischer de preventie-programma's worden, des te makkelijker is het aan te haken bij de techniek van de beroepsgroep en des te verder komen ze af te staan van de beleving van anderen. Zo komt preventie terecht in de

'maalstroom' van de eigen technologisering.

Een tweede probleem is de ontkenning, door de huisartsenorganisaties, van de rol die vrijwilligers in het preventiebeleid kunnen spelen. Volgens het rapport ligt het, vanwege de vereiste uniformiteit en continuïteit, niet voor de hand vrijwilligers op een structurele wijze in te schakelen. Daarmee wordt het grote belang van de mantelzorg echter ontkend. Programmatische preventie leidt makkelijk tot de illusie dat we, met de uitvoering van de programma's, gedaan hebben wat we moeten doen. Dat te geloven zou echter getuigen van een grote mate van zelfvoldaanheid. Juist bij het preventief handelen moeten hulpverleners zich openstellen voor de signalen en impulsen die vanuit de samenleving op hen afkomen.

Behalve voor de mantelzorg, voor familie, is er op het gebied van preventie ook een belangrijke taak weggelegd voor, bijvoorbeeld, leerkrachten en politie. Er moet een vloeiende lijn zijn van artsen, via paramedici, naar anderen toe. Dat heeft consequenties voor de inhoud. Een 'overall' preventie-programma zou zich niet alleen moeten richten op die paar ziektes die zich bewezen hebben als preventie-gevoelig, maar ook op andere factoren die de gezondheid van mensen bedreigen.

Programmatische preventie mag er dan toe bijdragen dat preventie weer een plaats krijgt in de zorg, dat betekent niet dat de link met de maatschappij verbroken zou moeten worden en dat preventie in de strikt medische sfeer zou moeten blijven steken. Om de financiering van preventie veilig te stellen kan het, uit strategisch oogpunt, van betekenis zijn om preventieve activiteiten te isoleren. Patiënten hebben daar op den duur ook baat bij. Maar daarmee heb je nog geen levend model van hoe preventie er in de praktijk moet uitzien.

Nog een laatste woord over het LHV/NHG-rapport. Terecht wordt daar het begrip 'geanticiperde beslissingsspijt' gelanceerd. Dat is een goede zaak. We moeten voorkomen dat gemiste kansen in de preventie leiden tot schuldgevoelens bij patiënten in de sfeer van: "Als ik me toen had laten screenen, dan zou ik nu niet...". Uiteindelijk gaat het toch zoals het gaat.

PREVENTIE EN MARKTWERKING

J. Bultman

Inleiding

De eerste verzekeraar die zich laat fotograferen bij het uitdelen van fietshelmen aan schoolkinderen is al gesignaleerd. We gaan de goede kant op zou je denken. Maar ziet u al een advertentie voor u van een verzekeraar die zich er op laat voorstaan dat hij de door u te betalen hogere nominale premie onder meer gebruikt voor het betalen van preventieconsulenten die bijvoorbeeld onderwijsgevenden in staat stellen depressies en suïcidegevaar bij hun leerlingen te signaleren ?

En als de advertentie er al zou komen, zou u dan bereid zijn daarvoor een hogere premie te betalen ?

Nog moeilijker ligt het waarschijnlijk als u de keuze zou hebben voor een polis van een verzekeraar die extra aandacht wil geven aan kansarme achterstandsgroepen en zijn preventiebeleid daarom met name wil richten op allochtonen.

Maar als u via uw werkgever kunt kiezen voor een collectief contract, met de mogelijkheid om aan een bedrijfsfitnessprogramma mee te doen en u betaalt ook nog een lagere nominale premie. Wat dan?

Het laat zich makkelijk raden welke polisvarianten wel en niet op de markt worden gebracht, ervan uitgaande dat de stelselwijziging wordt doorgezet en wij nuchtere calculerende Nederlanders blijven.

Hoe zit het dan met organisatie en financiering van preventie in het nieuwe stelsel van ziektekostenverzekeringen?

Welke mogelijkheden zijn er voor de eerste lijn?

Op deze vragen wil ik graag met u ingaan.

De hoofdlijnen van het stelsel en de voorgenomen wijzigingen daarin zijn u bekend, zo veronderstel ik.

Ik ga daarom met name in op de vraag in hoeverre preventie kan worden begrepen in de functiegerichte omschrijving van algemene zorgvormen dan wel afzonderlijke aandacht verdient.

Vervolgens wil ik enkele kanttekeningen plaatsen bij de tot nu toe uitgebrachte adviezen en rapporten zoals deze vandaag op de agenda prijken.

Voorop wil ik stellen dat er sprake is van goede adviezen, c.q. rapporten, die ons verder brengen.

In grote lijnen ben ik het eens met het daarin gestelde. Ik plaats enkele prikkelende kanttekeningen in de marge.

Functiegerichte omschrijving zorgaanpakken en preventie

Het ligt in het voornemen om de aanspraken op zorg in de nieuwe basisverzekering in zogenaamde functiegerichte termen te formuleren.

In het sinds 1 januari van dit jaar op onderdelen van kracht zijnde Besluit Zorgaanpakken kunt u reeds een proeve daarvan zien.

Kenmerk van de functiegerichte omschrijving is ondermeer het afzien van het vastleggen in de wettelijke regeling van de hulpverlener c.q. instelling, de plaats waar de hulp wordt gegeven en de voorwaarden voor het verkrijgen van de hulp zoals bijvoorbeeld een toestemmingsvereiste, een verwijfskaart en dergelijke. Deze aspecten worden in dit systeem in beginsel ter regeling aan de verzekeraar overgelaten.

Dat betekent dat bijv. de verplichting tot inschrijving op naam van huisarts of apotheker aan de verzekeraar wordt overgelaten. Bij achterwege laten van de plicht tot inschrijving op naam beïnvloedt dat de mogelijkheid van het hanteren van een oproepsysteem via de huisarts.

Eerste lijn ?

Zijn eenmaal alle verstrekkingen van Ziekenfondswet en AWBZ, voor zover overigens op te nemen in de basisverzekering, in functiegerichte termen geformuleerd, dan wordt de betekenis van ordeningsprincipes als echelonnering minder.

Het begrip eerste lijn is dan minder een structurele en meer een functionele aanduiding geworden.

De grenzen tussen de echelons zullen ook opener worden.

De vraag wie preventie-activiteiten zal uitvoeren, laat zich niet zo makkelijk beantwoorden. Aspecten als kwaliteit, doelmatigheid en kosten zullen de doorslag geven in de keuzen bij het contracteren van beroepsbeoefenaren en instellingen.

Het hoeven niet noodzakelijkerwijs dezelfde beroepsbeoefenaren of instellingen te zijn als thans waarmee straks de contracten worden

afgesloten.

Betekent dat, dat het van het contracteerbeleid van de verzekeraar zal afhangen wie preventie-activiteiten zal uitvoeren? Ja, tenzij ook de beslissing of de organisatie van de preventie aan de verzekeraar wordt overgelaten nog open ligt.

Met de stelselwijziging beoogt men te komen van aanbodregulering naar vraagbeheersing door middel van verhoging doelmatigheid, substitutie en zorg op maat.

Gelet echter op de wens en de noodzaak te komen tot een strak georganiseerde en programmatisch opgezette uitvoering van preventie-activiteiten, is het van belang om te bedenken dat:

de functiegerichte omschrijving slechts bedoeld is als een middel ten behoeve van substitutie, meer doelmatigheid en zorg op maat.

Ten aanzien van sommige vormen van hulp is het zeer goed mogelijk om te concluderen dat van een functiegerichte omschrijving niets is te verwachten. Dat betreft dan bijvoorbeeld de (hoog-)gespecialiseerde vormen van hulp die per definitie niet substitueerbaar zijn.

Bij preventie kan je nog verder gaan. Daar wil je om kwalitatieve redenen geen zorg op maat. Preventie vraagt veelal om confectie.

Onder meer op grond van geringe substitutiemogelijkheden en het feitelijk ontbreken van meerwaarde van een functionele omschrijving heeft de Ziekenfondsraad geadviseerd om voor de huisartsenhulp de voorzieningengerichte omschrijving te handhaven. Zoals u weet is dit advies vooralsnog niet overgenomen.

De functiegerichte omschrijving dient op het terrein van preventie niet dogmatisch te worden toegepast. Er moet sprake zijn van toegevoegde waarde. De omschrijving van de soort hulp zou idealiter moeten rekenen met het karakter van die hulp, de daaraan te stellen eisen ten aanzien van doeltreffendheid en doelmatigheid e.d.

Standaard

Bij de omschrijving van een aantal functioneel omschreven zorgvormen is het begrip standaard geïntroduceerd. Het slaat op de omvang van de hulp en niet op de wijze waarop de hulp door beroepsbeoefenaren of instellingen wordt gegeven, noch op de kwaliteit daarvan. De uitvoering van preventie-activiteiten kan dan wel onder de standaard worden begrepen als deze door de betreffende beroepsgroepen als zodanig worden aanvaard. Daarmee is echter nog niet bepaald wie de activiteiten zal uitvoeren, noch hoe de kwaliteit zal zijn.

Voor de kwaliteit zijn in eerste instantie de beroepsbeoefenaren verantwoordelijk. Voor bepaalde preventie-activiteiten kunnen protocollen, richtlijnen en dergelijke worden opgesteld. Daarop slaat het standaardbegrip in het Besluit Zorgaanspraken echter niet.

De tot nu toe gekozen omschrijving van de zorgaanspraken laat ook de nodige dynamiek toe: bestaan eenmaal preventie-activiteiten waarvan de effectiviteit is aangetoond, en worden deze activiteiten algemeen aanvaard, dan behoren deze automatisch tot een desbetreffende standaard. Verzekerden kunnen dan ook aanspraak maken op een dergelijke hulpvorm, tenzij alsnog besloten zou worden om een dergelijke zorgvorm expliciet uit te sluiten van het pakket.

Casuïstische preventie kan zeker worden begrepen in de functiegerichte formulering van de algemene zorgaanspraken zoals geneeskundige hulp en verpleging en verzorging.

Gesundheitsreformgesetz

De Krankenkassen hebben in Duitsland op grond van de wet de taak om preventie-activiteiten te ontwikkelen en aan te bieden aan hun verzekerden. Overigens kunnen de Krankenkassen daarbij ook arbeidsomstandigheden in het geding brengen aangezien zij ook bemoeienis hebben met de uitvoering van ziekwet uitkeringen. Ook op onderzoek ter opsporing van verschillende vormen van kanker, nieraandoeningen en diabetes kunnen de verzekerden recht doen gelden onder bepaalde voorwaarden.

In Duitsland wordt de organisatie van de preventie aan de ziekenfondsen overgelaten. Dat betekent dat bijv. vroege opsporing op zeer verschillende wijze kan worden ingevuld.

Men kan vragen stellen bij deze wijze van uitvoering van preventiebeleid, zowel gelet op de gekozen vormen als op de wijze van uitvoering.

Daarbij dient nog bedacht te worden dat in één regio een groot aantal Krankenkassen werkzaam is. Dat leidt er toe dat er in één regio zeer verschillende preventieprogramma's kunnen lopen. Niet alleen is dat verwarrend voor de bevolking, belangrijker is nog dat daardoor geen collectief evalueerbaar programma ontstaat, dat bovendien uiterst ondoelmatig is.

Me dunkt dat we in Nederland niet naar een dergelijke situatie toe moeten.

De keuze van preventie-activiteiten zou niet moeten worden bepaald door de markt, op grond van niet gefundeerde consumentenwensen.

Nadere eisen

Is de formulering van preventie in functiegerichte termen met alleen een aanduiding van aard, inhoud en omvang van de hulp - het "wat"-onvoldoende en wil men het "hoe", de wijze waarop de hulp moet worden verleend, reguleren; met andere woorden indien men van opvatting is dat bepaalde vormen van preventie slechts op georganiseerde wijze en door aangewezen beroepsbeoefenaren zijn uit te voeren dan staat er een aantal wegen open:

- a. De desbetreffende algemene zorgvorm, waaronder de desbetreffende preventie-activiteit moet worden gerangschikt, en die in betekenende mate door een specifieke beroepsgroep wordt uitgevoerd, niet in functiegerichte termen maar als voorziening te formuleren.
- b. Eisen te stellen in het kader van de kwaliteitsregelgeving: Wet BIG of wet kwaliteit van door instellingen verleende zorg.
- c. Eisen te stellen op grond van de (eventueel daartoe te wijzigen) Wet op de Collectieve Preventie.
- d. Het onderbrengen van preventie-activiteiten in het afzonderlijk artikel van het Besluit Zorgaanspraken betreffende georganiseerde preventie. Daarbij kunnen vervolgens eisen worden gesteld ten aanzien van de wijze van uitvoering, zoals bijvoorbeeld betreffende beroepsbeoefenaren, kwaliteit, frequentie van uitvoering, aan te wijzen categorie van verzekerden enz.

Het onder b. en c. vermelde lijkt vooralsnog echter weinig realistisch gelet op de doelstellingen van de Wet BIG (deregulering) resp. de reikwijdte van de Wet op de Collectieve Preventie (raamwet die opdracht tot uitvoering van preventie inhoudt zonder eisen te stellen aan de uitvoering).

Omwille van de overzichtelijkheid en eenduidigheid is er veel voor te zeggen om het Besluit zorgaanspraken zoveel mogelijk vanuit het principe van de functiegerichte omschrijving vorm te geven en de organisatie van de zorg aan de verzekeraars over te laten. Echter, een dergelijke dogmatiek houdt weinig rekening met de eisen van de zorgpraktijk.

De volgende redenen echter kunnen daarvan doen afzien en aanleiding geven tot nadere (overheids-)bemoeienis: c.q. regelgeving, dat wil zeggen tot het inperken van marktwerking.

- Het zorgproces vereist een gestandaardiseerde organisatie in plaats

van op individuele behoeften toegesneden organisatie.

- Gebrek aan belangstelling van de verzekerden in het algemeen en eveneens van de verzekeraars(markt) terwijl de desbetreffende zorg voor de specifieke categorie van verzekerden die op die zorg is aangewezen van essentieel belang is.

Deze twee redenen of criteria zijn duidelijk van toepassing ingeval van programmatische preventie.

Er zijn overigens nog twee redenen denkbaar waarom nadere regelgeving c.q. overheidsbemoeyenis met de zorg is vereist. Deze betreffen:

- Een ander beleidsterrein dat overheidsbemoeyenis met de zorg vereist (bijvoorbeeld op het terrein van de forensische psychiatrie, de z.g. justitiepatiënten betreffende).
- De noodzaak van concentratie/centralisatie van de zorg tot behoud van kwaliteit ten behoeve van een eventuele verantwoorde verdere ontwikkeling van de kwaliteit. Dit betreft met name de topklinische zorg, de huidige artikel 18 WZV-voorzieningen.

Ten aanzien van de huidige vormen van collectieve preventie, (vaccinatie-programma) zoals in de sociale ziektekostenverzekeringen geregeld, kan worden gesteld dat deze ook in de toekomst nadere overheidsbemoeyenis c.q. centrale regulering behoeven.

Immers, het ontbreekt vaak aan spontane vraag en voor de kwaliteit en de effectiviteit van een programma is confectionering vereist.

Het is echter nog de vraag in hoeverre dat zou moeten opgaan voor alle vormen van preventie waar we het vandaag over hebben en zoals deze zijn vermeld in de publikaties van het NIPG* en het concept-advies van LHV/NHG.

Bezien we bijvoorbeeld het halfjaarlijkse preventie-onderzoek door de tandarts dan is het zeer wel denkbaar dat ook bij een functioneel omschreven tandheelkundige hulp de tandarts of de mondhygiënist(e) in staat zal zijn om een halfjaarlijkse oproep te doen uitgaan teneinde zo de loop naar de praktijk er in te houden. (Nog afgezien overigens of deze frequentie wel zou moeten worden gehandhaafd).

Pre-advies preventiebeleid (Schaapveld 1992)

Het gaat hierbij toch in belangrijke mate om de vraag of ten aanzien van een bepaalde preventie-activiteit belangstelling bij de beoogde doelgroep zal bestaan. Met andere woorden of het een tot een individuele zorgvraag herleidbare activiteit betreft.

Is dat het geval dan kan deze activiteit via de "standaardformule" in de zorgomschrijving zonder meer beschikbaar komen voor het publiek. De inhoud van de hulp is dan geregeld, echter de wijze van uitvoering nog niet. Een programmatische aanpak is dan nog niet veilig gesteld. Het is vervolgens de vraag in hoeverre met de door de beroepsgroepen geformuleerde kwaliteitseisen kan worden volstaan. Weliswaar kunnen deze een belangrijke rol spelen in het contracteerbeleid, maar dat geeft verzekerden nog geen recht op programmatische preventie. Indien er intrinsieke eisen moeten worden gesteld aan een preventieprogramma kan men het echter niet laten bij een regeling via de "standaardformule"

Budget is budget

In hoeverre moeten de voor preventie beschikbare middelen worden gevonden binnen het bestaande budget van de zorgsector of meer specifiek binnen het huidige preventiebudget? Moet de huisarts worden beloofd voor een zuiniger voorschrijfgedrag en minder verwijzen met het exclusief toekennen van verantwoordelijkheden op het gebied van de preventie?

Of moet de verzekeraar geld vrijmaken voor nieuwe preventie-activiteiten door bijvoorbeeld het preventieve halfjaarlijkse tandartsbezoek te vervangen door een bezoek eens per één à twee jaren bij de mondhygiënist(e)? Gelet op de budgettaire perikelen ligt het 't meest voor de hand om een soort "oud naar nieuw"-operatie uit te voeren. Of daarmee op korte termijn een omvattend en doeltreffend preventiebeleid van de grond komt is de vraag. Maar ook hier gaat het om het vraagstuk van de grenzen aan de groei van het verstrekkingenpakket en om "keuzen in de zorg".

Normuitkering

In hoeverre kan preventie gefinancierd worden via het systeem van normuitkeringen? Voorzover preventie-activiteiten zijn begrepen in meer algemeen omschreven zorgvormen (via het "standaard"-begrip) of onderdeel zijn van de afzonderlijk in het Besluit zorgaanspraken geformuleerde preventie-artikelen, kan financiering via de normuitkering plaatsvinden.

Betreft het echter vormen van preventie waarnaar geen individuele vraag bestaat en die voor een verantwoorde uitvoering een centrale organisatie behoeven dan liggen twee wegen open:

- Financiering rechtstreeks door overheid (begrotingsmiddelen) of door
- Ziekenfondsraad c.q. Raad voor de Zorgverzekering (premiemiddelen) d.m.v. het sluiten van overeenkomsten met uitvoerder of het treffen van een (subsidie-)regeling.
- Het oormerken van een deel van het verzekeraarsbudget.

Ontwikkeling van preventiebeleid

Bij de voorstellen om over te gaan tot een nadere ontwikkeling van het preventiebeleid en de inschakeling daarbij van de nu nog zogeheten eerste lijn kunnen naar mijn mening de volgende kanttekeningen worden geplaatst:

- De effectiviteit en de meest doelmatige uitvoering van een preventie-activiteit dienen bekend te zijn.

Zijn we al zover om bepaalde preventie-activiteiten als het ware weg te geven aan de huisarts? In een of enkele experimenten zou de beste organisatievorm moeten worden aangetoond alvorens tot landelijke introductie over te gaan.

Er van uitgaande dat preventie-ontwikkelingsbeleid moet worden gezien in het bredere kader van gezondheidsbeleid verdienen de sociaal-economische bepaalde gezondheidsverschillen aandacht. Preventiebeleid zou zich met name ook op in gezondheidsopzicht kansarme achterstandsgroepen moeten richten, ten einde bij te dragen aan een vermindering van ontijdige en vermijdbare sterfte.

Hebben huisartsen de beste toegang tot deze categorieën? Met andere woorden: is de populatie die de huisarts bezoekt, al dan niet door hem/haar opgeroepen, wel de populatie die de hoogste prioriteit verdient.

W.A.O.-problematiek

In hoeverre moet in preventie-discussies meer de relatie worden gelegd met de discussie over het terugdringen van het onnodig gebruik van ziektewet en WAO.

Kan de overheid het zich wel permitteren om deze discussie gescheiden te voeren. Weliswaar is veel te zeggen voor een aanpak van preventiebeleid in de vorm van overzichtelijke stappen maar het is de vraag of bij een eventueel aanhaken door de overheid aan het op zich reële voorstel van LHV/NHG wel de belangrijkste problemen m.b.t. gezondheid en ziekte worden aangepakt.

Wordt dan niet te gemakkelijk, omdat daartoe toevalligerwijs interventiemethoden voor beschikbaar zijn, gekozen voor griepvaccinatie bij ouderen?

De preventiediscussie wordt gevoerd op grond van de beschikbare interventiemethoden. Liggen daar echter ook de belangrijkste volksgezondheidsproblemen?

Het is, zoals hiervoor reeds aangeduid, de vraag of we het ons als samenleving kunnen veroorloven om de preventiediscussie te voeren zonder aandacht voor de ZW/WAO-problematiek

Kunnen we overigens de discussie over preventiebeleid d.m.v. inschakeling van de huisarts voeren zonder daarbij te betrekken de overheveling van de huisartshulp naar de AWBZ?

Naar mijn mening zou de overheid geen extra geld moeten uittrekken t.b.v. de beroepsgroep huisartsen alvorens overheveling van de huisartshulp naar de AWBZ heeft plaatsgevonden.

Conclusie

Preventie is geen thema voor marktwerking indien programmatische uitwerking gewenst is. Preventie is wel inpasbaar in verzekering:

- Indien de vraag bij de bevolking voldoende is: dan is "begrijpen" in functiegerichte formulering (het wat) voldoende
- Indien geen vraag bij de bevolking is te verwachten, dan wel als een geprogrammeerde aanpak gewenst is (het hoe en wie), dan ligt een meer gedetailleerde omschrijving van de aanspraken voor de hand. De omschrijving dient dan af te hangen van de specifieke preventie-activiteit.

De financiering van preventie kan plaatsvinden:

- via normuitkering of
- via "contracten" overheid/centrale kas

Een "functionele allocatie" van middelen verdient de voorkeur, zoals bepleit door de Ziekenfondsraad in zijn advies dd. 18 december 1986: Preventieve activiteiten ten laste van de sociale ziektekostenverzekeringen. Uitvoeringstechnische aspecten zouden daarbij de doorslag moeten geven.

- Het verdient aanbeveling om een "oud voor nieuw" operatie uit te voeren.

Literatuur: Schaapveld, K. Pre-advies preventiebeleid. Leiden: NIPG, 1992.

STURING VAN PREVENTIE DOOR HET BELEID

D. Kaasjager

In de discussie over preventie - en ook wel in de uitvoering daarvan - heeft het er lang op geleken alsof muzikanten hun eigen solo's speelden, terwijl een gemeenschappelijke melodie ogenschijnlijk afwezig was. In de bijdragen aan deze conferentie lijkt een kentering zichtbaar. Een visie op de aanpak van problemen kristalliseert zich uit: het begint meer als een jam-session te klinken, waarbij iedere partij met zijn melodie rekening houdt met het gezamenlijke ritme. Er komt pakkende muziek zónder dat er een strenge dirigent voor het gezelschap staat.

De titel van mijn voordracht - sturing van preventie door het beleid - veronderstelt sturing, sturing van preventie en beleid. Hoe ziet die sturing er uit? Als in een jam-session gaat het vooral om wat alle partijen vanuit een gemeenschappelijke visie aan preventie willen en kunnen doen. De overheid treedt terug. Het is onjuist en onmogelijk de ontwikkelingen tot in de details rationeel te willen plannen.

Bij de discussie over preventie wil ik enkele kanttekeningen maken. Preventie kost geld, maar wat levert het op? Zuiver commercieel gezien is preventie vaak onverstandig. Je kunt vanuit dat gezichtspunt stellen dat het goed is dat mensen roken, omdat zij er eerder door doodgaan en er veel belastinggeld mee verdient wordt. Maar omdat er meer is dan commercie alleen, doen we veel aan preventie. Daarbij is behoorlijke winst te boeken door wát we doen veel systematischer op te zetten: een keuze voor programmatische aspecten, waarbij een meer gestandaardiseerde of geprotocolleerde werkwijze hoort. De Winter heeft gewezen op andere manieren, op preventie als een cultuuraspect, op de inhoud die in de praktijk aan het begrip wordt gegeven. Preventie en curatie zijn in tegenstelling tot veel andere Europese landen bij ons in het begin van deze eeuw van elkaar gescheiden geraakt. Door weer werk te maken van preventie in de eerste lijn pakken we een groot goed terug. Opvallend daarbij is dat aan preventie vragen worden gesteld die we over de curatie niet meer stellen, hoewel Dunning dit gelukkig wel weer aan de orde heeft gekregen.

Bij de ontwikkeling van goede preventie moeten drie verschillende belangen in het oog worden gehouden:

- het individueel belang: verlenging of verbetering van de kwaliteit van leven;
- het maatschappelijk belang: zorg dat mensen sociaal en economisch zo productief mogelijk kunnen leven;
- het belang van de gezondheidszorg: het terecht en tijdig gebruik van de gezondheidszorg.

De overheid wil de ontwikkeling van goede preventie stimuleren, zonder in detail te sturen. Zij is niet langer de dirigent van een groot orkest, die karrevrachten aan partituur aandraagt. WVC wil beleid ontwikkelen in samenspraak met het veld van zorgaanbieders, verzekeraars en gebruikers. Wat de uitvoering betreft treedt ze echter terug ten gunste van de verantwoordelijkheid van anderen, met name van zorgaanbieders. Kiezen voor programmatische preventie betekent ook dat zorgorganisaties aangesproken kunnen worden op hun verantwoordelijkheid. Zij zullen een dergelijke aanpak waar moeten maken.

In die zin past zo'n aanpak bij de uitgangspunten voor bestuurlijke vernieuwing: andere partijen nemen verantwoordelijkheid over, naarmate de rol van de overheid verandert. De relatie tussen de eerstelijns en de GGD is in dit verband belangrijk.

De frase 'naarmate de rol van de overheid verandert' duidt op een ontwikkelingsproces. In de huidige fase - gelet op de huidige randvoorwaarden - ligt een meer directe taak van de overheid nog voor de hand. WVC zal met de zorgaanbieders moeten overleggen over versterking van preventie. Niet alleen omdat WVC een taak heeft in de prioriteitsstelling voor preventie, maar ook omdat het ministerie invloed uitoefent of kan uitoefenen op de betrokkenheid van zorgaanbieders en op voorwaarden die vervuld moeten zijn, wil van programmatische preventie sprake zijn. Zo zal bijvoorbeeld overleg nodig zijn over de door de LHV en het NHG voorgestelde aanpak.

Rekening houdend met deze uitgangspunten, zouden de taken van de Rijksoverheid de volgende kunnen zijn:

- signaleren van belangrijke ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van de bevolking ('state of the art'); zie bijvoorbeeld de Volksgezondheidstoekomstverkenningen en de Scenariostudies;

- samen met het veld formuleren van criteria, doelstellingen en prioriteiten voor preventie; zie de komende Beleidsbrief Preventie;
- scheppen van voorwaarden voor preventie, op het terrein van onderzoek en opleidingen, maar zeker ook de zorg voor de totstandkoming van een adequate financieringsstructuur voor preventieve zorg. Hoe die eruit moet zijn, weet ook de overheid nog niet. Te denken valt aan financiering uit de begroting, via de verzekeraars of via de gemeenten. Ook van belang zijn het stimuleren van nieuwe ontwikkelingen, bijvoorbeeld ten aanzien van methodieken, en het stimuleren van een kwaliteitsbeleid voor preventie;
- evalueren van het preventiebeleid, zoals dat bijvoorbeeld in het FOZ plaatsvindt.

Bij het opstellen van de Beleidsbrief zal WVC alles wat vandaag aan de orde is geweest zeker meenemen. Zonder op de inhoud vooruit te lopen, zullen de volgende onderwerpen die beschouwd kunnen worden als prioriteiten in het preventiebeleid, aan de orde komen:

- preventie in de eerstelijns en vooral in de huisartspraktijk;
- preventie van psychische problematiek;
- preventie ten aanzien van ouderen;
- kwaliteitsbeleid GVO.

De discussie van deze dag heeft bijgedragen aan het ontwikkelen van een gemeenschappelijke visie op de aanpak van preventie. Daarmee is de toon gezet: de muziek kan beginnen.

VERSLAG VAN DE AFSLUITENDE DISCUSSIE

De afsluitende discussie wordt gevoerd aan de hand van drie stellingen. Deze zijn een samenvatting van het veelvoud aan stellingen dat door de verschillende deelnemers aan de conferentie is geformuleerd.

De eerste stelling luidt:

Programmatische preventie is een belangrijk middel om de doeltreffendheid en de doelmatigheid van preventieve zorgverlening te verbeteren.

Van Ree (hoogleraar huisartsgeneeskunde RUL) mist in deze stelling een omschrijving van het begrip programmatische preventie. *Van de Water* antwoordt dat preventie programmatisch is als de activiteiten 'planmatig omschreven' zijn, 'geëvalueerd' en 'gemonitord' worden.

Als preventie gelijk wordt gesteld aan vroegdiagnostiek, gericht op aandoeningen, dan is de stelling volgens *Van Lidth de Jeude* (LHV) te vrijblijvend. Preventie is een breed begrip; als je het verengt tot vroegdiagnostiek, is een programma een noodzakelijk middel, een voorwaarde.

Bos (VNZ) stelt voor het woord 'preventieve' te schrappen; het gaat om een verbetering van de zorgverlening. En bij goede preventie zal minder curatie nodig zijn.

Volgens *Tielens* leent niet al het preventief handelen van huisartsen zich voor een programmatische aanpak. Voor een aantal zaken geldt dat wel, maar veel **kàn alleen casuïstisch goed** gedaan worden. Hij is het wat dat betreft met *De Winter* eens. Wellicht is dat stuk ook wezenlijker dan wat er door programmatische preventie van een aantal ziektebeelden nog aan kan worden toegevoegd. Preventie van psychische problematiek en van onnodige medicalisering kunnen nooit programmatisch worden aangepakt, omdat de doelgroep vooraf niet kan worden omschreven.

De Winter meent dat in de gekozen formulering programmatisch niet tot norm wordt verheven; het is slechts 'een' middel naast andere. *Tielens* benadrukt daarop dat een programmatische aanpak voor een aantal zaken, zoals griepvaccinatie, het maken van cervix-uitstrijkjes en borstonderzoek, zonder meer het beste is. Dáár moet geen discussie over mogelijk zijn. Programmatische preventie is echter geen zaligmakend middel voor alles. Ook *Van de Water* ziet programmering als een middel om preventie te versterken; casuïstische preventie zal blijven bestaan.

Volgens *Bensing* (Nivel) is dus studie nodig naar de vraag welke gezondheidsproblemen zich voor programmatische preventie lenen en welke beter langs casuïstische weg kunnen worden aangepakt.

De tweede stelling luidt:

Alleen preventieve activiteiten waarvan de zinvolheid deugdelijk is aangetoond, lenen zich voor opname in een preventieprogramma.

Verhaak stelt vast dat veel problemen, vooral in de sfeer van de GGZ, nu eenmaal niet voorkomen kunnen worden, daar moet je niet aan beginnen. *Gunning* (hoogleraar sociale geneeskunde UvA) sluit zich daarbij aan. Zij schrok ervan dat in het advies van de NRV sprake was van programma's voor vroegtijdige onderkenning en behandeling van 'vrouwenproblematiek'. *Cromheecke* meent dat in de preventie veel 'schijnveiligheid' wordt aangeboden, terwijl mensen het vertrouwen in het eigen lichaam wordt ontnomen. Samenwerking is van belang om na te gaan welke screeningsmethoden van waarde zijn en welke niet. Dat laatste geldt bijvoorbeeld voor onderzoek op toxoplasmose, dat veel vals-positieven oplevert.

Kaasjager verwijst naar het rapport van de commissie-Dunning, waarin criteria worden aangegeven voor het maken van keuzes. Toegepast op preventie kom je daar niet ver mee, zodat je maatlat aangepast zal moeten worden. Hij vindt het woord 'zinvol' een te vrij criterium.

Dekkers wijst erop dat in de GGZ-preventie veel aan programma-ontwikkeling wordt gedaan. Daarbij gaat het niet alleen om professionele hulp. Cursussen voor mensen in de ziektewet kunnen bijvoorbeeld WAO-problematiek voorkomen. Ook op scholen gebeurt veel, bijvoorbeeld het tegengaan van pestgedrag, waarbij de interventie zich zowel op het slachtoffer richt als op de pester. 'Onderhuids' gebracht in spelsituaties leidt dat tot goede resultaten. Hij pleit ervoor preventie vooral 'breed' aan te pakken.

De Winter memoreert dat ten aanzien van kindermishandeling en seksueel misbruik goede screeningsmethoden ontbreken. De methoden die zijn ontwikkeld leveren veel vals-positieven en vals-negatieven op. Als je de stelling letterlijk neemt zou je zeggen: stop ermee, maar daarvoor is het probleem te belangrijk. Hij pleit ervoor preventie op dit vlak 'in te kaderen' in de huisartspraktijk en het consultatiebureau: huisartsen en wijkverpleegkundigen moeten met hun klinische blik letten op problemen. *Bensing* sluit zich daarbij aan. Kindermishandeling en rouwbegeleiding

lenen zich niet voor een programmatische aanpak. Het is volgens haar veel zinniger als iemand de betrokkene ziet en signaleert wanneer pathologie ontstaat.

Gunning verzet zich tegen de suggestie van Kaasjager dat veel preventieve activiteiten zouden blijven hangen in de 'zeef van Dunning'. Er gebeurt volgens haar zoveel dat we niet zouden willen missen; er is een lange lijst te maken van preventieve programma's. Waarop *Dekker* erop wijst dat Dunning zich niet alleen uitlaat over effectiviteit, maar ook over de financiering.

Alblas (CAD's) wijst erop dat in de verslavingszorg al veel preventieve programma's zijn ontwikkeld voor het onderwijs en de eerstelijnszorg. Effect-onderzoek is door gebrek aan middelen nog niet van de grond gekomen. Hij vindt het jammer dat je nauwelijks kunt meten of er iets is bereikt.

In de woorden van Dekkers over preventie in de GGZ mist *Van der Hulst* (NOV) de zelfhulpgroepen. Vooral in de vrouwenhulpverlening zijn deze zeer succesvol; zie bijvoorbeeld de VIDO-groepen.

De derde stelling luidt:

Een landelijke preventie-instelling of -commissie met vertegenwoordiging van de betrokken beroepsgroepen, verzekeraars en overheid bevordert de ontwikkeling, kwaliteit en afstemming van de preventieve zorgverlening.

Bogtstra noemt de instelling van een centraal orgaan een goede zaak. Hij vindt de voordracht van Kaasjager teleurstellend, omdat daarin voor de makkelijkste weg wordt gekozen. De teneur van het verhaal is dat WVC 'node afstand doet'. Volgens *Bogtstra* blijven er gebieden waarover de overheid niet op die manier kan spreken. Als preventie een lappendeken wordt, dan zal de LHV de huisartsen aanraden om er vooral niet aan mee te doen. Volgens *Kaasjager* is de overheid niet als enige voor een dergelijke lappendeken verantwoordelijk. Het zal niet mogelijk zijn om een lappendeken door centrale sturing te voorkomen; dat vraagt volgens hem een andere instelling.

Volgens *Bultman* moet de overheid de kwaliteit van de uitvoering niet aan de orde stellen. Maar dat betekent niet dat ze helemáál geen taak zou hebben; sommige activiteiten vragen nu eenmaal om een centrale coördinatie. Hij is het dan ook niet met de stelling eens en stelt voor deze in tweeën te knippen: het beleid moet centraal geregeld worden, de uitvoering decentraal. Volgens *Bultman* kunnen verschillende bestaande

organen voorstellen doen over de vraag welke activiteiten effectief zijn en wie ze moet uitvoeren. Als dat is gebeurd kan de overheid terugtreden en kunnen in het veld afspraken worden gemaakt over de wijze van uitvoering.

Vosters (GGD-Helmond) vult aan dat de rijksoverheid nogal wat bevoegdheden aan de gemeenten heeft overgedragen. Deze moeten dus voor afstemming zorgen; of ze dat kunnen is 'vers twee'. De School of Public Health is belangrijk. Ten aanzien van individuele preventie hebben de beroepsgroepen een belangrijke taak. *Bogtstra* vindt het voor de programmatische preventie heel bedreigend dat de gelden niet-geoormerkt naar de gemeenten gaan, omdat dat tot grote verschillen in het aanbod kan leiden.

Bos sluit zich bij *Bultman* aan. Ook hij is verontrust door de woorden van *Kaasjager*. Als er geen regels worden gesteld - over de toonaard, over wat voor soort muziek er gespeeld gaat worden, over het ritme, over al dan niet improviseren - dan wordt de jam session waarover *Kaasjager* in zijn inleiding sprak, al gauw een grote rotzooi. De overheid moet volgens hem zorgen voor richtlijnen voor de preventie. Zó vindt hij de opstelling veel te vaag, te vlak. Ook hij pleit ervoor bij het opstellen van die richtlijnen gebruik te maken van bestaande instellingen, zoals de Ziekenfondsraad. *Kaasjager* wil beide sprekers persoonlijk wel gelijk geven. Ook op het ministerie is de discussie nog niet gesloten. Toch is het 'vlakke' vergeleken met vorig jaar veel minder geworden, omdat het belang van preventie wordt ingezien. In dat verband wijst hij nogmaals op de komende Beleidsbrief.

Dekker sluit de discussie af. Hij stelt vast dat er onduidelijkheid is over de te spelen rollen. De overheid komt met een Beleidsbrief, waarin de discussies van deze dag zeker zullen zijn opgenomen. Want niets is zo krachtig als een idee waar de tijd rijp voor is.

BIJLAGE

Stellingen over eerstelijnspreventie

Inhoud, doelstellingen en achtergronden van preventie

Casusgerichte preventie heeft een Janus-kop: Het huidige ad hoc karakter van eerstelijnspreventie is ongewenst; het patiënt-gebonden karakter biedt daarentegen een voordeel dat men zou moeten behouden.	(Verhaak, NIVEL)
Preventie van onnodige preventie is ook preventie.	(Tielens, NHG)
Niet alle preventie door de huisarts leent zich voor een programmatische aanpak.	(Tielens, NHG)
Preventie moet doelmatig zijn en mag geen schijnveiligheid bieden. Het zelfvertrouwen in, de zeggenschap over en het verantwoordelijk zijn voor eigen lichaam mag daarbij niet worden aangetast.	(Cromheecke-Reus, NOV)
Met name is informatie nodig waarom preventieve activiteiten voor sommige problemen zinvol is en voor andere niet. Preventie moet het hebben van motivatie - en wel op een positieve basis in plaats van een negatieve, zoals angst.	(Kaasjager, WVC)
Preventie kost geld en hoeft niet uit te monden in besparingen in de sector "gezondheidszorg"	(Russell)
Veel principes uit primaire preventie zijn ook van belang voor tertiaire preventie (m.n. in verband met chronisch zieken)	(Verkleij, RIVM)

Bij gevraagde preventieve zorg zijn de criteria voor de bewijslast gelijk aan die bij curatieve zorg. Ook bij de beoordeling van doeltreffendheid van curatieve zorg speelt het vraagstuk van (de)-compressie van ziekte	(Verkleij, RIVM)
Programmatische preventie is geen doel, maar een middel.	(de Winter, LVT)
Casuïstische preventie in de eerstelijns is zinvol.	(de Winter, LVT)
Het uitgangspunt van preventie moet de brede definitie van preventie zijn, zoals die van de WHO, en <i>niet</i> slechts het voorkomen van ziekten.	(de Winter, LVT)
Het is af te keuren, dat farmaceutische industrieën hun geneesmiddelen middels een protocollaire promotie aanbieden onder de naam "preventieve geneeskunde". Het is toe te juichen, dat de LHV en het NHG duidelijk omschreven standaarden van plannen van aanpak ontwikkelen en uitvoeren waaronder ook preventie.	(Bos, VNZ)
Bij een vaste honorering per verzekerde per jaar is een koppeling van preventie en curatie zeer efficiënt. Wie goede preventie doet, hoeft minder te cureren en schept zichzelf voor het vaste honorarium de gewenste efficiency.	(Bos, VNZ)
Standaardisatie van preventie en een goede voorlichting hiervan geeft de verzekerden de gewenste gerustheid over eigen risico's. Vragen aan de huisarts over een 10.000km beurt behoeven niet meer plaats te vinden.	(Bos, VNZ)
Naast een "Health Services Research" benadering, is een huisartsgeneeskundige-epidemiologische evaluatie van programmatische preventie onmisbaar.	(Lamberts, UvA)

Moet alles voorkomen worden wat kan? Wij proberen alleen datgene te voorkomen waarvan we denken dat dat kan. Daarmee raken preventieprogramma's in handen van professionals en dreigen we voorbij te gaan aan zeer voor de hand liggende, breed gedragen mogelijkheden.

(Kaasjager, WVC)

Preventie *binnen* de beroepsgroep: werkwijze, procedures, hulpmiddelen, samenwerking

Een meer programmatische werkwijze verhoogt niet alleen de kans op doeltreffende en doelmatige preventie in de eerste lijn, maar bevordert ook de totstandkoming van een redelijk werkpakket en afspraken daarover.

(v d Water, NIPG)

Gelet op het grote aantal klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat, veroorzaakt door arbeid of gevolgen daarvan dient de fysiotherapeut meer betrokken te raken bij activiteiten gericht op preventie.

(de Wijer, NGF)

Er is binnen het preventiebeleid een duidelijke plaats voor de fysiotherapie gelet op de potentiële klachten van het houdings- en bewegingsapparaat voortkomend uit arbeid en fysieke belasting.

(de Wijer, NGF)

De eerstelijnsverloskunde: het vroedvrouwenberoep betreft geen ad hoc preventie, doch één van de oudste vormen van collectieve preventie, gericht op een doelgroep. Vroedvrouwelijke zorgverlening betreft een integratie van programmatische en casus-gerichte preventie.

(Cromheeckede Reus, NOV)

De uitvoering van vroegdiagnostiek dient op kwalitatieve argumenten om de huisartspraktijk plaats te vinden. De uitvoering van kwantitatief gewaarborgd worden door een programmatische aanpak.

(van Lidth de Jeude, LHV)

Preventie *tussen* de beroepsgroepen: regionale samenwerking met andere disciplines, taakverdeling

Voor de ontwikkeling, uitvoering en ondersteuning van preventieprogramma's dient door de overheid en verzekeraars extra financiering ter beschikking gesteld te worden.

(Drewes, NRV)

De gegevensverzameling door huisartsen en uitwisseling van gegevens met zorgverzekeraars leidt tot een beter inzicht in de relevantie van het medisch handelen. Dit geldt met name voor preventie, waarbij uitstraling naar andere medische gebieden gemeten en teruggekoppeld kan worden.

(Bos, VNZ)

Preventie op nationaal niveau: rollen, functies, samenwerking, toetsing, programma-ontwikkeling, financiering

Het buitenland leert ons t.a.v. programmatische preventie in de eerstelijns dat succes is gebonden aan de volgende voorwaarden:

(v d Velden, NIVEL)

- * ontwikkeling van integrale programma's
- * sturing en coördinatie
- * monitoring en evaluatie
- * internationalisering

Dit impliceert de ontwikkeling van een "Task Force on Prevention".

Voor verdere versterking van preventie in de eerste lijn is het wenselijk dat een regulier overleg tot stand komt tussen bestuurders (overheid, verzekeraars) en beroepsbeoefenaren.

(v d Water, NIPG)

Voor de ontwikkeling, uitvoering en ondersteuning van programma's is netwerkvorming nodig tussen de eerstelijnszorg, GGD-en en preventie-instituten en -organisaties.

(Drewes, NRV)

Er moet een instantie aangewezen of ingesteld worden voor landelijke prioritering en toestemming voor preventieprogramma's.

(Drewes, NRV)

Preventieve zorg gegeven door (privé) instellingen/organisaties mag alleen gehonoreerd worden als deze onderworpen is aan regelmatige toetsing op doelmatigheid en kwaliteit.

(Cromheecke-Reus, NOV)

Wil programmatische preventie in zijn opzet slagen, is hele duidelijke en eenduidige informatie/voorlichting nodig naar alle betrokkenen: zowel het publiek als de beroepsbeoefenaren.

(Kaasjager, WVC)

Het is aan te bevelen enkele proefregio's aan te wijzen waarin analoog aan verschillende buitenlandse -succesvolle- projecten een integraal preventiebeleid wordt ontwikkeld i.s.m. alle relevante beroepsgroepen (incl. facetbeleid), regionaal en landelijk ondersteund en onderzocht.

(Hagendoorn, LCD-GVO)

In de meeste preventieprogramma's neemt instructie/voorlichting/opvoeding c.q. GVO een belangrijke plaats in. Het resultaat van *incidentele* GVO wordt sterk overschat. Geïntegreerde programma's van diverse relevante (beroeps)groepen zijn zeer gewenst. Regionale en landelijke regie is daarbij noodzakelijk.

(Hagendoorn, LCD-GVO)

Preventie en curatie zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Goede preventie is een mix van casuïstische en programmatische aanpak.

(Anoniem)

(Casuïstische) preventie is onderdeel van de goede beroepsuitoefening en dient integraal gefinancierd te worden zodat een waarborg voor de uitvoering ontstaat.

In de organisatie van programmatische preventie dient aansluiting gezocht te worden met de zorg en de uitvoering door huisartsen, wijkverpleeg-

kundigen etc gewaarborgd te worden door goede (ook financiële) randvoorwaarden.

Versnippering van preventie dient te worden tegengegaan. Ontwikkeling en ondersteuning moet meer gebundeld worden en niet gekoppeld worden aan diverse sectoren (GGD, CAD, RIAGG, Huisarts, Kruiswerk). In tegenstelling hiertoe moeten er landelijk dan wel regionale instituten worden gevormd (Task Force?)

Preventiebeleid moet aansluiten bij de belangrijkste volksgezondheidsproblemen, en activiteiten aanbieden aan *die* bevolkingscategorieën bij wie de grootste achterstand bestaat en waar de grootste gezondheidswinst valt te behalen. De financieringswijze en toedeling van middelen dienen daaraan aangepast te worden. Uitkomsten van experimenten dienen de basis te vormen voor besluitvorming omtrent vormgeving van preventie en de financiering daarvan.

(Bultman, ZFR)

Preventie dient niet in het huidig takenpakket tussengeschoffeld te worden. Het dient in een duidelijk omschreven takenpakket te zijn, waar een evenredige vergoeding tegenover dient te staan. Voor het juiste economische evenwicht met de stelselherziening is juist een inschrijving op naam, vast honorering per verzekerde en omschreven vorm van de zorg, een geëigend instrument.

(Bos, VNZ)

Het financieren van (programmatische) preventie ten laste van de Rijksbegroting of de premies is een arbitraire zaak. "Functionele allocatie" verdient de voorkeur. Premiefinanciering van programmatische preventie vereist één verzekering voor de gehele bevolking (AWBZ of basisverzekering).

(Bultman, ZFR)

