



OVERZICHTSTUDIES

Preventie kan effectiever!

Deelnamebereidheid en deelnametrouw
aan preventieprogramma's in de zorg

NIVEL 2012

Berber Koopmans

Joke Korevaar

Mark Nielen

Peter Verhaak

Judith de Jong

Liset van Dijk

Janneke Noordman

Cindy Veenhof

François Schellevis

NIVEL OVERZICHTSTUDIES – PREVENTIE KAN EFFECTIEVER!

ISBN 978-94-6122-166-7

www.nivel.nl

nivel@nivel.nl

Telefoon (030) 2 729 700

Fax (030) 2 729 729

© 2012 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht

Eerste druk

Vormgeving: Jan van Waarden/RAM vormgeving

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Samenvatting	5
Voorwoord	9
1 Inleiding	11
1.1 <i>Preventie loont</i>	11
1.2 <i>Meer preventie in de toekomst is onvermijdelijk</i>	12
1.3 <i>Programmatische Preventie in de huisartsenzorg – definities en afbakening</i>	13
1.4 <i>Deelnamebereidheid aan preventieprogramma's</i>	16
1.5 <i>Preventie en gezondheidswinst</i>	18
1.6 <i>Het centrale dilemma</i>	19
1.7 <i>Deze overzichtstudie</i>	20
2 Context van programmatische preventie in de eerstelijns	21
2.1 <i>Historisch beeld</i>	21
2.2 <i>Kaders</i>	25
2.3 <i>Criteria voor screening, vaccinatie en preventie</i>	28
2.4 <i>Betrokken partijen en hun dilemma's</i>	29
2.5 <i>Stand van zaken</i>	37
3 Deelname aan programmatische preventieprogramma's	39
3.1 <i>Gezondheidsgedrag en risicoperceptie</i>	39
3.2 <i>Deelnamebereidheid</i>	41
3.3 <i>Deelname-bevorderende factoren</i>	46
4 Preventie gericht op leefstijl: deelnamebereidheid en deelnametrouw	51
4.1 <i>Medicatievoorschriften en leefstijlcounseling</i>	52
4.2 <i>Deelnamebereidheid aan geïndiceerde leefstijlprogramma's</i>	57
4.3 <i>Deelnametrouw aan geïndiceerde leefstijlprogramma's</i>	62

5	Beschouwing	65
5.1	<i>Deelnamebereidheid aan programmatische preventie: waar staan we?</i>	65
5.2	<i>Dilemma's en vragen bij programmatische preventie-programma's</i>	69
5.3	<i>Een onderzoeksagenda</i>	70
5.4	<i>Een beleidsagenda</i>	71
5.5	<i>Overwegingen</i>	72
	Referenties	74
	Bijlage 1 Lijst van geïnterviewden	81

Samenvatting

Preventieprogramma's blijken in de praktijk veel minder effectief dan ze zouden kunnen zijn. De belangrijkste reden hiervoor is dat maar een deel van de doelgroep wordt bereikt en nog minder mensen lang genoeg blijven meedoen. Dit geldt vooral voor programma's waarin mensen hun ongezonde leefstijl moeten veranderen. Toch kan preventie een grote bijdrage leveren aan een gezonder Nederland. Maar dat gaat niet vanzelf.

Als meer mensen mee gaan doen en mee blijven doen aan preventieprogramma's dan levert dat een aanzienlijke gezondheidswinst op. Nederlanders kunnen in de toekomst langer gezond blijven als iedereen meer energie steekt in preventie. Programmatische preventieprogramma's, geïnitieerd vanuit de eerstelijns zorg, kunnen hieraan een belangrijke bijdrage leveren. Bij een 10% hogere deelname aan de jaarlijkse influenzavaccinatie (van momenteel 66 naar 76%) worden zo'n 15.000 minder mensen ziek. Een 10% hogere deelname aan de screeningsprogramma's voor borstkanker en baarmoederhalskanker (van 80 naar 90%) scheelt enkele tientallen sterfgevallen per jaar. Voor programma's die zich richten op verandering van een ongezonde leefstijl bestaan zulke cijfers nog niet. De eerste ervaringen met dergelijke programma's wijzen erop dat een derde tot de helft van de doelgroep er niet eens aan begint of snel afhaakt.

Grootschalige en langdurige deelname aan programmatische preventieprogramma's is kennelijk niet vanzelfsprekend. Vooral programma's die zich richten op leefstijlaanpassingen vragen een forse inzet en doorzettingsvermogen van individuen om deze aanpassing in het dagelijks leven in te passen en vol te houden. Indien de verantwoordelijkheid hiervoor vooral bij het individu gelegd wordt, zal het rendement van deze programma's beperkt blijven. Er kan meer bereikt worden als er actieve inzet is op alle niveaus; individuen zelf, de betrokken partijen in de zorg (zorgaanbieders, zorgverzekeraars, overheid) en als er draagvlak voor is in de samenleving.

Een hoge deelname op korte én lange termijn is vooral van belang voor personen voor wie het betreffende preventieprogramma specifiek bedoeld is (meestal vanwege hun verhoogde risico), omdat bij deze doelgroep de meeste gezondheidswinst te behalen valt. Uit deze overzichtstudie blijken de factoren die de deelname beïnvloeden zeer divers te zijn, uiteenlopend van demografische kenmerken (jongeren nemen minder vaak deel dan ouderen), sociaal-economische kenmerken (mensen uit de lagere sociaal-economische klasse of uit achterstandswijken

nemen minder vaak deel), en bovenal motivatie. Daarbij staan individuen voor het dilemma om op korte termijn hun leefstijl aan te passen tegenover een kans om op lange termijn gezondheidsschade op te lopen. Uit onze studie blijkt bijvoorbeeld de intentie om deel te nemen snel af te nemen wanneer er geneesmiddelen moeten worden gebruikt of ongezonde gewoontes moeten worden afgeleerd om het risico te verkleinen. Deelname aan preventieve programma's blijkt positief beïnvloed te worden door zorgverleners als die mensen persoonlijk uitnodigen en in gaan op vragen die (on)bewust een rol spelen bij de beslissing om deel te nemen (bijvoorbeeld door uitleg te geven over het risico op ziekte voor het individu of door te anticiperen op twijfels of de deelnemer zich wel aan het programma kan houden).

Het propageren en blijven propageren van een hoge deelname door alle betrokken partijen in de zorg (zorgaanbieders, verzekeraars en overheid) is belangrijk omdat programmatische preventie vraagt om een lange termijn investering van alle betrokkenen tezamen. Op korte termijn kosten deze programma's geld, tijd en inzet. De gezondheidswinst volgt pas op lange termijn. Uit deze studie blijkt dat er veel draagvlak is bij zorgverleners in de eerste lijn om preventie in hun zorgaanbod te integreren, maar ook dat preventie in dagelijkse zorgverlening nog weinig aan bod komt. De betrokken veldpartijen moeten erop kunnen vertrouwen dat programma's op lange termijn voortgezet kunnen worden en er niet voortijdig een wijziging in beleid of financieringsstructuur komt waardoor de voortzetting in gevaar kan komen. Bovendien moeten voor alle betrokken partijen de rollen en verantwoordelijkheden van de andere partijen duidelijk zijn. Zonder vertrouwen in continuïteit en in elkaar vinden de betrokken veldpartijen het risico (te) groot om het aanbod aan programmatische preventieprogramma's aan te vullen of uit te breiden. Alleen als alle partijen actief een hoge deelname aan programmatische preventieprogramma's propageren en deze betrokkenheid bestendigen kan het hoogste rendement uit preventieprogramma's gehaald worden.

Het ondersteunen van een hoge deelname op korte en lange termijn is belangrijk om het voor individuele personen en betrokken partijen in de zorg zo aantrekkelijk en eenvoudig mogelijk te maken om te gaan en te blijven deelnemen aan programmatische preventieprogramma's. Dit vraagt om draagvlak in de samenleving en dat komt niet vanzelf tot stand. De belangrijkste vraag hierbij is: Hoe ver willen we gaan om gezond te zijn en gezond te blijven ook als dat een inperking van onze eigen en andermans vrijheid betekent? Is het streven erop gericht om anderen geen of zo min mogelijk 'kwaad' te doen door bijvoorbeeld een rookvrije werkplek te garanderen? Of moet het streven naar gezond blijven verder gaan, door bijvoorbeeld gezonde keuzes aantrekkelijker,

eenvoudiger of goedkoper te maken, en/of ongezonde keuzes duurder en onaantrekkelijker te maken? Dit laatste heeft mogelijk als consequentie dat de keuzevrijheid van individuen ingeperkt wordt. Uit dit onderzoek blijkt dat de helft van de mensen vindt dat de overheid niet mag ingrijpen in de leefstijl van mensen. Tegelijkertijd geeft bijna 40% aan dat de zorgverzekeraar een hogere premie mag laten betalen door mensen die gezond leven. Dit vraagt om een maatschappelijk debat. Mocht de uitkomst van dit debat zijn dat de keuze vooral bij het individu moet blijven, zal de gezondheidswinst van programmatische preventieprogramma's suboptimaal blijven.

Voorwoord

Deelnamebereidheid en deelnametrouw aan preventieprogramma's in de zorg : is het wel nodig om daarover een overzichtstudie te maken? Het is immers vanzelfsprekend dat bij een grotere deelnamebereidheid en hogere deelnametrouw de effectiviteit van het programma toeneemt. Dat is juist, maar weten we wel hoe groot de deelnamebereidheid is, welke factoren de deelnamebereidheid beïnvloeden, welke trends en ontwikkelingen er op dit gebied gaande zijn en waar aangrijpingspunten liggen voor het beleid? Juist over de combinatie en interactie van deze elementen is naar onze mening (te) weinig bekend. Daarom achtten wij het nuttig om de beschikbare informatie, aangevuld met eigen onderzoek naar de mening van de bevolking over programmatische preventie, op een rij te zetten en zo een overzicht te geven van de huidige kennis en hiaten in de kennis. De meningen, ideeën, drempels en weerstanden worden geschetst vanuit het perspectief van de verschillende partijen die hierbij betrokken zijn en worden voorzien van aanbevelingen.

In de tweede helft van de jaren 90 zijn twee preventie programma's gestart vanuit de huisartsenzorg (de screening op baarmoederhalskanker en de influenzavaccinatie), en in 2011 is een derde gestart (het zogenoemde PreventieConsult CRM). Momenteel is er discussie gaande over deze programma's met betrekking tot de dalende deelnamebereidheid, de financiering en de bewezen effectiviteit. Opvallend is dat gedurende de laatste jaren de deelnamebereidheid aan de langer bestaande programma's begint af te nemen, en daarmee de effectiviteit. Ook de deelnamebereidheid van zorgverleners en zorgverzekeraars aan preventie staat de laatste jaren onder druk. Daarom is het juist nu belangrijk inzicht te hebben in welke factoren hierbij een rol spelen en hoe de deelnamebereidheid mogelijk beïnvloed kan worden. Deze aarzeling in deelnamebereidheid heeft een negatieve invloed op de lang bestaande programma's, op de implementatie van het recent geïntroduceerde PreventieConsult en op het initiëren van nieuwe programma's. Daarnaast werkt onduidelijkheid over de rollen en verantwoordelijkheden van de diverse partijen afwachtend gedrag in de hand. De interactie tussen deze partijen komt uitgebreid aan bod in deze overzichtstudie. Ook geven we veel ruimte aan de mening van burgers, hoe staan zij tegenover preventie, welk gedrag van zorgverlener, zorgverzekeraar of overheid met betrekking tot preventieve maatregelen wordt positief ontvangen en welk niet.

Door de toenemende zorgvraag waardoor de zorg onbetaalbaar dreigt te worden en waarvoor in de toekomst mogelijk onvoldoende gekwalificeerd personeel beschikbaar is, wordt er veel verwacht van preventie-

programma's in de zorg. De beoogde effectiviteit van preventieprogramma's komt echter niet vanzelf tot stand. Deze studie is relevant voor een ieder die hieraan een bijdrage wil leveren en meer inzicht wil krijgen in de dilemma's die spelen voor de verschillende betrokkenen. De studie geeft geen pasklaar antwoord hoe maximale effectiviteit van programmatische preventie in de zorg behaald kan worden, het geeft wel handvatten voor het identificeren van belemmeringen en mogelijk oplossingen. We hopen door het samenbrengen van de kennis aangevuld met meningen van de diverse betrokken partijen een bijdrage te leveren aan de discussie hoe programmatische preventie effectiever kan en wat daarvan de maatschappelijke kosten zijn.

Naast een uitgebreide systematische review van de internationale literatuur en analyse van relevante beleidsdocumenten zijn voor deze overzichtstudie vertegenwoordigers van diverse organisaties geïnterviewd, hebben deze deelgenomen aan een forumdiscussie en is er een vragenlijst verstuurd naar 1500 deelnemers van het Consumentenpanel om hun mening te vragen. Tevens is input gevraagd en ontvangen van de leden van de Maatschappelijke Adviesraad van het NIVEL. Wij bedanken alle leden van het Consumentenpanel, de geïnterviewden en de leden van de Maatschappelijke Adviesraad voor hun bijdrage.

De auteurs

Utrecht, november 2012

1 Inleiding

- ***Gezond zijn en blijven heeft een hoge waarde***

Gezond zijn en gezond blijven heeft een hoge waarde; het draagt bij aan het welzijn van individuen, het draagt bij aan economische baten in de vorm van arbeidsparticipatie en arbeidsproductiviteit, en het draagt bij aan maatschappelijke baten bijvoorbeeld in de vorm van menskracht voor mantelzorg en vrijwilligerswerk¹. In Nederland is gezondheidswinst te behalen als we zorg voor gezondheid centraal stellen in plaats van behandeling van ziekte.² Preventie van ziekten speelt daarin een sleutelrol. Gezondheidswinst wordt echter alleen bereikt als mensen ook daadwerkelijk willen meedoen. Een hoge deelnamebereidheid aan lopende en nieuwe preventieprogramma's is niet vanzelfsprekend. In de heersende tijdsgeest van het individualisme, waarin enerzijds een groot beroep wordt gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van burgers en anderzijds burgers steeds mondiger worden en het gezag van overheid en zorgverleners steeds vaker ter discussie staat, is het reëel te veronderstellen dat een hoge deelname aan nieuwe en lopende preventieprogramma's in de toekomst niet vanzelfsprekend is. Reeds bestaande preventieprogramma's laten recent een afname in deelname zien en een nieuw preventieprogramma, waarbij leefstijlinterventies een grote rol spelen, heeft te kampen met een lage opkomst.

Dit hoofdstuk is een introductie op het thema programmatische preventie geïnitieerd vanuit de huisartsenzorg. In hoofdstuk 2 wordt de context van programmatische preventie geschetst en komen de relevante vragen voor het gezondheidsbeleid aan bod. De hoofdstukken 3 en 4 gaan in op de deelnamebereidheid aan de huidige programma's, inclusief factoren die deze bereidheid versterken of juist belemmeren. In hoofdstuk 5 volgt een beschouwing waarin de informatie uit de hoofdstukken wordt gebruikt om de beleidsrelevante vragen te beantwoorden en lacunes daarin aan te geven.

1.1 Preventie loont

- ***Preventieve (medische) interventie voorkomt sterfte en ziekte***

Anno 2012 zijn er verschillende lopende preventieprogramma's in Nederland. Deze richten zich op diverse thema's, respectievelijk contexten, zoals zwangerschap en kinderleeftijd, arbeidsomstandigheden, ongevalletsels, leefwijzen en preventieve medische interventies.³ Preventieve interventies voorkomen sterfte en ziekte. Het aantal sterf-

gevallen dat in Nederland per jaar wordt voorkomen door de influenza-vaccinatie wordt geschat op 500 en jaarlijks zijn er circa 100.000 minder mensen met een influenza-achtig ziektebeeld³. Ook het bevolkingsonderzoek naar kanker heeft succes, jaarlijks worden naar schatting door deze screening circa 175 sterfgevallen door borstkanker voorkomen en zo'n 175 sterfgevallen vanwege baarmoederhalskanker. Het verlagen van het cholesterolgehalte door het gebruik van statines voorkomt jaarlijks 750 sterfgevallen en het opsporen en behandelen van een hoge bloeddruk voorkomt zo'n 3000 sterfgevallen per jaar.³

1.2 Meer preventie in de toekomst is onvermijdelijk

- **Zorggebruik zal de komende decennia flink toenemen**
- **Bredere inzet van preventie buiten en binnen zorgcontext is onvermijdelijk**

De verwachting is dat het zorggebruik de komende decennia flink zal toenemen. Hier zijn verschillende oorzaken voor. Ten eerste vergrijsst de Nederlandse bevolking. Het aantal mensen van 65 jaar en ouder is in Nederland anno 2012 2,6 miljoen. De verwachting is dat dit aantal oploopt tot 3,4 miljoen in 2020 en tot 4,6 miljoen in 2040.⁴ Het aandeel van mensen van 65 jaar en ouder neemt ook fors toe: van 16% in 2010 tot 25% in 2050. In Nederland raadpleegt 75% van de volwassenen minimaal één keer per jaar de huisarts. Gemiddeld bedraagt het aantal contacten met de huisarts van deze groep volwassenen 5,9 per jaar. Mensen van 65 jaar en ouder komen vaker bij de huisarts. Van de groep 65-74 jarigen bezoekt 88% ten minste één keer per jaar de huisarts met gemiddeld 7,4 contacten per jaar. Voor 75-plussers zijn deze aantallen nog hoger, slechts 2% heeft in een jaar geen contact met de huisarts. Het gemiddeld aantal contacten met de huisartspraktijk is in die leeftijdsgroep opgelopen tot 11,2 keer per jaar.⁵

Een tweede oorzaak voor het toenemende zorggebruik is de toename van welvaartsziekten; dat wil zeggen gezondheidsschade door leefgewoonten die samenhangen met de moderne welvaart (bijvoorbeeld roken, excessief alcohol gebruik, te veel en ongezond eten, gebrek aan fysieke activiteiten). Volgens de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) van het RIVM is 27% van de ziektelast toe te schrijven aan deze leefstijlfactoren; 31% voor mannen en 23% voor vrouwen. Sommige ziekten worden vrijwel altijd veroorzaakt door een ongezonde leefstijl. Zo is 80 tot 90% van de ziektelast van COPD en longkanker toe te schrijven aan roken. Ongeveer de helft van de gevallen van slokdarmkanker, coronaire hartziekten, beroerte en diabetes zijn toe te schrijven aan een ongezonde leefstijl.⁶ Geschat wordt dat inactiviteit wereldwijd de vierde doodsoorzaak is.⁷ Een afname van 10% in inactiviteit zou vol-

gens de auteurs leiden tot het voorkomen van 533.000 sterfgevallen per jaar wereldwijd.⁸

Een derde oorzaak voor de toename van het zorggebruik zijn de technische ontwikkelingen binnen de zorg. Binnen de geneeskunde is steeds meer mogelijk en daardoor blijven bijvoorbeeld ook steeds meer mensen met een chronische aandoening langer in leven of kunnen mensen nu behandeld worden voor aandoeningen waarvoor dat vroeger niet mogelijk was. Door medisch-technische innovaties zijn bijvoorbeeld ingrepen minder invasief geworden, waardoor ook patiënten op hoge leeftijd en/of met een zwakke gezondheid deze ingrepen kunnen ondergaan. Daarnaast maken de ontwikkelingen in de diagnostiek van chronische ziekten dat deze in een steeds vroeger stadium ontdekt worden en de behandeling dus ook in een vroeger stadium kan worden ingezet.

De combinatie van deze oorzaken zal leiden tot een forse toename in de vraag naar zorg die uiteindelijk onbetaalbaar dreigt te worden en waarvoor voldoende gekwalificeerd personeel ontbreekt. Een aanzienlijk deel van deze zorg vindt plaats binnen de eerstelijns, en dan met name binnen de huisartsenzorg. Om deze toename een halt toe te roepen wordt er veel verwacht van preventie in brede zin, alsmede van preventieprogramma's binnen de eerstelijnszorg. Deze programma's kunnen met name een bijdrage leveren aan het terugdringen van het zorggebruik veroorzaakt door een toename in welvaartsziekten, namelijk door in te grijpen in de leefstijl. Echter, deze preventieprogramma's worden niet vanzelfsprekend succesvol, dat vraagt om een ruime investering van menskracht en middelen van alle betrokken partijen.

1.3 Programmatische Preventie in de huisartsenzorg – definities en afbakening

- ***De scope van de overzichtstudie: Programmatische preventie geïnitieerd vanuit de huisartsenpraktijk:***
 - Vaccinatie
 - Screening met als doel vroegtijdig opsporen van behandelbare ziekten
 - Screening met als doel personen met een hoog risico op een chronische aandoening te identificeren en programma's aan te bieden om dat risico te verminderen

Onder preventie verstaan we: 'het nemen van maatregelen of het uitvoeren van interventies met als doel de gezondheid te bevorderen en ziekten of gezondheidsproblemen te voorkomen dan wel uit te stellen, en zodoende gezondheidswinst te bereiken'.⁹ Programmatische preventie geïnitieerd vanuit de huisartsenzorg heeft betrekking op programma's gericht op een vooraf vastgelegde afgebakende risicogroep waarbij de uitvoering plaatsvindt volgens een vastgelegd plan, taakverdeling en

werkwijze en het programma kent een cyclisch patroon.¹⁰ Door de huisarts als startpunt te nemen is, op basis van het patiëntendossier, de doelgroep eenvoudig te identificeren en kan preventie gericht worden aangeboden op individueel niveau. Dit kan omdat in Nederland iedereen is ingeschreven bij een huisarts.

Preventie kan zich richten op een individu, maar ook op een collectief of subpopulatie in de bevolking. Preventie is onder te verdelen in vier niveaus.

- 1 Universele preventie** richt zich op de algemene bevolking die niet gekenmerkt wordt door een verhoogd risico op ziekte. Universele preventie heeft tot doel de kans op het ontstaan van ziekte of risicofactoren te verminderen;
- 2 Selectieve preventie** richt zich op (hoog)risicogroepen in de bevolking. Selectieve preventie heeft tot doel de gezondheid van specifieke risicogroepen te bevorderen door het uitvoeren van specifieke lokale, regionale of landelijke preventieprogramma's. Het opsporen en toeleiden naar de zorg is onderdeel van zo'n programma.
- 3 Geïndiceerde preventie** richt zich op individuen die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen. Geïndiceerde preventie heeft tot doel het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen door een interventie resp. behandeling.
- 4 Zorggerelateerde preventie** richt zich op individuen met een ziekte of een of meerdere gezondheidsproblemen. Deze preventie heeft tot doel het individu te ondersteunen bij zelfredzaamheid, ziektelast te reduceren en 'erger' (complicaties) te voorkomen.

Deze overzichtstudie beperkt zich tot de programmatische preventie in de huisartsenzorg, zoals deze aangeboden wordt aan de praktijkpopulatie van huisartsen. Daarmee beperken we ons dus tot selectieve preventie en geïndiceerde preventie. Deze laatste kan zich richten op een subpopulatie, maar kan ook een meer individuele aanpak kennen. Zorggerelateerde preventie richt zich op het (zieke) individu en was het onderwerp van een eerdere overzichtstudie uit 2011.¹¹ Universele preventie speelt zich af buiten de huisartsenzorg. Zorggerelateerde preventie en universele preventie vallen buiten de scope van deze overzichtstudie.

In deze overzichtstudie ligt de nadruk op vaccinatie en screening als vormen van selectieve preventie geïnitieerd vanuit de huisartspraktijk, waarbij de vroege opsporing van risicofactoren die gerelateerd zijn aan leefstijl de komende jaren belangrijk zal worden. Screening is onder te verdelen in a) het vroegtijdig opsporen van ziekten en b) het identificeren van personen met een hoog risico op een (chronische) aandoening. Deze personen krijgen vervolgens risicoreducerende interventies aangeboden; hierbij is vaak sprake van een getrapte preventieprogramma. Dit laatste kan weer opgevat worden als geïndiceerde preventie.¹²

Nederland heeft twee langlopende preventieprogramma's in de huisartsenzorg; het Nationaal Programma Grieppreventie en het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker. Beide worden gecoördineerd en gefinancierd vanuit de overheid. Sinds 2011 bestaat het preventieprogramma PreventieConsult, dit wordt gecoördineerd vanuit de huisartsenpraktijk en de financiering loopt deels via het basiszorgpakket.

Nationaal Programma Grieppreventie

- sinds: 1997
- status: Nationaal programma
- doelgroep: alle 60+ ers (tot 2008: alle 65+ers) en mensen met een chronische aandoening en/of verminderde weerstand (31% van de huisartspopulatie)¹³
- werving: huisarts selecteert hoogrisicopatiënten en roept deze op
- wat: griep prik door huisarts, praktijkondersteuner of praktijkassistente
- interval: jaarlijks
- coördinatie: overheid
- financiering: overheid

Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker

- sinds: 1996
- status: Bevolkingsonderzoek
- doelgroep: vrouwen tussen de 30 en 60 jaar (20% van de huisartspopulatie)
- werving: vrouwen worden geselecteerd via de Gemeentelijke basisadministratie. Vrouwen worden uitgenodigd door één van de vijf landelijke screeningsorganisaties of door de huisarts middels een brief met voorlichtingsmateriaal om een geïnformeerde keuze te kunnen maken. Non-responders krijgen één herinneringsuitnodiging
- wat: huisarts of praktijkassistente maakt een cervix-uitstrijkje. Bij afwijkende uitslag wordt de vrouw doorverwezen naar de gynaecoloog

- interval: iedere vijf jaar
- coördinatie: overheid
- financiering: overheid

PreventieConsult module CardioMetabool Risico (CMR)

- sinds: 2011
- status: NHG standaard
- doelgroep: 45-70 jarigen die nog niet in behandeling zijn vanwege diabetes mellitus, hart- en vaatziekten, en chronische nierschade, maar mogelijk wel een verhoogd risico hebben op één van deze aandoeningen (64% van de huisartspopulatie tussen 45-70 jaar)
- werving: huisarts selecteert doelgroep en roept deze op
- wat: persoon vult een risicovragenlijst in. Bij een verhoogd risico volgt een eerste consult in de huisartsenpraktijk waarin aanvullende diagnostiek wordt uitgevoerd. Aan de hand van de testuitslagen wordt in een tweede consult een risicoprofiel opgesteld en besproken. Mensen met een hoog risico krijgen een leefstijladvies en/of medicatie volgens de NHG-standaard
- interval: 3-5 jaar voor mensen met een laag risico, conform de NHG-standaarden bij mensen met verhoogd risico
- coördinatie: huisartsenpraktijk
- financiering: deels via het basiszorgpakket

1.4 *Deelnamebereidheid aan preventieprogramma's*

- *Hoge deelname is een essentiële voorwaarde voor succesvolle preventie*
- *Bereidheid tot deelname is niet vanzelfsprekend*

Het succes van collectieve preventie en daarmee het behalen van gezondheidswinst valt of staat met de deelnamebereidheid van de doelgroep. Een optimale deelnamegraad van de doelgroep is dan ook essentieel. De deelnamebereidheid laat echter een zeer wisselend beeld zien.

Nederlandse screeningsprogramma's naar borstkanker of cervixcarcinoom laten een deelnamebereidheid zien tussen de 66% en 80%.¹⁴ Beide screeningsprogramma's laten echter grote verschillen zien in deelnamebereidheid tussen etnische groepen of groepen uit achterstandswijken, variërend van 37% tot 77%.¹⁵

De bereidheid bij de doelgroep (60-plussers en/of mensen met een chronische aandoening) om mee te doen met het Nationaal Programma Grieppreventie bedroeg in het seizoen 2011-2012 66%. Er zijn grote regionale verschillen, variërend van minder dan 65% tot meer dan 85%. Daarnaast is de opkomst beduidend lager onder de jongere doelgroep.¹³ De opkomst voor de griepvaccinatie laat recentelijk een afname zien. Dit is mogelijk gevoed door de negatieve discussie in de media rondom de vaccinatie voor Influenza HiN1 (Mexicaanse griep) in 2009 en de discussie eind 2011 over de effectiviteit van de griepvaccinatie.¹⁶ De aldus ontstane verwarring voor het grote publiek was de aanleiding voor de Gezondheidsraad om een debatmiddag rond dit thema media 2012 te organiseren met deskundigen van binnen en buiten de Gezondheidsraad, waarbij nadrukkelijk ook critici van de griepvaccinatie werden uitgenodigd.¹⁷ Een recent geïntroduceerd vaccinatieprogramma tegen het Humaan Papillomavirus (HPV) voor 12-jarige meisjes, liet een lage respons zien. In 2010 heeft uiteindelijk slechts 54% van de opgeroepen meisjes de volledige serie van drie injecties gekregen en in 2011 was dit 56%. Een eerste onderzoek liet zien dat vooral de sociale omgeving een grote rol speelt in de beslissing om al of niet deel te nemen aan deze vaccinatie.¹⁸

Op het gebied van chronische aandoeningen is recentelijk een standaard door het NHG gelanceerd 'Het PreventieConsult' module Cardio-Metabool Risico (CMR).¹⁹ Deze standaard heeft als doel hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2 en chronische nierschade te voorkomen of het optreden ervan uit te stellen. Dit gebeurt door het actief aanbieden van een risicoschatting gekoppeld aan bijpassende adviezen en/of behandeling, ingebed in de reguliere eerstelijnszorg. De doelgroep bestaat uit volwassenen van 45 tot 70 jaar die niet reeds in behandeling zijn vanwege diabetes mellitus, hart- en vaatziekten, of chronische nierschade. Een eerste pilotstudie onder 1.500 patiënten liet zien

dat slechts 33% van de doelgroep die na het invullen van de risicotest het advies kreeg contact op te nemen met de huisarts, hieraan gehoor gaf. De deelname aan de volgende stappen, hoeveel personen leefstijladviezen hebben gekregen en deze vervolgens duurzaam in hun dagelijks leven hebben geïmplementeerd, is momenteel nog niet bekend.

De vraag is of het effect dat op dit moment bereikt wordt door de verschillende programmatische preventieprogramma's het maximaal haalbare succes is, of dat er meer sterfte en ziekte voorkomen kan worden indien de deelname van de doelgroep groter zou zijn, en of het in de toekomst niet lastiger wordt deze percentages vast te houden, deels doordat maatschappelijke onrust gemakkelijker om zich heen grijpt en deels door de focus van programmatische preventie verschuift naar leefstijlaanpassingen. Op basis van de huidige effecten van preventie kan een schatting gemaakt worden welke effecten mogelijk bereikt kunnen worden bij een hogere deelname. Stel dat de opkomst bij de seizoensgriepvaccinatie 10 procentpunten hoger zou zijn (van 66% naar 76%), dan zou dit leiden tot zo'n 15.000 minder mensen met een influenza-achtig ziektebeeld en rond de 100 extra sterfgevallen zouden voorkomen worden. Aangenomen hierbij is dat het effect bij deze extra mensen gelijk is aan het effect aan het huidige behaalde effect. De gezondheidswinst die te behalen valt indien de deelnamegraad voor borstkankerscreening niet 80% zou zijn maar 90%, zou uitkomen op jaarlijks 22 minder sterfgevallen extra. De gezondheidswinst die te behalen valt indien de deelname aan de screening op een cervixcarcinoom met 10% zou toenemen, zou uitkomen op 26 minder sterfgevallen per jaar extra. De mogelijke winst die te behalen valt door een hogere participatiegraad bij de recentere preventieprogramma's (vaccinatie tegen HPV en het PreventieConsult) zijn nu nog niet door te rekenen aangezien het nog te vroeg is om de huidige participatiebereidheid en gezondheidseffecten te bepalen. Een recente studie liet al wel zien dat een afname van inactiviteit kan leiden tot een aanzienlijke reductie in het aantal sterfgevallen wereldwijd; een afname van 10% in inactiviteit kan leiden tot het voorkomen van 533.000 sterfgevallen per jaar wereldwijd.⁸ In deze rekenvoorbeelden is uitgegaan van de gezondheidswinst zoals behaald in de populatie die momenteel wel meedoet aan preventieprogramma's. Deze voorbeelden laten zien dat er bij een hogere deelnamebereidheid aanzienlijk meer gezondheidswinst te behalen valt. Deze potentiële gezondheidswinst moet afgezet worden tegen de extra inspanning die het kost om de deelnamebereidheid te verhogen.

1.5 Preventie en gezondheidswinst

- *Deelname aan vaccinatie leidt direct tot gezondheidswinst*
- *Deelname aan vroege opsporing van ziekte leidt tot gezondheidswinst op lange termijn*
- *Deelname aan getrapte programma's waarbij de nadruk ligt op leefstijlaanpassingen leiden pas na blijvende implementatie en na lange tijd tot gezondheidswinst*

Afhankelijk van het type preventie zijn er verschillende vormen van deelname te onderscheiden, die op hun beurt de te behalen gezondheidswinst beïnvloeden. Vaccinatie is gericht op het voorkomen van een ziekte. De doelgroep maakt de keuze om mee te doen na uitnodiging en de gezondheidswinst wordt meestal behaald op het moment van vaccinatie, met uitzondering van HPV vaccinatie. Bij screeningsprogramma's die gericht zijn op de vroege opsporing van een ziekte maken individuen uit de doelgroep de keuze tot deelname eveneens direct na daartoe te zijn uitgenodigd. De vroegtijdige opsporing gevolgd door een tijdig gestarte en succesvolle behandeling zorgt voor gezondheidswinst op lange termijn. In het geval van screening gericht op de identificatie van een hoog risico op ziekte(n), meestal in de vorm van een getrapte preventieprogramma, wordt de gezondheidswinst bij de doelgroep pas na lange tijd (tientallen jaren) en alleen met veel inspanning behaald, namelijk als de individuen bij wie een hoog risico is vastgesteld een risicoreducerende interventie accepteren en deze blijvend in hun dagelijks leven implementeren. Hierbij is er niet alleen een keuzemoment tot deelname bij het ontvangen van de uitnodiging, maar, afhankelijk van de uitkomst van iedere screeningstap, ook bij de uitnodiging voor deelname aan de volgende stap(pen) en bij de uitnodiging voor het implementeren van de risicoreducerende interventie(s). Door deze getrapte opbouw zijn er dus ook meer momenten waarop personen kunnen afhaken. Of uiteindelijk gezondheidswinst wordt behaald, hangt af van het aantal mensen van de doelgroep dat zich succesvol aan het totale interventieregime houdt en blijft houden. Derhalve hebben verschillende typen preventieprogramma's hun effect op verschillende termijnen, hetgeen de deelnamebereidheid en deelnametrouw kan beïnvloeden.

Veel preventieprogramma's kennen een cyclisch karakter, waarbij de doelgroep met een vaste frequentie wordt uitgenodigd. Door deze cyclische structuur zijn er meerdere momenten waarop de doelgroep kan afhaken. De totaal te bereiken gezondheidswinst van programmatische preventie wordt dan ook mede bepaald door zowel de korte- als lange-termijn deelnametrouw.

1.6 *Het centrale dilemma*

- ***Een hoge deelname aan programmatische preventieprogramma's is belangrijk, maar vraagt op korte termijn veel inspanning en geeft pas op lange termijn gezondheidswinst***

Preventieve maatregelen waren vroeger vooral van collectieve aard en deze hebben veel bijgedragen aan de bevordering van de volksgezondheid zoals de beschikbaarheid van schoon drinkwater en de aanleg van riolering. In de loop der jaren zijn gezondheidsrisico's echter steeds meer verschoven naar de invloed en verantwoordelijkheid van de burger en is preventie in de huisartsenpraktijk meer gericht op het individu met klachten of een ziekte. Anno 2012 wordt weer toegewerkt naar een versterking van de collectieve preventie binnen de huisartspraktijk.

Preventie kent diverse dilemma's (korte termijn investering versus lange termijn winst: het individuele belang versus het maatschappelijk belang). Bij collectieve preventieprogramma's zal het grootste deel van de mensen geen of een licht tot matig risico hebben en slechts een kleine groep een hoog risico. Zonder het preventieprogramma zou dan ook hooguit een deel van de mensen ziek zijn geworden. Omdat vooraf onbekend is welke mensen dat zijn, zullen veel mensen eraan moeten deelnemen om een hoge effectiviteit van het programma te behalen. Ook bij geïndiceerde leefstijlprogramma's of medicamenteuze interventies is deelnamebereidheid, in de zin van het succesvol opvolgen en volhouden van de interventie, van belang. De mate van trouw aan de interventie bepaalt uiteindelijk hoe groot het effect van het programma is op de gezondheid van het individu en op de gezondheidswinst van de populatie in zijn geheel.

Bij het nastreven van een hoge deelname is het van belang om inzicht te hebben in kenmerken van niet-deelnemers en hun redenen om niet mee te doen aan een programma. Uit de twee langlopende preventieprogramma's weten we dat deelname varieert in de tijd en dat deze sterk varieert tussen verschillende groepen. Uit een recent gestart programma, waarbij de doelgroep leefstijlaanpassingen moet inpassen, weten we dat de deelname vooralsnog laag is en of de deelnemers deze aanpassingen volhouden is nu nog niet bekend.

Dit geeft aan dat preventie een veld is dat in beweging is terwijl gezondheidswinst alleen wordt bereikt als mensen ook daadwerkelijk mee willen doen en mee willen blijven doen. In de heersende tijdsgeest van het individualisme en eigen verantwoordelijkheid is het reëel te veronderstellen dat een hoge deelname aan (nieuwe) preventieprogramma's niet vanzelfsprekend is. Recente ontwikkelingen zoals bij de Mexicaanse Griepvaccinatie in 2009, de HPV vaccinatie in 2010 en de reguliere griepvaccinatie in 2011, waarin via de sociale media felle publieke discussies ontstonden over het nut en de noodzaak van

vaccinatie geven hier duidelijke aanwijzingen voor. Dit beleidsprobleem, de onzekerheid van de werkzaamheid van de verschillende programma's, valt buiten de scope van de huidige overzichtstudie.

In deze overzichtstudie wordt met behulp van beschikbare informatie een beeld geschetst van het beleidsprobleem: *'een hoge deelname aan programmatische preventieprogramma's is belangrijk maar niet vanzelfsprekend'*. Gezondheidswinst voor de populatie in z'n geheel wordt voornamelijk bereikt indien er een hoge deelname is. Echter, wat moet er gebeuren om deze te verhogen en vast te houden? Deze overzichtstudie bundelt de huidige kennis op dit gebied aangevuld met meningen en ervaringen van de betrokken partijen; de overheid, de zorgverleners, de zorgverzekeraars en burgers. Deze kennis wordt vertaald naar de huidige preventieprogramma's. Doel is antwoord te geven op de vraag op welke wijze de deelname aan programmatische preventieprogramma's verhoogd kan worden en daarmee de gezondheidswinst van die programma's vergroot kan worden. Tot slot zullen ook de lacunes in kennis, de tegenstrijdigheden in opvattingen en de randvoorwaarden voor goed lopende programmatische preventieprogramma's in beeld gebracht worden. Dit wordt samengevat in een onderzoeksagenda en overwegingen voor het beleid.

1.7 Deze overzichtstudie

Hoe is deze studie tot stand gekomen?

De informatie die in deze overzichtstudie is verwerkt is op verschillende wijzen vergaard. Ten eerste is een literatuurstudie uitgevoerd, waarbij zowel in de (inter)nationale wetenschappelijke literatuur is gezocht als in de z.g. grijze literatuur, aangevuld met beleidsdocumenten. Over deze literatuur is een systematisch review gemaakt.²⁰ De meningen van burgers zijn verkregen door een uitgebreide schriftelijke vragenlijst ter invulling aan te bieden aan een aselechte steekproef van 1.500 volwassen Nederlanders binnen het NIVEL Consumentpanel Gezondheidszorg, van wie 63% de vragenlijst heeft ingevuld.²¹ Deze informatie is aangevuld met de meningen van diverse experts; hiertoe zijn interviews gehouden met (vertegenwoordigers van) zorgverleners, beleidsmakers, zorgverzekeraars en patiënten en is er een forumdiscussie op internet gevoerd waar de diverse partijen konden reageren op stellingen en op de uitspraken van andere partijen. Een lijst van organisaties die geïnterviewd zijn is opgenomen in bijlage 1.

2 Context van programmatische preventie in de eerstelijns

In de afgelopen anderhalve eeuw is er steeds meer aandacht gekomen voor preventie. Tot het midden van de jaren tachtig van de vorige eeuw lag de nadruk vooral op preventie van infectieziekten. Sinds die tijd is de focus van preventie breder geworden, naast het voorkomen van infectieziekten, is er aandacht voor vroege opsporing van ziekten en het identificeren van hoogrisicopatiënten voor het krijgen van chronische aandoeningen. Dit heeft mede gezorgd voor een verschuiving van preventie vanuit het publieke domein richting de eerstelijnszorg, en het heeft geleid tot het ontstaan van programmatische preventieprogramma's. Bij de implementatie en inbedding van deze programma's zijn meerdere partijen betrokken, elk met hun eigen belangen en dilemma's, waardoor de potentiële gezondheidswinst van programmatische preventieprogramma's (nog) niet volledig wordt benut. In dit hoofdstuk wordt preventie vanuit verschillende kaders besproken (historisch, wetenschappelijk, financieel en ethisch) en komen de dilemma's van de betrokken partijen aan bod. Het hoofdstuk sluit af met de huidige stand van zaken van preventie in de huisartsenpraktijk.

2.1 Historisch beeld

- *Gezondheidsrisico's zijn in de loop der jaren verschoven van infectieziekten naar leefstijlgerelateerde (chronische) aandoeningen*
- *In gezondheidsbeleid en gezondheidszorg lijkt een verschuiving op gang te komen van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag*

Preventie en volksgezondheid

De verwijdering van de zwengel van de waterpomp in Broad Street, Londen, in 1854, op instigatie van de arts John Snow, wordt vaak gezien als de eerste preventieve actie in de gezondheidszorg. Er heerste op dat moment een cholera epidemie in Londen en het was Snow opgevallen dat gebruikers van die betreffende pomp veel vaker tot de slachtoffers behoorden dan gebruikers van andere pompen. Korte tijd later werd met de ontdekking van de cholera bacterie als ziektedrager het mechanisme achter de besmetting ontdekt. Hiermee was het allesoverheersende belang van hygiëne ter voorkoming van epidemieën van besmettelijke ziektes bevestigd. Sindsdien zijn overheden, zorgverleners en de bevolking zich gaan toelagen op maatregelen om ziekte te voorkomen. Voor een deel geschiedt dat door toezicht en algemene maatregelen van gezondheidsbescherming, zoals toezicht door de Nederlandse Voedsel

en Waren Autoriteit (vwa) of algemene eisen die aan de woningbouw worden gesteld. Ook overheidsmaatregelen als de verplichting om een valhelm te dragen op de motorfiets en brommer en milieuwetgeving vallen in de sfeer van algemene maatregelen om gezondheid te bevorderen en ziekte te voorkomen.

In Nederland ontstonden in 1875 de eerste *Verenigingen ter bevordering van de volksgezondheid en het weren van epidemieën*. Deze spanden zich in voor woningverbetering, goede drinkwatervoorziening, ontsmettingsinrichtingen en het opruimen van mesthopen in de steden. Al snel werden opleidingen voor verpleegkundigen georganiseerd, ook voor thuisverpleging. Hieruit kwamen de *kruisverenigingen* voort, die zich gingen toeleggen op ziektebestrijding. Dit begon met de bestrijding van zuigelingensterfte, tuberculose en malaria, later richtten kruisverenigingen zich o.a. op astma, geslachtsziekten, kanker, reuma en diabetes. Oorspronkelijk waren kruisverenigingen initiatieven vanuit de bevolking. In de jaren '60 van de vorige eeuw, toen veel particulier initiatief naar de overheid verschoof, gingen plaatselijke kruisverenigingen steeds meer samenwerken, trad schaalvergroting op en gingen ze op in het landelijke kruiswerk, vanaf 1980 gefinancierd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

Een tweede belangrijke loot aan de stam van de preventieve zorg is de *basisgezondheidszorg*. In 1893 werd in Amsterdam de gemeentelijke gezondheidsdienst opgericht en in de loop van de twintigste eeuw kregen ook andere grote steden eigen gezondheidsdiensten. De gemeentelijke geneeskundige en gezondheidsdiensten en de sinds eind vorige eeuw ontstane basisgezondheidsdiensten voeren taken uit op het gebied van de preventieve jeugdgezondheidszorg (consultatiebureau, Rijksvaccinatieprogramma voor kinderen), opsporing en bestrijding van besmettelijke ziekten (tbc, geslachtsziekten), en bevolkingsonderzoek.

Preventie in de huisartsenpraktijk

In dit historisch kader is het van belang de introductie van het begrip 'eerstelijns gezondheidszorg' te benoemen. In de 'Structuurnota gezondheidszorg' van staatssecretaris Hendriks, uit 1974, werd een indeling van de curatieve gezondheidszorg bepleit in een generalistische, algemeen toegankelijke eerstelijnszorg, die patiënten zouden moeten passeren om toegang tot de meer gespecialiseerde tweedelijns gezondheidszorg te krijgen. In deze periode kreeg ook de eerste multidisciplinaire samenwerking binnen de eerstelijns, bijvoorbeeld tussen huisarts, wijkverpleging, maatschappelijk werk en vaak ook fysiotherapeut gestalte, binnen home-teams of gezondheidscentra. Hiermee werd een belangrijke voorwaarde geschapen waaronder later verschillende beroepsgroepen in het kader van programmatische preventieprogramma's zouden kunnen samenwerken.

Rond 1990 waren bloeddrukmeting, het maken van een cervix-uitstrijkje en preventief borstsonderzoek de meest uitgevoerde preventieve handelingen in de huisartspraktijk. Deze vonden voornamelijk plaats op verzoek van de patiënt of omdat klachten er aanleiding toe gaven. Bij hoger opgeleiden, particulier verzekerden en jongeren geschiedde dit relatief vaker dan bij lager opgeleiden, ziekenfondsverzekerden en ouderen. Screening op baarmoederhalskanker en borstkanker vond relatief vaak plaats binnen leeftijdsgroepen waarvoor dit nog niet zo nodig geacht werd. Screening op ongezonde leefgewoonten (roken, drinken, voldoende bewegen) vond in het algemeen slechts plaats wanneer klachten van de patiënt daar aanleiding toe gaven en de informatie daarover werd niet systematisch geregistreerd.²²

Preventie in het kader van de individuele gezondheidszorg, met name de huisartspraktijk, gericht op mensen die zich met klachten tot een arts wenden, is vanaf het ontstaan van de huisartsgeneeskunde als aparte discipline altijd als mogelijkheid beschouwd. In de zogenaamde Woudschoten-nota, de allereerste functieomschrijving van huisartsen uit 1959²³ wordt als tiende deeltaak van huisartsen het bijdragen aan preventie genoemd. In de jaren '70 komt het begrip 'anticiperende geneeskunde'²⁴ naar voren. Het feit dat veel patiënten jaarlijks wel een contact met de huisarts hebben zou gebruikt kunnen worden om een aantal eenvoudig uit te voeren metingen (bloeddrukmeting, gewicht, laboratoriumtesten) met enige regelmaat te verrichten. In een verder uitgewerkt pakket zou dit gepaard kunnen gaan met een uitnodiging aan alle patiënten uit een risicogroep die in een bepaalde periode niet op het spreekuur verschenen zijn: 'screening', aldus van den Dool.

Het belang van preventie werd gezien, en ook de potentiële rol die de huisartsenzorg hierin zou kunnen hebben werd onderkend en toch bleef de inbedding van preventieve activiteiten binnen de huisartsenzorg beperkt. Als belangrijkste barrières voor het uitbreiden van preventieve activiteiten noemden huisartsen in 1993: 1) voor preventie is een andere houding en kennis nodig, huisartsen zijn primair gericht op genezing van ziekte; 2) de vraag of (collectieve) preventieve interventies wel zo effectief zijn voor de individuele patiënt; 3) preventie vraagt om organisatorische aanpassingen, zoals een waarschuwings- en registratiesysteem voor relevante risicofactoren en 4) tenslotte waren veel huisartsen bang dat de hoeveelheid werk groter zou worden zonder dat daar financiële compensatie tegenover zou staan.²⁵

Preventie in het gezondheidsbeleid

Op het gebied van preventie in het beleid is het jaar 1986 in Nederland een mijlpaal. In de *Nota 2000*²⁶ wordt een eerste stap gezet van het tot dan toe gevoerde zorgbeleid naar een gezondheidsbeleid. Uitgangspunt is dat de gezondheidszorg alleen niet bepalend is voor de volksgezondheid, maar dat gezondheid beïnvloed wordt door een samenspel van

biologische factoren, leefstijl en de fysieke en sociale omgeving. Het beleid omvatte daarom zowel gezondheidsbevorderende als –beschermende maatregelen. Kenmerkend voor het beleid in de *Nota 2000* is dat zorg en preventie verbonden worden. Het aantal mogelijkheden tot interventie nam toe aangezien determinanten van gezondheid als uitgangspunt werden genomen. Dit werd vormgegeven in o.a. het facetbeleid waarbij samenwerking met andere departementen werd gezocht, afhankelijk van de determinant die aangegrepen werd voor interventie.

Een jaar later verschijnt echter de nota *Dekker*²⁷ waardoor het beleid weer meer gericht werd op zorg. Het debat werd bepaald door deregulering en marktwerking, stelselherziening en kostenbesparing en een terugtredende rol van de overheid. Hierdoor werd het bij de *Nota 2000* ingezette beleid nauwelijks verder doorgevoerd. Vanaf 1992 worden de koppeling van preventie en zorg weer opgepakt. Nieuw is dat vanaf dat moment de curatieve zorg ook een taak wordt toegedicht in de collectieve preventie. In 1994 komt de nota *Gezond en Wel*²⁸ uit. Voor het eerst wordt expliciet aandacht besteed aan het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Daarbij wordt gestreefd naar het beperken van gezondheidsschade door omgevingsfactoren, onder andere door maatregelen op het gebied van ontmoediging van het tabaksgebruik, verbetering van de voeding, stimuleren van bewegen en vergroten van de veiligheid. In het beleid wordt ingezet op het aanreiken van toegankelijke zorg en het bevorderen van preventie in de eerstelijnszorg. Ook wordt de verbintenis van gezondheid en welzijn benadrukt en de invloed van welvaart, onderwijs en arbeid daarin onderstreept.

In 2003 wordt de eerste Preventienota opgesteld in vervolg op de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv), die in 1989 van kracht werd, met daarin de landelijke prioriteiten op het gebied van de collectieve preventie. Met deze wet kwam de verantwoordelijkheid voor het gezondheidsbeleid meer bij de gemeenten te liggen. Door de toename van welvaartsziekten en de maatschappelijke kosten die daarmee gepaard gaan werd in de nota *Langer gezond leven*²⁹ het accent gelegd op gezond gedrag. Roken, diabetes en overgewicht vormen het grootste risico voor de volksgezondheid en vormen daarom de speerpunten van het beleid. In de nota *Kiezen voor gezond leven*³⁰ wordt dit beleid voortgezet, aangevuld met de thema's schadelijk alcoholgebruik en depressie. Waar roken al eerder als beleidsspeerpunt werd aangegeven is dit voor overgewicht voor het eerst. Gesteld wordt dat in de eerste plaats burgers verantwoordelijk zijn voor gezond gedrag. Gezond leven is een keuze die burgers zelf maken. Echter, ook partijen als gemeenten, zorgverzekeraars, het bedrijfsleven, scholen en zorgprofessionals hebben hierin een verantwoordelijkheid. Binnen en buiten de overheid moet zowel landelijk als lokaal meer worden samengewerkt om deze keuze makkelijker te maken. De zorg wordt gestimuleerd om meer aan preventie te doen.

In 2008 wordt deze lijn voortgezet. De nota *Gezond zijn, gezond blijven*³¹ is één groot pleidooi voor een betere verbinding tussen gedrag en omgeving. Burgers moeten meer gezonde keuzes maken en de overheid en de zorgsector moeten ze daarbij stimuleren. In deze nota wordt nog explicieter dan voorheen aandacht besteed aan de verbinding tussen preventie en zorg. Initiatieven van preventie in de eerstelijns door huisartsen worden met instemming aangehaald. Verzekeraars zouden prikkels voor een gezonde levensstijl moeten inbouwen in hun pakketten, aldus deze nota.

In de meest recente nota landelijk gezondheidsbeleid *Gezondheid dichtbij* uit 2011³² is de kabinetsvisie op gezondheidsbeleid en preventie uitgewerkt in drie thema's: 1) Vertrouwen in gezondheidsbescherming, 2) Zorg en sport in de buurt en 3) Zelf beslissen over leefstijl. Meer dan voorheen wordt de eigen verantwoordelijkheid van de burger voor gezond leven onderstreept. Het kabinet stelt dat in het verleden te veel getracht is de gezondheid van de burgers te verbeteren door ge- en verboden en wil dit omzetten naar het beter toegankelijk maken van gezonde keuzes. Opnieuw wordt de taak van de eerstelijnszorg inzake individuele voorlichting en advisering, alsmede het leveren van integrale zorg benadrukt. De taken van het rijk liggen in het nemen van gezondheidbeschermende maatregelen, het stimuleren van publiek-private samenwerkingsverbanden en het ondersteunen hiervan door middel van goede, betrouwbare en toegankelijke kennis- en informatievoorzieningen. Anders dan bij de twee voorgaande nota's is de nadruk meer komen te liggen op de omgeving als factor in gezondheid wat o.a. tot uiting komt in het doel om sport- en zorgvoorzieningen in de buurt aan te bieden. Bewegen wordt gezien als preventief middel en het is een positieve gezondheidsboodschap, in tegenstelling tot stoppen met roken en afvallen.

2.2 **Kaders**

- *De Wet op de publieke gezondheid, de Wet op het bevolkingsonderzoek, de Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst en de Zorgverzekeringswet vormen de wettelijke kaders voor preventie*
- *Preventie wordt deels uit overheidsmiddelen, deels uit zorgverzekeringspremies gefinancierd*
- *Preventie en autonomie van de patiënt kunnen op gespannen voet staan*

Wettelijk kader

De overheid voert beleid op de publieke gezondheidszorg binnen het kader van de Wet publieke gezondheid (Wpg) en de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo). In de Wpg wordt publieke gezondheidszorg

beschreven als 'gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkomen en het vroegtijdig opsporen van ziekten'. Binnen de Wpg is vastgelegd dat onder verantwoordelijkheid van de Minister van vws een 4-jarige preventiecyclus wordt opgesteld.

De Wbo richt zich op opsporen van ziekte of risicofactoren door screening. Deze wet biedt middels criteria voor bevolkingsonderzoek bescherming tegen onnodige of te belastende screening. Op personen aan wie screening wordt aangeboden is het recht op informatie en toestemming (informed consent) van toepassing alsook het recht van niet-weten. Aanbieders van screening zijn verplicht deelnemers te informeren over aard en doel van het onderzoek en de te verwachten risico's en gevolgen.³³ Opsporing en interventies bij hoogrisicopatiënten vallen onder een andere wet, namelijk de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). De aanstaande patiënt moet hierover geïnformeerd worden en daarin toestemmen.

Financieel kader

Anno 2012 worden het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker en de jaarlijkse seizoensgriepvaccinatie, preventieprogramma's die beide in de huisartsenpraktijk plaatsvinden, gefinancierd door de overheid. Het derde preventieprogramma dat vanuit de huisartsenpraktijk georganiseerd wordt, het PreventieConsult, valt deels onder de verzekerde zorg binnen het basiszorgpakket. De eerste uitnodiging en de risicotest van het PreventieConsult worden niet vergoed. De twee daarop volgende consulten, indien geïndiceerd, vallen onder de verzekerde zorg. Ook het voorschrijven van bloeddruk- en cholesterolverlagende medicamenten valt binnen de verzekerde zorg. Fysiotherapeutische bewegingsinterventies, stoppen met roken en dieetadvisering vallen op dit moment (anno 2012) niet binnen het basispakket.

Ethisch kader

Rond preventieve maatregelen spelen belangrijke ethische kwesties. Deze komen voort uit het feit dat in het geval van preventie mensen blootgesteld worden aan een vaccinatie, een advies of een negatieve toekomstvoorspelling waar ze, anders dan wanneer ze zelf hulp zijn gaan zoeken, niet (altijd) om gevraagd hebben. Bij preventie zijn mensen vaak deel van een populatie die ongevraagd aan een maatregel wordt blootgesteld. Daar waar preventie niet op individueel maar op groepsniveau plaatsvindt, is de mogelijkheid om op de persoon toegesneden informatie te bieden niet of in mindere mate aanwezig. Deze situatie kan de volgende fricties inhouden:

Algemeen belang versus eigenbelang

Het belang van de volksgezondheid kan met zich meebrengen dat een

preventieve maatregel soms dwingend moet worden opgelegd omdat ze zinloos is wanneer slechts een deel van de doelgroep zich zonder dwang aan de maatregel zou onderwerpen. Bijvoorbeeld vaccinatie tegen een ernstige griepvariant kan alleen de verspreiding van die ziekte voorkomen als een (grote) meerderheid van de populatie 'at risk' zich aan die preventieve maatregel heeft onderworpen. Verplichtstellen van zo'n vaccinatie druist in tegen het recht op zelfbeschikking, dat in onze grondwet is verankerd. Ook bij de beslissing om bepaalde vormen van screening beschikbaar te stellen of juist te verbieden moet een afweging gemaakt worden tussen het burgerrecht op vrije wilsbeschikking en het volksgezondheidsbelang.³⁴

Autonomie versus paternalisme

Zodra het eigen belang groter wordt en het algemene belang kleiner, komt de frictie naar boven rondom autonomie en paternalisme. Hoe ver de overheid mag of moet gaan om mensen deel te laten nemen aan preventie, hangt nauw samen met het belang dat ermee gediend is op populatieniveau. Wanneer een individu alleen zichzelf schade berokkent door niet deel te nemen, is het vooral geboden hem of haar goed voor te lichten over de consequenties van zijn of haar keuze. Dit laatste wordt bemoeilijkt doordat men bij preventiecampagnes ter voorkoming van ziekte (b.v. vaccinatie tegen baarmoederhalskanker bij jonge vrouwen) geen gepersonaliseerde voorlichting kan geven, maar alleen kan pogen de doelgroep met gerichte publieksinformatie te bereiken. Daarbij krijgen we steeds meer te maken met kritische consumenten die hun mening vormen op basis van informatie uit veel kanalen waarvan de betrouwbaarheid zich steeds moeilijker laat beoordelen. Deze informatie kan de deelnamebereidheid aan preventieve activiteiten sterk beïnvloeden.

Keuzevrijheid versus gezondheidsvoorschriften

Een stap die verder gaat dan goed voorlichten is het mensen aanraden, of nog sterker mensen stimuleren, tot de meest directieve vorm: mensen dingen opdragen. Hoe ver mogen verschillende partijen, artsen, overheid, of zorgverzekeraars, gaan om mensen een bepaalde leefstijl te laten veranderen? Dit speelt vooral rond de aanpak van risicofactoren als roken, overgewicht, en alcoholgebruik. Het is vanzelfsprekend en geheel in de lijn van de behandelrelatie dat een arts in individuele gevallen aangeeft dat roken een verhoogde kans op longkanker en hart- en vaatziekten met zich meebrengt of dat hij een patiënt met obesitas probeert te laten afvallen. Het gaat verder wanneer er sancties in het vooruitzicht worden gesteld als differentiatie in de verzekeringspremie of het zorgaanbod in het geval van het persisteren van 'slechte' leefgewoonten.

2.3 Criteria voor screening, vaccinatie en preventie

- *Uitgangspunt: het positieve effect weegt op tegen eventuele bijwerkingen*

Screening

De uitgangspunten die Wilson en Jungner³⁵ in de jaren '60 van de vorige eeuw formuleerden voor de WHO zijn voor screening nog steeds van kracht. Deze uitgangspunten zijn ingegeven door de achterliggende vraag: doen we hiermee meer goed dan kwaad? De criteria bevatten naast klinische aspecten (een herkenbare en behandelbare aandoening) ook maatschappelijke en financiële aspecten.

Screening richt zich in principe op de zich gezond voelende bevolking. Deelname moet vrijwillig zijn en het aanbod moet gepaard gaan met voor de doelgroep begrijpelijke voorlichting. Deze voorlichting moet betrekking hebben op de aard van de op te sporen aandoening, de betrouwbaarheid van de test en de voorspellende waarde van mogelijk afwijkende uitslagen. Daarbij is het van belang dat die voorlichting zich ook uitstrekt tot mogelijke vervolgstappen van de screening. De aanvaardbaarheid voor de bevolking wordt niet alleen bepaald door de rationaliteit van de screening en de voorlichting daarover, maar is ook een resultante van meer autonome maatschappelijke oordeelsvorming over 'het medisch bedrijf' in algemene zin.

Criteria van Wilson en Jungner voor rechtvaardiging screening:

- Het moet een ernstig en vaak voorkomend gezondheidsprobleem betreffen
- Een algemeen aanvaarde behandeling voor opgespoorde gevallen dient het beloop gunstig te beïnvloeden
- Er moeten voldoende voorzieningen beschikbaar zijn voor screeningsonderzoek en eventuele behandeling
- Het natuurlijk beloop van de aandoening moet bekend zijn
- Er moet een herkenbaar latent stadium zijn
- Er moet een algemeen geaccepteerde definitie beschikbaar zijn van wie men zal behandelen
- Er moet een kwalitatief goede opsporingmethode beschikbaar zijn
- De test moet aanvaardbaar zijn voor brede groepen in de bevolking
- De kosten moeten acceptabel zijn tegen de achtergrond van de baten en middelen die voor de gezondheidszorg beschikbaar zijn
- Er moet in een zekere mate van continuïteit van het programma voorzien kunnen worden

Vaccinatie en preventie

Een aantal van de hierboven aangevoerde overwegingen geldt ook voor andere vormen van preventie, waarbij men niet op zoek gaat naar mogelijke ziektes, maar deze tracht te voorkomen. In het geval van vaccinatie is het noodzakelijk dat de effectiviteit en kosten-effectiviteit aangetoond zijn. Ook bij de overwegingen om programmatische preventie te introduceren voor het voorkomen van leefstijlgerelateerde ziekten speelt aangetoonde kosten-effectiviteit een belangrijke rol.

2.4 Betrokken partijen en hun dilemma's

- **Overheid, zorgverzekeraars, zorgverleners en individuele burgers hebben elk een eigen rol t.a.v. preventie binnen de zorg**
- **Iedere partij een ander dilemma:**
 - Overheid: sturen versus vrijlaten
 - Zorgverzekeraars: publieke verantwoordelijkheid versus commercieel belang
 - Zorgverleners: zorg voor ziek(t)en versus gezond gedrag
 - Individuele burgers: autonomie versus verplichting

Het Nederlandse zorgstelsel kent verschillende partijen die samen verantwoordelijk zijn voor de toegankelijkheid, kwaliteit en kosten van de gezondheidszorg, en dus ook voor preventie binnen de zorg. De rol van de overheid is het sturen op hoofdlijnen en de waarborging van het maatschappelijk belang. Zorgverleners en zorgverzekeraars zijn de belangrijkste partijen in dit geheel. Daarnaast zijn er diverse koepelorganisaties van zorgverleners, patiëntenverenigingen en gezondheidsfondsen die elk de belangen behartigen van hun achterban. Ook individuele burgers worden als partij gezien, één die bewuste keuzes maakt in het gebruik van gezondheidszorg.

Overheid

In de grondwet is vastgelegd dat de overheid zorg moet dragen voor het bevorderen van de volksgezondheid. Hierbij moet rekening gehouden worden met de individuele keuzevrijheid van burgers. De overheid moet haar preventiebeleid dus op rechtvaardige gronden voeren, waarbij zij rekening moet houden met de (kosten)effectiviteit en doelmatigheid van de te nemen maatregelen. Legitieme redenen voor de overheid om maatregelen te treffen zijn volgens het Interdepartementaal Beleidsonderzoek (2006-2007):³⁶

- externe effecten van ongezond gedrag
- het gebrek aan informatie om een goede keuze te maken
- normatieve overwegingen.

Het gezondheidsgedrag heeft primair gevolgen voor het individu zelf. Echter, bijvoorbeeld roken en alcoholmisbruik kunnen ook negatieve gevolgen hebben voor anderen. Het terugdringen van roken op openbare plekken en in de horeca en het terugdringen van alcoholgebruik in het verkeer zijn daarmee gerechtvaardigde overheidsmaatregelen. Daarnaast kan ongezond gedrag ook de solidariteit in het geding brengen bij collectief gefinancierde voorzieningen door bijvoorbeeld hogere zorgkosten en ziekteverzuim. De overheid kan ook ingrijpen als zij van mening is dat het burgers aan informatie ontbreekt om een gezonde keuze te maken of wanneer de informatie die gegeven wordt door partijen in de markt misleidend zijn. Dit geldt met name voor voeding. Tenslotte kan de overheid van mening zijn dat bepaalde groepen meer ondersteuning nodig hebben. Uit solidariteit kan de overheid besluiten zich in te zetten voor deze specifieke groepen. Maar ook kan zij uit paternalistische overwegingen maatregelen treffen om bijvoorbeeld de jeugd te behoeden voor ongezonde keuzes.³⁶ Aan de andere kant is de overheid ook van mening dat je burgers vrij moet laten en gaat hiermee uit van de eigen verantwoordelijkheid. Vrijlaten versus sturen is hierbij steeds het dilemma van de overheid, waarbij het huidige beleid, sterker dan voorheen, de nadruk legt op vrijlaten.

Tijdens gesprekken gevoerd in het voorjaar van 2012 met diverse betrokken partijen, waaronder de beroepsgroepen, de zorgverzekeraars en patiëntenvertegenwoordigers in het kader van deze overzichtstudie kwam naar voren dat de landelijke overheid juist een steviger rol mag spelen in preventie, dus meer mag sturen. Op financieringsgebied bijvoorbeeld door de keuzes die ze maakt voor het basispakket, door het wegnemen van financieringsschotten en door het beschikbaar stellen van budget voor innovatieve projecten. Daarnaast verwachten verschillende partijen van de overheid dat zij sterker een lijn uitzet en daarin een stimulerende rol speelt en uitgezet beleid handhaaft. Op dit moment wordt er teveel overgelaten aan de partijen in het veld en wordt daarbovenop ook te weinig vertrouwen uitgestraald naar deze partijen. Ook wordt aangegeven dat er meer beleid gevoerd moet worden gericht op groepen burgers die geen eigen verantwoordelijkheid voor hun gezondheid kunnen nemen. Bovengenoemde partijen vinden ook dat de lokale overheid, en dan met name gemeenten, een sterkere rol mag gaan spelen in het ontwikkelen van een (gebiedsgerelateerde) geïntegreerde aanpak, o.a. door budget beschikbaar te stellen. Om dit te kunnen realiseren moeten ondersteunende voorzieningen in de buurt voorhanden zijn zodat de drempel tot deelname zo laag mogelijk is. Dit vraagt om een actieve houding van lokale bestuurders, samenwerking van de verschillende lokale zorgaanbieders en een inrichting van de buurt waarbinnen het gemakkelijk gemaakt wordt om de leefstijl in positieve zin aan te passen. Hierbij kan gedacht worden aan voldoende verlichte stoepen, veilige fietspaden, trimcircuits, maar ook een diëtiste

en fysiotherapeut in de buurt.¹² Andere partijen die een belangrijke taak hebben in het verbinden van eerste en z.g. nulde lijn zijn de GGD en Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). Een voorbeeld van samenwerking tussen gemeente en huisartsenzorg wordt in Hoofdstuk 4 verder toegelicht.

Zorgverzekeraars

Terwijl de overheid collectieve preventie, zoals de bevolkingsonderzoeken en griepvaccinatie, financiert, wordt individuele preventie via de Zorgverzekeringswet (Zvw) door de zorgverzekeraars gefinancierd. Het College voor Zorgverzekeringen (cvz) adviseert de overheid over het basispakket van de Zorgverzekeringswet en ondersteunt de zorgverzekeraars bij het uitvoeren van het beleid. Zorgverzekeraars kunnen vanuit hun publieke rol ook zelf investeren in preventie, al dan niet samen met gemeenten. Zorgverzekeraars kunnen de nulde lijn en eerstelijnszorg ondersteunen met de informatie die zij hebben over het lokale zorggebruik om gezamenlijk te komen tot een aantal gezondheidsthema's waarop ingezet kan worden.

Een zorgverzekering vergoedt kosten als er sprake is van gezondheidsschade. Preventie past dus niet goed binnen dit principe. Toch heeft een zorgverzekeraar belang bij het investeren in preventie, zolang dit uitzicht biedt op beheersing van de zorgkosten. Ook het mogelijk overstappen van verzekerden naar een andere verzekeraar speelt bij het investeren in preventie een rol; de mogelijke opbrengst van de investering kan terecht komen bij de concurrent zodra de verzekerde overstapt. Gemiddeld wisselt 7% van de Nederlanders per jaar van zorgverzekeraar.³⁷ Voor verzekeraars is er dus sprake van een spanningsveld tussen enerzijds de publieke rol die zij vervullen en anderzijds het commerciële belang. Lokaal kan het goed zijn om in bepaalde gezondheidsproblematiek te investeren en daarbij is het van belang voor een verzekeraar om vanuit het commerciële belang ook te zorgen dat het aanbod aanspreekt bij de verzekerden. Voor verzekeraars die willen investeren in preventie is er ook nog het dilemma dat voorzieningen als diëtetiek, fysiotherapie en psychologische hulp (groten)deels buiten het basispakket vallen. Binnen de aanvullende verzekering bieden de zorgverzekeraars in dit kader vergoeding aan van vraaggerichte preventie zoals deelname aan leefstijlcursussen. Daarbij is het wel de vraag of de groepen die het meest gebaat zijn bij professionele begeleiding bij het initiëren van een gezonde leefstijl nog bereikt worden als deze voorzieningen (deels) in de aanvullende verzekering terecht komen. In 2011 had het merendeel van de Nederlanders een aanvullende verzekering, namelijk 91%. Of dit zo blijft is onzeker, aangezien dit percentage een dalende trend laat zien.³⁷

Huisartsen en overige eerstelijns zorgverleners

De eerstelijnszorg is bij uitstek de plek waar zorg dichtbij huis verleend wordt. Hierin dragen de verschillende disciplines binnen de eerstelijns door middel van preventie en curatieve zorg bij aan het oplossen van gezondheidsgerelateerde problematiek en zorgen ze voor een goede gezondheid voor individu en populatie. Samenwerking tussen de verschillende disciplines binnen de eerste lijn, maar ook met de nulde lijn (GGD, welzijn, onderwijs, mantelzorg) is daarbij een voorwaarde.

Huisartsen worden gezien als de spil binnen de eerstelijnszorg. Immers, risico-inschatting en preventie behoren tot de kerncompetenties van de huisarts.³⁸ Daarbij hebben huisartsen een belangrijke taak bij het adviseren van patiënten over de voor- en nadelen en mogelijke consequenties van preventieve en medische behandelingen. Alle mensen in Nederland staan ingeschreven in een huisartsenpraktijk en de meesten komen minstens één keer per jaar bij hun huisarts. Dit geeft huisartsen veel mogelijkheden om, ook zonder dat patiënten daarom vragen, gezondheidsproblemen te signaleren en daarbij eventueel te adviseren over leefstijl.

Huisartsen zouden volgens andere betrokken partijen, waaronder de overheid en de ziektekostenverzekeraars, meer vanuit Gezond Gedrag moeten werken dan vanuit Ziekte en Zorg (GG versus ZZ). Dit betekent dat zij zich pro-actiever op moeten stellen op het gebied van preventie. Het probleem waar huisartsen vervolgens tegenaan lopen is een tekort aan beschikbare tijd en menskracht, waarbij gekozen moet worden tussen zorg voor ziek(t)en of voor gezond gedrag. Daarnaast geven de huisartsenkoepelorganisaties, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), echter aan dat die gewenste rol binnen preventie hen niet gegeven wordt. Hierbij spelen onder meer de vergoedingen en de te investeren tijd een rol, en dat de overheid en zorgverzekeraars hierin bepalend zijn. Tot slot speelt nog het probleem dat de overheid met name leefstijlaanpassingen steeds meer buiten de eerstelijnszorg plaatst, terwijl aan de andere kant het NHG recent een standaard heeft uitgebracht op het gebied van preventie (PreventieConsult CMR). Belangrijk onderdeel van deze standaard is om bij hoogrisicopatiënten de leefstijl te laten aanpassen.

Wat vinden huisartsen van hun rol in preventie?

Het NIVEL heeft in 2008 een onderzoek gehouden onder 1.100 huisartsen (respons 30%) naar hun houding ten opzichte van preventie en hun werkwijze bij mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of nierziekte (cardiometabole aandoeningen).³⁹

- de huisartsenpraktijk wordt gezien als de juiste plek voor het opsporen van mensen met een verhoogd risico op cardiometabole aandoeningen
- ruim driekwart van de huisartsen vindt het opsporen van mensen met een verhoogd risico op cardiometabole aandoeningen de moeite waard en nog eens ruim driekwart vindt dat dit kan bijdragen tot verbetering van de kwaliteit van leven
- bijna 90% van de huisartsen vindt dat deze opsporing moet plaatsvinden in hoogrisicogroepen
- wat betreft mogelijke andere settings waarin getest kan worden op het risico op cardiometabole aandoeningen zijn de meningen verdeeld. Het meest positief waren de respondenten over het uitvoeren bij de GGD, een ziekenhuis, het diagnostisch centrum/ huisartsenlaboratorium of de arbo-dienst. Het maken van afspraken over een gezamenlijk protocol werd daarbij aangegeven als belangrijke voorwaarde

Naast de huisartsenzorg speelt de paramedische zorg, waaronder fysiotherapie en dieetadvisering een belangrijke rol in de eerstelijnszorg.

Fysiotherapie richt zich vooral op het bewegen van mensen in hun dagelijkse omgeving en op maatschappelijke participatie.⁴⁰

Fysiotherapeutische zorg bestaat voor een groot deel uit behandeling van klachten en preventie van aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Belangrijke doelgroepen daarbij zijn ouderen, chronisch zieken, werknemers en sporters. Fysiotherapie wordt over het algemeen verleend in de individuele hulpverleningssituatie. Daarnaast worden, in beperkte mate, groepsprogramma's aangeboden voor mensen met verschillende ziekten of aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten. Voor verschillende chronische aandoeningen heeft het KNGF beweeginterventies opgesteld. Lokaal zijn fysiotherapeuten ook betrokken bij beweegprogramma's die in het kader van preventie in samenwerking met huisartsen worden aangeboden.⁴¹

Wat vinden fysiotherapeuten van hun rol in preventie en wat doen ze aan preventie?⁴²

Het NIVEL heeft in 2011 een onderzoek gehouden onder 600 fysiotherapeuten (respons 34%).

- 92% vindt dat fysiotherapeuten een belangrijke rol spelen in preventie
- 58% vindt dat fysiotherapeuten zich ook moeten richten op mensen zonder klachten
- 64% van de fysiotherapeuten vinden hun rol binnen het domein van preventie onduidelijk
- 71% zegt preventieve activiteiten aan te bieden, in de meeste gevallen (39%) gaat het dan om fitness
- de meeste preventieve activiteiten worden aangeboden aan mensen met chronische aandoeningen (COPD, diabetes mellitus, hart- en vaatziekten), 18% biedt ook een programma aan voor mensen met overgewicht

Meer dan de helft van de patiënten die wordt doorverwezen naar een vrijgevestigde diëtist komt daar terecht vanwege (ernstig) overgewicht. Behandeling van overgewicht is dan ook de belangrijkste taak, vaak in combinatie met advisering bij diabetes, vetstofwisselings-stoornissen en hoge bloeddruk.⁴³ Over het algemeen verlenen diëtisten individuele hulp.

Voor de overige eerstelijns zorgverleners wordt door de andere partijen niet direct een trekkersrol gezien als het gaat om preventie. Van belang is dat zij hun preventieve activiteiten onderling op elkaar afstemmen. De Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS) heeft als doel het verbinden, verbeteren en versterken de eerstelijnszorg. Van deze organisatie wordt een belangrijke rol verwacht in het verbinden van partijen en het vormgeven van functionele ketens.

Wat doen diëtisten aan preventie?⁴⁴

Het NIVEL heeft in 2011 een onderzoek gehouden onder 800 diëtisten (respons 42%).

- 62% geeft aan dat in hun praktijk of organisatie leefstijlinterventies worden aangeboden
- van deze groep geeft iedereen dieetadviezen, 41% geeft ook aan een rol te hebben als leefstijladviseur
- bijna elke diëtist (98%) geeft aan tijdens de begeleiding ook op andere leefstijlaspecten te letten, zoals bewegen (97%), alcoholgebruik (85%) en roken (66%)

Individuele burgers

In Nederland hebben mensen zelf de keuzevrijheid om hulp te vragen bij huisarts, fysiotherapeut of diëtist bij het integreren van preventieve maatregelen in het dagelijks leven. Alle genoemde zorgverleners zijn anno 2012 vrij toegankelijk, een verwijsbrief van de huisarts is niet nodig.

Prikkels en redenen om wel of niet deel te nemen aan een preventieprogramma volgens het consumentenpanel

Het NIVEL heeft in 2011 de mening gevraagd van 1.500 leden van het Consumentenpanel van 18 jaar en ouder, en hen gevraagd om redenen en prikkels te noemen om wel of niet deel te nemen aan gezondheidsprogramma's gericht op leefstijlverandering. De respons was 63%

Prikkels om *wel* deel te nemen:

- slecht uithoudingsvermogen hebben
- te hoog gewicht hebben
- advies van een zorgverlener
- voorbeeld van naasten

Redenen om *niet* deel te nemen:

- moeheid
- te druk of geen tijd

Effecten van preventie openbaren zich vaak pas op lange termijn en het zal voor veel individuele personen onduidelijk blijven wat er was gebeurd als een preventieve interventie niet had plaatsgevonden. Dus, met name voor interventies waarbij gevraagd wordt de leefstijl aan te passen, speelt het dilemma van het moeten opgeven van ongezonde gewoontes voor een onzekere gezondheidswinst in de toekomst. Over het algemeen zijn de lange termijn effecten van het wel of niet deelnemen aan een preventie programma voor een individu moeilijk voor te stellen en zijn burgers in hun keuze grotendeels afhankelijk van informatie of adviezen verstrekt door een zorgverlener of de overheid. Vooral daar waar het gaat om leefstijl raakt het geven van advies aan de autonomie van mensen. Burgers waarderen niet altijd de bemoeienis van zorgverleners en overheid; het rookbeleid is daar een voorbeeld van. Daarentegen antwoordde een steekproef van de Nederlandse bevolking desgevraagd dat de huisarts zonder directe aanleiding mag vragen naar leefstijl.

Wat vinden burgers van de rol van de huisarts rond preventie?

1.500 Leden van het Consumentenpanel in de leeftijd van 18 jaar en ouder is in 2011 naar hun mening gevraagd over de rol van de huisarts rondom preventie (respons 63%).

Mag de huisarts vragen naar gedrag zonder directe aanleiding?

- vrijwel iedereen vindt dat een huisarts mag vragen naar onderwerpen als roken (96%), bewegen (98%), voeding (97%), gewicht (97%), alcoholgebruik (97%), psychische klachten (94%) en stress (95%).
- informeren naar (onveilige) seksuele contacten mag volgens 83%.
- mensen die een bepaald risicogedrag niet zelf vertonen vinden vaker dat de huisarts hiernaar mag vragen dan mensen die een bepaald risicogedrag wel vertonen

Burgers worden binnen het gezondheidszorgsysteem vertegenwoordigd door de Nederlandse Patiënten- en Consumenten Federatie (NPCF) en categorale patiëntenorganisaties. Zowel de NPCF als de Samenwerkende Gezondheidsfondsen (SGF), een bundeling van 20 gezondheidsfondsen, hebben zich tot doel gesteld aandacht te vragen voor integratie van preventie in de zorg, waarbij de eerstelijnszorg een prominente rol krijgt toebedeeld. Beide organisaties en de KNMG brachten een visiedocument uit over preventie.

Een synthese van visies op preventie uitgebracht door de Nederlandse Patiënten- en Consumenten Federatie (NPCF)⁴⁵, de Samenwerkende Gezondheidsfondsen (SGF)⁴⁶ en de KNMG⁴⁷

Visie van de drie koepelorganisaties:

- mensen zijn in de eerste plaats zelf verantwoordelijk voor hun gezondheid, maar overheid, zorgverleners en andere stakeholders hebben de plicht om hen daarin te ondersteunen
- preventie moet een gedeeld probleemeigenaarschap krijgen waarbij alle betrokken partijen geprikkeld worden om het potentieel van preventie maximaal te benutten
- winst voor het individu en de samenleving in termen van kwaliteit van leven en maatschappelijke- en arbeidsparticipatie moeten de insteek zijn van het preventiebeleid
- preventie gericht op specifieke doelgroepen moet het zwaartepunt worden binnen de preventie in de zorg. Deze doelgroepen kunnen vervolgens pro-actief benaderd worden. Dit vereist wel dat er duidelijkheid is over de financiering hiervan
- het preventieaanbod moet bewezen effectief zijn om zo onnodige besteding van middelen en tijd en onnodige belasting van mensen tegen te gaan

Knelpunten volgens de drie koepelorganisaties:

- het huidige preventiebeleid is veel te vrijblijvend en te weinig effectief
- in het huidige zorgstelsel is integratie van preventie en zorg niet vanzelfsprekend: preventie is niet structureel verankerd in de zorg
- preventie is nu nog te veel gericht op het individu en te weinig op het collectief
- het gevoel van urgentie is nog te weinig aanwezig bij de betrokken partijen
- op de werkvloer wordt niet voldaan aan de randvoorwaarden voor goede inbedding van preventie in de reguliere zorg; tijd, geld, kennis en samenwerkingsmogelijkheden
- regie over het preventieaanbod ontbreekt waardoor het versnipperd is en incidenteel
- er bestaat onduidelijkheid over de rol- en verantwoordelijkheidsverdeling
- de huidige financieringsstructuur biedt niet de mogelijkheid tot structurele inbedding van een breed pakket aan preventieactiviteiten in het reguliere zorgaanbod
- de overheid en de zorgverzekeraars nemen onvoldoende de regie om schotten tussen de bestaande domeinen te doorbreken, en benutten de bestaande mogelijkheden te weinig
- bestaande wet- en regelgeving vormen nog te veel een beperking om de mogelijkheden van preventie te benutten
- zorgverzekeraars worden te weinig geprikkeld om te investeren in preventie

2.5 Stand van zaken

- ***De griepvaccinatie en het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker zijn twee langlopende collectieve preventieprogramma's uitgevoerd binnen de huisartsenpraktijk***
- ***In 2011 is de NHG-standaard PreventieConsult uitgebracht, een nieuw collectief preventieprogramma. Implementatie stukt door onduidelijke rolverdeling en financieringsstructuur.***

Stand van zaken

In de huisartsenpraktijk worden sinds het midden van de jaren negentig twee preventieprogramma's uitgevoerd, het Nationaal Programma Grieppreventie en Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker. Sinds 2011 is daar één preventieprogramma aan toegevoegd, het PreventieConsult module CardioMetabool Risico (CMR).

Het PreventieConsult CMR is het eerste preventieprogramma dat gericht is op leefstijlgerelateerde aandoeningen en risico's. Het Preventieconsult verschilt van de andere twee collectieve preventieprogramma's in de zin dat, door gebruik te maken van het medisch dossier, een selectieve groep wordt uitgenodigd en de risicoscreening getraptd plaatsvindt. Hierdoor is de belasting van individuen en de huisartsenpraktijk zo laag mogelijk doordat alleen de hoogrisico individuen onderworpen worden aan verdere diagnostiek en eventuele behandeling. Een belangrijk onderdeel van de verdere behandeling kan leefstijladvisering zijn, welke

door de patiënt in zijn dagelijks leven geïmplementeerd moet worden om succesvol te zijn. Dit wijkt af van de andere preventieprogramma's in de huisartsenpraktijk. Het PreventieConsult CMR is een initiatief van de beroepsgroep zelf en uitgebracht als NHG-standaard in 2011, dit is anders dan bij de griepvaccinatie en het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, die gecoördineerd en gefinancierd worden door de overheid. Uitvoering van het PreventieConsult wordt geadviseerd in tegenstelling tot het verplichte karakter van de andere twee programma's. Voordat het PreventieConsult CMR als NHG-standaard was uitgebracht nodigde in 2008 al een kwart van de huisartsen op eigen initiatief patiënten uit voor een cardiometabole risico inschatting (zie kader).

Wat doen huisartsen aan programmatische preventie wat betreft het vroeg opsporen van patiënten met een hoog risico op cardiometabole aandoeningen?

In 2008 is door het NIVEL een onderzoek gehouden onder 1.100 huisartsen (respons 30%) naar hun houding ten opzichte van preventie en hun werkwijze daarin bij mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of nierziekte (cardiometabole aandoeningen).³⁹

- ongeveer een kwart van de huisartsen roept patiënten actief op voor preventieve metingen voor het inschatten van het risico op cardiometabole aandoeningen
- preventieve metingen worden voornamelijk uitgevoerd op initiatief van de patiënt of op initiatief van de huisarts als de patiënt bekend is met één of meer risicofactoren
- familiale belasting en in mindere mate ook roken en overgewicht zijn de belangrijkste aanleidingen voor preventieve tests
- van de huisartsen heeft 48% samenwerkingsafspraken met een diëtist op het gebied van behandeling van mensen met een hoog cardiometabool risico, 36% heeft dit met een fysiotherapeut/bewegingsadviseur en 2% met de GGD of gemeente

3 Deelname aan programmatische preventieprogramma's

- *Deelname aan programmatische preventieprogramma's in de huisartsenpraktijk varieert sterk*

In hoofdstuk 2 is uiteengezet hoe preventie is vormgegeven in de eerste lijnszorg en welke programmatische preventieprogramma's daarin momenteel plaatsvinden. Eerder is aangegeven dat het niet vanzelfsprekend is dat mensen meedoen aan deze programma's, terwijl de effectiviteit van deze programma's sterk samenhangt met de deelnamegraad van de doelgroep.

Dit hoofdstuk laat zien dat de deelnamebereidheid van burgers aan preventieprogramma's sterk varieert en samenhangt met diverse factoren. Dit hoofdstuk sluit af met een discussie hoe deelname mogelijk te beïnvloeden is.

3.1 Gezondheidsgedrag en risicoperceptie

- *De intentie tot gedragsverandering wordt bepaald door een complex samenspel van attitude, inschatting van de eigen effectiviteit en de sociale context*

De verantwoordelijkheid voor het omgaan met gezondheidsrisico's is in afgelopen decennia verschoven van risico-reducerende interventies op bevolkingsniveau, zoals schonere drinkwatervoorzieningen, aanleg van riolering, naar het gedrag van het individu. Mensen worden geacht zelf weloverwogen keuzes te maken voor hun gezondheid. Maar mensen varen daarbij minder dan vroeger op de informatie die door zorgverleners en overheid wordt verstrekt. Ook volgen ze de adviezen van experts minder vanzelfsprekend op. Sterker nog, veel mensen eisen inspraak; ze zijn mondiger geworden en informeren zich vooraf via bijvoorbeeld internet en hebben daarmee toegang tot ook andere kennisbronnen.⁴⁸

Ons gedrag komt deels automatisch en deels planmatig tot stand en de wisselwerking hiertussen verschilt per gedraging.⁴⁸ Attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit, op hun beurt beïnvloed door socio-demografische kenmerken, bepalen de intentie om een bepaald gedrag uit te voeren.⁴⁹ Of dit gedrag uiteindelijk wordt uitgevoerd hangt onder andere af van vaardigheden die mensen hebben en barrières die ze ondervinden.⁴⁹

Attitude wordt gevormd door een aantal componenten, waaronder risicoperceptie, gewoonten, afweging van kosten en baten, en legiti-

teit. Bij het inschatten van risico's (risicoperceptie) om een bepaalde aandoening te krijgen spelen (onbewust) in elk geval de volgende vragen een rol:

- hoe erg vind ik het om de ziekte te krijgen?
- hoe groot schat ik mijn kans op het krijgen van een ziekte in?
- kan ik zelf wat doen om mijn risico op de ziekte te verkleinen?

In het algemeen geldt dat mensen onrealistisch optimistisch zijn als het een risico betreft waar ze zelf veel invloed op hebben zoals roken of andere leefstijl-gerelateerde risico's en de ziekten waartoe deze risico's bijdragen (hart- en vaatziekten, diabetes). Risico's waar mensen zelf minder/nauwelijks invloed op hebben worden echter overschat, bijvoorbeeld Q-koorts.^{50, 51} Tot slot speelt het vertrouwen in het instituut (bijvoorbeeld overheid of huisarts) en de door dit instituut gebruikte argumenten om een bepaald gedrag te stimuleren (legitimiteit) een rol in de attitude.

De sociale omgeving heeft een grote invloed op het gedrag van mensen. Mensen hebben de natuurlijke neiging zich te conformeren aan de sociale normen binnen de groepen waar ze deel van uitmaken en waar ze hun identiteit aan ontlennen, dit kan zowel bewust als onbewust plaatsvinden. Van belang in een afweging tot een bepaald gedrag is dan ook: 'wat doen en vinden anderen?'

Daarnaast beantwoorden mensen in hun afweging tot een bepaald gedrag de vraag: 'kan ik het wel?'. Mensen beginnen niet graag aan iets waarvan ze het idee hebben het niet te kunnen, ook al zijn zij van mening dat dit voor hen een positief effect oplevert. De verwachte (eigen) wilskracht, gevoed door eerdere ervaringen van zichzelf en anderen, is dan ook een belangrijke factor in het aanpassen van gedrag.⁴⁸

Risicoperceptie: een illustratie

1.500 leden van het Consumentenpanel in de leeftijd van 18 jaar en ouder (respons 63%) is in 2011 gevraagd verschillende aandoeningen van een rapportcijfer te voorzien, van 1 (niet ernstig) tot 10 (zeer ernstig), dat aangeeft hoe ernstig ze deze aandoening vinden:

- kanker, een beroerte, hartinfarct of ernstige aandoening aan de luchtwegen worden als meest ernstig beoordeeld, alle kregen een 9 of hoger
- angst, depressie, ernstig overgewicht, geslachtsziekte en diabetes, kregen een score tussen de 8 en 9
- hoog cholesterol gehalte en hoge bloeddruk kregen een ruime 7
- griep werd als veel minder ernstig beoordeeld, met een score 4.

De panelleden is ook gevraagd aan te geven of ze denken dat de kans dat ze zelf een bepaalde aandoening krijgen hoger is dan die van andere mensen van dezelfde leeftijd en geslacht, tevens is gevraagd hoe deze kans te beïnvloeden is:

- voor hartinfarct of beroerte denken de leden dat hun eigen kans om deze ziekte te krijgen hoger is
- relatief weinig respondenten (53%) geven aan dat de kans op het krijgen van een hartinfarct beïnvloed kan worden door leefstijl
- risicofactoren genoemd voor het krijgen van een hartinfarct waren, aldus de respondenten, hoge bloeddruk (63%), hoog cholesterol gehalte (63%) en diabetes (72%)
- Een grote meerderheid (80%) van het panel vindt dat ernstig overgewicht en het krijgen van een geslachtsziekte worden beïnvloed door leefstijl
- Depressie, kanker of griep wordt door een minderheid gezien als beïnvloedbaar door leefstijl

Ouderen denken minder vaak dan jongere mensen dat leefstijl het krijgen van ziektes beïnvloedt. Lager opgeleiden, vergeleken met hoger opgeleide mensen, kwalificeren aandoeningen vaker als ernstig en geven minder vaak aan dat aandoeningen gerelateerd zijn aan leefstijl. Mensen met één of meer risicofactoren zoals roken, te weinig bewegen en overgewicht, geven niet vaker aan dat ze een hogere kans hebben op diabetes of kanker. Ze geven wel aan dat ze denken een hoger risico te hebben op een hartinfarct dan mensen zonder deze risicofactoren.

Deze verschillende meningen zouden kunnen leiden tot een verschil in deelnamebereidheid aan programmatische preventieprogramma's gericht op leefstijl; immers indien men denkt dat risico's niet samenhangen met leefstijl is er mogelijk geen of minder motivatie om leefstijl aan te passen.

Samenvattend bepalen de attitude, de sociale context en de inschatting van de eigen effectiviteit de intentie om gedrag te veranderen. Deze intentie om het eigen gedrag te veranderen is vervolgens belangrijk bij het besluit van een individu om mee te gaan doen aan een bepaald preventieprogramma.

3.2 *Deelnamebereidheid*

- *Deelnamegraad aan programmatische preventieprogramma's in de huisartsenpraktijk varieert zeer sterk*
- *Niet-deelnemers zijn vaker jonger, wonen in achterstandsbuurten en behoren vaker tot een lagere sociaal-economische klasse*
- *Mensen met een lage zorgconsumptie doen vaker niet mee aan programmatische preventie*
- *De belangrijkste redenen om niet mee te doen zijn het niet relevant vinden en te weinig tijd*

De deelnamegraad bij programmatische preventieprogramma's in de huisartsenpraktijk in binnen- en buitenland varieert aanzienlijk. In de internationale literatuur is weinig onderzoek te vinden naar percentages en kenmerken van mensen die niet deelnamen aan preventie programma's in de huisartsenpraktijk. In een systematisch literatuuronder-

zoek over de periode 2001-2012 uitgevoerd door het NIVEL werden slechts 24 studies gevonden. De deelnamebereid bij vaccinatie programma's varieerde in de gevonden studies tussen de 12% en 83%; mediane deelname was 68%. Screeningsprogramma's met als doel vroege opsporing van ziekte rapporteerden een deelnamebereidheid tussen de 35% en 90% (mediaan 73%), en screeningsprogramma's voor de identificatie van hoog risicopatiënten voor chronische aandoeningen hadden een deelnamebereidheid die varieerde van 1% tot 75% (mediaan 48%).²⁰ De opkomst bij de twee langlopende programmatische preventieprogramma's die in de Nederlandse huisartsenpraktijk worden uitgevoerd valt binnen deze ranges, en is 66% voor de griepvaccinatie,¹³ en 66% voor het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker. De opkomst in Nederland bij verschillende pilot-studies van het PreventieConsult CMR varieerde tussen 1% en 75%.⁵²⁻⁵⁴ De opkomst van 1% was in een studie waarbij patiënten via een poster of folder in de wachtkamer van de huisartspraktijk op het PreventieConsult CRM werden geattendeerd; indien een brief door de huisarts werd gestuurd was dit percentage aanmerkelijk hoger: 33%. De deelname bedroeg 68% in een studie naar screening op cardiovasculair risico.⁵⁵

De systematische review naar de deelnamebereidheid aan programmatische preventieprogramma's geïnitieerd vanuit de huisartsenpraktijk vond geen significante verschillen in deelnamebereidheid tussen programma's die minder inspanning vragen, zoals griepvaccinatie, of een programma dat veel meer inspanning van de deelnemers vraagt zoals identificatie van hoogrisicopatiënten die mogelijk het advies krijgen hun leefstijl aan te moeten passen.²⁰ Hierbij moet wel opgemerkt worden dat bij de laatstgenoemde programma's het deelnamepercentage van het eerste bezoek aan de huisarts is aangehouden. Door het getrapte karakter van dit programma is het waarschijnlijk dat bij volgende stappen deelnemers alsnog afhaken.

Kenmerken van niet-deelnemers

Uit het systematische literatuuronderzoek kwam naar voren dat er niet een eenduidig kenmerk of oorzaak is van niet-deelname, maar er kunnen wel een aantal subgroepen worden aangewezen die minder geneigd zijn tot deelname.²⁰ Mensen die niet deelnemen zijn vaak jonger, wonen in achterstandsgebieden of hebben een lage sociaal-economische status, en hebben vaak eerdere uitnodigingen om mee te doen aan het programma genegeerd.

Opvallend is ook dat het 'healthy screenee' of 'worried well' effect dat vaak wordt beschreven (gezonde mensen zijn eerder geneigd deel te nemen dan minder gezonde mensen), niet altijd opgaat. Mensen met een lagere zorgconsumptie zijn minder vaak bereid tot deelname. Dat mensen met een hoge zorgconsumptie eerder geneigd zijn om deel te nemen aan een programmatisch preventieprogramma, komt mogelijk

doordat zij dat gewoon zien als een nieuw onderdeel van de medische routine; de drempel is lager omdat zij al gewend zijn aan medische testen en procedures.⁵⁶ Aan de andere kant gaat een hoge zorgconsumptie niet altijd samen met een grote deelnamebereidheid. Zo werd een lagere deelnamebereidheid gevonden voor preventieprogramma's met betrekking tot vroege opsporing van risicofactoren voor hart- en vaatziekten en eventuele aanpassing van de leefstijl onder mensen met een lage sociaal-economische status.⁵⁴ Terwijl een lage sociaal-economische status een van de factoren is die wel vaak samengaat met een hogere zorgconsumptie in de eerste lijn.⁵⁷

Deelname aan programmatische preventieprogramma Grieppreventie in 2011¹³

Nationaal Programma Grieppreventie: opkomstpercentages

Mensen van 60 jaar en ouder met een chronische aandoening:	79%
Mensen van 60 jaar en ouder zonder een chronische aandoening:	56%
Mensen van 60 – 64 jaar met chronische aandoening:	68%
Mensen van 60 – 64 jaar zonder een chronische aandoening:	44%

Intentie tot deelname aan programmatische preventieprogramma's: een illustratie

Aan 1.500 leden van het Consumentenpaneel in de leeftijd van 18 jaar en ouder is in 2011 gevraagd naar de intentie om deel te nemen aan programmatische preventieprogramma's. De respons was 63%

Intentie tot deelname aan programmatische preventieprogramma's (percentage bereid tot deelname)

Borstkanker*	95%
Baarmoederhalskanker*	93%
Prostaatcancer*	89%
Diabetes mellitus	87%
Darmkanker*	85%
Risico op hart- en vaatziekten*	84%
Grieprik*	73%
Depressie	48%
Alcoholmisbruik	40%
Geslachtsziekte**	38%

* percentages gelden voor mensen die in de doelgroep vallen

** 79% in groep 18-25 jarigen

De intentie onder de leden van het Consumentenpanel tot het halen van een griep prik neemt toe met de leeftijd: 66% onder de 60-64 jarigen, 79% onder de 65+ers. De intentie tot deelname aan screening op baarmoederhalskanker is lager onder vrouwen van 60 jaar en ouder. Deze leeftijdsgroep valt buiten de huidige doelgroep. De intentie om deel te nemen aan een test om het risico op hart- en vaatziekten in te schatten is vergelijkbaar tussen de respondenten met en zonder risicofactoren (o.a. roken, overgewicht, leeftijd). Het opleidingsniveau blijkt geen rol te spelen bij de intentie tot deelname aan preventieprogramma's.

Of deze associaties ook gelden ten aanzien van feitelijk gedrag is niet onderzocht in het Consumenten Panel.

Redenen om niet deel te nemen

De belangrijkste reden van ouderen om niet deel te nemen aan het grieppreventieprogramma is dat men denkt voldoende weerstand te hebben (40%), gevolgd door het idee dat griep niet ernstig is of dat inenting niet noodzakelijk of overbodig is (18%).⁵⁸ Acht procent van de ouderen geeft bovendien aan dat slechte ervaringen in het verleden de reden zijn om niet deel te nemen. Allochtone ouderen hebben - in tegenstelling tot autochtone ouderen - vaker het idee dat griep en de complicaties daarvan ernstig zijn en hebben een positievere houding t.o.v. de werking van het griepvaccin. Echter, deze groep ondervindt vaker organisatorische problemen om deel te nemen aan de jaarlijkse griepvaccinatie. Autochtone ouderen waren vaker de mening toegedaan dat de eventuele bijwerkingen van de vaccinatie erger zijn dan de griep zelf.⁵⁹

Een belangrijke reden voor vrouwen om niet deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker is de overtuiging een laag risico te lopen.⁶⁰⁻⁶² Opvattingen die hiermee samenvallen zijn bijvoorbeeld: nog te jong te zijn om baarmoederhalskanker te krijgen, het idee gezond te leven of geen klachten te hebben. Maar ook het idee dat baarmoederhalskanker ongeneeslijk is en weinig aanmoediging door naasten zijn redenen om niet deel te nemen. Het verwachten van emotionele nadelen van deelname, zoals onzekerheid, angst en schaamte, als ook het al eerder ervaren hebben van emotionele nadelen, hebben een negatieve invloed op de deelname.⁶¹ Schaamte speelt vooral een rol bij allochtone en laag opgeleide vrouwen.⁶³ Daarnaast speelt het kunnen begrijpen van de informatie over de preventie een rol om te besluiten niet mee te doen; allochtone vrouwen die niet hebben meegedaan hebben vaker moeite met het begrijpen van de brief en de folder en geven vaker aan dat het uitstrijkje hen pijnlijk lijkt. Hoog opgeleide vrouwen geven tijdgebrek aan als belangrijke reden om niet mee te doen.⁶³

Dezelfde redenen die genoemd zijn bij het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker om niet deel te nemen worden genoemd bij de

screening op cardiovasculair risico, namelijk te weinig tijd hebben^{55, 64} en bang zijn voor ongewenste resultaten.⁵⁵

Overwegingen tot deelname aan programmatische preventieprogramma's: een illustratie

Aan 1.500 leden van het Consumentenpanel in de leeftijd van 18 jaar en ouder (respons 63%) is in 2011 een aantal stellingen voorgelegd die mogelijke overwegingen in het wel of niet deelnemen weerspiegelen. Als voorbeeld is een gezondheidscheck gebruikt die het risico op het krijgen van ernstig overgewicht, suikerziekte en hart en vaatziekten in kaart brengt middels een in te vullen risicovragenlijst. Dit komt ongeveer overeen met het PreventieConsult (CMR).

- rond de 70% van de panelleden vinden het belangrijk om te weten of ze een (hoog risico op) een ziekte hebben
- bijna iedereen (87%) vindt het belangrijk om te weten wat je zelf kan doen om het risico op ziekte te verkleinen
- ruim de helft (54%) van de mensen denkt dat deelname aan de gezondheidscheck de kans op het gezond oud worden vergroot
- vergoeding door de verzekeraar lijkt voor ongeveer een derde van de mensen een rol te spelen in de overweging tot deelname
- twintig procent van de mensen ziet negatieve aspecten in deelname aan een gezondheidscheck op korte (onnodige ongerustheid, niet willen stilstaan bij het risico op ziekte) en lange termijn (pillen moeten slikken of de leefstijl aan moeten passen als gevolg van de testuitslag)

Veranderingen in deelnamebereidheid: een illustratie

Vervolgens is tweemaal aan de leden van het Consumentenpanel gevraagd of ze zouden willen deelnemen aan een gezondheidscheck. Eenmaal aan het begin van de vragenlijst, en de tweede keer na het presenteren van een aantal overwegingen met betrekking tot de eigen gezondheid, tot het stilstaan bij risico's op ziekte en het bewust worden van eventuele leefstijl aanpassingen als gevolg van een negatieve testuitslag:

- vooraf geeft driekwart van de mensen aan zeker deel te nemen aan een gezondheidscheck, ongeacht ervaren gezondheid of leeftijd
- na het presenteren van de overwegingen geeft 58% aan zeker deel te nemen aan de gezondheidscheck
- 28% is geswicht van zeker te weten dat ze deel gaan nemen, naar niet meer zeker te weten of ze deel gaan nemen; kenmerken van mensen die van mening veranderden zijn:
 - jonge mensen (18-40 jaar)
 - ervaren gezondheid is zeer goed tot uitstekend
 - ze geven minder vaak aan dat deelname aan een gezondheidscheck je bewust maakt van het belang van een gezonde leefstijl
 - ze vinden het minder belangrijk om te weten of ze een hoog risico op ziekte hebben of wat ze daar aan kunnen doen
 - ze geven vaker aan geen zin te hebben om als gevolg van de testuitslag hun leefstijl te moeten aanpassen of pillen te gaan slikken

- ze geven vaker aan geen tijd te hebben voor een gezondheidscheck en dat ze niet mee willen doen als het niet vergoed wordt.
- switchers roken even vaak als niet switchers, en hebben een vergelijkbare BMI en bewegen even veel
- 0,5% is geswicht van niet deelnemen naar wel deelnemen

Bovenstaand voorbeeld laat zien dat de intentie om deel te nemen aan een gezondheidscheck snel kan veranderen. Hieruit valt op te maken dat de intentie om deel te gaan nemen aan een gezondheidscheck niet bij iedereen erg vast staat. Beperkte informatie laat meer dan een kwart van de mensen van gedachte veranderen. Mogelijk hebben mensen weinig voorstelling van de mogelijke consequenties van deelname aan een gezondheidscheck, zodat beperkte informatie daarover al invloed heeft en mensen mogelijk afschrikt. Dit is belangrijk bij het ontwikkelen van informatie en voorlichting over gezondheidschecks.

3.3 *Deelname-bevorderende factoren*

- *Deelname aan programmatische preventieprogramma's in de huisartsenpraktijk kan positief beïnvloed worden door het inzetten van meerdere wervingsstrategieën*
- *Deelname aan programmatische preventieprogramma's kan positief beïnvloed worden door doelgroep specifieke maatregelen te nemen*
- *Burgers vinden dat de overheid, zorgverzekeraars en zorgverleners een gezonde leefstijl mogen stimuleren*

Binnen de verschillende programmatypes en ook binnen dezelfde programma's (gericht op dezelfde ziekte) zijn soms grote verschillen te zien in opkomst. Om de opkomst bij programmatische preventieprogramma's te bevorderen kunnen algemene maatregelen genomen worden zoals het inzetten van verschillende wervingsstrategieën en het aanpassen van de informatie die wordt gegeven bij de uitnodiging voor een programma. Daarnaast kunnen doelgroep-specifieke maatregelen genomen worden of maatregelen kunnen aangepast worden aan de aard van het programma of het risico dat daarmee bestreden wordt.

Wervingsstrategieën

Wervingsstrategieën spelen een belangrijke rol in de deelnamegraad van programmatische preventieprogramma's. Over het algemeen geldt dat actievere wervingsstrategieën leiden tot een hogere deelnamegraad

dan passieve wervingsstrategieën.^{65, 66} De hoogste deelnamebereidheid wordt behaald bij werving in de huisartsenpraktijk tijdens een (willekeurige) consult. Persoonlijk contact met de huisarts of praktijkondersteuner speelt dus mogelijk een cruciale rol in het verhogen van de deelnamebereidheid.²⁰ Integratie van programmatische preventieprogramma's in vaste reguliere contactmomenten bevordert ook de deelname. Andere bevorderende strategieën waarbij persoonlijk contact een rol speelt zijn het telefonisch uitnodigen, herinneren en counselen van de doelgroep of het aanspreken van niet-deelnemers op hun redenen als zij op consult komen.^{63, 65} Een uitnodigingsbrief is verreweg de meest gebruikte wervingsstrategie. Hierbij zijn in elk geval twee dingen bevorderend voor de deelnamegraad: een uitnodigingsbrief sturen op naam en het sturen van de brief namens de huisarts.^{63, 66}

Daarnaast is het van belang om in de werving zo veel mogelijk praktische barrières weg te nemen. Dit kan bijvoorbeeld zijn het vooraf inplannen van een afspraak waardoor mensen niet zelf het initiatief hoeven te nemen om een afspraak te maken^{63, 66} en het niet hoeven meenemen van formulieren. Een praktische barrière is ook het uitsluitend online aanbieden van de vragenlijst voor risicoschatting. Dit zorgde voor een lagere opkomst in één van de pilots van het Preventieconsult (33%) dan bij de andere pilots (69% en 75%) waar de vragenlijst voor de risicoschatting (ook) schriftelijk werd aangeboden.⁵³ Geen directe toegang hebben tot internet en angst dat het online invullen van een test de privacy zou schaden waren belangrijke redenen voor de lage respons bij alleen online aanbieden van de vragenlijst.

Volledige informatieverstrekking is verplicht bij het aanbieden van programmatische preventieprogramma's. Het is daarbij van belang dat mensen ook gewezen worden op hun recht om niet deel te nemen. Een goed geïnformeerde keuze leidt niet per definitie tot een hogere deelnamebereidheid,⁶⁷ het kan zelfs leiden tot een lagere deelnamegraad. Het voorbeeld op basis van een vragenlijst zoals gepresenteerd als illustratie in paragraaf 3.1 laat dit effect duidelijk zien. Of mensen door meer kennis bewuster de persoonlijke voor- en nadelen tegen elkaar kunnen afwegen, of dat door meer kennis de kans op het overschatten van de risico's groter wordt en dat daardoor de deelnamebereidheid afneemt is nog onduidelijk.

Informatie over programmatische preventieprogramma's

Waar valt mogelijk nog winst te halen in de informatieverstrekking voor het bevorderen van de deelname aan programmatische preventieprogramma's? Mensen gebruiken naast kennis, uitkomstverwachtingen (voor- en nadelen) en bewustzijn van het persoonlijke risico, ook vuistregels om tot een oordeel te komen en daarbij worden zij sterk beïnvloed door de context (sociale omgeving, maar ook de context waarin informatie wordt gegeven). Van deze inzichten wordt nu nog weinig

gebruik gemaakt in de informatieverstrekking.⁶⁸ Bij het opstellen van informatie over deelname aan programmatische preventieprogramma's kan een aantal vragen gesteld worden waar mensen onbewust rekening mee houden bij het maken van een keuze:⁶⁹

1) *Hoe ga ik om met onzekerheid bij het maken van een keuze?*

In het algemeen geldt dat informatie over risico's op populatieniveau worden gegeven. Het is moeilijk voor mensen om dit naar zichzelf te vertalen, zeker als het gaat om risico's die pas op lange termijn zichtbaar worden, zoals bij hart- en vaatziekten. Persoonlijke risicocommunicatie lijkt voor een kleine toename in de deelnamebereidheid bij screening te zorgen.⁷⁰ Daarnaast blijft een numerieke kans voor veel mensen een abstract begrip. Informatie over de consequenties die het hebben van een ziekte of gezondheidsprobleem met zich meebrengen is voor mensen concreter.⁶⁹ Hierbij kan gedacht worden aan de consequenties op het gebied van maatschappelijk en sociaal functioneren, zoals het vaker moeten ziek melden of moeilijker met de (klein)kinderen kunnen spelen.

2) *Welke gevoelens wekt de informatie op?*

Emoties spelen een belangrijke rol bij het maken van keuzes. In voorlichting kan worden ingespeeld op positieve en negatieve emoties. Negatieve emoties zijn bijvoorbeeld spijt of berouw die mensen mogelijk kunnen krijgen door de gevolgen van het niet-deelnemen. Inspelen op angst kan echter ook averechts werken. Mensen kunnen hun angst gaan bezweren door de effectiviteit van het programma in twijfel te trekken door bijvoorbeeld op zoek te gaan naar (onbetrouwbare) bronnen die dit beeld bevestigen.⁵⁰ Positief inspelen op emoties kan bijvoorbeeld door het reflecteren van het gewenste gedrag (deelname aan het programma) aan de persoonlijke normen en waarden. Mogelijke inconsistenties in het denkbeeld over deelname komen dan aan het licht. Daarnaast is de impact van een boodschap mogelijk groter als deze op een affectieve manier gepresenteerd wordt, bijvoorbeeld door verhalen van mensen die hun ervaringen vertellen.⁴⁸

3) *Wat doen anderen?*

Mensen conformeren zich graag aan het gedrag van anderen; hun reacties en gedrag bepalen de beeldvorming, met name bij onzekerheid of een lage betrokkenheid. De deelname zou dan ook bevorderd kunnen worden door aan te geven dat veel anderen ook deelnemen en te laten zien dat dit gedrag sociaal gezien loont.⁶⁹ De sociale omgeving van een persoon kan zowel een positieve als een negatieve invloed hebben op het gedrag van een persoon. Voorlichting kan zich daarom richten op het weerbaar maken tegen negatieve invloeden of op het stimuleren van sociale steun.

4) *Kan ik het wel?*

De perceptie niet te kunnen voldoen aan het programmaregime is een belangrijke reden voor mensen om niet deel te nemen. Informatie zou daarom moeten ingaan op het vergroten van de motivatie door bijvoorbeeld tips te geven of door (praktische) barrières weg te nemen. Maar ook mensen die wel overtuigd zijn van hun eigen effectiviteit kunnen baat hebben bij informatie hoe eventuele toekomstige barrières, zoals negatieve sociale invloeden of terugval in oude gewoontes, tegen te gaan.^{69, 71}

5) *Hoe betrouwbaar is de informatiebron en zijn de gebruikte argumenten gerechtvaardigd?*

De maatschappelijke discussie over de zin en werkzaamheid van vaccinatie is de laatste jaren steeds meer opgeblaasd, bijvoorbeeld rond de Mexicaanse-griepvaccinatie, de HPV-vaccinatie en recent de discussie rond de seizoensgriepvaccinatie. Daarbij kan wantrouwen jegens het programma ook omslaan naar wantrouwen jegens de aanbieder. Tijdens de Mexicaanse-griepvaccinatie daalde het hoge vertrouwen in de overheid in de loop van de tijd.⁷² Dit kwam waarschijnlijk doordat de overheid in eerste instantie een ‘worst-case’ scenario presenteerde dat niet bleek te kloppen. Daarnaast waren er geruchten over mogelijke belangenverstrengeling. Door de conflicterende informatie die daarop volgde daalde tevens het vertrouwen in de informatie en hadden minder mensen de intentie om zich te laten vaccineren terwijl zij niet een lagere intentie hadden om zelf voorzorgsmaatregelen te nemen. Goede informatie, die geen misverstand laat bestaan over de legitimiteit van een programma, en goede communicatie worden door de sociale media steeds belangrijker. Als er twijfel ontstaat, door bijvoorbeeld tegenstrijdige berichtgeving, dan zijn mensen geneigd om andere bronnen te gaan raadplegen en als zij al niet geheel overtuigd waren van het nut van een programma zullen zij daarbij voornamelijk die informatie opnemen die hun twijfel bevestigt.⁷³

Invloed van derden bij het maken van keuzes op het gebied van gezondheid: een illustratie

Aan 1.500 leden van het Consumentenpanel in de leeftijd van 18 jaar en ouder is gevraagd welke partijen zonder directe aanleiding gezond gedrag mogen stimuleren (2011). De respons was 63%

- bijna 40% van de respondenten geeft aan dat hun zorgverzekeraar hen (net als andere mensen) een hogere premie mag laten betalen als ze ongezond leven
- 89% heeft er begrip voor als de overheid een gezonde leefstijl wil bevorderen
- 81% vindt dat zorgverzekeraars gezond gedrag moeten stimuleren
- de helft van de mensen vindt dat de overheid niet mag ingrijpen in de leefstijl van mensen.
- 65% vindt dat de levensmiddelenindustrie kan helpen om gezond te leven
- 60% vindt dat mensen uit de directe omgeving kunnen helpen om gezond te leven
- 45% vindt dat de horeca en de overheid kunnen helpen om gezond te leven

Samenvattend varieert de deelnamebereidheid van burgers aan programmatische preventieprogramma's sterk en hangt samen met veel factoren. Deelnamebereidheid is positief te beïnvloeden door het inzetten van meerdere wervingsstrategieën en door specifieke maatregelen te nemen voor doelgroepen die moeilijker te motiveren zijn. Hierbij kan gedacht worden aan nog actievere werving, frequentere werving, of waarbij een afspraak met de huisartsenpraktijk al is geregeld. Daarnaast houden mensen onbewust rekening met diverse elementen om de informatie rondom preventieprogramma's voor zichzelf op waarde te schatten, zoals de onzekerheid rondom de keuze, wat doen anderen, kan ik het wel en hoe betrouwbaar is de informatie. Door rekening te houden met deze elementen bij het opstellen van informatie is de deelnamebereidheid ook positief te beïnvloeden. Tot slot vindt de meerderheid van een steekproef van de Nederlandse bevolking dat diverse partijen, zoals overheid of zorgverzekeraar, ongevraagd gezond gedrag mogen stimuleren. Dit biedt mogelijk ook ruimte om de deelnamebereidheid en de attitude ten aanzien van preventieprogramma's positief te beïnvloeden door bijvoorbeeld gezonde keuzes makkelijker en aantrekkelijker te maken.

4 Preventie gericht op leefstijl: deelnamebereidheid en deelnametrouw

- *Deelnamebereidheid en deelnametrouw aan interventies die ingrijpen op de leefstijl is laag: een derde tot 50% begint er niet aan of stopt voortijdig*
- *Deelnametrouw van interventies die ingrijpen op de leefstijl op lange termijn zijn nog onbekend.*

In hoofdstuk 3 is de deelnamebereidheid van mensen aan drie programmatische preventieprogramma's in de huisartspraktijk besproken: de griepvaccinatie, het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker en het PreventieConsult. Bij de griepvaccinatie is er sprake van een directe preventieve interventie, bij het bevolkingsonderzoek wordt ziekte in een vroeg stadium opgespoord en worden de vrouwen met een positieve uitslag behandeld en bij het PreventieConsult wordt een hoogrisicogroep in kaart gebracht die vervolgens wordt behandeld. De termijn waarop gezondheidswinst behaald kan worden is bij het PreventieConsult veel langer dan bij de andere twee programma's en is daarbij ook nog in een veel hogere mate afhankelijk van de eigen inzet van de persoon met een hoog risico, met name indien het het aanpassen van de leefstijl betreft. Daarmee staat de deelnamebereidheid aan het PreventieConsult mogelijk onder (nog) grotere druk dan de deelnamebereidheid aan de andere twee programmatische preventieprogramma's in de huisartsenpraktijk.

In dit hoofdstuk staat centraal welke interventies beschikbaar zijn voor mensen met een hoog risico op cardiometabole aandoeningen, op welke wijze en in welke mate deze interventies zijn geïmplementeerd, wat de huisarts en praktijkondersteuner specifiek doen aan interventies, wat de deelnamebereidheid is en kenmerken van deelnamebereidheid. De focus ligt hierbij op bewegen en beweegprogramma's.

4.1 Medicatievoorschriften en leefstijlcounseling

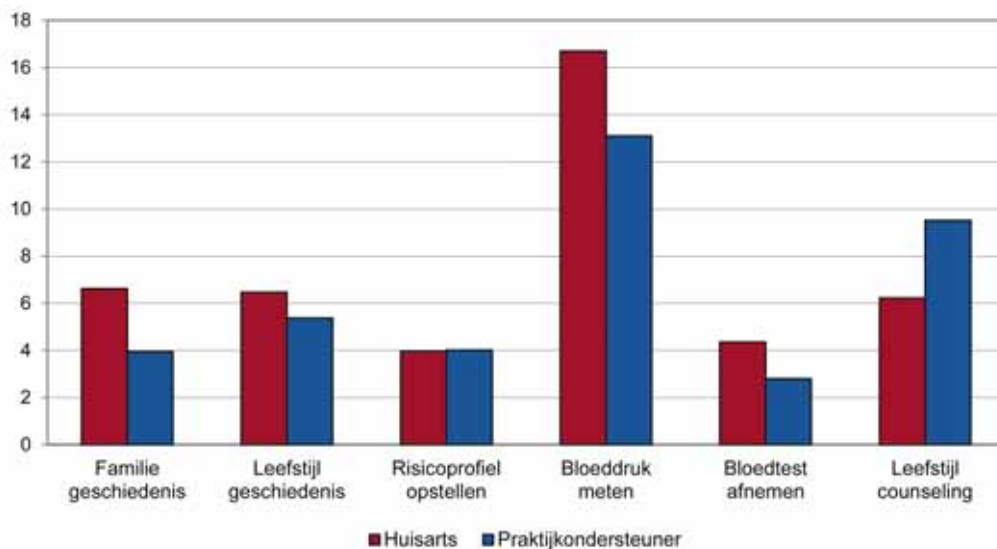
- *In een doorsnee huisartsenpraktijk vindt 12 keer per week een consult plaats waarin leefstijl het belangrijkste onderwerp is*
- *Huisartsen bespreken leefstijl niet structureel, maar meestal naar aanleiding van klachten van de patiënt*
- *De meeste leefstijlaspecten worden in (te) weinig tijd besproken; 1- 5 minuten*
- *Praktijkondersteuners zijn in de meeste gevallen de initiatiefnemer bij het bespreken van leefstijl*

Specifieke preventierichtlijnen zijn er, behalve de recent uitgekomen NHG-standaard 'Het PreventieConsult module Cardiometabool'¹⁹ vrijwel niet in de eerstelijnszorg, wel bevatten meerdere richtlijnen preventieve maatregelen. Huisartsen maken gebruik van de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de multidisciplinaire CBO richtlijnen. In respectievelijk 43% en 26% van deze richtlijnen staan preventieve activiteiten vermeld. Daarnaast omvat 41% van de richtlijnen van het Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie preventieve activiteiten.⁷⁴ Bij behandeling kunnen meerdere preventieve activiteiten afkomstig uit verschillende standaarden en richtlijnen gebruikt worden. Bijvoorbeeld personen die op basis van de risicotest uit het PreventieConsult een hoog risico blijken te hebben kunnen worden behandeld middels leefstijladviezen of medicatieadviezen afkomstig uit de NHG-Standaarden PreventieConsult module Cardiometabool, Cardiovasculair risicomanagement, Diabetes mellitus type 2, Stoppen met Roken, en Obesitas.¹⁹ In Nederland gebruiken diëtisten de dieetbehandelingsrichtlijnen.

Het meten van de bloeddruk is de meest voorkomende activiteit die wordt ingezet als onderdeel van preventie van hart- en vaatziekten in de huisartsenpraktijk gevolgd door leefstijlcounseling (zie figuur 1). Het opstellen van een cardiovasculair risicoprofiel wordt het minst vaak gedaan, gemiddeld vier keer in de week in een gemiddelde huisartsenpraktijk door zowel de huisarts als de praktijkondersteuner.⁷⁵ Omgerekend naar kosten wordt in de Nederlandse huisartspraktijken naar schatting €38,8 miljoen per jaar (€ 2,35 per patiënt) besteed aan preventie van cardiovasculaire aandoeningen. Een kwart daarvan (€0,60 per patiënt) wordt besteed aan risicoprofilering en ruim 10% (€0,25 per patiënt) aan leefstijlcounseling.⁷⁵

Figuur 1

Gemiddeld aantal keer per week dat huisartsen en praktijkondersteuners activiteiten uitvoeren ter preventie van hart- en vaatziekten.⁷⁵



Medicatievoorschriften voor de preventie van hart- en vaatziekten

Voor de medicamenteuze preventie van hart- en vaatziekten worden vooral bloeddrukverlagende middelen en statines (cholesterolverlagende middelen) ingezet. Uit cijfers van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) blijkt dat 91% van alle mensen die bekend zijn met ongecompliceerde hypertensie bloeddrukverlagende middelen voorgeschreven krijgt. In 2010 schreven huisartsen 541 recepten per 1.000 ingeschreven patiënten voor vanwege de diagnose ‘ongecompliceerde hypertensie’.⁷⁶

In 2010 gebruikten 1,6 miljoen Nederlanders statines (www.gipdata-bank.nl). Een groot deel daarvan wordt door huisartsen voorgeschreven. Mogelijk zijn statines bij nog meer Nederlanders geïndiceerd. De NHG-Standaard CVRM beveelt aan om bij (vrijwel) alle mensen met diabetes preventief een statine voor te schrijven. Dit gebeurt nog lang niet altijd, maar er is wel een stijgende trend te zien. Bij patiënten bij wie de diagnose diabetes gesteld werd, kreeg in 2003 minder dan 10% binnen een half jaar een statine voorgeschreven, in 2008 was dat een derde (Vervloet, 2010). Het verschil in het aantal medicatievoorschriften voor de primaire preventie van hart en vaatziekten tussen huisartsen is echter groot, een factor drie tussen de minst en meest voorschrijvende huisartsen.⁷⁵ Dit geeft aan dat niet alleen patiënten verschillen in deelnamebereidheid, ook huisartsen verschillen in het implementeren van programmatische preventie. Hier ligt mogelijk ook nog ruimte om de deelname aan programmatische preventieprogramma’s te vergroten.

Therapietrouw bij medicatievoorschriften voor preventie van hart- en vaatziekten

Therapietrouw is belangrijk om het optimale effect van de behandeling te behalen. Echter, iedere dag volgens een vast stramien geneesmiddelen slikken is niet voor iedereen vol te houden. Daar bestaan verschillende oorzaken voor. Sommige mensen vergeten het. Anderen willen liever geen geneesmiddelen gebruiken, omdat de bijwerkingen hen afschrikken of omdat ze het niet (meer) nodig vinden. Therapietrouw bevorderen is een complex probleem. Een systematische review waarin kenmerken van terapietrouw werden onderzocht, op basis van 28 systematische reviews, liet zien dat er weliswaar effectieve interventies gebaseerd op gedragstheorieën bestaan, maar dat het aanwijzen van effectieve componenten niet mogelijk is vanwege de complexiteit ervan en het gebrek aan goed opgezet en uitgevoerd interventieonderzoek.⁷⁷

Ruim 10% van de Nederlanders die starten met het gebruik van bloeddrukverlagende medicatie stoppen daar binnen korte tijd mee (www.therapietrouwmonitor.nl). Onder de afhakers zijn vrouwen, hoog opgeleiden, mensen die zich gezond voelen en jongeren oververtegenwoordigd.⁷⁸ Een mogelijke verklaring hiervoor is dat deze mensen hun heil zoeken in andere oplossingen dan geneesmiddelen zoals het naleven van een gezondere leefstijl. Het percentage stoppers was in 2010 hoger bij gebruikers van diuretica (17%) dan bètablokkers (11%) en ACE-remmers en AII-antagonisten (11%) (www.therapietrouwmonitor.nl). Het percentage patiënten dat stopt met cholesterolverlagende middelen (statines) ligt met 14% hier tussenin. Bij medicatie die ingezet wordt om cardiovasculaire complicaties te vermijden, geldt dat patiënten doorgaans ook zonder medicatie weinig last hebben van hun klachten, het ontbreken van klachten draagt bij aan een slechte terapietrouw.^{79, 80} Er bestaat geen duidelijk profiel van de therapieontrouwe patiënt.^{79, 81}

Leefstijlcounseling in de huisartspraktijk

Hart- en vaatziekten en diabetes zijn de meest voorkomende chronische ziekten in Nederland. Beide zijn sterk gerelateerd aan leefstijl. In de behandeling van deze ziekten en het voorkomen van complicaties is hiervoor steeds meer aandacht gekomen. Echter, ook ter voorkoming van deze ziekten is het bespreken van leefstijl steeds belangrijker geworden. De praktijkondersteuner is toegetreden tot de huisartsenpraktijk voor de begeleiding van chronisch zieken (diabetes, COPD/astma, hart- en vaatziekten) en het bespreken van leefstijl is daarbij een kerntaak. Hiervoor krijgt de praktijkondersteuner ook meer tijd dan de huisarts. Daarnaast kunnen ook mensen met een hoog risico op hart- en vaatziekten en diabetes door de praktijkondersteuner begeleid worden.

Huisartsen zijn leefstijl in de loop der jaren steeds vaker gaan bespreken met hun patiënten.⁸² In 1989 werd de Wet collectieve preven-

tie volksgezondheid (Wcpv) van kracht waarin meer aandacht werd besteed aan een gezonde leefstijl. Bewegen wordt door huisartsen het meest besproken, alcoholgebruik het minst. Het bespreken van de leefstijl neemt echter nog steeds een bescheiden plaats in. Bewegen wordt besproken in 23% van deze consulten, voeding in 11%, roken in 8% en alcoholgebruik in 4%.⁸² Als het gaat om roken neemt de huisarts zelf het vaakst het initiatief tot het bespreken ervan, bij bewegen geldt dat de patiënt dit vaker ter sprake brengt. Over het algemeen bespreken huisartsen leefstijlaspecten naar aanleiding van klachten van de patiënt. Huisartsen bespreken roken, alcoholgebruik en bewegen vaker met oudere mannelijke patiënten. Bewegen bespreken ze vaker met hoog opgeleiden, en voeding wordt bij iedereen in dezelfde mate besproken.⁸²

Huisartsen brengen op eigen initiatief leefstijlaspecten ter sprake tijdens een consult

Aan 1.500 leden van het Consumentenpanel van 18 jaar en ouder (respons 63%) is in 2011 gevraagd of de huisarts in de afgelopen 5 jaar op eigen initiatief leefstijlaspecten tijdens een consult ter sprake bracht. De percentages per onderwerp:

Beweeggedrag	30%
Roken	29%
Gewicht	29%
Stress	22%
Alcoholgebruik	20%
Voeding	20%
Psychische klachten	17%
(Onveilige) seksuele contacten	5%

De praktijkondersteuner is in de meeste gevallen de initiatiefnemer bij het bespreken van leefstijl. Roken wordt het meest frequent besproken op initiatief van de praktijkondersteuner (77%), voeding het minst vaak (54%). Als een praktijkondersteuner informatie geeft over een bepaald leefstijlaspect is dat in 70% van de gevallen generieke informatie. Het advies dat gegeven wordt is echter in tweederde van de gevallen specifiek toegespitst op de patiënt, wel is dat bij roken en bewegen meer dan bij voedingsadviezen.

De gemiddelde duur van de consulten met de praktijkondersteuner waarin leefstijlcounseling plaatsvindt is 24 minuten (range 7-55 minuten). In de helft van de gevallen worden leefstijlaspecten in 1-5 minuten besproken, maar ook vaak zelfs in minder dan een minuut. Dit betreft dan vaak een check (bijvoorbeeld 'rookt u?') of een bevestiging/compli-

ment (bijvoorbeeld 'wat goed dat u nog elke dag een wandeling maakt'). Over bewegen wordt bijna nooit langer gesproken dan 5 minuten, maar voeding wordt in 14% van de gesprekken wel langer dan 5 minuten besproken. Het langste wordt gesproken over roken met rokers. In 23% van de gevallen duurt het gesprek 5-10 minuten en 9% van de gesprekken over roken duurt langer dan 10 minuten.⁸³

Patiënten gaven voorafgaand aan het leefstijlconsult aan belang te hechten aan het krijgen van informatie en advies over wat ze zelf kunnen doen aan hun klachten. Echter aan leefstijladvies hechtten zij een stuk minder belang; 49% van de rokers en 40% van de mensen die niet voldeden aan de beweegnorm hechtten geen belang aan het krijgen van een advies van de praktijkondersteuner over respectievelijk roken en bewegen.⁸³

Consult bij de praktijkondersteuner, enkele voorbeelden uit de praktijk

Onderstaand praktijkvoorbeeld geeft een beschrijving van gespreksfragmenten uit consulten die gevoerd zijn door praktijkondersteuners met mensen met diabetes, COPD/astma, hart- en vaatziekten of een hoge bloeddruk (zie beschrijving methode). Het geeft inzicht in hoe risicofactoren besproken worden. Er zijn geen aanwijzingen dat een praktijkondersteuner leefstijl op een andere manier bespreekt bij mensen met een hoog risico op deze ziekten. Dit komt deels doordat de adviezen voor beide groepen niet verschillen maar ook doordat praktijkondersteuners geprotocolleerd werken en daardoor minder ruimte nemen om hun werkwijze specifiek toe te spitsen op de situatie van de patiënt, iets wat huisartsen wel meer doen.⁸⁴

Generieke informatie

Praktijkondersteuner: We hadden cholesterol laten prikken, dat was totaal 5,4. Dat moet onder de 5 zitten. Dus het is licht verhoogd. Euh, hoe krijgen we dat omlaag? Ook inderdaad voldoende beweging, en zo min mogelijk dierlijk verzadigde vetten te eten. Waar zit dat in? Eigenlijk in alle lekkere dingen.

Patiënt: Ja. Dat klopt.

Praktijkondersteuner: Koek, chips en gebak en chocola, vet vlees, varkensvlees. En kaas is een grote boosdoener.

Specifiek advies

Patient: heb je niet een ander advies om het te doen? (stoppen met roken)

Praktijkondersteuner: Om helemaal te stoppen?

Patiënt: Ja, nou, om in ieder geval niet te veel te roken.

Praktijkondersteuner: Ik zit te denken, of het niet wat is om bij u te zeggen van; nou, u mag inderdaad 's morgens als u opstaat een sigaretje. Bij de koffie een sigaretje, na het eten tussen de middag, bij de thee.

Patiënt: Ja, zeg het maar hè. Maar dit zijn er ook alweer vijf.

Praktijkondersteuner: Ja, maar nu rook je nog een pakje.

4.2 *Deelnamebereidheid aan geïndiceerde leefstijlprogramma's*

- *Leefstijlprogramma's, vaak lokaal opgezet, zijn met name gericht op programma's met een positieve stimulans, zoals bewegen*
- *Structurele samenwerking tussen nulde- en eerstelijnszorg voor geïndiceerde leefstijlprogramma's staat nog in de kinderschoenen, vooral door onbekendheid met elkaars werk en mogelijkheden*
- *Een derde tot bijna de helft van de patiënten die verwezen zijn naar een geïndiceerd beweegprogramma begint er niet aan of stopt voortijdig*
- *Een programma toegespitst op het individu en een locatie dichtbij huis zijn belangrijke succesfactoren van een programma*

Binnen en buiten de gezondheidszorg bestaan diverse initiatieven die zich richten op het verbeteren van de leefstijl. Veel initiatieven zijn gericht op bewegen; bewegen wordt gezien als een positieve stimulans om iets aan de gezondheid te doen, in tegenstelling tot bijvoorbeeld afvallen of stoppen met roken.

Leefstijlprogramma's worden zowel in groepsverband als individueel aangeboden. Dit laatste vindt steeds vaker plaats in de vorm van e-health programma's. Daarnaast is er in toenemende mate aandacht voor de samenwerking tussen eerste- en nulde lijn ter versterking van preventie. Steeds meer initiatieven worden opgezet waarbij gemeente, zorgverzekeraars, zorgprofessionals en welzijnsorganisaties lokaal samenwerken aan bevordering van de gezondheid.

Er is relatief weinig bekend over deelnamebereidheid aan geïndiceerde leefstijlprogramma's voor mensen met een hoog risico, maar het beeld is dat deze over het algemeen laag is. Enkele internationale voorbeelden van deze programma's lieten een deelnamebereidheid zien van 22% (fysieke inactiviteit), 60% (alcoholmisbruik), 30% (pre-diabetes) en 40% (obesitas) van hoog-risico individuen.⁸⁵⁻⁸⁷

Met name de mensen die relatief het minst hoge risico lopen zijn daadwerkelijk bereid om deel te nemen aan interventies gericht op het verbeteren van de gezondheid door middel van leefstijlaanpassingen. De opbrengsten zijn lager dan in studies die geselecteerde hoog-risico patiënten onderzoeken. Deelname van deze mensen is dus het minst urgent.^{88, 89} Naarmate mensen met een hoog risico ouder worden lijkt de deelnamebereidheid toe te nemen. Niet alleen het feitelijke risico is een belangrijke voorspeller van deelnamebereidheid, maar ook de subjectieve perceptie van de eigen gezondheid bepaalt of mensen deel willen nemen aan gezondheidsinterventies.⁹⁰ In mindere mate lijken ook allochtonen, mannen en jongeren vaker niet bereid te zijn om te participeren.

Beweegprogramma's

Voorbeelden van beweegprogramma's zijn *Bewegen op Recept (BOR)*, *Big! Move* en de *Beweegkuur*. Alle zijn gericht op het verbeteren van de leefstijl, en daarmee de gezondheid van de deelnemers door de kennis en bewustwording ten aanzien van persoonlijke gezondheid te vergroten. Deelnemers aan deze programma's zijn hiernaar verwezen vanuit de huisartsenpraktijk, en diverse zorgverleners zijn betrokken bij deze beweegprogramma's waaronder fysiotherapeuten, oefentherapeuten, diëtisten en lokale sportaanbieders. Bij de *Beweegkuur* vervult de leefstijladviseur (dit is meestal de praktijkondersteuner) een centrale rol.

De genoemde beweegprogramma's variëren onderling in doelgroep en duur. Deelnemers aan het BOR programma zijn inactieve individuen met vage lichamelijke klachten. *Big! Move* richt zich op chronisch zieken en mensen met overgewicht of obesitas. De *Beweegkuur* heeft, naast mensen met diabetes, deelnemers met overgewicht of obesitas eventueel in combinatie met andere risicofactoren. Deelnemers aan deze programma's worden ondersteund door persoonlijke coaches en plaatselijke specialisten. De duur van het programma varieert van 5 maanden (BOR) tot 12 maanden (*Beweegkuur*), waarbij er sprake is van regelmatig contact.

Naar schatting 33% van de patiënten die verwezen zijn naar de *Beweegkuur* neemt niet deel aan het programma.⁹¹ De meeste van deze patiënten lijken, volgens de ondervraagde zorgverleners, al vroeg tijdens het traject te kiezen om niet deel te nemen. Zo kiest 28% van deze patiënten er bij de huisarts voor om niet te participeren en respectievelijk 44% en 16% ziet af van deelname tijdens en na het intakegesprek met de leefstijladviseur. Vervolgens ziet 8% af van deelname na het doorspreken van het beweegplan en tot slot 4% na de inspannings ECG. Of de patiënten die starten met deelname aan de *Beweegkuur* dit programma ook afmaken is op dit moment niet bekend.

Redenen om wel of niet deel te nemen aan de Bewegkuur. Zorgverleners hebben deze redenen nagevraagd bij de deelnemers.^{91,92}

Redenen om *wel* deel te nemen:

- willen verbeteren van de conditie
- willen leren omgaan met diabetes
- willen afvallen
- willen verbeteren van de algehele gezondheid

Redenen om *niet* deel te nemen:

- het hebben van ernstig overgewicht
- het ervaren van bewegingsbeperkingen
- te druk of geen tijd
- geen klachten hebben en daardoor het nut van deelname niet inzien
- slechte ervaringen hebben met het volgen van een dieet of bewegen
- vanwege de fysieke belasting die het met zich meebrengt
- beweegt al voldoende, dus niet nodig

Uitval tijdens leefstijlprogramma's: enkele voorbeelden

Bewegkuur⁹³

- Van de 656 patiënten zijn 86 deelnemers na het intake gesprek gestopt
- De meest voorkomende redenen om tussentijds te stoppen waren:
 - programma voldeed niet aan verwachtingen
 - geen resultaat in gewichtsafname
 - blessures
 - gebrek aan motivatie
 - niet aan de verplichtingen van het programma willen voldoen

Big!Move^{94,95}

- Van de 100 participanten zijn 43 deelnemers tussentijds gestopt.
 - 28 deelnemers vielen uit tijdens fase 1 (12 weken waarin het begeleid bewegen centraal staat)
 - 15 deelnemers vielen uit tijdens fase 2 (16 weken waarin het zoeken naar een passende sport of activiteit centraal staat)
- De meest voorkomende redenen om tussentijds te stoppen waren:
 - deelnemer gaat zelf verder met bewegen
 - psychische instabiliteit van de deelnemer
 - geen 'aansluiting' met programma, bv soort activiteit sprak deelnemer niet aan

Moelijk te motiveren mensen zijn wellicht makkelijker over te halen met persoonlijk aangepaste Beweegprogramma's.⁹⁶ Andere motiveerende factoren, uit het programma Bewegen op Recept, zijn de stimulerende rol van zorgverleners (het advies van de dokter om te gaan bewegen), de lage kosten, de begeleiding door sportinstructeurs, de kleine groepen met lotgenoten, de splitsing van vrouwen en mannen en de wijksetting.⁹⁷ Het bieden van een financiële beloning bij deelname lijkt de bereidheid tot deelname te vergroten. Boetes bij uitval daarentegen hebben een negatief effect op de motivatie.⁸⁶

Stoppen met roken programma's

In het kader van stoppen met roken zijn enkele interventieprogramma's ontwikkeld die worden toegepast in de eerstelijnszorg. Naast face-to-face begeleidingsprogramma's bestaan er zogenaamde e-health programma's waarin medische kennis gekoppeld wordt aan de mogelijkheden van ICT. Een voorbeeld hiervan is o.a. *stoppen met roken op maat 2.0*. Aan de hand van een initiële vragenlijst (die op internet ingevuld wordt) wordt de deelnemer stap voor stap bewust gemaakt en overgehaald om te stoppen met roken. Tijdens de laatste stap van het proces geeft *stoppen met roken op maat 2.0* een persoonlijk advies waarin staat hoe de deelnemer het best te werk kan gaan.

Prikkels en redenen om wel of niet deel te nemen aan een gezondheidsprogramma volgens het Consumentenpanel

Aan 1.500 leden van het Consumentenpanel van 18 jaar en ouder is in 2011 een hypothetische situatie voorgelegd met betrekking tot een gezondheidscheck. De respons was 63%.

'Stel, u heeft een gezondheidscheck gedaan en het blijkt dat u door uw leefstijl een hoog risico heeft op het krijgen van ernstig overgewicht, suikerziekte, hart- en vaatziekten en/of een beroerte. Uw huisarts biedt u daarom een leefstijlcursus aan die gericht is op gezonde voeding, bewegen en, wanneer van toepassing, stoppen met roken.'

- minder dan 50% zou mee willen doen aan een leefstijlcursus
- een derde geeft aan misschien mee te doen
- rokers, inactieven en laag opgeleiden geven vaker aan niet deel te nemen

'Welke kenmerken neemt u mee in uw overwegingen om deel te nemen aan zo'n leefstijlcursus waarvoor u tenminste één keer per week anderhalf uur tijd voor moet vrijmaken?'

- een locatie dichtbij huis en aandacht voor terugval in oud gedrag wordt heel belangrijk gevonden
- 20% vindt het (zeer) belangrijk dat de cursus in groepsverband is of via internet (30%)
- jongere mensen en lager opgeleiden hechten veel waarde aan de locatie en aan een vergoeding
- ouderen hechten veel waarde aan terugkoppeling met de huisarts

Lokale of regionale aanpak: samenwerking tussen nulde- en eerstelijns

Voor de versterking van preventie en conform de nadruk op gezondheid en gedrag in plaats van ziekte en zorg wordt steeds meer samenwerking gezocht tussen nulde- (gemeente, welzijnsorganisaties) en eerstelijnszorg. Uitgaande van informatie over de gezondheidsproblemen bij de lokale bevolking wordt gezamenlijk een plan opgesteld om deze aan te pakken. Een voorbeeld van een dergelijke lokale aanpak is Utrecht Gezond!, waarin de gemeente Utrecht en zorgverzekeraar Agis (Achmea) een vierjarig convenant hebben gesloten om samen met lokale partijen de gezondheid van de Utrechters te bevorderen en zo de kosten voor zorg en samenleving betaalbaar te houden (www.utrechtgezond.nl). Binnen Utrecht Gezond!, wordt onder de noemer 'Gezonde Wijk', in vier achterstandswijken ingezet op een geïntegreerde eerstelijnszorg en een intensieve samenwerking tussen eerstelijnszorg, welzijn en publieke gezondheidszorg. Ook wordt zoveel mogelijk de verbinding gezocht met andere maatschappelijke velden als werk, sport en onderwijs. Deze partijen werken samen aan programma's in de thema's 'Gezonde leefstijl' (met daarin onder andere programma's gericht op gezond gewicht en alcohol- en middelengebruik), 'Gezond meedoen' (o.a. psychosociale zorg) en 'Toegankelijke en bereikbare zorg' (o.a. mantelzorg).

Samenwerking tussen nulde- en eerstelijnszorg is echter niet vanzelfsprekend. Het zijn twee gescheiden werelden met onwetendheid over elkaars werkwijze en aanbod en het kader waarbinnen gewerkt wordt, waardoor verwachtingen niet altijd reëel zijn. Structurele samenwerking en agendasetting komt hierdoor vaak niet van de grond.⁹⁸ Bovendien zijn de partijen niet altijd op de hoogte van elkaars initiatieven, waardoor patiënten bijvoorbeeld te laat worden doorverwezen. Tot slot berusten initiatieven vaak op het enthousiasme van individuele personen hetgeen een wankel basis is voor duurzame samenwerking. Financiering van lokale of regionale preventie is een belangrijke randvoorwaarde. Hierbij spelen naast de gemeente ook zorgverzekeraars en de landelijke overheid een rol. De recente ontwikkelingen waarbij beweeginterventies en stoppen met roken programma's en ook bijvoorbeeld de diëtist uit het basispakket van de zorgverzekering zijn verwijderd kunnen in dit licht als zorgelijk worden gezien.

4.3 Deelnametrouw aan geïndiceerde leefstijlprogramma's

- ***Bij getrapte screening stoppen bij iedere volgende stap een aantal deelnemers, zodat uiteindelijk een groot deel van de genodigden voortijdig stopt***
- ***Deelnametrouw wordt mede bepaald door de eerste ervaringen met het programma; wijze van uitnodiging en ontvangst***

Bij een screening die uit meerdere stappen bestaat stoppen bij iedere volgende stap een aantal deelnemers, het percentage deelnemers dat stopt neemt bij iedere stap af. De deelname aan vervolgstappen is het grootst bij de programma's waarbij diabetes wordt opgespoord en het laagst bij het opsporen van depressie. Deze laatste groep herkent zich vaak niet in de uitslag.⁹⁹

Bij verschillende pilot-studies van het PreventieConsult kwamen respectievelijk 40%, 69% en 72% van de hoogrisicopatiënten op het eerste consult in de huisartsenpraktijk.^{64,52,54} De opkomst bij het tweede consult was 84%.⁵⁴ Dit betekent dat in deze studies respectievelijk 79% (Nielen), 38% (Klomp) en 44% (vd Kerkhof) van de uitgenodigde mensen voortijdig gestaakt is met het screeningstraject. De opkomst bij het eerste consult van het PreventieConsult was het laagst als de hoogrisicopatiënten het advies kregen zelf een afspraak te maken met de huisartsenpraktijk.⁶⁴ De opkomst was hoger als mensen die geen afspraak maakten werden nagebeld⁵² of als zij een uitnodiging kregen voor een reeds geplande afspraak.⁵⁴ Ook een iets dwingender aanpak, het verzoek tot het maken van een afspraak, leidt tot een hogere opkomst.¹⁰⁰

Deelname aan getrapte screening op diabetes: een illustratie van een veranderende perceptie met risico's op korte termijn.¹⁰¹

Aanvang

Bij aanvang van de screening denken mensen weinig na over de mogelijke consequenties, ze staan er positief tegenover en verwachten geen diabetes te hebben.

Een eerste positieve test wordt gezien als toeval.

Tweede test / controle

Een tweede positieve test is voor een deel van de mensen een teken dat ze mogelijk diabetes hebben, maar dan wel in een lichte vorm, ze hebben immers geen klachten.

Definitieve diagnostiek

Voor de laatste test informeren mensen zich via de media, zorgverleners en met name hun sociale netwerk: mensen spiegelen zich positief ten opzichte van bekenden met diabetes of geven voorbeelden van mensen die er goed mee om kunnen gaan. Op korte termijn is dit een goede strategie: mensen ervaren geen angst of zorgen gedurende het screeningsproces. Op de lange termijn kan deze strategie een probleem vormen. Diabetes wordt, evenals prediabetes, ook na de diagnose, vaak niet als ernstig gezien wat een obstakel kan zijn voor zelfmanagement (aanpassen van leefstijl, etc.).

Deelnamebereidheid gevolgd door deelnametrouw zijn bepalend voor de effectiviteit van leefstijlinterventie programma's. Het eerste, deelnamebereidheid, is in beperkte mate onderzocht. Deelnametrouw is in nog veel mindere mate onderzocht. De weinige studies over dit onderwerp laten zien dat voortijdige afhakers jonger zijn. Uit de beschikbare studies valt niet op te maken of de afhakers een betere of slechtere gezondheid of leefstijl hebben dan de deelnemers. Maar het feit dat ze jonger zijn, suggereert een betere gezondheid. Onbekend is welke interventies effectief kunnen zijn om het volhouden van de deelname te bevorderen.

Deelnametrouw aan programmatische preventieprogramma's die zich richten op andere interventies dan leefstijl is wel al vaker onderzocht. De vaccinatiegraad voor de jaarlijkse seizoensgriep onder alle 60-plussers (met en zonder chronische aandoening) was tussen 2004 en 2008 stabiel¹⁰² en is tussen 2008 en 2011 licht gedaald van 76,9% naar 71,3% (bij 60-plussers zonder chronische aandoeningen van 63,8 naar 56,4%).¹³ De lichte daling in de deelname aan de seizoensvaccinatie is niet te verklaren door de extra vaccinatiecampagne in 2009 vanwege de influenza pandemie. Van de hoogrisicogroep die zich in 2009 liet vaccineren voor de seizoensgriep deed 90% dat in 2010 weer. Mogelijk zijn mensen in algemene zin kritischer geworden. Als mensen eenmaal hebben meegedaan blijven ze dat meestal doen. Het is dus belangrijk te

investeren in de groep die voor het eerst wordt opgeroepen.¹³

Er is weinig bekend over periodieke deelname van vrouwen aan screening op baarmoederhalskanker, in veel landen wordt deze screening opportunistisch aangeboden. Wel is er onderzoek gedaan naar de periodieke deelnamebereidheid bij screening op borstkanker en colonkanker. Er kunnen verschillende patronen worden onderscheiden als het gaat om periodieke deelname aan screening. Het grootste deel van de mensen (ongeveer 40-50%) doorloopt alle screeningsrondes en ongeveer 9% doet nooit mee.^{103, 104} Daarnaast zijn er ook mensen die onregelmatig deelnemen en mensen die na deelname aan meerdere rondes uitvallen. De deelnametrouw neemt toe met het aantal deelnames^{105, 106} en neemt af met het aantal genegeerde uitnodigingen.¹⁰⁶

Negatieve ervaringen met de eerste screeningsronde, in de vorm van ontevredenheid over de wachttijd of procedure, maar mogelijk ook een vals-positieve uitslag kunnen een negatief effect hebben op deelname aan de volgende ronde.^{105, 106} De allereerste uitnodiging voor deelname aan vaccinatie of screening is daarom van belang om mensen van het nut van periodieke deelname te overtuigen.^{104, 105, 107} Mensen die meerdere rondes missen schatten hun eigen risico lager in, zijn minder overtuigd van het nut van screening en ervaren ook vaker praktische barrières zoals tijd en vervoer.^{103, 106} Uit deze ervaringen blijkt dat deelnamebereidheid aan de eerste uitnodiging voorspellend is voor deelnametrouw. Hiermee wordt het belang van de eerste uitnodiging en de daarop volgende eerste ervaring onderstreept.

Samenvattend zijn deelnamebereidheid en deelnametrouw aan programmatische preventieprogramma's belangrijke aspecten van de effectiviteit van deze programma's. Tot op dit moment is weinig hierover bekend. De omvang van het probleem is niet exact bekend, en welke factoren dit beïnvloeden is summier uitgezocht. Tot slot is er nog geen duidelijk beeld welke interventie(s) bij welke personen effectief zou kunnen zijn om de deelnamebereidheid en/of deelnametrouw te bevorderen.

5 Beschouwing

- ***Rondom het opzetten en uitvoeren van (nieuwe) programmatische preventieprogramma's die zich richten op leefstijlinterventies bestaat nog veel onduidelijkheid. Dit staat implementatie van deze programma's in de weg***

In dit hoofdstuk blikken we terug op de voorgaande hoofdstukken over programmatische preventie in de praktijk, wat is het aanbod, hoe is de deelnamebereidheid en welke trends zijn waarneembaar, wat zijn de rollen van verschillende partijen en welke dilemma's worden er gezien. In deze kennissynthese komen al deze aspecten tezamen. Dit hoofdstuk sluit af met een onderzoeks- en beleidsagenda. De belangrijkste conclusie is dat er rondom de organisatie, het beleid, de financiering en de afstemming van het opzetten en uitvoeren van (nieuwe) programmatische preventieprogramma's in de eerste lijn op het gebied van leefstijlinterventies nog veel onduidelijkheid bestaat. Dit staat implementatie van deze programma's in de weg. Programmatische preventie vraagt om een lange termijn beleid en om lange termijn financiering.

Daarbovenop komt het probleem van het vasthouden van de deelname aan programmatische preventieprogramma's. Zolang we niet goed genoeg weten hoe we dit kunnen verhogen of bevorderen, blijven met name programma's die zich richten op leefstijlaanpassingen aanlopen tegen tegenvallende deelnamecijfers, dergelijke programma's vragen veel van het doorzettingsvermogen van burgers. Duidelijk is wel dat de verantwoordelijkheid voor deelname en het vasthouden van deelname niet alleen bij het individu gelegd kan worden. Het welslagen van programmatische preventieprogramma's vraagt om een hoge deelnamebereidheid van individuen, en draagvlak en steun bij alle betrokken professionals, beleidsmakers, en van de maatschappij.

5.1 ***Deelnamebereidheid aan programmatische preventie: waar staan we?***

- ***In Nederland is gezondheidswinst te behalen als we zorg voor gezondheid centraal stellen***
- ***Nieuwe programmatische preventieprogramma's komen moeizaam tot stand zolang de rollen en verwachtingen van alle betrokken partijen niet duidelijk zijn***
- ***Deelnamebereidheid laat een zeer wisselend beeld zien***

Gezond zijn en gezond blijven heeft een hoge waarde; het draagt bij aan het welzijn van individuen, het draagt bij aan economische baten in de

vorm van arbeidsparticipatie en arbeidsproductiviteit, en het draagt bij aan maatschappelijke baten bijvoorbeeld in de vorm van menskracht voor mantelzorg en vrijwilligerswerk.¹ In Nederland is gezondheidswinst te behalen als we zorg voor gezondheid centraal stellen in plaats van behandeling van ziekte. Preventie speelt daarin een sleutelrol.

Programmatische preventie in de eerstelijnszorg kent een divers aanbod. Vanuit de huisartsenzorg wordt jaarlijks de griepvaccinatie voor de seizoensgriep aangeboden aan alle patiënten van 60 jaar en ouder en aan alle patiënten met een chronische aandoening of een verminderde weerstand. Voor het bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker worden alle vrouwen van 30 tot 60 jaar 5-jaarlijks uitgenodigd voor een screeningsonderzoek. Tot slot is er het PreventieConsult Cardio-metabool Risico (CMR). Hierbij kan een risicotest worden aangeboden aan alle patiënten van 40 tot 70 jaar die nog niet in behandeling zijn vanwege hypertensie, diabetes mellitus, hart- en vaatziekten, chronische nierschade en hypercholesterolemie, maar mogelijk wel een verhoogd risico hebben op één van deze aandoeningen. Van dit laatste programma is de effectiviteit nog onduidelijk en het programma is nog niet landelijk geïmplementeerd. In sommige praktijken wordt een opportunistische aanpak gehanteerd, de risicotest wordt alleen aangeboden aan patiënten die de praktijk bezoeken ongeacht de reden van het bezoek, in andere praktijken wordt het wel breed ingezet.

Deelnamebereidheid is belangrijk bij de jaarlijkse griepvaccinatie vanwege de effectiviteit voor de maatschappij in z'n geheel en voor het individu. Bij een te lage participatiegraad heeft het griepvirus een veel groter besmettingspotentieel en kan daardoor een forsere versturende impact hebben op de maatschappij. Bij programmatische screeningsprogramma's, zoals het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker en het PreventieConsult CMR, heeft een lage deelnamebereidheid en deelnamerouw direct effect op het individu en een indirect effect op de maatschappij in de vorm van een lagere kosteneffectiviteit en mogelijk een verminderde maatschappelijke participatie.

De deelnamebereidheid loopt uiteen voor de verschillende programmatische preventieprogramma's. Deelname is 66% voor de jaarlijkse griepvaccinatie³ en 66% voor het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker. Diverse pilotstudies laten een sterke variatie zien in deelnamebereidheid aan het PreventieConsult CMR, deze varieert tussen de 1% en 75%, met een mediane opkomst van 33%. Een groot aantal factoren heeft invloed op de deelnamebereidheid, onder andere de termijn waarop patiënten gezondheidswinst kunnen verwachten, belasting voor en inspanning van patiënten, nut en noodzaak van de preventie naar mening van de patiënt, de mening van anderen, alsook de organisatie van het aanbod en de kosten. De te verwachten termijn waarop gezondheidswinst behaald kan worden varieert sterk tussen de verschillende preventie programma's. De mogelijke gezondheidswinst vanwege

een griepvaccinatie wordt bijvoorbeeld veel sneller behaald dan mogelijke gezondheidswinst vanwege het PreventieConsult CMR, en dit kan weer invloed hebben op de deelnamebereidheid en deelnametrouw.

Veel systematisch onderzoek naar factoren die deelnamebereidheid en deelnametrouw bevorderen is er nog niet, laat staan goed opgezette interventiestudies om de effecten van deelname bevorderende acties te bepalen. Uit het beperkte onderzoek dat er is komt naar voren dat de methode van uitnodigen voor deelname aan een preventieprogramma een belangrijke factor voor de deelnamebereidheid is. Daarbij is het ook belangrijk patiënten vanaf de eerste oproep te motiveren mee te doen, aangezien de groep die vanaf het begin meedoet de hoogste deelname-trouw laat zien. Nederlanders vinden huisartsen betrouwbaar en vinden dat deze een belangrijke rol hebben in de informatievoorziening bij het maken van keuzes. Persoonlijk contact met de huisarts, in welke vorm dan ook, leidt tot een hogere opkomst bij programmatische preventieprogramma's. Voorwaarde hierbij is wel dat huisartsen deze rol op zich nemen.

Mensen zijn eerder bereid om deel te nemen aan preventieprogramma's die een kleine inspanning vereisen, zoals het halen van een griep-prik, dan preventieprogramma's die een grote verandering in leefstijl impliceren, zoals bij een hoog risico op hart- en vaatziekten. Dit kan opgevat worden als bemoeienis met de persoonlijke levenssfeer. Per type programma zijn er andere factoren die aandacht behoeven om de deelname te bevorderen. Bij vaccinatie is dat met name de communicatie over de legitimiteit van het programma, bij screening gericht op vroege opsporing is dat meer het wegnemen van angst voor ongemak en schaamte. Bij programma's als het PreventieConsult CMR kan het vooruitzicht dat mensen pillen moeten gaan slikken, en dus patiënt worden, of hun leefstijl moeten gaan aanpassen demotiverend werken. Tot slot moeten mensen het ook relevant vinden en inzien dat ze zelf een bijdrage kunnen leveren aan het verlagen van het risico op het krijgen van een bepaalde aandoening.

Het succes van programmatische preventieprogramma's is pas op lange termijn te behalen. Optimale gezondheidswinst wordt pas behaald bij periodieke deelname aan screening en vaccinatie en door het blijvend vasthouden van een leefstijlaanpassing. Gedurende de verschillende programmatische preventieprogramma's zijn er verschillende momenten waarop mensen inzicht verschaft kan worden in hun gezondheid en het belang daar iets aan te doen. Het is belangrijk daar gebruik van te maken en al vanaf het moment van uitnodigen hierin actief te zijn. Voorbeelden hiervan zijn: uitleg over hoog risico en de consequenties daarvan, het zich leren wapenen tegen terugval in oud gedrag en het overkomen van praktische drempels. Hierbij kan het helpen als de omgeving het nieuwe gedrag ondersteunt, zowel in praktische zin als emotionele zin.

Preventie maakt momenteel een relatief klein deel uit van de totale huisartsenzorg. Zo wordt over leefstijl door de praktijkondersteuner, in een tijdsbestek van 1 tot 5 minuten, met name algemene informatie verstrekt aan de patiënt. Indien de preventie een leefstijl-aanpassing behelst, zoals meer bewegen, is de huisarts wel vaak de initiator om het onderwerp ter sprake te brengen, maar wordt het programma uitgevoerd door eerstelijns paramedici of specialisten in de nuldelijn. Aansluitend worden steeds meer initiatieven opgezet om preventie te versterken door een gebiedsgerichte ketensamenwerking van nulde en eerste lijnszorg. Voor een duurzame samenwerking en inbedding van leefstijlprogramma's moeten echter nog veel hobbels worden genomen, zo moeten de verschillende partijen elkaar nog vinden en moet er duidelijkheid komen omtrent financiering en verantwoordelijkheden.

Het belang van preventie wordt door alle betrokken partijen (overheid, zorgverzekeraars, beroepsgroepen, en patiënten) breed gedeeld; uit ethisch oogpunt (gezondheid is een belangrijk goed en voorkomen is beter dan genezen), maar ook als middel om een toename in kosten vanwege ziekten en zorg tegen te gaan. Preventie moet dan ook zeker voortgezet worden, en waar mogelijk breder neergezet worden. Hoe preventie geïmplementeerd moet worden, wie waarvoor verantwoordelijk is en welke bekostigingsstructuur hierbij past is daarentegen veel minder duidelijk en daar wordt door de verschillende betrokken partijen verschillend over gedacht.

Veel verschillende partijen zijn betrokken bij programmatische preventie, naast de huisartsen spelen andere eerstelijns zorgverleners een grote rol, evenals de (lokale) overheid, zorgverzekeraars en de burgers zelf. De rollen en verwachtingen van andere partijen zijn niet altijd duidelijk, hetgeen het actief oppakken van preventie-activiteiten in de weg staat. Ditzelfde geldt voor de financiering en continuïteit van de aangeboden programma's. Zolang er onzekerheid bestaat over deze aspecten zal het breed uitrollen van programmatische preventie niet voldoende van de grond komen en blijft het afhankelijk van een toevallig enthousiast individu of een enthousiaste groep. Na vertrek van deze trekker(s) is de kans groot dat het aanbod verdwijnt. Dit spanningsveld tussen de diverse partijen omtrent rollen, verwachtingen en verantwoordelijkheden maakt dat de uitvoerende partijen terughoudend zijn om programmatische preventieprogramma's breed te implementeren. Ze zijn terughoudend in de investeringen die nodig zijn om programmatische preventie blijvend van voldoende kwaliteit aan te kunnen bieden en ook om nieuwe preventieactiviteiten te ontplooien. Daarbovenop werkt een afnemende deelnamebereidheid en deelnametrouw van de burgers ook niet mee om aanbieders van programmatische preventieprogramma's enthousiast te houden.

5.2 Dilemma's en vragen bij programmatische preventieprogramma's

- **Programmatische preventie kent meerdere dilemma's en vragen die een belemmering kunnen vormen voor implementatie**

Programmatische preventie kent meerdere dilemma's en de verschillende betrokken partijen hebben ook weer ieder hun eigen dilemma's. Dilemma's vragen om afwegingen en beslissingen, dit is belangrijk om programmatische preventie programma's breed en blijvend ingebed te krijgen.

Een eerste dilemma is dat investering in preventie en gezondheidswinst op korte termijn geld kost. Op lange termijn levert het maatschappelijke en/of economische winst op indien de deelnamebereidheid en deelnametrouw voldoende hoog is. Dit vraagt om een beslissing en visie over de lange termijn, die voorbij regeringstermijnen gaat.

Een volgend dilemma gaat over sturen van de overheid versus eigen verantwoordelijkheid. De vraag hierbij is of het aantrekkelijk maken van goede keuzes voldoende is om gedragsveranderingen te bewerkstelligen of dat een krachtiger beleid noodzakelijk is. De overheid dwingt ons wel tot gezond gedrag op de weg, zoals autogordels en een alcoholbeperking, maar niet tot gezond gedrag aan tafel of in de vrije tijd. De vraag is of de eigen verantwoordelijkheid van burgers voldoende beroep doet op een blijvende leefstijlaanpassing.

Een volgend probleem dat speelt is de vraag 'Wat is gezondheid?' Is dit de objectieve waarneming van de zorgverlener of de subjectieve waarneming van de patiënt. Deelname en deelnametrouw worden beïnvloed door deze vraag, want hoe bereik je een gedragsverandering bij een individu dat zich niet herkent in of zich niet aangesproken voelt door het hoge risico dat uit een test komt? Daarna is de vraag welke partij of partijen betrokken moeten worden bij een brede implementatie van programmatische preventie: moet de verantwoordelijkheid bij het individu liggen, bij de diverse betrokken uitvoerende partijen, bij de beleidsmakers of moet deze vraag breder aangepakt worden en moet de hele maatschappij erbij betrokken worden? Een gezamenlijke aanpak door een zeer breed spectrum van partijen die zich gezamenlijk verantwoordelijk voelen om een gezonde leefstijl te promoten laat succes zien in Finland. Vijftientig jaar na de start van een dergelijke brede aanpak, waaronder bloeddruk- en cholesterol-metingen in de supermarkt, nieuwe gezondere producten in de winkel, prijsbeleid, en landbouwhervorming, werd er een duidelijke afname in sterftcijfer en risicofactoren gevonden.¹⁰⁸ De sterfte was bijvoorbeeld afgenomen met bijna 50%, het cholesterolgehalte was met meer dan 1 mmol/l gedaald, en de gemiddelde systolische bloeddruk was met 10 mmHg gedaald. Men koos voor een lange termijn aanpak, omdat het nu eenmaal tijd kost om alle

partijen enthousiast en betrokken te krijgen. Continuïteit van het beleid is noodzakelijk om programmatische preventie blijvend te implementeren, het gaat niet vanzelf en kost veel tijd.

Tot slot rijst de vraag op welke doelgroep programmatische preventie zich moet richten? Is dat op de 70% van de bevolking met een gemiddeld risico, of de 20% van de bevolking met het hoogste risico? Op individueel niveau is met de laatste aanpak de meeste gezondheidswinst te behalen, op populatieniveau is dat niet vanzelfsprekend. Deze keuze bepaalt mede vanuit welke invalshoek programmatische preventie geïnitieerd kan of moet worden. Bij een focus op 20% van de bevolking met een hoog risico is de huisartsenpraktijk een voor de hand liggende setting van waaruit gestart kan worden, bij een focus op 70% van de bevolking is dit geen reële optie meer. Ook kan gekozen worden voor beide opties naast elkaar.

Zolang bovengenoemde dilemma's en vragen bestaan en geen keuzes worden gemaakt, zal de grootschalige implementatie van programmatische preventieprogramma's niet van de grond komen.

5.3 Een onderzoeksagenda

Programmatische preventie komt nog onvoldoende van de grond, hierbij zijn verschillende factoren belangrijk, zoals de rollen van de diverse actoren, de houding van de burgers en de inbedding in het zorgstelsel. Een belangrijke vraag is dan ook 'Hoe krijgen we preventie hoog op de agenda van iedere Nederlander?'. Over hoe dit bereikt kan worden en welke factoren dit belemmeren of juist kunnen stimuleren is nog (te) weinig bekend. Zo liggen er nog de volgende onderzoeksvragen voor de diverse deelgebieden:

Deelnamebereidheid

- *Hoe kan de deelnamebereidheid van individuen verhoogd worden, ondersteund door alle betrokken professionals, het beleid en het draagvlak in de maatschappij?*
 - Welke interventies om deelnamebereidheid te verhogen zijn effectief bij alle, of een deel van de doelgroepen?
 - Wie moet, of kan, het beste de regie voeren om effectieve interventies te implementeren?
 - Welke randvoorwaarden zijn nodig voordat een programma een hoge deelname kan bereiken en behouden?

Rondom het aanbod van (nieuwe) programmatische preventieprogramma's die zich vooral richten op leefstijlaanpassingen liggen er nog specifieke vragen rondom deelnamebereidheid en vragen met betrekking tot (kosten) effectiviteit:

Deelnametrouw

- *Wat is het effect van de volgende factoren om te gaan en te blijven deelnemen aan programma's waarbinnen leefstijlaanpassingen een belangrijke rol spelen?*
 - Gezond gedrag belonen, zoals gezonde voeding goedkoper maken?
 - Gezonde leefomgeving, die uitnodigt om te bewegen, creëren?
 - Gezond gedrag stimuleren op scholen, zoals gezonde voeding in de kantine en frequenter verplicht aanbieden van schoolgym?
 - Ongezond gedrag duurder maken, bijvoorbeeld verwerken in de ziektekostenpremie?
 - Terugdringen sociaal-economische gezondheidsverschillen?

(Kosten) Effectiviteit

- *Wat is de (kosten)effectiviteit van bepaalde leefstijlaanpassingen, zowel in economische zin als maatschappelijke baten en individueel welzijn?*
- *Wat is de (kosten)effectiviteit van verschillende aanpassingen van de sociaal-maatschappelijke context en het terugdringen van sociaal economische verschillen, zowel in economische zin als maatschappelijke baten en individueel welzijn?*
- *Wat is de kosteneffectiviteit van de verschillende programma's bij verschillende niveaus van deelnamebereidheid en deelnametrouw.*

Tot slot liggen er nog vragen over het programma-aanbod:

- *Moeten alle preventieprogramma's los van elkaar worden aangeboden (specifiek), of moeten we toe naar één geïntegreerd programma waarin de grootste risicofactoren gezamenlijk worden aangepakt (generiek programma)?*
- *Binnen welke domeinen zou programmatische preventieprogramma's nog meer een belangrijke rol kunnen spelen? Te denken valt aan depressie en angst, colonkanker- screening, screening op dementie, COPD, consultatiebureau voor ouderen.*

5.4 Een beleidsagenda

Rondom de organisatie, het beleid, de financiering en de afstemming van het opzetten en uitvoeren van programmatische (nieuwe) preventieprogramma's in de eerste lijn bestaat nog veel onduidelijkheid. Dit staat grootschalige implementatie van die programma's waarbij diverse partijen moeten samenwerken in de weg. Aandachtspunten ten aanzien van het beleid zijn onder andere:

Financiering

- Financiering rondom het programmatische preventieprogramma het PreventieConsult CMR is voor de betrokken veldpartijen onduidelijk. Verschillende opeenvolgende stappen van dit programma vallen onder verschillende financieringsstructuren, dit staat grootschalige implementatie in de weg.
- Afstemming van de financiering tussen nulde en eerstelijns in het preventieprogramma is voor de betrokken veldpartijen onduidelijk

Organisatie

- Rollen en verantwoordelijkheden van de betrokken organisaties voor de verschillende stappen binnen het PreventieConsult CMR zijn niet duidelijk
- De regiefunctie is onduidelijk, dit werkt een afwachtende houding van verschillende veldpartijen in de hand
- Welke veldpartijen zouden betrokken moeten worden bij preventieprogramma's waarbij de focus ligt op leefstijl aanpassingen; is dat alleen de eerste en nuldelijn, of horen hier ook scholen, gemeenten, sportverenigingen, middenstand, industrie en nog andere partijen bij?

Nieuwe programma's

- Programmatische preventieprogramma's zijn nu losse programma's, de vraag die er ligt is of dit zo moet blijven in de toekomst. Veel aandoeeningen die binnen een programmatisch preventieprogramma zouden passen hebben (deels) dezelfde risicofactoren. Is het efficiënt om dit via verschillende losse programma's aan te pakken, of moet het streven zijn alles in een breed gezamenlijk programma aan te bieden?

5.5 Overwegingen

Deze overzichtstudie laat zien dat er rondom de organisatie, het beleid, de financiering en de afstemming van het opzetten en uitvoeren van (nieuwe) programmatische preventieprogramma's in de eerste lijn nog veel onduidelijk is. Dit staat implementatie van deze programma's in de weg. Belangrijk hierbij is dat programmatische preventie vraagt om een lange termijn beleid en om lange termijn financiering. Daarbij komt het probleem van het vasthouden van deelname aan programmatische preventieprogramma's. Deelnamebereidheid laat een grote variatie zien tussen de verschillen programmatische preventieprogramma's, deze varieert van 66% voor de jaarlijkse griepvaccinatie tot 33% voor het PreventieConsult CMR. Zolang we niet goed genoeg weten hoe we de deelnamebereidheid kunnen verhogen of bevorderen, blijven met name leefstijlinterventie-programma's aanlopen tegen tegenvallende deelnemers en deelnemetroew. Duidelijk is wel dat de verantwoordelijk-

heid voor het gaan en blijven deelnemen niet alleen bij het individu gelegd kan worden. Het welslagen van programmatische preventieprogramma's vraagt om een hoge en langdurende deelnamebereidheid van zowel burgers, alle betrokken partijen, de overheid en van de maatschappij als geheel.

Een belangrijke vraag die hierbij beantwoord moet worden is: Hoe ver willen we gaan om gezond zijn en gezond blijven te bereiken? Is het streven gericht op het anderen geen, of zo min mogelijk, 'kwaad' doen, door bijvoorbeeld een rookvrije werkplek te garanderen? Of moet het streven naar gezond blijven verder gaan, door bijvoorbeeld gezondere keuzes aantrekkelijker, eenvoudiger of goedkoper te maken, of ongezochte keuzes duurder en onaantrekkelijker te maken, of kosten van de zorgverzekering af te stemmen op leefstijl? Dit heeft als consequentie dat de keuzevrijheid van individuen ingeperkt zal worden. Dit vraagt om een maatschappelijk debat. Mocht de uitkomst van dit debat zijn dat de keuze vooral bij het individu ligt, zal de impact van programmatische preventieprogramma's geïnitieerd vanuit de huisartsenpraktijk, met name voor programma's die een leefstijl-interventie aanbieden beperkt blijven.

Referenties

- 1 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Maatschappelijke baten. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM, 2010.
- 2 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Preventie van Welvaartsziekten. Effectief en efficiënt georganiseerd. Den Haag: RVZ, 2011.
- 3 Mackenbach JP. Successen van preventie, 1970-2010. Rotterdam: Erasmus Publishing; 2011.
- 4 Centraal Bureau voor de Statistiek. Bevolkingsprognose 2010-2060: sterkere vergrijzing, langere levensduur. Den Haag/Heerlen, Centraal Bureau voor de Statistiek, 2010.
- 5 Stirbu-Wagner I, Dorsman SA, Visscher S, Davids R, Gravestein JV, Abrahamse H et al. Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/IQ, 2010. <http://www.LINH.nl>.
- 6 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Effecten van preventie. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM, 2010.
- 7 Kohl HW 3rd, Craig CL, Lambert EV, Inoue S, Alkandari JR, Leetongin G et al. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *Lancet* 2012, 380: 294-305.
- 8 Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* 2012, 380: 219-229.
- 9 ZonMw. 2012. [http://www.nwo.nl/files.nsf/pages/NWOP_8GTEQU/\\$file/ZonMw%20Definitie%20van%20preventie%20_kort_.pdf](http://www.nwo.nl/files.nsf/pages/NWOP_8GTEQU/$file/ZonMw%20Definitie%20van%20preventie%20_kort_.pdf)
- 10 Drenthen T, Busch MCM. Huisartsenpraktijk: Hoe is de organisatie en wat is het aanbod? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Preventie\In verschillende settings\Zorg\Huisartsenpraktijk, 1 april 2009.
- 11 Ursum J, Rijken M, Heijmans M, Cardol M, Schellevis F. Zorg voor chronisch zieken. Organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie. Utrecht: NIVEL, 2011.
- 12 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Preventie van chronische ziekten in risicogroepen. Bilthoven: RIVM, 2011.
- 13 Jansen B, Tacken M, Mulder J, Visscher S, Tiersma W, Braspenning J. Monitoring vaccinatiegraad Nationaal Programma Grieppreventie 2010. Nijmegen/Utrecht: LINH, 2011.
- 14 Verbeek ALM, van Dijk JA, Kiemeny LALM, Broeders MJM. Verantwoord screenen op kanker. *Ned Tijdschr Geneesk* 2011, 155: A3934.
- 15 Weller D, Campbell C. Uptake in cancer screening programmes: a priority in cancer control. *Br J Cancer* 2009, 101: S55-S59.
- 16 Bijl D. Werkzaamheid en effectiviteit van influenzavaccinatie. *Geneesmiddelenbulletin* 2011, 45: 109-117.

- 17 Houweling H. Debatmiddag over griepvaccinatie. *Graadmeter* 2012, 28: 27-29.
- 18 www.zorgatlas.nl. (op 21-12-2011).
- 19 Dekker JM, Alsema M, Janssen PGH, Van der Paardt M, Festen CCS, Van Oosterhout MJW et al. NHG-Standaard Het PreventieConsult module Cardiometabool. *Huisarts Wet* 2011, 54: 138-155.
- 20 Koopmans B, Nielen MMJ, Schellevis FG, Korevaar JC. Non-participation in population-based disease prevention programs in General Practice. *BMC Public Health*, in press 2012.
- 21 Brabers AEM, Reitsma-van Rooijen M, de Jong JD. Consumentenpanel Gezondheidszorg: basisrapport met informatie over het panel (2011). Utrecht: NIVEL, 2011.
- 22 Verhaak PFM, Bosman JM, van der Velden J. Preventie: nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Utrecht: NIVEL, 1991.
- 23 Vroeger N. Commissie wetenschappelijk onderzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Woudschotenrapport: rapport over de Taak van de huisarts de zogenaamde Woudschotenmaterie. Utrecht: NHG, 1959.
- 24 van den Dool CWA. Surveillance van risicogroepen: anticiperende geneeskunde. *Huisarts en Wetenschap* 1970, 13: 59-62.
- 25 Drenthen T. Challenges to prevention in Dutch general practice. *Am J Clin Nutr* 1997, 65: 1943S-1945S.
- 26 Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Nota 2000: samenvatting. Den Haag: WVC, 1986.
- 27 Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Nota Bereidheid tot verandering. Den Haag: WVC, 1987.
- 28 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Gezond en Wel, kader van het volksgezondheidsbeleid 1995 – 1998. Rijswijk: VWS, 1995.
- 29 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kabinetsnota Langer gezond leven. Ook een kwestie van gezond gedrag. Den Haag: VWS 2003.
- 30 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Preventienota Kiezen voor gezond leven. Den Haag: VWS, 2006.
- 31 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie. Den Haag: VWS, 2007.
- 32 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Landelijke nota gezondheidsbeleid, Gezondheid dichtbij. Den Haag: VWS, 2011.
- 33 van Veen WA, Stultiens LF. Wet- en regelgeving voor screening. *Bijblijven* 2009, 27: 8-15.
- 34 Gevers JKM. Screening: de tijden veranderen, de wetgever volgt nog (niet). *Tijdschr Gezondheidsrecht* 2008, 7: 504-510.
- 35 Wilson JM, Younger YG. Principles and practice of mass screening for disease. *Bol Oficina Sanit Panam* 1968, 65: 281-393.
- 36 Interdepartementaal Beleidsonderzoek. Gezond gedrag bevordert. Eindrapportage van de werkgroep IBO preventie. Den Haag: IBO, 2007.
- 37 Reitsma-van Rooijen M, Brabers AEM, de Jong JD. Bijna 8% wisselt van zorgverzekeraar. Premie is de belangrijkste reden om te wisselen. Utrecht: NIVEL, 2010.
- 38 Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standpunt Kernwaarden huisartsge-

- neeskunde: generalistisch, persoonsgericht, continu. Utrecht: NHG, 2011.
- 39 Nielen MMJ, Schellevis FG. Preventie in de huisartsenpraktijk anno 2008. De vroege opsporing van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en nierziekten. Utrecht: NIVEL, 2008.
- 40 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Het beroepsprofiel van de fysiotherapeut 2005. Amersfoort: KNGF, 2005.
- 41 Swinkels ICS, Leemrijse C. Wat is fysiotherapie? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>>Nationaal Kompas Volksgezondheid\Zorg\Eerstelijnszorg\Paramedische zorg\Fysiotherapie, 11 december 2006
- 42 Swinkels ICS, El Hbri-El Garhioui S, Ijzelenberg H, Veenhof C. Physical therapists and their roles in prevention: the opinions and experiences of physical therapists. Utrecht: NIVEL (work in progress).
- 43 Tol J, Swinkels ICS, de Bakker DH, Veenhof C. Jaarboek LiPZ. Beroepsgroep Dietetiek. Gegevensverzameling 2008-2010 binnen vrijgevestigde praktijken voor dietetiek. Utrecht: Nivel, 2011.
- 44 Tol J, Lokhorst W, Swinkels ICS, Veenhof C. De rol van diëtisten bij preventie. Utrecht: NIVEL (work in progress).
- 45 Nederlandse Patient en Consumenten Federatie. Zorgconsument en preventie. Investeren in gezondheid en kwaliteit van leven. Utrecht: NPCF, 2007.
- 46 Ploch T. Visiedocument Samenwerkende GezondheidsFondsen. Preventie met zorg. Samenwerkende GezondheidsFondsen, 2010.
- 47 Koninklijk Nederlands Medisch Genootschap. Volksgezondheid en preventie. De visie van de KNMG. Utrecht: KNMG, 2007.
- 48 Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. De menselijke beslisser. Amsterdam University Press, 2010.
- 49 Azjen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentics-Hall; 1980.
- 50 Van der Weijden T, Timmermans D, Wensing M. 'Dus alles is goed dokter?' Hoe informeer ik mijn patiënten over grote en kleine risico's? Huisarts Wet 2006, 11: 550-553.
- 51 Van Steenkiste B, van der Weijden T, Timmermans D, Vaes J, Stoffers J, Grol R. Patients' ideas, fears and expectations of their coronary risk: barriers for primary prevention. Patient Educ Couns 2004, 55: 301-307.
- 52 Klomp M, Meulepas M, Anema B, Harms L. PreventieConsult in praktijk: een pilot. Medisch Contact 2011, 66: 659-661.
- 53 Nielen M, van der Meer V, Assendelft W, Schellevis F. Eerste ervaringen met het PreventieConsult Cardiometabool risico. Huisarts Wet 2011, 54: 414-419.
- 54 van de Kerkhof RM, Godefröij MB, Wouda PJ, Vening RA, Dinant GJ, Spigt MG. [Cardiometabolic risk factors detected with a preventative screening programme]. Ned Tijdschr Geneesk 2010, 154: A1860.
- 55 Tiessen AH, Smit AJ, Zevenhuizen S, Spithoven EM, van der Meer K. Cardiovascular screening in general practice in a low SES area. In review 2012.

- 56 Sargeant LA, Simmons RK, Barling RS, Butler R, Williams KM, Prevost AT *et al.*. Who attends a UK diabetes screening programme? Findings from the ADDITION-Cambridge study. *Diabet Med* 2010, 27: 995-1003.
- 57 Verweij A, van der Lucht F. Wat is de omvang van sociaaleconomische gezondheidsverschillen? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Thema's\Gezondheidsachterstanden\Sociaaleconomische status, 7 december 2010.
- 58 Kroneman M, Verheij R. De griep prik in Nederland: motivatie voor deelname en distributiekanaal. Utrecht: NIVEL, 2003
- 59 Kulu-Glasgow I, Weide M, De Bakker D, Van Essen G. Wel of geen griep prik? Verschillen tussen allochtone en autochtone ouderen. *Huisarts Wet* 2001, 11: 481-484.
- 60 De Gezondheidsraad. Screening op baarmoederhalskanker. Den Haag: GR, 2011.
- 61 Centrum voor Bevolkingsonderzoek (RIVM). Zicht op de voorlichting/communicatie aan burgers bij de bevolkingsonderzoeken naar kanker. Bilthoven: RIVM, 2010.
- 62 Tacken MA, Braspenning JC, Hermens RP, Spreeuwenberg PM, van den Hoogen HJ, de Bakker DH *et al.*. Uptake of cervical cancer screening in The Netherlands is mainly influenced by women's beliefs about the screening and by the inviting organization. *Eur J Public Health* 2007, 17: 178-185.
- 63 Kuiper D, Holwerda A, Dijkstra GJ. Non-respons bij bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, sectie Toegepast Onderzoek (NCG/TO), Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), 2005.
- 64 Nielen MMJ, van der Meer V, Schellevis FG. Evaluatie pilot PreventieConsult cardiometabool risico. Utrecht: NIVEL, 2010.
- 65 Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu. Deelname aan preventief gezondheidsonderzoek rondom de leefstijl. Bereik onder Nederlanders en redenen voor non-respons. Bilthoven: RIVM, 2008.
- 66 Knops-Dullens R, van de Ven G, Tacken M, Braspenning JC. Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker. Kennissynthese over het verbeteren van de uitnodigingsstrategie. Nijmegen: IQ healthcare, 2009.
- 67 van den Berg M. Goedgeinformeerd beslissen over screening. *TSG* 2011, 89: 247-248.
- 68 Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Strategische kennisagenda 2020. Den Haag: VWS, 2012.
- 69 Gezondheidsraad. De toekomst van het Rijksvaccinatieprogramma: naar een programma voor alle leeftijden. Den Haag: GR, 2007.
- 70 Edwards AG, Evans R, Dundon J, Haigh S, Hood K, Elwyn GJ. Personalised risk communication for informed decision making about taking screening tests. *Cochrane Database Syst Rev* 2006, 4: CD001865.
- 71 von Wagner C, Good A, Whitaker KL, Wardle J. Psychosocial determinants of socioeconomic inequalities in cancer screening participation: a conceptual framework. *Epidemiol Rev* 2011, 33: 135-147.

- 72 van der Weerd W, Timmermans DR, Beaujean DJ, Oudhoff J, van Steenberghe JE. Monitoring the level of government trust, risk perception and intention of the general public to adopt protective measures during the influenza A (H1N1) pandemic in The Netherlands. *BMC Public Health* 2011, 11: 575.
- 73 Janssens M, Verkleij H. Hoge opkomst bij vaccinaties: niet meer vanzelfsprekend. *TSG* 2010, 88: 4.
- 74 Nielen MMJ, de Bakker DH, Schellevis FG. Toezicht op preventie in de zorg: een verkenning. Utrecht: NIVEL, 2009.
- 75 De Bekker-Grob EW, van Dulmen S, van den Berg M, Verheij R, Slobbe LCJ. Primary prevention of cardiovascular diseases: a cost study in family practices. *BMC Fam Pract* 2011, 12: 69.
- 76 Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg. top-10-prescripties-naar-aandoening-icpc. <http://www.nivel.nl/top-10-prescripties-naar-aandoening-icpc>. Utrecht: NIVEL, 2011.
- 77 van Dulmen S, Sluijs E, van Dijk L, de Ridder D, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Serv Res* 2007, 7: 55.
- 78 van Dijk L, Heerdink E.R., Somai D, van Dulmen S, Sluijs E, De Ridder DT *et al.* Patient risk profiles and practice variation in nonadherence to antidepressants, antihypertensives and oral hypoglycemics. *BMC Health Service Research* 2007, 7.
- 79 Schoen T, Prins M, van Dijk L, van Dulmen S. Het betrekken van het perspectief van patiënt en voorschrijver bij het verbeteren van de communicatie over geneesmiddelen en therapietrouw: rapportage van het gezamenlijke project van NPCF en NIVEL aan Stichting Fonds PGO uitgevoerd in 2007/ 2008. Utrecht: NIVEL, 2008.
- 80 Vervloet M, van Dijk L, Schoen T, van Dulmen S. Het betrekken van perspectief van patiënt en voorschrijver bij het verbeteren van de communicatie over het (trouw) gebruik van cholesterolverlagers. Utrecht: NIVEL, 2009.
- 81 Sabete E. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva: World Health Organization, 2003.
- 82 Noordman J, Verhaak P, van Dulmen S. Discussing patient's lifestyle choices in the consulting room: analysis of GP-patient consultations between 1975 and 2008. *BMC Fam Pract* 2010, 11: 87.
- 83 Noordman J, Koopmans B, Korevaar JC, van der Weijden T, van Dulmen S. Exploring lifestyle counseling in routine primary care consultations; the professional's role. In review 2012.
- 84 Noordman J, van der Lee I, Nielen M, Vlek H, van der Weijden T, van Dulmen S. Do trained practice nurses apply motivational interviewing techniques in primary care consultations? *J Clin Med Res*, in press 2012.
- 85 Allenspach EC, Handschin M, Joss MK, Hauser A, Nuscheler M, Grize L *et al.* Patient and physician acceptance of a campaign approach to promoting physical activity: The 'Move for Health' project. *Swiss Med Wkly* 2007, 137: 292-299.

- 86 van Gils P, Lambooij M, Flanderijn M, van den Berg M, de Wit G, Schuit A *et al.*. Willingness to participate in a lifestyle intervention program of patients with type 2 diabetes mellitus: a conjoint analysis. *Patient Prefer Adherence* 2011, 5: 537-546.
- 87 Zanjani F, Zubritsky C, Mullahy M, Oslin D. Predictors of adherence within an intervention research study of the at-risk older drinker: PRISM-E. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2006, 19: 231-238.
- 88 Groeneveld I, Proper K, van der Beek A, Hildebrandt V, van Mechelen W. Factors associated with non-participation and drop-out in a lifestyle intervention for workers with an elevated risk of cardiovascular disease. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2009, 6: 80.
- 89 Verheijden M, Jans M, Hildebrandt V, Hopman-Rock M. Rates and determinants of repeated participation in a web-based behavior change program for healthy body weight and healthy lifestyle. *J Med Internet Res* 2007, 9: e1.
- 90 Lakerveld J, IJzelenberg W, van Tulder M, Hellemans I, Rauwerda J, van Rossum A, *et al.*. Motives for (not) participating in a lifestyle intervention trial. *BMC Med Res Methodol* 2008, 8: 17.
- 91 de Haan C, Jonkers R, van der Sluis M. Onderzoek naar 'niet doorstromen'. Amsterdam: ResCon, 2010.
- 92 Visser F, Plantinga M. Procesevaluatie professionals 2009 Beweegkuur. Bennekom: NISB, 2009.
- 93 Helmink J, Meis J, Kremers S. Een jaar Beweegkuur, en dan? Een onderzoek naar de bevorderende en belemmerende contextuele factoren, periode januari-december 2009. Maastricht: Maastricht University, 2009.
- 94 Overgoor L, Aalders M. Big!Move, evaluatieverslag april 2003-juni 2004. Gezondheidscentrum Venserpolder. Bennekom: NISB, 2004.
- 95 Overgoor L, Aalders M, Satijs Muller I. Big!Move, beweging in gedrag van patiënt en huisarts. *Huisarts Wet* 2006, 49: 42-45.
- 96 van der Waerden J, Hoefnagels C, Jansen M, Hosman C. Exploring recruitment, willingness to participate, and retention of low-SES women in stress and depression prevention. *BMC Public Health* 2010, 10: 588.
- 97 Schmidt M, Absalah S, Nierkens V, Stronks K. Which factors engage women in deprived neighborhoods to participate in exercise referral schemes? *BMC Public Health* 2008, 3: 371.
- 98 Landelijke Huisartsen Vereniging, Vereniging Nederlandse Gemeenten, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De samenwerking tussen huisarts en gemeente. Een eerste analyse. 2011.
http://www.lvg.org/digi/2012/04/Analyse_huisartsen-gemeente_11-12.pdf
- 99 Yeung A, Yu SC, Fung F, Vorono S, Fava M. Recognizing and engaging depressed Chinese Americans in treatment in a primary care setting. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006, 21: 819-823.
- 100 Vermunt PW, Milder IE, Wielaard F, van Oers JA, Westert GP. An active strategy to identify individuals eligible for type 2 diabetes prevention by lifestyle intervention in Dutch primary care: the APHRODITE study. *Fam Pract* 2010, 27: 312-319.

- 101 Eborall H, Davies R, Kinmonth AL, Griffin S, Lawton J. Patients' experiences of screening for type 2 diabetes: prospective qualitative study embedded in the ADDITION (Cambridge) randomised controlled trial. *BMJ* 2007, 335: 490.
- 102 Tacken M, Mulder J, van den Hoogen HJ, Tiersma W, Donkers J, Verheij R *et al.*. Monitoring Nationaal Programma Grieppreventie 2008. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/IQ, 2009.
- 103 Scaf-Klomp W, van Sonderen FL, Stewart R, van Dijck JA, van den Heuvel WJ. Compliance after 17 years of breast cancer screening. *J Med Screen* 1995, 2: 195-199.
- 104 Tornberg S, Kemetli L, Svane G, Rosen M, Stenbeck M, Nystrom L. Pattern of participation in a cohort aged 50-60 years at first invitation to the service-screening programme with mammography in Stockholm county, Sweden. *Prev Med* 2005, 41: 728-733.
- 105 Bulliard JL, De Landsheer JP, Levi F. Reattendance in the Swiss mammography screening pilot programme. *J Med Screen* 2004, 11: 59-64.
- 106 Roman R, Sala M, De La Vega M, Natal C, Galceran J, Gonzalez-Roman I, *et al.*. Effect of false-positives and women's characteristics on long-term adherence to breast cancer screening. *Breast Cancer Res Treat* 2011, 130: 543-552.
- 107 Garcia M, Borrás JM, Binefa G, Mila N, Espinas JA, Moreno V. Repeated screening for colorectal cancer with fecal occult blood test in Catalonia, Spain. *Eur J Cancer Prev* 2012, 21: 42-45.
- 108 Puska P. The North Karelia Project – Pioneering work to improve national public health. Helsinki: National Public Health Institute - KTL, 2012.

Bijlage 1: Lijst van geïnterviewden

Experts zijn op twee verschillende manieren geraadpleegd voor deze studie; door middel van interviews en een online discussieforum.

Lijst van geïnterviewden

- Dhr. dr. A.J.M. Drenthen, Nederlands Huisartsen Genootschap
- Dhr. dr. P. van den Hombergh, Landelijke Huisartsen Vereniging
- Mw. E. van der Vorst, Agis/Achmea
- Mw. drs. F.M. van der Meer, dhr. drs. C.G. Mastenbroek, College van Zorgverzekeringen
- Mw. drs. W. Wind, dhr. J. Benedictus, Nederlandse Consumenten Patiënten Federatie
- Dhr. dr. J.B.F. Hutten, mw. drs. M. Prins, mw. mr. A. Rendering, mw. drs. W. Slingerland, dhr. drs. E.W. Maarseveen, Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport

Lijst van deelnemers aan het online discussieforum

- Mw. dr. J. Bont, Landelijke Huisartsen Vereniging
- Mw. dr. K. Van Geffen, Nierstichting Nederland
- Dhr. dr. M.E. Homan, Nederlandse Zorgautoriteit
- Dhr. drs. L. Kliphuis, Landelijke Vereniging Gereorganiseerde eerste lijn
- Dhr. prof. dr. J. Polder, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
- Mw. dr. P.G.J. Reurlings, Inspectie voor de Gezondheidszorg
- Dhr. drs. A.E. Timmermans, Nederlands Huisartsen Genootschap

