

# Preventie in de eerste lijn\*

## VAN EEN INDIVIDUELE NAAR EEN SYSTEMATISCHE AANPAK

Hedwig M.M. Vos, Iris M.A. Adan, François G. Schellevis en Antoine L.M. Lagro-Janssen

**+** GERELATEERD ARTIKEL Ned Tijdschr Geneesk. 2015;159:A9189

- DOEL** Onderzoeken hoe beslissingen bij de implementatie van preventieprogramma's in de huisartsenpraktijk in de afgelopen 30 jaar tot stand zijn gekomen met als doel hiervan te leren hoe een impasse zoals bij de invoering van een grootschalig programma voor cardiovasculair risicomanagement (CVRM) is te doorbreken.
- OPZET** Kwalitatief, beschrijvend onderzoek.
- METHODE** De bevorderende en remmende factoren op de implementatie van preventie in de afgelopen 30 jaar werden geïnventariseerd in een 'witness seminar' dat plaatsvond in september 2011. Hiervoor waren sleutelfiguren uitgenodigd die het besluitvormingsproces van de implementatie van systematische preventieprogramma's bediscussieerden. De hele discussie werd opgenomen op audio-tape en er vond een kwalitatieve analyse plaats van de inhoud.
- RESULTATEN** We vonden 4 verschillende periodes: (a) de omwenteling van huisartsen die preventie ter discussie stelden naar de implementatie van systematische influenzavaccinatie in de huisartsenpraktijk; (b) de overgang van systematische influenzavaccinatie naar het plannen van programma's voor CVRM; (c) de overgang van het plannen en uitproberen van CVRM-programma's naar het annuleren hiervan; (d) de terugkeer van preventie in de huisartsenpraktijk.
- CONCLUSIE** De angst van huisartsen om het domein van preventie aan anderen kwijt te raken en financiële en logistieke ondersteuning zijn de belangrijkste bevorderende factoren voor de implementatie van preventieprogramma's in de huisartsenpraktijk. De belangrijkste remmende factoren voor de implementatie van preventie zijn de combinatie van onzekerheid over vergoeding en gebrek aan wetenschappelijk bewijs. De visie van de huisarts dat iedereen hetzelfde recht heeft op zorg lijkt het geleidelijk aan over te nemen van de neiging om vast te houden aan evidence-based preventie.

De eerstelijnszorg was in de 20e eeuw op het individu gericht, maar verschuift in de 21e eeuw naar een meer op de populatie georiënteerde zorg. Een belangrijk motief om preventie van ziekten bij gezonde mensen te incorporeren in de eerstelijns geneeskunde is de noodzaak om preventie en behandeling met elkaar te integreren.<sup>1,2</sup> Omdat de huisarts vrijwel iedereen ziet, lijkt de huisartsenpraktijk een logische plek voor preventie.<sup>3</sup> In 1995 stelde het ministerie van Volksgezondheid geld beschikbaar om het project 'Preventie: maatwerk' te implementeren. Binnen dit project werden vanaf 1997 huisartsen ondersteund bij de organisatie en implementatie van influenzavaccinaties. In hetzelfde jaar werd ook de organisatie van screening op baarmoederhalskanker realiteit.<sup>2</sup>

Veranderingen in de klinische praktijk zijn slechts deels het gevolg van gedragsveranderingen van artsen zelf. Obstakels voor verandering liggen meestal niet alleen in de manier waarop professionals naar een probleem kijken. Ook de rol van de patiënten, de organisatie van zorgprocessen, geld, leiderschap – of juist het gebrek daaraan – en de politieke werkelijkheid belemmeren of bevorderen veranderingen.<sup>4,5</sup> Wij onderzochten hoe beslissingen bij

*\*Dit onderzoek werd eerder gepubliceerd in het Journal of Evaluation in Clinical Practice (2014;20:208-15) met als titel 'Prevention in primary care: facilitators and barriers to transform prevention from a random coincidence to a systematic approach'.*

*Afgedrukt met toestemming.*

*Radboudumc, afd. Eerstelijns geneeskunde, Nijmegen.*

*Dr. H.M.M. Vos, huisarts; I.M.A. Adan, MSc, anios*

*ouderengeneeskunde; prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts.*

*Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg*

*(NIVEL), Utrecht.*

*Prof.dr. F.G. Schellevis, huisarts en epidemioloog (tevens: afd.*

*Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde en EMGO Instituut,*

*VUmc, Amsterdam).*

*Contactpersoon: dr. H.M.M. Vos (hmmvos@hotmail.com).*

**TABEL 1** Kenmerken van de deelnemers aan een onderzoek naar de implementatie van preventie in de huisartsenpraktijk ('witness seminar', september 2011)

geslacht	functie (in het verleden)
man	bestuurslid en hoofd van de afdeling Standaardenontwikkeling van het NHG
man	bestuurslid van de LHV
man	bestuurslid van het NHG en onderzoeker
man	teamleider preventie en patiënteneducatie van het NHG
man	onderzoeker en betrokken bij het project 'Preventie: maatwerk'
man	hoofd van de afdeling Standaardenontwikkeling van het NHG
man	bestuurslid van LHV en NHG
vrouw	minister van volksgezondheid

de implementatie van preventieprogramma's in de huisartsenpraktijk tot stand kwamen. Wat waren bevorderende en remmende factoren in het implementatieproces van preventieprogramma's in de huisartsenpraktijk in de afgelopen 30 jaar? En wat kunnen we daarvan leren?

## METHODE

Een uitgebreide verantwoording van de manier waarop we belemmerende en bevorderende factoren bepaalden staat in ons oorspronkelijke artikel, waarin wij ook meer resultaten presenteren dan hierna vermeld is.<sup>6</sup> We gebruikten een 'witness seminar' als onderzoeksmethode. Deze methode werd ontwikkeld door het Institute of Contemporary British History als een specifieke manier om geschiedenis te beschrijven. Hierbij worden experts, onderzoekers en beleidsmakers uitgenodigd om vanuit hun herinneringen een bepaald onderwerp in een bepaalde periode te verklaren en te bediscussieren.<sup>7</sup> Dit stelt onderzoekers in staat om uit te wijden over ontwikkelingen uit het verleden. Het voordeel van deze manier van onderzoek is dat het een beter begrip kan opleveren over de aspecten die relevant waren in het maken van keuzes over en implementeren van preventie in de huisartsenpraktijk vanuit het gezichtspunt van de verschillende belanghebbenden.

We nodigden potentiële deelnemers uit die ofwel betrokken waren als bestuursleden van de Landelijke Huisartsen Vereniging of het Nederlands Huisartsen Genootschap, actief waren in het beleid of wetenschappelijk onderzoek deden, ofwel in het bijzonder betrokken waren bij het preventiedebat. Van de 18 uitgenodigde personen namen er 7 deel aan het seminar in september 2011 en interviewden we er 1 telefonisch. De bijeenkomst werd voorgezeten door een onafhankelijke voorzitter.

## RESULTATEN

De deelnemers (tabel 1) bediscussieerden de implementatie van de systematische influenzavaccinatie als voorbeeld voor de implementatie van preventie in de eerste lijn. Geleidelijk aan verschoof de voorzitter de focus van de discussie in de richting van cardiovasculair risicomanagement. Omdat er minder discussie was over de invoering van de baarmoederhalscreening lieten we die activiteit buiten beschouwing.

### PERIODE 1: INTRODUCTIE VAN PREVENTIE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

Halverwege de jaren 80 van de vorige eeuw was een substantieel deel van de huisartsen niet van plan om preventieve taken uit te voeren omdat ze preventie niet tot hun takenpakket rekenden. Preventie voldeed volgens hen niet aan de criteria van Wilson en Junger.<sup>8</sup> Huisartsen stemden op een NHG-congres daarom tegen preventie. In tabel 2 laten we de bevorderende en remmende factoren in deze periode zien. Ook geven we citaten weer die onze bevindingen illustreren.

*'[...] Heel typerend, zoals dat iedere keer weer is, is de dialoog, of eigenlijk de niet-dialoog, tussen wat dan heet de voortrekkers, evangelisten ook wel genoemd door sommigen, en sceptici. Dat is eigenlijk wat er voortdurend speelt. En dit soort golfbewegingen hebben dus erg te maken, naar mijn gevoel met, en dat heb ik toen ook al naar voren gebracht, vlamvend, de reclame hiervoor is veel groter dan wat het opbrengt. Dat is dan de wetenschappelijke kant van: men zegt wel dat het allemaal zo goed werkt, maar kijk eens naar de evidence: heel erg mager.'*

Begin jaren 90 werden kleinschalige preventieprojecten opgestart, vooral in de context van wetenschappelijk onderzoek. De meerderheid van de huisartsen was nog steeds tegen de implementatie van de influenzavaccinatie in de huisartsenpraktijk, met als belangrijkste argument dat behandeling en niet preventie de belangrijkste taak van de huisarts was.

*'Toen hebben we dat via een soort handigheidje erdoor gekregen, van: één jaar gaan wij ondersteund, goed gehonoreerd vaccineren, jullie krijgen ondersteuning van de districten, jullie moeten alleen maar prikken bij wijze van spreken. Eén jaar, gun ons dat ene jaar.'* Er werd in de ledenvergadering van de LHV afgesproken om met een pilot met de duur van 1 jaar te starten. Het argument van het bestuur van de LHV om de systemische influenzavaccinatie te implementeren was om de huisarts te positioneren in het preventieveld: *'Ik denk dat er wel degelijk ook een defensief element in zat, absoluut. [...] Maar wel ondersteund door een visie.'*

Het LHV-bestuur was zich ervan bewust dat het garanderen van financiële steun de enige manier was om pre-

ventieprogramma's geïmplementeerd te krijgen. Toen de pilot na een jaar geëvalueerd werd, wilde een grote meerderheid van de huisartsen in de LHV-ledenvergadering er mee doorgaan. *"Ik weet zijn naam, hij stond weer op en zei: 'Wij hebben geen taak als huisarts', herinner ik me, maar toen stonden er twee anderen op: 'Ik heb nog nooit zoveel verdiend in één middag, dus houd je mond!'"*

In de vroege jaren 90 bleek dat meerdere beroepsgroepen de influenzavaccinatie graag uit wilden voeren. *'Het bleek dus dat iedereen wel wilde. GGD wilde het naar zich toe trekken, de apothekers verdienden er wel heel erg goed aan en wilden het eigenlijk wel overnemen.'* Wat voor vaccinatie door de huisartsen pleitte, waren hun elektronische informatiesystemen, die zeer geschikt waren om mensen met een hoog risico te identificeren.

De overheid was ervan overtuigd dat de vaccinatiegraad omhoog kon als huisartsen erbij betrokken werden. Preventie bleek binnen de politiek een belangrijk onderwerp om ambitie mee te tonen en de minister van Volksgezondheid verzocht het NHG en de LHV de influenzavaccinaties op zich te nemen. De bemoeienis van het ministerie van Volksgezondheid betrof verder alleen het financieren van de influenzavaccinaties, opleiding en publiciteit: *'Ja, mijn opvatting is altijd geweest dat als de beroepsgroep z'n werk doet, dan hoeft ik me daar in het algemeen niet te veel mee te bemoeien. [...] Dus in financiële zin heeft VWS dat gestimuleerd. Maar het was helemaal geboren in de huisartsgroep.'*

Het wetenschappelijke bewijs voor de influenzavaccinatie was echter niet erg sterk. *'Achteraf heb ik dit echt als een soort van vlek op mijn ziel beschouwd, van goh, dit*

*had je toch eigenlijk niet moeten laten gaan. [...] De griepvaccinatie had naar mijn mening niet moeten passeren, om wetenschappelijke redenen.'* Anderen waren ook kritisch: *'57% beschermingsgraad. Geweldig laag. [...], maar omdat je zoveel mensen hebt is het in absolute zin nog iets waar je op moet vertrouwen. Ik ben er niet bij geweest dat het bestuur heeft gezegd dat er een richtlijn, een standaard moest komen, maar ik heb daar natuurlijk wel steeds hard om geroepen. Waarom? Omdat mijn promotieonderzoek ervan uit ging dat er een standaard was en die was er anders niet.'*

De implementatie van de systematische influenzavaccinatie in de huisartsenpraktijk in deze periode was dus succesvol omdat de belangrijkste bevorderende factoren (de angst het domein van preventie kwijt te raken aan andere beroepsgroepen en financiële en logistieke steun) geleidelijk aan de overhand kregen boven de belangrijkste barrières (gebrek aan wetenschappelijk bewijs en de mening dat preventie geen taak is voor de huisarts). Het succes van de implementatie is duidelijk te zien aan de toename in vaccinatiegraad, van 28% in 1991 naar 74% in 2007, met een stabilisatie nadien.<sup>9</sup>

## PERIODE 2: OVERGANG NAAR CARDIOVASCULAIR RISICOMANAGEMENT

De tweede periode (1993-1999) omvat de transitie van systematische influenzavaccinaties naar het plannen en uittesten van programma's voor cardiovasculair risicomanagement. Tabel 3 toont de bevorderende en remmende factoren die kenmerkend zijn voor deze tweede periode.

De implementatie van de influenzavaccinaties en de

**TABEL 2** Bevorderende en remmende factoren voor de implementatie van preventie in huisartspraktijken in de periode 1985-1993\*

context	bevorderende factoren	remmende factoren
sociale context	invloed van politici, beleidsmakers en farmaceutische industrie LHV en NHG werken goed samen strategische motieven, zoals ict, het positioneren van de huisarts en de huisartsgeneeskunde	
professionele context	redelijk wetenschappelijk bewijs voor effectiviteit op basis van literatuur passend bij de dagelijkse praktijk en bij bestaande pilots positie en verantwoordelijkheid: preventie is er voor iedereen (gelijkheid) en is een onderdeel van de eerste lijn sfeer: rust in de beroepsgroep	wetenschappelijk bewijs: moeilijk om te voldoen aan de criteria van Wilson and Jungner <sup>8</sup> positie en verantwoordelijkheid: preventie is geen onderdeel van de huisartsgeneeskunde sfeer: agitatie in de beroepsgroep
organisatie-context persoonlijke motieven	voldoende logistieke en praktische ondersteuning en financiën promotieonderzoek naar preventie en weinig weerstand van een invloedrijke tegenstander	

\* Er werden 33 factoren geïdentificeerd, die op geleide van de context werden gegroepeerd in 4 categorieën.

**TABEL 3** Bevorderende en remmende factoren voor de implementatie van preventie in huisartspraktijken in de periode 1993-1999\*

context	bevorderende factoren	remmende factoren
sociale context	druk om mensen van 60 jaar en ouder te screenen bij de financier van het onderzoek eenheid binnen LHV en NHG gebruik van ict door de huisarts, sterkere positie van de huisarts en gebruik van preventie om steun te verkrijgen	
professionele context	wetenschappelijk bewijs: CVRM-pilots werken, theoretisch 50% risicoreductie, standaarden zijn al evidencebased corresponderend met de dagelijkse praktijk: de standaarden waren al bekend minder discussie omdat CVRM secundaire preventie is en de behandeling verbetert	geen wetenschappelijk bewijs voor primaire preventie van HVZ
organisatie-context	faciliterende randvoorwaarden: voldoende logistieke en praktische ondersteuning en financiën grote groep mensen met een risico op HVZ	het meten van de bloeddruk bij mensen van 60 jaar en ouder werd als onnodig beschouwd
persoonlijke motieven	promovendus was gemotiveerd om het promotieonderzoek te implementeren	

CVRM = cardiovasculair risicomanagement; HVZ = hart- en vaatziekten.

\* Er werden 23 factoren geïdentificeerd, die op geleide van de context werden gegroepeerd in 4 categorieën.

screening op baarmoederhalskanker bleken succesvol. Men had het idee de al bestaande NHG-standaarden 'Hypertensie' en 'Hypercholesterolemie' samen te voegen tot één standaard. Dit gevoegd bij de mogelijkheid om mensen met een hoog risico op hart- en vaatziekten te identificeren was aanleiding om cardiovasculair risicomanagement te kiezen als volgende onderwerp van Preventie Maatwerk. Er leken hier geen kapers op de kust en er waren ook wetenschappelijke argumenten. Trials werden al uitgevoerd om de effecten van preventie van hart- en vaatziekten door praktijkondersteuners te meten. En tot slot was de beschikbaarheid van financiering een belangrijk argument om voor dit thema te kiezen.

In 1996 drongen de huisartsenorganisaties aan op de mogelijkheid tot ondersteuning door een praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk. *'Dat is toen echt opgepakt en daar hebben we eigenlijk ons als DB de volgende 3 jaar, 3½ jaar, 4 jaar bijna, ik heb er eigenlijk heel mijn bestuurstijd aan gewijd, aan het verkrijgen van daadwerkelijke ondersteuning in de praktijk.'* Dit werd uiteindelijk gefaciliteerd door een verhoging van het abonnementstarief en het verrichtingentarief.

De discussie of preventie wel of geen taak was voor de huisarts werd vervangen door de discussie of cardiovasculair risicomanagement een voorbeeld van preventie was of eerder een verbetering van de kwaliteit van zorg.

*'Het ging hier om betere behandeling van mensen die al in het behandelcircuit genomen waren. Dat gold voor diabetes, maar dat gold ook natuurlijk voor de mensen met hypertensie met name. Dat was toen eigenlijk de voor-naamste, jarenlang het belangrijkste ingangscriterium om überhaupt van hart- en vaatziekte te spreken. In der tijd ging het om secundaire preventie. [...] Dat is toch verbetering van bestaande zorg, daar ging het over en dat is op zich niet gek.'*

Aan het eind van de jaren 90 namen 1000 van de 8000 huisartsen deel aan een pilotprogramma voor cardiovasculair risicomanagement. In dezelfde periode brak echter ook de discussie los binnen de huisartsenorganisaties over het huisartseninkomen en de financiering van ondersteunend personeel.

Kortom, het plannen en uitproberen van programma's voor cardiovasculair risicomanagement in de huisartsenpraktijk bleek in deze periode succesvol omdat de positieve argumenten betreffende het wetenschappelijke bewijs opwogen tegen de negatieve argumenten. Bovendien was de positie van de huisartsen binnen de gezondheidszorg stabiel, wat geïllustreerd werd door steun van de overheid in de vorm van een verhoging van het tarief voor de huisartsenzorg. Deze steun van de overheid zorgde voor stabiliteit, maar was ook een resultaat van de stabiele positie van de Nederlandse huisarts.

### PERIODE 3: PILOTS EN POLITIEKE SPANNINGEN

De derde periode (1999-2000) wordt gekenmerkt door het stagneren van het preventieproject voor cardiovasculair risicomanagement; de pilots werden niet verder uitgebreid en het project werd uiteindelijk geannuleerd. Tabel 4 toont de bevorderende en remmende factoren die in de derde periode een rol speelden.

Toen de kleinschalige pilots staand beleid dreigden te worden, begonnen de remmende factoren het te winnen van de bevorderende factoren. Aan het eind van de jaren 90 deden discussies over het huisartseninkomen veel stof opwaaien: *“Dat was die booming time waarin altijd werd gezegd: ‘De advocaat waarmee ik samen ben afgestudeerd, die verdient nou zes keer zoveel als ik.’”*

Het bestuur van de LHV drong aan op het inzetten van praktijkondersteuners in preventieprogramma's. In 1999 werd een overeenkomst gesloten met de minister van Volksgezondheid. Maar zowel in het bestuur van de beroepsverenigingen als in de beroepsgroep liepen de spanningen op. Wantrouwen en onzekerheid of de ondersteuning in de vorm van een praktijkondersteuner geïmplementeerd zou worden leidden samen met financiële motieven tijdens een LHV-ledenraadvergadering in 2000 tot het annuleren van de grootschalige implementatie van het programma voor cardiovasculair risicomanagement. Huisartsen waren geïrriteerd geraakt door de opstelling van de minister van Volksgezondheid. Het afwijzen van het programma was een manier om deze irritatie te tonen: *‘Wat ik ook wel eens heb gehoord uit kringen van het NHG: toevallig stond dit onderwerp op die ledenvergadering op de agenda, als dit onderwerp twee maanden later had gestaan en op deze vergadering het GGZ-project aan de orde was geweest, was dát afgeschoten.’*

Het NHG bezag het geagiteerde klimaat waarin de huis-

arts zich bevond, maar kon onvoldoende wetenschappelijk bewijs aandragen om de financiële argumenten teniet te doen.

De conclusie is dat de daadwerkelijke implementatie van het programma voor cardiovasculair risicomanagement in de huisartsenpraktijk niet succesvol was vanwege ontevredenheid over het huisartseninkomen en agitatie in de beroepsgroep richting het ministerie van VWS, veroorzaakt door onzekerheid over financiële en logistieke steun. Bovendien waren het wetenschappelijk bewijs en de bevorderende factoren onvoldoende om tegenwicht te kunnen bieden.

### PERIODE 4: ALLES BEGINT WEER OPNIEUW

De vierde periode (2000-heden) wordt gekenmerkt door de overgang van het annuleren van het programma voor cardiovasculair risicomanagement naar de introductie van het zogenoemde 'preventieconsult'. Tabel 5 toont de bevorderende en remmende factoren in deze periode. Nadat het programma voor cardiovasculair risicomanagement gestopt was begon een periode met een ruzieachtige sfeer die jarenlang aanhield, vooral gericht tegen het ministerie van VWS. Preventie stond een tijdlang niet op de agenda van de beroepsverenigingen.

*“[Het afwijzen van ‘Preventie: maatwerk’] was beleefd als een nederlaag, die weliswaar verklaarbaar was, vanuit de belangen van de LHV, maar daarmee was de achtergrond en het nut van dat hele project nog niet weg. Dus als we dat via een andere weg weer konden terugbrengen, dat was dan door de cardiovasculaire standaarden te updaten, dan was dat nog steeds een goede zaak”.*

Huisartsen en de media wendden zich tot het NHG om haar mening over gezondheidschecks door commerciële aanbieders te peilen. Het NHG formuleerde een positiepaper over medische checks bij gezonde mensen. Het

**TABEL 4** Bevorderende en remmende factoren voor de implementatie van preventie in huisartspraktijken in de periode 1999-2000\*

context	bevorderende factoren	remmende factoren
sociale context	het advies van het NHG om te starten met CVRM druk om door te gaan onder de voorwaarde dat meer onderzoek naar screening zou volgen	spanning binnen de beroepsgroep en tussen LHV en NHG cancelen CVRM als een signaal richting het ministerie van VWS en het creëren van een vijandbeeld om eenheid in de beroepsgroep te behouden
professionele context	een succesvolle pilot in 1000 huisartsenpraktijken	onvoldoende wetenschappelijk bewijs om huisartsen te overtuigen twijfel om te starten met een ander thema binnen preventie
organisatie-context		onvoldoende financiering en spanningen over vergoeding voor het inzetten van praktijkondersteuners

CVRM = cardiovasculair risicomanagement.

\* Er werden 15 factoren geïdentificeerd, die op geleide van de context werden gegroepeerd in 3 categorieën.

**TABEL 5** Bevorderende en remmende factoren voor de implementatie van preventie in huisartspraktijken in de periode 2000-heden\*

context	bevorderende factoren	remmende factoren
sociale context	charitatieve fondsen begonnen met check-ups en verzochten om richtlijnen LHV en NHG begonnen weer samen te werken strategische motieven: preventie terugbrengen door revisie van de standaarden invloed van patiënten	meningsverschillen tussen huisartsen en de fondsen verzekeraars gaven geen steun aan de visie dat preventie een kosteneffectieve manier is om mensen gezond te houden koude oorlog tussen LHV en NHG strategische motieven: geen focus op preventie
professionele context	wetenschappelijk bewijs was deels aanwezig en wanneer niet aanwezig was werd het wel verwacht standaarden waren er al en met CVRM werd een ingang naar die standaarden gecreëerd verantwoordelijkheid om preventie aan te bieden, gelijkheid, de huisarts als coach	wetenschappelijk bewijs: trials waren onethisch, onvoldoende bewijs, moeizamer om bewijs te verkrijgen voor preventie de revisie van de standaarden nam alle tijd in beslag, er was geen tijd over voor preventie de huisarts moest mensen leren om om te gaan met risico's in plaats van screenen
organisatie-context	financiën waren aanwezig een internationale standaard werd de standaard voor de eerste lijn in Nederland de aard van CVRM: screening is niet-invasief	alleen de check-up wordt vergoed, de rest niet zorgverzekeraars misbruiken preventie voor marketingdoeleinden in plaats van het verbeteren van de gezondheid

CVRM = cardiovasculair risicomangement.

\* Er werden 45 factoren geïdentificeerd, die op geleide van de context werden gegroepeerd in 3 categorieën.

Nierfonds, het Diabetesfonds en de Nederlandse Hartstichting gingen veel verder en vroegen om een richtlijn voor het screenen naar risico op hart- en vaatziekten. Uiteindelijk ging een studiegroep van huisartsen samen met experts van de fondsen van start, op zoek naar wetenschappelijk bewijs voor screenen: *'Op basis van het gelijkheidsbeginsel dat iedereen toch wel even veel recht moet hebben om dit soort zorg te kunnen krijgen en nu is het gewoon volstrekt toeval.'*

Dit leidde tot de NHG-standaard 'PreventieConsult' met daarin een methode om op hart- en vaatziekten te screenen bij mensen zonder bekend risico en om mensen met een hoog risico te identificeren. Toen de NHG-standaard 'PreventieConsult' geautoriseerd werd, werd daarbij een zogenoemde disclaimer gepubliceerd met daarin de opmerking dat, hoewel de standaard goedgekeurd was, het wetenschappelijk bewijs voor de actieve benadering van mogelijke hoog-risicopatiënten nog onvoldoende was.

In het nieuwe zorgstelsel, ingevoerd in 2006, werden zorgverzekeraars aangewezen om de zorgkosten te reguleren. De LHV en het NHG hadden goede hoop dat de zorgverzekeraars preventie door de huisarts zouden opnemen in het verzekerde pakket, in plaats van de preventieve zorg in te kopen bij andere zorgverleners. Huisartsen leefden in de veronderstelling dat het preventieconsult een onderdeel zou worden van het basispakket,

maar niets bleek minder waar: *'Vanaf 2006 zal er nooit meer rust zijn in de volksgezondheidswereld. De huisarts is een pragmaticus, dus die zal zich daarin in zekere zin een weg moeten vinden. Wetenschappelijk gevoed, maar hij moet ook denken aan zijn portemonnee.'*

Wij concluderen dat de concurrentie van anderen én het gevoel van huisartsen dat alle mensen recht hebben op een gelijk preventieaanbod, hebben geleid tot de ontwikkeling van de NHG-standaard 'PreventieConsult'. Desondanks was de uiteindelijke implementatie van preventie programma's in de huisartsenpraktijk niet succesvol, omdat de financiële compensatie onvoldoende was.

## BESCHOUWING

In alle periodes speelden dezelfde bevorderende en remmende factoren een rol, en in alle periodes bleek financiële steun van cruciaal belang. Bevorderende elementen, zoals de angst voor het verlies van het domein van preventie aan andere beroepsgroepen, politieke druk, eenheid binnen de beroepsgroep en de mening dat preventie effectief is, motiveren huisartsen om actie te ondernemen. Uiteindelijk bleken financiën echter een cruciale randvoorwaarde te zijn voor de daadwerkelijke implementatie. Een bedreiging van het domein van de huisarts is ook een belangrijke stimulans tot implementatie.

We concluderen verder dat het belang dat aan wetenschappelijk bewijs gehecht wordt geleidelijk aan afneemt en dat bewezen effectiviteit niet langer het belangrijkste motief is om preventie op te pakken. Dit kan enerzijds verklaard worden door het feit dat bewijs voor de effectiviteit van preventie moeilijk te verkrijgen is. Maar we merken ook dat de professionele opinie over gelijkheid in de zorg voor veel huisartsen een belangrijke rol speelt om met preventie aan de slag te gaan.

De belangrijkste belemmerende factoren voor de implementatie van preventie waren onzekerheid over financiële en logistieke steun, onvoldoende wetenschappelijk bewijs, de opinie dat preventie geen taak is voor de huisarts, agitatie binnen de beroepsgroep en frictie tussen LHV en NHG onderling en met het ministerie van VWS.

#### STERKE EN ZWAKKE KANTEN VAN HET ONDERZOEK

We kozen voor een kwalitatieve aanpak omdat literatuur over het debat en het implementatieproces van preventieprogramma's in de eerste lijn schaars is. Onze resultaten zijn gebaseerd op een witness seminar met mensen met verschillende achtergronden, zowel huisartsen als andere functionarissen. Van de 18 genodigden namen er 7 deel aan het seminar. We zijn ervan overtuigd dat de deelnemers belangrijke sleutelfiguren in het debat rond preventie waren. Bovendien konden veel van de feiten die genoemd werden tijdens het seminar bevestigd worden door wetenschappelijke publicaties.

#### AANBEVELINGEN VOOR ONDERZOEK EN IMPLEMENTATIE

Preventie in de huisartsgeneeskunde kan worden bevorderd door geld voor preventie te reserveren in een budget voor populatiegerichte zorg en door samenwerking tussen gemeentes, GGD en andere belanghebbenden te stimuleren. Als zorgverzekeraars zich verantwoordelijk gaan voelen voor preventie en dit vertalen in een eigen budget voor preventie, van voldoende omvang en voor de langere termijn, ontstaat er voldoende ruimte om preventieve activiteiten in de eerste lijn te stimuleren.

Huisartsen hechten groot belang aan wetenschappelijk bewijs voor preventie alvorens preventie te willen implementeren in de praktijk. Onze aanbeveling is derhalve met onderzoek meer wetenschappelijk bewijs voor preventie en screening te vergaren, zowel op het gebied van gezondheidsparameters als kosteneffectiviteit.

- Bij de implementatie van preventie in de huisartsenpraktijk is financiële steun van cruciaal belang.
- Andere belangrijke bevorderende factoren voor de implementatie van preventie in de huisartsenpraktijk zijn de angst voor het verlies van het preventiedomein aan andere beroepsgroepen, politieke druk, de toepasbaarheid van preventie in de dagelijkse praktijk en het besef dat iedereen dezelfde zorg zou moeten krijgen.
- Huisartsen twijfelen bij het implementeren van preventie als er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is en er onzekerheid is over financiële vergoeding en logistieke steun.
- De systematische influenzavaccinatie werd geïmplementeerd na toezegging van financiële steun.
- Financiële steun ontbrak bij de invoering van het preventieconsult; dat is dus nog niet grootschalig geïmplementeerd.

#### CONCLUSIE

De angst van huisartsen om het domein van preventie kwijt te raken aan andere beroepsgroepen en financiële en logistieke steun waren de belangrijkste bevorderende factoren voor de implementatie van preventieprogramma's in de huisartsgeneeskunde. Financiële steun speelde de meest cruciale rol. Onzekerheid over vergoeding en gebrek aan wetenschappelijk bewijs waren de belangrijkste remmende factoren. Wetenschappelijk bewijs lijkt minder belangrijk te worden en het blijkt dat de visie van huisartsen dat iedereen hetzelfde recht heeft op preventieve zorg het geleidelijk aan overneemt van de neiging om vast te houden aan 'evidence based' preventie.

Het 'witness seminar' werd gesubsidieerd door het Hilly de Roever-Bonnet fonds van de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen (VNVA). De sponsor speelde geen rol bij het ontwerp van de studie, noch bij de analyse van de data of beslissingen rondom de publicatie.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 8 mei 2015

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159:A9191

> **KIJK OOK OP [WWW.NTVG.NL/A9191](http://WWW.NTVG.NL/A9191)**

---

**LITERATUUR**

- 1 Assendelft WJJ, Nielen MMJ, Hettinga DM, et al. Bridging the gap between public health and primary care in prevention of cardiometabolic diseases; background of and experiences with the Prevention Consultation in The Netherlands. *Fam Pract.* 2012;29(Suppl 1):i126-31.
- 2 Drenthen T. Challenges to prevention in Dutch general practice. *Am J Clin Nutr.* 1997;65(Suppl):1943S-5S.
- 3 Smits FTM, Mohrs JJ, Beem EE, Bindels PJE, van Weert HCPH. Defining frequent attendance in general practice. *BMC Fam Pract.* 2008;9:21.
- 4 Ferlie EB, Shortell SM. Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *Milbank Q.* 2001;79:281-315.
- 5 Bosch M, van der Weijden T, Wensing M, Grol R. Tailoring quality improvement interventions to identified barriers: a multiple case analysis. *J Eval Clin Pract.* 2007;13:161-8.
- 6 Vos HM, Adan IM, Schellevis FG, Lagro-Janssen AL. Prevention in primary care: facilitators and barriers to transform prevention from a random coincidence to a systematic approach. *J Eval Clin Pract.* 2014;20:208-15.
- 7 The Institute of Contemporary British History (ICBH). Oral History Programme [online]. [www.kcl.ac.uk/sspp/departments/icbh/witness/index.aspx](http://www.kcl.ac.uk/sspp/departments/icbh/witness/index.aspx), geraadpleegd op 12 mei 2015.
- 8 Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Genève: World Health Organization; 1986.
- 9 Nationaal Kompas Volksgezondheid. Wat is het bereik en wat zijn de effecten van de preventie van influenza? [www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/ademhalingswegen/influenza/bereik-effecten/](http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/ademhalingswegen/influenza/bereik-effecten/), geraadpleegd op 13 mei 2015.