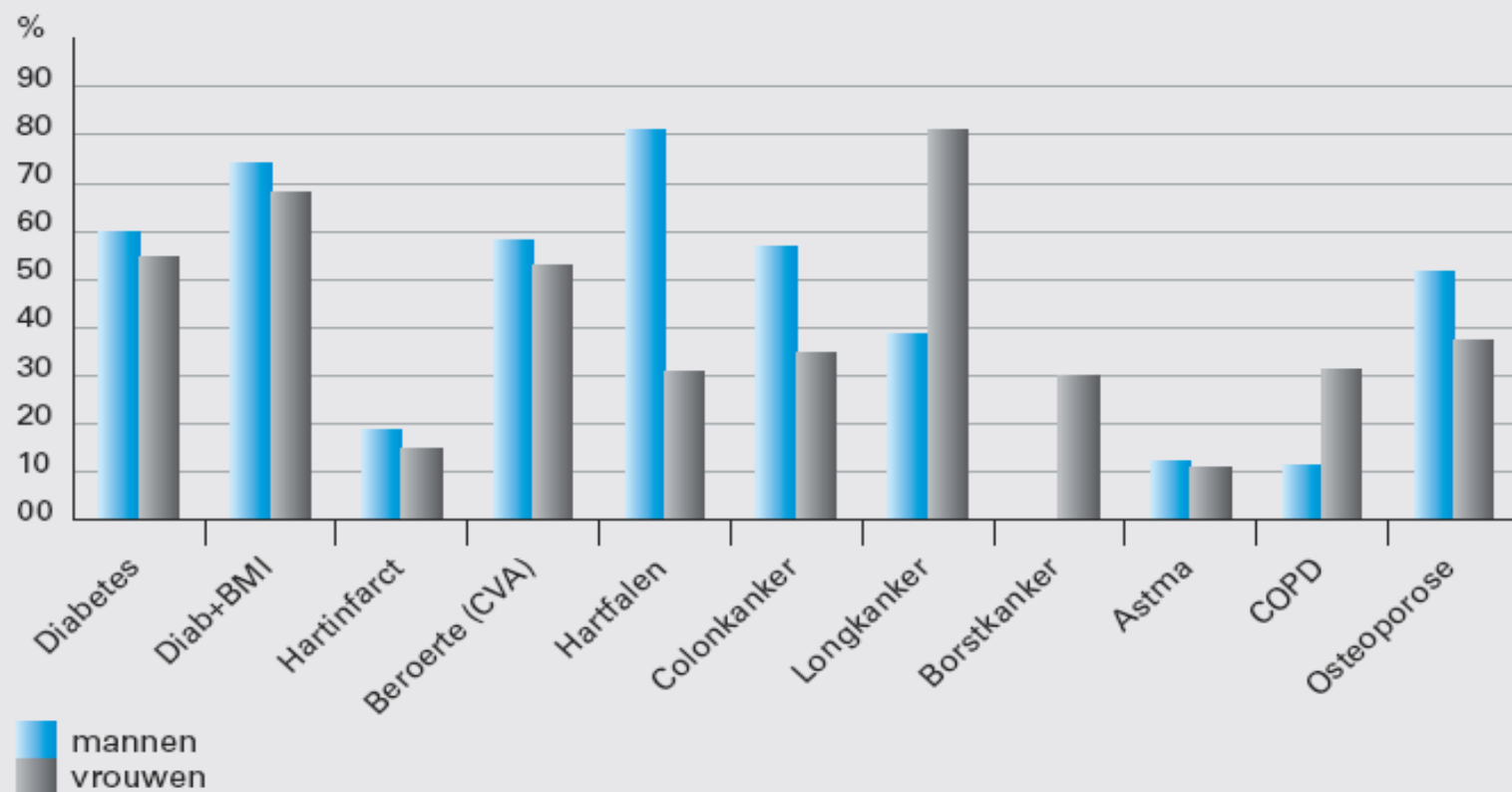


Kansen en mogelijkheden in de preventie

Pim Assendelft, hoogleraar Huisartsgeneeskunde
Hoofd afdeling Eerstelijns geneeskunde, Radboudumc

‘Generalisme is ons specialisme’

Radboudumc



Figuur 1. Stijging (in %) van belangrijkste chronische aandoeningen 2005-2025

BRON: RIVM, VERGRIJZING EN TOEKOMSTIGE ZIEKTELAST, JULI 2007





6. Preventie

Effectieve preventie draagt bij aan langer gezond leven en voorkomen van verslechtering bij (oudere) patiënten met een al bestaande chronische ziekte. Huisartsen en praktijkverpleegkundigen kennen hun patiënten, hun achtergrond en levensloop. Dit maakt hen bij uitstek geschikt om in hun patiëntenzorg extra aandacht aan preventie te besteden.

Zij doen vooral de geïndiceerde en zorggerelateerde preventie, terwijl de publieke gezondheidszorg met name de universele preventie voor de patiëntenpopulatie voor haar rekening neemt. De huisarts heeft, in samenwerking met andere partijen, een verbindende rol op het terrein van de selectieve preventie door onder meer patiënten te verwijzen en/of motiveren voor speciale preventieprogramma's en eventueel screeningsprogramma's uit te (laten) voeren als daarvan de meerwaarde is aangetoond.



Populatiegericht

In samenwerking met collega's in dorp, wijk en regio richten individuele huisartsen hun bijdrage aan populatiegerichte preventie en de volksgezondheid op die zaken waar zij het meeste effect kunnen sorteren. Samen met de lokale overheden, zorgverzekeraars, scholen en patiëntenorganisaties geeft het lokaal huisartsensamenwerkingsverband vorm aan preventie in dorp of wijk. Dorp- of wijkscans geven inzicht in de behoeften van de patiëntenpopulatie, op basis waarvan afspraken worden gemaakt over extra aandacht voor specifieke doelgroepen.





Verschil ten opzichte HBO/WO-opgeleiden

	basis -onderwijs	VMBO	Havo / vwo / mbo
<i>Mannen</i>			
Levensverwachting	7,3	4,2	2,4
LV in als goed ervaren gezondheid	19,4	11,4	7,2
LV zonder chronische ziekte	9,9	6,2	2,3
<i>Vrouwen</i>			
Levensverwachting	6,3	2,4	1,1
LV in als goed ervaren gezondheid	19,6	11,6	5
LV zonder chronische ziekte	10,1	7,6	6,2

Nadruk op preventie, stimuleren van
gezond gedrag, vroege diagnostiek
en flexibele zorg

Zorg en ziekte

gezondheid en gedrag

Zorgconsument

2010

Voorportaal maatschappelijk
domijn (participatie, welzijn)



curatieve zorg
in instelling en statisch
episodische ziekten
leeftijdspecifiek
enkelvoudige aandoeningen
stelsel is gedragsneutraal
afwachterende zorgverlener
patiënt/consument

Zorg

Gezond

Kwetsbaar

Niet-chronische
aandoening

Chronische
aandoening

2020

Actieve, soms beperkte, burger



Zorg

chronisch ziekenmodel
aan huis, mobiel en online
levenslange beperkingen
levensloop benadering
multimorbiditeit
stelsel prikkelt gedrag
vroegtijdig interveniëren
burger/coproducent

Bron: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Infographic: Schwanck Infographics

Indeling preventie: de “klassieke” indeling

Primaire preventie

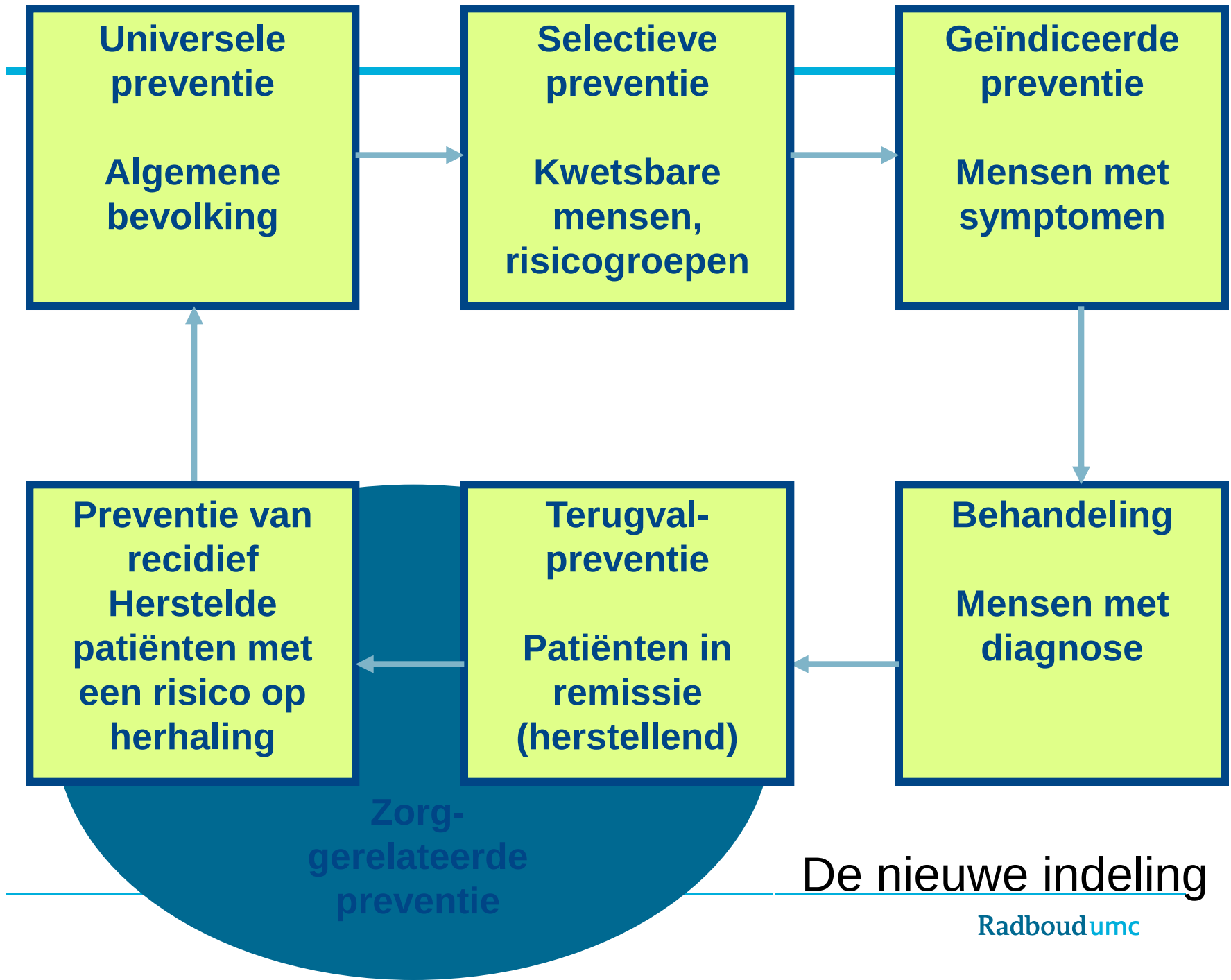
- **Activiteiten die voorkómen dat een bepaald gezondheidsprobleem, ziekte of ongeval ontstaat**
- **Doelgroep is gezonde mensen**

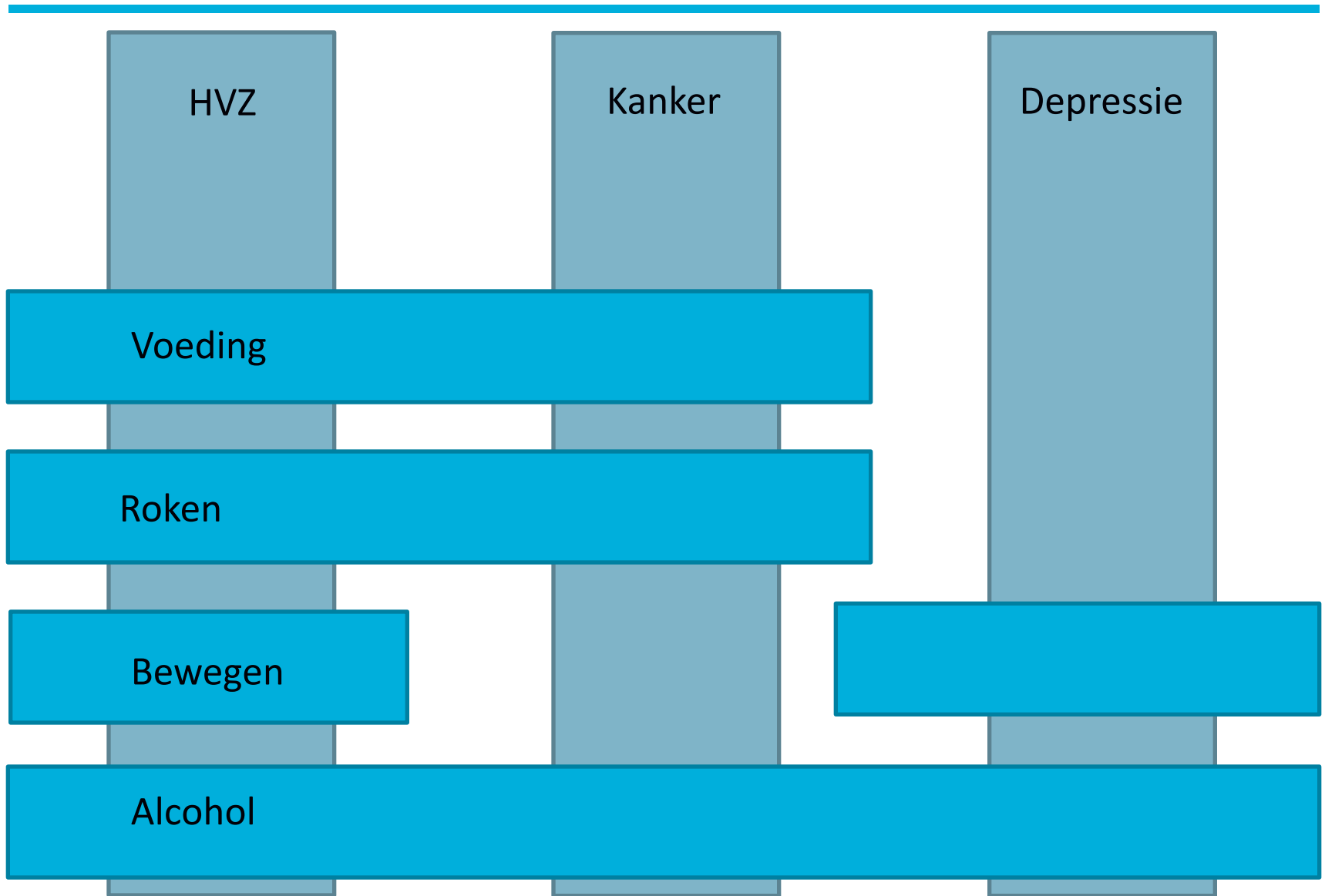
Secundaire preventie

- **Opsporing van ziekten of afwijkingen in een vroeg stadium**
- **De ziekte of afwijking kan daardoor eerder worden behandeld, zodat de zieke eerder geneest of de ziekte niet erger wordt.**
- **Doelgroep bestaat uit personen die ziek zijn, een verhoogd risico lopen of een bepaalde genetische aanleg hebben**
- **De ziekte is bij deze personen echter nog niet vastgesteld**

Tertiaire preventie

- **Voorkomen van complicaties en ziekteverergering**
- **Mensen, bij wie een ziekte al is vastgesteld, zelfredzamer maken**
- **Valt vaak onder de zorg**





NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement

Inleiding

Hart- en vaatziekten (HVZ) zijn de belangrijkste oorzaak van sterfte in Nederland en de westerse wereld. In 2003 stierven er bijna 50.000 Nederlanders aan HVZ. Dit is ongeveer een derde van alle sterfte. Cardiovasculair risicomanagement is de kern van de preventie van HVZ.

deren van een optimaal beleid ten aanzien van de behandeling van patiënten met een verhoogd risico van HVZ. Hierdoor kan de kans op eerste of nieuwe manifestaties van HVZ en de kans op complicaties als gevolg van HVZ worden vermindert.

patiënt, het zogenoemde risicoprofiel.

De standaard richt zich op patiënten met een (mogelijk) verhoogd risico van HVZ en gaat daarbij uit van patiënten die om de een of andere reden in contact treden met de huisarts, specialist of andere gezondheidszorg.

NHG-Standaard M85

NHG-Standaard Stoppen met roken

Chavannes NH, Kaper J, Frijling BD, Van der Laan JR, Jansen PWM, Guerrouj S, Drenth AJM, Bax W, Wind LA. Huisarts Wet 2007;50(7):306-14.

Inleiding

De NHG-Standaard Stoppen met roken geeft richtlijnen voor diagnostiek en beleid om rokers op een effectieve manier te adviseren.

hoge dosis nicotine als rustgevend. De werking van nicotine op het beloningssysteem is vergelijkbaar met die van middelen als heroïne en cocaïne.⁴

Nicotineafhankelijkheid of tabaksverslaving is als aandoening opgenomen in de ICD-10 en de DSM-IV.⁵ Een deel van het rookgedrag wordt veroorzaakt door de behoefte de

NHG-Standaard M01

NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2

Tweede herziening

Rutten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, Goudswaard AN, Uijewaald PJM, Van der Does FEE, Heine RJ, Van Ballegooye E, Verduijn MM, Bouma M. Huisarts Wet 2006;49(3):137-52. De standaard en de wetenschappelijke verantwoording zijn geactualiseerd ten opzichte van de vorige versie (Huisarts Wet 1999;42:67-84). De richtlijnen zijn gewijzigd.

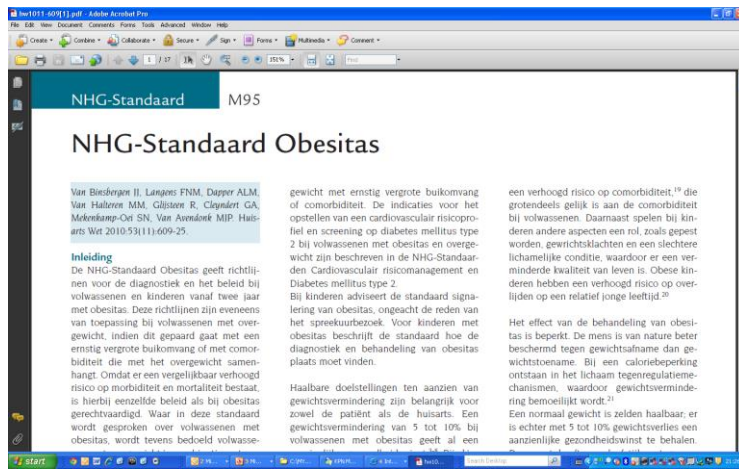
Inleiding

De NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 geeft richtlijnen voor de diagnostiek,

Centrale adipositas en insulineresistentie worden ook in verband gebracht met vetstapeling in diverse organen en de negatieve gevolgen hiervan voor de functie van deze organen.

Dit alles heeft implicaties voor de behandeling en controle. Gezien het verhoogde risico op hart- en vaatziekten, richt de behandeling zich niet alleen op afname van de hyperglykemie – waarmee het risico op microvasculaire complicaties en in mindere mate van macrovasculaire complicaties

en behandeling. Polyneuropathie, standsafwijkingen quaatschoei, de belangrijkste: Naast perifere autonome ne meer kan leiden blaasfunctie. Bij sommige bestaan over patiënten met



Attitudes towards obesity treatment in GP training practices: a focus group study

H G A Jochemsen-van der Leeuw*, N van Dijk and
M Wieringa-de Waard

Department of General Practice/Family Medicine, Academic Medical Center, University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands.

*Correspondence to H G A Jochemsen-van der Leeuw, Department of General Practice/Family Medicine, Academic Medical Center, University of Amsterdam, PO Box 22700, 1100 DE Amsterdam, The Netherlands; E-mail: h.g.jochemsen@amc.uva.nl

Received 23 June 2010; Revised 12 October 2010; Accepted 15 November 2010.

Background. Both patients and government expect the GP to treat obesity. Previous studies reported a negative attitude of GPs towards this task. Little is known about the attitude of GP trainees.

Objectives. To assess the attitude and other factors that influence the willingness and ability of GP trainees to provide lifestyle interventions for overweight patients.

Methods. A qualitative study was performed using focus groups, consisting of first- and third-year trainees, GP trainers and teachers. Two researchers analysed the data independently.

Results. First-year trainees lack knowledge and a positive attitude. Third-year trainees, although trained in motivational interviewing techniques, lack specific knowledge and feel cheated when discussing eating habits. Trainers are despondent as they rarely observe long-lasting results. Teachers warn the trainees not to have high hopes. The trainers and trainees fear ruining the relationship with their patient, and all make a request for evidence-based multidisciplinary treatment programmes, joint responsibility and an image change in society to stop the epidemic.

Conclusions. Trainees do not feel more competent in treating overweight patients successfully over the course of their GP specialty training and GP trainers are not convinced of the success of the treatment of overweight patients. Therefore, it could be equally important to reflect on the GP trainer as a role model as to concentrate on the education of the trainee. Both need a revived attitude and evidence-based treatment programmes, help from policy makers and an attitude change in society are desired.

Keywords. Attitude, family practice, obesity, qualitative research, treatment.

Overzicht beroepsactiviteit – competentiegebieden en fase van de opleiding

Beroepsactiviteit	Competentiegebieden							Opleidingsfase
	1	2	3	4	5	6	7	
1. Stelt, samen met een patiënt, een individueel zorgplan op ter preventie van een chronische ziekte	x	x			x	x		<i>Jaar 3</i>
2. Bespreekt samen met een patiënt zijn of haar leefstijl	x	x			x		x	<i>2^e helft jaar 1, 1^e helft jaar 3</i>
3. Adviseert over verschillende preventieve activiteiten	x	x			x	x		<i>2^e helft jaar 1, 1^e helft jaar 3</i>
4. Verwoordt zijn of haar eigen positie en taakopvatting ten aanzien van preventieve activiteiten			x		x	x	x	<i>2^e helft jaar 3</i>
5. Selecteert personen en patiënten met een verhoogd gezondheidsrisico	x		x	x		x		<i>2^e kwartaal jaar 3</i>
6. Voert programmatische preventie uit			x	x	x			<i>2^e kwartaal jaar 1, 2^e kwartaal jaar 3</i>
7. Werkt samen met andere hulpverleners en instanties			x	x	x	x		<i>4^e kwartaal jaar 1, 2^e kwartaal jaar 3</i>
8. Ontwikkelt of selecteert een relevant preventieproject				x	x	x		<i>Jaar 3</i>
9. Voert de rol van huisarts uit in bestaand bevolkingsonderzoek naar kanker	x	x	x	x	x	x	x	<i>2^e helft jaar 1</i>
10. Brengt een erfelijke ziekte in een familie in kaart en bespreekt of screening of diagnostiek volgens de geldende richtlijnen aan de orde is	x	x						<i>2^e kwartaal jaar 1</i>
11. Bespreekt samen met een paar met kinderwens preventieve mogelijkheden voorafgaand aan een toekomstige zwangerschap	x	x			x		x	<i>2^e kwartaal jaar 1</i>
12. Counselt bij erfelijke risico's en kent de verwijzingsmogelijkheden		x		x		x	x	<i>2^e kwartaal jaar 1</i>

The Future

NEXT EXIT 

Preventie in de huisartspraktijk

- Voorselectie

Door wie?
Worden kwetsbare
groepen bereikt?
Wettelijke kaders?

Is er voldoende
evidence?

- Vervolgonderzoek (anamnese, labtesten, metingen)

- Evaluatie en beleid

Voldoende uitgewerkt?
Evidence kosten-
effectiviteit?
Vergoeding?

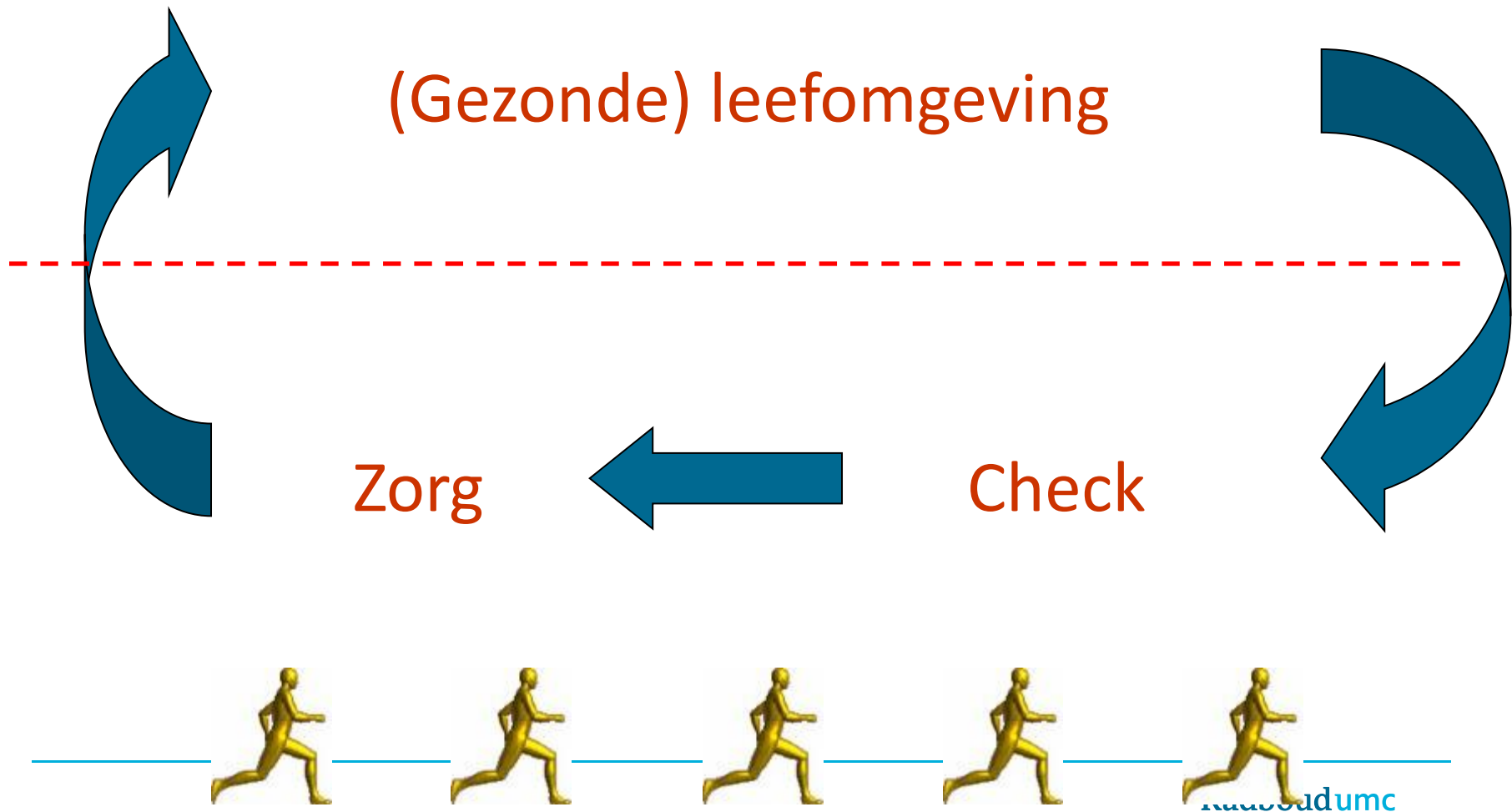
- Follow-up (leefstijlaanbod of specialist)

Voldoende aanbod?
Wie doet wat?
Wijkgerichte aanpak?
Rolopvatting huisarts?
Rol Internet?

REAIM-model

Reach	Bereik	Het aantal mensen dat deelneemt aan een interventie of programma
Efficacy	Effectiviteit	De effecten van een interventie op basis van gecontroleerd effectonderzoek
Adoption	Adoptie	De bereidheid van zorgverleners of instellingen om een interventie uit te voeren
Implementation	Uitvoering	De mate waarin een interventie in de praktijk uitgevoerd wordt zoals bedoeld
Maintenance	Continuering	De institutionalisering van een interventie, vastgelegd in procedures en standaarden

Individuele en collectieve aanpak!





Publieke gezondheid

Gemeenten

Wpg

Cure

Zorgverzekeraar

Zvw

Care

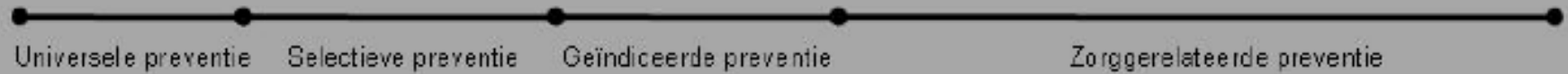
Zorgkantoor

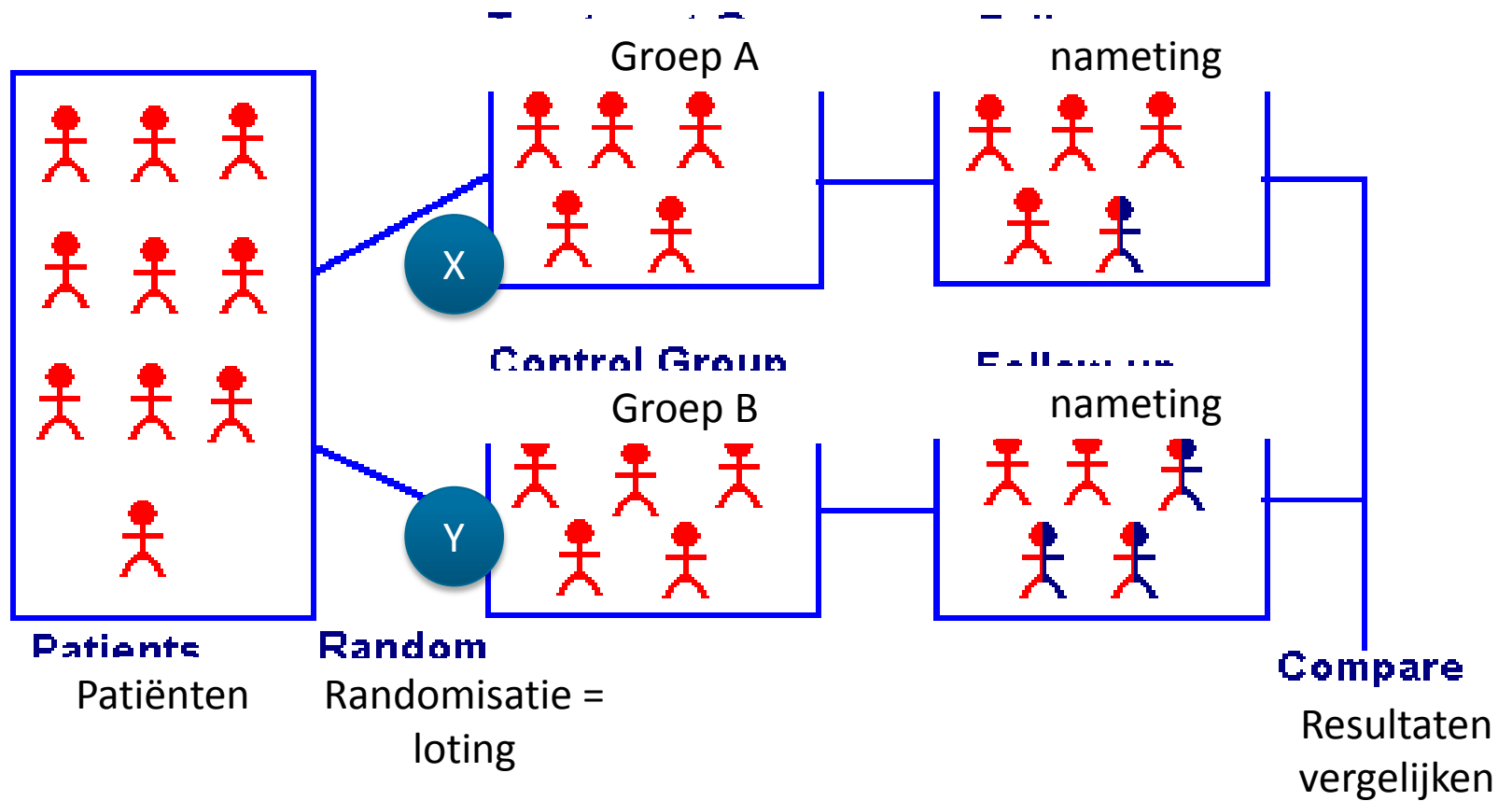
Awbz

Welzijn

Gemeenten

Wmo



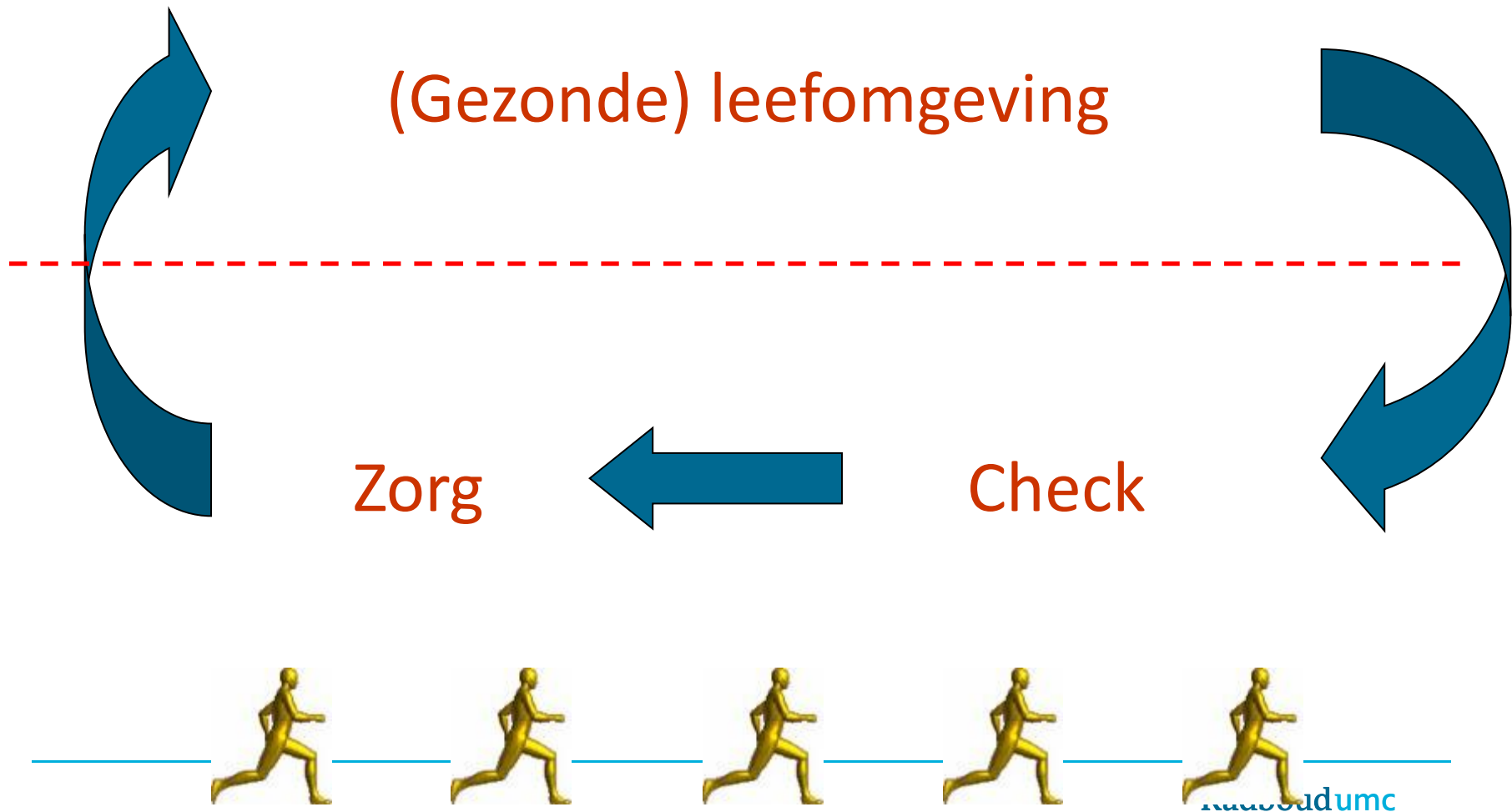


Criteria van Wilson & Jungner (WHO 1968)

- Relevant: de op te sporen ziekte moet tot de belangrijke gezondheidsproblemen behoren.
- Behandelbaar: de ziekte moet behandelbaar zijn met een algemeen aanvaarde behandelingsmethode.
- Voorzieningen: er moeten voldoende voorzieningen voorhanden zijn om de diagnose te stellen.
- Herkenbaar: er moet een herkenbaar latent stadium bestaan wil de opsporing de moeite lonen.
- Natuurlijk verloop: het natuurlijk verloop van de op te sporen ziekte moet bekend zijn.
- Wie is ziek? Er moet overeenstemming bestaan over wie als ziek moet worden beschouwd.
- Opsporingsmethode: er moet een bruikbare opsporingsmethode bestaan.
- Aanvaardbaarheid: de opsporingstest moet aanvaardbaar zijn voor de bevolking.
- Kosten-baten: de kosten moeten evenredig zijn met de baten.
- Continuïteit: het proces van opsporing dient continu te zijn.

Referentie: Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Public Health Papers nr 34. Geneva: WHO, 1968.

Individuele en collectieve aanpak!



Preventie en Gezondheidszorg

- Van case-finding naar pro-actief
- Van zorg naar geïndiceerde preventie naar selectieve preventie
- Rolverschuiving van arts t.o.v. patiënt
- Grotere rol ICT en wijk

Wat betekent dit?

- Haalbaarheid
- Rollen en opvatting
- Gezondheidsbevordering vs. Gezondheidsbescherming

Wijkscan

Samen zicht krijgen op gezondheid en welzijn in de wijk

Wijkteam

Eerste lijn en publieke gezondheid werken samen in een wijkteam

Leefstijl

Samenwerking rond leefstijlthema's en doelgroepen



