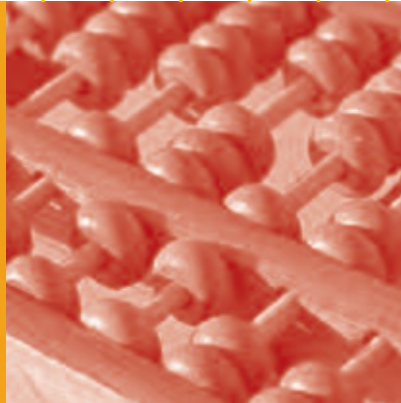


# Van preventie verzekerd



**CVZ** College voor zorgverzekeringen



*Rapport*

## Van preventie verzekerd

Op 16 juli 2007 uitgebracht aan de minister van  
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

*Publicatienummer*

***Uitgave***

College voor zorgverzekeringen  
Postbus 320  
1110 AH Diemen  
Fax (020) 797 85 00  
E-mail info@cvz.nl  
Internet www.cvz.nl

***Volgnummer***

27043525

***Afdeling***

Innovatie

***Auteurs***

mw. mr. M.E. Kroes, drs. C.G. Mastebroek, mw. drs. B.T.L.E.  
Couwenbergh, mw. drs. M.J.A. van Eijndhoven, mw. mr. C.C.S.  
Festen, mw. dr. F. Rikken

***Doorkiesnummer***

Tel. (020) 797 86 31 en 797 86 57

***Bestellingen***

Extra exemplaren kunt u bestellen via onze website  
(www.cvz.nl) of telefonisch bij de servicedesk onder nummer  
(020) 797 88 88.

## Inhoud:

*pag.*

|    |  |
|----|--|
|    | Samenvatting   |
| 1  | 1. Inleiding   |
| 3  | 2. De interpretatie van 'preventie' in dit rapport                 |
| 4  | 3. Verzekerde vormen van preventie: wet- en regelgeving            |
| 4  | 3.a. Zvw en Bzv  |
| 5  | 3.b. AWBZ en Bza   |
| 7  | 3.c. Conclusie   |
| 9  | 4. Preventie in de praktijk: stand van zaken, knelpunten en kansen |
| 9  | 4.a. Richtlijnen en standaarden                                    |
| 9  | 4.b. Preventie in de praktijk van de zorgverleners                 |
| 11 | 4.c. Conclusie   |
| 12 | 5. Meer mogelijk, hogere kosten                                    |
| 12 | 5.a. Meer zorgkosten en gezondere mensen die langer leven          |
| 12 | 5.b. Risicoverevening  |
| 12 | 5.c. Conclusie   |
| 13 | 6. Consultatie   |
| 14 | 7. Vervolgstappen en aanbevelingen                                 |

### ***Bijlagen***

1. Definities preventie
2. Voorbeeld preventieve interventie
3. Literatuurlijst

## Samenvatting

### **Preventie verzekerd?**

Welke vormen van preventie vallen momenteel voor wie onder de verzekerde zorg? En hoe gaat de zorgpraktijk daarmee om? Dat zijn de vragen die het CVZ in dit rapport beantwoordt. Daarbij komen ook de verzekeringsknelpunten en -kansen aan bod. Dit rapport is in eerste instantie bedoeld om helderheid te scheppen voor de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Tweede Kamer, maar daarnaast ook voor zorgverzekeraars en andere betrokkenen zoals patiënten.

### **Aanleidingen voor dit rapport**

Er is gezondheidswinst te behalen als we zorg voor gezondheid centraal stellen in plaats van behandeling van ziekte. Ziekte voorkómen heeft een duidelijk maatschappelijk belang. Gezond zijn en gezond blijven draagt bij aan het welzijn van individuen en de mogelijkheden tot participatie in de maatschappij. Bij het besluit om een rapport over verzekerde vormen van preventie te publiceren, speelden voor het CVZ daarnaast de volgende aanleidingen:

- Nederlanders zijn de afgelopen jaren ongezonder gaan leven dan voorheen. Dat blijkt uit de *Volksgezondheid Toekomstverkenning 2006* van het RIVM (De Bilt, 2006).
- Het kabinet heeft in zijn beleid voor de komende jaren een hoge prioriteit toegekend aan preventie.
- De Tweede Kamer heeft in januari 2007 een motie over preventie aangenomen waarin gevraagd wordt of en hoe preventie in het basispakket opgenomen kan worden (motie Van der Veen, januari 2007).

### **Wat wel en niet aan bod komt**

Het CVZ beperkt zich in dit rapport tot vormen van individuele preventie, omdat het daarbij gaat over individuele schade oftewel het verzekerde risico. Voorwaarde bij individuele preventie is dat de men redelijkerwijs moet zijn aangewezen op preventieve zorg, met andere woorden hiervoor geïndiceerd zijn. Dit in tegenstelling tot vormen van collectieve preventie zoals de landelijke screening op borstkanker en het programma "kijk op diabetes".

Ook beperkt het college zich in dit rapport tot verzekerde vormen van preventie. Mensen met risico op ziekte *opsporen en toeleiden* naar de zorg acht het college weliswaar een belangrijke taak, maar dit is een taak voor de betrokken ministeries en de gemeenten, omdat deze buiten de Zorgverzekeringswet (Zvw) valt.

### **Conclusies**

Het CVZ concludeert dat het niet mogelijk is om de behandeling van een hoog risico op ziekte te onderscheiden van de behandeling van ziekte. Het CVZ acht het ook niet wenselijk om dit te scheiden. Het college is dan ook van mening dat preventieve zorg voor burgers met een ziekte of een verhoogd risico op ziekte onder bepaalde voorwaarden onder de Zvw en de AWBZ valt. Dit geldt voor vormen van

individuele preventie, zoals geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie. Bovendien heeft het college geconstateerd dat veel preventie nu al verzekerde zorg is, maar dat er in de praktijk momenteel minder wordt aangeboden, gevraagd en geconsumeerd dan wet- en regelgeving mogelijk maken.

Preventie vraagt om financiële investeringen en leidt tot meer gezonde levensjaren.

### ***Vervolgacties***

Het CVZ heeft zich voorgenomen een aantal acties te ondernemen om verzekerde vormen van preventie onder de aandacht te brengen:

#### ***1. Vervolgrapportages uitbrengen***

In deze vervolgrapportages verduidelijkt het CVZ welke preventieve zorg voor welke risico's verzekerd is (in termen van functionele aanspraken). De eerste rapportage (over de zorg bij stoppen met roken) verschijnt in het najaar van 2007. De andere rapportages gaan over de zorg bij schadelijk alcoholgebruik, de zorg bij overgewicht, de zorg bij diabetes en de zorg bij depressie.

#### ***2. Adviseren***

Op basis van de standpunten in de vervolgrapportages adviseert het CVZ de minister van VWS in het jaarlijkse Pakketadvies zonnodig over in- of uitstroom van zorg uit de Zvw.

#### ***3. Voorlichting geven***

Het CVZ geeft voorlichting aan betrokken partijen over welke preventieve zorg onderdeel is van de Zvw en van de AWBZ.

#### ***4. Toetsen aan stand van de wetenschap en praktijk***

Het CVZ toetst het brede scala van preventieve zorg aan de stand van de wetenschap en praktijk.

#### ***5. Zorggebruik monitoren***

Het CVZ werkt samen met de NZa aan het monitoren van het gebruik van preventieve zorg. De resultaten van deze monitoring gebruikt het CVZ onder meer voor zijn adviestaak.

### ***Aanbevelingen***

Tot slot beveelt het CVZ de minister van VWS aan het opsporen en toeleiden naar de individuele zorg goed te regelen en nader te onderzoeken hoe preventieve zorg is in te bedden in de systematiek van de risicoverevening.

## 1. Inleiding

### **Preventie verzekerd?**

Welke vormen van preventie vallen momenteel voor wie onder de verzekerde zorg? En hoe gaat de zorgpraktijk daarmee om? Dat zijn de vragen die het CVZ in dit rapport beantwoordt. Daarbij komen ook de verzekeringsknelpunten en -kansen aan bod. Dit rapport is in eerste instantie bedoeld om helderheid te scheppen voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor de Tweede Kamer, maar daarnaast ook voor zorgverzekeraars en andere betrokkenen zoals patiënten.

In Nederland is gezondheidswinst te behalen als we zorg voor gezondheid centraal stellen in plaats van behandeling van ziekte. Gezond zijn en gezond blijven draagt bij aan het welzijn van individuen en de mogelijkheden tot participatie. Hoewel het individu zelf verantwoordelijk blijft voor zijn gezondheid, is het verzekeren van preventie bij uitstek een maatschappelijk proces. Dit is voor het CVZ de aanleiding geweest om de vraag te stellen welke rol de Zvw en de AWBZ hier momenteel in spelen. Daarnaast speelden de volgende drie ontwikkelingen een rol in dit besluit:

### **Nederland wordt ongezonder**

1. Om te beginnen is ons land in de afgelopen jaren wat gezondheid betreft gedaald naar een 'goede middenmoter' in vergelijking met de andere landen van de Europese Unie. Dit staat in de *Volksgezondheid Toekomstverkenning 2006 Zorg voor gezondheid* van het RIVM (De Bilt, 2006). Het RIVM stelt dat het voor de volksgezondheid belangrijk is om preventie te versterken en sociaal-economische gezondheidsverschillen terug te dringen.

### **Kabinet maakt gezond leven beleidsprioriteit**

2. Verder heeft het kabinet 'kiezen voor gezond leven' benoemd als prioriteit van het overheidsbeleid voor de komende vier jaar (*Preventienota*, 2006). Het kabinet heeft de volgende vijf speerpunten benoemd: roken, overgewicht, schadelijk alcoholgebruik, diabetes en depressie. De speerpunten zijn gebaseerd op (chronische) ziekten met hoge ziektelast zoals coronaire hartziekten, depressies, angststoornissen, beroertes, chronische luchtwegaandoeningen (COPD), diabetes mellitus, longkanker, alcoholverslaving, artrose en dementie.

### **Motie Van der Veen**

3. Tot slot heeft de Tweede Kamer in januari 2007 de motie Van der Veen c.s. (30800-XVI, nr. 74) aangenomen. Deze motie stelt dat meer preventie leidt tot een betere volksgezondheid, dat er te weinig aandacht is voor preventiebeleid, dat zorgverzekeraars een belangrijke rol in het preventiebeleid kunnen spelen en dat er voor hen onvoldoende prikkels zijn om preventieve activiteiten te ontplooiën. Vervolgens heeft de Kamer in deze motie de regering verzocht in overleg met het veld na te gaan of en hoe preventie in het basispakket opgenomen kan worden.

***Hoe is dit rapport  
opgebouwd?***

Om te beginnen leest u in hoofdstuk 2 hoe u 'preventie' in dit rapport moet interpreteren. Vervolgens komen in hoofdstuk 3 de geldende wet- en regelgeving rond preventie aan bod. In hoofdstuk 4 leest u hoe preventie in de zorgpraktijk uitpakt: hoe staat het ermee en welke mogelijkheden worden nog onvoldoende benut? In hoofdstuk 5 komen dan de financiële gevolgen van een betere benutting van wet- en regelgeving aan bod. In hoofdstuk 6 leest u over de consultatie in het kader van dit rapport. Tot slot vindt u in hoofdstuk 7 de vervolgstappen en enkele aanbevelingen.

## 2. De interpretatie van ‘preventie’ in dit rapport

In dit rapport wordt met ‘preventie’ bedoeld: interventies om ziekten en beperkingen te voorkomen en/of uit te stellen. Preventie kan zich richten op een individu, maar ook op een collectief of (sub)populatie in de bevolking (zie bijlage 1). In dit rapport leest u echter alleen over preventie gericht op individuen, te weten de geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. De Zvw en de AWBZ regelen immers de verzekerde zorg voor de individuele verzekerde. Voor de Zvw is dit vastgelegd in de polis die de verzekerde met de zorgverzekeraar heeft afgesloten. De universele en selectieve preventie (vormen van collectieve preventie) blijven in dit rapport buiten beschouwing.

### ***Wat is geïndiceerde preventie?***

‘Geïndiceerde preventie’ is de zorg die erop gericht is het ontstaan van ziekte te voorkomen bij een individu met een verhoogd risico op die ziekte. Geïndiceerde preventie is in de klassieke terminologie: secundaire preventie die gericht is op het individu (zie bijlage 1). Voorbeelden zijn de behandeling van verhoogde bloeddruk en de behandeling van verhoogd cholesterol om hart- en vaatziekten te bestrijden. Ook interventies in de vorm van gedrags- of leefstijlverandering gericht op individuen met een hoog risico op ziekten vallen hier in beginsel onder (zie voor een voorbeeld bijlage 2).

### ***Wat is zorggerelateerde preventie?***

‘Zorggerelateerde preventie’, in de klassieke terminologie tertiaire preventie (zie bijlage 1), is de zorg die gericht is op het voorkómen van:

- complicaties;
- het verergeren van de ziekte;
- beperkingen (bijvoorbeeld in de mobiliteit en in zintuiglijke functies).

Van oudsher zijn onderdelen van de zorggerelateerde preventie onderdeel van de verzekerde zorg van de Zvw. Denk aan het verstrekken van hulpmiddelen zoals steunkousen of revalidatie na een hartinfarct. Andere onderdelen vallen onder de verzekerde zorg van de AWBZ: advies inwinnen over het leren omgaan met een chronische ziekte of aandoening (bijvoorbeeld epilepsie) en trainingen om vaardigheden aan te leren (bijvoorbeeld spuiten bij diabetes).

### ***Collectieve preventie: een zaak voor het kabinet***

Om preventie in de praktijk te laten slagen is het belangrijk om mensen met een hoog risico actief op te sporen en ze naar de zorg toe te leiden. Dit is een taak van de betrokken ministeries en de gemeenten, omdat het hierbij gaat om collectieve preventie: een groep mensen systematisch opsporen. Deze collectieve preventie valt buiten de Zvw (zie bijlage 1), en daarmee buiten het domein van het CVZ. Dit rapport gaat er daarom niet nader op in.



### 3. Verzekerde vormen van preventie: wet- en regelgeving

In dit hoofdstuk leest u wat er in wet- en regelgeving te vinden is over preventie en verzekering daarvan. Aan bod komen de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv), en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en het Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza).

#### 3.a. Zvw en Bzv

**Wet bepaalt 'wat en wanneer'** Of een vorm van preventie onder verzekerde zorg valt, hangt af van een aantal factoren. Om te beginnen staat in de artikelen 10 en 11 van de Zvw het overzicht van 'het te verzekeren risico' en 'de te verzekeren prestaties'. Met andere woorden: welke zorg verzekerd is en welke prestaties/middelen daartoe worden ingezet. De inhoud en omvang van de prestaties waarop de verzekerde volgens de zorgverzekering recht heeft, zijn verder geregeld in het Bzv. Het Bzv omschrijft de verzekerde prestaties 'functiegericht'. Er staat in wat er onder de aanspraken valt (de inhoud en omvang van de zorg) en in welke gevallen (indicaties) de aanspraak geldt.

Preventie kan onderdeel zijn van de volgende te verzekeren prestaties:

- geneeskundige zorg, die zorg omvat zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden;
- paramedische zorg, die fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en dieetadvisering omvat;
- mondzorg, die zorg omvat zoals tandartsen die plegen te bieden;
- farmaceutische zorg (regeling);
- hulpmiddelenzorg (regeling);
- verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden in verband met medisch-specialistische zorg;
- zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden.

**Zorgverzekeraar bepaalt 'door wie en waar'**

Wie de zorg levert en waar dat gebeurt, staat niet in de wet. Dat is namelijk aan de zorgverzekeraar. Die maakt daarover afspraken met de verzekerde in de polis. Dit geldt ook voor procedurele voorwaarden zoals toestemmingsvereisten, verwijzingen en voorschrijfvereisten.

**1. Maatstaf: stand van wetenschap en praktijk**

Verder vermeldt het Bzv een drie maatstaven waarmee zorgverzekeraars de inhoud en omvang van de verzekerde prestaties moeten bepalen. Zo staat in artikel 2.1, lid 2, van het BZV dat: "de inhoud en omvang van de zorgvormen mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied

geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.” Hiermee wordt bedoeld dat zorg in principe alleen verzekerd is als vaststaat dat de behandeling door de internationale medische wetenschap en de praktijk voldoende ‘beproefd en deugdelijk’ (evidence based<sup>1</sup>) is bevonden.

**2. Maatstaf: plegen te bieden**

In artikel 2.4, eerste lid, van het Bzv is bepaald dat bij een aantal te verzekeren prestaties, de omvang ook nog wordt bepaald door hetgeen de zorgverleners (huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen, verloskundigen en paramedici) plegen te bieden. Hierbij is het van belang of het leveren van de te verzekeren prestaties behoort tot het normale deskundigheidsgebied van de zorgverlener. Deze maatstaf betekent dat zorg alleen verzekerd is als de beroepsgroep de zorg tot zijn deskundigheidsgebied rekent.

Maar hoe bepaal je de grens tussen wel en niet te verzekeren zorg? Daarvoor kunnen zorgverzekeraars bij het CVZ terecht: het college toetst preventieve interventies naar de stand van de wetenschap en de praktijk. Als het CVZ niet genoeg informatie tot zijn beschikking heeft, raadpleegt het eerst de Gezondheidsraad en vervolgens zo nodig Zorgonderzoek Nederland (ZonMw).

**3. Maatstaf: indicaties waaraan de verzekerde moet voldoen**

Tot slot hangt het verzekerd zijn van een zorgvorm ook af van specifieke kenmerken (‘indicaties’) van de verzekerde. Ook al behoort de zorg tot de te verzekeren prestaties, dan nog zijn er namelijk algemene of specifieke indicaties waaraan de verzekerde moet voldoen om er aanspraak op te hebben. Zo vermeldt artikel 2.1 lid 3 van het Bzv dat “de verzekerde slechts recht heeft op een zorgvorm voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.” Met andere woorden: aan de verzekering kan een verzekerde pas rechten ontlenen, zodra het verzekerde risico (oftewel het gezondheidsprobleem) zich heeft gemanifesteerd, bijvoorbeeld de glucose-intolerantie als een mogelijk voorstadium van diabetes.

Deze drie maatstaven gelden ook voor geïndiceerde en zorggerelateerde preventie.

**3.b. AWBZ en Bza**

**AWBZ kent zes ‘functies’**

Ook de AWBZ biedt aanknopingspunten om preventie te verzekeren onder bepaalde voorwaarden. In artikel 6, lid 1, van de AWBZ staat dat verzekerden aanspraak hebben op zorg

---

<sup>1</sup> Dit betreft een systematische zoekstrategie naar relevante literatuur en beoordeling van de methodologische kwaliteit van de geselecteerde onderzoeken. De zoekstrategie vindt o.a. plaats in de internationale medisch-wetenschappelijke databases. De beoordeling van artikelen vindt, waar dit kan, zo veel mogelijk plaats met behulp van controlelijsten ter beoordeling van de methodologische kwaliteit van medische artikelen. Aan de onderzoeken wordt, waar mogelijk, een bewijsniveau (level of evidence) toegekend conform EBRO-richtlijnen (Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling).

ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in hun geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging. Het Bza omschrijft de aanspraken "functiegericht". Voor dit rapport zijn de volgende functiegerichte aanspraken relevant:

- persoonlijke verzorging;
- verpleging;
- ondersteunende begeleiding;
- activerende begeleiding;
- behandeling;
- verblijf.

***Maatstaf:  
grondslagen***

Wil een verzekerde aanspraak maken op AWBZ-zorg, dan moet er sprake zijn van een grondslag: een ziekte, een aandoening, een stoornis, een handicap of een beperking. De grondslagen zijn:

- een somatische aandoening of beperking;
- een psychogeriatrische aandoening of beperking;
- een psychiatrische aandoening of beperking;
- een verstandelijke handicap;
- een lichamelijke handicap;
- een zintuiglijke handicap;
- een psychosociaal probleem.

De zorg in de AWBZ is in het algemeen gericht op herstel of voorkomen van verergering van de aandoening, beperking of handicap. Ook kan de zorg gericht zijn op bevordering of behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de verzekerde in de samenleving. Tot slot kan de zorg ook gericht zijn op het omgaan met de gevolgen van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, waaronder voorkoming van verergering van gedragsproblemen.

Ook in de AWBZ moet de verzekerde redelijkerwijs op de zorg zijn aangewezen (artikel 2, lid 2, Bza). Is hij dat, dan kan hij aangewezen zijn op één of meer functies. Zie ook het rapport *AWBZ-kompas* van het CVZ (Diemen, juni 2007).

***Preventie in de  
AWBZ***

De aanspraken (zie hierboven) in de AWBZ kunnen activiteiten en interventies omvatten die zijn te kwalificeren als geïndiceerde of zorggerelateerde preventie. Geïndiceerde preventie bestaat bijvoorbeeld uit advisering, instructie en voorlichting bij de aanspraak verpleging. Zorggerelateerde preventie in de AWBZ bestaat bijvoorbeeld uit tijdelijke ondersteuning bij of overname van beperkingen in functies en activiteiten, zoals dagbesteding.

Beide vormen van preventie zijn van oudsher integraal onderdeel van de zorg zoals die in de AWBZ is geregeld. Dit betekent dat de AWBZ ook recht geeft op preventieve interventies.

Overigens stelt de AWBZ aan de interventies (nog) niet de voorwaarde 'voor zover behorend tot de stand van de wetenschap en de praktijk'. Toch zijn deze voorwaarden in de praktijk wel gangbaar en worden zij ook in de AWBZ toegepast.

### **3.c. Conclusie**

Wat concludeert het CVZ nu over preventie en de verzekering daarvan? De conclusie is dat de Zvw en de AWBZ mogelijkheden bieden voor vormen van geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

- De verzekerde heeft een ziekte of een hoog risico op ziekte (algemeen indicatiecriterium).
- De zorg behoort tot de te verzekeren prestaties.
- De preventie-interventie moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, zowel in de Zvw als in de AWBZ.
- De preventie-interventie in de Zvw moet voldoen aan het criterium "zoals huisartsen, specialisten etc. dat plegen te bieden".

#### ***Preventie integraal onderdeel van het behandelings-traject***

In de praktijk betekenen deze voorwaarden dat de arts op grond van individuele omstandigheden, vaststelt of er bij een verzekerde sprake is van een indicatie. Met de indicatie bepaalt de arts de behoefte aan geneeskundige zorg en geeft daarmee invulling aan het te verzekeren risico. De geneeskundige zorg staat beschreven in de geldende standaarden en richtlijnen. Geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie maken volgens deze standaarden en richtlijnen integraal onderdeel uit van het behandelingstraject (geïndiceerde preventie, zorg en zorggerelateerde preventie). Dat uit zich ook in de dagelijkse praktijk in de spreekkamer.

#### ***Behandeling van hoog risico op ziekte behoort tot de verzekerde zorg***

Uit het vorenstaande blijkt dat de systematiek van de wet geen aanknopingspunten biedt om geneeskundige zorg te scheiden in preventie (bij hoog risico op ziekte) en behandeling (bij ziekte). Op basis hiervan concludeert het CVZ dat het niet mogelijk is om bij het bepalen van de te verzekeren zorg, onderscheid te maken tussen de behandeling van ziekte en de behandeling van een hoog risico op ziekte (geïndiceerde preventie).

Daarom behoort dergelijke individueel bepaalde preventieve zorg volgens het college tot de verzekerde zorg.

#### ***Gewenste ontwikkeling***

Vanuit een oogpunt van het ontwikkelen van ketenzorg en "disease management" bij chronische ziekten, acht het CVZ het ook gewenst geen onderscheid te maken tussen geïndiceerde preventie, behandeling en zorggerelateerde preventie. Ook preventieve interventies in de vorm van gedrags- of leefstijlverandering, gericht op individuen met een hoog risico

op ziekten, vallen in principe onder de verzekerde zorg.  
Als er géén hoog risico op ziekte is (met vermogensschade als gevolg), vallen preventieve interventies buiten de Zvw.

## 4. Preventie in de praktijk: stand van zaken, knelpunten en kansen

In dit hoofdstuk leest u eerst wat er in de richtlijnen van de beroepsbeoefenaren over preventie staat. Daarna gaat het CVZ in op wat de zorgverleners in de dagelijkse zorgpraktijk aan preventie doen. Daaruit trekt het CVZ tot slot een aantal conclusies: knelpunten en kansen.

### 4.a. Richtlijnen en standaarden

Het is gebruikelijk, maar niet verplicht, dat beroepsbeoefenaren in de zorg (artsen, specialisten, paramedici, etc.) bij het uitoefenen van hun beroep rekening houden met de richtlijnen en standaarden die hun beroepsorganisaties hebben opgesteld.

#### ***Preventie in bijna alle 135 richtlijnen en standaarden***

In 2005 heeft TNO in opdracht van het CVZ onderzoek gedaan naar *preventie in de verzekerde zorg* (Leiden, september 2005). Dit onderzoek heeft uitgewezen dat in bijna alle 135 richtlijnen voor beroepsbeoefenaren in de zorg aandacht is voor het voorkómen en uitstellen van een ziekte en het verminderen van beperkingen. Voorbeelden zijn het voorschrijven van medicijnen in de recente richtlijn *Cardiovasculair risicomanagement* (CBO/NHG, Utrecht, 2006) of het geven van leefstijladviezen in de standaard *Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct* (NHG, Utrecht 2005). Hieruit blijkt dat vormen van preventie in feite in veel gevallen een onlosmakelijk onderdeel zijn van de behandeling. Uit een vervolgonderzoek van TNO blijkt dat bij de totstandkoming van de richtlijnen vanaf 2005 een verschuiving zichtbaar is van monodisciplinaire naar multidisciplinaire richtlijnen. Multidisciplinaire richtlijnen hebben betrekking op meer beroepsgroepen (Leiden, november 2006). Uit deze richtlijnen blijkt dat preventie steeds meer een onderdeel vormt van ketenzorg.

#### ***Evidence based***

Waren de oude richtlijnen en standaarden vooral gebaseerd op consensus binnen de beroepsgroep, de recente richtlijnen en standaarden komen veelal tot stand op basis van 'evidence based medicine' (zie de voetnoot in hoofdstuk 3). Het CVZ baseert zich bij de beoordeling en waardering van de interventies zoveel mogelijk op de evidence based geneeskunde. Dit om de grens tussen wel en niet te verzekeren zorg te kunnen trekken.

### 4.b. Preventie in de praktijk van de zorgverleners

#### ***Rol van de eerstelijns zorg belangrijk***

Hoe staat het nu met verzekerde preventie in de praktijk: hoe gaan de zorgverleners en verzekeraars ermee om? De eerstelijnsgezondheidszorg speelt een belangrijke rol bij het bieden van preventie. Dit blijkt onder andere uit een aantal

essays uit de CVZ-bundel *Van preventie verzekerd* (Diemen 2006).

In 2005 heeft TNO al vastgesteld (onderzoek *Preventie in de verzekerde zorg*) dat de huisarts een preventieve functie heeft. In veel gevallen is de huisarts alert op risico's die bepaalde patiënten lopen en geeft hen gerichte leefstijladviezen.

Uit recente andere onderzoeken blijkt, dat ook andere professionals in de eerstelijnszorg vinden dat de huisartsen de aangewezen aanbieders van preventieve activiteiten zijn, maar dat zij daar door een combinatie van gebrek aan tijd en ondersteuning bij dit onderwerp momenteel feitelijk maar (zeer) weinig aan doen. Dit blijkt onder meer uit het onderzoek *De huisarts-patiëntrelatie anno 2006* van het NHG en TNS NIPO (Utrecht, 2006) en de *Rapportage Nationaal preventie onderzoek huisartsen 2006* van het NOC/NSF en Pfizer (Papendal, 2006).

***Tweedelijns zorg:  
nog niet erg actief  
in preventie***

Ook de artsen in de tweedelijnszorg besteden bij de behandeling van patiënten met chronische ziekten zoals hart- en vaatziekten, COPD en diabetes mellitus type 2 steeds meer aandacht aan de leefstijlfactoren roken, alcoholgebruik en lichamelijk inactiviteit. Toch blijkt uit het eerdergenoemde onderzoek van TNO (Leiden, 2005) dat er bij beroepsbeoefenaren soms geen duidelijkheid bestaat over preventieve interventies. Zo heeft TNO geconcludeerd dat er in sommige gevallen een discrepantie is (in inhoud en omvang) tussen het officiële beleid van beroepsorganisaties en de praktijk. TNO heeft ook geconstateerd dat individuele beroepsbeoefenaren de richtlijnen niet altijd toepassen en dat zij preventie niet altijd als een kerntaak herkennen.

***Voorbeeld:  
curatieve GGZ doet  
te weinig aan  
preventie***

In de *curatieve GGZ* is het voorkomen (ofwel de preventie) van het opnieuw optreden van depressie van oudsher onderdeel van de behandeling en begeleiding. Deze zorggerelateerde preventie is gericht op het leren hanteren van de psychische aandoening.

Recent hebben het Trimbos-instituut en het RIVM vastgesteld dat de effecten van preventie van depressie groot zijn en dat te weinig mensen hiervan momenteel gebruikmaken (rapport *Gezond Verstand*, De Bilt, 2006).

***Ketenzorg niet  
optimaal***

TNO heeft in 2005 geconcludeerd dat het in veel gevallen nog ontbreekt aan samenhang in de preventieve ketenzorg. De verwachting is dat de beroepsbeoefenaren in de eerste en tweede lijn geleidelijk meer aandacht krijgen voor continuïteit in de zorgketen, inclusief het (vroeg)tijdig signaleren van risicofactoren, zoals leefgewoonten. Het CVZ wijst erop dat de keten veelal begint met het vroegtijdig opsporen van groepen mensen met een hoog risico. Het opsporen en toeleiden van deze groepen mensen naar de zorg, is een taak van de

betrokken ministeries en de gemeenten en verdient meer aandacht.

#### **4.c. Conclusie**

Wat kan het CVZ nu concluderen over verzekerde preventie in de praktijk? Het CVZ neemt waar dat preventie in de praktijk (eerste en tweede lijn) nog onvoldoende aandacht krijgt, terwijl dit wel belangrijk is en in standaarden en richtlijnen staat. Het CVZ onderscheidt de volgende belemmeringen en kansen.

##### **1. Meer mogelijk in de praktijk**

Om te beginnen is er meer mogelijk in de praktijk van de eerste- en tweedelijns zorg. Hoewel de richtlijnen en standaarden van de beroepsbeoefenaren in toenemende mate preventieve aspecten bevatten, doen de beroepsbeoefenaren bij de uitoefening van hun beroep in veel gevallen feitelijk minder aan preventie dan de richtlijnen en standaarden voorschrijven. Daardoor krijgen mensen met een hoog risico op ziekte niet altijd tijdig de preventieve zorg die ze nodig hebben. Ook mensen die al zijn ziek zijn, krijgen niet altijd tijdig de voor hen noodzakelijke preventieve zorg.

##### **2. Mogelijkheden monitoren**

Daarnaast kunnen de zorgverzekeraars en de zorgverleners de mogelijkheden die de Zvw en de AWBZ bieden, beter benutten. In de Zvw en de AWBZ zijn namelijk voldoende mogelijkheden voor preventie. Het CVZ concludeert dat het verzekerde risico ruimer kan worden opgevat dan nu gebeurt.

Er is momenteel te weinig of geen zicht op de ontwikkelingen in het preventieve zorggebruik. Het CVZ vindt het van belang de ontwikkelingen in het preventieve zorggebruik te gaan volgen. Om deze ontwikkelingen te monitoren werkt het CVZ samen met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

##### **3. Beter opsporen en toe leiden**

Ook concludeert het CVZ dat de betrokken ministeries en de gemeenten te weinig aandacht hebben voor het actief opsporen van mensen met een hoog risico en het toe leiden van deze mensen naar de zorg. Dat is een gemiste kans. Het kabinet moet hier landelijk op sturen. Deze activiteiten spelen zich af buiten het domein van de Zvw en de AWBZ.



## 5. Meer mogelijk, hogere kosten

De kansen die het CVZ waarneemt, hebben gevolgen voor de zorgkosten en de vertaling van deze kosten naar het systeem van de zogenaamde risicoverevening. Het CVZ kan, op grond van de bestaande literatuur (zie bijlage 3 voor de artikelen van W. Brouwer en J.J. Polder), de kosten op dit moment slechts in algemene termen duiden.

### ***5.a. Meer zorgkosten en gezondere mensen die langer leven***

Wat zijn de kosten en de baten, als de mogelijkheden om preventie te verzekeren volledig benut worden? Dat ligt tamelijk genuanceerd. Uit de literatuur komt het volgende beeld naar voren. Als zorgvragers, zorgverleners en zorgverzekeraars de ruimte aan preventieve zorg die de Zvw en de AWBZ volgens het CVZ bieden, werkelijk benutten, dan nemen de zorgkosten *op korte termijn*, als gevolg van de feitelijk genoten preventieve zorg, toe. Daar staat naar verwachting tegenover dat het zorggebruik en de zorgkosten *op middellange termijn* afnemen voor die groep mensen die de preventieve zorg benutten en daardoor gezonder worden. Maar *op lange termijn* leidt de preventie uiteindelijk weer tot meer kosten, als er zich weer ziekten voordoen gedurende de gewonnen levensjaren. Het zijn echter juist deze gewonnen levensjaren, naast een verbeterde kwaliteit van leven, die de samenleving als de baten van preventie beschouwt en nastreeft. Daarom vindt het CVZ dat investeren in preventie de moeite waard is.

### ***5.b. Risicoverevening***

Voor de systematiek van risicoverevening geldt in principe dat deze de aanspraken in het basispakket volgt. Dit betekent dat preventie op een of andere manier vertaald moet worden naar de risicoverevening, als de ruimte wordt benut die de Zvw voor preventie biedt. Hoe dat zou moeten gebeuren, hangt af van allerlei factoren. Zo speelt de omvang van de kosten die met preventie zijn gemoeid een rol. Ook de mogelijkheden om deze kosten te koppelen aan bestaande categorieën binnen de risicoverevening zijn van belang. Het CVZ meent dat nader onderzoek nodig en wenselijk is om hierover duidelijkheid te brengen. Het ministerie van VWS zou hierbij het voortouw moeten nemen, omdat de ontwikkeling van het risicovereveningssysteem onder zijn verantwoordelijkheid valt.

### ***5.c. Conclusie***

Het CVZ kan de kosten op dit moment slechts in algemene termen duiden. Desalniettemin meent het CVZ dat nader onderzoek nodig is voor de vertaling van deze kosten naar het risicovereveningssysteem.

## 6. Consultatie

Bij het schrijven van dit rapport heeft het CVZ gebruik gemaakt van de deskundigheid van een groot aantal personen en organisaties. Het CVZ heeft twee openbare bijeenkomsten georganiseerd, er zijn gesprekken gevoerd met een aantal stakeholders en tot slot zijn de besturen van betrokken organisaties geconsulteerd.

### ***Bijeenkomsten 27 november 2006 23 april 2007***

In november 2006 heeft het CVZ het eerste rondetafelgesprek georganiseerd. Met een groot aantal deskundigen uit de zorgsector heeft het CVZ, aan de hand van een aantal essays (vanuit verschillende perspectieven), van gedachten gewisseld over preventie en de relatie met verzekerde zorg. De essays zijn door het CVZ uitgebracht in de essaybundel *Van preventie verzekerd* (Diemen, 2006). In april 2007 heeft het CVZ de hoofdlijnen van het conceptrapport "Van preventie verzekerd" toegelicht en opnieuw besproken met de deskundigen uit de zorgsector. Dit heeft geleid tot aanscherping van het rapport.

### ***Gesprekken met stakeholders***

Vervolgens heeft het CVZ gesprekken gevoerd met de KNMG, NPCF, ZN, Nza, NHG, GGD-nl, GGZ-nl en de Consumentenbond. Deze gesprekken hebben tot een veelheid aan reacties geleid. Naar aanleiding hiervan heeft het CVZ het rapport tot de essentie van het te verzekeren risico teruggebracht, het domein van de Zorgverzekeringswet en het CVZ.

Het CVZ heeft het actief opsporen en leiden van doelgroepen naar de preventieve zorg, expliciet buiten beeld geplaatst. De opmerkingen van stakeholders gingen daarnaast ook vaak over de vraag welke interventies voor welke hoog risico's binnen het verduidelijkte kader vallen (de concretisering). Het CVZ heeft toegezegd deze opmerkingen ter harte te nemen bij de opstelling van de vervolgrapportages, waarvan de eerste dit najaar zal uitkomen.

### ***Bestuurlijke consultatie***

Tot slot heeft het CVZ de eerdergenoemde organisaties ook nog bestuurlijk geconsulteerd. De ontvangen bestuurlijke reacties gingen, naast suggesties voor de opzet van het rapport en onderdelen van de tekst, in op een aantal aspecten:

- Aandacht voor interventies gericht op gedragsverandering en de vraag of deze onder de Zvw vallen;
- De vraag hoe en door wie het hoog risico bepaald wordt;
- Het benadrukken van het belang van een goede opsporing en toeleiding naar de zorg;
- De vraag of alle geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie onder de zorgverzekering valt, onder welke condities en op welke wijze.

Deze aandachtspunten heeft het CVZ meegenomen en/of nader toegelicht in dit rapport. De vervolgrapportages zullen leiden tot adviezen over de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties zoals deze in de wet zijn vastgelegd.

## 7. Vervolgstappen en aanbevelingen

In dit hoofdstuk formuleert het CVZ zijn conclusies over preventie en verzekerde zorg. Ook geeft het CVZ aan welke vervolgstappen het daaraan verbindt. Tot slot doet het CVZ enkele aanbevelingen.

### *Conclusies*

#### *Het verzekerde risico*

De behandeling van hoog risico op ziekten behoort tot 'het te verzekeren risico' in de Zvw en de aanspraken in de AWBZ (geïndiceerde preventie). Ook zorggerelateerde preventie behoort tot 'het te verzekeren risico' in de Zvw of vormt een onderdeel van de functies in de AWBZ. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

- De verzekerde heeft een ziekte of een hoog risico op ziekte (algemeen indicatiecriterium).
- De zorg behoort tot de te verzekeren prestaties.
- De preventie-interventie moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, zowel in de Zvw als in de AWBZ.
- De preventie-interventie in de Zvw moet voldoen aan het criterium "zoals huisartsen, specialisten etc. dat plegen te bieden".

Als er géén hoog risico op ziekte is (met vermogensschade als gevolg), vallen preventieve interventies buiten de Zvw.

#### *Gewenste ontwikkeling*

Vanuit een oogpunt van het ontwikkelen van ketenzorg en "disease management" bij chronische ziekten, acht het CVZ het gewenst geen onderscheid te maken tussen geïndiceerde preventie, behandeling en zorggerelateerde preventie.

#### *Meer mogelijkheden in de praktijk en in de wet*

De beroepsbeoefenaren doen bij de uitoefening van hun beroep in veel gevallen feitelijk minder aan preventie dan de richtlijnen en standaarden voorschrijven. Preventieve interventies in de vorm van gedrags- of leefstijlverandering, gericht op individuen met een hoog risico op ziekten, vallen in principe onder de verzekerde zorg. Gezien de bestaande mogelijkheden voor preventieve zorg in de Zvw en de AWBZ, leidt dit tot de conclusie dat de zorgverzekeraars en de zorgverleners de mogelijkheden die de Zvw en de AWBZ bieden, momenteel nog onvoldoende benutten.

#### *Opsporen en toeleiden*

Groepen mensen met een hoog risico op ziekte opsporen en toeleiden naar de zorg, is essentieel maar kan niet binnen de Zvw worden aangepakt, omdat die gericht is op individuele zorg. Daarom vindt het CVZ het belangrijk dat de betrokken ministeries en de gemeenten hierin hun verantwoordelijkheid nemen. Ook

### *Kosten*

Het CVZ kan de (meer)kosten op dit moment slechts in algemene termen duiden. Desalniettemin acht het CVZ het noodzakelijk deze kosten te vertalen naar het risicovereveningssysteem; hiervoor is het ministerie van VWS verantwoordelijk.

### **Vervolgstappen**

Wat doet het CVZ nu met deze conclusies? Het college zal de volgende activiteiten ondernemen:

#### *Vervolgrapportages uitbrengen*

Om duidelijk te maken welke zorg verzekerd is, brengt het CVZ om te beginnen vijf vervolgrapportages uit. De rapportages gaan over de zorg in verband met roken, de zorg bij schadelijk alcohol gebruik, de zorg bij overgewicht, de zorg bij diabetes en de zorg bij depressie. In deze vervolgrapportages verduidelijkt het CVZ welke zorg voor welke risico's verzekerde zorg is (in termen van functionele aanspraken). Op basis hiervan kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over de concreet te leveren zorg. De eerste rapportage (over de zorg bij stoppen met roken) verschijnt in het najaar van 2007.

#### *Adviseren*

Op basis van de standpunten in de vervolgrapportages zal het college in het kader van het jaarlijkse pakketadvies, adviseren over eventuele instroom en uitstroom van zorg uit de Zvw.

#### *Voorlichting geven over vormen van preventie*

Het CVZ continueert zijn bijdrage aan het publieke debat over preventie en geeft hierover voorlichting aan betrokken partijen. Het CVZ acht goede voorlichting over welke preventieve zorg onderdeel is van de Zvw en van de AWBZ van groot belang. Er moet algemeen bekend zijn welke mogelijkheden de wet voor preventie biedt.

#### *Toetsen aan stand wetenschap en praktijk*

Het CVZ toetst het brede scala van preventieve zorg aan de stand van de wetenschap en praktijk. Beschikt het CVZ over onvoldoende informatie, dan raadpleegt het CVZ de Gezondheidsraad en werkt het samen met ZonMw.

#### *Zorggebruik monitoren*

Het CVZ vindt het belangrijk dat de Zvw en de AWBZ maximaal bijdragen aan geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. Daarom werkt het CVZ samen met de NZa aan het monitoren van het gebruik van preventieve zorg. De uitkomsten hiervan gebruikt het CVZ voor de uitvoering van zijn wettelijke taken.

### **Aanbevelingen**

Het CVZ beveelt de minister van VWS aan, het opsporen en toeleiden naar de individuele zorg goed te regelen en hiervoor

verantwoordelijkheid te nemen. Het CVZ vindt het essentieel dat de minister van VWS aan de hand van de speerpunten uit de *preventienota* bepaalt voor welke doelgroepen het opsporen en toe leiden naar de zorg noodzakelijk is, wie dit verzorgt en uit welke middelen dit wordt gefinancierd. Tevens beveelt het CVZ de minister aan nader te onderzoeken hoe preventieve zorg is in te bedden in de systematiek van de risicoverevening.

## Bijlage 1

### Definities preventie

In de literatuur en het spraakgebruik worden veel verschillende indelingen gehanteerd om de preventieve activiteiten te beschrijven. De meest gebruikte indeling is het beschrijven van preventie in primaire preventie, secundaire preventie en tertiaire preventie (L. Gunning Schepers- Maas, 1997). Primaire, secundaire preventie en zorg treden niet in een chronologische volgorde in iemands leven op.

**A: Primaire preventie** heeft als doel om ziekte te voorkomen door het wegnemen van de oorzaak. Hierbij is een gezonde populatie de doelgroep, het streven is om door beïnvloeding van exogene en/of endogene determinanten de incidentie van ziekten en aandoeningen te verlagen. Daarmee zal naar verwachting ook verlies aan kwaliteit van leven en sterfte tengevolge van die aandoening worden vermeden. Vereist zijn inzicht in de bijdrage van determinanten aan het ontstaan van een gezondheidsprobleem maar ook de beschikbaarheid van een effectieve interventie mogelijk maakt.

**B: Secundaire preventie** beoogt ziekte in een vroeg stadium op te sporen, daardoor eerder met behandelen te starten met als doel genezing te bewerkstelligen dan wel verergering van ziekten te voorkomen. De doelgroep omvat personen die ziek zijn ( of die bepaalde genetische aanleg hebben), maar waarbij de ziekte nog niet is gediagnosticeerd of waarbij de genetische aanleg nog niet vastgesteld.

**C: Zorg of tertiaire preventie** zijn die activiteiten die erop gericht zijn tekorten in de gezondheidstoestand en of de zelfredzaamheid van individuen (patiënten/cliënten) op te heffen, te reduceren en of te compenseren. Essentieel bij zorg en tertiaire preventie is dat het zich richt op individuen waarbij reeds een ziekte aanwezig is en individuen die zich met een zorgvraag tot de zorg gericht hebben.

Deze klassieke indeling in primaire secundaire en tertiaire preventie geeft problemen bij de afgrenzing van de verzekerde preventie binnen de ZVW. Het CVZ opteert in het kader van het rapport Van preventie verzekerd voor de volgende vierdeling:

**Universele preventie** richt zich op de algemene bevolking die niet gekenmerkt wordt door het bestaan van verhoogd risico op ziekte. Universele preventie heeft tot doel de kans op het ontstaan van ziekte of risicofactoren te verminderen;

**Selectieve preventie** richt zich (ongevraagd) 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;

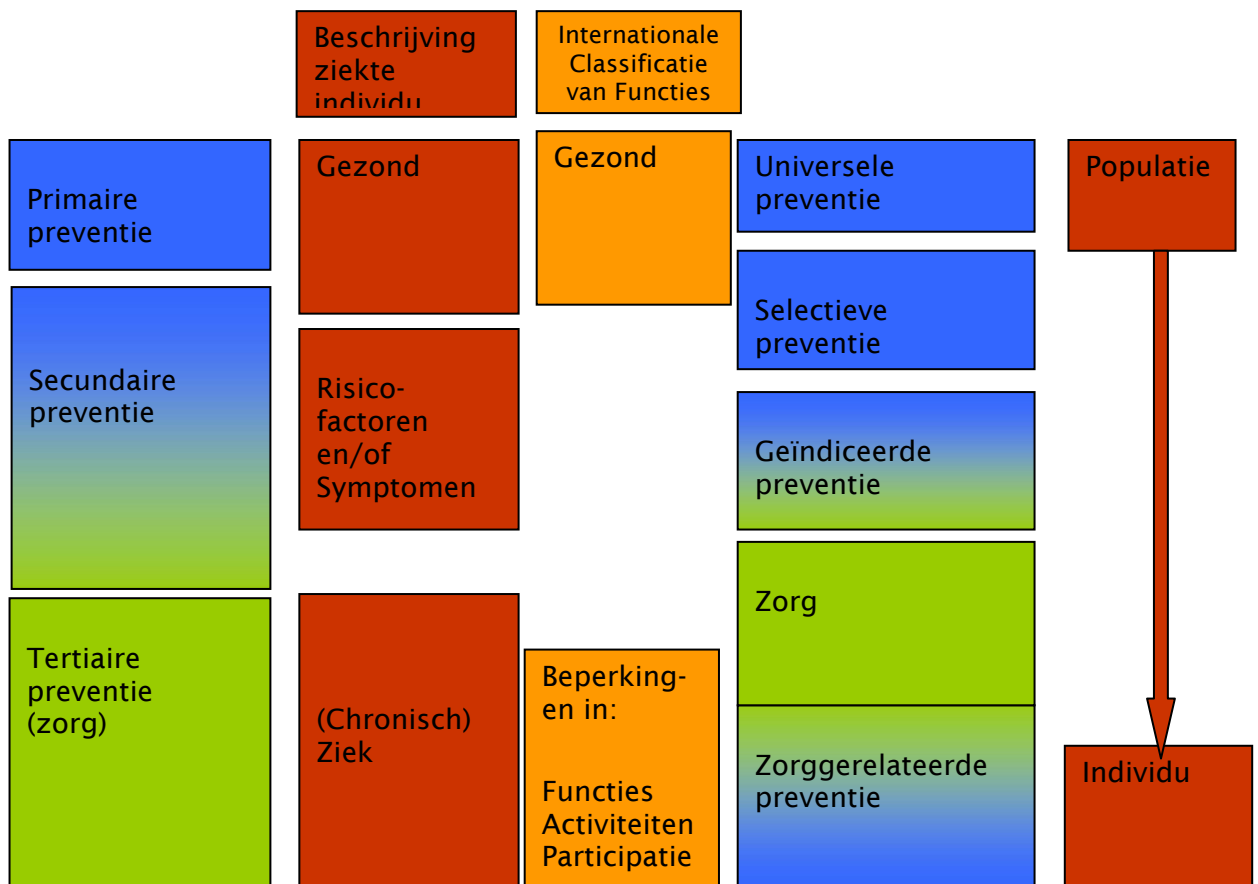
**Geïndiceerde preventie** richt zich op individuen die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen. Geïndiceerde preventie heeft tot doel het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen door een interventie/ behandeling;

**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' te voorkomen.

Grofweg komen de twee eerste vormen van preventie (universele en selectieve) overeen met primaire preventie en een deel van de secundaire preventie. Geïndiceerde preventie heeft kenmerken van secundaire preventie maar is daarbij specifiek gericht op een individu. Zorggerelateerde preventie is een vorm is van tertiaire preventie.

De onderstaande figuur is een schematische weergave van de twee relevante indelingen van preventie in vergelijking met elkaar (horizontaal) en beschreven aan de hand van ziekte bij een individu en beperkingen in het kader van de Internationale Classificatie van Ziekte (ICF) (verticaal). In de laatste kolom wordt weergegeven dat universele en selectieve preventie gericht zijn op de populatie of subpopulaties. Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie zijn gericht op het individu.

**Figuur indelingen van preventie**



## Bijlage 2

### Voorbeeld preventieve interventie gericht op gedrags-/leefstijlverandering.

De prevalentie van overgewicht in Nederland neemt toe. En daardoor ook de kans op diabetes en hart- en vaatziekten. De wens is door middel van interventies gericht op gedrag en leefstijl, gezondheidsproblemen te voorkomen of te beperken. Bijvoorbeeld bij de diagnose diabetes mellitus type 2 (DM2) of een hartinfarct.

Om de vraag te beantwoorden wat verzekerde zorg is, of kan zijn, is het allereerst van belang om te bepalen of er sprake is van een verzekerd risico. Als er volgens de geldende medische inzichten sprake is van een hoog risico op ziekte <sup>2</sup>, bijvoorbeeld glucose intolerantie, een voorstadium van diabetes, dan is er naar de mening van het CVZ sprake van een indicatie voor een interventie. Dit is geïndiceerde preventie.

Vervolgens is de vraag aan de orde of de zorg die kan worden geboden onder de verzekerde prestaties krachtens de Zvw valt. Dat kan als uit een toetsing van de stand van de wetenschap en praktijk blijkt dat er sprake is van voldoende evidence. Evidence onder andere op het terrein van uitkomsten, kosten en langetermijneffecten van de interventie. Het gaat dan bijvoorbeeld over interventies gericht op een combinatie van de voeding en bewegen, aanpassing van de leefstijl gericht op blijvende gewichtsreductie. Hierdoor kan de noodzaak voor een medicamenteuze behandeling van DM2 worden uitgesteld of verminderd.

Als er voldoende evidence is voor deze gecombineerde interventies, dan kan deze in beginsel voor hoog risicogroepen onder de te verzekeren prestaties vallen. Hierbij zijn diverse te verzekeren prestaties in beeld: geneeskundige zorg, farmaceutische zorg en paramedische zorg (fysiotherapie, dieetadvisering). De eerste negen behandelingen fysiotherapie zijn echter uitgesloten van de Zvw. Voor dieetadvisering is er sprake van een jaarlijks maximum, 4 zittingen per jaar.

In veel gecombineerde interventies is groeps(fysio)therapeutisch bewegen gecombineerd met een intensieve gedragsmatige begeleiding en dieetadvisering aangewezen. Om dit tot de te verzekeren prestaties te kunnen rekenen, zal het Besluit zorgverzekering op dit punt moeten worden aangepast. Daarbij kan ook een maximering of een intensivering van het aantal behandelingen aan de orde komen.

Het opnemen van deze gecombineerde interventies kan voor zover ze kosteneffectief zijn, betekenen dat medicatie wordt voorkomen of uitgesteld. Deze substitutie-effecten zijn momenteel nog niet nauwkeurig te duiden, maar zijn in een deel van de gevallen zeker aan de orde.

Zorgverzekeraars hebben, vanuit de aanvullende verzekering, inmiddels eerste ervaringen opgedaan interventies die gericht zijn op leefstijlaanpassing. Therapietrouw, in de zin van levenslange aanpassing van de leefstijl is noodzakelijk. Gezocht moet worden naar mogelijkheden voor het bevorderen van de therapietrouw. Een eigen bijdrage of terugbetaling kunnen een rol spelen bij het bevorderen van therapietrouw.

Het ontwikkelen en evalueren van deze gecombineerde interventies is van groot belang, zeker vanuit een oogpunt van preventieve ketenzorg voor mensen met een

---

<sup>2</sup> Na toetsing aan de stand van de wetenschap en praktijk zal het CVZ in de vervolgrapportages aangeven welke indicaties als hoog risico aangemerkt worden en daarmee onder het verzekerde risico vallen.



indicatie. Het is namelijk van belang dat de huisarts na het stellen van een indicatie, de patiënt kan verwijzen naar een adequate interventie en daarmee het behandelingsarsenaal kan verbreden. Op deze wijze ontstaan er voor het behandelen van hoog risico's op ziekte, mogelijkheden voor een sluitende zorgketen.

### Bijlage 3

### Literatuurlijst

- Assendelft, W.J.J. Het preventieve aanbod in de eerste lijn. Diemen, CVZ, 2006
- Bos van den, G. Loopt preventie voor de chroniciteit uit? Diemen, CVZ, 2006
- Boutellier, H. en Vliet, van K. Verantwoordelijkheid in samenhang. Diemen, CVZ, 2006
- Brouwer, W. Gezond leven niet per se goedkoper. *Latere en laatste levensjaren vormen de grootste 'kostenpost'*. Medisch Contact, 26 mei 2006, 61 nr 21:
- Brouwer, W. en Polder, J.J. Gezonde mensen, dure patiënten in NRC 15 maart 2007
- Davidse, W. et al. Rapport Preventie in de verzekerde zorg, update. Leiden, TNO KvL, 2006
- Grinten, van der T. en Drewes, J. Zorgverzekeraar en preventie; nieuwe kansen of business as usual? Diemen, CVZ, 2006
- Hopman, A.M, Rapport AWBZ kompas, , Diemen, CVZ, juni 2007
- Jong, de O. et al. Rapport Preventie in de verzekerde zorg. Leiden, TNO KvL, 2005
- Klamer, A. Preventie is zorg voor gezondheid is gezondheidszorg. Diemen, CVZ, 2006
- Klazinga, N. Van zorgverzekering naar gezondheidsverzekering; preventie op recept; Diemen, CVZ, 2006
- Lems, S. De huisarts-patiëntrelatie anno 2006. Utrecht, NHG, Amsterdam, TNS NIPO, 2006
- Meijer, S.A. et al. Rapport Gezond Verstand. De Bilt, RIVM, Utrecht, Trimbos, 2006
- Monissen, D. en Boon, M. Zorgverzekeraars en preventie: de curatief-preventieve droompolis: Diemen, CVZ, 2006.
- Polder, J.J. De winst en verliesrekening van gezond gedrag *in* Economie is goed voor volksgezondheid en zorg, naar een economischer public health beleid. Uitgave Public Health Forum, verschenen als bijlage bij *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, nr. 5 2006
- Polder, J.J. et al. Zorg voor gezondheid, Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. De Bilt, RIVM, 2006
- Rapportage Nationaal Preventie Onderzoek Huisartsen 2006. Papendal, Capelle aan den IJssel, NOC/NSF, Pfizer, 2006
- Richtlijn *Cardiovasculair risicomanagement*. Utrecht, CBO en NHG, 2006
- Standaard *Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct*. Utrecht, NHG, 2005
- Trappenburg, M. De totale check up in het basispakket? Diemen, CVZ, 2006

Wassenaarseweg 56  
Postbus 2215  
2301 CE Leiden

[www.tno.nl](http://www.tno.nl)

T 071 518 18 18  
F 071 518 19 18

**TNO-rapport**

**KZ/KvL/2005.139**

**Preventie in de verzekerde zorg**

|                 |   |
|-----------------|---|
| Datum           | 30 september 2005   |
| Auteur(s)       | O.R.W. de Jong<br>J. van Reeuwijk-Werkhorst<br>W. Davidse<br>R.J.M. Perenboom<br>A.B.W.M. Quak<br>W.J.J. Assendelft |
| Aantal pagina's | 147   |
| Aantal bijlagen | 2   |
| Projectnummer   | 011.85178   |

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belang-hebbenden is toegestaan.



## Inhoudsopgave

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>Inleiding.....</b>   | <b>7</b>  |
| 1.1      | Achtergrond.....  | 7         |
| 1.2      | Doelen en onderzoeksvragen.....                               | 7         |
| 1.3      | Indeling van het rapport .....                                | 8         |
| <b>2</b> | <b>Onderzoeksopzet en afbakening preventie.....</b>           | <b>9</b>  |
| 2.1      | Prioriteiten.....   | 9         |
| 2.2      | Onderzoeksopzet en gegevensverzameling.....                   | 9         |
| 2.2.1    | Verzekerde zorg .....   | 9         |
| 2.2.2    | Onderzoeksopzet .....   | 9         |
| 2.2.3    | Gegevensverzameling .....                                     | 11        |
| 2.3      | Begripsverheldering preventie in de curatieve zorg .....      | 12        |
| 2.3.1    | Primaire, secundaire en tertiaire preventie .....             | 12        |
| <b>3</b> | <b>Aandoeningen en risicofactoren.....</b>                    | <b>15</b> |
| 3.1      | Inleiding .....   | 15        |
| 3.2      | Aandoeningen.....   | 15        |
| 3.2.1    | Kanker .....  | 15        |
| 3.2.2    | Hart- en vaatziekten.....                                     | 15        |
| 3.2.3    | Diabetes Mellitus (DM).....                                   | 15        |
| 3.2.4    | Astma en COPD.....  | 16        |
| 3.2.5    | Klachten van het bewegingsapparaat .....                      | 16        |
| 3.2.6    | Psychische aandoeningen .....                                 | 16        |
| 3.2.7    | Erfelijke en aangeboren afwijkingen.....                      | 17        |
| 3.2.8    | Infectieziekten .....   | 17        |
| 3.3      | Risicofactoren.....   | 17        |
| 3.3.1    | Roken .....   | 17        |
| 3.3.2    | Problematisch alcoholgebruik .....                            | 18        |
| 3.3.3    | Bewegen en lichamelijke inactiviteit.....                     | 18        |
| 3.3.4    | Voeding en voedingsgewoonten.....                             | 18        |
| 3.3.5    | Overgewicht .....   | 19        |
| <b>4</b> | <b>Preventieve zorgactiviteiten in de curatieve zorg.....</b> | <b>21</b> |
| 4.1      | Inleiding .....   | 21        |
| 4.2      | Preventie van risicofactoren .....                            | 21        |
| 4.2.1    | Roken .....   | 21        |
| 4.2.2    | (Problematisch) alcoholgebruik.....                           | 25        |
| 4.2.3    | Bewegen/lichamelijke inactiviteit .....                       | 27        |
| 4.2.4    | Voeding en voedingsgewoonten.....                             | 29        |
| 4.2.5    | Overgewicht .....   | 30        |
| 4.3      | Preventie van aandoeningen.....                               | 31        |
| 4.3.1    | Kanker .....  | 31        |
| 4.3.2    | Hart- en vaatziekten.....                                     | 32        |
| 4.3.3    | Diabetes Mellitus (DM).....                                   | 33        |
| 4.3.4    | Astma/COPD.....   | 34        |
| 4.3.5    | Klachten van het bewegingsapparaat .....                      | 36        |
| 4.3.6    | Psychische aandoeningen .....                                 | 38        |
| 4.3.7    | Erfelijke en aangeboren afwijkingen.....                      | 41        |
| 4.3.8    | Infectieziekten .....   | 42        |

|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| <b>5</b>  | <b>Individuele preventie in richtlijnen .....</b>                | <b>45</b> |
| 5.1       | Inleiding .....  | 45        |
| 5.2       | Methode.....   | 45        |
| 5.3       | Resultaten .....   | 46        |
| 5.3.1     | Kanker .....   | 46        |
| 5.3.2     | Hart- en vaatziekten.....  | 46        |
| 5.3.3     | Diabetes Mellitus.....   | 47        |
| 5.3.4     | Astma/COPD.....  | 47        |
| 5.3.5     | Klachten van het bewegingsapparaat .....                         | 48        |
| 5.3.6     | Psychische aandoeningen .....                                    | 48        |
| 5.3.7     | Erfelijke en aangeboren afwijkingen.....                         | 48        |
| 5.3.8     | Infectieziekten .....  | 48        |
| <b>6</b>  | <b>Financiering van preventie in de verzekerde zorg.....</b>     | <b>51</b> |
| 6.1       | Algemeen .....   | 51        |
| 6.2       | Knelpunten in de financiering .....                              | 52        |
| <b>7</b>  | <b>Preventiebeleid beroepsgroepen.....</b>                       | <b>53</b> |
| 7.1       | Inleiding .....  | 53        |
| 7.2       | Methode.....   | 53        |
| 7.3       | Resultaten .....   | 53        |
| 7.3.1     | Respons .....  | 53        |
| 7.3.2     | Visie en standpunten van de beroepsgroepen.....                  | 54        |
| <b>8</b>  | <b>Preventiebeleid overheid.....</b>                             | <b>65</b> |
| 8.1       | Prioriteiten in preventie .....                                  | 65        |
| 8.2       | Roken .....  | 66        |
| 8.3       | Alcoholgebruik.....  | 66        |
| 8.4       | Seksueel gedrag.....   | 66        |
| 8.5       | Bewegen.....   | 67        |
| 8.6       | Voeding .....  | 67        |
| 8.7       | Overgewicht .....  | 67        |
| <b>9</b>  | <b>Preventiebeleid zorgverzekeraars.....</b>                     | <b>69</b> |
| 9.1       | Inleiding .....  | 69        |
| 9.2       | Preventie in de aanvullende verzekering .....                    | 69        |
| 9.3       | Visie en standpunten .....                                       | 70        |
| <b>10</b> | <b>Beschouwing .....</b>   | <b>73</b> |
| 10.1      | Inleiding .....  | 73        |
| 10.2      | Preventie van aandoeningen en risicofactoren .....               | 73        |
| 10.3      | Preventieve activiteiten in de curatieve zorg .....              | 74        |
| 10.4      | Methoden voor secundaire en tertiaire preventie .....            | 76        |
| 10.5      | Preventie in richtlijnen .....                                   | 77        |
| 10.6      | Bereik en effectiviteit van preventie in de curatieve zorg ..... | 78        |
| 10.7      | Organisatie en financiering van preventie .....                  | 79        |
| 10.8      | Visie en standpunten van partijen.....                           | 80        |
| 10.9      | Afsluiting.....  | 81        |
| <b>11</b> | <b>Geraadpleegde bronnen.....</b>                                | <b>85</b> |

**Bijlage(n)**

A Overzicht preventie in richtlijnen beroepsgroepen

B Overzicht preventie in aanvullende verzekering van zorgverzekeraars





# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond

Het beleid van de overheid voor preventie is gericht op het terugdringen van ziekten die enerzijds een hoge ziektelast veroorzaken en waar anderzijds met preventie veel gezondheidswinst te behalen valt. Zorgaanbieders worden gestimuleerd om tijdig gezondheidsrisico's te signaleren en patiënten hierop aan te spreken. Zorgverzekeraars worden gestimuleerd meer toe te zien op het totstandkomen van ketenzorg, inclusief preventie, en op het toepassen van bestaande standaarden en protocollen in de zorg.

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft tot taak het bevorderen van effectieve, adequate en toegankelijke zorg van goede kwaliteit. Op het snijvlak van preventie en zorg is bij het CVZ onvoldoende bekend, welke specifieke preventieve zorgactiviteiten als onderdeel van de verzekerde curatieve zorg worden uitgevoerd.

Met het oog op de verdere beleidsontwikkeling door het CVZ over dit onderwerp is TNO Kwaliteit van Leven (TNO-KvL) verzocht een inventariserend onderzoek uit te voeren naar de preventieve activiteiten in de curatieve gezondheidszorg.

## 1.2 Doelen en onderzoeksvragen

Het onderzoek dient het CVZ inzicht te bieden in de volgende aspecten en onderzoeksvragen:

### Overzicht van preventieve activiteiten in de curatieve zorg

- Welke preventieve zorgactiviteiten worden door de zorgaanbieders in de curatieve eerste en tweedelijnszorg (inclusief academische ziekenhuizen) uitgevoerd?
- Welke partijen zijn bij deze zorgactiviteiten betrokken en op welke wijze?
- Wat staat in de behandelingsrichtlijnen van de (para)medische beroepsgroepen vermeld over preventie?

### Visie en standpunten van beroepsgroepen en andere actoren

- Wat zijn de visie en standpunten over preventie in de beroepsuitoefening van relevante wetenschappelijke beroepsverenigingen in de curatieve zorg?
- Wat zijn de visie en standpunten over preventie in de curatieve zorg van andere partijen in de curatieve zorg, zoals de rijksoverheid en zorgverzekeraars?

### Mate van bewijs

- Wat is de mate van bewijs over de effectiviteit van de preventieve zorgactiviteiten?

### Wijze van financiering

- Hoe worden de preventieve zorgactiviteiten gefinancierd?

### Implementatie en gebruik

- In welke mate worden de verschillende preventieve zorgactiviteiten binnen de curatieve zorg toegepast?
- Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren bij het toepassen van preventieve zorgactiviteiten als onderdeel van de curatieve verzekerde zorg door zorgaanbieders en zorgverzekeraars?

- Welke preventieve zorgactiviteiten zijn in ontwikkeling of gereed voor implementatie en wat zijn de redenen waarom implementatie nog niet van start is gegaan en/of niet of onvoldoende wordt uitgevoerd?

### **1.3 Indeling van het rapport**

Hoofdstuk 2 beschrijft de onderzoeksopzet en de wijze waarop de gegevens zijn verzameld aan de hand van een raamwerk dat de samenhang tussen risicofactoren en aandoeningen weergeeft. Tevens wordt in dit hoofdstuk kort het begrip preventie besproken en afgebakend. In hoofdstuk 3 worden de kwantitatieve en kwalitatieve gegevens over de aandoeningen en risicofactoren gepresenteerd om een beeld te geven van omvang en ernst en de daarmee samenhangende noodzaak tot preventie. Hoofdstuk 4 geeft een overzicht van de preventieve zorgactiviteiten in de eerste en tweedelijns gezondheidszorg, gebaseerd op het raamwerk van aandoeningen en risicofactoren (zie pagina 10). Tevens worden in dit hoofdstuk het bereik en de effectiviteit van preventieactiviteiten gepresenteerd, alsmede de wijze waarop ze worden gefinancierd en welke factoren van invloed zijn op beleid en uitvoering van de preventieve activiteiten. Hoofdstuk 5 beschrijft wat de (para)medische beroepsgroepen in de curatieve zorg over preventie zeggen in mono- en multidisciplinaire richtlijnen. In achtereenvolgens de hoofdstukken 6, 7 en 8 komen de visie en standpunten aan de orde over preventie van de beroepsgroepen in de curatieve zorg, van de overheid en van de zorgverzekeraars. In hoofdstuk 8 wordt tevens een overzicht gegeven op welke preventieactiviteiten verzekeren in de aanvullende verzekering recht hebben. Hoofdstuk 9 voorziet in een beschouwing, waarin tevens de bevindingen worden samengevat.

Na het overzicht van geraadpleegde bronnen zijn als bijlagen toegevoegd:

- A) Overzicht preventie in richtlijnen van de beroepsgroepen
- B) Overzicht preventie verstrekkingen van zorgverzekeraars

## 2 Onderzoeksopzet en afbakening preventie

### 2.1 Prioriteiten

In Nederland worden enige landelijke preventieprogramma's in de curatieve zorg uitgevoerd (zoals de landelijke bevolkingsonderzoeken voor borstkanker en baarmoederhalskanker en het griepvaccinatieprogramma). Met het CVZ werd afgesproken deze landelijke programma's buiten beschouwing te laten.

Tevens werd in overleg met het CVZ besloten om de inventarisatie van de preventieve activiteiten te beperken tot acht aandoeningen (aansluitend bij het preventiebeleid van de rijksoverheid). Voor deze prioriteiten heeft de overheid gekozen omdat men van mening is dat met preventieve maatregelen veel (gezondheids)winst is te behalen, of is behaald en behouden moet blijven. Tevens komen de aandoeningen veel voor en worden ze in de curatieve zorg worden behandeld. Ten slotte zijn de maatschappelijke kosten, o.a. zorgkosten, ziekteverzuim, hoog. De aandoeningen zijn:

- Kanker (dikke darm, longkanker)
- Hart- en vaatziekten (coronaire hartziekten, hartfalen, beroerte)
- Diabetes mellitus
- Astma en COPD
- Klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat (artrose, reumatoïde artritis, osteoporose, nek- en rugklachten)
- Psychische aandoeningen (depressie, angststoornissen, alcoholverslaving)
- Erfelijke en aangeboren aandoeningen
- Infectieziekten (tuberculose, influenza, SOA, Hiv/Aids)

### 2.2 Onderzoeksopzet en gegevensverzameling

#### 2.2.1 *Verzekerde zorg*

De inventarisatie richt zich primair op de preventieve activiteiten in de curatieve zorg die verzekerd is via ziekenfonds of particuliere zorgverzekering. Er werd bij het onderzoek vanuit gegaan dat preventieve activiteiten in de curatieve zorg ten dele ook vanuit AWBZ verzekerde zorg wordt uitgevoerd, bijvoorbeeld de preventieve werkzaamheden van bij de thuiszorg werkzame diabetesverpleegkundige in het kader van de (transmurale) diabeteszorg en de preventie in de geestelijke gezondheidszorg. Daarom is besloten is om eveneens de preventieve activiteiten in de AWBZ geleverde zorg te inventariseren zodat de samenhang (en knelpunten) van preventie in de curatieve zorg goed in beeld kan worden gebracht

#### 2.2.2 *Onderzoeksopzet*

Als basis voor de inventarisatie is uitgegaan van een raamwerk dat een overzicht biedt van de hiervoor genoemde aandoeningen en de risicofactoren die op het ontstaan en beloop van de aandoeningen van invloed zijn (Tabel 1, pagina 10). Op elke aandoening zijn één of meer risicofactoren van invloed. De sterkte van het verband worden niet beschreven. Voor sommige geldt een onomstotelijk bewijs van een oorzakelijk verband tussen risicofactor en aandoening (bijvoorbeeld roken en COPD), voor andere is de bewijsvoering (nog) onderwerp van onderzoek vanwege tegenstrijdige onderzoeksresultaten (bijvoorbeeld het verband tussen voeding en bepaalde vormen van kanker). Anderzijds zijn sommige risicofactoren op elkaar van invloed (o.a.



| Risicofactor                        |       |                 |             |         | Voeding       |               |                   | Seksueel gedrag |
|-------------------------------------|-------|-----------------|-------------|---------|---------------|---------------|-------------------|-----------------|
|                                     | Roken | Alcohol-gebruik | Overgewicht | Bewegen | Verzadigd vet | Transvet zuur | Groenten en fruit |                 |
| <b>Aandoening</b>                   |       |                 |             |         |               |               |                   |                 |
| bewegingsapparaat                   |       |                 |             |         |               |               |                   |                 |
| - Artrose                           | x     | x               | x           | x       |               |               |                   |                 |
| - Osteoporose                       | x     | x               | x           | x       |               |               |                   |                 |
| - Nek- en rugklachten               |       |                 | x           | x       |               |               |                   |                 |
| Psychische aandoeningen             |       |                 |             |         |               |               |                   |                 |
| - Depressie                         | x     | x               |             | x       |               |               |                   |                 |
| - Angststoornissen                  | x     | x               |             |         |               |               |                   |                 |
| - Alcoholverslaving                 | x     | x               |             |         |               |               |                   |                 |
| Erfelijke en aangeboren afwijkingen | x     | x               |             |         |               |               |                   |                 |
| Infectieziekten                     |       |                 |             |         |               |               |                   |                 |
| - SOA, Hiv/Aids                     |       |                 |             |         |               |               |                   | x               |

<sup>1</sup> Gebaseerd op Langer Gezond Leven, 2003

### 2.2.3 Gegevensverzameling

Er is gebruik gemaakt van twee onderzoeksmethoden, te weten de raadpleging van schriftelijke bronnen en semi-gestructureerde interviews.

I) Voor het verkrijgen van een *overzicht van de preventieve zorgactiviteiten* in de curatieve zorg zijn verschillende onderzoeks- en beleidsrapportages op het terrein van preventie in de zorg geraadpleegd, onder meer van het RIVM, van het Ministerie van VWS, en rapportages van categoriale organisaties als de Nederlandse Hartstichting, de Stichting SOA-Bestrijding, en het Trimbos-instituut. Tevens zijn van alle betrokken (para)medische beroepsgroepen richtlijnen met betrekking tot de aandoeningen uit het raamwerk geraadpleegd op het vóórkomen van preventieve activiteiten. Daarnaast zijn databases geraadpleegd voor het inventariseren van afgesloten en lopende (onderzoeks)projecten met betrekking tot preventieve interventies in de curatieve zorg (QUI-databank van het NIGZ; Projectenpoort van ZonMw, Nederlandse Onderzoeks Databank).

II) Voor het *bereik en de effectiviteit* van de preventieve activiteiten zijn eveneens bestaande overzichtsrapportages en databases geraadpleegd.

III) Om de gegevens van *zorgverzekeraars over hun "preventieve verstrekkingen"* te inventariseren zijn via de internet sites van alle zorgverzekeraars de polissen onderzocht op het vóórkomen van deze verstrekkingen.

IV) De *visie en standpunten over preventie van de beroepsgroepen en andere actoren* zijn onderzocht met behulp van semi-gestructureerde telefonische interviews of e-mail uitwisseling met vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen. De standpunten van de overheid zijn verzameld door raadpleging van beleidsrapporten van het Ministerie

van VWS. Bij Zorgverzekeraars Nederland vond een interview plaats om informatie te verzamelen over het standpunt van de zorgverzekeraars.

In onderstaande tabel worden de verschillende methoden en bronnen voor de dataverzameling vermeld.

**Tabel 2: Overzicht methoden voor gegevensverzameling**

| Methoden<br>Activiteiten              | Documentenanalyse | Interviews |
|---------------------------------------|-------------------|------------|
| Overzicht preventie-activiteiten      | X                 | X          |
| Standpunten/toepassing beroepsgroepen | X                 | X          |
| Bereik en mate van bewijs             | X                 |            |
| Wijze van financiering                | X                 | X          |

## 2.3 Begripsverheldering preventie in de curatieve zorg

In deze paragraaf wordt kort ingegaan op het begrip preventie. Achtereenvolgens komen aan de orde de begrippen primaire, secundaire en tertiaire preventie en de preventiemethoden die hiervoor (kunnen) worden ingezet in de curatieve zorg.

### 2.3.1 *Primaire, secundaire en tertiaire preventie*

Preventie wordt meestal ingedeeld naar fasen in het ziekteproces. De klassieke indeling is het onderscheid tussen primaire, secundaire en tertiaire preventie.

*Primaire preventie* heeft als doel het voorkomen van ziekten door de oorzaken weg te nemen. Dit kan alleen als de oorzaken van ziekten bekend en behandelbaar zijn (Schaapveld en Hirasings, 1997; Witte en Busch, 2005). Zo is longkanker grotendeels te voorkomen door primaire preventie -door niet te roken-, maar borstkanker is niet te voorkomen.

Primaire preventie heeft als doelgroep de gezonde bevolking. Bekende preventiemethoden zijn vaccinaties, hygiëne, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO), gezondheidsbescherming door wet- en regelgeving.

*Primaire preventie in de curatieve zorg* vindt bijvoorbeeld plaats door tandartsen door de periodieke gebitscontrole, en door verloskundigen door de begeleiding en controle van zwangere vrouwen. Primaire preventie in de huisartspraktijk is bijvoorbeeld het voorschrijven van cholesterolverlagende middelen bij een verder gezonde 55-plusser ter voorkoming van hart- en vaatziekten (primaire preventie van hart- en vaatziekten).

*Secundaire preventie* richt zich op mensen met een vroeg stadium van een ziekte of op mensen die een bepaalde risicofactor of meerdere risicofactoren hebben (bijvoorbeeld verhoogde bloeddruk, verhoogd cholesterol, roken, lichamelijke inactiviteit). De ziekte is nog niet vastgesteld en de persoon is zich er ook niet van "bewust" drager van de ziekte te zijn. Het doel is de ziekte vroegtijdig te behandelen, zodat deze eerder geneest of niet erger wordt. Of het doel is een risicofactor vroegtijdig te herkennen en door behandeling, advisering en begeleiding te verminderen.

Vroegtijdige opsporing heeft plaats in de algemene bevolking of bij speciale groepen. Het opsporen is *bevolkingsonderzoek* als het programmatisch bij zoveel mogelijk individuen uit een bepaalde groep plaatsvindt. Hierbij wordt met een test gezocht naar

één bepaalde ziekte. Voorbeelden zijn het onderzoek van alle pasgeborenen op fenylketonurie, of het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker.

De Engelse term voor het bewust zoeken naar beginnende ziekten of naar risicofactoren in het kader van secundaire preventie is *screening*. Wanneer screening min of meer opportunistisch plaatsvindt bij patiënten die om een andere reden een arts bezoeken, spreekt men van “case finding”. Een voorbeeld is een bloeddrukmeting van de huisarts bij een patiënt die met knieklachten komt. Een meer selectieve vorm van case finding is een bloeddrukmeting bij een patiënt met overgewicht. Deze vorm van secundaire preventie in de curatieve zorg wordt ook wel “casuïstische preventie” genoemd (Brancherapport Preventie 2000-2004).

Op basis van een gevonden ziekte of risico worden preventieve maatregelen genomen. Bijvoorbeeld medicijnen om bloeddruk te verlagen, adviezen om te minderen of te stoppen met roken of meer te gaan bewegen, of doorverwijzing naar een specialist voor vervolgdagnostiek en/of behandeling.

*Tertiaire preventie* is het voorkomen van verergering of van complicaties van een reeds gediagnosticeerde aandoening of ziekte bij een individuele patiënt die onder behandeling is. *Tertiaire preventie in de curatieve zorg* is een onderdeel van de reguliere behandeling en zorg van een patiënt. Een voorbeeld van tertiaire preventie is een stoppen-met-roken advies van de huisarts bij een rokende patiënt met hart- en vaatklachten die in behandeling is. Of suïcidepreventie in de geestelijke gezondheidszorg bij een in behandeling zijnde depressieve patiënt. In de huisartsenzorg wordt tertiaire preventie ook wel ad-hoc preventie genoemd, omdat het plaatsvindt in het kader van de behandeling van een bestaande aandoening of ziekte.

Tertiaire preventie wordt overigens niet (altijd) gezien als een vorm van preventie, maar uitsluitend als goede zorg aan patiënten (Schaapveld en Hirasings, 1997).

In de geestelijke gezondheidszorg worden vier vormen van preventie onderscheiden die met de klassieke indeling verwant zijn (Bohlmeijer & Cuijpers, 2001).

*Universele preventie*, gericht op de algemene bevolking (vergelijkbaar met primaire preventie). *Selectieve preventie*, gericht op een subgroep of individuen met een geestelijk gezondheidsrisico en *geïndiceerde preventie*, gericht op groepen met een hoog-risico (beide vergelijkbaar met secundaire preventie) en tot slot *zorggerichte preventie* voor mensen die een aandoening hebben (tertiaire preventie).

In dit rapport gaan we uit van de indeling in primaire, secundaire en tertiaire preventie. We inventariseren de primaire, secundaire en tertiaire preventie-activiteiten in de curatieve zorg met betrekking tot de in het raamwerk (zie 2.2.2.) genoemde aandoeningen en risicofactoren. Uitgezonderd van de inventarisatie zijn de eerder genoemde programmatische landelijke bevolkingsonderzoeken.





## 3 Aandoeningen en risicofactoren

### 3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van kwantitatieve en kwalitatieve gegevens van aandoeningen en risicofactoren uit het hiervoor gepresenteerde raamwerk waar met preventie veel (gezondheids)winst te behalen valt.

### 3.2 Aandoeningen

#### 3.2.1 *Kanker*

Er wordt jaarlijks bij 70.000 personen kanker vastgesteld en jaarlijks overlijden 37.000 personen aan kanker. Dat is 26% van de totale sterfte (Brancherapport Preventie 2000-2004).

Bij het ontstaan van kanker spelen erfelijke, hormonale, en voeding- en andere leefstijlgewoonten, zoals roken en alcoholgebruik een rol. Longkanker is de kanker met de hoogste sterfte in Nederland. Roken is de belangrijkste risicofactor. Op basis van het rookgedrag is te voorspellen dat het aantal ziektegevallen bij mannen zeker tot 2015 nog licht zal dalen. Onder vrouwen valt echter een toename te verwachten (Kanker in Nederland, 2004).

Dikke darm- en endeldarmkanker (darmkanker) is ook een veel voorkomende vorm van kanker. Het aantal nieuwe gevallen stijgt geleidelijk, bij mannen meer dan bij vrouwen. De verandering van leefstijl in de laatste decennia (afname van consumptie van groente en fruit, afname van lichamelijke activiteit, toename overgewicht, toename alcoholgebruik) verhoogt het risico op darmkanker.

#### 3.2.2 *Hart- en vaatziekten*

Jaarlijks worden 95.000 mensen opgenomen met als hoofddiagnose coronaire aandoeningen en 178.000 met coronaire aandoeningen als nevendiagnose (Nederlandse Hartstichting, 2005). In 2003 overleden ongeveer 48.000 mensen aan hart- en vaatziekten, hetgeen overeenkomt met 34% van de totale sterfte (Brancherapport Preventie 2000-2004).

Risicofactoren zijn erfelijke aanleg en overgewicht, diabetes, verhoogde bloeddruk en een verhoogd cholesterolgehalte en de risicofactoren waarmee deze in relatie staan, namelijk voeding, roken, alcoholgebruik en lichamelijke inactiviteit.

Van de volwassenen in Nederland heeft 14% een verhoogd cholesterolgehalte (>6,5mmol/l) en 27% van de mannen en 22% van de vrouwen een verhoogde bloeddruk (140/90 mmHg voor personen tot 60 jaar en 160/90mmHg boven 60 jaar) (Brancherapport Preventie 2000-2004).

#### 3.2.3 *Diabetes Mellitus (DM)*

Er zijn rond de 415.000 bekende diabetespatiënten en jaarlijks komen er 65.000 nieuwe gevallen van vijftig jaar en ouder bij. Diabetes leidt tot vermindering van het aantal gezonde levensjaren en aantasting van de kwaliteit van leven. Niet-opgespoorde diabetes type 2 wordt geschat tussen 100.000 en 400.000 (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2005).

Risicofactoren voor type 1 (jeugddiabetes) zijn nog onvoldoende bekend. Voor DM-type 2 zijn de risicofactoren: overgewicht, te weinig bewegen en verkeerd

voedingspatroon, veelal in samenhang met hogere leeftijd en familiegeschiedenis van diabetes (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2005). Door roken wordt de kans op cardiovasculaire aandoeningen van diabetespatiënten vergroot. Gevolgen van te laat signaleren en behandelen zijn ernstige complicaties zoals hart- en vaatziekten, blindheid, voetafwijkingen en aantasting nieren.

Uit de Hoornstudie bleek dat hart- en vaatziekten de belangrijkste doodsoorzaak waren van overleden diabetici (Hoornstudie. Bevolkingsonderzoek naar suikerziekte onder 50-75 jarigen in Hoorn, 1989-1991, VUMc-EMGO).

#### 3.2.4 *Astma en COPD*

Geschat wordt op basis van huisartsregistraties in 2000 dat 427.000 personen Astma hebben en 330.000 COPD (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2005). COPD is de vijfde doodsoorzaak. In 2002 overleden 6.634 personen aan deze ziekte (Brancherapport Preventie 2000-2004). Het aantal vrouwen neemt daarin sterk toe, omdat deze meer zijn gaan roken. Het aantal astmagevallen is van alle ziekten het sterkst gestegen. Het aantal kinderen met astma stijgt zienderogen.

Roken is de belangrijkste risicofactor voor Astma/COPD bij volwassenen. Voor astma is atopie (erfelijke aanleg voor allergische reacties) tevens een risicofactor. Er zijn tevens aanwijzingen dat de westerse leefstijl (rokende moeders tijdens zwangerschap, vaccinatie van kinderen, toegenomen antibioticagebruik, veranderde voedingsgewoonten en overgewicht) leidt tot verminderde weerstand die het ontstaan van astma versterkt. Onduidelijk is nog welke effecten deze factoren hebben en welke factoren het belangrijkste zijn (Brancherapport Preventie 2000-2004).

#### 3.2.5 *Klachten van het bewegingsapparaat*

Belangrijke specifieke ziektebeelden zijn (Brancherapport Preventie 2000-2004):

- artrose (voor knie-, heup- en perifere artrose waren in 2000 ca. 715.000 personen bekend bij de huisarts);
- osteoporose (in 2000 waren ca. 110.000 bekend bij de huisarts);
- nek- en rugklachten (in 2000 waren ca. 1,6 miljoen bij de huisarts bekend)

M.u.v. lage rugklachten komen de aandoeningen meer voor bij vrouwen dan bij mannen. De prevalentie neemt toe in verband met de vergrijzing.

Risicofactoren bij artrose zijn overgewicht (in combinatie met lichamelijke inactiviteit en voedingsgewoonten), gewrichtstrauma en belastend werk. Bij osteoporose zijn het lichamelijke inactiviteit, voedingsgewoonten en valrisico's. Bij rugklachten spelen zware lichamelijke belasting, lichaamshouding, overgewicht, en psychosociale factoren een rol (ontevredenheid met werk of privé, bewegingsangst).

#### 3.2.6 *Psychische aandoeningen*

De meest voorkomende psychische aandoeningen zijn depressie- en angststoornissen, en afhankelijkheid van alcohol.

In 2000 waren er bijna 410.000 mensen (>13 jaar) met een depressie. In 2000 werden ruim 340.000 patiënten met een depressie geregistreerd door de huisartsen. Jaarlijks krijgen 285.000 mensen een depressie (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2005).

Over de omvang van de alcoholproblematiek bestaan verschillende definities. Ca. 9% van de bevolking kan tot de probleemdrinkers worden gerekend, ruim 1,1 miljoen mensen (mannen gemiddeld 21 glazen per week/3 per dag; vrouwen 14 glazen per week/2 per dag) (Langer Gezond Leven, 2003; Alcoholnota 2001-2003). Probleemdrinkers betreft een combinatie van alcoholgerelateerde lichamelijke, sociale of psychische problemen en (excessief) drinken. Op jaarbasis voldoet 3,7% van de mensen tussen 18 en 65 jaar aan de diagnosecriteria voor alcoholverslaving (>56 glazen

per week). Overigens moet worden bedacht dat de gevoeligheid voor probleemdrinken en alcoholverslaving per individu varieert.

Risicofactoren zijn veelal een combinatie van erfelijke aanleg, omgevingsfactoren, stress en leefstijl. Roken is consequent geassocieerd met depressie (geschiedenis van zware depressie hangt samen met meer roken en minder succes bij stoppen met roken) en roken en alcoholverslaving zijn eveneens geassocieerd (Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving, 2004).

### 3.2.7 *Erfelijke en aangeboren afwijkingen*

Ongeveer 3% van het aantal pasgeborenen heeft in 2003 één of meer aangeboren aandoeningen (ca. 6000 pasgeborenen). Aandoeningen van urinewegen en het skelet- en spierstelsel komen vaker voor, dan aandoeningen van het ademhalingsstelsel. De aandoeningen van het centraal zenuwstelsel en hart- en vaatstelsel veroorzaken de grootste ziektelast (Brancherapport Preventie 2000-2004).

Vaak is de oorzaak van afwijkingen onbekend. Naast erfelijke factoren kunnen externe factoren een rol spelen, zoals een infectieziekte bij de moeder (rubella bijvoorbeeld), de gevolgen van een ongeluk in een chemische fabriek. Tevens worden als risicofactoren genoemd de leeftijd van de moeder en de leefstijl, zoals roken, alcoholgebruik en voedingsgewoonten.

### 3.2.8 *Infectieziekten*

Seksueel overdraagbare aandoeningen/SOA (chlamydia, gonorrhoe, syfilis, hiv) zijn vanwege de besmettingsrisico's niet alleen individueel, maar tevens collectief van belang.

In 2004 zijn binnen de SOA-peilstations bijna 50.000 nieuwe SOA-consulten geregistreerd, een toename van 17% ten opzichte van 2003 (Infectieziekten Bulletin, 2005). Onder vrouwen neemt chlamydia toe, met 38% ten opzichte van 2003. (Vroege) syfilis neemt toe bij homo- en biseksuele mannen, met 24% in vergelijking met 2003. Hiv-positieve personen nemen 20% van alle gonorrhoe, chlamydia en syfilis voor hun rekening (Brancherapport Preventie 2000-2004).

Voor SOA geldt vooral onveilig seksueel gedrag als risicofactor.

## 3.3 **Risicofactoren**

### 3.3.1 *Roken*

Roken is de belangrijkste oorzaak van vroegtijdige sterfte en de grootste vermijdbare doodsoorzaak. Ongeveer 30% van de Nederlanders rookte in 2003, 33% van de mannen en 27% van de vrouwen (ruim 4 miljoen mensen). Van de totale sterfte kan ca 15% worden toegeschreven aan roken. Ruim 20 duizend mensen sterven jaarlijks aan met roken gerelateerde aandoeningen (vooral aan longkanker en hart- en vaatziekten). Ongeveer 20% van de sterfgevallen aan hart- en vaatziekten kan aan roken worden toegeschreven. Ruim 85% van alle gevallen van longkanker en meer dan 80% van COPD kan worden toegeschreven aan roken (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2005).

Roken is een belangrijke oorzaak van negatieve resultaten bij zwangerschap, inclusief verlaagde vruchtbaarheid, perinatale sterfte, verhoogde kans op abortus e.d. Baby's van rokende moeders hebben vaak een lager geboortegewicht en een grotere kans op luchtwegaandoeningen. De kans op wiegendood neemt eveneens toe als er wordt gerookt in nabijheid van de baby. Van de 200.000 vrouwen die jaarlijks zwanger

worden rookt 35-50% tijdens de zwangerschap (Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving, 2004).

Psychiatrische patiënten en alcoholverslaafden roken meer dan de gemiddelde populatie.

### 3.3.2 *Problematisch alcoholgebruik*

In 2001 werd ca. 9% van de volwassen bevolking (1,1 miljoen mensen) tot de probleemdrinkers gerekend. Op jaarbasis voldoet 3,7% van de volwassenen tussen de 18 en 65 jaar aan de diagnosecriteria voor alcoholverslaving. Dit houdt in dat in dat verschillende facetten van hun leven negatief beïnvloed worden door hun drinkgedrag of dat zij hun gebruik niet of moeilijk kunnen matigen (zie ook onder 3.2.6 Psychische aandoeningen).

Alcoholmisbruik blijkt een rol te spelen bij 8 tot 20% van alle mensen die een beroep doen op de gezondheidszorg, maar hun drinkgewoonten blijven bij de dokter veelal buiten beschouwing (Emmen et al, 2005).

In Nederland overleden in 2000 als gevolg van een alcoholgerelateerde aandoening 831 personen (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2005). De sterfte is in werkelijkheid hoger, omdat sterftegevallen indirect gerelateerd aan alcoholgebruik nog niet zijn meegerekend. Zo verhoogt overmatig alcoholgebruik indirect via rijden onder invloed de kans op een dodelijk ongeval.

Preventie van alcoholgebruik is van groot belang vanwege de aanzienlijke gevolgen van (overmatig) alcoholgebruik voor zowel het individu als de maatschappij en omdat de groep gebruikers zo groot is. Een te hoog alcoholgebruik is geassocieerd met verhoogde bloeddruk, waardoor er een groter risico is op beroerte en coronaire hartziekten. In vergelijking tot andere leefstijlfactoren is voor overmatig alcoholgebruik de bijdrage aan de totale ziektelast relatief hoog.

### 3.3.3 *Bewegen en lichamelijke inactiviteit*

Lichamelijke inactiviteit is een belangrijke risicofactor voor ongezondheid (hart- en vaatziekten, klachten van het bewegingsapparaat). Van de sterfte in Nederland kan ongeveer 5,7 procent toegeschreven worden aan lichamelijke inactiviteit (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2005). De helft van de Nederlandse bevolking tussen 18-55 jaar voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (30 minuten matig intensieve lichamelijke activiteit, 5 dagen per week). Ca. 70% van de 55-75 jarigen voldoet eveneens aan de norm (meer activiteiten vallen in de norm matig intensief van deze doelgroep). 14 tot 21% van de mensen is zeer inactief.

Matig intensieve lichamelijke activiteit kan direct of indirect het risico verlagen op het ontstaan van ziekten, zoals hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en osteoporose (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2005).

Factoren die samenhangen met onvoldoende lichamelijke activiteit zijn geringe kennis over risico's, negatieve houding tegenover bewegen, geringe eigen-effectiviteit, lage SES en weinig stimulerende omgeving (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2005).

### 3.3.4 *Voeding en voedingsgewoonten*

Er treedt aanzienlijk gezondheidsverlies op doordat er verkeerd en teveel wordt gegeten. Het aantal mensen met (ernstig) overgewicht neemt daardoor toe en zijn er jaarlijks zo'n 40 duizend nieuwe gevallen van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2 en kanker (Kreijl e.a., 2004). Voedingsgewoonten spelen een belangrijke rol bij de preventie van chronische ziekten, waarvan hart- en vaatziekten en een aantal vormen van kanker de belangrijkste zijn. Dit staat los van de rol van de voeding bij het ontstaan van overgewicht (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2005).

Factoren die samenhangen met ongezonde voedingsgewoonten zijn geringe kennis, onvoldoende motivatie voor gedragsverandering, geringe eigen-effectiviteit en een omgeving die verleidt tot ongezond eten.

Met het verbeteren van voedingsgewoonten kan dan ook veel gezondheidswinst worden behaald. Uit onderzoek blijkt dat met voeding die (volgens de aanbeveling van de Gezondheidsraad) maximaal 10 procent verzadigd vet bevat, een afname van hart- en vaatziekten van 7 procent bij mannen en 11 procent bij vrouwen mogelijk is. Als de groente- en fruitconsumptie toeneemt, kunnen 3.000 sterfgevallen aan hart- en vaatziekten en 4.500 nieuwe gevallen van kanker worden voorkómen. Borstvoeding is van belang voor de preventie van aandoeningen bij zuigelingen (Gezondheidsraad, 2002).

### 3.3.5 *Overgewicht*

Van overgewicht is sprake bij een body mass index (BMI) van 25-30 kg/m<sup>2</sup>. 40% van de volwassenen in Nederland heeft een te hoog lichaamsgewicht. 10% is obees (BMI >30 kg/m<sup>2</sup>) (Brancherapport Preventie 2000-2004). 13% van de jongens en 14% van de meisjes heeft overgewicht (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2005). Overgewicht is het gevolg van een positieve energiebalans. Dat wil zeggen dat iemand meer energie opneemt via de voeding dan hij verbruikt voor onder andere lichamelijke activiteit. Naar schatting wordt ongeveer 6% van de jaarlijkse sterfte veroorzaakt door overgewicht (Brancherapport Preventie 2000-2004). Belangrijke gevolgen van ernstig overgewicht (obesitas) voor de volksgezondheid zijn diabetes mellitus type 2, een verhoogd risico op een verhoogde bloeddruk en cholesterol, hart- en vaatziekten, psychosociale problemen, kanker en aandoeningen aan het bewegingsapparaat (artrose) en de ademhalingsorganen.

Overgewicht neemt bij kinderen zienderogen toe en obesitas bij volwassenen. Omdat kinderen met overgewicht een verhoogde kans hebben om ook op latere leeftijd (ernstig) overgewicht te hebben is preventie van gewichtsstijging bij kinderen en jongvolwassenen van belang voor de preventie van obesitas. Dit geldt temeer omdat steeds vaker diabetes mellitus bij kinderen wordt gesignaleerd. Daarom is overgewicht ook gekozen als één van de speerpunten van het volksgezondheidsbeleid voor de komende jaren (Langer gezond leven, 2003).



## 4 Preventieve zorgactiviteiten in de curatieve zorg

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de preventieve activiteiten in de eerste en tweedelijns curatieve zorg beschreven. Hierbij worden onderscheiden de activiteiten voor de preventie van ziekten en de activiteiten voor de preventie van risicofactoren.

Na een korte introductie bij elke risicofactor en aandoening wordt beschreven wat de beroepsgroepen in de curatieve zorg aan preventieve activiteiten uitvoeren, wat bekend is over het bereik in de patiëntenpopulatie en het gebruik binnen de beroepsgroep en wat bekend is over de effectiviteit van de activiteiten.

Tevens wordt in dit hoofdstuk beschreven hoe deze activiteiten worden gefinancierd en met welke factoren men in het beleid en de uitvoering te maken heeft.

Er vinden honderden landelijke, lokale en regionale projecten plaats in de curatieve zorg, al of niet begeleid met onderzoek, en verspreid over alle aandoeningen en risicofactoren. Het betreft zowel zorgvernieuwingsprojecten met geregeld een aandeel voor preventie en projecten specifiek gericht op preventie. In het kader van het onderzoek zou het te ver voeren om van alle individuele projecten verslag te doen. Daarom wordt volstaan met een zoveel mogelijk geactualiseerd overzicht, samengesteld uit overzichtsrapporten en –artikelen en uit bestaande multidisciplinaire richtlijnen. Daar waar informatie ontbrak werd gezocht naar (resultaten van) afgesloten onderzoek.

### 4.2 Preventie van risicofactoren

#### 4.2.1 *Roken*

Rokende patiënten worden in de zorg niet geregistreerd, noch systematisch opgespoord. Wel vindt case finding plaats bij rokende patiënten met een verhoogd gezondheidsrisico of met gezondheidsklachten, veelal gevolgd door stoppen-met-roken advisering en begeleiding. Beroepsbeoefenaren adviseren rokers te stoppen met roken aan de hand van door STIVORO ontwikkelde adviesprotocollen, o.a. met de Minimale Interventie Strategie voor huisartsen (H-MIS), voor cardiologen en cardiologie verpleegkundigen (C-MIS), voor longartsen en longverpleegkundigen (L-MIS) en voor verloskundigen (V-MIS). Ook wordt volstaan met een eenmalig standaard stopadvies.

#### ***Huisartspraktijken***

In huisartspraktijken wordt aan rokende patiënten met aan roken gerelateerde aandoeningen geadviseerd te stoppen met roken. In 20 NHG-standaarden wordt aandacht besteed aan stoppen met roken, waaronder standaarden over COPD, hartfalen, diabetes mellitus 2, zwangerschap en kraambed. Bij meerdere standaarden zijn voor de consultondersteuning patiëntenbrieven beschikbaar. Tevens wordt aan rokende patiënten met een verhoogd risico voor deze aandoeningen (overgewicht, verhoogde bloeddruk, verhoogd cholesterol) een stoppen-met-roken advies gegeven. Het betreft eenmalige adviezen of kortdurende ondersteuning met behulp van de H-MIS, die veelal door de praktijkondersteuner / praktijkverpleegkundige / assistente wordt uitgevoerd. Ondersteuning bij het stoppen-met-roken kan bestaan uit (een combinatie van) nicotinevervangende middelen, farmacologische ondersteuning (o.a. Bupropion) en begeleidende gesprekken.

Huisartsen adviseren vrouwen/paren met een zwangerschapswens in het kader van preconceptie-voorlichting over leefstijlaspecten, waaronder roken, die van invloed zijn op het zwanger worden, op een goed verloop en op positieve uitkomsten van de zwangerschap. Er is een specifieke methodiek ontwikkeld, preconceptie advisering in de huisartspraktijk, Ouders van Straks (De Jong et al, 2003).

Huisartsen adviseren rokende zwangere vrouwen te stoppen met roken.

#### *Bereik en effectiviteit*

Huisartsen vinden in het algemeen dat leefgewoonten, dus ook stoppen-met-roken, primair tot de verantwoordelijkheid van de patiënt behoort, maar ze zijn tevens van mening dat ze als zorgverleners hierin ook een taak hebben.

Huisartsen geven in 9% van de contacten met rokers een stoppen-met-roken advies en 50% van de Astma/COPD-patiënten krijgt het advies te stoppen met roken. Huisartsen lijken vooral te adviseren bij rokers die gemotiveerd zijn om te stoppen (Langer gezond leven, 2003).

De H-MIS wordt door 30% van de huisartspraktijken toegepast, gemiddeld 2,6 keer per maand (Brancherapport Preventie 2000-2004). In huisartspraktijken met ondersteuning van een preventieconsulent tijdens het CARPE-project (preventie hart- en vaatziekten) nam het gebruik van de H-MIS toe tot 53% (Richtlijn Behandeling Tabaksverslaving). Bij toepassing van de H-MIS in een Twentse studie rookte 13% van de rokers niet meer, een jaar nadat het stoppen-met-roken advies voor het eerst was gegeven. Bij de rokers bij wie de H-MIS niet werd toegepast, was dit 7% (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2005).

Het gebruik van een intensievere H-MIS voor COPD-patiënten leidde tot meer stoppogingen (Brancherapport Preventie 2000-2004).

Rookinterventies in de huisartspraktijk zijn kosteneffectief. Zo leidde minimale counseling in de huisartspraktijk waarbij 25% van de rokers werd bereikt, tot netto-kostenbesparingen (Richtlijn Behandeling Tabaksverslaving, 2004).

Het CVZ heeft de Minister van VWS in 2003 geadviseerd voor een periode van 3 jaar het gebruik van o.a. de H-MIS te financieren vanuit de algemene middelen om het bereik onder rokende patiënten te vergroten. De Minister heeft dit advies niet overgenomen.

#### ***Tandartspraktijken***

In tandartspraktijken (inclusief mondhygiënist) wordt informatie gegeven aan rokende patiënten over de schadelijke effecten van roken op de mondgezondheid. Er is een T-MIS in ontwikkeling voor tandartspraktijken i.s.m. STIVORO. Er worden initiatieven genomen om preventie-assistenten in de tandartspraktijk op te leiden.

#### *Bereik en effectiviteit*

Tandartsen (lees ook kaakchirurgen, orthodontisten) geven minder vaak stopadviezen aan patiënten dan andere gezondheidswerkers (Richtlijn Behandeling Tabaksverslaving, 2004). 18% van de tandartsen informeert al hun rokende patiënten regelmatig over de schadelijke effecten en dat percentage loopt op naar 59% bij aan roken gerelateerde mondklachten.

Meer dan de helft van de tandartsen vindt het niet tot hun verantwoordelijkheid horen patiënten te adviseren om te stoppen met roken.

Uit meerdere (experimentele) onderzoeken blijkt dat interventies voor stoppen-met-roken (pogingen) in de tandartspraktijk effectief zijn. Afhankelijk van de duur en de frequentie van het advies stopt 2-13% van alle rokers voor tenminste 12 maanden met



roken. Hoe vaker tandartsen worden herinnerd aan hun hulptaak stoppen-met-roken, des te vaker gaven ze stopadviezen. (Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving, 2004).

### ***Verloskundige praktijken***

Verloskundigen verstrekken eenmalige adviezen, of maken gebruik van de V(erloskundige)-MIS voor stoppen-met-roken in het kader van voorlichting en advisering aan zwangere vrouwen. Stoppen-met-roken vermindert het risico op onder meer prematuriteit en een laag geboortegewicht.

### ***Bereik en effectiviteit***

Uit onderzoek blijkt dat verloskundigen (alle disciplines, inclusief gynaecologen) ca. 4 minuten besteden aan roken tijdens het eerste consult en dat ze bereid zijn gemiddeld ca. 17 minuten verspreid over alle consulten te besteden aan stoppen-met-roken begeleiding (Richtlijn Behandeling Tabaksverslaving, 2004).

De omvang van het gebruik van de V-MIS in verloskundige is niet bekend. Tevens is niet duidelijk of alle rokende zwangere vrouwen (35-50% van alle zwangeren) met voorlichting en advisering over stoppen-met-roken worden bereikt.

Toepassing van de V-MIS was effectief bij rokende zwangere vrouwen (Brancherapport Preventie 2000-2004). 21% van de rokende vrouwen was zes weken na de bevalling gestopt met roken tegen 12% in de controlegroep.

### ***Cardiologie- en longafdelingen in algemene ziekenhuizen***

In cardiologie- en longafdelingen in ziekenhuizen worden rokende hart- en vaatpatiënten en longpatiënten geadviseerd te stoppen en begeleid bij stoppen-met-roken pogingen. Dit betreft eveneens eenmalige adviezen, c.q. kortdurende ondersteuning met de C(ardiologie)-MIS en L(ong)-MIS. Verpleegkundigen voeren veelal deze preventie uit. Er zijn enige ziekenhuizen met een rookstop-polikliniek voor patiënten van longafdelingen, al of niet gecombineerd met het programma "DIAGNOSIS4HEALTH", een software programma voor de begeleiding bij stoppen-met-roken (Stoppen aan Bod, NIGZ, 2003).

### ***Bereik en effectiviteit***

Door 25% van de cardiologen wordt gebruik gemaakt van de C-MIS, gemiddeld 4,7 keer per maand (Brancherapport Preventie, 2004).

De C-MIS, gebruikt voor patiënten met cardiovasculaire aandoening(en) is effectief op korte termijn (3 maanden), terwijl effecten op langere termijn (12 maanden) niet werden gevonden (Richtlijn Behandeling Tabaksverslaving, 2004). De P(oliklinische)-MIS is niet effectief bij coronaire patiënten. Korte adviezen door verpleegkundigen aan patiënten met een coronaire bypass is effectief. Intensievere programma's voor coronair hartfalen zijn wel effectief. Medicamenteuze behandeling verhoogt de kans op stoppen, idem voor intensieve gedragscounseling. (Richtlijn Behandeling Tabaksverslaving, 2004)

Bijna 75% van de longartsen adviseert rokende patiënten te stoppen bij het eerste consult. Alleen wanneer patiënten te kennen geven niet te willen/kunnen stoppen adviseert 1 op de 5 longartsen te minderen. Tweederde verwijst door naar de longverpleegkundige.

Van de longartsen past 27% de L-MIS toe, gemiddeld 12,4 keer per maand. 69% verwijst door naar de longverpleegkundige. De L-MIS lijkt veelbelovend voor de effectiviteit, maar de begeleiding wordt door longartsen en verpleegkundigen als intensief ervaren (patiënten zijn vaak zware rokers). Er zijn verder weinig specifieke

stoppen-met-roken interventies voor COPD-patiënten. COPD-patiënten blijken moeilijk te kunnen stoppen. Nicotinevervangende middelen, inclusief Bupropion, verhogen de stopcijfers op korte termijn (Richtlijn Behandeling Tabaksverslaving, 2004)

Er zijn weinig effectiviteitsgegevens bekend van de rookstop-polis voor longpatiënten. Gegevens van één poli laten zien dat over een periode van 2 jaar 40% van de behandelde zieke of zwaar verslaafde rokers na een jaar nog steeds rookvrij was (Stoppen aan bod, NIGZ, 2003). Overigens was daar een wachtlijst van 300 patiënten. 20 ziekenhuizen en 300 artsen zijn aangesloten bij DIAGNOSE 4 HEALTH en gebruikt de materialen. Er is niets bekend over de effectiviteit (Stoppen aan Bod, NIGZ, 2003).

Er is onderzoek gaande (Universiteit van Twente) over de effecten van L-MIS vergeleken met de intensieve SmokeStopTherapy, een combinatie van psychosociale counseling en farmacotherapie. Voorlopige resultaten laten zien dat deze therapie effectiever is dan de L-MIS (Stoppen aan bod, NIGZ, 2003).

### ***Geestelijke gezondheidszorg***

Zorgverleners in de geestelijke gezondheidszorg (psychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers) doen weinig pogingen om psychiatrische patiënten te motiveren te stoppen met roken (Richtlijn Behandeling Tabaksverslaving, 2004).

#### *Bereik en effectiviteit*

Ongeveer 80% van alle psychiatrische patiënten rookt. Er zijn geen gegevens bekend hoeveel patiënten het advies krijgen om te stoppen met roken, noch hoeveel hulpverleners (psychiaters, psychologen, psychiatrisch verpleegkundigen) patiënten adviseren te stoppen.

Gedragsmatige ondersteuning van de groep psychiatrische patiënten en farmacologische ondersteuning blijken wel effectief te zijn. Bupropion wordt bij deze groep afgeraden in verband met ongewenste bijwerkingen, zoals angst en agitatie (Richtlijn Behandeling Tabaksverslaving, 2004).

### ***Bedrijfsgezondheidsdiensten***

Roken op de werkplek is wettelijk beperkt tot rookruimten. De Richtlijn Handelen bij Astma en COPD voor bedrijfsartsen (NVAB, 2003) stelt dat screenen op roken geen aanwijzingen geeft op een gunstig effect op de preventie. Bij werknemers die blootgesteld worden aan dampen, rook, stof e.d., die fors roken en luchtwegklachten rapporteren, wordt vroegdiagnostiek op COPD geadviseerd en vervolgens geadviseerd te stoppen met roken.

Via wet- en regelgeving, campagnes op het werk, cursussen stoppen-met-roken wordt roken in bedrijven ontmoedigd.

#### *Bereik en effectiviteit*

32% van de werknemers rookt. In 2003 heeft 53% van de bedrijven een rookbeleid en is 70% van de bedrijven rookvrij (Brancherapport Preventie 2000-2004).

Onduidelijk is in welke mate COPD in bedrijven wordt gedetecteerd, of bedrijfsartsen of bedrijfsverpleegkundigen rokende werknemers adviseren te stoppen met roken en ook de effectiviteit hiervan is onbekend.

Onderzoek wijst wel uit dat individuele stoppen-met-roken interventies, uitgevoerd door bedrijfsartsen effectief zijn (Richtlijn Keten zorg COPD, 2005).

#### 4.2.2 *(Problematisch) alcoholgebruik*

Probleemdrinkers (8-12 of meer glazen per dag) worden niet systematisch opgespoord. Preventie vindt plaats bij patiënten met verhoogd risico (hart- en vaatziekten e.d.) en met bestaande gezondheidsklachten, die eventueel gerelateerd zijn aan problematisch alcoholgebruik.

In algemene zin is er weinig bekend over de effectiviteit van de preventieve voorlichting en begeleiding van mensen met problematisch alcoholgebruik.

Er is een start gemaakt met de ontwikkeling van een Multidisciplinaire Richtlijn Alcoholmisbruik en –verslaving.

Alcoholverslaving wordt gezien als een ziekte. De preventie van verslavingsgedrag vindt plaats in verslavingsklinieken, bij RIAGG's. Omdat verslavingsziekten in dit onderzoek niet als prioritaire aandoening wordt beschouwd, wordt uitsluitend de preventie van problematisch alcoholgebruik toegelicht.

#### ***Huisartspraktijken***

Huisartsen behandelen lichamelijke en psychische klachten als gevolg van problematisch alcoholgebruik en adviseren tot matiging in verband met onder meer risico's voor de individuele gezondheid (NHG-Standaard Problematisch Alcoholgebruik, 2005). Bij de begeleiding van risicodrinkers wordt ter ondersteuning medicijnen voorgeschreven.

Verder worden probleemdrinkers voor begeleiding en preventie van alcoholgebruik doorverwezen naar regionale instellingen voor verslavingszorg, algemeen psychiatrische ziekenhuizen of RIAGG's.

Huisartsen informeren vrouwen/paren met een zwangerschapswens en zwangere vrouwen over de schadelijke effecten van (te)veel alcoholgebruik voor en tijdens de zwangerschap. (Zie ook onder roken).

#### ***Bereik en effectiviteit***

Naar schatting zijn er 200 probleemdrinkers in de gemiddelde huisartspraktijk (Langer gezond leven, 2003). (Beginnende) alcoholproblematiek wordt moeilijk herkend, mede omdat het niet als gezondheidsklacht door patiënten wordt gepresenteerd. Eén op de zeven probleemdrinkers wordt in de huisartspraktijk bereikt. De doeltreffendheid van vroegsignalering van alcoholproblematiek is wel in enkele onderzoeken aangetoond, zij het bij een minderheid van de patiënten.

Recent onderzoek toonde aan dat huisartsen met vrij eenvoudige interventies risicodrinkers kunnen opsporen en helpen (Protocol Vroegsignalering in de Huisartsenpraktijk). Naar verwachting kunnen door vroegopsporing en minimale interventies in de huisartspraktijk de schadelijke gevolgen van alcoholgebruik met 10-16% in de populatie probleemdrinkers worden verminderd (Anderson, 2003).

Het beleid van de overheid is om de huisartshulp bij alcoholproblematiek te intensiveren (Alcoholnota, 2001). Een aantal verslavingszorginstellingen ontwikkelen in het kader van VWS-project Alcoholzorg, gestart in 2001, projecten met de eerste lijn, o.a. met huisartsen, voor de vroegsignalering en vroegbehandeling van alcoholproblematiek. Het betreft lopende projecten, waarvan de resultaten nog niet bekend zijn (QUI-databank, NIGZ, 2005).

#### ***Verloskundige praktijken***

Werkers in verloskundige praktijken in eerste en tweede lijn (inclusief gynaecologen) informeren zwangere vrouwen over de schadelijke effecten van (te)veel alcohol. (Zie ook onder roken)

### *Bereik en effectiviteit*

In Nederland drinkt tussen de 35 en 50% van de zwangere vrouwen alcoholhoudende dranken. Een (onbekend) deel behoort tot de zware drinkers (meer dan 8 glazen per dag).

Het is niet duidelijk of alle zwangere vrouwen met de informatie over de schadelijke gevolgen van alcohol worden bereikt en ook niet of alle vrouwen die drinken worden voorgelicht.

Buitenlands onderzoek toonde aan dat met persoonlijke voorlichting zwangere vrouwen meer stoppen met alcoholgebruik. Intensieve voorlichting en begeleiding bij zwangere vrouwen die veel drinken is effectief, maar niet bij zwangere vrouwen die matig drinken (2-3 glazen) per dag (Gezondheidsraad, 2005).

### *Algemene ziekenhuizen*

Cardiologen en andere specialisten adviseren over de schadelijke gevolgen van alcoholgebruik bij patiënten met aandoeningen waarbij verergering door alcoholgebruik kan optreden. Maar drinkgewoonten blijven bij mensen die een beroep doen op de gezondheidszorg vaak buiten beschouwing, ook in ziekenhuizen.

### *Bereik en effectiviteit*

Omvang en effectiviteit van preventie van alcoholgebruik in ziekenhuizen is onbekend. Er zijn diagnostische methoden beproefd in enkele ziekenhuizen voor het opsporen van alcoholmisbruik bij patiënten in ziekenhuizen (biologische marker CDT). Deze blijkt effectief, alleen bij goede training in het gebruik (Emmen, 2005). Recentelijk is een kortdurende gedragsgerichte interventiemethodiek voor afdelingen interne geneeskunde beproefd in ziekenhuizen voor het voorkomen/verminderen van ziekten die met alcoholgebruik samenhangen (betreft zware drinkers). De motivatie om minder te gaan drinken was verbeterd in de experimentele groep, maar controle en experimentele groep waren beide minder gaan drinken. Voor de experimentele groep kon dat niet worden verklaard door de interventie (Emmen et al, 2005).

### *Geestelijke gezondheidszorg*

Preventie van alcoholmisbruik en alcoholverslaving vindt plaats in het kader van de behandeling in de verslavingszorg, bij RIAGG's en in psychiatrische ziekenhuizen. In 2003 was de groep alcoholhulpvragen met 45% de grootste groep hulpvragen in de ambulante verslavingszorg (LADIS bulletin, 2004).

### *Bereik en effectiviteit*

Vooraf voor problematische drinkers is het bereik van de verslavingszorg erg laag (Alcoholnota 2001-2003). Naar schatting 1 op 10 mensen met problematisch alcoholgebruik komt bij de hulpverlening.

Over de effecten van de behandeling zijn geen gegevens voorhanden (Langer gezond leven, 2003).

### *Bedrijfsgezondheidsdiensten*

Bedrijven en instellingen voeren in toenemende mate alcoholbeleid (Alcoholnota 2001-2003). Leidinggevenden hebben een signalerende functie (in het kader van ziekteverzuim). Screening op alcoholmisbruik wordt niet geadviseerd. Wel signalering door bedrijfsartsen in het kader van ziekteverzuim en mogelijke verwijzing naar huisarts en/of andere hulpverleners.

Via wet- en regelgeving, campagnes in bedrijven, cursussen en protocollen wordt gebruik van alcohol in bedrijven en instellingen ontmoedigd.

#### *Bereik en effectiviteit*

5% van de beroepsbevolking heeft een probleem met drank (Brancherapport Preventie 2000-2004). Deze probleemdrinkers verzuimen 6 keer meer dan andere werknemers. Een op de 7 bedrijfsongevallen is gerelateerd aan alcoholgebruik.

Er zijn geen gegevens bekend over het bereik is van deze probleemdrinkers door de bedrijfsgezondheidsdiensten en wat de effecten zijn van hun interventies (Brancherapport Preventie 2000-2004).

#### 4.2.3 *Bewegen/lichamelijke inactiviteit*

Systematische opsporing van lichamelijke inactiviteit bij (risico)patiënten vindt niet plaats. In de curatieve zorg wordt door alle zorgverleners geadviseerd meer te bewegen in verband met risico's op overgewicht, hart- en vaatziekten, diabetes, artrose/osteoporose, rugklachten. Tevens wordt voorlichting gegeven over valpreventie.

#### **Huisartspraktijken**

In huisartspraktijken worden lichamelijk inactieve patiënten, patiënten met overgewicht, patiënten met een (hoog) risico op gezondheidsklachten of met bestaande klachten, en patiënten met chronische aandoeningen (artrose, lage rugpijn, CVA) geadviseerd (meer) in beweging te blijven. Er wordt doorverwezen naar de fysiotherapeut of naar één van de vele andere voorzieningen voor bewegingsstimulering.

#### *Bereik en effectiviteit*

Huisartsen blijken in het algemeen niet overtuigd van de effectiviteit van bewegingsstimuleringsprogramma's, maar geven wel vaak een standaard bewegingsadvies (volgens de NHG-standaarden) bij patiënten met risico's voor hart- en vaatziekten en voor klachten van het bewegingsapparaat. Huisartsen zijn onvoldoende op de hoogte van bewegingsstimuleringsvoorzieningen (Bemelmans e.a., 2004).

Er zijn geen gegevens bekend hoeveel huisartsen hoeveel patiënten adviseren om meer en/of beter te gaan bewegen, hoeveel patiënten worden doorverwezen naar bewegingsstimuleringsprogramma's en hoeveel patiënten het advies hebben opgevolgd.

Recentelijk is de haalbaarheid en effectiviteit onderzocht van het PACE-beweegadvies door de huisarts (Physician-based Assessment and Counseling for Exercise). Een jaar na het advies is de onderzoeksgroep (mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten) meer gaan bewegen en ook afgevallen. PACE is niet effectiever dan het standaardadvies, maar het gebruiksgemak is beter voor huisartsen (van der Sluijs, 2004).

In Haagse achterstandswijken loopt het project Bewegen op Recept waar huisartsen sport/bewegen als medicijn voorschrijven voor patiënten (met name van allochtone afkomst) met overgewicht in combinatie met bewegingsarmoede en die gewrichtsklachten hebben. (In 2 jaar is aan 1200 patiënten bewegen voorgeschreven). Deelnemers zijn meer gaan bewegen, gebruiken minder medicijnen en bezoeken de huisarts minder. (Kosten voor deelname aan programma werden vergoed door OGZ-fonds en zorgverzekeraars. Structurele financiering is een probleem (Van Hagen, 2005).

### ***Fysiotherapiepraktijken***

In het kader van de behandeling/revalidatie van (vaak chronische) patiënten, inclusief zogenaamde “arbeidsgehandicapten” vindt tertiaire preventie plaats in (commerciële) fysiotherapiepraktijken met een aanbod van individuele oefen- en bewegingstherapie en/of van groepsgerichte bewegingsprogramma's voor patiënten met chronische aandoeningen, zoals COPD, rugklachten, artrose, osteoporose. Tevens vindt preventieve zwangerschapsbegeleiding plaats. Bij programma's met arbeidsgehandicapten gaat het ook om het voorkomen van recidieven (Leemrijse e.a., 2001).

Deelnemers aan deze programma's krijgen tevens andere leefstijladviezen, bijvoorbeeld over roken, voeding en alcoholgebruik.

### ***Bereik en effectiviteit***

Het is onduidelijk wat het bereik is in de chronische patiëntenpopulatie en tevens hoeveel bewegingsprogramma's worden uitgevoerd door hoeveel fysiotherapiepraktijken.

Met betrekking tot bewegen vinden de meeste onderzoeken over beweegprogramma's een positief effect op het beweeggedrag, zij het bescheiden en niet significant (Bemelmans e.a., 2004). De effectiviteit van beweegprogramma's voor ouderen boven 55 jaar met artrose van heup en knie zijn positief op pijnklachten, zelf-effectiviteit, en intentie tot meer (thuis)bewegen (De Jong e.a., 2004).

### ***Ziekenhuizen en revalidatiecentra***

Cardiologen, internisten en andere medisch specialisten adviseren inactieve patiënten in het kader van de behandeling en het voorkomen van recidieven, om meer, beter of anders te gaan bewegen.

In ziekenhuizen wordt regulier gewerkt met individuele revalidatieprogramma's, o.a. cardiofitness. In enkele ziekenhuizen vinden bewegingsprogramma's plaats voor inactieve patiënten (met o.a. hart- en vaatziekten) en voor patiënten met chronische aandoeningen, zoals reumatische artritis.

In vier ziekenhuizen in Drente wordt het bewegingsprogramma DRASTIC uitgevoerd voor inactieve patiënten (Brancherapport Preventie 2000-2004).

Er zijn tal van oefen- en beweegprogramma's in revalidatiecentra in het kader van behandeling en nazorg, inclusief valpreventieprogramma's, gericht op voorkomen van recidieven (sportblessures, fracturen, cardiovasculaire en andere aandoeningen).

### ***Bereik en effectiviteit***

Het is niet bekend wat de omvang is van de bewegingsadvisering in ziekenhuizen en in welke mate de adviezen door patiënten worden opgevolgd. Tevens is onbekend wat de effecten zijn van het DRASTIC programma.

### ***Bedrijfsgezondheidsdiensten***

Bijna 50% van de werkenden voldoet niet aan de Nederlandse norm voor bewegen en 60% zit tijdens de lunch. Ruim eenderde hiervan zou actiever willen zijn (Brancherapport Preventie 2000-2004).

### ***Bereik en effectiviteit***

In 2004 gaf 24% van de werkgevers aan activiteiten voor bewegingstimulering aan te bieden. Deze verbeteren de fitheid van de medewerkers (Brancherapport Preventie 2000-2004). Het is niet bekend in welke mate bedrijfsartsen werknemers adviseren deel te nemen aan deze programma's.

Uit een kosten-baten analyse van het programma Fit for the Future (Unilever) bleek dat de baten 100.000 euro per jaar zijn (Brancherapport Preventie 2000-2004).

#### 4.2.4 *Voeding en voedingsgewoonten*

Op voedingsgewoonten worden niet systematisch gescreend, wel vindt preventie bij patiënten met hoge gezondheidsrisico's plaats (patiënten met overgewicht en kans op diabetes of hart- en vaatziekten).

##### ***Huisartsenpraktijken***

Huisartsen geven algemeen voedingsadvies volgens Richtlijn Goede Voeding, met name aan patiënten met cardiovasculair risico of aandoening en aan diabetici. Daarnaast worden specifieke adviezen gegeven bij bepaalde aandoeningen, bijvoorbeeld maagklachten. Tevens wordt verwezen naar de diëtist voor voedingsvoorlichting en adviezen, alsmede voor diëten.

##### ***Bereik en effectiviteit***

Het is niet bekend hoeveel huisartsen voedingsadviezen geven, noch aan hoeveel patiënten. Tevens is niet bekend in welke mate de adviezen worden opgevolgd.

##### ***Diëtisten***

Diëtisten in de eerste en de tweede lijn geven adviezen over gezonde voeding en gezonde voedingsgewoonten en schrijven diëten voor ten behoeve van diverse patiëntenpopulaties (hart- en vaatziekten, diabetes mellitus).

##### ***Bereik en effectiviteit***

Van de hoog-risicopatiënten met osteoporose, diabetes mellitus- type 2 en hart en vaatziekten wordt 36% behandeld door de diëtiste (Brancherapport Preventie 2000-2004).

Diëtisten werkten mee aan enige experimentele projecten waarbij de effecten van leefstijladvisering op gewicht, beweeggedrag en/of voedingsinname werden onderzocht. Doelgroepen waren patiënten met hart- en vaatziekten of personen met een verhoogd risico daarop of voor diabetes mellitus type 2. Het programma SLIM bleek effectief voor alledrie indicatoren (Bemelmans e.d., 2004).

##### ***Algemene ziekenhuizen***

Medisch specialisten signaleren voedingsproblemen of verkeerde voedingsgewoonten en verwijzen door naar een (ziekenhuis)diëtiste.

##### ***Bereik en effectiviteit***

Het is niet bekend hoeveel medisch specialisten voedingsadviezen geven, noch aan hoeveel patiënten. Tevens is niet bekend in welke mate de adviezen worden opgevolgd.

##### ***Bedrijfsgezondheidsdiensten***

Gezonde voeding is één van de aandachtspunten in het gezondheidsbeleid van bedrijven en instellingen, waarbij bedrijfsvoedingsprogramma's worden gestimuleerd.

##### ***Bereik en effectiviteit***

In 2004 stimuleerde ca 4% van de bedrijven gezonde voeding op de werkplek. 12% van de bedrijven toonde interesse in een gezond voedingsbeleid (Brancherapport Preventie 2000-2004).

Het is niet bekend in welke mate bedrijfsartsen en/of bedrijfsverpleegkundigen individuele werknemers adviseren over gezonde voeding.

#### 4.2.5 *Overgewicht*

Systematische opsporing van overgewicht vindt niet plaats. Wel vindt preventie plaats bij patiënten met een hoog risico voor aandoeningen als diabetes mellitus, hart- en vaatziekten.

Er is weinig bekend over effectieve interventiestrategieën voor het voorkomen van overgewicht (Brancherapport Preventie 2000-2004). Binnen de zorg zijn veel verschillende aanpakken beschreven en geëvalueerd. Dat betrof secundaire preventie van overgewicht, gericht op gewichtsvermindering van mensen die te zwaar zijn. De interventies varieerden van gvo, gedragstherapie tot psychologische begeleiding. De intensiteit varieerde van een standaardadvies tot een intensief traject van begeleiding. (Zie hierboven het project SLIM). Buitenlandse overzichtstudies laten zien dat intensieve interventies een positief effect hebben op het gemiddelde gewicht op de langere termijn, vaak interventies van een combinatie van voedingsvoorlichting en bewegen (Bemelmans e.a., 2004)

Omdat de combinatie van voedingsinname en -gewoonten en lichamelijke activiteit bepalend is bij de preventie van overgewicht, zijn interventies gericht op de energiebalans potentieel effectiever dan die op de afzonderlijke gedragingen (Bemelmans e.a., 2004).

Het potentiële bereik is mede afhankelijk van de indicatiestelling. Volgens de huidige NHG- en CBO standaarden voor hypertensie, hyper-/dyslipemie en diabetes mellitus type 2 komt ongeveer 30% van de 20-60 jarigen en 60% van de 60-plussers in aanmerking voor leefstijladvies (Brancherapport Preventie 2000-2004). Hier hoort het nastreven van een gezond gewicht bij. Een algemeen leefstijladvies is onvoldoende. Voor gewichtsverlies- en -behoud is een gerichte intensieve aanpak nodig, zoals SLIM (of HARTSLAG), met een combinatie van interventies op voeding en beweging.

Er wordt aanbevolen om een multidisciplinaire richtlijn Behandeling en preventie van overgewicht te ontwikkelen

#### ***Huisartsenpraktijken***

Huisartsen doen vroegsignalering op overgewicht bij patiënten met risico's voor o.a. diabetes en verwijzen door naar diëtiste en leefstijlprogramma's

Er zijn nog geen richtlijnen over behandeling van obesitas voor huisartsen en specialisten. Interventies die afzonderlijk gericht zijn op gezonde voeding of lichamelijke activiteit, komen bij gezonde voeding en bewegen aan bod.

Wel zijn er huisartsklinieken met een Obesitaspoli (dieet-begeleidingsprogramma voor obesitas patiënten).

#### ***Bereik en effectiviteit***

Vrouwen jonger dan 35 jaar met obesitas gaan per jaar gemiddeld 10 keer naar de huisarts, mannen onder de 35 met obesitas gemiddeld bijna 5 keer (Tweede Nationale Studie, 2004).

In 50% van de huisartspraktijken wordt gewichtsreductie besproken (Brancherapport Preventie 2000-2004).

Obesitas begeleidingsprogramma's hebben een gunstig effect op de gewichtsreductie (Van Heukelom, 2004).



### ***Diëtisten***

Diëtisten geven voedingsvoorlichting en –adviezen en schrijven diëten voor in het kader van gewichtsreductie. Het Nederlandse programma SLIM en buitenlandse studies laten zien dat met leefstijladvisering het gemiddelde gewicht kan worden verlaagd (Bemelmans e.a., 2004)

#### *Bereik en effectiviteit*

36% van de patiënten met overgewicht wordt behandeld door een diëtiste (Brancherapport Preventie 2000-2004).

Effectiviteit van de behandeling is onbekend. Dieetadvisering in een obesitaspoli waar diëtisten begeleiden is effectief op gewichtsreductie (van Heukelom, 2004).

### ***Fysiotherapiepraktijken***

Fysiotherapiepraktijken voeren naast individuele oefentherapie in het kader van behandeling, groepsgerichte bewegingsprogramma's uit in het kader van het beheersen of reduceren van overgewicht, vaak voor patiënten met chronische aandoeningen.

#### *Bereik en effectiviteit*

Niet bekend is hoeveel fysiotherapiepraktijken deze programma's uitvoeren, voor hoeveel patiënten en wat de effecten zijn.

### ***Bedrijfsgezondheidsdiensten***

Mensen met overgewicht verzuimen bijna tweemaal zo vaak als mensen met een normaal gewicht en raken eerder arbeidsongeschikt door hart- en vaatziekten en rugklachten. Er zijn tal van bedrijfsgerichte activiteiten om werknemers aan het bewegen te krijgen, gezond te eten e.d. Bedrijfsartsen/-verpleegkundigen signaleren in het kader van ziekteverzuim overgewicht en verwijzen door naar bewegingsactiviteiten.

#### *Bereik en effectiviteit*

De mate waarin bedrijfsartsen overgewicht vroegtijdig signaleren is onbekend. De effectiviteit van interventieprogramma's is discutabel.

Het onderzoekscentrum Body@Work (EMGO-VU en TNO-KvL) onderzoeken mogelijkheden om de bedrijfsgezondheidszorg bij signalering en verwijzing te ondersteunen.

## **4.3 Preventie van aandoeningen**

### **4.3.1 Kanker**

Secundaire preventie van kanker (met uitzondering van borstkanker en baarmoederhalskanker) vindt niet plaats. Voor de ad-hoc preventie van verergering van kanker wordt verwezen naar de risicofactoren roken en voeding (paragraaf 4.2)

**Huisartsen** zijn overigens erg terughoudend wat betreft de preventie van nieuwvormingen. De effectiviteit van screeningsprogramma's van kanker in de huisartsenpraktijk levert nog onvoldoende op afgezet tegen alle inspanningen (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2005). Een randvoorwaarde is tevens dat de gegevens vanuit grote bevolkingsonderzoeken vertaald moeten worden naar een individuele risicoschatting (Verweij, 2005).

#### 4.3.2 *Hart- en vaatziekten*

De preventie van hart- en vaatziekten richt zich op de risicofactoren voeding, bewegen roken en overgewicht en op verhoogde bloeddruk en verhoogd cholesterolgehalte (zie hiervoor onder risicofactoren). In deze paragraaf wordt volstaan met informatie over preventie van verhoogde bloeddruk en verhoogd cholesterol, omdat de andere risicofactoren in de vorige paragraaf zijn besproken.

##### ***Huisartsenpraktijken***

Door huisartsen vindt (vroeg) opsporing plaats bij risicopatiënten met ad-hoc screening van bloeddruk en cholesterol op basis van eigen initiatief of op verzoek van de patiënt (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2005). Tevens vindt preventie plaats door bloeddrukverlagende en cholesterolverlagende geneesmiddelen en leefstijladviezen. Leefstijladviezen door huisartsen betreffen voedingsgewoonten, stoppen met roken, meer bewegen, vermindering alcoholgebruik (met verwijzingen eventueel naar diëtisten voor voedingsadviezen, naar fysiotherapeuten voor bewegingsprogramma, en naar stoppen-met-roken cursussen).

##### ***Bereik en effectiviteit***

Bij de screening van verhoogde bloeddruk door de huisartsen wordt 40% van de personen opgespoord als de NHG-standaard wordt gevolgd. Patiënten krijgen veelal aanvullende leefstijladviezen. Bij het voorschrijven van medicatie wordt 80% van de personen bereikt die in aanmerking komt. Bloeddrukverlagende medicatie is effectief. Ongeveer de helft van de personen die in aanmerking komt voor cholesterolverlagende medicatie wordt hiermee behandeld. Van 1 op de 3 behandelde wordt het totale cholesterol verlaagd (Brancherapport Preventie 2000-2004).

In het project Preventie maatwerk hart- en vaatziekten bij hoog-risicopatiënten (1998-2001), nam het nagaan en registreren van risicofactoren toe met gemiddeld 20% en de bloeddrukmeting van 35% naar 69% bij “gezonde” 60-jarigen, de bloeddrukmeting bij hoog-risicopatiënten van 39% naar 75% (Frijling e.a., 2004). Met name de laatste groep had profijt van de behandeling daarna. Getwijfeld werd echter aan het opsporen van hypertensie bij 60-jarigen zonder bekend risico en twijfel werd uitgesproken over het meten van de bloeddruk (Neeling, 2004; Thomas e.a., 2004). Het project is in 2001 stopgezet.

##### ***Algemene ziekenhuizen***

Er zijn 85 hartfalenpolis in ziekenhuizen, waarbij aandacht is voor preventieve leefstijlaspecten.

Screening van familiale hypercholesterolemie (FH) vindt plaats in poliklinieken inwendige geneeskunde in samenwerking met de Stichting Opsporing Erfelijke Hypercholesterolemie (stichting gefinancierd door CVZ). Preventie vindt plaats door medicatie en leefstijladviezen.

##### ***Bereik en effectiviteit***

In een Europese studie naar gegeven leefstijladviezen van cardiologen bleek dat 60% van de patiënten in Nederland een leefstijladvies krijgt. 40% gaat meer bewegen, eenderde blijft obees en een vijfde blijft roken. (Congreskrant Implementatiecongres hart- en vaatziekten, 2004).

Van de ongeveer 40.000 in Nederland aanwezige personen met FH is inmiddels de helft opgespoord en het blijkt een effectieve manier om personen met deze genetische

aandoening op te sporen. Behandeling met statines bij FH verlaagt het risico op hart- en vaatandoeningen met 30% (Brancherapport Preventie 2000-2004).

In het project Hartslag Limburg I (1998-2003), bedoeld voor preventie van hart- en vaatziekten, zijn binnen het hoog-risicodeel ruim 3.000 mensen onder meer via de huisartsen bereikt en 250 daarvan in de cardiologiepoli van het AZM(aastricht).

Na drie projectjaren was voornamelijk onder personen van jonger dan 49 jaar een verminderde vetinname zichtbaar, was de intentie om meer te bewegen toegenomen, maar was er geen of weinig invloed op stoppen met roken (Ronda, 2003).

#### 4.3.3 *Diabetes Mellitus (DM)*

Preventie van diabetes mellitus type 2 in de curatieve zorg richt zich op het voorkomen van DM bij risicogroepen, zoals hart- en vaatpatiënten, met voedings- en leefstijladviezen (primaire preventie), op vroegopsporing van ongediagnosticeerde patiënten (secundaire preventie) en het voorkomen van verergering (tertiaire preventie) met als belangrijkste boodschappen gewichtsreductie, gezonde voeding, meer bewegen. DM is een speerpunt van preventiebeleid, met name het voorkomen van diabetes bij kinderen. Er zijn meer dan 100 projecten (Projectenpoort ZonMw) om de (keten)zorg van DM, inclusief secundaire en tertiaire preventie, te optimaliseren.

Aangenomen wordt dat met een gezonde leefstijl 80% van de gevallen DM type 2 kan worden voorkomen. Bevolkingsonderzoek (screenen) voor DM wordt niet overwogen (Gezondheidsraad, 2004). Er wordt gewerkt aan een experiment voor een transmurale DBC voor diabetes (Mediator, oktober 2004). Diseasemanagement voor diabetes blijkt een positieve uitwerking te hebben op de afstemming tussen zorgaanbieders.

#### *Huisartspraktijken*

Huisartsen sporen ongediagnosticeerde patiënten op via selectieve case-finding: driejaarlijkse bloedglucose bepaling bij risicopatiënten (NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type 2, 1999). Tertiaire preventie bij gediagnosticeerde patiënten is erop gericht om complicaties te voorkomen via onder meer leefstijladviezen om gezond gedrag te bevorderen (gewicht, voeding, beweging, roken, alcohol) met driemaandelijks controles

Deze controles worden veelal uitgevoerd door de praktijkassistente of –verpleegkundige of door de diabetesverpleegkundige van de thuiszorg.

#### *Bereik en effectiviteit*

Het bereik is beperkt tot de bekende diabetes populatie en de effecten van de tertiaire preventie (therapietrouw bij leefstijladviezen) is onbekend.

Een probleem is dat vroege opsporing van diabetes geen echte invloed heeft op het beloop van de macrovasculaire complicaties (Gezondheidsraad, 2004).

De resultaten van diabeteszorg door huisartsen laten vooruitgang zien. De ‘Hoornstudie’ liet op indicatoren zoals bloeddruk en cholesterol en glucosewaarde “normale waarden” zien. Dat zou betekenen dat leefstijlfactoren gunstig werden beïnvloed (Hoornstudie 1989-1991).

Aangenomen wordt dat meer patiënten worden opgespoord door verbeterde aandacht van huisartsen. Omdat nog veel patiënten met DM type 2 niet worden opgespoord is er veel ruimte voor verbetering. Indien deze patiënten echter worden opgespoord, wordt aangegeven dat er wel meer capaciteit in de zorg nodig zal zijn.

Proactief screenen door de huisarts wordt aanbevolen. Alle mensen met een dikke buik, hoge bloeddruk of vetstofwisselingsstoornissen moeten worden gecontroleerd op een hoge bloedglucose waarde (Gezondheidsraad, 2004).

***Diabetesverpleegkundigen***

Diabetesverpleegkundigen zijn werkzaam bij de thuiszorg, in huisartspraktijken en in ziekenhuizen en begeleiden diabetici, onder andere in de aanpassing van leefgewoonten.

***Bereik en effectiviteit***

Het bereik van de begeleiding beperkt zich tot de bekende diabetespopulatie. In welke mate patiënten zich aan de door de verpleegkundige leefstijladviezen houden is niet bekend, noch de effecten op de risicofactoren.

***Diëtisten***

Op verwijzing van huisartsen en internisten geven diëtisten in de eerste en tweedelijns curatieve zorg voedings- en dieetvoorlichting en –adviezen.

***Bereik en effectiviteit***

Het maximale bereik van de advisering door diëtisten in de eerste en tweedelijnszorg is de populatie bekende diabetespatiënten. Hoeveel daarvan dieetadviezen krijgen is niet bekend.

Dieetrouw van diabetespatiënten werd door ‘motivational interviewing’ bevorderd met als uitkomsten een significante daling van de hoeveelheid vet en verzadigd vet (Spikmans en Aarsen, 2005).

Over de mate waarin alle diabetespatiënten zich houden aan voedingsadviezen zijn geen gegevens bekend.

***Ziekenhuizen/diabetesklinieken***

Tertiaire preventie van diabetes vindt plaats in afdelingen interne geneeskunde in ziekenhuizen, c.q. diabetesklinieken, al of niet met gespecialiseerde diabetesverpleegkundigen (in het ziekenhuis of vanuit de thuiszorg). Bij internisten zijn vaak de “moeilijke” diabetespatiënten in behandeling (relatief veel complicaties, moeilijker in diabetesregulering te krijgen)

***Bereik en effectiviteit***

Bereik beperkt zich tot de bekende diabetespopulatie. Behandeling van risicofactoren reduceert diverse complicaties, zoals voetamputaties, hart- en vaatziekten, blindheid, nieraandoeningen (Brancherapport 2000-2004).

***Transmurale diabeteszorg***

In toenemende mate wordt diseasemanagement voor diabetes toegepast (MATADOR-project in Limburg en elders). Dit is geïntegreerde zorg met samenwerking tussen huisarts, internist en diabetesverpleegkundige.

Van de Doorbraakprojecten van CBO (ketenzorg diabetes, inclusief tertiaire preventie) zijn de resultaten nog niet bekend.

ZonMw ontwerpt een plan om “best practices” van geïntegreerde diabeteszorg grootschalig te verspreiden (Mediator, oktober 2004).

**4.3.4 Astma/COPD**

De belangrijkste risicofactor voor COPD is roken en de preventie richt zich op het stoppen met roken. Ondergewicht komt bij COPD-patiënten veel voor en verhoogt de sterftkans (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2005). Bij astma richt de preventie zich vooral op het vermijden van contact met allergenen en prikkels die aanvallen uitlokken en tevens op het voorkomen dat jeugdigen gaan roken.

### ***Huisartspraktijken***

Actieve opsporing van (milde vormen van) COPD wordt in de huisartspraktijk wel als een optie gezien, maar (nog) niet toegepast (Richtlijn Ketenzorg COPD, 2005). Het percentage rokenden onder COPD-patiënten is rond de 35%. Deze rokers lijken meer gemotiveerd te zijn te stoppen met roken (Richtlijn Ketenzorg COPD, 2005). Ook het aantal stoppogingen van deze groep neemt toe. Huisartspraktijken (vooral verpleegkundigen) adviseren en begeleiden bij stoppen-met-roken en medicatietrouw.

#### ***Bereik en effectiviteit***

94% van de mensen met COPD bezoekt jaarlijks de huisarts (Richtlijn Ketenzorg COPD, 2005). Het is onbekend hoeveel rokende COPD-patiënten stoppen met roken door de advisering van huisartsen. Gecombineerde intensieve interventies (gedragsinterventies samen met nicotinevervangende middelen) zijn het meest effectief om het even welke setting (huisartsen, ziekenhuizen). Combinaties van artsen en paramedische beroepsbeoefenaren lijken effectiever dan interventies door hen afzonderlijk (Richtlijn Ketenzorg COPD, 2005).

### ***Fysiotherapiepraktijken***

Fysiotherapeuten behandelen COPD-patiënten in verband met diverse problemen die samenhangen met Astma/COPD (lichamelijke inspanning, hoesten e.d.). Zij geven volgens de richtlijn COPD alleen adviezen over bewegen en voeding.

#### ***Bereik en effectiviteit***

27% van de COPD-patiënten (gedateerd onderzoek uit 1997) bezocht een fysiotherapeut (Richtlijn Ketenzorg COPD, 2005). Onduidelijk is de effectiviteit van de voedings- en bewegingsadviezen.

### ***Diëtisten***

Diëtisten geven voedingsvoorlichting en voedingsadviezen aan COPD-patiënten onder verwijzing van huisarts of longarts met behulp van een behandelingsprotocol.

#### ***Bereik en effectiviteit***

5% van de COPD-patiënten bezoekt een diëtiste. Voedingstherapie voor het voorkomen of herstellen van ondergewicht door aanpassing van het voedingspatroon of voedingssuppletie zijn effectief en hebben een positief effect op de longfunctie en de inspanningstolerantie (Richtlijn Ketenzorg COPD, 2005).

### ***Algemene ziekenhuizen***

Stoppen-met-roken adviezen en begeleiding wordt gegeven door longartsen (vaak gedelegeerd aan longverpleegkundigen). Daarnaast worden adviezen gegeven over voeding in verband met ondergewicht en beweging.

#### ***Bereik en effectiviteit***

56% van de COPD-patiënten bezoekt jaarlijks het ziekenhuis, c.q. de longarts. Intensieve stoppen-met-roken interventies in het ziekenhuis vergroten de kans op stoppen. Gecombineerde intensieve interventies (gedragsinterventies samen met nicotinevervangende middelen) zijn het meest effectief om het even welke zorgsetting (Richtlijn Ketenzorg, COPD).

### ***Transmurale COPD-zorg***

Er zijn meerdere projecten gaande om de ketenzorg voor COPD, inclusief stoppen met roken te optimaliseren. Onder andere de Doorbraakprojecten Ketenkwaliteit COPD van het CBO, die hebben geleid tot de multidisciplinaire richtlijn Ketenkwaliteit COPD. Daarnaast zijn meerdere varianten beproefd voor multidisciplinaire COPD-zorg. Bij een enkel project bleek een afname van het aantal rokers in vergelijking met de controlegroep. De participanten in de ketenzorg blijken veelal tevreden, ongeacht de gekozen variant (Richtlijn Ketenzorg COPD, 2005).

### ***Bedrijfsgezondheidsdiensten***

Astma/COPD is één van de arbeidsrelevante aandoeningen binnen de arbocuratieve zorg. Vroegdiagnostiek op COPD op de werkplek kan door de bedrijfsarts plaatsvinden door rokende werknemers in het Periodiek Bedrijfsgeneeskundige Onderzoek te onderzoeken op (chronische) luchtwegklachten. Screening van werknemers op COPD heeft geen effect op de preventie (Richtlijn Astma/COPD, NVAVB, 2003).

Werknemers met COPD verzuimen meer dan andere werknemers en vertonen ook minder arbeidsparticipatie. Tertiaire preventie betreft stoppen met roken advisering en de reïntegratie in het arbeidsproces bij langdurig verzuim. De bedrijfsarts onderzoekt tevens de belastbaarheid en de belasting in het werk, eventueel na consultatie van de huisarts/longarts.

### ***Bereik en effectiviteit***

Onduidelijk is het bereik onder werknemers met COPD. Onderzoek wijst wel uit dat individuele stoppen-met-roken interventies uitgevoerd door bedrijfsartsen effectief zijn (Richtlijn Ketenzorg COPD, 2005).

#### ***4.3.5 Klachten van het bewegingsapparaat***

Voor aandoeningen van het bewegingsapparaat zoals artrose en osteoporose is primaire preventie (nog) niet mogelijk (Brancherapport Preventie 2000-2004). De preventie richt zich op vroegopsporing via case-finding (Richtlijn Osteoporose, 2002).

### ***Huisartspraktijken***

Huisartsen geven bij mensen met de chronische gewrichtsaandoeningen artrose, osteoporose, rugklachten leefstijladviezen (vermijden van overgewicht, meer – aangepast- bewegen en gezonde voeding). Ze verwijzen naar oefentherapie of bewegingsprogramma's bij fysiotherapeuten voor mensen met (chronische) klachten. In het kader van de arbocuratieve zorg (vooral bij werkgerelateerde rugklachten) wordt bij de preventie-activiteiten samengewerkt met bedrijfsartsen, met behandelcentra, zoals rugadviescentra. Bij psychosociale factoren wordt doorverwezen naar geestelijke gezondheidszorg (eerstelijns psycholoog).

Secundaire preventie voor osteoporose wordt aanbevolen in de vorm van vroegopsporing bij risicogroepen (vrouwen boven de 50, bekend met een fractuur) (Richtlijn Osteoporose, 2002).

### ***Bereik en effectiviteit***

Tien procent van alle klachten bij de huisarts betreft klachten van het bewegingsapparaat. 33 van de 1000 patiënten komen bij de huisarts met artrose klachten. 15% daarvan wordt doorverwezen, de helft daarvan naar de fysiotherapeut, de andere helft naar de medisch specialist (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2005).

5 van de 1000 patiënten komen bij de huisarts voor osteoporose en 35 op de 1000 voor rugklachten (die in 80-90% van de gevallen vanzelf overgaan). Huisartsen signaleren

tussen 17% en 27% van de gevallen arbeidsgerelateerde rugklachten (Nationaal Kompas Volksgezondheid 2005).

Lang niet alle patiënten met deze klachten bezoeken de huisarts (onderrapportage).

De effectiviteit van de leefstijladviezen en vroegopsporing is niet bekend.

### ***Fysiotherapiepraktijken***

Fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar en Mensendieck behandelen patiënten met (chronische) gewrichtsklachten. Individuele tertiaire preventie vindt plaats met leefstijladviezen (artrose en osteoporose), valpreventie in verband met nieuwe fracturen, voorkomen van bewegingsangst. Tevens worden groepsprogramma's aangeboden voor mensen met lage rugklachten (o.m. cursussen tiltechnieken), en bewegingsstimuleringsprogramma's voor mensen met chronische gewrichtsklachten.

#### ***Bereik en effectiviteit***

Bijna 30% van alle patiënten bij de fysiotherapeut komt met rugklachten. Van overige aandoeningen is het bereik onder patiënten niet bekend. Het bereik van groepsgerichte programma's is niet bekend.

De effectiviteit van individuele leefstijladviezen is niet bekend. De effectiviteit van groepsgerichte bewegingsprogramma's voor patiënten met gewrichtsklachten is in beperkte mate onderzocht. Onder meer twee programma's voor ouderen met artrose van de knie en heup (zie onder Bewegen/lichamelijke inactiviteit, De Jong e.a., 2004).

### ***Diëtisten***

Diëtisten bij de thuiszorg en in ziekenhuizen krijgen patiënten met gewrichtsklachten doorverwezen van huisartsen en medisch specialisten voor voedingsadviezen/diëten. Veelal patiënten met overgewicht (of te laag gewicht bij osteoporose) en chronische gewrichtsaandoeningen.

#### ***Bereik en effectiviteit***

Niet bekend.

### ***Algemene ziekenhuizen en revalidatiecentra***

Secundaire preventie van osteoporose vindt plaats in ziekenhuizen via case-finding (oudere vrouwen/mannen met fracturen). Tertiaire preventie in het kader van behandeling is gericht op leefstijladviezen (beweging, voeding, roken).

Tertiaire preventie bij patiënten met artrose en rugklachten (reumatoloog, orthooped, neuroloog en in revalidatiecentra) is gericht op actieve leefstijlbevordering.

#### ***Bereik en effectiviteit***

Secundaire preventie (case-finding) heeft de omvang van (oudere) patiënten met botfracturen. De effectiviteit van leefstijladviezen is niet bekend.

### ***Behandelcentra (rugadviescentra)***

Er zijn naast de ziekenhuizen speciale (commerciële) multi-disciplinaire behandelcentra en rugadviescentra voor de behandeling van lage rugklachten, schouder-, arm- en nekklachten. Ze behandelen in het kader van preventie van werkverzuim en het bevorderen van reïntegratie in het arbeidsproces.

*Bereik en effectiviteit*

Een kleinschalig onderzoek in het kader van reïntegratie onder Rugadviescentra gaf aan dat 80% van de deelnemers na het programma het werk hervatte en had in drie tot vier jaar geen behandeling voor rugklachten ondergaan (Vendrig, 2001).

**Bedrijfsgezondheidsdiensten**

Klachten van het bewegingsapparaat is één van de veelvoorkomende beroepsziekten. Bedrijfsartsen signaleren klachten aan het bewegingsapparaat. In het kader van de arbocuratieve zorg wordt verwezen naar huisarts (en vice versa). Preventie van werkverzuim, en leefstijladvisering (overgewicht, bewegen, roken) vindt als tertiaire preventie plaats in het kader van de behandeling.

*Bereik en effectiviteit*

In 2002 waren er 2316 meldingen van klachten van het bewegingsapparaat (Registratie Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, 2005). Dat is 43% van het totaal aantal gemelde beroepsziekten. Niet bekend is hoeveel van deze personen een bedrijfsarts hebben geconsulteerd. Wel heeft 37% de huisarts geconsulteerd.

Het onderzoekscentrum Body@Work (EMGO-VUmc en TNO-KvL) onderzoeken mogelijkheden om de bedrijfsgezondheidszorg bij signalering en verwijzing te ondersteunen.

4.3.6 *Psychische aandoeningen*

Primaire preventie van depressie en angststoornissen in de curatieve zorg is niet mogelijk (Brancherapport Preventie 2000-2004). Wel vroegopsporing van mensen met beginnende klachten en tertiaire preventie om verergering te voorkomen, c.q. gevolgen te verzachten. Voor de preventie van depressies en angststoornissen wordt gekeken naar de sociale leefomgeving van mensen: gezinssituatie, werk en sociale steun.

Vroegsignalering van psychische aandoeningen is een belangrijk middel om gezondheidsschade en de groeiende zorgvraag af te remmen.

**Huisartspraktijken**

Huisartsen zijn alert bij risicogroepen op depressie (mensen die eerder een depressie hebben gehad, mensen met alcohol- en/of drugsproblemen, mensen met een ernstige lichamelijke ziekte). Toch wordt depressie vaak niet herkend (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2005). Door scholing wordt herkenning wel beter. De NHG-standaard Depressie geeft richtlijnen voor het (vroeg) opsporen van depressie NHG-standaard Depressieve stoornis, 2003). Naast medicamenteuze begeleiding vindt tertiaire preventie voor risicofactoren door de huisarts plaats in de vorm van adviezen over voldoende lichamelijke beweging en sociale contacten, ontspannende activiteiten zoeken, vermijden van overmatig alcoholgebruik en aan het werk blijven.

Van de werkenden die om psychische redenen verzuimen, gaat 42% in de twee maanden naar de huisarts (Langer gezond leven, 2003).

*Bereik en effectiviteit*

10-15% van de 1000 patiënten heeft een gediagnosticeerde depressie (Brancherapport Preventie 2000-2004). Het merendeel blijft onder behandeling van de huisarts (is gericht beleid en wordt gerealiseerd doordat deskundigheid van huisartsen wordt bevorderd door consultatie-activiteiten van gespecialiseerde ggz-deskundigen, o.a. eerstelijns psychologen, psychiaters). 6% wordt bij het eerste contact verwezen naar instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg.

De effectiviteit van de adviezen door de huisarts is niet bekend.



***Eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (psychologen)***

Eerstelijns psychologen behandelen depressieve patiënten en geven dezelfde adviezen in het kader van tertiaire preventie als huisartsen (voldoende lichamelijke beweging en sociale contacten, ontspannende activiteiten zoeken, vermijden van overmatig alcoholgebruik en aan het werk blijven). Vaak wordt verwezen door de huisarts. Een aantal zorgverzekeraars vergoedt kosten via de aanvullende verzekering.

***Bereik en effectiviteit***

Onbekend is de effectiviteit van de gegeven adviezen.

***Tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (RIAGG's en psychiatrische instellingen)***

In de preventie-afdelingen van veel ggz-instellingen worden meerdere preventieve interventies aangeboden op het terrein van depressie en angststoornissen. Het betreft groepsgerichte psycho-educatieve interventies en gezinsondersteuning, zoals voorlichtingsbijeenkomsten en cursussen voor verschillende doelgroepen (jongeren, volwassenen, ouderen, mantelzorgers).

Groepsgerichte preventieve interventies hebben positieve effecten op onder meer psychische weerbaarheid, probleemgedrag, en depressieve symptomen (Cuijpers en Bohlmeijer, 2001).

***Bereik en effectiviteit***

In Tabel 3 wordt een overzicht gegeven van de groepsgerichte interventies, hun bereik en effectiviteit.

**Tabel 3: Preventieve interventies in de geestelijke gezondheidszorg**

| <b>Interventie</b>                                      | <b>Bereik (aanbod door)</b>   | <b>Effectiviteit</b>   |
|---|---|--|
| <b><u>Depressie</u></b>                                 |   |  |
| <b><u>Voorlichting</u></b>                              |   |  |
| Grip op je Dip  | 9 GGZ-instellingen  | Bewezen effectieve vermindering depressieve klachten   |
| Ondersteuning mantelzorgers                             | 24 GGZ-instellingen   | Onbekend   |
| Kinderen van ouders met psychiatrische problemen (KOPP) | 31 instellingen doe-praatgroep KOPP<br>28 instellingen puber-KOPPgroepen<br>21 instellingen jongerengroep<br>7 instellingen volwassenengroep<br>12 instellingen gezinsinterventie<br>16 moeder-baby interventie | Onbekend<br>Positieve effecten op coping en competenties<br>Onbekend<br>Onbekend<br>Onbekend<br>Verbeterde hechting en cognitieve/emotionele ontwikkeling kind |
| <b><u>Cursussen</u></b>                                 |   |  |
| Omgaan met depressie: in de Put, uit de Put             | 36 instellingen voor volwassenen<br>39 voor 55-plussers (totaal 90% van alle ggz-preventieafdelingen)   | Depressieve klachten verminderen   |

| <b>Interventie</b>   | <b>Bereik (aanbod door)</b> | <b>Effectiviteit</b>  |
|--|-----------------------------|---|
| Op Zoek naar Zin   | 16 instellingen             | Deelnemers hanteren problemen beter   |
| Stemmingmakerij  | 6 instellingen              | Onbekend  |
| Verlies en dan Verder  | 13 instellingen             | Onbekend  |
| Aanbod zelfhulp cursus gebaseerd op In de Put, uit de Put                    | huisartspatiënten           | Na 1 jaar minder depressieve klachten; na 2 jaar geen effecten op depressie |
| <u><b>Angststoornissen</b></u><br>Geen paniek/leren omgaan met panieklachten | 10 instellingen             | Panieklachten verminderen   |

Bronnen: Brancherapport Preventie 2000-2004

Effectiviteit van GGZ-Preventie: een beknopt overzicht, 2005

De preventie in psychiatrische ziekenhuizen voor chronische patiënten beperkt zich tot therapeutische ontspanning en werkzaamheden. Alcoholgebruik wordt ontmoedigd, maar het roken niet of nauwelijks.

### ***Bedrijfsgezondheidsdiensten***

Preventie van arbeidsgerelateerde psychische aandoeningen is één van de speerpunten in de arbocuratieve zorg. Vroegtijdig signaleren en begeleiden, dan wel verwijzen naar huisarts en andere ggz-specialisten behoren tot de taak van de bedrijfsgezondheidsdiensten. Bij langer durende verschijnselen worden activiteiten ontplooid gericht op reïntegratie en hervatting van het werk.

Bedrijfsartsen geven aan dat zij het lastig vinden de mate van werkgebondenheid van psychische klachten vast te stellen (Registratie Nederlands Centrum voor Beroepsziekten). Er wordt daarom een forse onderrapportage vermoed van bijvoorbeeld depressie.

Huisartsen en bedrijfsartsen stellen niet altijd dezelfde diagnose bij overspanning, depressie of angststoornissen (Langer gezond leven, 2003). Er wordt gewerkt aan een richtlijn voor de diagnostiek, begeleiding en behandeling van werknemers met psychische klachten voor huisartsen en bedrijfsartsen gezamenlijk.

### ***Bereik en effectiviteit***

In 2003 waren er ca. 1400 meldingen van psychische aandoeningen (Arbobalans, 2004). De diagnose depressie wordt vaak niet gesteld (wel werkstress, burnout, overspannenheid), hoewel uit onderzoek blijkt dat hier veel vaker sprake van is dan de vermelde diagnose.

Enkele studies zijn uitgevoerd naar activerende begeleiding van werknemers met psychische problemen door de bedrijfsarts volgens de Richtlijn Psychische klachten van de NVAB (Van der Klink e.a., 2003; Nieuwenhuijsen e.a., 2003). De begeleiding van de huisarts had positieve effecten op hervatting van het werk en op de verzuimduur.

Niet bekend is hoeveel werknemers door de bedrijfsartsen zijn verwezen naar de huisarts of naar de geestelijke gezondheidszorg.

#### 4.3.7 *Erfelijke en aangeboren afwijkingen*

Naast erfelijke factoren spelen externe oorzaken een rol bij erfelijke en aangeboren afwijkingen, vooral als ze vroeg in de zwangerschap optreden (bijvoorbeeld de infectieziekten rubella, en toxoplasmose). Maar vaak is de oorzaak onbekend. Afbreken van de zwangerschap wordt in Nederland niet als een vorm van preventie gezien (Brancherapport 2000-2004).

Voor de preventie van erfelijke en aangeboren afwijkingen worden primaire, secundaire en tertiaire activiteiten uitgevoerd.

Het CVZ financiert het Preventieprogramma Pre- en postnatale screening (rhesus, lues, Hepatitis B) en de HIV-test voor zwangeren (bloedafname in twaalfde week door de verloskundige, de huisarts of de gynaecoloog).

#### ***Huisartspraktijk***

Primaire preventie vindt plaats via foliumzuur al of niet voorgeschreven door de huisarts of als zelfzorgmiddel (preventie van neurale-buis defecten en Down-syndroom). De huisarts verwijst risicopersonen (vrouwen boven 35 jaar) door naar de gynaecoloog of het klinisch genetische centrum voor prenatale diagnostiek, echo-onderzoek, vlokcentest, vruchtwaterpunctie, DNA-onderzoek (secundaire preventie).

Tevens is een methodiek ontwikkeld voor primaire preventie in de vorm van een preconceptie advies door de huisarts voor vrouwen/paren met een zwangerschapswens (De Jong e.a., 2003). Op basis van een risicoprofiel vindt eventueel verwijzing plaats naar een klinisch genetisch centrum. Verder wordt in het advies voorlichting gegeven over leefstijlfactoren die het zwanger worden, het verloop en de uitkomsten van de zwangerschap beïnvloeden (roken, alcohol, voeding e.d.).

#### *Bereik en effectiviteit*

Ongeveer 7% van de huisartsen wil verloskundig actief zijn (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2005).

Op basis van onderzoek naar aanleiding van de foliumzuurcampagnes gebruikt ca 60% van de vrouwen foliumzuur waarvan ca. 36% het juist gebruikt (minimaal 4 weken voor tot 8 weken na de conceptie). Knelpunt in het gebruik van foliumzuur zijn vrouwen met een lage sociaal-economische status. De kans op een eerste kind met neurale buis defecten wordt verkleind met 60-70% (Brancherapport Preventie 2000-2004).

Het preconceptie-advies door de huisarts wordt door vrouwen op prijs gesteld en huisartsen die aan het experiment hebben deelgenomen zijn tevreden met de methodiek. Bij de participerende vrouwen nam de kennis toe over factoren die het zwanger worden, het beloop van en de uitkomsten van de zwangerschap bepalen. Tevens vond gedragsverandering plaats met betrekking tot een gezonde leefstijl (mondelijke informatie van projectleider).

#### ***Verloskundige praktijken***

Verloskundigen/gynaecologen geven als onderdeel van (pre-)zwangerschapsbegeleiding eveneens voorlichting (op aanvraag; het is nog niet in het verloskundige aanbod) betreffende foliumzuur, het gebruik van genees- en genotmiddelen, voeding en leefwijze (voorkomen van infecties) en prenatale en postnatale advisering.

#### *Bereik en effectiviteit*

In 1998 nam 45% van de zwangeren boven 36 jaar deel aan de prenatale diagnostiek op Down-syndroom. Bij 1% werd het syndroom vastgesteld. 95% van deze zwangerschappen werd afgebroken (Brancherapport Preventie 2000-2004).

Het bereik en de effectiviteit van leefstijladvies is onbekend.

### ***Klinisch Genetische Centra***

DNA-diagnostiek (uitsluitend op indicatie) was in 2002 mogelijk voor 230 aandoeningen. Secundaire preventie is naar schatting mogelijk bij een kwart van deze aandoeningen.

#### 4.3.8 ***Infectieziekten***

De beschrijving van de preventie van infectieziekten wordt beperkt tot de preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen/SOA.

Seksueel onveilig gedrag is de belangrijkste risicofactor voor SOA.

### ***Huisartspraktijken***

Preventie is een onderdeel van het SOA-consult bij de huisarts, te weten op contactopsporing en advisering voor het voorkomen van SOA (NHG-Standaard SOA-consult, 2004). Verder wordt doorverwezen naar dermatologen of gynaecologen. Tevens worden adviezen gegeven voor veilig seksueel gedrag en eventueel andere leefstijladviezen.

### ***Bereik en effectiviteit***

De huisartsen zien tweederde van de mensen met klachten die wijzen op een SOA (jaarlijks 110.000, waarvan 70.000 daadwerkelijk een SOA heeft). Gemiddeld melden zich 17 mensen per jaar bij de huisarts voor een SOA-consult (Tweede Nationale Studie, 2004).

Verspreid over het land is een netwerk van “huisarts-hiv-consulenten” (22 huisartsen, geschoold door de Stichting SOA in het werken met het deskundigheidsbevorderingspakket HIV). Deze huisarts-consulenten kunnen op aanvraag als docent een bijdrage leveren aan de nascholing rond preventie en zorg bij hiv-infecties en andere soa, zijn beschikbaar voor intercollegiale consultatie en zo nodig voor een second opinion.

Het effect van de SOA-consulten op veilig seksueel gedrag en andere leefstijladviezen is onbekend.

### ***Verloskundige praktijken***

Verloskundigen adviseren zwangeren bij de preventie van SOA en verwijzen door naar huisarts (antibiotica), gynaecoloog, Hiv-centrum e.d. voor behandeling

### ***Bereik en effectiviteit***

Het is niet bekend aan hoeveel zwangeren door de verloskundigen SOA-voorlichting wordt gegeven en wat hiervan de effecten zijn.

### ***Algemene ziekenhuizen***

In de tweede lijn zijn er 9 drempelvrije, c.q. laagdrempelige SOA-poliklinieken in ziekenhuizen gevestigd (veelal bij afdelingen Dermatologie), bememd door sociaal-verpleegkundigen. Deze richten zich op behandeling en zorg, voorkomen van verergering en voorkomen dat de SOA-aandoening opnieuw optreedt door voorlichting/advisering over preventieve maatregelen. De klinieken worden gefinancierd vanuit de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet.

### ***Bereik en effectiviteit***

De registratie van SOA-consulten bij SOA-poliklinieken wordt gecombineerd met die van de GGD-en. Daarom is het bereik van de preventie door de SOA-klinieken niet bekend, noch de effecten van de preventieve adviezen.

Vanaf 2006 worden de SOA-zorg geherstructureerd en zullen de SOA-poliklinieken waarschijnlijk deel gaan uitmaken van SOA-centra bij de GGD-en.



## 5 Individu gerichte preventie in richtlijnen

### 5.1 Inleiding

Eén van de onderzoeksactiviteiten betrof het raadplegen van richtlijnen voor diagnostiek, behandeling en zorg van de verschillende medische en paramedische beroepsgroepen op het voorkomen van preventieve activiteiten (voorlichting, adviezen, maatregelen) voor de acht aandoeningen.

Een richtlijn is hier gedefinieerd als een systematisch ontwikkelde, vanaf centraal niveau geformuleerde leidraad, die door deskundigen is opgesteld en is gericht op de inhoud van het methodisch handelen bij bepaalde gezondheidsproblemen en (organisatorische) aspecten die met de beroepsuitoefening te maken hebben (Hendriks et al, 1998).

Richtlijnen zorgen voor een meer eenduidig beleid bij de diagnostiek en behandeling van een bepaald klinisch probleem, geven houvast bij de besluitvorming in de directe patiëntenzorg, vatten de actuele stand van de wetenschap samen en zijn daardoor zeer bruikbaar in de scholing van (para)medici (Burgers et al, 2004).

### 5.2 Methode

Per aandoening is in kaart gebracht welke beroepsgroepen betrokken zijn bij de behandeling van de aandoening, welke richtlijnen er zijn ontwikkeld per beroepsgroep, en de samenwerkingspartners.

Elke richtlijn is met behulp van een aantal relevante trefwoorden doorzocht. Als trefwoorden zijn gekozen: preventie, leefstijl, risico(factoren), voorlichting, (niet-medicamenteuze) adviezen, begeleiding en afhankelijk van het ziektebeeld de relevante risicofactoren. Voor Astma/COPD zijn dit: roken, alcohol, voeding, beweging (sport) en omgeving. Aan iedere richtlijn werd een codering toegekend om de mate van gedetailleerdheid van de preventie in de richtlijn aan te geven. Ook werd via een aantal trefwoorden beschreven wat er aan preventieve voorlichting, adviezen en maatregelen in de richtlijn aan de orde komt en waar de preventiemaatregelen op ingrijpen.

**Tabel 4: Codering niveau van preventie in richtlijnen**

| Code | Criteria   |
|------|--|
| 1    | Uitsluitend de mededeling dat preventie wenselijk is   |
| 2    | Idem als 1 + noemen van het doel dat met preventie bereikt dient te worden   |
| 3    | Idem als 2 + noemen van aanbieder en/of begeleider   |
| 4    | Globaal advies over preventie: algemeen advies en mogelijke activiteiten noemen, doel, aanbieder/begeleider                                      |
| 5    | Concreet advies over preventie: preventie activiteiten, doel, frequentie, duur, intensiteit, indicaties/contra-indicaties                        |
| 6    | Preventie advies op maat: concreet advies over preventie + rekening houden met de individuele situatie (zoals persoonlijke doelen en voorkeuren) |
| 7    | Leefstijlinterventie: concreet advies over preventie + multidisciplinaire zorg, incl. intake en evaluatie (geprotocolleerde zorg)                |

Er werden circa 135 richtlijnen van de (para)medische beroepsgroepen geraadpleegd op de volgende acht aandoeningen:

- Kanker (dikke darm, longkanker);
- Hart- en vaatziekten;
- Diabetes mellitus;
- Astma en COPD;
- Klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat (artrose, reumatische artritis, osteoporose, nek- en rugklachten);
- Psychische aandoeningen (depressie);
- Erfelijke en aangeboren afwijkingen (syndroom van Down, spina bifida, e.a.);
- Infectieziekten (SOA, HIV/Aids, influenza);

### 5.3 Resultaten

De meeste richtlijnen staan op de website van de betreffende beroepsvereniging. Ook andere organisaties die zich intensief met richtlijnontwikkeling bezighouden, zoals het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, de Nederlandse Hartstichting en de Diabetesfederatie plaatsten de richtlijnen op het Internet.

In Bijlage A wordt in tabelvorm per aandoening een overzicht gegeven van de richtlijnen van de verschillende beroepsgroepen, dan wel multidisciplinaire richtlijnen en tevens wordt daarin aangegeven welke code aan de preventieve zorg wordt toegekend.

Hier wordt volstaan met een korte samenvatting per aandoening.

#### 5.3.1 *Kanker*

De Gezondheidsraad heeft een aantal richtlijnen ontwikkeld met betrekking tot bevolkingsonderzoek voor dikke darmkanker en longkanker. Deze richtlijnen zijn niet in dit overzicht opgenomen, omdat het bevolkingsonderzoek betreft en niet de individuele patiëntenzorg die wordt verleend in de eerste en tweedelijns zorg.

Voor longkanker en dikke darmkanker zijn zes richtlijnen verschenen van drie verschillende beroepsgroepen en andere instanties. Voor huisartsen is er geen richtlijn.

Drie richtlijnen hebben een code van 1 of 2 en drie richtlijnen een code van 4 of 5.

Bij de meeste richtlijnen wordt dus voornamelijk genoemd dat preventie wenselijk is en welk doel daarmee moet worden bereikt.

De richtlijnen bij long- en dikke darmkanker hebben vanuit de medische discipline een laag preventief karakter. Aandacht wordt besteed aan screening op een recidief bij kanker. De richtlijnen over kanker bij de paramedische beroepsgroepen, zoals diëtisten zijn hoog preventief van karakter, namelijk 'het voorkomen van ondervoeding'. Dit heeft mogelijk te maken met het feit, dat deze beroepsgroepen zich met name richten op beïnvloeding van één specifieke risicofactor, zoals voeding.

#### 5.3.2 *Hart- en vaatziekten*

Voor hart- en vaatziekten zijn 38 richtlijnen gescreend van negen verschillende beroepsverenigingen en drie andere organisaties (CBO, NHS, KITTZ). Het NHG verstaat onder hart- en vaatziekten: coronaire hartziekten (myocardinfarct, angina pectoris), CVA (herseninfarct, hersenbloeding) en perifeer arterieel vaatlijden. Vanuit verschillende beroepsverenigingen en andere organisaties is een richtlijn verschenen over CVA en/of TIA, (chronisch) hartfalen, hypertensie en hartrevalidatie. Ook is een overkoepelende multidisciplinaire richtlijn in ontwikkeling over cardiovasculair



risicomanagement. Recentelijk verscheen de multidisciplinaire richtlijn tabaksverslaving (2004). Voor de aanpak van hart- en vaatziekten zijn zowel richtlijnen per ziektebeeld verschenen, als richtlijnen die aangrijpen op één of meer risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Centrale begrippen en aangrijpingspunten voor beleid zijn: risico-inventarisatie/risicostratificatie en opsporing van risicogroepen, leefstijladvisering gericht op voeding, bewegen en stoppen met roken, medicamenteuze behandeling met cholesterolverlagers of bloeddrukverlagende middelen en valpreventie bij mensen die eenmaal een beroerte hebben gehad.

Van deze richtlijnen hebben er 18 een code van 1-4 en 17 richtlijnen een code van 5-7. Twee richtlijnen hebben geen code gekregen omdat geen aandacht werd besteed aan preventie. Een aantal richtlijnen zat op het grensvlak tussen code 4 en 5 (en zijn meegeteld bij de categorie 5-7). Preventieadviezen in deze richtlijnen verschilden in de mate van gedetailleerdheid per risicofactor.

### 5.3.3 *Diabetes Mellitus*

Voor diabetes mellitus zijn 22 richtlijnen verschenen en vier in ontwikkeling van acht verschillende beroepsgroepen al of niet in samenwerking met andere instanties, zoals de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF). De NDF is actief in het opstellen van richtlijnen voor diabeteszorg en heeft met betrekking tot allerlei relevante aspecten van diabetes een richtlijn ontwikkeld.

Van deze richtlijnen hebben er tien een code van 1-4 en zeven richtlijnen een code van 5-7. Twee richtlijnen (D7 en D11) hebben een onderverdeling in de belangrijkste late complicaties bij diabetes en in hoofdstukken per risicofactor, waarbij per hoofdstuk verschillende coderingen zijn toegekend, variërend van code 2-5.

Het preventiebeleid bij diabetes mellitus kent vele facetten. De adviezen richten zich met name op opsporing van risicogroepen (DM type 2), het vaststellen van het actuele cardiovasculaire risicoprofiel, leefstijl maatregelen (voedingsgewoontes, roken, alcoholgebruik en lichaamsbeweging), diabetes bij zwangerschap, educatieplan en zelfcontrole. Zelfcontrole is een essentieel onderdeel van het voorkomen van vroege en late complicaties bij diabetes mellitus, zoals diabetische retinopathie.

### 5.3.4 *Astma/COPD*

Voor astma en COPD zijn 16 richtlijnen verschenen en één in ontwikkeling van zeven verschillende beroepsgroepen al of niet in samenwerking met andere instanties. Specifieke richtlijnen zijn ontwikkeld voor kinderen en voor volwassenen. Eén richtlijn richt zich specifiek op voeding en COPD. Bovendien is recent een specifieke richtlijn ontwikkeld voor ketenzorg bij COPD.

Van deze richtlijnen hebben er negen een code van 1-4 en zes richtlijnen een code van 5-7 (hierbij zijn ook de richtlijnen gerekend die code 4/5 hebben). Eén richtlijn kreeg geen code, omdat er geen adviezen over preventie in zijn opgenomen. De richtlijn 'zuurstofbehandeling' (C10) is niet bekeken, maar verwacht wordt dat hierin geen aandacht wordt besteed aan preventie.

Voor COPD en astma zijn reeds vier multidisciplinaire transmurale richtlijnen verschenen, waarin samenwerkingsafspraken tussen verschillende medische disciplines nader staan omschreven om doelmatigheid van zorg te bevorderen. Preventieadviezen bij COPD richten zich vooral op de opsporing en behandeling van risicofactoren, met de nadruk op stoppen met roken. Ook de leefstijlfactoren voeding en bewegen zijn belangrijke preventieve aangrijpingspunten, waarbij het bij bewegen gaat om beïnvloeding van de spiermassa en functionele capaciteit. Bij astma richten preventieadviezen zich ook op roken, maar daarnaast ook op allergie uitlokkende factoren (allergenen).

### 5.3.5 *Klachten van het bewegingsapparaat*

Met betrekking tot klachten van het bewegingsapparaat heeft de richtlijnanalyse zich beperkt tot de volgende aandoeningen: artrose, reumatische artritis, osteoporose en nek- en rugklachten. Hiervoor zijn 23 richtlijnen ontwikkeld, waarvan 20 reeds verschenen. Van deze richtlijnen hebben er 14 een code van 1-4 en vijf richtlijnen een code van 5-7 (waarvan drie code 4/5). Drie richtlijnen (over reumatoïde artritis, scoliose en wervelletsel) zijn nog niet beschikbaar en kregen daarom geen code. Eén richtlijn die wel was verschenen, kreeg geen code omdat er geen aandacht aan preventie werd besteed.

In de preventieadviezen wordt met name aandacht besteed aan valpreventie, preventie van fractures (onder andere ten gevolge van bepaalde medicatie) en preventie van het ontstaan van chronische rugklachten (via oefenprogramma's) en daarmee onder andere een onnodig lang werkverzuim.

### 5.3.6 *Psychische aandoeningen*

Sinds 1999 wordt er actief gewerkt aan multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ. In deze analyse zijn geen richtlijnen betrokken die zich richten op verslavingsproblematiek. Ook de richtlijnen die zijn verschenen over dementie zijn hier niet in betrokken. Op dit moment zijn er voor psychische aandoeningen 8 richtlijnen verschenen. De richtlijnen zijn afkomstig van vier verschillende beroepsgroepen en andere instanties. Daarnaast zijn er twee richtlijnen in ontwikkeling en nog niet verschenen. De richtlijn 'Consensus Depressie bij volwassenen' wordt herzien en opgenomen in de richtlijn stemmingsstoornissen'. De richtlijn 'Stemmingsstoornissen' wordt wel vermeld, maar kon niet worden gevonden. Van de richtlijnen die zijn verschenen hebben twee geen code, vijf hebben een code van 1-4 en 1 richtlijn heeft een code 5. Laatstgenoemde is een richtlijn voor bedrijfsartsen, waarbij ten aanzien van preventie ruime aandacht wordt besteed aan terugvalpreventie bij psychische klachten. Aandacht voor terugvalpreventie komt ook in andere, multidisciplinaire richtlijnen aan de orde. Verder wordt in het kader van preventie advies gegeven over leefstijl, onder andere matiging van alcoholgebruik en het bevorderen van lichaamsbeweging.

### 5.3.7 *Erfelijke en aangeboren afwijkingen*

Voor voorlichting over en behandeling van erfelijke en aangeboren aandoeningen in de eerste en tweedelijnszorg zijn slechts een paar richtlijnen gevonden en gescreend, namelijk vier. Drie van deze richtlijnen hebben code 5 en één heeft code 4/5.

Preventieadviezen in deze richtlijnen richten zich op prenatale diagnostiek en preventief advies voor een gezonde levensstijl, waaronder advies voor foliumzuurinname. Ook is er aandacht voor vroege opsporing van congenitale afwijkingen direct na de geboorte.

### 5.3.8 *Infectieziekten*

De richtlijnanalyse voor infectieziekten is beperkt tot SOA, Hiv/Aids en Influenza. Infectieziektebestrijding is vooral het werk van GGD-en. Er is een Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektenbestrijding (LCI) die zich met name richt op artsen en sociaal-verpleegkundigen van de afdelingen infectieziekten van GGD-en. Het bureau LCI functioneert als kenniscentrum voor GGD-en en voorziet hen van actuele inhoudelijke informatie. De GGD-en fungeren op hun beurt als informatiebron en contactpersoon voor alle betrokkenen in de regio, zoals huisartsen en bedrijfsartsen. Aangezien hier geen sprake is van richtlijnen die rechtsreeks voor 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijnsberoepsbeoefenaren zijn ontwikkeld, zijn ze niet in de richtlijnanalyse betrokken. Daarnaast zijn 7 richtlijnen verschenen van vier verschillende beroepsgroepen. Van deze richtlijnen hebben er twee een code van 1-4 en vijf richtlijnen een code van 5-7.

Twee richtlijnen hebben betrekking op influenza(bestrijding), namelijk in de huisartsenpraktijk en in verpleeghuizen. De preventie in de huisartsenpraktijk richt zich op profylaxe bij risicogroepen. In verpleeghuizen wordt vooral aandacht besteed aan een eventuele uitbraak van influenza. De preventieve activiteiten met betrekking tot SOA's richten zich op risico-inschatting, partnerwaarschuwing en voorlichting over veilig vrijen. Er is een richtlijn in ontwikkeling over antiretrovirale behandeling bij HIV. Preventie richt zich hierbij op het voorkomen van infecties bij HIV geïnficeerden, maar ook op preventie van moeder-kind overdracht en preventiemaatregelen bij prikaccidenten.



## 6 Financiëring van preventie in de verzekerde zorg

### 6.1 Algemeen

Voor de secundaire en de tertiaire preventie in de curatieve verzekerde zorg is geen aparte financiering. Deze preventie in de (para)medische curatieve zorg is veelal onderdeel van de consulten in de curatieve eerste en tweedelijnszorg. Deze consulten worden gefinancierd uit de reguliere zorgverzekering (ziekenfonds/particuliere verzekering). Dat geldt tegenwoordig ook voor de dieetadvisering door diëtisten.

Patiënten die al of niet op verwijzing van artsen deelnemen aan groepsgerichte leefstijlprogramma's betalen veelal een eigen financiële bijdrage, en kunnen tevens een vergoeding krijgen uit een aanvullende verzekering als ze deze hebben afgesloten bij hun zorgverzekeraar. Vrijwel alle zorgverzekeraars hebben een preventieaanbod (zie het desbetreffende hoofdstuk) op het terrein van leefstijladvisering en -begeleiding. Paramedische beroepsgroepen, zoals fysiotherapiepraktijken, sluiten soms met zorgverzekeraars contracten over hun aanbod van preventieve groepsgerichte programma's.

De preventie in de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg wordt gefinancierd uit de AWBZ. Dat geldt tevens voor de diabeteszorg door diabetesverpleegkundigen bij de thuiszorg, terwijl de reguliere diabeteszorg (inclusief de preventieve zorg) wordt betaald uit de reguliere zorgverzekering.

Andere preventieve activiteiten in de tweedelijnszorg, zoals in longpoli's of bewegingsprogramma's voor inactieven in ziekenhuizen, worden betaald uit het ziekenhuisbudget, soms een deel door het Astmafonds.

Het CVZ financiert met subsidies uit de Regeling Subsidies AWBZ en Ziekenfondswet de pre- en postnatale screening, inclusief HIV-test, voor zwangeren. Tevens worden daaruit de SOA-poliklinieken (nog) gefinancierd. De kosten van vervolgv verwijzingen naar een medisch specialist door de bedrijfsarts worden tot slot ook uit deze regeling betaald. (De programmatische preventie door huisartsen, bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker en griepvaccinatie en in 2005 de opsporing van familiale hypercholesterolemie, wordt overigens ook uit deze regeling gefinancierd).

In het kader van het Programma Zorginnovatie van CVZ worden uit het zorgverbeteringsdeel Doorbraakprojecten gefinancierd (met preventieve elementen) voor Diabetes en Hartfalen. Binnen de Initiatiefruinimte Ziekenfondswet worden tal van projecten gefinancierd die door zorgverzekeraars worden opgezet. Hiervan heeft een beperkt deel betrekking op preventie (bijvoorbeeld het project secundaire preventie "Snel herkennen van klachten bewegingsapparaat").

De preventie in de bedrijfsgezondheidszorg wordt betaald door bedrijven die contracten afsluiten met ARBO-diensten.

Tenslotte zijn er tal van ontwikkelings- en uitvoeringsprojecten, alsmede onderzoeksprojecten die uit verschillende bronnen worden gefinancierd. Meestal via (tijdelijke) projectsubsidies van fondsen, zorgverzekeraars, overheden en vanuit ZonMw.

## 6.2 Knelpunten in de financiering

Zowel in de eerstelijns als in de tweedelijns curatieve zorg doen zich problemen voor met betrekking tot de financiering van de preventieve activiteiten. Algemeen wordt gesteld in de interviews met de beroepsverenigingen dat preventieve activiteiten vaak arbeidsintensief zijn en veel tijd kosten. De huidige financiering voorziet niet in het adequaat faciliteren en stimuleren van preventie.

Huisartsen vinden dat er tegenover hun preventieve inspanningen geen adequate vergoeding staat. Hierdoor wordt de bereidheid om aan preventie te doen minder. Er wordt inmiddels overleg gevoerd over een apart tarief voor preventieve activiteiten binnen de nieuwe basisverzekering.

Momenteel heeft ongeveer een derde deel van de huisartsen een praktijkondersteuner, die zich vooral richten op chronische aandoeningen als astma en diabetes, maar die ook ingezet worden voor preventieve activiteiten. Tevens werd gebruik gemaakt van preventiemedewerkers van de DHV's voor de bevolkingsonderzoeken baarmoederhalskanker en de griepvaccinatie. De financiering voor deskundigheidsbevordering en praktijkondersteuning is nu overgeheveld naar de zorgverzekeraars die de middelen gaan inzetten binnen de nieuw gevormde Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS) voor de eerste lijn. De middelen voor ondersteuning zullen worden aangewend voor de beroepsgroepen in de eerstelijns: huisartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten en zo mogelijk op termijn alle beroepsgroepen. Daardoor kunnen huisartspraktijken niet eigenstandig meer praktijkondersteuners aanstellen. Dit wordt enerzijds ervaren als een duidelijk knelpunt op de korte termijn voor het uitvoeren van preventieve case-finding activiteiten en voor de tertiaire preventie. Anderzijds lijkt het ook nieuwe uitdagingen te bieden omdat de ROS kan leiden tot bredere samenwerking in de eerste lijn, ook op het terrein van preventie (inclusief de bedrijfsartsen). Nieuw programmatische preventie (screening op darmkanker en prostaatkanker) kunnen ook vanuit de ROS worden geïmplementeerd (Drenthen e.a., 2004).

In de verloskundige zorg wordt een vernieuwd aanbod ontwikkeld op het terrein van preconceptievoorlichting (o.a. screening op cystische fibrosis). Hier is nog geen tarief voor en overleg erover is gaande. De vraag is of dit aanbod in de aanvullende dan wel in de basisverzekering zal worden opgenomen.

In de fysiotherapeutische zorg is een punt van aandacht de financiering van groepsgerichte beweegprogramma's voor mensen met chronische aandoeningen. Deelname wordt nu betaald door eigen bijdrage van deelnemers en via aanvullende verzekering. Structurele financiering bepaalt mede de reikwijdte van het aanbod.

Een knelpunt bij de (transmurale) diabeteszorg en de ketenzorg bij andere aandoeningen, zoals COPD, is dat er vanuit verschillende bronnen wordt gefinancierd, o.a. uit de reguliere zorgverzekering, de AWBZ en uit instellingsbudgetten. Dat leidt tot afstemmingsproblemen tussen de diverse partijen. Er wordt gepleit voor vormen van diseasemanagement waarbij de organisatie en financiering adequater wordt geregeld en centraal aangestuurd.

## 7 Preventiebeleid beroepsgroepen

### 7.1 Inleiding

In deze paragraaf wordt beschreven welke visie de verschillende beroepsgroepen hebben op preventie in hun beroepsuitoefening.

### 7.2 Methode

Uitgaande van de gekozen (groepen van) aandoeeningen zijn in totaal 26 beroepsgroepen van medici, paramedici, verpleegkundigen en overige hulpverleners geselecteerd en benaderd. Telefonisch contact is gezocht met het secretariaat van de betrokken organisaties. In enkele gevallen was dat niet mogelijk en is een e-mail verzonden. Doorgaans verzocht men de vragen/onderwerpen te mailen. Zonodig is tweemaal gerappelleerd.

De volgende onderwerpen kwamen daarbij aan de orde:

- Het beleid van de betrokken beroepsorganisatie met betrekking tot preventie respectievelijk de visie op preventie nu en in de toekomst. Heeft men een visie; is die vastgelegd in bijvoorbeeld een beleidsnotitie?
- De ervaringen die men heeft met preventie.
- De financiering van preventieve activiteiten.
- Randvoorwaarden en knelpunten; belemmerende en bevorderende factoren met betrekking tot preventie.
- De verspreiding van professionele richtlijnen binnen de beroepsgroep, indien men professionele richtlijnen heeft waarvan preventie een onderdeel vormt.
- Toekomstige ontwikkelingen die van belang kunnen zijn voor preventie.

### 7.3 Resultaten

#### 7.3.1 *Respons*

Van onderstaande 22 organisaties is een reactie verkregen. In 10 gevallen betrof het een telefonisch gesprek, in 10 gevallen een schriftelijke reactie en 2 gevallen deels een telefonisch gesprek en deels een schriftelijke reactie. Het telefonische gesprek werd gevoerd met een medewerker van het secretariaat of met een bestuurslid. De schriftelijke reactie was in vrijwel alle gevallen afkomstig van een bestuurslid naar wie de mail van TNO KvL was doorgezonden.

Het gaat om de volgende beroepsorganisaties:

1. Bedrijfsartsen, Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde NVAB (schriftelijk)
2. Huisartsen, Nederlands Huisartsen Genootschap NHG (telefonisch)
3. Cardiologen, Nederlandse Vereniging voor Cardiologie NVVC (schriftelijk)
4. Internisten, Nederlandse Internisten Vereniging NIV (telefonisch en schriftelijk)
5. Kinderartsen, Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde NVK (mondeling)

---

<sup>1</sup> Hierbij is uit gegaan van het begrip preventie zoals dat door de verschillende beroepsgroepen zelf wordt gehanteerd.

6. Longartsen, Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose NVALT (telefonisch)
7. Orthopedisch chirurgen, Nederlandse Orthopaedische Vereniging NOV (schriftelijk)
8. Psychiaters, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie NVvP (schriftelijk)
9. Reumatologen, Nederlandse Vereniging voor Reumatologie NVR (schriftelijk)
10. Revalidatieartsen, Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen VRA (schriftelijk)
11. Eerstelijns psychologen, Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen LVE (telefonisch)
12. Psychotherapeuten, Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie NVP (telefonisch)
13. Diëtisten, Nederlandse Vereniging van Diëtisten NVD (telefonisch en schriftelijk)
14. Fysiotherapeuten, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie KNGF (schriftelijk)
15. Verloskundigen, Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen KNOV (telefonisch)
16. Aids-consulenten, Werkgroep Verpleegkundig AIDS Consulenten WVAC (telefonisch)
17. Arbo verpleegkundigen, Beroepsorganisatie ArboVerpleegkunde BAV (telefonisch)
18. Longverpleegkundigen, Nederlandse Vereniging van Longverpleegkundigen NVL (telefonisch)
19. Diabetes verpleegkundigen, Eerste Associatie van Diabetes Verpleegkundigen EADV (telefonisch)
20. Oncologieverpleegkundigen, Vereniging van Oncologie Verpleegkundigen VvOV (schriftelijk)
21. Psychiatrisch verpleegkundigen, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Verpleegkunde NVPV (schriftelijk)
22. Verpleegkundig specialisten GGZ, Verpleegkundig specialisten Genootschap in de GGZ VSG (telefonisch)

### 7.3.2 *Visie en standpunten van de beroepsgroepen*

De visie en standpunten worden achtereenvolgens beschreven van de:

- medische beroepsgroepen;
- paramedische beroepsgroepen en
- verpleegkundige beroepsgroepen.

Aparte paragrafen zijn gewijd aan de beroepsgroepen uit de geestelijke gezondheidszorg, inclusief psychiaters, en de beroepsgroepen uit de bedrijfsgezondheidszorg, inclusief bedrijfsartsen.

#### **Medische beroepsgroepen**

##### *Huisartsen*

De visie van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) is dat preventieve activiteiten in de huisartspraktijk nuttig zijn als:

- het effect wetenschappelijk is aangetoond;
- de betrokkenheid van de huisarts een duidelijke meerwaarde heeft (behoren tot het basistakenpakket van de huisarts en/of omschreven zijn in NHG-Standaarden, of als er voor selectie van patiënten medische informatie nodig is);
- is voldaan aan randvoorwaarden als de mogelijkheid van delegatie, ondersteuning (door de praktijkassistente, praktijkondersteuners die bij huisartsen in dienst zijn,



respectievelijk preventiemedewerkers vanuit de Regionale Ondersteuning Structuur voor de eerste lijn);

- en als er een financiële vergoeding tegenover staat.

Daarbij moet niet worden vergeten dat huisartsen primair een curatieve oriëntatie hebben en zich daarbij richten op individuele patiënten die bij hen komen met een bepaalde hulpvraag die moet worden beantwoord. Het nut van preventie of bevolkingsonderzoeken laat zich zien op populatie-niveau, terwijl het vaak nogal abstract blijft wat dat betekent in termen van individuele risico's. Dat geldt ook voor een preventief instrument als de Minimale Interventie Strategie (MIS), waarvan veel huisartsen de opbrengst laag vinden: als bijvoorbeeld 5% stopt met roken is dat alleen op populatieniveau interessant. Een randvoorwaarde voor preventie door huisartsen is onder meer dat gegevens van grote bevolkingsonderzoeken moeten worden vertaald naar een individuele risicoschatting.

Deze visie van de beroepsgroep van huisartsen is in de tijd betrekkelijk constant gebleven.

Momenteel heeft ongeveer een derde deel van de huisartsen een praktijkondersteuner, die zich vooral richt op chronische aandoeningen als astma en diabetes, maar die ook ingezet wordt voor preventieve activiteiten.

Een belangrijk deel van de NHG-Standaarden bevat richtlijnen voor preventie door de huisarts. Van de bijna 90 richtlijnen zijn er 10 die vrijwel volledig betrekking hebben op preventie. Voor de voorlichting en advisering aan patiënten wordt tevens gebruik gemaakt van patiëntenbrieven, die zijn gebaseerd op de standaarden. Een recente ontwikkeling is de komst van multidisciplinaire richtlijnen. Deze zullen de bestaande NHG-Standaarden gaan vervangen. Een voorbeeld hiervan is de multidisciplinaire richtlijn cardiovasculair risicomangement. Onderdeel hiervan is een MIS gericht op tabaksverslaving en overmatig alcoholgebruik. Systematische opsporing wordt niet aanbevolen, wel aandacht voor het signaleren. Eventueel wordt een eenmalig advies gegeven.

De visie van de beroepsgroep van huisartsen met betrekking tot de geselecteerde (groepen van) aandoeningen kan als volgt worden samengevat:

- Infectieziekten
- SOA, Hiv/Aids. Er is een nieuwe NHG-Standaard SOA-consult. Hierin zitten preventieve aspecten: het voorkomen van herhaling, veilige seks, verwijzing naar GGD voor bron- en contactopsporing. Systematische screening op chlamydia wordt niet zinvol geacht.
- Hart- en vaatziekten: er is een nieuwe richtlijn van het CBO, cardiovasculair risicomangement, waaraan het NHG heeft meewerkt. In de huisartsenpraktijk is het een onderwerp dat zich leent voor preventie via selectieve case-finding bij hoog-risicopatiënten met inzet van assistente of praktijkondersteuner. Er is wel een discussie gaande over de afkappunten. Tevens kunnen leefstijlonderwerpen als voeding, bewegen en roken worden meegenomen.
- Kanker (dikke darm, longkanker). Preventief onderzoek op dikke darmkanker is in voorbereiding. ZonMw heeft opdracht van VWS om te bezien of dit ingevoerd kan worden. De rol van de huisarts zou kunnen zijn het bevorderen van de deelname. Als het tot een programma komt, zal de uitvoering waarschijnlijk niet via de huisarts gaan lopen. Onbekend is wanneer e.e.a. eventueel gaat spelen. Preventieve activiteiten met betrekking tot longkanker richten zich op roken (zie eerder).
- Psychische aandoeningen (depressie, angststoornissen). Wat betreft depressie is het NHG voorstander van aandacht voor vroege signalering, zeker bij risico-patiënten, maar niet voor een systematische opsporing of case finding, want er zijn geen objectieve criteria hoe deze patiënten te traceren. Wetenschappelijk onderzoek naar

vroege symptomen van depressie is nodig en onderzoek naar wanneer een interventie nodig is of moet worden nagelaten.

- Diabetes mellitus. Zie bij hart-vaatziekten. Een probleem voor huisartsen is dat vroege opsporing van diabetes (secundaire preventie) geen invloed heeft op het beloop van macrovasculaire complicaties. Wel heeft het zin om bij groepen met een hogere a priori kans (bijvoorbeeld risico op hart- en vaatziekten) bedacht te zijn op diabetes.
- Astma en COPD. Binnen het NHG is er in een expertgroep discussie over het nut van vroege opsporing. Het Astmafonds doet een project, waar leden van deze expertgroep bij betrokken zijn. Het is de vraag of een systematische opsporing zal worden aanbevolen, wellicht gaan richtlijnen de kant uit van vroegtijdige signalering.
- Klachten bewegingsapparaat (artrose, osteoporose). Wat betreft artrose zijn er geen richtlijnen voor preventie door huisartsen en ook niet voorzien. Aandoeningen van het bewegingsapparaat bieden weinig aanknopingspunten voor preventie, met uitzondering van osteoporose. Wat betreft osteoporose wordt de huidige standaard bekeken, wat wellicht zal uitmonden in aandacht voor leefstijladviezen maar zeker geen systematische activiteiten als opsporing
- Erfelijke en aangeboren afwijkingen: het recentelijk afgeronde project over het preconceptioneel onderzoek/advies door huisartsen is in discussie wat betreft landelijke verspreiding en implementatie.

Wat betreft de aandoeningen komt de preventie bij hart- en vaatziekten (inclusief leefstijladvies) het meest in aanmerking. Vroegdiagnostiek van depressie, osteoporose, Astma/COPD bieden op termijn goede mogelijkheden.

In veel Standaarden worden risicofactoren nog afzonderlijk beschreven. Op termijn is mogelijk een geïntegreerde risicokaart in de vorm van een Standaard Leefstijladvies (van de niet-medicamenteuze behandeling van aandoeningen).

### *Cardiologen*

De Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) is van oordeel, en heeft dit ook vastgelegd in de missie en doelstelling van de vereniging, dat preventie in toenemende mate van belang is. Preventieve activiteiten behoren tot de dagelijkse praktijk van de cardioloog. Patiënten die zich wenden tot de cardioloog voor onderzoek hebben vaak klachten of een belaste familie anamnese. Het beleid van de cardioloog richt zich vooral op het opsporen en behandelen van hoogrisicogroepen, waarbij leefstijladviezen naast medicamenteuze behandeling gericht op bijvoorbeeld normalisatie van bloeddruk of cholesterol centraal staan. Het onderwerp preventie krijgt in toenemende mate aandacht ook van de universiteiten; tot nu toe is er één hoogleraar benoemd met als deelopdracht preventie van hart en vaatziekten (AMC).

De kwaliteit en vooral ook de efficiency van de hulpverlening zou verbeterd kunnen worden door meer gebruik te maken van moderne middelen als informatie via internet en email en door het inzetten van ondersteunend personeel (nurse-practitioner) in samenwerking met andere disciplines, zoals bij hartrevalidatie het geval is.

Naar het oordeel van de vereniging wordt in de praktijk lang niet altijd voldoende aandacht geschonken aan preventie, ondanks het feit dat er steeds meer informatie over de effectiviteit komt. Redenen hiervoor zijn onder meer:

- Budgetafspraken zijn in toenemende mate gericht op het snel ontslaan van patiënten zowel uit kliniek als polikliniek. Het huidige DBC systeem stimuleert daarbij snel ontslag (rekent af na afsluiting DBC) en een beperkt aantal controles.

- De mogelijkheden tot verwijzing naar bijvoorbeeld een stoppen met roken begeleidingsprogramma zijn beperkt. Hartrevalidatieprogramma's sluiten vaak aan na een opname, maar poliklinische patiënten worden daar vrijwel niet naar verwezen
- Patiënten worden vaak door superspecialisten (bijvoorbeeld op het gebied van ritmestoornissen of dotterbehandeling) gecontroleerd, waardoor de risicofactoren en leefstijlfactoren minder centraal staan in de behandeling en begeleiding.

Positief wordt gedacht over de ontwikkeling van preventiepoliklinieken, die zich richten op medicatie of leefstijlverandering en behandeling van de risicofactoren.

#### *Internisten*

De Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) heeft geen expliciete visie op preventie. Desgevraagd stelt men dat de NIV van oordeel is dat de tweedelijnde zelfde opvattingen over preventie moet uitstralen en steunen als de eerstelijnde doet, maar dat de hoofdmoot van de activiteiten hiertoe in de eerstelijnde moet plaatsvinden of dient te bestaan uit publiciteitscampagnes. Hierbij wordt dan met name gedacht aan primaire preventie.

Activiteiten als het behandelen van hoog-risico patiënten, bijvoorbeeld op het gebied van diabetes mellitus of hoge bloeddruk, worden door internisten vanzelfsprekend uitgevoerd, al dan niet op programmatische wijze. Binnen de NIV worden deze activiteiten evenwel niet benoemd als preventie.

#### *Kinderartsen*

De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) hanteert evenals de internisten een [nauwe] omschrijving van preventie. Er bestaat een duidelijke taakafbakening tussen kinderartsen enerzijds en jeugdartsen anderzijds. De laatste beroepsgroep, die niet uit de ziektekostenverzekeringen wordt gefinancierd en daarom verder buiten beschouwing blijft, richt zich exclusief op preventie. Kinderartsen, zo wordt gesteld, richten zich op de behandeling van zieke kinderen. De taakafbakening is historisch gegroeid en wordt door beide groepen geaccepteerd.

Ook voor kinderartsen geldt dat zij met betrekking tot risicofactoren en het onder controle houden van ziekten zich proactief opstellen. Deze activiteiten worden niet expliciet benoemd als preventie.

#### *Longartsen*

De Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT) heeft geen specifiek preventiebeleid, noch expliciet uitgesproken noch vastgelegd in beleidsstukken. De vereniging vindt wel dat in richtlijnen preventie waar mogelijk een plaats moet krijgen, en is van oordeel dat longartsen overeenkomstig moeten handelen. Het belangrijkste voor longartsen is natuurlijk roken. Daarnaast is er de tuberculosebestrijding, maar daar is in Nederland een apart traject voor dat goed is uitgekristalliseerd en bovendien niet bekostigd wordt uit de ziektekostenverzekeringen. Longartsen kunnen weinig tot niets doen aan primaire preventie (het voorkomen van beginnen met roken of van ziektes) aangezien zij patiënten pas laat in de keten zien. Primaire preventie, in het bijzonder van roken, vergt een nationale aanpak en zij vinden dat daar nog te weinig aan gebeurt.

Preventie in de zin van voorkomen van verergering maakt zeker onderdeel uit van de behandeling die longartsen geven. Daarnaast, en daar staan zij positief tegenover, bestaan in veel ziekenhuizen stoppen- met- roken- poli's of hoe dan ook genoemd. Daar gaat het ook om de leefstijl bij COPD (incl. voeding) en medicatie-instructie om

exacerbaties te voorkomen. Deze poli's zijn ook van belang omdat het niet altijd mogelijk blijkt tijdens consulten iedere keer rookgedrag aan de orde te stellen.

Voorts werd de noodzaak beklemtoond van proactief beleid met betrekking tot influenza. Wanneer zich in de (nabije) toekomst er een pandemie van een nieuwe virusstam voordoet waartegen nog niet of niet voldoende kan worden gevaccineerd, ontstaan er voor longartsen (en andere specialisten) enorme problemen waar de gezondheidszorg nu niet op voorbereid is.

#### *Orthopedisch chirurgen*

In het 'Strategisch Plan Orthopedie 2002-2012' van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) wordt het belang van preventie verschillende malen benadrukt. Het gaat hierbij vooral om de toekomst. De ervaringen met preventie zijn nog zeer beperkt. Gesteld wordt dat de vraag naar orthopedische zorg maar in beperkte mate door (primaire) preventie kan worden beïnvloed. Wel wordt het belang van facetbeleid beklemtoond, ter preventie van letsels.

Gewezen wordt op het belang van het verhogen van de *public awareness*. Daartoe wordt in het kader van het Bone and Joint Decade een programma ontwikkeld en uitgevoerd (programmaplan 2004-2007). Om de zelfredzaamheid van patiënten te vergroten is een overeenkomst gesloten met de *American Academy of Orthopedic Surgeons* (AAOS) om al hun voorlichtingsmateriaal toegankelijk te maken voor de Nederlandse consument.

#### *Reumatologen*

De Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR) heeft geen expliciet preventiebeleid geformuleerd. Reumatologen houden zich in de dagelijkse patiëntenzorg met tertiare preventie, het voorkomen van verdere schade bij diegenen die reeds bepaalde aandoeningen hebben zoals reumatoïde artritis. In feite is dat een van de belangrijkste taken van een reumatoloog. Wat betreft primaire preventie besteden reumatologen aandacht aan het voorkomen van bijvoorbeeld osteoporotische fracturen.

#### *Revalidatieartsen*

Van de zijde van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) wordt gemeld dat revalidatieartsen zich uitgebreid bezig houden met het voorkomen van verergering van aandoeningen en het verbeteren van beperkingen. Dit wordt evenwel niet beschouwd als een vorm van preventie.

### **Paramedische beroepsgroepen**

#### *Diëtisten*

De Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) heeft preventie in haar beleidsnota 2005-2007 opgenomen. Daarbij wordt in het bijzonder gedacht aan:

- \* de preventieve rol van voeding in het algemeen en voorlichting daarover aan de consument die zich niet ziek voelt of ziek is (preventieve voedingsvoorlichting op scholen, in de media, groepen, wijkverenigingen, sportscholen);
- \* preventieve activiteiten in het kader van ketenzorg voor chronische patiëntengroepen (overgewicht, COPD, hartfalen, diabetes, psychische stoornissen).

Diëtisten voeren verschillende soorten preventieve activiteiten uit, sommige al vele jaren. De NVD geeft prioriteit aan het zichtbaar maken van de meerwaarde van diëtisten.

Een deel van het werk van diëtisten wordt bekostigd uit de AWBZ en blijft hier buiten beschouwing.

#### *Fysiotherapeuten*

In de lange termijn visie (2000-2010) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) is preventie (en de rol van de fysiotherapeut daarbij) als speerpunt van het beleid van het genootschap opgenomen. In de beleidsplannen van de daarop volgende jaren is dit voorgenomen beleid geconcretiseerd en daar waar mogelijk uitgevoerd.

De visie van de beroepsgroep is dat de fysiotherapeut (als specialist van het bewegen) een rol en verantwoordelijkheid heeft bij preventie van klachten van het bewegingsapparaat. Deze visie heeft onder meer geleid tot het ontwikkelen van beweegprogramma's voor mensen met chronische aandoeningen (Artrose, Diabetes, Hartklachten en Longklachten), inclusief een screeningsinstrument. Daarnaast is een scan ontwikkeld (FysioFitheidscan) primair gericht op de gezonde populatie.

#### *Verloskundigen*

De Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) is momenteel bezig een nieuwe beroepsomschrijving te maken. Preventie zal daarin een dominante plaats krijgen aangezien verloskundigen in hoge mate (of uitsluitend) preventief werkzaam zijn. Het werk van verloskundigen is gericht op het voorkomen van alle mogelijke groei- en ontwikkelingsproblemen in het algemeen en van erfelijke en aangeboren afwijkingen in het bijzonder door voorlichting en advisering.

De activiteiten worden meer en meer programmatisch aangeboden, gebruik makend van protocollen en dergelijke. Ook op het gebied van kwaliteitszorg is men actief.

Een nieuwe ontwikkeling is het preconceptioneel advies, waarbij ook andere beroepsgroepen als huisartsen betrokken zijn. De KNOV staat hier positief tegenover en participeert ook in samenwerkingsverbanden. In de komende jaren zal blijken hoe dit concreet gestalte zal krijgen. Er wordt intensief aan gewerkt binnen de beroepsgroep. Vragen betreffen onder meer: de vorm waarin voorlichting moet worden gegeven (groepsgewijs, één op één), hoe mensen te bereiken (via tijdschriften bijvoorbeeld), het bevorderen van deelname van zwakke groepen, en de organisatie (moeten alle verloskundigen preconceptioneel advies kunnen geven of zal dat meer geconcentreerd worden, gebeurt het in één consult of zijn er meer nodig). Er zal een taakverdeling moeten komen met andere beroepsgroepen en met name met huisartsen. In het overleg hierover zijn alle beroepsgroepen vertegenwoordigd.

De mogelijkheden van prenataal onderzoek (screeningen door middel van echo's en bloedonderzoek) nemen vrij snel toe. De beroepsgroep staat ook hier positief tegenover. Het standpunt is dat iedere verloskundige basisvoorlichting moet kunnen geven, waarbij het recht doen aan de keuzevrijheid van de betreffende vrouw voorop staat. Dat vergt trouwens ook heel wat in termen van organisatie van de praktijk. De KNOV acht het onwaarschijnlijk dat alle verloskundigen betrokken zullen zijn bij nadere counseling. Hetzelfde geldt voor het maken van echo's. Daarvoor zullen waarschijnlijk nadere kwaliteitseisen komen.

## **Verpleegkundige beroepsgroepen**

### *Aids-verpleegkundigen*

Van de zijde van de Werkgroep Verpleegkundig AIDS Consulents (WVAC) wordt gemeld dat primaire en secundaire preventie uitdrukkelijk een taak is die in het beroepsprofiel is opgenomen. Hetzelfde geldt voor GVO.

Bij primaire preventie gaat het erom te voorkomen dat AIDS-patiënten anderen besmetten, bij secundaire preventie is het doel te voorkomen dat AIDS-patiënten zelf met een SOA of met een andere ziekte besmet raken.

De werkgroep heeft geen visie op preventie op schrift gesteld, maar werkt in de geest van het beroepsprofiel. Gesteld wordt dat het duidelijk is welke taken deze beroepsbeoefenaren uit moeten voeren. De ervaring is dat men niet iedereen even goed kan bereiken met de werkzaamheden, maar dat heeft mede te maken met de doelgroep.

### *Diabetes verpleegkundigen*

Van de zijde van de Eerste Associatie van Diabetes Verpleegkundigen (EADV) wordt aangegeven dat preventie en methodisch voorlichting geven als kerntaken worden omschreven in het beroepsprofiel en in het kerntakendocument. Preventie is in de visie van de vereniging een belangrijk onderdeel van de taak. Daarbij gaat het om twee vormen van preventie: leefstijladviesing en het voorkomen van complicaties van de aandoening. Verder doet men aan primaire preventie in die gevallen waarin diabetes verpleegkundigen proberen te voorkomen dat familieleden van gediagnosticeerde type 2 diabetes de aandoening ook krijgen. Diabetes verpleegkundigen zijn actief in ziekenhuizen, in de thuiszorg, bij diabetes diensten en in transmurale zorgorganisaties. De EADV is actief binnen de Nederlandse Diabetes Federatie.

### *Longverpleegkundigen*

Preventieve activiteiten met betrekking tot roken en huissanering in geval van allergieën worden in het beroepsprofiel een kerntaak genoemd. De Nederlandse Vereniging van Longverpleegkundigen (NVL) beschouwt dit als belangrijke werkzaamheden. De vereniging heeft als zodanig geen expliciet beleid over preventie op schrift gesteld. Het is voor alle longverpleegkundigen duidelijk dat deze werkzaamheden belangrijk zijn. De term preventie wordt dan ook niet veel gebezigd binnen de vereniging. Wel is de vereniging van oordeel dat meer aandacht geschonken zou moeten worden aan vaardigheidsontwikkeling, in het bijzonder ten aanzien van het werken met de L-MIS. De bestaande training die longverpleegkundigen krijgen, dient uitgebreider te worden. Saneringsadviezen worden doorgaans of (vrijwel) altijd gegeven door longverpleegkundigen die bij een thuiszorgorganisatie werken en dus uit de AWBZ worden bekostigd.

### *Oncologieverpleegkundigen*

Hoewel in het door de Vereniging van Oncologie Verpleegkundigen (VvOV) ontworpen en door de AVVV uitgebrachte beroepsprofiel preventie samen met GVO een kerntaak wordt genoemd, werd door de VvOV meegedeeld dat preventie momenteel binnen de vereniging niet op de agenda staat. Wel stelt men dat oncologieverpleegkundigen zich bezig houden met secundaire en tertiaire preventie. Gezien de algemene opmerking over preventie rekent men deze activiteiten blijkbaar tot de reguliere werkzaamheden.

## Geestelijke gezondheidszorg

### *Psychiaters*

Binnen de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) is er momenteel geen apart preventiebeleid. Er is dus ook niets over vastgelegd in beleidsstukken. Preventie is wel een aspect waarvan men zich realiseert dat dit van belang is voor de toekomst. Dit betekent dat dit zowel in de opleiding als in de beroepsuitoefening en in het strategisch beleid van de vereniging een plaats zal dienen te krijgen. Momenteel wordt samen met de Orde van Medisch Specialist en de KNMG gewerkt aan nieuwe algemene opleidingseisen die moeten leiden tot specifieke competenties. Er zal nader onderzocht moeten worden op welke wijze in de meer specifieke opleidingseisen de preventie aandacht kan krijgen. Dit zal binnen de NVvP in de komende jaren zijn beslag dienen te krijgen.

Op deelgebieden is er wel al aandacht voor preventie. Zo wordt momenteel gewerkt aan een richtlijn suïcidepreventie en hebben andere richtlijnen en zaken waar de vereniging zich voor beijvert wel preventieve aspecten. Daarbij kan gedacht worden aan het streven van de NVvP om te komen tot een nieuwe wet 'dwangbehandeling' zodat een categorie ernstig zieke patiënten wél behandeld kan worden; aandacht voor de relatie tussen maatschappelijke problemen en psychiatrie zoals het voorkomen van onnodige instroom in de WAO door gerichte samenwerkingsprojecten en door afspraken met verzekeringsartsen en bedrijfsartsen, naast beïnvloeding van politiek bij nieuwe wetgeving rondom keuring en herkeuring.

Tenslotte vindt binnen de vereniging momenteel een herstructureringsproces plaats met als doel onder andere te komen tot een verdergaande professionalisering. Uitkomst hiervan moet onder meer worden dat er ook vanuit strategisch oogpunt meer invulling gegeven kan worden aan een aantal grote onderwerpen en speerpunten van beleid waaronder preventie.

### *Eerstelijns psychologen*

De Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE) heeft geen visie geformuleerd over preventie. Het begrip wordt als zodanig ook niet tot nauwelijks gehanteerd. De eerstelijns psychologen hebben als beroepsgroep niet uitgesproken dat preventie een taak is voor hen.

Wel is het zo dat zij in het kader van de kortdurende behandeling die zij geven verergering proberen te voorkomen. Maar dat wordt doorgaans geen preventie genoemd, hoewel de vereniging in een eigen factsheet het woord wel gebruikt. Een en ander houdt mede verband met de aard van het werk: cliënten worden verwezen door de huisarts, voor kortdurende behandeling.

Momenteel zijn ze samen met huisartsen begonnen een richtlijn op te zetten voor arbeidsgerelateerde hulpverlening. De verwachting is dat zaken als het voorkomen van uitval (WAO) en activiteiten die een terugkeer naar het werk moeten bevorderen daarin aan de orde zullen komen. Dat heeft wel te maken met preventie.

### *Psychotherapeuten*

De Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP) beschikt niet over beleidsstukken waarin preventie is opgenomen. Zij vinden preventie over het algemeen een goede zaak. Psychotherapeuten zullen over het algemeen proactief optreden bij risicogroepen, bijvoorbeeld kinderen van ouders met psychiatrische problemen. Dat gebeurt gewoon in het kader van de hulpverlening en wordt geen preventie genoemd.

### *GGZ verpleegkundigen*

Hoewel in het beroepsprofiel preventie en GVO een kerntaak worden genoemd, wordt van de zijde van het Verpleegkundig specialisten Genootschap in de GGZ (VSG) gerapporteerd dat van een echt preventiebeleid door het genootschap nog geen sprake is. Men is het eens met GGZ-Nederland dat preventie een belangrijke taak is op dit terrein. In de praktijk houden GGZ-verpleegkundigen zich bezig met zowel primaire preventie (consultaties, rol bij ongelukken en rampen ter voorkoming van GGZ-problematiek) als om secundaire en tertiaire preventie. GGZ-verpleegkundigen zijn werkzaam in de hele GGZ, intra- en extramuraal, en tevens in de gehandicaptenzorg en de psychogeriatric.

### *Psychiatrische verpleegkundigen*

Van de zijde van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Verpleegkunde (NVPV) wordt meegedeeld dat er (nog) geen apart beroepsprofiel voor deze groep is ontwikkeld. De vereniging heeft geen visie op preventie ontwikkeld. Men vindt dat wel aan preventie gewerkt dient te worden. In de praktijk gebeurt dat door middel van signaleringsplannen: problemen in een vroeg stadium signaleren zodat verergering kan worden voorkomen.

## **Bedrijfsgezondheidszorg**

### *Bedrijfsartsen*

De beroepsorganisatie van bedrijfsartsen, de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) heeft zowel in haar beroepsprofiel van de bedrijfsarts als in het professioneel statuut van de bedrijfsarts als in een recente publicatie (position paper 14 april 2005) over de nieuwe arbeidsongeschiktheidswet, de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) preventie expliciet benoemd als een taak voor bedrijfsartsen. Dit vloeit voort uit de visie dat het werk van bedrijfsartsen voor een belangrijk deel bestaat of zou moeten bestaan uit het opzetten en uitvoeren van preventieve activiteiten. Het gaat hierbij om preventie van arbeidsuitval en het voorkomen van beroepsziekten. Dit geschiedt onder meer door een risico-inventarisatie en –evaluatie, aanstellingskeuringen en periodiek arbeidsgeneeskundig onderzoek en het geven van systematische voorlichting aan werknemers.

De laatste jaren is, mede onder invloed van de privatisering van de sociale zekerheid en de omvorming van de bedrijfsgezondheidsdiensten tot arbodiensten, de aandacht voor preventie in het takenpakket van de bedrijfsarts duidelijk afgenomen. Het accent is steeds meer komen te liggen op de verzuimbegeleiding en de reïntegratie. De NVAB heeft hier in het verleden meerdere malen haar zorg over uitgesproken en is momenteel bezig om, deels samen met andere arboprofessionals, preventie weer veel hoger op de agenda te krijgen.

Voor verschillende van de geselecteerde (groepen van) aandoeningen zijn door de vereniging richtlijnen ontwikkeld. Bestaande richtlijnen betreffen psychische klachten, astma en COPD en klachten van het bewegingsapparaat (lage rugklachten; klachten van arm, schouder of nek). Richtlijnen over hart- en vaatziekten zijn in ontwikkeling. Het ontwikkelen, testen en implementeren geschiedt volgens een uniforme systematiek.

### *Arbo verpleegkundigen*

In het beroepsprofiel van arbo-verpleegkundigen wordt de term preventie meermalen genoemd, ook als methode bij verschillende kerntaken. De Beroepsorganisatie



ArboVerpleegkunde (BAV) is het hier volledig mee eens, maar constateert dat de laatste jaren de werkzaamheden steeds minder een preventief karakter hebben gekregen en in hoge mate geconcentreerd zijn op verzuimbegeleiding. Daar is de BAV het niet mee eens.

Een probleem is dat arbo-verpleegkundigen niet beschouwd worden als een van de kerndisciplines in de arbozorg, in tegenstelling tot disciplines als arbeid- en organisatiekunde, arbeidshygiëne, veiligheidskunde.



## 8 Preventiebeleid overheid

Op basis van de raadpleging van diverse beleidsnota's en rapportages van de overheid op het terrein van preventie volgt hieronder eerst een overzicht van de prioriteiten in het preventiebeleid van het Ministerie van VWS. Daarna komen per risicofactor de beleidsvoornemens aan de orde, waarbij voornamelijk over de rol van de zorgverleners (en van zorgverzekeraars) wordt gesproken.

### 8.1 Prioriteiten in preventie

De overheid heeft besloten preventie te concentreren op het terugdringen van een aantal aandoeningen die enerzijds de hoogste ziektelast veroorzaken en waar anderzijds met preventieve maatregelen, vooral door het terugdringen van een ongezonde leefstijl, veel gezondheidswinst te behalen valt. (Brancherapport Preventie 2000-2004; Nota Langer Gezond Leven, 2003). Het betreft:

- Hart- en vaatziekten (coronaire hart- en vaatziekten, hartfalen en beroerte);
- Kanker (longkanker, borstkanker, dikkedarm- en endeldarmkanker);
- Astma en chronische longziekten;
- Diabetes Mellitus;
- Psychische klachten: depressie, angststoornissen, zelfdoding en alcoholverslaving;
- Klachten aan het bewegingsapparaat (nek- en rugklachten, artrose, reumatische artritis).

Daarnaast ziet men het belang preventieve aandacht te schenken aan infectieziekten. Vanwege de besmettingsrisico's speelt bij infectieziekten zowel het individuele belang als het collectieve belang.

Deze aandoeningen hangen samen met deels vermijdbare gezondheidsrisico's. Vaak gaat het om een combinatie van leefstijl, persoonskenmerken en omgevingsfactoren. Leefstijlfactoren die van invloed zijn op deze aandoeningen zijn roken, alcoholgebruik, inactieve leefstijl, overgewicht, ongezonde voeding. Bij infectieziekten als seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) ook onveilig seksueel gedrag.

Voor de komende jaren heeft de overheid drie speerpunten gekozen voor preventie: roken, overgewicht en diabetes. (Brancherapport Preventie 2000-2004; Nota Langer Gezond Leven, 2003)

De overheid stelt een aantal maatregelen voor om er voor te zorgen dat deze speerpunten worden aangepakt. Individuele burgers worden (meer) aangesproken op hun eigen verantwoordelijkheid en nadrukkelijker gewezen op de schadelijke gevolgen van ongezond gedrag. Een aanbeveling in dit verband met een voorgestelde maatregel in het Actieprogramma Diabetes. De mogelijkheden zullen worden onderzocht voor de burger om een risicoprofiel te laten maken en daaraan gekoppeld een gezondheidspreventiecontract. Op deze manier krijgen burgers meer inzicht in de individuele gezondheidstoestand, zodat zij hun eigen verantwoordelijkheid kunnen nemen.

Verzekeraars kunnen overigens via het aanvullende verzekeringspakket hun verzekerden stimuleren tot een gezondere leefwijze.

Wat betreft de zorgsector zullen zorgverleners in de preventieve en in de curatieve sector (huisartsen, ziekenhuizen) meer worden gestimuleerd om tijdig gezondheidsrisico's te onderkennen die het gevolg zijn van een ongezonde leefstijl en mensen hier ook op aanspreken. "Het aanpassen van de leefstijl kan en moet, aldus het

Ministerie van VWS, veel vaker onderwerp van gesprek zijn tussen hulpverlener en patiënt dan nu het geval is”. In beginsel betekent dit dat ook ongevraagde preventie (meer) onderdeel moet gaan uitmaken van de werkzaamheden van hulpverleners. Verzekeraars moeten beter toezien op het totstandkomen van “ketenzorg”, inclusief preventie en op het toepassen van bestaande standaarden en protocollen in de zorg.

## **8.2 Roken**

Doelstellingen van het overheidsbeleid zijn: terugdringen van het aantal rokers, ondersteuning bieden bij het stoppen met roken, en voorkomen dat jongeren gaan roken en voorkomen van passief roken. Met subsidie van het Ministerie van VWS is in 2002 het “Partnership Stop met Roken” opgericht, bestaande uit diverse publieke en private partijen uit het veld van de gezondheidszorg, dat met haar activiteiten het beleid van het Ministerie steunt.

Niet-roken dient de norm te worden. Het streven is het percentage rokers terug te brengen van 31% (in 2002) naar 25% in 2007 met speciale aandacht om te voorkomen dat jongeren gaan roken (Langer Gezond Leven, 2003).

Bij de ondersteuning bij stoppen-met-roken kunnen volgens het rapport Langer Gezond Leven verzekeraars en zorgverleners meer aandacht besteden. 75% van de rokers die proberen te stoppen doet dit op eigen kracht. Als rokers bij hun stoppoging steun krijgen wordt de stopkans twee tot drie keer zo groot. Het kan gaan om advies door de behandelende arts, farmacologische ondersteuning, individuele begeleiding of een combinatie daarvan.

## **8.3 Alcoholgebruik**

Het Ministerie van VWS streeft naar matiging van het alcoholgebruik en het percentage probleemdrinkers terug te brengen door voorlichting, wet- en regelgeving en prijsbeleid. De eerstelijnszorg, met name huisartsen, kunnen een rol spelen bij preventie van risicogedrag inzake alcoholgebruik. Op dit moment bereikt de hulpverlening (verslavingszorg en huisartsen) maar een klein percentage van de probleemdrinkers. In een gemiddelde huisartsenpraktijk zijn gemiddeld 200 probleemdrinkers. De huisarts herkent in de praktijk maar 1 op de 7 van deze mensen. Screening en minimale interventie van alcoholproblematiek in de huisartspraktijk is effectief. Het Ministerie financiert het Actieplan Alcoholzorg 2001, ingezet voor innovatieve preventieprojecten, waarbij o.a. de eerstelijnszorg betrokken is.

## **8.4 Seksueel gedrag**

De meeste infectieziekten in Nederland zijn redelijk beheersbaar. Het Ministerie van VWS ziet vooral een taak in het zorgen voor randvoorwaarden om preventie en bestrijding van infectieziekten mogelijk te maken. De uitvoering van de bestrijding (en preventie) is in handen van GGD-en, ondersteund wat betreft SOA door de Stichting SOA-bestrijding en andere organisaties.

Men vraagt meer aandacht voor risicogroepen (zwangeren, jongeren, homo- en biseksuele mannen, prostituees). Jongeren zijn in toenemende mate van belang in verband met de toename van het aantal tienerzwangerschappen. De nadruk in het beleid ligt op veilig vrijen.

Het beleid van de Stichting SOA is er mede op gericht de deskundigheid van huisartsen op het terrein van preventie en behandeling van SOA te versterken.

## 8.5 Bewegen

Het Ministerie van VWS onderschrijft het belang van meer bewegen, met name in verband met de preventie van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2, osteoporose en dikke darmkanker. Onder begeleiding van het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NSIB) wordt thans het Nationaal Actieplan Bewegen tot ontwikkeling gebracht.

Voor bewegingsstimulering ziet de overheid een rol voor de huisartsenpraktijken. In de nota Sport, Bewegen en Gezondheid (2001) wordt echter geconstateerd dat huisartsen een kennisachterstand hebben op dit terrein (met name houdings- en bewegingsapparaat). Structurele inbedding van de (primaire) preventie door bewegingsstimulering is in de huisartsenzorg voorlopig geen optie. Voor het inzetten van bewegingsstimulering in het kader van tertiaire preventie zijn huisartsen meer ontvankelijk (zoals voor patiënten met risico op hart- en vaatziekten). Men twijfelt echter aan de effectiviteit en de kwaliteit van bewegingsprogramma's, de deskundigheid van de begeleiders en over de deelname van patiënten. Huisartsen blijken overigens slecht op de hoogte van het bewegingsaanbod voor chronisch zieken en ouderen.

## 8.6 Voeding

Het Ministerie van VWS laat zich in haar beleid leiden door de Nota Ons eten gemeten (RIVM, 2004). Gezonde voeding en gezonde voedingsgewoonten verminderen gezondheidsrisico's, dragen bij aan een gezond gewicht. De overheid richt zich met name op het bevorderen van een gezonde leefstijl, inclusief gezonde voedingsgewoonten, om overgewicht te voorkomen en daarmee het risico op hart- en vaatziekten en andere aandoeningen te verminderen. Verder is er sterke aandacht voor het bevorderen van borstvoeding. In het voedingsbeleid wordt niet expliciet gesproken over de rol van zorgverleners, behalve dat deze in algemene zin de burger aan dienen te spreken op hun verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid, ook voor de voedingsgewoonten.

Het beleid streeft combinaties na van maatregelen met betrekking tot meer bewegen, en gezonde voeding. Dit verdient hoge prioriteit, ook al om de individuele en maatschappelijke gevolgen en kosten van (ernstig) overgewicht te verminderen.

## 8.7 Overgewicht

Preventie van overgewicht behoort tot de speerpunten van het preventiebeleid. Overgewicht is geassocieerd met diabetes mellitus type 2, hart- en vaatziekten, depressie, luchtwegen en kanker. Drie doelstellingen worden nagestreefd: de primaire preventie van gewichtsstijging in het algemeen (voorkomen dat mensen verder aankomen); secundaire preventie van overgewicht (dus afvallen als mensen te zwaar zijn en vermijden van terugval); preventie van verdere gewichtsstijging in obesen die niet in staat zijn gewicht te verliezen. Beleid met betrekking tot overgewicht moet vanzelfsprekend gecombineerd worden met beleid dat mensen meer gaan bewegen en gezonder gaan eten.

In de Nota Langer Gezond Leven wordt niets gezegd over de rol van de curatieve zorg bij de preventie van overgewicht. Maar elders wordt wel verwacht dat bijvoorbeeld huisartsen bij patiënten met gezondheidsrisico's door overgewicht wijzen op preventieprogramma's

Er lopen verschillende onderzoeksprogramma's van de Nederlandse Hartstichting. De Gezondheidsraad bepleit in het advies Overgewicht en Obesitas (2003) een preventieve

aanpak met een brede coalitie van partijen. Geconstateerd werd dat de ketenpreventie rond overgewicht zwak is ontwikkeld. In het advies Screening op type 2 Diabetes bepleit de Gezondheidsraad screening van mensen met overgewicht en obesitas vanwege het hoge risico op onbehandelde diabetes (en andere aandoeningen). Screening is relatief gemakkelijk uitvoerbaar in de eerstelijnsgezondheidszorg of door GGD-en. De huisarts vervolgt met behandeling, maar adviseert/begeleidt vooral bij een gezondere leefstijl, het verminderen van hoge bloeddruk en het verbeteren van de vetverdeling in het bloed.

## 9 Preventiebeleid zorgverzekeraars

### 9.1 Inleiding

Op basis van de raadpleging van de verzekeringspolissen van alle zorgverzekeraars is een overzicht gemaakt van het preventieve aanbod voor verzekerden dat via de aanvullende verzekering wordt vergoed. De uitzondering is de dieetadvisering die begin 2004 in de reguliere verstrekking is opgenomen.

Bij 33 (combinaties van) zorgverzekeraars is via hun internetsite over het jaar 2005 aan de hand van de verzekeringspolissen informatie verzameld over het preventieve aanbod.

Verder wordt in dit hoofdstuk de visie en standpunten van zorgverzekeraars over preventie in de verzekerde zorg in kaart gebracht.

### 9.2 Preventie in de aanvullende verzekering

Uit de inventarisatie blijkt dat alle zorgverzekeraars hun verzekerden de mogelijkheid bieden zich aanvullend te verzekeren voor deelname aan algemene of specifieke leefstijlprogramma's. In Bijlage B wordt in tabelvorm een overzicht gegeven welke preventieve activiteiten worden vergoed, de hoogte van de vergoeding en bij welke instelling de verzekerden terecht kunnen.

Hieronder volgt een algemene beschouwing van de bevindingen, inclusief de dieetadvisering.

#### **Dieetadvisering**

Standaard is in het ziekenfondspakket opgenomen 4 uur dieetadvisering door een diëtist, dat voor 100% vergoed wordt. Het gaat hierbij om dieetadvisering op voorschrift van de huisarts, in relatie tot klachten als maag/darm klachten, overgewicht en allergie. Preventieve dieetadvisering komt niet in aanmerking.

Bij 12 verzekeraars wordt in de aanvullende verzekeringen een extra vergoeding opgenomen. Niet altijd is uit de informatie duidelijk welke voorwaarden gesteld worden, bijvoorbeeld of het ook daadwerkelijk preventieve advisering kan zijn. De vergoedingen wisselen sterk per verzekeraar en worden bepaald op een maximaal percentage of bedrag, al dan niet gebonden aan een maximaal aantal adviezen of adviesuren.

Eén verzekeraar geeft gratis aansluiting bij een thuiszorgorganisatie die o.a. cursussen op voedingsgebied organiseert. De verzekerde krijgt korting op het volgen van de cursus.

Eén enkele verzekeraar geeft op de website zelf adviezen of verwijst naar andere websites.

Eén verzekeraar geeft een vergoeding voor een eenmalige poliklinische behandeling bij een Obesitas-kliniek.

#### **Sport en Bewegen**

Hierbij is inbegrepen de sportmedische advisering en blessure consulten bij een sportarts of sportmedisch adviescentrum.

Voor sport en beweging geven enkele verzekeraars korting op inschrijfgeld en/of op contributie voor fitnesscentra, sportactiviteiten (On Track) en op cursussen gericht op bewegen. Enkele verzekeraars geven aan specifieke doelgroepen (hartpatiënten, reumapatiënten) extra vergoeding voor (aanbevolen) sportactiviteiten bij erkende sportcentra.

Voor sportmedisch (blessure) advisering en/of sportkeuring geeft meer dan de helft van de verzekeraars aan een deel van de kosten hiervan te vergoeden, tot een maximum bedrag en/of een maximum aantal adviezen/consulten per jaar.

De hoogte van de vergoeding is zeer divers en is mede afhankelijk van het soort van aanvullend pakket.

### **Leefstijl**

Leefstijladviesing is door slechts enkele verzekeraars opgenomen in een aanvullend pakket. De vergoeding is beperkt tot een specifieke leefstijladviseur. Ook wordt korting gegeven op het abonnement 'On Track wandel- en fietsroutes'.

Eén verzekeraar geeft gratis lidmaatschap van een thuiszorgorganisatie en vervolgens korting op door deze thuiszorgorganisatie georganiseerde leefstijlcursussen.

### **Preventieve cursussen, voorlichting, gezondheidskursussen**

16 verzekeraars bieden een vergoeding aan voor het volgen van cursussen/voorlichtingsactiviteiten met een preventief doel. Met name worden genoemd een cursus Stoppen met roken of Voeding, Bewegen en Afvallen. Er zijn ook verzekeraars die in de vergoedingenlijst geen nadere aanduiding geven van de soorten cursussen. Het gebeurt regelmatig dat verzekerden slechts een vergoeding krijgen voor één cursus uit een reeks van vele mogelijkheden, waaronder bijvoorbeeld ook EHBO bij kinderen.

20 verzekeraars bieden op de een of andere wijze een vergoeding aan voor één of meer overgangsconsult(en). De helft van deze verzekeraars stelt als eis dat het consult plaats vindt bij een consultant/organisatie aangesloten bij Care for Women.

### **Preventieve onderzoeken**

Standaard zit in de AWBZ-vergoeding de vergoeding voor screening op baarmoederhalskanker en op borstkanker. In de aanvullende verzekeringen van 6 verzekeraars is ook prostaatkankerscreening opgenomen en bij 9 verzekeraars preventief onderzoek hart- en vaatziekten (inclusief 1 verzekeraar met een Cholesteroltest en 2 verzekeraars met een ECG). 1 verzekeraar geeft een vergoeding voor een 'algehele check-up' (niet nader gespecificeerd), 1 verzekeraar vergoedt een bedrag voor een seniorenkeuring.

### **Vaccinaties**

15 verzekeraars geven een vergoeding voor vaccinaties voor buitenlandse reizen/verblijf. 4 verzekeraars geven een vergoeding voor een (niet medisch geïndiceerde) griepvaccinatie.

## **9.3 Visie en standpunten**

De algemene opvatting van zorgverzekeraars is dat preventie niet als "schade" te verzekeren is. Preventie betreft namelijk de hele populatie van een zorgverzekeraar.



Ook is op preventie moeilijk te concurreren. In ieder geval niet vanuit de overweging dat concurreren op preventie zou leiden tot lagere premies. Dat is niet het geval. Dat zorgverzekeraars niettemin deelname aan preventieve activiteiten door hun verzekerden in de aanvullende verzekering hebben opgenomen wordt door henzelf gezien als een marketing-instrument (aantrekken van nieuwe klanten). Dat is ook de reden, aldus respondenten in interviews, dat sommige zorgverzekeraars specifieke projecten als Bewegen op Recept in Den Haag co-financieren, maar niet met het oog om deze preventieve interventie in de reguliere zorgverzekeringsverstrekking te integreren.

Investeren in preventie door zorgverzekeraars, bijvoorbeeld door preventieovereenkomsten met verzekerden af te sluiten, kan in de visie van verzekeraars alleen als verzekerden over een reeks van jaren bij een zorgverzekeraar blijven. Omdat verzekerden een keuzemogelijkheid hebben en jaarlijks van verzekeraar kunnen veranderen, is investeren in preventie volgens verzekeraars niet opportuun.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) als brancheorganisatie voert in dit verband ook geen specifiek beleid en laat het aan de individuele zorgverzekeraar over om op preventie al of niet beleid te voeren.

Deze visie op preventie staat in contrast met wat de overheid als rol ziet voor zorgverzekeraars in het kader van het preventiebeleid. Zorgverzekeraars zouden het voortouw moeten nemen waar het preventie betreft en met zorgaanbieders proactief dienen bij te dragen aan preventie en gezondheidsbevordering.

Bij een recent debat over preventie in de zorg werden verschillende varianten besproken om zorgverzekeraars meer te interesseren voor preventie (8 juni 2005 in Nieuwspoor, Den Haag):

- de zorgverzekeraars krijgen binnen hun maatschappelijke missie en gesteund door wetgeving, nadrukkelijker de taak om preventie uit te voeren. Zij ontvangen uit het vereveningsfonds aparte financiële middelen voor deze taak;
- er komt een nieuw preventiefonds, onder verzekeraars wel genoemd het Fitburgerfonds, waaraan zorgverzekeraars voorstellen kunnen doen voor preventieprogramma's. Zij concurreren dan met voorstellen voor extra uitkeringen uit dit fonds;
- het vereveningsfonds gaat meer dan tot nu toe rekening houden met het opleidingsniveau en het gemiddelde inkomen van de verzekerden. De lage SES-groepen hebben vaak een slechtere gezondheid en een ongezondere leefstijl. Door daarmee rekening te houden bij het doen van uitkeringen uit het vereveningsfonds komt er meer geld beschikbaar voor verzekeraars met ongezonde verzekerden. Er komt dan voor deze groepen meer geld beschikbaar voor preventie.



## 10 Beschouwing

### 10.1 Inleiding

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in de preventieve activiteiten in de verzekerde curatieve zorg. De vragen hierbij waren: wat doen de zorgaanbieders aan preventie, wat is het bereik van hun activiteiten, wat is bekend over de effectiviteit en hoe wordt preventie in de curatieve zorg gefinancierd? Tevens zijn de standpunten, c.q. visie en beleid onderzocht van de betrokken beroepsverenigingen, de overheid en de zorgverzekeraars.

Bij de inventarisatie is uitgegaan van een "Top 8" van aandoeningen met de hoogste ziektelast, en waar met preventieve maatregelen veel (gezondheids)winst te behalen is. Voor het in kaart brengen van de preventieve activiteiten is uitgegaan van het klassieke begrippenkader primaire preventie (voorkomen van gezondheidsproblemen en ziekten), secundaire preventie (vroeg opsporen van gezondheidsproblemen, ziekten en risicofactoren) en tertiaire preventie (voorkomen van verergering van gezondheidsproblemen en ziekten). In de curatieve geestelijke gezondheidszorg is een andere indeling gangbaar, maar deze berust op dezelfde principes als de klassieke indeling.

Dit afsluitende hoofdstuk geeft een beschouwing over de bevindingen. Tevens worden enige lacunes in beleid, onderzoek en praktijk van preventie in de curatieve zorg beschreven.

### 10.2 Preventie van aandoeningen en risicofactoren

Over het algemeen bestaat er een goed beeld van de mate waarin ziekten en aandoeningen vóórkomen. Bij de risicofactoren is echter niet altijd een doorlopende gegevensverzameling voorhanden, waardoor het niet duidelijk is hoe het aantal mensen met risico's zich in de tijd ontwikkelt.

Uit het overzicht van aandoeningen en risicofactoren in hoofdstuk 3 kan worden afgeleid dat hart- en vaatziekten en longproblemen de belangrijkste doodsoorzaken zijn. Diabetes mellitus type-2, Astma/COPD, klachten van het bewegingsapparaat en psychische aandoeningen dragen bij aan het grootste verlies van kwaliteit van leven.

Ongezonde leefstijlgewoonten zijn de belangrijkste risicofactoren: roken, teveel onverzadigd vet, te weinig groente en fruit, onvoldoende beweging, ernstig overgewicht en hoge bloeddruk. Sommige risicofactoren clusteren voor een bepaalde aandoening, zoals roken, overgewicht en bewegingsarmoede voor hart- en vaatziekten

Hoewel niet expliciet onderzocht in deze inventarisatie, is bekend dat mensen met een lage sociaal-economische status (lage opleiding en laag inkomen), waaronder zich ook veel allochtone groeperingen bevinden, een grotere kans hebben op het ontstaan van de aandoeningen. Dit is veelal gerelateerd aan ongezonde leefgewoonten, in combinatie met sociaal-maatschappelijke omstandigheden. Verder vertonen jongeren in toenemende mate ongezond gedrag en dit geldt ook voor vrouwen. Ouderen gaan zich gezonder gedragen, maar hebben een grotere kans op bijvoorbeeld klachten aan het bewegingsapparaat. (VTV-rapport Gezondheid op koers?, 2002)

Er is een aanzienlijke gezondheidswinst te boeken met preventie, vooral via het bevorderen van gezond gedrag. Algemeen wordt aangenomen dat de eerste en tweedelijns gezondheidszorg zich potentieel goed leent voor het beïnvloeden van ongezonde leefgewoonten en voor het bevorderen van gezond gedrag. De contactfrequentie met zorgverleners (vooral in de eerstelijns zorg) is betrekkelijk hoog en artsen bijvoorbeeld worden gezien als een betrouwbare bron van informatie. Ongeveer dertig procent van de 20-60 jarigen en zestig procent van de 60-plussers komt in aanmerking voor leefstijladviesing (Brancherapport Preventie 2000-2004). De patiënten zelf hebben merendeels geen bezwaar tegen (ongevraagde) leefstijl voorlichting. Onderzoek onder patiënten van huisartsen liet zien dat 90% van de patiënten vragen van de huisarts naar roken, gewicht, cholesterol, en bloeddruk acceptabel vond en 80% vond dat voor vragen naar drankgebruik, eetgewoonten en lichaamsbeweging (NIPO, 1999)

### 10.3 Preventieve activiteiten in de curatieve zorg

In deze paragraaf blijven alle programmatische preventie-activiteiten (o.a. landelijke bevolkingsonderzoeken baarmoederhalskanker, griepvaccinatie) die in de curatieve zorg worden uitgevoerd buiten beschouwing. We beperken ons tot de preventie die in individuele patiëntcontacten op initiatief van de beroepsbeoefenaar of op vraag van de patiënt wordt aangeboden.

#### *Primaire, secundaire en tertiaire preventie activiteiten*

Alle beroepsbeoefenaren in de curatieve somatische en geestelijke eerstelijns en tweedelijns gezondheidszorg voeren op enigerlei wijze preventie activiteiten uit. Primaire preventie is beperkt mogelijk omdat patiënten in vrijwel alle gevallen een gezondheidsprobleem of een gezondheidsklacht hebben als ze de curatieve zorg consulteren. Primaire preventie wordt onder meer aangetroffen in verloskundige praktijken bij zwangerschapsbegeleiding, en in huisartsenpraktijken en ziekenhuizen door leefstijladviesing aan hart- en vaatpatiënten in verband met het voorkómen van diabetes mellitus type 2. De preventie in de curatieve zorg beperkt zich echter veelal tot het (vroegtijdig) opsporen van aandoeningen en gezondheidsrisico's (secundaire preventie) en tot preventieve adviezen en begeleiding om te voorkomen dat gezondheidsproblemen verergeren (tertiaire preventie).

Preventie en curatie zijn in de dagelijkse praktijk niet altijd duidelijk van elkaar te onderscheiden. Dit komt in belangrijke mate door de toename van chronische aandoeningen. Primaire preventie is daarbij veelal niet mogelijk, maar een proactieve aanpak om de aandoening goed onder controle te houden (tertiaire preventie) krijgt bij chronische aandoeningen steeds meer nadruk.

In de eerstelijnszorg nemen de huisartsen van oudsher een belangrijke plaats in bij preventie. In het Basistakenpakket van de huisarts is vastgelegd dat de huisarts een preventieve functie heeft, alert is op risico's die bepaalde patiënten lopen en hen gerichte (leefstijl)adviezen geeft.

In huisartspraktijken betreft het zowel secundaire preventie via case-finding als tertiaire preventie via ad-hoc leefstijladviesing. De ad-hoc preventie (bijvoorbeeld bij stoppen-met-roken) wordt veelal uitgevoerd door praktijkondersteuners en assistenten. Case-finding beperkt zich tot selectieve case-finding, ook wel casuïstische preventie genoemd, waarbij een individuele risico-inschatting wordt gemaakt voor een aandoening, bijvoorbeeld van een patiënt met overgewicht, die ook rookt.

Wat betreft de secundaire preventie van ziekten en aandoeningen zien huisartsen het meest in de preventie van hart- en vaatziekten mede ingegeven door het succes van het project Preventie: hart- en vaatziekten. Hierbij kan leefstijladvisering worden geïntegreerd, vooral ook omdat bij een aandoening zoals hart- en vaatziekten sommige risicofactoren clusteren (roken, lichamelijke inactiviteit, overgewicht). In dit verband wordt door huisartsen ook gedacht aan de ontwikkeling van een Standaard Leefstijladvisering.

De terughoudendheid bij huisartsen voor vroege opsporing van onder meer depressie en Astma/COPD via case finding kan worden verklaard, doordat er nog geen adequate methoden beschikbaar zijn voor vroegdiagnostiek. Bevolkingsonderzoek voor deze aandoeningen wordt overigens ook ontraden door de Gezondheidsraad.

Wat betreft de secundaire en tertiaire preventie van depressie in de huisartspraktijken wordt door de geleidelijke samenwerking (via consultatie) met specialisten uit de geestelijke gezondheidszorg de specifieke deskundigheid op dit terrein bevorderd.

Systematische (vroege) opsporing van risicofactoren met betrekking tot leefstijl (roken, problematisch alcoholgebruik, lichamelijke inactiviteit, overgewicht) vindt in de huisartspraktijken niet plaats. Selectieve case finding of casuïstische preventie voor deze factoren vindt plaats bij patiënten met een hoog risico voor bepaalde aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten en diabetes mellitus type 2. De preventie beperkt zich verder tot tertiaire preventie, namelijk leefstijladvisering en begeleiding in het kader van behandeling en zorg.

Patiënten die door huisartsen en tandartsen worden behandeld voor ziekten en aandoeningen of die risico lopen voor een aandoening krijgen uiteenlopende leefstijladviezen, variërend van stoppen-met-roken advies, verandering van voedingsgewoonten, tot adviezen om meer te gaan bewegen. Een deel van de huisartsen en het merendeel van de tandartsen vindt echter dat een gezonde leefstijl primair de verantwoordelijkheid is van patiënten. Vooral tandartsen zijn deze mening toegedaan. Niettemin geeft een aanzienlijk deel van de huisartsen en een deel van de tandartsen adviezen over gezonde leefgewoonten. De Nederlandse Maatschappij voor Tandheelkunde (NMT) heeft overigens wel initiatieven genomen voor het opleiden van preventie-assistenten in de tandartsenpraktijk.

Bedrijfsgezondheidsdiensten spelen een rol van betekenis in de arbocuratieve zorg. De diensten hebben preventieve taken in verband met het opsporen van arbeidsgerelateerde gezondheidsrisico's, inclusief leefgewoonten, zoals problematisch alcoholgebruik, die van invloed zijn op verzuim en arbeidsparticipatie. Sinds enige tijd mogen bedrijfsartsen rechtstreeks verwijzen naar andere zorgverleners. Hiermee komt geleidelijk aan lokale en regionale samenwerking tot stand met onder andere huisartsen en de geestelijke gezondheidszorg. Speerpunten op het terrein van preventie in de bedrijfsgezondheidsdiensten zijn (arbeidsgerelateerde) depressie, Astma/COPD en roken. Met name voor het signaleren en herkennen van depressie is meer deskundigheid vereist. Intensivering van de samenwerking met andere zorgverleners, zoals huisartsen, kan bijdragen aan een efficiëntere opsporing van deze aandoeningen.

In de ambulante en residentiële geestelijke gezondheidszorg maakt preventie deel uit van de behandeling en begeleiding. Dit betreft tertiaire preventie (in individuele therapie of binnen groepsgerichte activiteiten, zoals cursussen), die vooral is gericht op het leren hanteren van een psychische aandoening in het dagelijkse leven. Hierbij horen ook leefstijladviezen.

Bij de paramedische beroepsgroepen, zoals fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, diëtisten en bij verloskundigen is de preventie eveneens onderdeel van de reguliere behandeling, zorg en begeleiding (tertiaire preventie). Bij fysiotherapeuten betreft het de oefentherapie voor patiënten met chronische aandoeningen en in het kader van arbeidsreïntegratie, waarbij ook voorlichting en advies wordt gegeven over leefstijl. Geleidelijk ontwikkelen fysiotherapiepraktijken een groepsgericht oefen- en bewegingsaanbod voor groepen chronische patiënten, gericht op het handhaven en bevorderen van de kwaliteit van leven en het bevorderen van maatschappelijke participatie.

De preventie in de somatische tweedelijns gezondheidszorg betreft in geringe mate secundaire, maar voornamelijk tertiaire preventie. Secundaire preventie bijvoorbeeld door de opsporing van osteoporose (bij oudere vrouwen/mannen met fracturen). In toenemende wordt aandacht besteed aan leefstijlfactoren, zoals roken, alcoholgebruik, lichamelijke inactiviteit, bij de behandeling en zorg bij patiënten met hart- en vaatziekten, luchtwegklachten, diabetes mellitus type 2.

#### *Ketenzorg in preventie*

De ketenzorg voor preventie is zwak ontwikkeld, hoewel bij enkele aandoeningen, zoals diabetes, in toenemende mate geïntegreerde zorgprogramma's worden beproefd. Ook zijn samenwerkingsprojecten tussen huisartsen en bedrijfsartsen tot stand gekomen. Bedrijfsartsen mogen sinds 2004 ook formeel verwijzen wat in principe de preventie van werkgebonden aandoeningen kan verbeteren. Maar in principe is er sprake van de zogenaamde "verticale" aanpak voor preventie in de curatieve zorg. Te beginnen bij de preventieve jeugdgezondheidszorg heeft iedere beroepsgroep een eigenstandige rol (Boomsma e.a., 2004). Multidisciplinaire richtlijnen zijn schaars. Preventie aansluitend bij vormen van diseasemanagement, zoals bij decubitus en diabetes mellitus type 2 is nauwelijks ontwikkeld.

Tevens ligt in beleid en praktijk sterk de nadruk op de preventie van ziekten en aandoeningen. Dat komt mede omdat risicogedragingen zoals roken, alcoholgebruik, bewegingsarmoede niet of onvoldoende worden geregistreerd en aandoeningen wel. Preventieprogramma's gaan nog erg uit van het gangbare ziektegerichte denken. Dit belemmert in hoge mate een integrale aanpak.

Secundaire preventie door vroegopsporing in de eerste lijn door huisartsen zal toenemen omdat geleidelijk meer informatie en effectief gebleken screeningstests, zoals voor dikke darmkanker, beschikbaar komen. Maar vroegopsporing heeft alleen zin als de continuïteit in de zorg voldoende kan worden gegarandeerd (follow-up na screening), bijvoorbeeld vervolgdagnostiek en -behandeling binnen afzienbare tijd. Vroege opsporing leidt tot een groter beroep op de gezondheidszorg. Meer mensen komen in aanmerking voor vervolgdagnostiek en behandeling. Als er nog geen optimaal vervolgtraject is, levert vroegopsporing maar beperkte mogelijkheden voor gezondheidswinst. Een goede afstemming tussen screeningsactiviteiten en vervolgtraject, gepaard gaande met capaciteitsuitbreiding, bijvoorbeeld in de huisartsenpraktijk, is voor verantwoorde opsporing noodzakelijk. (Verweij, 2005; Assendelft, 2005).

## **10.4 Methoden voor secundaire en tertiaire preventie**

Voor de systematische, actieve vroege opsporing van meerdere aandoeningen in de eerstelijnszorg bij huisartsen ontbreken nog vaak adequate methoden. Dat geldt in

bijzondere mate voor depressie, kanker, aandoeningen van het bewegingsapparaat, COPD. Daarom is de secundaire preventie beperkt tot selectieve case-finding of casuïstische preventie. Voor het opsporen van problematisch alcoholgebruik in de eerste- en tweedelijnszorg zijn wel methoden beschikbaar, maar die zijn niet grootschalig in gebruik.

Voor leefstijladvisering en –begeleiding zijn in beperkte mate (wetenschappelijk) onderbouwde methodieken beschikbaar. Dat betreft vooral methoden voor stoppen-met-roken begeleiding. Voor andere leefstijlfactoren zoals bewegingsadvisering en alcoholgebruik zijn methodieken ontworpen en kleinschalig beproefd, maar (nog) niet grootschalig in gebruik. In het kader van preconceptie advisering zijn methoden beschikbaar gekomen voor huisartsen en verloskundigen, die in aanmerking komen voor landelijke verspreiding en implementatie.

## 10.5 Preventie in richtlijnen

Er zijn ca. 135 mono- en multidisciplinaire richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van de Top-8 van aandoeningen geraadpleegd op het vóórkomen van preventie. In alle richtlijnen wordt op enigerlei wijze over preventie gesproken. Het betreft aanbevelingen voor secundaire preventie (opsporen van risicogroepen, het maken van risicoprofielen, het opsporen van risicofactoren en het voorkomen van recidieven) en voor tertiaire preventie (leefstijlvoorlichting bij gediagnosticeerde aandoeningen).

Nadere beschouwing leert dat bij de aandoeningen kanker, hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2 en Astma/COPD in ongeveer de helft van de richtlijnen concrete aanbevelingen worden gegeven voor preventieve activiteiten, inclusief indicaties, duur, intensiteit, alsmede aanbevelingen voor een preventieadvies op maat en aanbevelingen voor (al of niet geprotocolleerde) leefstijlinterventies. De verklaring is dat er een duidelijk verband is tussen risicofactoren, zoals roken, overgewicht en dergelijke en de het ontstaan en beloop van de aandoening. Dat betekent dat er ook concrete preventieve aanbevelingen kunnen worden gedaan.

Bij klachten van het bewegingsapparaat en psychische aandoeningen variëren de aanbevelingen van de wenselijkheid van preventie tot een globaal advies voor preventie activiteiten. De verklaring hiervoor is dat de oorzaken van de aandoening (met uitzondering van osteoporose) niet eenduidig zijn, c.q. multi-factoriëel zijn en dat secundaire en tertiaire preventie beperkt mogelijk zijn.

In de richtlijnen voor infectieziekten en voor erfelijke en aangeboren afwijkingen worden vrijwel altijd concrete preventieve aanbevelingen gegeven. Tussen het ontstaan van SOA en onveilig vrijen als risicofactor is een duidelijk verband. Vandaar dat de preventieve adviezen concreet kunnen zijn. Bij aangeboren en erfelijke aandoeningen kan niet worden volstaan met een aanbeveling dat preventie wenselijk is of met een globaal advies. De adviezen zijn noodzakelijker wijs concreet (niet roken tijdens de zwangerschap bijvoorbeeld).

In toenemende mate worden multidisciplinaire richtlijnen ontwikkeld om meer samenhang te brengen in de ketenzorg, ook voor preventie van risicofactoren, zoals de Richtlijn Tabaksverslaving.

Uit deze inventarisatie over preventie in de richtlijnen van de beroepsgroepen kan worden afgeleid dat de medische en paramedische beroepsgroepen in de curatieve zorg preventie tot hun vakinhoudelijke verantwoordelijkheid rekenen.

## 10.6 Bereik en effectiviteit van preventie in de curatieve zorg

### *Bereik van preventie*

Het bereik van de preventieve activiteiten is te onderscheiden naar de mate waarin beroepsbeoefenaren in de curatieve zorg preventie activiteiten uitvoeren en het deel van de patiënten(populaties) dat daarmee wordt bereikt.

### *Bereik in beroepsgroepen*

Voor de paramedische beroepsgroepen fysiotherapeuten, diëtisten, en gespecialiseerde verpleegkundigen is tertiaire preventie onderdeel van de individuele behandeling en begeleiding. Over de toepassing van groepsgerichte bewegingsprogramma's voor chronisch zieken door fysiotherapeuten en de toepassing van groepsgerichte dieetadvisering door diëtisten is geen informatie beschikbaar en onbekend is het aantal beroepsbeoefenaren dat deze activiteiten uitvoert. Alle verloskundigen voeren primaire preventie uit tijdens de zwangerschapsbegeleiding. Preconceptie advisering is nog niet opgenomen in het aanbod.

Voor bedrijfsartsen geldt dat de afgelopen jaren veel inspanning is gestoken in verzuimbegeleiding en arbeidsreïntegratie (in het kader van de Wet Poortwachter) en daardoor kon in mindere mate aandacht worden gegeven aan de preventie van arbeidsgerelateerde aandoeningen.

Huisartsen zijn in het algemeen voorstander van preventie in de huisartsenpraktijk, maar tonen zich op sommige gebieden terughoudend, bijvoorbeeld leefstijladvisering. Hoeveel huisartsen precies aan preventie doen is onbekend. Sommige medisch specialisten, zoals longartsen, adviseren merendeels rokende patiënten om te stoppen met roken. Andere, zoals cardiologen, doen dit minder. In algemene ziekenhuizen is meer sprake van intensivering van de tertiaire preventie, zoals bij longpoli's.

In de geestelijke gezondheidszorg is het streven om patiënten met psychische aandoeningen in de eerstelijns zorg te houden. Daartoe vindt in toenemende mate ondersteuning van huisartsen plaats door ggz-specialisten. Hoeveel huisartsen ondersteuning krijgen en van hoeveel zorgverleners uit de geestelijke gezondheidszorg is niet bekend.

Lang niet alle instellingen voor geestelijke gezondheidszorg voeren preventieprogramma's uit.

### *Bereik in patiëntenpopulaties*

Het bereik van preventieve activiteiten in de patiëntenpopulaties beperkt zich tot de patiënten die op het spreekuur komen of onder behandeling zijn. Het bereik is in die zin beperkt omdat er sprake is van veel ongediagnosticeerde aandoeningen waarvan met vroegtijdige preventie verergering kan worden voorkomen. Dat geldt bijvoorbeeld voor diabetes mellitus type 2, waarvan er evenveel gediagnosticeerde als ongediagnosticeerde personen zijn.

### *Gebruik en effectiviteit van preventie*

Naarmate methoden, zoals de Minimale Interventie Strategieën voor stoppen met roken of de cursussen in de geestelijke gezondheidszorg voor het omgaan met depressie, beter zijn onderbouwd door wetenschappelijk onderzoek, is het gebruik ervan groter.



De effectiviteit van leefstijladvisering is niet eenduidig te presenteren, omdat meerdere factoren in het spel zijn, zoals de intensiteit van de voorlichting, de mate waarin voorlichting specifiek gericht is op de patiënt, de kenmerken van de patiënt, de duur van de follow-up evaluatie en het type advies.

Over therapietrouw van leefstijladviezen op individueel patiëntniveau is onvoldoende bekend.

## **10.7 Organisatie en financiering van preventie**

Een belangrijke voorwaarde voor preventieve werkzaamheden betreft de organisatie ervan. Het blijkt voor artsen in de eerste en tweede lijnszorg vaak moeilijk om zelf de activiteiten te verrichten. Dat kan te maken hebben met het relatief grote tijdsbeslag maar ook met de curatieve attitude van artsen. Patiënten consulteren hen per slot van rekening voor klachten en problemen waar ze een oplossing voor willen hebben, hoewel ze niet onwelwillend tegenover ongevroegde preventieve advisering staan. Een voorwaarde voor goede preventie is dan de mogelijkheid de betreffende activiteiten te kunnen delegeren aan een praktijkondersteuner en/of gespecialiseerde verpleegkundige. Preventie-activiteiten zijn namelijk per definitie arbeidsintensief.

Tijdens het onderzoek is van verschillende zijden gesignaleerd dat er knelpunten bestaan, maar ook nieuwe mogelijkheden kunnen worden opgespoord.

Door de ontmanteling van de District Huisartsen Verenigingen, van waaruit de huisartsen ondersteuning kregen door preventiemedewerkers komt de preventie in de huisartsenpraktijk onder druk te staan. De invoering van de Regionale Ondersteunings Structuur (ROS) voor de eerstelijnszorg biedt nieuwe mogelijkheden voor preventie-ondersteuning. Tevens biedt het de mogelijkheid voor verbreding van preventie naar de gehele eerstelijnszorg en kan aldus de preventieve ketenzorg worden geïntensiveerd. Een vergelijkbare suggestie is gedaan door sommige medisch-specialistische beroepsgroepen (longartsen, cardiologen) die pleiten voor de versterking van preventie in de curatieve zorg door middel van preventiepoli's.

Gegeven het belang dat de overheid hecht aan de preventieve rol van de zorgverleners in de eerste en tweede lijn is de discussie over de rol van de huisarts als gezondheidsmonitor geïntensiveerd. Een dergelijke rol is alleen haalbaar als de ketenzorg optimaal is georganiseerd.

De financiering van preventieve activiteiten levert niet echt problemen op wanneer deze in het kader van een lopend consult kunnen worden verricht, wat bij artsen doorgaans het geval is. Anders ligt dat bij praktijkondersteuners/verpleegkundigen aan wie de preventieve werkzaamheden worden gedelegeerd. Activiteiten als bijvoorbeeld stoppen-met-roken poli's zijn relatief arbeidsintensief. De financiering is nu niet structureel geregeld. Respondenten in de interviews geven aan dat voor preventie een aparte financiering zou moeten komen. Sommigen wijzen op de mogelijkheid van een DBC Preventie, bijvoorbeeld voor stoppen-met-roken. Anderen suggereren dat de preventieve activiteiten gefinancierd dienen te worden vanuit de in te voeren nieuwe basisverzekering.

## 10.8 Visie en standpunten van partijen

### *Beroepsverenigingen*

Vooral in de paramedische beroepsgroepen wordt een groot deel van het werk als preventie gezien, of vindt men dat dit zo zou moeten zijn (bedrijfsartsen, verloskundigen, AIDS-verpleegkundigen, fysiotherapeuten).

Bij andere beroepsgroepen (vooral medisch specialisten) bestaat de preventieve zorg uit advisering over o.a. leefstijl en therapietrouw en maakt het deel uit van de behandeling en wordt dit in het kader van die behandeling gegeven (tertiaire preventie).

Uit een recent ledenpanelonderzoek van de KNMG bleek dat 70% van de respondenten (n=1306) vond dat preventie een taak van curatief werkende artsen is. Ruim tweederde vond dat artsen ook ongevraagd preventieve activiteiten moeten aanbieden en 90% stelde zich actief op bij het signaleren van ongezond gedrag (Bastiaansen en Wigtersma, 2005).

Wat betreft screening (case finding) vond 57% van de huisartsen dat dit tot hun basistaken hoort. De huisartsen doen van oudsher aan primaire, secundaire en tertiaire preventie en dit is als zodanig ook omschreven in hun Basistakenpakket. De houding van huisartsen tegenover vroegopsporing blijkt evenwel divers (Verweij, 2005). Sommigen zijn zeer actief. De hoge contactfrequentie is voor hen een uitgelezen kans voor preventie. Anderen zijn terughoudend, om zeer uitlopende redenen. Er is discussie over de voorspellende waarde van screeningstests (bijvoorbeeld cholesterolbepaling bij patiënten zonder klachten) en bij de uitvoerbaarheid door de grote hoeveelheid werk die screening met zich meebrengt. De onderbouwing van de afkappunten voor behandeling is arbitrair en voor een aantal gevonden gevallen is geen afdoende therapie. Tevens is er twijfel bij de motivatie van huisartsen om bij grote delen van de gezonde bevolking screening uit te voeren (leidt tot bezorgdheid en medicalisering) (Thomas e.a. (2004).

Of huisartsen preventieve activiteiten als hun taak zien, hangt af van de gezondheidswinst, het wetenschappelijk bewijs en de uitvoerbaarheid van testen voor vroegopsporing, de aanwezigheid van alternatieven voor preventie door de huisarts, de mogelijkheden voor behandeling, de acceptatie onder patiënten, de inspanning die huisartspraktijken moeten leveren en de benodigde extra vergoeding of extra ondersteuning.

Voor de meeste beroepsgroepen geldt dat preventieve aspecten als de advisering over leefstijl en therapietrouw deel uit maken van de behandeling. De preventieve activiteiten zijn dan ingebed in de behandeling en worden niet altijd expliciet als preventie benoemd.

Er lijkt hier en daar sprake te zijn van enige discrepantie tussen het officiële beleid van beroepsorganisaties en de praktijk. Ten eerste worden richtlijnen niet altijd toegepast in alle daarvoor in aanmerking komende situaties. En in de tweede plaats lijkt er in een aantal gevallen sprake van een verschil tussen het officiële beleid van organisaties en wat er in de praktijk van alledag gebeurt. Zo wordt in vrijwel alle beroepsprofielen van (betrokken) verpleegkundigen preventie en voorlichting een kerntaak genoemd. In de praktijk leeft dat lang niet altijd bij de betrokken vereniging en wordt het niet herkend door de verpleegkundigen..

De omgekeerde situatie doet zich ook voor; ook als niet schriftelijk is vastgelegd in beleidsstukken van een beroepsvereniging dat preventie een belangrijke taak is of niet expliciet is uitgesproken dat dit het geval is, kan het toch zo zijn dat de betrokken

professionals preventieve taken uitvoeren. Die worden dan (wellicht) niet als zodanig gekwalificeerd.

#### *Overheid*

De overheid ziet een belangrijke rol weggelegd voor de zorgsector om de preventie van ziekten en aandoeningen en van risicofactoren te intensiveren. Van zorgverleners wordt verwacht dat ze hun patiënten stimuleren een ongezonde leefstijl op te geven en hun eigen gezondheid te bevorderen. Preventie is een zaak van lange adem en is zoals bekend arbeidsintensief. Bij individugerichte preventie kan niet worden volstaan met een eenmalig gezondheidsadvies. Het financieel en organisatorisch faciliteren van preventie in de curatie is noodzakelijk om het beleid van de overheid te effectueren.

#### *Zorgverzekeraars*

Bij zorgverzekeraars is een zekere ambivalentie te bespeuren wat betreft preventieve activiteiten in de curatieve zorg. Enerzijds biedt men verzekerden preventie aan in de aanvullende verzekering vanuit marktoverwegingen. Maar anderzijds staat men terughoudend tegenover het verzekeren van preventie, waar men niet of weinig in wil investeren. Dat maakt de voorgestelde regiefunctie van de zorgverzekeraars bij preventieve activiteiten in de curatieve zorg, zoals de overheid zich die voorstelt een lastige aangelegenheid. Naarmate zorgverzekeraars een grotere regiefunctie in de curatieve zorg toegeschreven krijgen, creëert dat echter ook een verantwoordelijkheid om de continuïteit van de preventieve zorg op een verantwoorde wijze te stimuleren.

## **10.9 Afsluiting**

De overheid streeft ernaar dat mensen langer in goede gezondheid leven. Ze doet daarbij een nadrukkelijker beroep op de eigen verantwoordelijkheid van de burgers enerzijds en verwacht anderzijds van zorgverleners en zorgverzekeraars dat ze preventie pro-actief aanbieden. Er is in algemene zin echter weinig of geen sprake van een gedeelde visie op preventie in de curatieve zorg. Dat maakt de positionering van de preventie in de curatie zorg er niet eenvoudiger op. Er komt wel enigszins verandering in, onder meer te zien aan gemeenschappelijke initiatieven op specifieke thema's, zoals het bestrijden van overgewicht of roken. Maar er kan ook een spanning worden gesignaleerd tussen de (top-down) verwachtingen en wensen over preventie van de overheid en de (bottom-up) mogelijkheden om deze in de curatieve zorg te realiseren. Voor het effectief realiseren van pro-actieve preventie wordt door de verschillende partijen gesignaleerd dat er tal van aandachtspunten zijn.

Uit dit inventariserend onderzoek blijkt dat er op veel fronten in de eerste en tweedelijns verzekerde curatieve zorg preventieve activiteiten worden uitgevoerd. Opvallend daarbij is dat preventie in de curatie niet uitsluitend het domein is van de eerstelijns gezondheidszorg, maar dat ook in veel ziekenhuizen een preventief aanbod wordt georganiseerd. Uit de visie en standpunten, uit de richtlijnen van de beroepsgroepen en uit de inventarisatie van activiteiten komt een rijk geschakeerd beeld naar voren van primaire, secundaire en tertiaire preventie. Benadrukt moet worden dat de tertiaire preventie in de curatieve zorg feitelijk reguliere zorg is. Primaire preventie in de curatieve zorg is in beperkte mate mogelijk, en dan méér in de eerstelijns in de huisartsenpraktijk dan in de tweede lijn.

De verschillende partijen, die betrokken zijn bij preventie in de curatieve zorg zien in dat gezondheidswinst vooral te realiseren is via (vroeg)opsporing en preventieve behandeling van aandoeningen en van risicofactoren en met name van leefgewoonten,

die van invloed zijn op het ontstaan en beloop van aandoeningen en ziekten. Het ontbreekt in veel gevallen nog aan samenhang in de preventieve ketenzorg, aan effectieve screeningsinstrumenten, aan effectieve leefstijlprogramma's, aan adequate organisatorische inbedding van preventie in de curatie en aan financiering.

Preventieve en curatieve aspecten van de zorg zullen in de toekomst meer verweven zijn. Er doen zich ook steeds meer mogelijkheden voor om bij mensen die geen klachten hebben, ziektes of afwijkingen vroegtijdig op te sporen en preventief te behandelen. Consumenten maken in dit verband ook zelf al gebruik van het grote commerciële aanbod van medische zelfzorgtesten (onder meer bloeddrukmeting en cholesterolbepalingen bij drogisterijen/supermarkten). Dit stelt de vraag naar wat de effecten zijn van deze zelfzorgtesten op het gebruik van de reguliere preventieve zorg en tevens welke risico's er aan het gebruik zijn verbonden.

Geleidelijk komt er ook meer aandacht voor het vroegtijdig opsporen van risicofactoren, met name van leefgewoonten. Hoewel bij huisartsen hierover nog de nodige aarzelingen bestaan, is preventieve case finding en advisering over risicofactoren aan patiënten door huisartsen in het algemeen geen probleem. Dit biedt ook perspectieven voor nieuw beleid in het kader van de preventieve therapietrouw, bijvoorbeeld door de mogelijkheden te onderzoeken van "preventiecontracten" tussen hulpverlener-patiënt/cliënt-zorgverzekeraar. Hier en daar wordt succesvol geëxperimenteerd met dit type contracten (bijvoorbeeld Bewegen op recept).

Hoewel de vraag naar, c.q. de behoefte aan preventie bij patiënten niet bekend is, wordt algemeen erkend dat case finding en advisering, c.q. preventief verwijzen vanuit de huisartsenpraktijk (of een eerstelijnszorg organisatie met huisartsenzorg) laagdrempelig kan worden aangeboden. De patiënten kennen de huisarts, en de contactfrequentie met de huisarts is hoog. In die zin wordt ook wel gesproken over de huisarts als de "gezondheidsmonitor", die op de hoogte is van de gezondheidstoestand en risicoprofielen van de mensen in hun praktijk. De goede toegankelijkheid en laagdrempeligheid laten zich al aflezen aan de programmatische preventie-activiteiten die door huisartsen worden uitgevoerd (influenza-vaccinatie, screening baarmoederhalskanker). Uit het inventariserend onderzoek blijkt dat voor versterking van de preventie in de eerstelijns curatieve zorg capaciteitsuitbreiding (praktijkverpleegkundigen) en ook het efficiënt inzetten van ondersteuning uit de Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS) noodzakelijk is. Ook wordt gesproken over andere varianten voor de organisatie van preventieve activiteiten in de curatieve zorg, zoals preventiecoaches of regionale preventiecentra, waar bijvoorbeeld de leefstijladviesing en leefstijlprogramma's van eerstelijns en tweedelijns instellingen geïntegreerd kunnen worden aangeboden. Een belangrijk aandachtspunt bij (vroeg)opsporing is het realiseren van continuïteit in de zorg na de opsporing, die thans nog als een belemmerende factor wordt ervaren.

In samenhang hiermee kwam de vraag naar voren hoe in de toekomst de financiering van preventieve activiteiten in de curatieve zorg geregeld moet worden. Het betreft dan enerzijds preventie als aanspraak voor de verzekerden (hetzij binnen de huidige functionele aanspraken of als eigenstandige functionele aanspraak) en anderzijds de vergoeding aan de zorgverleners. Thans is preventie omschreven als functioneel onderdeel van het reguliere werk van beroepsbeoefenaren en als onderdeel van richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van aandoeningen. Voor de versterking van preventie in de curatieve zorg werd gepleit voor een aparte functionele

omschrijving van preventie, bijvoorbeeld in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie, een DBC Preventie.

Naarmate de overheid een groter beroep gaat doen op de curatieve zorg om preventie planmatiger en systematischer aan te pakken, ligt het in de rede dat er in de financieringsystematiek ruimte wordt gemaakt om de preventieve activiteiten te stimuleren.



## 11 Geraadpleegde bronnen

- Alcoholnota 2001-2003. Den Haag: Ministerie van VWS, 2000
- Anderson P. The risk of alcohol: what general practice can do. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 2003
- Arbobalans, 2004
- Assendelft WJJ. Screening in de huisartspraktijk. Inleiding symposium Centrum voor ethiek en gezondheid: 'Opsporing verzocht? Verschuivende taken van de zorgverlener'; 29 juni 2005
- Bastiaansen M.H.H., Wigersma L. Preventieve taken door artsen: uitkomsten van het elfde KNMG-ledenpanel. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 2005;83(3):17
- Bemelmans WJE, Wendel-Vos GCW, Bos G, Schuit AJ, Tijhuis MAR. Interventies ter preventie van overgewicht in de wijk, op school, op het werk en in de zorg. Bilthoven: RIVM, 2004
- Bohlmeijer E, Cuijpers P. Tweede gids preventie van psychische stoornissen en verslavingen. Utrecht: Trimbos-instituut, 2001
- Bohlmeijer E, Cuijpers P, e.a. Preventie van depressie bij ouderen. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003
- Boomsma LJ, Drenthen AJM, Hombergh P van den, Veld CJ in 't. De strijd tegen gezondheidsrisico's. Geïntegreerde preventieprogramma's vanuit de huisartsenpraktijk. Medisch Contact 2004;37:1429-1432
- Bouwens Jan, Luijckx Niels Lucas. Stoppen aan bod. Een overzicht van activiteiten en projecten gericht op stoppen met roken. Woerden: NIGZ, 2003
- Brancherapport Preventie. Den Haag: Ministerie van VWS, 2005
- Burgers JS, Barneveld TA, Everdingen JJE van. Behoud het goede. Richtlijnontwikkeling verdient blijvende inspanning. Medisch Contact 2004;59;42:1634-1637
- Congreskrant Implementatiecongres Hart- en vaatziekten. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2004
- Cuijpers P, Bohlmeijer E. Preventie van psychische problemen vanuit de Geestelijke Gezondheidszorg. De effecten van groepsgerichte interventies. Utrecht: Trimbos Instituut, 2001
- Drenthen T, Ceulen J-F, Boomsma, L, Bernts N. Nieuwe kansen voor preventie. Concept, 2004.

- Emmen MJ, Schippers GM, Wollersheim H, Bleijenberg G. Adding psychologist's intervention to physicians' advice to problem drinkers in the outpatient clinic. *Alcohol and Alcoholism* 2005;40;3:219-226
- Effectiviteit van GGZ-Preventie. Een beknopt overzicht. RIAGG Amersfoort en Omstreken. Amersfoort, 2005
- Frijling B, Hulscher M, Drenthen T, Leest L van, Braspenning J, Hoogen H van den, Grol R. Preventie van hart- en vaatziekten. Resultaten van het LHV/NHG-project 'Preventie: maatwerk'. *Huisarts & Wetenschap* 2004;47;10:449-454
- Gezondheidsraad. Enkele belangrijke ontwikkelingen in de voedselconsumptie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2002. Publicatienr. 2002/12.
- Gezondheidsraad. Risico's van alcoholgebruik bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding. Den Haag: Gezondheidsraad, 2005. Publicatienr. 2004/22
- Gezondheidsraad. Screening op type 2 diabetes. Den Haag: Gezondheidsraad, 2004. Publicatienr. 2004/16
- Gezondheidsraad. Overgewicht en Obesitas. Den Haag: Gezondheidsraad, 2003. Publicatienr. 2003/07
- Hagen MAM van. Bevorderen actieve leefstijl. Rotterdam: Hogeschool INHOLLAND, 2005
- Hendriks e.a. KNGF-richtlijnen: Methode. Amersfoort: KNGF, 1998
- Heukelom RO van. Resultaten van de Obesitas begeleiding bij 450 patiënten van 1996-2000. [www.huisartsenkliniek.nl](http://www.huisartsenkliniek.nl), 2004
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Infectieziekten Bulletin* 2005;16;04:116-117
- Jong de LC, Bock de GH, Zaadstra BM, Jong ORW de, Verloove-Vanhorick SP, Springer MP. Women's interest in GP-initiated pre-conception counselling in The Netherlands. *Family Practice* 2003;20;2:142-146
- Jong ORW de, Hopman-Rock M, Tak ECPM, Klazinga NS. An implementation study of two evidence-based exercise and health education programmes for older adults with osteoarthritis of the knee and hip. *Health Education Research* 2004;19;3:316-325
- Kanker in Nederland. Trends, prognoses en implicaties voor zorgvraag. Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding, 2004
- Klink van der JJ, Blonk RJ, Schene AH, Dijk van FJ. Reducing long term sickness by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occup Environ Med* 2003; 60;6:429-437
- Kreijl CF, Knaap AGAC, Busch MCM, e.a. Ons eten gemeten. Gezonde voeding en veilig voedsel in Nederland. Bilthoven:RIVM, 2004



- LADIS-bulletin, september 2004
- Langer gezond leven. Ook een kwestie van gezond gedrag. Den Haag: Ministerie van VWS, 2003
- Leemrijse C, Westhoff MH, Borghouts JAJ, Davidse W, Ende CHM van. Preventie, arbeidsgerelateerde zorg en fysiotherapie, logopedie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck. Een Quick Scan. Utrecht: NIVEL, 2001
- Leest LATM van, Koek HL, Trijpe MJCA van, et al. Hart- en vaatziekten in Nederland. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2005
- Mediator. Special Diabetes. Oktober 2004
- Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2005
- Nederlandse Hartstichting. Hart- en vaatziekten: cijfers over ziekte en sterfte. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2005
- Neeling de JND. 'Preventie: maatwerk' levert weinig op. Huisarts & Wetenschap 2004;47;10:443-444
- NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type 2. Utrecht: NHG, 1999
- NHG-Standaard SOA-consult. Utrecht: NHG, 2004
- NHG-Standaard Depressieve stoornis. Utrecht: NHG, 2003
- Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, Siemerink JC, Tummers-Nijssen D. Quality of rehabilitation among workers with adjustment disorders according to practice guidelines; a retrospective cohort study. Occup Environ Med 2003;Suppl 1:i21-5
- NIPO. De ideale huisarts-patiënt-relatie. Symposium Zegt het voort- de belofte van de huisartsgeneeskunde. Utrecht, 1999
- Nota Sport en Bewegen. Den Haag: Ministerie van VWS, 2001
- Oers, J.A.M. van (eindred.) Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV). Houten: Bohn Stafleu van Loghum/RIVM, 2002
- QUI-databank, Woerden: NIGZ, 2005
- Registratie Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, 2005
- Richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten. NVAB, 2000
- Richtlijn Osteoporose. Utrecht: CBO, 2005

- Richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met Astma en COPD. NVAB, 2003
- Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving. Utrecht: CBO, 2004
- Richtlijn Ketenzorg COPD (concept). Utrecht: CBO, 2005
- Ronda G. The Dutch heart health community intervention 'Hartslag Limburg'. Proefschrift. Maastricht: Universiteit van Maastricht, 2003
- Schaapveld K., Hirasing RA. Preventiegids. Van Gorcum, Assen, 1997
- Sluijs E van der. Physician-based Assessment and Counseling for Exercise (PACE). Amsterdam: VUMC, 2004
- Spikmans F, Aarsen C. Naar vraaggestuurde dieetzorg. Motivational Interviewing. Eindrapport. Den Haag: Voedingscentrum, ZonMW, 2005
- Thomas S., Walma E., Pleumeekers B. Primaire preventie van hart- en vaatziekten in de huisartsenpraktijk: geen tijd voor grote veranderingen. Huisarts & Wetenschap 2004;47; G10: 444-448
- Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Utrecht, Bilthoven: NIVEL, RIVM, 2004
- Vendrig L. De multidisciplinaire aanpak van chronische rugpijn in het Rug AdviesCentrum. Huisarts & Wetenschap 2001;44:251-253
- Verweij M.F. Opsporing verzocht? Screening in de huisartspraktijk. In: Signalering ethiek en gezondheid. Den Haag: Gezondheidsraad/RVZ, 2005
- Wilt KE, Busch MCM. Brancherapport Preventie. Terreinbeschrijving. In: Brancherapport Preventie 2000-2004. Bilthoven: RIVM, 2005

## A Overzicht resultaten preventie in richtlijnen

### Codering preventieadviezen richtlijnen

Verklarende lijst van afkortingen:

|         |   |
|---------|---|
| CBO     | Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO                   |
| DNO     | Diabetes and Nutrition Organization                               |
| KITZ    | Kwaliteits Instituut voor Toegepaste ThuisZorgvernieuwing         |
| KNGF    | Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie              |
| LCI     | Landelijke Coördinatiestructuur Infectiebestrijding               |
| LVW     | Landelijke Vereniging van Wijkverpleegkundigen                    |
| NDF     | Nederlandse Diabetes Federatie                                    |
| NHG     | Nederlands Huisartsen genootschap                                 |
| NHS     | Nederlandse Hartstichting   |
| NIP     | Nederlands Instituut van Psychologen                              |
| NIV     | Nederlandsche Internisten Vereniging                              |
| a. NVAB | Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde       |
| b. NVAB | Nederlandse Vereniging van AIDS Behandelaren                      |
| NVALT   | Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose |
| NVD     | Nederlandse Vereniging voor Diëtisten                             |
| NVE     | Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie                          |
| NVIC    | Nederlandse Vereniging voor Intensive Care                        |
| NVK     | Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde                     |
| NVN     | Nederlandse Vereniging voor Neurologie                            |
| NVRA    | Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen                      |
| NVOG    | Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie             |
| NVvP    | Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie                           |
| NVR     | Nederlandse Vereniging voor Reumatologie                          |
| NVVA    | Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuisartsen                    |
| NVVC    | Nederlandse Vereniging voor Cardiologie                           |
| OMS     | Orde van Medisch Specialisten                                     |
| PAZ     | Psychologen algemene/academische ziekenhuizen                     |
| TNO     | Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek                        |
| VIKC    | Vereniging van Integrale Kankercentra                             |
| WKDV    | Werkgroep Kinderdiabetesverpleegkundigen                          |
| WINAp   | Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers                 |
| WIP     | Werkgroep Infectie Preventie                                      |



Kanker (dikke darm, long)

| Beroepsgroep                                  | Nummer | Opsteller(s)/<br>Initiatiefnemer   | Titel richtlijn   | Jaar van<br>uitgave | Codering | Trefwoorden   |
|---|--------|--|---|---------------------|----------|---|
| Internist/oncoloog/longarts/gastro-enteroloog | K1     | Landelijke werkgroep<br>Gastro-intestinale<br>tumoren  | Coloncarcinoom  | 2000                | 1        | Criteria voor screening van familieleden op een<br>coloncarcinoom.<br>Ook screening op recidief bij behandelde patiënten.<br>Verder is de richtlijn gericht op de medische<br>behandelingsaspecten van de tumor.            |
|   | K2     | Regionaal protocol IKO   | Kleincellig<br>bronchuscarcinoom                                | 2002                | 1        | Medisch technisch protocol, m.n. gericht op<br>medische behandeling.<br>Regelmatige follow-up bezoeken na chemotherapie;<br>kan gezien worden als vorm van preventie  |
|   | K3     | EBRO richtlijn<br>CBO, VIKC<br>i.s.m. diverse medische<br>beroepsverenigingen                          | Niet-kleincellig<br>longcarcinoom: stadiëring<br>en behandeling | 2004                | 2        | m.n. gericht op medisch-technische aspecten van de<br>behandeling.<br>Bevat enkele aspecten t.a.v. preventie, nl. follow-up<br>na behandeling en de conclusie dat screening op<br>longkanker bij rokers niet is aangewezen. |
| Verpleegkundige                               | Zie K3 | VvoV werkte mee aan<br>deze richtlijn (CBO,<br>VIKC)<br>i.s.m. diverse medische<br>beroepsverenigingen | Niet-kleincellig<br>longcarcinoom: stadiëring<br>en behandeling | 2004                | 2        | Zie K3  |
|   | K4     | VIKC,<br>i.s.m. VvoV, LWVOC  | Landelijke oncologische<br>verpleegkundige<br>richtlijnen       | 2000                | 5        | Per gezondheidspatroon worden interventies<br>beschreven ter preventie van de klachten bij kanker<br>in het algemeen.   |

| Beroepsgroep     | Nummer | Opsteller(s)/<br>Initiatiefnemer   | Titel richtlijn  | Jaar van<br>uitgave                                    | Codering | Trefwoorden   |
|------------------|--------|--|--|--|----------|---|
|                  |        |  | (19 richtlijnen geordend naar de 11 functionele gezondheidspatronen van Gordon, zoals gezondheidsbeleving en – instandhouding, voeding en stofwisseling, etc.) |  |          | De richtlijnen zijn 'halffabrikaten' en dienen op locatie nader uitgewerkt te worden.<br><u>Niet</u> per soort kanker beschreven.   |
| Diëtist          | K5     | Elsevier<br>gezondheidszorg.<br>Doelgroep: diëtisten   | Diëtbehandelingsrichtlijn<br>: kanker  | Losbladig<br>systeem met<br>jaarlijkse<br>aanvullingen | 5        | Voedingsadvies bij kanker, secundaire preventie m.n. gericht op het voorkomen van ondervoeding.<br>Daarnaast heeft iedere vorm van kanker eigen aandachtspunten en eisen aan de voeding |
|                  | K6     | Diëtisten (NVD)<br>Bedoeld voor artsen om<br>patiënten op het juiste<br>moment te verwijzen<br>naar een diëtist. | Artsenwijzer<br>oncologie  | 2004   | 4        | Voorkeursmoment voor verwijzing naar diëtist,<br>doelstelling behandeling, dieetkenmerken,<br>Bevat <u>geen</u> tumorspecifiek voedingsadvies   |
| Overige partijen | Zie K1 | Landelijke werkgroep<br>Gastro-intestinale<br>tumoren  | Coloncarcinoom   | 2000   | 1        | Zie K1  |
|                  | Zie K2 | Regionaal protocol IKO   | Kleincellig<br>bronchuscarcinoom   | 2002   | 1        | Zie K2  |
|                  | Zie K3 | EBRO richtlijn<br>CBO, VIKC<br>i.s.m. diverse medische<br>beroepsverenigingen                                    | Niet-kleincellig<br>longcarcinoom: stadiëring<br>en behandeling  | 2004   | 2        | Zie K3  |

Hart- en vaatziekten

| Beroepsgroep | Nummer | Opsteller(s)/<br>Initiatiefnemer | Titel richtlijn                 | Jaar van<br>uitgave | Codering                         | Trefwoorden  |
|--------------|--------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------|----------------------------------|--|
| Huisarts     | H1     | NHG                              | CVA                             | 2004                | 4                                | Preventie van bijkomende complicaties.<br>Risiko-inventarisatie en actie ter voorkoming van een recidief of andere hart- en vaatziekten  |
|              | H2     | NHG                              | Cholesterol                     | 1999                | 4 <sup>a</sup><br>5 <sup>b</sup> | Riscoschatting op CHZ.<br>a. <u>Primaire preventie</u> : globaal advies over voeding en bewegen, en stoppen met roken.<br>b. <u>Primaire en secundaire preventie</u> : concreet advies bij <u>behandeling met cholesterolverlagers</u> . |
|              | H3     | NHG                              | TIA                             | 2004                | 4                                | <u>Secundaire preventie</u> : minimalisering van kans op een recidief.   |
|              | H4     | NHG                              | Hartfalen                       | 1995                | 4                                | Risicofactoren inventariseren.<br>Leefstijladvies gericht op voeding, bewegen en stoppen met roken.  |
|              | H5     | NHG                              | Hypertensie                     | 2003                | 4                                | Riscoschatting op CHZ.<br>Leefstijladvies gericht op voeding, bewegen en stoppen met roken.  |
|              | H6     | NHG                              | Perifeer arterieel<br>vaatliden | 2003                | 4/5                              | Secundaire preventie: bloeddrukverlagende medicatie bij patiënten met bestaande gezondheidsproblemen.<br>Riscoschatting op CHZ.  |
|              | H7     | NHG                              | Stabiele Angina pectoris        | 2004                | 4/5                              | Leefstijladvies (m.n. stoppen met roken en looptraining), medicamenteuze behandeling ter preventie van risicofactoren voor HVZ.  |
|              | H8     | NHG, NVN                         | Landelijke Transmurale          | 2004                | 3                                | Secundaire preventie: leefstijladviezen/medicatie<br>Samenwerkingsafspraken tussen huisartsen en   |

| Beroepsgroep | Nummer | Opsteller(s)/<br>Initiatiefnemer                                      | Titel richtlijn   | Jaar van<br>uitgave | Codering  | Trefwoorden  |
|--------------|--------|---|---|---------------------|---|--|
|              | H9     | NHG, NVVC   | Afspraak TIA/CVA<br><br>Landelijke Transmurale<br>Afspraak Acuut coronair<br>syndroom | 2003                | geen  | neurologen.<br>Het belang van preventieve maatregelen wordt<br>genoemd: veranderingen in leefwijze en medicatie.<br>Medische richtlijnen voor diagnostiek en beleid  |
| Cardioloog   | H10    | NVVC, NHS<br>i.s.m. een aantal<br>beroepsverenigingen,<br>w.o. de NHG | Multidisciplinaire richtlijn<br>Chronisch hartfalen                                   | 2002                | 4/5<br><br>niet alle<br>leefregels<br>zijn even<br>concreet<br>uitgewerk<br>t | Leefregels t.a.v. voeding, bewegen en stoppen met<br>roken.<br>Opsporing van (hoog)risicogroepen.<br>Tevens preventie m.b.v. medicatie.  |
|              | H11    | NVVC, NHS   | Richtlijn Hartrevalidatie<br>2004   | 2004                | 5/6   | Secundaire preventie.<br>Leefstijladvies: voeding, bewegen, stoppen met<br>roken, beperking alcoholgebruik.<br>Revalidatie op maat: interventies gericht op doelen,<br>zoals fysieke doelen, beïnvloeden van risicogedrag. |
|              | H12    | NVVC  | Cardiovasculaire<br>preventie   | 2003                | 4/5   | Preventie bij patiënten met CVZ en hoogrisico<br>personen.<br>Inschatting cardiovasculair risico m.b.v. SCORE;<br>vormt uitgangspunt voor leefstijladvies met evt.<br>ondersteuning met medicatie.                         |
|              | H13    | NVVC  | Diagnose en behandeling<br>van chronisch hartfalen                                    | 2001                | 4   | Algemeen advies en maatregelen bij hartfalen (niet-<br>farmacologische behandeling)  |



| Beroepsgroep | Nummer  | Opsteller(s)/<br>Initiafnemer   | Titel richtlijn                                     | Jaar van<br>uitgave | Codering | Trefwoorden   |
|--------------|---------|---|---|---------------------|----------|---|
|              | H14     | NVVC  | Preventie van plotse<br>hartdood                    | 2001                | 1        | Uitsluitend medisch-/ farmacologische preventieve<br>maatregelen ter voorkoming van plotse hartdood.  |
|              | H15     | NVVC  | Richtlijn Acute Coronaire<br>Syndromen              | 2001                | 2        | Risicofratificatie, secundaire preventie.   |
|              | H16     | NVVC  | De Nederlandse<br>richtlijnen<br>boezemfibrilleren  | 1999                | 4        | Medicamenteuze preventie van boezemfibrilleren en<br>preventie van trombo-embolieën bij<br>boezemfibrilleren.                                     |
|              | H17     | NVVC  | Leidraad cardiologie 2002<br>(protocollenboek)      | 2002                | 4        | Puntsgewijs overzicht van diagnostiek en behandeling<br>bij de aandoeningen waarmee een cardioloog wordt<br>geconfronteerd in zijn praktijk.      |
| Internist    | Zie H10 | Doelgroepen:<br>cardiologen,<br>verpleegkundigen<br>NIV werkte hieraan<br>mee | Multidisciplinaire richtlijn<br>Chronisch hartfalen | 2002                | 4/5      | Zie H10   |
|              | Zie H34 | NIV werkte mee aan<br>deze richtlijn van het<br>CBO NHS                       | Herziening richtlijn hoge<br>bloeddruk              | 2000                | 4/5      | Zie H34   |
|              | Zie H35 | NIV werkte mee aan<br>deze CBO richtlijn                                      | Consensus cholesterol,<br>tweede herziening         | 1998                | 4/5      | Zie H35   |
|              | H18     | NIV i.s.m. NIVC   | Richtlijn hypertensieve<br>crisis                   | 2003                | geen     | <u>Tertiaire preventie</u> : voorkomen van orgaanschade ten<br>gevolge van acute hypertensie.<br>Volledig gericht op medicamenteuze interventies. |
|              | H19     | NIV   | Richtlijn roken en<br>cardiovasculair risico        | 2004                | 4        | Therapieadvies voor stoppen met roken: zowel<br>gedragstherapie als medicamenteuze therapie worden<br>beschreven                                  |
|              | H20     | NIV   | Richtlijn hypertensie                               | 2004                | 4        | Stratificatie voor inschatting van het totale<br>cardiovasculaire risico.   |

| Beroepsgroep       | Nummer  | Opsteller(s)/<br>Initiatiefnemer                         | Titel richtlijn  | Jaar van<br>uitgave | Codering                               | Trefwoorden  |
|--------------------|---------|--|--|---------------------|--|--|
|                    | H21     | NIV i.s.m. CBO   | Cardiovasculair<br>Risicomanagement<br>a. verminderde<br>glucosetolerantie en<br>cardiovasculair risico<br>b. overgewicht en<br>obesitas als<br>cardiovasculair risico<br>c. hypertensie<br>d. roken en<br>cardiovasculair risico<br>e. hyperhomocysteïne<br>mie | 2005                | 4 <sup>a+c+e</sup><br>5 <sup>b+d</sup> | Leefstijladviezen<br>Leefstijlmaatregelen en medicamenteuze interventies<br>Gebaseerd op de NIV richtlijnen die al over diverse<br>risicofactoren voor CHZ zijn verschenen.  |
|                    | H22     | NIV  | Richtlijn overgewicht en<br>obesitas   | 2004                | 5                                      | Vermindering van cardiovasculair risico middels:<br>dieet, lichamelijke activiteit, gedrags therapie,<br>farmacotherapie en evt. bariatrische chirurgie  |
|                    | H23     | NIV  | Richtlijn<br>homocysteïnemie   | 2004                | 4                                      | hyperhomocysteïnemie als 'nieuwe' risicofactor voor<br>hart- en vaatziekten  |
| Revalidatiearts    | H24     | NVRA werkte mee aan<br>de Richtlijn Beroerte<br>CBO, NHS | Beroerte<br>(multidisciplinaire<br>richtlijn)  | 2000                | 4                                      | <u>Primaire preventie</u> : cardiovasculair risicoprofiel als<br>leidraad voor behandeling.<br><u>Secundaire preventie</u> : vooral medische technische<br>maatregelen ter voorkoming van een volgende<br>beroerte |
| Neuroloog          | Zie H24 | NVN werkte mee aan<br>de richtlijn Beroerte<br>CBO, NHS  | Beroerte<br>(multidisciplinaire<br>richtlijn)  | 2000                | 4                                      | Zie H24  |
| Verpleeghuisartsen | H25     | NVVA   | NVVA-richtlijn Hartfalen   | 1999                | 4/5                                    | Voorlichting en advies over leefgewoontes, zoals   |

| Beroepsgroep    | Nummer  | Opsteller(s)/<br>Initiatiefnemer  | Titel richtlijn  | Jaar van<br>uitgave | Codering | Trefwoorden   |
|-----------------|---------|---|--|---------------------|----------|---|
|                 |         |   | Geënt op NHG-standaard<br>Hartfalen en CBO-<br>consensus Hartfalen |                     |          | zout- en vochtbeperking, vermindering<br>alcoholgebruik en roken en bevorderen<br>lichaamsbeweging.<br>Een check wordt uitgevoerd op uitlokkende of<br>verergerende factoren bij hartfalen, zoals hypertensie.<br>Zie H24 |
|                 | Zie H24 | NVVA werkte mee aan<br>deze richtlijn.  | Beroerte<br>(multidisciplinaire<br>richtlijn)                      | 2000                | 4        | Zie H24   |
| Verloskundige   | H26     | NVOG  | Zwangerschapshypertensi<br>e                                       | 1997                | 5        | Beschrijft de medische behandeling; kan wel als<br>preventie worden beschouwd, nl. doel is het<br>voorkomen van pre-eclampsie   |
|                 | H27     | NVOG  | Chronische hypertensie in<br>de zwangerschap                       | 1999                | 4        | Pre-conceptioneel advies bij risicogroepen.<br>Advies voor gezonde levensstijl zonedig aangevuld<br>met medicatie.  |
| Verpleegkundige | Zie H24 | Namens de Verpleging<br>& Verzorging<br>participeerde de NVNV<br>in de CBO<br>richtlijnontwikkeling | Beroerte<br>(multidisciplinaire<br>richtlijn)                      | 2000                | 4        | Zie H24   |
|                 | Zie H10 | Participatie NVHVV in<br>richtlijnontwikkeling<br>NVVC, NHS   | Multidisciplinaire richtlijn<br>Chronisch hartfalen                | 2002                | 4/5      | Zie H10   |
|                 | Zie H11 | Participatie NVHVV in<br>richtlijnontwikkeling<br>NVVC, NHS   | Richtlijn Hartrevalidatie<br>2004                                  | 2004                | 5/6      | Zie H11   |

| Beroepsgroep   | Nummer  | Opsteller(s)/<br>Initiatiefnemer                             | Titel richtlijn   | Jaar van<br>uitgave  | Codering           | Trefwoorden  |
|----------------|---------|--|---|--|--------------------|--|
|                | Zie H33 | Participatie NVNV in<br>richtlijnontwikkeling<br>NHS         | Revalidatie na een<br>beroerte  | 2001   | 4/5                | Zie H33  |
| Ergotherapie   | H28     | NVE  | Ergotherapie richtlijn<br>beroerte  | 2005   | 4                  | Preventie van complicaties t.g.v. CVA, zoals<br>decubitus, oedeemhand, schouderpijn.<br>Gericht op lichamelijke functionaliteit.                                 |
| Fysiotherapeut | H29     | KNGF   | Richtlijn Hartrevalidatie   | 2001   | 6                  | Patiëntgericht bewegingsprogramma.<br>Riscostratificatie.<br>Bevat een aantal meetinstrumenten, o.a. een<br>zelfbeoordelingsinstrument voor de patiënt           |
|                | H30     | KNGF   | Richtlijn Beroerte  | 2004   | 5                  | Vooral maatregelen gericht op secundaire preventie,<br>o.a.:<br>• Valpreventieprogramma<br>• Preventie van decubitus, bronchopneumonie,<br>diep veneuze trombose |
|                | Zie H24 | KNGF werkte mee aan<br>de ontwikkeling van<br>deze richtlijn | Beroerte<br>(multidisciplinaire<br>richtlijn)   | 2000   | 4                  | Richtlijn bevat een aantal basismeetinstrumenten.<br>Zie H24   |
| Diëtist        | H31     | Elsevier<br>gezondheidszorg.<br>Doelgroep: diëtisten         | Dieetbehandelingsrichtlij<br>nen<br>a. hypercholesterolemie<br>b. hypertensie<br>c. hartfalen | Losbladig<br>systeem met<br>jaarlijkse<br>aanvullinge<br>n | 6 <sup>a-b-c</sup> | Risicoschatting op CHZ,<br>Leefstijladvies en dieetadvies gericht op aanpak<br>risicofactoren (o.a. verlaging van cholesterolgehalte<br>en bloeddruk)            |
|                | H32     | NVD<br>Bedoeld voor artsen om                                | Artsenwijzer diëtetik:<br>a. hypercholesterolemie   | 2004   | 4 <sup>a-b-c</sup> | Voorkeursmoment voor verwijzing naar diëtist,<br>doelstelling behandeling, dieetkenmerken  |

| Beroepsgroep     | Nummer  | Opsteller(s)/<br>Initiatiefnemer   | Titel richtlijn                                  | Jaar van<br>uitgave | Codering | Trefwoorden  |
|------------------|---------|--|--|---------------------|----------|--|
|                  |         | patiënten op het juiste moment te verwijzen naar een diëtist   | b. hypertensie<br>c. hartfalen                   |                     |          |  |
|                  | Zie H10 | Nederlandse Werkgroep Diëtisten Cardiologie (NWDC) werkte mee aan deze richtlijn   | Multidisciplinaire richtlijn chronisch hartfalen | 2002                | 4/5      | Zie H10  |
|                  | Zie H11 | Nederlandse Werkgroep Diëtisten Cardiologie (NWDC) werkte mee aan deze richtlijn   | Richtlijn Hartrevalidatie 2004                   | 2004                | 5/6      | Zie H11  |
| Overige partijen | Zie H24 | CBO, NHS<br>i.s.m. diverse beroepsverenigingen<br>Doelgroep:<br>zorgverleners in de zorg voor patiënten met een beroerte | Beroerte (multidisciplinaire richtlijn)          | 2000                | 4        | Zie H24  |
|                  | H33     | NHS  | Revalidatie na een beroerte                      | 2001                | 4/5      | Preventie van complicaties en recidieven.<br>o.a. ook aandacht voor valpreventie, preventie van ondervoeding en decubitus. |
|                  | H34     | CBO, NHS<br>i.s.m. het IMTA en een aantal  | Herziening Richtlijn hoge bloeddruk              | 2000                | 4/5      | Cardiovasculair risicoprofiel opstellen.<br>Leefstijladviezen.<br>Behandeling bij specifieke doelgroepen                   |

| Beroepsgroep | Nummer | Opsteller(s)/<br>Initiatiefnemer   | Titel richtlijn  | Jaar van<br>uitgave | Codering                         | Trefwoorden  |
|--------------|--------|--|--|---------------------|----------------------------------|--|
|              | H35    | beroepsverenigingen<br>CBO<br>i.s.m. NHS en een<br>aantal<br>beroepsverenigingen | Consensus Cholesterol,<br>tweede herziening<br>(multidisciplinaire<br>richtlijn)   | 1998                | 4/5                              | Risicoschatting op CHZ.<br><u>Primaire preventie</u> : voedings- en dieetadvies.<br><u>Primaire en secundaire preventie</u> : behandeling met<br>cholesterolverlagers.                                   |
|              | H36    | KITZ   | Multidisciplinair<br>voorlichtingsprotocol<br>hartfalen  | 2001                | Niet te<br>vinden op<br>Internet |  |
|              | H37    | CBO<br>i.s.m. diverse<br>beroepsverenigingen                                     | Richtlijn behandeling van<br>tabaksverslaving<br>(multidisciplinaire<br>richtlijn)   | 2004                | 7                                | Interventies voor stoppen met roken, effecten,<br>praktijksettings en doelgroepen  |
|              | H38    | NHS, met<br>ondersteuning van<br>ZonMw   | Zorg voor de mantelzorg:<br>Richtlijnen en<br>aanbevelingen voor<br>zorgverleners van CVA-<br>getroffenen en hun<br>naastbetrokkenen | 2004                | 4                                | De richtlijn is een aanvulling op de <i>Richtlijnen voor<br/>revalidatie na een beroerte (H33)</i><br>Richt zich op preventie van <u>psychosociale problemen</u><br>bij mantelzorgers van CVA getroffen. |

Diabetes mellitus

| Beroepsgroep                  | Nummer                   | Opsteller(s)/<br>Initiatiefnummers | Titel richtlijn  | Jaar van<br>uitgave | Codering  | Trefwoorden   |
|-------------------------------|--------------------------|------------------------------------|--|---------------------|---|---|
| Huisarts                      | D1                       | NHG                                | Diabetes mellitus type 2   | 1999                | 4   | opsporing hoog-risicogroepen, cardiovasculair risicoprofiel, leefstijlfactoren  |
| Internist/<br>diabetoloog     | D2                       | NIV i.s.m. NVIC                    | De behandeling van acute ontregeling van diabetes mellitus                             | 2003                | 1   | (re-)educatie voor preventie van DKA en HHS   |
|                               | D3                       | NIV                                | Richtlijnen verminderde glucosetolerantie en cardiovasculair risico                    | 2004                | 4<br>(summer)   | Lifestyle-maatregelen: fysieke inspanning en voedingsaanpassingen   |
| Verloskundige                 | D4                       | NVOG i.s.m. de NVK                 | Diabetes mellitus en zwangerschap  | 2001                | 5   | screening op zwangerschapsdiabetes, behandeling met dieet, insuline en gedoseerde inspanning  |
| Kinderarts                    | Zie D4                   | NVOG i.s.m. de NVK                 | Diabetes mellitus en zwangerschap  | 2001                | 5   | Zie D4  |
| (Diabetes)<br>verpleegkundige | D5<br>In<br>ontwikkeling | EADV                               | Bloedglucose zelfcontrole gebruik 1. of 2. druppel bloed                               |                     | Niet<br>beschikbaar   |   |
|                               | D6<br>In<br>ontwikkeling | EADV                               | Injectietechniek bij insulinetoediening  |                     | Niet<br>beschikbaar   |   |
| Podotherapeut                 | D7                       | NDF                                | Richtlijnen en Adviezen voor goede diabeteszorg (Deel 1 t/m 10 van de richtlijnen NDF) | 2000                | 3 <sup>bij</sup><br>4 <sup>acute</sup><br>5 <sup>di-f-g-h</sup> | Leefstijladvies, screening risicofactoren, secundaire preventie, zelfcontrole, begeleidingsplan bij diabetes tijdens zwangerschap, adviezen voor sport en bewegen en voeding, persoonlijk educatieplan, |

| Beroepsgroep | Nummer  | Opsteller(s)/<br>Initiatiefnemers   | Titel richtlijn   | Jaar van<br>uitgave                                    | Codering         | Trefwoorden   |
|--------------|---------|---|---|--|------------------|---|
|              |         |   | samengevat):<br>a. hart- en vaatziekten<br>b. diabetische retinopathie<br>c. diabetische nefropathie<br>d. diabetische voet<br>e. zelfcontrole<br>bloedglucose<br>f. DM en zwangerschap<br>g. sport en bewegen<br>h. voedingsrichtlijnen<br>i. diabeteseducatie<br>j. psychosociale<br>problematiek |  |                  | psychosociale zorg  |
|              | Zie D11 | CBO, NDF<br>i.s.m.<br>voorbereidingswerkgroep<br>van artsen en<br>diabetesverpleegkundige | Diabetische voet  | 1998   | 5                | Zie D11   |
| Diëtist      | D8      | Elsevier gezondheidszorg.<br>Doelgroep: diëtisten   | Diëtbehandelingsrichtlijnen<br>a. diabetes mellitus<br>b. diabetes mellitus en<br>zwangerschap  | Losbladig<br>systeem met<br>jaarlijkse<br>aanvullingen | 6 <sup>a+b</sup> | Dieetvoorschrift o.b.v. bloedglucose, risicoprofiel en<br>voedingsanamnese, Leefstijladvies |
|              | D9      | NVD<br>Bedoeld voor artsen om<br>patiënten op het juiste                                  | Artsenwijzer diëtetiek:<br>a. diabetes mellitus<br>b. diabetes mellitus en  | 2004   | 4 <sup>a+b</sup> | Voorkeursmoment voor verwijzing naar diëtist,<br>doelstelling behandeling, dieetkenmerken   |



| Beroepsgroep       | Nummer | Opsteller(s)/<br>Initiatiefnemers  | Titel richtlijn   | Jaar van<br>uitgave | Codering   | Trefwoorden  |
|--------------------|--------|--|---|---------------------|--|--|
| Medisch psycholoog | D10    | moment te verwijzen naar een diëtist.<br>PAZ, NIP<br>De NDF ondersteunt deze richtlijn   | zwangerschap<br><br>Richtlijnen voor psychologische diagnostiek en behandeling (De inzet van de Medisch Psycholoog bij de behandeling van DM) | 2004                | 4/5  | Medisch-psychologische aspecten van diabetes, leefstijlinterventies, groepsinterventies (Diabetes de Baas: groeps cognitieve gedragstherapie; Hypoglykemie Preventie Training) |
| Overige partijen   | D11    | CBO, NDF<br>i.s.m.<br>voorbereidingswerkgroep van artsen en diabetesverpleegkundige  | a. Diabetische retinopathie<br>b. Diabetische nefropathie<br>c. Diabetische voet<br>d. Hart- en vaatziekten bij Diabetes mellitus             | 1998                | 2 <sup>a</sup><br>4 <sup>b</sup><br>5 <sup>c</sup><br>4 <sup>d</sup> | Preventie van complicaties t.g.v. diabetes, secundaire preventie o.b.v. risicofactoren/screening   |
|                    | D12    | NDF in opdracht van Min. VWS<br>i.s.m. multidisciplinaire werkgroep van kinderarts, diabetesverpleegkundige, diëtist en huisarts | Zorgstandaard voor goede diabeteszorg   | 2003                | 3  | Beschrijft de onderdelen van goede diabeteszorg en dient als basis voor transmurale diabetes DBC's   |
|                    | D13    | NDF  | Richtlijn Medicamenteuze (bloedglucoseverlagende) behandeling van Diabetes mellitus Type 2  | 2004                | 4<br>echter<br>geen<br>specifieke<br>aanbieder                       | preventie van chronische complicaties met medicatie<br><br>korte opmerking over medicatie en leefstijladvies bij 22diabetes  |

| Beroepsgroep | Nummer | Opsteller(s)/<br>Initiatiefnemers             | Titel richtlijn   | Jaar van<br>uitgave                       | Codering   | Trefwoorden  |
|--------------|--------|---|---|---|--|--|
|              | D14    | NDF<br>i.s.m. multidisciplinaire<br>werkgroep | Richtlijnen Zelfcontrole<br>van het<br>bloedglucosegehalte bij<br>diabetes mellitus | 2003                                      | genoemd<br>5                                     | Zelfcontrole is essentieel onderdeel van preventie   |
|              | D15    | NDF<br>i.s.m. multidisciplinaire<br>werkgroep | Richtlijnen behandeling<br>diabetes en zwangerschap                                 | 2000                                      | 5  | Preventie van perinatale sterfte en maternale ziekte ne<br>sterfte bij pré-existente diabetes en<br>zwangerschapsdiabetes;<br><br>Beschrijft intensief begeleidingsplan van<br>zwangerschaps <del>wens</del> tot en met kraambed |
|              | D16    | NDF<br>i.s.m. multidisciplinaire<br>werkgroep | Sport en bewegen bij<br>diabetes mellitus   | 2000                                      | 5  | Preventie van complicaties bij diabetes en preventie<br>van het ontstaan van type 2 diabetes<br>Ander doel: bewegen ter bevordering van zelfrespect<br>en welbevinden bij diabetes   |
|              | D17    | NDF<br>i.s.m. multidisciplinaire<br>werkgroep | Voedingsrichtlijnen bij<br>diabetes mellitus (wordt<br>momenteel herzien)           | verwachte<br>publicatie in<br>najaar 2005 | Niet<br>beschikba<br>ar                          |  |
|              | D18    | CBO   | Voedingsadvies bij<br>diabetes  | 1993                                      | Alleen in<br>gedrukte<br>vorm<br>beschikba<br>ar |  |
|              | D19    | NDF   | Richtlijn<br>Diabeteseducatie   | Herziene<br>versie 2003                   | 3/4  | Eisen aan het zorgproces voor diabeteseducatie.<br>Raamwerk dat nadere praktische invulling behoeft  |
|              | D20    | NDF   | Psychosociale zorg aan  | 2000                                      | 3  | Bijdragen aan aanpassingsproces en <i>self-management</i>  |

| Beroepsgroep | Nummer                    | Opsteller(s)/<br>Initiatiefnemers                                 | Titel richtlijn   | Jaar van<br>uitgave | Codering                | Trefwoorden   |
|--------------|---------------------------|---|---|---------------------|-------------------------|---|
|              |                           | i.s.m. multidisciplinaire<br>werkgroep                            | mensen met diabetes   |                     |                         | bij diabetes  |
|              | Zie D10                   | PAZ, NIP<br>De NDF ondersteunt deze<br>richtlijn                  | Richtlijnen voor<br>psychologische<br>diagnostiek en<br>behandeling (De inzet van<br>de Medisch Psycholoog<br>bij de behandeling van<br>DM) | 2004                | zie D10                 | zie D10   |
|              | Zie D7                    | NDF   | Richtlijnen en Adviezen<br>voor goede diabeteszorg<br>(Deel 1 t/m 10 van de<br>richtlijnen NDF<br>samengevat)                               | 2000                | zie D7                  | zie D7  |
|              | D21                       | NDF<br>i.s.m. Werkgroep<br>Diabetes van de NVK,<br>WKDV en de DNO | Richtlijnen voor de<br>behandeling van kinderen<br>en tieners met diabetes  | 2003                | 6                       | Gebaseerd op de internationale ISPAD richtlijnen<br>Alle aspecten van diabetes bij tieners en kinderen<br>worden behandeld: uitgebreide aandacht voor<br>specifieke situaties gerelateerd aan subdoelgroepen,<br>(vandaar code 6) |
|              | D22                       | NDF   | Diabetische Neuropathie   | 2003                | 4                       | Preventie,<br>Vermijding van risicofactoren,<br>Goede metabole instelling,<br>Op tijd inschakelen van de 2e lijn  |
|              | D23<br>In<br>ontwikkeling | NDF   | Diabeteszorg in verpleeg-<br>en verzorgingshuizen   |                     | Niet<br>beschikba<br>ar |   |

| Beroepsgroep | Nummer                    | Opsteller(s)/<br>Initiatiefnemers  | Titel richtlijn   | Jaar van<br>uitgave | Codering                | Trefwoorden  |
|--------------|---------------------------|--|---|---------------------|-------------------------|--|
|              | D24<br>In<br>ontwikkeling | NDF  | Overgewicht en type 2<br>diabetes   |                     | Niet<br>beschikba<br>ar |  |
|              | D25                       | Indicatoren ontwikkeld in<br>het kader van het<br>programma <i>Gepast<br/>Gebruik</i> (CBO, OMS) | Indicatoren voor<br>verbetering van de<br>diabeteszorg  | 2002                | 2                       | Preventie van complicaties via meting van<br>indicatoren voor diabeteszorg<br>(indicatoren zijn gebaseerd op de richtlijnen DI en<br>D12)                    |
|              | D26                       | TNO  | Richtlijnen voor het<br>opzetten. Onderhouden en<br>bewaken van faciliteiten<br>voor zelfregulatie binnen<br>een diabetesdienst in<br>Nederland | 2000                | geen                    | Gaat niet in op de zorginhoudelijke aspecten, maar<br>richt zich uitsluitend op de randvoorwaarden voor de<br>opzet van de zorg rondom zelfregulatie thuis.. |

### Astma en COPD

| Beroepsgroep | Nummer | Opsteller(s) /<br>initiatiefnemer | Titel richtlijn                               | Jaar van<br>uitgave | Codering | Trefwoorden  |
|--------------|--------|-----------------------------------|---|---------------------|----------|--|
| Huisarts     | C1     | NHG                               | Astma bij kinderen                            | 1998                | 4/5      | Niet-medicamenteuze advisering, m.n. aandacht voor<br>roken, allergenen (saneringsmaatregelen) |
|              | C2     | NHG                               | Astma bij volwassenen:<br>behandeling         | 2001                | 4/5      | Interventies voor stoppen met roken<br>Allergenen (saneringsmaatregelen) <sup>0</sup>          |
|              | C3     | NHG                               | COPD en astma bij<br>volwassenen: diagnostiek | 2001                | 2        | Opsporing risicofactoren, m.n. aandacht voor roken   |
|              | C4     | NHG                               | COPD: behandeling                             | 2001                | 4        | Gestructureerde aanpak stoppen met roken,<br>leefstijladvisering                               |

| Beroepsgroep | Nummer | Opsteller(s) /<br>initiatiefnemer                 | Titel richtlijn   | Jaar van<br>uitgave | Codering | Trefwoorden  |
|--------------|--------|---|---|---------------------|----------|--|
|              | C5     | NHG, NVK  | Landelijke transmurale<br>afpraak: 'Astma bij<br>kinderen'  | 1998                | 2        | Samenwerkingsafspraken tussen huisartsen en<br>kinderartsen, uitgangspunten voor (preventief) beleid<br>worden genoemd (m.n. vermijden van uitlokkende<br>prikkels)                                  |
|              | C6     | NHG, NVALT  | Landelijke transmurale<br>afpraak: Astma bij<br>volwassenen | 2001                | 2        | Samenwerkingsafspraken tussen huisartsen en<br>longartsen, uitgangspunten voor (preventief) beleid<br>worden genoemd (m.n. vermijden van uitlokkende<br>prikkels)                                    |
|              | C7     | NHG, NVALT  | Landelijke transmurale<br>afpraak: COPD                     | 2001                | 2/3      | Samenwerkingsafspraken tussen huisartsen en<br>longartsen, belangrijkste interventie die wordt besproken<br>is stoppen met roken   |
| Longarts     | Zie C6 | NHG, NVALT  | Landelijke transmurale<br>afpraak: Astma bij<br>volwassenen | 2001                | 2        | Zie C6   |
|              | Zie C7 | NHG, NVALT  | Landelijke transmurale<br>afpraak: COPD                     | 2001                | 2/3      | Zie C7   |
|              | C8     | NVALT<br>Doelgroep:<br>verpleegkundigen<br>tevens | Acuut ernstig astma   | 2002                | 2        | Gericht op longartsen, m.n. aandacht voor<br>medicamenteuze behandeling en therapietrouw ter<br>voorkoming van een ernstige astma-aanval,<br>Individueel schriftelijk actieplan voor zelfbehandeling |
|              | C9     | NVALT   | Voeding en COPD   | 2002                | 5        | Voedingshiterapie en training als onderdeel van<br>routinezorg bij COPD, m.n. bij patiënten die ondervoed<br>zijn of een risico hebben hierop  |
| Kinderarts   | Zie C5 | NHG, NVK  | Landelijke transmurale<br>afpraak: 'Astma bij<br>kinderen'  | 1998                | 2        | Zie C5   |

| Beroepsgroep              | Nummer         | Opsteller(s) /<br>initiatiefnemer   | Titel richtlijn  | Jaar van<br>uitgave   | Codering | Trefwoorden  |
|---------------------------|----------------|---|--|---|----------|--|
| (Long)<br>verpleegkundige | Zie C1<br>C10  | NVK<br>CBO<br>i.s.m. een aantal andere<br>organisaties waaronder<br>TNO, Astma Fonds                | Astma bij kinderen<br>Zuurstofbehandeling thuis                        | 1998<br>2000  | 4/5      | Zie C1   |
| Bedrijfsarts              | C11            | NVAB<br>i.s.m. Nederlands<br>Kenniscentrum Arbeid en<br>Longaandoeningen<br>'Opgelucht Werken'      | Handelen van de<br>bedrijfsarts bij<br>werknemers met Astma<br>en COPD | 2003  | 3        | Diagnostiek, reïntegratie en individuele preventie,<br>Beroepsallergenen                                       |
| Diëtist                   | C12            | Elsevier gezondheidszorg.<br>Doelgroep: diëtisten   | Dieetbehandelingsrichtlij-<br>nen: COPD                                | Losbladig<br>systeem met<br>jaarlijkse<br>aanvul-<br>lingen | 5        | Dieetvoorschrift, verbeteren lichaamsgewicht,<br>spiermassa en functionele capaciteit, Leefstijladvies         |
| Fysiotherapeut            | C13            | NVD<br>Doelgroep: artsen, om<br>patiënten op het juiste<br>moment te verwijzen naar<br>een diëtist. | Artsenwijzer diëtietiek:<br>COPD                                       | 2004  | 4        | Voorkeursmoment voor verwijzing naar diëtist,<br>doelstelling behandeling, dieetkenmerken                      |
| Overige partijen          | C14<br>Zie C10 | KNGF<br>CBO<br>i.s.m. een aantal andere<br>organisaties waaronder<br>TNO, Astma Fonds               | Richtlijn COPD<br>Zuurstofbehandeling thuis                            | 1998<br>2000  | 5/6      | Behandeling van eenmaal opgetreden klachten, zoals een<br>afgenomen inspanningsvermogen (secundaire preventie) |

| Beroepsgroep | Nummer                 | Opsteller(s) / initiatiefnemer                                   | Titel richtlijn   | Jaar van uitgave                | Codering | Trefwoorden   |
|--------------|------------------------|--|---|---------------------------------|----------|---|
|              | C15                    | CBO i.s.m. een aantal beroepsverenigingen, w.o. de NVK           | Consensusbijeenkomst Astma bij kinderen   | 1992                            | 3/4      | Stellingen en onderbouwing: m.n. op gebied van sanering.<br>Bevorderen van therapietrouw en zelfzorg is belangrijk deel van behandeling                           |
|              | C16                    | TNO, CBO, Erasmus MC, KITZ i.s.m. een aantal beroepsverenigingen | Richtlijn het gebruik van vernevelapparaten in de thuissituatie: indicatiestelling, zorgproces, hulpmiddelen en organisatie | 2003                            | Geen     | De richtlijn richt zich uitsluitend op curatieve zorg, nl. de toepassing van thuiszorgtechnologie   |
|              | C17<br>In ontwikkeling | CBO i.s.m. een aantal beroepsverenigingen                        | Ketenzorg COPD  | Concept-richtlijn februari 2005 | 5        | Multidisciplinaire zorg, patiëntenvoorlichting en zelfmanagement, concrete preventieadviezen en instructies voor de opzet van een behandelplan worden beschreven. |

Klachten bewegingsapparaat (artrose, reumatische artritis, osteoporose, nek- en rugklachten)

| Beroepsgroep | Nummer | Opsteller(s)/ Initiatiefnemers | Titel richtlijn     | Jaar van uitgave | Codering | Trefwoorden   |
|--------------|--------|--------------------------------|---------------------|------------------|----------|---|
| Huisarts     | B1     | NHG                            | Osteoporose         | 1999             | 4        | Preventie van fracturen; valpreventie<br>Voorlichting over gezond leef- en voedingspatroon.<br>Ook preventie m.b.v. medicamenten, zoals calciumsuppletie. |
|              | B2     | NHG                            | Reumatoïde artritis | 2002             | 3        | Behoud van functie gewrichten door oefentherapie.<br>Ander preventief advies: gebruik medicatie   |

| Beroepsgroep              | Nummer | Opsteller(s)/<br>Initiatiefnemers | Titel richtlijn  | Jaar van<br>uitgave | Codering | Trefwoorden   |
|---------------------------|--------|-----------------------------------|--|---------------------|----------|---|
|                           | B3     | NHG                               | Jicht  | 2004                | 4        | afstemmen op toekomstige zwangerschapswens.<br>Preventie van een nieuwe jichtaanval: o.a. algemeen advies over voeding, alcohol en beweging.  |
|                           | B4     | NHG                               | Aspecifieke lagerugpijn  | 2005                | 4        | Voorlichting over belemmerende factoren voor herstel, zoals bewegingsangst bij specifieke rugklachten.<br>Bij <u>langer bestaande lage rugklachten</u> beleid gericht op preventie van ontwikkeling tot chronische specifieke lagerugpijn, via intensief fysieke en gedragsmatige aanpak. |
|                           | B5     | NHG                               | Lumbosacraal radiculair<br>syndroom  | 2005                | geen     | Volledig gericht op medische behandeling.   |
| Internist/<br>reumatoloog | B6     | NHG, NVR                          | Landelijke Transmurale<br>Afspraak Reumatoïde<br>artritis  | 2002                | 3        | Samenwerkingsafspraken tussen huisartsen en reumatologen, uitgangspunten voor (preventief) beleid worden genoemd.<br>Secundaire preventie van gewrichtsschade door inzet van DMARD's (= medicatie)  |
|                           | B7     | NVR                               | Medicijnen: preventie en<br>behandeling van<br>glucocorticosteroid<br>geïnduceerde<br>osteoporose-GIOP | 2002                | 4        | Secundaire preventie van door medicatie (glucocorticoiden) geïnduceerde osteoporose.<br>Behandeling met medicatie en leefstijladvies.   |
| Geriatier                 | B8     | NVKG                              | Richtlijn Preventie van<br>valincidenten bij ouderen   | 2004                | 4        | (secundaire) preventie van valincidenten in verschillende settings (thuiswoning, verpleeghuis, verzorgingshuis, ziekenhuis) op basis van instrumenten (zoals het STRATIFY instrument)   |



| Beroepsgroep   | Nummer                   | Opsteller(s)/<br>Initiatiefnemers | Titel richtlijn                                | Jaar van<br>uitgave | Codering | Trefwoorden  |
|----------------|--------------------------|-----------------------------------|--|---------------------|----------|--|
| Fysiotherapeut | B9                       | KNGF                              | Artrose heup-knie                              | 2001                | 4/5      | Behandeldoel: het optimaliseren van activiteiten en participatie.<br>Bij het kopje 'Nazorg' worden ook bewegings- en zelfmanagementprogramma's genoemd o.a. 'Hup met de heup' en 'Omgaan met artrose'.   |
|                | B10                      | KNGF                              | Osteoporose                                    | 2001                | 4/5      | Preventie van (nieuwe) fracturen (o.a. valpreventie) en secundaire preventie van met osteoporose samenhangende klachten, zoals klachten van houding en bewegingsapparaat.  |
|                | B11                      | KNGF                              | Lage-rugpijn                                   | 2001                | 4        | Beleid gericht op terugkeer van de patiënt naar een volledig (of gewenst) niveau van activiteiten en participatie en het <u>voorkomen</u> van chronische klachten en recidieven.<br>Advies bij lage rugpijn met normaal beloop: actief blijven via gedoseerde beweging. Bij <u>chronische lage rugpijn</u> wordt een gevarieerd en tijdgebonden oefenprogramma aanbevolen. |
|                | B12                      | KNGF                              | Manuele therapie bij lage rugpijn              | 2003                | 4/5      | Beleid uit de richtlijn sluit aan bij de KNGF-richtlijn lage-rugpijn (zie B15). De adviezen/richtlijnen t.a.v. een aantal subgroepen is concreter uitgewerkt met een beschrijving van de verrichtingen van de manueeltherapeut.  |
|                | B13<br>(in ontwikkeling) | KNGF                              | Postoperatief Lumbosacraal radiculair syndroom | In ontwerpfase      | 4        | Aandacht voor leefregels ten aanzien van ADL en andere functionale activiteiten in het dagelijks leven. Ook aandacht voor maatregelen ter preventie van rugklachten in de toekomst.  |

| Beroepsgroep                          | Nummer | Opsteller(s)/<br>Initiatiefnemers | Titel richtlijn  | Jaar van<br>uitgave | Codering | Trefwoorden  |
|---------------------------------------|--------|-----------------------------------|--|---------------------|----------|--|
| Bedrijfsarts                          | B14    | NVAB                              | Handelen van de<br>bedrijfsarts bij<br>werknemers met Lage-<br>rugklachten | 1999                | 4        | Preventie van onnodig lang werkverzuim en daarmee<br>langdurige arbeidsongeschiktheid.<br>Onderscheid in 4 verschillende vormen van<br>rugklachten.<br><br>Advies: aandacht voor actief leefpatroon, stimuleren<br>van beweging bij specifieke rugpijn/lichte LRS, evt.<br>programma met opklimmende belasting.<br>Aandacht voor werkplekonderzoek (o.a. welke<br>handelingen zijn wel/niet uitvoerbaar door de<br>werknemer) als onderdeel van probleembeoordeling.<br>Voorlichting en werkhervattingsadvies. |
| Bedrijfsarts                          | B14    | NVAB                              | Handelen van de<br>bedrijfsarts bij<br>werknemers met Lage-<br>rugklachten | 1999                | 4        | Preventie van onnodig lang werkverzuim en daarmee<br>langdurige arbeidsongeschiktheid.<br>Onderscheid in 4 verschillende vormen van<br>rugklachten.<br><br>Advies: aandacht voor actief leefpatroon, stimuleren<br>van beweging bij specifieke rugpijn/lichte LRS, evt.<br>programma met opklimmende belasting.<br>Aandacht voor werkplekonderzoek (o.a. welke<br>handelingen zijn wel/niet uitvoerbaar door de<br>werknemer) als onderdeel van probleembeoordeling.<br>Voorlichting en werkhervattingsadvies. |
| Bewegingstherapeut<br>(ergotherapeut, |        |                                   | Richtlijnen niet kunnen<br>vinden: uit het rapport                         |                     |          |  |

| Beroepsgroep  | Nummer                    | Opsteller(s)/<br>Initiatiefnemers  | Titel richtlijn  | Jaar van<br>uitgave  | Codering                | Trefwoorden   |
|---|---------------------------|--|--|--|-------------------------|---|
| oefentherapeut<br>Mensendieck en Cesar,<br>bewegingsagogen) |                           |  | van A. Chorus blijkt dat<br>zij wel enige richtlijnen<br>hebben  |  |                         |   |
| Diëtist   | B15                       | Elsevier gezondheidszorg.<br>Doelgroep: diëtisten  | Dieetbehandelingsrichtlij-<br>nen:<br>jicht  | Losbladig<br>systeem met<br>jaarlijkse<br>aanvullinge<br>n | 5                       | Dieetvoorschrift met aandacht voor<br>gedragsverandering.   |
|   | B16                       | NVD<br>Bedoeld voor artsen om<br>patiënten op het juiste<br>moment te verwijzen naar<br>een diëtist. | Artsenwijzer diëtiëiek:<br>· jicht (arthritis urica)<br>a. reumatoïde artritis<br>b. osteoporose                 | 2004   | 4 <sup>a+b+c</sup>      | Voorkeursmoment voor verwijzing naar diëtist,<br>doelstelling behandeling, dieetkenmerken   |
| Orthopedisch chirurg  |                           |  | Participeert in de<br>ontwikkeling van een<br>aantal reeds genoemde<br>richtlijnen, zoals<br>'wervelsetel' (CBO) |  |                         |   |
| Overige partijen  | B17                       | CBO<br>i.s.m. diverse<br>beroepsorganisaties (m.n.<br>artsen, fysiotherapeuten,<br>verloskundigen)   | Osteoporose Tweede<br>herziene richtlijn   | 2002   | 4                       | Case-finding.<br>Preventie en interventie bij osteoporose, met name<br>gericht op bewegen, valpreventie, calcium en<br>vitamine D, en medicamenten zoals oestrogenen. |
|   | B18<br>In<br>ontwikkeling | CBO<br>i.s.m. diverse<br>beroepsorganisaties   | Reumatoïde artritis  | Verwacht<br>december<br>2006                               | Niet<br>beschikba<br>ar |   |

| Beroepsgroep     | Nummer | Opsteller(s)/<br>Initiatiefnemers                                      | Titel richtlijn                                       | Jaar van<br>uitgave | Codering | Trefwoorden  |
|------------------|--------|--|---|---------------------|----------|--|
| Overige partijen | B19    | CBO<br>i.s.m.<br>beroepsverenigingen van<br>artsen en fysiotherapeuten | Consensus het<br>Lumbosacrale Radiculaire<br>Syndroom | 1995                | 3/4      | Stelling 23 gaat over preventie. Er bestaan geen bewezen effectieve maatregelen of programma's voor primaire of secundaire preventie van het lumbosacrale radiculaire syndroom (anno 1995). Voor zover er onderzoek is verricht, betrof dit nagegnoeg altijd patiënten met specifieke rugklachten.<br><br>Bij stelling 24 en 25 wordt de waarde benadrukt van een revalidatieprogramma met geleidelijke conditionele opbouw, verbetering van mobiliteit en ergonomische instructie en training. Dit als vorm van secundaire preventie ter voorkoming van chronische invaliderende rugklachten. |
|                  | B20    | CBO<br>i.s.m. diverse<br>beroepsorganisaties<br>(multidisciplinair)    | Richtlijn specifieke lage<br>rugklachten              | 2003                | 4        | <u>Acute lage rugklachten (0-12 weken)</u> : preventie van chroniciteit van de lage rugklachten. Advies voor actief blijven: bewegen ondanks pijn, evt. ondersteund met actieve oefentherapie.<br><u>Chronische lage rugklachten</u> : zoveel mogelijk actief blijven, blijven bewegen ondanks pijn. Aanbevolen wordt in de tijd gestructureerde oefenprogramma's onder supervisie en gericht op functioneren. Evt. aangevuld met gedragstherapie.<br>Noot: oefentherapie is bij chronische specifieke lage rugklachten effectiever dan 'usual care' door de huisarts.                         |

| Beroepsgroep | Nummer | Opsteller(s)/<br>Initiatiefnemers               | Titel richtlijn   | Jaar van<br>uitgave | Codering               | Trefwoorden  |
|--------------|--------|---|---|---------------------|------------------------|--|
|              | B21    | CBO<br>i.s.m. diverse<br>beroepsorganisaties    | Scoliose  | 2005                | In<br>ontwikkel<br>ing | Nog niet beschikbaar   |
|              | B22    | CBO<br>i.s.m. een aantal<br>beroepsverenigingen | Wervelletsel  |                     | In<br>ontwikkel<br>ing | Nog niet beschikbaar   |
|              | B23    | Samenwerkende Pijn<br>kennis Centra             | Multidisciplinair<br>consensusrapport<br>"Diagnostiek en<br>behandeling van<br>chronische lage rugpijn" | 1997                | 4/5                    | Eén van de hoofdoelen van het consensusrapport is:<br>preventie van chroniciteit van lage rugklachten.<br>Voor dit preventief beleid worden twee oefen-<br>/bewegingstherapieën toegelicht: 1. gericht op<br>stoornisniveau; 2. gericht op gedragsverandering. |

Psychische aandoeningen (depressie, ADHD, e.a.)

| Beroepsgroep | Nummer | Opsteller(s)/Initiatiefne-<br>mer | Titel richtlijn                     | Jaar van<br>uitgave            | Codering | Trefwoorden  |
|--------------|--------|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|----------|--|
| Huisarts     | P1     | NHG                               | Angststoornissen                    | 2004                           | geen     | Beschrijft gedragstherapie en medicamenteuze<br>therapie.  |
|              | P2     | NHG                               | Depressieve stoornis<br>(depressie) | 2003                           | 3        | Advies voor gestructureerde dagindeling, voldoende<br>lichaamsbeweging, vermijden van overmatig<br>alcoholgebruik e.d.                     |
|              | P3     | NHG                               | Problematisch<br>alcoholgebruik     | 2005<br>(tweede<br>herziening) | 4        | Leefstijlanamnese, waaronder alcohol en ander<br>genotmiddelengebruik; CAGE-test.<br>Motivering tot en begeleiding bij gedragsverandering. |
| Psychiater   | P4     | NVvP, CBO                         | Richtlijn psychiatrisch             | 2004                           | geen     | Beschrijft uitgebreid alle stappen in het diagnostisch   |

| Beroepsgroep     | Nummer | Opsteller(s)/Initiatiefne<br>mer   | Titel richtlijn  | Jaar van<br>uitgave | Codering              | Trefwoorden   |
|------------------|--------|--|--|---------------------|-----------------------|---|
| Bedrijfsarts     | P5     | NVAB, NHG  | onderzoek bij<br>volwassenen<br>LESA Overspanning                            | 2005                | 4                     | onderzoek naar een psychiatrische stoornis.<br><br>Preventie van (langdurig) verzuim van het werk.<br>Preventie van recidief  |
| Overige partijen | P6     | NVAB   | Handelen van de<br>bedrijfsarts bij<br>werknemers met<br>Psychische klachten | 2000                | 5                     | Ruime aandacht voor terugvalpreventie bij<br>psychische klachten.   |
| Overige partijen | P7     | Landelijke Stuurgroep<br>Multidisciplinaire<br>Richtlijnontwikkeling in<br>de GGZ<br>i.s.m. een aantal<br>beroepsverenigingen, het<br>CBO en het Trimbos-<br>instituut | Multidisciplinaire<br>Richtlijn<br>Angststoornissen                          | 2003                | 2                     | Psychologische interventies bij een aantal<br>angststoornissen worden beschreven. Bij obsessieve<br>compulsieve stoornis wordt aandacht voor<br>terugvalpreventie gevraagd. |
|                  | P8     | Landelijke Stuurgroep<br>Multidisciplinaire<br>Richtlijnontwikkeling in<br>de GGZ<br>i.s.m. een aantal<br>beroepsverenigingen, het<br>CBO en het Trimbos-<br>instituut | Multidisciplinaire<br>richtlijn depressie                                    | 2005                | 2                     | Gericht op behandeling van depressie met aandacht<br>voor terugvalpreventie   |
|                  | P9     | CBO, NVvP<br>i.s.m.<br>diverse   | Consensus Depressie bij<br>volwassenen                                       | 1994                | Herzien,<br>opname in | -   |

| Beroepsgroep     | Nummer | Opsteller(s)/Initiatiefnemer  | Titel richtlijn                     | Jaar van uitgave                                   | Codering                              | Trefwoorden         |
|------------------|--------|---|-------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------|
| Overige partijen | P10    | Werkgroep i.s.m. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ | Alcoholmisbruik en -afhankelijkheid | Werkgroep gestart december 2004. Gereed medio 2006 | richtlijn<br>stemming<br>sstoornissen | Nog in ontwikkeling |
|                  | P11    | CBO i.s.m. een aantal beroepsverenigingen   | ADHD                                | Nog niet beschikbaar, pas in oktober 2005          |                                       |                     |
|                  | P12    | CBO, Trimbos-instituut  | Stemmingsstoornissen                | Niet kunnen vinden                                 |                                       | -                   |

Erfelijke en aangeboren afwijkingen (syndroom van Down, spina bifida, e.a.)

| Beroepsgroep | Nummer | Opsteller(s)/Initiatiefnemer | Titel richtlijn              | Jaar van uitgave | Codering | Trefwoorden   |
|--------------|--------|------------------------------|------------------------------|------------------|----------|---|
| Huisarts     | E1     | NHG                          | Zwangerschap en kraamperiode | 2003             | 5        | Bespreken indicatie voor prenatale diagnostiek. Laboratoriumonderzoek ter preventie van o.a. rhesusantagonisme en evt. ziekten. |

| Beroepsgroep     | Nummer | Opsteller(s)/<br>Initiatiefnemer  | Titel richtlijn   | Jaar van<br>uitgave | Coderi<br>ng | Trefwoorden  |
|------------------|--------|---|---|---------------------|--------------|--|
|                  | E2     | NHG   | Onderzoek van de<br>pasgeborene   | 2001                | 5            | Preventief advies voor een gezonde levensstijl; ook<br>advies voor inname foliumzuur.  |
| Verloskundige    | E3     | NVOG  | Richtlijn Indicaties voor<br>prenatale diagnostiek<br><br>Zie ook<br>Standpunten NOVG:<br>6. serumscreening naar<br>neuraal buis defect en<br>Downsyndroom<br>13. prenatale screening | 2000                | 5            | Vroege opsporing van congenitale afwijkingen direct<br>post partum<br><br>Prenatale diagnostiek als preventie maatregel bij<br>diverse indicaties. |
| Overige partijen | E4     | CBO<br>i.s.m. diverse<br>beroepsverenigingen en<br>andere relevante<br>organisaties zoals de<br>Nederlandse<br>Groeistichting | Consensus diagnostiek<br>kleine lichaamslengte bij<br>kinderen  | 1996                | 4/5          | Opsporing en vroegtijdige behandelingen van<br>groeistoornissen bij kinderen.  |

#### Infectieziekten (SOA, Hiv/Aids, Influenza)

| Beroepsgroep | Nummer | Opsteller(s)/<br>Initiatiefnemer | Titel richtlijn | Jaar van<br>uitgave | Coderi<br>ng | Trefwoorden                                  |
|--------------|--------|----------------------------------|-----------------|---------------------|--------------|--|
| Huisarts     | I1     | NHG                              | Influenza en    | 1996                | 4            | Profylaxe bij risicogroepen, zoals diabeten, |



| Beroepsgroep            | Nummer | Opsteller(s)/<br>Initiatiefnemer                                      | Titel richtlijn  | Jaar van<br>uitgave | Coderi<br>ng | Trefwoorden  |
|-------------------------|--------|---|--|---------------------|--------------|--|
|                         | 12     | NHG   | influenzavaccinatie<br>Soa-consult   | 2004                | 5            | CARA-patiënten en patiënten met hart- en vaatziekten.<br>Risiko-inschatting op soa en partnerwaarschuwing/contactopsporingen.<br>Preventieve voorlichting over veilig vrijen.  |
|                         | 13     | NHG   | Zwangerschap en kraamperiode   | 2003                | 5            | Zie E1   |
|                         | 14     | NHG   | Pelvic Inflammatory Disease  | 2005                | 4            | Risiko-inschatting op soa en voorlichting over soa.  |
| Internist/ infectioloog | 15     | NVAB (b) en NIV<br>i.s.m. CBO en diverse medische beroepsverenigingen | Conceptrichtlijn<br>Antiretrovirale behandeling<br>(de richtlijn is nog niet officieel geautoriseerd. Het wordt bovendien een 'levende richtlijn'; vanwege de vele ontwikkelingen in de nabije toekomst) | 2005                | 5            | Preventie van infecties bij HIV geïnfecteerden.<br>Therapieerovrouw is hierbij centraal aandachtspunt.<br>Speciale aandacht voor preventie van moeder-kind overdracht en post exposure profylaxe, o.a. bij prikaccidenten. |
| Verpleeghuisarts        | 16     | NVVA  | Influenza in verpleeg- en verzorgingshuizen  | 2003                | 5            | Richtlijn is voorzien van implementatievoorbeelden, o.a. in fluenzavaccinatieplan en influenza-uitbraakplan  |
| Overige partijen        | 17     | CBO<br>i.s.m. diverse beroepsverenigingen van artsen, verloskundigen  | Richtlijn seksueel overdraagbare aandoeningen en herpes neonatorum   | 2002                | 5            | Diverse preventiemaatregelen worden per aandoening beschreven, met nadruk op diagnostiek en therapie.<br><u>Geen</u> aandacht voor voorlichting over soa en partnerwaarschuwing.   |

| Beroepsgroep   | Nummer | Opsteller(s)/<br>Initiatiefnemer | Titel richtlijn   | Jaar van<br>uitgave | Coderi<br>ng | Trefwoorden |
|--|--------|----------------------------------|---|---------------------|--------------|-------------|
| Diversen: in hoeverre werken beroepsgroepen uit de 1 <sup>e</sup> en 2 <sup>e</sup> lijn met deze protocollen. |        | LCI                              | De LCI (doelgroep 'dagelijkse GGD-praktijk') heeft 70 landelijk geldende protocollen uitgebracht ter bestrijding van infectieziekten, o.a.:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Chlamydia</li> <li>- Gonorrhoe</li> <li>- Hepatitis A, B, C</li> <li>- HIV</li> <li>- Influenza</li> <li>- Tuberculose</li> </ul> |                     |              |             |

## **B      Overzicht preventie in aanvullende verzekering zorgverzekeraars**



| NAAM / PLAATS VERZEKERAARS   |  | PREVENTIEF AANBOD  |  |   |  |   |   |             | Anti-conceptie                    |
|--|--|--|--|---|--|---|---|-------------|-----------------------------------|
|  |  | Dieetadvisering/<br>Voedingsadvies   | Sport/<br>Bewegen  | Leefstijl   | Overgangs-<br>consult  | Preventieve cursussen, voorlichting/<br>Gezondheids-cursussen   | Preventieve onderzoeken   | Vaccinaties |                                   |
| <b>Achmea Zorg / Zilveren Kruis Amstelveen</b>                                   |  | Max. 4/u pp per kj.<br>Voedingsvoorlichting<br>75% tot max. € 115,- pp per kj. | Fitness.<br>50% korting op inschrijfgeld.<br>20% korting op contributie en 25% korting op bepaalde cursussen bij Achmea health centers en Ten Teije Fitness. | Leefstijltrainingen te Dalfsen.<br>Max. 1 training pp per kj. Eigen bijdrage €100,- | 75% van consulttarief tot max. € 115,- pp per kj bij Care for Women. | 75% van de kosten preventieve cursussen tot max. € 115,- per cursus pp per kj gericht op: afvallen, stoppen met roken/drinken, hartproblemen, EHBO, reanimatie, 1e hulp bij kinderongevallen, babymassage. Min. 25% korting op schriftelijke cursussen gericht op afvallen, stoppen met roken en overgangsklachten. | 100% vergoeding t.b.v. vroege opsporing van baarmoederhalskanker, borstkanker, prostaatkanker; Hart- en Vaatziekten (max. 1x per 24 mnd.) |             |                                   |
| <b>Agis Zorgverzekering en Amersfoort/ Cardian Zorgverzekering en Amersfoort</b> |  |  |  |   |  | Compleet pakket: maximaal € 25,- per jaar<br>Comfort pakket: maximaal € 50,- per jaar   |   |             | volledig (voor bepaalde middelen) |

| NAAM / PLAATS<br>VERZEKERAARS  | PREVENTIEF<br>AANBOD                    |  |                  |                       |  |   |  | Anti-<br>conceptie |
|--|---|--|------------------|-----------------------|--|---|--|--------------------|
|  | Dieetadvies/<br>Voedingsadvies          | Sport/<br>Bewegen  | Leefstijl        | Overgangs-<br>consult | Preventieve<br>cursussen,<br>voorzichting/<br>Gezondheids-<br>cursussen  | Preventieve<br>onderzoeken  | Vaccinaties  |                    |
| Amersfoortse<br>Zorgverzekering<br>/Stad<br>Rotterdam/AME<br>V<br>(allen<br>onderdeel<br>FORTIS); Stad<br>Rotterdam heeft<br>Ziekenfonds | geen info op web                        | geen info op web   | geen info op web | geen info op web      | geen info op web   | geen info op web  | geen info op web   | geen info op web   |
| Amicon<br>Zorgverzekeraar<br>Ziekenfonds U.A.<br>Enschede/Wage<br>ningen   | Ziekenfondswet:<br>4 behandelingen bij. | Sport Medisch<br>Advies:<br>Top-Pakket: 100% tot<br>€ 250,-<br>Zorg-Plan-<br>Ziekenfonds: 100%<br>tot € 140,-<br>Ideaal-Pakket: 75%<br>tot € 140,-<br>Compact-Pakket:<br>75% tot € 140,- |                  |                       | Gezondheidscursus<br>(thuiszorg/GGD/DGD<br>/RIAGG/Patiënten-<br>vereniging/EHBO-<br>cursus gecertificeerd<br>door het Rode Kruis):<br>Top-Pakket: 100%<br>tot € 70,-<br>Zorg-Plan-<br>Ziekenfonds: 100%<br>tot € 50,-<br>Ideaal-Pakket: 100%<br>tot € 50,- | Algemene check-up:<br>Top-Pakket: tot €<br>70,- (ouder dan 40<br>jaar) per 3 kj.<br>Zorg-Plan-<br>Ziekenfonds: tot €<br>70,- (ouder dan 40<br>jaar) per 3 kj. | Buitenland:<br>Ziekenfondswet:<br>honorarium van<br>behandelend arts<br>Top-Pakket:<br>100% tot € 40,-<br>Zorg-Plan-<br>Ziekenfonds:<br>100 tot € 95,-<br>Ideaal-Pakket:<br>100% tot € 95,-<br>Compact-Pakket:<br>100% tot € 50,-<br>Hepatitis-B:<br>Ziekenfondswet:<br>honorarium van<br>behandelend arts<br>Top-Pakket: 100% |                    |

| NAAM / PLAATS<br>VERZEKERAARS | PREVENTIEF<br>AANBOD               |                   |           |                       |   |                            |                                | Anti-<br>conceptie                               |
|-------------------------------|------------------------------------|-------------------|-----------|-----------------------|---|----------------------------|--------------------------------|--|
|                               | Dieetadvisering/<br>Voedingsadvies | Sport/<br>Bewegen | Leefstijl | Overgangs-<br>consult | Preventieve<br>cursussen,<br>voorlichting/<br>Gezondheids-<br>cursussen | Preventieve<br>onderzoeken | Vaccinaties                    |  |
| Anderzorg<br>Groningen        |                                    |                   |           |                       |   |                            | van de kosten v.<br>vaccinatie | Extra pakket: 100% tot max. €<br>55,- pp/per kj. |





| NAAM / PLAATS VERZEKERAARS |       | PREVENTIEF AANBOD   |  |   |  |   |                         |             |  |
|----------------------------|-------|---|--|---|--|---|-------------------------|-------------|--|
|                            |       | Dieetadvisering/<br>Voedingsadvies                                  | Sport/<br>Bewegen  | Leefstijl   | Overgangs-<br>consult  | Preventieve cursussen, voorlichting/<br>Gezondheids-<br>cursussen   | Preventieve onderzoeken | Vaccinaties | Anti-<br>conceptie   |
| bij<br>ACHMEA              | AVERO |   |  |   |  |   |                         |             |  |
| AZIVO                      |       | Gratis lidmaatschap Meavita en vandaaruit korting op cursussen etc. | Na een hartinfarct of vergelijkbare problematiek komen sportactiviteiten bij officiële verenigingen en stichtingen voor hartproblematiek voor vergoeding in aanmerking.<br>Bijvoorbeeld:<br>Stichting Hartactief,<br>Sport en<br>Spelvereniging De Meerbloem,<br>vereniging<br>Harttrimclub<br>Westland en de<br>Haagse Hart<br>trimvereniging. De<br>vereniging dient een<br>overeenkomst te<br>hebben met Azivo. Bij<br>het declareren van de<br>kosten dient een<br>verwijzing voor | Gratis lidmaatschap Meavita en vandaaruit korting op cursussen etc. | 50% tot maximaal a 75,- per verzekerde voor de duur van de verzekering. Care for Women helpt bij overgangsklachten die tijdens of door de overgang ontstaan. De gespecialiseerde overgangsconsulente n zijn bereikbaar via het telefoonnummer 0900-1481. | Gratis lidmaatschap Meavita en vandaaruit korting op cursussen etc. Azivo heeft bij het Rug en Advies centrum (RUAC) een specifiek advies en trainingsprogramma afgesloten voor Rugscholing en/of Arbeidsreintegratie. Dit programma dat 13 weken duurt wordt door Azivo volledig vergoed. Overige programma's op dit terrein komen niet voor vergoeding in aanmerking. |                         |             | 100%. kosten van orale anti-conceptiepill worden alleen vergoed als per kalenderjaar één recept door (huis)arts wordt afgegeven. In dien apotheek speciale overeenkomst heeft met Azivo, wordt ook de wettelijke bijdrage (GVS) vergoed. |

| NAAM / PLAATS<br>VERZEKERAARS | PREVENTIEF<br>AANBOD               |   |           |                       |   |                            |             |                    |
|-------------------------------|------------------------------------|---|-----------|-----------------------|---|----------------------------|-------------|--------------------|
|                               | Dieetadvisering/<br>Voedingsadvies | Sport/<br>Bewegen   | Leefstijl | Overgangs-<br>consult | Preventieve<br>cursussen,<br>voorlichting/<br>Gezondheids-<br>cursussen | Preventieve<br>onderzoeken | Vaccinaties | Anti-<br>conceptie |
|                               |                                    | behandeling van de huisarts of specialist te worden meegestuurd. Maximaal a 12,50 per maand. Maximaal 6 maanden voor de duur van de verzekering. Leden van de Reuma Patiënten-vereniging komen in aanmerking voor een vergoeding van hun sportactiviteiten. De vereniging dient een overeenkomst te hebben met Azivo. Bij het declareren van de kosten dient een verwijzing voor behandeling van de huisarts of specialist te worden meegezonden. Maximaal a 12,50 per maand. |           |                       |   |                            |             |                    |

| NAAM / PLAATS<br>VERZEKERAARS  | PREVENTIEF<br>AANBOD               |  |           |                       |   |                            |             | Anti-<br>conceptie  |
|--|------------------------------------|--|-----------|-----------------------|---|----------------------------|-------------|---|
|  | Dieetadvisering/<br>Voedingsadvies | Sport/<br>Bewegen  | Leefstijl | Overgangs-<br>consult | Preventieve<br>cursussen,<br>voorlichting/<br>Gezondheids-<br>cursussen | Preventieve<br>onderzoeken | Vaccinaties |   |
|  |                                    | Met op kwaliteit geselecteerde sportcentra zijn speciale afspraken gemaakt voor het ondersteunen en mogelijk maken van sporten onder deskundige leiding. Deze regeling geldt bij de volgende sportcentra:<br>SportCity,<br>Sportcentrum<br>Ypenburg Fitness<br>Dome, Sports<br>Unlimited. Korting van 50-75% op de inschrijving en/of korting op het abonnement. |           |                       |   |                            |             |   |
| <b>AZVZ<br/>Amsterdam<br/>(werkt sinds 1-<br/>1-2005 samen<br/>met Z&amp;Z</b> |                                    |  |           |                       |   |                            |             | Buitenland:<br>vergoeding voor malaria profylaxe, DTP, gele koorts, tyfus, hepatitis A en B vaccin. |

| PREVENTIEF AANBOD                              |  | PREVENTIEF AANBOD  |           | PREVENTIEF AANBOD                                     |   | PREVENTIEF AANBOD       |  | PREVENTIEF AANBOD   |  |
|--|--|--|-----------|---|---|-------------------------|--|---|--|
| NAAM / PLAATS VERZEKERAARS                     | Dieetadvisering/<br>Voedingsadvies   | Sport/<br>Bewegen  | Leefstijl | Overgangs-<br>consult                                 | Preventieve cursussen, voorlichting/<br>Gezondheids-cursussen   | Preventieve onderzoeken | Vaccinaties  | Anti-conceptie  |  |
| <b>CZ Actief in<br/>Gezondheid<br/>Tilburg</b> | - 4 uur 100%<br>- Aanvullend: Basis, plus en Top: dieetadvisering (op voorschrift arts) € 115,00 | Aanvullend:<br>Basis: Sport-medisch advies van de sportarts. Consult, keuring, onderzoek. € 60<br>Plus en Top: €115,00   |           | Bij basis, plus en top: eenmalig 75%, max 5 consulten | Aanvullend:<br>Basis: cursussen van Thuiszorg, GGD, DGD, RIAGG, Ziekenhuis of erkende patiëntenvereniging<br>n 50% tot € 17,50<br>Plus: 50% tot € 35,00<br>Top: 50% tot € 70  |                         |  | Basis, Plus en Top: 100%  |  |
| <b>De Friesland<br/>Zorgverzekeraar</b>        |  | AV Basis:<br>Sportactiviteiten ex-hartpatiënten. In aansluiting op de revalidatieperiode na een hartinfarct, hartoperatie of dotterbehandeling wordt, op verwijzing door een cardioloog, een tegemoetkoming verleend in de kosten wegens deelname aan sportactiviteiten die worden georganiseerd en/of |           |   | AV Basis: Cursussen door verzekeraar gecontracteerde regionale thuiszorgorganisaties<br>. Deelname aan de volgende cursussen:<br>- blaastraining; - omgaan met hyperventilatie; - eerste hulp bij kinderongelukjes; - postnatale gymnastiek; - lage rugklachten; - omgaan met |                         | AV Plus Preventie:<br>Ten behoeve van verblijf in het buitenland bestaat recht op vergoeding van 80% van de kosten van preventieve middelen tegen de volgende ziektes: cholera, difterie-tetanus-polio (DTP), gele koorts, hepatitis A en B, malaria en tyfus. De kosten van het consult door de GGD | AV-Plus: Anticonceptiva. Voor vrouwelijke verzekerden van 21 jaar en ouder bestaat recht op vergoeding van de volgende anticonceptiemiddelen: de anticonceptiepil, morning-afterpil en de zogenaamde prikpil. De vergoeding bedraagt maximaal van Euro 35,- per verzekerde per kalenderjaar.<br>Voor spiraaltjes geldt eenmaal per 5 kalenderjaren een vergoeding van de kostprijs. |  |

| PREVENTIEF AANBOD          |                                    | PREVENTIEF AANBOD   |           | PREVENTIEF AANBOD     |   | PREVENTIEF AANBOD       |   | PREVENTIEF AANBOD  |  |
|----------------------------|------------------------------------|---|-----------|-----------------------|---|-------------------------|---|--------------------|--|
| NAAM / PLAATS VERZEKERAARS | Dieetadvisering/<br>Voedingsadvies | Sport/<br>Bewegen   | Leefstijl | Overgangs-<br>consult | Preventieve cursussen, voorlichting/<br>Gezondheids-<br>cursussen   | Preventieve onderzoeken | Vaccinaties                             | Anti-<br>conceptie |  |
|                            |                                    | worden gehouden onder begeleiding van de Stichting Hart in Beweging (HIB) in Friesland. De maximale vergoedingsperiode bedraagt 12 maanden. Vergoeding van deelname aan vergelijkbare activiteiten buiten Friesland geschiedt tot maximaal de door verzekeraar overeengekomen kostprijs met de Stichting Hart in Beweging in Friesland. AV Basis Sportarts/Sport Medisch Adviescentrum (SMA) Consultatie en behandeling door een sportarts worden |           |                       | spanningen/stress; - stoppen met roken; - voeding en beweging. Per cursusdagdeel bedraagt de eigen bijdrage Euro 5,-. Aanmelding dient te geschieden via de betreffende door verzekeraar gecontracteerde regionale thuiszorgorganisatie. Vergoeding van deelname aan vergelijkbare cursussen buiten Friesland geschiedt tot maximaal de door verzekeraar overeengekomen kostprijs met de door verzekeraar gecontracteerde regionale thuiszorgorganisaties in Friesland. |                         | of de huisarts worden voor 80% vergoed. |                    |  |

| NAAM / PLAATS<br>VERZEKERAARS | PREVENTIEF<br>AANBOD  |   |           |   |   |                            |  |                                 |
|-------------------------------|---|---|-----------|---|---|----------------------------|--|---------------------------------|
|                               | Dieetadvisering/<br>Voedingsadvies  | Sport/<br>Bewegen   | Leefstijl | Overgangs-<br>consult   | Preventieve<br>cursussen,<br>voorlichting/<br>Gezondheids-<br>cursussen | Preventieve<br>onderzoeken | Vaccinaties  | Anti-<br>conceptie              |
|                               |   | vergoed tot een maximum van € 200,- per verzekerde per kalenderjaar. De kosten van bijvoorbeeld vliegers- of duikerskeuringen worden niet vergoed.  |           |   |   |                            |  |                                 |
| <b>Delta Lloyd</b>            | AV select: max € 455 per jaar, Obesitas-kliniek eenmalig poliklinisch max € 450<br>AV Top: 100%, Obesitas-kliniek eenmalig poliklinisch max € 450 | Beweegadvies via InterActionPoint:<br>AV Select + AV Top: 10% korting op de contributie<br>Sport Medisch Adviescentra:<br>AV Select: max. € 25 per kj; AV Top: 100%<br>sport/spel hartpatiënten: AV select: max € 160<br>per kj; AV top: 100% |           | Overgangs-consulte (menopauze)<br>AV Select: 100%<br>max. 3 consulten<br>AV Top: 100% |   |                            | Anti-griep vaccinatie<br>Basis + AV Select: regeling abwz<br>AV Top: 100%<br>Buitenland:<br>AV Select: 50%<br>AV Top: 100% | AV Select: 100%<br>AV Top: 100% |

| NAAM / PLAATS<br>VERZEKERAARS               | PREVENTIEF<br>AANBOD  |  |  |  |  |   |  | Anti-<br>conceptie |
|---|---|--|--|--|--|---|--|--------------------|
|   | Dieetadviesing/<br>Voedingsadvies   | Sport/<br>Bewegen  | Leefstijl  | Overgangs-<br>consult  | Preventieve<br>cursussen,<br>voorzichting/<br>Gezondheids-<br>cursussen  | Preventieve<br>onderzoeken  | Vaccinaties  |                    |
| <b>DVZ<br/>Zorgverzekering</b><br><b>en</b> | Achmea Health: 75%<br>tot max. € 115,- per<br>persoon per<br>kalenderjaar | Achmea Health:<br>Fitness: Korting bij<br>Achmea health<br>Centers en Ten Tije<br>Fitness.<br>Sportmedisch<br>onderzoek: 1 x per<br>24 maanden: eigen<br>bijdrage<br>€ 15,-; 2 x per<br>kalenderjaar kosten<br>van blessure- en/of<br>herhalingsconsult. | Achmea Health:<br>Leefstijltrainingen<br>door<br>Leefstijltrainingscentr<br>um te Dalffsen: Max.<br>1 training per<br>persoon per<br>kalenderjaar, Egen<br>bijdrage € 100,-.<br>Achmea health: On<br>track wandel- en<br>fietsroutes 50%<br>korting op<br>abonnementskosten. | Achmea Health: 75%<br>van consulttarief tot<br>max. € 115,- per<br>persoon per<br>kalenderjaar bij Care<br>for Women | Achmea Health: 75%<br>van de kosten van<br>preventieve<br>cursussen tot max. €<br>115,- per cursus, per<br>persoon per<br>kalenderjaar gericht<br>op: afvallen, stoppen<br>met roken/drinken,<br>hartproblemen,<br>EHBO, reanimatie, 1e<br>hulp bij<br>kinderongevallen,<br>babymassage –<br>Minimaal 25%<br>korting op<br>schriftelijke<br>cursussen gericht op<br>afvallen, stoppen met<br>roken en<br>overgangsklachten | Achmea Health:<br>100% vergoeding<br>t.b.v. vroege<br>opsporing van<br>baarmoederhalskank<br>er, borstkanker,<br>prostaatkanker. Hart<br>en vaatziekten (max.<br>1 x per<br>24 maanden) | Achmea<br>health: vaccinaties en<br>geneesmiddelen in<br>verband met reis<br>naar het buitenland:<br>75% bij niet<br>gecontracteerde,<br>100% bij<br>gecontracteerde<br>instellingen |                    |

| NAAM / PLAATS<br>VERZEKERAARS                | PREVENTIEF<br>AANBOD                   |  |           |  |   |   |   |   |
|--|--|--|-----------|--|---|---|---|---|
|  | Dieetadvisering/<br>Voedingsadvies     | Sport/<br>Bewegen  | Leefstijl | Overgangs-<br>consult                                    | Preventieve<br>cursussen,<br>voorlichting/<br>Gezondheids-<br>cursussen | Preventieve<br>onderzoeken  | Vaccinaties   | Anti-<br>conceptie  |
| <b>FBTO</b><br>Leeuwarden                    |  | Totaal: Sport Medisch<br>Adviescentrum:<br>100% max. 2<br>consulten p.j. |           |  |   | Extra + Totaal: 100%  | Totaal: 100%  | Basis: 100% voor vrouwen < 21<br>jaar<br>Extra: 100% voor vrouwen < 21<br>jaar<br>Totaal: 100%  |
| <b>Geové</b><br>Zorgverzekeraar<br>Groningen |  | Sport Medisch Advies<br>Centrum:<br>100% tot € 50,-<br>p.p.p.kj.         |           | AV Plus: 100% tot<br>€100,- (gehele<br>verzekeringsduur) |   |   |   | AV Plus: 100% tot € 55,- p.p.p. kj.   |
| <b>Groene Land</b><br>Achmea Zwolle          |  |  |           |  |   |   |   | Basis-aanvullend: Vergoeding van<br>100% voor vrouwelijke<br>verzekerden vanaf 21 jaar.<br>Hoofdpakket: Een 100%<br>vergoeding voor vrouwelijke<br>verzekerden tot 21 jaar. |
| <b>IAK</b>                                   | 100% vergoeding op<br>voorschrift arts |  |           |  |   | vergoeding ECG's,<br>baarmoederhals- en<br>borstkankeronderzoe<br>k | Vaccinaties:<br>tegenmoetkoming ter<br>voorkoming van<br>ziekte bij reis naar<br>buitenland | 100% vergoeding   |



| NAAM / PLAATS<br>VERZEKERAARS                             | PREVENTIEF<br>AANBOD   |   |           |   |  |                            |   | Anti-<br>conceptie                            |
|---|--|---|-----------|---|--|----------------------------|---|---|
|   | Dieetadvisering/<br>Voedingsadvies                                 | Sport/<br>Bewegen   | Leefstijl | Overgangs-<br>consult   | Preventieve<br>cursussen,<br>voorzichting/<br>Gezondheids-<br>cursussen  | Preventieve<br>onderzoeken | Vaccinaties                                       |   |
| <b>IZA/SIZ_IZA<br/>(ziekenfonds) /<br/>IZR</b>            | SIZ Aanvullend: 90%<br>tot € 12 per consult,<br>max € 120 per jaar | SIZ aanvullend:<br>Sportarts: 90% tot €<br>27 per consult, beh<br>of sportkeuring, max<br>€ 54 per jaar.  |           | SIZ Aanvullend: Care<br>for Women 90% tot €<br>45 per consult, max 4<br>maal      | Preventieve<br>cursussen,<br>voorzichting/<br>Gezondheids-<br>cursussen  |                            |   | SIZ Aanvullend: 100%                          |
| <b>IZZ</b>  |  | Regeling Extra<br>Vergoeding:<br>Sportgeneeskunde: €<br>57,- een maal per 2<br>jaar<br>Regeling Aanvullende<br>vergoedingen 1 en 2:<br>€ 114 eenmaal per 2<br>jaar          |           | Regeling Aanvullende<br>vergoeding 1 en 2: €<br>37,50 per consult, 4<br>consulten | Regeling Extra<br>Vergoeding: € 17,50<br>per jaar<br>Regeling Aanvullende<br>vergoedingen 1 en 2:<br>€ 35 per jaar |                            |   | Basis AV: 100%                                |
| <b>Nederzorg<br/>Rotterdam<br/>Rijnmond<br/>Rotterdam</b> |  | sportmedisch advies<br>(geen nadere info<br>bekend).  |           | AV Plus: 100% tot €<br>100,- (per gehele<br>verzekeringduur)                      |  |                            |   | AV Plus: 100% tot € 55,- per<br>verzekerde pj |
| <b>OHRA<br/>Ziekenfonds Den<br/>Haag</b>                  | AV Goud: 100% tot<br>max € 230 (naast 4<br>uur ZF-verg)            | SMA: AV-Brons:<br>100% (max € 25 pj)<br>; AV Zilver: 100%<br>(max € 25 pj); AV-<br>Goud: 100% (max €<br>35 pj)<br>Fitness via<br>samenwerkingsverba<br>nd: AV brons, zilver |           | AV Goud: 3 consulten<br>over looptijd<br>verzekering                              |  | ECG: AV Goud:<br>100%      | griepvaccinatie: AV<br>Zilver en AV goud:<br>100% | AV Brons, Zilver en Goud: 100%                |

| NAAM / PLAATS<br>VERZEKERAARS   | PREVENTIEF<br>AANBOD           |   |           |  |   |                                       |   |                                |
|---------------------------------|--------------------------------|---|-----------|--|---|---------------------------------------|---|--------------------------------|
|                                 | Dieetadvies/<br>Voedingsadvies | Sport/<br>Bewegen   | Leefstijl | Overgangs-<br>consult  | Preventieve<br>cursussen,<br>voorzichting/<br>Gezondheids-<br>cursussen | Preventieve<br>onderzoeken            | Vaccinaties   | Anti-<br>conceptie             |
| <b>ONVZ<br/>Zorgverzekeraar</b> |                                | en goud: 10%<br>korting<br>Activiteiten voor<br>hartpatiënten: AV<br>Zilver en Goud:<br>100%, max € 160 ) |           | Benfit XL:<br>voorzichting en advies<br>gedurende de<br>menopauze,<br>maximaal 3<br>behandelingen per<br>verzekerde<br>gedurende de gehele<br>looptijd van de<br>verzekering,<br>maximaal € 50, - per<br>behandeling<br>Optifit XL:<br>voorzichting en advies<br>in de menopauze,<br>maximaal 5<br>behandelingen per<br>verzekerde<br>gedurende de gehele<br>looptijd van de<br>verzekering. | Optifit XL en Topfit:<br>preventiecursussen                             | Topfit: Preventieve<br>hulp: volledig | Benfit XL: 50%<br>buitenlandse<br>vaccinaties<br>Optifit XL: 100% | Optifit XL en Topfit: volledig |

| NAAM / PLAATS<br>VERZEKERAARS                          | PREVENTIEF<br>AANBOD                        |  |           |  |   |   |  |                       |
|--|---|--|-----------|--|---|---|--|-----------------------|
|  | Dieetadvies/<br>Voedingsadvies              | Sport/<br>Bewegen  | Leefstijl | Overgangs-<br>consult  | Preventieve<br>cursussen,<br>voorzorging/<br>Gezondheids-<br>cursussen  | Preventieve<br>onderzoeken  | Vaccinaties  | Anti-<br>conceptie    |
| <b>OZ</b><br><b>Zorgverzekering</b><br><b>en Breda</b> | Royaal:<br>Dieetadvies max.<br>€ 115,- p.j. | Basis + Royaal:<br>Blessureconsult Sport<br>Medisch<br>Adviescentrum. Max.<br>2x p.j.<br>Royaal: Fitness €<br>25,- eenmalig bij<br>inschrijving.   |           | Royaal:<br>Overgangsconsulten<br>max. € 45,- per<br>consult, max. 3 voor<br>gehele duur van de<br>verzekering.   | per jaar max 1 van<br>de volgende<br>cursussen (gegeven<br>door thuiszorg):<br>mbvo, stoppen met<br>roken slank en fit.<br>Basis: € 35, Royaal:<br>€ 50     | Royaal: Preventieve<br>onderzoeken € 150,-<br>eenmalig per 24<br>mnd. (borst- en<br>baarmoederhalskank<br>er, hart en<br>bloedvaten,<br>prostaatkanker bij<br>mannen ouder dan<br>45 jr.)   | Basis en Royaal:<br>verplichte vaccinaties<br>en medicatie tot<br>max. € 70,- per jaar   | basis en royaal: 100% |
| <b>OZF/OZB</b>   |   | AV: Per kalenderjaar<br>wordt voor maximaal<br>15 behandelingen<br>van één van<br>onderstaande<br>alternatieve<br>geneeswijzen een<br>vergoeding gegeven<br>tot maximaal € 35<br>per behandeling. Het<br>maximum aantal van<br>15 geldt voor alle<br>behandelingen |           | AV: Per kalenderjaar<br>wordt voor maximaal<br>15 behandelingen<br>van één van<br>onderstaande<br>alternatieve<br>geneeswijzen een<br>vergoeding gegeven<br>tot maximaal € 35<br>per behandeling. Het<br>maximum aantal van<br>15 geldt voor alle<br>behandelingen | AV: Een eenmalige<br>tegenwoordiging van<br>€ 100 wordt<br>toegekend in de<br>kosten van een<br>medische<br>behandeling gericht<br>op stoppen met<br>roken. | 100% voor<br>griepvaccinaties;<br>50% met een<br>maximum van € 75<br>per verzekerde per<br>kalenderjaar voor<br>profyactische<br>vaccinaties of<br>daarmee gelijk te<br>stellen middelen, die<br>verband houden met<br>reizen naar het<br>buitenland; | 100% voor anticonceptiva zoals<br>anticonceptiepijl, koperhoudende<br>spiraaltje (IUD) en pessarium.<br>Vergoeding is volgens de Regeling<br>Farmaceutische Zorg tot de GVS<br>limiet. |                       |

| PREVENTIEF AANBOD          |                                    | PREVENTIEF AANBOD   |           | PREVENTIEF AANBOD   |   | PREVENTIEF AANBOD       |             | PREVENTIEF AANBOD  |  |
|----------------------------|------------------------------------|---|-----------|---|---|-------------------------|-------------|--------------------|--|
| NAAM / PLAATS VERZEKERAARS | Dieetadvisering/<br>Voedingsadvies | Sport/<br>Bewegen   | Leefstijl | Overgangs-<br>consult   | Preventieve cursussen, voorlichting/<br>Gezondheids-<br>cursussen | Preventieve onderzoeken | Vaccinaties | Anti-<br>conceptie |  |
|                            |                                    | tezamen, waarbij voor maximaal 1 behandeling per dag een vergoeding wordt gegeven.<br>Behandelingen door in Nederland bevoegde artsen en andere zorgverleners die lid zijn van de door OZF terzake erkende verenigingen: • acupunctuur; • antroposofische geneeskunde; • biomedische geneeskunde; • enzymtherapie; • flebologie, proctologie; • homeopathie; • manuele therapie; • Moermantherapie; • natuurgeneeskunde; • orthomanele geneeskunde; • |           | tezamen, waarbij voor maximaal 1 behandeling per dag een vergoeding wordt gegeven.<br>Behandelingen door in Nederland bevoegde artsen en andere zorgverleners die lid zijn van de door OZF terzake erkende verenigingen: • acupunctuur; • antroposofische geneeskunde; • biomedische geneeskunde; • enzymtherapie; • flebologie, proctologie; • homeopathie; • manuele therapie; • Moermantherapie; • natuurgeneeskunde; • orthomanele geneeskunde; • |   |                         |             |                    |  |

| NAAM / PLAATS<br>VERZEKERAARS | PREVENTIEF<br>AANBOD               |  |           |  |   |                            |             |                    |
|-------------------------------|------------------------------------|--|-----------|--|---|----------------------------|-------------|--------------------|
|                               | Dieetadvisering/<br>Voedingsadvies | Sport/<br>Bewegen  | Leefstijl | Overgangs-<br>consult  | Preventieve<br>cursussen,<br>voorlichting/<br>Gezondheids-<br>cursussen | Preventieve<br>onderzoeken | Vaccinaties | Anti-<br>conceptie |
|                               |                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>orthomanipulatie;</li> <li>orthomoleculaire geneeskunde;</li> <li>osteopathie (geen vergoeding voor gelijktijdige behandeling door fysiotherapeut voor dezelfde indicatie);</li> <li>overgangsconsulente van de organisatie 'Care for Women';</li> <li>sportgeneeskunde (artsen werkzaam bij een Sport Medisch Instituut (SMI). Geen vergoeding voor attesten, sportkeuringen en sportmedische adviezen.</li> </ul> |           | <ul style="list-style-type: none"> <li>orthomanipulatie;</li> <li>orthomoleculaire geneeskunde;</li> <li>osteopathie (geen vergoeding voor gelijktijdige behandeling door fysiotherapeut voor dezelfde indicatie);</li> <li>overgangsconsulente van de organisatie 'Care for Women';</li> <li>sportgeneeskunde (artsen werkzaam bij een Sport Medisch Instituut (SMI). Geen vergoeding voor attesten, sportkeuringen en sportmedische adviezen.</li> </ul> |   |                            |             |                    |

| PREVENTIEF AANBOD                 |   | PREVENTIEF AANBOD   |  | PREVENTIEF AANBOD   |  | PREVENTIEF AANBOD   |   | PREVENTIEF AANBOD   |  |
|-----------------------------------|---|---|--|---|--|---|---|---|--|
| NAAM / PLAATS VERZEKERAARS        | Dieetadviesering/<br>Voedingsadvies   | Sport/<br>Bewegen   | Leefstijl  | Overgangs-<br>consult   | Preventieve cursussen,<br>voorzichting/<br>Gezondheids-<br>cursussen   | Preventieve onderzoeken   | Vaccinaties   | Anti-<br>conceptie  |  |
| <b>PNO</b><br><b>Ziektekosten</b> | Maximaal € 35 per consult.<br>Gemotiveerde verwijzing van een arts is noodzakelijk. | blessureconsult Sport Medisch<br>Adviescentrum (na verwijzing), géén keuring 100%   |  |   |  | AV: vrijwillig prostaatonderzoek 45+ 100%. Maximaal 1 x per 2 kalenderjaren.<br>Vrijwillig onderzoek hart- en vaatziekten tot een maximum van € 137 100%.<br>Maximaal 1 x per 2 kalenderjaren.<br>Seniorenkeuring maximaal € 75 per keuring. 60-70 jaar: éénmaal per twee kalenderjaren; vanaf 70 jaar: éénmaal per kalenderjaar. | tropenvaccinaties en geneesmiddelen ten behoeve van verblijf in het buitenland 100%<br>niet medisch geïndiceerde griepinjectie 100% |   |  |
| <b>PWZ Achmea Amstelveen</b>      | Via Achmea health: 75% tot max € 115 pp p kj  | Via Achmea Health: Fitness: 50% korting op inschrijfgeld, 20% korting op contributie en 25% korting op bepaalde cursussen bij Achmea health Centers en Ten Tije Fitness: On track | Via Achmea Health: Max. 1 training per persoon per Leefstijltrainingscentrum kalenderjaar, eigen bijdrage € 100,-<br>Leefstijltrainingscentrum Dalfsen | Via Achmea Health: 75% van consulttarief tot max. € 115,- per persoon per kalenderjaar bij Care for Women | Via Achmea Health: 75% van de kosten van preventieve cursussen tot max. € 115,- per cursus, per persoon per kalenderjaar gericht op: afvallen, stoppen met roken/ drinken. | Via Achmea Health: 100% vergoeding t.b.v. vroege opsporing van baarmoederhalskanker, borstkanker, prostaatcancer, hart- en vaatziekten (max. 1x per 24 maanden)   |   | Vergoeding van 100% voor vrouwelijke verzekerden vanaf 21 jr. |  |

| NAAM / PLAATS<br>VERZEKERAARS                 | PREVENTIEF<br>AANBOD   |   |                  |                       |   |                            |                  |                    |
|---|--|---|------------------|-----------------------|---|----------------------------|------------------|--------------------|
|   | Dieetadvisering/<br>Voedingsadvies   | Sport/<br>Bewegen   | Leefstijl        | Overgangs-<br>consult | Preventieve<br>cursussen,<br>voorzichting/<br>Gezondheids-<br>cursussen | Preventieve<br>onderzoeken | Vaccinaties      | Anti-<br>conceptie |
| <b>Salland<br/>Verzekeringen<br/>Deventer</b> | wandel- en<br>fietsroutes: 50%<br>korting op<br>abonnementskosten<br>Sportmedisch Advies:<br>1x per 24 maanden:<br>eigen bijdrage € 15,-;<br>2x per kalenderjaar<br>kosten van blessure-<br>en/of<br>herhalingsconsult | hartproblemen,<br>EHBO, reanimatie, 1e<br>hulp bij<br>kinderongevallen,<br>babymassage -<br>minimaal 25%<br>korting op<br>schriftelijke<br>cursussen gericht op<br>afvallen, stoppen met<br>roken en<br>overgangsklachten |                  |                       |   |                            |                  |                    |
|   | Therapeutisch<br>Zwemmen: AV Plus<br>en AV Top: € 2,25<br>per keer, max €<br>137,50 per jaar<br>Sportmedisch Advies<br>Sportblessures.<br>100% 1 blessure<br>consult en 1<br>herhalingsconsult per<br>ki.              |   |                  |                       |   |                            |                  |                    |
| <b>Stad Rotterdam<br/>Verzekeringen</b>       | geen info op web   | geen info op web  | geen info op web | geen info op web      | geen info op web  | geen info op web           | geen info op web | geen info op web   |

Extra, Plus en Top: 100%

Plus en Top: 100%  
tot max € 75 per jaar  
voor  
gezondheidscurssuse  
n uit servicepakket

| NAAM / PLAATS<br>VERZEKERAARS   | PREVENTIEF<br>AANBOD  |   |           |   |   |  |   |   |
|---|---|---|-----------|---|---|--|---|---|
|   | Dieetadviesing/<br>Voedingsadvies   | Sport/<br>Bewegen   | Leefstijl | Overgangs-<br>consult   | Preventieve<br>cursussen,<br>voorzichting/<br>Gezondheids-<br>cursussen   | Preventieve<br>onderzoeken   | Vaccinaties   | Anti-<br>conceptie  |
| <b>TRIAS</b><br><b>Zorgverzekeraar</b><br><b>Op website</b><br><b>staan diverse</b><br><b>preventie-</b><br><b>adviezen over</b><br><b>gezondheid</b><br><b>(bewegen, eten</b><br><b>etc):</b><br><b>www.trias.nl</b> | AVX: 75% van de kosten voor maximaal 2 uur voeding- en dieetadviesing tot maximaal € 93,75. Voorwaarden: - Er is een verwijzing nodig door de handelend (huis)arts. - De vergoeding wordt alleen gegeven als er geen recht meer bestaat op behandelingen ten laste van de hoofdverzekering. - Voor verzekerden van 18 jaar en ouder geldt dat er sprake dient te zijn van een indicatie met het niveau 3 of 4 (bv. diabetes, CVA, voedselallergie) conform de indicatielijst van de | AV: Maximaal twee consulten in een sportmedisch adviescentrum tot een maximum van € 46,- per kalenderjaar. Voorwaarden: - Er is een verwijzing nodig door de huisarts. - Het sportmedisch adviescentrum moet erkend zijn door de Federatie van Sportmedische Adviescentra. AVX: Maximaal vier consulten in een sportmedisch adviescentrum tot een maximum van € 92,- per kalenderjaar. Voorwaarden: - Er is een verwijzing nodig door de huisarts. - Het sportmedisch |           | AVX: 75% van de kosten van consulten tot maximaal € 150,- éénmalig. Voorwaarde: - De behandeling moet gegeven zijn door een vrijevestigd overgangsconsulente die is aangesloten bij de vereniging Care for Women. | AV en AVX: Vergoeding: Maximaal € 46,- per kalenderjaar voor een van de volgende cursussen: beter ontspannen; eerste hulp aan kinderen; herhalingsbijeenkomst eerste hulp aan kinderen; bekkenbodemp onder controle; gezond en fit rondom de bevalling; babymassage; spoedeisende hulp voor senioren; herhalingsbijeenkomst spoedeisende hulp bij senioren; sportief afvallen; ondersteuning mantelzorg; menopauze, een uitdaging; astma, thuis en op | AVX: Cholesteroltest Vergoeding: Maximaal € 25,- per kalenderjaar Voorwaarden: - De nota dient gespecificeerd te zijn. | AVX: 100% tot maximaal € 46,- per kalenderjaar. Voorwaarden: - De vergoeding wordt gegeven voor het toedienen van de geadviseerde entstoffen (consult arts), de entstoffen en de te gebruiken medicijnen. - De inentingen moeten gedaan zijn door een medisch specialist, GGD-arts of huisarts. - De medicijnen moeten voorgeschreven zijn door een arts. | AV en AVX: Vergoeding van de kosten tot maximaal de vergoedingslimiet conform het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van de volgende anticonceptiemiddelen: - de pil - de prikpil - spiraaltje - anticonceptiering - implantatiestaafje - pessarium - anticonceptiepleister Voorwaarden: - De kosten boven de vergoedingslimiet komen niet voor vergoeding in aanmerking. - De vergoeding geldt voor vrouwelijke verzekerden van 21 jaar en ouder. Het anticonceptiemiddel moet voorgeschreven zijn door de (huis)arts. |



| NAAM / PLAATS VERZEKERAARS | PREVENTIEF AANBOD  |   |           |                       |   |                         |             |                |
|----------------------------|--|---|-----------|-----------------------|---|-------------------------|-------------|----------------|
|                            | Dieetadvisering/<br>Voedingsadvies   | Sport/<br>Bewegen   | Leefstijl | Overgangs-<br>consult | Preventieve cursussen, voorlichting/<br>Gezondheids-cursussen   | Preventieve onderzoeken | Vaccinaties | Anti-conceptie |
|                            | <p>Nederlandse Vereniging van Dietisten (NVD). Voor verzekerden tot en met 17 jaar geldt voorgaande voorwaarde niet. - De dieetadvisering moet gegeven zijn door een instelling of vrijgevestigd diëtiste waarmee Trias een overeenkomst heeft gesloten.</p> | <p>adviescentrum moet erkend zijn door de Federatie van Sportmedische Adviescentra.</p> |           |                       | <p>school;<br/>Fybromyalgie, hoe verder; Reuma uitgedaagd.<br/>Voorwaarden: - De vergoeding wordt gegeven wanneer de cursus is afgerond. - Verzekerden die in een kalenderjaar de cursussen 'babymassage' en 'gezond en fit rondom de bevalling' volgen, krijgen voor beide een maximale vergoeding van € 46,-. - De cursus moet georganiseerd zijn door een kruisorganisatie of thuiszorgorganisatie, behalve de cursus 'Reuma uitgedaagd' die georganiseerd wordt door de Reuma Patiëntenbond. Uw</p> |                         |             |                |

| NAAM / PLAATS<br>VERZEKERAARS | PREVENTIEF<br>AANBOD               |                   |           |                       |  |                            | Anti-<br>conceptie |             |
|-------------------------------|------------------------------------|-------------------|-----------|-----------------------|--|----------------------------|--------------------|-------------|
|                               | Dieetadvisering/<br>Voedingsadvies | Sport/<br>Bewegen | Leefstijl | Overgangs-<br>consult | Preventieve<br>cursussen,<br>voorlichting/<br>Gezondheids-<br>cursussen  | Preventieve<br>onderzoeken |                    | Vaccinaties |
|                               |                                    |                   |           |                       | <p>eigen thuiszorg- of<br/>kruisorganisatie geeft<br/>kortingen op de<br/>cursussen. De hoogte<br/>daarvan kan<br/>verschillen.<br/>Stoppen met roken<br/>(Prostop en Allen<br/>Carrcursus)<br/>Vergoeding:<br/>Maximaal € 100,- per<br/>kalenderjaar voor de<br/>cursus Stoppen met<br/>roken georganiseerd<br/>door de<br/>thuiszorgorganisatie<br/>of voor de cursus<br/>volgens Allen Carr of<br/>voor de<br/>laserbehandeling<br/>door een lid<br/>aangesloten bij de<br/>organisatie Prostop.<br/>Voorwaarde: - De<br/>vergoeding wordt<br/>gegeven wanneer de<br/>cursus of</p> |                            |                    |             |

| NAAM / PLAATS<br>VERZEKERAARS    | PREVENTIEF<br>AANBOD                               |  |           |  |   |                            |   |   |
|----------------------------------|--|--|-----------|--|---|----------------------------|---|---|
|                                  | Dieetadvisering/<br>Voedingsadvies                 | Sport/<br>Bewegen  | Leefstijl | Overgangs-<br>consult  | Preventieve<br>cursussen,<br>voorlichting/<br>Gezondheids-<br>cursussen | Preventieve<br>onderzoeken | Vaccinaties   | Anti-<br>conceptie  |
|                                  |  |  |           |  | laserbehandeling is<br>afgerond.  |                            |   |   |
| <b>Univé<br/>Zorgverzekeraar</b> | Toppakket: tot max 6<br>uur per<br>dieetadvisering | Vanaf Basispakket:<br>sportmedisch<br>adviescentrum € 23,<br>max 2* per jaar |           | Uitgebreid pakket:<br>75% tot max € 100<br>Toppakket: 75% tot<br>max € 200 |   |                            | Toppakket:<br>Vaccinaties bij reis<br>naar buitenland: €<br>100 | Vanaf uitgebreid pakket:<br>Anticonceptiepil, Implanon,<br>spiraaltje en pessarium vanaf 21<br>jaar volgens het Geneesmiddelen<br>Vergoedings Systeem (GVS):<br>100%<br>Compact: maximaal € 50,- per<br>jaar<br>Compleet: maximaal €75,- per jaar |
| <b>VGZ Nijmegen</b>              | (op medische<br>indicatie) € 100,- pj.             |  |           | Uitgebreide<br>aanvullende<br>verzekering:                                 | Cursussen en<br>voorlichting door<br>thuiszorg, GGD,                    |                            |   |   |

| NAAM / PLAATS<br>VERZEKERAARS           | PREVENTIEF<br>AANBOD  |  |  |  |  |  |  | Anti-<br>conceptie |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--------------------|
|   | Dieetadvisering/<br>Voedingsadvies  | Sport/<br>Bewegen  | Leefstijl  | Overgangs-<br>consult  | Preventieve<br>cursussen,<br>voorzorging/<br>Gezondheids-<br>cursussen   | Preventieve<br>onderzoeken   | Vaccinaties  |                    |
| <b>Zorg<br/>en<br/>Zekerheid Leiden</b> | Diëtiek<br>AV-Top: 75% max. €<br>105,-<br>AV-Totaal: 100%<br>max. € 115,-   | Verantwoord<br>bewegen<br>AV-Top: 75% max. €<br>115,-<br>AV-Totaal: € 115,-<br>Sport Medisch Advies<br>AV-Top: 75% max. €<br>70,-<br>AV-Totaal: 100%<br>max. € 115,- | Voorlichting en<br>advisering door<br>overgangs-<br>consulente: € 37,50<br>per consult, ten<br>hoogste 4 consulten.<br>AV-Top: 75% max. €<br>115,-<br>AV-Totaal: 100% €<br>150,- | RIAGG of patiënten-<br>vereniging: €17,50<br>per jaar<br>Uitgebreide<br>verzekering: € 35,-<br>per jaar.<br>Preventieve<br>cursussen:<br>AV-Basis: 75% max.<br>€ 115,-<br>AV-Standaard: 50%<br>max. € 115,-<br>AV-Top: 75% max. €<br>150,-<br>AV-Totaal: 100% €<br>175,- | 100% max. 1x per 2<br>kj. En alleen<br>voorzover er geen<br>aanspraak bestaat op<br>vergoedings<br>krachtens de<br>particuliere S.P.P. of<br>S.S.P.P.: voor kosten<br>van preventief<br>onderzoek van hart<br>en bloedvaten, | Buitenland:<br>AV Top: 50% max. €<br>45,-. Van de kosten<br>van alles vaccinaties<br>die noodzakelijk zijn<br>voor een verblijf in<br>het buitenland per<br>verzekerde per kj. De<br>vergoeding wordt<br>verleend voorzover<br>er geen aanspraak | Comfort: maximaal € 100,- per<br>jaar  |                    |
| <b>Zorgverzeeraar<br/>DSW Schiedam</b>  | Sport Medisch<br>Adviescentrum<br>AV Top: Vergoed<br>wordt uit de<br>aanvullende<br>topverzekering 60%<br>van de kosten van<br>een sportmedisch<br>onderzoek of<br>blessureconsult bij<br>een Sport Medisch | Care for Woman:<br>AV Stnd.: 75% max.<br>€ 150,-<br>AV Top: 75% max. €<br>150,-  |  |  |  |  | AV Top: 100% GVS. De verzekerde<br>is voor sommige anti-<br>conceptiepillen een bijbetaling<br>verschuldigd. |                    |

| NAAM / PLAATS<br>VERZEKERAARS | PREVENTIEF<br>AANBOD               |   |           |                       |   |  |  |                    |
|-------------------------------|------------------------------------|---|-----------|-----------------------|---|--|--|--------------------|
|                               | Dieetadvisering/<br>Voedingsadvies | Sport/<br>Bewegen   | Leefstijl | Overgangs-<br>consult | Preventieve<br>cursussen,<br>voorlichting/<br>Gezondheids-<br>cursussen | Preventieve<br>onderzoeken   | Vaccinaties  | Anti-<br>conceptie |
|                               |                                    | Adviescentrum<br>waarmee de<br>zorgverzekeraar een<br>overeenkomst heeft<br>gesloten. |           |                       |   | baarmoederhals-<br>kanker onderzoek,<br>borstkanker-<br>onderzoek. | bestaat op<br>vergoeding krachtens<br>de hoofdverzekering. |                    |

# TNO Kwaliteit van Leven

**Preventie en Zorg**  
Wassenaarseweg 56  
Postbus 2215  
2301 CE Leiden

[www.tno.nl](http://www.tno.nl)

T 071 518 18 18  
F 071 518 19 10  
[info-zorg@tno.nl](mailto:info-zorg@tno.nl)

## TNO-rapport

**KvL/P&Z 2006.096**

Preventie in de verzekerde zorg; update 2006

|                 |   |
|-----------------|---|
| Datum           | November 2006   |
| Auteur(s)       | W. Davidse<br>R.J.M. Perenboom<br>J. van Reeuwijk-Werkhorst |
| Opdrachtgever   | College voor zorgverzekeringen                              |
| Projectnummer   | 031.10763/01.01   |
| Aantal pagina's | 63 (incl. bijlagen)   |
| Aantal bijlagen | 3   |

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 2006 TNO



## Inhoudsopgave

|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| <b>1</b>  | <b>Inleiding.....</b>  | <b>5</b>  |
| 1.1       | Aanleiding onderzoek.....  | 5         |
| 1.2       | Vraagstelling onderzoek.....   | 5         |
| 1.3       | Rapportage.....  | 5         |
| <b>2</b>  | <b>Werkwijze.....</b>  | <b>7</b>  |
| 2.1       | Inleiding.....   | 7         |
| 2.2       | Activiteiten.....  | 7         |
| <b>3</b>  | <b>Aandoeningen en risicofactoren.....</b>                               | <b>9</b>  |
| 3.1       | Inleiding.....   | 9         |
| 3.2       | Aandoeningen.....  | 9         |
| 3.3       | Risicofactoren.....  | 10        |
| <b>4</b>  | <b>Preventieve zorgactiviteiten in de curatieve zorg.....</b>            | <b>13</b> |
| <b>5</b>  | <b>Individuele preventie in richtlijnen.....</b>                         | <b>15</b> |
| 5.1       | Inleiding.....   | 15        |
| 5.2       | Resultaten.....  | 15        |
| <b>6</b>  | <b>Financiering van preventie in de verzekerde zorg.....</b>             | <b>19</b> |
| <b>7</b>  | <b>Preventiebeleid beroepsgroepen.....</b>                               | <b>21</b> |
| <b>8</b>  | <b>Preventiebeleid overheid.....</b>                                     | <b>23</b> |
| 8.1       | Inleiding.....   | 23        |
| 8.2       | Prioriteiten in preventie.....   | 23        |
| 8.3       | Roken.....   | 23        |
| 8.4       | Schadelijk alcoholgebruik.....   | 24        |
| 8.5       | Overgewicht (bewegen en voeding).....                                    | 24        |
| 8.6       | Diabetes.....  | 24        |
| 8.7       | Depressie.....   | 24        |
| 8.8       | Overig.....  | 25        |
| <b>9</b>  | <b>Preventiebeleid zorgverzekeraars.....</b>                             | <b>27</b> |
| 9.1       | Inleiding.....   | 27        |
| 9.2       | Preventie in de aanvullende verzekering.....                             | 27        |
| 9.3       | Visie en standpunten.....  | 28        |
| <b>10</b> | <b>Beschouwing.....</b>  | <b>29</b> |
| <b>11</b> | <b>Bronnen.....</b>  | <b>31</b> |
|           | <b>Bijlage(n)</b>  |           |
|           | A Overzicht resultaten preventie in richtlijnen                          |           |
|           | B Overzicht preventie in aanvullende verzekering zorgverzekeraars        |           |
|           | C Slothoofdstuk uit TNO-rapport Preventie in de verzekerde zorg uit 2005 |           |





# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding onderzoek

In 2005 heeft TNO Kwaliteit van Leven (TNO KvL) op verzoek van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) geïnventariseerd welke preventie activiteiten onderdeel zijn van de verzekerde (ziekenfonds)zorg (de Jong e.a. 2005).

In 2006 is de Zorgverzekeringswet in werking getreden.

Het CVZ wil een update van de informatie in het TNO-rapport in relatie tot de huidige Zorgverzekeringswet. Het CVZ wil de update laten aansluiten bij de preventienota van VWS. Dit betekent dat de volgende onderwerpen een update behoeven:

- Kanker (longkanker, dikkedarm- en endeldarmkanker)
- Hart- en vaatziekten (coronaire hartziekten, beroerte, hartfalen)
- Diabetes mellitus
- Astma en COPD
- Klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat
- Psychische aandoeningen (depressie, angststoornissen en alcoholverslaving)

Dit houdt in dat twee onderwerpen die tijdens genoemd onderzoek (uit 2005) aan de orde kwamen, te weten erfelijke aandoeningen en infectieziekten, nu buiten beschouwing zullen blijven.

## 1.2 Vraagstelling onderzoek

Tijdens het onderzoek wordt nagegaan welke de huidige stand van zaken is met betrekking tot de gegevens en informatie die ten grondslag liggen aan een aantal hoofdstukken van het rapport uit 2005.

In concreto houdt dit in dat een update is gemaakt, indien en voor zover nieuwe informatie beschikbaar is gekomen sinds de vorige inventarisatie. Het betreft de volgende onderwerpen:

- Aandoeningen en risicofactoren
- Preventieve zorgactiviteiten in de curatieve zorg en individugerichte preventie in richtlijnen
- Financiering van preventie in de verzekerde zorg en het preventiebeleid van de overheid en zorgverzekeraars.

Op voorhand kon worden aangenomen dat de ervaringen en opvattingen van beroepsgroepen sinds de vorige inventarisatie niet zouden zijn veranderd. Daarom is in overleg met het CVZ besloten geen nadere aandacht te schenken aan het preventiebeleid van beroepsgroepen.

## 1.3 Rapportage

Deze rapportage is, zoals ook de titel aangeeft, een update van de informatie die in het rapport uit 2005, en geen nieuwe versie van dat rapport. Daarom wordt uitsluitend die informatie vermeld die nieuw is. Om de continuïteit van de rapportage te waarborgen is

in bijlage C het samenvattende en beschouwende slothoofdstuk van het rapport uit 2005 opgenomen.

De hoofdstukindeling van deze rapportage is dezelfde als die van het rapport uit 2005.

## 2 Werkwijze

### 2.1 Inleiding

Voor de werkwijze, het selecteren van informatiebronnen, het verzamelen en ordenen van gegevens en informatie en dergelijke is zoveel mogelijk aangesloten bij de vorige inventarisatie die TNO KvL heeft gemaakt voor het CVZ. Voor details wordt daarom verwezen naar dat rapport (de Jong e.a. 2005).

### 2.2 Activiteiten

Conform het plan van aanpak in de offerte zijn de activiteiten geconcentreerd op 3 onderdelen: analyse van recente beleidsdocumenten, analyse van recente richtlijnen van beroepsgroepen en analyse van de polissen van zorgverzekeraars.

#### 2.2.1 *Analyse recente beleidsdocumenten*

Sinds de publicatie van de vorige inventarisatie zijn enkele belangrijke beleidsdocumenten verschenen:

- Het Nationaal Kompas Volksgezondheid 2006 van het RIVM
- Kosten van preventie in Nederland 2003 (de Beller-Grob e.a., 2006)
- De preventienota Kiezen voor gezond leven, van de minister van VWS (2006). Deze nota bevat ook een speerpunten- en actieprogramma
- Zorg voor gezondheid; Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006, van het RIVM.

De resultaten van deze analyse staan beschreven in de hoofdstukken 3 en 8.

#### 2.2.2 *Analyse recente richtlijnen van beroepsgroepen*

Nagegaan is of er sinds de vorige inventarisatie ten aanzien van de in paragraaf 1.1 genoemde onderwerpen nieuwe of herziene richtlijnen zijn verschenen waarin preventie aan de orde komt. De resultaten worden weergegeven in bijlage A en kort samengevat in hoofdstuk 5.

#### 2.2.3 *Analyse polissen zorgverzekeraars*

De (aanvullende) polissen van alle 22 huidige zorgverzekeraars zijn op dezelfde wijze bekeken als tijdens het vorige project. De resultaten staan vermeld in de bijlage B en samengevat in hoofdstuk 9.



## 3 Aandoeningen en risicofactoren

### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komen de geselecteerde aandoeningen en risicofactoren aan de orde. Wat betreft zaken als oorzaken van aandoeningen en de relatie tussen risicofactoren en daarmee samenhangende aandoeningen wordt verwezen naar het rapport uit 2005. Daar is immers niets aan veranderd.

Deze update betreft uitsluitend nieuwe informatie over de mate van voorkomen (incidentie en prevalentie) en over sterfte. Deze is te vinden in het recent beschikbaar gekomen Nationaal Kompas Volksgezondheid 2006 van het RIVM. Daarnaast zijn recent kostengegevens gepubliceerd, in de studie Kosten van preventie in Nederland 2003 (de Beller-Grob e.a., 2006). Tijdens de vorige inventarisatie waren nog geen kostengegevens beschikbaar. In onderstaande paragrafen wordt naar beide bronnen verwezen.

### 3.2 Aandoeningen

#### 3.2.1 *Kanker*

Over de totale incidentie is geen nieuwe informatie aangetroffen. In het vorige rapport wordt een cijfer genoemd van 70.000 nieuwe gevallen per jaar. De totale sterfte wordt geraamd op een kleine 40.000<sup>1</sup> personen (Nationaal Kompas).

Wat betreft de kosten werd in 2003 aan preventie van kanker ruim 84 miljoen euro uitgegeven (Kosten van preventie). Dat betreft voorlichting en bevolkingsonderzoek op borst- en baarmoederhalskanker.

#### 3.2.2 *Hart- en vaatziekten*

Over de totale incidentie levert het Nationaal Kompas geen nieuwe informatie op. In het vorige rapport wordt vermeld dat jaarlijks 95.000 mensen worden opgenomen met als hoofddiagnose coronaire aandoeningen en 178.000 met coronaire aandoeningen als nevendiagnose. Voor de totale sterfte wordt uitgegaan van ca 47.000 personen.

Wat betreft de kosten van preventie wordt in het rapport 'Kosten van preventie in Nederland 2003' een bedrag genoemd van 902 miljoen euro, zijnde de kosten van cholesterol- en bloeddrukverlagers (de Beller-Grob e.a., 2006).

#### 3.2.3 *Diabetes mellitus*

In het Nationaal Kompas 2006 wordt een incidentie opgegeven van 72.500 personen, terwijl de prevalentie wordt geschat op ca. 609.000 personen. Bij een deel van de mensen met diabetes is de ziekte niet gediagnosticeerd. Precieze cijfers voor Nederland ontbreken, maar geschat wordt dat het in Engeland in 2003-2004 om een kwart van de diabeten ging. Door de betere diagnostiek neemt dat percentage waarschijnlijk af.

Wat betreft de kosten van preventie wordt in Kosten van preventie alleen een bedrag genoemd van 0,8 miljoen aan voorlichting, gegeven door het Diabetes Fonds.

De geregistreerde sterfte aan diabetes bedraagt 3.800. Dit lage aantal komt doordat sterfte aan complicaties meestal wordt toegeschreven aan andere doodsoorzaken (bijvoorbeeld hart- en vaatziekten).

---

<sup>1</sup> Incidentie-, prevalentie- en sterftecijfers worden afgerond op 500

### 3.2.4 *Astma en COPD*

Het Nationaal Kompas vermeldt een incidentie van astma van in totaal 117.000 personen en een incidentie van COPD van in totaal 33.500 personen. De prevalentie wordt geschat op 520.000 (astma) en 316.500 (COPD).

De opgegeven sterfte aan astma bedraagt 115 personen en die aan COPD 6422.

Het rapport Kosten van preventie bevat geen specifieke informatie over astma en COPD.

### 3.2.5 *Klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat*

In het Nationaal Kompas wordt voor drie aandoeningen de volgende incidentie en prevalentie vermeld:

- Artrose: 92.500 respectievelijk 682.000
- Osteoporose: 22.000 respectievelijk 156.000
- Nek- en rugklachten: 1.040.000 respectievelijk 1.613.000

Over kosten van preventie wordt in Kosten van preventie alleen een bedrag van ca. 68 miljoen vermeld. Dat heeft betrekking op osteoporose (preventieve geneesmiddelen).

### 3.2.6 *Psychische aandoeningen (depressie, angststoornissen en alcoholverslaving)*

In het Nationaal Kompas worden de volgende aantallen vermeld voor incidentie en prevalentie:

- Depressie: 112.000 respectievelijk 363.500 (in de huisartspraktijk)<sup>2</sup>
- Angststoornissen: 48.500 respectievelijk 131.500 (idem)
- Afhankelijkheid van alcohol: 6.700 respectievelijk 27.000<sup>3</sup>

Over kosten van preventie wordt in Kosten van preventie alleen een bedrag van ca. 60 miljoen vermeld; dat heeft betrekking op enkele gezondheidsbevorderende activiteiten door de GGZ-sector en GGD-en.

## 3.3 **Risicofactoren**

### 3.3.1 *Roken*

In 2004 rookte volgens het Nationaal Kompas ca. 28% van de volwassenen in Nederland; 31% van de mannen en 25% van de vrouwen. Van de jongeren rookt 15% dagelijks. Van de totale sterfte kan ca. 15% worden toegeschreven aan roken; ruim 20.000 mensen sterven jaarlijks aan met roken gerelateerde aandoeningen (de Jong e.a., 2005).

In het rapport Kosten van preventie worden de kosten van preventie van roken geschat op 21,5 miljoen euro. Dat betreft massamediale voorlichting, tabakscontrole en stoppen met roken-interventies.

### 3.3.2 *Problematisch alcoholgebruik*

Van de mannen van 12 jaar en ouder vertoont volgens het Nationaal Kompas 14% overmatig alcohol gebruik. Voor de vrouwen is dat 10%.

Ieder jaar overlijden naar schatting 1900 personen door aandoeningen die direct of indirect een gevolg zijn van overmatig alcoholgebruik.

In het rapport Kosten van preventie worden de kosten van preventie van alcoholmisbruik geschat op een kleine 10 miljoen euro. Daarbij gaat het om

<sup>2</sup> Deze cijfers, op basis van zorgconsumptie, zijn aanzienlijk lager dan wat in epidemiologische studies/bevolkingsonderzoek wordt gevonden

<sup>3</sup> Zie verder bij problematisch alcoholgebruik (paragraaf 3.3.2)

gezondheidsbevorderende en gezondheidsbeschermende maatregelen (dus niet om activiteiten in de curatieve sector).

### 3.3.3 *Bewegen en lichamelijke inactiviteit*

Volgens het Nationaal Kompas 2006 voldeed in 2004 ongeveer de helft van de Nederlandse bevolking tussen de 18 en 55 jaar aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen voor de betreffende leeftijdsklasse. Vrouwen voldoen over het algemeen vaker aan de norm dan mannen.

In het rapport Kosten van preventie worden de kosten van het bevorderen van lichamelijke activiteit en sport geschat op 24 miljoen. Dit betreft geen activiteiten in de curatieve sector.

### 3.3.4 *Voeding en voedingsgewoonten*

De Nederlandse norm is dat niet meer dan 10% van de calorieën afkomstig zou moeten zijn uit verzadigde vetzuren. Van de jongvolwassenen is de inname van verzadigde vetzuren te hoog; slechts 8% voldoet aan de norm. Voor transvetzuren en totaal vet is de situatie wat minder ongunstig.

Jongvolwassenen eten te weinig groenten en fruit; de aanbeveling voor groenten (150 tot 200 gram) wordt maar door weinigen opgevolgd.

In het rapport Kosten van preventie worden de kosten van het bevorderen van een gezonde voeding en het voorkomen van overgewicht geschat op een ruim 12 miljoen euro. Dat betreft voorlichting en preventieve dieetadvisering (door het Diabetes Fonds).

### 3.3.5 *Overgewicht*

Ruim tweevijfde van de volwassen Nederlanders is volgens het Nationaal Kompas te zwaar. Het percentage kinderen met overgewicht is tussen 1980 en 1997 toegenomen van 9 à 10% tot 13 à 14% . Van de jaarlijkse sterfte wordt ca. 5% veroorzaakt door overgewicht.

Zie voor de kosten de vorige paragraaf.





## 4 Preventieve zorgactiviteiten in de curatieve zorg

In het vorige rapport werd dit hoofdstuk aangegeven welke preventieve activiteiten de verschillende beroepsbeoefenaren over het algemeen uitvoeren met betrekking tot de geselecteerde aandoeningen en risicofactoren. Tevens werd ingegaan op het bereik en de effectiviteit van deze activiteiten. De betreffende basisgegevens waren in belangrijke mate afkomstig uit het Brancherapport Preventie over de jaren 2000-2004. Daarvan is sindsdien geen nieuwe versie verschenen.

In dat hoofdstuk werd er op gewezen dat er met betrekking tot psychische aandoeningen meer informatie beschikbaar is gekomen over de effecten van interventies. In dit verband is het interessant dat er in het kader van de VTV een thema-rapport, Gezond verstand; evidence-based preventie van psychische stoornissen, zal verschijnen. Daarin is een overzicht opgenomen van beschikbare effectieve interventies voor preventie van depressies.



## 5 Individu gerichte preventie in richtlijnen

### 5.1 Inleiding

Het verzamelen en analyseren van nieuwe en bijgestelde richtlijnen is zoveel mogelijk op dezelfde wijze aangepakt als beschreven in het rapport uit 2005. Er zijn drie invalshoeken gekozen voor het zoeken naar richtlijnen: via de beroeps- en wetenschappelijke verenigingen van zorgverleners die bij diagnostiek en behandeling van de geselecteerde aandoeningen zijn betrokken, via instituten die richtlijnen ontwikkelen, zoals het CBO en via organisaties zoals de Nederlandse Hartstichting en de Nederlandse diabetes Federatie. De meeste richtlijnen zijn te vinden op de website van de verschillende beroeps- en wetenschappelijke verenigingen en/of op websites met een richtlijn databankfunctie, zoals [www.artsenapotheker.nl](http://www.artsenapotheker.nl) en [www.doconline.nl](http://www.doconline.nl).

<http://nhg.artsennet.nl>  
[www.artsenapotheker.nl](http://www.artsenapotheker.nl)  
[www.nvab-online.nl](http://www.nvab-online.nl)  
[www.opgelucht-werken.nl](http://www.opgelucht-werken.nl)  
[www.elseviergezondheidszorg.nl](http://www.elseviergezondheidszorg.nl)  
[www.nvdietist.nl/artsenwijzer](http://www.nvdietist.nl/artsenwijzer)  
[www.doconline.nl](http://www.doconline.nl)  
[www.oncoline.nl](http://www.oncoline.nl)  
[www.fysionet.nl](http://www.fysionet.nl)  
[www.cbo.nl](http://www.cbo.nl)  
<http://orde.artsennet.nl>

In bijlage A wordt in tabelvorm per aandoening een overzicht gegeven van de richtlijnen van de verschillende beroepsgroepen en organisaties die tussen mei 2005 en september 2006 zijn verschenen.

### 5.2 Resultaten

In de onderzoeksperiode mei 2005 tot en met half oktober 2006 zijn er in totaal 38 richtlijnen verschenen die betrekking hebben op de geselecteerde aandoeningen. Hiervan zijn er 21 nieuw, bij 10 gaat het om een herziening (of het samenvoegen van bestaande richtlijnen), terwijl 6 richtlijnen nog in ontwikkeling zijn. Wat betreft de 21 nieuwe richtlijnen, 16 hiervan bevatten inhoudelijke richtlijnen en 5 gaan over richtlijnen voor samenwerking tussen enerzijds huisartsen en anderzijds verschillende beroepsgroepen.

De laatste jaren valt een verschuiving te constateren van monodisciplinaire naar multidisciplinaire richtlijnen. Dat blijkt ook uit het overzicht in Bijlage A. Interessant is dat een aantal richtlijnen is ontwikkeld in het kader van het Evidence-Based Richtlijn Ontwikkeling programma (EBRO-programma). Meer en meer worden richtlijnen evidence-based.

Een aantal richtlijnen heeft betrekking op meer dan één aandoening. Dat geldt voor de richtlijn Tabaksverslaving die geplaatst is onder hart- en vaatziekten, maar die evenzeer betrekking heeft op de groepen kanker en diabetes mellitus. De in ontwikkeling zijnde

multidisciplinaire richtlijn over de vroegsignalering en behandeling van overgewicht en obesitas wordt genoemd bij diabetes mellitus maar heeft ook betrekking op hart- en vaatziekten.

#### 5.2.1 *Kanker*

In totaal zijn voor deze groep 3 nieuwe richtlijnen verschenen (colorectale carcinomen inclusief levermetastasen). Een richtlijn over erfelijke darmkanker is in ontwikkeling. Momenteel is er discussie over de wenselijkheid en mogelijkheden van een bevolkingsonderzoek op dikkedarmkanker en longkanker. Het valt nog niet te voorspellen hoe de ontwikkelingen de komende jaren zullen zijn, maar als er een (proef)bevolkingsonderzoek komt, valt dat buiten het bestek van deze update.

In de verschenen richtlijnen, opgesteld door de landelijke werkgroep intestinale tumoren, komt preventie (vrijwel) uitsluitend voor in de vorm screening van patiënten met familieleden met bepaalde vormen van erfelijke darmkanker (secundaire preventie).

#### 5.2.2 *Hart- en vaatziekten*

In totaal zijn voor dit gebied 8 richtlijnen verschenen sinds de vorige inventarisatie: 5 nieuwe, 2 herzieningen, terwijl nog 1 richtlijn in ontwikkeling is.

Op dit gebied valt een ontwikkeling van de afgelopen jaren te constateren, namelijk een verschuiving van monodisciplinaire naar multidisciplinaire richtlijnen. Een belangrijk voorbeeld hiervan is de richtlijn Cardiovasculair risicomanagement. Naast de huisartsen zijn ook de cardiologen en internisten actief op dit gebied. Ook de Hartstichting heeft dit onderwerp geagendeerd. De belangrijkste wijzigingen ten opzichte van de eerdere richtlijnen over cholesterol en hypertensie betreffen het medicatiebeleid; vooral met betrekking tot cholesterolverlagers zijn voorschrijfcriteria verscherpt (leeftijdsgrenzen, drempel- en streefwaarden, controleschema's). Een andere belangrijke, multidisciplinaire, richtlijn is de Behandeling van tabaksverslaving. Zoals vermeld is dit onderwerp ook van belang voor (long)kanker en diabetes mellitus. Deze richtlijn bevat richtlijnen voor gedragsmatige en medicamenteuze interventies.

Voorts zijn richtlijnen verschenen ten behoeve van fysiotherapeuten (hartrevalidatie, herziening van bestaande richtlijn) en huisartsen (concrete richtlijnen voor opsporing, diagnosestelling en behandeling van patiënten met familiale hypercholesterolemie; het beleid na een doorgemaakt hartinfarct, ter voorkoming van recidief, door middel van leefstijladvisering en geneesmiddelen).

Interessant is ook het verschijnen van een zogenaamde Landelijke Transmurale Afspraak, gemaakt tussen huisartsen en cardiologen, over het beleid na een doorgemaakt hartinfarct. Hierin worden afspraken gemaakt over de samenwerking tussen beide beroepsgroepen.

De Gezondheidsraad tenslotte heeft voor hartinfarcten een verzekeringsgeneeskundig protocol ontwikkeld, ten behoeve van bedrijfsartsen. De aandacht voor preventie is hierin vrij beperkt.

#### 5.2.3 *Diabetes Mellitus*

Sinds de vorige inventarisatie zijn voor dit gebied 11 richtlijnen verschenen: 7 nieuwe, 4 herzieningen, terwijl nog 1 richtlijn in ontwikkeling is.

Naast meer algemene richtlijnen over voeding (een herziening van een bestaande richtlijn) en zwangerschap en diabetes is er een herziene Standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) verschenen.

Ook zijn enkele meer specifieke richtlijnen uitgebracht. Ten eerste over een aantal aspecten van de uitvoering van zelfcontroles, opgesteld door de Eerste Associatie Diabetes Verpleegkundigen (EADV). Ten tweede richtlijnen voor oogartsen, over secundaire preventie: screening, diagnostiek en behandeling van diabetische retinopathie (oogziekte ten gevolge van diabetes). De derde bevat richtlijnen over het voorkomen van een diabetische voet, terwijl de vierde betrekking heeft richtlijnen om de kans op nefropathie (nierziekte als gevolg van diabetes) te verkleinen.

Ook ten aanzien van diabetes zijn richtlijnen opgesteld om de samenwerking van professionals te verbeteren. De eerste is de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Chronische medicatie bij astma/COPD en diabetes mellitus type 2 die een verbetering beoogt van de samenwerking tussen huisarts en apotheker bij farmazorg. De tweede is een plan van diverse beroepsgroepen met aanbevelingen voor een algemene implementatie van richtlijnen op het gebied van diabeteszorg.

#### 5.2.4 *Astma/COPD*

Sinds de vorige inventarisatie zijn voor dit gebied 4 richtlijnen verschenen: 3 nieuwe en 1 herziening. Hiervan bevatten er 2 feitelijk alleen richtlijnen over diagnose en behandeling en niet over preventie: de richtlijn COPD en de richtlijn Astma bij kinderen, beide van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). De laatste is opgesteld als aanvulling op de NHG-Standaard Astma bij kinderen, omdat in deze laatste de behandelmogelijkheden van kinderfysiotherapie bij kinderen met astma wordt gemist.

De richtlijn ketenzorg COPD, ontwikkeld door de Stichting Ketenkwaliteit COPD, bevat concrete preventie-adviezen. Een andere richtlijn die betrekking heeft op samenwerking is de bij diabetes al genoemde LESA Chronische medicatie bij astma/COPD en diabetes mellitus type 2, met richtlijnen voor verbetering van de samenwerking tussen huisarts en apotheker op het gebied van farmazorg aan patiënten met astma of COPD.

#### 5.2.5 *Klachten van het bewegingsapparaat*

In totaal zijn sinds de vorige inventarisatie voor dit gebied 6 richtlijnen verschenen: 2 nieuwe en 4 herziene richtlijnen; 2 richtlijnen zijn nog in ontwikkeling.

Over osteoporose zijn 2 herziene richtlijnen verschenen, een voor huisartsen (NHG-Standaard) en een voor fysiotherapeuten (KNGF); beide bevatten meer dan voorheen richtlijnen voor valpreventie.

De Gezondheidsraad heeft voor specifieke lage rugpijn een verzekeringsgeneeskundig protocol ontwikkeld, ten behoeve van bedrijfsartsen. Belangrijk onderdeel is het voorstel om te komen tot een systematische probleemanalyse, waarin ook expliciet wordt ingegaan op prognose en werkhervatting.

De nieuwe KNGF-richtlijn Enkelletsel bevat enkele richtlijnen om een recidief te voorkomen. De herziene KNGF-richtlijnen over artrose van heup en knie en lage-rugpijn tenslotte bevatten enkele richtlijnen om effectiever om te gaan met artrose respectievelijk het juiste bewegingsgedrag te continueren.

#### 5.2.6 *Psychische aandoeningen*

Voor deze groep, en dan in het bijzonder depressie, angststoornissen en alcoholverslaving) is sinds de vorige inventarisatie 1 nieuwe richtlijn verschenen. Dat is de LESA Depressieve stoornis die aanbevelingen bevat voor werkafspraken tussen

huisartsen en eerstelijns psychologen. Preventie wordt hierbij niet echt apart onderscheiden; wel wordt aandacht geschonken aan depressie in de werkomgeving.

Het CBO is, in samenwerking met onder andere de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, bezig met de ontwikkeling van een richtlijn over alcoholverslaving.

In de onderhavige periode heeft dit samenwerkingsverband ook richtlijnen gepubliceerd over ADHD, eetstoornissen en schizofrenie.

## 6 Financiëring van preventie in de verzekerde zorg

De financiering van preventieve activiteiten uit de Zorgverzekeringswet is vergelijkbaar met die op grond van de Ziekenfondswet. Wat betreft de onderwerpen die voor deze update zijn geselecteerd zijn er geen wezenlijke veranderingen.

De in het vorige rapport vermelde knelpunten zijn een jaar later nog steeds dezelfde: preventieve activiteiten zijn doorgaans arbeidsintensief en de huidige financiering voorziet niet in het adequaat faciliteren en stimuleren, bijvoorbeeld door middel van prikkels, van preventie.

Zie voor informatie over preventie in de aanvullende polissen hoofdstuk 9.





## 7 Preventiebeleid beroepsgroepen

Op voorhand is aangenomen dat de ervaringen en opvattingen van beroepsgroepen sinds de vorige inventarisatie niet zullen zijn veranderd. Daarom is in samenspraak met het CVZ bij aanvang van onderhavig project besloten dit onderwerp buiten beschouwing te laten in deze update.



## 8 Preventiebeleid overheid

### 8.1 Inleiding

Het belangrijkste beleidsrapport dat sinds het verschijnen van het rapport Preventie in de verzekerde zorg in 2005 is verschenen, is de preventienota Kiezen voor gezond leven. Deze nota, die vergezeld gaat met een speerpunten- en actieprogramma, is door het ministerie van VWS in oktober 2006 gepubliceerd.

Daarnaast zijn, als belangrijke achtergronddocumenten, het RIVM-rapport Zorg voor gezondheid; Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006 en het Nationaal Kompas Volksgezondheid van het RIVM verschenen. Gegevens hieruit zijn reeds in hoofdstuk 3 besproken.

### 8.2 Prioriteiten in preventie

In de preventienota Kiezen voor gezond leven worden de landelijke prioriteiten voor de komende vier jaar vastgesteld. Doel is vooral een betere afstemming tussen rijksbeleid en lokaal beleid. De lijn preventie-curatie zal in 2007 nader worden uitgewerkt.

Het preventiebeleid van de overheid voor de komende jaren kent de volgende uitgangspunten en doelstellingen:

- Bevorderen van een gezonde leefstijl is hoofdthema van het beleid
- Welvaartsziekten zijn grotendeels te vermijden
- Aanpak: mensen stimuleren tot de gezonde keuzes
- Betere samenwerking binnen en buiten de overheid nodig.

In de preventienota en de bijhorende speerpunten en actieprogramma is gekozen voor de volgende prioriteiten: roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht (bewegen en voeding), diabetes en depressie.

Ten aanzien van roken, diabetes en overgewicht wordt voortgegaan op de al eerder ingeslagen weg (nota Langer gezond leven uit 2003). Schadelijk alcoholgebruik en depressie zijn nieuwe speerpunten.

In de preventienota wordt uitgesproken dat een bredere aanpak van het landelijke preventiebeleid gewenst is. Hierbij is ook een duidelijke rol weggelegd voor de curatieve sector.

### 8.3 Roken

De preventienota heeft ten aanzien van roken als doelstelling het verminderen van het percentage rokers van 28% nu naar 20% in 2010.

Ten aanzien van roken wordt de curatieve sector expliciet genoemd, in relatie tot de behandeling van hart- en vaatziekten en diabetes. Verwezen wordt naar de minimale interventie strategie die door huisartsen wordt gehanteerd. Dit is een van de voorbeelden van kosten-effectieve preventie die in het rapport Economische evaluatie van preventie; kansen voor het Nederlandse volksgezondheidsbeleid van het RIVM en ZonMw (Vijgen e.d., 2005) worden beschreven.

#### 8.4 Schadelijk alcoholgebruik

De in de preventienota geformuleerde doelstelling is:

- Het gebruik van alcohol bij jongeren onder de 16 jaar terugbrengen naar het niveau van 1992
- Het verminderen van het percentage volwassen probleemdrinkers van 10,3 procent nu naar 7,5 procent in 2010.

Beleid op dit gebied betreft in belangrijke mate gezondheidsbevordering en – bescherming op landelijk en lokaal niveau.

#### 8.5 Overgewicht (bewegen en voeding)

De in de preventienota geformuleerde doelstelling is:

- Het percentage volwassenen met overgewicht moet niet stijgen (peiljaar 2005)
- Het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen (peiljaar 2005).

Op landelijk niveau is een geïntegreerd actieplan opgesteld (Energie in Balans, oktober 2005). Het beleid richt zich op gezondheidsbevordering en het faciliteren van gezond gedrag. Het concept van de vitaliteitcoach zal nader worden uitgewerkt. Op lokaal niveau zal nauw worden samengewerkt met zorgverleners. Ook ten aanzien van overgewicht wordt de curatieve sector expliciet genoemd, in relatie tot de behandeling van hart- en vaatziekten en diabetes.

#### 8.6 Diabetes

De in de preventienota geformuleerde doelstelling is:

- Het aantal patiënten met diabetes mag tussen 2005 en 2025 met maximaal 15 procent stijgen
- Daarbij heeft 65 procent van de diabetespatiënten geen complicaties

De komende jaren wordt het bestaande diabetesactieprogramma, dat gericht is op secundaire preventie, uitgebreid naar primaire preventie. Daarbij gaat het om een combinatie van algemene publieksvoorlichting en een campagne gericht op groepen met een hoog risico. Wat betreft de lokale aanpak, wordt de samenhang tussen preventie en curatie benadrukt.

Wat complicaties betreft kan gewezen worden op het rapport Kansen voor het Nederlandse volksgezondheidsbeleid, waarin screenen op aantasting van het netvlies (retinopathie) bij diabetespatiënten wordt genoemd als kosten-effectieve activiteit, gericht op het voorkomen van blindheid.

#### 8.7 Depressie

De in de preventienota geformuleerde doelstelling is dat meer mensen preventieve hulp tegen depressies krijgen dan nu het geval is (nu worden ongeveer 4.000 personen bereikt).

Een samenwerkingsverband – het Partnership Depressie Preventie – moet de organisatie van de zorg op dit gebied en de preventie van depressie gaan verbeteren, onder meer door het opstellen en implementeren van een klinische richtlijn depressiepreventie. Het bestaande Doorbraakproject Depressie wordt voortgezet. Een belangrijke activiteit is het in de eerste en tweede lijn invoeren van een ‘stepped care’ aanpak bij de

diagnostiek en behandeling van mensen met een depressie. Daarbij wordt begonnen met een minimale interventie die zonodig overgaat in een meer intensieve aanpak.

## **8.8 Overig**

Wat betreft de voor deze update geselecteerde onderwerpen is nog van belang de visie van de overheid op screening op dikkedarmkanker. Dat is een van de voorbeelden van kosten-effectieve interventies die in het rapport Kansen voor het Nederlandse volksgezondheidsbeleid beschreven worden. Het standpunt van de minister van VWS is dat eerst nader onderzoek nodig is voordat over landelijke invoering kan worden besloten (antwoord van de minister, 10 augustus 2006, op kamervragen). Dat nadere onderzoek betreft onder meer de organisatie van een bevolkingsonderzoek, de kosteneffectiviteit en de acceptatie van verschillende tests door de Nederlandse bevolking.



## 9 Preventiebeleid zorgverzekeraars

### 9.1 Inleiding

Voor deze update zijn de aanvullende polissen voor het jaar 2006 van de zorgverzekeraars die direct of via een moedermaatschappij lid zijn van Zorgverzekeraars Nederland bestudeerd. Het gaat in totaal om de polissen van 22 verschillende zorgverzekeraars (inclusief ‘werkmaatschappijen’) die een eigen aanvullende polis aanbieden. In 2005 waren er nog 33 zorgverzekeraars met een eigen aanvullende polis.

### 9.2 Preventie in de aanvullende verzekering

Het aanbod aan aanvullende verzekeringen is bij sommige verzekeraars fors uitgebreid, onder andere met meer doelgroepgerichte aanvullende polissen (jongeren, ouderen). Alle verzekeraars bieden preventieve activiteiten aan in hun aanvullende polissen. Opgemerkt moet worden dat bij één verzekeraar zich dit beperkt tot het vergoeden van anticonceptie voor vrouwen boven de 21 jaar. Alle andere verzekeraars bieden diverse andere activiteiten aan.

In Bijlage B wordt in tabelvorm een overzicht gegeven welke preventieve activiteiten worden vergoed, de hoogte van de vergoeding en bij welke instelling de verzekerden terecht kunnen. Uit deze tabel en uit onderstaande korte beschouwingen moge blijken dat er in het algemeen in meer aanvullende polissen meer preventieve activiteiten zijn opgenomen dan het geval was in 2005.

#### 9.2.1 *Dieetadvisering*

Standaard is in het basispakket opgenomen 4 uur dieetadvisering door een diëtist, dat voor 100% vergoed wordt. Het gaat hierbij om dieetadvisering op voorschrift van de huisarts, in relatie tot klachten als maag/darm klachten, overgewicht en allergie. Preventieve dieetadvisering wordt niet vergoed uit het basispakket.

Bij 10 verzekeraars wordt in de aanvullende verzekeringen een extra vergoeding opgenomen. Niet altijd is uit de informatie duidelijk welke voorwaarden gesteld worden, bijvoorbeeld of het ook daadwerkelijk preventieve advisering kan zijn. De vergoedingen wisselen per verzekeraar en type aanvullende verzekering en worden bepaald op een maximaal percentage of bedrag, al dan niet gebonden aan een maximaal aantal adviezen of adviesuren.

Eén enkele verzekeraar geeft op de website zelf adviezen of verwijst naar andere websites.

Twee verzekeraars geven aan vergoeding voor een gezond product. Eén verzekeraar heeft opgenomen dat extra kosten voor een glutenvrij dieet worden vergoed. Er is geen specifieke invulling voor diabetesdieet aangetroffen.

#### 9.2.2 *Sport en Bewegen*

Hierbij is inbegrepen de sportmedische advisering en blessure consulten bij een sportarts of sportmedisch adviescentrum.

Voor sport en beweging geven zeven verzekeraars korting op inschrijfgeld en/of op contributie voor fitnesscentra, sportactiviteiten (On Track) en op cursussen gericht op bewegen. Enkele verzekeraars geven aan specifieke doelgroepen (hartpatiënten,



reumapatiënten) extra vergoeding voor (aanbevolen) sportactiviteiten bij erkende sportcentra.

Voor sportmedisch (blessure) advisering en/of sportkeuring geven 21 van de 22 verzekeraars een vergoeding in een of meer aanvullende polissen. Eén verzekeraar vergoedt ook het gebruik van heupprotectoren.

#### 9.2.3 *Leefstijl*

Specifieke leefstijladvisering is door slechts enkele verzekeraars opgenomen in een aanvullend pakket. De vergoeding is beperkt tot een specifieke leefstijladviseur. Ook wordt korting gegeven op het abonnement 'On Track wandel- en fietsroutes'.

#### 9.2.4 *Preventieve cursussen, voorlichting, gezondheidscursussen*

18 verzekeraars bieden een vergoeding aan voor het volgen van cursussen/voorlichtingsactiviteiten met een preventief doel. Met name worden genoemd een cursus Stoppen met roken of Voeding, Bewegen en Afvallen. Er zijn ook verzekeraars die in de vergoedingenlijst geen nadere aanduiding geven van de soorten cursussen. Het gebeurt regelmatig dat verzekerden slechts een vergoeding krijgen voor één cursus uit een reeks van vele mogelijkheden, waaronder bijvoorbeeld ook EHBO bij kinderen. 17 verzekeraars bieden op de een of andere wijze een vergoeding aan voor één of meer overgangsconsult(en). De helft van deze verzekeraars stelt als eis dat het consult plaats vindt bij een consultant/organisatie aangesloten bij Care for Women.

#### 9.2.5 *Preventieve onderzoeken*

De screening op baarmoederhalskanker en op borstkanker wordt door de Rijksoverheid bekostigd. In de aanvullende verzekeringen van 17 verzekeraars zijn –in wisselende samenstelling - andere vormen van preventief onderzoek opgenomen, uiteenlopend van prostaatkankeronderzoek tot allergietesten en ECG. 1 verzekeraar geeft een vergoeding voor een 'algehele check-up' (niet nader gespecificeerd) en 1 verzekeraar vergoedt in een zogenaamde 'levensfase module' een bedrag voor een 'prenatale screening.

### 9.3 **Visie en standpunten**

Voor zover dat af te leiden valt van de wegsites zijn er betreft visies en standpunten van zorgverzekeraars geen veranderingen waar te nemen sinds de vorige inventarisatie.

## 10 Beschouwing

In hoofdstuk 10 van het TNO-rapport uit 2005 stond een beschouwing over de resultaten, deels in de vorm van een samenvatting. Mede omdat de betreffende tekst nog steeds actueel is, is dat hoofdstuk integraal opgenomen in bijlage C.

Geconstateerd werd dat binnen de curatieve sector veel preventieve activiteiten worden uitgevoerd door de verschillende beroepsbeoefenaren. Tevens werden enkele knelpunten benoemd die te maken hebben met de organisatie en financiering van deze preventieve activiteiten.

Dit laatste blijft de komende jaren zeker een aandachtspunt (Davidse e.a. 2006). Daarbij gaat het om aan de ene kant preventie als verzekerde prestatie (hetzij binnen de huidige functionele aanspraken of als eigenstandige functionele aanspraak) en anderzijds om de vergoeding aan de zorgverleners. Nu wordt preventie gezien als functioneel onderdeel van het reguliere werk van beroepsbeoefenaren en als onderdeel van richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van aandoeningen. Het verdient aanbeveling na te gaan of het voor versterking van preventie in de curatieve zorg nodig is te komen tot een aparte functionele omschrijving van preventie, bijvoorbeeld in de vorm van Preventie-DBC's. Op dit moment is de financiering van preventie in de curatieve sector niet goed geregeld. Zeker als een nog groter beroep gedaan gaat worden op de curatieve zorg om preventieve activiteiten uit te breiden, ligt het in de rede dat de financieringssystematiek wordt verbeterd. Ook is een goede regie onontbeerlijk. Wat de gevolgen zijn van het nieuwe stelsel voor deze punten, is nog niet duidelijk.

De recent verschenen preventienota van de minister van VWS vergt een forse inzet van veel partijen in de zorg. Vanuit de curatieve sector zal zeker ook een bijdrage nodig zijn, al valt op dit moment nog niet te zeggen waar die precies uit zal bestaan.

Het nieuwe zorgstelsel heeft er toe geleid dat meer preventieve activiteiten in de aanvullende polissen zijn opgenomen. Daarbij is een duidelijk verschil waar te nemen tussen zorgverzekeraars. Enkele zorgverzekeraars bieden nu doelgroepenpolissen aan, waarin ook preventieve activiteiten staan. Niet bekend is wat het bereik van deze activiteiten is.



## 11 Bronnen

Bekker-Grob EW de, Polder JJ, Witte KE, Mackenbach JP, et al. Kosten van preventie in Nederland 2003; zorg voor euro's – 4. Rotterdam/Bilthoven, ErasmusMC/RIVM, 2006

Davidse W, Jong ORW de, Assendelft WJJ. Preventie in curatieve sector en het nieuwe stelsel. TSG 2006,84;293-96

Hollander AEM de, Hoeymans N, Melse JM, Oers JAM van et al. Zorg voor gezondheid; volksgezondheid toekomst verkenning 2006. Bilthoven, RIVM, 2006

Jong ORW de, Reeuwijk-Werkhorst J van, Davidse W, Perenboom RJM, Quak ABWM, Assendelft WJJ. Preventie in de verzekerde zorg. Leiden, TNO KvL, 2005

Ministerie VWS. Reactie rapport 'Kansen voor het Nederlandse volksgezondheidsbeleid'. Tweede Kamer, kamerstuk 9-12-2005

Ministerie VWS. Preventienota Kiezen voor gezond leven (en speerpunten en actieprogramma). Den Haag, Ministerie VWS, 2006

Stuurgroep Convenant overgewicht. Energie in Balans. Actieplan 27 oktober 2005

Vijgen SMC, Busch MCM, G.A. de Wit, Zoest F van, Schuit AJ. Economische evaluatie van preventie; kansen voor het Nederlandse Volksgezondheidsbeleid. Bilthoven, RIVM, 2005



## A Overzicht resultaten preventie in richtlijnen



| Aandoening                                  | Opsteller(s) / initiatiefnemer(s)  | Naam richtlijn  | Verschijningsdatum   | Trefwoorden  |
|---|--|---|--|--|
| <b>Kanker (dikke darm, endeldarm, long)</b> | Landelijke werkgroep gastrointestinale tumoren<br>Landelijke werkgroep gastrointestinale tumoren   | Colorectale levermetastasen<br>Coloncarcinoom   | Juni 2006<br>Juni 2005   | Bevat geen informatie/richtlijnen over preventie<br>Screening van familieleden van familiale adenomateuze polyposis (FAP) wordt aanbevolen.<br>Geen richtlijnen voor algemene screening omdat de kosten-effectiviteit voor de Nederlandse situatie niet is aangetoond.   |
|   | Landelijke werkgroep gastro-intestinale tumoren<br>Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO (CBO), i.s.m. Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC) en diverse wetenschappelijke verenigingen van artsen | Rectum carcinoom<br>Erfelijke darmkanker  | Oktober 2005<br>In ontwikkeling (wordt verwacht in april 2007) | Zie bij coloncarcinoom<br>N.v.t.   |
| <b>Hart- en vaatziekten</b>                 | CBO, Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en andere wetenschappelijke verenigingen, o.a. de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NIVV)  | Cardiovasculair risicomanagement (vervangt de NHG-Standaarden hypertensie en cholesterol. De internisten hebben ook een richtlijn cardiovasculair risicomanagement (2005) | Juli 2006  | Algemene leefstijladvisering (niet roken, lichaamsbeweging, voeding)<br>Wat betreft cholesterol: case finding en behandeling met cholesterolverlagers en bloeddrukverlagers<br>Medicamenteuze preventie bij alle patiënten met hart- en vaatziekte (cholesterolverlagers, acetylsalicylzuur/ orale antistolling).<br>Wat cholesterolverlagers betreft zijn leeftijdsgrenzen vervallen, drempels en streefwaarden verlaagd en controleschema's geïndividualiseerd. Het LDL-cholesterolgehalte wordt bij controles gemeten i.p.v. het totale cholesterol |



| Aandoening | Opsteller(s) / initiatiefnemer(s)                 | Naam richtlijn   | Verschijningsdatum | Trefwoorden   |
|------------|---|--|--------------------|---|
|            | NHG   | Standpunt Diagnostiek en behandeling van familiale hypercholesterolemie (FH)         | April 2006         | Criteria voor het opsporen, completeren van het FH risicoprofiel, uitvoeren DNA-diagnostiek en behandeling: verlaging LDL-cholesterolgehalte, aanpakken risicofactoren (roken, verhoogde bloeddruk, hyperglycemie)  |
|            | NHG   | Standaard Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct                                   | Mei 2005           | Richtlijnen ter voorkoming van recidief, door hartrevalidatie en leefstijladviezen (roken, bewegen, voeding, alcohol) en medicamenteus (o.a. cholesterolverlagers en acetylsalicylzuur)   |
|            | NHG/NVVC  | Landelijke Transmurale Afspraak Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct             | Mei 2005           | Bevat richtlijnen voor samenwerking tussen huisartsen en cardiologen (beleid, voorlichting, terugverwijzing, contoles). Sluit inhoudelijk aan bij de NHG-Standaard en richtlijnen van de NVVC   |
|            | CBO i.s.m. diverse wetenschappelijke verenigingen | Behandeling van tabaksverslaving   | 2006               | Bevat richtlijnen voor gedragmatige ondersteuning (eenmalige, korte ondersteunende interventies, telefonische counseling, intensieve interventies) en voor farmacologische ondersteuning.   |
|            | CBO i.s.m. diverse wetenschappelijke verenigingen | Beroerte, Richtlijn Diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte | In ontwikkeling    | n.v.t.  |
|            | Gezondheidsraad                                   | Protocollen verzekerings-geneeskunde: hartinfarct                                    | November 2005      | Bepikte aandacht voor preventie. Het gaat vooral om de beoordeling van de functionele mogelijkheden na een hartinfarct en de prognose. Wat laatste punt betreft, wordt aandacht geschonken aan werk- en omgevingsgebonden factoren die te beïnvloeden zijn. |

| Aandoening               | Opsteller(s) / initiatiefnemer(s)  | Naam richtlijn   | Verschijningsdatum | Trefwoorden  |
|--------------------------|--|--|--------------------|--|
|                          | Koninklijk Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)   | Richtlijn Hartrevalidatie (herziening van de richtlijn uit 2001)   | 2005               | Richtlijnen voor gespecialiseerde fysiotherapeuten, o.a. betreffende specifieke bewegingsprogramma's (mede ter voorkoming van recidieven); richtlijnen voor signalering van risicovol gedrag (roken, voeding, beweging, therapietrouw) |
| <b>Diabetes mellitus</b> | NHG  | Diabetes mellitus type 2 (tweede herziening)   | Maart 2006         | Opsporing hoog-risicogroepen, cardiovasculair risicoprofiel, leefstijlfactoren<br>Aanpassing richtlijnen medicamenteuze behandeling  |
|                          | NHG/KNMP <sup>4</sup> /WINAP <sup>5</sup>  | Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Chronische medicatie bij astma / COPD en diabetes mellitus type 2 | September 2006     | Aansluiten bij bestaande richtlijnen/standaarden. Verbetering samenwerking tussen huisarts en apotheker m.b.t. voorlichting, keuze medicatie, toedieningsvorm en instructie  |
|                          | NHG en groot aantal andere organisaties  | LESA Diabetes mellitus type 2  | Juli 2006          | Aansluiten bij bestaande richtlijnen/standaarden. Richt zich op optimale samenwerking tussen verschillende beroepsgroepen in de eerste lijn  |
|                          | Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) i.s.m. de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) | De behandeling van acute ontregeling van diabetes mellitus DKA en HHS <sup>6</sup> (update van de richtlijn uit 2003)  | 2005               | Richt zich op preventie van DKA (zelfde als in eerdere richtlijn)  |
|                          | NIV, CBO en de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF)  | Richtlijn diabetische voet (herziening CBO richtlijn diabetische voet uit 1998; in het kader van het EBRO programma)   | 2006               | Preventie van voetulcus door jaarlijkse controle, gericht onderzoek, schoeisel, en andere hulpmiddelen, regelmatige voetzorg en preventie van recidieven   |

<sup>4</sup> Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie

<sup>5</sup> Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers

<sup>6</sup> Diabetische keto-acidose respectievelijk Hyperosmolair hyperglycemisch non-ketotisch syndroom

| Aandoening | Opsteller(s) / initiatiefnemer(s)                       | Naam richtlijn  | Verschijningsdatum | Trefwoorden   |
|------------|---|---|--------------------|---|
|            | NIV, CBO en NDF   | Richtlijn Diabetes en Zwangerschap (in het kader van het EBRO programma)  | 2006               | Preventie van verhoogd risico op congenitale afwijkingen (streefwaarde HbA1c)<br>Preconceptionele voorlichting<br>Controles ter voorkoming complicaties (o.a. pyelitis, macrosomie, asfyxie, geboortetrauma, sterfte)   |
|            | NIV, CBO  | Richtlijn Diabetische nefropathie. Monitoring, diagnostiek en behandeling (in het kader van het EBRO programma) | 2006               | Aandacht voor klassieke risicofactoren (roken, hypertensie, vetspectrumafwijkingen, beweging en voeding).<br>Glucoseregulatie (type 1 en 2) en bloeddrukcontrole ter verkleining van kans op nierschade   |
|            | NIV, CBO, NDF e.a.                                      | Implementatieplan richtlijnen diabetes mellitus   | April 2006         | Plan waarin de implementatie van een aantal multidisciplinaire richtlijnen voor diabeteszorg wordt beschreven   |
|            | NDF   | Voedingsrichtlijnen bij diabetes (herziening van deze richtlijn uit 2003)                                       | Oktober 2006       | Per nutriënt (energie, eiwit, vet, koolhydraten, glycemische index, vezels, vocht, alcohol, vitamine B 11 en 12, magnesium) worden aanbevelingen gedaan, gericht op het beperken van acute klachten van hypo- en hyperglycemie, het voorkomen of uitstellen van late complicaties, en het zorgen voor en behoud van een optimale voedingstoestand |
|            | Eerste Associatie Diabetes Verpleegkundigen (EADV)      | Richtlijn De uitvoering van de zelfcontrole (was volgens de site tijdens onderzoek in 2005 nog in ontwikkeling) | September 2004     | Bevat richtlijnen over het uitvoeren van zelfcontrole (instructie, wijze afname, kwaliteitscontrole e.d.)<br>Sluit inhoudelijk aan bij de Richtlijnen en Adviezen voor goede diabeteszorg van de NDF (2000)   |
|            | CBO i.s.m. verschillende wetenschappelijke verenigingen | Richtlijn obesitas  | In ontwikkeling    |   |

| Aandoening           | Opsteller(s) / initiatiefnemer(s)         | Naam richtlijn  | Verschijningsdatum | Trefwoorden   |
|----------------------|---|---|--------------------|---|
|                      | Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) | Diabetische Retinopathie DR).<br>Richtlijnen screening, diagnostiek en behandeling<br>(in het kader van het EBRO programma) | Maart 2006         | Voor preventie zijn de richtlijnen van belang over de screening op DR. Deze betreffen de methode, aanvullende onderzoek (visusbepaling), tijdstip en frequentie van screening en verwijzing               |
| <b>Astma en COPD</b> | NHG                                       | LESA Chronische medicatie bij astma / COPD en Diabetes mellitus <sup>7</sup>  | September 2006     | Aansluiten bij bestaande richtlijnen/standaarden. Verbetering samenwerking tussen huisarts en apotheker m.b.t. voorlichting, keuze medicatie, toedieningsvorm en instructie.                              |
|                      | Stichting Ketenkwaliteit COPD             | Ketenzorg COPD<br>(tijdens inventarisatie in 2005 nog in concept-vorm)  | 2005               | Multidisciplinaire zorg, patiëntenvoorlichting en zelfmanagement, concrete preventie-adviezen en instructies voor de opzet van een behandelplan worden beschreven   |
|                      | KNGF                                      | Richtlijn astma bij kinderen  | 2005               | Dit is een aanvulling op de NHG standaard astma bij kinderen uit 1998, waarin de behandelmogelijkheden van kinderfysiotherapie bij deze groep kinderen nauwelijks aandacht krijgt. Gericht op behandeling |
|                      | KNGF                                      | Richtlijn COPD<br>(herziening van de richtlijn uit 1998)  | 2005               | Betreft diagnose en therapie. Geen duidelijke richtlijnen met betrekking tot eventuele preventie  |

<sup>7</sup> Dezelfde richtlijn als die welke bij Diabetes Mellitus wordt genoemd

| Aandoening  | Opsteller(s) / initiatiefnemer(s)                       | Naam richtlijn  | Verschijningsdatum | Trefwoorden  |
|---|---|---|--------------------|--|
| Klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat (artrose, reumatoïde artritis, osteoporose, nek- en rugklachten) | NHG   | Osteoporose (herziene uitgave)                                  | Oktober 2005       | Meer aandacht voor valpreventie (visus, mobiliteit/evenwichtsstoornissen, geneesmiddelen die de kans op vallen vergroten) en een duidelijker plek voor medicamenteuze behandeling ter preventie van botbreuken   |
|   | CBO i.s.m. verschillende wetenschappelijke verenigingen | Richtlijn Wervelletsel  | In ontwikkeling    | N.v.t.   |
|   | CBO i.s.m. verschillende wetenschappelijke verenigingen | Richtlijn Heup- en knieartrose                                  | In ontwikkeling    | N.v.t.   |
|   | Gezondheidsraad   | Protocollen verzekerings-geneeskunde: specifieke lage rugpijn   | November 2005      | Bij dreigend langdurig verzuim maakt de bedrijfsarts binnen 6 weken een probleemanalyse (met aandacht voor o.a. aard klachten, functionele mogelijkheden, belasting, herstelbelemmerende factoren, prognose)<br>Daarna plan van aanpak door werkgever en werknemer |
|   | KNGF  | Richtlijn enkelletsel   | 2006               | Gericht op diagnostiek en behandeling. Bevat enkele richtlijnen in de sfeer van advisering om een recidief te voorkomen (o.a. hulpmiddelen, belasting)   |
|   | KNGF  | Richtlijn artrose heup-knie (herziening van richtlijn uit 2001) | 2005               | Gericht op diagnostiek en behandeling. Bevat enkele richtlijnen over leefstijl om effectiever om te kunnen gaan met artrose  |
|   | KNGF  | Richtlijn Lage-rugpijn (herziening van richtlijn uit 2001)      | 2005               | Gericht op diagnostiek en behandeling. Bevat enkele richtlijnen, o.a. om juiste bewegingsgedrag te continueren   |

| Aandoening   | Opsteller(s) / initiatiefnemer(s)   | Naam richtlijn             | Verschijningsdatum | Trefwoorden   |
|--|---|----------------------------|--------------------|---|
| Psychische aandoeningen (depressie, angststoornissen, alcoholverslaving) | NHG/LVE <sup>8</sup>  | LESAs depressieve stoornis | April 2006         | Richtlijnen voor samenwerking en werkspraken tussen huisartsen en eerste lijns psychologen (diagnostiek, voorlichting, begeleiding, medicamenteuze behandeling bij psychologische interventie, overleg/verwijzing/terugrapportage, aandacht voor depressie in werkomgeving). Inhoudelijk wordt aangesloten bij de NHG-Standaard Depressieve stoornis uit 2003 |
|  | CBO, i.s.m. de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ e.a. wetenschappelijke verenigingen van artsen en psychologen | Alcoholverslaving          | In ontwikkeling    | N.v.t.  |

<sup>8</sup> Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen



## B Overzicht preventie in aanvullende verzekering zorgverzekeraars





| NAAM / PLAATS VERZEKERAARS                           | Dieetadviesering/<br>Voedingsadvies   | Sport/<br>Bewegen   | Leefstijl   | Overgangs-<br>consult  | Preventieve cursussen, voorlichting/<br>Gezondheids-<br>cursussen   | Preventieve onderzoeken  | Anti-<br>conceptie                                   |
|--|---|---|---|--|---|--|--|
| <b>Achmea<br/>Zorg/Zilveren Kruis<br/>Amstelveen</b> | Energieverbeteringsprogramma: 15% korting op het NOVO programma van ImmoGenics. (betreft voedingsadvies).<br>Dieetadviesering: basispakket: 100% tot max. 4 uur pp per kj; aanvullend vanaf 2 sterren: 75% tot max. € 115,- pp per kj | Fitness: 50% korting op het inschrijfgeld, 20% korting op de contributie en 25% korting op bepaalde cursussen bij health Centers en Ten Tije Fitness. Nordic Walking: 30% korting op een proefles.<br>Nordic Walking is dynamisch wandelen met stokken. Ontrack wandel- en fietsroutes: 50% korting op abonnementskosten.<br>Sportmedisch onderzoek: In aanvullende polis: 1 x per 2 kj, er geldt een eigen bijdrage per onderzoek 2 x per kj kosten van een blessure- en/of herhalingsconsult. | health Shop: Korting bij aanschaf van producten in de health Shop. 30% korting op een ééndaagse training<br>bewustwording van de persoonlijke balans in werk en privé bij Leefstijl Trainingscentrum (LTC) te Dalftsen.<br>Ontspanningsarrangementen: Korting op ontspanningsarrangementen bij diverse centra.<br>Leefstijltrainingen: vanaf 3 sterren: Max. 1 leefsijltraining pp per kj. Eigen bijdrage € 100,- | Overgangsconsultant: 10% korting op het consulttarief van Care for Women<br>overgangsconsulenten<br>Vanaf 3 sterren: 75% van het consulttarief tot max. € 115,- pp per kj bij Care for Women | Preventieve cursussen: Minimaal 25% korting op schriftelijke cursussen: Lekker in je vel, Lekker gezond, Lekker slank, Plezier in de overgang, Stoppen met roken. Vanaf 2 sterren:<br>Tegenwoordiging van 75% in de kosten van preventieve cursussen tot max. € 115,- per cursus, pp per kj | health Check:<br>Preventieve gezondheidstest voor longfunctie en hart- en vaatziekten voor € 15,-<br>. Preventieve onderzoeken: in aanvullende polis: 100% | In aanvullende polissen: > 21 jaar: pil 100% vergoed |
| <b>Agis<br/>Zorgverzekeringen<br/>Amersfoort</b>     |   | Sportmedisch Advies Centrum:<br>compactpolis: 35€ pj, compleet: 50€ pj, comfort: 75 € pj  |   | comfortpolis: 75%, tot max 150€ pj   | gezondheidscursus: compleetpolis: 25€ pj; comfort polis: 50€ pj   |  | > 21 jaar: 100%                                      |

| NAAM / PLAATS VERZEKERAARS      | Dieetadviesering/<br>Voedingsadvies | Sport/<br>Bewegen  | Leefstijl   | Overgangs-<br>consult    | Preventieve cursussen, voorlichting/<br>Gezondheids-<br>cursussen  | Preventieve onderzoeken  | Anti-<br>conceptie                                 |
|---------------------------------|-------------------------------------|--|---|--------------------------|--|--|--|
| <b>Avéro Achmea<br/>Zaandam</b> |                                     | Sportmedische keuring: in aanvullende verzekeringen<br>Vergoeding van per persoon de volgende behandelingen in een sportmedische instelling: - Eenmaal per 24 maanden de kosten van een sportmedisch onderzoek. De eigen bijdrage per onderzoek bedraagt € 10,-; - Tweemaal per kalenderjaar de kosten van een blessureconsult en/of herhalingsconsult.  | Vergoeding van de kosten van maximaal één leefstijltraining per kalenderjaar georganiseerd door het Leefstijl Trainingscentrum te Dafsen. De eigen bijdrage bedraagt € 100,- per training. De volgende basistrainingen komen voor vergoeding in aanmerking: - Training voor harpatënten; - whiplashpatënten; - Training voor mensen met een burn-out; - Training stressreductie bij mensen met stotterproblemen | In AV top: 75%, max 150€ | In aanvullende verzekeringen: 75% van de kosten van preventieve cursussen tot maximaal € 115,- per cursus per persoon per kalenderjaar. Hoogste aanvullende pakket: 100% | In aanvullende verzekeringen: dekking voor periodiek algemeen onderzoek (check-up) door een (alternatief) medisch zorgverlener tot ten hoogste het tarief van een grote keuring door de huisarts (maximaal één keer per 2 jaar.)<br>In aanvullende verzekeringen: dekking voor: Vergoeding van de kosten van onderzoek door een huisarts of specialist ten behoeve van vroeger opsporing van: Baarmoederhalskanker (uitsrijkje);- Borsitanker; - Hart-en vaatziekten (maximaal één keer per 24 maanden); - Prostaatkanker. | Vanaf 21 jaar: vanaf extra aanvullende polis: 100% |
| <b>AZIVO</b>                    |                                     | Via abonnement op Meavita voordeelplan (100% vergoeding abonnement in AV basis en AV top)<br>Azivo heeft bij het Rug- en Advies Centrum (RUJAC) een specifiek advies en trainingsprogramma afgesloten voor rugscholing en/of arbeidsintegratie. Dit programma wordt in AV top 100% vergoed. Sportactiviteiten voor alle Azivo-verzekerden: Met op kwaliteit geselecteerde sportcentra zijn speciale afspraken gemaakt voor het |   |                          | Via abonnement op Meavita voordeelplan (100% vergoeding abonnement in AV basis en AV top)  | Voor vergoeding komen in aanmerking:<br>• de kosten van preventief onderzoek van hart en bloedvaten<br>• de kosten van preventief baarmoederhalskankeronderzoek • de kosten van preventief borsitankeronderzoek.<br>De vergoeding wordt maximaal eenmaal per twee kalenderjaren verleend en alleen voor zover er geen aanspraak bestaat op vergoeding krachtens de hoofdverzekering.<br>In AV basis en AV top: 100%  | in AV top: 100% bij 21 en ouder                    |

| NAAM / PLAATS<br>VERZEKERAARS   | Dieetadvisering/<br>Voedingsadvies  | Sport/<br>Bewegen  | Leefstijl | Overgangs-<br>consult  | Preventieve<br>cursussen,<br>voorzichting/<br>Gezondheids-<br>cursussen  | Preventieve<br>onderzoeken   | Anti-<br>conceptie              |
|---|---|--|-----------|--|--|--|---------------------------------|
| AZV Amsterdam<br>(werkt samen met<br>Achnea)<br>(scheepvaart/maritim) | Vergeoed worden de kosten van dieetadvisering en/of voedingsvoorzichting door een diëtist. De vergoeding is 75% van de gedeclareerde kosten en is genaximeerd tot het bedrag per verzekerde per kalenderjaar. | Ondersteunen en mogelijk maken van sporten onder deskundige leiding. |           | Overgangsconsulent: 75% tot het maximum per verzekerde per kalenderjaar. | Preventieve cursussen (afvallen bij overgewicht, stoppen met roken, leren omgaan met..., EHBO alcoholtraining, EHBO bij kinderen): 75%, tot het maximum per verzekerde per kalenderjaar, voor alle genoemde cursussen samen. | Doppler-onderzoek (hart- en bloedvaten-onderzoek), allergietest, gehoorfetest, diabetesonderzoek, cholesterolonderzoek: 100%. Het onderzoek moet wel worden uitgevoerd door uw huisarts of een arts en laboratorium. | > 21 jaar: 100% van limiet GVS. |

| NAAM / PLAATS<br>VERZEKERAARS              | Dieetadviesering/<br>Voedingsadvies   | Sport/<br>Bewegen  | Leefstijl | Overgangs-<br>consult   | Preventieve<br>cursussen,<br>voorzichting/<br>Gezondheids-<br>cursussen  | Preventieve<br>onderzoeken  | Anti-<br>conceptie                         |
|--|---|--|-----------|---|--|---|--|
| <b>CZ Actief in<br/>Gezondheid Tilburg</b> | max 2 extra<br>behandeluren: 100%<br>in basis, plus en top.<br>Supertop: 100%, max<br>46€ per dag | Sportmedisch advies:<br>basis/jongeren: 60€,<br>plus en top: 115€;<br>supertop: 100%<br>Cardiofitness:supertop<br>100% tarief<br>fysiotherapeut<br>fitness/preventieve<br>training: inschrijfkosten<br>Physiopoint,<br>fysiosport,<br>interactionsport:<br>AV50+: €25,-<br>seniorefitness/MBVO<br>: AV50+: €75 |           | basis, plus en top:<br>max 5 consulten, 75%<br>max.Supertop: 100% | cursussen van<br>thuiszorg, GGD, DGD,<br>RIA GG, ziekenhuis of<br>erkende<br>patiëntenvereniging:<br>50% (basis AV: max<br>17.50€;<br>plusAV/50+AV: max<br>35€, top AV max 70€).<br>Supertop: 100% | cholesteroltest,<br>baarmoederhalskanke<br>r, borstkanker,<br>prostaatcanker,<br>hart/bloedvaten:<br>supertop 100%<br>periodiek<br>geneeskundige oz.<br>supertop: 100%<br>cholesteroltest AV<br>50+: 100% | vanaf 21 jaar: basis,<br>plus en top: 100% |

| NAAM / PLAATS<br>VERZEKERAARS           | Dieetadviesing/<br>Voedingsadvies                              | Sport/<br>Bewegen   | Leefstijl | Overgangs-<br>consult         | Preventieve<br>cursussen,<br>voorzichting/<br>Gezondheids-<br>cursussen   | Preventieve<br>onderzoeken  | Anti-<br>conceptie   |
|---|--|---|-----------|-------------------------------|---|---|--|
| <b>De Friesland<br/>Zorgverzekeraar</b> | Glutenvrij dieet: AV<br>optimaal: 80% tot max<br>250€ per jaar | Sportmedisch advies:<br>AV standaard, extra<br>en optimaal: maximaal<br>200€  |           |                               | Op het gebied van<br>preventie ('Lekker<br>Gezond Bezig') kent<br>de Friesland daarom<br>de volgende<br>vergoedingsregeling:<br>Cursussen door<br>regionale<br>thuiszorgorganisaties<br>Vergoeding van de<br>kosten van deelname<br>aan de volgende<br>cursussen: -<br>Blaastraining, -<br>Omgang met<br>hyperventilatie, -<br>Kinderongelukken, -<br>Zwangerschaps cursus<br>- Lage rugklachten, -<br>Omgang met<br>spanningen/stress, -<br>Stoppen met roken, -<br>Sportief op gewicht.<br>Deelnemers zijn de<br>volgende eigen<br>bijdrage verschuldigd:<br>AV Standaard Eigen<br>bijdrage € 7,50 per<br>bijeekomst; AV Extra<br>Eigen bijdrage € 5,-<br>per bijeenkomst; AV<br>Optimaal Eigen<br>bijdrage € 2,50 per<br>bijeekomst. |   | vanaf 21 jaar: 100% in<br>AV standaard, extra<br>en optimaal |
| <b>Delta Lloyd</b>                      | AV Zorggarant<br>Compleet: 150€<br>AV zorggarant top:<br>100%  | In Module levensfase:<br>alle leeftijden<br>fitheidstest: kostprijs<br>fitness: korting<br>sportmedisch advies:<br>100€ |           | In module levensfase:<br>€200 | AV Zorggarant<br>compleet: 150€<br>AV Zorggarant Top:<br>250€   | AV zorggarant<br>compleet en top:<br>100%<br>In module levensfase<br>25-54 met kinderen:<br>prenatale screening | > 21 jaar in module<br>levensfase: 100%                      |
| <b>FBTO Leeuwarden<br/>/Achmea</b>      |  |   |           |                               |   |   | > 21 jaar: 100% in<br>aanvullend pakket                      |

| NAAM / PLAATS VERZEKERAARS       | Dieetadvisering/<br>Voedingsadvies                            | Sport/<br>Bewegen   | Leefstijl   | Overgangs-<br>consult  | Preventieve cursussen, voorlichting/<br>Gezondheids-<br>cursussen   | Preventieve onderzoeken   | Anti-<br>conceptie                      |
|----------------------------------|---|---|---|--|---|---|---|
| <b>Fortis ASR</b>                |   | Sportmedisch Advies:<br>AV uitgebreid: 100% 1 sportkeuring per 2 jaar, AV optimaal: 100%  |   |  |   | AV: 100% voor onderzoek naar: · hart en bloedvaten · baarmoederhalskanker · borskankeronderzoek AV uitgebreid en AV optimaal: 100% voor onderzoek naar: · hart en bloedvaten · baarmoederhalskanker · borskanker · cholesterol · prostaatkanker Overige preventieve onderzoeken: AV optimaal: € 500 | Alle AV: 100% boven 21 jaar             |
| <b>Groene Land Achmea Zwolle</b> | dieetadvisering: vanaf 2 sterren: 75% tot max 115€ pp per kj. | – maximaal eenmaal per 2 kalenderjaren de kosten van een sportmedisch onderzoek. Er geldt een eigen bijdrage die afhankelijk is van de uitgebreidheid van het onderzoek; – maximaal twee maal per kalenderjaar de kosten van een blessureconsult of herhalingsconsult. Aanvullende verzekering: eigen bijdrage per onderzoek: Basis € 15,-, Basis Plus € 30,-, Uitgebreid € 45,- blessure- en/of herhalingsconsult: 100%. | Per kalenderjaar maximaal één leefsijltraining georganiseerd door het Leefstijl Trainingscentrum te Dalfsen. De volgende basistrainingen komen voor vergoeding in aanmerking: – training voor hartpatiënten; – whiplashpatiënten; – training voor mensen met burn out; – training stressreductie bij mensen met slottproblemen. Vanaf 3 sterren: maximaal één leefsijltraining per persoon per kalenderjaar, eigen bijdrage € 100,- | Bij eerste consult jaarabonnement op tijdschrift rondom de overgang. 'Women's Care' vanaf 3 sterren: 75% van het consulttarief tot maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar | De volgende preventieve cursussen: – afvallen, georganiseerd door een health Center of een gecontracteerde thuiszorginstelling; – hartproblemen, georganiseerd door een gecontracteerde thuiszorginstelling; – stoppen met roken, georganiseerd door Allen Carr, Diagnosis4Health, gecontracteerde lasertherapeuten waaronder Prostop Lasertherapie of een gecontracteerde thuiszorginstelling; – de 'Vrij van alcohol' training, georganiseerd door De Helderheid; Aanvullende verzekering vanaf 2 sterren: 75% tot maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar. | preventieve onderzoeken: kosten van onderzoek door een huisarts of specialist ten behoeve van vroege opsporing van: – baarmoederhalskanker (uitstrijkje); – borskanker; – hart- en vaatziekten; – prostaatkanker. Aanvullende verzekering: 100%   | boven 21: 100% in aanvullenden polissen |

| NAAM / PLAATS VERZEKERAARS                | Dieetadviesing/<br>Voedingsadvies  | Sport/<br>Bewegen   | Leefstijl  | Overgangs-<br>consult  | Preventieve cursussen, voorlichting/<br>Gezondheids-<br>cursussen  | Preventieve onderzoeken  | Anti-<br>conceptie  |
|---|--|---|--|--|--|--|---|
| <b>IZA (VGZ)</b>                          | Net als VGZ vergoedt IZA BeceI pro-activ                                   | sportgeneeskunde: alle AV's max 75€ per jaar.   |  | Care for Women: alolie AV's: max 45€ voor max 4 consulten            | preventieve cursussen nng: AV basic: 17.50€ pj, AV Classic en AV Perfect: 35€ pj. Stoppen met roken: alle AV's: max 50€ per verzekerde | medische checkup: AV Perfect: max 54€ per 2 jaar   | vanaf 21 jaar 100% in AV Basic, AV Classic en AV Perfect            |
| <b>Menzis</b>                             |  | Sportmedisch advies: AV1: 100€ pppj, AV 2: 150€ pppj, AV 3: 250€ pppj   |  | AV2: 75 € voor duur verzekering; AV 3: 100€ voor duur verzekering    | Gezondheidscursussen AV 2: 50€ pppj; AV 3 75€ pppj   | Algemene check-up: AV 3: € 70 pp per 3 jaar  | AV2 en AV3: max 50€ pppj.   |
| <b>ONVZ<br/>Zorgverzekeraar</b>           | In AV Zorgconsulent: direct contact over dieetadvies                       | Sportmedisch advies: AV topfit: 100%<br>In AV Zorgconsulent: gratis sportmedische keuring   | In AV Zorgconsulent direct contact met artsen over leefstijladviezen | AV Topfit: 100%  | In AV Topfit: via ZorgService bureau<br>In AV Zorgconsulent: infopakketten over gezond leven, bewegen, voeding                         | In AV Zorgconsulent gratis   |   |
| <b>OZ<br/>Zorgverzekeringen<br/>Breda</b> | AV Royaai: max 115€ pj   | Sportmedisch advies: AV ideaal en Royaai/50+/ondernemer: max 2* per jaar; AV jongeren: 4* per jaar<br>Fitness: AV Royaai/Jongeren: eenmalig 25€ |  | AV Royaai: max 45€ per consult, max 3 consulten per verzekeringsduur | AV ideaal/ AV Jongeren/50+: 35€; AV Royaai: € 50   | AV Royaai: preventieve onderzoeken € 150,- éénmalig per 24 maanden (borst- en baarmoederhalskanker, hart en bloedvaten, prostaatcancer bij mannen ouder dan 45 jaar)<br>Cholesterol: AV 50+ AV ondernemer: preventieve onderzoeken éénmalig per 24 maanden (borst- en baarmoederhalskanker, hart en bloedvaten, prostaatcancer bij mannen ouder dan 45 jaar) € 115,- | AV ideaal en Royaai: 21 jaar en ouder: 100%                         |
| <b>PNO Ziektekosten</b>                   | AV standaard: 150€ pppj ; AV uitgebreid: 225€ pppj, AV compleet: 350€ pppj | sportmedisch advies: AV compleet: 150€ per verzekerde per jaar  |  |  |  |  | 21 jaar en ouder 100% in AV standaard, AV uitgebreid en AV compleet |



| NAAM / PLAATS<br>VERZEKERAARS        | Dieetadviesering/<br>Voedingsadvies  | Sport/<br>Bewegen                      | Leefstijl   | Overgangs-<br>consult              | Preventieve<br>cursussen,<br>voorzichting/<br>Gezondheids-<br>cursussen | Preventieve<br>onderzoeken | Anti-<br>conceptie |
|--------------------------------------|--|--|---|------------------------------------|---|----------------------------|--------------------|
| Salland<br>Verzekeringen<br>Deventer | AV<br>spurt/mats/flex/troef: 2<br>consulten SMA, 100%<br>AV Borg:<br>Heupprotectoren<br>100% tot max. € 90,-<br>per kalenderjaar | AV Troef: 75% max. €<br>150,- eenmalig | AV<br>flex: Gezondheidscursus<br>ssen: één cursus,<br>100% max. € 75,- per<br>kalenderjaar: •<br>Ongaan met<br>spanningen • Beter<br>slapen • Stoppen met<br>roken<br>AV Troef:<br>Gezondheidscursusse<br>n: één cursus, 100%<br>max. € 75,- per<br>kalenderjaar •<br>Ongaan met<br>spanningen • Beter<br>slapen • Leren leven<br>met een chronische<br>ziekte • Stoppen met<br>roken •<br>Ziekenverzorging thuis<br>AV Borg:<br>Gezondheidscursusse<br>n: één cursus, 100%<br>max. € 75,- per<br>kalenderjaar •<br>Ongaan met dementie<br>• Beter slapen • Leren<br>leven met een<br>chronische ziekte •<br>Ziekenverzorging thuis<br>AV Borg: Schriftelijke<br>cursussen Stoppen<br>met roken 12,5%<br>korting Natuurlijk mooi<br>25% korting Lekker<br>slank 25% korting<br>Lekker gezond 25%<br>korting Lekker in je vel<br>25% korting Anders<br>genezen 25% korting . | AV Mats/flex: 21 en<br>ouder: 100% |   |                            |                    |

| NAAM / PLAATS VERZEKERAARS       | Dieetadviesing/<br>Voedingsadvies                          | Sport/<br>Bewegen  | Leefstijl | Overgangs-<br>consult                                    | Preventieve cursussen, voorlichting/<br>Gezondheids-<br>cursussen  | Preventieve onderzoeken   | Anti-<br>conceptie   |
|----------------------------------|--|--|-----------|--|--|---|--|
| <b>Trias</b>                     | In aansluiting op de standaard verzekering, maximaal 2 uur | Sportmedisch advies in een erkend Adviescentrum: AV: 2 consulten<br>blessurebehandeling n tot maximaal €46,00;<br>AV extra: 4 consulten<br>blessurebehandeling n tot maximaal €92,00       |           | in AV extra: 100% tot max 150€ eenmalig                  | AV en AV extra: 46€ max: – beter ontspannen – fibromyalgie, hoe verder – bekkenbodem onder controle – sportief afvallen – gezond en fit rondom de bevalling – spoedeisende hulp voor senioren en herhalingsbijeenkomst – eerste hulp aan kinderen en herhalingscursus – astma, thuis en op school – reuma uitgedaagd – babymassage – ondersteuning mantelzorg – menopauze een uitdaging AV en AV extra: 100€ voor Stoppen met roken (Prostop, Alan Carr) | Cholesteroltest: AV extra: 25€ max.   | boven 21 jaar; AV en AV extra: 100%                          |
| <b>Univé<br/>Zorgverzekeraar</b> |  | SMA: 2 consulten   |           | module B: 75% tot max 100€, module C: 75% tot max 200€   | Cursussen kruiswerk- /thuiszorgorganisaties<br>Module 2: € 50,-,<br>module 3: € 150,-  | Module 1, 2 en 3:<br>100% op:hart- en bloedvaten onderzoek, borstkankeronderzoek, cholesteroltest, baarmoederhals- / prostaatkankeronderzoek, elektrocardiogram | Module 2, 3 en B en C vanaf 21 jaar 100%                     |
| <b>VGZ Nijmegen</b>              | VGZ vergoedt gebruik Beceel pro-activ                      | sportgeneeskunde: AV uitgebreid; 100€ per 2 jaar, AV plus en AV jongeren Xtra: 150€ per 2 jaar<br>VGZ besteedt op website veel aandacht aan bewegen, gezonde voeding en gezonde leefstijl. |           | AV uitgebreid en plus: 40 € per consult, max 4 consulten | AV beperkt: 20 € pj,<br>AV uitgebreid: 40€ pj,<br>AV plus: 60€ pj  | prostaatkanker: AV uitgebreid 1* per 2 jaar   | 21 jaar en ouder; AV uitgebreid, plus en jongeren Xtra: 100% |

| NAAM / PLAATS<br>VERZEKERAARS  | Dieetadviesing/<br>Voedingsadvies   | Sport/<br>Bewegen  | Leefstijl | Overgangs-<br>consult  | Preventieve<br>cursussen,<br>voorzichting/<br>Gezondheids-<br>cursussen  | Preventieve<br>onderzoeken   | Anti-<br>conceptie   |
|--------------------------------|---|--|-----------|--|--|--|--|
| Zorg en Zekerheid<br>Leiden    | AV-Basis en AV-<br>Standaard: vallen<br>buiten de<br>vergoedingsregeling;<br>AV-Top: 75% tot een<br>maximum van €<br>105,00; AV-Totaal:<br>100% tot een<br>maximum van €<br>115,00. | AV-Basis en AV-<br>Standaard: vallen<br>buiten de<br>vergoedingsregeling;<br>AV-Top: 75% tot een<br>maximum van €<br>115,00; AV-Totaal:<br>100% tot een<br>maximum van €<br>115,00. De vergoeding<br>geldt voor één of<br>meerdere cursussen<br>tezamen: - medisch<br>verantwoorde<br>trainingsprogramma's;<br>- meer bewegen voor<br>ouderen (MBVO).<br>Uitsluiting: alle<br>programma's gericht<br>op conditieverbetering<br>of het algemeen<br>welbevinden voor<br>vergoeding<br>uitgesloten.<br>SMA Consulten en/of<br>keuring: per<br>verzekerde, per<br>kalenderjaar. AV-Basis<br>en AV-Standaard:<br>vallen buiten de<br>vergoedingsregeling;<br>AV-Top: 75% tot een<br>maximum van € 70,00;<br>AV-Totaal: 100% tot<br>een maximum van €<br>115,00. |           | AV-Basis en AV-<br>Standaard: vallen<br>buiten de<br>vergoedingsregeling;<br>AV-Top: 75% tot een<br>maximum van €<br>115,00;<br>AV-Totaal: 100% tot<br>een maximum van €<br>150,00 | AV-Basis en AV-<br>Standaard: 50% tot<br>een maximum van €<br>115,00; AV-Top: 75%<br>tot een maximum van<br>€ 150,00; AV-Totaal:<br>100% tot een<br>maximum van €<br>175,00.<br>De vergoeding geldt<br>voor één of meerdere<br>cursussen tezamen: -<br>afvallen bij<br>overgewicht; - stoppen<br>met roken; - leren<br>omgaan met ...; -<br>alcoholtraining; -<br>EHBO bij kinderen. | de volgende<br>onderzoeken: - hart-<br>bloedvaten onderzoek<br>(Doppler onderzoek); -<br>allergietest; -<br>gehoortest -<br>diabetesonderzoek; -<br>cholesterolonderzoek.  | vanaf 21 jaar: AV-<br>Standaard: AV-Top en<br>AV-Totaal: 100%. |
| Zorgverzeeraar DSW<br>Schiedam |   | Vergeodt wordt uit de<br>AV-Top 60 procent<br>van de kosten van een<br>sportmedisch<br>onderzoek of<br>blessureconsult bij een<br>Sport Medisch<br>Adviescentrum.  |           | AV standaard en AV<br>Top: 75% tot max<br>150€ pJ  |  | Voor vergoeding<br>komen in aanmerking<br>(AV standaard en AV<br>Top: 100%); • de<br>kosten van preventief<br>onderzoek van hart en<br>bloedvaten; • de<br>kosten van preventief<br>baarmoederhalskanke<br>ronderzoek; • de<br>kosten van preventief<br>borskankeronderzoek. | in AV top: 100%  |

## C Slothoofdstuk uit TNO-rapport Preventie in de verzekerde zorg uit 2005

### 10 Beschouwing

#### 10.1 Inleiding

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in de preventieve activiteiten in de verzekerde curatieve zorg. De vragen hierbij waren: wat doen de zorgaanbieders aan preventie, wat is het bereik van hun activiteiten, wat is bekend over de effectiviteit en hoe wordt preventie in de curatieve zorg gefinancierd? Tevens zijn de standpunten, c.q. visie en beleid onderzocht van de betrokken beroepsverenigingen, de overheid en de zorgverzekeraars.

Bij de inventarisatie is uitgegaan van een "Top 8" van aandoeningen met de hoogste ziektelast, en waar met preventieve maatregelen veel (gezondheids)winst te behalen is. Voor het in kaart brengen van de preventieve activiteiten is uitgegaan van het klassieke begrippenkader primaire preventie (voorkomen van gezondheidsproblemen en ziekten), secundaire preventie (vroeg opsporen van gezondheidsproblemen, ziekten en risicofactoren) en tertiaire preventie (voorkomen van verergering van gezondheidsproblemen en ziekten). In de curatieve geestelijke gezondheidszorg is een andere indeling gangbaar, maar deze berust op dezelfde principes als de klassieke indeling.

Dit afsluitende hoofdstuk geeft een beschouwing over de bevindingen. Tevens worden enige lacunes in beleid, onderzoek en praktijk van preventie in de curatieve zorg beschreven.

#### 10.2 Preventie van aandoeningen en risicofactoren

Over het algemeen bestaat er een goed beeld van de mate waarin ziekten en aandoeningen vóórkomen. Bij de risicofactoren is echter niet altijd een doorlopende gegevensverzameling voorhanden, waardoor het niet duidelijk is hoe het aantal mensen met risico's zich in de tijd ontwikkelt.

Uit het overzicht van aandoeningen en risicofactoren in hoofdstuk 3 kan worden afgeleid dat hart- en vaatziekten en longproblemen de belangrijkste doodsoorzaken zijn. Diabetes mellitus type-2, Astma/COPD, klachten van het bewegingsapparaat en psychische aandoeningen dragen bij aan het grootste verlies van kwaliteit van leven. Ongezonde leefstijlgewoonten zijn de belangrijkste risicofactoren: roken, teveel onverzadigd vet, te weinig groente en fruit, onvoldoende beweging, ernstig overgewicht en hoge bloeddruk. Sommige risicofactoren clusteren voor een bepaalde aandoening, zoals roken, overgewicht en bewegingsarmoede voor hart- en vaatziekten. Hoewel niet expliciet onderzocht in deze inventarisatie, is bekend dat mensen met een lage sociaal-economische status (lage opleiding en laag inkomen), waaronder zich ook veel allochtone groeperingen bevinden, een grotere kans hebben op het ontstaan van de aandoeningen. Dit is veelal gerelateerd aan ongezonde leefgewoonten, in combinatie met sociaal-maatschappelijke omstandigheden. Verder vertonen jongeren in toenemende mate ongezond gedrag en dit geldt ook voor vrouwen. Ouderen gaan zich gezonder gedragen, maar hebben een grotere kans op bijvoorbeeld klachten aan het bewegingsapparaat. (VTV-rapport Gezondheid op koers?, 2002)

Er is een aanzienlijke gezondheidswinst te boeken met preventie, vooral via het bevorderen van gezond gedrag. Algemeen wordt aangenomen dat de eerste en tweedelijns gezondheidszorg zich potentieel goed leent voor het beïnvloeden van ongezonde leefgewoonten en voor het bevorderen van gezond gedrag. De

contactfrequentie met zorgverleners (vooral in de eerstelijns zorg) is betrekkelijk hoog en artsen bijvoorbeeld worden gezien als een betrouwbare bron van informatie. Ongeveer dertig procent van de 20-60 jarigen en zestig procent van de 60-plussers komt in aanmerking voor leefstijladviesing (Brancherapport Preventie 2000-2004). De patiënten zelf hebben merendeels geen bezwaar tegen (ongevraagde) leefstijl voorlichting. Onderzoek onder patiënten van huisartsen liet zien dat 90% van de patiënten vragen van de huisarts naar roken, gewicht, cholesterol, en bloeddruk acceptabel vond en 80% vond dat voor vragen naar drankgebruik, eetgewoonten en lichaamsbeweging (NIPO, 1999)

### 10.3 Preventieve activiteiten in de curatieve zorg

In deze paragraaf blijven alle programmatische preventie-activiteiten (o.a. landelijke bevolkingsonderzoeken baarmoederhalskanker, griepvaccinatie) die in de curatieve zorg worden uitgevoerd buiten beschouwing. We beperken ons tot de preventie die in individuele patiëntcontacten op initiatief van de beroepsbeoefenaar of op vraag van de patiënt wordt aangeboden.

#### *Primaire, secundaire en tertiaire preventie activiteiten*

Alle beroepsbeoefenaren in de curatieve somatische en geestelijke eerstelijns en tweedelijns gezondheidszorg voeren op enigerlei wijze preventie activiteiten uit. Primaire preventie is beperkt mogelijk omdat patiënten in vrijwel alle gevallen een gezondheidsprobleem of een gezondheidsklacht hebben als ze de curatieve zorg consulteren. Primaire preventie wordt onder meer aangetroffen in verloskundige praktijken bij zwangerschapsbegeleiding, en in huisartsenpraktijken en ziekenhuizen door leefstijladviesing aan hart- en vaatpatiënten in verband met het voorkómen van diabetes mellitus type 2. De preventie in de curatieve zorg beperkt zich echter veelal tot het (vroegtijdig) opsporen van aandoeningen en gezondheidsrisico's (secundaire preventie) en tot preventieve adviezen en begeleiding om te voorkomen dat gezondheidsproblemen verergeren (tertiaire preventie).

Preventie en curatie zijn in de dagelijkse praktijk niet altijd duidelijk van elkaar te onderscheiden. Dit komt in belangrijke mate door de toename van chronische aandoeningen. Primaire preventie is daarbij veelal niet mogelijk, maar een proactieve aanpak om de aandoening goed onder controle te houden (tertiaire preventie) krijgt bij chronische aandoeningen steeds meer nadruk.

In de eerstelijnszorg nemen de huisartsen van oudsher een belangrijke plaats in bij preventie. In het Basistakenpakket van de huisarts is vastgelegd dat de huisarts een preventieve functie heeft, alert is op risico's die bepaalde patiënten lopen en hen gerichte (leefstijl)adviezen geeft.

In huisartspraktijken betreft het zowel secundaire preventie via case-finding als tertiaire preventie via ad-hoc leefstijladviesing. De ad-hoc preventie (bijvoorbeeld bij stoppenmet-roken) wordt veelal uitgevoerd door praktijkondersteuners en assistenten. Casefinding beperkt zich tot selectieve case-finding, ook wel casuïstische preventie genoemd, waarbij een individuele risico-inschatting wordt gemaakt voor een aandoening, bijvoorbeeld van een patiënt met overgewicht, die ook rookt.

Wat betreft de secundaire preventie van ziekten en aandoeningen zien huisartsen het meest in de preventie van hart- en vaatziekten mede ingegeven door het succes van het project Preventie: hart- en vaatziekten. Hierbij kan leefstijladviesing worden geïntegreerd, vooral ook omdat bij een aandoening zoals hart- en vaatziekten sommige risicofactoren clusteren (roken, lichamelijke inactiviteit, overgewicht). In dit verband wordt door huisartsen ook gedacht aan de ontwikkeling van een Standaard Leefstijladviesing.

De terughoudendheid bij huisartsen voor vroege opsporing van onder meer depressie en Astma/COPD via case finding kan worden verklaard, doordat er nog geen adequate

methoden beschikbaar zijn voor vroegdiagnostiek. Bevolkingsonderzoek voor deze aandoeningen wordt overigens ook ontraden door de Gezondheidsraad.

Wat betreft de secundaire en tertiaire preventie van depressie in de huisartspraktijken wordt door de geleidelijke samenwerking (via consultatie) met specialisten uit de geestelijke gezondheidszorg de specifieke deskundigheid op dit terrein bevorderd. Systematische (vroeg) opsporing van risicofactoren met betrekking tot leefstijl (roken, problematisch alcoholgebruik, lichamelijke inactiviteit, overgewicht) vindt in de huisartsenpraktijken niet plaats. Selectieve case finding of casuïstische preventie voor deze factoren vindt plaats bij patiënten met een hoog risico voor bepaalde aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten en diabetes mellitus type 2. De preventie beperkt zich verder tot tertiaire preventie, namelijk leefstijladvisering en begeleiding in het kader van behandeling en zorg.

Patiënten die door huisartsen en tandartsen worden behandeld voor ziekten en aandoeningen of die risico lopen voor een aandoening krijgen uiteenlopende leefstijladviezen, variërend van stoppen-met-roken advies, verandering van voedingsgewoonten, tot adviezen om meer te gaan bewegen. Een deel van de huisartsen en het merendeel van de tandartsen vindt echter dat een gezonde leefstijl primair de verantwoordelijkheid is van patiënten. Vooral tandartsen zijn deze mening toegedaan. Niettemin geeft een aanzienlijk deel van de huisartsen en een deel van de tandartsen adviezen over gezonde leefgewoonten. De Nederlandse Maatschappij voor Tandheelkunde (NMT) heeft overigens wel initiatieven genomen voor het opleiden van preventie-assistenten in de tandartsenpraktijk.

Bedrijfsgezondheidsdiensten spelen een rol van betekenis in de arbocuratieve zorg. De diensten hebben preventieve taken in verband met het opsporen van arbeidsgerelateerde gezondheidsrisico's, inclusief leefgewoonten, zoals problematisch alcoholgebruik, die van invloed zijn op verzuim en arbeidsparticipatie. Sinds enige tijd mogen bedrijfsartsen rechtstreeks verwijzen naar andere zorgverleners. Hiermee komt geleidelijk aan lokale en regionale samenwerking tot stand met onder andere huisartsen en de geestelijke gezondheidszorg. Speerpunten op het terrein van preventie in de bedrijfsgezondheidsdiensten zijn (arbeidsgerelateerde) depressie, Astma/COPD en roken. Met name voor het signaleren en herkennen van depressie is meer deskundigheid vereist. Intensivering van de samenwerking met andere zorgverleners, zoals huisartsen, kan bijdragen aan een efficiëntere opsporing van deze aandoeningen.

In de ambulante en residentiële geestelijke gezondheidszorg maakt preventie deel uit van de behandeling en begeleiding. Dit betreft tertiaire preventie (in individuele therapie of binnen groepsgerichte activiteiten, zoals cursussen), die vooral is gericht op het leren hanteren van een psychische aandoening in het dagelijkse leven. Hierbij horen ook leefstijladviezen.

Bij de paramedische beroepsgroepen, zoals fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, diëtisten en bij verloskundigen is de preventie eveneens onderdeel van de reguliere behandeling, zorg en begeleiding (tertiaire preventie). Bij fysiotherapeuten betreft het de oefentherapie voor patiënten met chronische aandoeningen en in het kader van arbeidsreïntegratie, waarbij ook voorlichting en advies wordt gegeven over leefstijl. Geleidelijk ontwikkelen fysiotherapiepraktijken een groepsgericht oefen- en bewegingsaanbod voor groepen chronische patiënten, gericht op het handhaven en bevorderen van de kwaliteit van leven en het bevorderen van maatschappelijke participatie.

De preventie in de somatische tweedelijns gezondheidszorg betreft in geringe mate secundaire, maar voornamelijk tertiaire preventie. Secundaire preventie bijvoorbeeld door de opsporing van osteoporose (bij oudere vrouwen/mannen met fracturen). In toenemende wordt aandacht besteed aan leefstijlfactoren, zoals roken, alcoholgebruik, lichamelijke inactiviteit, bij de behandeling en zorg bij patiënten met hart- en vaatziekten, luchtwegklachten, diabetes mellitus type 2.

*Ketenzorg in preventie*

De ketenzorg voor preventie is zwak ontwikkeld, hoewel bij enkele aandoeningen, zoals diabetes, in toenemende mate geïntegreerde zorgprogramma's worden beproefd. Ook zijn samenwerkingsprojecten tussen huisartsen en bedrijfsartsen tot stand gekomen. Bedrijfsartsen mogen sinds 2004 ook formeel verwijzen wat in principe de preventie van werkgebonden aandoeningen kan verbeteren. Maar in principe is er sprake van de zogenaamde "verticale" aanpak voor preventie in de curatieve zorg. Te beginnen bij de preventieve jeugdgezondheidszorg heeft iedere beroepsgroep een eigenstandige rol (Boomsma e.a., 2004). Multidisciplinaire richtlijnen zijn schaars. Preventie aansluitend bij vormen van disease management, zoals bij decubitus en diabetes mellitus type 2 is nauwelijks ontwikkeld.

Tevens ligt in beleid en praktijk sterk de nadruk op de preventie van ziekten en aandoeningen. Dat komt mede omdat risicogedragingen zoals roken, alcoholgebruik, bewegingsarmoede niet of onvoldoende worden geregistreerd en aandoeningen wel. Preventieprogramma's gaan nog erg uit van het gangbare ziektegerichte denken. Dit belemmert in hoge mate een integrale aanpak.

Secundaire preventie door vroegopsporing in de eerste lijn door huisartsen zal toenemen omdat geleidelijk meer informatie en effectief gebleken screeningstests, zoals voor dikke darmkanker, beschikbaar komen. Maar vroegopsporing heeft alleen zin als de continuïteit in de zorg voldoende kan worden gegarandeerd (follow-up na screening), bijvoorbeeld vervolgdagnostiek en -behandeling binnen afzienbare tijd. Vroege opsporing leidt tot een groter beroep op de gezondheidszorg. Meer mensen komen in aanmerking voor vervolgdagnostiek en behandeling. Als er nog geen optimaal vervolgtraject is, levert vroegopsporing maar beperkte mogelijkheden voor gezondheidswinst. Een goede afstemming tussen screeningsactiviteiten en vervolgtraject, gepaard gaande met capaciteitsuitbreiding, bijvoorbeeld in de huisartsenpraktijk, is voor verantwoorde opsporing noodzakelijk. (Verweij, 2005; Assendelft, 2005).

**10.4 Methoden voor secundaire en tertiaire preventie**

Voor de systematische, actieve vroege opsporing van meerdere aandoeningen in de eerstelijnszorg bij huisartsen ontbreken nog vaak adequate methoden. Dat geldt in bijzondere mate voor depressie, kanker, aandoeningen van het bewegingsapparaat, COPD. Daarom is de secundaire preventie beperkt tot selectieve case-finding of casuïstische preventie. Voor het opsporen van problematisch alcoholgebruik in de eerste- en tweedelijnszorg zijn wel methoden beschikbaar, maar die zijn niet grootschalig in gebruik.

Voor leefstijladvisering en –begeleiding zijn in beperkte mate (wetenschappelijk) onderbouwde methodieken beschikbaar. Dat betreft vooral methoden voor stoppen-metroken

begeleiding. Voor andere leefstijlfactoren zoals bewegingsadvisering en alcoholgebruik zijn methodieken ontworpen en kleinschalig beproefd, maar (nog) niet grootschalig in gebruik. In het kader van preconceptie advisering zijn methoden beschikbaar gekomen voor huisartsen en verloskundigen, die in aanmerking komen voor landelijke verspreiding en implementatie.

**10.5 Preventie in richtlijnen**

Er zijn ca. 135 mono- en multidisciplinaire richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van de Top-8 van aandoeningen geraadpleegd op het vóórkomen van preventie. In alle richtlijnen wordt op enigerlei wijze over preventie gesproken. Het betreft aanbevelingen voor secundaire preventie (opsporen van risicogroepen, het maken van risicoprofielen, het opsporen van risicofactoren en het voorkomen van recidieven) en voor tertiaire preventie (leefstijlvoorlichting bij gediagnosticeerde aandoeningen).

Nadere beschouwing leert dat bij de aandoeningen kanker, hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2 en Astma/COPD in ongeveer de helft van de richtlijnen concrete aanbevelingen worden gegeven voor preventieve activiteiten, inclusief indicaties, duur, intensiteit, alsmede aanbevelingen voor een preventieadvies op maat en aanbevelingen voor (al of niet geprotocolleerde) leefstijlinterventies. De verklaring is dat er een duidelijk verband is tussen risicofactoren, zoals roken, overgewicht en dergelijke en de het ontstaan en beloop van de aandoening. Dat betekent dat er ook concrete preventieve aanbevelingen kunnen worden gedaan.

Bij klachten van het bewegingsapparaat en psychische aandoeningen variëren de aanbevelingen van de wenselijkheid van preventie tot een globaal advies voor preventie activiteiten. De verklaring hiervoor is dat de oorzaken van de aandoening (met uitzondering van osteoporose) niet eenduidig zijn, c.q. multi-factoriëel zijn en dat secundaire en tertiaire preventie beperkt mogelijk zijn.

In de richtlijnen voor infectieziekten en voor erfelijke en aangeboren afwijkingen worden vrijwel altijd concrete preventieve aanbevelingen gegeven. Tussen het ontstaan van SOA en onveilig rijden als risicofactor is een duidelijk verband. Vandaar dat de preventieve adviezen concreet kunnen zijn. Bij aangeboren en erfelijke aandoeningen kan niet worden volstaan met een aanbeveling dat preventie wenselijk is of met een globaal advies. De adviezen zijn noodzakelijker wijs concreet (niet roken tijdens de zwangerschap bijvoorbeeld).

In toenemende mate worden multidisciplinaire richtlijnen ontwikkeld om meer samenhang te brengen in de ketenzorg, ook voor preventie van risicofactoren, zoals de Richtlijn Tabaksverslaving.

Uit deze inventarisatie over preventie in de richtlijnen van de beroepsgroepen kan worden afgeleid dat de medische en paramedische beroepsgroepen in de curatieve zorg preventie tot hun vakinhoudelijke verantwoordelijkheid rekenen.

## **10.6 Bereik en effectiviteit van preventie in de curatieve zorg**

### *Bereik van preventie*

Het bereik van de preventieve activiteiten is te onderscheiden naar de mate waarin beroepsbeoefenaren in de curatieve zorg preventie activiteiten uitvoeren en het deel van de patiënten (populaties) dat daarmee wordt bereikt.

### *Bereik in beroepsgroepen*

Voor de paramedische beroepsgroepen fysiotherapeuten, diëtisten, en gespecialiseerde verpleegkundigen is tertiaire preventie onderdeel van de individuele behandeling en begeleiding. Over de toepassing van groepsgerichte bewegingsprogramma's voor chronisch zieken door fysiotherapeuten en de toepassing van groepsgerichte dieetadviesing door diëtisten is geen informatie beschikbaar en onbekend is het aantal beroepsbeoefenaren dat deze activiteiten uitvoert. Alle verloskundigen voeren primaire preventie uit tijdens de zwangerschapsbegeleiding. Preconceptie advisering is nog niet opgenomen in het aanbod.

Voor bedrijfsartsen geldt dat de afgelopen jaren veel inspanning is gestoken in verzuimbegeleiding en arbeidsreïntegratie (in het kader van de Wet Poortwachter) en daardoor kon in mindere mate aandacht worden gegeven aan de preventie van arbeidsgelateerde aandoeningen.

Huisartsen zijn in het algemeen voorstander van preventie in de huisartsenpraktijk, maar tonen zich op sommige gebieden terughoudend, bijvoorbeeld leefstijladviesing. Hoeveel huisartsen precies aan preventie doen is onbekend. Sommige medisch specialisten, zoals longartsen, adviseren merendeels rokende patiënten om te stoppen met roken. Andere, zoals cardiologen, doen dit minder. In algemene ziekenhuizen is meer sprake van intensivering van de tertiaire preventie, zoals bij longpoli's.

In de geestelijke gezondheidszorg is het streven om patiënten met psychische aandoeningen in de eerstelijns zorg te houden. Daartoe vindt in toenemende mate



ondersteuning van huisartsen plaats door ggz-specialisten. Hoeveel huisartsen ondersteuning krijgen en van hoeveel zorgverleners uit de geestelijke gezondheidszorg is niet bekend.

Lang niet alle instellingen voor geestelijke gezondheidszorg voeren preventieprogramma's uit.

#### *Bereik in patiëntenpopulaties*

Het bereik van preventieve activiteiten in de patiëntenpopulaties beperkt zich tot de patiënten die op het spreekuur komen of onder behandeling zijn. Het bereik is in die zin beperkt omdat er sprake is van veel ongediagnosticeerde aandoeningen waarvan met vroegtijdige preventie verergering kan worden voorkomen. Dat geldt bijvoorbeeld voor diabetes mellitus type 2, waarvan er evenveel gediagnosticeerde als ongediagnosticeerde personen zijn.

#### *Gebruik en effectiviteit van preventie*

Naarmate methoden, zoals de Minimale Interventie Strategieën voor stoppen met roken of de cursussen in de geestelijke gezondheidszorg voor het omgaan met depressie, beter zijn onderbouwd door wetenschappelijk onderzoek, is het gebruik ervan groter.

De effectiviteit van leefstijladvisering is niet eenduidig te presenteren, omdat meerdere factoren in het spel zijn, zoals de intensiteit van de voorlichting, de mate waarin voorlichting specifiek gericht is op de patiënt, de kenmerken van de patiënt, de duur van de follow-up evaluatie en het type advies.

Over therapietrouw van leefstijladviezen op individueel patiëntniveau is onvoldoende bekend.

### **10.7 Organisatie en financiering van preventie**

Een belangrijke voorwaarde voor preventieve werkzaamheden betreft de organisatie ervan. Het blijkt voor artsen in de eerste en tweede lijnszorg vaak moeilijk om zelf de activiteiten te verrichten. Dat kan te maken hebben met het relatief grote tijdsbeslag maar ook met de curatieve attitude van artsen. Patiënten consulteren hen per slot van rekening voor klachten en problemen waar ze een oplossing voor willen hebben, hoewel ze niet onwelwillend tegenover ongevraagde preventieve advisering staan. Een voorwaarde voor goede preventie is dan de mogelijkheid de betreffende activiteiten te kunnen delegeren aan een praktijkondersteuner en/of gespecialiseerde verpleegkundige. Preventie-activiteiten zijn namelijk per definitie arbeidsintensief.

Tijdens het onderzoek is van verschillende zijden gesignaleerd dat er knelpunten bestaan, maar ook nieuwe mogelijkheden kunnen worden opgespoord.

Door de ontmanteling van de District Huisartsen Verenigingen, van waaruit de huisartsen ondersteuning kregen door preventiemedewerkers komt de preventie in de huisartsenpraktijk onder druk te staan. De invoering van de Regionale Ondersteunings Structuur (ROS) voor de eerstelijnszorg biedt nieuwe mogelijkheden voor preventieondersteuning.

Tevens biedt het de mogelijkheid voor verbreding van preventie naar de gehele eerstelijnszorg en kan aldus de preventieve ketenzorg worden geïntensiveerd.

Een vergelijkbare suggestie is gedaan door sommige medisch-specialistische beroepsgroepen (longartsen, cardiologen) die pleiten voor de versterking van preventie in de curatieve zorg door middel van preventiepoli's.

Gegeven het belang dat de overheid hecht aan de preventieve rol van de zorgverleners in de eerste en tweede lijn is de discussie over de rol van de huisarts als gezondheidsmonitor geïntensiveerd. Een dergelijke rol is alleen haalbaar als de ketenzorg optimaal is georganiseerd.

De financiering van preventieve activiteiten levert niet echt problemen op wanneer deze in het kader van een lopend consult kunnen worden verricht, wat bij artsen doorgaans het geval is. Anders ligt dat bij praktijkondersteuners/verpleegkundigen aan wie de

preventieve werkzaamheden worden gedelegeerd. Activiteiten als bijvoorbeeld stoppenmet-roken poli's zijn relatief arbeidsintensief. De financiering is nu niet structureel geregeld. Respondenten in de interviews geven aan dat voor preventie een aparte financiering zou moeten komen. Sommigen wijzen op de mogelijkheid van een DBC Preventie, bijvoorbeeld voor stoppen-met-roken. Anderen suggereren dat de preventieve activiteiten gefinancierd dienen te worden vanuit de in te voeren nieuwe basisverzekering.

## 10.8 Visie en standpunten van partijen

### *Beroepsverenigingen*

Vooral in de paramedische beroepsgroepen wordt een groot deel van het werk als preventie gezien, of vindt men dat dit zo zou moeten zijn (bedrijfsartsen, verloskundigen, AIDS-verpleegkundigen, fysiotherapeuten).

Bij andere beroepsgroepen (vooral medisch specialisten) bestaat de preventieve zorg uit advisering over o.a. leefstijl en therapietrouw en maakt het deel uit van de behandeling en wordt dit in het kader van die behandeling gegeven (tertiaire preventie).

Uit een recent ledenpanelonderzoek van de KNMG bleek dat 70% van de respondenten (n=1306) vond dat preventie een taak van curatief werkende artsen is. Ruim tweederde vond dat artsen ook ongevraagd preventieve activiteiten moeten aanbieden en 90% stelde zich actief op bij het signaleren van ongezond gedrag (Bastiaansen en Wigtersma, 2005).

Wat betreft screening (case finding) vond 57% van de huisartsen dat dit tot hun basistaken hoort. De huisartsen doen van oudsher aan primaire, secundaire en tertiaire preventie en dit is als zodanig ook omschreven in hun Basistakenpakket. De houding van huisartsen tegenover vroegopsporing blijkt evenwel divers (Verweij, 2005). Sommigen zijn zeer actief. De hoge contactfrequentie is voor hen een uitgelezen kans voor preventie. Anderen zijn terughoudend, om zeer uitlopende redenen. Er is discussie over de voorspellende waarde van screeningstests (bijvoorbeeld cholesterolbepaling bij patiënten zonder klachten) en bij de uitvoerbaarheid door de grote hoeveelheid werk die screening met zich meebrengt. De onderbouwing van de afkappunten voor behandeling is arbitrair en voor een aantal gevonden gevallen is geen afdoende therapie. Tevens is er twijfel bij de motivatie van huisartsen om bij grote delen van de gezonde bevolking screening uit te voeren (leidt tot bezorgdheid en medicalisering) (Thomas e.a. (2004). Of huisartsen preventieve activiteiten als hun taak zien, hangt af van de gezondheidswinst, het wetenschappelijk bewijs en de uitvoerbaarheid van testen voor vroegopsporing, de aanwezigheid van alternatieven voor preventie door de huisarts, de mogelijkheden voor behandeling, de acceptatie onder patiënten, de inspanning die huisartspraktijken moeten leveren en de benodigde extra vergoeding of extra ondersteuning.

Voor de meeste beroepsgroepen geldt dat preventieve aspecten als de advisering over leefstijl en therapietrouw deel uit maken van de behandeling. De preventieve activiteiten zijn dan ingebed in de behandeling en worden niet altijd expliciet als preventie benoemd.

Er lijkt hier en daar sprake te zijn van enige discrepantie tussen het officiële beleid van beroepsorganisaties en de praktijk. Ten eerste worden richtlijnen niet altijd toegepast in alle daarvoor in aanmerking komende situaties. En in de tweede plaats lijkt er in een aantal gevallen sprake van een verschil tussen het officiële beleid van organisaties en wat er in de praktijk van alledag gebeurt. Zo wordt in vrijwel alle beroepsprofielen van (betrokken) verpleegkundigen preventie en voorlichting een kerntaak genoemd. In de praktijk leeft dat lang niet altijd bij de betrokken vereniging en wordt het niet herkend door de verpleegkundigen..

De omgekeerde situatie doet zich ook voor; ook als niet schriftelijk is vastgelegd in beleidsstukken van een beroepsvereniging dat preventie een belangrijke taak is of niet

expliciet is uitgesproken dat dit het geval is, kan het toch zo zijn dat de betrokken professionals preventieve taken uitvoeren. Die worden dan (wellicht) niet als zodanig gekwalificeerd.

#### *Overheid*

De overheid ziet een belangrijke rol weggelegd voor de zorgsector om de preventie van ziekten en aandoeningen en van risicofactoren te intensiveren. Van zorgverleners wordt verwacht dat ze hun patiënten stimuleren een ongezonde leefstijl op te geven en hun eigen gezondheid te bevorderen. Preventie is een zaak van lange adem en is zoals bekend arbeidsintensief. Bij individugerichte preventie kan niet worden volstaan met een eenmalig gezondheidsadvies. Het financieel en organisatorisch faciliteren van preventie in de curatie is noodzakelijk om het beleid van de overheid te effectueren.

#### *Zorgverzekeraars*

Bij zorgverzekeraars is een zekere ambivalentie te bespeuren wat betreft preventieve activiteiten in de curatieve zorg. Enerzijds biedt men verzekerden preventie aan in de aanvullende verzekering vanuit marktoverwegingen. Maar anderzijds staat men terughoudend tegenover het verzekeren van preventie, waar men niet of weinig in wil investeren. Dat maakt de voorgestelde regiefunctie van de zorgverzekeraars bij preventieve activiteiten in de curatieve zorg, zoals de overheid zich die voorstelt een lastige aangelegenheid. Naarmate zorgverzekeraars een grotere regiefunctie in de curatieve zorg toegeschreven krijgen, creëert dat echter ook een verantwoordelijkheid om de continuïteit van de preventieve zorg op een verantwoorde wijze te stimuleren.

### **10.9 Afsluiting**

De overheid streeft ernaar dat mensen langer in goede gezondheid leven. Ze doet daarbij een nadrukkelijker beroep op de eigen verantwoordelijkheid van de burgers enerzijds en verwacht anderzijds van zorgverleners en zorgverzekeraars dat ze preventie pro-actief aanbieden. Er is in algemene zin echter weinig of geen sprake van een gedeelde visie op preventie in de curatieve zorg. Dat maakt de positionering van de preventie in de curatie zorg er niet eenvoudiger op. Er komt wel enigszins verandering in, onder meer te zien aan gemeenschappelijke initiatieven op specifieke thema's, zoals het bestrijden van overgewicht of roken. Maar er kan ook een spanning worden gesignaleerd tussen de (top-down) verwachtingen en wensen over preventie van de overheid en de (bottom-up) mogelijkheden om deze in de curatieve zorg te realiseren. Voor het effectief realiseren van pro-actieve preventie wordt door de verschillende partijen gesignaleerd dat er tal van aandachtspunten zijn.

Uit dit inventariserend onderzoek blijkt dat er op veel fronten in de eerste en tweedelijns verzekerde curatieve zorg preventieve activiteiten worden uitgevoerd. Opvallend daarbij is dat preventie in de curatie niet uitsluitend het domein is van de eerstelijns gezondheidszorg, maar dat ook in veel ziekenhuizen een preventief aanbod wordt georganiseerd. Uit de visie en standpunten, uit de richtlijnen van de beroepsgroepen en uit de inventarisatie van activiteiten komt een rijk geschakeerd beeld naar voren van primaire, secundaire en tertiaire preventie. Benadrukt moet worden dat de tertiaire preventie in de curatieve zorg feitelijk reguliere zorg is. Primaire preventie in de curatieve zorg is in beperkte mate mogelijk, en dan méér in de eerstelijns in de huisartsenpraktijk dan in de tweede lijn.

De verschillende partijen, die betrokken zijn bij preventie in de curatieve zorg zien in dat gezondheidswinst vooral te realiseren is via (vroeg)opsporing en preventieve behandeling van aandoeningen en van risicofactoren en met name van leefgewoonten, die van invloed zijn op het ontstaan en beloop van aandoeningen en ziekten. Het ontbreekt in veel gevallen nog aan samenhang in de preventieve ketenzorg, aan effectieve screeningsinstrumenten, aan effectieve leefstijlprogramma's, aan adequate organisatorische inbedding van preventie in de curatie en aan financiering.

Preventieve en curatieve aspecten van de zorg zullen in de toekomst meer verweven zijn. Er doen zich ook steeds meer mogelijkheden voor om bij mensen die geen klachten hebben, ziektes of afwijkingen vroegtijdig op te sporen en preventief te behandelen. Consumenten maken in dit verband ook zelf al gebruik van het grote commerciële aanbod van medische zelfzorgtesten (onder meer bloeddrukmeting en cholesterolbepalingen bij drogisterijen/supermarkten). Dit stelt de vraag naar wat de effecten zijn van deze zelfzorgtesten op het gebruik van de reguliere preventieve zorg en tevens welke risico's er aan het gebruik zijn verbonden.

Geleidelijk komt er ook meer aandacht voor het vroegtijdig opsporen van risicofactoren, met name van leefgewoonten. Hoewel bij huisartsen hierover nog de nodige aarzelingen bestaan, is preventieve case finding en advisering over risicofactoren aan patiënten door huisartsen in het algemeen geen probleem. Dit biedt ook perspectieven voor nieuw beleid in het kader van de preventieve therapietrouw, bijvoorbeeld door de mogelijkheden te onderzoeken van "preventiecontracten" tussen hulpverlener-patiënt/cliënt-zorgverzekeraar. Hier en daar wordt succesvol geëxperimenteerd met dit type contracten (bijvoorbeeld Bewegen op recept).

Hoewel de vraag naar, c.q. de behoefte aan preventie bij patiënten niet bekend is, wordt algemeen erkend dat case finding en advisering, c.q. preventief verwijzen vanuit de huisartsenpraktijk (of een eerstelijnszorg organisatie met huisartsenzorg) laagdrempelig kan worden aangeboden. De patiënten kennen de huisarts, en de contactfrequentie met de huisarts is hoog. In die zin wordt ook wel gesproken over de huisarts als de "gezondheidsmonitor", die op de hoogte is van de gezondheidstoestand en risicoprofielen van de mensen in hun praktijk. De goede toegankelijkheid en laagdrempeligheid laten zich al aflezen aan de programmatische preventie-activiteiten die door huisartsen worden uitgevoerd (influenza-vaccinatie, screening baarmoederhalskanker). Uit het inventariserend onderzoek blijkt dat voor versterking van de preventie in de eerstelijns curatieve zorg capaciteitsuitbreiding (praktijkverpleegkundigen) en ook het efficiënt inzetten van ondersteuning uit de Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS) noodzakelijk is. Ook wordt gesproken over andere varianten voor de organisatie van preventieve activiteiten in de curatieve zorg, zoals preventiecoaches of regionale preventiecentra, waar bijvoorbeeld de leefstijladviesing en leefstijlprogramma's van eerstelijns en tweedelijns instellingen geïntegreerd kunnen worden aangeboden. Een belangrijk aandachtspunt bij (vroeg)opsporing is het realiseren van continuïteit in de zorg na de opsporing, die thans nog als een belemmerende factor wordt ervaren.

In samenhang hiermee kwam de vraag naar voren hoe in de toekomst de financiering van preventieve activiteiten in de curatieve zorg geregeld moet worden. Het betreft dan enerzijds preventie als aanspraak voor de verzekerden (hetzij binnen de huidige functionele aanspraken of als eigenstandige functionele aanspraak) en anderzijds de vergoeding aan de zorgverleners. Thans is preventie omschreven als functioneel onderdeel van het reguliere werk van beroepsbeoefenaren en als onderdeel van richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van aandoeningen. Voor de versterking van preventie in de curatieve zorg werd gepleit voor een aparte functionele omschrijving van preventie, bijvoorbeeld in de vorm van een diagnosebehandelcombinatie, een DBC Preventie.

Naarmate de overheid een groter beroep gaat doen op de curatieve zorg om preventie planmatiger en systematischer aan te pakken, ligt het in de rede dat er in de financieringsystematiek ruimte wordt gemaakt om de preventieve activiteiten te stimuleren.