TNO Kwaliteit van Leven

Preventie en Zorg
Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T 071 518 18 18
F 071 518 19 10
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 R.J.M. Perenboom 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

1 Inleiding ... 5
1.1 Aanleiding onderzoek ... 5
1.2 Vraagstelling onderzoek ... 5
1.3 Rapportage ... 5

2 Werkwijze ... 7
2.1 Inleiding ... 7
2.2 Activiteiten ... 7

3 Aandoeningen en risicofactoren ... 9
3.1 Inleiding ... 9
3.2 Aandoeningen ... 9
3.3 Risicofactoren ... 10

4 Preventieve zorgactiviteiten in de curatieve zorg ... 13

5 Individugerichte preventie in richtlijnen ... 15
5.1 Inleiding ... 15
5.2 Resultaten ... 15

6 Financiering van preventie in de verzekerde zorg ... 19

7 Preventiebeleid beroepsgroepen ... 21

8 Preventiebeleid overheid ... 23
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

9 Preventiebeleid zorgverzekeraars ... 27
9.1 Inleiding ... 27
9.2 Preventie in de aanvullende verzekering ... 27
9.3 Visie en standpunten ... 28

10 Beschouwing ... 29

11 Bronnen ... 31

Bijlage(n)
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[1] 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).

---

[1] 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)[2]
- Angststoornissen: 48.500 respectievelijk 131.500 (idem)
- Afhankelijkheid van alcohol: 6.700 respectievelijk 27.000[3]

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

[2] Deze cijfers, op basis van zorgconsumptie, zijn aanzienlijk lager dan wat in epidemiologische studies/bevolkingsonderzoek wordt gevonden
[3] 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 Individugerichte 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 en www.doconline.nl.

http://nhg.artsennet.nl
www.artsenapotheker.nl
www.nvab-online.nl
www.opgelucht-werken.nl
www.elseviergezondheidszorg.nl
www.nvdietist.nl/artsenwijzer
www.doconline.nl
www.oncoline.nl
www.fysionet.nl
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 familiaire 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 gebeid 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 aspecifieke 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 Financiering 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 meet 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 consulent/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 ín 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
Kanker (dikke darm, endeldarm, long)	Landelijke werkgroep gastrointestinale tumoren	Colorectale levermetastasen	Juni 2006	Bevat geen informatie/richtlijnen over preventie
	Landelijke werkgroep gastrointestinale tumoren	Coloncarcinoom	Juni 2005	Screening van familieleden van familiaire adenomateuze polyposis (FAP) wordt aanbevolen. Geen richtlijnen voor algemene screening omdat de kosten-effectiviteit voor de Nederlandse situatie niet is aangetoond.
	Landelijke werkgroep gastro-intestinale tumoren	Rectum carcinoom	Oktober 2005	Zie bij coloncarcinoom
	Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO (CBO), i.s.m. Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC) en diverse wetenschappelijke verenigingen van artsen	Erfelijke darmkanker	In ontwikkeling (wordt verwacht in april 2007)	N.v.t.
Hart- en vaatziekten	CBO, Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)en andere wetenschappelijke verenigingen, o.a. de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC)	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) Wat betreft cholesterol: case finding en behandeling met cholesterolverlagers en bloeddrukverlagers Medicamenteuze preventie bij alle patiënten met hart- en vaatziekte (cholesterolverlagers, acetylsalicylzuur/ orale antistolling). 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 familiaire 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 gedragsmatige 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	Beperkte 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)
Diabetes mellitus	NHG	Diabetes mellitus type 2 (tweede herziening)	Maart 2006	Opsporing hoog-risicogroepen, cardiovasculair risicoprofiel, leefstijlfactoren Aanpassing richtlijnen medicamenteuze behandeling.
	NHG/KNMP[4]/WINAp[5]	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[6] (update van de richtlijn uit 2003)	2005	Richt zich op behandeling. (Re-)educatie met het oog 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

[4] Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
[5] Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers
[6] 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) Preconceptionele voorlichting 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). 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.) 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). Richtlijnen screening, diagnostiek en behandeling (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
Astma en COPD	NHG	LESA Chronische medicatie bij astma / COPD en Diabetes mellitus[7]	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 (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 (herziening van de richtlijn uit 1998)	2005	Betreft diagnose en therapie. Geen duidelijke richtlijnen met betrekking tot eventuele preventie

[7] 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: aspecifieke 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) 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
	KNGF	Richtlijn osteoporose (herziening van richtlijn uit 2001)	2005	Bevat richtlijnen over het voorkomen van (nieuwe) fracturen, o.a. door screenen veiligheidssituatie thuis en leefstijladviezen, en verder richtlijnen ter voorkoming of vermindering van met osteoporose samenhangende aandoeningen (o.a. toegenomen kyfose, verminderde balans)
Psychische aandoeningen (depressie, angststoornissen, alcoholverslaving)	NHG/LVE[8]	LESA depressieve stoornis	April 2006	Richtlijnen voor samenwerking en werkafspraken tussen huisartsen en eerstelijns 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.

[8] Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen

B Overzicht preventie in aanvullende verzekering zorgverzekeraars

NAAM / PLAATS VERZEKERAARS	Dieetadvisering/ Voedingsadvies	Sport/ Bewegen	Leefstijl	Overgangs-consult	Preventieve cursussen, voorlichting/ Gezondheids-cursussen	Preventieve onderzoeken	Anti-conceptie
Achmea Zorg/Zilveren Kruis Amstelveen	Energieverbeteringsprogramma:15% korting op het NOVO programma van Immogenics. (betreft voedingsadvies). Dieetadvisering: 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. Nordic Walking is dynamisch wandelen met stokken. Ontrack wandel- en fietsroutes: 50% korting op abonnementskosten. 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 bewustwording van de persoonlijke balans in werk en privé bij Leefstijl Trainingscentrum (LTC) te Dalfsen. Ontspanningsarrangementen: Korting op ontspanningsarrangementen bij diverse centra. Leefstijltrainingen: vanaf 3 sterren: Max. 1 leefstijltraining pp per kj. Eigen bijdrage € 100,-	Overgangsconsulent: 10% korting op het consulttarief van Care for Women overgangsconsulenten 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: Tegemoetkoming van 75% in de kosten van preventieve cursussen tot max. € 115,- per cursus, pp per kj	health Check: Preventieve gezondheidstest voor longfunctie en hart- en vaatziekten voor € 15,-. Preventieve onderzoeken: in aanvullende polis: 100%	In aanvullende polissen: > 21 jaar: pil 100% vergoed
Agis Zorgverzekeringen Amersfoort		Sprotmedisch Advies Centrum: 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	Dieetadvisering/ Voedingsadvies	Sport/ Bewegen	Leefstijl	Overgangs-consult	Preventieve cursussen, voorlichting/ Gezondheids-cursussen	Preventieve onderzoeken	Anti-conceptie
Avéro Achmea Zaandam		Sportmedische keuring: in aanvullende verzekeringen 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 Dalfsen. De eigen bijdrage bedraagt € 100,- per training. De volgende basistrainingen komen voor vergoeding in aanmerking: - Training voor hartpatiënten; - Training voor whiplashpatiënten; - Training voor mensen met een burn-out; - Training stressreductie bij mensen met stotterproblemen		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.) In aanvullende verzekeringen: dekking voor:Vergoeding van de kosten van onderzoek door een huisarts of specialist ten behoeve van vroege opsporing van: Baarmoederhalskanker (uitstrijkje);- Borstkanker; - Hart-en vaatziekten (maximaal één keer per 24 maanden); - Prostaatkanker.	Vanaf 21 jaar: vanaf extra aanvullende polis: 100%
AZIVO		Via abonnement op Meavita voordeelplan (100% vergoeding abonnement in AV basis en AV top) Azivo heeft bij het Rug- en Advies Centrum (RUAC) een specifiek advies en trainingsprogramma afgesloten voor rugscholing en/of arbeidsreïntegratie. Dit programma wordt in AV top 100% vergoed. Sportactiviteiten voor alle Azivo-verzekerden: Met op kwaliteit geselecteerde sportcentra zijn speciale afspraken gemaakt voor het		In AV top: 75%, max 150€	Via abonnement op Meavita voordeelplan (100% vergoeding abonnement in AV basis en AV top)	Voor vergoeding komen in aanmerking: • de kosten van preventief onderzoek van hart en bloedvaten • de kosten van preventief baarmoeder-halskankeronderzoek • de kosten van preventief borstkankeronderzoek. De vergoeding wordt maximaal eenmaal per twee kalenderjaren verleend en alleen voor zover er geen aanspraak bestaat op vergoeding krachtens de hoofdverzekering. In AV basis en AV top: 100%	in AV top: 100% bij 21 en ouder

NAAM / PLAATS VERZEKERAARS	Dieetadvisering/ Voedingsadvies	Sport/ Bewegen	Leefstijl	Overgangs-consult	Preventieve cursussen, voorlichting/ Gezondheids-cursussen	Preventieve onderzoeken	Anti-conceptie
		ondersteunen en mogelijk maken van sporten onder deskundige leiding.					
AZVZ Amsterdam (werkt samen met Achmea) (scheepvaart/maritiem)	Vergoed worden de kosten van dieetadvisering en/of voedingsvoorlichting door een diëtist. De vergoeding is 75% van de gedeclareerde kosten en is gemaximeerd tot het bedrag per verzekerde per kalenderjaar.	Medisch verantwoord bewegen: 75%, tot het maximum per verzekerde per kalenderjaar. Deze vergoeding geldt voor de cursussen "medisch verantwoorde trainingsprogramma´s" en "meer bewegen voor ouderen" samen. Van vergoeding zijn uitgesloten alle programma´s gericht op conditieverbetering of het algemeen welbevinden. Sport Medisch advies: 75% van de kosten van consulten en/of keuringen door een geregistreerd sportarts in een sportgeneeskundig gespecialiseerd centrum (SMA, SGA),		Overgangsconsulent: 75%, tot het maximum per verzekerde per kalenderjaar.	Preventieve cursussen (afvallen bij overgewicht, stoppen met roken, leren omgaan met…, alcoholtraining, EHBO bij kinderen): 75%, tot het maximum per verzekerde per kalenderjaar,voor alle genoemde cursussen samen.	Doppler-onderzoek (hart- en bloedvaten-onderzoek), allergietest, gehoortest, diabetesonderzoek, cholesterolonderzoek: 100%. Het onderzoek moet wel worden uitgevoerd door uw huisarts of een artsenlaboratorium.	> 21 jaar: 100% van limiet GVS.

NAAM / PLAATS VERZEKERAARS	Dieetadvisering/ Voedingsadvies	Sport/ Bewegen	Leefstijl	Overgangs-consult	Preventieve cursussen, voorlichting/ Gezondheids-cursussen	Preventieve onderzoeken	Anti-conceptie
		tot het maximum per verzekerde per kalenderjaar.					
CZ Actief in Gezondheid Tilburg	max 2 extra behandeluren: 100% in basis, plus en top. Supertop: 100%, max 46€ per dag	Sportmedisch advies: basis/jongeren: 60€, plus en top: 115€; supertop: 100% Cardiofitness:supertop 100% tarief fysiotherapeut fitness/preventieve training: inschrijfkosten Physiopoint, fysiosport, interactionsport: AV50+: €25,- seniorenfitness/MBVO : AV50+: €75		basis, plus en top: max 5 consulten, 75% max.Supertop: 100%	cursussen van thuiszorg, GGD, DGD, RIAGG, ziekenhuis of erkende patiëntenvereniging: 50% (basis AV:max 17,50€; plusAV/50+AV: max 35€, top AV max 70€). Supertop: 100%	cholesteroltest, baarmoederhalskanker, borstkanker, prostaatkanker, hart/bloedvaten: supertop 100% periodiek geneeskundige oz: supertop: 100% cholesteroltest AV 50+: 100%	vanaf 21 jaar: basis, plus en top: 100%

NAAM / PLAATS VERZEKERAARS	Dieetadvisering/ Voedingsadvies	Sport/ Bewegen	Leefstijl	Overgangs-consult	Preventieve cursussen, voorlichting/ Gezondheids-cursussen	Preventieve onderzoeken	Anti-conceptie
De Friesland Zorgverzekeraar	Glutenvrij dieet: AV optimaal: 80% tot max 250€ per jaar	Sportmedisch advies: AV standaard, extra en optimaal: maximaal 200€			Op het gebied van preventie ('Lekker Gezond Bezig') kent de Friesland daarom de volgende vergoedingsregeling: Cursussen door regionale thuiszorgorganisaties Vergoeding van de kosten van deelname aan de volgende cursussen: - Blaastraining. - Omgaan met hyperventilatie. - Kinderongelukken. - Zwangerschapscursus . - Lage rugklachten. - Omgaan met spanningen/stress. - Stoppen met roken. - Sportief op gewicht. Deelnemers zijn de volgende eigen bijdrage verschuldigd: AV Standaard Eigen bijdrage € 7,50 per bijeenkomst; AV Extra Eigen bijdrage € 5,- per bijeenkomst; AV Optimaal Eigen bijdrage € 2,50 per bijeenkomst.		vanaf 21 jaar: 100% in AV standaard, extra en optimaal
Delta Lloyd	AV Zorggarant Compleet: 150€ AV zorggarant top: 100%	In Module levensfase: alle leeftijden fitheidstest: kostprijs fitness: korting sportmedisch advies: 100€		In module levensfase: €200	AV Zorggarant compleet: 150€ AV Zorggarant Top: 250€	AV zorggarant compleet en top: 100% In module levensfase 25-54 met kinderen: prenatale screening	> 21 jaar in module levensfase: 100%
FBTO Leeuwarden /Achmea							> 21 jaar: 100% in aanvullend pakket

NAAM / PLAATS VERZEKERAARS	Dieetadvisering/ Voedingsadvies	Sport/ Bewegen	Leefstijl	Overgangs-consult	Preventieve cursussen, voorlichting/ Gezondheids-cursussen	Preventieve onderzoeken	Anti-conceptie
Fortis ASR		Sportmedisch Advies: AV uitgebreid: 100% 1 sportkeuring per 2 jaar; AV optimaal: 100%				AV: 100% voor onderzoek naar: · hart en bloedvaten · baarmoederhalskanker · borstkankeronderzoek AV uitgebreid en AV optimaal: 100% voor onderzoek naar: · hart en bloedvaten · baarmoederhalskanker · borstkanker · cholesterol · prostaatkanker Overige preventieve onderzoeken: AV optimaal: € 500	Alle AV: 100% boven 21 jaar
Groene Land Achmea Zwolle	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 leefstijltraining georganiseerd door het Leefstijl Trainingscentrum te Dalfsen. De volgende basistrainingen komen voor vergoeding in aanmerking: – training voor hartpatiënten; – training voor whiplashpatiënten; – training voor mensen met burn out; – training stressreductie bij mensen met stotterproblemen. Vanaf 3 sterren: maximaal één leefstijltraining 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); – borstkanker; – hart- en vaatziekten; – prostaatkanker. Aanvullende verzekering:100%	boven 21: 100% in aanvullenden polissen

NAAM / PLAATS VERZEKERAARS	Dieetadvisering/ Voedingsadvies	Sport/ Bewegen	Leefstijl	Overgangs-consult	Preventieve cursussen, voorlichting/ Gezondheids-cursussen	Preventieve onderzoeken	Anti-conceptie
IZA (VGZ)	Net als VGZ vergoedt IZA Becel pro-activ	sportgeneeskunde: alle AV's max 75€ per jaar.		Care for Women: alole 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
Menzis		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,
ONVZ Zorgverzekeraar	In AV Zorgconsulent: direct contact over dieetadvies	Sportmedisch advies: AV topfit: 100% In AV Zorgconsulent: gratis sportmedische keuring	In AV Zorgconsulent direct contact met artsen over leefstijladviezen	AV Topfit: 100%	In AV Topfit: via ZorgService bureau In AV Zorgconsulent: infopakketten over gezond leven, bewegen, voeding	In AV Zorgconsulent gratis	
OZ Zorgverzekeringen Breda	AV Royaal: max 115€ pj	Sportmedisch advies: AV Ideaal en Royaal/ 50+/ondernemer: max 2* per jaar; AV jongeren: 4* per jaar Fitness: AV Royaal/Jongeren: eenmalig 25€		AV Royaal: max 45€ per consult, max 3 consulten per verzekeringsduur	AV Ideaal/ AV Jongeren/50+: 35€; AV Royaal: € 50	AV Royaal: preventieve onderzoeken € 150,- éénmalig per 24 maanden (borst- en baarmoederhalskanker, hart en bloedvaten, prostaatkanker bij mannen ouder dan 45 jaar) Cholesterol: AV 50+ AV ondernemer: preventieve onderzoeken éénmalig per 24 maanden (borst- en baarmoederhalskanker, hart en bloedvaten, prostaatkanker bij mannen ouder dan 45 jaar) € 115,-	AV Ideaal en Royaal: 21 jaar en ouder: 100%
PNO Ziektekosten	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 VERZEKERAARS	Dieetadvisering/ Voedingsadvies	Sport/ Bewegen	Leefstijl	Overgangs-consult	Preventieve cursussen, voorlichting/ Gezondheids-cursussen	Preventieve onderzoeken	Anti-conceptie
Salland Verzekeringen Deventer		AV spurt/mats/flex/troef: 2 consulten SMA, 100% AV Borg: Heupprotectoren 100% tot max. € 90,- per kalenderjaar		AV Troef: 75% max. € 150,- eenmalig	AV flex:Gezondheidscursussen: één cursus, 100% max. € 75,- per kalenderjaar: • Omgaan met spanningen • Beter slapen • Stoppen met roken AV Troef: Gezondheidscursussen: één cursus, 100% max. € 75,- per kalenderjaar • Omgaan met spanningen • Beter slapen • Leren leven met een chronische ziekte • Stoppen met roken • Ziekenverzorging thuis AV Borg: Gezondheidscursussen: één cursus, 100% max. € 75,- per kalenderjaar • Omgaan met dementie • Beter slapen • Leren leven met een chronische ziekte • Ziekenverzorging thuis AV Borg: Schriftelijke cursussen Stoppen met roken 12,5% korting Natuurlijk mooi 25% korting Lekker slank 25% korting Lekker gezond 25% korting Lekker in je vel 25% korting Anders genezen 25% korting .		AV Mats/flex: 21 en ouder: 100%

NAAM / PLAATS VERZEKERAARS	Dieetadvisering/ Voedingsadvies	Sport/ Bewegen	Leefstijl	Overgangs-consult	Preventieve cursussen, voorlichting/ Gezondheids-cursussen	Preventieve onderzoeken	Anti-conceptie
Trias	In aansluiting op de standaard verzekering, maximaal 2 uur	Sportmedisch advies in een erkend Adviescentrum: AV: 2 consulten blessurebehandelingen tot maximaal €46,00; AV extra: 4 consulten blessurebehandelingen tot maximaal €92,00		in AV extra: 100% tot max 150€ eenmalig	AV en AV extra: 46€ max: – beter ontspannen – fybromyalgie, 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%
Univé Zorgverzekeraar		SMA: 2 consulten		module B: 75% tot max 100€, module C: 75% tot max 200€	Cursussen kruiswerk-/thuiszorgorganisaties Module 2: € 50,–, module 3: € 150,–	Module 1, 2 en 3: 100% op:hart- en bloedvaten onderzoek, borstkankeronderzoek, cholesteroltest, baarmoederhals- / prostaatkankeronderzoek, elektrocardiogram	Module 2, 3 en B en C vanaf 21 jaar 100%
VGZ Nijmegen	VGZ vergoedt gebruik Becel pro-activ	sportgeneeskunde: AV uitgebreid: 100€ per 2 jaar, AV plus en AV jongeren Xtra: 150€ per 2 jaar 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, AV uitgebreid: 40€ pj, AV plus: 60€ pj	prostaatkanker: AV uitgebreid 1* per 2 jaar	21 jaar en ouder; AV uitgebreid, plus en jongeren Xtra: 100%

NAAM / PLAATS VERZEKERAARS	Dieetadvisering/ Voedingsadvies	Sport/ Bewegen	Leefstijl	Overgangs-consult	Preventieve cursussen, voorlichting/ Gezondheids-cursussen	Preventieve onderzoeken	Anti-conceptie
Zorg en Zekerheid Leiden	AV-Basis en AV-Standaard: vallen buiten de vergoedingsregeling; AV-Top: 75% tot een maximum van € 105,00; AV-Totaal: 100% tot een maximum van € 115,00.	AV-Basis en AV-Standaard: vallen buiten de vergoedingsregeling; AV-Top: 75% tot een maximum van € 115,00; AV-Totaal: 100% tot een maximum van € 115,00. De vergoeding geldt voor één of meerdere cursussen tezamen: - medisch verantwoorde trainingsprogramma's; - meer bewegen voor ouderen (MBVO). Uitsluiting: alle programma's gericht op conditieverbetering of het algemeen welbevinden voor vergoeding uitgesloten. SMA Consulten en/of keuring: per verzekerde, per kalenderjaar. AV-Basis en AV-Standaard: vallen buiten de vergoedingsregeling; AV-Top: 75% tot een maximum van € 70,00; AV-Totaal: 100% tot een maximum van € 115,00.		AV-Basis en AV-Standaard: vallen buiten de vergoedingsregeling; AV-Top: 75% tot een maximum van € 115,00; AV-Totaal: 100% tot een maximum van € 150,00	AV-Basis en AV-Standaard: 50% tot een maximum van € 115,00; AV-Top: 75% tot een maximum van € 150,00; AV-Totaal: 100% tot een maximum van € 175,00. De vergoeding geldt voor één of meerdere cursussen tezamen: - afvallen bij overgewicht; - stoppen met roken; - leren omgaan met ...; - alcoholtraining; - EHBO bij kinderen.	de volgende onderzoeken: - hart-bloedvaten onderzoek (Doppler onderzoek); - allergietest; - gehoortest - diabetesonderzoek; - cholesterolonderzoek.	vanaf 21 jaar: AV-Standaard, AV-Top en AV-Totaal: 100%.
Zorgverzeraar DSW Schiedam		Vergoed wordt uit de AV-Top 60 procent van de kosten van een sportmedisch onderzoek of blessureconsult bij een Sport Medisch Adviescentrum.		AV standaard en AV Top: 75% tot max 150€ pj		Voor vergoeding komen in aanmerking (AV standaard en AV Top: 100%): • de kosten van preventief onderzoek van hart en bloedvaten; • de kosten van preventief baarmoederhalskankeronderzoek; • de kosten van preventief borstkankeronderzoek.	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 leefstijladvisering (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 leefstijladvisering 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 leefstijladvisering. 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 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 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 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 vervolgdiagnostiek en -behandeling binnen afzienbare tijd. Vroege opsporing leidt tot een groter beroep op de gezondheidszorg. Meer mensen komen in aanmerking voor vervolgdiagnostiek 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 geprotocolliseerde) 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 tijdbeslag 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 Wigersma, 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 eerstelijn 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 leefstijladvisering 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.