

werden rond de twaalfde week van de zwangerschap. In onze studie bleek dat van de vrouwen die op eigen kracht stopten, 90% dat deed vóór de elfde week. Aan de interventie hebben dus waarschijnlijk overwegend vrouwen meegedaan die niet gemotiveerd of niet in staat waren om op eigen kracht te stoppen, terwijl mogelijk een grotere groep al eerder in de zwangerschap zelf was gestopt.

Doordat laag opgeleiden in de PIAMA studie zijn ondervetegenwoordigd, zal het percentage succesvolle stoppers in de algemene bevolking waarschijnlijk lager liggen dan het hier gevonden percentage. Echter zelfs van de laag opgeleide deelnemers was 22% van de aanvankelijke rokers gestopt en rookte nog steeds niet in de woning twee jaar na de geboorte van het kind.

Het zou kunnen dat onze cijfers geflatteerd zijn doordat in de vragenlijst tijdens de zwangerschap werd gevraagd naar al dan niet roken, maar in de vragenlijsten na de geboorte is gevraagd naar roken in de woning. Het is niet uit te sluiten dat er aanstaande moeders zijn geweest, die zijn gestopt met roken en die na de geboorte weer zijn begonnen met roken, maar dat uitsluitend deden buiten de

eigen woning. Het lijkt echter niet aannemelijk dat dit voor een grote groep zou gelden. De bevinding dat in de groep zwangeren die al één of meer kinderen hadden het percentage ex-rokers anderhalf keer zo hoog was als in de groep zwangeren die nog geen kinderen hadden, is ook een aanwijzing dat er sprake is van volledig (en niet alleen binnenshuis) stoppen. Vanuit het perspectief van het kind gezien, zou overigens ook alleen binnenshuis afzien van roken gunstig zijn.

We concluderen dat zwangerschap veel vrouwen motiveert om te stoppen met roken. Verdere gezondheidswinst zou te behalen zijn door interventies gericht op rokende aanstaande vaders en op ondersteuning van 'stoppers', zowel aanstaande vaders als moeders, om het niet roken vol te houden na de geboorte van het kind.

LITERATUUR

1. Lu Y, Tong S, Oldenburg B. Determinants of smoking and cessation during and after pregnancy. *Health Promot Int* 2001;16: 355-65.
2. Brunekreef B, Smit HA, de Jongste JC et al. The Prevention and Incidence of Asthma and Mite Allergy (PIAMA) birth cohort study: design and first results. *Pediatr Allergy Immunol* 2002;15:1-6.
3. Brunekreef B, Leaderer BP, van Strien R et al. Using nicotine measurements and parental reports to assess indoor air: the PIAMA birth cohort study. *Prev Inc Asthma Mite Allergy. Epidemiol.* 2000;11:350-2.
4. Feenstra TL, Hamberg-van Reenen HH, Hoogenveen RT, Rutten-van Mölken MPMH. Cost-Effectiveness of Face-to-Face Smoking Cessation Interventions: A Dynamic Modeling Study. *Value Health* 2005;8:178-90.
5. Vries H de, Bakker M, Dolan Mullen P, Breukelen G van. The effects of smoking cessation counseling by midwives on Dutch pregnant women and their partners. *Pat Educ Counsel* 2006 (in druk).

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. A.H. Wijga, RIVM, Centrum voor Preventie en Zorgonderzoek (PZO), Postbus 1, 3720 BA Bilthoven, tel: 030-274 3575, e-mail: alet.wijga@rivm.nl

Preventie in de curatieve sector en het nieuwe stelsel

W. Davidse, O.R.W. de Jong, W.J.J. Assendelft*

In het nieuwe zorgstelsel, met zijn basisverzekering met functionele aanspraken, en met de komende WMO veranderen veel rollen in de zorg. In theorie bestaat er veel ruimte om preventieve activiteiten in de curatieve sector verder uit te bouwen. Dat zal zeker niet vanzelf gaan, omdat er enkele knelpunten zijn, deels min of meer structureel van karakter, die eerst beslecht dienen te worden. In opdracht van het College voor

Zorgverzekeringen (CVZ) hebben wij een inventariserend onderzoek uitgevoerd naar preventieve activiteiten in de verzekerde curatieve zorg.¹ Aanleiding was de komst van het nieuwe zorgstelsel en het feit dat al veel preventieve activiteiten worden uitgevoerd in de curatieve sector.

Inleiding

Algemeen wordt aangenomen dat de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg zich goed lenen voor het uitvoeren van preventieve activiteiten. Dat wordt geïllustreerd door het feit dat in veel professionele richtlijnen aandacht wordt geschonken aan preventie. Om een voorbeeld te geven, van de bijna 90

Standaarden voor huisartsen zijn er tien die vrijwel volledig betrekking hebben op preventie; in de overige 80 komt preventie in een grote meerderheid ter sprake.¹ De contactfrequentie met zorgverleners, vooral in de eerstelijnszorg, is betrekkelijk hoog en artsen worden door patiënten gezien als een betrouwbare bron van informatie. Ongeveer 30% van de 20-60 jarigen en 60% van de 60-plussers komt in aanmerking voor leefstijladvisering.² Patiënten zelf hebben merendeels geen bezwaar tegen (ongevraagde) leefstijlvoorlichting. Onderzoek onder patiënten van huisartsen laat zien dat 90% van de patiënten vragen van de huisarts naar roken, gewicht, cholesterol, en bloeddruk

*W. Davidse,¹ O.R.W. de Jong,¹ W.J.J. Assendelft²

¹TNO Kwaliteit van Leven, Leiden

²LUMC, afdeling huisartsgeneeskunde en verpleeghuisgeneeskunde, Leiden

acceptabel vindt en dat 80% de zelfde mening heeft over vragen naar drankgebruik, eetgewoonten en lichaamsbeweging.³

Uit een recent ledenpanelonderzoek van de KNMG blijkt dat 70% van de leden vindt dat preventie een taak van curatief werkende artsen is. Ruim tweederde is van oordeel dat in de curatieve zorg werkzame artsen ook ongevraagd preventieve activiteiten moeten aanbieden en 90% geeft aan zich actief op te stellen bij het signaleren van ongezond gedrag.⁴

Preventieve activiteiten in de curatieve zorg

Primaire preventie is in beperkte mate mogelijk, omdat patiënten in vrijwel alle gevallen een gezondheidsprobleem of een gezondheidsklacht hebben als ze de curatieve zorg consulteren. Preventie in de curatieve zorg richt zich dan ook vooral op het (vroegtijdig) opsporen van aandoeningen en signaleren van gezondheidsrisico's (secundaire preventie) en op 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.

Huisartsen spelen vanouds een rol bij preventie. Van alle curatief werkende beroepsgroepen zijn het de huisartsen die het onderwerp preventie het meest uitgebreid aan de orde hebben gesteld. Hoewel de meeste huisartsen van oordeel zijn dat preventie in het algemeen en screening (case-finding) in het bijzonder tot hun basistaken hoort, zijn de opvattingen over preventie zeker niet eensluidend. De houding van huisartsen tegenover vroegopsporing blijkt divers te zijn.⁵ 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 aandoeningen 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, omdat dit leidt tot bezorgdheid en medicalisering.⁶

Ketenzorg in preventie

De ketenzorg voor preventie in de curatieve zorg 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. In het algemeen is er nog sprake van de zogenaamde 'verticale' aanpak voor preventie in de curatieve zorg. De activiteiten van de verschillende beroepsgroepen zijn gescheiden.⁷ Multidisciplinaire richtlijnen op het gebied van preventie zijn schaars.

De aandacht in het beleid en praktijk van de verschillende beroepsgroepen ligt sterk 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 vaak uit van het gangbare ziektegerichte denken. Dit belemmert in hoge mate een integrale aanpak. Hopelijk brengen diverse recente richtlijnen, onder andere over de behandeling van tabaksverslaving en alcoholmisbruik, hier verandering in.

Secundaire preventie in de curatieve sector door vroegopsporing van aandoeningen zal toenemen omdat geleidelijk meer informatie en effectief gebleken screeningstests beschikbaar komen. Vroegopsporing heeft echter alleen zin als de continuïteit in de zorg voldoende kan worden gegarandeerd (follow-up na screening), bijvoorbeeld vervolgdagnostiek en -behandeling binnen afzienbare tijd. Vroege opsporing leidt tot een groter beroep op de gezondheidszorg. Meer mensen komen in aanmerking voor vervolgdagnostiek en behandeling. Als er nog geen optimaal vervolgtraject is, levert vroegopsporing maar beperkte mogelijkheden voor gezondheidswinst. Een goede afstemming tussen screeningsactiviteiten en vervolgtraject,

gepaard gaande met capaciteitsuitbreiding, bijvoorbeeld in de huisartsenpraktijk, is voor verantwoorde opsporing noodzakelijk.^{5,8}

Organisatie en financiering van preventie

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

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 leek de preventie in de huisartsenpraktijk onder druk te komen 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, zo kan 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 wan-

neer deze in het kader van een lopend consult kunnen worden verricht, wat bij artsen doorgaans het geval is. Anders ligt dat bij praktijkondersteuners/-verpleegkundigen aan wie de preventieve werkzaamheden worden gedelegeerd.

Activiteiten als bijvoorbeeld stoppen met roken poli's zijn relatief arbeidsintensief. De financiering is nu niet structureel geregeld. Respondenten gaven in interviews aan dat er voor preventie een aparte financiering zou moeten komen. In dat kader is de vraag opgeworpen of het niet wenselijk is Preventie-DBC's in te voeren (bijvoorbeeld voor stoppen met roken, obesitas en vallen bij ouderen). Een andere optie is het mogelijk maken van meerjarenafspraken tussen zorgverzekeraars en verzekerden.

Discussie

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 door alle partijen gedeelde visie op preventie in de curatieve zorg. Dat maakt de positionering van de preventie in de curatieve zorg er niet eenvoudiger op. Er komt wel enige 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.

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. Een algemeen knelpunt

is en – voor zover te zien – blijft het ontbreken van een duidelijke regierol met betrekking tot preventie.

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 een toenemend aantal testen met apparaatjes die door drogistrijen/supermarkten en/of via het internet worden aangeboden). 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 en kosten er aan het gebruik zijn verbonden.

Geleidelijk komt er ook meer aandacht voor het vroegtijdig opsporen van risicofactoren, in relatie tot leefgewoonten. Hoewel bij huisartsen hierover nog de nodige aarzelingen bestaan, vinden zij doorgaans dat case-finding en advisering over risicofactoren aan patiënten tot het takenpakket hoort. Bij de uitvoering doen zich knelpunten voor, door het ontbreken van een goede financiering/ondersteuning.

Een mogelijke nieuwe ontwikkeling is het zogenaamde prestatiecontract. Zorgverleners/zorgverzekeraars verplichten zich tot het aanbieden van preventieprogramma's, patiënten verplichten zich tot 'preventietrouw'. Een en ander kan vergezeld gaan van financiële prikkels, waarmee dergelijke contracten bepaald niet vrijblijvend zijn.

Zoals eerder werd aangegeven kunnen preventieve activiteiten door huisartsen laagdrempelig 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, familiale hypercholesterolemie). 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.¹ Ook wordt gesproken over andere varianten voor de organisatie van preventieve activiteiten in de curatieve zorg, zoals 'preventiecoaches' of regionale preventiecentra, waar bijvoorbeeld de leefstijladviesing en leefstijlprogramma's van eerstelijns en tweedelijns instellingen geïntegreerd kunnen worden aangeboden. Een belangrijk aandachtspunt bij (vroeg)opsporing is het realiseren van continuïteit in de zorg na de opsporing, hetgeen thans nog als een belangrijke 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. 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.

De financiering van preventie in de curatieve sector is momenteel niet goed geregeld. Wanneer een groter beroep gedaan gaat worden op de curatieve zorg om preventie planmatiger en systematischer aan te pakken, ligt het in de rede dat de financieringssystematiek wordt verbeterd. Daarnaast is een goede regie belangrijk. Hoe het nieuwe stelsel op deze punten zal uitpakken, valt nog niet te zeggen. Het lijkt ons verstandig deze zaken de komende tijd goed te volgen.

LITERATUUR

1. Jong ORW de, Reeuwijk-Werkhorst J van, Davidse W, Perenboom RJM, Quak ABWM,

- Assendelft WJJ*. Preventie in de verzekerde zorg. Leiden: TNO KVL, 2005.
2. VWS. Brancherapport Preventie. Den Haag: Ministerie van VWS, 2005.
 3. NIPO. De ideale huisarts-patiënt-relatie. Symposium Zegt het voort- de belofte van de huisartsgeneeskunde. Utrecht: NIPO, 1999.
 4. *Bastiaansen MHH, Wigtersma L*. Preventieve taken door artsen: uitkomsten van het elfde KNMG-ledenpanel. Tijdschr Gezondheidswet 2005;83: katern Nederlands congres Volksgezondheid, 17.
 5. *Verweij MF*. Opsporing verzocht? Screening in de huisartspraktijk. In: Signalering ethiek en gezondheid. Den Haag: Gezondheidsraad/RVZ, 2005.
 6. *Thomas S., Walma E., Pleumeekers B*. Primaire preventie van hart- en vaatziekten in de huisartsenpraktijk: geen tijd voor grote veranderingen. Huisarts Wet 2004;47: G10: 444-8.
 7. *Boomsma LJ, Drenthen AJM, Hombergh P van den, Veld CJ in 't*. De strijd tegen gezondheidsrisico's. Geïntegreerde preventieprogramma's vanuit de huisartsenpraktijk. Med Contact 2004;37:1429-32.
 9. *Assendelft WJJ*. Screening in de huisartspraktijk. Inleiding symposium Centrum voor ethiek en gezondheid: 'Opsporing verzocht? Verschuivende taken van de zorgverlener'; 29 juni 2005 (www.ceg.nl).

CORRESPONDENTIEADRES

W. Davidse, TNO Kwaliteit van Leven, Postbus 2215, 2301 CE Leiden, e-mail: w.davidse@pg.tno.nl

BOEKBESPREKING

Gezondheidsinformatie via het internet

W.A. Keijzer. Online gezondheidsinformatie en lotgenoten contact. Utrecht: Wacomed, 2005. eHealth serie – deel 1, ISBN: 90-805666-2-4, 527 blz.

Internet speelt in toenemende mate een rol in de gezondheidszorg. Steeds meer burgers en patiënten willen zelf een actieve rol in hun eigen zorg. Dit handboek geeft een overzicht van de nieuwste inzichten in moderne informatievoorzieningen voor patiënten en burgers. In het voorwoord schrijft Els Borst bovendien dat dit boekwerk voor het eerst een overzicht geeft van 'online gezondheidsinformatie'. De auteur definieert online gezondheidsinformatie als alle online informatie die internetgebruikers kunnen vinden over hun zorg of gezondheid, inclusief 'patiënteninformatie', 'medische informatie voor leken' en 'medische voorlichting'.

Wouter Keijser is arts en specialist op het gebied van eHealth.

Opzet van het boek

Dit handboek is het eerste boek in een serie over eHealth. Dit boek bestaat uit zeven delen. In het eerste deel wordt het begrip gezondheidsinformatie ingeleid. Deel twee wijdt verder uit over gezondheidsinformatie in relatie tot internet. Verschillende soorten online gezondheidsinformatie (OGI) worden hier besproken.

Er is nog maar weinig bekend over informatiezoekegedrag. Met welke vragen

gaan mensen op zoek naar OGI, en voor wie doen ze dit? En waarom zoeken ze naar OGI, in plaats van dat ze hun arts vragen stellen? Deze vragen worden beantwoord in het derde deel van het boek. Er worden drie dimensies binnen zoekgedrag onderscheiden: de zoekmethode (welk informatiemedium kiest men?), de focus (welke elementen worden geraadpleegd binnen het medium?) en de diepgang (tot welk niveau worden de verschillende elementen geraadpleegd?). Verder wordt een aantal factoren besproken die van invloed zijn op OGI zoekgedrag. Meer dan de helft van de OGI zoekers zoekt niet voor zichzelf, maar voor mensen uit de omgeving. Bepaalde onderwerpen zijn al langere tijd populair onder internetgebruikers, zodat er relatief veel informatie voorhanden is. Een voorbeeld hiervan is kanker, waar dan ook een hoofdstuk aan gewijd is. Zo wordt beschreven dat de fase van de ziekte bepalende is voor de behoefte aan online gezondheidsinformatie, en ook speelt de manier van presenteren een belangrijke rol in het te behalen effect.

In een volgend hoofdstuk worden de begrippen 'informacy' (vaardigheid om met ICT technologie om te gaan), 'health literacy' (de mate waarin mensen in staat zijn om basale gezondheidsinformatie te

zoeken, vinden en begrijpen) en 'health numeracy' (de mate waarin zij in staat zijn om cijfermatige informatie te begrijpen) besproken in relatie tot het zoeken naar OGI.

Kennis van de doelgroep is belangrijk voor het bereiken van een optimaal effect. Aan de hand van een aantal voorbeelden wordt duidelijk gemaakt dat iedere doelgroep zijn eigen vragen heeft over gezondheid. Ook de wetgeving en diverse hulpmiddelen om mensen met een beperking te helpen om het internet te gebruiken en de heersende kloof tussen de mensen die toegang hebben tot internet en degenen die baat zouden hebben bij internetgebruik in relatie tot OGI komen aan bod. Aan het eind van het derde deel wordt een aantal verbeterpunten beschreven om het zoeken naar OGI te vergemakkelijken, zoals het geven van uitleg over zoekstrategieën, het verbeteren van zoekmachines, het verkleinen van het zoekgebied en het inzetten van 'informatieconsulenten' op openbare internetplekken.

Welke effecten heeft OGI op patiënten, en hoe beïnvloedt dit de arts-patiënt relatie? Deze vragen komen aan bod in het vierde deel. Verschillende manieren om OGI in te zetten als instrument in het zorgproces komen aan bod in het vijfde