



Volksgezondheid en Preventie

De visie van de KNMG

Utrecht, 6 juni 2007

Opbouw notitie.

I. Beleidsuitgangspunten en prioriteiten van de KNMG op het gebied Volksgezondheid en Preventie

- Voorwoord
- Inleiding
- Kwaliteit staat voorop
- De verantwoordelijkheid moet worden genomen
- De financiering moet in orde zijn

II. Aanzet tot een plan van aanpak 2007-2008

Bijlage 1: toelichting op de nota

Bijlage 2: achtergrondnota en afkortingenlijst (alleen beschikbaar via www.knmg.nl/publicaties)

Deze nota is tot stand gekomen met inbreng van de federatiewerkgroep Volksgezondheid & Preventie.
De samenstelling van de werkgroep is als volgt.

Namens de LAD: Alex van Bolderen (agendalidmaatschap)

Namens de LHV: Pieter van den Hombergh

Namens de NVAB: Jos Manders

Namens de NVVA: Roy Knuiman

Namens de NVVG: Wout de Boer (agendalidmaatschap)

Namens de Orde: Hedwig Slot

Namens BAD: Han Willems (vz)

I. Beleidsuitgangspunten, prioriteiten en doelstellingen van de KNMG op het gebied Volksgezondheid en Preventie

Voorwoord

De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) is de federatie van beroepsverenigingen van artsen. Al sinds de oprichting in 1849 maakt de KNMG zich sterk voor het bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening én van de volksgezondheid.

Dat doet de KNMG door in te spelen op technologische en maatschappelijke ontwikkelingen, door zelf beleid te ontwikkelen en beleid van anderen te beïnvloeden, en door individuele dienstverlening. De KNMG werkt samen met de overheid, de politiek, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties, zorginstellingen en andere relevante organisaties in de zorgwereld. Dat samenspel moet leiden tot het optimaliseren van de gezondheidszorg en van het functioneren van artsen. Voor de patiënt, de arts en de samenleving. Preventie van gezondheidsschade is van oudsher een belangrijk speerpunt van de KNMG geweest. Op dit gebied valt nog veel te winnen. Dat is het onderwerp van deze nota.

Inleiding

De gezondheidszorg in Nederland staat voor grote uitdagingen. De behoefte aan zorg zal ook de komende jaren sterk toenemen; meer mensen zullen langer van zorg afhankelijk zijn. Daarnaast zullen veel nieuwe medische vindingen hun weg zoeken binnen de zorg. Verder zijn patiëntveiligheid, kwaliteit en vraagsturing steeds belangrijker issues. Tegelijkertijd neemt het capaciteitsaanbod in de zorg en verzorging niet evenredig toe met de behoefte. Er is dus alle reden om extra inspanningen te verrichten om dit verwachte beslag op de zorg te reduceren. Preventie van gezondheidsproblemen wordt daarom actueler dan ooit. Effectieve preventie levert bovendien een belangrijke bijdrage aan de arbeidsparticipatie en aan de maatschappelijke participatie van mensen.

Al jaren wordt daarom terecht veel tijd en geld gestoken in acties die mensen, organisaties, zorgverleners, fabrikanten en overheden vriendelijk wijzen op alles wat niet gezond is. De burger wordt aangespoord om onverstandig en ongezond gedrag om te buigen. Bij sommigen lijkt dat te werken, maar een nog grotere groep lijkt ongevoelig voor de adviezen. Met als gevolg dat roken nog steeds verreweg de belangrijkste bijdrage levert aan het aantal verloren levensjaren en dat ook door mannen weer meer wordt gerookt, dat op steeds jongere leeftijd alcohol wordt gedronken, dat we onveilig blijven vrijen, onverstandig blijven eten en steeds minder bewegen. Dat moet wel leiden tot een daling van de gezonde levensverwachting.

Het huidige preventiebeleid is dus veel te vrijblijvend en te weinig effectief. Een 'sense of urgency' en de eigen verantwoordelijkheid is bij veel partijen zwak ontwikkeld. Het preventiebeleid moet daarom anders. Er zijn zwaardere middelen nodig om een toekomstige generatie zo gezond mogelijk oud te laten worden en zo lang mogelijk maatschappelijk actief te laten zijn. En er zijn zwaardere middelen nodig om mensen die oud zijn, te helpen langer gezond en prettig te kunnen leven, mee te doen en mee te tellen. Dat gaat (nog) meer kosten, maar ook veel meer opleveren. In die zin moet 'De kost gaat voor de baat uit' worden uitgelegd: preventie beoogt niet in de eerste plaats om kosten te reduceren maar om mensen langer, gezonder en prettiger te laten leven. Daar moet iedereen op worden aangesproken. Voedingsfabrikanten, bedrijven, scholen, verzekeraars, zorgaanbieders, maar ook de burger zelf. Een beetje meer dwang, wat meer van 'wie niet horen wil moet maar voelen' is nodig.

Bij bijna alle preventieve activiteiten is een goede koppeling van preventie en zorg van belang. Het is bijvoorbeeld aangetoond dat als artsen patiënten oproepen voor de screening op baarmoederhalskanker, de respons groter is dan wanneer de oproep op andere wijze wordt gedaan. Een bestaande relatie met de patiënt is hiervan de verklaring. Bovendien is voor veel preventieve activiteiten informatie over de gezondheid van betrokkenen nodig. De huisarts is daarvoor meestal de aangewezen persoon. Artsen doen van oudsher al vrij veel aan preventie, zij het vaak nogal vrijblijvend. Maar hun inspanningen kunnen en moeten op een hoger plan worden gebracht. Vanzelfsprekend zal dit alleen zin hebben als ook andere partijen hun verantwoordelijkheid willen nemen. En nog beter is het om de nodige inspanningen in een goede samenwerking tussen die partijen te verrichten.

In deze visie verwoordt de KNMG waar de komende jaren de focus moeten komen te liggen, en wie welke rol zou kunnen spelen om de noodzakelijke versterking van het preventiebeleid in Nederland te realiseren. Dat komt neer, zoals in deze nota wordt toegelicht, op het aanscherpen van het preventiebeleid:

- door artsen beter te faciliteren om bij te dragen aan effectieve preventie, die wordt ingezet voor doelgroepen die dit het hardst nodig hebben en waar het hoogste rendement kan worden verwacht;
- door het preventiebeleid te richten op het uiteindelijke doel: verhoging van de maatschappelijke participatie en de arbeidsparticipatie van de burger;
- door een sterker prikkel- en financieringssysteem in te bouwen dat er toe bijdraagt dat effectieve preventie ook daadwerkelijk wordt ingezet en gebruikt, en pseudo-preventie wordt bestreden.

Kwaliteit staat voorop

De bevordering van de kwaliteit van effectieve preventieve interventies, het stimuleren van het gebruik ervan, en het terugdringen van allerlei vormen van pseudo-preventie staat hoog op de KNMG-agenda. In dit verband zijn de volgende punten van belang.

1. De KNMG wil de zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid van burger en patiënt vergroten door de bevordering van de ontwikkeling, implementatie en borging van nieuwe effectieve preventieconcepten. Er moeten ook meer prikkels komen die tot effectief gebruik leiden. Om dit te bereiken is voldoende onderzoeks- en implementatiegeld nodig. Er zal in zo'n ontwikkel- en implementatietraject intensief moeten worden samengewerkt met patiëntenorganisaties.
2. Veel preventieve acties zijn nog te breed opgezet, waardoor zij niet zo efficiënt zijn. De doelgroepenbenadering bij preventiebeleid dient te worden versterkt: minder voor iedereen, meer voor risicogroepen, en vooral voor die risicogroepen die ook zelf bereid zijn hun gezondheid serieus te nemen.
3. Preventie gericht op jongeren (waaronder ook de jongeren met lichamelijke of geestelijke beperkingen) behoeft een blijvende grote inspanning. De KNMG meent dat zwaardere middelen nodig zijn om een toekomstige generatie zo gezond mogelijk oud te laten worden en zo lang mogelijk maatschappelijk actief te laten zijn, en zal bevorderen dat hieraan wordt gewerkt.
4. Een uitbreiding van de levensloop- en doelgroepgerichte aanpak van preventie (jeugd, werkenden, lage sociaal-economische status) naar de doelgroep ouderen is, tegen de achtergrond van de dubbele vergrijzing in Nederland, hard nodig. De preventie van ziekte maar vooral de preventie van de gevolgen van ziekte kan bij de grote groep ouderen in belangrijke mate bijdragen aan meer actieve en gezonde levensjaren. Binnen de complexe ouderenzorg is een benadering gericht op verhoging van de kwaliteit van leven belangrijker dan de klassieke op de preventie van ziekten gerichte benadering. Dit betekent: verder kijken dan de effecten op de gezondheid zelf, en daarin ook willen investeren. De KNMG wil daarom meer aandacht voor een op ouderen gericht preventiebeleid en zal initiatieven nemen die tot dit doel kunnen bijdragen.
5. Preventieve interventies waarvan in onderzoek de werking niet of onvoldoende kan worden aangetoond moeten niet door artsen worden geleverd, ook niet in opdracht van derden. Verzekeraars zouden de moed moeten hebben om dergelijke producten uit hun portfolio te weren, en als dat niet gebeurt zal de overheid dat moeten afdwingen. Preventieve producten of diensten die bewezen hebben voldoende effectief te zijn in termen van gezondheidswinst voor burger of patiënt dienen als zodanig voor iedereen herkenbaar en toegankelijk te zijn. De KNMG wil het gebruik van niet of onvoldoende effectieve preventiemethoden tegengaan en de (verdere) invoering van een keurmerk voor bewezen effectieve preventie bevorderen. Preventie is alleen preventie als er 'bewezen effectief' op staat.
6. Goede preventie vereist vakkennis. Hoewel de uitvoering van preventieve interventies op vele plaatsen en met inzet van vele disciplines mogelijk is, is intensieve kennisontwikkeling en voortdurende scholing van artsen nodig voor het stellen van prioriteiten, voor instrumentontwikkeling en -keuze, voor aansturing en voor evaluatie. Dit aspect moet zowel in de basisopleiding als in vervolgopleidingen veel meer aandacht krijgen dan nu het geval is.

De verantwoordelijkheid moet worden genomen

Preventie is een verantwoordelijkheid van velen. Het nemen van die verantwoordelijkheid is bij een aantal partijen nog zwak ontwikkeld. Op het punt van de versterking van verantwoordelijkheid en de mogelijkheid die ook te nemen zijn acties nodig.

1. De verantwoordelijkheid voor ontwikkeling, uitvoering en kwaliteitsborging van collectieve preventie ligt in belangrijke mate bij de overheid. De KNMG wil meewerken aan een uitvoeringsbeleid dat zich richt op realisatie van de in de preventienotitie 2006 van VWS genoemde prioriteiten. Maar preventie is een gedeelde verantwoordelijkheid van veel partijen. Artsen zijn vanzelfsprekend pleitbezorgers van gezondheid en zij hebben functioneel een intensief, frequent contact met mensen die zich om hun persoonlijke gezondheid bekommeren. De belangrijke motiverende en overtuigende rol van artsen bij de gezondheidsbevordering en preventie van ziekte wordt echter onvoldoende benut, en behoeft versterking. Het beleid moet er op gericht zijn dat de arts die de meeste (gemotiveerde) mensen van een bepaalde doelgroep ziet, het meest aan gezondheidsbevordering en preventie voor deze groep doet. De KNMG overstijgt het domein van de verschillende medische disciplines en is medeverantwoordelijk voor het bevorderen van synergie tussen de disciplines. Dat gaat echter niet vanzelf. Als gevolg van de dubbele vergrijzing en de toename van chronische aandoeningen raakt preventie steeds meer ingebed in de individuele gezondheidszorg. In alle segmenten van de zorg nemen de preventieactiviteiten toe. De randvoorwaarden om preventieve taken kwalitatief goed, effectief en efficiënt door artsen te kunnen laten verrichten zijn echter ongunstig. Tijd, geld, kennis en samenwerkingsmogelijkheden (preventiecuratie, inkomens- en zorgverzekeraars, arts-overheden, centraal-lokaal) in de zorgketen en het preventiedomein schieten nog tekort. Hierin moet verbetering komen. De KNMG zal daarvoor voorstellen doen.

2. Effectieve preventie kan een belangrijke bijdrage leveren aan arbeidsparticipatie en de maatschappelijke participatie van mensen. Preventie van sociaal isolement bij (ook nog vaak depressieve) ouderen is van dit laatste een voorbeeld. Hier ligt ook de verbinding tussen ziektepreventie en preventie van de gevolgen van ziekte. De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) biedt een kader voor medefinanciering van vormen van (ook individueel gerichte) preventie en dus voor het verhogen van de effectiviteit van deze preventie. Hier ligt een belangrijke verantwoordelijkheid voor lokale overheden, daarbij ondersteund door o.a. artsen(organisaties). Op lokaal en regionaal niveau dienen daarom sterke impulsen te worden ontwikkeld die deze samenwerking mogelijk maken.

3. De inzet van artsen is op twee fronten aanwezig: een bijdrage aan universele, programmatische preventie op lokaal en regionaal niveau, en een bijdrage aan selectieve, geïndiceerde en zorggerichte preventie gericht op risicogroepen of –individuen. Beide kunnen worden versterkt. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van een effectief preventiebeleid op maat en op lokaal niveau moet dicht bij de burger liggen. GGD-en en huisartsen moeten hier in nauwe samenwerking een voortrekkersrol spelen. Andere specialisten kunnen vanuit een doelgroepenbenadering een belangrijke inbreng leveren. Binnen dit preventieconcept moeten de verantwoordelijken echter veel beter met elkaar samenwerken en de taken verdelen. Het ‘domeindenken’ moet worden doorbroken. Meer en eenvoudiger doorverwijsmogelijkheden binnen de gehele zorgketen zijn daarvoor uitermate belangrijk. En een sterke lokale/regionale ondersteuningsstructuur is onontbeerlijk. Er zijn dus kansen. De KNMG zal zich inspannen om deze kansen ook daadwerkelijk te benutten.

De financiering moet in orde zijn

Preventieve interventies worden uit vele bronnen gefinancierd. Er is een collectief deel, een deel dat in verzekeringspolissen is ondergebracht, en een deel dat geheel in de vrije markt is gepositioneerd.

Uiteindelijk wordt de preventie altijd door de burger betaald, op welke wijze dan ook. De burger mag dus hoge eisen stellen aan de kwaliteit van het product dat hij krijgt of koopt. De KNMG wil op het onderwerp kosten versus kwaliteit de volgende punten helpen bevorderen.

1. De financiering van effectieve individueel gerichte preventie, die geen onderdeel vormt van collectief gefinancierde zorg, dient in beginsel op dezelfde leest geschoeid te zijn als die van curatieve zorg. Effectieve preventie hoort waar mogelijk in het basispakket. Indien kostenoverwegingen of

- marktmechanismen het in polissen opnemen van effectieve preventieve zorg belemmeren, dient de overheid haar verantwoordelijkheid te nemen door financiering op andere wijze mogelijk te maken.
2. De financiering (en uitvoering) van preventieve interventies via de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV), de Zorgverzekeringswet Zvw (preventie op recept?), Arbowet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) dienen beter op elkaar aan te sluiten. Een efficiëntere en effectievere preventie zal daarvan het gevolg zijn.
 3. 'De kost gaat voor de baat uit' is een uitdrukking die niet past in de discussie over zinvolle preventie, als kosten en baten uitsluitend in euro's worden uitgedrukt. Preventie beoogt niet om kosten te reduceren maar om mensen langer, gezonder en prettiger te laten leven. De kosten en de gedefinieerde effectiviteit van een preventief beleid moeten wel in beeld zijn maar het verwachte effect, bijvoorbeeld uitgedrukt in te winnen gezonde levensjaren of een positieve invloed op het welzijn, moet bij prioritering het zwaarst tellen.
 4. Bij een modern preventiebeleid past een ontwikkeling van het voorkómen van ziekte naar het bevorderen van de gezondheid én de kwaliteit van leven. En daarbij past weer een evolutie van een zorgverzekering naar een gezondheidsverzekering. De KNMG zal dit doel op termijn actief nastreven.

Op basis van bovenstaande uitgangspunten zal een plan van aanpak worden opgesteld. Dit actieplan wordt tussen 2007 en 2010 uitgevoerd. Het plan is hieronder op hoofdlijnen weergegeven, en zal worden uitgewerkt samen met de federatiepartners en andere partijen.

II. Aanzet tot een plan van aanpak 2007-2010

In de periode 2007-2010 onderneemt de KNMG de volgende activiteiten.

Er wordt een overleg gestart met een aantal sleutelorganisaties met de volgende agendapunten:

- Hoe de inbedding van preventie in de regio te versterken, met als belangrijke insteek de versterking van preventie rond en met de eerste lijn in nauwe samenwerking met de GGD'n (organisatieaspecten en de samenwerking in de keten)
- Hoe de ontwikkeling, implementatie en borging van effectieve preventie, inclusief de totstandkoming van kwaliteits- en prestatie-indicatoren te bevorderen
- Hoe het preventie prikkelbeleid te versterken
- Hoe de financiering van preventie efficiënt en effectief te regelen
- Hoe het doelgroepenbeleid te versterken, waarbij de doelgroep ouderen bijzondere aandacht moet krijgen
- Op welke punten kunnen WCPV, WMO, Zvw, AWBZ en Arbowet op het domein preventie beter op elkaar worden afgestemd
- Hoe kan de uitbreiding van een keurmerk voor preventie voor een bewezen effectief preventieproduct worden bevorderd en geïmplementeerd in de praktijk

Sleutelorganisaties die benaderd worden (per agendapunt kan dit verschillen) zijn:

De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)
 Regionale Patiënten-Consumenten Platforms (RPCP's)
 Ziektespecifieke fondsen (zoals Nederlandse Hartstichting, Astmafonds, etc)
 Gezondheidsbevorderende instituten en instellingen (zoals Stivoro)
 Centrale overheid (VWS, SZW)
 Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM)
 Inspectie Gezondheidszorg (IGZ)
 Decentrale overheid via GGD-Nederland en VNG
 Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ)
 GGZ Nederland
 College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en Nederlandse Zorgautoriteit (Nza)
 Individuele zorg- en inkomensverzekeraars

Werkgevers- en werknemersorganisaties
Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG)
Zorg onderzoek Nederland (ZonMw)

Voor deze activiteiten zullen de KNMG en federatiepartners gezamenlijk een plan van aanpak uitwerken, na vaststelling van de visienotitie door het FB. De voortgang van dit plan zal worden bewaakt door de al ingestelde Federatiewerkgroep Preventie (FP). De federatiepartners zijn bereid in dit plan te investeren door capaciteit vrij te maken binnen de respectievelijke stafbureaus. De omvang van de in te zetten capaciteit per federatiepartner laat zich thans nog niet goed schatten, en kan per agendapunt en per tijdsperiode ook wisselen. FP zal targets formuleren. De beleidsafdeling (BAD) zal dit proces trekken, en waar nodig inhoudelijk ondersteunen. Hiervoor is voorlopig gemiddeld 10-15 uur per week vrijgemaakt.

Bijlage 1: toelichting op de prioriteiten van de KNMG op het gebied van de volksgezondheid en preventie

1. Doel

Het doel van de KNMG met het uitbrengen van deze notitie is, om tegen de achtergrond van recente ontwikkelingen in de zorg, een visie op tafel te leggen met betrekking tot de rol die artsen op het gebied van preventie van ziekten kunnen spelen. De KNMG wil deze visie vervolgens met relevante actoren in het veld bespreken. Aan de visie wordt een actieplan gekoppeld, gericht op versterking van de inbreng van artsen in dit veld, maar vanzelfsprekend vooral gericht op een effectievere en kwalitatief betere preventieve zorg. De burger zal daarvan moeten profiteren.

2. Preventie: de rol van de arts in de zorgketen

2.1 Rol van artsen bij ziektepreventie

Preventie is geen taak voor artsen alleen. Gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering worden zelfs voor een groot deel door anderen en met niet-medische middelen uitgevoerd. Een goed voorbeeld *binnen* het zorgdomein zijn de preventieve maatregelen die kunnen worden getroffen in het kader van de patiëntveiligheid. Bijvoorbeeld geen geneesmiddelen voorschrijven die tot valaccidenten kunnen leiden als er ook alternatieven zijn. *Buiten* het zorgdomein zijn voorbeelden de bevordering van de verkeersveiligheid ter preventie van verkeersongevallen, en de bevordering van gezonde arbeidsomstandigheden ter preventie van onnodig ziekteverzuim, evenals het zorgen voor optimale niet tot oververmoeidheid leidende arbeidstijden door een adequaat kwaliteitsbeleid.

De nota 'Volksgezondheid en Preventie' richt zich primair op de rol die artsen bij ziektepreventie kunnen spelen. Deze is vaak op het individu gericht, maar zal uiteraard ook de omgeving (bepaalde populaties, de gemeenschap als geheel) betreffen. In het kader van taakherschikking en taakdelegatie zullen veel op preventie gerichte activiteiten ook onder de verantwoordelijkheid van de arts door anderen kunnen worden uitgevoerd. Bij bijna alle preventieve activiteiten echter is een goede koppeling van preventie en curatie van belang. Het is aangetoond dat als artsen patiënten oproepen voor de screening op baarmoederhalskanker, de respons groter is dan wanneer de oproep op andere wijze wordt gedaan. Een bestaande relatie met de patiënt verklaart deze grotere respons en compliance. Bovendien is voor veel preventieve activiteiten informatie over de gezondheid van betrokkenen nodig. En dan is de (huis)arts meestal de aangewezen persoon, hij/zij is immers opgeleid om gezondheidskundige informatie te genereren, te ordenen en te interpreteren, met name ook in directe contacten met de patiënt.

De KNMG kiest voor de functionele insteek: preventie dient daar geboden te worden waar de grootste effectiviteit te verwachten is, door de meest aangewezen hulpverlener. De patiënt is uitgangspunt en iedere hulpverlener neemt de voor hem/haar meest effectieve en adequate plaats in de keten in.

Daarmee is niet gezegd dat langs de lijn van de organisatie of de specialisatie geen goed preventiebeleid kan worden gevoerd. De KNMG meent echter dat uit de functionele benadering volgt dat elke arts in beginsel kan en moet bijdragen aan preventie, en daartoe gefaciliteerd moet worden. De KNMG meent tevens dat zoveel mogelijk bij bestaande structuren en werkwijzen moet worden aangesloten, maar dat artsen een open oog moeten hebben voor innovatie en 'best practices'. Op onderzoek gebaseerde vernieuwing is een plicht. Het huidige preventiebeleid is te vriendelijk en te vrijblijvend. Keuzes zullen moeten worden gemaakt waar de individuele vrijheid en verantwoordelijkheid ophoudt en het maatschappelijk belang eisen stelt.

2.2 Prioriteiten vaststellen

Bij beperkte middelen en menskracht kan niet alles wat zinvol is ook tegelijk worden aangepakt. Er moeten keuzes gemaakt worden. Waarop worden die gebaseerd? Ziekten die veel voorkomen zijn

vaak niet de meest ernstige ziekten, noch in kosten, noch in kwaliteit van leven, noch in de zin van maatschappelijke participatie.¹ Ernstige ziekten voldoen aan een aantal voorwaarden tegelijk:

- Belangrijke negatieve invloed op de kwaliteit van leven, bijvoorbeeld uitgedrukt in QALY's²
- Hoge ziektelast voor de patiënt, bijvoorbeeld uitgedrukt in DALY's
- Hoge ziektelast voor de omgeving van de patiënt, zowel op micro- als op macroniveau
- Grote invloed op de maatschappelijke en de arbeidsparticipatie
- Hoge directe kosten voor behandeling en verzorging, drukkend op (publieke of private) verzekeringen
- Hoge indirecte kosten, voortvloeiend uit bijvoorbeeld productieverlies, inkomensverlies, en kosten voor mantelzorg.

Deze factoren hangen bij veel ziekten samen. Denk bijvoorbeeld aan de gangbare screening op fenylketonurie, waarbij op een zeer vroeg tijdstip een ziekte kan worden voorkomen die indien niet behandeld een leven lang tot een breed scala van problemen leidt. Ook bij dementie en depressie is dat het geval, al ontbreekt hier nog veel kennis die voor preventie noodzakelijk is.

In theorie is preventie van ziektelast op verschillende wijzen mogelijk: zowel voorkomen als vroege opsporing van de ziekte, met bewezen effectieve methoden en voor acceptabele kosten. Ook de preventie van ongewenste gevolgen van bestaande ziekten (zoals een opname in een verpleegtehuis door een te voorkomen valaccident thuis, de preventie van decubitus bij een bedlegere patiënt) kunnen hiertoe gerekend worden. Een preventiebeleid dat zich alleen of grotendeels op ziekten richt is niet voldoende. Veel ziekten worden veroorzaakt of verergerd door dezelfde risicofactor. Roken is daarvan een goed voorbeeld. Het is dan effectiever het preventiebeleid te richten op terugdringen van de risicofactor, in plaats van op de ziekten die daarvan het gevolg zijn.

Gezondheidsbevordering via gedragsbeïnvloeding gericht op deze belangrijke determinanten is dan vaak zinvol, naast gezondheidsbescherming via (meestal) generieke maatregelen gericht op de omgeving. Daarnaast is ook versterking nodig van prikkels die productie, aanbod en gebruik beïnvloeden. Een doelgroepbenadering (bijvoorbeeld lage SES, waarbij cumulatie van risicofactoren aan de orde is) kan van groot belang zijn om de effectiviteit te verhogen. Een nog bredere insteek, waarbij het preventiebeleid zich meer dan nu richt op de gevolgen van ziekte (bijvoorbeeld de verminderde maatschappelijke en arbeidsparticipatie die veel gezondheidsproblemen met zich mee brengen) wordt steeds vaker bepleit en ook door de KNMG voorgestaan. Daarbij komt het er op aan de effectiviteit te verhogen door de inspanningen te richten op mensen die ook zelf eigen verantwoordelijkheid willen nemen: groepen die zelf doelen stellen en daar wat voor over hebben.

In alle genoemde beïnvloedingstrajecten kunnen artsen een rol spelen. Een rationele benadering waar het gaat om 'prioriteiten in preventiebeleid' berust meestal op de combinatie van twee soorten argumenten:

1. De ziekte waarop de interventie is gericht moet ernstig zijn, in bovengenoemde termen;
2. De ziekte moet te voorkomen zijn met effectieve, zo mogelijk kosteneffectieve methoden, en de op de risico's of de ziekte zelf gerichte interventie moet bijdragen aan een verhoogde kwaliteit van leven.

Uitgaande van dit kader zullen veel aandoeningen met het hoogste verlies aan DALY's niet in een prioritair preventieprogramma komen, omdat er bijvoorbeeld geen goede preventiemethode beschikbaar is. Datzelfde kan opgaan voor aandoeningen waarvoor dat wel het geval is, maar die niet ernstig (genoeg) zijn voor zo'n programmatische aanpak. De benadering per ziekte geeft overigens niet altijd het juiste beeld van de te stellen prioriteit: determinanten als roken, een ongezond eetpatroon, bewegingsarmoede en alcoholgebruik dragen bij aan meerdere ziekten, zodat in deze gevallen een andere afweging nodig is dan die bij enkelvoudige ziekten gangbaar is.

In de praktijk zal een integraal preventiebeleid overigens concessies moeten doen aan deze strenge benadering, door bijvoorbeeld ook preventieve inspanningen te richten op (risicofactoren voor) minder ernstige ziekten. Dit mag echter niet leiden tot een preventiebeleid met instrumenten die te weinig

¹ Hollander AEM, Hoeymans N, Melse JM, van Oers JAM, Plder JJ (Eindredactie). Zorg voor gezondheid. Volksgezondheidstoekomstverkenningen 2006. RIVM, Bilthoven 2006.

² Zie voor de begrippen de achtergrondnotitie en de afkortinglijst daarbij, via www.knmg.nl

opleveren omdat ze ook gericht worden op groepen die niet tot een risicocategorie behoren. Dat leidt immers tot niet waar te maken beloften, ongewenste medicalisering en verspilling van schaarse middelen, uit welke portemonnee die ook komen.

De KNMG is voorstander van een intensieve en gezamenlijke aanpak, gericht op een beperkt aantal prioriteiten. Deze visie leidt ertoe dat de KNMG bereid is constructief mee te werken aan realisatie van de in de VWS-preventienotitie 2006 genoemde prioriteiten, aangezien deze in hoge mate voldoen aan de hierboven samengevatte argumenten voor prioritering. Dit ondanks het feit dat de KNMG het met vele anderen eens is dat de middelen die voor preventie worden vrijgemaakt onvoldoende zijn.³ Op deze wijze wil de KNMG bereiken dat het rendement van het beleid zo hoog mogelijk is. Aan de betrokkenheid van artsen bij deze uitvoering zullen wel de al vermelde voorwaarden van adequate financiering en betrokkenheid bij de uitwerking en uitvoering verbonden moeten zijn. Overigens kan ook zonder extra financiering veel efficiencywinst worden geboekt door betere en effectievere samenwerking binnen bestaande structuren.

De KNMG wil binnen, maar soms ook naast de gestelde nationale prioriteiten in het bijzonder meer aandacht besteden aan de preventief georiënteerde rol van artsen in de zorgketen. De verbinding tussen preventie en zorg moet belangrijk worden versterkt. Binnen en tussen de diverse medische specialismen zal consensus met betrekking tot de beste preventieve aanpak in een bepaalde situatie en voor een bepaalde doelgroep moeten bestaan. Het mag niet zo zijn dat de ene arts(engroep) een bepaalde vorm van preventie stimuleert of accepteert, terwijl een andere die juist afwijst.

2.3 Preventie: de prioriteiten van de KNMG

Om de KNMG-ambitie gericht op optimalisering van de inzet van artsen in dit domein te kunnen waarmaken zal een *focus* moeten worden gekozen. Kort samengevat komt dit focus neer op het aanscherpen van het preventiebeleid:

- door artsen beter te faciliteren om bij te dragen aan effectieve preventie, die wordt ingezet op de doelgroepen die dit het hardst nodig hebben en waar het hoogste rendement kan worden verwacht;
- door het preventiebeleid te richten op het uiteindelijke doel: verhoging van de maatschappelijke participatie en de arbeidsparticipatie van de burger;
- door een sterker prikkel- en financieringssysteem in te bouwen dat er toe bijdraagt dat effectieve preventie ook daadwerkelijk wordt ingezet en gebruikt, en pseudo-preventie wordt bestreden.

Op grond van de hiervoor genoemde uitgangspunten wil de KNMG de preventiefocus nader uitwerken in de volgende algemene beleidslijnen en uitgangspunten, gekoppeld aan een aantal concrete doelstellingen. Daarbij ordenen wij de diverse aspecten volgens drie hoofdlijnen: (1) de bevordering van de kwaliteit van het preventief instrumentarium en handelen; (2) de toedeling van de verantwoordelijkheid voor beleid en uitvoering; (3) de financiering van preventie

2.3.1 De kwaliteit

De randvoorwaarden preventie effectief en efficiënt door artsen te kunnen laten verrichten moeten worden verbeterd. Dat kan o.a. door:

- a. bestaande preventiemethoden strenger te evalueren op werkzaamheid, en waar die is gebleken nog meer te investeren in het daadwerkelijk implementeren ervan;
- b. nieuwe preventiemethoden te ontwikkelen die (mede) door artsen effectief ingezet kunnen worden voor gedragsveranderingen, en deze in te zetten op specifieke doelgroepen;
- c. risico-specifieke en ziekte-specifieke methoden te ontwikkelen die het mogelijk maken om op grotere schaal, tijdens reguliere contacten (zowel programmatisch als casuïstisch) met burgers/patiënten, snel en doelgericht informatie over te dragen en preventieve interventies te adviseren of uit te voeren;
- d. remmingen (tijd en geld) weg te nemen die het toepassen van effectieve preventie in dagelijkse praktijk in de weg staan;

³ Polder J, Mackenbach J. De achterstand inlopen. Medisch Contact 2007;62(19)828-831

- e. te ontmoedigen en waar mogelijk te voorkomen dat mensen door gebruik van niet effectieve preventiemethoden onterecht een beroep doen op een arts, en/of overbodige kosten maken.
- f. artsen beter te scholen in kennis over effectieve preventie. Zowel in de basisopleiding als in de bij- en nascholing moet substantiële aandacht voor dit onderwerp komen.

De KNMG vindt dat voor een goed preventiebeleid de uiteindelijke kwaliteitswinst (bijvoorbeeld in termen van gezonde levensjaren en behoud of toename van welbevinden) voor de burger en patiënt van groter belang is dan de veelgenoemde kosten-effectiviteit. De begrippen (voldoende) ‘effectief’ en ‘kosteneffectief’ worden bovendien op diverse wijzen operationeel gemaakt. Waar in de curatieve gezondheidszorg heftige discussies gevolgd zijn op het voorstel van de RvZ om behandelingen die meer kosten dan €80.000 per jaar in beginsel niet te vergoeden, zal eenzelfde debat volgen wanneer men zou stellen dat een bepaalde interventie per individu een ‘minimum’ rendement van ..% moet hebben om kosteneffectief (efficiënt) te kunnen worden genoemd. Immers, welke kosten en welke opbrengsten neemt men op in het rekenmodel? Beperkt men zich uitsluitend tot de binnen de gezondheidszorg zelf te maken kosten en te verwachten besparingen, dan is dat al niet eenvoudig. Een langer leven kan immers gepaard gaan met veel meer zorgkosten (ZvW, AWBZ), terwijl toch van een goede kwaliteit van leven kan worden gesproken. De KNMG kiest er voor om in de eerste plaats voldoende effectiviteit van een preventiemaatregel als harde eis tot toelating voor welke collectief geregelde vergoeding dan ook te eisen. De kosten en de verwachte opbrengsten moeten vervolgens wel in beeld gebracht worden, waarbij meerdere uitkomstmaten voor de opbrengsten kunnen worden gekozen. De kwaliteit van leven moet daarbij een doorslaggevende effectmaat zijn. Vervolgens is een politiek debat nodig om de grenzen aan de vergoedbaarheid uit collectieve middelen vast te stellen, en aan verzekeraars om de maatregelen die niet uit collectieve middelen of het basispakket vergoed worden vervolgens onder voorwaarden in aanvullende pakketten in een polis onder te brengen. Rond de verzekeraar spelen naast kwaliteitsoverwegingen ook sociale en ethische overwegingen mede een rol. Velen zouden het, bijvoorbeeld, niet aanvaardbaar vinden wanneer een op zichzelf effectieve interventie die hoog scoort, niet wordt aangeboden om de reden dat deze tot meerkosten op latere leeftijd leidt.

De KNMG is de opvatting toegedaan dat vooral aan de kwaliteit van een interventiemethode hoge eisen gesteld dienen te worden. Preventieve producten of diensten waarvan in onderzoek de werking niet kan worden aangetoond in termen van gezondheidswinst, dienen niet door artsen te worden geleverd. Niet effectieve preventiemethoden horen niet via een basispakket en ook niet via een aanvullend pakket vergoed te worden. Het aanbieden en het gebruik ervan dient door de overheid te worden ontmoedigd en indien nodig verboden. De KNMG benadrukt voorts, dat de kwaliteit van aan burgers aangeboden preventiemiddelen in de eerste plaats een verantwoordelijkheid van de (zorg)aanbieder (en waar relevant de producent) is, maar dat de overheid, patiëntenorganisaties, scholen en verzekeraars daar een belangrijke eigen verantwoordelijkheid in hebben. Door burgers gemaakte kosten die verbonden zijn aan bewezen niet-effectieve preventie drukken weliswaar niet direct op collectieve middelen, maar het aan deze middelen of instrumenten bestede geld is in feite weggegooid geld en had ook beter besteed kunnen worden. Het is niet onlogisch te veronderstellen dat veel van de op de markt zijnde screeningsmethoden en doe-het-zelf-tests tot een verhoogd, nutteloos en duur beroep op de reguliere zorg leiden. Het interpreteren van uitkomsten van onderzoek en het bepalen van de praktische relevantie kan immers vaak uitsluitend gebeuren door medici. De KNMG is van mening dat meer inzicht nodig is in de omvang van deze medicalisering. Daarnaast moeten zowel de overheid als de aanbieders en verzekeraars van deze vorm van ‘pseudo-preventie’ hun eigen verantwoordelijkheid serieus nemen. De KNMG zal actoren benaderen teneinde het beoogde doel: preventie is alleen preventie als er ‘bewezen effectief’ op staat, te realiseren. De KNMG is zich ervan bewust dat overal in de geneeskunde, ook in de cure en de care, vormen van preventie en behandeling gangbaar zijn die strikt genomen (nog) niet voldoen aan de strenge eis van ‘evidence-based’. Niet al deze interventies zijn daarmee waardeloos. Er bestaan verschillende niveaus van evidence; empirie, plausibiliteit en gezond verstand kunnen mede tot de conclusie leiden dat aanbieding en vergoeding ervan gerechtvaardigd is. Dit in afwachting van nadere bewijsvoering omtrent voldoende effectiviteit. Dat betekent dus dat er meer moet worden geïnvesteerd in die noodzakelijke onderbouwing, en dat

normen moeten worden ontwikkeld met betrekking tot de vraag wat onder ‘voldoende effectief’ moet worden verstaan.

2.3.2 De verantwoordelijkheid

Preventie is een verantwoordelijkheid van vele partijen en waar het de betrokkenheid van artsen betreft niet gebonden aan een van de klassieke zorgsegmenten. Preventie dient overal waar dat mogelijk is prioriteit te krijgen. Preventie door artsen moet dus worden benaderd vanuit een functioneel concept. Organisatorische en disciplinaire invalshoeken zijn daaraan volgend. De arts die de meeste (gemotiveerde) mensen van een bepaalde doelgroep ziet kan het meest aan preventie doen, mits voorzien van instrumenten, tijd en financiering van die tijd. Elke specialist kan de eigen doelgroep het best bedienen, maar dan wel in een samenhangend beleid. Het belang van verantwoordelijkheidstoedeling en coördinatie is daarbij groot: als iedere deskundige zich blijft richten op het eigen ketendeel is uiteindelijk niemand verantwoordelijk voor de keten. Voor de burger of patiënt is dat niet te hanteren, voor de verzekeraar is dat inefficiënt en voor de IGZ en de (tucht)rechter mogelijk niet acceptabel. Deze zal desgevraagd in hem voorgelegde gevallen zelf invulling geven aan de vraag wie in welke situatie aansprakelijk is. Het is daarom goed dat de beroepsorganisatie daar zelf al heldere voorzetten voor geeft.

De inzet van artsen kan op twee fronten geschieden: een bijdrage aan programmatische preventie, en een bijdrage aan individuele preventie. Een pro-actieve programmatische aanpak heeft, bij inzet van voldoende mensen en middelen, vaak de voorkeur boven een ad-hoc benadering die vooral op vraagsturing (door de vaak toch al gezondere burger) en case-finding (als de dokter eens wat tijd over heeft) berust. De combinatie van casefinding en het actief selectief oproepen van risicogroepen is vaak succesvol. Juist het belang van die individuele benadering kan, bij bewust beleid (en dat ligt dan toch weer dicht tegen een programmatische benadering aan) veel effect sorteren. In de dagelijkse praktijk (van met name de huisarts) presenteren zich immers veel mensen die gebaat zijn bij een of andere vorm van preventie. Selectieve, geïndiceerde en zorggerichte preventie⁴ gericht op risicogroepen of – individuen zijn dan bij uitstek geschikt en nodig. Door de vergrijzing en de toename van chronische ziekten zal een zwaarder accent op individuele gezondheidszorg komen te liggen en zal preventie ook meer in de individuele zorgverlening moeten worden ingebed. Dat noodzaakt tot een meer integrale aanpak, over de drempels van de curatieve zorgsegmenten heen, en dus tot aanpassing van het klassieke verzekeringsconcept: de schotten in de zorg moeten doorbroken worden. Overheid, zorgaanbieders en verzekeraars dienen elk vanuit hun eigen verantwoordelijkheid aan dit doel bij te dragen.

De mogelijkheden voor voorspellende geneeskunde zullen de komende jaren toenemen. Waar mogelijkheden worden geboden (bijvoorbeeld met uitbreiding van het aantal op te sporen ziekten bij de hiepriek) worden deze tegelijk weer ontmoedigd omdat in dit voorbeeld de behandelmethoden ontbreken. Wie kan hier welke verantwoordelijkheden nemen of dragen? Het ethisch debat over de implicaties van nieuwe technologische mogelijkheden om in een vroeg stadium te voorspellen wie welke ziekten wel of juist niet gaat krijgen zal intensief moeten worden voortgezet. In Nederland speelt de Gezondheidsraad in dit debat al vele jaren een belangrijke adviserende rol. Ook de KNMG neemt aan dit ethische debat volop deel.

Effectieve preventie kan een belangrijke bijdrage leveren aan arbeidsparticipatie. Werkgevers besteden terecht veel geld aan het behoud en de bevordering van de gezondheid van hun werknemers, vaak ondersteund door artsen. Daarbij dreigt inefficiency doordat de samenhang met de organisatie en financiering van zorg *buiten* de arbeidsplaats onvoldoende is. Een betere afstemming tussen deze twee werelden is nodig.

Dat preventie bijdraagt aan de arbeidsparticipatie is voor velen geen discussiepunt meer. Preventie draagt echter ook bij aan de maatschappelijke participatie van mensen. Preventie van sociaal isolement bij ook nog vaak depressieve ouderen is daarvan een voorbeeld. De WMO kan een kader bieden voor

⁴ Zie voor begripsomschrijvingen de lijst met verklaringen en afkortingen aan het einde van de bijlage 2: Achtergronddocument. Beschikbaar via <http://knmg.artsenet.nl/themes/24> onder ‘Publicaties’

medefinanciering van vormen van (ook individueel gerichte) preventie. Om bijvoorbeeld mensen met een lage SES en andere minderheden beter te kunnen bereiken moet lokaal beleid worden geformuleerd dat dit mogelijk maakt.⁵ Daarvoor zullen middelen moeten worden vrijgemaakt. Dit vergt ook afstemming met de WCPV en nauwe betrokkenheid van zorgvragers en artsen bij de formulering van het gemeentelijk gezondheidsbeleid. Met name huisartsen en GGD-artsen zijn in de positie om bij de prioritering en uitvoering van preventie het voortouw te nemen. Andere specialismen kunnen hierbij vanuit een doelgroepenbenadering een belangrijke inbreng leveren. De actoren binnen deze “functionele zorglijn rond integrale preventie” dienen veel meer samen te werken; het domeindenken moet worden doorbroken. Een sterke lokale/regionale ondersteuningsstructuur is onontbeerlijk. Bezien moet worden of de al bestaande ondersteuningsstructuren als respectievelijk de Regionale Ondersteunings Structuren (ROS’ en, met hun koepel de LVG) voor de eerstelijns en de Medisch Coördinerende Centra (MCC’s) hiervoor kunnen worden benut en uitgebouwd. De KNMG kan dit lokale gezondheidsbeleid vanuit haar regionale organisatie faciliteren. Een bij het RIVM in te richten Centrum Gezond Leven⁶ kan gemeenten ondersteunen bij de uitvoering van dit lokale beleid.

De informatieplicht van artsen, ook als die betrekking heeft op preventieaspecten, is onderdeel is van de informatieplicht zoals vastgelegd in de WGBO. Los daarvan wil de KNMG de zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid (patient empowerment) van burger en patiënt vergroten door de bevordering van de ontwikkeling, implementatie en borging van nieuwe kosten-effectieve preventieconcepten en door betere informatieverstrekking over effectieve preventiemethoden. Mensen die niet ziek zijn moeten worden aangespoord en geholpen om alles te doen dat ook niet te worden. Dat kan o.a. door hen zoveel mogelijk te informeren over waar goede en betrouwbare informatie over gezond zijn en gezond blijven kan worden gevonden, door remmingen weg te nemen die het gebruik van effectieve preventie in de weg staan, en door te bevorderen dat goedkope maar effectieve preventieconcepten ter beschikking komen, mede gebruik makend van moderne (ICT) technologie. Hoe eerder men hiermee begint (de jeugd, nieuwkomers op de arbeidsmarkt) hoe groter de effecten kunnen zijn. In dit kader wil de KNMG ook bevorderen dat mensen met een lichamelijke, psychische of verstandelijke handicap of beperking naar vermogen deel kunnen nemen aan de samenleving zodat de door uitsluiting veroorzaakte medische en psychosociale problematiek kan worden voorkomen of verminderd.

Met alleen voorlichting en informatieoverdracht zal preventie niet voldoende effect sorteren, de cijfers laten dat zien. Het huidige preventiebeleid is te vrijblijvend en te vriendelijk: meer en sterkere prikkels zijn nodig. De KNMG wil de kwaliteit van de preventieve zorgverlening vergroten door bevordering van de ontwikkeling en implementatie van een op de burger, de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar gericht effectief prikkelbeleid. Zowel van verzekeraars, artsen als van burgers zal meer dan het gebruikelijke moeten worden gevraagd wil een preventief beleid de grote volksgezondheidproblemen van nu effectief kunnen aanpakken. Daarnaast zullen ook het bedrijfsleven, werkgevers- en werknemersorganisaties, onderwijsinstellingen en (lokale) overheden meer verantwoordelijkheid moeten tonen, of anders daartoe gedwongen moeten worden: gezonder voedsel, betere voorlichting, toegepaste scholing, effectief en efficiënt lokaal preventiebeleid, etc.

2.3.3 De Financiering

De financiering van effectieve individueel gerichte preventie, die geen onderdeel vormt van collectief gefinancierde zorg, dient in principe op dezelfde leest geschoeid te zijn als die van curatieve zorg. Effectieve preventie dient in het basispakket vergoed te worden, alleen al om de toegankelijkheid voor iedere burger te garanderen.⁷ Individueel gerichte preventie dient waar mogelijk onderdeel te zijn van zorgtrajecten, zoals o.a. in DBC’s worden vormgegeven. Het betreft hier dan vooral directe relaties in

⁵ Zie: WMO en eerstelijnszorg. Over samenwerking tussen gemeenten en eerstelijnsorganisaties. Uitgave LVG, Utrecht, april 2007

⁶ Kiezen voor gezond leven. Preventienota 2006, Ministerie van VWS

⁷ Zie ook de motie Van der Veen c.s. over opname van preventie in het basispakket, januari 2007, nr 74, A 30 800-XVI

de preventie-curatieketen, zoals die bestaan bij secundaire en tertiaire preventie. Ook de financiering in de eerste lijn dient preventie mede te omvatten. Bezien moet worden of dit kan op basis van in een verzekering onder te brengen 'risico-interventiecombinaties (RIB)'. Kortom: de KNMG voorziet een ontwikkeling van zorgverzekering naar gezondheidsverzekering, en zij wil deze ontwikkeling actief steunen. Indien kostenoverwegingen en/of marktmechanismen het in polissen opnemen van effectieve preventieve zorg belemmeren, dient de overheid (in eerste instantie centraal, maar ook de decentrale overheid heeft een belangrijke taak) haar verantwoordelijkheid te nemen door de belemmeringen weg te nemen, of financiering op andere wijze mogelijk te maken.

Bijlage 2. Achtergronddocument bij de KNMG-nota Volksgezondheid en Preventie (alleen beschikbaar via www.knmg.nl/publicaties)