



Vroegopsporing en ‘moeilijk bereikbare’ groepen

Van pionieren naar brede implementatie

Iris Groenenberg · Matty R. Crone · E. C. G. (Katja) van Geffen · W. J. J. (Pim) Assendelft

Published online: 19 February 2019
 © The Author(s) 2019

Samenvatting Sinds 2011 kent Nederland een evidence-based richtlijn voor de vroegopsporing van chronische nierschade, diabetes en hart- en vaatziekten: het PreventieConsult, module Cardiometabool risico. Deze richtlijn kwam echter niet goed uit de verf: financiering en tijd voor de huisarts ontbraken, en kwetsbare groepen werden onvoldoende bereikt. In 2015 zijn de e-healthinstrumenten uit het PreventieConsult, samen met de COPD Risicotest en het PreventieCompass van het Netherlands Institute for Prevention and E-health Development (NIPED), ondergebracht in de Persoonlijke Gezondheidscheck (PGC): een e-healthinstrument voor persoonlijke preventie. In 2016 hebben gezondheidsfondsen (Nierstichting, Hartstichting, Diabetes Fonds en Long Fonds) samen met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Netherlands Huisartsen Genootschap (NHG) en GGD GHOR de beweging Heel Nederland Gezonder geïnitieerd. Hiermee scharen alle belangrijke stakeholders zich achter deze methode van vroegopsporing. De tijd is rijp voor zowel de nulde als de eerste lijn, maar ook voor werkgevers, om een actieve rol te spelen bij het uitvoeren van de PGC!

Ervaringen met het PreventieConsult

CHECK'D-onderzoek

Kwetsbare groepen, zoals migranten en mensen met lage gezondheidsvaardigheden, hebben vaker een of meer chronische aandoeningen [1]. Zij doen ook het minst vaak mee aan vroegopsporingsinitiatieven. Deze combinatie van verhoogd risico en lagere deelname aan opsporingsinitiatieven draagt bij aan het vergroten van de bestaande gezondheidsverschillen. Om meer inzicht te krijgen in de beweegredenen van kwetsbare groepen met betrekking tot deelname aan het PreventieConsult en hen te ondersteunen bij het maken van een geïnformeerde beslissing, voerden wij het CHECK'D-onderzoek uit [2]. Dit onderzoek bestond uit 21 focusgroepen en uit een interventie waarbij we een getrechterde uitnodigingsstrategie (schriftelijk → telefonisch → persoonlijk door de huisarts) testten. Het PreventieConsult bestond destijds (2011) uit twee stappen: een risicotest en een praktijkconsult voor mensen met een verhoogd risico volgens de risicotest (fig. 1).

Deelname aan de risicotest

Door het (cultureel) aanpassen van de destijds gebruikte uitnodigingsstrategieën en materialen bereikten we een response rate van 70% ($n=1152$), van wie 62% ($n=712$) de risicotest invulde, vooral door de schriftelijke uitnodiging met telefonische follow-up. De laatste stap (persoonlijke benadering door de huisarts) had verrassend weinig toegevoegde waarde. Hoewel het deelnamepercentage hoger was dan we aanvankelijk verwachtten, lag het toch lager dan in de meeste andere Nederlandse onderzoeken [3–5] (met uitzondering van het officiële pilotonderzoek over de eerste ervaringen met het PreventieConsult [6]).

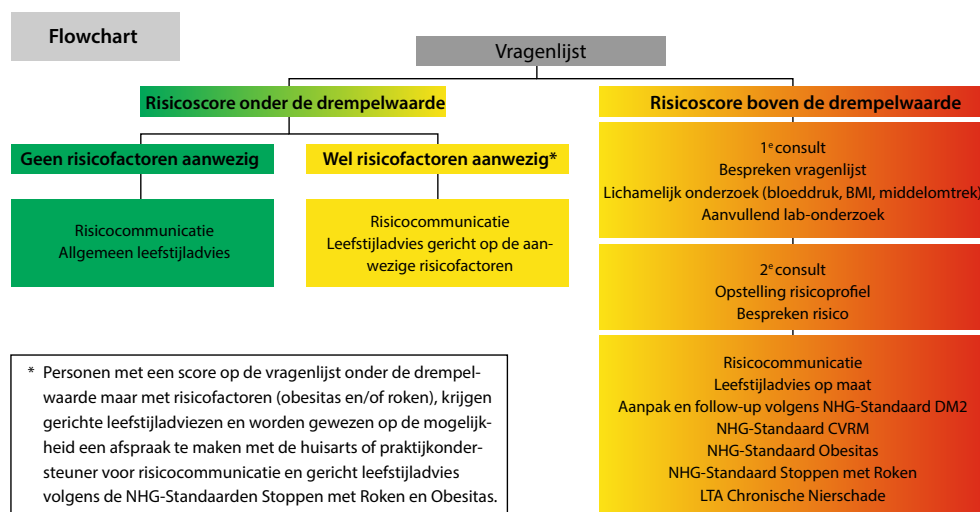
I. Groenenberg (✉) · dr. E. C. G. (Katja) van Geffen
 Zorg & Innovatie, Nierstichting, Bussum, Nederland
IrisGroenenberg@nierstichting.nl

dr. M. R. Crone
 Public Health en Eerstelijns geneeskunde, Lumc, Leiden,
 Nederland

prof.dr. W. J. J. (Pim) Assendelft
 Afdeling Eerstelijns geneeskunde, Radboudumc, Nijmegen,
 Nederland



Figuur 1 Flowchart PreventieConsult, bestaande uit twee stappen: vragenlijst en praktijkconsult



Wij vermoeden dat hieraan een drietal oorzaken ten grondslag lag: 1) de andere Nederlandse onderzoeken bevatten zeer weinig kwetsbare groepen, 2) deelnemers van de andere onderzoeken konden de risicotest ook online invullen, 3) deelnemers van de andere onderzoeken vernamen de risicoscore van hun huisarts, wat een 'beloning' kan zijn waarvoor je je risicotest instuurt.

Deelname aan het praktijkconsult

Van de deelnemers aan de risicotest had in ons onderzoek 29% ($n=207$) een verhoogd risico, van wie 59% ($n=123$) naar het praktijkconsult ging. Hoewel ook dit deelnamepercentage hoger was dan wij aanvankelijk verwachtten, lag het wederom lager dan in de andere Nederlandse onderzoeken, met uitzondering van de officiële pilot. Dit kwam waarschijnlijk ook doordat de deelnemers het te weten komen van de risicoscore niet als 'beloning' ervoeren. Wellicht belangrijker: uit follow-upinterviews bleek dat veel deelnemers helemaal niet beseften dat ze een verhoogd risico hadden of dat ze zelf verantwoordelijk waren voor het maken van een afspraak. Ons deelnamepercentage was hoger dan dat van onderzoeken uit het buitenland, waarbij ook een kwetsbare, cultureel diverse groep patiënten werd uitgenodigd [7, 8]. De aanpak in die onderzoeken was echter anders: daar voerden de onderzoekers de risicostratificatie uit. Vervolgens werden alleen de mensen met een hoog risico uitgenodigd. Voordeel van onze 'tweetrapsaanpak' kan zijn geweest dat mensen die geconfronteerd werden met een verhoogde risicoscore op basis van een zelf ingevulde risicotest meer urgentie voelden om naar het praktijkconsult te gaan.

Geleerde lessen

Wijkgerichte aanpak

De schriftelijke uitnodiging met telefonische follow-up leidde tot een acceptabele response rate, maar desondanks bereikten we 30% van onze doelgroep niet. De online risicotest lieten we destijds (in 2012/2013) bewust buiten beschouwing, aangezien migranten en mensen met lage gezondheidsvaardigheden minder vaak van e-health gebruikmaken [9]. Uit de literatuur en uit onze eigen focusgroepen komt een beeld naar voren waarbij een brede wijkgerichte aanpak voor deze doelgroep een zinvolle aanvulling kan zijn. Denk hierbij aan: mond-tot-mondreclame door sleutelfiguren in een gemeenschap, sociale steun en deelname door familie en vrienden of mogelijkheden tot deelname aan de risicotest op een bekende ontmoetingsplek in de wijk, bijgestaan door sleutelfiguren die eventuele ondersteuning kunnen bieden.

Setting in huisartsenpraktijk onvoldoende

Tijdens ons onderzoek werd de huisarts geacht de gehele uitvoering van het PreventieConsult vorm te geven. Dit was een van de grootste struikelblokken, te meer omdat zorgverzekeraars de uitnodiging voor de risicotest (opgevat als 'selectieve preventie') niet vergoedden. De huisartsen stopten er meer geld en tijd in dan zij ervoor terugkregen (een 'negatieve business-case'). Sommige zorgverzekeraars experimenteerden wel (destijds meer als marketinginstrument) met vergoeding voor aanvullend verzekeren. Zo'n vergoeding vergroot volgens ons echter de gezondheidsverschillen, aangezien juist kwetsbare groepen veel minder vaak aanvullend verzekerd zijn [10]. Ook boden sommige werkgevers hun werknemers een voucher om deel te nemen aan. Kwetsbare groepen hebben echter minder vaak werk, wat ook weer bijdraagt aan het vergroten van gezondheidsverschillen [11].



Figuur 2 De Persoonlijke Gezondheidscheck

De Persoonlijke Gezondheidscheck

Wat houdt deze in?

In 2015 zijn de e-healthinstrumenten (risicotest en leefstijltest) uit het PreventieConsult, samen met de COPD Risicotest en het Preventiekompas van NIPED, ondergebracht in de Persoonlijke Gezondheidscheck (PGC): een e-healthinstrument voor persoonlijke preventie. De PGC bestaat nu uit een uitgebreide online vragenlijst en (optionele) aanvullende bloeddruk- en buikomvangmetingen en/of laboratoriumtests, die samen iemands 'gezondheidsrapport' vormen (fig. 2). Een individu kan zijn/haar gezondheidsstatus inzien en hij/zij krijgt praktisch advies en eventueel een verwijzing voor vervolgonderzoek of interventies.

In de Arbeidsomstandighedenwet, artikel 18, staat beschreven dat werkgevers werknemers periodiek in de gelegenheid moeten stellen een preventief medisch onderzoek te ondergaan. Zij kunnen hiervoor de PGC inzetten. Enkele zorgverzekeraars vergoeden de PGC in hun aanvullende verzekering en gemeenten kunnen de PGC in een collectieve zorgverzekering aan minder draagkrachtigen aanbieden.

De PGC als onderdeel van Heel Nederland Gezonder

Sinds de introductie van de PGC is er veel gebeurd. De online tool, app en fysieke Checkbox zijn doorontwikkeld tot de huidige gebruiksvriendelijke versies die tevens AVG(privacy)-proof zijn. Ook heeft hij de steun van belangrijke stakeholders: gezondheidsfondsen, zorgverzekeraars, artsenkoepels, werkgevers, gemeenten en GGD GHOR. Deze stakeholders hebben hun krachten gebundeld in een landelijke beweging genaamd 'Heel Nederland Gezonder'.

Doelstellingen van Heel Nederland Gezonder zijn: de online basisvragenlijst wordt kosteloos aangeboden en in 2020 maken 1,7 miljoen mensen gebruik van de PGC. Hiertoe zijn vier sporen uitgezet:

1. Volume creëren via publiek-private samenwerking met bedrijven en zorgverzekeraars.
2. Regionaal inbedden door regionale implementatie via gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders.
3. Doelgroepen (zoals mensen met een lage SES) activeren door PGC toegankelijk te maken voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden en via proeftuinen.
4. Duurzame inzetbaarheid stimuleren door werkgevers PGC aan te laten bieden aan werknemers.

De overheid wil de brede toepassing van effectieve zorginterventies versnellen. Daartoe zet ze *Health deals* in. Er is in 2018 een Health deal voortgekomen uit Heel Nederland Gezonder. Deze moet ervoor zorgen dat knelpunten op het gebied van standaardisering, financiering en inclusiviteit (dus ook het bereiken van kwetsbare groepen) worden opgelost. Einddoel van de deal is dat in 2020 10% van de Nederlanders gebruikmaakt van de PGC.

Public health en de eerste lijn: een gouden combinatie voor vroegopsporing

Aan de slag!

Te verwachten valt dat de nulde lijn met deze aanpak zal profiteren van de PGC (verbeterde dienstverlening, vitalere bevolking, minder kosten Wmo, uitkeringen, enzovoort), als ook de eerste lijn (verbeterde zorg) en werkgevers (vitalere werknemers, minder ziekteverzuim, enzovoort). Een model waarin de eerste lijn opdraait voor de gehele uitvoering van vroegopsporing, zonder dat daar mensen en middelen tegenover staan sloeg niet aan. Bovendien biedt het betrekken van de nulde lijn bij de aanpak extra voordelen bij het bereiken van kwetsbare patiëntgroepen. De tijd is nu rijp: biedt de PGC aan in de wijk, ondersteun mensen bij de uitvoering ervan en leidt ze bij een verhoogd risico toe naar de huisarts. De huisarts kan deze personen verder onderzoeken en/of begeleiden en waar nodig verwijzen naar initiatieven op het gebied van leefstijl in de wijk. Zoals ons project destijds heette: CHECK'D!

Open Access This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made.

Literatuur

1. World Health Organization. Factsheet number 310: the top ten causes of death 2008. Geneva: WHO; 2011. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310_2008.pdf.

2. Groenenberg I. CHECK'D?! Determinants of participation in a two-stage cardiometabolic screening among underserved groups. Proefschrift. Leiden: Leiden University. 2017. <http://hdl.handle.net/1887/48563>.
3. Kerkhof R van de, Godefrooij MB, Wouda PJ, et al. Cardiometabole risicofactoren opgespoord met het Preventieconsult. Ned Tijdschr Geneeskd. 2010;154:A1860.
4. Klomp M, Meulepas M, Anema B, et al. Preventie-Consult in praktijk: een pilot. Med Contact (Bussum). 2011;66(11):659–61.
5. Vermunt PW, Milder IE, Wielaard F, et al. An active strategy to identify individuals eligible for type 2 diabetes prevention by lifestyle intervention in Dutch primary care: the APHRODITE study. Fam Pract. 2010;27(3):312–9.
6. Nielen MMJ, Meer V van der, Assendelft WJJ, et al. Eerste ervaringen met het PreventieConsult Cardiometabool risico. Huisarts Wet. 2011;54(8):414–9.
7. Dalton AR, Bottle A, Okoro C, et al. Uptake of the NHS Health Checks programme in a deprived, culturally diverse setting: cross-sectional study. J Public Health. 2011;33(3):422–9.
8. Cochrane T, Gidlow CJ, Kumar J, et al. Cross-sectional review of the response and treatment uptake from the NHS Health Checks programme in Stoke on Trent. J Public Health. 2013;35(1):92–8.
9. Hsu J, Huang J, Kinsman J, et al. Use of e-Health services between 1999 and 2002: a growing digital divide. J Am Med Inform Assoc. 2005;12(2):164–71.
10. Sadiraj K, Groot I. Sociaal-economische status in vereveningsmodel zorgverzekeraars: wat zijn de mogelijkheden? SEO Economisch onderzoek: Amsterdam; 2006.
11. Centraal Bureau voor de Statistiek. Werkloosheid naar herkomst. Den Haag: CBS. 2016. <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2018/07/werkloosheid-naar-herkomst>. geraadpleegd op 7 september 2018.