

PREVENTIE IN DE GEZONDHEIDSZORG: REDENEN OM OPNIEUW DE KRACHTEN TE BUNDELEN

Jaap van der Stel
Haarlem
8-2-2005

Dat preventie in en voor de gezondheidszorg belangrijk is zal niemand ontkennen. Wat anders is wat er vervolgens met die eensgezindheid gebeurt. De overheid blinkt uit in geringe beleidsmatige aandacht op dit vlak. De financiering van de diverse preventieactiviteiten is gebrekkig. De organisatie ervan vertoont een rommelige beeld met veel te veel deelnemers die allemaal eenzijdig op hun eigen domein gericht zijn. En de organisatie van de preventie staat bovendien goeddeels los van voorzieningen voor cure en care. Dit kan anders en beter, met waarschijnlijk voor hetzelfde geld meer gezondheidswinst. Er zijn goede redenen opnieuw de krachten te bundelen en het nut en de noodzaak van preventie onder de aandacht te brengen.

INLEIDING

Wat zijn de redenen om preventie op de agenda te plaatsen? In de *eerste* plaats heeft Nederland wat betreft de toestand van de volksgezondheid haar hoge positie op de ranglijst van Europese landen verspeeld – het RIVM waarschuwde enkele jaren terug dat Nederland naar de ‘middenmoot’ was teruggezakt. In de *tweede* plaats is de kennis over werkzame en effectieve preventiestrategieën sterk verbeterd. Preventie is een wetenschap geworden die een op evidentie gestoelde praktijk mogelijk maakt. In de jaren tachtig was scepsis over de haalbaarheid van de Nota 2000-doelstellingen (WVC, 1986), uitgaande van de toenmalige preventieconcepten en -technieken, terecht.

Terughoudendheid in preventiebeleid is nu niet meer op zijn plaats, ook al zal elke preventiewetenschapper beamen dat de beschikbare kennis nog niet voldoende is om alle mogelijke én wenselijke doelen te kunnen realiseren. Gezondheidsbevordering en preventie zijn in belangrijke mate ook afhankelijk van succesvolle gedragsverandering. Veel ziekten en aandoeningen zijn gerelateerd aan roken, verkeerd en te veel eten, inactiviteit, overmatig alcoholdrinken en stress. Een ‘gezonde’ leefstijl doet wonderen, zowel voor nog gezonde mensen alsook voor hen die in het verleden zich daar weinig aan gelegen lieten liggen.

Hoe motiveren we mensen tot daadwerkelijke gedragsverandering? Voorlichtingscampagnes zijn wat dat betreft slechts een heel kleine stap in de goede richting. Het is daarom noodzakelijk dat er ook meer biomedische preventiestrategieën worden ontwikkeld en uitgevoerd. Er hebben zich evenwel ook op dit vlak aanmerkelijke veranderingen voorgedaan, en die ontwikkeling gaat in rap tempo verder én is heel noodzakelijk. Inactiviteit en overgewicht vormen beide een fors risico op het ontstaan van een breed spectrum van (chronische) aandoeningen.

Het is helaas niet te verwachten dat dit jaarlijks in ernst en omvang groter wordende probleem louter en alleen door gedragsbeïnvloeding kan worden opgelost. Daarom is het verheugend om te zien dat van veel aandoeningen, gebruik makend van moderne moleculaire en cellulaire inzichten en technieken, niet alleen de *ziektemechanismen* worden ontrafeld, maar dat er ook nieuwe *targets* worden geïdentificeerd om de mechanismen om een biomedische (i.h.b. farmacologische) weg te beïnvloeden. Om dit soort moderne preventietechnieken verder te

ontwikkelen en in praktijk te brengen is pro-actief preventiebeleid noodzakelijk. Internationale samenwerking is daarvoor een vereiste.

VORMEN VAN PREVENTIE

Preventie in de gezondheidszorg kan op verschillende manieren worden ingedeeld. Een belangrijke dimensie betreft de niveaus waarop de preventie zich richt:

- individuen;
- groepen;
- populaties / sociale en culturele gemeenschappen;
- bevolking op regionaal en of nationaal niveau;
- internationale gemeenschap.

Een andere dimensie betreft typen van preventieve zorg:

- focus op bevordering en bescherming gezondheid;
- focus op signaleren en terugdringen risico's;
- focus op vroegtijdige interventie bij manifeste problemen / symptomen;
- focus op behandeling en genezing;
- focus op rehabilitatie en nazorg.

Vaak wordt onderscheid gemaakt tussen primaire, werkelijke preventie, en secundaire preventie die gericht is op het voorkomen van erger. Primaire preventie kunnen we onderverdelen in universele preventie (gericht op iedereen), selectieve preventie (gericht op specifieke doelgroepen) en geïndiceerde preventie (gericht op hoogrisicogroepen). Preventie die in het kader van de gezondheidszorg (voor zieke mensen) wordt uitgevoerd noemt men ook wel *zorggerichte* preventie (Van der Stel, 2004). Deze is veelal op individuen gericht. Een facet van zorggerichte preventie is het voorkomen van iatrogene aandoeningen (zoals verkeerde behandelingen en ongewenste effecten van medicijnen) waar in het bijzonder chronisch zieken vaak mee te maken hebben. Een ander, belangrijk onderscheid in preventieactiviteiten is de aandacht voor de beïnvloeding van risico's van de omgeving versus risico's die bij mensen aanwezig zijn.

In de praktijk worden preventieve doelen bereikt door een mix van activiteiten op verschillende niveaus en typen preventieve zorg. Zo'n 'preventiemix' houdt onder andere in:

- telkens wisselende accenten in de samenstelling van de activiteiten op de verschillende niveaus van preventie;
- telkens wisselende accenten in focus op type preventieve zorg;
- opheffen van tegenstelling tussen preventie en curatie (nu: geen samenwerking in het kader van een overkoepelend plan);
- samenbrengen financieringsstromen;
- beleidsvoering is resultaat gezamenlijk plan van overheid en maatschappelijke partners;
- integratie van doelstellingen.

Om preventie in praktijk te brengen moet tenminste aan een tiental voorwaarden worden voldaan. Deze hebben betrekking op: informatievoorziening, kennis over mechanismen, preventiedoelen, doelgroepen, preventieprogramma's, (financiële) middelen, preventiebeleid, partijen, voorzieningen en kwaliteitsbewaking. Hieronder worden deze punten toegelicht.

VOORWAARDEN VOOR PREVENTIE

1. Informatievoorziening

Preventie staat en valt bij de kwaliteit van de epidemiologische informatie over gezondheid en ziekte. In dit opzicht hoeft niets ons van preventie af te houden. Het RIVM verschaft periodiek in de vorm van de VTV-rapportages (Volksgezondheid Toekomst Verkenningen) en deelstudies (over specifieke doelgroepen of

gezondheidsproblemen) voldoende hoogwaardige gegevens die voor het voeren van gezondheidsbeleid noodzakelijk zijn. Ook is er voldoende zicht op de capaciteit van de voorzieningen die in Nederland thans actief preventieve zorg leveren.

Het ministerie van VWS laat periodiek een goed gedocumenteerd Brancherapport Preventie opstellen. Het brancherapport preventie (Witte e.a., 2003) gaat in het bijzonder in op de preventie van: infectieziekten, hart- en vaatziekten, kanker, erfelijke en aangeboren aandoeningen, psychische aandoeningen, ongevallletsels, diabetes mellitus, astma en COPD, en klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat. De preventieactiviteiten zijn in het bijzonder gericht op deze factoren: roken, alcohol, drugs, seksueel gedrag, bewegen, gezonde voeding, overgewicht, voedselveiligheid en milieugerelateerde gezondheidsrisico's. De belangrijkste doelgroepen zijn: jongeren, ouderen, mensen met een lage sociaal-economische status en allochtonen. De preventie is op deze settings gericht: werkplek, wijk, school en de zorg.

Verder zijn er kwalitatief goed geoutilleerde landelijke (kennis)centra actief die bovendien – zoals in het verleden vaak niet het geval was – goed samenwerken, onder andere in de uitwisseling van elektronische bestanden.

2. Kennis over mechanismen

Preventie vereist theoretische en empirische kennis over de mechanismen die betrokken zijn bij het ontstaan van en of de bescherming tegen ziekten. Bij de meeste aandoeningen zijn zoveel erfelijke en omgevingsfactoren betrokken dat veelal niet van eenduidige oorzaken maar van risico's kan worden gesproken. De huidige kennis over biomarkers van ziekte en risicofactoren is nog beperkt; moleculair genetisch onderzoek kan bijdragen aan de identificatie van biomarkers en mede daardoor van nut zijn voor preventie en of vroegtijdige interventie.

Van een groeiend aantal ziekten, waaronder ook vormen van kanker, is vrij goed in kaart gebracht welke – al dan niet beïnvloedbare – risico's bijdragen aan een hogere incidentie en prevalentie ervan. Een andere manier van zeggen is dat we steeds beter inzicht hebben in de factoren die tegen het ontstaan of verergering van ziekten bescherming bieden. Het eten van voldoende fruit en groente beschermt tegen vormen van kanker. In onze samenleving kan iedereen hieraan voldoen, al moeten sommigen wijzigingen aanbrengen in de besteding van inkomen. Risico's zijn er helaas ook als gevolg van de werking van de gezondheidszorg zelf. De *iatrogene* aandoeningen (waaronder ook medische fouten in engere zin kunnen worden gerekend) vormen een niet te onderschatten, maar in hoge mate ook vermijdbaar, probleem.

VOORBEELDEN VAN PREVENTIE

Enkele recente bevindingen uit onderzoek met consequenties voor preventie:

- er zijn verschillende genen geïdentificeerd die bijdragen aan een lagere respons op alcohol, en daardoor een verhoogd risico geven op aan alcoholmisbruik gerelateerde aandoeningen, - deze kennis draagt bij aan de onderbouwing van toekomstige preventieprogramma's (Schuckit e.a., 2004);
- bijna alle heupbreuken ontstaan door vallen, dus is de preventie daarvan essentieel om deze ernstige ongevallen te voorkomen. Onderzoek wijst uit dat valpreventieprogramma's, die bestaan uit een combinatie van voorlichting, oefeningen, aanpassingen in de omgeving en het beoordelen van de medicatie effectief zijn om bij hoogrisicogroepen heupbreuken te doen verminderen (Stevens & Olson, 2000);
- studies gericht op monozygotische tweelingen zijn belangrijk om zicht te krijgen op gen-omgevingsinteracties. Het nut van dit soort onderzoek is de bijdrage die het levert aan een werkelijk voorspellende geneeskunde. Mogelijk kan al in de nabije toekomst bijvoorbeeld nagegaan worden welke individuen vanwege genetische factoren meer of minder kwetsbaar zijn voor gewichtstoename of andere metabole

- problemen dan anderen (Tremblay e.a., 2004);
- de werkzaamheid alsook de ongewenste effecten van medicijnen verschilt per individu als gevolg van (minieme) genetische verschillen. Door overerfbare polymorfismen in het DNA (die bijvoorbeeld een rol spelen bij het metabolisme van het medicijn) in kaart te brengen, wordt het in beginsel mogelijk op de persoon toegespitste medicatie te geven én bijwerkingen te voorkomen of tenminste sterk terug te dringen (Thomas e.a., 2004);
- uit experimenteel, epidemiologisch en klinisch onderzoek is overtuigend bewijs gekomen dat veel vormen van kanker te voorkomen zijn, vooral door aanpassingen aan het voedingspatroon en samenstelling van het voedsel (Forman e.a., 2004);
- gezondheidscampagnes in de massamedia hebben slechts een gering effect, zodat voor het bereiken van gedragsverandering bij het gebruik van dit kanaal slechts bescheiden doelen moeten worden gesteld (Snyder e.a., 2004);
- de aan het gebruik van medicijnen gerelateerde ziekte is in de gezondheidszorg een niet te onderschatten probleem – een aanzienlijk deel daarvan is evenwel te voorkomen (Winterstein e.a., 2002);
- de consumptie van voldoende groente en fruit en reductie van de inname van (verzadigd) vet kan aanzienlijk bijdragen aan de preventie van chronische ziekten. Er zijn effectieve (veelal groepsgerichte) programma's ontwikkeld om mensen te helpen hun persoonlijke doelstellingen wat hun voeding betreft in positieve zin te beïnvloeden (Ammerman e.a., 2002).

3. Preventiedoelen

Preventiebeleid is nog meer dan curatief beleid het stellen van inhoudelijke beleidsdoelen. In de gezondheidszorg is het thans gemeengoed productiedoelen te stellen en de financiering en organisatie van de zorgverlening daarop af te stemmen. Dit soort doelstellingen zijn echter niet te verwarren met preventiedoelen die erop gericht zijn de prevalentie en of incidentie van ziekten te verminderen. Effectieve en liefst vroegtijdige behandelingen hebben uiteraard effect op de prevalentie van (chronische) ziekten, maar het heeft geen invloed op de incidentie ervan (afgezien van het optreden van co-morbide problemen die kunnen ontstaan wanneer ziekten te laat en of onvoldoende behandeld worden). In de behandelende geneeskunde is het volstrekt legitiem in epidemiologisch opzicht 'nutteloze' handelingen te verrichten omdat deze wél de kwaliteit van leven van patiënten bevorderen. Ook als het effect van een medische handeling wordt betwijfeld kan dit toch een reden zijn het zekere voor het onzekere te nemen en de behandeling door te zetten – mits de behandeling de toestand niet verergert.

De legitimatie voor preventie is evenwel een andere dan die voor medische hulpverlening. Bij preventie is niet het behandelen van klachten of het beantwoorden van een hulpvraag aan de orde, maar gaat het erom het ontstaan of verergeren van klachten te verhinderen. Veel preventieve interventies worden mensen ongevraagd aangeboden en in sommige gevallen (inertingen) zelfs opgedrongen. Hierbij is er altijd de mogelijkheid dat mensen een preventieve interventie ondergaan terwijl deze voor hen onnodig is. De eis dat de baten moeten opwegen tegen ongewenste effecten wordt daarom voor preventieactiviteiten veel uitdrukkelijker gesteld dan bij medische ingrepen en of medicatie het geval is. Idealiter hebben preventieve interventies geen of nauwelijks ongewenste effecten.

Preventiedoelen worden geformuleerd op basis van kennis over het effect van een bepaalde interventie gericht op een specifieke doelgroep met betrekking tot een gezondheidsprobleem. De doelen zijn gebaseerd op gevalideerde kennis over het (kwantitatieve) resultaat van de interventie in een nader omschreven dosis en tijds kader. Om evaluatie en monitoring mogelijk te maken, maakt men vaak onderscheid tussen *uitkomstdoelen* die in het bijzonder betrekking hebben op de bereikte gezondheidswinst (en of het voorkomen van ziekte) en *procesdoelen* die tussentijds gemeten kunnen worden, en die een indicatie geven van de mate waarin

en de wijze waarop een preventieprogramma volgens het draaiboek of preventieplan wordt uitgevoerd.

4. Doelgroepen

Dat preventiedoelen hand in hand gaan met nader omschreven doelgroepen lijkt vanzelfsprekend. Toch is het in het verleden vaak voorgekomen dat preventieprogramma's op veel te vaag omlijnde groepen mensen werden gericht, met een navenant diffuus resultaat. Tegenwoordig worden doelgroepen van elkaar onderscheiden naar hun risicoprofiel (m.b.t. het gezondheidsprobleem in kwestie) alsook de doelgroepspecifieke mogelijkheden deze risico's terug te dringen. Op grond hiervan kunnen bestaande programma's 'vertaald' worden in een voor de verschillende risicogroepen te onderscheiden kenmerken. Moderne preventiestrategieën hebben veel weg van de moderne, doelgroepspecifieke benaderingen die ook in de commerciële marketing gemeengoed is geworden.

5. Preventieprogramma's

Voor de uitvoering van preventiebeleid zijn op een vergelijkbare wijze op evidentie gebaseerde methoden en strategieën vereist als dat geldt voor medisch curatieve handelingen. Dit houdt in dat allereerst op basis van een adequate theorie en goed uitgevoerde experimenten moeten zijn vastgesteld dat een preventieve interventie in een gecontroleerde situatie werkzaam is. Vervolgens zijn reeksen experimenten en evaluatiestudies noodzakelijk die erop gericht zijn een in de reguliere praktijk effectief toepasbare werkwijze tot stand te brengen. De preventiewetenschap volgt steeds meer de kaders die zijn gesteld voor *evidence-based medicine*, uiteraard rekening houdend met specifieke verschillen: preventie is slechts voor een deel individueel gericht, terwijl groepsgerichte medische interventies niet of nauwelijks bestaan.

KENMERKEN EFFECTIEVE PREVENTIEPROGRAMMA'S

Bond en Hauf (2004) noemen de volgende kenmerken van effectieve (primaire) preventieprogramma's. Succesvolle programma's voor gezondheidsbevordering en preventie zijn:

- gebaseerd op een goede wetenschappelijke theorie en onderzoek voor wat betreft hun inhoud, structuur en implementatie;
- hebben een duidelijk gedefinieerde einddoelen en tussendoelen;
- benaderen de problematiek vanuit meerdere systemen en zijn gericht op meerdere niveaus om via verschillende routes een breed spectrum van beïnvloedingen te bereiken op de persoonlijke ontwikkeling;
- letten zorgvuldig op de dosering alsook op de aanwezigheid van versterkers (boosters) of follow-upactiviteiten om de gewenste uitkomsten te bereiken en te handhaven;
- houden enerzijds rekening met reeds aanwezige krachten en competentie, gevoel van welbevinden, en beschermende factoren en anderzijds met risico's en problemen van individuen en systemen;
- sluiten goed aan op de bijzondere kenmerken van de doelgroep zowel voor wat betreft de inhoud als de structuur en de implementatie van het programma;
- hebben kwalitatief hoogwaardige evaluatie en monitoring in hun programmaontwerp geïntegreerd;
- zijn op zo'n manier gestructureerd en aangeboden dat ze overdraagbaar zijn en uitgevoerd kunnen worden in andere contexten en culturen;
- zijn gebaseerd op een omvattende analyse van de beschikbare en benodigde (niet alleen financiële) hulpbronnen;
- kenmerken zich door hun affiniteit met sociaal-politieke ontwikkelingen en verhoudingen.

De taak van de overheid is te zorgen voor samenwerking en samenhang, kaders voor financiering, maatregelen en wetten.

6. (Financiële) middelen

Om preventiedoelen te bereiken is een scala aan technieken, kennis, samenwerkingsverbanden vereist en niet in de laatste plaats zijn voor elk ambitieus preventie-initiatief voldoende financiële middelen nodig om het een kans van slagen te geven. In dit opzicht is er rondom preventie een probleem. Tegen schade kan men zich verzekeren, maar de inspanningen die erop gericht zijn de waarschijnlijkheid dat schade ontstaat terug te dringen zijn niet voor de verantwoordelijkheid van de verzekeraar. Om deze redenen worden vooral collectieve preventieprogramma's gefinancierd vanuit gemeenschapsgelden.

ZORGVERZEKERING EN PREVENTIE

Hebben zorgverzekeraars niets te maken met preventie? Nee, deze conclusie is te voorbarig, en bovendien is de opstelling van verzekeraars tegenover preventie ook veranderbaar. Het belang van preventie en de mogelijkheden om hiervoor middelen vrij te maken zijn onder andere deze:

- het kan in het belang zijn van zorgverzekeraars als vermijdbare schade bij hun cliënten voorkomen wordt. De verzekerden maken weliswaar terecht aanspraak op vergoeding van onkosten om de schade te verhelpen, maar macro-economisch gezien zouden verzekeraars er voordeel bij kunnen hebben als hun cliënten deelnemen aan effectieve preventieprogramma's. Mogelijkheden op dit vlak zijn er overigens al, maar hebben veelal slechts een 'marketing' doel;
- verzekeraars zouden ook een pro-actief beleid kunnen voeren en het voor cliënten die in staat en bereid zijn veelvoorkomende risico's te vermijden (financieel) aantrekkelijk te maken daar ook naar te handelen. De voordelen van fysieke activiteit, gezonde voeding, niet roken en matig alcohol drinken zijn zonneklaar en het is statistisch aangetoond dat mensen die zich met deze leefregels committeren een langer gezond blijven en minder vaak te maken hebben met chronische aandoeningen. Het voordeel van een gezonde leefwijze is dat deze nauwelijks kosten met zich meebrengt (en zelfs geld uitspaart als men voordien 'on gezond' leefde). Verzekeraars zouden een gezonde leefwijze bij hun verzekerden kunnen stimuleren door hun verzekerden heel aantrekkelijke arrangementen aan te bieden (zonder de solidariteit met anderen te ondermijnen). Het is goed mogelijk door middel van een jaarlijkse check-up na te gaan of verzekerden zich aan de specifieke polisvoorwaarden houden;
- individuele preventie vindt overigens ook in de reguliere medische zorg volop plaats, ook al wordt deze als een curatieve verrichting gedeclareerd. Goede zorg is ook het voorkomen van erger én het voorkomen van terugval na herstel. Het is niet zo dat dit soort preventie als vanzelfsprekend hoort tot de medische zorg in engere zin. Vaak zijn bovendien ook niet-medisch opgeleide beroepsgroepen hierbij betrokken. Bij dit soort – zorggerichte – preventie kunnen we denken aan psychologische ondersteuning van patiënten die een behandeling voor kanker zullen of hebben ondergaan, of het voorkomen van terugval na een diepe depressie of psychose.

Een prachtig voorbeeld waaruit blijkt dat zorgverzekeraars het nut van preventie beginnen in te zien is wel het recent door VGZ genomen besluit om de aanschaf van cholesterolverlagende producten van het merk Becel aan hun verzekerden te vergoeden. De producten zijn bewezen effectief en hebben daarmee een vergelijkbare status bereikt als cholesterolverlagende medicijnen. De voedingsmiddelen zijn in vergelijking met medicijnen goedkoop en veilig.

7. Preventiebeleid

Beleidsvoering in de gezondheidszorg is vooral gericht op de totstandkoming en financiering van voorzieningen die erop gericht zijn te voldoen aan de (toenemende) vraag. Alhoewel er ook 'vraag' is naar preventieve zorg is het belangrijk te

onderkennen dat de behoefte aan (meer) preventie niet via lange wachtlijsten zichtbaar wordt. Het zijn epidemiologische studies die ons inzicht verschaffen in de ontwikkeling van ziekte en sterfte en de verschillen die daarin optreden onder verschillende omstandigheden en bij diverse populaties die ons bewust maken van de zin en onzin van preventie. In de reguliere gezondheidszorg komt de verdeling van middelen over de verschillende medische disciplines op een 'natuurlijke' wijze tot stand door de aard en omvang van de hulpvragen. Omdat aan preventie niet op een vergelijkbare manier een vraag is gesteld door degenen die daar 'objectief gezien' belang bij hebben, is beleidsvorming door overheden, zorginstellingen en andere belanghebbenden cruciaal.

In het verleden zijn met preventiebeleid dramatische verbeteringen tot stand gebracht in de toestand van de volksgezondheid. In het bijzonder de bestrijding van infectieziekten in de negentiende en twintigste eeuw spreekt tot de verbeelding. Door te investeren in technische en hygiënische voorzieningen zijn ziektes als cholera en tuberculose goeddeels uitgebannen. Alhoewel infectieziekten nog steeds een belangrijke rol spelen (Aids, malaria, Sars), zijn het vooral de gedragscomponenten van 'moderne' aandoeningen die nu in de aandacht staan. De prevalentie van hart- en vaatziekten, aandoeningen als gevolg van roken, obesitas en diabetes voor zover deze gerelateerd zijn aan een verkeerd voedingspatroon en te weinig bewegen, is niet of nauwelijks met 'technische' middelen te beïnvloeden. Miljoenen mensen worden eens in hun leven geconfronteerd met de gevolgen van hun gedrag en leefwijze maar dit leidt niet tot een automatische roep om 'meer' en vooral ook 'effectievere' preventie bij de direct betrokkenen. Ernstiger is het echter als ook gezondheidszorginstellingen, overheden of zorgverzekeraars zich onvoldoende rekenschap geven van de ernst van de epidemiologische gegevens.

OVERHEID OF PARTICULIER INITIATIEF?

Helaas loopt de Nederlandse overheid niet voorop waar het preventiebeleid betreft. De recent afgescheiden nota's van VWS (zie bijv. VWS, 2003) zijn goedbeschouwd niet meer dan de opsomming van een aantal lopende programma's, met weinig elan en besef van urgentie geschreven. Het lijkt erop dat de rijksoverheid niet van zins is haar verantwoordelijkheid te nemen en of somber is over haar eigen mogelijkheden om nieuw elan tot stand te brengen. Wellicht is het ook niet de tijd om met betrekking tot preventie in de gezondheidszorg het initiatief van de overheid te verlangen. De vergelijking dringt zich op met de toestand in de negentiende en begin twintigste eeuw: het waren sociaalbewust artsen en particuliere organisaties die initiatieven namen tot de bestrijding van ziekten, meer hygiëne en de verbetering van de leefomstandigheden van de burgers. De waterleidingen, de sociale woningbouw, de verzekering tegen ziektekosten en de consultatiebureaus die tot in de verste uithoeken werkzaam waren zijn uitsluitend of tenminste onder sterke druk van particulier initiatief tot stand gekomen.

Wat onze tijd mist is wellicht niet alleen een overheid die preventie tot een hoofdbestanddeel van haar volksgezondheidsbeleid uitroept, maar *gedreven* particulier initiatief. Gezondheidsinstellingen of verzekeraars (en niet te vergeten lokale overheden) staat in beginsel niets in de weg als ze zouden besluiten van hun capaciteit of budget een aanzienlijk groter deel toe te wenden aan de uitvoering van preventief beleid. Wanneer ze programma's steunen die bewezen effectief zijn doen ze tenslotte niets anders dan hun missie te realiseren, dat wil zeggen: maximaliseren van gezondheidswinst.

Preventie vereist welbewust beleid dat zich erop richt een verwachte ontwikkeling (die zich bij ongewijzigd beleid zeer waarschijnlijk zal voordoen) pro-actief te remmen, liefst geheel te voorkomen. Samenhang tussen deelgebieden en samenwerking tussen alle belanghebbenden en verantwoordelijke instanties is hierbij cruciaal. Cruciaal is verder het gedeelde besef dat de winst van effectieve preventie slechts op een 'abstracte' wijze (door afname van epidemiologische kerngegevens) zichtbaar wordt, anders gezegd door *afwezigheid* van ziekte of vroegtijdige sterfte.

Ook de macro-economische voordelen van preventie, zoals afname van kosten voor de behandeling van chronisch zieken, afname van instroom in de arbeidsongeschiktheidsregelingen of hogere arbeidsproductiviteit zijn niet of nauwelijks voor de afzonderlijke partijen direct merkbaar, en zeker niet op korte termijn. Preventie verhoudt zich daarom slecht tot marktwerking, en mede hierdoor heeft het de laatste jaren – de periode sinds Nota 2000 – slechts fragmentarisch in de schijnwerpers gestaan. Weliswaar zijn er op deelgebieden successen geboekt (zoals het grote aantal mensen dat in 2004 blijvend stopte met roken) maar in zijn geheel genomen leidt preventie een ‘kwijnend bestaan’. Dat kan anders en daar zijn genoeg redenen voor.

8. Partijen

Zolang preventieactiviteiten plaatsvinden in de context van een relatie tussen patiënt en arts of hulpverlener is de benodigde samenwerking overzichtelijk. Veel complexer is de benodigde samenwerking wanneer preventie erop gericht is bijvoorbeeld het aantal mensen met overgewicht in 25 jaar met 25 procent te doen verminderen. Zelfs het constant houden van het huidige percentage aan zwaargewichten in de bevolking vereist al een forse investering en de actieve participatie van meerdere partijen. Preventie vereist coalitievorming, en coalities komen slechts tot stand als er voor alle deelnemers wat te ‘halen’ is, terwijl het voor de deelnemers tegelijkertijd noodzakelijk is om zoveel mogelijk coalitiegenoten binnenboord te houden.

Helaas is er voor preventiebeleid niet één goed gestructureerd platform waarin partijen bijeen komen en onderhandelen over programma’s en de verdeling van de (gezamenlijk opgebrachte) middelen. Op deelgebieden bestaan dit soort platforms overigens wel, vaak rondom een aan een ziekte gerelateerd fonds. Wat mist is een werkelijk actieve en welbewuste deelname aan het debat over preventie door de zorgverzekeraars en de belangrijkste organisaties van instellingen en beroepsgroepen (zoals de KNMG) en patiëntenorganisaties. Natuurlijk, al deze organisaties hebben in een beleidsnota wel iets over preventie genoteerd, maar veel indruk maakt dat niet, en het besef dat de uitspraken weinig zoden aan de dijk zetten als het niet leidt tot ‘collectieve actie’ ontbreekt. De voor de komende decennia verwachte stijging van bijvoorbeeld het aantal gevallen van obesitas of diabetes, aandoeningen die veel co-morbide problemen tot gevolg hebben, wordt aldus impliciet geaccepteerd als een voldongen feit.

Zonder ons illusies op de hals te halen over een ‘maakbare’ samenleving zijn er alternatieven te bedenken om het maatschappelijk initiatief rondom preventie te versterken en vervolgens om te vormen tot een daadkracht. In de Nederlandse samenleving is genoeg organisatievermogen beschikbaar om dit te realiseren. Het wachten is op een organisatie die hierin het voortouw neemt.

9. Voorzieningen

Nederland heeft wellicht meer behoefte aan een tot de verbeelding sprekend preventiebeleid dan aan investeringen in nieuwe voorzieningen om dit beleid uit te voeren. Natuurlijk zal nieuw beleid effect hebben op de verdeling van middelen en dus op taakverschuiving en capaciteitsuitbreiding van voorzieningen die actief zijn op het terrein van preventie. Maar Nederland is toch rijk bedeeld met een redelijk goed geoutilleerd netwerk van voorzieningen, zowel regionaal als landelijk.

UITVOERING VAN PREVENTIEBELEID

Voor de uitvoering van preventiebeleid moeten we denken aan het volgende:

- gespecialiseerde preventie-instellingen – dit betreft naast de gemeentelijke gezondheidsdiensten ook landelijk werkende instituten, zoals het NIGZ;
- instellingen met een uitdrukkelijk preventieve taakopdracht – te denken valt aan instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ) of verslavingszorg die aparte

- preventieafdelingen hebben (zie Van der Stel, 2004);
- instellingen en medische beroepsgroepen met een impliciete preventieve taakopdracht – in beginsel geldt dit voor elke discipline in de gezondheidszorg;
- maatschappelijke voorzieningen die wel of niet uitdrukkelijk bijdragen aan het realiseren van preventieve doelstellingen – allerlei organisaties, ook al behoren ze niet tot het domein van de gezondheidszorg, kunnen via hun werk bijdragen aan de bescherming van de volksgezondheid. Veilig verkeer leidt tot minder verkeersslachtoffers; goede arbeidsomstandigheden dragen bij aan de preventie van beroepsziekten; het beperken van de uitstoot van rookgassen reduceert het risico van aandoeningen aan de luchtwegen;
- wet- en regelgeving met een uitdrukkelijk preventief oogmerk – voorbeelden zijn wet- en regelgeving die voedselveiligheid bevorderen, het roken en overmatig alcohol drinken tegengaan of inentingen tegen infectieziekten regelen;
- wet- en regelgeving die indirect (en mogelijk onbedoeld) bijdraagt aan het realiseren van preventiedoelen – het is aannemelijk dat in beginsel alle wetten en maatregelen, ook al zijn ze niet gericht op een gezondheidsprobleem, een positief of negatief effect hebben op de volksgezondheid, ook al komt zo'n effect via een aantal schakels tot stand en is de grootte van het effect heel gering. Helaas bestaat er geen systeem voor gezondheidseffectrapportage, zodat we niet of nauwelijks weten wat bijvoorbeeld het te verwachten effect op de volksgezondheid is van de afschaffing van de VUT of de verhoging van de pensioengerechtigde leeftijd.

Naast uitvoerende voorzieningen zijn uiteraard voldoende opleidingen en onderzoeksinstellingen nodig om preventie gestalte te geven. Ook op dit vlak hoeven we niet op voorhand negatief te zijn – beter gezegd; de uitgangspositie is uitstekend, alleen wordt de beschikbare kennis onvoldoende benut. Pas na gewijzigd beleid is het relevant te spreken over capaciteitsuitbreiding.

10. Kwaliteitsbewaking

Het laatste, maar zeker niet het minste aspect van preventie betreft kwaliteitsbewaking. De uitvoering van preventieprogramma's moet regelmatig worden geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. De kennis hiervoor is beschikbaar en betrekkelijk makkelijk in praktijk te brengen.

SLOTBESCHOUWING

Beleidsdocumenten over de structuur en financiering van de gezondheidszorg zijn in de afgelopen 50 jaar op gezette tijden uitgebracht. Inhoudelijke beleidsteksten over de volksgezondheid zijn – merkwaardig genoeg – betrekkelijk uniek. Het belang dat aan een effectief financieringssysteem en werkzame structuur van de zorg wordt gehecht is terecht. Maar het is een gemis dat structuur en financiering niet worden beoordeeld tegen de achtergrond van het bereiken van meetbare doelen op het gebied van de volksgezondheid.

In 1986 verscheen de Nota 2000 (VWS, 1986), een uniek document waarin voor het eerst – onder auspiciën van de rijksoverheid – een aanzet werd gegeven tot een inhoudelijk volksgezondheidsbeleid. In de Nota 2000 stonden van de belangrijkste gezondheidsproblemen gedegen analyses over de huidige toestand, werden doelen geformuleerd om daarin substantiële wijzigingen aan te brengen en werden maatregelen voorgesteld om die te bereiken, zoals het voeren van 'facetbeleid': het betrekken van sectoren buiten de gezondheidszorg bij het realiseren van gezondheidsdoelen. Nota 2000 was een ambitieus project, maar het elan was omgekeerd evenredig aan de bereidheid bij overheden, gezondheidszorginstellingen en financiers om er een praktisch gevolg aan te geven.

De rijksoverheid heeft nadien wel het RIVM steeds betere overzichten laten maken van de toestand van de volksgezondheid, maar daar weinig alert

beleidsconsequenties aan verbonden. De zorgsector heeft preventie als beleidscategorie grotendeels aan zich voorbij laten gaan. Zolang de overheid hen daar niet toe verplichtte en ze bovendien lange wachlijsten konden laten zien, voelden veel bestuurders zich gelegitimeerd zich vooral op patiënten met ernstige en of chronische klachten te richten. Ook de zorgverzekeraars hebben hun in potentie sterke positie als regisseur in de besteding van gelden niet benut om een inhoudelijk, op de verbetering van de volksgezondheid gericht, beleid te voeren. Verheugend is dat ZonMw, waar onder andere het voormalige Praeventiefonds in is opgegaan, enkele jaren terug preventie prominent op de agenda heeft gezet.

Hierboven is aangegeven wat nodig is om preventiebeleid in de gezondheidszorg opnieuw op de kaart te zetten. Gesteld is dat op dit vlak thans weinig inspiratie uit gaat van de rijksoverheid (VWS). Maar dat betekent niet dat maatschappelijke partijen dan maar lijdzaam met de armen over elkaar moeten zitten. Er kan – ook los van de overheid – veel aan de totstandkoming van preventiebeleid en een effectieve uitvoeringspraktijk worden gedaan. Er liggen ook kansen voor zorgverzekeraars om een regiefunctie vervullen op het terrein van preventie.

VOORWAARDEN VOOR PREVENTIEBELEID

Preventiebeleid staat of valt met de mogelijkheid van institutionele steun voor de uitvoering van een preventieprogramma. Andere eisen zijn:

- de beschikbaarheid van werkzame programma's die in de praktijk effectief uitgevoerd kunnen worden;
- het stimuleren van de ontwikkeling van nieuwe screeningsmethoden en preventieve behandelingen, alsook productinnovatie door de farmaceutische en voedingsindustrie;
- het bevorderen van de kennisname en de uitvoering van evidence-based preventieprogramma's;
- het bevorderen van de implementatie van programma's volgens de richtlijnen;
- het kunnen aanpassen van preventieprogramma's aan de sociale en culturele kenmerken van de doelgroepen, zonder dat aan de kern van een preventieprogramma getornd hoeft te worden;
- de beschikbaarheid van monitoringssystemen die controle op de uitvoering van programma's mogelijk maken;
- de integratie van preventiesystemen;
- het totstandbrengen van standaards en evaluatiesystemen;
- het integreren van preventie-initiatieven dwars door bestaande institutionele structuren heen;
- het verbreden van de uitvoering van preventieprogramma's;
- het streven naar duurzaamheid.

Ons staat de komende jaren de enorme opgave niet alleen de uitvoering van reeds uitontwikkelde of veelbelovende preventieprogramma's ter hand te nemen, maar vooral ook te investeren in de (voorwaarden voor) de ontwikkeling van nieuwe programma's en modellen.

* * *

Tot besluit. Gesteld dat we met de huidige kennis en kunde én op basis van de huidige epidemiologische inzichten op korte termijn gezondheidswinst willen bereiken, wat staat ons dan te doen? Op dit moment zijn er vier risico's die in hoge mate de volksgezondheid bedreigen en die sterk gerelateerd zijn aan onze manier van leven: roken, inactiviteit, te veel en verkeerd eten én aanhoudende psychische stress. Deze risico's verhogen (in interactie met elkaar) de kans op het optreden van een viertal "volksziekten": obesitas, diabetes, hart- en vaatziekten en psychische

problematiek, met name depressie. Hiernaast hebben deze risico's en de genoemde aandoeningen allerlei andere ongunstige gevolgen. De risico's beperken bovendien de kans op herstel, met chroniciteit als uitkomst. Voor deze aandoeningen zijn op korte termijn geen *preventieve* biomedische ingrepen te verwachten die een vergelijkbare impact hebben als inenting dat in het verleden hebben gehad voor besmettelijke ziekten. Vooralsnog moeten we de krachten bundelen om ons eigen gedrag te beïnvloeden. Gedragkundigen hebben er weinig moeite mee om uit te leggen hoe moeilijk dat is – maar we hebben geen keus.

Natuurlijk gebeurt er al 'van alles' op dit gebied, maar men mag vooralsnog terecht sceptisch zijn over het tastbare resultaat daarvan. Zoiets vereist namelijk betere plannen, effectievere preventiestrategieën, doelmatiger financiering én een in het hart van de gezondheidszorg ingebouwde organisatievorm van de preventie.

LITERATUUR

Ammerman, A.S., Lindquist, C.H., Lohr, K.N. & Hersey, J. (2002). The efficacy of behavioral interventions to modify dietary fat and fruit and vegetable intake: a review of the evidence. *Prev Med*, 35, 25-41.

Bond, L.A. & Hauf, A.M.C. (2004). Taking stock and putting stock in primary prevention: characteristics of effective prevention. *The Journal of primary Prevention*, 24, 199-221.

Forman, M.R., Hursting, S.D., Umar, A. & Barrett, J.C. (2004). Nutrition and cancer prevention: a multidisciplinary perspective on human trials. *Annu Rev Nutr*, 24, 223-254.

RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) (2002). *Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Schuckit, M.A., Smith, T.L. & Kalmijn, J. (2004). The search for genes contributing to the low level of response to alcohol: patterns of findings across studies. *Alcohol Clin Exp Res*, 28, 1449-1458.

Snyder, L.B., Hamilton, M.A., Mitchell, E.W., Kiwanuka-Tondo, J., Fleming-Milici, F. & Proctor, D. (2004). A meta-analysis of the effect of mediated health communication campaigns on behavior change in the United States. *J Health Commun*, 9, Suppl, 71-96.

Stel, J.C. van der (2004). *Handboek preventie. Voorkomen van psychische problematiek en bevorderen van geestelijke gezondheid*. Assen: Van Gorcum.

Stevens, J.A. & Olson, S. (2000). Reducing falls and resulting hip fractures among older women. *MMWR Recomm Rep*, 49 (BR-2), 3-12.

Thomas, F.J., McLeod, H.L. & Watters, J.W. (2004). Pharmacogenomics: the influence of genomic variation on drug response. *Curr Top Med Chem*, 4, 1399-1409.

Tremblay, A., Perusse, L. & Bouchard, C. (2004). Energy balance and body-weight stability: impact of gene-environment interactions. *Br J Nutr*, 92, S63-66.

VWS (2003). *Langer gezond leven. Ook een kwestie van gezond leven*. 's-Gravenhage: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Winterstein, A.G., Sauer, B.C., Hepler, C.D. & Poole, C. (2002). Preventable drug-related hospital admissions. *Ann Pharmacother*, 36, 1238-1248.

Witte, K.E., Busch, M.C.M., Maassen, I.T.H.M. & Schuit, A.J. (2003). *Brancherapport Preventie*. Bilthoven: RIVM.

WVC (1986). *Nota 2000: over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid. Feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens*. Leidschendam: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.