

## Periodieke gezondheidsevaluatie

M. Lemiengre

Als je even stilstaat bij de inflatie van kwalitatieve eisen die allerhande instanties stellen aan de periodieke gezondheidsevaluatie van meestal gezonde patiënten en de beperkte mate waarin je als huisarts deze eisen invult, kan een gevoel van ernstig ondermaats werken als een koude rilling over je rug lopen. Patiëntenzorg voldoet best aan vier criteria: werkzaam, doeltreffend, doelmatig en billijk én toegankelijk<sup>1</sup>. Wanneer men een periodieke gezondheidsevaluatie voorstelt als hoeksteen voor een goede patiëntenzorg, kan men het nut hiervan perfect nagaan door te zoeken in welke mate de vier criteria worden ingevuld.

### Werkzaam

Het probleem van de werkzaamheid is waarschijnlijk het snelst ingevuld. Sinds jaar en dag brengen belangrijke instellingen als de U.S. Preventive Services Task Force, de Canadian Task Force on Preventive Health Care, maar ook de Nederlandse Standaarden en de Vlaamse aanbevelingen uitgebreide, wetenschappelijk goed onderbouwde rapporten uit die het periodiek evalueren van een aantal gezondheidsrisico's bij gezonde personen als evident voorstellen. Het effect van het periodiek evalueren van een aantal gezondheidsrisico's bij overigens gezonde mensen is meestal goed onderbouwd door middel van gecontroleerde, klinische experimenten, ofwel door het vergelijken van cohorten waarbij bij het ene cohort een evaluatie of een interventie gebeurde (bv. vaccinatie met een gecombineerd pneumokokkenvaccin) en bij het andere cohort de normale zorg werd aangeboden. Het effect van deze interventies is meestal niet alleen beschreven aan de hand van klinische eindpunten maar ook door middel van economische evaluaties.

### Doeltreffend

Het in de praktijk brengen van al deze aanbevelingen lijkt echter een veel moeilijker onderneming. Borstkankerscreening is hiervan een goed voorbeeld. Er is waarschijnlijk geen enkel screeningsprogramma dat zo sterk ondersteund wordt door de overheid, de media en door herkenbare opiniemakers. In België werd voor 2003-2004 slechts 24% van de doelpopulatie voor het screeningsprogramma onderzocht door middel van een mammografie<sup>2</sup>. Een onderzoek in opdracht van de Amerikaanse National Commission on Prevention Priorities berekende hoeveel QALY's er konden gered worden, wanneer men de bestaande screeningsdekking zou kunnen optrekken tot 90% van de populatie. De belangrijkste winsten worden gerealiseerd voor het periodiek opsporen van roken en het aanbieden van een korte interventie (1 300 000 QALY'S). Maar ook voor colorectale kanker, griepvaccinatie voor risicogroepen, borst- en cervixkanker en aspirineprofylaxis kon men nog aanzienlijke winst maken<sup>3</sup>. Deze studie

maakt in elk geval duidelijk dat de doeltreffendheid van een periodieke evaluatie van bepaalde gezondheidsrisico's uitsluitend afhangt van de mate waarin artsen en patiënten gemotiveerd zijn om enerzijds dit aanbod te realiseren in de dagelijkse praktijk en anderzijds ook in te gaan op dit aanbod. Wanneer men echter de huisartspraktijk ging ondersteunen door het aanreiken van tools die het management van deze periodieke interventies mogelijk maken, nam in de ondersteunde praktijken het preventieaanbod in absolute cijfers toe met 22,8%<sup>4</sup>.

### Doelmatig, billijk en toegankelijk

De overheid en de zorgverzekeraars hebben uiteraard hun eigen verantwoordelijkheid binnen deze problematiek. Hun eerste verantwoordelijkheid is het vastleggen van de prioriteiten. Niet elke preventieve interventie die doeltreffend is, realiseert een even grote winst in QALY's. Binnen de schaarste van de beschikbare middelen is men verplicht tot keuzes die zowel aan de bevolking als aan de zorgverstrekkers moeten gecommuniceerd worden. De investeringen in de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen en technologie staan soms in fel contrast met de investeringen in systemen die zorgverlening garanderen aan alle patiënten die deze nodig hebben en waardoor een veel grotere gezondheidswinst kan gerealiseerd worden<sup>5</sup>. Gezien het in deze context gaat om dekkingsgraden voor de ganse bevolking, is het toewijzen van bijvoorbeeld een preferentiële verstrekker van een bepaalde gezondheidsinterventie belangrijk. Ook hier hebben overheden en verzekeraars een belangrijke verantwoordelijkheid. Borstkankerscreening kan momenteel geïnitieerd worden door om het even welke arts en door een screeningscentrum en toch scoren we nog ondermaats wat de dekkingsgraad betreft. De vaccinatie tegen baarmoederskanker wordt geclaimd door huisartsen, gynaecologen en pediaters, terwijl iedereen weet dat de beste dekkingsgraad enkel kan gerealiseerd worden door leeftijdcohorten te vaccineren via het CLB.

Ook door softwarepakketten enkel te erkennen wanneer deze werkbare tools bevatten die het management van periodieke gezondheidsinterventies mogelijk maken, kan de doelmatigheid van de ingezette middelen worden verhoogd.

Een verdere liberalisering en de commercialisering van de gezondheidszorg zouden de toegang tot deze interventies voor bepaalde bevolkingsgroepen kunnen bemoeilijken<sup>6</sup>. Toezien op de toegankelijkheid van de zorg blijft de belangrijkste taak van de overheid.

Bij gezonde patiënten periodiek de gezondheidsrisico's opvolgen die op basis van wetenschappelijke argumenten positief kunnen worden beïnvloed, is alleen mogelijk wanneer de huisarts voor die opdracht ondersteund wordt in het management van zijn praktijk.

1. Van Driel M. *The implementation of evidence in clinical care. Exploring the gap between knowledge and practice [Dissertation]. Department of General Practice and Primary Health Care, Ghent University, 2007.*
2. *Nationale raad voor kwaliteitspromotie van het RIZIV. Platform Mammoscreeening (RIZIV, IMA, KCE, Paritaire Comité). Feedbackdocument, 2006.*
3. Maciosek MV, Coffield AB, Edwards NM, et al. *Priorities among effective clinical preventive services: results of a systematic review and analysis. Am J Prev Med 2006;31:52-61.*
4. Wolf SH, Johnson RE. *The break-even point: when medical advances*

*are less important than improving the fidelity with which they are delivered. Ann Fam Med 2005;3:545-52.*

5. Dubey V, Mathew R, Iglar K, et al. *Improving preventive service delivery at adult complete health check-ups: the Preventive Health Evidence-based Recommendation Form (PERFORM) cluster randomized controlled trial. BMC Fam Pract 2006;7:44.*
6. Willems S. *The socio-economic gradient in health: a never-ending story? A descriptive and explorative study in Belgium [Dissertation]. Department of General Practice and Primary Health Care, Ghent University, 2005.*