

door Paul De Cort, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven

Alhoewel het gezondheidszorgbeleid in België tot nu toe vooral investeerde in curatieve geneeskunde, groeit meer en meer de overtuiging dat preventie op langere termijn rendabel kan zijn. De debatten tijdens de eerstelijnsconferentie van december 2010 in Antwerpen getuigen hiervan: preventie was één van de centrale thema's en de krijtlijnen voor de verdere ontwikkeling ervan werden besproken en onderschreven door de Minister van Volksgezondheid.

Afgesproken werd dat de wetenschappelijke beroepsverenigingen en de universitaire centra, in samenwerking met en in opdracht van het beleid, verder zouden werken aan de ontwikkeling van de wetenschappelijke onderbouwing, de methodiek voor implementatie, de ontwikkeling van materiaal voor de klinische praktijk (zoals richtlijnen) en het bepalen van welke preventiestrategieën de volksgezondheid het best kunnen bevorderen. Waarschijnlijk zijn ook zij het beste geplaatst om de implementatie (bijscholing, deskundigheidsbevordering), de coördinatie en de evaluatie van het preventieproject, in nauwe samenwerking met alle medespelers op de eerste lijn en de overheid, op zich te nemen. Reeds in 1996 concludeerde de US Preventive Services Task Force¹ dat goede planmatige primaire preventiestrategieën efficiënter zijn voor de volksgezondheid dan vele, ongecoördineerde routinematige onderzoeken. Dat is ook in België aangetoond voor bijvoorbeeld systematische borstkanker- en cervixkankerscreening^{2,3}. De implementatie van preventiestrategieën kan echter nog beter^{4,5} en sedert een tiental jaren zijn er verschillende studies opgezet die zoeken naar drempels voor preventie bij huisartsen en hun patiënten^{6,7}. De recente publicatie van een Duitse exploratieve studie is hiervan een voorbeeld⁸. De auteurs zochten door middel van gestandaardiseerde interviews bij 16 at random geselecteerde huisartsen in Berlijn en 16 in Hannover naar remmende en bevorderende factoren voor de implementatie van preventie. Bijzondere aandacht gaven ze aan preventie bij ouderen. Als inhiberende patiëntgerelateerde factoren vond men: lagere sociale klasse, extra meerkost en gebrek aan ondersteuning en aanmoediging door de onmiddellijke omgeving. Voor de huisarts vond men als drempels: tijdsgebrek, focus op acute zorg, financiële overwegingen, gebrek aan overtuigingskracht, onvoldoende aandacht voor preventieve maatregelen voor de eigen gezondheid en het niet overtuigd zijn van het nut van preventie bij ouderen. Gebrek aan motivatie waren zowel voor de arts als voor de patiënt mogelijke beperkende factoren. Ook het gezondheidszorgsysteem wijst men met de vinger: het is te zeer georiënteerd op acute zorg, er is geen politieke wil om te investeren in preventie hetgeen zich uit in onvoldoende vergoeding, te gefragmenteerde aanpak en volledige desinteresse voor preventie bij ouderen. De factoren die preventiestrategieën kunnen bevorderen waren: het informeren van de patiënt via internet of media zodat hij meer vragende partij wordt en beter gemotiveerd is, het optreden van een crisissituatie op het vlak van de gezondheid van het individu die de huisarts kan aangrijpen als startmoment voor (secundaire) preventie en de bereidheid van de patiënt tot het betalen van een zekere meerkost. Voor wat betreft de huisarts waren preventiebevorderende factoren: positieve ervaringen zoals betere therapietrouw en hogere motivatie vanwege de patiënt en financiële ondersteuning.

Het is niet verwonderlijk dat de motivatie en de inspanningen voor preventie van deze Duitse huisartsen daalden bij een slechte compliantie en motivatie van de patiënten. De hoge werkdruk van deze Duitse huisartsen (243 patiëntcontacten per week, werkweek van 51 uur) vormde een mogelijke bijkomende belemmerende factor. De huisartsen in deze studie zagen eveneens een tekort aan kennis over preventiestrategieën en communicatievaardigheden als een minpunt, hetgeen ook eerder door Kilbourne et al. naar voren werd geschoven⁹. Huisartsen die vertrouwd zijn met het transtheoretische model van Prochaska en Di Clemente zouden ook minder desillusies oplopen en een meer efficiënte en professionele houding hebben¹⁰.

Ook in België krijgt preventie stilaan meer media-, politieke en professionele aandacht. Het GMD-plus en de door Domus Medica ontwikkelde 'gezondheidsgids als leidraad voor preventie'¹¹ zijn hiervan voorbeelden. Minerva juicht deze evolutie toe en wil haar steentje bijdragen door verder mee te waken over de wetenschappelijke evidentie en het kosten/batenplaatje van elk preventief initiatief.

Referenties

1. U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services. 2nd ed. Alexandria, Virginia: International Medical Publishing, Inc.; 1996.
2. Paulus D, Mambourg F, Bonneux L. Borstkankerscreening. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2005 April. KCE Reports vol.11A.
3. Hulstaert F, Arbyn M, Huybrechts M, et al. Baarmoederhalskankerscreening en testen op Human Papillomavirus (HPV). Health Technology Assessment (HTA). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE); 2006. KCE Reports 38A.
4. Lichtenstein AH, Appel LJ, Brands M, et al. Diet and lifestyle recommendations revision 2006: a scientific statement from the America Heart Association Nutrition Committee. *Circulation* 2006;114:82-96.
5. Bocquier A, Verger P, Basdevant A, et al. Overweight and obesity: knowledge, attitudes, and practices of general practitioners in France. *Obes Res* 2005;13:787-95.
6. Brotons C, Björkelund C, Bulc M, et al; EUROPREV network. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Prev Med* 2005;40:595-601.
7. De Muylder R, Lorant V, Paulus D, et al. Obstacles to cardiovascular prevention in general practice. *Acta Cardiol* 2004; 59:119-25.
8. Walter U, Flick U, Neuber A, et al. Putting prevention into practice: qualitative study of factors that inhibit and promote preventive care by general practitioners, with a focus on elderly patients. *BMC Fam Pract* 2010;11:68.
9. Kilbourne AM, Neumann MS, Pincus HA, Bauer MS, Stall R: Implementing evidence-based interventions in health care: application of the replicating effective programs framework. *Implement Sci* 2007;2:42.
10. Cohen SJ, Halvorson HW, Gosselink CA. Changing physician behavior to improve disease prevention. *Prev Med* 1994;23:284-91.
11. Gezondheidsgids. Domus Medica.