Zelf kiezen voor gezondheid; naar gepersonaliseerde preventie

Maatschappelijke agenda voor geïndividualiseerde preventie van chronische ziekten

Met een verslag van het Congres PREVENT-2009

Enkele lessen uit Engeland

INVESTEREN IN PREVENTIE!

Het rapport 'Putting prevention first' was in 2000 de start van een nationaal investeringsprogramma voor preventie. Het uitgangpunt is een integrale preventiebenadering die aan een aantal voorwaarden moet voldoen.

GOED GEÏNFORMEERD ZIJN!
Een gratis gezondheidscheck

Iedereen boven de 40 jaar krijgt een gratis Health Check.

ZELF DOEN!
Gezondheids- en bewegingscentra in de eigen leefomgeving

Dichtbij hun huis of in de eigen wijk werken burgers aan een actieve en gezonde leefstijl. Ook familieleden kunnen meedoen.

SAMENWERKEN IS MEER DAN DE SOM DER DELEN!
Multidisciplinaire teams

Teams begeleiden mensen 16 weken of een jaar lang. Een jaar levert het meeste resultaat op. En goed aansluiten bij wat mensen zelf willen en fysiek aankunnen.

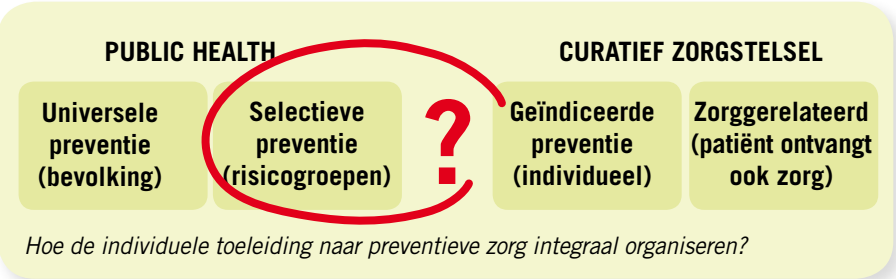
1 Introductie: nieuwe kijk op preventie

Wij staan aan de vooravond van een omslag in de gezondheidszorg die preventie effectiever en dichter bij de belevingswereld van de burger gaat brengen. Daardoor zal de patiënt meer dan tot nu toe de handen aan het eigen stuur willen en kunnen nemen. Zonder die bijdrage van de patiënt zelf wordt de zorg onhoudbaar omvangrijk en zal niet iedereen voldoende zorg meer kunnen krijgen.
Dit boekje geeft een impressie van het Congres PREVENT-2009. De beelden en aandachtspunten zijn afkomstig uit de presentaties van wetenschappers en andere professionals (zie de bijlage) die hebben laten zien waar kansen liggen. Kansen die voorafgaand aan of net in het begin van een ziekteproces liggen in plaats van nadruk op enkel curatie als een ziekte zich in volle omvang manifesteert. De congresbijdragen waren wetenschappelijk, praktisch en innovatief. Daarmee heeft het Congres een uniek vertrekpunt gecreëerd voor een maatschappelijke agenda voor gepersonaliseerde preventie.

Wat is gepersonaliseerde preventie?

Gepersonaliseerde preventie is het op individueel niveau en op basis van risicofactoren inschatten van de kans op een of meer chronische ziekte(n) en hierop met gepaste informatie of (leefstijl)interventies inspelen. De centrale gedachte is dat een individu door een persoonlijke benadering bewuster en gemotiveerder aan de eigen gezondheid werkt en dat professionals gefaciliteerd worden bij de noodzakelijke interactie met de burger of patiënt.

Een succesvolle implementatie van gepersonaliseerde preventie vraagt om verbindingen tussen de openbare gezondheidszorg (Public Health) en het curatieve zorgstelsel. Dit zijn op dit moment gescheiden systemen, terwijl de burger of patiënt vraagt om een doorlopende lijn.



Praktisch vertaald houdt gepersonaliseerde preventie in dat op basis van risicoprofielen groepen worden uitgenodigd (= selectieve preventie) om hun gezondheid te laten testen. Een dergelijke risicotest moet persoonlijk en communicatief van aard zijn. Hiermee wordt bedoeld dat inzicht in de eigen gezondheid en de reële risico's stapsgewijs wordt opgebouwd. Zo ontstaat motivatie bij de betreffende persoon om hieraan te werken. Zelfstandig of met het eigen sociale netwerk, en waar nodig met professionele ondersteuning. In deze fase spreken we van geïndiceerde preventie.

Ambitie: meer gezondheid, minder druk op de zorg

Meer dan 10 procent van de 'gezonde' Nederlanders heeft bij evaluatie een dermate hoog gezondheidsrisico dat volgens de gangbare richtlijnen dit een indicatie is voor preventieve behandeling op medisch of psychisch gebied. Selectieve preventie heeft het doel mensen met een reëel gezondheidsrisico te identificeren en hen een gepaste preventieve interventie op maat aan te bieden. Bij een fors verhoogd risico kan een medicamentkeuze en/of professionele interventie geboden worden vanuit de zorgverzekering in het kader van geïndiceerde preventie. Mensen risicobewust maken en met een persoonlijk advies op maat verleiden te kiezen voor een gezondere leefstijl heeft een demedicaliserend effect. Het effect is niet alleen meer gezondheid, maar ook minder druk op de zorg. De eerste ervaringen met gepersonaliseerde preventie bevestigen de cijfers en verwachtingen.

Belangrijk is te benadrukken: meewerken aan gepersonaliseerde preventie is een persoonlijke keuze en gaat uit van de eigen verantwoordelijkheid. Een individu heeft dus ook het recht niet te weten wat voor hem of haar de reële gezondheidsrisico's zijn. Maar zij die dit wel willen, worden hierbij optimaal ondersteund. Met een slimme inzet van ICT is er heel veel mogelijk, blijkt uit onderzoek naar de eerste praktijkvoorbeelden.

Op de hiernavolgende pagina's leest u wat er over preventie is gezegd tijdens het Congres PREVENT-2009. In hoofdstuk 6 treft u een uitnodiging aan voor een 'implementatiedialoog' over gepersonaliseerde preventie. Die dialoog is nodig om samen te werken aan een gepersonaliseerde preventie die aansluit bij de belevingswereld van burgers en patiënten, praktische handvatten biedt voor zorgprofessionals en die de condities realiseert.

Kunnen we de maatschappij veranderen?

‘Urbanisatieprocessen voorkomen bewegen’

‘Iedereen gebruikt gemechaniseerd vervoer’

‘We zijn allemaal dikker geworden’

‘Overal een verpletterende hoeveelheid voedsel’

2 Veel ziekten, weinig preventie

Tijdens het Congres is door alle sprekers opgemerkt dat gezondheid mede een uitdrukkingsvorm is van onze maatschappelijke organisatie. Zelfs een wereldprobleem, want in alle geïndustrialiseerde landen zien we een ongezonde leefstijl bij veel burgers. Dat levert onnodig veel chronische ziekten, hoge patiëntenaantallen en een grote claim op de zorg op.

Zorgstelsel is gefocust op ziekten

Het aantal chronisch zieken stijgt explosief, uitgedrukt in aantallen en verlies aan levenskwaliteit, en dan hebben we het met name over mensen met hartziekten, angststoornissen, beroerte, depressie, COPD, diabetes, kanker, alcoholverslaving, arthrose en dementie. Het huidige zorgstelsel is ingericht op het organiseren van zorg rond ziektebeelden. Voor de zorg en behandeling van chronische aandoeningen is dit begrijpelijk. Bij preventie verschuift de aandacht naar het in kaart brengen van risico's en het benaderen en helpen van risicogroepen. Met als ambitie om veel, onnodige, extra zorg te voorkomen. De prioriteitsgroepen voor selectieve preventie kunnen zijn: mensen die ouder zijn dan 45 jaar, groepen met een lagere welstand en zij die minimaal twee risicofactoren hebben ofwel aantoonbaar risico lopen.

Gezonde leefstijl versus ongezonde leefomgeving

Individuele preventie is het aanbieden van gerichte informatie en interventies op maat afhankelijk van het persoonlijke gezondheidsrisico. Maar wat hebben informatie en interventies voor zin in een ongezonde leef- en werkomgeving? Een buurt of wijk met om de 200 meter een snackbar, overal roltrappen in publieke gebouwen, verstopte trappenhuizen, of school- en bedrijfskantines met veel fast food. De collectieve preventie is vooral het aandachtsgebied van de overheid. Hoe ontstaat er meer samenhang tussen individuele en collectieve preventie en hoe wordt deze blijvend gewaarborgd? Hoe kunnen beiden elkaar versterken zodat preventie meer wordt dan de som der delen?

Burger wil controle over eigen gezondheid

De burger is probleemeigenaar van en dus verantwoordelijk voor zijn eigen gezondheid. Die burger is op zoek naar informatie, kennis en handvatten voor eigen regie. Op internet of via andere plekken. De Hartstichting heeft een gezondheidstest aangeboden in een aantal supermarkten en hier bleek veel belangstelling voor te zijn. Ook blijkt uit onderzoek dat de consument meer professionele preventie wil, dat de kosten vergoed moeten worden en dat het aanbod via betrouwbare kanalen komt. Tijdens het Congres is echter ook opgemerkt dat preventie niet breed leeft in de zorg, want er is pas sinds kort aandacht voor.

Meeste burgers niet bewust bezig met gezondheid

Tijdens het Congres is de vraag gesteld hoe het gezondheidsbesef bij het publiek wordt vergroot? Campagnes, media-aandacht en internet zijn vaak genoemd. Maar hoe verhoudt massacommunicatie zich tot de intrinsieke motivatie van een individu? Hoe komt een individu tot

een persoonlijke beslissing die tot ander gedrag leidt? Wat is de rol van professionals bij het voelbaar maken van persoonlijke keuzes en het komen tot vervolgstappen? Burgers hebben daarbij recht op het niet weten van gezondheidsrisico's. Ze kunnen en mogen kiezen voor een ongezond leven.

Preventie; wat zijn kosten en baten?

Er is ook nog onduidelijkheid over de kosten en de baten van het werken aan preventie. De verwachting is niet dat het tot minder zorgkosten leidt want de vraag naar zorg zal door de vergrijzing groot blijven. Wel kan preventie leiden tot meer levenskwaliteit, minder ziekteverzuim en hogere arbeidsparticipatie. Want men blijft langer gezond.

Preventie is zorg; maar wordt veel minder aangeboden, gevraagd en geconsumeerd

In het rapport 'Van preventie verzekerd' stelt het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) dat voor preventieve zorg een indicatie geldt, waarmee het individuele karakter is benadrukt. Dit in tegenstelling tot de landelijke screening op borstkanker en het programma 'Kijk op diabetes'. CVZ concludeert ook dat de behandeling van een hoog risico op ziekte als zorg geldt en daarom onder de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) valt. Verder constateert het college dat veel preventie nu al verzekerde zorg is, maar dat in de praktijk momenteel minder wordt aangeboden, gevraagd en geconsumeerd dan wet- en regelgeving mogelijk maken.

Kansen voor preventie

	Primaire preventie	Secundaire preventie
Roken	50%	35%
Bewegen	25%	25%
Matig alcohol	15%	20%
Verstandige voeding	15-50%	45%

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat preventie werkt. Hiernaast staan de percentages van de vermindering van sterfte door een verbetering van individuele leefgewoonten. Stoppen met roken en verstandige voeding leveren de meeste winst op.

De wetenschap heeft ook al in kaart wie het meeste risico lopen op het krijgen van een bepaalde aandoening. Er zijn risicotabellen beschikbaar die persoonlijke eigenschappen koppelen aan risico's.

Burgers staan open voor meer voorlichting en informatie over preventie, maar dan wel in de buurt of vindplaatsgericht, dus ook thuis en in de supermarkt.

Ook de grote vraag naar checks en zelftesten, weliswaar nog vaak ziektegebonden, laat zien dat mensen willen werken aan hun gezondheid. En zoekende zijn naar hoe dat zelf te doen of wat anderen kunnen bieden.

3 Losse initiatieven, geen samenhang

In de tweede plaats is tijdens het Congres geconstateerd dat er heel veel en diverse preventieactiviteiten plaatsvinden. Samenhang in de zin van sturing, structuur en kwaliteitsgarantie ontbreken nog. Maar ook de omgeving sluit niet altijd aan bij de belevingswereld van de burger.

Geen sturing op risicofactoren (die wel bekend zijn)

Roken, te weinig bewegen, teveel alcohol, slechte voeding en stress. De risicofactoren voor het vroegtijdig krijgen van chronische aandoeningen zijn bekend. Ook is er kennis over de risicofactoren per leeftijdscategorie en geslacht. In het buitenland zijn ook al diverse kostenbatenanalyses gemaakt. Al deze informatie is wetenschappelijk onderbouwd en beschikbaar. Deze kennis wordt steeds verfijnder en biedt steeds meer richting en houvast voor professionals die met preventie bezig zijn. Alleen wordt dit kennisproces nog niet gestuurd, breed gedeeld of gefaciliteerd. Er blijft daardoor veel kennis en informatie onbenut.

Twijfels bij huidige screeningsinstrumenten

Er is ook een wildgroei aan screeningstesten, vaak ziektespecifiek en aanbodgedreven, en in handen van marktpartijen. Uit bevolkingsonderzoek van de Hartstichting, de Nierstichting en het Diabetesfonds blijkt dat 65 procent van de 45-plussers weleens zo'n test heeft gedaan. Tijdens het Congres is opgemerkt dat aan ongerichte en aanbodgedreven screening enorme nadelen kleven. Het kan een schijnzekerheid opleveren. Worden met een test wel de juiste mensen bereikt of maakt het veel mensen bang? Is de test wel specifiek genoeg? En wat gebeurt er met of na het testresultaat? Is er altijd een adequate behandeling beschikbaar of bereikbaar?
Er is in ieder geval behoefte aan een keurmerk, bleek op het Congres. Er is ook gepleit voor het inzetten van een test op risicofactoren die gebaseerd is op evidence based inzichten. Eerst vanuit de breedte kijken naar een individu en daarna, en alleen indien daar aanleiding toe is, de diepte in en dat samen met de betreffende persoon.

Preventie; ontlasting of extra werk voor de huisarts?

Uit hetzelfde bevolkingsonderzoek blijkt dat 91 procent van de burgers deel zal nemen aan een check als deze wordt aangeboden door de huisarts. De huisartsen hebben het Preventieconsult ontwikkeld en hiermee wordt geëxperimenteerd in een aantal huisartspraktijken. Het idee is dat alle burgers met een grote kans op verhoogd risico (zoals 45-plussers en lage welstandsgroepen) een vragenlijst toegestuurd krijgen. Dit kan leiden tot een huisartsbezoek en indien nodig tot een gepaste interventie. Er leven onder huisartsen nog veel vragen over hun inzet op preventie. Wordt het niet ervaren als bemoeizucht? Is er voldoende aanbod aan en een goede doorgeleiding naar leefstijl- en interventieprogramma's?

Wat is de relatie met zorgstandaarden?

Er zijn zorgstandaarden in ontwikkeling voor de preventie en integrale zorg van diabetes, hartfalen en dementie. Het idee is de zorg voor een aantal chronische aandoeningen meer programmatisch te gaan organiseren. De standaarden bevatten indicatoren om de kwaliteit van handelen te garanderen, ook vanuit patiëntperspectief. Ze zijn coherent met bestaande richtlijnen, zijn uitgewerkt naar toepassing (inhoud, structuur, organisatie) en geven aan wat specifiek en wat generiek is. Van iedere standaard komt een zorgverleners- en patiënten-versie. Deze standaarden dienen als basis voor tariefsonderhandelingen en het functioneel bekostigen van integrale zorg (Keten-DBC). Hoe verhoudt gepersonaliseerde preventie zich met deze zorgstandaarden?

Leefstijlinterventies; wat zijn de effecten?

Preventie komt ook tot uiting in leefstijlprogramma's: meer bewegen, gezonder en anders eten, stoppen met roken, of het doorbreken van een verslaving aan alcohol. Veel leefstijlprogramma's worden buiten de zorg aangeboden. Ook in andere vormen: kleinschaliger of via het internet. Hoe verhouden de nieuwe leefstijlinterventies zich tot de bestaande zorgprogramma's? Wat zijn eigenlijk de effecten van deze leefstijlinterventies? Door verschillende instituten wordt onderzoek gedaan naar leefstijlinterventies en -programma's.

Nieuwe partners en locaties nodig

De zorg is traditioneel iets van medici, maar bij preventie is het aantal spelers veel groter. Ook andere partijen willen een zichtbare plek in het netwerk. Bedrijfsartsen doen al veel aan preventie, is tijdens het Congres opgemerkt. Ze hebben ook aanzienlijk meer tijd voor een patiënt, zo'n 30 tot 50 minuten. Ook diëtisten, bewegingstherapeuten en sportcoaches hebben een rol. En de omgeving voor het werken aan preventie verandert. Preventie vindt idealiter dicht bij huis plaats, in de wijk, buurt of op school. Wie zorgt voor een gezonde leefomgeving die verleidt tot niet roken, voldoende beweging en gezond eten? Hier ligt een cruciale rol voor de lokale en landelijke overheid.

Zonder gedragskunde lukt het niet

1. *Mensen denken anders: voorzichtig versus risiconemend, eigen regie versus afhankelijk zijn, een positieve versus negatieve eigenwaarde enzovoort. Dit heeft invloed op hun gedrag.*

2. *Gedragsverandering kent verschillende fasen: niet doen, uitstellen, klaar zijn voor de verandering, bezig met de verandering en nieuw gedrag volhouden. Elke fase vraagt om een andere aanpak.*

3. *Wat je zegt of hoe je iets zegt, heeft groot effect op de ander. Bij verandering is het belangrijk een positieve relatie met elkaar aan te gaan. Geef nieuwe informatie stapsgewijs en sluit aan bij waar de persoon staat en wat hij kan hebben.*

4. *Via internet kunnen informatie en interventies persoonlijk worden gemaakt. Via het web kunnen individuele matches worden gefaciliteerd, inclusief feedback en waardering.*

4 Parallelle preventie-oplossingen

Tijdens het Congres is opgemerkt dat in de zorg de kennis ontbreekt om aan preventie en vooral gepersonaliseerde preventie te werken. Men is gewend te handelen op basis van een klacht en via fact finding. Dat moet meer proactief en programmatisch worden. Preventie vraagt ook om oplossingen die het individu meer centraal stellen. Er is dus niet één oplossing, het zijn parallelle werkprocessen.

Preventievoorlichting faciliteert wilsvorming individu

Bij preventie verschuift de aandacht van patiënten met aandoeningen naar burgers die zo lang mogelijk gezond willen blijven. Hoe kan deze publieksbeïnvloeding vorm krijgen, is tijdens het Congres opgemerkt. Met de nieuwste computertechnologieën kan een grote groep worden bereikt. Tijdens het Congres is gevraagd om de inzet van slimmere ICT-toepassingen. Via een tekstbibliotheek met publieksinformatie of het werken met gedigitaliseerde risicoprofilering. De informatie moet zo verwoord en gebracht worden dat mensen het kunnen behappen. En met voldoende ruimte voor waardering en complimenten. Wilsvorming van een individu laat zich alleen stapsgewijs opbouwen. Dat kan lang of kort duren.

Brede implementatie van risicoprofilering

Risicoprofilering wordt door een aantal instanties al geïmplementeerd. Het Nederlands Huisartsen Genootschap gebruikt sinds kort het Preventieconsult. Daarin wordt met een korte vragenlijst het cardiometabole risico van de patiënt in kaart gebracht, waarna al dan niet vervolgonderzoek wordt ingezet. Het NIPED (NDDO Institute for Prevention and Early Diagnostics) heeft het Preventiekompas ontwikkeld, waarmee op basis van erkende risicofactoren een geïntegreerd risicoprofiel kan worden opgesteld om de gezondheid en productiviteit van een deelnemer in kaart te brengen. Het Preventiekompas wordt op dit moment voornamelijk ingezet in de bedrijfskundige setting.

Nieuwe relatiekanalen tussen patiënt en arts

Preventie veronderstelt ook een andere communicatierelatie tussen patiënt en professional, omdat de boodschap anders niet overkomt. Wat zeg je en hoe zeg je het? Daar zijn de artsen niet goed in, is tijdens het Congres gezegd. De arts stelt vooral gesloten vragen, laat de patiënt niet uitpraten en vertoont weleens onhandig gedrag. Dit zorgt niet voor een positieve relatie tussen patiënt en arts. En daar gaat het bij preventie juist allemaal om: een relatie kunnen aangaan en een open communicatiekanaal creëren. Ontwikkel opleidingen voor zorgprofessionals op dit gebied, is opgemerkt.

Waardering voor de eigen resultaten en prestaties

Bepalend voor het succes van preventie is het zelfinzicht dat iemand heeft van het te verwachten resultaat. Burgers of patiënten moeten positieve effecten van informatie of interventies in het kader van preventie gaan zien en ervaren. Ze moeten zien dat het werkt en voelen dat het te doen is. Dan is de kans dat ze een nieuwe leefstijl volhouden het grootst. Ook de successen bij anderen werken stimulerend.

Naar integratie van en met standaarden

In het vorige hoofdstuk is reeds opgemerkt dat momenteel voor verschillende ziektebeelden standaarden worden ontwikkeld. Het is de bedoeling dat die op elkaar worden afgestemd. En dat individuele preventie hierin een plek krijgt. Er loopt een initiatief om tot een integratie van standaarden te komen. De vraag kan echter ook zijn: hoe kunnen de standaarden een plek krijgen in een geïntegreerd en gepersonaliseerd systeem voor preventie?

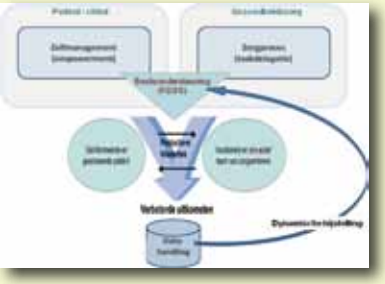
Aansluiten bij belevingswereld van specifieke groepen

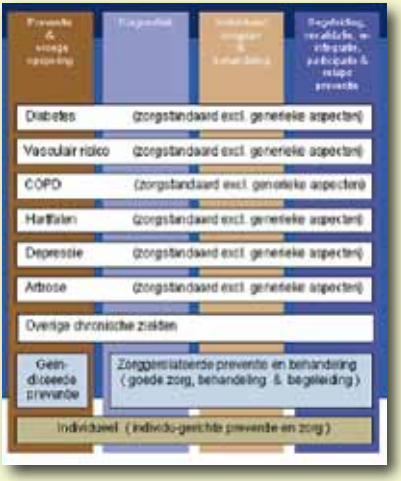
Tijdens het Congres werd vanuit de zaal gevraagd hoe om te gaan met de grote diversiteit van mensen en doelgroepen. Daarop is geantwoord dat het verschil zit in de wijze waarop een boodschap of een stukje informatie wordt overgebracht. Dat geldt met name voor allochtone groepen. De huisartsen weten dat ze allochtonen niet met een vragenlijst kunnen bereiken. Het is dus nodig per doel- of risicogroep te kijken naar wat de vragen en behoeften zijn en welke communicatievormen nodig zijn om de doelgroep te bereiken. One size fits all werkt niet meer.

Of toch een totaaloplossing via de ‘polypil’?

Ook is tijdens het Congres de ‘polypil’ als de meest simpele totaaloplossing gepresenteerd voor cardiovasculaire risico’s. Een pil die een mix bevat die bewerkstelligt dat de kans op een aandoening reduceert. Het is bekend dat een aantal farmaca een positieve uitwerking heeft op het voorkomen van bepaalde aandoeningen. Waarom niet deze superpil standaard aanbieden aan (een groot deel van) de bevolking?
De nadelen zijn echter ook genoemd: er vindt geen risicoschatting plaats, er is minder of geen aandacht voor leefstijlverandering en het leidt zonder meer tot een medicalisering van de samenleving. Ook is er nog geen Milieu Effect Rapportage (MER) geweest. Een toename van medicijngebruik zorgt ook voor meer milieuvervuiling.

Veel modellen voor preventie in omloop





Preventieketen:

weten ➡ willen ➡ kunnen ➡ doen ➡ volhouden

5 Bouwen aan gepersonaliseerde preventie

Hieronder staan bouwstenen voor een geïntegreerde en gepersonaliseerde preventie. Het zijn nadrukkelijk mogelijke bouwstenen, want de beelden zijn nog zeer divers. De omslag naar preventie lukt alleen als deze gezamenlijk gestalte krijgt of liever gezegd als iedereen een bijdrage hieraan kan leveren.

Individu en eigen leefomgeving centraal

Het huidige zorgstelsel kent nog vele schotten: die tussen 1e en 2e lijn, tussen professionele disciplines, tussen ziektebeelden of tussen overheden en zorg. Tijdens het Congres is, met name vanuit de patiëntenorganisaties, opgemerkt dat het systeem de patiënt moet volgen in plaats van dat de patiënt geleid wordt door zijn ziekte. Preventie vraagt om een herinrichting van het gezondheidssysteem ofwel omkering van de keten. Het vergt ook een nauwe samenwerking tussen zorgpartijen en openbare gezondheidszorg. GGD'en hebben inzicht in de bevolkingsopbouw in de stad en kunnen bijdragen aan een effectieve toeleiding. Ook hebben GGD'en een rol ten aanzien van de nazorg en de sociale kaart.

Patiënt informeren en activeren

Op de tweede plaats houdt gepersonaliseerde preventie in dat iemand geïnformeerd wordt over de eigen gezondheidssituatie en kan vertrouwen op betrouwbare en gevalideerde informatie, met indien nodig een vervolgactie of nazorg. De werkwijzen van professionals zijn erop gericht om de persoon te activeren en te motiveren om aan het eigen gedrag te gaan werken. Een gezonde leefstijl is hierbij het hoogst mogelijke doel. Resultaat boeken staat daarbij voorop, alleen dan zal iemand een nieuwe leefstijl ook aanhouden. Veranderen omdat het moet of omdat iemand dat zegt, zal niet werken.

Maatschappijbrede zelftest naar risico's

Preventie vraagt ook om het vroegtijdig en het integraal (h)erkennen van de risico's en het op basis van risicoprofielen antwoord geven of zicht bieden op vervolgactiviteiten. Dit kan via een maatschappijbrede en ingebedde zelftest naar risicofactoren. Een burger moet zelf kunnen beslissen of hij inzicht wil in deze risico's, los van andere partijen en belangen. Het is een persoonlijke test. Zo'n geïndividualiseerd bevolkingsonderzoek heeft drie voordelen. Het voorkomt onnodig bezoek aan de huisarts en ondersteunt ook andere professionals (zoals de bedrijfsarts) bij het verwijzen. Bovendien werkt een test op gezondheidsrisico's kostenbesparend, want veel dure zorg kan worden voorkomen.

Zelfmanagement is uitgangpunt; maar wat is het?

Het centrale uitgangspunt bij gepersonaliseerde preventie is zelfmanagement. Tijdens het Congres is een definitie van zelfmanagement gepresenteerd: 'Een op schrift gezette (psychologische) behandeling die door de patiënt zelf wordt uitgevoerd. Met beperkte ondersteuning door een hulpverlener. Die is gericht op het doorwerken van de methodiek, niet op een patiënt-therapeut relatie'. Een andere spreker definieerde zelfmanagement als het opstellen van een zorgplan met de patiënt. Ook werd zelfmanagement in verband gebracht met bibliotherapie, begeleide zelfhulp, internet-therapie, computerondersteunde therapie. Iedereen is het eens over de noodzaak van meer zelfmanagement, er bestaan nog wel vele invullingen.

Naar voldoende aanbod; meer online programma's

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat begeleide zelfhulp in de psychiatrie met ICT net zo effectief is als face-to-face-hulp. De voordelen zijn interessant: het kost minder tijd van de behandelaar (1 tot 2 uur in plaats van 15 uur), het levert minder wachtlijsten op, patiënten werken in hun eigen tempo, een afspraak met therapeut is niet nodig, minder reistijd, minder stigma, de vooruitgang wordt automatisch bijgehouden, een verhoging van de motivatie door aantrekkelijk audiovisueel materiaal in aangepaste vorm (leeftijd, geslacht, etnische groep, taal) en het bevordert onderzoek naar de uitkomst en het proces.

Kaders en financiering richten naar preventie

Het is in het begin al opgemerkt: individuele preventie kan in beginsel worden vergoed via de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. Hiervoor is een indicatie vereist. Maar hoe hiermee gestructureerd omgaan? Krijgt de patiënt een knipkaart of chipknip? Opsporing en toeleiding staan niet in de wet en worden dan ook niet vergoed. Zowel wetenschappelijk gevalideerde risicotesten als de meer ziektespecifieke screeningstesten worden allemaal door marktpartijen aangeboden. Er zijn dus ook veel verschillende databases beschikbaar, allen met een beperkt bereik. Waar is de maatschappelijke database, is ook gevraagd.

6 Het vervolg; doet u ook mee?

De kennis over gepersonaliseerde preventie is enorm versnipperd, bleek tijdens het Congres. Daardoor is er onvoldoende gelijkgestemde energie.

Naar één kennisplek

Er moet één gedeelde en geaccepteerde kennisplek komen die alle partners op het gebied van gepersonaliseerde preventie verbindt en werkt aan:

1. een gedeeld beeld van gepersonaliseerde preventie en uniformiteit en acceptatie van begrippen;
2. een effectief model voor de organisatie van gepersonaliseerde preventie dwars door alle schotten heen;
3. helderheid over de rechten en verantwoordelijkheid van burgers (inclusief het recht op het niet willen weten en kiezen voor een ongezond leven) en die van professionals;
4. delen wat werkt in de praktijk en waar hardnekkige knelpunten liggen;
5. het verzamelen en het prioriteren van onderzoeksvragen naar de lange termijneffecten van leefstijlinterventies.

Implementatiedialoog over selectieve preventie

Deze plek wil bovenal een continue dialoog voor implementatie en over selectieve preventie ondersteunen. De vragen daarbij zijn:

1. Hoe krijgen risicoprofilering en -communicatie effectief gestalte?
2. Hoe worden burgers of patiënten verleid hun gedrag aan te passen?
3. Hoe kunnen we ICT slim inzetten en wie zijn de aanspreekpunten?
4. Hoe kan ICT ook ander gedrag bij (zorg)professionals faciliteren?
5. Hoe creatief en optimaal gebruik maken van de wettelijke kaders?

Digitaal platform en PREVENT-2010

In 2010 start een (digitaal) Platform Personalized Prevention waar de bovenstaande aandachtspunten en vragen worden uitgewerkt en waar iedereen een bijdrage aan kan leveren. Dit platform is te bereiken via www.prevent2009.nl en www.personalizedprevention.nl. Daarnaast zullen fysieke bijeenkomsten plaatsvinden om concrete oplossingen verder te brengen. U bent van harte uitgenodigd om mee te doen. Het platform werkt toe naar het Congres PREVENT-2010 op 30 september 2010.

Bijlage

Programma PREVENT 2009

Door op de vetgedrukte tekst/links in de digitale versie te gaan staan kunt u de presentaties integraal downloaden. Hebt u de fysieke versie? De presentaties zijn ook te vinden op de website www.prevent2009.nl.

9.30 - 10.30	**Opening & Keynote**
	• **Welkom en inleiding door dagvoorzitter** Drs. Leo Kliphuis • **Keynote: Population-based screening and cardiovascular risk management** *Catriona Jennings, BA, BA, RN, European Research Nurse coordinator for EUROACTION and EUROASPIRE III in the Department of Cardiovascular Medicine at the National Heart and Lung Institute, Imperial College London, UK*
10.30 - 10.55	**Pauze**
10.55 - 12.30	**Screening en vroegdiagnostiek** • **Screeningsaanbod behoeft een keurmerk** *Prof. dr. Harry Büller, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam* • **Checkstandaard cardiometabool risico** *Drs. Désirée Stolker, Nederlandse Hartstichting, Den Haag* • **A Priori kans op ziekte en testdrempels** *Prof. dr. Myriam Hunink, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam* • **Polyfarmacie in één pil, het recept van de toekomst?** *Prof. dr. Ron Peters, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam*
12.30 - 13.30	**Lunch**
13.30 - 15.00	**Preventie** • **Leefstijl- en gedragsverandering: wat werkt wel en wat niet?** *Prof. dr. Arie Dijkstra, Rijksuniversiteit Groningen* • **Visie van de huisartsen op preventie** *Prof. dr. Pim Assendelft, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden* • **Geïntegreerde risicoprofilering** *Dr. Roderik Kraaijenhagen, NIPED, Amsterdam*

LEDEN VAN ADVIESRAAD

Ir. Hans de Goeij, oud directeur-generaal van de Volksgezondheid van VWS, adviseur/consultant OudeGrachtgroep, Wateringen, voorzitter adviesraad
Prof. dr. Hugo Keuzenkamp, lid Raad van Bestuur, Westfriesgasthuis, Hoorn
Dhr. Roelof Konterman, voorzitter directie Achmea, Divisie Zorg, Amsterdam
Dr. Roderik Kraaijenhagen, medisch directeur NIPED, Amsterdam
Prof. dr. Chris Meijer, hoofd Afdeling Pathologie, VU medisch centrum, Amsterdam
Prof. dr. Bob Pinedo, emeritushoogleraar geneeskundige oncologie, Amsterdam
Prof. dr. ir. Jaap Seidell, directeur Instituut voor Gezondheidswetenschappen, Vrije Universiteit, Amsterdam
Drs. Désirée Stolker, programmaleider preventie, Nederlandse Hartstichting, Den Haag

Congresorganisatie: MCCM Meeting Management (o.a. Marinus Lobbezoo en Miranda Motshagen), Harmelen

Redactie: Anja van der Aa, Ketens & Netwerken, Utrecht

15.00 - 15.30	**Pauze**
15.30 - 17.00	**Organisatie en Beleid** • **Zelfmanagement bij psychosociale problemen: kunnen we zonder?** • **Het "Chronic Care Model" als raamwerk voor integratie van inhoud, organisatie en financiering van zorg** *Prof. dr. Cor Spreeuwenberg, Maastricht Universitair Medisch Centrum, Maastricht* • **Preventie in de basisverzekering!** *Drs. Marij van Eijndhoven, arts Maatschappij en Gezondheid, College voor Zorgverzekeringen, Diemen*
17.00 - 17.30	**Plenaire Discussie** • **Conclusies**

PREVENT-2009 en dit boekje zijn mede mogelijk gemaakt dankzij:

ORGANISATIE

PREVENT-2009 werd georganiseerd in opdracht van de NDDO Education Foundation. Deze stichting zet zich in voor de verspreiding van kennis over de preventie en behandeling van levensbedreigende en/of invaliderende ziekten. Bij de organisatie van PREVENT-2009 werkt de NDDO Education Foundation samen met het NDDO Institute for Prevention and Early Diagnostics (NIPED).

NDDO is een publiek-privaat kennisinstituut, voortgekomen uit het VU medisch centrum, dat vooral bekend is vanwege haar activiteiten voor de ontwikkeling van nieuwe kankertherapieën. Sinds 2005 houdt de NDDO-organisatie zich ook bezig met onderzoek naar geïntegreerde preventie en vroegdiagnostiek van chronische ziekten, waaronder kanker en andere ziekten.

CONGERSSECRETARIAAT

MCCM Meeting Management
Postbus 77
3480 DB Harmelen
T: 088-089 8100
F: 088-089 8109
E: prevent@mccm.nl