



Verkenning als opstap naar de implementatie en evaluatie van het PreventieConsult Cardiometabool Risico

Dr. Caroline E Wyers, Drs. Chantal B Walg, Dr. Paulien WA Vermunt,
Prof. dr. mr. Silvia MAA Evers, Prof. dr. Dirk Ruwaard

Department of Health Services Research
Focusing on Chronic Care and Ageing

**Verkenning als opstap naar de implementatie
en evaluatie van het PreventieConsult
Cardiometabool Risico**

Uitvoering

Maastricht University
Faculty of Health, Medicine and Life Sciences
CAPHRI, School for Public Health and Primary Care
Department of Health Services Research
Focusing on Chronic Care and Ageing
Postbus 616, 6200 MD Maastricht
T: 043-3881570
www.maastrichtuniversity.nl/hsr

Contact

Prof. dr. D. Ruwaard
d.ruwaard@maastrichtuniversity.nl

Het onderzoek is uitgevoerd met financiering van het Diabetes Fonds, de Nederlandse Hartstichting en de Nierstichting Nederland als onderdeel van het PreventieConsult.

In samenwerking met

Prof. dr. L.A.M. van de Goor (Tranzo, Universiteit Tilburg)
Prof. dr. ir. J.A.M. van Oers (Tranzo, Universiteit Tilburg)
Dr. M.W.J. Jansen (Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg)
Prof. dr. ir. A.J. Schuit (RIVM – Centrum voor Preventie en Zorgonderzoek)
Dr. G.A. de Wit (RIVM – Centrum voor Preventie en Zorgonderzoek)
Dr. C.A. Baan (RIVM – Centrum voor Preventie en Zorgonderzoek)
Dr. J.P.C. Grutters (Radboud Universiteit Nijmegen)

ISBN: 978 94 6159 202 6
Cover: Océ
Lay-out: Suus Koene & Caroline Wyers
Printed by: Datawyse / Universitaire Pers Maastricht

© Copyright Maastricht University, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences CAPHRI, School for Public Health and Primary Care, Department of Health Services Research, 2012.

Niets uit deze uitgave mag gekopieerd of overgenomen worden zonder uitdrukkelijke toestemming van de auteurs.

Verkenning als opstap naar de implementatie en evaluatie van het PreventieConsult Cardiometabool Risico

2012

Auteurs

Dr. C.E. Wyers

Drs. C.B. Walg

Dr. P.W.A. Vermunt

Prof. dr. mr. S.M.A.A. Evers

Prof. dr. D. Ruwaard

November 2012

Maastricht University

Faculty of Health, Medicine and Life Sciences

CAPHRI School for Public Health and Primary Care

Department of Health Services Research

Focusing on Chronic Care and Ageing



Inhoudsopgave

SAMENVATTING	9
1 INLEIDING	13
2 WERKWIJZE	15
2.1 Literatuuronderzoek	15
2.2 Interviews	15
2.3 Online enquête	16
3 BEVINDINGEN	17
3.1 Vraag 1: Welke initiatieven voor, of welke lopende onderzoeken naar het PC CMR bestaan momenteel in Nederland, die behulpzaam kunnen zijn bij de opzet en vormgeving van enkele regionale pilots	17
3.1.1 Initiatieven volgens de literatuur	17
3.1.1.1 Initiatieven binnen het PC CMR	17
3.1.1.2 Initiatieven gerelateerd aan het PC CMR	19
3.1.2 Initiatieven volgens de interviews	20
3.1.3 Initiatieven volgens de online enquête	20
3.1.4 Samenvatting	22
3.2 Vraag 2a: Welke organisatiemogelijkheden bestaan er c.q. zijn er mogelijk in de betreffende regio's?	23
3.2.1 Organisatiemogelijkheden van het PC CMR volgens de literatuur	23
3.2.2 Partijen die een rol spelen bij de organisatie van het PC CMR volgens de interviews	24
3.2.3 Partijen die een rol spelen bij de organisatie van het PC CMR volgens de online enquête	25
3.2.4 Partijen die een rol spelen bij de afzonderlijke onderdelen van het PC CMR volgens de interviews	26
3.2.5 Partijen die een rol spelen bij de afzonderlijke onderdelen van het PC CMR volgens de online enquête	29
3.2.6 Samenvatting	31

3.3	Vraag 2b: Wat is de bereidheid van verschillende betrokkenen in de betreffende regio's tot implementatie van het PC CMR uitgaande van de verschillende manieren van toeleiding?	32
3.3.1	Bereidheid volgens de literatuur	32
3.3.2	Bereidheid volgens de interviews en de online enquête	32
3.3.3	Samenvatting	34
3.4	Vraag 2c: Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van het PC CMR?	35
3.4.1	Bevorderende en belemmerende factoren volgens de literatuur	35
3.4.2	Bevorderende en belemmerende factoren volgens de interviews	35
3.4.3	Bevorderende en belemmerende factoren volgens de online enquête	36
3.4.4	Samenvatting	38
3.5	Vraag 2d: Welke mogelijkheden zijn er voor structurele financiering van het PC CMR in de betreffende regio's?	39
3.5.1	Financieringsmogelijkheden voor het PC CMR volgens de interviews	39
3.5.2	Financieringsmogelijkheden voor het PC CMR volgens de online enquête	42
3.5.3	Het wettelijke kader van preventie	43
3.5.4	Samenvatting	43
3.6	Vraag 3: Wat is de beste studie-opzet, ook met betrekking tot de vergelijking en operationalisering van eindpunten, voor de regionale evaluatie van het PC CMR?	44
3.6.1	Toelichting van de invalshoeken/variabelen	45
3.6.1.1	Organisatie van het PC CMR	45
3.6.1.2	Financiering van het PC CMR	47
3.6.1.3	Geografische inbedding van het PC CMR	47
3.6.1.4	Positionering van het PC CMR	48
3.6.2	Vervolgonderzoek	48
4	METHODOLOGISCHE OVERWEGINGEN	51
5	CONCLUSIE	53

Bijlage 1: Overzicht geïnterviewde partijen	55
Bijlage 2: Vragenlijst interview	57
Bijlage 3: Online enquête	61
Bijlage 4: Overzicht initiatieven gerelateerd aan het PC CMR	69
Bijlage 5: Financiële kader	77
Bijlage 6: Wettelijke kader van preventie	81
Referenties	83

SAMENVATTING

Inleiding

Het aantal mensen met hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2 en chronische nierschade neemt toe door vergrijzing en ongezonde leefgewoonten. Deze aandoeningen gaan gepaard met ernstige complicaties, een verminderde kwaliteit van leven en hoge zorgkosten. Deze aandoeningen kunnen vroegtijdig opgespoord worden door middel van het PreventieConsult Cardiometabool Risico (PC CMR). Het PC CMR bestaat uit drie onderdelen: het invullen van een risico vragenlijst (voorkeur), afhankelijk van de score op de risicovragenlijst volgen een of twee consulten bij de huisarts (tussenportaal) en eventueel een medische behandeling met medicatie of niet-medische behandeling in de vorm van leefstijladvies (achterkeur).

Doel

Deze verkenningsstudie heeft als doel een eerste indruk te krijgen van de regionale implementatiemogelijkheden van het PC CMR. De bijbehorende vraagstellingen zijn:

1. Welke initiatieven voor, of welke lopende onderzoeken naar het PC CMR bestaan momenteel in Nederland, die behulpzaam kunnen zijn bij de opzet en vormgeving van enkele regionale pilots?
2. Zijn er regionale implementatiemogelijkheden van het PC CMR?
 - a. Welke organisatiemogelijkheden bestaan er c.q. zijn er mogelijk in de betreffende regio's?
 - b. Wat is de bereidheid van verschillende betrokkenen in de betreffende regio's tot implementatie van het PC CMR uitgaande van de verschillende manieren van toeleiding?
 - c. Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van het PC CMR?
 - d. Welke mogelijkheden zijn er voor structurele financiering van het PC CMR in de betreffende regio's?
3. Wat is de beste studie-opzet, ook met betrekking tot de vergelijking en operationalisering van eindpunten, voor de regionale evaluatie van het PC CMR?

Werkwijze

Om inzicht te krijgen in de regionale implementatiemogelijkheden van het PC CMR werd er op drie manieren gegevens verzameld. Ten eerste is er een literatuuronderzoek uitgevoerd. Ten tweede zijn er 31 interviews gehouden met vertegenwoordigers van koepelorganisaties en beroepsverenigingen, beleidsmakers, zorgprofessionals, wetenschappelijk onderzoekers en private partijen die betrokken zijn bij of

ervaring hebben met het PC CMR. Ten derde zijn 205 online enquêtes verstuurd naar regionale partijen: beleidsmedewerkers van de GGD'en, ROSsen en zorggroepen, bedrijfsartsen, apothekers en zorginkopers huisartsenzorg en/of ketenzorg van de prominente zorgverzekeraars. De responsrate op deze enquête was 19%.

Bevindingen

Uit het literatuuronderzoek kwamen vier pilotstudies PC CMR en 32 aan het PC CMR gerelateerde initiatieven naar voren. Opvallend is de grote diversiteit in betrokken organisaties, wijze van financiering en geografische inbedding. De geïnterviewden gaven aan dat zij weinig zicht hebben op de PC CMR (gerelateerde) activiteiten die door hun achterban worden uitgevoerd. Uit de online enquêtes kwam naar voren dat er verschillende pogingen ondernomen zijn om het PC CMR in te bedden, maar dat deze vastlopen omwille van het gebrek aan (structurele) financiering en samenwerking tussen de verschillende betrokken partijen.

Zowel in de literatuur, als in de interviews en de online enquêtes krijgen de huisarts, GGD, ROS en zorggroep een voortrekkersrol en coördinerende rol bij de implementatie van het PC CMR toebedeeld. Uit alle drie de bronnen komt naar voren dat het *toeleiden* van de doelgroep naar de risicotest breed dient te gebeuren: naast de huisartsenpraktijk kunnen ook gemeente/GGD, werkgever (en/of bedrijfsarts) of het individu zelf hierin een rol spelen. Het *tussenportaal* dient dan in de huisartsenpraktijk uitgevoerd te worden, waarbij voor het eerste consult de praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige de voorkeur geniet en voor het tweede consult de huisarts. In de online enquête wordt ook de bedrijfsarts aangegeven als een mogelijke uitvoerder van beide consulten. De *achterdeur* moet ook weer breed ingezet worden waarbij er samenwerking is tussen hulpverleners in de huisartsenpraktijk en andere eerstelijns zorgverleners (diëtisten, fysiotherapeuten) en/of sport- en bewegingsconsulenten en thuiszorg. Voorwaarde voor een goed geregelde achterdeur is inzicht in beschikbaarheid van leefstijlinterventies, sportfaciliteiten en welzijnsactiviteiten op regionaal niveau, de zogenaamde sociale kaart. Dit inzicht ontbreekt veelal.

Het merendeel van de geïnterviewde partijen staat (zeer) positief tegenover het PC CMR. Uit de interviews en de online enquêtes komt naar voren dat er wel draagvlak is voor het PC CMR en dat men niet negatief staat ten opzichte van structurele inbedding, mits aan essentiële randvoorwaarden zoals financiering, samenwerking en een helder aanbod aan preventieve activiteiten kan worden voldaan. De belangrijkste bevorderende factoren die uit de literatuur, de interviews en de online enquête naar voren komen sluiten hier dan ook bij aan: structurele financiering, inzicht in de effectiviteit en kosteneffectiviteit van het PC CMR, netwerkvorming, het vormgeven

van een duidelijke organisatorische structuur, het bevorderen van samenwerking tussen partijen en een nationale visie op preventie.

Zowel de geïnterviewden als de respondenten van de online enquête geven de voorkeur aan financiering van het PC CMR uit de (basis) zorgverzekering. Daarnaast wordt de gemeente, eventueel in combinatie met de zorgverzekeraar (preventiefonds), als een belangrijke financieringspartij gezien. De geïnterviewden geven aan dat ook populatiegebonden bekostiging een mogelijkheid is voor de financiering van het PC CMR. Het individu wordt door zowel de geïnterviewden als door de respondenten van de online enquête geacht een eigen bijdrage te leveren, met name bij de achterdeur.

Conclusie

Hoewel het merendeel van de geïnterviewden en respondenten van de online enquête positief staat ten opzichte van het PC CMR, zijn het draagvlak en de structurele inbedding nog niet zomaar gerealiseerd. Structurele financiering is een belangrijke belemmerende factor. Ook kan geconcludeerd worden dat aandacht voor (selectieve) preventie nog lang niet vanzelfsprekend is; niet bij de politiek en het publiek, maar ook niet bij de professionals. Over de toeleiding naar het PC CMR en over de achterdeur bestaat nog veel onduidelijkheid, net als over de indeling van de regio's.

Door antwoord te geven op de onderzoeksvragen, heeft deze studie ook nieuwe, fundamentele vragen opgeroepen, welke vanuit vier invalshoeken belicht kunnen worden: de organisatie van het PC CMR, de financiering van het PC CMR, de geografische inbedding van het PC CMR en de positionering van het PC CMR. Deze vier invalshoeken kunnen het uitgangspunt zijn voor het kiezen en uitwerken van de meest veelbelovende business cases voor succesvolle implementatie van het PC CMR. Nader onderzoek in de vorm van het uitwerken van deze business cases wordt aanbevolen.

LEESWIJZER

Hoofdstuk 1 omvat een korte inleiding en de onderzoeksvragen van deze studie. In Hoofdstuk 2 worden de drie bronnen van gegevensverzameling toegelicht. In Hoofdstuk 3 wordt op elke onderzoeksvraag een antwoord gegeven gebaseerd op de data van de verschillende bronnen. Aan het einde van elke vraag wordt er een samenvatting van de belangrijkste bevindingen weergegeven. In Hoofdstuk 4 worden de methodologische overwegingen bij deze studie toegelicht. In Hoofdstuk 5 worden conclusies getrokken.

1 INLEIDING

Door vergrijzing en toegenomen ongezonde leefgewoonten stijgt het aantal mensen met hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2 en chronische nierschade. Deze aandoeningen gaan gepaard met ernstige complicaties, een verminderde kwaliteit van leven en hoge zorgkosten. Om mensen met een verhoogd risico op deze aandoeningen in een vroeg stadium op te kunnen sporen, is het PreventieConsult Cardiometabool Risico (PC CMR) ontwikkeld (1). Het PC CMR bestaat uit drie onderdelen: het invullen van een risicovragenlijst (*voordeur*) waarbij gevraagd wordt naar: roken, lichamelijke activiteit, BMI, alcoholgebruik, familiale geschiedenis van diabetes en hart- en vaatziekten. Het invullen van deze risicovragenlijst door individuen volgt na een actieve of passieve werving. Afhankelijk van de risicoscore op de vragenlijst volgen een of twee consulten bij de huisarts (*tussenportaal*) en eventueel een niet-medische behandeling zoals leefstijladvies en/of medische behandeling volgens de zorgstandaarden (*achterdeur*). Het PC CMR is ontwikkeld om ingebed te worden in de huisartsenpraktijk. Indien succesvol kan het PC CMR bijdragen aan de preventie van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2 en chronische nierschade, en daarmee leiden tot een betere gezondheid.

Hoewel het PC CMR sinds het voorjaar van 2011 beschikbaar is, verloopt de implementatie traag. Om structurele inbedding van het PC CMR te bevorderen is het nodig meer inzicht te krijgen in de mogelijkheden voor implementatie op regionaal niveau. Omdat het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) recent heeft bepaald dat het actief aanbieden van het PC CMR niet wordt beschouwd als een verzekerde prestatie (2), is het eveneens belangrijk te kijken naar manieren om het PC CMR structureel te financieren.

Om meer zicht te krijgen op de implementatie van het PC CMR is deze *verkenningstudie* uitgevoerd. Het doel van de verkenningstudie is een eerste indruk te krijgen van de regionale implementatiemogelijkheden van het PC CMR. Om dit doel te bereiken zijn de volgende vragen geformuleerd:

1. Welke initiatieven voor, of welke lopende onderzoeken naar het PC CMR bestaan momenteel in Nederland, die behulpzaam kunnen zijn bij de opzet en vormgeving van enkele regionale pilots?
2. Zijn er regionale implementatiemogelijkheden van het PC CMR?

-
- a. Welke organisatiemogelijkheden bestaan er c.q. zijn er mogelijk in de betreffende regio's? ¹
 - b. Wat is de bereidheid van verschillende betrokkenen in de betreffende regio's tot implementatie van het PC CMR uitgaande van de verschillende manieren van toeleiding?
 - c. Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van het PC CMR?
 - d. Welke mogelijkheden zijn er voor structurele financiering van het PC CMR in de betreffende regio's?
3. Wat is de beste studie-opzet, met betrekking tot de vergelijking en operationalisering van eindpunten, voor de regionale evaluatie van het PC CMR?

¹ Bij deze vraag worden ook de voordeur, het tussenportaal en de achterdeur betrokken.

2 WERKWIJZE

2.1 Literatuuronderzoek

Om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van bestaande initiatieven binnen of gerelateerd aan het PC CMR en verschillende manieren van toeleiding naar het PC CMR is een literatuuronderzoek uitgevoerd met als uitgangspunt het RIVM-rapport 'PC CMR: omvang van de doelgroep en karakteristieken van de deelnemers' (3). Op Pubmed is de zoektocht naar initiatieven volgens de zoekcriteria beschreven in dit rapport voortgezet. Verder is gezocht in de interventiedatabase (i-database) van het Centrum Gezond Leven (CGL) van het RIVM (4), via het RIVM-rapport 'Diabetesinterventies in kaart' (5), in de projectenbank en kennisbank van het Nederlands Instituut voor Sport en Beweging (NISB) (6, 7), in de projectenbank van ZonMw (8), op de websites van de Hartstichting (9), het Diabetes Fonds (10) en het Platform Personalized Prevention (preventweb) (11) en via literatuur die werd aangedragen door de geïnterviewden.

Voor de inclusie van initiatieven werden de volgende criteria gehanteerd:

- het initiatief richt zich op de doelgroep van mensen met een verhoogd risico op (chronische) ziekte;
- het initiatief richt zich op het voorkomen van ziekte, niet op de verbetering van leefstijl algemeen;
- het initiatief is gericht op de volwassen en / of oudere populatie;
- het initiatief vindt plaats in Nederland;
- het initiatief heeft niet langer dan 10 jaar geleden plaatsgevonden;
- het initiatief vindt plaats in een 'real life'-setting;
- de kenmerken van het initiatief (organisatie, doelgroep, uitvoerende partijen, regio, financiering) worden duidelijk beschreven in een (wetenschappelijke) publicatie of database.

2.2 Interviews

Om inzicht te krijgen in de regionale implementatiemogelijkheden van het PC CMR zijn 31 interviews gehouden met vertegenwoordigers van koepelorganisaties en beroepsverenigingen, beleidsmakers, zorgprofessionals, wetenschappelijk onderzoekers en private partijen die betrokken zijn bij of ervaring hebben met het PC CMR of aanverwante initiatieven (bijlage 1). Voor deze brede vertegenwoordiging is expliciet gekozen om zoveel mogelijk de inbreng vanuit beleid, praktijk en onderzoek en de hele

preventie-zorgketen (van universele tot zorggerelateerde preventie) geborgd te hebben. De vragen die gesteld werden in de interviews staan vermeld in bijlage 2.

2.3 Online enquêtes

Naast interviews met landelijke partijen is via internet een enquête verstuurd naar regionale partijen, te weten: beleidsmedewerkers van GGD'en, ROSSen en zorggroepen, bedrijfsartsen, apothekers en zorginkopers huisartsenzorg/ketenzorg van de prominente zorgverzekeraars. Vanuit de koepelorganisaties GGD, LVG, NVAB, KNMP en ZN zijn deze online enquêtes verstuurd naar een aantal personen uit hun achterban. De enquête is opgenomen in bijlage 3. De responsrate van de online enquête is 19% (205 enquêtes verstuurd waarvan 39 ingevuld zijn). De enquête is ingevuld door 18 beleidsmedewerkers van de GGD, 9 beleidsmedewerkers van de ROSSen, 5 artsen uit zorggroepen, 5 bedrijfsartsen en 2 inkopers huisartsenzorg/ketenzorg van de prominente zorgverzekeraars.

3 BEVINDINGEN

3.1 Vraag 1: Welke initiatieven voor, of welke lopende onderzoeken naar het PC CMR bestaan momenteel in Nederland, die behulpzaam kunnen zijn bij de opzet en vormgeving van enkele regionale pilots?

3.1.1 Initiatieven volgens de literatuur

Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen initiatieven binnen het PC CMR en initiatieven gerelateerd aan het PC CMR.

3.1.1.1 *Initiatieven binnen het PC CMR*

In de literatuur werden 4 pilotstudies met betrekking tot het PC CMR gevonden, die in tabel 1 zijn samengevat. Eén grote pilot van het Nivel, het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) en het VU Medisch Centrum (VUMC) vond plaats in 16 huisartsenpraktijken verspreid over het land (12). Twee kleinere pilots van zorggroep De Ondernemende Huisarts (4 huisartsenpraktijken) en van de Universiteit Maastricht (5 huisartsenpraktijken) waren gesitueerd in de regio Eindhoven (13, 14). Van de pilot vanuit de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) is nog geen rapportage over uitvoering en resultaten beschikbaar (15).

Uit de pilot van het Nivel, het LUMC en het VUMC bleek dat een actieve benadering van de doelgroep (zoals ook in de andere pilots gebruikt werd) een aanmerkelijk hogere respons oplevert dan een passieve (12). Ook kwam naar voren dat het schriftelijk aanbieden van de vragenlijst naast een webapplicatie tot meer respons leidt (13-15).

Tabel 1: Beschrijving van de gevonden pilotstudies met betrekking tot het PCMR

Initiatiefnemer (referentie)	Organisatie (welke partijen betrokken bij opsporen, screenen en interveniëren?)	Financiering	Geografische inbedding	Positie (wat is het doel en de doelgroep van het initiatief?)	Overige kenmerken
1. NIVEL, LUMC, VU	O, S & IV: huisartsenpraktijk	ZonMw	Drenthe Overijssel Flevoland Rotterdam Oostelijk Zuid-Limburg	Mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes en/of chronische nierziekten	16 huisartspraktijken. Actieve variant: 1583 uitgenodigd; 521 (33%) respons. Passieve variant: doelpopulatie n=8313, n=96 (1%) respons
2. De Ondernemende Huisarts (DOH)	O, S & IV: huisartsenpraktijk	Zorgverzekeraar UVIT	Eindhoven en omgeving	Mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes en/of chronische nierziekten	4 huisartsenpraktijken. N= 2590 patiënten geselecteerd n=1740 (69%) respons
3. Universiteit Maastricht Huisartseneeskunde (CAPHRI)	O, S & IV: huisartsenpraktijk	Geen financiering voor pilot gerapporteerd	Eindhoven	Mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes en/of chronische nierziekten	5 huisartsenpraktijken. N=1704 mensen aangeschreven n=1270 (75%) respons
4. Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)	O, S & IV: Bedrijfsartsen	Verzekeraar (indien afspraken gemaakt zijn met bedrijfsarts), werkgever	Nog niet gerapporteerd	Mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes en/of chronische nierziekten	Omvang nog niet gerapporteerd

O: Opsporen; S: Screenen; IV: Interventie

3.1.1.2 Initiatieven gerelateerd aan het PC CMR

In totaal werden 32 initiatieven gerelateerd aan het PC CMR gevonden, die voldeden aan de inclusiecriteria. In bijlage 4 zijn deze initiatieven beschreven. Hierbij zijn zo goed als mogelijk specificaties opgenomen over de organisatie, de financiering, de geografische inbedding en de positionering van het PC CMR, aangevuld met overige opmerkingen.

Verschillende partijen speelden een rol bij de uitvoering van de beschreven preventieve initiatieven; naast de huisarts (betrokken bij 20 initiatieven; N=20) kwamen ook de praktijkverpleegkundige/praktijkondersteuner (N=13), andere (eerstelijns) zorgprofessionals (al dan niet als leefstijlcoach, N=11), de wijkverpleegkundige/thuiszorg (N=5), de bedrijfsarts/werkgever (N=4), de GGD (N=4) en de apotheek (N=3) naar voren. Bij 11 initiatieven (34%) werd ingezet op een multidisciplinaire samenwerking tussen eerstelijnszorg en partijen in de wijk, zoals sport- en beweegaanbieders, thuiszorg en gemeente. Deze samenwerking vond dan plaats bij de toeleiding, de verwijzing naar leefstijlprogramma's of beide.

Bij 21 initiatieven (66%) werd de hele keten van toeleiden, consulten en interveniëren gedekt. Eén initiatief richt zich enkel op de toeleiding, bij vier initiatieven werd geen apart risicoprofiel opgesteld en bij zes initiatieven maakte leefstijladvies geen onderdeel uit van het programma. Voor het identificeren van deelnemers maakten drie initiatieven gebruik van ondersteuning via internet; twee initiatieven hiervan maakten gebruik van de gemeentelijke basis administratie (GBA), en één initiatief maakte gebruik van een automatische waarschuwing vanuit het Huisarts Informatie Systeem (HIS).

Bij 24 initiatieven (75%) werden mensen actief benaderd om deel te nemen, vaak door het sturen van een uitnodigingsbrief. Zeven initiatieven richtten zich op allochtonen of mensen met een lage SES of hadden specifiek aandacht voor deze groepen. Bij drie initiatieven werd specifiek aangegeven dat een sociale kaart werd opgesteld of dat men gebruik maakte van het bestaande interventieaanbod.

De initiatieven werden gefinancierd door een breed pallet van organisaties, zoals overheden, zorgverzekeraars, ZonMw, fondsen, werkgevers en de industrie. Bij acht initiatieven is sprake van een landelijk programma of een programma dat op meerdere plekken in het land tegelijkertijd geïmplementeerd wordt. De overige initiatieven waren enkel regionaal georiënteerd. Bij 11 initiatieven is de evaluatie van het programma gekoppeld aan wetenschappelijk onderzoek.

Elf initiatieven richtten zich op de preventie van diabetes mellitus type 2, vijf op preventie van hart- en vaatziekten, één op metabool syndroom en vier op een combinatie van deze aandoeningen. Eén initiatief had het opsporen van mensen met een verhoogd risico op nierziekten tot doel en bij drie initiatieven werd ingestoken op preventie van overgewicht. Drie initiatieven richtten zich specifiek op ‘personen die baat kunnen hebben bij meer beweging’. Bij vier initiatieven tot slot werd gestreefd naar het in kaart brengen van een breed risicoprofiel of gezondheidsprofiel (naast chronische/somatische aandoeningen ook bijvoorbeeld osteoporose, eenzaamheid, valpreventie, depressie).

3.1.2 Initiatieven volgens de interviews

Op de vraag ‘welke (regionale) initiatieven binnen of gerelateerd aan het PC CMR er door uw leden/achterban worden uitgevoerd en in welke regio?’ kunnen de geïnterviewden moeilijk antwoord geven. Eenentwintig van de 31 geïnterviewden kan deze vraag niet beantwoorden of geeft aan er geen zicht op te hebben (68%). De initiatieven die wel genoemd worden zijn de in het land bekende, dan wel aan het PC CMR gerelateerde initiatieven.

De geïnterviewde landelijke koepels/(onderzoeks)organisaties zijn bijna allemaal ook regionaal, dan wel lokaal georganiseerd en hebben bijgevolg een regionale dan wel lokale achterban die werkt met andere geografische indelingen. Om inzicht te krijgen in waar mogelijkheden liggen voor regionale inbedding van het PC CMR, is het niet alleen van belang inzicht te krijgen in de bestaande initiatieven, maar ook in de regio’s waar de verschillende betrokken partijen werkzaam zijn.

Ter illustratie: er bestaan: 415 gemeenten (VNG), 27 GGD’en (GGD Nederland), 21 Rossen (LVG), 106 zorggroepen, 23 KNMG districten (KNMG), 10 NVAB kringen (NVAB), 5 regionale screeningsorganisaties (RIVM bevolkingsonderzoek), 428 thuiszorg-organisaties (Actiz), 13 Zorgbelangorganisaties, 108 patiëntenverenigingen (NPCF), 11 KNMP districten (KNMP), 49 zorgverzekeraars (ZN) en 5 regiokantoren fysiotherapie (KNGF). Het preventiezorgveld bestaat uit allemaal kleinere georganiseerde eenheden en vormt een bonte lappendeken over Nederland.

3.1.3 Initiatieven volgens de online enquête

Uit de online enquête komen een aantal initiatieven naar voren die eerder beschreven werden bij het literatuuronderzoek, namelijk: *Verankering ketenaanpak diabetes* bij een aantal ROSSen, het SLIMMER project, de BeweegKuur en “Van klacht naar kracht”. Deze en overige initiatieven die genoemd worden in de online enquête zijn:

- In *Zuid-Limburg* benadrukt de GGD het belang van preventie en het PC CMR tijdens de beleidsmatige overleggen met gemeenten en andere netwerkpartners. Verder voert ROS Robuust in Zuid-Limburg het project *Verankering ketenaanpak diabetes* uit. Het PC CMR wordt nu aangeboden tijdens informatiebijeenkomsten in de wijk aangezien er onvoldoende respons was bij het inzetten van het PC CMR in de huisartsenpraktijk. Ook heeft men hier geprobeerd om in de huisartsenpraktijken waar gewerkt werd met het PC CMR de *BeweegKuur* als interventie uit te voeren. Dit is echter mislukt. Tot slot werkt men aan het in kaart brengen van het sport- en beweegaanbod in de buurt, waarbij zorgaanbieders en beweegaanbieders elkaar kunnen ontmoeten en kunnen samenwerken om mensen die geen actieve leefstijl hebben aan het bewegen te krijgen;
- In de regio *Gelre-IJssel* is de GGD betrokken bij het *SLIMMER project*. Hierbij stuurt men de diabetes risicotesten uit, men zorgt voor de motivering en verwijzing van patiënten naar de huisartsenpraktijk en men biedt de SLIMMER interventie aan die bestaat uit 10 maanden begeleiding door de fysiotherapeut en de diëtist;
- In de regio *Rotterdam Rijnmond* wordt het project "*Van klacht naar kracht*" uitgevoerd, ook dit initiatief werd gevonden bij het literatuuronderzoek (zie bijlage 4). Dit initiatief zal overgenomen worden door www.beweegkracht.nl. Momenteel loopt er in deze regio binnen huisartsenpraktijken verbonden aan IZER een *pilot voor de implementatie van het PC CMR* in de huisartsenpraktijk. Binnen IZER is men ook bezig met de ontwikkeling van een leefstijlmodule met specifieke aandacht voor het aanbieden van leefstijlinterventies;
- In de regio waarin de *ROS Caransscoop* werkzaam is (Apeldoorn, Zutphen / Oost-Achterhoek, Arnhem, Oude IJssel en Salland) is er draagvlak bij de gemeente, de GGD, de ROS, de eerstelijns zorgverleners. Er is echter geen interesse vanuit de zorgverzekeraar waardoor structurele financiering ontbreekt;
- De *GGD Brabant-Zuid Oost en Elz* (Eerste lijn Achtste Barrier) verkennen hoe het PC CMR geïmplementeerd kan worden;
- In *Brabant* zijn *bedrijfsartsen* die het PC CMR uitvoeren bij verschillende werkgevers. De werkgevers worden geraadpleegd om hun inzicht te geven in de voordelen van het PC CMR voor werknemers en werkgevers en in de follow-up van het PC CMR op individueel en groepsniveau. Bij de achterdeur brengt men ook het zorgnetwerk in kaart zodat de deelnemers aan het PC CMR eenvoudig doorverwezen kunnen worden;
- In *'s Hertogenbosch* worden door de GGD Hart voor Brabant *wijkgezondheidsdagen* georganiseerd waar deelnemers inzicht krijgen in hun gezondheid, wat ze aan hun leefstijl zouden moeten veranderen of welke hulpverlening ze zou moeten krijgen om hun gezondheid te verbeteren. Verder worden er op wijkniveau *voorlichtingsbijeenkomsten* georganiseerd over hart- en vaatziekten, gezondheid, gezond ouder worden en chronische aandoeningen;

-
- In de regio *Nijverdal* wordt er een *cardiovasculair spreekuur* gehouden;
 - In de regio *Almere* wordt er op verzoek van het individu gescreend op cardiometabole risico's, vervolgens worden patiënten met een verhoogd risico opgenomen in een CVRM zorgprogramma in de gezondheidscentra;
 - In de regio *Haarlemmermeer* worden de werknemers van KLM door de *bedrijfsarts* actief benaderd met behulp van brieven. Indien nodig worden consulten uitgevoerd en op indicatie aanvullende testen aangevraagd. De achterdeur bestaat uit het verwijzen van de deelnemer naar het sportcentrum onder begeleiding van de fysiotherapeut en verwijzen naar de diëtiste op Schiphol;
 - In de provincie *Groningen* besteed ELANN aandacht aan het PC CMR in hun nieuwsbrief. Verder is ELANN betrokken bij het informeren van huisartsen over *gecombineerde leefstijlinterventies* en behandelingen zoals stoppen met roken, BeweegKuur, etc;
 - Tot slot is er ook nog een organisatie van *bedrijfsartsen* die *landelijk* werkt en het PC CMR ingepast heeft in hun eigen vragenlijsten en op die manier tijdens consulten het risicoprofiel bepalen.

3.1.4 Samenvatting

Resumerend kan het antwoord op vraag 1 als volgt kort samengevat worden:

Uit het literatuuronderzoek kwamen 4 pilotstudies betreffende het PC CMR en 32 gerelateerde initiatieven naar voren. Opvallend is de grote diversiteit in betrokken organisaties, wijze van financiering en geografische inbedding, hetgeen gezien de lappendeken van regio's en organisaties niet verwonderlijk is. De geïnterviewden gaven aan weinig zicht te hebben op de PC CMR (gerelateerde) activiteiten die door hun achterban worden uitgevoerd. Uit de online enquêtes kwam naar voren dat er verschillende pogingen ondernomen zijn om het PC CMR in te bedden, maar dat deze vastlopen vanwege een gebrek aan (structurele) financiering en samenwerking tussen betrokken partijen.

3.2 Vraag 2a: Welke organisatiemogelijkheden bestaan er c.q. zijn er mogelijk in de betreffende regio's?

Voor het beantwoorden van deze vraag wordt er een onderscheid gemaakt tussen enerzijds partijen die een rol zouden moeten spelen bij de organisatie en implementatie van het PC CMR (paragraaf 3.2.1-3.2.3) en anderzijds de organisatie van de uitvoering van de afzonderlijke onderdelen van het PC CMR, te weten de voordeur, het tussenportaal en de achterdeur (paragraaf 3.2.4-3.2.5).

3.2.1 Organisatiemogelijkheden van het PC CMR volgens de literatuur

Uit de literatuur komt de huisartsenpraktijk naar voren als de aangewezen plek om mensen met een hoog risico op te sporen (14, 16-21). Veel informatie over de patiënt is al bekend vanuit het huisartseninformatiesysteem (HIS) (19) en de praktijk-ondersteuner kan een groot deel van de uitvoering voor haar rekening nemen (14, 16-19). Bovendien blijkt een groot deel van de Nederlandse bevolking de voorkeur te geven aan de huisarts voor het uitvoeren van een uitgebreide gezondheidstest (22). Ook kan de huisarts een belangrijke rol spelen in het benaderen van moeilijk bereikbare groepen (19).

Hoewel de huisarts dus gezien wordt als belangrijke uitvoerende partij, wordt –vooral voor de uitvoering aan de voor- en de achterkant- de nadruk gelegd op samenwerking met andere (zorg)professionals en organisaties op wijkniveau (16-19, 21, 23-26). Hierbij worden het realiseren van lokale netwerken en het tot stand brengen van de verbinding tussen publieke gezondheid en (eerstelijns)zorg naar voren gebracht (4, 16, 17, 21, 24, 26-28). Als mogelijke samenwerkingspartners worden bijvoorbeeld de GGD/gemeente, bedrijfsarts, apotheken, wijkverpleegkundige, thuiszorg, paramedici, verzekeraars en consultatiebureaus voor ouderen genoemd (15, 17-19, 23). Een duidelijke organisatorische structuur en een verdeling van de verantwoordelijkheden ontbreken echter (21, 25, 29). Vanuit de Verankering Ketenaanpak Diabetes wordt aangegeven dat voor de invulling van lokale samenwerking geen blauwdruk gegeven kan worden en dat deze afhankelijk is van de lokale context (28).

Voor het realiseren van de lokale netwerken (en dus het bevorderen van lokale samenwerking) krijgt de gemeente/GGD samen met de ROSsen een faciliterende rol toebedeeld (17, 26, 28-30). Hierbij wordt opgemerkt dat een regierol voor de gemeente aansluit bij het landelijk beleid om zorg en sport lokaal te verbinden en dat de gemeente zorg kan dragen voor borging van netwerken rondom preventie in het gemeentelijk beleid (26). Tevens heeft de gemeente de mogelijkheid maatregelen te realiseren op andere beleidsterreinen, zoals ruimtelijke ordening (30). De RVZ ziet de gemeente vooral als spin in het web en ‘verbinder’ van verschillende organisaties (29).

Naast GGD en ROSSen worden ook zorgverzekeraars en welzijn als samenwerkingspartners genoemd (25, 26, 31).

3.2.2 Partijen die een rol spelen bij de organisatie van het PC CMR volgens de interviews

Om het PC CMR te implementeren in een regio, is in eerste instantie gevraagd welke partijen een rol moeten spelen bij die implementatie. De geïnterviewden hebben het over 15 verschillende partijen. In tabel 2 is weergegeven welke partijen dat zijn en welke rol zij toebedeeld krijgen, te weten een rol bij de implementatie, als voortrekker of als coördinator.

Tabel 2: Partijen die een rol moeten spelen bij de organisatie volgens de geïnterviewden

	Rol bij implementatie (n=31)*	Rol als voortrekker (n= 31)*	Rol als coördinator (n= 31)*
Huisarts(enpraktijk)	55%	26%	10%
Gemeente/GGD	52%	19%	13%
Aanbieders (1stelijns e.a.) ²	32%	-	3%
ROS	29%	19%	13%
Zorgverzekeraars	29%	3%	10%
Zorggroepen	19%	10%	0%
Thuiszorg	13%	0%	3%
Gezondheidscentra	10%	0%	0%
Bedrijfsartsen	10%	3%	3%
Samenwerkingsverband	10%	3%	3%
Anders (burgers, regionale KNMG, Preventie Overleg Structuur, wetenschappelijke instituten)	23%	0%	10%
Weet niet	0%	10%	3%
Geen antwoord	3%	29%	58%

*N= het totaal aantal geïnterviewden

De twee partijen die door de geïnterviewden het meest genoemd worden in het kader van het vervullen van een *rol bij de implementatie*³ zijn de huisartsen/ huisartsenpraktijk en de GGD/gemeente, gevolgd door verschillende ROSSen, zorg-verzekeraars en zorggroepen. Op de vraag wie vervolgens een *voortrekkersrol*⁴ moet spelen komen de huisartsenpraktijken het meest naar voren, gevolgd door de gemeenten/GGD en de

² Andere eerstelijns zorgverleners zoals fysiotherapeut en diëtiste.

³ Dat kan een rol zijn bij de voordeur, het tussenportaal of de achterdeur.

⁴ De voortrekker wordt gedefinieerd als baanbreker, wegbereider.

ROSSen op een gedeelde tweede plaats. Een *coördinerende rol*⁵ wordt toegeschreven aan de gemeente/GGD, de ROSSen, huisartsenpraktijken en zorgverzekeraars. Tevens worden ook andere alternatieve partijen genoemd als mogelijke coördinator.

3.2.3 Partijen die een rol spelen bij de organisatie van het PC CMR volgens de online enquête

In de online enquête hebben de respondenten aangegeven welke partijen een rol zouden moeten vervullen bij de implementatie van het PC CMR en welke partijen een coördinerende rol zouden moeten hebben. De resultaten worden gepresenteerd in tabel 3.

Tabel 3: Partijen die een rol moeten spelen bij de organisatie volgens de online enquête

	Rol bij de implementatie (N=39)	Rol bij de coördinatie (N=39)
Zorggroepen	56%	33%
GGD	54%	36%
ROS	51%	31%
Gezondheidscentra	51%	21%
Gemeente	36%	10%
Verenigingen	31%	3%
Anders	15%	3%
Weet niet	8%	10%

De respondenten van de online enquête geven aan dat zij een rol zien bij de implementatie van het PC CMR voor de zorggroepen, de GGD, de ROSSen en de gezondheidscentra. De coördinerende rol wordt door de respondenten van de online enquête toebedeeld met name aan de GGD, de zorggroepen en de ROSSen. De partijen die bij de categorie 'anders' worden aangegeven voor zowel een rol bij de implementatie als een coördinerende rol zijn welzijnsorganisaties, thuiszorg-organisaties, andere eerstelijners zoals paramedici.

⁵ Het coördineren is het met elkaar in overeenstemming brengen van alle activiteiten, voorzieningen en organisatiedelen om de implementatie van het PC CMR in de regio mogelijk te maken.

3.2.4 Partijen die een rol spelen bij de afzonderlijke onderdelen van het PC CMR volgens de interviews

Toeleiding – Voordeur

In tabel 4 wordt gerapporteerd welke partijen een rol kunnen spelen bij de toeleiding naar de risicotest.

Tabel 4: De voordeur volgens de geïnterviewden

	N=31
GGD / GGD-arts	65%
Huisarts	55%
Individu zelf	45%
Werkgever/bedrijfsarts	42%
Gemeente	39%
Praktijkondersteuner	39%
Gezondheidsfondsen	29%
Doktersassistente	26%
Eerstelijns zorgverlener	23%
Verzekeraar	23%
Apotheker	19%
Thuiszorg	19%
Wijkverpleegkundige	16%

Volgens de geïnterviewden zou de toeleiding naar de risicotest met name moeten gebeuren door de GGD/GGD-arts, de huisarts, het individu zelf, de werkgever, de gemeente en de praktijkondersteuner. Verder worden er ook een aantal andere partijen aangegeven die hierbij een rol kunnen vervullen zoals gezondheidsfondsen, eerstelijns zorgverleners, verzekeraars, apothekers, de thuiszorg en wijkverpleegkundigen. Uit het groot aantal genoemde partijen kan afgeleid worden dat de toeleiding naar de risicotest breed ingezet moet worden. Zeven geïnterviewden (23%) geven expliciet aan dat de voordeur uitgevoerd zou moeten worden door verschillende, elkaar aanvullende partijen.

Het merendeel van de geïnterviewden is van mening dat de doelgroep actief benaderd moet worden, waarbij de huisarts(enpraktijk) het meest naar voren wordt gebracht, maar ook de GGD, de gemeente, de werkgever en de thuiszorg. Ook geeft men de combinatie van een actieve en passieve strategie als mogelijkheid, waarbij de huisarts de actieve rol krijgt ondersteund door massamedia en social media als passieve strategie. Acht geïnterviewden (26%) kiezen voor enkel een passieve strategie, waarbij een brede aanpak (folders, lokale pers, supermarkt, apotheek) en casefinding geopperd worden.

Voor de benadering van lage SES-groepen zien 14 geïnterviewden (45%) een belangrijke rol voor de huisartsenpraktijk, maar ook het buurthuis (16%), een rolmodel (16%), partijen in de wijk (sociaal maatschappelijk werker, wijkagent, buurtwerkers) (13%) en de werkgever (13%) worden genoemd. Verder komen de sociale dienst (UWV), thuiszorg, wijkverpleegkundige, winkels, GGD, gezondheidsmarkt voor allochtonen, gezondheidscentra in achterstandswijken, internet en verenigingen als mogelijkheden naar voren. Een settingspecifieke benadering (in bijvoorbeeld buurthuizen, moskee, etc.) en rechtstreekse benadering wordt door zes geïnterviewden (19%) nog specifiek naar voren gebracht. Verder geven een aantal geïnterviewden aan dat rekening gehouden moet worden met lagere geletterdheid van lage SES-groepen, wat betekent dat de uitnodiging voor het PC CMR hierop aangepast zal moeten worden.

Uitvoering van de twee consulten bij de huisarts: tussenportaal

In de huidige situatie worden de twee consulten in de huisartsenpraktijk uitgevoerd. De geïnterviewden werd gevraagd wie deze consulten idealiter zou moeten uitvoeren (tabel 5).

Tabel 5: Het tussenportaal volgens de geïnterviewden

	Consult 1 (N=31)	Consult 2 (N=31)
Praktijkondersteuner	68%	42%
Huisarts	61%	87%
Praktijkverpleegkundige / Doktersassistente	29%	16%
Werkgever/bedrijfsarts	19%	26%
GGD / GGD-arts	16%	13%
Apotheker	10%	0%
Eerstelijns zorgverlener	10%	0%
Thuiszorg	10%	0%

Het merendeel van de geïnterviewden ziet de huisartsenpraktijk als een belangrijke uitvoerende partij voor beide consulten, waarbij het eerste consult met name uitgevoerd zou moeten worden door de praktijkondersteuner of de huisarts en het tweede consult door de huisarts. Beide consulten kunnen ook uitgevoerd worden door de bedrijfsarts. Daarnaast zien een aantal geïnterviewden ook nog een rol voor de GGD/GGD-arts, de apotheker, de eerstelijns zorgverlener en de thuiszorg.

Doorverwijzing naar leefstijlinterventies: achterdeur

De geïnterviewden werden gevraagd wie een rol moet spelen bij de achterdeur (tabel 6).

Tabel 6: De achterdeur volgens de geïnterviewden

	N=31
Eerstelijns zorgverleners	58%
Sport- en bewegconsulent	35%
Praktijkondersteuner	29%
Huisarts	26%
Gemeente	19%
Thuiszorg	19%
Wijkverpleegkundige	19%
Praktijkverpleegkundige	19%
GGD / GGD-arts	16%
Verzekeraar	16%
Individu zelf	3%

Voor interventies op het gebied van gedragsverandering en leefstijladvies (achterdeur) zien de geïnterviewden vooral een belangrijke rol voor de brede eerste lijn⁶ (58%), gevolgd door sport- en bewegconsulenten (35%). De hulpverleners in de huisartsenpraktijk worden ook als mogelijke partijen genoemd. De gemeente (19%) en de verzekeraar (16%) worden genoemd als mogelijke coördinator en financier van gedragsinterventies. Opvallend is dat slechts 3% van de geïnterviewden aangeeft dat het individu zelf ook een rol kan spelen bij de achterdeur.

Tweeënzestig procent geeft aan niet voldoende inzicht te hebben in de beschikbaarheid van (niet-medische) vervolgtrajecten voor individuen met een hoog risico. Vijfendertig procent benoemt specifiek het gebrek aan een goede sociale kaart en 19% benadrukt het belang van advies op maat. Negentien procent is van mening dat het inzicht in vervolgtrajecten de goede kant uit gaat, maar dat er nog winst te behalen valt door bijvoorbeeld de aansluiting te zoeken met sportscholen of fysiotherapeuten met inzicht in bewegprogramma's. Zes procent zegt wel voldoende inzicht te hebben, via de NHG-richtlijnen voor cardiovasculair risicomanagement en via de i-database van het Centrum Gezond Leven (CGL) van het RIVM. Vier geïnterviewden (13 procent) onthielden zich van antwoord.

⁶ Met de brede eerste lijn wordt naast de huisarts en praktijkondersteuners, ook andere eerstelijns zorgverleners bedoeld, namelijk fysiotherapeut, diëtiste, etc.

3.2.5 Partijen die een rol spelen bij de afzonderlijke onderdelen van het PC CMR volgens de online enquête

Toeleiding - Voordeur

In de online enquête is nagevraagd welke partijen een rol kunnen spelen bij de toeleiding van de hele doelgroep en specifiek de lage SES doelgroep. In tabel 7 worden de resultaten gepresenteerd.

Tabel 7: De voordeur volgens de online enquête

	Volledige doelgroep (N=39)	Lage SES (N=39)
Huisartsenpraktijk	51%	56%
Individu zelf	46%	31%
Werkgever	36%	36%
Gemeente/GGD	33%	46%
(Zorg)verzekeraar	26%	33%
Thuiszorg	21%	28%
Anders	8%	5%
Weet niet	8%	5%

Volgens de respondenten zou de toeleiding met name moeten gebeuren door de huisartsenpraktijk (huisarts, POH), gevolgd door eigen initiatief van het individu, de werkgever, de gemeente/GGD en de zorgverzekeraar. Voor de toeleiding van mensen met een lage SES zou dit volgens het merendeel van de respondenten van de online enquête moeten gebeuren door de huisartsenpraktijk (huisarts/POH) en door de gemeente/GGD. Een kleinere groep geeft ook aan dat dit via de werkgever, de (zorg)verzekeraar en de thuiszorg kan. Opvallend is dat de respondenten aangeven dat de rol van de toeleiding via het individu zelf bij de lage SES lager is dan bij de toeleiding van de volledige doelgroep.

Zowel voor de volledige doelgroep als voor de lage SES geven de respondenten de voorkeur aan de actieve benadering door het persoonlijk aanspreken tijdens een regulier contact met de zorgverlener of door het persoonlijk aanschrijven en uitnodigen van de doelgroep. De passieve benadering via posters/folders en massamediale campagnes wordt voor beide groepen minder aangegeven.

Uitvoering van de twee consulten bij de huisarts: tussenportaal

In de onderstaande tabel (tabel 8) wordt weergegeven wie volgens de respondenten van de online enquête de consulten van het tussenportaal idealiter uit zou moeten voeren.

Tabel 8: Het tussenportaal volgens de online enquête

	Consult 1 (N=39)	Consult 2 (N=39)
Praktijkondersteuner	49%	44%
Praktijkverpleegkundige	38%	46%
Doktersassistent	28%	5%
Huisarts	21%	62%
Bedrijfsarts	26%	28%
GGD arts	10%	13%
Keuringsarts	8%	5%
Verzekeringsarts	5%	3%
Anders	8%	3%
Weet niet	10%	8%

De respondenten geven aan dat het eerste consult het beste uitgevoerd kan worden door de praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige en in mindere mate door de huisarts. Voor het tweede consult daarentegen worden de huisarts, de praktijkondersteuner en praktijkverpleegkundige genoemd. Volgens de respondenten zou ook de bedrijfsarts beide consulten uit kunnen voeren.

Doorverwijzing naar leefstijlinterventies: achterdeur

De helft van de respondenten van de online enquête geeft aan dat men inzicht heeft in de regionale sportactiviteiten en leefstijlinterventies die aangeboden kunnen worden aan de achterdeur van het PC CMR. In mindere mate weten de respondenten ook welke welzijnsactiviteiten, medische behandelingen en paramedische behandelingen aangeboden kunnen worden. Hierbij moet echter wel opgemerkt worden dat het merendeel van de respondenten van de online enquête beleidsmedewerkers zijn bij GGD'en en ROSSen.

3.2.6 Samenvatting

Resumerend kan het antwoord op vraag 2a als volgt kort samengevat worden:

Vanuit de literatuur, de interviews en de online enquête krijgen huisarts, GGD, ROS en zorggroep een voortrekkersrol en coördinerende rol bij de implementatie van het PC CMR toebedeeld. Uit alle drie de bronnen komt naar voren dat het toeleiden van de doelgroep naar de risicotest breed dient te gebeuren: naast de huisartsenpraktijk kunnen ook gemeente/GGD, werkgever (en/of bedrijfsarts) of het individu zelf hierin een rol spelen. Het tussenportaal dient dan in de huisartsenpraktijk uitgevoerd te worden, waarbij voor het eerste consult de praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige de voorkeur geniet en voor het tweede consult de huisarts. In de online enquête wordt ook de bedrijfsarts aangegeven als een mogelijke uitvoerder van beide consulten. De achterdeur moet ook weer breed uitgevoerd worden waarbij er samenwerking is tussen enerzijds hulpverleners in de huisartsenpraktijk en anderzijds andere eerstelijns zorgverleners (zoals diëtisten, fysiotherapeuten) en/of sport- en bewegingsconsulenten en de thuiszorg. Voorwaarde voor een goed geregelde achterdeur is inzicht in beschikbaarheid van leefstijlinterventies, sportfaciliteiten en welzijns-activiteiten op regionaal niveau, de zogenaamde sociale kaart. Dit inzicht ontbreekt veelal.

3.3 Vraag 2b: Wat is de bereidheid van verschillende betrokkenen in de betreffende regio's tot implementatie van het PC CMR uitgaande van de verschillende manieren van toeleiding?

3.3.1 Bereidheid volgens de literatuur

Uit de literatuur wordt duidelijk dat de huisarts over het algemeen waarde lijkt te hechten aan selectieve preventie van chronische ziekten (16, 32, 33). Hierbij zou wel ingezet moeten worden op de groep patiënten met het hoogste risico aandoeningen te ontwikkelen (16). Desondanks is er ook twijfel over de motivatie van huisartsen ten aanzien van preventieve taken (23, 24, 28, 32). Ook bestaat bij een deel van de huisartsen weerstand tegen het PC CMR, omdat het veel tijd zou kosten, niet betaald wordt en de opbrengst niet hoger zou zijn dan bij opportunistische screening (19, 24). Onder burgers lijkt er een groot enthousiasme te bestaan voor het PC CMR (13). Bovendien bleken de consulten in ruime mate aan te sluiten bij de behoefte van deelnemers: 92% was blij te hebben meegedaan en 89% gaf aan dat ze het PC CMR bij familie en vrienden zouden aanbevelen (16).

3.3.2 Bereidheid volgens de interviews en de online enquête

Om de bereidheid⁷ te peilen bij de geïnterviewden zijn verschillende vragen gesteld, namelijk de positie ten opzichte van het PC CMR, het draagvlak in de regio en de haalbaarheid van structurele inbedding op korte termijn.

Tabel 9: Positie ten opzichte van het PC PCMR volgens de geïnterviewden en online enquête

	Geïnterviewden N=25 ^a	Online enquête N=39
Zeer negatief	0%	0%
Negatief	0%	0%
Neutraal	28%	28%
Positief	64%	56%
Zeer positief	8%	15%

^a25 van de 31 geïnterviewden hebben een antwoord gegeven op deze vraag.

Achttien van de 25 geïnterviewden die een rapportcijfer hebben gegeven, geven een positief dan wel zeer positief cijfer (72%). Zeven geïnterviewden geven aan neutraal te staan ten opzichte van het PC CMR (28%). Zes geïnterviewden hebben geen cijfer gegeven, maar vier van deze geïnterviewden spreken wel in positieve zin over het PC CMR. De respondenten van de online enquête geven aan dat 15% zeer positief, 56%

⁷ Bereidheid wordt gedefinieerd als het gegeven dat iemand wel iets wil doen.

positief en 28% neutraal staat ten opzichte van het PC CMR. Opvallend is dat zowel bij de interviews als bij de online enquête niemand heeft aangegeven een negatieve of zeer negatieve houding te hebben ten opzichte van het PC CMR.

In onderstaande tabel is weergegeven of er draagvlak is voor de implementatie van het PC CMR en of structurele inbedding van het PC CMR haalbaar is op korte termijn.

Tabel 10: Draagvlak en structurele inbedding PC CMR volgens geïnterviewden

	Draagvlak in regio	Haalbaarheid structurele inbedding op korte termijn
Ja	41%	21%
Nee	7%	25%
Mits	28%	50%
Weet niet	24%	4%

Van de geïnterviewden geeft 41% aan dat er wel draagvlak⁸ is voor implementatie van het PC CMR of aanverwante initiatieven in de regio's. Zeven procent is van mening dat het draagvlak in de regio's er niet is. Iets meer dan een kwart geeft aan dat er wel draagvlak is, mits er politieke interesse en structurele financiering is, de toeleiding door verschillende partijen gebeurt, het PC CMR ook buiten de curatieve sector wordt gebracht (d.w.z. dat niet alleen als een medisch instrument gebruikt wordt), de cultuur ernaar is, er bij de marketing rekening wordt gehouden met het geruiststellen van mensen en doorverwijsmogelijkheden (achterdeur) zijn geregeld. Bijna een kwart van de geïnterviewden zegt geen zicht te hebben op wat er zich regionaal afspeelt.

Eenentwintig procent van de geïnterviewden geeft aan dat structurele inbedding in de regio op korte termijn haalbaar is. Daarbij worden termijnen genoemd van 2, 3 en 5 jaar. De helft van de mensen geeft aan dat het mogelijk is mits er financiering is, er wordt samengewerkt (met voor- en achterdeur) en er politieke wil en interesse bestaat voor het realiseren van (betaalbare) preventieve voorzieningen. Een kwart is van mening dat structurele inbedding op korte termijn niet haalbaar is, waarbij een aantal van hen naar voren brengt dat motivatie van de zorgverleners daar een belangrijke rol bij speelt.

In de online enquête (zie tabel 11) geeft 51% van de respondenten aan dat er gedeeltelijk draagvlak is voor de implementatie van het PC CMR. Daarbij wordt opgemerkt dat het ontbreken van structurele financiering een belemmering is voor een breder draagvlak.

⁸ Draagvlak wordt gedefinieerd als een groep van mensen die allemaal iets willen of steunen.

Tabel 11: Draagvlak voor implementatie van het PC CMR volgens de online enquête

	N=39
Ja	13%
Nee	5%
Gedeeltelijk	51%
Geen antwoord	31%

3.3.3 Samenvatting

Resumerend kan het antwoord op vraag 2b als volgt kort samengevat worden:

Het merendeel van de geïnterviewde partijen staat (zeer) positief tegenover het PC CMR. Uit de interviews en de online enquêtes wordt duidelijk dat er wel draagvlak is voor het PC CMR en dat men niet negatief staat ten opzichte van structurele inbedding, mits aan essentiële randvoorwaarden als financiering, samenwerking en een helder aanbod aan preventieve activiteiten kan worden voldaan.

3.4 Vraag 2c: Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van het PC CMR?

3.4.1 Bevorderende en belemmerende factoren volgens de literatuur

Uit de literatuur komen een aantal belangrijke belemmerende factoren voor implementatie van het PC CMR naar voren. Allereerst wordt door verschillende partijen het gebrek aan structurele financiering genoemd (8, 18, 22, 28). Hierbij wordt door zowel de BeweegKuur als de RVZ ook het belang van structurele financiering voor het realiseren en onderhouden van samenwerkingstrajecten onderstreept (4, 29). Een andere belangrijke belemmering die naar voren komt is het gebrek aan evidence over effectiviteit en doelmatigheid van het PC CMR (8, 18, 24, 28, 34, 35). Hierbij wordt de nadruk gelegd op het gebruik van effectieve en doelmatige leefstijlinterventies aan de achterdeur (25, 29, 36), wat volgens de RVZ niet strookt met de behoefte aan maatwerk en het aanpassen van interventies aan de lokale situatie en organisatiestructuur (29). Verder wordt op het gebied van leefstijlinterventies aangekaart dat zorgprofessionals overzicht missen in het aanbod in preventieve activiteiten (4, 20) en wordt het belang van zo'n sociale kaart benadrukt (14, 15).

3.4.2 Bevorderende en belemmerende factoren volgens de interviews

In tabel 12 worden de bevorderende en belemmerende factoren gepresenteerd die tijdens de interviews genoemd zijn.

Als belangrijkste bevorderende factoren worden door de geïnterviewden genoemd: de aanwezigheid van structurele financiering (71%), een goede samenwerking tussen de betrokken partijen (58%), het opbouwen en onderhouden van een netwerk voor een heldere sociale kaart en achterdeur aan interventies om door te verwijzen indien nodig (29%), duidelijk beleid en een duidelijke organisatorische structuur (26%) en bewezen effectiviteit, kosteneffectiviteit en validiteit van het PC CMR (23%).

Als belemmerende factoren wordt door de geïnterviewden genoemd: het ontbreken van structurele financiering (87%), het ontbreken van samenwerking tussen de betrokken partijen (35%), en het ontbreken van gegevens over de (kosten)effectiviteit en validiteit.

Verder valt op dat 19% van de geïnterviewden aangeeft dat de mentaliteits-verandering bij zorgverleners een belemmerende factor is, terwijl slechts 6% dit ziet als een bevorderende factor. Dertien procent van de geïnterviewden geeft aan dat leiderschap een bevorderende factor is in vergelijking met 3% die aangeeft dat het ontbreken hiervan belemmerend is.

Tabel 12: Belangrijke bevorderende en belemmerende factoren volgens de geïnterviewden

Zorgniveau	Bevorderende / belemmerende factor	+ ^a	- ^b
Innovatie	Evidence-based (effectiviteit, kosteneffectiviteit, validiteit)	23%	23%
Individuele zorgverlener	Draagvlak uitvoerders (medewerking huisarts)	10%	16%
	Mentaliteitsverandering (bewustzijn, verantwoordelijkheid)	6%	19%
	Drive, enthousiasme bezieling	6%	0%
Deelnemer	Vraaggericht: voorzien in en aansluiten bij behoeftes deelnemers	13%	6%
	Draagvlak gebruikers: meerwaarde deelname bekend	6%	3%
Sociale context	Samenwerking	58%	35%
	Leiderschap (iemand met gezag moet belang benadrukken)	13%	3%
Organisatorische context	Netwerk (achterdeur, contacten, sociale kaart)	29%	13%
	Doelgroepsegmentatie; verschillend beleid voor verschillende groepen	6%	6%
	Ondersteuning huisarts (menskracht)	3%	6%
	Beleid, organisatorische structuur	26%	29%
Economische en politieke context	Structurele financiering	71%	87%
	Cultuuromslag financiering; betalen voor gezondheidswinst ipv schade	13%	3%
	'Politieke' wil stakeholders	6%	0%
	Urgentie van buitenaf ((regionale) overheid moet zich in mengen)	3%	10%
	Nationale visie op preventie ontbreekt	0%	6%

^a + is het percentage van de geïnterviewden (N=31) die de factor als bevorderend heeft aangegeven

^b - is het percentage van de geïnterviewden (N=31) die de factor als belemmerend heeft aangegeven

3.4.3 Bevorderende en belemmerende factoren volgens de online enquête

In tabel 13 worden de bevorderende en belemmerende factoren volgens de respondenten van de online enquête weergegeven.

De respondenten van de online enquête geven aan dat structurele financiering de belangrijkste bevorderende en belemmerende factor is voor implementatie van het PC CMR.

Door 31% van de respondenten wordt het beleid en de organisatorische structuur gezien als een belemmering, terwijl slechts 5% dit ziet als een bevorderende factor. Men noemt hier als voorbeelden: het gebrek aan maatwerk, een hoge mate van bureaucratie, de instandhouding van de scheiding tussen de behandeling en begeleiding en de duidelijke afbakening van taken en verantwoordelijkheden.

Samenwerking tussen de verschillende partijen wordt door 26% van de respondent gezien als een bevorderende factor en door 10% als een belemmerende factor. Sleu-

telwoorden hierbij zijn: vertrouwen, afstemming en gelijkwaardigheid tussen de partners.

Een goed georganiseerd netwerk en voldoende beschikbare interventies aan de achterdeur worden door 23% van de respondenten gezien als een bevorderende factor en 5% van de respondenten noemt het ontbreken hiervan als een belemmerende factor.

Ondersteuning van de huisarts wordt door 15% van de respondenten gezien als een bevorderende factor, terwijl 10% het ontbreken van ondersteuning ziet als een belemmerende factor.

Als belemmerende factor wordt zowel het draagvlak bij de gebruikers als het draagvlak bij de uitvoerders genoemd. Bij het draagvlak bij de gebruikers wordt het ontbreken van motivatie om leefstijl te veranderen genoemd. Bij het gebrek aan draagvlak bij de uitvoerders noemt men het gebrek aan medewerking van de huisarts, de gemeente en/of de zorggroep.

Tabel 13: Bevorderende en belemmerende factoren volgens de online enquête

Zorgniveau	Bevorderende / belemmerende factor	+ ^a	- ^b
Innovatie	Evidence-based (effectiviteit, kosteneffectiviteit, validiteit)	5%	3%
	Bekendheid met voor- en nadelen van het PC CMR	3%	0%
Individuele zorgverlener	Draagvlak uitvoerders (medewerking huisarts, gemeente, zorggroep)	8%	15%
	Daadkracht	3%	0%
Deelnemer	Vraaggericht: voorzien in en aansluiten bij behoeftes deelnemers	3%	0%
	Draagvlak gebruikers (oa. motivatie tot leefstijlverandering)	0%	13%
Sociale context	Samenwerking	26%	10%
	Leiderschap (iemand met gezag moet belang benadrukken)	8%	0%
	Inzicht in urgentie en noodzaak	5%	0%
Organisatorische context	Netwerk (achterdeur, contacten, sociale kaart)	23%	5%
	Doelgroepsegmentatie: verschillend beleid voor verschillende groepen	0%	3%
	Ondersteuning huisarts (mankracht/ondersteuning ROS)	15%	10%
	Beleid, organisatorische structuur	5%	31%
Economische en politieke context	ICT	3%	3%
	Structurele financiering	38%	44%
	Urgentie van buitenaf ((regionale) overheid moet zich in mengen)	3%	0%
	(Nationale) visie op preventie	8%	0%
	Draagvlak bij zorgverzekeraars/gemeente	5%	8%
	Campagnemogelijkheden	3%	0%

^a + is het percentage van de geïnterviewden (N=31) die de factor als bevorderend heeft aangegeven

^b - is het percentage van de geïnterviewden (N=31) die de factor als belemmerend heeft aangegeven

3.4.4 Samenvatting

Resumerend kan het antwoord op vraag 2c als volgt kort worden samengevat:

De belangrijkste bevorderende factoren die uit de literatuur, de interviews en de online enquêtes naar voren komen zijn: structurele financiering, het bevorderen van samenwerking tussen partijen, het bestaan van goede netwerken, inzicht in de (kosten)effectiviteit en inzicht in het bestaande aanbod aan leefstijlinterventies en andere preventieve activiteiten (sociale kaart).

3.5 Vraag 2d: Welke mogelijkheden zijn er voor structurele financiering van het PC CMR in de betreffende regio's?

3.5.1 Financieringsmogelijkheden voor het PC CMR volgens de interviews

In onderstaande tabel worden de financieringsmogelijkheden weergegeven die door de geïnterviewden gerapporteerd zijn.

Tabel 14: Financieringsmogelijkheden van het PC CMR volgens de geïnterviewden⁹

	N=31
Zorgverzekering	
Basisverzekering	48%
Aanvullende verzekering	26%
Apart tarief voor toeleiding	3%
Gemeente (evt. in combinatie met zorgverzekeraar)	26%
Individu zelf	19%
Populatiegebonden bekostiging	16%
Werkgever	10%
Preventiefonds	6%
Integrale bekostiging	3%
Hervorming huisartsenfinanciering	3%

Als structurele financieringsmogelijkheden geven de geïnterviewden de voorkeur aan financiering vanuit de basisverzekering en de aanvullende verzekering (Zorgverzekeringswet) (37-39). Een persoon geeft aan dat wanneer er een apart tarief voor de huisarts voor de toeleiding naar het PC CMR komt dat dan de financiering van het volledige PC CMR gedekt is mits de achterdeur bestaat uit een medische interventie. De huisarts wordt dan betaald voor het opsporen wie in aanmerking komt om de risicovragenlijst in te vullen en deze te versturen. In bijlage 5 wordt een korte toelichting gegeven op de inhoud van de basis- en aanvullende verzekering en is het standpunt van het CVZ inzake de financiering van het PC CMR beschreven.

Zesentwintig procent van de geïnterviewden geeft aan dat de *gemeente* met name de toeleiding naar het PC CMR zou kunnen financieren met middelen uit het gemeentefonds. De gemeente zou dit ook samen kunnen doen met de (preferente) zorgverzekeraars, wat dan in de vorm van het eerder genoemde preventiefonds zou kunnen. De gemeente kan ook een rol spelen bij het helpen vormgeven en faciliteren van de ach-

⁹ De financieringsmogelijkheden werden door middel van een open vraag nagevraagd. Als gevolg kunnen er per geïnterviewde dus meerdere mogelijkheden aangegeven worden. In de interviews werd niet naar de afzonderlijke financieringsmogelijkheden van de voordeur, het tussenportaal en de achterdeur gevraagd.

terdeur. Bij de gemeente als financieringsbron moet opgemerkt worden dat de gemeente volgens de Wet publieke gezondheid (Wpg) de taak heeft om voorzieningen in stand te houden die bijdragen aan de gezondheidsbevordering van de inwoners.

Negentien procent van de geïnterviewden geeft ook aan dat het PC CMR niet alleen gefinancierd kan worden uit de collectieve middelen en de zorgverzekering. Ook het *individu* wordt geacht om een financiële bijdrage te leveren, met name aan leefstijlinterventies en de kosten van bijvoorbeeld sportactiviteiten of abonnementsgelden voor fitnesscentra. Slechts één van de geïnterviewden geeft aan dat het PC CMR juist niet gefinancierd moet worden uit collectieve middelen.

De term *populatiegebonden bekostiging* wordt door 16% van de geïnterviewden genoemd als nieuwe financieringsmogelijkheid voor het PC CMR. Hierbij moet opgemerkt worden dat het concept populatie gebonden bekostiging in ontwikkeling is. Bij populatiegebonden bekostiging wordt bijvoorbeeld uitgegaan van een uniform jaarlijks budget per patiënt, dat in principe alle uitgaven omvat (40). De zorgverlener draagt zelf het financiële risico als het budget wordt overschreden. Omgekeerd, de zorgverlener profiteert ervan als er minder uitgaven zijn dan het toegekende budget. De hoogte van het toegekende budget is afhankelijk van de kenmerken van de patiënt namelijk leeftijd, geslacht en verschillende clusters van aandoeningen. Er zijn in het buitenland momenteel meerdere vormen van populatiegebonden bekostiging in ontwikkeling.

Tien procent van de geïnterviewden meldt dat de *werkgever* ook een rol kan spelen in de financiering van het PC CMR. De werkgever zou het PC CMR aan kunnen bieden aan zijn werknemers aangezien hij er ook (financieel) voordeel van heeft als de werknemers gezond blijven. De werkgever kan het PC CMR aanbieden als Preventief Medisch Onderzoek.

Zes procent geeft aan dat het PC CMR ook gefinancierd zou kunnen worden door een te ontwikkelen *preventiefonds*. De RVZ heeft eerder voorgesteld een preventiefonds op te richten om het preventiebeleid vorm te geven en te financieren (41). Met behulp van dit preventiefonds zouden de plannen van verzekeraars en gemeenten met betrekking tot de preventie van een ongezonde levensstijl uitgevoerd kunnen worden. Het fonds zou tot € 500 miljoen moeten bedragen waarvan ca. € 350 miljoen afkomstig is van het zorgbudget. Bij het preventiefonds heeft de huisarts dan als taak om samen met de GGD en zorgverzekeraars op wijkniveau gerichte plannen te maken om de inwoners te laten stoppen met roken, meer te laten bewegen en gezonder te laten eten. De huisarts zou dan tijd moeten maken om met de patiënt te praten over zijn

ongezonde leefstijl. Idealiter zou het preventiefonds beheerd moeten worden door een bestuur van verzekeraars en gemeenten gezamenlijk.

Integrale bekostiging wordt door één persoon gerapporteerd als financieringsmogelijkheid voor het PC CMR aangezien er voor diabetes mellitus en vasculair risico management al integrale bekostiging plaatsvindt. Bij integrale bekostiging wordt de integrale zorg voor een chronisch zieke in één totaal bedrag bekostigd in plaats van per verrichting (42, 43). Zorgverleners maken onderling afspraken over de verdeling van dat bedrag. Deze vorm van financiering is alleen mogelijk als er een zorgstandaard voor de desbetreffende aandoening bestaat. In deze zorgstandaard wordt de zorg voor iemand met een bepaalde chronische ziekte op hoofdlijnen beschreven waarbij ook de organisatorische aspecten vastgelegd zijn. Alle kosten gerelateerd aan de patiënt moeten in dit integraal tarief verwerkt zijn. Van kosten voor de zorg, organisatie en huisvesting tot en met de kosten voor de infrastructuur en samenwerking. Het uitgangspunt van integrale bekostiging is dat de zorg rond de patiënt wordt georganiseerd, waarbij het gaat om zorg met multi-disciplinaire samenwerking en taakherschikking waardoor kosten bespaard kunnen worden. Wanneer selectieve preventie opgenomen zou worden in de zorgstandaard Diabetes Mellitus en vasculair risicomanagement kan ook de toeleiding naar het PC CMR via integrale bekostiging gefinancierd worden.

Een van de geïnterviewden heeft aangegeven dat de financieringsstructuur van de huisarts op dit moment ter discussie staat. Deze nieuw te ontwikkelen financieringsstructuur wil bijdragen aan het maken van de mindshift van “ziekte en zorg” naar “gezondheid en gedrag”. In deze structuur is plaats voor preventie, doelmatigheid, innovatie, samenwerking, substitutie, zelfmanagement en eigen verantwoordelijkheid. Dit betekent dat de zorg voor een patiënt met een chronische ziekte minder gericht zal worden op de aandoening, maar meer op de individuele patiënt met zijn/haar zorgvraag. Voor de huisarts zouden de uitkomsten van de zorg voor de populatie in zijn adherentiegebied centraal moeten staan. Zo wordt voorgesteld om de financiering van de huisartsenzorg op te bouwen uit verschillende lagen:

- Laag 1: het tarief per ingeschreven patiënt: dit tarief dekt de kosten voor de basiszorg in een gemiddelde praktijk.
- Laag 2: de aan populatieverschillen gekoppelde toeslagen. In deze laag gaat het om vaste (gereguleerde), maar variabel inzetbare toeslagen die rekening houden met de populatie van de huisartsenpraktijk. Om aanspraak te kunnen maken op deze toeslagen, moet de praktijkpopulatie in kaart gebracht worden: leeftijdsopbouw van de patiënten, het woongebied (achterstandswijk of niet), leefstijl, het aantal patiënten met een chronische ziekte, etc. De zorgverlening aan ouderen,

mensen met een lage SES en chronisch zieken kost zowel voor de huisarts als voor de praktijkondersteuner meer tijd. Met behulp van de toeslagen kan deze tijd vergoed worden. Aan deze toeslag zijn randvoorwaarden verbonden: het in kaart brengen van de uitkomsten van de geleverde zorg, het op orde zijn van de registratiesystemen en het goed in kaart brengen van de patiëntkenmerken (risicoprofiel) zodat een individueel zorgplan voor de patiënt opgesteld kan worden. Aan deze voorwaarden moet voldaan worden om in aanmerking te komen voor vergoedingen uit laag 3.

- Laag 3: beloning van resultaten van zorgverlening. In deze laag gaat het om specifieke afspraken tussen de zorgverzekeraar en de huisartsenpraktijk om specifieke resultaten op het gebied van substitutie, kwaliteit en service te gaan behalen. Ook de resultaten van chronische zorg kunnen hier meegenomen worden. Idealiter zouden de doelen/uitkomsten zo gesteld moeten worden dat de huisartsen hier alleen voor in aanmerking komen als er een goede samenwerking is met alle zorgverleners waarmee de patiënt te maken heeft.

Een combinatie van de afspraken over de 3 lagen heen bepaalt de hoogte van de beloning die de huisartsen krijgen. In de eerste twee lagen is er sprake van een beloning vooraf op basis van het aantal ingeschreven patiënten en de kenmerken van de praktijkpopulatie. Bij laag 3 worden de resultaten achteraf vastgesteld en dus ook achteraf vergoed.

3.5.2 Financieringsmogelijkheden voor het PC CMR volgens de online enquête

In de online enquête werd gevraagd aan te geven welke financieringsmogelijkheden voor (onderdelen van) het PC CMR de voorkeur hebben. In tabel 15 worden de antwoorden weergegeven.

Voor de financiering van de voordeur is er een duidelijke rol weggelegd voor de gemeente (met geld afkomstig van het gemeentefonds), de werkgever en de zorgverzekeraars (uit de basisverzekering). Volgens de respondenten van de online enquête dienen beide consulten in de huisartsenpraktijk (tussenportaal) gefinancierd te worden door de zorgverzekeraars vanuit de basisverzekering. Voor de financiering van de achterdeur geeft het merendeel van de respondenten aan dat dit ook zou moeten gebeuren door de zorgverzekeraar uit de basisverzekering, gevolgd door een eigen bijdrage van het individu en door de aanvullende verzekering. De term populatiegebonden bekostiging, integrale bekostiging of het preventiefonds werden door de respondenten van de online enquête niet aangegeven als een andere financieringsmogelijkheid van het PC CMR.

Tabel 15: Financieringsmogelijkheden volgens de online enquête

	Voordeur	Tussenportaal		Achterdeur
	Toeleiding	Consult 1	Consult 2	Interventie
Gemeente uit gemeentefonds	46%	5%	5%	15%
Werkgever	41%	15%	13%	18%
Zorgverzekeraars uit basisverzekering	33%	56%	62%	56%
Zorgverzekeraars uit aanvullende verzekering	3%	8%	13%	23%
Individu door eigen bijdrage	8%	10%	13%	31%
Private partijen	8%	0%	0%	10%
Anders	3%	3%	3%	3%
Weet ik niet	5%	3%	3%	3%

3.5.3 Het wettelijke kader van preventie

De financieringsmogelijkheden van preventie vloeien voort uit een aantal wetten die behulpzaam kunnen zijn bij het vormgeven en organiseren van (selectieve) preventie en het PC CM. Deze wetten zijn: de Wet publieke gezondheid (Wpg) (44), de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) (45), de Zorgverzekeringswet (Zvw) (46), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) (47) en de Wet op het Bevolkingsonderzoek (WBO) (48). Deze wetten worden kort toegelicht in bijlage 6.

3.5.4 Samenvatting

Resumerend kan het antwoord op vraag 2d als volgt kort worden samengevat:

De geïnterviewden en respondenten van de online enquête geven de voorkeur aan financiering van het PC CMR uit de (basis) zorgverzekering, de gemeente, het individu en de werkgever, zij het in verschillende mate, ook ten aanzien van de fase (voordeur, tussenportaal, achterdeur) van het PC CMR. Ook andere financieringsvormen worden door de geïnterviewden genoemd zoals populatiegebonden bekostiging, een preventiefonds en een nieuwe financieringsstructuur van de huisarts.

3.6 Vraag 3: Wat is de beste studie-opzet, ook met betrekking tot de vergelijking en operationalisering van eindpunten, voor de regionale evaluatie van het PC CMR?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden worden eerst de belangrijkste bevindingen uit deze studie nog eens op een rij gezet. Er bestaan al veel initiatieven binnen of gerelateerd aan het PC CMR, waarbij een grote diversiteit in betrokken organisaties, wijze van financiering en geografische inbedding naar voren komt. Pogingen om het PC CMR regionaal in te bedden lopen vast vanwege een gebrek aan (structurele) financiering en samenwerking tussen betrokken partijen. De huisarts krijgt samen met GGD, ROS en zorggroep een voortrekkersrol en coördinerende rol bij de implementatie van het PC CMR toebedeeld.

Over de uitvoering van de consulten binnen de huisartsenpraktijk is redelijke consensus. Voor de toeleiding zouden naast de huisarts ook gemeente/GGD, werkgever en/of bedrijfsarts of het individu zelf een rol kunnen spelen. Ook bij de achterdeur is samenwerking tussen de huisartsenpraktijk met andere eerstelijns zorgverleners (diëtisten, fysiotherapeuten) en/of sport- en bewegingsconsulenten en thuiszorg gewenst. Een sector overstijgende sociale kaart, waarin zowel het medische en paramedische aanbod als het sport- en welzijnsaanbod worden ondergebracht, zou bij die achterdeur bevorderend kunnen werken.

Hoewel veel geïnterviewden (zeer) positief staan tegenover het PC CMR, moet voor structurele inbedding nog aan essentiële randvoorwaarden worden voldaan. Een belangrijke randvoorwaarde is structurele financiering, maar ook het bevorderen van samenwerking, netwerkvorming, een duidelijke organisatorische structuur en een helder aanbod aan preventieve activiteiten komen naar voren. Als mogelijkheden voor structurele financiering worden de (basis)zorgverzekering, de gemeente (eventueel in combinatie met de zorgverzekeraar in de vorm van een preventiefonds), het individu, de werkgever en populatiegebonden bekostiging genoemd.

Uit de bevindingen wordt duidelijk dat -door antwoord te geven op de gestelde vragen- de verkenningsstudie nieuwe, fundamentele vragen oproept. Vragen die binnen het tijdsbestek van deze verkenningsstudie niet beantwoord konden worden. Er is dus ook (nog) geen antwoord te geven op de vraag wat de beste studie-opzet is voor regionale implementatie en evaluatie van het PC CMR. De belangrijkste invalshoeken/variabelen zijn in beeld gebracht die in combinatie getoetst zouden kunnen worden:

- organisatie van het PC CMR;
- financiering van het PC CMR;
- geografische inbedding van het PC CMR;
- positionering van het PC CMR.

Voordat deze vier invalshoeken/variabelen en de daarbij horende vragen nader zullen worden toegelicht, is het belangrijk op te merken dat de meeste bevindingen in deze studie antwoord geven op de 'wat'- en de 'hoe'- vragen: Wat voor initiatieven voor, of lopende onderzoeken naar, het PC CMR bestaan er momenteel in Nederland? Wat is de bereidheid van betrokkenen tot implementatie van het PC CMR? Hoe kan de toeleiding en de financiering het beste vormgegeven worden? In deze verkenningsstudie werd niet expliciet stil gestaan bij de 'waarom'-vraag, aangezien preventie en het PC CMR door ons als gegeven wordt beschouwd. Want door de vergrijzing en ongezonde leefgewoonten neemt het aantal mensen met hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2 en chronische nierschade toe en met het PC CMR wordt getracht die verdere stijging een halt toe te roepen. Tevens biedt het PC CMR een tegengeluid aan het toenemend aantal health checks en zelftesten.

Desondanks kwam uit de interviews naar voren dat preventie nog zeker geen vanzelfsprekendheid is bij de politiek, het publiek en de professional. Het vraagt nog een mindshift om de verschuiving te maken van Ziekte en Zorg naar Gezondheid en Gedrag (van ZZ naar GG) (49). Die verschuiving is van wezenlijk belang voor de implementatiemogelijkheden van het PC CMR. De geïnterviewden staan positief ten opzichte van het PC CMR, maar geven aan dat er ook politieke wil, meewerkende burgers en gemotiveerde professionals nodig zijn om inbedding te realiseren. Ook inzicht in de effectiviteit en kosteneffectiviteit is van groot belang om te motiveren waarom het PC CMR in zijn huidige dan wel aangepaste vorm implementatie behoeft. Of het PC CMR uiteindelijk kosteneffectief is, was echter geen onderwerp van deze verkenningsstudie. Hierop zal op een later moment nader ingegaan worden in de rapportage van de 'Ex-ante Kosteneffectiviteitsanalyse'.

3.6.1 Toelichting van de invalshoeken/variabelen

3.6.1.1 *Organisatie van het PC CMR*

Het PC CMR bestaat uit drie onderdelen: de voordeur (toeleiding), het tussenportaal (de twee consulten) en de achterdeur (de interventies). In dit verkennende onderzoek is gevraagd welke partijen een rol kunnen spelen per onderdeel. Over de rol van de huisarts(enpraktijk) bij de uitvoering van de consulten (het tussenportaal) bestaat in grote mate consensus.

Opvallend is - ondanks het feit dat het PC CMR in eerste instantie als NHG-richtlijn is ontwikkeld voor en door huisartsen - dat bij zowel de toeleiding naar het PC CMR, als bij het aanbod van interventies veel verschillende partijen een rol toebedeeld krijgen. Participatie van deze verschillende partijen lijkt dan ook van groot belang en verdient aandacht bij eventuele implementatie van het PC CMR, waarbij ook de beroepsgroepen betrokken moeten zijn.

Opvallend is ook de discrepantie tussen de rol die geïnterviewden de gemeente toebedelen bij de toeleiding, de interventies en de financiering en de rol die gemeenten zichzelf toeschrijven. Deze discrepantie in opvatting en invulling van taken kan de samenwerking bemoeilijken, temeer daar Nederland bestaat uit 415 gemeenten die daar allemaal weer een andere opvatting en invulling op na kunnen houden. De rol die private partijen kunnen spelen bij zowel de toeleiding als de interventies, wordt beperkt genoemd. Wel wordt de mogelijkheid aangewend om de voordeur, tussenportaal en achterdeur via de werkgevers te laten lopen. De inbedding van een aangepast PC CMR binnen de werksetting wordt op dit moment geëvalueerd door de NVAB.

Wat verder opvalt en aandacht verdient is het gebrek aan inzicht in het aanbod en de beschikbaarheid van de vervolgotrajecten, te weten: het paramedische aanbod, leefstijlinterventies en het sport- of welzijnsaanbod. Veel geïnterviewden noemden dit 'het ontbreken van een sociale kaart'. Om de verwijzing binnen het PC CMR goed te regelen zou er een sectoroverstijgende sociale kaart gemaakt moeten worden op regionaal en lokaal niveau waarin behalve de naam van de uitvoerende instanties, ook het aanbod, kosten, wachttijden en ervaringen opgenomen moeten zijn. Er zijn veel bestaande initiatieven, maar het ontbreekt aan een structuur waar alle sectoroverstijgende interventies in geplaatst kunnen worden. Het probleem hierbij is wie het initiatief neemt tot het ontwikkelen en (structureel) financieren van een dergelijke structuur.

Samenvattend komen vanuit de variabele organisatie van het PC CMR de volgende vragen voor vervolgonderzoek naar voren: Welke partijen kunnen het beste participeren aan de voor- en de achterdeur van het PC CMR? Hoe kan de rol van de gemeente worden ingevuld? Welke mogelijkheden zijn er om een breed gedragen sectoroverstijgende digitale sociale kaart te maken?

3.6.1.2 Financiering van het PC CMR

Er worden door de geïnterviewden verschillende manieren van (combinaties van) financiering aangegeven, maar het is onduidelijk waar nu de grootste kansen liggen. Naast financiering vanuit de zorgverzekering (basis dan wel aanvullend), worden tevens populatiegebonden bekostiging en een preventiefonds genoemd als nieuwe financieringsmogelijkheden voor het PC CMR. Ook een nieuw te ontwikkelen financieringsstructuur van de huisartsen lijkt mogelijkheden te bieden.

Uit de interviews komt naar voren dat het van belang is congruent beleid te maken. Als het advies is over te stappen van ZZ naar GG, moet niet alleen selectieve preventie gefinancierd worden bij de toeleiding, maar moeten ook bijvoorbeeld 'stoppen- met-roken' –interventies bekostigd worden. Financiële prikkels moeten elkaar niet tegenwerken.

Opgemerkt dient te worden dat er veel ontwikkelingen gaande zijn op het gebied van de financiering van zorg en preventie. Enerzijds maakt dit het moeilijk, anderzijds biedt dit ook kansen om in een vervolgonderzoek te experimenteren met nieuwe bekostigingsmodellen (zie verderop).

3.6.1.3 Geografische inbedding van het PC CMR

Om het PC CMR te implementeren moet duidelijk zijn op welke schaalgrootte dat het beste kan plaatsvinden. Hierover bestaat onduidelijkheid. Het landelijk eenvormig implementeren -zoals aanvankelijk de bedoeling was-, lijkt op basis van deze verkenningsstudie niet realistisch. De kans van slagen is wellicht groter wanneer niet uitgegaan wordt van een landelijke blauwdruk, maar van het maximaal benutten van de regionale mogelijkheden. De partijen die een rol kunnen spelen bij de implementatie zijn veelal weer anders regionaal georganiseerd. Zo is de geografische afbakening van een zorggroep niet identiek aan de regio waarin een GGD actief is. Dit geldt ook voor het verzekerdenbestand van de zorgverzekeraar. De vraag is hoe een regio het beste gedefinieerd kan worden en hoe het PC CMR het beste ingebed kan worden.

Ter illustratie: er bestaan in Nederland 415 gemeenten (VNG), 27 GGD'en (GGD Nederland), 21 Rossen (LVG), 106 zorggroepen, 23 KNMG-districten (KNMG), 10 NVAB-kringen (NVAB), 5 regionale screeningsorganisaties (RIVM bevolkingsonderzoek), 428 thuiszorgorganisaties (Actiz), 13 zorgbelangenorganisaties, 108 patiëntenverenigingen (NPCF), 11 KNMP-districten (KNMP), 49 zorgverzekeraars (ZN) en 5 regiokantoren fysiotherapie (KNGF). Het preventie-zorgveld bestaat uit allemaal kleinere georganiseerde eenheden en vormt een bonte lappendeken over Nederland.

3.6.1.4 Positionering van het PC CMR

Wat opvalt bij de inventarisatie van initiatieven binnen en gerelateerd aan het PC CMR, is dat steeds dezelfde processen worden doorlopen (voorkeur, tussenportaal, achterkeur). Dat roept de vraag op of het eventueel implementeren van het PC CMR los gezien moet worden van andere vormen van screening. Deze vraag sluit aan bij de ideeën om het PC CMR uit te breiden naar kwaadaardige aandoeningen en de GGZ. Een andere vraag is hoe deze vorm van screening binnen het PC CMR zich verhoudt tot andere bestaande vormen van screening, zoals de bevolkingsonderzoeken naar borstkanker, baarmoederhalskanker en straks ook darmkanker. Hoe kan het PC CMR aansluiten bij de bestaande zorgketens voor diabetes en vasculair risico management? Is stroomlijning daarbij gewenst, ook vanuit het perspectief van de burger? Op welke wijze kan het beste een risicoprofiel (gezondheids-profiel) van de burger in kaart worden gebracht? Dit laatste sluit ook aan bij de plannen van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) die een risicoprofiel van iedere ingeschrevene bij de huisarts voorstaat. Alvorens over te gaan tot implementatie van het PC CMR is het dan ook van belang om inzicht te krijgen in de positionering van het PC CMR als screeningsinstrument/health check ten opzichte van andere bestaande of toekomstige screeningsinstrumenten en -momenten.

3.6.2 Vervolgonderzoek

De hierboven uitgewerkte invalshoeken/variabelen (organisatie, financiering, geografische inbedding en positionering) kunnen als vertrekpunt dienen voor het opzetten van verschillende business cases. Op basis van deze vier invalshoeken en de informatie uit deze verkenningsstudie (zie tabel 1, paragraaf 3.1.3 en bijlage 4) kan een matrix gevuld worden, waarvan enkele 'cellen' of combinaties daarvan gebruikt kunnen worden voor het opstellen van de meest veelbelovende business cases (zie matrix hieronder). Zonder invulling te geven aan de matrix kan gedacht worden aan een vrij ver uit te werken business case met bijvoorbeeld de toeleiding via een combinatie van verschillende wegen (huisarts, GGD, bedrijfsarts), te bekostigen door verschillende financiers (via de zorgverzekeringswet, de gemeente en de werkgever) in een welomschreven regio met een zorggroep waarbij sprake is van een duidelijke preferente verzekeraar, anticiperend op een koppeling van mogelijk toekomstige screening voor kwaadaardige aandoeningen en GGZ. Andere varianten zijn ook denkbaar, bijvoorbeeld een business case in een regio met een sterke nadruk op samenwerking tussen de eerste- en nuldelijn, waar de meerwaarde van een sectoroverstijgende sociale kaart wordt gebruikt bij het vormgeven van de nazorg. Maar ook een uit te werken business case met een dominantie vanuit de bedrijfssetting is denkbaar.

Matrix voor business cases vervolgonderzoek PC CMR

	Organisatie	Financiering	Geografisch inbedding	Positionering
Organisatie				
Financiering				
Geografische inbedding				
Positionering				

Wat betreft de organisatie kan geconcludeerd worden dat op er dit moment ook veel mogelijkheden zijn, echter de samenwerking tussen zowel de gemeente/GGD, als eerstelijners, als bedrijfsartsen komt tot op heden nog niet voor. Uit deze verkenningstudie komen geen initiatieven naar voren waarbij meerdere partijen de toeleiding naar de risicotest doen, het merendeel van de initiatieven vindt plaats in of vanuit de huisartsenpraktijk. Het volledige traject van toeleiden, screenen en interveniëren wordt het best op elkaar afgestemd in wetenschappelijk onderzoek, zo blijkt uit deze verkenning. Bij overige initiatieven wordt ofwel het opsporen/screenen goed uitgewerkt ofwel de achterdeur. In de provincie Noord-Brabant zijn er verschillende initiatieven die naast elkaar lopen: zowel wetenschappelijk onderzoek, als bedrijfsartsen die het PC CMR (willen) uitvoeren, als de GGD die wijkgezondheidsdagen organiseert en de GGD die de mogelijkheden voor implementatie van het PC CMR aan het verkennen zijn. Verkend kan worden of de initiatieven van deze partijen gebundeld kunnen worden en te komen tot een samenwerkingsverband. De meest actieve regio's situeren zich in het (Noord-)Westen van het land, in Noord-Brabant en Zuid-Limburg. Verder vinden er initiatieven plaats verspreid over het land. Het merendeel van de initiatieven wordt gefinancierd op projectbasis, waarbij structurele financiering dus ontbreekt. Bij zes initiatieven wordt er voor de financiering een combinatie gemaakt van gelden afkomstig van de gemeente en de zorgverzekeraars. Bij deze initiatieven gaat het ook echter om financiering op projectbasis in plaats van structurele financiering.

Om definitief invulling aan de business cases te geven, kunnen ronde tafelgesprekken georganiseerd worden met betrokkenen, dan wel de te betrekken partijen, in een voor die business case gekozen verband. De business cases kunnen uiteindelijk model staan voor de organisatie en financiering van preventie/het PC CMR.

4 METHODOLOGISCHE OVERWEGINGEN

Een van de sterke punten van deze verkenningstudie is de uitgebreide informatie afkomstig uit literatuuronderzoek, interviews met allerlei (mogelijk) belanghebbende partijen op nationaal niveau, aangevuld met een online enquête om de implementatiemogelijkheden in de regio te verkennen. De antwoorden op de interviews en de online enquête dienen met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden aangezien sprake kan zijn van selectiebias. Tevens zijn er geen interviews uitgevoerd met vertegenwoordigers van Welzijnswerk en UWV. Deze partijen worden door geïnterviewden genoemd als belanghebbenden en kunnen wellicht nog waardevolle informatie leveren voor de toeleiding naar de risicotest en de benadering van mensen met een lage SES, maar hebben mogelijk ook een aanbod aan de interventiekant. Een beperking van de verkenningstudie is dat de respons op de online enquête relatief laag is, wat (deels) verklaard kan worden door de timing van het versturen van de enquêtes. Bij het literatuuronderzoek moet aangegeven worden dat er sprake kan zijn van publicatiebias: over initiatieven vanuit regionale partijen (huisartsenpraktijk, ROS, GGD) wordt lang niet altijd (wetenschappelijk) gepubliceerd of de resultaten zijn niet in het openbaar beschikbaar. Bijgevolg ontbreken deze initiatieven in het literatuuroverzicht.

5 CONCLUSIE

Uit deze verkenningstudie kan geconcludeerd worden dat hoewel veel geïnterviewden positief staan ten opzichte van het PC CMR, draagvlak en structurele inbedding niet zomaar gerealiseerd zijn. Verschillende belemmerende en bevorderende factoren worden genoemd, waarbij structurele financiering eruit springt. Het is nog niet duidelijk hoe het PC CMR het beste gefinancierd kan worden: binnen de zorgverzekering, uit het gemeentefonds of door nieuw op te zetten financieringssystemen zoals populatiegebonden bekostiging, een preventiefonds of een nieuwe vorm van huisartsenfinanciering. Daarnaast komt naar voren dat aandacht voor (selectieve)preventie nog lang geen vanzelfsprekendheid is: niet bij de politiek, niet bij het publiek, maar ook niet bij de professionals. Op de vraag wie het PC CMR moet implementeren worden zowel de huisartsenpraktijken, de GGD'en/gemeenten als de Rossen genoemd. Over de uitvoering van de consulten door de huisartsen is wel redelijke consensus, maar de toeleiding naar het PC CMR kan door veel verschillende partijen gebeuren en ook over de achterdeur is nog veel onduidelijkheid. Een sectoroverstijgende sociale kaart, waarin zowel het medische en paramedische aanbod als het sport- en welzijnsaanbod ondergebracht worden, zou bij die achterdeur uitkomst kunnen bieden. Hoe de regio's moeten worden ingedeeld is nog de vraag; Nederland bestaat uit een lappendeken van organisaties die allemaal betrokken zijn bij gezondheid en zorg. Bovendien is er bij een eventuele structurele implementatie van het PC CMR afstemming gewenst ten aanzien van andere vormen van screening (de positionering).

De verkenningstudie naar de regionale implementatiemogelijkheden van het PC CMR geeft antwoord op een aantal vragen, maar roept tevens vele nieuwe vragen op. Er zijn vele verschillende manieren om het PC CMR te organiseren, te financieren, geografisch in te bedden en te positioneren, maar wat is de meest geschikte manier? Het strekt tot aanbeveling dit in een vervolgonderzoek verder uit te werken in de vorm van verschillende business cases.

Bijlage 1

Overzicht geïnterviewde partijen

Academisch Medisch Centrum (AMC) – Vakgroep Sociale Geneeskunde

Actiz: Organisatie van zorgonderaannemers

CVZ: College voor Zorgverzekeringen

Diabetes Fonds

GGD NL

KNGF: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

KNMG: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

KNMP: Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering van de Pharmacie

Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) – Vakgroep Public health en Eerstelijns geneeskunde

LHV: Landelijke Huisartsen Vereniging

LVG: Landelijke Vereniging Georganiseerde Eerste Lijn

NHG: Nederlanders Huisartsen Genootschap

Nierstichting

NIPED

NISB: Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen

NIVEL (2 aparte interviews)

NPCF: Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie

NVAB: Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs geneeskunde

NVD: Nederlandse Vereniging van Diëtisten

RIVM – Centrum Bevolkingsonderzoek

RIVM – Centrum Gezond Leven

Universiteit Maastricht - Vakgroep Huisartsgeneeskunde

Van Vliet Training & Ontwikkeling

Vita Valley

VNG: Vereniging van Nederlandse Gemeenten

VU Medisch Centrum (VUmc) – EMGO Institute for Health and Care Research

VWS Curatieve Zorg

VWS Publieke Gezondheid

ZN: Zorgverzekeraars Nederland

ZonMw

Bijlage 2

Vragenlijst interview

Welke (aanverwante of afgeleide) initiatieven voor, of welke lopende onderzoeken naar het PC en initiatieven bestaan momenteel in Nederland, die behulpzaam kunnen zijn voor de opzet en vormgeving van enkele regionale pilots?

1. Welke activiteiten voert u als organisatie uit binnen (of gerelateerd aan) het PC?
2. Welke (regionale) initiatieven binnen (of gerelateerd aan) het PC worden er door uw leden/achterban uitgevoerd? En in welke regio?

Zijn er regionale implementatiemogelijkheden van het PC CMR?

3. Is er draagvlak voor implementatie van het PC of aanverwante initiatieven in de regio's?
4. Zo ja, in welke regio's?
5. a) Welke organisaties zouden **een rol** moeten hebben bij de implementatie van het PC in een regio?
b) Welke van deze organisatie(s) zou de **voortrekkersrol** moeten nemen?
c) Welke van deze organisatie(s) zou de **coördinerende rol** op zich moeten nemen?
6. Wat is er volgens u nodig om het PC structureel in te bedden in een regio? (bv. inbedding in de zorgstandaard, opnemen in de nota lokaal gezondheidsbeleid, indicator bij gezondheidsinspectie)
7. Wat zijn volgens u de **drie belangrijkste bevorderende factoren** voor de regionale implementatie van het PC? (beleid, strategie, menskracht, deskundigheid, methoden, materialen, investering, goodwill, kennis organisatie netwerk, leiderschap)
8. Wat zijn volgens u de **drie belangrijkste belemmerende factoren** bij de regionale implementatie van het PC?

-
9. Welke financieringsmogelijkheden bestaan er volgens u voor het PC? Evt per onderdeel
- De gemeenten uit het gemeentefonds
 - Zorgverzekeraars uit de basisverzekering of aanvullende verzekering
 - De werkgever
 - Het individu zelf door een eigen bijdrage
 - Private partijen/de markt
 - Anders
10. Is structurele inbedding van het PC in de regio haalbaar op een korte termijn?

PC

11. Wie of welke organisatie/instantie (op regionaal niveau) zou de toeleiding naar het PC kunnen verzorgen?
12. Hoe zou de doelgroep (personen vanaf 45 tot 70 jaar) benaderd kunnen worden? (Actief vs. Passief, brief, poster, internet, apotheker, sportclub, buurthuis,...)
13. Hoe zou de **lage SES doelgroep** volgens u het beste bereikt kunnen worden?
14. Welke hulpverlener zou het meest geschikt zijn om de **niet-gemotiveerde doelgroep** te motiveren?
15. De huisarts voert nu de screening binnen het preventieconsult uit (**consult 1**: bespreken vragenlijst, lichamelijk onderzoek). Welke andere partijen/hulpverleners zouden dit consult ook uit kunnen voeren.
16. De huisarts voert nu **consult 2** binnen het preventieconsult uit (opstelling risico-profiel en bespreking risico). Welke andere hulpverleners zouden dit consult ook uit kunnen voeren?
17. Is er voldoende inzicht in de beschikbaarheid en toepasbaarheid van behandelingen / vervolgtraject(en) wanneer individuen een verhoogd risico hebben?

18. Wat zou volgens u de meest haalbare manier zijn om het PC te organiseren?
(Keuze laten maken met behulp van kaarten met namen van partijen die ze dan kunnen leggen bij het opsporen en screenen)
- Toegeleiding via: ...
 - Consult 1 door: ...
 - Consult 2 door: ...
 - Behandeling/(leefstijl)interventie door: ...
19. Dit alles overziend en terugblikkend op dit interview, hoe staat u dan ten opzichte van het preventieconsult?
Zeer negatief 1 - 2 - 3 - 4 - 5 Zeer positief
20. Heeft u nog relevante (achtergrond)documenten, nota's, beleidsstukken, literatuur of andere relevante informatie voor ons?

Bijlage 3

Online enquête

Persoonsgegevens

- Organisatie
- Regio/Werkgebied
- Postcode
- Gemeente
- Naam
- Functie

1. Hoe staat uw organisatie ten opzichte van het PreventieConsult Cardiometabool Risico?

- Zeer negatief
- Negatief
- Neutraal
- Positief
- Zeer positief

2. U heeft aangegeven dat uw organisatie het PreventieConsult Cardiometabool Risico als negatief of zeer negatief beoordeeld. Zou een andere vorm van het Preventieconsult uw oordeel veranderen?

- Ja
- Nee

2a. Zo ja, wat zou er veranderd moeten worden aan het PreventieConsult Cardiometabool Risico om uw oordeel te herzien?

2b. Zo nee, waarom niet?

3. Voert uw organisatie activiteiten uit binnen het PreventieConsult Cardiometabool Risico of aanverwante initiatieven met betrekking tot

	Ja	Nee	Weet ik niet / Niet van toepassing
Toegeleiding naar risicotest	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uitvoeren Consulten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behandeling / Aanbieden van interventies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Welke activiteiten voert uw organisatie uit met betrekking tot de TOEGELEIDING NAAR DE RISICOTEST van het PreventieConsult Cardiometabool Risico of aanverwante initiatieven?

5. Welke activiteiten voert uw organisatie uit met betrekking tot het UITVOEREN VAN CONSULTEN bij het PreventieConsult Cardiometabool Risico of aanverwante initiatieven?

6. Welke activiteiten voert uw organisatie uit met betrekking tot BEHANDELING OF HET AANBIEDEN VAN INTERVENTIES binnen het PreventieConsult Cardiometabool Risico of aanverwante initiatieven?

7. Wie of welke organisatie doet de TOEGELEIDING NAAR DE RISICOTEST van het PreventieConsult Cardiometabool Risico op dit moment (huidige situatie)? Wie of welke organisatie zou dit idealiter moeten doen (ideale situatie)? (Meerdere keuzes mogelijk)

	Huidige situatie	Ideale situatie
Het individu zelf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huisartsenpraktijk: huisarts / praktijkondersteuner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thuiszorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeente / GGD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werkgever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Zorg) verzekeraar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, nl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weet ik niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Op welke manier wordt de doelgroep (personen vanaf 45 tot 70 jaar) op dit moment toegeleid naar de risicotest van het PreventieConsult Cardiometabool Risico? Op welke manier zou dit idealiter moeten gebeuren (ideale situatie)? (Meerdere keuzes mogelijk)

	Huidige situatie	Ideale situatie
Persoonlijk aanspreken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aanschrijven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posters/folders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massamediale campagnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, nl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weet ik niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personen met een lage Sociaal Economische Status (SES) hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van hart- en vaatziekten, Diabetes Mellitus type 2 en chronische nierziekten. Het is bekend dat personen met een lage SES moeilijker te bereiken zijn voor het deelnemen aan de risicotest van het PreventieConsult Cardiometabool Risico.

9. Voert uw organisatie activiteiten uit binnen het PreventieConsult Cardiometabool Risico of aanverwante initiatieven gericht op personen met een lage SES?

	Ja	Nee	Weet ik niet / Niet van toepassing
Toegeleiding	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consult 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consult 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behandeling / aanbieden van interventies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Wie of welke organisatie doet de toegeleiding van de personen met een lage SES naar de risicotest van het PreventieConsult Cardiometabool Risico op dit moment (huidige situatie)? Wie of welke organisatie zou dit idealiter moeten doen (ideale situatie)? (Meerdere keuzes mogelijk)

	Huidige situatie	Ideale situatie
Het individu zelf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huisartsenpraktijk: huisarts / praktijkondersteuner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thuiszorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeente / GGD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werkgever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Zorg) verzekeraar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, nl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weet ik niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Op welke manier worden de personen met een lage SES toegeleid naar de risicotest van het PreventieConsult Cardiometabool Risico op dit moment (huidige situatie)? Op welke manier zou dit idealiter moeten gebeuren (ideale situatie)? (Meerdere keuzes mogelijk)

	Huidige situatie	Ideale situatie
Persoonlijk aanspreken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aanschrijven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posters/folders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massamediale campagnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, nl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weet ik niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tijdens het eerste praktijkconsult wordt de risicotest besproken en worden lengte, gewicht, middelomtrek en bloeddruk gemeten. Daarnaast wordt een laboratoriumonderzoek aangevraagd voor de bepaling van nuchtere glucose, totaal cholesterol en HDL-cholesterol. Verder wordt er een afspraak gemaakt voor het tweede praktijkconsult. Afhankelijk van de uitslag van het eerste praktijkconsult, laag of hoog risico op cardiometabole aandoeningen, worden tijdens het tweede praktijkconsult gerichte vervolgacties zoals leefstijladvies op maat of behandeling volgens de bestaande NHG-standaarden voorgesteld.

12. De huisarts voert nu consult 1 en consult 2 uit binnen het PreventieConsult Cardiometabool Risico. Welke hulpverlener(s) zouden deze consulten idealiter uit kunnen voeren?

	Consult 1 (bespreken risicotest en lichamelijk onderzoek)	Consult 2 (opstelling risicoprofiel, en bespreking risico)
Doktersassistent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praktijkondersteuner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praktijkverpleegkundige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huisarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekeringsarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keuringsarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedrijfsarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GGD arts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, nl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weet ik niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Heeft u inzicht in de regionale interventies die aangeboden kunnen worden in het kader van het PreventieConsult Cardiometabool Risico?

	Ja	Nee	Weet ik niet
Medische behandeling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para-medische behandeling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leefstijlinterventies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sportactiviteiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Welzijnsactiviteiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anders, nl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weet ik niet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Is er draagvlak bij gezondheidszorgpartners voor regionale implementatie van het PreventieConsult Cardiometabool Risico of aanverwante initiatieven in uw regio?

- Ja
- Nee
- Deels

14a. Bij wie/welke organisatie is er volgens u draagvlak voor regionale implementatie van het PreventieConsult Cardiometabool Risico of aanverwante initiatieven in uw regio?

14b. Wat maakt dat er volgens u draagvlak is voor de regionale implementatie van het PreventieConsult Cardiometabool Risico of aanverwante initiatieven in uw regio?

14c. Waarom denkt u dat er geen draagvlak is voor regionale implementatie van het PreventieConsult Cardiometabool Risico of aanverwante initiatieven?

15. Welke partijen zouden een rol moeten hebben bij de implementatie van het PreventieConsult Cardiometabool Risico in een regio? En welke partij(en) zou dan de coördinerende* rol moeten hebben bij de implementatie van het PreventieConsult Cardiometabool Risico?

*Coördineren is het met elkaar in overeenstemming brengen van alle activiteiten, voorzieningen en organisatiedelen om de implementatie van het PreventieConsult Cardiometabool Risico in de regio mogelijk te maken.

	Rol	
	als coördinator	bij de implementatie
Gemeente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GGD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gezondheidscentra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorggroepen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verenigingen (vb. sportverenigingen, hobbyclubs,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders,nl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weet ik niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Wat zijn volgens u de drie belangrijkste bevorderende factoren voor de regionale implementatie van het PreventieConsult Cardiometabool Risico?

- 1
- 2
- 3

17. Wat zijn volgens u de drie belangrijkste belemmerende factoren voor de regionale implementatie van het PreventieConsult Cardiometabool Risico?

- 1
- 2
- 3

18. Welke financieringsmogelijkheden voor (onderdelen van) het PreventieConsult Cardiometabool Risico hebben uw voorkeur?

	Toegeleiding	Consult 1	Consult 2	Behandeling / Interventie
Gemeente uit het gemeentefonds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorgverzekeraars uit de basisverzekering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorgverzekeraars uit de aanvullende verzekering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werkgever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individu zelf door eigen bijdrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Private partijen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, nl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weet ik niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bijlage 4

Overzicht initiatieven gerelateerd aan het PC CMR

Gebruikte afkortingen:

WO = Wetenschappelijk Onderzoek

O = Opsporen

S = Screenen

IV = Intervenieren

HA = Huisarts

PO = Praktijkondersteuner

PVPK = Praktijkverpleegkundige

DMII = Diabetes Mellitus type 2

HVZ = Hart- en Vaatziekten

GBA = Gemeentelijke Basis Administratie

ROS = Regionale Ondersteunings Structuur

Initiatief (referentie)	Organisatie (welke partijen betrokken bij opsporen, screenen en interveniëren?)	Financiering	Geografische inbedding	Positie (wat zijn het doel en de doelgroep van het initiatief?)	Overige kenmerken
1. Addition (WO) (50-53)	O & S: Wetenschap ism HA IV: xxxxx	Novo-Nordisk, GSK, Merck.	Zuidwest Nederland	screening op DMII	populatiescreening
2. Aphrodite (WO) (33, 54-56)	O & S: Wetenschap ism HA IV: HA/PO, paramedici	Projectgelden ZonMw, HAs / POS: CZ / VGZ	Eindhoven en omgeving	screening hoog risico DMII gericht op preventie DMII	Vergelijking met usual care HA
3. Apotheek Hoeven (57)	O & S: Apotheek IV: xxxxx	Onbekend	Hoeven, Noord-Brabant	Bepaling risico op hart- en vaatziekten	Initiatief vanuit apotheek
4. Balance at work (WO) (58)	O, S & IV: Bedrijfsartsen	Projectgelden ZonMw	Verspreid over NL	Preventie gewichtstoename	Aandacht fysieke en sociale omgeving
5. Beweegkuur (WO) (32, 59-61)	O & S: HA IV: leefstijladviseur (PO/fysio)	Ministerie van VWS; niet in basisverzekering opgenomen	Verspreid over NL (zie kaartje nationale atlas)	Preventie van DMII, gericht op overgewicht en obesitas	Gericht op netwerkvorming
6. Bewegen op recept (62)	O: HA/PO / zorgprofessional S: xxxxx IV: leefstijladviseur, iom HA, ism sportcoach	Gemeente, verzekeraar, eigen bijdrage. Tevens mogelijkheden structurele financiering	Den Haag, Almelo, Bergen op Zoom, Zaanstad	Gericht op (allochtone) patiënten (vrouwen) waarbij bewegen gezondheidsbevorderend kan bevorderen	Samenwerking zorg-professionals en gemeente
7. Big Move (63)	O: HA / zorgprofessionals S: xxxxx IV: door Big Move Institute geschoolde begeleiders	ZZ vanuit basis- en aanvullende verzekering.GG: deelnemer, gemeente, verzekeraar en andere stakeholders	Brede uitrol over Nederland; zie www.bigmove.nu	Mensen met gezondheids- problematiek die baat kunnen hebben bij leefstijlverandering. Veel lage Ses / allochtone deelname	Gericht op realiseren lokale samenwerking Gezondheidsbevordering in wijk

Initiatief (referentie)	Organisatie (welke partijen betrokken bij opsporen, screenen en interveniëren?)	Financiering	Geografische inbedding	Positie (wat zijn het doel en de doelgroep van het initiatief?)	Overige kenmerken
8. Body at Work (WO) (64)	O & S: Werkgever IV: getrainde begeleiders: bewegingswetenschapper, diëtist	ZonMw, Nederlandse Hartstichting, body at work TNO-VUmc	Niet beschreven	Gewichtsbeheersing in werkende populatie met overgewicht	Interventie per telefoon/-email. Inzet pedometer
9. Bommelerwaard beweegt (65)	O: HA; brede wijk aanpak S: xxxxx IV: individu zelf, eventueel ondersteuning fysio	van Voorden stichting, Stichting Saltlijn, de Gemeente Zaltbommel en de Gemeente Maasdriel	Bommelerwaard, Gelderland	Zieke mensen en mensen met verhoogd risico op chronische ziekte: overgewicht, hoge bloeddruk hoog cholesterolgehalte	ISM MEE Gelderse Poort sociale kaart Bekendheid via folder. Steun gemeente/sportfederatie
10. Consultatiebureau voor ouderen Carint (66)	O, S & IV: Wijkverpleegkundige van de thuiszorg (IV summier)	Provincie, thuiszorg, GGD regio Twente	Noordwest Twente	Breed gezondheidsprofiel o.a. voeding, roken, slapen, alcohol, welbevinden, klinische maten	Passieve werving: flyers, posters, persberichten
11. Consultatiebureau ouderen Aalsmeer / Uithoorn (WO) (67)	O: Consultatiebureau voor ouderen, coördinatie GGD S & IV: verpleegkundige consultatiebureau (IV summier)	Niet beschreven	Aalsmeer / Uithoorn (onder Amsterdam)	Zelfstandig wonende ouderen 60-75 jaar. Wijken met hoog percentage lage SES. Breed risicoprofiel	Selectie deelnemers uit GBA
12. De gezonde waarde (68)	O: Werkgever via email S: Verpleegkundige thuiszorg, Supervisie door bedrijfsarts IV: xxxxx	Werkgever	Niet beschreven	Richt op hart- en vaatziekten, bloeddruk, cholesterol. Algemeen publiek / werkenden	Initiatief biedt zich aan werkgevers aan health check uit te voeren

Initiatief (referentie)	Organisatie (welke partijen betrokken bij opsporen, screenen en interveniëren?)	Financiering	Geografische inbedding	Positie (wat zijn het doel en de doelgroep van het initiatief?)	Overige kenmerken
13. Dhaan (WO) (69)	O & S: Huisarts / PO i.s.m. wetenschappers IV: getrainde diëtistes en beweegcoaches (BOR)	ZonMw projectgelden	Den Haag	Gericht op Hindoestaanse Surinamers Preventie van DMII	Ook aandacht voor familieleden
14. Diabetes Preventie Hoorn (WO) (70, 71)	O & S: Diabetes Onderzoeks Centrum Hoorn IV: PO	ZonMw projectgelden	Hoorn	Gericht op mensen met hoog risico voor DMII / hart- en vaatziekten	Na interventie booster sessies via telefoon
15. Diabetes voorkómen (72)	O, S & IV: Allochtone voorlichters vanuit GGD Amsterdam	Gemeenten, verzekeraars, ZonMw	Amsterdam	Marokkaanse / Turkse Nederlanders. Preventie van DMII	
16. Diabscreen (73)	O: Automatisch vanuit HIS S: HA op advies alert HIS IV: xxxxx	ZonMw projectgelden	Nijmegen, Maastricht, Amsterdam	Screenen op hoog risico voor DMII	Passieve strategie: risico besproken tijdens regulier consult.
17. Voorlichtingsbijeenkoms GGD Hart voor Brabant (74)	O: Wijk, welzijnsorganisaties, thuiszorg S & IV: xxxxx	Gemeente	Brabant	Ook aandacht lage SES / allochtonen. Gericht op hoogrisico-groepen DMII	Info aan HR-groepen Verbeteren toeleiding preventieve activiteiten
18. GOAL-studie Groningen (WO) (75)	O & S: Research team, vanuit huisartsenpraktijk IV: PO	ZonMw projectgelden	Noord-Nederland	Screening op overgewicht. Gericht op gewichtsbehoud.	PO's ondersteund door gestandaardiseerd protocol op computer
19. Groene Kruis Gezondheidscheck (76)	O,S & IV: Verpleegkundige thuiszorg. Eventueel doorverwijzen naar HA of diëtist	ZonMw, preventiekracht dichtbij huis.	Maastricht	Screening op hoog risico voor hart- en vaatziekten, DMII, metabool syndroom	Aparte check voor 65+, met accent op zelfredzaamheid /welbevinden

Initiatief (referentie)	Organisatie (welke partijen betrokken bij opsporen, screenen en interveniëren?)	Financiering	Geografische inbedding	Positie (wat zijn het doel en de doelgroep van het initiatief?)	Overige kenmerken
20. Hartslag Limburg (77)	O: HA, op basis patiëntendossier S: HA IV: gezondheidsadviseurs; praktijkassistente en diëtist	Nederlandse Hartstichting	Maastricht	Screenen op hoog risico voor hart- en vaatziekten. Gericht op preventie hart- en vaatziekten	Indien gewenst telefonische booster Contact met HA via patiëntendossier
21. IJSCO-studie IJsselstein (78)	O: HA i.s.m. PO S: onderzoeksmedewerkers IV: xxxxx	Merck	IJsselstein	Opsporen mensen met metabool syndroom. Mensen 20-69 jaar	Patiënt moet zelf middel- omtrek meten
22. Impala (79-81)	O: HA en PVPK S & IV: PVPK	ZonMw projectgelden Universiteit Maastricht	Verspreid over Nederland. Analyse vanuit Maastricht	Management cardio-vasculair risico. Screenen op risicofactoren HVZ	Focus op shared decision making
23. Kijk op diabetes (82)	O: brede aanpak; activiteiten leiden naar diabetes risico test S: HA IV: leefgezondcoach: digitaal advies	ZonMw projectgelden	Landelijk initiatief en brede uitrol	Vroege opsporing mensen met DMII of hoog risico daarop. Specifieke aandacht allochtonen	Routeplanner diabetes om implementatie bij Has te bevorderen. ROS ism GGD
24. Niercheck (83)	O: Media; telefonisch of via internet 'niercheck' aanvragen; urinetest S: HA IV: xxxxx	Nierstichting Nederland	Landelijke campagne	Opsporen mensen met verhoogd risico op nierziekte.	Mensen met verhoogd risico (bv. DMII) minder aanvraag. Lage opkomst mensen met positieve test (33%)

Initiatief (referentie)	Organisatie (welke partijen betrokken bij opsporen, screenen en interveniëren?)	Financiering	Geografische inbedding	Positie (wat zijn het doel en de doelgroep van het initiatief?)	Overige kenmerken
25. NISB ketenaanpak actieve Leefstijl (84)	O: HA (schrijft beweegrecept) S: xxxxx IV: beweegconsult (PO / fysio) i.s.m. externe beweeg-aanbieders: fitness, zwembad, GGD, wijkcentra	Mogelijkheden: (basis) verzekering, keten-afspraken verzekeraar, innovatiegelden verzekeraar, impulsregeling gemeente, collectieve contracten gemeente of werkgever en verzekeraar	Verspreid over Nederland; o.a. Sittard, Amsterdam, Utrecht, Eindhoven	Mensen voor wie meer bewegen noodzakelijk of zeer wenselijk is; bv. mensen met chronische aandoening of hoog risico daarop, psychische klachten.	Samenwerking professionals binnen en buiten zorg; gemeente, beweeg-aanbieders, zorgprofessionals, verzekeraars; brede implementatie
26. Nurse led primary care in Zuid-Nederland (WO) (85)	O: HA op basis van risicoscore voor cardiovasculair risico S & IV: assistente /verpleegkundige; eventueel verwijzen diëtist	Universitair ziekenhuis Maas-tricht, Pfizer grant, Financiering POs: VGZ / CZ, Beyaert Robuust Limburg (ROS)	Zuid-Nederland	Gericht op management cardiovasculair risico. Mensen met HVZ, mensen met risicofactoren HVZ	Vergelijking met usual care
27. Preventief Gezondheids-onderzoek Ouderen (PGO) (24)	O: Vanuit GGD, steekproef GBA S&IV: wijkverpleegkundige; HA of preventieve activiteiten	Innovatiefonds verzekeraar, provincie Zeeland, zorgkantoor Zeeland, gemeente, GGD	Regio Zeeland, regio Eemland (Soest, Amersfoort)	Richt ook op valpreventie, osteoporose, eenzaamheid. Zelfstandig wonende ouderen 60-75 jaar	Bestaand aanbod aan interventies in kaart gebracht
28. Preventiekompas (86)	O: Vanuit werksetting; webbased vaststellen gezondheidsrisico's. S: zelftesten mbv thuiskit IV: tailored feedback internet	Slecht beschreven: iig ZonMw projectgelden. Verder: werkgever, verzekeraars,	Verspreid over NL	Volwassenen zonder klachten of verhoogd (erfelijk) risico. Breed gezondheidsprofiel	Verwijzing bestaande initiatieven, tailormade, afhankelijk van wensen m.b.t. interventie en ook motivatie meegenomen

Initiatief (referentie)	Organisatie (welke partijen betrokken bij opsporen, screenen en interveniëren?)	Financiering	Geografische inbedding	Positie (wat zijn het doel en de doelgroep van het initiatief?)	Overige kenmerken
29. SLIMMER (87)	O: HA, reminder PO S: Op voorhand gedaan door HA: gestoorde nuchter IV: diëtist / fysio	ZonMw projectgelden Diabetesfonds	Apeldoorn	Screening op hoog risico voor DMII: verstoorde glucose tolerantie	Gebaseerd op SLIM-studie
30. Preventie Diabetes en Hart- en Vaatziekten Heino (88)	O: Thuiszorg i.s.m. HA. S: wijkverpleegkundige IV: wijkverpleegkundige (summier)	Startsubsidie vanuit kijk op diabetes campagne. Voor de rest niet beschreven	Heino (Salland, provincie Overijssel)	Volwassenen tussen 45-70 jaar. Mensen met hoog risico op DMII	Samenwerking tussen thuiszorg en eerste lijn
31. Van klacht naar kracht (89)	O & S: HA (screenen op basis indicatiefomulier) IV: leefstijladviseur: begeleiden verwijzen beweegaanbod	Gemeente, nationale overheid, verzekeraar, ZonMw, eigen instellingsmiddelen	Rotterdam	Mensen met hoog risico op DMII of depressie	Samenwerking eerste lijn, verzekeraar, ROS, thuiszorg, gemeente
32. Platform vitale vaten (NDF zorgstandaard VRM) (90)	O: HA of eventueel PO S: HA IV: HA of eventueel PO	Onderzoek met subsidie Nederlandse Hartstichting Voor de rest verzekerbare zorg (zorgverzekeraar)	Verspreid over Nederland	Mensen met (verhoogd risico op) hart- en vaatziekten.	Zelfmanagement; individueel zorgplan, ondersteuning zorgverlener en sociale omgeving. Shared decision making

Bijlage 5

Financiële kader

Zorgverzekering

Basisverzekering

De basisverzekering is wettelijk verplicht voor iedereen die in Nederland woont of werkt en moet afgesloten worden bij een zorgverzekeraar in Nederland (38). De basisverzekering dekt de standaardzorg van bijvoorbeeld huisarts, ziekenhuis of apotheek. Iedereen vanaf 18 jaar en ouder betaalt een premie voor de basisverzekering (37). Deze premie is voor iedereen hetzelfde, maar verschilt wel per zorgverzekeraar. Verder betaalt iedereen van 18 jaar en ouder een verplicht eigen risico voor de zorgverzekering. Dat betekent dat iedereen de eerste 220 Euro van de zorg uit het basispakket zelf moet betalen. Men kan naast het verplicht eigen risico ook kiezen voor een hoger eigen risico. Wanneer men kiest voor een hoger eigen risico wordt de maandelijkse premie van de basisverzekering lager.

Naast de premie die iedereen aan de zorgverzekeraar betaalt, is er ook een inkomensafhankelijke bijdrage. De hoogte van deze bijdrage hangt af van de hoogte van het inkomen en het percentage dat over het inkomen wordt berekend. De rijksoverheid stelt dit percentage jaarlijks vast. De werkgever of uitkeringsinstantie vergoedt in veel gevallen de inkomensafhankelijke bijdrage. De verzekerde betaalt dan alleen belasting over die vergoeding.

Aanvullende verzekering

Naast de verplichte basisverzekering, zijn alle verzekerden vrij om een aanvullende verzekering af te sluiten (39). Een aanvullende verzekering dekt de kosten die de basisverzekering niet of niet helemaal vergoedt. In de aanvullende verzekering kunnen bijvoorbeeld alternatieve geneeswijzen, fysiotherapie, tandheelkundige hulp, een medische check of een tegemoetkoming bij de aankoop van een bril of contactlenzen vergoed worden. Voor de aanvullende zorgverzekering kan er bij de verschillende verzekeraars gekozen worden voor verschillende pakketten en hiervoor geldt hoe uitgebreider het aanvullende pakket, hoe hoger de premie. Zorgverzekeraars bieden ook steeds meer aanvullende verzekeringen aan voor bepaalde doelgroepen: bijvoorbeeld voor jongeren en voor 50-plussers. Hierbij wordt er in kaart gebracht aan welke zorg deze doelgroep het meeste behoefte heeft en deze zorg wordt dan geheel of gedeeltelijk vergoed.

In bijlage 7 is een overzicht opgenomen van de dekking van een medische check of preventief onderzoek door de aanvullende pakketten van de zorgverzekeraars.

Standpunt van het CVZ ten aanzien van de financiering van het PC CMR vanuit de zorgverzekering

Het actief benaderen van (hoog)risicogroepen zonder dat er bij de tot deze groepen behorende personen een zorgvraag bestaat, is onderdeel van selectieve preventie. Het CVZ omschrijft selectieve preventie als het ongevraagd benaderen van (hoog) risicogroepen met het doel de gezondheid van de specifieke risicogroepen te bevorderen door het uitvoeren van preventieprogramma's. In het rapport "Van preventie verzekerd" stelde het CVZ dat selectieve preventie buiten het domein van de Zorgverzekeringswet en dus ook buiten de basisverzekering valt (91). Het komt erop neer dat een verzekerde op grond van zijn zorgverzekering recht heeft op vergoeding van de kosten van (geneeskundige) zorg. Kosten die verband houden met het benaderen en/of uitnodigen van de populatie vallen buiten het bereik van de zorgverzekeringswet en vallen onder selectieve preventie.

Het standpunt van het CVZ inzake de NHG-standaard PC CMR is als volgt (2):

Aanbod van het PC CMR na actieve benadering van de populatie van de huisartsenpraktijk valt niet onder de zorgverzekeringswet, maar is een onderdeel van selectieve preventie (namelijk het bevorderen van de gezondheid van risicogroepen door het uitvoeren van specifieke preventieprogramma's).

- a. Aanbod van het PC CMR na een individuele zorgvraag. Een individu kan behoefte hebben aan geneeskundige zorg omdat hij bij zichzelf risicofactoren voor een ziekte vermoedt. Wanneer het individu met deze vraag bij de huisarts komt is het voor de huisarts vaak niet meteen duidelijk of er inderdaad een verhoogd risico voor een ziekte is. De huisarts kan er dan voor kiezen om het PC CMR als tool in te zetten om te evalueren of het individu een verhoogd risico heeft en welke zorg/behandeling ingezet moet worden. Wanneer het PC CMR op deze manier ingezet wordt, dan worden de consulten bij de huisarts wel vergoed door de basisverzekering. Het CVZ ziet de standaard PC CMR als aanvulling op de reeds bestaande richtlijnen.
- b. Aanbod van het PC CMR na actieve benadering op landelijk of kleinschaliger niveau. Als er al een bepaald deel van de bevolking het aanbod van het geneeskundig onderzoek gedaan wordt gericht op het opsporen van deelnemers met bepaalde risico-indicatoren, valt dit onder de werkingssfeer van de Wet BevolkingsOnderzoek (WBO). Bij een bevolkingsonderzoek wordt de doelgroep geselecteerd op basis van algemene kenmerken als leeftijd en geslacht. Bij het onderscheid tussen individuele hulpverlening en bevolkingsonderzoek gaat het volgens de Gezondheidsraad dus om wat er bij wie naar aanleiding waarvan

gebeurt, meer dan om de context waarin dit gebeurt. Vaak wordt preventief onderzoek aangeboden in de vorm waarbij in eerste instantie een vragenlijst wordt voorgelegd. Naar aanleiding van de ingevulde vragenlijst kan er naar vervolgonderzoek geadviseerd worden. De Gezondheidsraad vindt dat het vervolgonderzoek niet gebeurt op medische indicatie, maar dat dit voortvloeit en deel uitmaakt van het screeningsaanbod en dat er sprake is van getrapte screening. Een bevolkingsonderzoek is vergunningsplichtig als er gebruik gemaakt wordt van ioniserende straling, als het een bevolkingsonderzoek is naar kanker of ernstige ziekte of afwijkingen waarvoor geen behandeling of preventie mogelijk is. Wanneer het PC CMR als bevolkingsonderzoek aangeboden zou worden is dit niet vergunningsplichtig. De kosten van een landelijk bevolkingsonderzoek komen ten laste van de rijksbegroting.

Integrale bekostiging

Bij integrale bekostiging wordt de integrale zorg voor een chronisch zieke in één totaalbedrag bekostigd in plaats van per verrichting (42, 43). Zorgverleners maken onderling afspraken over de verdeling van dat bedrag. Integrale bekostiging is alleen mogelijk als er een zorgstandaard voor de desbetreffende aandoening bestaat. In deze zorgstandaard wordt dan de zorg voor iemand met een bepaalde chronische ziekte vastgesteld. Alle kosten gerelateerd aan de patiënt moeten in dit integraal tarief verwerkt zijn. Van kosten voor de zorg, organisatie en huisvesting tot en met de kosten voor de infrastructuur en samenwerking. Het uitgangspunt voor de integrale bekostiging is dat door de invoering van integrale bekostiging er vraaggerichte zorg aan de patiënten geleverd kan worden. Het hele zorgproces behorende bij de chronische aandoening van een patiënt wordt hierdoor op elkaar afgestemd. De integrale bekostiging moet fragmentatie in het zorgproces voorkomen en samenwerking tussen de zorgverleners stimuleren, met als gevolg een meer doelmatige en hoogkwalitatieve zorg voor de patiënt. Op dit moment is er integrale bekostiging voor: diabetes, vasculair risicomangement (hart- en vaatziekten) en COPD. Selectieve preventie van deze aandoeningen is niet opgenomen in de zorgstandaarden en wordt dus ook via de integrale bekostiging niet gefinancierd.

Gemeentefonds

Het gemeentefonds is een fonds met belastinggeld van het Rijk (92). Jaarlijks krijgen gemeenten geld uit het gemeentefonds om een deel van hun uitgaven te betalen. Hoeveel geld elke gemeente krijgt is afhankelijk van de kenmerken (aantal inwoners, aantal jongeren, aantal uitkeringsgerechtigden, oppervlakte van het land en de grootte van watergebieden) en de belastingcapaciteit van de gemeente. Volgens de Wet publieke gezondheid (Wpg) heeft de gemeente als taak om aan gezondheidsbevordering

van de inwoners te doen. De gemeente kan voor preventie middelen uit het gemeentefonds inzetten en dit is volgens de Wpg gerechtvaardigd.

Populatiegebonden bekostiging

Het concept populatiegebonden bekostiging is in ontwikkeling. Bij populatiegebonden bekostiging wordt bijvoorbeeld uitgegaan van een uniform jaarlijks budget per patiënt, dat in principe alle uitgaven omvat. De zorgverlener draagt zelf het financiële risico als het budget wordt overschreden. Omgekeerd, de zorgverlener profiteert ervan als er minder uitgaven aan zorg zijn dan het toegekende budget. De hoogte van het toegekende budget is afhankelijk van de kenmerken van de patiënt namelijk leeftijd, geslacht en verschillende clusters van aandoeningen. Er zijn in het buitenland verschillende vormen van populatiegebonden bekostiging in ontwikkeling.

Preventiefonds

De RVZ stelt voor om een preventiefonds op te richten om het preventiebeleid vorm te geven en te financieren (41). Met behulp van dit preventiefonds zouden de plannen van verzekeraars en gemeenten met betrekking tot de preventie van een ongezonde levensstijl uitgevoerd moeten kunnen worden. Het fonds zou tot € 500 miljoen moeten bedragen waarvan ca. € 350 miljoen afkomstig is van het zorgbudget. Bij het preventiefonds heeft de huisarts dan als taak om samen met de GGD en zorgverzekeraars op wijkniveau gerichte plannen te maken om de inwoners te laten stoppen met roken, meer te laten bewegen en gezonder te laten eten. De huisarts zou dan tijd moeten maken om met de patiënt te praten over zijn ongezonde leefstijl. Het probleem hierbij is dat de huisarts hier niet voor betaald krijgt. Het doel is om de eerstelijnszorg te ontlasten. Idealiter zou het preventiefonds beheerd moeten worden door een bestuur van verzekeraars en gemeenten gezamenlijk.

Bijlage 6

Wettelijk kader van preventie

Wet publieke gezondheid

De Wet publieke gezondheid (Wpg) regelt de organisatie van de openbare gezondheidszorg, de bestrijding van infectieziektecrises en de isolatie van personen/vervoermiddelen die internationaal gezondheidsgevaar op kunnen leveren, de jeugdgezondheidszorg en ouderengezondheidszorg (44). De Wpg wordt uitgevoerd door de gemeente die als taak heeft het instellen en in stand houden van de gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) met deskundigen op het terrein van sociale geneeskunde, epidemiologie, sociale verplichtingen, gezondheidsbevordering en gedragswetenschappen. Verder heeft de gemeente volgens de Wpg als taak elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast te stellen en uit te voeren.

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is een verplichte, collectieve ziektekostenverzekering voor niet individueel verzekerbare ziektekosten (45). Hieronder vallen medische kosten die niet onder de zorgverzekering vallen en door bijna niemand persoonlijk op te brengen zijn. Het gaat hierbij dus om langdurige en onverzekerbare medische zorg.

Zorgverzekeringswet

De zorgverzekeringswet (Zvw) stelt een zorgverzekering verplicht voor iedereen die verzekerd is voor de AWBZ. Dit wil zeggen dat iedereen die in Nederland woont of werkt wettelijk verplicht is om een basisverzekering te hebben (46). De basisverzekering is voor iedereen gelijk en dekt de kosten van bijvoorbeeld huisarts, ziekenhuis of apotheek. De overheid bepaalt de inhoud van de basisverzekering en deze inhoud wordt jaarlijks herzien. Men kan zich ook aanvullend verzekeren voor kosten die niet in het basispakket zitten. De vergoedingen en de premie van zowel de basis- als aanvullende verzekering verschillen per verzekeraar.

De Zvw biedt, zowel in het basispakket als in het aanvullende pakket, geen kader voor de collectieve (universeel of selectieve) preventie ter bevordering van gezondheid. De toeleiding naar het PC CMR wordt bijgevolg dus niet vergoed door de basis- en aanvullende zorgverzekering.

Wet maatschappelijke ondersteuning

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) regelt dat mensen met een beperking de voorzieningen, hulp en ondersteuning krijgen die ze nodig hebben. Het kan gaan om ouderen, gehandicapten of mensen met psychische problemen (47). De Wmo zorgt er verder ook voor dat iedereen kan meedoen aan de maatschappij en zo veel mogelijk zelfstandig kan blijven wonen. Gemeenten voeren de Wmo uit en iedere gemeente legt andere accenten.

Wet op het Bevolkingsonderzoek

In de Wet op het Bevolkingsonderzoek (WBO) wordt de preventie of vroegtijdige opsporing van afwijkingen geregeld (48). Daarnaast heeft de WBO als doel de bevolking te beschermen tegen bevolkingsonderzoeken die een gevaar kunnen vormen voor de lichamelijke of geestelijke gezondheid. Bevolkingsonderzoek richt zich op het opsporen van ziekte of risico-indicatoren bij personen. Het gaat om geneeskundig onderzoek voor de gehele bevolking of een categorie daarvan. In Nederland worden op dit moment 8 bevolkingsonderzoeken uitgevoerd:

- Tijdens de zwangerschap: Bloedonderzoek zwangeren, down screening en Structureel Echoscopisch Onderzoek.
- Na de geboorte: Neonatale hielprikscreening, neonatale gehoorscreening
- Kanker: Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, bevolkingsonderzoek borstkanker,
- Diverse: Familieonderzoek op erfelijke hypercholesterolemie.
- Het bevolkingsonderzoek darmkanker zal in 2013 van start gaan.

LITERATUUR

1. Dekker JM, Alsema M, Janssen PGH, van der Paardt M, Festen CCS, van Oosterhout MJW, et al. M96. NHG-Standaard Het PreventieConsult module Cardiometabool. Huisarts en Wetenschap. 2011;54(3):138-55.
2. Latta JM, Derksen JTM, van Eijndhoven MJA, Hendriksen GMM, van der Meer FM. Het PreventieConsult. Diemen: College voor Zorgverzekeringen 2011 Contract No.: 2011105388
3. Nooyens ACJ, Spijkerman AMW. Het PreventieConsult module Cardiometabool. Omvang doelgroep, karakteristieken deelnemers. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) 2011. Report No.: 260514001.
4. Loket Gezond Leven. Interventiedatabase. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), [cited 2012]; Available from: <http://www.loketgezondleven.nl/interventies/i-database/>.
5. Hamberg - van Reenen HH, van Meeteren - Schram MT, Heus SM, Baan CA. Diabetesinterventies in kaart. Inventarisatie van diabetesinterventies op het terrein van preventie en zorg in Nederland. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) 2008 Contract No.: 260322003/2008.
6. Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen. Projectenbank Sport en Bewegen., Ede: Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB), [cited 2012]; Available from: <http://www.nisb.nl/kennisplein-sport-bewegen/projectenbank-sport-en-bewegen.html>.
7. Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen. Kennisbank. Ede: Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB), [cited 2012]; Available from: <http://www.nisb.nl/kennisplein-sport-bewegen/-kennisbank.html>.
8. ZonMw. Projecten. Den Haag: ZonMw; [cited 2012]; Available from: <http://www.zonmw.nl/nl/projecten/>.
9. Hartstichting. Onderzoek. Hartstichting; [cited 2012]; Available from: http://www.hartstichting.nl/wetenschappelijk_onderzoek/bereikte_resultaten/
10. Diabetes Fonds. Onderzoek. Amersfoort: Diabetes Fonds; [cited 2012].
11. Platform Personalized Prevention. Publicaties. Platform Personalized Prevention; Available from: <http://www.preventweb.nl/>.
12. Nielen MMJ, van der Meer V, Schellevis FG. Evaluatie pilot PreventieConsult cardiometabool risico. Utrecht: NIVEL 2010.
13. De Ondernemende Huisarts. Het Preventie Consult. Programmatische opsporing van mensen met een verhoogd cardiovasculair risico in de huisartspraktijk. Eindverslag van een pilot in vier praktijken van De Ondernemende Huisarts. Eindhoven: De Ondernemende Huisarts, 2011.
14. Godefrooij MB, van de Kerkhof RM, Wouda PJ, Vening RA, Knottnerus JA, Dinant G-J, et al. Development, implementation and yield of a cardiometabolic health check. Family Practice. 2012 April 1, 2012;29(2):174-81.
15. Preventie maakt het leven leuker, duurzamer en langer. NVAB-Actueel. 2011 23 november 2011;160.
16. Nielen MMJ, Schellevis FG. Preventie in de huisartsenpraktijk anno 2008: de vroege opsporing van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en nierziekten. Utrecht: NIVEL 2008. Report No.: 9789069059150.
17. Assendelft WJJ, Nielen MMJ, Hettinga DM, van der Meer V, van Vliet M, Drenthen AJM, et al. Bridging the gap between public health and primary care in prevention of cardiometabolic diseases; background of and experiences with the Prevention Consultation in The Netherlands. Family Practice. 2012 April 1, 2012;29(suppl 1):i126-i31.
18. Drenthen T, Boomsma L, Nielen M, Assendelft P. PreventieConsult Cardiometabool Risico. Tijdschrift voor praktijkondersteuning. 2011;2:38-43.

-
19. Broersen S. Preventie in de huisartsenpraktijk. *Medisch Contact*. 2010;66(31-32):1544-6.
 20. Lems S. De huisarts-patiëntrelatie anno 2006. Amsterdam: TNS NIPO2006 oktober 2006. Report No.: E4875.
 21. NHG-Minisympodium Preventie in de huisartsenzorg. Van politieke visie tot concreet preventieconsult. *Huisarts en Wetenschap*. 2008;51(2):nhg15-nhg6.
 22. Gelissen R, Jonkers R. Nulmeting Gezondheidscheck CMR: Uitkomsten van onderzoek onder de Nederlandse bevolking van 45-74 jaar in het kader van het project Checkstandaard Cardiometabool Risico. Amsterdam: ResCon, research and consultancy2009.
 23. Crommentuyn R. PreventieConsult in de startblokken. *Medisch Contact*. 2011 4 maart 2011;66(9):514-8.
 24. Gijsen E, van der Lei T, van Schaik J. Preventief gezondheidsonderzoek bij ouderen. Effectenonderzoek en procesevaluatie. Zeist: GGD Midden Nederland2006.
 25. Preventie met zorg. Visie van de Gezondheidsfondsen op de organisatie en financiering van preventie in de Nederlandse Gezondheidszorg. Amersfoort: Samenwerkende GezondheidsFondsen2009.
 26. Raaijmakers LGM, Helmink JHM, Hamers FJM, Kremers SPJ. Inhoudelijke monitor lokale netwerken. Maastricht: Universiteit Maastricht2012.
 27. Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport2007 september 2007.
 28. Bloten H, van den Broek M. Ketenaanpak diabetes realiseren door lokale samenwerking. Tussenrapportage project Verankering ketenaanpak diabetes, opsporing, preventie en zorg. Utrecht: LVG & GGD NL2012.
 29. De rol van GGD'en bij de preventie van welvaartsziekten. Verslag van werkbezoeken en debat bij het RVZ Advies Preventie van welvaartsziekten effectief en efficiënt georganiseerd. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ)2012.
 30. Loket Gezond Leven. Handreiking Gezonde Gemeente. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM); 2012; Available from: <http://www.loketgezondleven.nl/settings/gezonde-gemeente>.
 31. Hamberg - van Reenen HH, Mikolajczak J, Post NAM, Barte JCM. Inventarisatie leefstijlinterventies en ondersteuningsaanbod zorgprofessionals in de diabeteszorg. Twee projecten in het kader van het Nationaal Actieprogramma Diabetes. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)2011 Contract No.: 270654001/2011.
 32. Helmink J, Meis J, de Weerd I, Visser F, de Vries N, Kremers S. Development and implementation of a lifestyle intervention to promote physical activity and healthy diet in the Dutch general practice setting: the BeweegKuur programme. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2010;7(1):49.
 33. Vermunt PW, Milder IE, Wielaard F, Baan CA, Schelfhout JD, Westert GP, et al. Implementation of a lifestyle intervention for type 2 diabetes prevention in Dutch primary care: opportunities for intervention delivery. *BMC Family Practice*. 2012 Aug 8;13(1):79.
 34. Blanker M. Aanpak van het PreventieConsult Cardiometabool risico. *Huisarts en Wetenschap*. 2011;54(8):420-1.
 35. Bonneux L. [The Prevention Visit: a health check advocated by the Dutch College of General Practitioners]. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2011;155(26):A3533.
 36. Verkleij H, Bloemers M. Health checks in de aanbieding, maar dan wel met waarborgen voor de consument. *TSG*. 2010;88(3):99.
 37. Rijksoverheid. Zorgpremie. Den Haag: Rijksoverheid; [cited 2012 28 augustus]; Available from: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/zorgpremie>.
 38. Rijksoverheid. Basisverzekering. Den Haag: Rijksoverheid; [cited 2012 28 augustus]; Available from: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/basisverzekering>.
 39. Rijksoverheid. Aanvullende verzekering. Den Haag: Rijksoverheid; [cited 2012 28 augustus]; Available from: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/aanvullende-verzekering>.

40. Berenschoot L, van der Geest L. Integrale zorg in de buurt. Meer gezondheidsresultaat per euro. Utrecht: NYFER2012.
41. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Preventie van welvaartsziekten. Effectief en efficiënt georganiseerd. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ),2011 Contract No.: 11/08.
42. Rijksoverheid. Integrale bekostiging chronische zorg. Den Haag: Rijksoverheid; [cited 2012 28 augustus]; Available from: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-voor-chronisch-zieken/integrale-bekostiging-chronische-zorg>.
43. Struijs JN, de Jong-van Til JT, Lemmens LC, Drewes HW, de Bruin SR, Baan CA. Drie jaar integrale bekostiging van diabeteszorg. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)2012 Contract No.: 260224003.
44. Rijksoverheid. Wet Publieke Gezondheid. Den Haag: Rijksoverheid; [cited 2012 5 september]; Available from: http://wetten.overheid.nl/BWBR0024705/geldigheidsdatum_21-09-2012#Aanhef.
45. Rijksoverheid. Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Den Haag: Rijksoverheid; [cited 2012 5 september]; Available from: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz>.
46. Rijksoverheid. Zorgverzekeringswet. Den Haag: Rijksoverheid; [cited 2012 5 september]; Available from: http://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/geldigheidsdatum_21-09-2012.
47. Rijksoverheid. Wet maatschappelijke ondersteuning. Den Haag: Rijksoverheid; [cited 2012 5 september]; Available from: http://wetten.overheid.nl/BWBR0020031/geldigheidsdatum_21-09-2012.
48. Rijksoverheid. Wet op het bevolkingsonderzoek. Den Haag: Rijksoverheid; [cited 2012 5 september]; Available from: http://wetten.overheid.nl/BWBR0005699/geldigheidsdatum_21-09-2012.
49. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)2010.
50. Janssen P, Gorter K, Stolk R, Rutten G. Low yield of population-based screening for Type 2 diabetes in the Netherlands: the ADDITION Netherlands study. Family Practice. 2007 December 1, 2007;24(6):555-61.
51. Janssen PG, Gorter KJ, Stolk RP, Akarsubasi M, Rutten GE. Three years follow-up of screen-detected diabetic and non-diabetic subjects: who is better off? The ADDITION Netherlands study. BMC Fam Pract. 2008;9:67.
52. Janssen PG, Gorter KJ, Stolk RP, Rutten GE. Randomised controlled trial of intensive multifactorial treatment for cardiovascular risk in patients with screen-detected type 2 diabetes: 1-year data from the ADDITION Netherlands study. Br J Gen Pract. 2009 Jan;59(558):43-8.
53. Janssen PGH, Gorter KJ, Stolk RP, Rutten GE. Populatiescreening op diabetes mellitus type 2 levert weinig op. Verslag van het ADDITION-onderzoek. Huisarts en Wetenschap. 2009;52(5):225-30.
54. Vermunt PW, Milder IE, Wielaard F, de Vries JH, Baan CA, van Oers JA, et al. A lifestyle intervention to reduce Type 2 diabetes risk in Dutch primary care: 2.5-year results of a randomized controlled trial. Diabet Med. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2012 Aug;29(8):e223-31.
55. Vermunt PW, Milder IE, Wielaard F, de Vries JH, van Oers HA, Westert GP. Lifestyle counseling for type 2 diabetes risk reduction in Dutch primary care: results of the APHRODITE study after 0.5 and 1.5 years. Diabetes Care. [Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2011 Sep;34(9):1919-25.
56. Vermunt PW, Milder IE, Wielaard F, van Oers JA, Westert GP. An active strategy to identify individuals eligible for type 2 diabetes prevention by lifestyle intervention in Dutch primary care: the APHRODITE study. Family Practice. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2010 Jun;27(3):312-9.
57. Hoeven SA. Doe de Service Apotheek Risicotest. Hoeven: Service Apotheek Hoeven; [cited 2012 25 september]; Available from: <https://www.apotheekhoeven.nl/pages/default.asp?articleid=107422&token=165402@hbOajMckfhLbgQa>.
58. Verweij L, Proper K, Weel A, Hulshof C, van Mechelen W. Design of the Balance@Work project: systematic development, evaluation and implementation of an occupational health guideline aimed at the prevention of weight gain among employees. BMC Public Health. 2009;9(1):461.

-
59. Berendsen BA, Hendriks MR, Verhagen EA, Schaper NC, Kremers SP, Savelberg HH. Effectiveness and cost-effectiveness of 'BeweegKuur', a combined lifestyle intervention in the Netherlands: rationale, design and methods of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. [Multicenter Study Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2011;11:815.
 60. Helmink JH, Kremers SP, van Boekel LC, van Brussel-Visser FN, de Vries NK. Factors determining the motivation of primary health care professionals to implement and continue the 'Beweegkuur' lifestyle intervention programme. *J Eval Clin Pract*. 2011 Mar 25.
 61. Helmink JH, Kremers SP, Van Boekel LC, Van Brussel-Visser FN, Preller L, De Vries NK. The BeweegKuur programme: a qualitative study of promoting and impeding factors for successful implementation of a primary health care lifestyle intervention for overweight and obese people. *Fam Pract*. 2012 Apr;29 Suppl 1:i68-i74.
 62. Hagen v. Factsheet 'Bewegen op recept' (BOR). In: *Bewegen NASE*, editor. Den Haag: Van Hagen in Beweging - Nationaal Actieplan Sport en Bewegen; 2010.
 63. Loket Gezond Leven. BigMove GGZ. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), 2012 [cited 2012 25 september]; Available from: <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/-interventies/b/13627/>.
 64. van Wier M, Ariens G, Dekkers JC, Hendriksen I, Smid T, van Mechelen W. Phone and e-mail counselling are effective for weight management in an overweight working population: a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2009;9(1):6.
 65. LHV. Bommelerwaard Beweegt. Utrecht: LHV, [cited 2012 25 september]; Available from: <http://lhv.artsennet.nl/apotheekhoudende-afdeling-2/huisartsenzorg/De-Nieuwe-Praktijk/Praktijkvoorbeeld/Bommelerwaard-Beweegt.htm>.
 66. Pilot Preventieve Gezondheidsconsultatie - Senioren: Livio, Carint, Thuiszorg Noord West Twente, GGD Regio Twente2006.
 67. El Fakiri F. Evaluatie Consultatiebureau voor Ouderen in Aalsmeer en Uithoorn. Amsterdam: GGD Amsterdam2010.
 68. Loket Gezond Leven. Health Check op locatie van de werkgever. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), [cited 2012 25 september]; Available from: <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/h/14971/>.
 69. Vlaar E, van Valkengoed I, Nierkens V, Nicolaou M, Middelkoop B, Stronks K. Feasibility and effectiveness of a targeted diabetes prevention program for 18 to 60-year-old South Asian migrants: design and methods of the DHIAAN study. *BMC Public Health*. 2012;12(1):371.
 70. Lakerveld J, Ijzelenberg W, van Tulder MW, Hellema IM, Rauwerda JA, van Rossum AC, et al. Motives for (not) participating in a lifestyle intervention trial. *BMC Med Res Methodol*. 2008;8:17.
 71. Lakerveld J, Bot S, Chinapaw M, van Tulder M, van Oppen P, Dekker J, et al. Primary prevention of diabetes mellitus type 2 and cardiovascular diseases using a cognitive behavior program aimed at lifestyle changes in people at risk: Design of a randomized controlled trial. *BMC Endocrine Disorders*. 2008;8(1):6.
 72. Loket Gezond Leven. Diabetes voorkómen. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), [cited 2012 7 mei]; Available from: <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/ intervencies/-d/525/>.
 73. Klein Woolhuis EP, de Grauw WJ, van Gerwen WH, van den Hoogen HJ, van de Lisdonk EH, Metsemakers JF, et al. Identifying people at risk for undiagnosed type 2 diabetes using the GP's electronic medical record. *Family Practice*. 2007 June 1, 2007;24(3):230-6.
 74. Loket Gezond Leven. Voorlichtingsbijeenkomsten hoogrisicogroepen diabetes. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), [cited 2012 7 mei]; Available from: <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/v/49/>.
 75. ter Bogt NCW, Bemelmans WJE, Beltman FW, Broer J, Smit AJ, van der Meer K. Preventing Weight Gain: One-Year Results of a Randomized Lifestyle Intervention. *American Journal of Preventive Medicine*. 2009;37(4):270-7.

76. Loket Gezond Leven. Gezondheidscheck. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), [cited 2012 7 mei]; Available from: <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies-g/4481/>.
77. Harting J, van Assema P, van Limpt P, Gorgels T, van Ree J, Ruland E, et al. Cardiovascular prevention in the Hartslag Limburg project: Effects of a high-risk approach on behavioral risk factors in a general practice population. *Preventive Medicine*. 2006;43(5):372-8.
78. den Engelsen C, van den Donk M, Gorter KJ, Salomé PL, Bobbink IWG, Rutten GEHM. Opsporing van het metabool syndroom door mensen zelf hun middelomtrek te laten meten [Detection of metabolic syndrome by self-measurement of waist circumference]. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2010;154:A1028.
79. Koelewijn-van Loon MS, van der Weijden T, van Steenkiste B, Ronda G, Winkens B, Severens JL, et al. Involving patients in cardiovascular risk management with nurse-led clinics: a cluster randomized controlled trial. *CMAJ*. 2009 Dec 8;181(12):E267-74.
80. Koelewijn-van Loon MS, van der Weijden T, Ronda G, van Steenkiste B, Winkens B, Elwyn G, et al. Improving lifestyle and risk perception through patient involvement in nurse-led cardiovascular risk management: a cluster-randomized controlled trial in primary care. *Prev Med*. 2010 Jan-Feb;50(1-2):35-44.
81. Koelewijn-van Loon M, van Steenkiste B, Ronda G, Wensing M, Stoffers H, Elwyn G, et al. Improving patient adherence to lifestyle advice (IMPALA): a cluster-randomised controlled trial on the implementation of a nurse-led intervention for cardiovascular risk management in primary care (protocol). *BMC Health Services Research*. 2008;8(1):9.
82. de Weerd I, Kuipers B, Kok G. 'Kijk op Diabetes' met perspectief voor de toekomst. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie 2007.
83. Nielen MMJ, Schellevis FG, Verheij RA. Evaluatie campagne 'Stop beginnende nierziekte'. Utrecht: NIVEL 2007.
84. Nederlands Instituut voor Sport en Beweging. Ketenaanpak Actieve Leefstijl. In: Nederlands Instituut voor Sport & Beweging, editor. Ede: Nederlands Instituut voor Sport & Beweging,.
85. Voogdt-Pruis HR, Beusmans GHM, Gorgels APM, Kester ADM, Van Ree JW. Effectiveness of nurse-delivered cardiovascular risk management in primary care: a randomised trial. *British Journal of General Practice*. 2010;60(570):40-6.
86. Laan E, Kraaijenhagen R, Peek N, Busschers W, Deutekom M, Bossuyt P, et al. Effectiveness of a web-based health risk assessment with individually-tailored feedback on lifestyle behaviour: study protocol. *BMC Public Health*. 2012;12(1):200.
87. Duijzer G, Jansen SC, Haveman-Nies A, van Bruggen R, ter Beek J, Hiddink GJ, et al. Translating the SLIM diabetes prevention intervention into SLIMMER: implications for the Dutch primary health care. *Family Practice*. 2012 April 1, 2012;29(suppl 1):i145-i52.
88. Preventie Diabetes en Hart- en vaatziekten in Heino. Amersfoort: Kijk op Diabetes; [cited 2012 25 september]; Available from: <http://www.kijkopdiabetes.nl/professionals/index.php/component/content/article/34-inspirerend/70-carinova>.
89. Mandos E, van Veldhuizen K, van Zeele S. Rotterdams Leefstijlprogramma "Van Klacht naar Kracht". Resultaten van de deelnemers 2007-2010. Eindrapportage. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond 2010.
90. Vervloet M, Brabers A, Bos M, van Dijk L. Vasculair Risicomanagement in de huisartspraktijk: volgens de zorgstandaard? Nulmeting eerste lijn. Utrecht: NIVEL 2010.
91. Kroes ME, Mastenbroek CG, Couwenbergh BTLE, Van Eijndhoven MJA, Festen CCS, Rikken F. Van preventie verzekerd. Diemen: College voor Zorgverzekeringen (CVZ) 2007 Contract No.: 27043525.
92. Rijksoverheid. Gemeentefonds. Den Haag: Rijksoverheid; [cited 2012 5 september]; Available from: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gemeenten/gemeentelijke-financien/gemeentefonds>.

Maastricht University
Faculty of Health, Medicine and Life Sciences
CAPHRI, School for Public Health and Primary Care
Department of Health Services Research
Focusing on Chronic Care and Ageing
Duboisdomein 30
6229 GT Maastricht
P.O. Box 616
6200 MD Maastricht
T +31 43 38 81570
E info-hsr@maastrichtuniversity.nl

www.maastrichtuniversity.nl/hsr

Health Services Research
Focusing on Chronic Care and Ageing

Based in Europe, focused on the world. Maastricht University is a stimulating environment. Where research and teaching are complementary. Where innovation is our focus. Where talent can flourish. A truly student oriented research university.