

Gezondheidspreventie in de huidige tijd

Het belang van een geïntegreerde aanpak met financiële prikkels

Door: dr. Guus Schrijvers, oud-hoogleraar Public Health en gezondheidseconoom

Preventie op gezondheidsgebied is geen nieuw fenomeen. Was de aandacht in vorige eeuwen gericht op hygiëne ter voorkoming van infectieziekten, op het terugdringen van de kindersterfte en op aspecten als de negatieve gevolgen van roken en alcoholconsumptie, in de huidige tijd richt de aandacht zich vooral op het stimuleren van gezond gedrag. Hiermee worden zowel gezondheidswinst als kostenbesparingen geboekt.

Sinds 1850 boekte preventie aanzienlijke gezondheidswinst. In dat jaar woedde een grote cholera-epidemie door Nederland en Europa. Voor het eerst sinds eeuwen waarde een infectieziekte rond vergelijkbaar met de pest in de Middeleeuwen. Artsen en medisch geografen - zij zouden later epidemiologen gaan heten - gingen aan de slag om herkomst en verspreiding van de epidemie te achterhalen. Zij ontdekten dat slechte afvoer van vervuild water en gebrek aan schoon drinkwater een grote rol speelden bij de verspreiding van cholera. Het woord hygiëne deed zijn intree. Rioleringen en waterleidingen werden alom aangelegd in de lange periode die volgde na 1850. De initiatieven daartoe kwamen van kruisverenigingen en gemeenten. De Rijksoverheid hield zich de eerste decennia afzijdig. De gemiddelde levensduur van de bevolking ging rap omhoog. Het eerste grote succes van de preventie was geboren.

Het tweede preventieve succes was de totstandkoming van consultatiebureaus voor zuigelingen en peuters. Die waren in de jaren twintig van de vorige eeuw een grote innovatie. Ze kwamen tot stand dankzij de betrokkenheid van het in 1899 opgerichte Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Het CBS ontdekte een alarmerende stijging van de kindersterfte tijdens de Eerste Wereldoorlog in Noord-Brabant

en Limburg. In die jaren woedde aldaar een hongersnood. De consultatiebureaus kwamen er niet zonder slag of stoot. Moeders bleven geloven in bakerpraatjes en vertrouwden de professionele wijkverpleegkundigen niet en evenmin de toen opkomende verloskundigen. Zij kwamen er toch en speelden een grote rol in het terugdringen van de kindersterfte. Dit gebeurde in aansluiting op het eerste succes: de introductie van de hygiëne. De rol van de overheid was opnieuw een afwachtende. Pas in de jaren voor de Tweede Wereldoorlog ging de overheid over tot beperkte subsidiëring van het kruiswerk.

Het derde grote preventie-succes is het terugdringen van het alcoholgebruik onder de bevolking. In 1890 had de Amsterdamse wijk De Jordaan één kroeg op zeven huizen. Die alarmerende alcoholverslaving leidde tot een brede volksbeweging van onderwijzers, dominees en artsen om het alcoholgebruik terug te dringen. Dat leidde tot de jaren zestig van de vorige eeuw tot een geleidelijke daling. De vraag werd teruggedrongen met liedjes als *Ach vader, drink niet meer* en met hoge accijnzen. Het aanbod aan alcohol liep terug dankzij hoge eisen aan het vestigen van een café of een slijterij. Die consumptie ging pas weer stijgen rond de jaren zestig van de vorige eeuw toen toenemende welvaart en democratisering

leidde tot een groei. Thans is de alcoholconsumptie even hoog als in de rampzalige jaren na 1890.

Het vierde preventiesucces betreft het terugdringen van het roken sedert de jaren vijftig van de vorige eeuw. Opnieuw gaf statistisch onderzoek de aanstoot hiertoe. Dankzij voorlieden als de legendarische dokter Meinsma daalde sindsdien het aantal rokers aanzienlijk.

In 1963 botsten twee treinen in Harmelen in volle vaart op elkaar. Daarbij stierven tientallen reizigers. Dit grote ongeluk leidde tot een heroriëntatie op de verkeersveiligheid. Niet alleen bij treinen maar ook bij autoverkeer. De Volksgezondheidsnota van Minister Veldkamp uit 1966 besteedde er grote aandacht aan. Het veilig inrichten van de omgeving (vangrails, rotondes) en het stellen van hogere eisen voor het rijbewijs speelden een grote rol hierbij. Al die aandacht leidde tot een daling van het aantal verkeersdoden ondanks een stijging van het aantal automobilisten sinds de jaren zeventig van de vorige eeuw. Dat was het vijfde, grote succes van preventieve maatregelen.

Lessen voor de toekomst

De preventie is nog niet af. Nog steeds zijn er te veel rokers. Weer zijn er te veel alcoholisten in Nederland. Verder heerst er een silent killer: de epidemie van overgewicht die leidt tot hart- en vaatziekten, diabetes, COPD en andere chronische aandoeningen. Daarom is het zinvol te leren van die vijf successen uit het verleden. Een aantal gemeenschappelijke aspecten kenmerkt deze successen.

- Gemeenschappelijk is ten eerste dat bij alle vijf zowel de omgeving (riolering, minder kroegen, rotondes) als het gedrag van burgers werden aangepakt. Gezondheidsgedrag bij burgers werd gestimuleerd zowel via educatie (bij consultatiebureaus bijvoorbeeld) als door het inbouwen van financiële prikkels door bijvoorbeeld hogere accijnzen op alcohol en tabak.
- Het tweede kenmerk is, dat het initiatief tot meer preventie niet van de overheid kwam: die bleef sinds 1850 de kat uit de boom kijken. Die deed pas mee als de nieuwe gezondheidsnormen breed door de bevolking waren geaccepteerd. Nee, het initiatief kwam van burgers, met name van artsen. Denk aan de artsenhygiënisten in de periode 1850-1900 die overal waterleiding en riolering bepleitten. Zo was de oprichter van de Amsterdamse Reinigingsdienst een arts, Sarphati, naar wie een park en een straat zijn genoemd.
- Het derde gemeenschappelijk kenmerk is dat epidemiologen en statistici een grote rol speelden bij het agenderen van het gezondheidsprobleem. Zij deden dat veelal jaren eerder dan medisch biologen, die vaststelden dat inderdaad sprake was van een verband tussen gezondheid en bijvoorbeeld infectieziekten of tabaksgebruik.
- Het vierde gemeenschappelijk kenmerk is, dat rampen (cholera, kindersterfte tijdens Eerste Wereldoorlog, treinramp in Harmelen) vaak de start vormden voor nieuwe preventieve interventies. De boerenwijsheid lijkt op te gaan: na het verdrinken van het kalf dempte men de put.
- De vijfde en laatste les uit het verleden betreft de lange duur om preventie tot een succes te maken. Het duurde zestig jaar voordat hygiëne gemeengoed was geworden. Ook de andere vier preventieve interventies hadden tientallen jaren nodig om tot brede acceptatie te komen.

De uitdaging in de huidige tijd

Het terugdringen van overgewicht, tabaksgebruik en alcoholisme is de uitdaging van de 21e eeuw. Ik merk wel op, dat het terugdringen van overgewicht een onjuiste framing is van een gezondheidsprobleem. Beter is het te spreken van het terugdringen van te hoge calorie-inname ofwel van overconsumptie. Bij deze laatste uitdrukking krijgt stigmatisering van mensen met overgewicht ten gevolge van metabole stoornissen en aangeboren aandoeningen geen kans. Het tegengaan van deze drie ongezonde leefstijlen is niet alleen van belang voor de gezondheid. Deze leefstijlen veroorzaken ook extra kosten van zorg. In 2010 veroorzaakte roken 3,8% van de kosten van de gezondheidszorg. Voor te hoge bloeddruk was dat 3,0% en voor overgewicht en lichamelijke inactiviteit tezamen 4,0%. Obama gebruikte enkele jaren geleden daarom als beleidsdoel: “Save lives and costs.”

Gedagsverandering

Het preventiebeleid van dit moment bestaat vooral uit interventies, gericht op gedagsverandering. Zo pleiten huisartsen voor een preventieconsult en jeugdartsen voor een preventief puberconsult. Ook het Nationaal Programma Preventie dat de regering dit jaar uitbracht, gaat alleen maar over interventies om het gedrag te veranderen. Dat was bij die vijf successen in het verleden niet het geval. Toen ging het steeds om het veranderen van én de omgeving én het gedrag. Uit recent wetenschappelijk onderzoek blijkt ook keer op keer, dat losse interventies gericht op gedagsverandering geen effect te hebben.

Wel werkt, evenals vroeger, een multi-actorenbenadering, waarbij verschillende maatschappelijke partners tegelijk de omgeving en het gedrag aanpakken. Denk hierbij aan het groen inrichten van woonwijken, hetgeen uitnodigt om te gaan bewegen. Denk hierbij aan de wijkgewijze overconsumptie-aanpak door wijkbewoners, sportverenigingen, scholen, supermarkten, fysiotherapeuten, huisartsen en GGD-professionals. Die leidden tot succes in Zuid-Limburg

(Hartslag), Utrecht -Overvecht (Gezond Overvecht) en Amersfoort (Be Slim). Denk hierbij aan het gezonde schoolmodel met zowel gezondheidsonderwijs als rookvrije schoolpleinen, kantines met gezonde voeding en alcoholvrije schoolfeesten. Goed werkende omgevingsinterventies zijn overigens ook het stoppen met alcohol schenken in sportkantines en tijdens recepties aan het einde van de middag als mensen hongerig daarna het verkeer in moeten. Ik merk op dat sport en alcohol niet bij elkaar horen. Sporten is gezond en alcoholgebruik niet. Het is tegenstrijdig dat sportclubs moeten draaien op hun barinkomsten. Het is onjuist, dat biermerken sportevenementen subsidiëren.

Verder, het hanteren van gezondheidsetiketten die tegelijk het vetgehalte, het zoutgehalte en het aantal calorieën aangeven op de verpakking van levensmiddelen, recepten van televisiekoks en kant-en-klaar maaltijden, is eveneens een prima omgevingsinterventie. Omstreden is het vermelden van het aantal calorieën bij gerechten op menukaarten van restaurants. Ik heb daar geen bezwaar tegen maar er zijn mensen die hun guilty pleasures willen koesteren zonder een waarschuwend menukaart.

Informatie verstrekken alleen is niet genoeg

Interventies gericht op gedagsverandering werken wel in combinatie met omgevingsinterventies. Ze moeten evenwel niet bestaan uit alleen het aanreiken van informatie. Bij educatie zijn zowel de bron als de informatie van belang. Als een leraar op de middelbare school gezondheidsonderwijs geeft en zelf rookt in de pauze, werkt deze educatie niet. De leerlingen vertrouwen de bron niet als gezaghebbend.

Vier basiscompetenties zijn van belang bij het uiten van preventieve boodschappen door ouders, docenten en zorgprofessionals, te weten:

- Aanwezigheid van een vertrouwensrelatie.
- Timing van de preventieve boodschap.
- Het overtuigend brengen van de preventieve boodschap.

- Het kunnen werken met aansporingen ofwel nudges, zoals omschreven in de gedragseconomie.

Bij die laatste is motivational interviewing nodig met vragen als: wat zijn je korte termijnvoordelen om het ongezonde gedrag te handhaven? Vaak blijkt het gebruik van genotmiddelen een vorm van verkeerde zelfmedicatie. Men rookt om stoer gevonden te worden, men drinkt om te kunnen ontspannen of om verdriet te vergeten. Het is zaak om die verkeerde zelfmedicatie te bespreken en te vervangen door methoden om toch stoer, ontspannen of blij te zijn.

Integrale aanpak

Het tegelijk aanpakken van roken, problematisch drinken en overconsumptie werkt beter dan het stuk voor stuk aanpakken. Daarvoor pleiten drie argumenten:

- Ongezonde leefstijlen hebben vaak een gemeenschappelijke oorzaak van wilswakke (er graag bij willen horen) of verkeerde zelfmedicatie.
- Specifieke doelgroepen hebben vaak een cluster van de drie ongezonde leefstijlen.
- Professionele interventies vereisen dezelfde basiscompetenties en didactische aanpak.

Bangmakerij hierbij is uit den boze. Het is en blijft onwijs om op pakjes sigaretten een leuze te plakken, zoals “Van Roken Ga Je Dood”. Ten eerste weten rokers dat al en ten tweede rationaliseren zij dan, dat dat voor iedereen opgaat behalve voor henzelf. Beter is om leuzen aan te brengen als: wil je stoppen met roken? Ga naar www.stoppenmetroken.nl

Tegenwoordig wordt veel verwacht van het internet als nieuwe bron van gezondheidseducatie; de bron is immers goedkoop en op alle tijden te benaderen. Toch verwacht ik op korte termijn weinig daarvan; de bron is namelijk meestal niet betrouwbaar. Verder is het meestal niet mogelijk specifieke vragen te stellen. Mijn belangrijkste twijfel bestaat er echter uit, dat alleen informatie het gedrag niet verandert.

Fiscale gezondheidspolitiek

Modern, niet uit het verleden maar uit de gedragseconomie voortkomend, is het werken met financiële prikkels om hoge calorie-inname, alcoholgebruik en rookgedrag te verminderen. Ik geef enkele voorbeelden.

Engeland

In Engeland speelt thans de discussie om een minimumprijs voor alcohol in te voeren. De alcoholverkoop gaat thans aldaar voor de helft naar de kleine groep problematische drinkers en voor de andere helft naar de veel grotere groep, De gezelligheidsdrinkers. Die eerste groep drinkt vooral goedkoop bier, wijn en sterke drank en de tweede groep de duurdere merken. Door nu van overheidswege een minimumprijs in te stellen, gaat het aantal probleemdrinkers omlaag, zo leert onderzoek. Hiervoor geldt een elasticiteit van ongeveer 0,5, dat wil zeggen dat 10% prijsverhoging leidt tot 5% minder alcoholgebruik. Dit soort interventies staat in het buitenland bekend als fiscale gezondheidsbeleid en beperkt zich niet tot alcoholprijzen.

Frankrijk en de Verenigde Staten

In Frankrijk en in een aantal Amerikaanse staten geldt een accijns op frisdrank. Uit de inkomsten daarvan betaalt de regeringen vermageringscursussen. Ook het onderbrengen van zoute levensmiddelen onder het hogere btw-tarief van 21% verdient nadere exploratie. Immers, zoutconsumptie leidt tot hogere bloeddruk. Die laatste leidt tot hart- en vaatziekten. Deze jaren heeft de gemiddelde Nederlander genoeg aan 6 gram zout per dag. De werkelijkheid is anders: mannen gebruikten in 2012 gemiddeld 9,9 gram en vrouwen 7,5 gram. Indien dit terugloopt naar 6 gram per dag, treden hartinfarcten 4% tot 8% minder op. Voor hartfalen is dat 1,7% en voor beroertes 5,8%.

Nederland

Het denken over fiscale gezondheidspolitiek komt niet alleen voort uit de behoefte om met financiële nudges gezonde leefstijlen te stimuleren, ook het in het milieubeleid bekende de-vervuiler-betaalt-principe speelt mee. Door de heffing op ongezonde levensmiddelen kunnen de nominale en procentuele premie van de Zorgverzekeringswet omlaag. Immers de veroorzaker (‘de vervuiler’) van kosten van zorg betaalt via btw of accijnzen extra voor zijn zorg. Op deze wijze beperken indirecte belastingen het principe van leefstijlsolidariteit. Die beperking ligt in de lijn van toenemende verantwoordelijkheid van de burger voor de eigen gezondheid. In Nederland vormt dergelijke fiscale gezondheidspolitiek geen issue. Wel kwam de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid onlangs met een pleidooi daarvoor.

Prikkels naar Zuid-Afrikaans model

Behalve accijnzen en hogere btw-tarieven zijn andere financiële prikkels denkbaar om gezond gedrag te stimuleren. Ik denk hierbij aan het werken met spaarpunten op gezonde goederen en diensten die te verzilveren zijn tegen bijvoorbeeld een lagere nominale premie. De Zuid-Afrikaanse zorgverzekeraar Discovery Health werkt hiermee. Een groep progressieve actuarissen richtten twintig jaar geleden het bedrijf op, dat inmiddels de grootste verzekeraar is van Zuid Afrika. Haar spaarpuntenprogramma heet Vitality. Het bestaat uit drie delen: *Know your health*, *Improve your health* en *Enjoy your rewards*.

- Discovery stimuleert haar verzekerden om met behulp van laboratorium tests en vragenlijsten over leefstijlen hun biologische leeftijd vast te stellen. Die kan verschillen van hun kalenderleeftijd: iemand van 50 jaar die veel drinkt en rookt en een te hoge bloeddruk heeft, kan een biologische leeftijd hebben van 65 jaar. Die leeftijd noemt de verzekeraar Vitality Age.
- Zij geeft iedere verzekerde een leefstijladvies en biedt de diensten aan om dat advies in te vullen. Het aanbieden

van kortingsabonnementen voor sportscholen is een dergelijke dienst.

- Ook het kopen met korting van gezonde voeding bij een supermarktketen hoort daarbij. Indien verzekerden dergelijke diensten afnemen, verwerven zij spaarpunten: vitality points. Deze punten kunnen zij verzilveren voor bijvoorbeeld gratis vliegvluchten of andere aangename spullen of diensten.

Het programma is een groot succes van gezondheidswinst en kostenbesparing, in termen van deelname (60% van de Discovery-verzekerden doet mee). In internationale, wetenschappelijke tijdschriften is hierover gepubliceerd. In Nederland heeft Zorgverzekeraar Menzis een vergelijkbaar programma opgezet, maar zonder het onderdeel Know Your Health. Ook dat programma loopt goed.

Conclusies

Ik kom tot een afronding en stel het volgende vast.

- Het tegenwoordige overheidsbeleid bewijst geen eer aan de vijf preventiesuccessen uit het verleden. Het is eenzijdig gericht op gedragsverandering en niet op omgevingsaanpassing.
- Voorzover sprake is van initiatieven om te komen tot gedragsverandering gaan die niet uit van vele actoren tezamen.
- Financiële prikkels ter bevordering van preventief gedrag staan niet op de Nederlandse beleidsagenda. Nederland loopt daarmee achter op andere landen.
- Gezondheidsbevordering vereist een geïntegreerde aanpak van interventies gericht op omgeving, gedrag en financiële prikkels. <

Over de auteur

Guus Schrijvers studeerde aan de Faculteit der Economische Wetenschappen te Amsterdam. In 1980 promoveerde hij aan de universiteit van Amsterdam op het proefschrift *Regionalisatie en financiering van de Engelse, Zweedse en Nederlandse gezondheidszorg*.

Van 1987-2012 beklede hij de leerstoel Public Health bij het Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde aan het Universitair Medisch Centrum Utrecht, met als leeropdracht *Structuur en Functioneren van de Gezondheidszorg*.

Hij publiceerde tal van boeken en artikelen over zorginnovatie. Zijn wetenschappelijke aandacht ging al die jaren uit naar geïntegreerde zorg, transmurale zorg, regiovisies, managed care, spoedeisende zorg, jeugdgezondheidszorg, geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg en disease management.

Als docent verwierf hij ruime ervaring in het verzorgen van postacademisch onderwijs en het adviseren van organisaties op het terrein van samenwerking tussen instellingen, strategisch beleid, financieel management en kwaliteitsbeleid.

Onderhavig artikel is een verkorte versie van het eerste college dat Guus Schrijvers onlangs, op 12 november jl., gaf bij de presentatie van zijn nieuwe boek *Zorginnovatie volgens het Cappuccinomodel*. De inleiding daarvan en dit artikel zijn gebaseerd op de hoofdstukken twee tot en met vier in het boek.

Het tweede college dat Schrijvers op 12 november jl. gaf, betrof het Cappuccinomodel: het geheel van financiële prikkels om zorgaanbieders te verleiden de gezondheid te bevorderen, de kwaliteit van zorg te verhogen en de kosten gelijk te houden. Een artikel op basis daarvan verscheen op 5 november 2014 in Medisch Contact. Het boek is verkrijgbaar in de boekhandel of te bestellen bij uitgeverij Thoeris via www.Thoeris.nl