Academiejaar 2011 – 2012

Ontwikkeling en eerste evaluatie van een vragenlijst rond levensstijl voor het preventieconsult

Katrien JACOBS

Promotor
Prof. Dr. Hilde Bastiaens, UA

Co-promotoren
Prof. Dr. Roy Remmen, UA
Dr. Stefan Teughels

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Auteurs
Dr. Emilie Deroy
Opleidingspraktijk Groepspraktijk De Koeistraat
Koeistraat 59
2370 Arendonk
Praktijkopleider Dr. Lambrechts Johan

Dr. Katrien Jacobs
Opleidingspraktijk Het Artsenhuis
Bisschopslaan 29
2340 Beerse
Praktijkopleider Dr. Van Riet Veerle

Promotor
Prof. Dr. Hilde Bastiaens, UA

Co-promotoren
Prof. Dr. Roy Remmen, UA
Dr. Stefan Teughels

Abstract

Context
Preventie is een belangrijk onderdeel van het dagelijks werk van de huisarts. Toch komt preventie niet vaak op een systematische manier aan bod. Sinds 1 april 2011 bevat het GMD een preventiemodule (GMD +), waardoor de huisarts wordt aangezet na te denken over het concretiseren van het preventie-aanbod. De Huisartsenvereniging regio Turnhout (HVRT) heeft hiervoor het Preventiecentrum regio Turnhout opgericht. Het Preventiecentrum heeft als doel de huisartsen uit de regio te ondersteunen in hun algemene praktijk met specifieke aandacht voor preventie. Een deelproject van het Preventiecentrum bestaat uit het preventieconsult. In dit consult gebeurt een analyse van de preventiestatus van de patiënt, op een gerichte en tijdssparende manier.

Onderzoeksvraag
In het kader van deze masterproef werd gekozen om het preventieconsult rond levensstijl verder uit te werken, toegespitst op de topics alcohol, beweging, roken en voeding. Het uiteindelijke doel van dit onderzoek is de levensstijl van een patiënt op een gestructureerde manier in kaart brengen, ten behoeve van de huisarts.
We hebben getracht een antwoord te vinden op volgende onderzoeksvragen:

1. Welke indicatoren uit bestaande wetenschappelijke onderzoeken kunnen op een zinvolle wijze aan bod komen met betrekking tot levensstijl, toegespitst op de topics beweging, voeding, alcohol en roken? Hierbij kijken we naar de validiteit en gevoeligheid van de betreffende vragen.
2. Is de vragenreeks gebruiksvriendelijk? Hierbij kijken we naar de ervaring, tijdsbesteding, relevantie en begrijpelijkheid van de vragen voor de patiënt.

Methode
In de literatuur gingen we, volgens de klassieke watervalmetafoor, op zoek naar wetenschappelijk onderbouwde vragenlijsten voor het preventieconsult rond levensstijl. Met steun van het Preventiecentrum werd de uiteindelijke digitale vragenlijst voor aanraakscherm ontwikkeld.
In een tweede deel hebben we de gebruiksvriendelijkheid van de preventieanalyse rond levensstijl geëvalueerd. Patiënten tussen 45 en 75 jaar werden via de huisarts verwezen naar het Preventiecentrum voor een preventieanalyse. Na het invullen van de digitale vragenlijst werd aan de hand van een papieren evaluatievragenlijst gepeild naar de gebruiksvriendelijkheid. Deze gegevens werden statistisch verwerkt met SPSS (versie 20.0). De resultaten van de levensstijl werden eveneens beschrijvend weergegeven.

Resultaten
Op basis van het literatuuronderzoek selecteerden we volgende vragenlijsten: de Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) voor alcoholgebruik, de General Practice Physical Activity Questionnaire (GPPAQ) voor beweging, de Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) en de Q-Mat schaal voor roken, en ten slotte de Weet wat je eet-test voor voeding.
In totaal hebben 55 patiënten de evaluatievragenlijst ingevuld. Van de patiënten was ongeveer de helft man (55%) en de helft vrouw (45%). De patiënten hadden gemiddeld 7 minuten nodig om de digitale vragenlijst rond levensstijl te doorlopen. De beoordeling van de digitale vragenlijst was doorgaans erg positief. De vormgeving en het gebruik van computer met aanraakscherm werden positief onthaald. De vragenlijsten voor alcoholgebruik, beweging en roken kregen een totaalscore van meer dan 90%. Voor voeding was de totaalscore 84%. Patiënten vonden het vooral moeilijker om deze vragenlijst in te vullen. De resultaten van de digitale vragenlijst bevestigen grotendeels de verontrustende toename in ongezonde levensstijl.

Conclusies
We hebben een instrument ontwikkeld om de levensstijl van patiënten op een tijdssparende manier in kaart te brengen, ten behoeve van de huisarts. Op grond van ons onderzoek kunnen we concluderen dat het preventieconsult rond levensstijl doorgaans erg positief geëvalueerd werd door patiënten. Uit onze resultaten blijkt dat de vragenlijst rond voeding best aangepast en verbeterd wordt. Op dit moment wordt ons instrument ook effectief gebruikt in het preventieconsult van het Preventiecentrum regio Turnhout. Uit toekomstig onderzoek zal moeten blijken of het preventieconsult rond levensstijl ook bijdraagt tot een gezonder leven en een betere gezondheid.

Inhoud

Achtergrond 5

DEEL 1 Literatuuronderzoek 7

Inleiding en algemene werkwijze 8

Alcoholgebruik 10

Beweging 17

Roken 22

Voeding 29

DEEL 2 Evaluatieonderzoek 34

Inleiding 35

Methode 35

Resultaten 38

Discussie 46

Conclusie 52

Referenties 53

BIJLAGEN 59

Bijlage 1 Diagnostische criteria voor verslavingsproblematiek 60

Bijlage 2 Screeningsinstrumenten 61

Bijlage 3 Informatie- en toestemmingsformulier 69

Bijlage 4 Evaluatievragenlijst gebruiksvriendelijkheid 73

Bijlage 5 Resultaten evaluatievragenlijst 79

Achtergrond

Het aantal personen met kanker en cardiometabole aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en chronische nierinsufficiëntie, neemt aanzienlijk toe. Vele van deze aandoeningen worden mede veroorzaakt door dezelfde levensstijlgerelateerde risicofactoren, namelijk roken, ongezond eten, alcohol en te weinig beweging (1). Om zowel de toekomstige problemen voor de patiënt als een toename van kosten voor de gezondheidszorg te voorkomen, wordt preventie van deze aandoeningen steeds belangrijker. De drempel naar de huisarts is in België erg laag: zo'n 80% van de mensen bezoekt jaarlijks zijn huisarts (2). De huisarts zou daarom een belangrijke rol kunnen spelen in vroege opsporing en preventieve behandeling van mensen met een verhoogd risico op (chronische) aandoeningen. Toch komt preventie vaak niet op een systematische manier aan bod in de dagelijkse praktijkvoering van de Vlaamse huisarts. Sinds het medico-mutualistisch akkoord van 2009 een preventiemodule (GMD +) voorschrijft (gestart op 1 april 2011) wordt de huisarts aangezet om na te denken over het concretiseren van het preventie-aanbod.

Met de Gezondheidsgids heeft Domus Medica in 2010 een instrument ontwikkeld om de huisarts in zijn preventieve taak te ondersteunen en hem te helpen om samen met de patiënt een geïndividualiseerd en zinvol preventieplan op te stellen en te bewaken (3). Toch blijkt uit onderzoek dat na de implementatie van deze gids in de praktijk problemen zoals tijdsgebrek en de praktische uitvoering van het plan blijven bestaan (4).

De huisartsenvereniging regio Turnhout (HVRT) heeft hiervoor het Preventiecentrum regio Turnhout opgericht in 2009. Dit uniek project in Vlaanderen wordt beheerd en gecoördineerd door de HVRT en gesubsidieerd door het RIZIV. Het Preventiecentrum heeft als doel de huisartsen uit de regio te ondersteunen in hun algemene praktijkvoering met specifieke aandacht voor preventie (gezondheidspromotie en ziektepreventie), op administratief, organisatorisch en informatica-technisch vlak.
Een deelproject van het Preventiecentrum bestaat uit het preventieconsult. In dit consult gebeurt op een gestructureerde manier een analyse van de preventiestatus van de patiënten tussen 45 en 75 jaar, teneinde de individuele gezondheidsrisico's van de patiënt in kaart te brengen. Het preventieconsult wordt in het Preventiecentrum afgenomen door een preventieverpleegkundige, die hiervoor opgeleid werd. Eerst wordt een digitale vragenlijst doorlopen. Vervolgens neemt de verpleegkundige de vragenlijst samen met de patiënt door. Om het dossier te vervolledigen wordt een beperkt onderzoek uitgevoerd door de verpleegkundige. De preventieanalyse leidt tot een bepaald preventieprofiel. Dit wordt (elektronisch) overgemaakt in een korte en bondige adviesbrief aan de verwijzende huisarts. De huisarts stelt in een follow-up consult een geïndividualiseerd preventieplan op samen met de patiënt. Het Preventiecentrum zorgt op zijn beurt ook zorgen voor opleiding rond counseling en verwijsmogelijkheden naar diëtisten, rookstopbegeleiders en bewegingsconsulenten.

In het kader van onze opleiding tot huisarts hebben wij meegewerkt aan de ontwikkeling van het preventieconsult. De Gezondheidsgids van Domus Medica werd door het Preventiecentrum gebruikt als basis voor de ontwikkeling van het preventieconsult. Hierin zijn reeds een aantal concrete indicatoren uitgewerkt. De vragen rond levensstijl zijn in deze gids eerder beperkt. Toch is levensstijl belangrijk, gezien deze veel invloed heeft op het ontstaan en verloop van (chronische) ziekten.

Daarom hebben we gekozen om voor onze masterthesis het preventieconsult rond levensstijl verder uit werken, toegespitst op de topics alcohol, beweging, roken en voeding.

De specifieke onderzoeksvragen die wij wensten te beantwoorden zijn:

1. Welke indicatoren uit bestaand wetenschappelijk onderzoek kunnen op een zinvolle wijze aan bod komen met betrekking tot levensstijl, toegespitst op de topics alcohol, beweging, roken en voeding? Hierbij kijken we naar de validiteit en de gevoeligheid van de betreffende vragen.
2. Is de vragenreeks gebruiksvriendelijk? Hierbij kijken we naar de ervaring, tijdsbesteding, relevantie en begrijpelijkheid van de vragen voor de patiënt.

In een **eerste deel** hebben we gezocht naar wetenschappelijk onderbouwde vragenlijsten voor het preventieconsult rond levensstijl. Tijdens een volgende fase werden de geselecteerde vragenlijsten omgezet naar bruikbare stroomdiagrammen. Met steun van het Preventiecentrum werd de uiteindelijke digitale vragenlijst ontwikkeld. In een **tweede deel** hebben we de gebruiksvriendelijkheid van de preventieanalyse rond levensstijl geëvalueerd. Aan de hand van een papieren evaluatievragenlijst werden de volgende onderwerpen onderzocht: ervaring, tijdsbesteding, relevantie en begrijpelijkheid van de vragen voor de patiënten. Met behulp van de resultaten uit dit onderzoek zal de preventieanalyse rond levensstijl geoptimaliseerd worden.

Dit werk is het resultaat van een collectieve inspanning van Dr. Katrien Jacobs en Dr. Emilie Deroy. Om u een inzicht te verschaffen in de taakverdeling tussen beiden, vindt u bij elk hoofdstuk de naam van de desbetreffende auteur.

DEEL 1 LITERATUURONDERZOEK

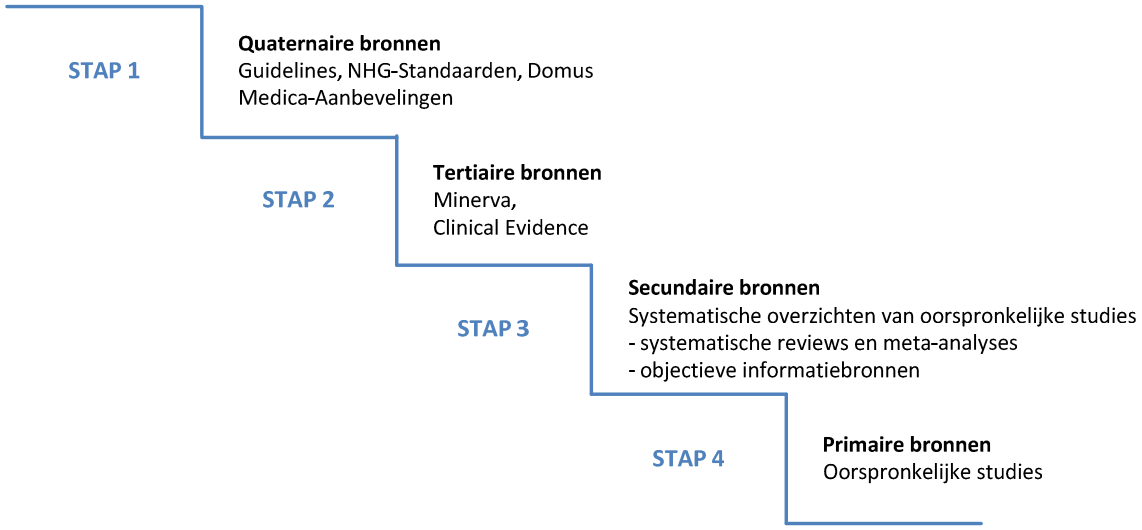
Welke indicatoren uit bestaand wetenschappelijk onderzoek kunnen op een zinvolle wijze aan bod komen met betrekking tot levensstijl, toegespitst op de topics alcohol, beweging, roken en voeding? Hierbij kijken we naar de validiteit en de gevoeligheid van de betreffende vragen.

Inleiding en algemene werkwijze

Eén van de essentiële elementen van ons project is een literatuurstudie. Het doel van deze literatuurstudie is het zoeken naar wetenschappelijk onderbouwde vragenlijsten voor het preventieconsult rond levensstijl, toegespitst op de topics alcohol, beweging, roken en voeding. Deze vragenlijsten moeten integreerbaar zijn in een algemene digitale vragenlijst rond preventie, bedoeld voor mensen tussen 45 en 75 jaar. We hebben gezocht naar beperkte vragenlijsten, geschikt voor de eerstelijn en bij voorkeur met aangepaste korte adviezen.

Bij de verkenning van de wetenschappelijke literatuur heeft ieder van ons twee preventietopics uitgewerkt. We hebben onafhankelijk van elkaar de wetenschappelijke literatuur doorzocht tot april 2011 volgens de klassieke *watervalmetafoor* (5). In deze stapsgewijze zoekstrategie worden de beschikbare informatiebronnen hiërarchisch gerangschikt en onderscheidt men vier niveaus (fig. 1).

Figuur 1 Watervalmetafoor



In eerste instantie hebben we de bestaande *quaternaire bronnen* geraadpleegd. Dit zijn Guidelines, Standaarden en Aanbevelingen voor de praktijk. Dit is immers huisartsrelevante, reeds bij elkaar gezochte wetenschappelijk onderbouwde informatie die gemakkelijk en snel beschikbaar is.
Om deze richtlijnen op te zoeken hebben we gebruik gemaakt van de database International Guideline Library van het Guidelines International Network. Hierbij hebben we specifiek gekeken naar richtlijnen van de door ons gekozen landen namelijk België, Nederland, United Kingdom, Australië, Nieuw-Zeeland en Canada en van de World Health Organization (WHO).
Vervolgens hebben we gezocht in de zogenaamde *tertiaire bronnen*. Dit zijn de kritische artikelbesprekingen door groepen deskundigen (Minerva en Clinical Evidence).
Nadien hebben we de *secundaire bronnen* geraadpleegd met systematische reviews en meta-analyses (toegankelijk via Medline, Embase en de Cochrane Library) en objectieve informatiebronnen.

Indien we onvoldoende informatie vonden in de hogergenoemde bronnen zochten we verder in de *primaire bronnen* of oorspronkelijke studies via Medline.
Voor sommige topics werd ook de *grijze literatuur* bekeken. Met grijze literatuur worden publicaties aangeduid die niet beschikbaar zijn via de normale kanalen.

In het vervolg van deel 1 wordt de uitwerking van elke preventietopic apart besproken.

Alcoholgebruik (Emilie Deroy)

Inleiding

Het gebruik van alcohol is nauwelijks weg te denken uit onze hedendaagse samenleving. Heel wat gebeurtenissen en activiteiten gaan gepaard met het drinken van één of meerdere alcoholhoudende drankjes. Alcohol is met andere woorden een deel van onze cultuur geworden. Soms hebben mensen echter moeite om hun alcoholgebruik onder controle te houden, wat heel wat potentiële gezondheidsproblemen met zich mee kan brengen (6).

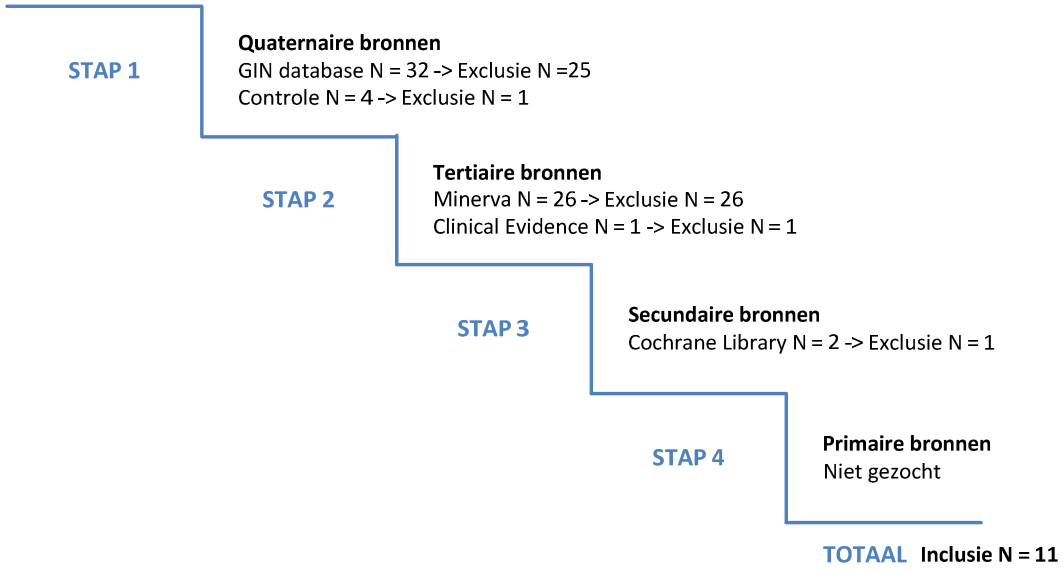
Problematisch alcoholgebruik is een drinkpatroon dat leidt tot lichamelijke klachten en/of psychische of sociale problemen, dan wel verhindert dat bestaande problemen adequaat worden aangepakt. De geconsumeerde hoeveelheid alcohol is daarbij van ondergeschikt belang (7).
In de literatuur worden verschillende definities gehanteerd voor alcoholproblematiek. Daarbij gaat het om een glijdende schaal van overmatig alcoholgebruik naar alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid. *Overmatig alcoholgebruik* houdt in voor mannen meer dan 21 standaardglazen per week (>3 glazen per dag) en vrouwen meer dan 14 standaardglazen per week (>2 glazen per dag). *Alcoholmisbruik* kan worden omschreven als de toestand van onaangepast drinken, zonder dat er voldoende criteria voor verslaving zijn, met significant lijden of verminderd functioneren tot gevolg. Kenmerkend zijn de interpersoonlijke en sociale problemen samenhangend met het gebruik van alcohol. Bij *alcoholafhankelijkheid* gaat het om een combinatie van lichamelijke afhankelijkheid (tolerantie, onthoudingsverschijnselen), psychische afhankelijkheid (hunkering, craving), controleverlies (gebruik vaker of meer dan voorgenomen en niet kunnen stoppen met gebruik) en lichamelijke of sociale gevolgen van het gebruik (7,8).
De diagnosen misbruik en afhankelijkheid van alcohol worden zowel in de DSM-IV als in de ICD-10 classificatie omschreven (9,10). Hierbij moet aan het vereiste aantal criteria zijn voldaan, zie bijlage 1. Gezien het belang van vroegtijdig herkennen van problematisch alcoholgebruik is in deze studie voor een ruime begripsomschrijving gekozen, die zowel de alcoholafhankelijke patiënten alsook de patiënten met een beginnend alcoholprobleem omvat.

Naar schatting zijn er in België tussen de 5 en 7% probleemdrinkers (vrouwen meer dan 4 eenheden per dag; mannen meer dan 6 eenheden per dag). Als we dit toespitsen op de huisartsenpopulatie zien we dat 9% voldoet aan de criteria van alcoholafhankelijkheid en/of alcoholmisbruik (11). Mensen met problematisch alcoholgebruik zijn in het bijzonder te vinden onder patiënten die de huisarts vaak consulteren. De patiënt presenteert problematisch alcoholgebruik meestal niet als probleem, waardoor slechts een minderheid van de patiënten als zodanig bij de huisarts bekend is (8). Toch is het belangrijk dat de huisarts problematisch alcoholgebruik vroegtijdig kan identificeren. Een goed screeningsinstrument kan hierbij nuttig zijn.

Methode

In eerste instantie werd de database International Guideline Library van het Guidelines International Network doorzocht met als zoekterm “Alcohol”.
Ter controle werden de klinische praktijkrichtlijnensites van de geselecteerde landen en de WHO nogmaals doorzocht met dezelfde zoekterm. Deze bronnen leverden reeds voldoende basisinformatie. Aangezien richtlijnen niet altijd parallel lopen met systematische reviews en richtlijnen nog wel eens te weinig aangepast worden aan nieuwe evoluties, werd een korte zoektocht ondernomen in tertiaire en secundaire bronnen. De Cochrane Library werd doorzocht met als zoekterm “Alcohol” AND “Questionnaire” in titel, abstract en keyword van 2000 tot 2011.
De gevonden resultaten werden gescreend op basis van land, onderzoeksvraag en -populatie.
Een visuele voorstelling hiervan is weergegeven in een flowchart (fig. 2).

Figuur 2 Stapsgewijze zoekstrategie alcoholgebruik



Resultaten

In totaal werden 10 richtlijnen weerhouden. Daarnaast werd ook een protocol van een review in ontwikkeling van ‘The Cochrane Collaboration’ gevonden.
Alle weerhouden richtlijnen werden geëvalueerd aan de hand van de AGREE-checklist (12). De richtlijn van Canada scoorde minder goed volgens de AGREE-criteria. De methoden die zijn gebruikt bij het opstellen van deze richtlijn zijn niet beschreven. De richtlijn werd ook niet beoordeeld en geëvalueerd alvorens deze gepubliceerd werd. Daarom werd deze richtlijn niet gebruikt bij de bespreking van de resultaten (13).
De review van ‘The Cochrane Collaboration’ heeft als doel de verschillende bestaande vragenlijsten voor identificatie van problematisch alcoholgebruik in de eerstelijnsgezondheidszorg te vergelijken. Helaas was de review nog niet gepubliceerd op het moment van dit schrijven (14).

Per richtlijn werden de verschillende antwoorden op de onderzoeksvraag overlopen.
Er is voldoende evidentie van goede kwaliteit die aantoont dat een gevalideerde screeningsvragenlijst een gevestigde methode is voor de detectie van problematisch alcoholgebruik. De beschikbare screeningsvragenlijsten werden in een tabel verwerkt (tabel 1). Vragenlijsten die frequent gebruikt worden in de eerstelijnsgezondheidszorg zijn: AUDIT en zijn verkorte en afgeleide versies, de CAGE en de Five Shot Test.

Zes van de negen richtlijnen bevelen de Alcohol Use Disorders Identification Test **(AUDIT)** aan voor het screenen naar alcohol binnen de eerstelijnsgezondheidszorg (15-20). De AUDIT werd ontwikkeld door de World Health Organization (WHO) om personen met overmatig en schadelijk alcoholgebruik op te sporen, alsook alcoholafhankelijkheid. De AUDIT bestaat uit tien vragen. De eerste drie vragen bevragen de alcoholconsumptie, de volgende drie peilen naar de afhankelijkheidssymptomen en de laatste vier vragen gaan over alcohol gerelateerde problemen. Een score van 8 of meer voor mannen jonger dan 65 jaar of 7 of meer voor vrouwen en 65-plussers wordt aanbevolen als indicator voor problematisch alcoholgebruik. Het rapport van de AUDIT bespreekt ook de stappen die volgen op de vragenlijst. Gebaseerd op de AUDIT score wordt een risicozone bepaald en een aangepast advies gegeven (21).

De SIGN Guideline beveelt het gebruik van verkorte versies van de AUDIT of de CAGE plus 2 aan voor het screenen naar alcohol in de eerstelijn (22). Ook de NICE Guideline benadrukt de mogelijkheid van verkorte versies van de AUDIT als de tijd beperkt is (16). Voorbeelden zijn: AUDIT-C, AUDIT-PC, AUDIT-3, FAST,...
De **AUDIT-C** (AUDIT Alcohol Consumption Questions) zijn de eerste drie vragen van de AUDIT, waarbij enkel gepeild wordt naar de alcoholconsumptie. Deze vragenlijst presteert goed in de identificatie van alcoholmisbruik, vooral in de eerstelijn. Een score van 3 of meer voor vrouwen, of 4 of meer voor mannen heeft een maximale sensitiviteit en specificiteit (15,16,18).
De **AUDIT-PC** (AUDIT Primary Care) is een aangepaste versie van de AUDIT voor de eerstelijn waarbij vragen 1, 2, 4, 5 en 10 eerst gesteld worden (16,18).
De derde vraag van de AUDIT alleen (**AUDIT-3**) heeft ook een goede sensitiviteit en specificiteit (15).
De Fast Alcohol Screening Test (**FAST**) en de Paddington Alcohol Test (**PAT**) werden speciaal ontwikkeld voor het screenen naar alcoholgebruik op de afdeling spoedgevallen en andere medische diensten waar tijdsdruk een belangrijke factor is. Beide vragenlijsten zijn afgeleid van de AUDIT maar kunnen in een vierde van de tijd ingevuld worden. Daarom worden FAST en PAT aanbevolen voor gebruik op de spoedgevallendienst of als de tijd beperkt is (16,18,22).
De **CAGE vragenlijst** werd meer dan 25 jaar geleden voor het eerst gepubliceerd door Ewing et al. in de JAMA (23). CAGE bestaat uit 4 vragen en is een acroniem voor 'Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener'. Een positief antwoord op 2 of meer vragen is suggestief voor alcoholafhankelijkheid (15,22). De CAGE heeft een betere sensitiviteit indien de vragenlijst wordt aangevuld met twee vragen over de maximale dagelijkse en totale wekelijkse consumptie (**CAGE plus 2**) (22).
Twee screeningsinstrumenten – **TWEAK en T-ACE** – zijn ontwikkeld voor gebruik bij zwangere vrouwen. Deze vragenlijsten moeten gebruikt worden tijdens preconceptie advies en zwangerschapsopvolging. Ze worden niet aanbevolen voor gebruik bij de algemene bevolking (15,22).

Tabel 1 Overzicht van de vragenlijsten van alcoholgebruik

Afkorting	Naam	Bespreking	Referenties
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test	· 10 meerkeuzevragen · zeer geschikt voor de identificatie van overmatig drinken, alsook alcoholmisbruik en -afhankelijkheid	15-20,22
AUDIT-C	AUDIT Alcohol Consumption Questions	· eerste 3 vragen van de AUDIT · geschikt voor de detectie van alcoholmisbruik	15,16,18
AUDIT-PC	AUDIT Primary Care	· vragen 1, 2, 4, 5 en 10 van de AUDIT · aangepaste versie van de AUDIT voor gebruik in de eerste lijn	16,18
AUDIT-3	Third AUDIT question	· derde vraag van de AUDIT · detectie van piekdrinken	15
CAGE	Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener	· 4 ja-neevragen · opsporing van alcoholmisbruik en -afhankelijkheid, minder valide voor overmatig alcoholgebruik	15,22
CAGE plus 2	CAGE plus 2	· CAGE-test aangevuld met 2 consumptievragen · betere sensitiviteit dan CAGE voor opsporen van overmatig alcoholgebruik	22
FAST	Fast Alcohol Screening Test	· vragen 3, 5, 8 en 10 van de AUDIT · speciaal ontwikkeld voor spoed	16,18,22
PAT	Paddington Alcohol Test	· 3 vragen · afgeleide van de AUDIT, speciaal ontwikkeld voor spoed	16,22
Five Shot Test	Five Shot Test	· eerste 2 vragen AUDIT, laatste 3 vragen CAGE · ontwikkeld om ‘zwaar’ alcoholgebruik te detecteren	8
T-ACE	Take, Annoyed, Cut down, Eye opener	· samengesteld uit 3 CAGE vragen en een vraag over tolerantie · ontwikkeld voor gebruik bij zwangere vrouwen	15,22
TWEAK	Tolerance, Worried, Eye-opener, Amnesia, Kut down	· aangepaste 5-item versie van de MAST · ontwikkeld voor gebruik bij zwangere vrouwen	15,22
SASQ	Single Alcohol Screening Questionnaire	· 1 vraag over recent hevig drinken	16,18
MAST	Michigan Alcohol Screening Test	· 24 vragen · geschikt om alcoholafhankelijkheid te detecteren	15
ASSIST	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test	· 8 vragen per middel · instrument om de ernst van middelenmisbruik in te schatten	15

De Nederlandse Standaard gebruikt de **Five Shot Test** om een indruk te krijgen van de omvang van het alcoholgebruik. De Five Shot Test combineert vragen van de AUDIT en de CAGE-test. De test bestaat uit de eerste 2 vragen van de AUDIT en de laatste 3 vragen van de CAGE. Een score van 2,5 of hoger vormt een zeer sterke aanwijzing voor problematisch alcoholgebruik, maar de test spoort niet alle probleemdrinkers op (8).
De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Stoornissen in het gebruik van alcohol is deels gebaseerd op de NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik. De LESA benadrukt bij welke directe en indirecte signalen de huisarts moet denken aan problematisch alcoholgebruik (7).

Laboratoriumonderzoek wordt niet aanbevolen als routine screeningsonderzoek om problematisch alcoholgebruik op te sporen. Bloedtesten zoals CDT (koolhydraat deficiënt transferrine), gamma-GT en MCV kunnen wel een rol spelen als er een vermoeden is dat het alcoholgebruik geminimaliseerd wordt, waardoor de zelfrapportage onbetrouwbaar is. Een afwijkende waarde van één van deze testen vormt dan een extra aanwijzing voor problematisch alcoholgebruik. Bij sommige patiënten kan de huisarts gebruik maken van bovengenoemde bloedtesten om de patiënt te motiveren zijn gedrag te veranderen of het alcoholgebruik op te volgen in de tijd (8,16,22).

Bespreking

Aangezien niet elke richtlijn dezelfde vragenlijst aanbeveelt, werd nagegaan welke vragenlijst het best onderbouwd was. Daarvoor werd, indien mogelijk, gekeken naar de toegekende niveaus van evidentie/graden van de aanbeveling (24).

Uit ons literatuuronderzoek blijkt dat de AUDIT inderdaad de meest aanbevolen en best onderbouwde vragenlijst is.

- Grade 1A: De AUDIT is het meest sensitieve screeningsinstrument van dit moment en wordt aanbevolen voor gebruik in de algemene populatie (15).
- Grade 1A: De AUDIT is effectief voor de identificatie van overmatig en schadelijk alcoholgebruik bij volwassenen in de eerstelijn (16).

De evidentie voor het gebruik van verkorte versies van de AUDIT bij volwassenen in de eerstelijn is variabel. Slechts een beperkte hoeveelheid evidentie kon gevonden worden voor de CAGE/CAGE plus 2 en de Five Shot Test.

- Grade B: Een verkorte versie van de AUDIT (bv. FAST) of CAGE plus 2 consumptievragen moeten gebruikt worden in de eerstelijn wanneer alcohol een mogelijks probleem vormt (22).
- Five Shot Test heeft goede testeigenschappen in de eerste lijn bij een afkappunt van 2,5 volgens een vergelijking van de verschillende screeningsinstrumenten in de huisartsenpraktijk door Aertgeerts et al (8,25). Op basis van deze studie krijgt de Five Shot Test een Grade 3B.

Vele vragenlijsten zijn ontworpen om te screenen naar alcoholafhankelijkheid, maar slechts enkele zijn bedacht om ook overmatig alcoholgebruik op te sporen. Het opsporen van overmatig alcoholgebruik is echter ook erg belangrijk. Hoe vroegtijdiger men personen met een alcoholprobleem kan identificeren en overtuigen er iets aan te doen, hoe groter de kans op het

voorkomen van alcoholafhankelijkheid en alcohol gerelateerde problemen. Dit onderzoek richt zich daarom op de patiënt met een beginnend alcoholprobleem die meer drinkt dan goed voor hem is. De AUDIT blijkt zeer geschikt voor het identificeren van overmatig alcoholgebruik, maar ook voor ernstigere vormen zoals schadelijk alcoholgebruik en alcoholafhankelijkheid (15).
Uit de SIGN Guideline blijkt dat huisartsen een korte vragenlijst meer haalbaar vinden. Het afnemen van de volledige AUDIT ligt moeilijk. Als reden geeft men aan dat dit te veel tijd in beslag neemt en dat de score procedure moeilijk te onthouden is (22).
De CAGE is een korte, gemakkelijk te onthouden vragenlijst, maar geeft geen informatie over kwantiteit, frequentie of drinkpatroon, en is daardoor niet geschikt voor detectie van overmatig drinken (23). Zowel de CAGE als de Five Shot Test bevragen het alcoholgebruik in het verleden, terwijl de huisarts geïnteresseerd is in het huidige alcoholgebruik. Omwille van deze beperkingen zijn de CAGE en de Five Shot test minder geschikt voor het doel van ons onderzoek. Nadeel van verkorte versies van AUDIT is dat de hoeveelheid informatie die bekomen wordt beperkter is.

In de drukke praktijkvoering van de huisarts moet een screeningsvragenlijst inderdaad praktisch zijn. Voor onze setting waar tijd het toelaat de hele AUDIT te incorporeren en de berekening van de score automatisch via computer gebeurd zijn deze argumenten minder relevant.
Toch is het voor vele patiënten onnodig om de hele AUDIT vragenlijst in te vullen omdat ze nooit, zelden of matig alcohol drinken. Gezien het in ons onderzoek een digitale vragenlijst betreft, is het mogelijk om vragen over te slaan of weg te laten voor zulke patiënten. Een mogelijkheid om de AUDIT in te korten doet zich voor na het beantwoorden van vraag 3 (21).
Voor ons onderzoek hebben we besloten stapsgewijs te werken en te starten met de eerste drie AUDIT-vragen (= de AUDIT-C), waarbij enkel gepeild wordt naar de alcoholconsumptie. Een score van minder dan 4 voor mannen jonger dan 65 jaar of minder dan 3 voor vrouwen en 65-plussers sluit problematisch alcoholgebruik wellicht uit. Het is bijgevolg niet nodig om de overige AUDIT-vragen te stellen. Een score van 4 of meer voor mannen jonger dan 65 jaar of 3 of meer voor vrouwen en 65-plussers kan wijzen op problematisch alcoholgebruik. Het is dan aangewezen de overige zeven AUDIT-vragen te stellen. Vanaf een totaalscore van 8 bij mannen en van 7 bij vrouwen en 65-plussers spreekt men van een mogelijks problematische alcoholgebruik en is een verdere aanpak door de huisarts vereist.
Deze keuze is op consensus gebaseerd. Dit wordt niet teruggevonden in de richtlijnen, wel in andere bronnen. Het Department of Health heeft in het kader van de aanpak van alcoholproblematiek ondersteunend materiaal voor de huisartsen ontwikkeld: www.alcohollearningcentre.org.uk via NICE Implementation training plan voor PH24 Alcohol-use disorders: preventing harmful drinking. Deze e-learning module beschrijft deze stapsgewijze methode (26,27). De volledige vragenlijst en stapsgewijze methode wordt weergegeven in bijlage 2.1.

De Gezondheidsgids editie 2010 van Domus Medica peilt naar het gebruik van alcohol door eerst te vragen naar het aantal alcoholconsumpties per week. Bij het overschrijden van de kritische drempel (≥21 voor mannen en ≥14 voor vrouwen) voert de huisarts de AUDIT uit (3).
Deze Gezondheidsgids is volgens de auteurs wetenschappelijk onderbouwd, maar er werden voor de topic alcoholgebruik geen referenties vermeld, waardoor de Gezondheidsgids voor deze topic minder kwaliteitsvol werd bevonden. Na onze zoekperiode verscheen de nieuwe richtlijn 'Problematisch alcoholgebruik: aanpak door de huisarts' van Domus Medica (28). De editie 2011 van de Gezondheidsgids is aangepast aan deze nieuwe aanbeveling over alcoholgebruik (29). Deze editie

ondersteunt onze keuze voor een stapsgewijze aanpak om problematisch alcoholgebruik op te sporen, maar gebruikt ander afkapwaarden voor de AUDIT-C.

Besluit

Voor ons onderzoek werd het gebruik van de AUDIT-C en AUDIT gekozen omwille van volgende argumenten:

- De AUDIT is een gevalideerde vragenlijst om overmatig alcoholgebruik, alsook schadelijk alcoholgebruik en alcoholafhankelijkheid op te sporen. Het rapport van de AUDIT bespreekt ook de stappen die volgen op de vragenlijst.
- De AUDIT werd door de WHO speciaal ontwikkeld voor gebruik in de eerstelijnsgezondheidszorg, maar wordt vandaag ook in andere settings gebruikt. Het is de internationale standaard en wereldwijd is met AUDIT de meeste ervaring opgebouwd.
- Andere vragenlijsten waren minder geschikt. De internationale literatuur over de CAGE en de Five Shot Test is beperkter.

Beweging (Emilie Deroy)

Inleiding

Een voldoende fysiek actieve levensstijl heeft verschillende gezondheidsvoordelen zoals een verminderd risico op hart- en vaatziekten, diabetes, colon- en borstkanker, depressie en overgewicht. Naast een belangrijke preventieve waarde heeft voldoende fysieke activiteit ook een belangrijke functie in de behandeling van vele aandoeningen (30).

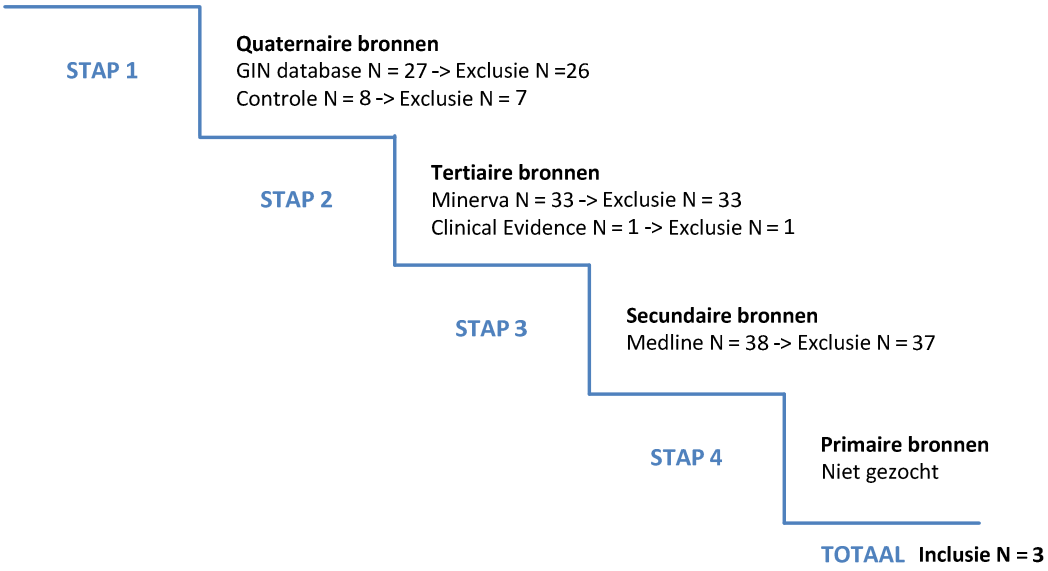
Hoeveel beweging heeft men nodig om gezondheidsvoordelen te hebben?
Indien volwassenen regelmatig (driemaal per week, gedurende minstens 20 minuten) intensief sporten is dit prima. Sporten op regelmatige basis is echter niet voor iedereen een haalbaar doel. Regelmatig bewegen aan een matige intensiteit en dit gedurende 30 minuten per dag, vijf dagen per week (minimum 10 minuten, meermaals per dag) is voldoende om bij te dragen tot een betere gezondheid. Alle vormen van fysieke activiteit komen hiervoor in aanmerking: niet alleen sportbeoefening in de vrije tijd, maar ook inspanningen op het werk (trappen doen of stappen), thuis (huishoudelijk werk, tuinieren) of om zich te verplaatsen (te voet of per fiets). Deze doelstelling is voor veel meer mensen haalbaar (30,31).

Toch is de meerderheid van de bevolking te weinig fysiek actief om gezondheidsvoordelen te bekomen en is er nood aan het promoten van sport en beweging (30).
Het meten van de mate van fysieke activiteit van de bevolking met behulp van een gestandaardiseerd protocol is een belangrijke eerste stap in het promoten van een fysiek actieve levensstijl.

Methode

Als eerste stap werd de database van het Guidelines International Network doorzocht met als zoekterm “Physical Activity”. Ook nu weer werden de praktijkrichtlijnensites van de respectievelijke landen en de WHO gecontroleerd. Zo wordt er op de website van Domus Medica (Vlaamse aanbevelingen) een verwijzing gemaakt naar Voedings- en bewegingstesten voor patiënten op de website van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie. Deze bewegingstesten werden gevonden op de website ‘Bewegingsadvies op maat’ van de Universiteit Gent (32). Op deze manier kwamen we terecht in de grijze literatuur.
Nadien werd een korte zoekactie ondernomen in tertiaire en secundaire bronnen. Medline werd geraadpleegd met een sensitieve zoekstrategie voor systematische reviews en meta-analyses in combinatie met de volgende MeSH termen “Motor activity” AND “Questionnaire”. Restrictie naar publicatiedatum en taal werd toegepast (last 10 years and English).
Ook deze resultaten werden gescreend volgens dezelfde criteria (land, onderzoeksvraag en -populatie) en samengevat in een flowchart (fig. 3).

Figuur 3 Stapsgewijze zoekstrategie beweging



Resultaten

Het merendeel van de gevonden studies was onbruikbaar voor onze onderzoeksvraag om verschillende redenen. Een eerste deel van de richtlijnen beschrijft het ontwikkelen van initiatieven om beweging op de werkvloer, op school of in een stad, gemeente of wijk succesvol te promoten. Zo is bijvoorbeeld de richtlijn 'Handreiking Leefstijladvies in de eerstelijnszorg' bedoeld als steun bij het opzetten van een beweeg- en leefstijlplan in de eerste lijn.
Een ander deel van de richtlijnen is gericht op het informeren en adviseren van het medisch korps of de patiënt zelf over fysieke activiteit voor gezonde mensen, maar ook voor mensen met cardiovasculaire ziekten, obesitas, osteoporose of zwangere vrouwen en ouderen.
Geen van deze richtlijnen vermeldt een screeningsinstrument om de fysieke activiteit te meten. Uiteindelijk konden slechts 2 richtlijnen weerhouden worden (31,33). Daarnaast werden ook één review en de IPAQ vragenlijst (via 'Bewegingsadvies op maat') weerhouden (34,35).

De twee meest gebruikte gestandaardiseerde screeningsvragenlijsten zijn de International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) en de Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ).
De **IPAQ** werd ontwikkeld in 1997 als resultaat van verschillende internationale onderzoeksprojecten. Deze vragenlijst bestaat in een korte versie (aanbevolen voor surveillance) en een lange versie voor onderzoeksdoeleinden. De meest gebruikte korte versie (IPAQ short) bevraagt de frequentie (dagen per week), duur (minuten) en mate van intensiteit (zwaar, matig en wandelen) van fysieke activiteit van de afgelopen 7 dagen in het algemeen. De lange versie heeft de mogelijkheid om 5 verschillende domeinen (werk, transport, huishouden, recreatie en sport, zitten) van fysieke activiteit onafhankelijk van elkaar vast te leggen. De IPAQ gebruikt het geschatte energieverbruik als uitkomstmaat. Het totaal energieverbruik (uitgedrukt in MET-minuten per week) wordt berekend op basis van de tijdsbesteding (uitgedrukt in minuten) en intensiteit (uitgedrukt in Metabole Equivalenten, MET). Vervolgens worden deze resultaten gebruikt om de Physical Activity Level (PAL) te bepalen (36,37).

Tabel 2 Overzicht van de vragenlijsten van beweging

Naam instrument	IPAQ	GPAQ	GPPAQ
Verantwoordelijke instantie	IPAQ groep	WHO	NHS
Doel	Ontwikkeling van een algemeen instrument voor het meten en internationaal vergelijken van fysieke activiteit	Ontwikkeld voor het meten van fysieke activiteit als onderdeel van het STEPS instrument	Het meten van de fysieke activiteit om te bepalen wanneer verdere interventies nodig zijn
Doelgroep	Algemene bevolking (15-69 jaar)	Volwassenen (18-75 jaar), ontwikkeld voor gebruik in ontwikkelingslanden	Volwassenen (16-74 jaar), ontwikkeld voor gebruik in de eerste lijn
Vorm	Schriftelijk en telefonisch	Schriftelijk	Schriftelijk en elektronische template
Taal	Verschillende talen, waaronder Nederlands	Engels, Frans, Duits, Russisch, Spaans, Arabisch, Chinees	Engels
Aantal vragen	Korte versie: 7 Lange versie: 27	16	7
Type vragen	Multiple choice en open vragen	Multiple choice en open vragen	Multiple choice
Referentieperiode	Afgelopen 7 dagen	Typische week	Afgelopen week
Informatie in termen van FITT*	Korte versie: frequentie, intensiteit (zwaar, matig, wandelen), tijd Lange versie: + type activiteit (werk, transport, huishouden, recreatie en sport, zitten)	Frequentie, intensiteit (zwaar, matig), tijd en type activiteit (werk, transport, recreatie en sport, zitten)	Werkintensiteit, tijd en type activiteit (werk, transport, huishouden, recreatie en sport)
Uitkomstmaten	Energieverbruik (MET-minuten/week)	Energieverbruik (MET-minuten/week)	Physical Activity Index (PAI)
Referentie	www.ipaq.ki.se/publications.htm	www.who.int/chp/steps/resources/en/	www.dh.gov.uk >> Search: GPPAQ

*FITT = frequentie, intensiteit, tijd (duur) en type activiteit

De **GPAQ** werd ontwikkeld in 2001 door de WHO als onderdeel van het STEPS Instrument. De vragenlijst bestaat uit 16 vragen en verzamelt informatie over fysieke activiteit over 3 domeinen (werk, transport, recreatie en sport) alsook over sedentair gedrag. Ook de GPAQ gebruikt het geschatte energieverbruik als uitkomstmaat (38,39).
Naast bovengenoemde internationaal veel gebruikte vragenlijsten beveelt de NICE Guideline het gebruik van de General Practice Physical Activity Questionnaire (**GPPAQ**) aan om inactieve volwassenen te identificeren. De GPPAQ is een gevalideerd screeningsinstrument dat speciaal ontwikkeld werd voor gebruik in de eerste lijn om de Physical Activity Index (PAI) te bepalen. Deze index kan vertaald worden naar zogenaamde 'Read Codes' (te vergelijken met de International Classification of Primary Care, ICPC). De PAI helpt de huisarts om een beslissing te nemen wanneer een interventie om de fysieke activiteit te verhogen nodig is. Het rapport van de GPPAQ bespreekt ook de stappen die volgen op de screening en geeft adviezen om de fysieke activiteit te verhogen (40).
De eigenschappen van deze 3 vragenlijsten werden samengevat in tabel 2.

De review van van Poppel et al. evalueert en vergelijkt de eigenschappen van verschillende vragenlijsten voor het meten van fysieke activiteit bij volwassenen.
Slechts enkele vragenlijsten waaronder de IPAQ hadden een voldoende validiteit en betrouwbaarheid, maar nader onderzoek is nodig.
Op basis van deze review kan geen besluit genomen worden betreffende de beste vragenlijst op dit moment. De keuze voor een bepaalde vragenlijst moet daarom volgens de auteurs altijd afhangen van het doel van de studie rekening houdend met de inhoud van de vragenlijst (34).

Bespreking

In de Gezondheidsgids wordt direct gevraagd naar de beweegnorm: 'Komt u aan 30 minuten lichaamsbeweging per dag?'. De betrouwbaarheid van één totaalvraag lijkt eerder beperkt (3). In het algemeen vinden wij dat een meer uitgebreide vragenset noodzakelijk is om inzicht te krijgen in de fysieke activiteit.

Gebaseerd op de aanbevolen beweegnorm moet een vragenlijst minstens de duur, intensiteit en frequentie van fysieke activiteit bevragen, en dit liefst in verschillende domeinen (werk, transport, recreatie en sport) om een voldoende inhoudelijke validiteit te hebben. De IPAQ verzamelt betrouwbare en valide informatie over de frequentie, intensiteit en duur van de fysieke activiteit.
De inhoudsvaliditeit van de korte versie van de IPAQ is beperkt gezien deze geen onderscheid maakt tussen de verschillende domeinen van fysieke activiteit. De lange versie maakt wel een onderscheid tussen 5 domeinen en heeft daarom een betere inhoudsvaliditeit, maar deze is te saai en te lang voor het doel van ons onderzoek (36,37).
De inhoudsvaliditeit van de GPAQ is groot, gezien de frequentie, intensiteit en duur van de fysieke activiteit bevraagd wordt, alsook het type activiteit (38,39).
De GPPAQ is minder bekend en minder wetenschappelijk onderbouwd. Op het eerste zicht heeft de GPPAQ een goede validiteit en is deze vragenlijst acceptabel voor routinegebruik in de eerste lijn. Inhoudelijk bevraagt de vragenlijst zowel de beroepsactiviteit als de fysieke activiteit tijdens sport, transport en huishoudelijk werk. De vragen over wandelen en huishoudelijk werk zijn wel

opgenomen in de vragenlijst maar blijken minder betrouwbaar te zijn en worden daarom niet gebruikt om de PAI te berekenen (40).

Sommige mensen zullen moeilijkheden ondervinden met het zich herinneren van hun fysieke activiteit, zeker indien de fysieke activiteit plaatsvond als deel van de dagelijkse taken. Matige fysieke activiteit, zoals wandelen, wordt vaak onder- of overschat. Mensen herinneren zich gemakkelijker zware fysieke activiteit, aangezien deze meestal gepland wordt.
Het gedetailleerd antwoorden op open vragen (IPAQ en GPAQ) over tijdsbesteding in aantal uren en minuten lijkt dan ook veel moeilijker dan kiezen uit enkele opties bij meerkeuzevragen (GPPAQ) over tijdsbesteding aan fysieke activiteit.

Bij het vragen naar de fysieke activiteit worden verschillende referentieperiodes gehanteerd variërend van afgelopen 7 dagen (IPAQ), afgelopen week (GPPAQ) tot een normale week (GPAQ). Over de voor- en nadelen van het gebruik van de afgelopen 7 dagen, afgelopen week of een normale week kan gediscussieerd worden. De keuze voor de referentieperiode is afhankelijk van het specifieke doel van ons onderzoek. Het hanteren van een zo concreet mogelijke periode (afgelopen 7 dagen, afgelopen week) geniet onze voorkeur.

De fysieke activiteit (of inactiviteit) kan uitgedrukt worden op verschillende manieren. De twee meest gebruikte uitkomstmaten zijn: (1) beoordelen van de fysieke activiteit aan de hand van een continue variabele, zoals MET-minuten per week, of tijdsbesteding aan fysieke activiteit; (2) indelen in een bepaalde categorie, zoals bijvoorbeeld actief en inactief.
De IPAQ en GPAQ gebruiken het geschatte energieverbruik (uitgedrukt in MET-minuten per week) als uitkomstmaat om vervolgens de Physical Activity Level (PAL) te bepalen (37,39).
GPPAQ bepaalt onmiddellijk de Physical Activity Index (PAI) aan de hand van de tijdsbesteding aan fysieke activiteit gecombineerd met de beroepsactiviteit (40).
Als uitkomstmaat is het aan te bevelen de mogelijkheid te realiseren om de Physical Activity Level/Index te berekenen. De methode van dataverwerking met als tussenstap het berekenen van de continue variabele MET-minuten per week is complex en lijkt voor ons onderzoek overbodig.

Besluit

De drie besproken gevalideerde vragenlijsten hebben allemaal een aantal positieve punten, maar ook beperkingen. Daarom hebben we bij de keuze van de vragenlijst voornamelijk rekening gehouden met het doel van ons onderzoek en hebben we uiteindelijk gekozen voor de General Practice Physical Activity Questionnaire (GPPAQ) (zie bijlage 2.2).

- De GPPAQ is een gevalideerd screeningsinstrument dat speciaal ontwikkeld werd voor gebruik in de eerstelijn om de Physical Activity Index (PAI) te bepalen.
- GPPAQ bespreekt ook de stappen die volgen op de screening en geeft adviezen om de fysieke activiteit te verhogen.
- De andere twee vragenlijsten waren minder geschikt voor ons onderzoek omwille van de complexiteit zowel wat betreft de betrouwbaarheid van de invulling als de dataverwerking.

Roken (Katrien Jacobs)

Inleiding

De geneeskundige literatuur biedt tienduizenden studies over de invloed van het roken op de gezondheid. Het gebruik van tabak wordt beschouwd als de belangrijkste vermijdbare oorzaak van morbiditeit en mortaliteit in de wereld. Nagenoeg één op twee volwassen Vlamingen geeft aan ooit gerookt te hebben. Wie zijn leven lang rookt, heeft 50% kans vroegtijdig te overlijden aan een aandoening veroorzaakt door dat roken, en dit gemiddeld 10 jaar vroeger dan niet-rokers (41). In België gaat men er, volgens de sterftecijfers van 1997, van uit dat 20% van de sterftegevallen geassocieerd is met een ziekte te wijten aan het gebruik van tabak (42).

De laatste jaren is er een wetgeving ontwikkeld en zijn er talrijke campagnes geweest om rookstop te promoten. Medische ondersteuning bij rookstop past in een globale aanpak van de bestrijding van het tabaksgebruik. Volgens de WHO geeft kort advies van de huisarts 66% meer kans op slagen, en intensief advies zelfs 84% meer kans in vergelijking met geen advies (43). Stoppen met roken is, net als beginnen roken, een proces van gedragsverandering. Het is belangrijk als huisarts om dit proces te kennen en op gepaste wijze te kunnen anticiperen. (42,44-45).

Nicotineafhankelijkheid of tabaksverslaving is als aandoening opgenomen in de ICD-10 en de DSM-IV (bijlage 1). De criteria zijn gelijkaardig aan die van alcoholisme. De effecten van nicotine kunnen de gevoelens, gedragingen of cognities veranderen; deze effecten liggen vermoedelijk aan de basis van de afhankelijkheid (46). Deze doen zich zowel voor op lichamelijk (gewenste directe effecten, ongewenste ontwenningsverschijnselen), psychisch (craving) als sociaal vlak (conditionering van het gedrag). De mate van nicotineafhankelijkheid is van belang voor de rookstopbegeleiding van de huisarts.

Iets meer dan de helft van de rokers verklaart dat ze in de nabije toekomst willen stoppen met roken (53% in 2009). Slechts 12% is echter vastbesloten om te stoppen in de toekomst. Veruit het belangrijkste motief om te stoppen met roken is voor zowel rokers als ex-rokers de gezondheid. Naarmate iemand gemotiveerder is, is de kans groter dat hij ook daadwerkelijk stopt met roken. Geen enkel hulpmiddel kan iemand doen stoppen met roken als die persoon niet gemotiveerd is om te stoppen (42).

De begeleiding van rokers en rookstop wordt in de meest recente richtlijnen steeds beschreven aan de hand van de strategie van de 5 A's (fig. 4)(47). De identificatie van de rokers, met name hun nicotineafhankelijkheid en motivatie, is de eerste stap in de begeleiding tot rookstop. Nochtans bevraagt minder dan de helft van de huisartsen het rookgedrag van patiënten. In de scriptie van Lenie Jacobs zagen we dat 16/25 bevraagde artsen het roken bevraagd (4). Het merendeel bevraagt ook de motivatie van de patiënt. Toch blijven de cijfers ondermaats. Als belangrijkste hinderpalen vermelden huisartsen tijdgebrek en gebrek aan motivatie vanwege hun patiënten (48).

In onze studie zochten we naar een instrument om de nicotineafhankelijkheid en de motivatie van de rokerspopulatie in kaart te brengen tijdens het consult in het preventiecentrum. Het resultaat hiervan wordt dan naar de huisarts opgestuurd zodat hij zonder tijdsverlies en goed geïnformeerd de volgende stap kan zetten in overleg met de patiënt.

Figuur 4 Strategie van de 5 A's

Ask	Rookgedrag identificeren en documenteren voor alle patiënten en bij elk contact.
Advise to quit	De patiënt aanmoedigen om te stoppen met roken met behulp van een duidelijke, kordate en gepersonaliseerde boodschap.
Assess willingness to make a quit attempt	De wil van de patiënt om te stoppen met roken evalueren en versterken.
Assist in quit attempt	Aan rokers de nodige farmacologische ondersteuning bieden om te stoppen met roken.
Arrange follow-up	Een opvolgconsult voorzien, liefst in de week na de start van de rookstop.

Methoden

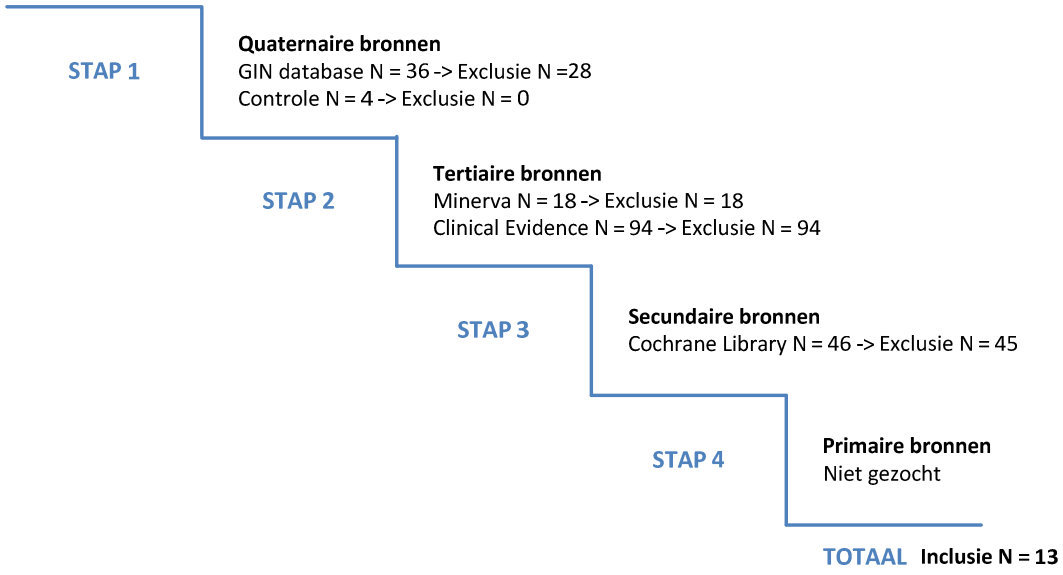
De literatuurstudie werd via CEBAM gestart in de International Guideline Library van het Guidelines International Network. Hier zochten we met de term "smoking". Ook werden via CEBAM de klinische praktijkrichtlijnensites van de geselecteerde landen en de WHO nog eens apart gecontroleerd.

We bekeken de richtlijnen aan de hand van de AGREE checklist (12). In de gevonden richtlijnen gingen we op zoek naar vragenlijsten om rookgedrag (afhankelijkheid, motivatie tot rookstop) te bevragen in het kader van een preventieve analyse. De vragenlijsten dienden kort en bondig te zijn, gerelateerd aan de huisartsengeneeskunde en preventie, eenvoudig te begrijpen en goed onderbouwd met wetenschappelijke literatuur.

We selecteerden de richtlijnen op basis van inclusiecriteria. Dit wordt visueel voorgesteld in figuur 5. De inclusiecriteria waren het land van oorsprong, de publicatiedatum (<10 jaar geleden), het doel (preventie), de doelgroep (huisartsen, eerstelijnsgeneeskunde), de populatie (volwassenen 45-75 jaar) en de inhoud (vragenlijst die roken bevraagt). We screenden voor deze criteria via titel en abstract. De geselecteerde artikels werden later volledig gelezen.

Aangezien richtlijnen niet altijd up to date zijn met recentere systematische reviews, werd een korte zoektocht ondernomen in tertiaire en secundaire bronnen. Met de zoektermen "smoking", "smoking cessation", "motivation", "nicotine dependence" werd gezocht binnen Clinical Evidence, voor Minerva werd "roken" en "rookstop" gebruikt. Dit leverde echter in beide gevallen geen relevante resultaten (vragenlijsten) op. In de Cochrane library waren de zoektermen "smoking cessation" en "Fagerström". We weerhielden 12 richtlijnen en 1 review.

Figuur 5 Stapsgewijze zoekstrategie roken



Omdat we uit de richtlijnen alleen geen duidelijke keuze konden maken, gingen we op zoek naar de bronartikels en vergelijkende artikels van vragenlijsten voor nicotine-afhankelijkheid en motivatie tot rookstop. Voor Pubmed/Medline gebruikten we de zoektermen “Fagerström”, “nicotine dependence”, “heavily smoking index”, “motivation”, “questionnaire”. Hier werd geen beperking van datum ingevoerd, om ons terug te kunnen brengen naar de bronartikels van de vragenlijsten. Via de referenties van de gevonden artikels werd dan verder gezocht. Ook de referenties van de geselecteerde richtlijnen werden bekeken. Deze zoektocht staat los van de zoekstrategie volgens de watervalmethode en wordt daar dan ook niet vermeld in de figuur. Uit deze primaire bronnen weerhouden we 21 artikels, welke gebruikt werden om een wetenschappelijk onderbouwde keuze te maken tussen de vragenlijsten die we via de richtlijnen verkregen.

Resultaten

De twaalf geselecteerde richtlijnen met hun respectievelijke vragenlijsten worden weergegeven in tabel 3. Er is aangeduid of ze een vragenlijst bevatten die nicotine afhankelijkheid (kolom 2) en rookstop motivatie (kolom 3) bevraagt, en zo ja, welke er gebruikt wordt.

We bekijken welke van de 12 richtlijnen voor ons project bruikbaar zijn. De Vlaamse Aanbeveling van Domus Medica is een vertaling van ‘Recommandations de bonne pratique: Arrêter de fumer’ en geldt als herziening van de aanbeveling Stoppen met roken uit 2001 (48,49). De richtlijn van NICE en de Best Practice Guideline van Australië bevatten geen vragenlijsten, en waren dus onbruikbaar (50,51). NICE ontwikkelt op dit moment de richtlijn “Guidance on smoking cessation”, mogelijk bevat deze wel een aanbeveling voor een vragenlijst. De Clinical Knowledge Summaries topic die gebaseerd is op de NICE Guideline blijkt iets meer praktijkgericht uitgewerkt te zijn, en komt tot een aanbeveling voor nicotine afhankelijkheid (52). De Canadese richtlijnenwebsite GAC is niet meer bijgewerkt sinds 2010, en de richtlijn is opgesteld voor het gebruik in verpleegkundige praktijken (53). Het is echter goed

uitgewerkt voor het gebruik in de praktijk, bevat tevens een aanbeveling tot een vragenlijst, en dus wordt deze niet verworpen. Het doel van het KCE report over de kosteneffectiviteit van rookstop is niet echt overeenkomstig met de praktijkrichtlijnen, maar in de kantlijn wordt wel kort aangehaald hoe nicotine afhankelijkheid bevraagd moet worden (45). Men vermeldt hier echter geen referentie. De overige richtlijnen uit Nederland, België, Australië en Nieuw-Zeeland zijn praktijkgericht en bevatten voor zowel voor het bevragen van nicotine afhankelijkheid als rookstopmotivatie een aanbeveling (3,54-56). Uit de twaalf geselecteerde richtlijnen weerhielden we er dus negen met een vragenlijst.

Tabel 3 Overzicht van de geselecteerde richtlijnen rond rookstop, en hun aanbevolen vragenlijsten

	VRAGENLIJSTEN / RICHTLIJNEN	Nicotine afhankelijkheid	Rookstop Motivatie	Bron
1.	Brief interventions and referral for smoking cessation	Geen	Geen	NICE, UK, 2006
2.	Smoking cessation (Prodigy)	HIS	Geen	CKS, UK, 2008
3.	Treatment of tobacco addiction	HIS	TTM	CBO, NL, 2004
4.	Stoppen met roken (M85)	HIS	TTM	NHG, NL,2007
5.	Canada Integration smoking cessation into daily nursing practice, Guidelines Advisory Committee, Canada	Fagerström	TTM	GAC, Canada, 2007
6.	Stoppen met roken: aanbeveling voor goede medische praktijkvoering	Fagerström of TTFC	Q-MAT en TTM	Domus Medica, BE, 2006
7.	Arrêter de fumer, SSMG, BE			SSMG, BE, 2005
8.	Smoking cessation interventions and strategies	Geen	Geen	JBI, AU, 2008
9.	New Zealand Smoking Cessation Guidelines, New Zealand, 2007	TTFC	Wordt niet aanbevolen	New Zealand, 2007
10.	Smoking Cessation Guidelines FOR AUSTRALIAN GENERAL PRACTICE	FTND en HIS	TTM	Practice Handbook, AU, 2005
11.	KCE report Effectiviteit en kost-effectiviteit van behandelingen voor rookstop	Geen	Geen	KCE, BE, 2004
12.	De Gezondheidsgids	TTFC	TTM	Domus Medica, BE, 2010

*HIS Heavy Smoking Index, TTM Transtheoretisch Model van Prochaska en Di Clemente, TTFC Time To First Cigarete, FTND Fagerström Test for Nicotine Dependence

De Cochrane review die werd weerhouden bespreekt de eigenschappen van de Fagerström Test for Nicotine Dependence en werd meegenomen bij het maken van tabel 4 (57). In tabel 4 worden alle vragenlijsten weergegeven met hun respectievelijke kenmerken en hun voor- en nadelen. Vragenlijsten 1 t.e.m. 4 werden bekomen uit de geselecteerde richtlijnen, vragenlijsten 5 t.e.m. 8 zijn aanvullingen vanuit het literatuuronderzoek in de primaire bronnen (58-65). De vergelijking gebeurde aan de hand van de Pubmed-artikels die werden bekomen in onze aparte literatuurstudie (66-74).

Tabel 4 Overzicht van de vragenlijsten van nicotine afhankelijkheid

Test	Items	Initieel doel	Voordelen	Nadelen	Evidentie
Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ, Fagerström, 1978)	8 vragen 2 factoren Score 0 – 11	Klinisch beschrijvend onderzoek	Afhankelijkheid (CPD)	Beperkte psychometrie en validatie. Ontwenning: nee Herval: onbekend	123 hits Pubmed Talrijke studies Verschillende populaties
Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND, Heatherton et al, 1991)	Gereviseerde versie 6 vragen score 0 – 10	Klinisch Beschrijvend onderzoek	Afhankelijkheid (CPD, cotinine) Beter dan HSI bij lage afhankelijkheid Betrouwbaar bij verschillende populaties (incl. psychiatrische) Herval: ja (en associatie met motivatie)	Minder goed dan HSI bij hoge afhankelijkheid (bv dagelijkse rokers) Ontwenning: nee	336 hits Pubmed Talrijke studies Verschillende populaties
Heavy Smoking Index (HIS, Heatherton, 1989)	2 vragen score 0-6	Epidemiologische studies	Goede maatstaf voor hoge afhankelijkheid (beter dan FTND). Voorspelt 'craving'	Ontwenning: nee Herval: nee	9 hits Pubmed
Time to First Cigarette (TTFC, Fagerström, 2003)	1 vraag		Afhankelijkheid: beste geïsoleerde criterium om fysieke afhankelijkheid te bepalen. Is op zich valide als voorspeller.	Ontwenning: nee Herval: nee CPD: nee	58 hits Pubmed waarvan 3 studies
Cigarette Dependence Scale (CDS-12, Etter et al, 2003)	12 vragen (verkorte versie 5 vragen)	Klinisch Beschrijvend onderzoek	Adequaat voor bepalen van middelmatige afhankelijkheid CPD, cotinine, dagelijks vs. occasioneel roken) Sterkere correlatie met 'urge to smoke' Goed voor abstinentie (na 8d), sensitief voor verandering over de tijd	Niet gebaseerd op een theorie, empirische opbouw Participatie via mail of internet Ontwenning: onbekend Herval: nee	14 hits Pubmed Waarvan 6 studies
Nicotine Dependence Syndrome Scale (NDSS, Shiffman et al, 2004)	30 vragen (19 items, 5 factoren)	Theoretisch Mechanistisch onderzoek	Afhankelijkheid (CPD) Ontwenning (Ernst vorige ontwenning, intensiteit urge to smoke, rusteloosheid) Herval (moeite abstinentie, latentie herval)	Niet adequaat voor zware afhankelijkheid	32 hits Pubmed waarvan 8 studies.
Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68, Piper et al, 2004)	68 items (verkorte versie 37 items)	28 items	Bevraagt gevoelens: "anger", "anxiety", "concentration", "craving", "hunger", "sadness" and "sleep"		21 hits Pubmed Waarvan 4 studies
Tobacco Dependence Screener (TDS, Kawakami et al, 1999)	2 factoren, gestructureerd interview	Klinische diagnose en epidemiologische research	Afhankelijkheid (CPD, CO, jaren roken) In overeenstemming met ICD-10, DSM-III-R en DSM-IV	Ontwenning: nee Herval: onbekend	Vele studies Variabele populaties

*CPD Cigarettes Per Day, CO Cotinine

Bespreking

Aan de hand van klinische praktijkrichtlijnen willen we een aanbeveling doen voor een aantal evidence-based indicatoren om roken te bevragen. Om de huisarts hierin praktisch te ondersteunen, werd zowel gekeken naar nicotine afhankelijkheid als naar rookstopmotivatie. We vulden de vragenlijsten uit de richtlijnen aan met literatuuronderzoek uit Pubmed/Medline.

Uit deze negen geselecteerde richtlijnen kwamen hier 3 vragenlijsten voor nicotine afhankelijkheid (FTND, HIS en TTFC) en 2 voor rookstopmotivatie (Q-MAT, Prochaska en Di Clemente) naar voren. Aan de hand van aanvullende literatuur (Medline/Pubmed) werden deze vragenlijsten verder getoetst en hun evidentie aangevuld (tabel 4). Voor nicotine afhankelijkheid selecteerden we uit dit opzoekwerk nog 4 extra vragenlijsten (DCS-12, NDSSD, WISDM-68, TDS). Deze vier vragenlijsten werden niet aanbevolen vanuit de richtlijnen, maar literatuur toonde hun veelbelovende eigenschappen naar de toekomst toe aan, en het was dus niet meer dan logisch om deze mee te nemen in de resultaten. De uiteindelijke keuze voor een vragenlijst gebeurde dus niet enkel op basis van de aanbevelingen van de klinische praktijkrichtlijnen, maar ook op de ervaring en de wetenschappelijke evidentie op de achtergrond.

Om de *nicotine afhankelijkheid* van de patiënten te toetsen kozen we voor de **Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND)**. In 5/9 richtlijnen werd deze verkorte test van Fagerström aanbevolen, hij bestaat uit 6 vragen en is eenvoudig te begrijpen. Het is een veelvuldig gevalideerd en internationaal erkend instrument. Een recente Cochrane systematische review toonde opnieuw de betrouwbaarheid van de FTND aan in verschillende settings en populaties (57). Ook in de Belgische richtlijn van Domus Medica werd ervoor gekozen om deze vragenlijst te gebruiken.

De Heavy Smoking Index en Time To First Cigarette zijn de verkorte versies van de FTND en worden in recentere artikels naar voor geschoven als evenwaardig alternatief (60,61). De HSI en TTFC worden beide in 4/9 van de weerhouden richtlijnen verkozen, soms als evenwaardig alternatief naast de FTND. Time To First Cigarette blijkt een patroon weer te geven van zwaar, ononderbroken en automatisch roken, en zou een goede single-item-question zijn voor nicotine-afhankelijkheid (66). De resultaten van zowel de HSI als de TTFC correleren goed met het resultaat van de volledige FTND (67,61). Er is echter toch nog steeds weinig evidentie en ervaring met deze vragenlijsten. Zo is het bijvoorbeeld zo dat de test niet correct wordt geëvalueerd bij een minderheid van de rokers die ’s nachts opstaan om te roken, omdat de behoefte om ’s morgens te roken verminderd is door het roken ’s nachts (67).
Wellicht is de keuze in de richtlijnen voor de HSI en TTFC gemaakt omwille van het tijdsaspect, daar deze richtlijnen gericht zijn op de eerstelijnsinterventie bij de huisarts tijdens een consultatie. Twee vragen gaat immers sneller en blijken toch voldoende valide te zijn. Als ondersteuning voor de huisarts is het ook een meerwaarde dat in het Preventiecentrum meer informatie bekomen kan worden dan bij de huisarts zelf.

De overige vragenlijsten (CDS, NDSS, WISDM-68, TDS) werden niet weerhouden, omwille van een gebrek aan evidentie, een te lange vragenlijst of andere doelstelling. De vragenlijsten CDS-12 en zijn verkorte versie CDS-5 hebben veelbelovende eigenschappen naar validiteit toe en in het voorspellen van ontwenningsverschijnselen (62,68). Ook de WISDM-68 kent een kortere versie (75). Tot nu toe zijn er nog te weinig studies om deze vragenlijsten te includeren in ons praktijkproject.

De **Q-Mat schaal** uit de richtlijn van Domus Medica is geselecteerd voor het inschatten van de *motivatie tot rookstop*. Deze test werd in 2002 gevalideerd aan de hand van twee studies (76, 77). De schaal bestaat uit 4 items en geeft onder meer een inschatting van de termijn waarop de patiënt denkt te stoppen met roken. Nauw aanleunend bij het inschatten van motivatie is natuurlijk het transtheoretisch model van Prochaska en Di Clemente (78). Dit model is het meest gebruikte in de internationale literatuur voor wat betreft gedragsveranderingen. De achtergrond hiervan is zeer uitgebreid en theoretisch. De arts kan nagaan in welke fase de patiënt zit (precontemplatie = tevreden roker; contemplatie = twijfelende roker; preparatie = roker maakt zich klaar om te stoppen). De meeste richtlijnen die we weerhielden bevragen dit kort aan de hand van volgende 2 vragen: Wilt u stoppen met roken? Wanneer? De laatste vraag impliceert een termijnsaanduiding (<1 maand, 1 – 6 maanden, > 6 maanden). In de gezondheidsgids koppelt men hier dan onmiddellijk een interventie aan. Een kleine opmerking in verband met het navragen van motivatie dienen we te maken als we kijken naar de richtlijnen van Nieuw-Zeeland. Dit land gaat ervan uit dat het niet nodig is om de motivatie van de patiënt te bevragen, aangezien alle rokers geadviseerd dienen te worden om te stoppen. Ze bevelen dan ook geen specifieke vragen aan.

De keuze voor de Q-MAT schaal gebeurde in overleg met de promotor en copromotor, en baseerde zich onder meer op het gebruik van deze vragenlijst in de Belgische richtlijnen (Domus Medica vzw). Bovendien biedt de schaal een houvast aan de huisarts in de vorm van een score, en is tevens bruikbaar als follow-up. De score van de test werd gelinkt aan de adviezen uit de Gezondheidsgids 2010, om de huisarts zo te ondersteunen. Het is ook de aanbeveling van Lagrue en Dupont om deze test in te vullen vóór het contact met de huisarts, wat in onze setting dus perfect gebeurt. Een bevraging volgens Prochaska en Di Clemente is een evenwaardig alternatief, maar is uitgebreider en vergt meer achtergrondkennis.

Besluit

We zochten naar vragenlijsten om in de preventieanalyse te peilen naar afhankelijkheid van roken en naar de motivatie voor rookstop. De instrumenten moesten kort zijn, en gemakkelijk hanteerbaar (liefst met score en adviezen).

We selecteerden de **Fagerström Test for Nicotine Dependence** (FTND) voor het bevragen van de nicotine afhankelijkheid. Dit instrument is veelvuldig gevalideerd en internationaal erkend, en wordt door 5/9 van de geselecteerde richtlijnen aanbevolen. De test bestaat uit zes vragen en is eenvoudig te begrijpen. De andere vragenlijsten waren minder geschikt omwille van een gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing, maar waren toch veelbelovend voor de toekomst.

De **Q-Mat schaal** werd gekozen voor het bevragen van rookstopmotivatie. Deze gevalideerde schaal wordt door SSMG en Domus Medica gebruikt in hun aanbeveling. De vragenlijst biedt tevens een score en adviezen.

We stelden met deze vragenlijsten een stroomdiagram op voor het preventieconsult (bijlage 2.3).

Voeding (Katrien Jacobs)

Inleiding

Het promoten van een evenwicht tussen gezonde voeding (energie input) en regelmatige fysieke activiteit (energie output) is onontbeerlijk voor het handhaven van een gezond gewicht en aldus het voorkomen van chronische ziekten. Ongezonde voeding en overgewicht (in het bijzonder abdominale vetophoping) gaan gepaard met een toename van het risico op een aantal metabole afwijkingen zoals insulineresistentie en een gestoord lipidenprofiel. Zo verhogen ze ook het risico op een hart- en vaatziekte. Gewichtsverlies bij overgewicht heeft een effect op verschillende risicofactoren voor hart- en vaatziekten, zoals hypertensie, HDL-cholesterol en insulineresistentie (3).

De huisarts heeft het moeilijk om zijn rol op te nemen bij het streven naar een gezonde voeding en gewichtsverlies, terwijl dit toch een zeer belangrijk luik is in de eerstelijnsgeneeskunde. De begeleiding van de huisartsen hierin verdiende dan ook zeker de aandacht in ons praktijkproject. In de Gezondheidsgids van Domus Medica geeft men de aanzet tot exploratie van de voedingsgewoonten met de volgende vraag: Eet u dagelijks groenten en fruit (3)? Dit is een zeer beperkte screening, en we gaan in ons project dan ook op zoek naar een iets ruimere vragenlijst. De aanbeveling van de Gezondheidsraad benadrukt immers dat het totale voedingspatroon de doorslag geeft bij de preventie van aan voeding gerelateerde chronische ziekten (79).

We willen dus te weten komen of de voeding van onze patiënt evenwichtig is. Evenwichtige voeding is een voeding die de verhoudingen (soort, hoeveelheid en variatie) tussen de voedingsmiddelen van de actieve voedingsdriehoek respecteert (80,81). Om een evenwichtige voeding samen te stellen moet je de juiste balans vinden tussen de opname van vetten, koolhydraten, eiwitten, vitaminen, mineralen, sporenelementen, voedingsvezels en water. Bovendien moet de energie die je opneemt gelijk zijn aan de energie die je verbruikt (82). We willen een korte en bondige vragenlijst gebruiken in de preventieanalyse, gebaseerd is op de actieve voedingsdriehoek opgesteld door het VIGeZ (Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie vzw) (83). De huisarts kan dan achteraf deze driehoek ook gebruiken in zijn aanpak, om de patiënt te wijzen op de juiste keuzes en verhoudingen van een gezonde en gevarieerde voeding.

De doelgroep van het Preventiecentrum zijn gezonde volwassenen tussen 45 en 75 jaar. We gaan in ons project dus niet dieper in op specifieke patiëntenpopulaties zoals geriatrische patiënten, kinderen, diabetici en obese patiënten. Uiteraard speelt (het risico op) overgewicht ook een rol in de preventie, maar de BMI berekening komt in een ander luik van de preventieanalyse aan bod, en behoort niet tot ons project.

Methoden

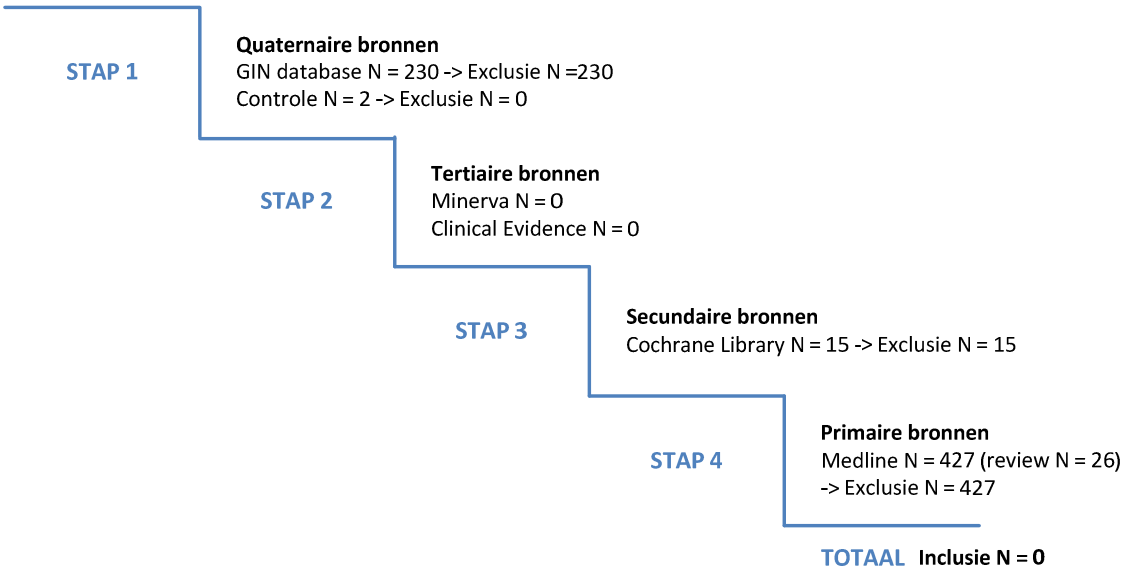
De literatuurstudie werd via CEBAM gestart in de International Guideline Library van het Guidelines International Network. Hier zochten we met de Mesh termen “nutrition assessment”, “nutritional status” en “nutrition survey”. Ook werden via CEBAM de klinische praktijkrichtlijnensites van de geselecteerde landen en de WHO nog eens apart gecontroleerd. De websites van de Hoge Gezondheidsraad België en de Gezondheidsraad (NL) leverden 2 aanbevelingen op (79,82).

We bekeken de richtlijnen aan de hand van de AGREE checklist (12). In de gevonden richtlijnen gingen we op zoek naar vragenlijsten om voeding te bevragen in het kader van een preventieve analyse. De vragenlijsten dienden kort te zijn, gerelateerd aan de huisartsengeneeskunde en preventie, eenvoudig te begrijpen en goed onderbouwd met wetenschappelijke literatuur.

We selecteerden de richtlijnen op basis van land van oorsprong, publicatiedatum en relevantie. Dit wordt visueel voorgesteld in figuur 6. De inclusiecriteria waren het land van oorsprong, de publicatiedatum (<10 jaar geleden), het doel (preventie, niet met betrekking tot één pathologie zoals obesitas, diabetes, kanker, hypertensie), de doelgroep (huisartsen, eerstelijnsgeneeskunde), de populatie (volwassenen 45-75 jaar) en de inhoud (vragenlijst). We screenden de resultaten via titel en abstract voor deze criteria, later werden de artikels dan volledig doorgenomen.

Vervolgens hebben we gezocht in de zogenaamde *tertiaire bronnen*. Dit zijn de kritische artikel-besprekingen door groepen deskundigen (Minerva en Clinical Evidence).
Nadien hebben we de *secundaire bronnen* geraadpleegd met systematische reviews, meta-analyses (toegankelijk via Medline, Embase en de Cochrane Library) en objectieve informatie-bronnen. De Mesh termen “nutritional assessment” (waaronder de term “nutrition survey” valt) en “nutritional status” werden gebruikt, en er werd gelimiteerd tot artikels van 2005 tot heden, Engelstalige artikels en volwassen populatie.

Figuur 6 Stapsgewijze zoekstrategie voeding



Aangezien de zoektocht tot dusver geen bruikbare vragenlijsten opleverde, gingen we verder op zoek binnen de grijze literatuur. We vertrokken vanuit ons brondocument, de Gezondheidsgids van Domus Medica. In het hoofdstuk voeding wordt verwezen naar een aantal websites. Deze websites bevatten online tests om de voeding- en bewegingsgewoonten van de patiënt te exploreren en na te gaan in hoeverre ze overeenstemmen met de voedingsdriehoek. Ook via de website van Domus Medica, op de pagina over de Gezondheidsgids en voeding vonden we een aantal links terug (83).

- Voedings- en bewegingstesten en computerondersteund individueel voedings- en bewegingsadvies op de website van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ) (84,85)
- "Mijn actieve voedingsdriehoek" interactieve test op een website van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie i.s.m. Stichting tegen Kanker (86)
- Voeding Uitgedokterd van het Nutrition Information Center (NICE), Brussel (87,88)
- Vlaamse Beroepsvereniging van Voedingsdeskundigen en Diëtisten (89)

Resultaten

In tabel 5 worden de testen weergegeven die we online selecteerden. Op de website van de VBVD vonden we geen testen terug. Het VIGeZ heeft biedt meerdere testen aan: zuivel, vet, fruit, groenten, vezel, vocht, gewicht, Weet wat je eet-test. Enkel de laatste test heeft betrekking op de volledige voedingsdriehoek.

Tabel 5 Overzicht van de vragenlijsten rond voeding

Test	Aantal vragen	Doel	Link
Weet wat je eet-test	11 vragen	Inzicht evenwichtig en gevarieerd eetpatroon volgens actieve voedingsdriehoek	http://www.gezondheidstest.be/testjes/VD_weetwatjeeettest.htm (deze link is niet meer actief)
Mijn actieve voedings-driehoek	10 items met telkens 10 – 30 tal vragen	Persoonlijke weergave en advies over toepassing voedingsdriehoek	http://vig.kanker.be/start.aspx?lid=2
Gezond eten en bewegen themakaart	4 vragen	Leidraad tijdens consultatie bij huisarts met richtlijnen om de patiënt te motiveren en antwoorden op veel gestelde voedingsvragen	www.nice-info.be www.voedinguitgedokterd.be

Bespreking

De zoektocht naar bruikbare vragenlijsten verliep moeizaam volgens de klassieke watervalmethode. We zochten immers naar korte hanteerbare vragenlijsten, met preventieve doelstelling, voor de eerstelijnsgeneeskunde, bij een gezonde bevolking tussen 45 en 75 jaar. De klinische praktijkrichtlijnen en reviews hadden echter steeds betrekking tot een bepaalde pathologie (obesitas, osteoporose, kanker) of leeftijdsgroep en doelstelling (ondervoeding bij geriatrische patiënten). Er waren wel resultaten waarin besproken werd wat een gezonde evenwichtige voeding was, maar deze rapporten waren te gedetailleerd, m.b.t. de verschillende nutriënten (79,82,90). Er waren ook geen richtlijnen of reviews die beschikking stelden over een voor ons bruikbaar screeningsinstrument.

In de grijze literatuur vonden we vrij snel een aantal interactieve testen via de Gezondheidsgids, Domus Medica en het VIGeZ. De keuze werd in consensusgroep genomen, en viel op de Weet wat je eet-test, een lijst met 11 stellingen die de groepen uit de actieve voedingsdriehoek bevraagt (90). Hiermee wordt een drieledige score bekomen, welke verbonden zijn aan adviezen waarmee de huisarts dan aan de slag kan. De interactieve tool “Mijn actieve voedingsdriehoek” is een zeer uitgebreide versie van deze vragenlijst, maar die neemt al gauw 20-30 min in beslag en was dus te ruim (86). Op Voeding Uitgedokterd worden themakaarten aangeboden met een viertal vragen rond voeding, maar deze waren dan weer te beperkt (87). We vertrokken immers van de twee vragen uit de Gezondheidsgids, met de intentie om deze te kunnen uitbreiden naar alle voedingsgroepen.

De Weet wat je eet-test is samengesteld op basis van de **actieve voedingsdriehoek**. Dit instrument is gebaseerd op wetenschappelijke bronnen: de theoretische aanbevelingen van de HGR en de WHO voor de inname van *voedingsstoffen* (KH, eiwitten, vetten, vezels, verzadigde en onverzadigde vetzuren, vitaminen, mineralen en sporen) (82,91). Zulke adviezen zijn echter te vaag voor patiënten en daarom gebeurde een vertaling naar praktische aanbevelingen voor voedingsmiddelen (en beweging). Ook internationaal maakt men gebruik van deze werkwijze. Zo hebben Australië en Nieuw-Zeeland bijvoorbeeld eveneens een aanbeveling voor de voedingsstoffen en men zet deze dan om in een richtlijn voor gezonde voeding (92). Ze gebruiken hierbij een taartdiagram om de voedingsmiddelen weer te geven (93).

De actieve voedingsdriehoek werkt volgens drie principes: evenwicht (eet in verhouding meer uit de grote en minder uit de kleine groepen), variatie (varieer dagelijks binnen elke groep) en matigheid (volg de aanbevelingen binnen elke groep). De actieve voedingsdriehoek is geldig voor iedereen vanaf 6 jaar, en er kan een onderscheid gemaakt worden volgens leeftijd en geslacht. Dit onderscheid maakt de Weet wat je eet-test helaas nog niet. Het VIGeZ stelde wel een tabel ter beschikking voor deze opdeling, en naar de toekomst toe zouden de vragen van de test hieraan aangepast kunnen worden (81).

Het VIGeZ heeft de testen op hun website in beperkte mate geëvalueerd. Voor de Weet wat je eet-test hebben we geen validatiestudie ter beschikking. De test heeft dan ook een aantal beperkingen, en verder onderzoek is hier onontbeerlijk. Recent werd deze test ook verwijderd van de VIGeZ website, de link is niet meer actief, en resteren enkel nog de testen rond de individuele voedingsgroepen en de interactieve versie van de voedingsdriehoek (90,84,86).

Misschien is zulke screening rond voeding als we hier voorop stelden niet mogelijk binnen het preventieconsult. We willen ons immers beperken tot eenvoudige, korte vragen. Voeding behelst echter een aantal groepen van nutriënten die nagevraagd dienen te worden, en dit is afhankelijk van persoon tot persoon. De vragenlijst zou dus veel uitgebreider worden, en meer tijd in beslag nemen. Bovendien is de bevraging van voeding, en de mogelijke verwijzing naar een diëtiste ook afhankelijk van de comorbiditeit. Zulke gerichte vragen kunnen zorgen voor een geïndividualiseerd advies, maar is dit dan nog de taak van het Preventiecentrum en de huisarts? Waar trekken we de grens voor een verwijzing naar de diëtiste?

Besluit

Uit de literatuurstudie kwamen geen bruikbare vragenlijsten voor het preventieconsult naar voren. We kozen voor de Weet wat je eet-test, bekomen via de website www.gezondheidstest.be en opgesteld door het VIGeZ, vermits dit de enige test is die voor ons project geschikt was. De test bestaat uit 11 vragen en baseert zich op de actieve voedingsdriehoek. Deze driehoek is een wetenschappelijk onderbouwd instrument, en baseert zich op de voedingsaanbevelingen van de Hoge GezondheidsRaad.

DEEL 2 EVALUATIEONDERZOEK

Is de vragenreeks gebruiksvriendelijk? Hierbij kijken we naar de ervaring, tijdsbesteding, relevantie en begrijpelijkheid van de vragen voor de patiënt.

Inleiding

In het eerste deel van dit project werd een literatuurstudie uitgevoerd waarbij gezocht werd naar wetenschappelijk onderbouwde vragenlijsten rond levensstijl voor de topics alcoholgebruik, roken, voeding en beweging. De geselecteerde vragenlijsten werden door ons omgezet naar bruikbare stroomdiagrammen voor automatisering (bijlage 2). Met steun van het Preventiecentrum en Health One werd hiervan een digitale vragenlijst voor aanraakscherm ontwikkeld en geïntegreerd in de algemene preventieanalyse. In oktober 2011 werd het prototype van de preventieanalyse rond levensstijl ingevoerd in het Preventiecentrum regio Turnhout. Deze preventieanalyse wil de levensstijl van patiënten op een gestructureerde manier in kaart brengen, vanuit het opzet om de huisarts in deze taak te verlichten en te ondersteunen.

Het doel van dit deelonderzoek is de gebruiksvriendelijkheid van het digitale instrument rond levensstijl te evalueren. De volgende onderwerpen worden onderzocht: ervaring, tijdsbesteding, relevantie en begrijpelijkheid van de vragen voor de patiënten. De resultaten van de levensstijl worden eveneens beschrijvend weergegeven. Met behulp van deze resultaten zal de preventieanalyse rond levensstijl in de toekomst geoptimaliseerd kunnen worden.

Methode

Onderzoeksopzet en -populatie

Het betreft een vragenlijstonderzoek bij een 50-tal die door hun huisarts naar het Preventiecentrum verwezen werden voor een preventieanalyse. Enkel huisartsen die lid zijn van de Huisartsenvereniging regio Turnhout (HVRT) en werkzaam in de regio Noorderkempen (noordelijk deel arrondissement Turnhout) kunnen patiënten doorverwijzen. Momenteel zijn 163 artsen aangesloten. Onze onderzoekspopulatie komt overeen met de doelgroep van het Preventiecentrum, namelijk patiënten tussen 45 en 75 jaar van de huisartsen behorende tot de HVRT. Voldoende kennis van het Nederlands om de informatie over het onderzoek en de vragenreeks te verstaan was een bijkomende voorwaarde om deel te nemen aan ons onderzoek. Het onderzoek vond plaats in de periode van 15 tot 23 november 2011.

Het onderzoeksvoorstel en de informatie voor patiënten werden goedgekeurd door het ethisch comité van de Universiteit Antwerpen op 11 mei 2011 (nummer A11-32). Er werd gebruik gemaakt van een informatie- en toestemmingsformulier (bijlage 3). Patiënten kregen schriftelijke en mondelinge informatie over het onderzoek en tekenden nadien het toestemmingsformulier (informed consent) indien ze wensten mee te werken. Om confidentialiteit te garanderen werkten we op de evaluatievragenlijsten met een uniek patiëntennummer. Anonimiteit werd gewaarborgd door administratieve gegevens van de patiënten los te koppelen van de gegevens uit het evaluatieformulier en op gescheiden plaatsen te bewaren.

Meetinstrumenten

We gebruikten een papieren **evaluatievragenlijst** om inzicht te krijgen in de gebruiksvriendelijkheid van de digitale vragenlijst. De factoren die in deze vragenlijst werden gemeten waren ervaring, tijdsbesteding, relevantie en begrijpelijkheid van de vragen. Bij het opstellen van de vragen werd gebruik gemaakt van een bestaande vragenlijst van VIGeZ en ISW Limits. Het betreft een gebruikerstest van het web-based zelfbeoordelingsinstrument 'Fit in je hoofd, goed in je vel' (94). Enkele extra stellingen werden toegevoegd in het kader van het specifiek doel van ons onderzoek. De uiteindelijke evaluatievragenlijst bestaat uit drie delen. Deel 1 bevraagt *de socio-demografische gegevens* van de patiënten. Deze gegevens werden enkel gebruikt voor onderzoeksdoeleinden. Deel 2 peilt naar de mening van de patiënt over de digitale vragenlijst in het *algemeen*. Enkele voorbeelden van stellingen waren: 'Het uitzicht van de vragenlijst is aantrekkelijk', 'Het gebruik van een computer voor deze vragenlijst is een goede keuze'. De stellingen werden gesteld met een 5-punts Likert-schaal van 'helemaal oneens' (1) tot 'helemaal eens' (5) (95). In deel 3 werden de *deelvragenlijsten* (m.n. alcoholgebruik, roken, voeding en beweging) met een zevental stellingen geëvalueerd met wederom antwoordmogelijkheden variërend van 'helemaal oneens' (1) tot 'helemaal eens' (5). Enkele voorbeelden hiervan waren: 'De vragen zijn gemakkelijk te begrijpen', 'De vragen zijn duidelijk'. De patiënten hadden de mogelijkheid om 'niet van toepassing' te antwoorden in de evaluatievragenlijst wanneer zij de vragen in de digitale vragenlijst over alcoholgebruik of roken niet hadden ingevuld omdat ze niet drinken of niet roken. In bijlage 4 is de volledige evaluatievragenlijst weergegeven.

De **digitale vragenlijst** rond levensstijl werd gebruikt om de levensstijl van de patiënten in kaart te brengen. Deze vragenlijst bestaat uit vier delen: (1) Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) voor alcoholgebruik; (2) General Practice Physical Activity Questionnaire (GPPAQ) voor beweging; (3) Weet wat je eet-test voor voeding; (4) Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) en Q-mat schaal voor respectievelijk nicotine afhankelijkheid en rookstopmotivatie. In bijlage 2 worden deze vragenlijsten weergegeven, samen met de bijhorende stroomdiagrammen voor automatisering. De benodigde tijd om deze vragenlijst te vervolledigen werd eveneens bijgehouden.

Data verzameling

Patiënten werden door hun huisarts verwezen naar het Preventiecentrum. De patiënt kreeg een informatiebrochure met verwijsformulier mee. De huisarts of de patiënt zelf maakte telefonisch een afspraak voor de preventieanalyse. Het Preventiecentrum is centraal in de HVRT-regio gevestigd op Campus Blairon in Turnhout, in de gebouwen van de Huisartsenwachtpost regio Turnhout. Bij zijn aankomst diende de patiënt zich aan te melden aan het onthaal, waarna hij begeleid werd naar een aparte ruimte voor de digitale preventieanalyse. Patiënten kregen schriftelijke en mondelinge informatie over ons onderzoek en tekenden nadien het toestemmingsformulier (informed consent) indien ze wensten mee te werken. Het toestemmingsformulier werd genummerd.

De patiënt werd gevraagd zijn elektronische identiteitskaart in de kaartlezer te plaatsen om het programma te kunnen starten. Op basis van dit eID werden het geslacht en de leeftijd van de patiënt ingelezen, en zullen aangepaste vragen voor mannen en vrouwen verschijnen. Op een computer met

aanraakscherm beantwoorden de patiënten een reeks van vragen die één voor één verschenen. Afhankelijk van de antwoorden van de patiënt, werden eventuele vervolgvragen al dan niet gesteld. Deze resultaten werden automatisch opgeslagen en verzonden naar een gelinkte data file in Health One. Na afloop van de digitale vragenlijst vulde de patiënt de papieren evaluatievragenlijst in. Deze lijst was net zoals het toestemmingsformulier genummerd. We noteerden dit nummer op de dagagenda achter de naam.

Vervolgens nam de verpleegkundige de patiënt mee naar de aangrenzende ruimte. Samen met de patiënt overliep ze de antwoorden op de digitale vragenlijst. Ze ging dieper in op bepaalde aspecten en vervolledigde de antwoorden waar nodig. Indien vereist, werd een beperkt onderzoek uitgevoerd door de verpleegkundige (bloeddruk, lengte, gewicht, bloedname/urine). De resultaten werden verzameld en in een korte en bondige adviesbrief elektronisch overgemaakt aan de verwijzende huisarts via MediMail. Voor de bespreking van de resultaten werd aan de patiënten gevraagd een vervolgafspraak te maken bij hun huisarts. Tijdens deze afspraak rekende de huisarts eveneens het GMD + aan.

Dagelijks werden de data van de geteste patiënten geëxporteerd vanuit Health One naar Excel bestanden en op draagbaar USB medium geplaatst voor de eerste onderzoeker. De dagagenda met nummering en namen werd door de andere onderzoeker apart bewaard.

Statistische analyse

De geëxporteerde gegevens werden bewaard in Excel bestanden. Hier werden ze voor de eerste keer uitgezuiverd. Daarna werd de Excel database geïmporteerd in SPSS (versie 20.0). De gegevens werden nogmaals uitgezuiverd door enkele frequentietabellen uit te voeren.

Er werd voornamelijk gebruik gemaakt van de beschrijvende functies uit SPSS, ‘frequenties’ en ‘descriptives’. Voor het eerste deel van de evaluatievragenlijst werd een tabel opgesteld voor de socio-demografische patiëntenkenmerken.

Voor de analyse van de Likert schalen in deel 2 en 3 van de evaluatievragenlijst, gebeurde berekeningen van de modus en range. Er is nogal wat discussie over wat de beste methode is om de Likert schaal beschrijvend weer te geven, en gemiddelde, modus en mediaan worden door elkaar gebruikt. De meeste bronnen nemen aan dat er geen gebruik gemaakt mag worden van het gemiddelde, aangezien het om ordinale variabelen gaat (96-99). We kozen ervoor om zowel de modus als de mediaan weer te geven in ons project. De modus is het eenvoudigst te interpreteren, de mediaan is een aanvaardbaar alternatief. Voor het beschrijven van de resultaten werden de groepen ‘helemaal eens’ en ‘eerder eens’, en ‘helemaal oneens’ en ‘eerder oneens’ samen genomen. Dit vergroot de leesbaarheid, en wordt aanvaard voor Likert schalen.

De betrouwbaarheid van de Likert schaal werd nagegaan aan de hand van de Cronbach’s alpha coëfficiënt, deze waarde geeft het percentage aan variantie weer die te wijten is aan de variantie in de ware score. Een schaal met α-coëfficiënt van meer dan 0,80 wordt gezien als een goede betrouwbaarheid (100). De betrouwbaarheid van deze Likert schaling was goed, met een Cronbach’s alpha van 0,97. Geen enkele stelling diende dus verwijderd te worden uit de vragenlijst.

Voor de tijdsduur die de vragenlijst innam gebeurde een omrekening van seconden naar minuten met SPSS en werd eveneens een gemiddelde berekend. Er werd specifiek gekeken naar de hoogste outliers in tijdsduur, en binnen deze deelgroep werd opnieuw een gemiddelde berekend.

Aan de hand van vergelijkende statistiek werd gekeken of er een relatie bestaat tussen een aantal variabelen. We gebruikten hiervoor de kruistabellen en Pearson Chi-square correlatie. De tijdsduur en de leeftijd werden hiervoor eerst gehercodeerd in categorische variabelen. We bekeken voor de evaluatievragenlijst de relatie tussen leeftijd en tijdsduur, opleidingsniveau en begrijpelijkheid. Aanvullend keken we kort naar de outcome van de digitale vragenlijst voor alcoholgebruik, beweging, roken en voeding, en een mogelijk verband met leeftijd/geslacht.

De resultaten in absolute aantallen werden ook geconverteerd naar percentages. Gezien onze kleine onderzoekspopulatie (N<100), ligt deze keuze niet voor de hand, maar het vergroot wel de leesbaarheid.

Resultaten

De belangrijkste resultaten van de digitale vragenlijst en de evaluatievragenlijst worden in dit hoofdstuk beschreven.

Populatie

In totaal hebben 55 patiënten tussen 45 en 75 jaar de evaluatievragenlijst ingevuld. Deze patiënten werden via de huisarts verwezen naar het Preventiecentrum voor een preventieanalyse. 18 huisartsen van 13 verschillende huisartsenpraktijken hebben patiënten verwezen tijdens de testfase, deze huisartsen kwamen voornamelijk uit de randgemeenten van Turnhout. Van de patiënten was ongeveer de helft man (55%) en de helft vrouw (45%). De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 63 jaar. Voornamelijk patiënten die niet (meer) werken hebben deelgenomen aan ons onderzoek. Opmerkelijk is dat de meeste mensen een diploma secundair onderwijs hadden als hoogst behaalde diploma. In tabel 6 zijn de achtergrondkenmerken van de patiënten weergegeven.

Tabel 6 Patiëntenkenmerken

	N	%
Geslacht		
man	30	55
vrouw	25	45
Leeftijd		
45-54 jaar	8	15
55-64 jaar	21	38
65-75 jaar	26	47
Familiale situatie		
alleenstaand met kinderen	7	13
alleenstaand zonder kinderen	2	4
gehuwd/samenwonend met kinderen	7	13
gehuwd/samenwonend zonder kinderen	36	65
inwonend bij ouders	3	5
Werksituatie		
blanco	2	4
niet (meer) aan het werk	39	71
arbeider	6	11
bediende	3	5
ambtenaar	0	0
zelfstandige/vrij beroep	4	7
andere	1	2
Opleidingsniveau		
blanco	3	5
geen	3	5
lager onderwijs	13	24
secundair onderwijs	24	44
hoger onderwijs	10	18
universiteit	1	2
andere	1	2

Gebruiksvriendelijkheid

Algemene indruk en vormgeving

In het tweede deel van de evaluatievragenlijst werden patiënten gevraagd naar hun mening over de digitale vragenlijst in het algemeen. De totaalscore varieert tussen 24/35 en 35/35, meer dan 9 op 10 stellingen werden positief beantwoord (94%). Het meest gebruikte antwoord was helemaal eens (modus=5). We zien dat er voor uitzicht, gebruiksvriendelijkheid en gebruik van de computer geen negatieve scores werden gegeven. Voor de kleuren, overzichtelijkheid en tijdsduur werd wel eens laag gescoord. Algemeen kunnen we stellen dat de vragenlijst zeer positief werd beoordeeld voor vormgeving, tijdsduur en gebruiksgemak. Er werd geen verband gezien tussen leeftijd en gebruik van computer (p=0,44) of aanraakscherm (p=0,87).

Tabel 7 Resultaten evaluatievragenlijst: algemene indruk en vormgeving

	N	Oneens (%)	Neutraal (%)	Eens (%)	Modus	Min	Max
Uitzicht	54	0	11	89	5	3	5
Kleuren	55	4	5	91	5	1	5
Overzichtelijkheid	54	2	4	94	5	1	5
Beoordeling tijdsduur	53	2	4	94	5	1	5
Gebruiksvriendelijkheid	51	0	4	96	5	3	5
Gebruik van computer	55	0	4	96	5	3	5
Gebruik van aanraakscherm	55	2	4	94	5	2	5
TOTAAL	48	1	5	94	35	24	35

Telkens werd in een open vraag aan patiënten gevraagd om eventuele opmerkingen op te schrijven. In totaal hebben 32 patiënten van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. De kwalitatieve commentaren sluiten grotendeels aan bij de positieve beoordeling. Zo vonden ze de digitale vragenlijst goed, gebruiksvriendelijk, duidelijk en gemakkelijk. Daarnaast gaf een patiënt aan dat de vragenlijst goed is aangezien het minder tijd vraagt dan hetzelfde bevragen in gespreksvorm. Verder vond men het een aangename manier om een vragenlijst in te vullen, alsook efficiënte vragen met betrekking op het dagelijkse leven. Naast de positieve commentaar (N=29) hadden enkele patiënten ook een aantal bemerkingen (N=3). Zo vroeg een patiënt zich af waarom deze vragenlijst nodig is, aangezien de huisarts al deze gegevens reeds verzameld heeft in zijn GMD. Iemand anders vond de vragenlijst enkel oké indien gevolgd door een bespreking. Een andere opmerking was meer praktisch: de knop ‘vorige’ verplaatsen, deze staat te dicht bij de knop ‘volgende’.

Tijd

De patiënten hadden gemiddeld 7 minuten nodig om de digitale vragenlijst rond levensstijl te doorlopen (range 2 min 1 sec - 16 min 34 sec). 75% kon de vragenlijst in minder dan 8 min 27 sec afronden. Er werd geen significante relatie gezien met leeftijd (p=0,781) of opleidingsniveau (p=0,628). Wanneer enkel patiënten die alle vragenlijsten doorliepen (ook alcoholgebruik en roken) geselecteerd worden (N=4), blijkt dat deze patiënten er gemiddeld 11 minuten 37,5 seconden over doen.

Tabel 8 Resultaten tijd

	N	%
Minder dan 5 min	16	29
5-10 min	32	58
10-15 min	5	9
15-20 min	2	4
TOTAAL	55	100

Alcoholgebruik

De vragenlijst voor alcohol werd zeer positief geëvalueerd. 91% van de mensen antwoordden positief, met een score tussen 24/35 en 35/35. Er waren geen stellingen die negatief werden beoordeeld. De meest gekozen beoordeling was 'helemaal eens' (modus=5). Voor relevantie, variatie en inzicht in de persoonlijke situatie waren er meer dan 1 op 10 personen die neutraal antwoorden. Opvallend is dat de lengte van de vragenlijst (tijdsduur) een zeer hoge score behaalde (range 4-5).

Tabel 9 Resultaten evaluatievragenlijst: alcoholgebruik

	N	Oneens (%)	Neutraal (%)	Eens (%)	Modus	Min	Max
Begrijpelijk	34	0	9	91	5	3	5
Duidelijk	33	0	6	94	5	3	5
Niet te lang	33	0	0	100	5	4	5
Gemakkelijk	33	0	6	94	5	3	5
Relevant	31	0	13	87	5	3	5
Variatie	32	0	12	88	5	3	5
Inzicht in persoonlijke situatie	32	0	19	81	5	3	5
TOTAAL	30	0	9	91	35	24	35

Drie patiënten gaven kwalitatieve commentaren op de vragenlijst. Positieve bemerking was dat de vragen prima waren. Er kwamen ook twee minder positieve bemerkingen: sommige antwoorden waren niet helemaal van toepassing aangezien de patiënt weinig alcohol gebruikte, een ander persoon heeft de vragen goed moeten bestuderen alvorens antwoord te geven.

Beweging

Meer dan 9 op 10 personen beoordeelden de vragenlijst rond beweging positief (91%). De vragenlijst was begrijpelijk, duidelijk en niet te lang. Relevantie, variatie en inzicht in persoonlijke situatie scoorden iets minder, maar nog steeds beantwoordden meer dan 8 op 10 personen deze stellingen positief. Eén persoon vond het niet eenvoudig om op alle vragen een antwoord te formuleren (2%). Verder waren er geen negatieve beoordelingen.

Tabel 10 Resultaten evaluatievragenlijst: beweging

	N	Oneens (%)	Neutraal (%)	Eens (%)	Modus	Min	Max
Begrijpelijk	52	0	6	94	5	3	5
Duidelijk	52	0	6	94	5	3	5
Niet te lang	51	0	6	94	5	3	5
Gemakkelijk	52	2	10	88	5	1	5
Relevant	52	0	13	87	5	3	5
Variatie	52	0	10	90	5	3	5
Inzicht in persoonlijke situatie	52	0	12	88	5	3	5
TOTAAL	30	0	9	91	35	21	35

Er kwamen 7 kwalitatieve commentaren op de vragenlijst. Vier personen vonden de vragenlijst goed of zeer goed. Iemand gaf de opmerking dat je inziet welke beweging je zou kunnen doen. Eén persoon vond dat de juiste antwoorden er niet altijd bij staan. Iemand anders heeft geschreven: “Wandelen: gewoon als hobby of gewoon als tijdverdrijf”?

Roken

De vragenlijst voor roken werd door 91% van de patiënten positief beoordeeld. De hoogste scores werden gehaald voor begrijpelijkheid, tijdsduur en gemakkelijk om te beantwoorden (95% Eens). Eén patiënt vond de vragenlijst niet duidelijk, één patiënt vond dat het geen inzicht bracht in zijn persoonlijke situatie. Er werd geen enkele keer ‘helemaal oneens’ gescoord.

Tabel 11 Resultaten evaluatievragenlijst: roken

	N	Oneens (%)	Neutraal (%)	Eens (%)	Modus	Min	Max
Begrijpelijk	21	0	5	95	5	3	5
Duidelijk	20	5	0	95	5	2	5
Niet te lang	21	0	5	95	5	3	5
Gemakkelijk	21	0	5	95	5	3	5
Relevant	21	0	14	86	5	3	5
Variatie	21	0	14	86	5	3	5
Inzicht in persoonlijke situatie	20	5	10	85	5	2	5
TOTAAL	19	1	8	91	35	25	35

Op de open vraag werd 3 keer commentaar gegeven bij deze vragenlijst. Eén persoon vond de vragenlijst goed. Iemand gaf de opmerking dat sigaren niet vermeld staan. Tot slot vroeg iemand zich af hoe je de vragenlijst over roken moet invullen als men reeds meer dan 30 jaar gestopt is met roken.

Voeding

In tegenstelling tot de andere vragenlijsten werden de vragen voor voeding door minder dan 9 op 10 patiënten positief beoordeeld (84%). Vooral de stelling 'Het is gemakkelijk om op alle vragen over voeding een antwoord te geven' werd minder goed beoordeeld. Ook de relevantie en het inzicht in de persoonlijke situatie scoorden relatief minder goed (2% oneens). Toch was ook voor deze vragenlijst de meest gekozen beoordeling 'helemaal eens' (modus=5), en werd de vragenlijst goed bevonden voor begrijpelijkheid, duidelijkheid, lengte en variatie.

Tabel 12 Resultaten evaluatievragenlijst: voeding

	N	Oneens (%)	Neutraal (%)	Eens (%)	Modus	Min	Max
Begrijpelijk	53	0	19	81	5	3	5
Duidelijk	52	0	15	85	5	3	5
Niet te lang	51	0	8	92	5	3	5
Gemakkelijk	52	6	15	79	5	1	5
Relevant	52	2	19	79	5	2	5
Variatie	51	0	12	88	5	3	5
Inzicht in persoonlijke situatie	53	2	13	85	5	2	5
TOTALE SCORE	47	1	15	84	35	18	35

Tien personen hebben commentaar geschreven bij deze vragenlijst. Positieve bemerkingen waren dat de vragenlijst (zeer) goed is, en dat de bijgevoegde inlichting een beter inzicht geeft. Iemand anders denkt dat voeding niet anders bevraagd kan worden. De opmerking die regelmatig terug komt is dat de voedingsdriehoek te klein, onduidelijk of te moeilijk is. Eén persoon vond dat er veel voeding is die niet opgenoemd wordt en iemand anders was van mening dat de juiste antwoorden er niet altijd tussen staan.

Levensstijl van de patiënten

Alcoholgebruik

Allereerst werd gevraagd aan de patiënten of ze alcohol drinken: 20 patiënten gaven aan geen alcohol te drinken. De overige patiënten (N=35) werd verder gevraagd naar hun alcoholconsumptie. 13 vrouwen en 10 mannen hebben enkel de AUDIT-C vragen ingevuld. Het was niet nodig de overige vragen te stellen, gezien er vermoedelijk geen problematisch alcoholgebruik aanwezig is.
12 patiënten (2 vrouwen en 10 mannen) hebben de hele AUDIT vragenlijst ingevuld. Het merendeel van deze patiënten had een aanvaardbaar alcoholgebruik. Twee mannen hadden een relatief beperkt problematisch alcoholgebruik (AUDIT ≤ 15) en één man had een ernstiger problematisch alcoholgebruik (AUDIT 16-19). Bij geen enkele patiënt was er een vermoeden van alcoholafhankelijkheid (AUDIT ≥ 20).

Beweging

In de digitale vragenlijst werd ook nagegaan hoeveel fysieke activiteit de patiënten uitvoerden. Hieruit bleek dat ongeveer 1 op 3 patiënten voldoende bewegen om cardiovasculaire voordelen te kunnen verwachten. Meer dan 1 op 5 patiënten gaven aan dat ze in de afgelopen week geen enkele fysieke activiteit hebben uitgevoerd. Bijna de helft gaf aan weinig tot matig fysiek actief te zijn.
Er is geen significant verschil in fysieke activiteit tussen mannen en vrouwen. Op jongere leeftijd waren de patiënten wel meer actief. Verschillen in leefsituatie of socio-economische status gerelateerd aan fysieke activiteit werden niet teruggevonden.

Roken

Een vijfde van de ondervraagde patiënten heeft vroeger gerookt. Op dit moment rookten 10/55 patiënten. Zeven hiervan waren licht afhankelijk, er waren geen rokers die een zware afhankelijkheidsscore behaalden op de Fagerström test. Van de tien rokers uit onze onderzoekspopulatie was 8/10 niet gemotiveerd tot rookstop, één patiënt twijfelde en één patiënt was zeer gemotiveerd.

Voeding

Slechts bij 8 van de 55 patiënten sloot hun voedingspatroon niet aan bij de actieve voedingsdriehoek. Ze scoorden ofwel te hoog in bepaalde voedingsgroepen of voldeden niet aan de minimumnorm van andere groepen. Meer dan de helft scoorde goed op deze vragenlijst, ze zouden slechts enkele aanpassingen moeten doorvoeren volgens de aanbeveling van de actieve voedingsdriehoek. Eén derde van de patiënten deed het zelfs zeer goed, en eet voldoende gevarieerd.

Samenvatting van de resultaten

De beoordeling van de digitale vragenlijst is doorgaans erg positief. De vormgeving en het gebruik van computer met aanraakscherm werden positief onthaald. De gemiddelde tijd om de vragenlijst te doorlopen was 7 minuten, voor wie alle vragen (inclusief alcohol en roken) doorliep was dit bijna 12 minuten. Voor alcoholgebruik, beweging en roken werden meer dan 90% van de stellingen positief beoordeeld. Voor voeding was dit 84%, men vond het vooral moeilijker om deze vragenlijst in te vullen. Er was in de hele evaluatie geen verband aan te tonen met leeftijd of opleidingsniveau.

De resultaten van de digitale vragenlijst bevestigen grotendeels de verontrustende toename in ongezonde levensstijl. Uit ons onderzoek blijkt dat ongeveer 5% van de ondervraagde patiënten een problematisch alcoholgebruik heeft. Meer dan de helft (65%) van de patiënten voldoet niet aan de bewegingsnorm. Bijna 1 op 5 van de patiënten rookt, en een vijfde heeft vroeger gerookt. Opvallend is dat bijna 1 op 3 patiënten voldoende gevarieerd eet, en dat meer dan de helft slechts enkele aanpassingen in zijn voedingsgewoonten moet doorvoeren.

Discussie

In dit hoofdstuk zal een samenvatting gegeven worden van ons onderzoek. Verder zullen de resultaten bediscussieerd worden, gevolgd door de sterke punten en limieten van ons onderzoek. Tenslotte zullen we enkele aandachtspunten voor de toekomst formuleren.

Het doel van dit project was de levensstijl van een patiënt op een gestructureerde manier in kaart brengen, ten behoeve van de huisarts. In een eerste deel hebben we gezocht naar wetenschappelijk onderbouwde vragenlijsten voor het preventieconsult rond levensstijl voor de topics alcoholgebruik, roken, voeding en beweging. Op basis van het literatuuronderzoek selecteerden we volgende vragenlijsten: de Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) voor alcoholgebruik, de General Practice Physical Activity Questionnaire (GPPAQ) voor beweging, de Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) en de Q-Mat schaal voor roken, en ten slotte de Weet wat je eet-test voor voeding. Deze vragenlijsten werden omgezet naar bruikbare stroomdiagrammen en met behulp van het Preventiecentrum werd een digitale vragenlijst ontwikkeld.
In een tweede fase evalueerden 55 patiënten deze digitale vragenlijst. Volgende onderwerpen werden onderzocht: ervaring, tijdsbesteding, relevantie en begrijpelijkheid van de vragen. Voor alcoholgebruik, beweging en roken werden deze items voor meer dan 90% positief geëvalueerd, voor voeding was dit 84%. Met een gemiddelde duur van 7 minuten scoorde de test ook zeer goed op tijdsduur. De resultaten van de evaluatie waren dus zeer positief te noemen.

Voor de evaluatie van de digitale vragenlijst hebben we gebruik gemaakt van de Likert schaal waarbij patiënten moesten aangeven in hoeverre ze het eens of oneens waren met een aantal uitspraken. Bij het verwerken van de evaluatievragenlijsten zijn er een aantal zaken opgevallen en werden we geconfronteerd met enkele beperkingen van deze methode.

Als we de evaluatievragenlijsten in detail bekijken valt op dat individuele patiënten vaak binnen eenzelfde categorie antwoorden. Ze hadden de neiging om de vraag instemmend te beantwoorden en kozen voornamelijk voor de uiterste antwoordcategorie ‘helemaal eens’. Het zou kunnen dat patiënten routinematig geantwoord hebben, misschien ongeacht de inhoud van de vraag. Het gebruik van een Likert schaal zoals bij ons onderzoek geeft meer neiging tot sociaal wenselijk antwoorden. Het is niet duidelijk in welke mate deze antwoordtendensen de uitkomsten vertekend hebben. Het routinematig en sociaal wenselijk antwoorden hadden we deels kunnen ondervangen door stellingen afwisselend positief en negatief te formuleren.
Anderzijds is het opmerkelijk dat 32 patiënten ook een kwalitatieve commentaar geformuleerd hebben op de open vraag bij het algemeen deel. Hiervan waren maar liefst 29 bemerkingen positief. Dit bevestigt toch enigszins de erg positieve beoordeling van de verschillende stellingen.

Een ander nadeel van de Likert schaal is dat men voor de statistische analyse niet mag veronderstellen dat de antwoorden ook interval geschaald zijn (96-99). De ‘afstand’ tussen twee opeenvolgende antwoordcategorieën zoals ‘eerder eens’ en ‘helemaal eens’ is niet noodzakelijkerwijs gelijk aan de ‘afstand’ tussen twee andere opeenvolgende antwoordcategorieën

zoals ‘neutraal’ en ‘eerder eens’. Daarom waren we genoodzaakt de resultaten op een eenvoudige wijze voor te stellen (percentage, modus en range) en konden we geen gebruik maken van sommen of statische analyses.

Tijdens de ontwikkeling van de digitale vragenlijst is er nog te weinig aandacht besteed aan de vormgeving ervan. Om technische redenen werd er gekozen voor een felblauwe achtergrond. Toch is de eerste indruk van de patiënten overwegend positief. De kleur werd iets minder onthaald, maar nog steeds 91% van de ondervraagden vond het kleurgebruik goed.
Ondanks het hoge aantal 65-plussers en laaggeschoolden werden er geen problemen gezien bij het gebruik van de nieuwe technologie van computer met aanraakscherm. Het is verrassend hoe goed deze technologie onthaald werd door de patiënten. Dit wordt bevestigd door de relatief korte tijd (gemiddeld 7 minuten) waarin patiënten (ook 65-plussers) de digitale vragenlijst hebben doorlopen.

De resultaten van de digitale vragenlijst bevestigen grotendeels de verontrustende toename in ongezonde levensstijl. Uit ons onderzoek blijkt dat ongeveer 5% van de ondervraagde patiënten een problematisch alcoholgebruik heeft. Dit is vergelijkbaar met gegevens uit andere onderzoeken, waaruit blijkt dat er tussen de 5 en 7% probleemdrinkers zijn in België. Als we dit vergelijken met cijfers uit de huisartsenpopulatie, waar er naar schatting 9% van de patiënten een alcoholprobleem heeft, ligt het cijfer uit ons onderzoek wel lager (11). Meer dan de helft (65%) van de patiënten voldoet niet aan de bewegingsnorm. Ook uit andere onderzoeken blijkt dat de meerderheid van de bevolking te weinig fysiek actief is (30). Bijna 1 op 5 van de patiënten rookt, en een vijfde heeft vroeger gerookt. Deze cijfers liggen iets lager dan de epidemiologische gegevens uit België, waarin 1 op 4 Belgen rookt, en 1 op 3 ex-roker is (42). 80% van onze rokers waren niet gemotiveerd om te stoppen, voor België ligt dit op iets meer dan de helft. We kunnen besluiten dat we iets minder rokers hadden dan verwacht, maar dat ze opvallend weinig motivatie hebben. Hier is dus nog werk voor de huisarts weggelegd. Opvallend is dat bijna 1 op 3 patiënten voldoende gevarieerd eet, en dat meer dan de helft slechts enkele aanpassingen in zijn voedingsgewoonten moet doorvoeren. Persoonlijk lijkt dit ons iets te positief, maar we hebben geen cijfergegevens om de resultaten mee te vergelijken. Vermoedelijk speelt de kwaliteit van deze vragenlijst hierin ook een rol.

De zoektocht naar indicatoren om **voeding** te bevragen verliep zeer moeizaam. De Weet wat je eet-test die we uiteindelijk selecteerden voor ons project geeft een eerste aanzet voor de screening volgens de actieve voedingsdriehoek, maar kent vele beperkingen. We voelden zelf meteen aan dat de vraagstelling niet gemakkelijk was. De test werd nergens aanbevolen of gevalideerd. Dit wordt bevestigd door een lagere score dan de andere items in de evaluatiefase, waarbij men het vooral niet gemakkelijk vond om op de vragen te antwoorden. De moeilijkheid in de vraagstelling wordt ten eerste veroorzaakt door een tekort aan nuance. Zo stelt men de vraag ‘Eet u dagelijks 5 tot 12 sneden BRUIN brood?’. Mensen kunnen zich hier afvragen of 4 dikke sneden ook genoeg zijn, en of grof brood en ontbijtgranen eveneens gelden. Een tweede moeilijkheid zijn de hoeveelheden. Hoewel deze perfect overeenkomen met de aanbevelingen van de HGR voor de ‘gemiddelde’ persoon, is er in deze test geen onderscheid gemaakt naar leeftijd en geslacht.
Het VIGeZ die de actieve voedingsdriehoek ontwierp, stelt een tabel ter beschikking waarin wel een onderscheid wordt gemaakt volgens geslacht en leeftijd (80). Het zou dus mogelijk zijn om dit in te bouwen in het computerprogramma, op basis van het eID. Wanneer deze ingelezen wordt kent men

geslacht en leeftijd van de persoon, en kunnen aangepaste vragen verschijnen. Het VIGeZ biedt eveneens informatie aan waarmee '5 tot 12 sneden BRUIN brood' mee overeenkomt. Hierbij stelt men bijvoorbeeld een snede brood gelijk aan 30 gram, en legt men uit dat ontbijtgranen ook meetellen voor deze vraag. De bijkomende informatie die zo bij elke vraag op het scherm dient te verschijnen zou dan wel lang worden. We vragen ons af of dit dan wel eenvoudiger wordt. Zeker wanneer iedereen moet zitten rekenen hoeveel gram brood hij wel eet… Om de hoeveelheden eenvoudiger weer te geven stellen we het gebruik van 'sliders' voor.
Er bestaan goede online testen, zoals Mijn Actieve Voedingsdriehoek en de Nederlandse test 'Test Uw Leefstijl' die eind 2011 verscheen binnen het Samenwerkingsverband PreventieConsult CMR (101,102). Beide testen nemen gemakkelijk een half uur in beslag, en zijn daarom niet geschikt om in te bouwen in het preventieconsult op het Preventiecentrum te Turnhout. We zouden deze testen mogelijk op een andere wijze kunnen aanbieden, maar dat brengt echter nieuwe bedenkingen aan de oppervlakte, zoals beschikbaarheid over een computer en internet, en het bereiken van de doelpopulatie. Verder hebben we als huisarts de mogelijkheid om te verwijzen naar een diëtiste, maar we hebben wel criteria nodig om ons op te baseren voor verwijzing. Wat kunnen we zelf, of zouden we zelf moeten kunnen? Hoewel een verwijzing een belangrijke rol zal spelen bij de aanpak van voedingsproblemen, lost dit de noodzaak aan een eerste, eenvoudig screeningsinstrument niet op.
Er lijkt geen kort gevalideerd screeningsinstrument te bestaan voor het bevragen van voeding bij gezonde personen in de eerstelijnsgeneeskunde. We zien goede mogelijkheden voor verdere ontwikkeling van de Weet wat je eet-test. Een opdeling naar leeftijd en geslacht moet eenvoudig in te bouwen zijn. Er kan gekeken worden naar een nuancering van de vraagstelling aan de hand van meer keuzes, alsook de mogelijkheid om te antwoorden met sliders in plaats van ja/nee. Belangrijk is dat de test begrijpelijk en gemakkelijk in te vullen is, en dat ze niet in lengte toeneemt. Wanneer de test verbeterd is, moeten zeker de nodige validatiestudies uitgevoerd worden.

De AUDIT-vragenlijst is volgens ons literatuuronderzoek de best onderbouwde vragenlijst om problematisch **alcoholgebruik** op te sporen en werd eveneens zeer positief geëvalueerd door de patiënten.
De keuze voor een stapsgewijze aanpak van problematisch alcoholgebruik door eerst te vragen naar de alcoholconsumptie (AUDIT-C) en enkel zo nodig de overige zeven AUDIT-vragen te stellen was gebaseerd op consensus. Na onze zoekperiode verscheen de nieuwe richtlijn 'Problematisch alcoholgebruik: aanpak door de huisarts' van Domus Medica (28). Deze nieuwe aanbeveling ondersteunt onze keuze, maar gebruikt andere afkapwaarden voor de AUDIT-C. Het Preventiecentrum heeft deze nieuwe afkapwaarden al toegepast op de digitale vragenlijst.
Voor de definitieve versie van de digitale vragenlijst heeft het Preventiecentrum geopteerd om de vragen over alcoholgebruik te beginnen met 'Drinkt u alcohol'. Deze keuze is niet wetenschappelijk onderbouwd. Bovendien blijkt uit een werkgroepvergadering met verwijzende huisartsen dat deze vraag nogal confronterend is. Het is niet duidelijk in welke mate deze vraag een grote rol heeft gespeeld in de resultaten. Wel is te verwachten dat patiënten die weinig of enkel bij gelegenheid alcohol drinken 'nee' antwoorden op deze directe vraag. Het is aan te bevelen om deze vraag te verwijderen of genuanceerder te formuleren: 'Drinkt u (bij gelegenheid) wel eens alcohol?'.

De GPPAQ is een vragenlijst die acceptabel is voor routinegebruik in de eerstelijn om **beweging** van patiënten in kaart te brengen.
De vragen over wandelen en huishoudelijk werk zijn wel opgenomen in de vragenlijst maar blijken

minder betrouwbaar te zijn en worden daarom niet gebruikt om de Physical Activity Index (PAI) te berekenen. Toch kunnen deze activiteiten bijdragen om te voldoen aan de beweegnorm van 30 minuten matige activiteit gedurende 5 dagen per week (of meer). Wandelen in het bijzonder moet aangemoedigd worden. De PAI moet daarom gebruikt worden in combinatie met een gesprek over de antwoorden op wandelen en huishoudelijk werk.
Een bijkomend nadeel van GPPAQ is dat deze vragenlijst niet beschikbaar is in het Nederlands. Om dit probleem op te lossen binnen ons project, werd de Engelstalige versie door een vertaler-tolk naar het Nederlands vertaald. Deze vragenlijst is bijgevolg niet gevalideerd in het Nederlands.

Sterke punten van ons project

Het preventieconsult rond levensstijl is hét instrument om een wetenschappelijk onderbouwd preventiebeleid te voeren. Door dit tot uitvoer te brengen in het Preventiecentrum regio Turnhout, een uniek en vooruitstrevend project in Vlaanderen, geloven we (en hopen we) dat ons onderzoek baanbrekend kan zijn. Vele (online) gezondheidschecks testen slechts één of twee deelaspecten van de levensstijl. Vaak ontbreekt wetenschappelijke onderbouwing en is er een gebrek aan begeleiding voor interpretatie van de resultaten en de nazorg.
Met dit preventieconsult rond levensstijl hebben we een instrument ontwikkeld dat de vier grote deelaspecten van levensstijl, namelijk alcohol, beweging, roken en voeding, bevraagt. Een uitgebreid systematisch literatuuronderzoek ligt aan de basis van dit preventieconsult.
Door het uit handen geven van de preventieanalyse kan de levensstijl van de patiënt uitgebreider bevraagd worden. Bovendien kan de huisarts achteraf meer tijd besteden aan de verwerking van de resultaten en de uitwerking van een preventieplan op maat.
Het bevragen van levensstijl binnen de context van een algemene ‘check up van de gezondheid’ is meer acceptabel voor patiënten. Het verkleint het gevoel dat patiënten een ongezonde levensstijl ervaren als een ‘moreel’ probleem in plaats van een gezondheidsprobleem.
Levensstijl is een onderwerp dat gevoelig is voor sociaal wenselijk antwoorden (103). Tijdens een gesprek over levensstijl bij de huisarts bestaat de kans dat iemand de vragen vertekent in de richting van wat naar verwachting ‘goed’ is. Door het ‘schriftelijk’ bevragen van de levensstijl wordt het risico op sociaal wenselijk antwoorden verkleind. Aangezien de belangen van de patiënt en huisarts samen vallen, is er geen reden voor de patiënt om vertekend te antwoorden. Beiden willen immers een zo eerlijk mogelijk beeld krijgen van levensstijl.
Ook onze noorderburen hebben recent een preventief checkaanbod ‘Het PreventieConsult’ ontwikkeld (102). Dit PreventieConsult bestaat momenteel enkel voor de module Cardiometabool Risico (CMR). In het kader hiervan zijn twee websites ontwikkeld, namelijk www.testuwrisico.nl en www.testuwleefstijl.nl. Hoewel de doelstelling van het project in Nederland wel anders is, bevestigt dit toch dat we met ons project op een goed spoor zitten.

Knelpunten en limieten

Gedurende ons project hebben we nauw samengewerkt met het Preventiecentrum regio Turnhout. Met steun van het Preventiecentrum en Health One werd de uiteindelijke digitale vragenlijst ontwikkeld. Voor de timing van ons project waren we soms afhankelijk van de vorderingen binnen

het Preventiecentrum. Het gemeenschappelijk tijdsverloop zorgde ervoor dat de verwerkingsfase van ons literatuuronderzoek vrij kort was. De keuze van de vragenlijsten werd gemaakt tijdens een consensusvergadering met het Preventiecentrum in mei 2011. Voornamelijk voor de voedings-vragenlijsten vermoeden we dat meer tijd had kunnen zorgen voor betere resultaten.
Onze oorspronkelijke planning om de preventieanalyse te testen tijdens de zomermaanden werd ~~danig~~ in de war gestuurd. Omwille van de complexiteit van de digitale vragenlijst (creëren van een slimme vragenlijst en het genereren van eventuele bijkomende vragen) duurde het een zestal maanden vooraleer het Preventiecentrum met een eerste testversie van start kon gaan in oktober 2011. Omdat de eindbeslissing rond de preventieanalyse uiteindelijk genomen werd door het Preventiecentrum zelf, zijn niet alle vragen compatibel met de door ons opgestelde stroomdiagrammen. Uiteindelijk hebben we onze preventieanalyse rond levensstijl getest midden november 2011. Dankzij het Preventiecentrum slaagden we er vlot in om voldoende patiënten te rekruteren voor ons evaluatieonderzoek. Hoewel het parcours niet altijd eenvoudig was, werd door onze samenwerking met het Preventiecentrum een instrument afgeleverd dat op dit moment ook effectief gebruikt wordt door de huisartsen uit de regio.

Aandachtspunten voor de toekomst

Het traject dat patiënten doorlopen na de preventieanalyse viel buiten ons onderzoek. Deze fase is echter van groot belang. Uit een werkgroepvergadering met de verwijzende huisartsen blijkt dat heel wat patiënten het nalaten de huisarts te consulteren voor het bespreken van de resultaten. Als de patiënten de huisartsen niet consulteren neemt de efficiëntie van de preventieanalyse af. Het uiteindelijke doel van de preventieanalyse rond levensstijl is immers (verdere) gezondheidsschade uitstellen of voorkomen door gezonder te gaan leven.

Tijdens de werkgroepvergadering met verwijzende huisartsen bleek dat huisartsen nood hebben aan inzage in de vragen rond levensstijl en de achtergronden van de preventieanalyse. De vragenlijsten met verdere informatie zullen op de HVRT-portaalsite gezet worden en binnenkort zal er een counseling map gemaakt worden met uitleg over hoe de artsen aan de slag kunnen met de resultaten.

Om tot een optimale preventie te komen is het niet alleen van belang dat er zo veel mogelijk mensen deelnemen aan de preventieanalyse, maar ook dat de juiste mensen worden bereikt. Preventieve activiteiten zoals de preventieanalyse willen nog wel eens een selectieve respons opleveren van gezonde mensen die zich zorgen maken over hun gezondheid (worried-well) (104). Het is niet duidelijk in welke mate dit verschijnsel een grote rol heeft gespeeld tijdens ons onderzoek. Wel is duidelijk dat verder onderzoek naar het bereiken van de doelpopulatie nodig is.

Tijdens onze testfase was het opvallend dat een beperkt aantal huisartsen uit de randgemeenten van Turnhout patiënten verwijzen naar het Preventiecentrum. De drempel voor patiënten en artsen uit de perifere gemeenten van de HVRT-regio lijkt veel groter. Het Preventiecentrum hoopt in de toekomst de artsen in de periferie mee te betrekken bij de diensten van het centrum door het oprichten van lokale Preventiepunten. Huisartsen zullen dan patiënten kunnen verwijzen naar een locatie dicht bij hun woonomgeving. Een idee voor de toekomst is om de digitale vragenlijst

bijvoorbeeld ook online beschikbaar te stellen via een portaalsite, zodat huisartsenpraktijken ‘in eigen beheer’ preventie-initiatieven kunnen opzetten.

Tenslotte is er mogelijk sprake van een oververtegenwoordiging van praktijken die veel interesse hebben in preventie en/of daar meer aandacht aan besteden. Ook wat dit betreft is het niet duidelijk in hoeverre dit de resultaten heeft beïnvloed.

Het bereiken van de doelpopulatie binnen verschillende settings, alsook het traject na de preventieanalyse zal verder geëvalueerd worden in het kader van twee volgende masterthesissen.

Conclusie

We hebben een instrument ontwikkeld om de levensstijl van patiënten op een tijdsparende manier in kaart te brengen, ten behoeve van de huisarts.

In de literatuur werden onderbouwde vragenlijsten gevonden voor alcohol, beweging en roken. De vragenlijst rond voeding is niet gevalideerd en kent vele beperkingen. Op basis van ons onderzoek kunnen we concluderen dat het preventieconsult rond levensstijl doorgaans erg positief geëvalueerd werd door patiënten. Enkel de vragenlijst rond voeding werd minder enthousiast onthaald. Uit deze resultaten blijkt dat de vragenlijst rond voeding best aangepast en verbeterd wordt.
De resultaten van de digitale vragenlijst bevestigen grotendeels de verontrustende toename in ongezonde levensstijl.

Het Preventiecentrum regio Turnhout implementeerde ons instrument in hun preventieconsult en biedt deze verwijsmogelijkheid aan bij de huisarts. Op deze manier wordt de huisarts ondersteund in het concretiseren van zijn preventieve rol en dit op een energie- en tijdbesparende manier. Het ‘schriftelijk’ bevragen van de levensstijl binnen de context van een algemene gezondheidsvragenlijst verkleint het risico op sociaal wenselijk antwoorden.

Verder onderzoek zal moeten aanwijzen of het preventieconsult erin slaagt om de doelpopulatie te bereiken, en of huisartsen dit als een echte ondersteuning ervaren bij het opnemen van hun preventietaak. In de toekomst zal blijken of het preventieconsult rond levensstijl ook daadwerkelijk bijdraagt tot een gezonder leven en een betere gezondheid.

Referenties

1. The World Health Report 2008: Primary Health Care, Now More Than Ever. Geneva: World Health Organization, 2008. *www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf*
2. Drieskens S, Van der Heyden J, Hesse E, Gisle L, Demarest S, Tafforeau J. Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport III – Medische consumptie. Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance, 2010; Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
3. Gezondheidsgids: Handleiding voor preventie in de huisartsenpraktijk, editie 2010. Domus Medica. *www.domusmedica.be/gezondheidsgids*
4. Jacobs L. De gezondheidsgids: perceptie en ervaring van de huisartsen te Malle en Zoersel. Gent: Universiteit Gent, 2010.
5. Degryse J. Over evidence based medicine of een op ondersteunende gegevens gebaseerde geneeskunde. In: Buntinx F, Boffin N, Degryse J, Vanderstichele R, Van Royen P. Omgaan met medische documentatie en informatie. Leuven: Acco, 1998.
6. *www.who.int/topics/alcohol_drinking/en/*
7. Mensink PAJS, Ashruf RHT, Sluiter AC, Boomsma LJ, Eberson MPHM, Luijkx JJHM, Valken N, Vriezen JA. Stoornissen in het gebruik van alcohol (Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken). Huisarts Wet 2010;53(4):S1-5.
8. Meerkerk GJ, Aarns T, Dijkstra RH, et al. NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik. Huisarts Wet 2005;48:284-95.
9. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
10. The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO, 1992.
11. Dossier Alcohol. Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw, 2009. *www.vad.be/media/50669/dossier_alcohol_met_titelblad.pdf*
12. AGREE Next Steps Consortium. AGREE II. Instrument voor de beoordeling van richtlijnen. Mei 2009. *www.agreetrust.org/resource-centre/agree-ii-translations/*
13. Problem drinking. Victoria: Guidelines and Protocols Advisory Committee, April 2011 *www.cma.ca/clinicalresources/practiceguidelines*
14. Smith LA, Foxcroft D, Holloway A, Minozzi S, Casazza G. Brief alcohol questionnaires for identifying hazardous, harmful and dependent alcohol use in primary care (Protocol). Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 8.
15. Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems. Australian Government Department of Health and Ageing, June 2009. *www.health.gov.au/internet/ministers/publishing.nsf/Content/76AE6384CE9A3830CA2576BF003073F8/$File/DEZEM_Alcohol%20Guide_FA.pdf*
16. Alcohol-use disorders: preventing the development of hazardous and harmful drinking (PH24). National Institute for Health and Clinical Excellence, June 2010. *http://guidance.nice.org.uk/PH24*
17. Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence (CG115). National Institute for Health and Clinical Excellence, February 2011. *http://guidance.nice.org.uk/CG115*
18. Alcohol - problem drinking. Clinical Knowledge Summaries, September 2010. *www.cks.nhs.uk/alcohol_problem_drinking*

19. Guidelines for recognising, assessing and treating alcohol and cannabis abuse in primary care. Wellington (NZ): National Health Committee, 1999.
20. Babor TF, Higgings-Biddle JC. Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care. Geneva: WHO, 2001.
21. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro M. The AUDIT: guidelines for use in primary care, 2nd edition. Geneva: WHO, 2001.
22. The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care (Guideline No 74). Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2003. *www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/74/*
23. Ewing JA. Detecting alcoholism: The CAGE Questionnaire. *J Am Med Assoc* 1984;252:1905-7.
24. Van Royen P. GRADE. Een systeem om niveau van bewijskracht en graad van aanbeveling aan te geven. Huisarts Nu 2008;37:505-9.
25. Aertgeerts B, Buntinx F, Ansoms S, Fevery J. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse in a general practice population. Br J Gen Pract 2001;51:206-17.
26. Alcohol-use disorders - preventing harmful drinking: training plan (PH24). National Institute for Health and Clinical Excellence, June 2010. *http://guidance.nice.org.uk/PH24*
27. *www.alcohollearningcentre.org.uk*
28. Michels J, Hoeck S, Dom G, Goossens M, Van Hal G, Van Royen P. Problematisch alcoholgebuik: aanpak door de huisarts. Huisarts Nu 2011;40:S137-S160.
29. Gezondheidsgids: Handleiding voor preventie in de huisartsenpraktijk, editie 2011. Domus Medica. *www.domusmedica.be/gezondheidsgids*
30. Cardon G. Mijn arts zegt dat ik meer moet bewegen… Methoden en achtergrondinformatie om mensen tot beweging te motiveren. Huisarts Nu 2011; 40:111-5.
31. Global Recommendations on Physical Activity for Health. Geneva: World Health Organization, 2010. *http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf*
32. Bewegingsadvies op maat. *www.bewegingsadviesonline.be*
33. Four commonly used methods to increase physical activity (PH2). National Institute for Health and clinical Excellence, March 2006. *www.nice.org.uk/PH2*
34. van Poppel MN, Chinapaw MJ, Mokkink LB, van Mechelen W, Terwee CB. Physical activity questionnaires for adults: a systematic review of measurement properties. Sports Med. 2010 Jul 1;40(7):565-600.
35. *www.ipaq.ki.se*
36. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. Med Sci Sports Exerc. 2003 Aug;35(8):1381-95.
37. Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). *www.ipaq.ki.se/scoring.pdf*
38. Armstrong T, Bull F. Development of the World Health Organization Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ). J of Public Health 2006;14(2):66-70.
39. Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) Analysis Guide. *www.who.int/chp/steps/resources/GPAQ_Analysis_Guide.pdf*
40. General Practice Physical Activity Questionnaire (GPPAQ) Report. *www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_112134.pdf*

41. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years observations on male British doctors, BMJ 1994;309:901-11
42. Documentatiemap Roken, Uitgave 2011. Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikers Organisaties. Brussel
http://www.oivo-crioc.org/files/nl/5910nl.pdf
43. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2008 Apr 16;(2):CD000165
44. Thijs G. Rookstop-Toolkit voor huisartsen. Domus Medica, Commissie Preventie, Werkgroep Consultvoeren en Gedragsverandering, 2006, update mei 2007
45. Van Den Bruel A, Cleemput I, Van Linden A, Schoefs D, Ramaekers D, Bonneux L. KCE report: Effectiviteit en kost-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg 2004 Jul, KCE reports vol.1A, België
https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/n20041027301.pdf
46. Chavannes NH, Kaper J, Frijling BD, Van der Laan JR, Jansen PWM, Guerrouj S, et al. NHG-Standaard Stoppen met roken Huisarts Wet 2007;50(7):306-14
47. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service report. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. JAMA 2000; 283: 3244-54.
48. Gailly J. Stoppen met roken: aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. Huisarts Nu Sept 2006; 35(7):395-425
49. Gailly J. Recommandations de Bonne Pratique Arrêter de fumer. Société Scientifique de Médecine Générale 2005 Dec 01. België
http://www.ssmg.be/images/ssmg/files/PDF/RBP_Tabac.pdf
50. Brief interventions and referral for smoking cessation (PH01). National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006 Mar 01.
http://www.nice.org.uk/PHI001
51. Joanna Briggs Institute. Smoking cessation interventions and strategies. Best Practice 2008 Jan 01;12(8)
52. Sowerby Centre for Health Informatics at Newcastle. Smoking cessation. NHS Clinical Knowledge Summaries, 2008 Apr 01.
http://www.cks.nhs.uk/smoking_cessation
53. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Integrating smoking cessation into daily nursing practice. Registered Nurses Association of Ontario; 2007 Mar: 87
54. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving. Jul 01, 2004, Utrecht.
http://www.diliguide.nl/document/2027/tabaksverslaving-herziening.html
55. Zwar N, Richmond R, Borland R, Stillman S, Cunningham M, Litt J. Smoking cessation guidelines for Australian general practice: practice handbook 2004 edition. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing, 2004.
56. New Zealand Ministry of Health. New Zealand smoking cessation guidelines. Wellington: MOH, August 2007
http://www.health.govt.nz/publication/new-zealand-smoking-cessation-guidelines
57. Centre for Reviews and Dissemination. Psychometric properties of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (Structured abstract). Database of Abstracts of Reviews of Effects 2012 Issue 1, University of York.

Origineel artikel : de Meneses-Gaya IC, Zuardi AW, Loureiro SR, de Souza Crippa JA. Psychometric properties of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence. Jornal Brasileiro de Pneumologia 2009;35(1):73-82

58. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Addict Behav 1978;3(3-4):235-41.
59. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addict 1991 Sep;86(9):1119-27.
60. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Rickert W, Robinson J. Measuring the heaviness of smoking: Using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarette per day. Br J Addict 1989 Jul;84(7):791-9.
61. Fagerström KO. Time to first cigarette; the best single indicator of tobacco dependence. Monaldi Arch Chest Dis 2003 Jan-Mar;59(1):91-4.
62. Etter JF, Le Houezec J, Perneger TV. A self-administered questionnaire to measure dependence on cigarettes: the cigarette dependence scale. Neuropsychopharmacology 2003 Feb;28(2):359-70.
63. Shiffman S, Waters A, Hickcox M. The Nicotine Dependence Syndrome Scale: a multidimensional measure of nicotine dependence. Nicotine Tob Res 2004 Apr;6(2):327-48.
64. Piper ME, Piasecki TM, Federman EB, Bolt DM, Smith SS, Fiore MC et al. A multiple motives approach to tobacco dependence: The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68), J Consult Clin Psychol 2004 Apr;72(2):139-54.
65. Kawakami N, Takatsuka N, Inaba S, Shimizu H. Development of a screening questionnaire for tobacco/nicotine dependence according to ICD-10, DSM-III-R, and DSM-IV. Addict Behav 1999 Mar-Apr;24(2):155-66.
66. Transdisciplinary Tobacco Use Research Center (TTURC) Tobacco DependenceBaker TB, Piper ME, McCarthy DE, Bolt DM, Smith SS, et al. Time tot first cigarette in the morning as an index of ability to quit smoking: implications for nicotine dependence. Nicotine Tob Res 2007 Nov; 9 Suppl 4: S555-70.
67. Etter JF, Duc TV, Perneger TV. Validity of the Fagerström test for nicotine dependence and the Heaviness of Smoking Index among relatively light smokers. Addiction 1999 Feb;94(2):269-81.
68. Courvoisier DS, Etter JF. Comparing the validity of the Cigarette Dependence Scale and the Fagerström Test for Nicotine Dependence. Drug Alcohol Depend 2008 May 1;95(1-2):152-9.
69. Payne TJ, Smith PO, McCracken LM, McSherry WC, Antony MM. Assessing nicotine dependence: a comparison of the fagerström tolerance questionnaire (FTQ) with the fagerström test for nicotine dependence (FTND) in a clinical sample. Addict Behav 1994 May-Jun;19(3):307-17
70. Chabrol H, Niezborala M, Chastan E, de Leon J. Comparison of the Heavy Smoking Index and of the Fagerström Test for Nicotine Dependence in a sample of 749 cigarette smokers. Addict Behav. 2005 Aug;30(7):1474-7.
71. Piper ME, McCarthy DE, Baker TB. Assessing tobacco dependence: a guidance to measure evaluation and selection. Nicotine Tob Res 2006 Jun;8(3):339-51.
72. Japuntich SJ, Piper ME, Schlam TR, Bolt DM, Baker TB. Do smokers know what we're talking about: The construct validity of nicotine dependence questionnaire measures. Psychol Assess 2009 Dec;21(4):595-607

73. Pérez-Ríos M, Santiago-Pérez MI, Alonso B, Malvar A, Hervada X, de Leon J. Fagerström test for nicotine dependence vs heavy smoking index in a general population survey. BMC Public Health 2009 Dec 30;9:493
74. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Tools for assessing tobacco dependence: clinical effectiveness and guidelines, Health Technology Inquiry Service, 2010 04 Jun.
75. Smith SS, Piper ME, Bolt DM, Fiore MC, Wetter DW, Cinciripini PM, et al. Development of the Brief Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives. Nicotine Tob Res 2010 May;12(5):489-99.
76. Lagrue P, Legeron P, Azoulai G, Pelissolo S, Aubin HJ, Humbert R. Elaboration d'un test permettant d'évaluer la motivation à l'arrêt du tabac. Alcoologie et Addictologie 2002;24(1):33-37.
77. Dupont P. Préparation à l'arrêt du tabac : les 5 étapes. La revue du praticien 2003;17:1681-2
78. DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK, Velicer WF, Velasquez MM, Rossi JS. The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. J Consult Clin Psychol 1991;59:295-304
79. Gezondheidsraad. Richtlijnen goede voeding 2006 - achtergronddocument. Den Haag: Gezondheidsraad, 2006; publicatie nr A06/08.
80. Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie vzw. De actieve voedingsdriehoek : een praktische voedings- en bewegingsgids, Uitgave 2012. Mar 2012
81. Hoge Gezondheidsraad. Voedingsaanbevelingen voor België, Herziening 2009. Brussel, Hoge Gezondheidsraad, 2009, HGR dossiernummer 8309.
82. *www.domusmedica.be/kwaliteit/dossiers/gezondheidsgids/2792-advies-gezonde-voeding.html*
83. *www.gezondheidstest.be*
84. *www.vigez.be.* Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie
85. *http://vig.kanker.be/start.aspx?lid=2* Mijn actieve voedingsdriehoek
86. *www.voedinguitgedokterd.be/images/tools/gezondeten02_22.pdf* Themakaart Gezonde Voeding
87. *www.nice-info.be* Nutrition Information Center
88. *www.vbvd.org* Vlaamse Beroepsvereniging van Voedingsdeskundigen en Diëtisten
89. *http://www.gezondheidstest.be/testjes/VD_weetwatjeeettest.htm* Weet wat je eet-test
90. Joint FAO/WHO Scientific update on carbohydrates in human nutrition. European Journal of Clinical Nutrition Dec 2007; 61(1)
91. Australian Government, Department of Health and Ageing, National Health and Medical Research Council. Nutrient reference values for Australia and New Zealand including recommended dietary intakes. NHMRC 2006 Jan 01, Australia, New Zealand.
92. Australian Government Department of Health and Aging, Children's Health Development Foundation and Daekin University. The Australian Guide to Healthy Eating. South Australia, Victoria, 1998.
93. Rapport: Gebruikerstest zelfbeoordelingsinstrument 'Fit in je hoofd, goed in je vel'. Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie vzw, 2009. *www.fitinjehoofd.be/uploadedFiles/Fit_in_je_Hoofd/Professionelen/RAPPORT%20gebruikerstest.pdf*
94. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Archives of Psychology 1932;22(140):5-53.
95. Jamieson S. Likert Scales: How to (Ab)Use Them. Medical Education 2004;38:1217-1218.

96. Bertram D. Likert scales…are the meaning of life. CPSC 681 – Topic Report *http://poincare.matf.bg.ac.rs/~kristina//topic-dane-likert.pdf*
97. http://www.ehow.com/how_4855078_use-likert-scale-statistical-analysis.html#ixzz1p6YHTFle
98. Mogey, Nora. "So You Want to Use a Likert Scale?" Learning Technology Dissemination Initiative. 25 Mar. 1999. Heriot-Watt University. 20 Oct. 2007 http://www.icbl.hw.ac.uk/ltdi/cookbook/info_likert_scale/index.html
99. De Maeyer S, Kavadias D. Openleerpakket beschrijvende statistiek: Principes en toepassingen met SPSS en rekenbladen. Gent, Academia Press, 2007. *http://books.google.be/books?id=ejW4_j8v9pIC&pg=PP1&dq=leerpakket+beschrijvende+statistiek+Door+Sven+De+Maeyer,+Dimokritos&hl=nl&sa=X&ei=CruST43UOYnoOf-cme4D&ved=0CDIQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false*
100. Page-Bucci H. The Value of Likert Scales in Measuring Attitudes of Online Learners. HKA Designs 2003 Feb *http://www.hkadesigns.co.uk/websites/msc/reme/likert.htm*
101. De Leefstijltest. Samenwerkingsverband PreventieConsult CMR, in samenwerking met het kennisinstituut NIPED. 2011 *www.testuwleefstijl.nl*
102. Dekker JM, Alssema M, Janssen PGH, Van der Paardt M†, Festen CCS, Van Oosterhout MJW. NHG-Standaard Het PreventieConsult module Cardiometabool Risico. Huisarts Wet 2011:54(3):138-55.
103. Verstraete B. Interuniversitaire ManaMa-opleiding Jeugdgezondheidszorg: Het sociaal wenselijk antwoorden bij adolescentenenquêtes. 2008.
104. Wall M, Teeland L. Non-participants in a preventive health examination for cardiovascular disease: charachteristics, reasons for non participation, and willingness to participate in the future. Scand J Prim Health Care 2004;22248-51

BIJLAGEN

Bijlage 1 Diagnostische criteria voor alcoholproblematiek

Bijlage 2 Screeningsinstrumenten

Bijlage 3 Informatie- en toestemmingsformulier

Bijlage 4 Evaluatievragenlijst gebruiksvriendelijkheid

Bijlage 5 Resultaten evaluatievragenlijst

Bijlage 1
Diagnostische criteria voor verslavingsproblematiek

Deze bijlage vergelijkt twee classificatiesystemen voor verslavingsproblematiek, namelijk

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV
- International Classification of Diseases, ICD-10

Tabel 1 DSM-IV en ICD-10 diagnostische criteria voor afhankelijkheid van middelen

DSM-IV	ICD-10
Afhankelijkheid Drie of meer van onderstaande criteria	Afhankelijkheid Drie of meer van onderstaande criteria
1. Tolerantie 2. Onthoudingsverschijnselen a. Onthoudingssyndroom of b. Gebruiken om onthoudingsverschijnselen te verlichten of te vermijden 3. Meer/langer gebruiken dan bedoeld 4. Langdurige wens/niet succesvolle pogingen om te minderen/stoppen 5. Veel tijd besteden aan verkrijgen, gebruik en herstel 6. Belangrijke activiteiten worden opgegeven of verminderd 7. Doorgaand gebruik ondanks lichamelijke of psychische schade	1. Tolerantie 2. Onthoudingsverschijnselen a. Onthoudingssyndroom of b. Gebruiken om onthoudingsverschijnselen te verlichten of te vermijden 3. Problemen met het controleren van het starten, beëindigen van gebruik (DSM-IV 3+4) 4. Gebrek aan andere activiteiten/interesses, toegenomen tijd voor verkrijgen, gebruik en herstel (DSM IV 5+6) 5. Doorgaan gebruik ondanks lichamelijke of psychische schade 6. Craving

Tabel 2 DSM-IV diagnostische criteria alcoholmisbruik en ICD-10 diagnostische criteria schadelijk gebruik van alcohol

DSM-IV	ICD-10
Alcoholmisbruik Eén of meer van onderstaande criteria	Schadelijk alcoholgebruik
1. Falen om belangrijke taken die bij de eigen rol horen uit te voeren 2. Herhaald gebruik in gevaarlijke situaties 3. Herhaalde problemen met justitie in verband met alcoholgebruik 4. Doorgaand gebruik ondanks sociale of persoonlijke schade	Alcoholgebruik dat actuele of psychische of lichamelijke schade tot gevolg had

Bron: Dossier Alcohol, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw.

Bijlage 2
Screeningsinstrumenten

1. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)
2. General Practice Physical Activity Questionnaire (GPPAQ)
3. Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) en Q-mat schaal
4. Weet wat je eet-test

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

	0	1	2	3	4	Score
Hoe vaak drink je alcohol?	Nooit	Maandelijks of minder	2 à 4 keer per maand	2 à 3 keer per week	4 of meer keer per week	
Wanneer je drinkt, hoeveel standaardglazen* drink je dan gewoonlijk op een dag?	1-2	3-4	5-6	7-9	10 of meer	
Hoe vaak gebeurt het dat je zes of meer standaardglazen drinkt bij één enkele gelegenheid?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	
					AUDIT-C score	
Hoe vaak had je het afgelopen jaar het gevoel dat je, van zodra je begon, niet meer kon stoppen met drinken?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	
Hoe vaak ben je er, door je drinkgedrag, het afgelopen jaar niet in geslaagd te doen wat normaal van je werd verwacht?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	
Hoe vaak heb je het afgelopen jaar 's morgens behoefte gehad aan alcohol om jezelf er weer bovenop te helpen nadat je zwaar was doorgezakt?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	
Hoe vaak heb je het afgelopen jaar schuld of berouw gevoeld nadat je gedronken had?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	
Hoe vaak kon je je het afgelopen jaar de gebeurtenissen van de avond voordien niet herinneren omdat je gedronken had?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	
Raakte jij zelf of iemand anders ooit gewond ten gevolge van je drinkgedrag?	Nooit		Ja, maar niet in het laatste jaar		Ja, in het laatste jaar	
Heeft een vriend, dokter of andere gezondheidswerker zich ooit zorgen gemaakt over je drinkgedrag of je aangeraden minder te drinken?	Nooit				Ja, in het laatste jaar	
					AUDIT score	

* Een standaardglas bevat altijd dezelfde hoeveelheid alcohol. Een standaardglas komt overeen met een glas bier van 250 ml met 5% alcohol, 100 ml wijn met 12% alcohol, 40 ml likeur (bijv. jenever) met 25% alcohol, 30 ml sterke drank (bijv. cognac) met 40% alcohol.

Stroomdiagram voor de AUDIT



General Practice Physical Activity Questionnaire (GPPAQ)

1. Kies de uitspraak die het best de fysieke activiteit op uw werk omschrijft.

a	Ik heb geen job (bijv. gepensioneerd, op rust wegens gezondheidsredenen, werkloos, voltijds verzorger, enz.)	
b	Ik breng mijn tijd op het werk meestal zittend door (zoals in een kantoor)	
c	Ik breng mijn tijd op het werk meestal staand of lopend door. Mijn werk vereist echter niet veel intensieve fysieke inspanning (bijv. winkelbediende, kapper, veiligheidsagent, kinderoppasser, enz.)	
d	Mijn werk vergt matige fysieke inspanning met o.a. het hanteren van zware voorwerpen en het gebruik van gereedschappen (bijv. loodgieter, elektricien, schrijnwerker, schoonmaker, verpleegkundige, tuinier, postbode, enz.)	
e	Mijn werk vergt zware fysieke activiteit met o.a. het hanteren van zeer zware voorwerpen (bijv. steigerbouwer, bouwvakker, afvalophaler, enz.)	

2. Hoeveel uren hebt u de voorbije week aan elk van de volgende activiteiten besteed?
   Gelieve te antwoorden ongeacht of u al dan niet een job hebt.

		Geen	Enige (minder dan 1 uur)	Meer dan 1 uur maar minder dan 3 uur	3 uur of meer
a	Fysieke activiteit zoals zwemmen, joggen, aerobics, voetbal, tennis, fitness, enz.				
b	Fietsen met inbegrip van fietsen naar het werk en tijdens de vrije tijd				
c	Wandelen met inbegrip van wandelen naar het werk, shoppen, tijdens vrije tijd, enz.				
d	Huishoudwerk/kinderen verzorgen				
e	Tuinieren/klusjes uitvoeren				

3. Hoe zou u uw gebruikelijke wandeltempo omschrijven?

Trage tred (d.i. minder dan 5 km/uur)		Stevige tred	
Kwieke tred		Snelle tred (d.i. meer dan 6,5 km/uur)	

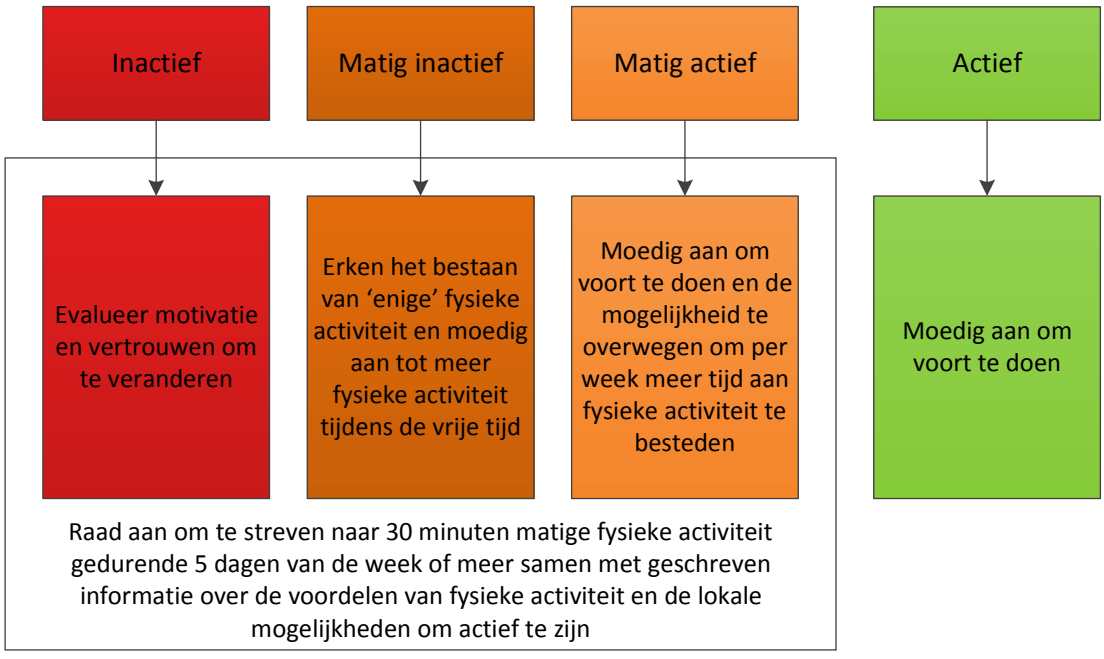
Stroomdiagram voor de GPPAQ

1. Combineer de antwoorden voor fysieke activiteit en fietsen.

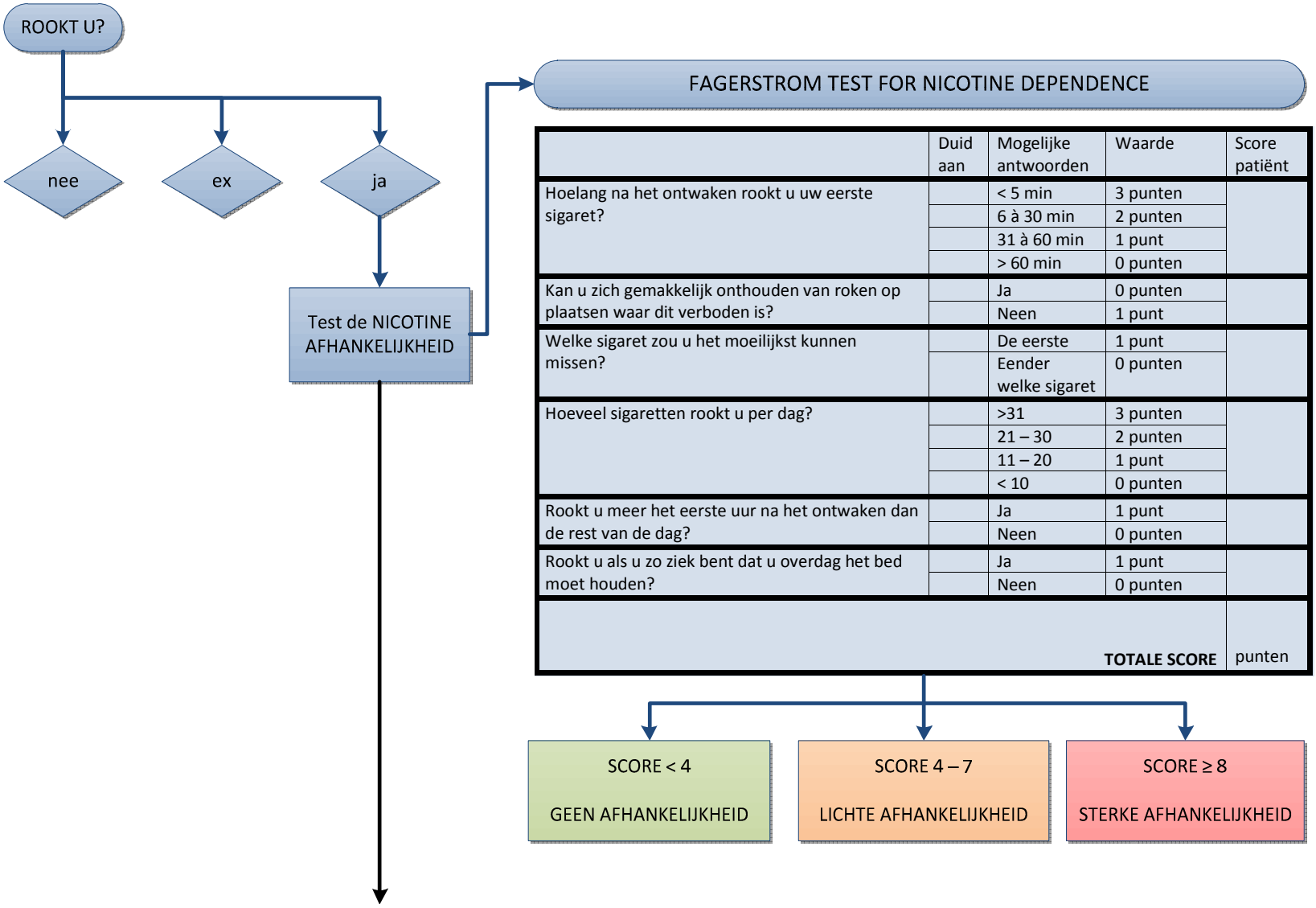
FIETSEN / FYSIEKE ACTIVITEIT	0	Soms maar < 1	1-2,9	≥3
0	0	Soms maar < 1	1-2,9	≥ 3
Soms maar < 1	Soms maar < 1	Soms maar < 1	≥ 3	≥ 3
1-2,9	1-2,9	≥ 3	≥ 3	≥ 3
≥ 3	≥3	≥3	≥ 3	≥ 3

2. Bepaal de Physical Activity Index (PAI) door het beroep te combineren met fysieke activiteit en/of fietsen.

FYSIEKE ACTIVITEIT EN/OF FIETSEN (uren/week)	BEROEP			
	Sedentair = 1a en 1b	Staand beroep = 1c	Fysieke arbeid = 1d	Zwaar fysieke arbeid = 1e
0	Inactief	Matig Inactief	Matig Actief	Actief
Soms maar < 1	Matig Inactief	Matig Actief	Actief	Actief
1-2,9	Matig Actief	Actief	Actief	Actief
≥ 3	Actief	Actief	Actief	Actief



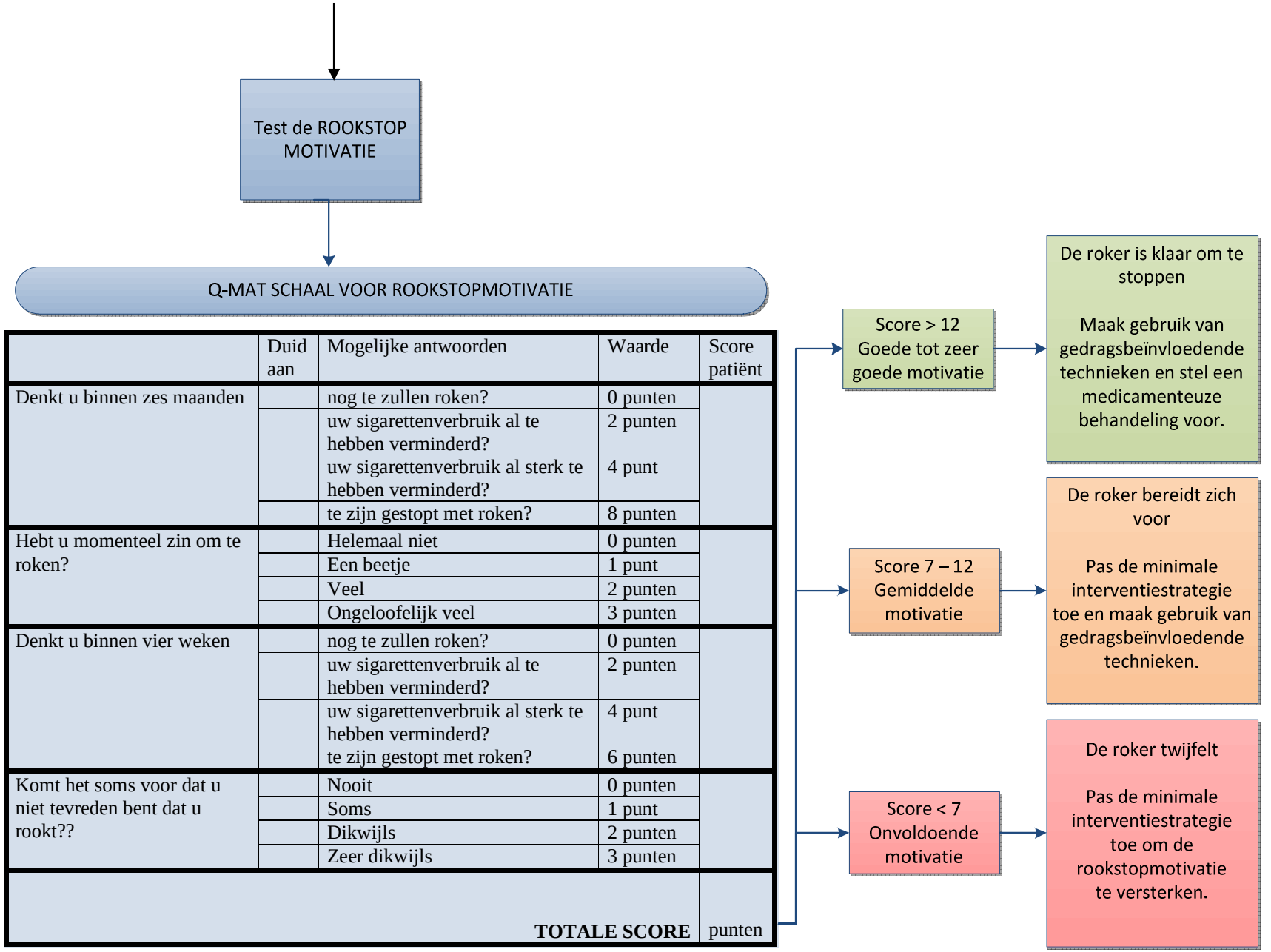
Stroomdiagram voor roken: Fagerström Test for Nicotine Dependence en Q-Mat schaal



FAGERSTROM TEST FOR NICOTINE DEPENDENCE

	Duid aan	Mogelijke antwoorden	Waarde	Score patiënt
Hoelang na het ontwaken rookt u uw eerste sigaret?		< 5 min	3 punten	
		6 à 30 min	2 punten	
		31 à 60 min	1 punt	
		> 60 min	0 punten	
Kan u zich gemakkelijk onthouden van roken op plaatsen waar dit verboden is?		Ja	0 punten	
		Neen	1 punt	
Welke sigaret zou u het moeilijkst kunnen missen?		De eerste	1 punt	
		Eender welke sigaret	0 punten	
Hoeveel sigaretten rookt u per dag?		>31	3 punten	
		21 – 30	2 punten	
		11 – 20	1 punt	
		< 10	0 punten	
Rookt u meer het eerste uur na het ontwaken dan de rest van de dag?		Ja	1 punt	
		Neen	0 punten	
Rookt u als u zo ziek bent dat u overdag het bed moet houden?		Ja	1 punt	
		Neen	0 punten	
			TOTALE SCORE	punten

SCORE < 4	SCORE 4 – 7	SCORE ≥ 8
GEEN AFHANKELIJKHEID	LICHTE AFHANKELIJKHEID	STERKE AFHANKELIJKHEID

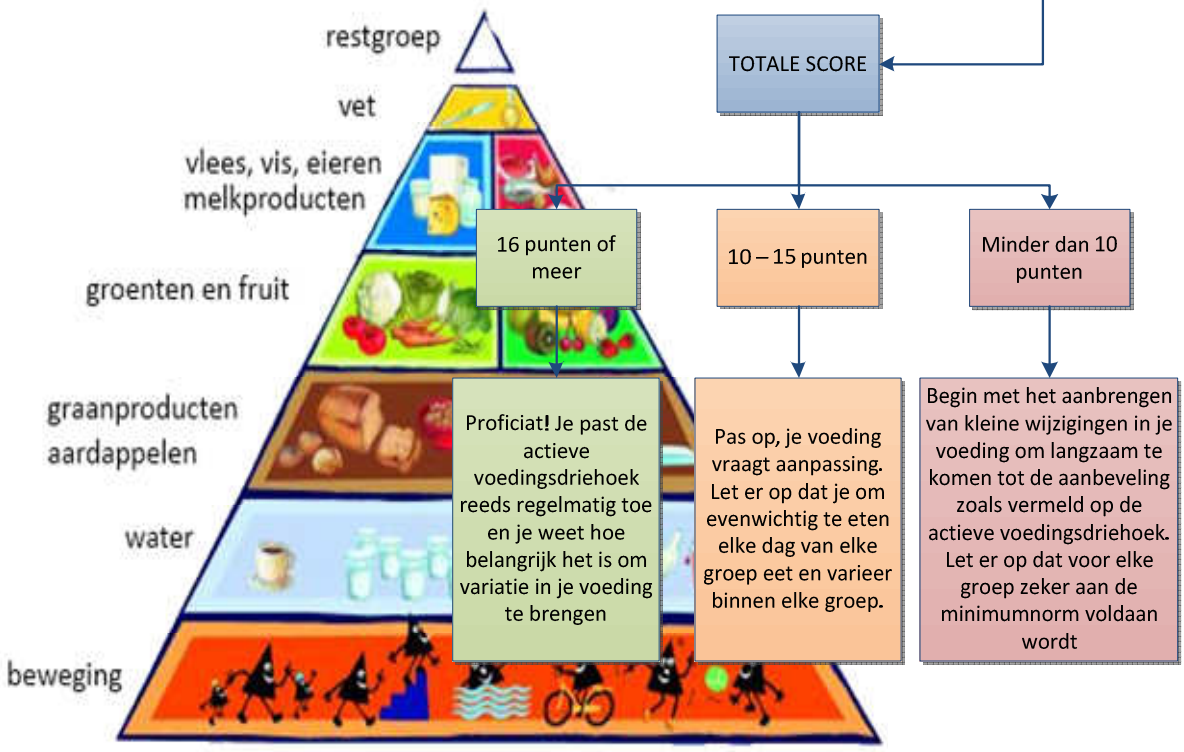


	Duid aan	Mogelijke antwoorden	Waarde	Score patiënt
Denkt u binnen zes maanden		nog te zullen roken?	0 punten	
		uw sigarettenverbruik al te hebben verminderd?	2 punten	
		uw sigarettenverbruik al sterk te hebben verminderd?	4 punt	
		te zijn gestopt met roken?	8 punten	
Hebt u momenteel zin om te roken?		Helemaal niet	0 punten	
		Een beetje	1 punt	
		Veel	2 punten	
		Ongeloofelijk veel	3 punten	
Denkt u binnen vier weken		nog te zullen roken?	0 punten	
		uw sigarettenverbruik al te hebben verminderd?	2 punten	
		uw sigarettenverbruik al sterk te hebben verminderd?	4 punt	
		te zijn gestopt met roken?	6 punten	
Komt het soms voor dat u niet tevreden bent dat u rookt??		Nooit	0 punten	
		Soms	1 punt	
		Dikwijls	2 punten	
		Zeer dikwijls	3 punten	
			TOTALE SCORE	punten

Stroomdiagram voor voeding: Weet wat je eet-Test

DE “WEET WAT JE EET” TEST

		Waarde	Score patiënt
Drink je elke dag 1,5 liter water (waarvan maximaal 0,5 liter onder vorm van koffie, thee of light frisdranken)? *1,5 liter = 10 glazen*	JA	2	
	NEE	0	
Eet je 5 tot 12 sneden BRUIN brood per dag?	JA	2	
	NEE	0	
Eet je 3 tot 5 gekookte aardappelen ter grootte van een ei (of 60 gram ongekookt gewogen rijst of deegwaren) per dag?	JA	2	
	NEE	0	
Eet je minimum 2 stukken vers fruit per dag ter grootte van een appel, peer of banaan? *1 stuk fruit ter grootte van een appel komt overeen met 2 mandarijntjes of een schaaltje bessen*	JA	2	
	NEE	0	
Eet je dagelijks minimum 300 gram groenten (= 4 groentelepels of 8 eetlepels)?	JA	2	
	NEE	0	
Eet je meerdere keren groenten op een dag?	JA	1	
	NEE	0	
Breng je variatie in je voeding?	JA	0	
	NEE	2	
Eet je dagelijks maximaal 100 gram vlees of vleesvervangers?	JA	2	
	NEE	0	
Drink je 3 tot 4 glazen melk, yoghurt of calciumverrijkte sojadrinks per dag?	JA	2	
	NEE	0	
Matig je het gebruik van vet (per snede brood 1 mespunt smeervet en 1 eetlepel bereidingsvet per dag)?	JA	2	
	NEE	0	
Zijn er vaak dagen dat je een of meerdere groepen uit de actieve voedingsdriehoek overslaat?	JA	0	
	NEE	2	



Bijlage 3
Informatie- en toestemmingsformulier

Informatieformulier

Ontwikkeling van een draaiboek en adviezen voor een preventieconsult rond levensstijl, toegespitst op de topics roken, voeding, beweging en alcohol.

Geachte mevrouw
Geachte heer

Wij vragen u vriendelijk om mee te doen aan een medisch-wetenschappelijk onderzoek. Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. U kunt zich op elk moment uit de studie terugtrekken zonder dat dit gevolgen heeft voor uw verdere relatie met uw huisarts. Als u besluit om aan dit onderzoeksproject deel te nemen, is het van belang dat u de onderstaande informatie goed begrijpt. Indien u na het lezen van de informatie nog vragen heeft, zijn wij uiteraard graag bereid om deze te beantwoorden.

Achtergrondinformatie

Uw huisarts helpt u niet enkel ziekten te genezen. Ook het voorkomen van ziekten is een belangrijk onderdeel van het dagelijks werk van uw huisarts. In het kader van de opleiding huisartsgeneeskunde werken we momenteel aan de ontwikkeling van een preventieconsult rond levensstijl. Levensstijl speelt een grote rol in het ontstaan van hart- en vaatziekten, suikerziekte en nierfalen: teveel eten, in combinatie met weinig bewegen, roken en alcohol zorgen voor een groter risico bij steeds meer mensen. We hebben een vragenlijst uitgewerkt die het mogelijk maakt om uw levensstijl in kaart te brengen. In de toekomst kan uw huisarts op basis van het preventieconsult en in overleg met u een individueel preventieplan opstellen. Om ons onderzoeksopzet en de registratie van de vragenlijst in de praktijk uit te testen richten we ons tot patiënten tussen 45 en 75 jaar.

Dit project wordt uitgevoerd in samenwerking met het Preventiecentrum Regio Turnhout en de Universiteit Antwerpen. Deze studie werd voorgelegd en beoordeeld door het ethisch comité van de Universiteit Antwerpen en we verkregen hiervoor de goedkeuring op 11 mei 2011.

Omschrijving van de procedure van het onderzoek

Als deelnemer zal u zelfstandig een digitale vragenlijst invullen op de computer. De vragenlijst bestaat uit vier delen: alcoholgebruik, rookgedrag, voeding en beweging. Op het einde zal er ook gepeild worden naar de gebruiksvriendelijkheid van de vragenlijst. Met uw antwoorden en eventuele opmerkingen kunnen we de vragenlijst in de toekomst verbeteren en verfijnen.

Mogelijke voor- en nadelen van het onderzoek

U heeft zelf geen voordeel van deelname aan dit onderzoek. Het zou kunnen dat u de vragenlijst als confronterend ervaart en dat er nieuwe gegevens betreffende uw gezondheidstoestand ontdekt worden. U zal hierover dan verder geïnformeerd worden door de huisarts-onderzoeker.

Vertrouwelijkheid

Alle verzamelde gegevens zijn strikt vertrouwelijk en zullen enkel gebruikt worden voor het onderzoek zelf. In geen enkel document zullen uw persoonlijke gegevens herkenbaar zijn.

Indien u wenst deel te nemen, dient u het bijbehorende toestemmingsformulier te ondertekenen.

Met vriendelijke groeten en alvast bedankt voor de medewerking.

Dr. Katrien Jacobs
Dr. Emilie Deroy

Mede namens het bestuur van het Preventiecentrum Regio Turnhout en Centrum voor Huisartsgeneeskunde Universiteit Antwerpen.

Toestemmingsformulier

Ontwikkeling van een draaiboek en adviezen voor een preventieconsult rond levensstijl, toegespitst op de topics roken, voeding, beweging en alcohol.

Hierbij bevestig ik, ondergetekende, dat ik toestemming geef voor deelname aan het hierboven vermelde onderzoek. In verband hiermee verklaar ik het volgende:

- Ik heb het bijhorende informatieformulier ontvangen en gelezen
- Ik ben gedetailleerd geïnformeerd over het doel, de aard en de procedures van het onderzoek
- Ik heb aanvullende vragen kunnen stellen, deze zijn voldoende beantwoord
- Ik weet dat mijn gegevens gebruikt worden, voor de doelen die in het informatieformulier staan
- Ik heb deze beslissing uit vrije wil genomen
- Ik ben op de hoogte dat ik op elk ogenblik de deelname aan deze studie kan stopzetten

Naam en voornaam deelnemer:

Datum en handtekening

Hierbij bevestig ik, ondergetekende, dat ik deze deelnemer volledig heb geïnformeerd over het hierboven vermelde onderzoek en dat dit onderzoek zal uitgevoerd worden volgens de voorwaarden die beschreven zijn in het informatieformulier.

Naam en voornaam onderzoeker:

Datum en handtekening

Bijlage 4
Evaluatievragenlijst gebruiksvriendelijkheid

Evaluatievragenlijst gebruiksvriendelijkheid

Ontwikkeling van een draaiboek en adviezen voor een preventieconsult rond levensstijl, toegespitst op de topics roken, voeding, beweging en alcohol.

Geachte mevrouw
Geachte heer

U heeft zonet een vragenlijst ingevuld op de computer. Deze vragenlijst wordt momenteel geëvalueerd. Daarom kennen we graag uw mening over de vragenlijst. U krijgt hieronder een aantal stellingen die peilen of de vragen begrijpbaar zijn, bruikbaar zijn, in een goede lay-out zitten, enzovoort. Al uw opmerkingen en/of suggesties zijn welkom.

Uw mening is heel belangrijk. Op basis daarvan kan de test immers nog verder worden verbeterd. Er zijn geen juiste of foute antwoorden; kruis gewoon het antwoord aan dat het beste voor u past. Uw antwoorden worden vertrouwelijk en anoniem verwerkt.

Dank u wel voor uw deelname!

Socio-demografische gegevens

1. Bent u een man of een vrouw?
   - ☐ Man
   - ☐ Vrouw
2. Tot welke leeftijdsgroep behoort u?
   - ☐ 45-54 jaar
   - ☐ 55-64 jaar
   - ☐ 65-75 jaar
3. Wat is uw huidige familiale situatie?
   - ☐ Alleenstaand zonder kinderen
   - ☐ Alleenstaand met kinderen
   - ☐ Gehuwd/samenwonend met partner zonder kinderen
   - ☐ Gehuwd/samenwonend met partner met kinderen
   - ☐ Inwonend bij mijn ouders
   - ☐ Inwonend bij mijn kinderen
   - ☐ Andere:_____

4. Bent u momenteel...?
    - ☐ Niet (meer) aan het werk
    - ☐ Arbeider
    - ☐ Bediende
    - ☐ Ambtenaar
    - ☐ Zelfstandige/vrij beroep
    - ☐ Andere:_____
5. Welk is het hoogste diploma dat u behaalde?
    - ☐ Geen
    - ☐ Lager onderwijs
    - ☐ Secundair onderwijs
    - ☐ Hoger onderwijs
    - ☐ Universitair onderwijs
    - ☐ Andere:_____

Algemeen

6. Hieronder volgen een aantal uitspraken over de vragenlijst in het algemeen. Geef aan in welke mate u ermee akkoord gaat.

	Helemaal oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Helemaal eens
Het uitzicht van de vragenlijst is aantrekkelijk	☐	☐	☐	☐	☐
De kleuren die gebruikt worden zijn aangenaam	☐	☐	☐	☐	☐
De bladschikking is overzichtelijk	☐	☐	☐	☐	☐
Het aantal vragen is prima	☐	☐	☐	☐	☐
De vragenlijst is gebruiksvriendelijk	☐	☐	☐	☐	☐
Het gebruik van een computer voor deze vragenlijst is een goede keuze	☐	☐	☐	☐	☐
Het gebruik van een aanraakscherm voor deze vragenlijst is gemakkelijk	☐	☐	☐	☐	☐

7. Wat is uw algemene indruk van de digitale vragenlijst? Alle opmerkingen en/of suggesties zijn welkom.

_____

_____

Vragenlijst alcoholgebruik

8. Hieronder volgen een aantal uitspraken over de vragen over alcoholgebruik. Geef aan in welke mate u ermee akkoord gaat.
   ☐ Niet van toepassing, ik drink niet

	Helemaal oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Helemaal eens
De vragen over alcoholgebruik zijn gemakkelijk te begrijpen	☐	☐	☐	☐	☐
De vragen over alcoholgebruik zijn duidelijk	☐	☐	☐	☐	☐
Het invullen van de vragen over alcoholgebruik duurt niet te lang	☐	☐	☐	☐	☐
Het is makkelijk om op alle vragen over alcoholgebruik een antwoord te geven	☐	☐	☐	☐	☐
De vragen over alcoholgebruik zijn relevant	☐	☐	☐	☐	☐
De vragen over alcoholgebruik zijn gevarieerd	☐	☐	☐	☐	☐
De vragen over alcoholgebruik geven mij inzicht in mijn persoonlijke situatie	☐	☐	☐	☐	☐

Hieronder kunt u uw opmerkingen noteren over deze vragenlijst:

_____

_____

Vragenlijst roken

9. Hieronder volgen een aantal uitspraken over de vragen over roken. Geef aan in welke mate u ermee akkoord gaat.
   ☐ Niet van toepassing, ik rook niet

	Helemaal oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Helemaal eens
De vragen over roken zijn gemakkelijk te begrijpen	☐	☐	☐	☐	☐
De vragen over roken zijn duidelijk	☐	☐	☐	☐	☐
Het invullen van de vragen over roken duurt niet te lang	☐	☐	☐	☐	☐
Het is makkelijk om op alle vragen over roken een antwoord te geven	☐	☐	☐	☐	☐
De vragen over roken zijn relevant	☐	☐	☐	☐	☐
De vragen over roken zijn gevarieerd	☐	☐	☐	☐	☐
De vragen over roken geven mij inzicht in mijn persoonlijke situatie	☐	☐	☐	☐	☐

Hieronder kunt u uw opmerkingen noteren over deze vragenlijst:

Vragenlijst voeding

10. Hieronder volgen een aantal uitspraken over de vragen over voeding. Geef aan in welke mate u ermee akkoord gaat.

	Helemaal oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Helemaal eens
De vragen over voeding zijn gemakkelijk te begrijpen	☐	☐	☐	☐	☐
De vragen over voeding zijn duidelijk	☐	☐	☐	☐	☐
Het invullen van de vragen over voeding duurt niet te lang	☐	☐	☐	☐	☐
Het is makkelijk om op alle vragen over voeding een antwoord te geven	☐	☐	☐	☐	☐
De vragen over voeding zijn relevant	☐	☐	☐	☐	☐
De vragen over voeding zijn gevarieerd	☐	☐	☐	☐	☐
De vragen over voeding geven mij inzicht in mijn persoonlijke situatie	☐	☐	☐	☐	☐

Hieronder kunt u uw opmerkingen noteren over deze vragenlijst:

Vragenlijst beweging

11. Hieronder volgen een aantal uitspraken over de vragen over beweging. Geef aan in welke mate u ermee akkoord gaat.

	Helemaal oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Helemaal eens
De vragen over beweging zijn gemakkelijk te begrijpen	☐	☐	☐	☐	☐
De vragen over beweging zijn duidelijk	☐	☐	☐	☐	☐
Het invullen van de vragen over beweging duurt niet te lang	☐	☐	☐	☐	☐
Het is makkelijk om op alle vragen over beweging een antwoord te geven	☐	☐	☐	☐	☐
De vragen over beweging zijn relevant	☐	☐	☐	☐	☐
De vragen over beweging zijn gevarieerd	☐	☐	☐	☐	☐
De vragen over beweging geven mij inzicht in mijn persoonlijke situatie	☐	☐	☐	☐	☐

Hieronder kunt u uw opmerkingen noteren over deze vragenlijst:

Bijlage 5
Resultaten evaluatievragenlijst

ALGEMENE BEOORDELING						
	N	Helemaal oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Helemaal eens
Het uitzicht van de vragenlijst is aantrekkelijk	54	0	0	6	13	35
De kleuren die gebruikt worden zijn aangenaam	55	1	1	3	15	35
De bladschikking is overzichtelijk	54	1	0	2	12	39
Het aantal vragen is prima	53	1	0	2	16	34
De vragenlijst is gebruiksvriendelijk	51	0	0	2	12	37
Het gebruik van een computer voor deze vragenlijst is een goede keuze	55	0	0	2	9	44
Het gebruik van een aanraakscherm voor deze vragenlijst is gemakkelijk	55	0	1	2	9	43

ALCOHOLGEBRUIK						
	N	Helemaal oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Helemaal eens
De vragen over alcoholgebruik zijn gemakkelijk te begrijpen	34	0	0	3	13	18
De vragen over alcoholgebruik zijn duidelijk	33	0	0	2	14	17
Het invullen van de vragen over alcoholgebruik duurt niet te lang	33	0	0	0	13	20
Het is gemakkelijk om op alle vragen over alcoholgebruik een antwoord te geven	33	0	0	2	14	17
De vragen over alcoholgebruik zijn relevant	31	0	0	4	8	19
De vragen over alcoholgebruik zijn gevarieerd	32	0	0	4	10	18
De vragen over alcoholgebruik geven mij inzicht in mijn persoonlijke situatie	32	0	0	6	6	20

BEWEGING						
	N	Helemaal oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Helemaal eens
De vragen over beweging zijn gemakkelijk te begrijpen	52	0	0	3	14	35
De vragen over beweging zijn duidelijk	52	0	0	3	17	32
Het invullen van de vragen over beweging duurt niet te lang	51	0	0	3	15	33
Het is gemakkelijk om op alle vragen over beweging een antwoord te geven	52	1	0	5	14	32
De vragen over beweging zijn relevant	52	0	0	7	14	31
De vragen over beweging zijn gevarieerd	52	0	0	5	14	33
De vragen over beweging geven mij inzicht in mijn persoonlijke situatie	52	0	0	6	14	32

ROKEN						
	N	Helemaal oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Helemaal eens
De vragen over roken zijn gemakkelijk te begrijpen	21	0	0	1	6	14
De vragen over roken zijn duidelijk	20	0	1	0	6	13
Het invullen van de vragen over roken duurt niet te lang	21	0	0	1	6	14
Het is gemakkelijk om op alle vragen over roken een antwoord te geven	21	0	0	1	6	14
De vragen over roken zijn relevant	21	0	0	3	5	13
De vragen over roken zijn gevarieerd	21	0	0	3	5	13
De vragen over roken geven mij inzicht in mijn persoonlijke situatie	20	0	1	2	6	11

VOEDING						
	N	Helemaal oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Helemaal eens
De vragen over voeding zijn gemakkelijk te begrijpen	53	0	0	10	10	33
De vragen over voeding zijn duidelijk	52	0	0	8	9	35
Het invullen van de vragen over voeding duurt niet te lang	51	0	0	4	13	34
Het is gemakkelijk om op alle vragen over voeding een antwoord te geven	52	1	2	8	12	29
De vragen over voeding zijn relevant	52	0	1	10	11	30
De vragen over voeding zijn gevarieerd	51	0	0	6	10	35
De vragen over voeding geven mij inzicht in mijn persoonlijke situatie	53	0	1	7	14	31