Motivationele gespreksvoering over gezonde levensstijl bij personen met een matig of hoog cardiovasculair risico: zinvol of tijdverdrijf?

Tom Strobbe, Universiteit Gent

Promotor: Prof Dr Thierry Christiaens, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr Veerle Piessens, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Motivationele gespreksvoering over gezonde levensstijl bij personen met een matig of hoog cardiovasculair risico: zinvol of tijdverdrijf?

Haio: Tom STROBBE

Universiteit: Ugent

Promotor: Prof. Dr. Thierry CHRISTIAENS

Co-promotor: Dr Veerle PIESSENS

Praktijkopleider: Dr Elke OTTOY

Context: In mijn opleidingspraktijk worden veel routine bloedonderzoeken jaarlijks uitgevoerd. Ik wil van dit praktijkverbeterend project gebruik maken om over te stappen van een bepaling van het cardiovasculair risico aan de hand van standaard bloedonderzoek naar het invoeren van een gefundeerde cardiovasculaire risicostratificatie. Deze zal gehanteerd worden om een zo efficiënt mogelijke interventie te bewerkstelligen: na informatie opgezocht te hebben over gezonde levensstijl (voeding+lichaamsbeweging) wil ik deze op een communicatief efficiënte wijze over brengen naar de personen die het meest baat hebben bij een wijziging in hun levensstijl.

Onderzoeksvragen: Aan welke patiënten moet een preventieve consultatie worden aangeboden? Aan de hand van welke stratificatie kies ik patiënten uit bij wie een interventie het meest succes zal bieden? Welk effect hebben dieet en lichaamsbeweging op de gezondheid van de patiënt? Welke informatie geef ik patiënten praktisch in verband met gezonde levensstijl? Welke communicatiestrategie hanteer ik best om bij zoveel mogelijk patiënten gedragsverandering teweeg te brengen? Welke hinderpalen bestaan er aangaande een poging tot gedragsverandering?

Methode (literatuur & registratiewijze): Probleem van routine labo onderzoek werd uitgewerkt volgens FOCUS-PDCA methode. Literatuur werd geraadpleegd na bekijken van voorgaande scripties omtrent preventieve geneeskunde, aan de hand van richtlijnen NHG, Domus Medica, NICE en KCE. Er werden huisartsrelevante, betrouwbare, bruikbare en bereikbare literatuurbronnen verkozen. Concreet werden alle patiënten met vraag naar preventieve consultatie of bloedafname met GMD in de praktijk, tussen 1 mei en 30 juni 2012 geïncludeerd in het onderzoek. Uiteindelijk namen 14 van 22 matig en hoog risicopersonen deel aan de motivationele gespreksvoering.

Resultaten: De cardiovasculaire risicostratificatie van Domus Medica (het ABCDEF-model) wordt tot gouden standaard verheven in dit praktijkverbeterend project. Patiënten met een matig tot hoog risico worden geïncludeerd in het onderzoek. Het mediterraan dieet en een lichaamsbeweging van 5 keer per week 30 minuten aan matige intensiteit wordt aangeraden aan de hand van motivationele gespreksvoering. De voornaamste hinderpaal bij artsen voor deze communicatietechniek is tijdsgebrek, bij patiënten tijdsgebrek, financiële redenen of de overtuiging reeds voldoende aan een gezonde levensstijl te werken.

Conclusies: Het invoeren van de risicostratificatie is vlot in de praktijk verlopen en zal zeker later verder worden toegepast in plaats van routine bloedonderzoek zonder medische indicatie. Het onderzoek naar welke maatregelen aangeraden moeten worden om een gezonde levensstijl te promoten is nuttig voor zowel arts als patiënt. De motivationele gesprekstechniek wordt door zowel arts als patiënten als laagdrempelig en efficiënt ervaren. Uiteraard is verder onderzoek nodig om de efficiënte hiervan op grote schaal na te gaan, alsook om het effect hiervan te onderzoeken wanneer consultaties wel financieel vergoed worden. Op persoonlijk vlak was het voeren van dit praktijkverbeterend project zeker nuttig voor mijn verdere toekomstige praktijkvoering.

E-mail: strobbe_tom@hotmail.com

ICPC-code: A Algemeen en niet-gespecifieerd

Inhoudsopgave

1 Inleiding 5

2 Literatuuronderzoek 7

2.1 FOCUS-PDCA methode 7

2.2 De zoekstrategie 8

3 Onderzoeksmethodiek 9

4 Resultaten literatuuronderzoek 11

4.1 Risicostratificatie 11

4.1.1 De risicostratificatie van Domus Medica: het ABCDEF-model: 11

4.1.2 Andere risico stratificaties 12

4.2 Dieetmaatregelen 13

4.3 Lichaamsbeweging 14

4.4 Motivationele gespreksvoering 16

4.5 Nut en hinderpalen van motivationele gespreksvoering 18

5 Resultaten van het onderzoek 20

5.1 Vraag naar labo 21

5.2 Onderzoek 22

5.3 Geslacht 22

5.4 Leeftijd 23

5.5 Appreciatie van de patiënten 24

5.6 Mening van de non-responders 24

6 Discussie 25

6.1 Algemene beschouwingen 25

6.2 Mening van de huisarts 27

7 Besluit 28

7.1 Motivationele gespreksvoering 28

7.2 Gezonde levensstijl 28

7.3 Risicostratificatie 29
7.4 Zinvol of tijdverdrijf? 29
8 Referenties 31
9 Bijlagen 34
9.1 Bijlage 1: Toestemmingsformulier 34
9.2 Bijlage 2: Informatie voor de patiënt 35
9.3 Bijlage 3: Cardiovasculaire risicostratificatie volgens Domus Medica 36
9.4 Bijlage 4: Cardiovasculair algoritme 38
9.5 Bijlage 5: de score tabel 39
9.6 Bijlage 6: de voedingsdriehoek 40

1 Inleiding

Gedurende mijn twee-jaar durende praktijkstage in Haaltert, besloot ik reeds na enkele maanden stage mijn praktijkverbeterend Manama-project aan te wenden om een verandering teweeg te brengen in het standaard laboratorium onderzoek dat in mijn opleidingspraktijk routineus gebeurt, zonder daar verder preventief iets mee aan te vangen.

Ik besloot dat ik later niet zelf jaarlijks bij alle patiënten een beperkt labo wil verrichten tenzij dit medisch noodzakelijk is, maar vooral preventief informatie wil geven over gezonde levensstijl, aan de personen die hier het meest baat bij hebben. Maar wie zijn dit juist? En welke informatie moeten we dan geven? En hoe brengen we deze informatie best over? Heeft een gesprek als huisarts over gezonde levensstijl wel nut voor de patiënt, of is dit tijdsverspilling?

Bij het raadplegen van de literatuur en de scripties geschreven door collega's, bleken hier al vele scripties over geschreven, maar meestal in multidisciplinaire settings, waardoor het uiteraard makkelijker is om patiënten bijvoorbeeld naar een gezondheidscoach of diëtist te verwijzen.
Ik vroeg me af, vooraleer deze scriptie te schrijven, of het als individuele huisarts nuttig is onze motivationele gesprekstechnieken, die tijdens de huisartsenopleiding aan de Universiteit Gent frequent aan bod kwamen en goed werden ingeoefend, te hanteren om onze patiënten te overtuigen om gezonder te gaan leven. Dit is een minimale interventie, die elke huisarts in diens praktijk eenvoudig kan uitvoeren, met mogelijks een toch zeer belangrijke invloed op de gezondheid bij de patiënten.

Aangezien we als huisarts een druk takenpakket hebben, en een dergelijk gesprek voeren met elke patiënt praktisch onhaalbaar is, moeten we een onderscheid maken: welke patiënten hebben het meest baat bij een preventief gesprek, en hoe selecteren we deze? Ik heb me voor dit praktijkverbeterend project voornamelijk geconcentreerd op de cardiovasculaire risicostratificatie van Domus Medica, maar ook andere risico-indelingen worden kort aangehaald.

Om preventieve informatie correct aan patiënten over te brengen, is het uiteraard noodzakelijk om zelf te weten welke maatregelen aangaande gezonde levensstijl de literatuur aanraadt, teneinde het cardiovasculair risico van de patiënten te doen dalen.

Hier zijn 3 grote peilers: gezonde voeding, lichaamsbeweging en rookstop. Rookstop is uiteraard belangrijk, maar dit is reeds goed gedocumenteerd en onderzocht, waardoor ik verkies dit onderdeel niet in deze scriptie te bespreken, doch wel te focussen op de uitgebreide en evenzeer belangrijke aspecten gezonde voeding en lichaaamsbeweging. Deze topics worden stelselmatig nagekeken, en samengevat vanuit de geraadpleegde literatuurbronnen.

Ik heb hierbij bewust niet uitgebreid met theoretische beschouwingen, maar heb vooral opgezocht wat we als huisarts aan onze patiënt praktisch moeten meegeven aangaande gezonde levensstijl.

Van zodra we weten met wie we een preventieve consultatie moeten voeren, en wat we hierbij moeten overbrengen naar de patiënt toe, heb ik bekeken welke gesprekstechnieken hiervoor best worden gebruikt, en besloot ik de motivationele gespreksvoering als methode te gebruiken om mijn gesprekken te voeren.
In het literatuuronderzoek heb ik tenslotte op voorhand stil gestaan bij de hinderpalen die bij patiënten bestaan omtrent dergelijke gesprekken, om een zo groot mogelijk percentage patiënten te kunnen motiveren naar een gezondere levensstijl.

Na deze theoretische beschouwingen komt uiteraard de praktijk: hoe zijn de gesprekken in mijn opleidingspraktijk verlopen? Wat vond ik er zelf van? En hoe stonden de patiënten tegenover deze preventieve motivationele gesprekken? Zijn de resultaten van mijn onderzoek vergelijkbaar met dat van andere onderzoeken? Ik koos ervoor de resultaten niet te toetsen aan objectiveerbare parameters als bloeddrukwaarden of cholesterolwaarden, aangezien het tijdsbestek dit niet zou toelaten, maar ook omdat er niet mag gefocust worden op biochemische parameters. Het doel van mijn praktijkverbeterend project is om na te gaan hoe de patiënten deze gesprekken over gezonde levensstijl hebben ervaren, wat het resultaat ervan is, en hoe ik mijn techniek en aanpak kan verbeteren gedurende mijn toekomstige carrière.

2 Literatuuronderzoek

2.1 FOCUS-PDCA methode

Om het probleem van routine labo onderzoek verder uit te werken, heb ik gebruik gemaakt van de FOCUS-PDCA techniek, die ons tijdens het specialisatiejaar huisartsgeneeskunde werd aangebracht. Er dient eerst een probleem te worden beschreven, een bepaald aspect van de geneeskunde dat moeizaam verloopt in de opleidingspraktijk en toch frequent voorkomt in de huisartsenpraktijk, met mogelijkheid tot verbetering. Vervolgens dient samengezeten te worden met collegae, om het probleem te bespreken en na te gaan hoe zij hier tegenover staan. Het probleem dient verder uitgeklaard en beschreven te worden, om zo te evolueren naar een plan om het praktijkverbeterend project aan te pakken, in samenspraak met de co-promotor. Als specifieke doelgroep kozen we alle 40-75jarigen, die een GMD in de praktijk hebben, met de vraag naar een preventieve consultatie of bloedafname.

Op elk verder moment tijdens het uitvoeren van dit project was het belangrijk terug te koppelen naar het oorspronkelijk doel, en tijdig bij te sturen waar nodig. Uiteindelijk zou ik voor mezelf, na de twee jaar durende praktijkstage, een concreet beeld willen hebben van het nut van motivationele gespreksvoering over gezonde levensstijl, om later in mijn 'definitieve' praktijk verder toe te kunnen passen.

Het probleem was het routine uitvoeren van standaard labo onderzoek, terwijl literatuurgegevens aangeven dat dit geen meerwaarde biedt (Krogsbøll LT et al, 2012). De mogelijke afwijkingen in het bloedonderzoek worden ook niet steeds als handvat genomen om een gesprek over levensstijl te introduceren. Om concreet te bespreken op welke wijze ik dit kon veranderen, heb ik samen gezeten met mijn praktijkopleider, die dit op haar beurt verder besprak met de andere collega's van de praktijk. Onderzoek voeren moet immers naast de klassieke dagelijkse geneeskunde in de praktijk geïmplementeerd worden, en er moest hier dan ook tijd voor vrij kunnen gemaakt worden. We hebben tevens samen bekeken hoe en waarom de huidige beleidsvoering van routine bloedonderzoek werd gevoerd, met de voor- en nadelen.

Bij het raadplegen van literatuur kwam ik al snel tot de vaststelling dat er best kan overgeschakeld worden naar het hanteren van een wetenschappelijk onderbouwde risicostratificatie. Er werd echter gevreesd dat dit veel meer tijd in beslag zou nemen dan een klassiek bloedonderzoek, maar uit literatuuronderzoek zou blijken dat een motivationeel

gesprek bij de personen die het meest baat hebben bij gedragsverandering, een beter effect op de gezondheid van patiënten zou hebben dan een klassiek bloedonderzoek bij voornamelijk laag-risico patiënten.

Vervolgens heb ik een uitgebreid literatuuronderzoek verricht: er bleek namelijk al heel wat onderzoek verricht te zijn naar preventieve consultaties omtrent gezonde levensstijl. Aan de hand van de tips van mijn co-promotor, werd ik al gauw de juiste weg ingestuurd om extra opzoekingswerk te verrichten over wat vooral de individuele huisartsenpraktijk aanbelangt.

2.2 De zoekstrategie

Vooreerst heb ik de manama-scripties via de ICHO-databank geraadpleegd om de abstracts te doorlezen van scripties, geschreven door voorgangers, omtrent preventieve geneeskunde en motivationele gespreksvoering. Hierna heb ik een 10tal scripties uitgekozen (zie referenties) die het dichtst aanleunden bij het onderzoek dat ikzelf wou voeren, om na te gaan wat reeds onderzocht was, en waar ik nog extra opzoekingswerk kon over verrichten.

Ik heb hun referenties stuk voor stuk bekeken, met uiteraard voornamelijk aandacht voor guidelines, richtlijnen specifiek voor huisartsen. De betrouwbare richtlijnen (guidelines, evidence-based richtlijnen specifiek voor huisartsen) werden hier vooral uit verkozen. Ik bekeek via de NHG en domus medica website de richtlijnen omtrent preventieve cardiovasculaire geneeskunde, en vatte deze samen. Via de voetnoten en referenties kwam ik terecht op verdere, objectieve, literatuuronderzoeken.

Concreet zocht ik via het Belgisch Centrum voor Evidence Based Medicine, CEBAM, op ‘motivation’, ‘cardiovascular prevention’, ‘communication’, ‘risk stratification’, ‘health promotion’ en richtlijnen via NHG, Domus Medica, NICE, KCE-rapport en CKS. Ook de website “voeding uitgedokterd” vond ik een handig hulpmiddel met vooral informatie naar patiënten toe.

Informatie moet niet enkel betrouwbaar zijn, maar er werd ook belang gehecht aan de bruikbaarheid (specifiek voor eerstelijn, geen in vitro onderzoek maar onderzoek specifiek naar effect bij patiënten in de huisartsenpraktjk) en aan hun bereikbaarheid (via internet consulteerbaar of via de biomedische bibliotheek van het UZGent). Voorts is het belangrijk om na te gaan of een studie in een populatie, toepasbaar is op de eigen, individuele huisartsenpraktijk.

3 Onderzoeksmethodiek

Het praktijkverbeterend project wil gebruik maken om van de vraag naar routine bloedafnames op alle leeftijden over te stappen naar de invoering van de wetenschappelijk onderbouwde cardiovasculaire risicostratificatie van Domus Medica bij alle preventieve consultaties. Uiteraard dient nog steeds individueel bekeken te worden of een persoon een labo onderzoek nodig heeft of niet wat betreft de niet-cardiovasculaire testen.

Naargelang de leeftijd van de patiënt, de bloeddrukwaarden op het moment van de consultatie, het rookgedrag, de aanwezigheid van diabetes, het voorkomen van persoonlijke of familiale voorgeschiedenis van hart- en vaatziekten, worden patiënten ingedeeld in een hoog risico groep, een laag risicogroep of personen met een matig risico.
Personen die diabetes hebben of een persoonlijke voorgeschiedenis van hart- en vaatziekten, hebben een hoog risico.

Bij personen met een hoge bloeddruk, ouder dan 50 jaar, of een familiale voorgeschiedenis zal een bloedafname gebeuren, waarna ook zij ingedeeld, worden bij een laag-, matig- of hoog risico.

Verder merk ik dat er in de praktijk weinig gedaan wordt aan gezondheidspromotie: ik wil tevens van dit praktijkverbeterend project gebruik maken om gezonde voeding en lichaamsbeweging bij patiënten aan te kaarten, maar niet volgens de traditionele relatie (arts geeft richtlijnen aan patiënt) maar wel aan de hand van motivationele gesprekstechnieken.

Praktisch werden prospectief volgende patiënten geïncludeerd: patiënten die zich aanboden op consultatie tussen 1 mei en 30 juni 2012 met de vraag naar een preventieve consultatie of bloedafname en die tussen de 40 en 75 jaar zijn en een GMD in de praktijk hebben. Voor deze consultaties zal geen GMD+ aangerekend worden.
Ik heb hen eerst mondeling tijdens de consultatie het praktijkverbeterend project toegelicht, waarna hen de informatiebrief en toestemmingsbrief werd overhandigd. (zie bijlage)

Op basis van anamnese, bloeddrukmeting en zo nodig bloedonderzoek, volgens de richtlijnen van Domus Medica, werden zij ingedeeld in een hoog, matig of laag risicogroep, waarna de vereiste strategie betreffende preventie van hart- en vaatziekten werd toegepast.

Bij wie tijdens deze preventieve consultatie een matig of hoog risico werd vastgesteld, werd er, na goedkeuren van de patiënt, een motivationeel gesprek gevoerd.

Onmiddellijk hierna, dus op het einde van deze eerste consultatie, werd via een kort interview gepeild naar de mening van de patiënt over dit motivationeel gesprek: de positieve maar ook negatieve punten. Er werd tevens geregistreerd wie wel en wie niet ingaat op deze uitnodiging, en waarom.

Enige tijd later (geen vastgelegd moment) werden de patiënten opnieuw uitgenodigd voor een volgend gesprek, waarbij gekeken werd hoe het staat met de preventieve maatregelen en welke hinderpalen er zijn. Dit alles opnieuw aan de hand van motivationele gesprekstechnieken. Deze afspraak werd reeds bij het eerste consult voorgesteld, en achteraf werden de personen die zich niet spontaan na 3 maanden hebben aangeboden, opnieuw telefonisch gecontacteerd.

Achteraf werd nagekeken of bevindingen uit het literatuuronderzoek omtrent motivationele gesprekstechnieken aangaande dieet en lichaamsbeweging overeenkomen met mijn eigen bevindingen, en hoe patiënten een dergelijk gesprek ervaren hebben: wat zijn de positieve en negatieve aspecten van een dergelijk gesprek? Bij wie helpt een gesprek wel en bij wie niet, en waarom.

Ik wil proberen uitzoeken of we met beperkte middelen als huisarts toch een effect bij deze grote groep patiënten kunnen bewerkstelligen.

4 Resultaten literatuuronderzoek

4.1 Risicostratificatie

Alvorens in te gaan op het belang van preventieve maatregelen zoals dieet en lichaamsbeweging om het cardiovasculair risico te doen dalen, alsook de bespreking van motivationele gespreksvoering, bespreek ik in dit hoofdstuk de cardiovasculaire risicostratificatie, met deze van Domus Medica die ik in de praktijk heb ingevoerd als leidraad. Veel artsen verrichten nog jaarlijks routine bloedafnames, maar door deze scriptie ben ik afgestapt van deze routine naar een wetenschappelijk onderbouwde risicostratificatie bij alle preventieve consultaties.

Welke patiënten moet ik een preventieve consultatie aanbieden? Aan de hand van welke stratificatie kies ik patiënten uit bij wie een interventie het meest effect zal bieden?

4.1.1 De risicostratificatie van Domus Medica: het ABCDEF-model:

Naargelang de leeftijd van de patiënt, de bloeddrukwaarden op het moment van de consultatie, het rookgedrag, de aanwezigheid van diabetes, het voorkomen van een persoonlijke of familiale voorgeschiedenis van hart- en vaatziekten, worden patiënten ingedeeld in een hoog risico groep, een laag risicogroep of personen met een matig risico.

Onder Age verstaat men personen ouder dan 50 jaar, onder Bloeddruk personen met een systolische bloeddruk >140mm Hg, een diastolische bloeddruk >90mm Hg of personen die bloeddrukverlagende medicatie nemen. C staat voor rokers, D voor de aanwezigheid van Diabetes mellitus type II, E voor de voorgeschiedenis van een persoonlijk ischemisch event (zoals een TIA, een CVA, een acuut myocard infarct). De F staat voor de voorgeschiedenis van een vroegtijdig ischemisch event bij een familielid van de eerste graad, met andere woorden bij een broer of vader jonger dan 55 jaar, of bij een zus of moeder jonger dan 65 jaar.

Personen die diabetes hebben met één andere risicofactor of personen met een persoonlijke voorgeschiedenis van hart- en vaatziekten, hebben een **hoog** risico. Personen met een hoge bloeddruk, ouder dan 50 jaar, of een familiale voorgeschiedenis hebben een **onbepaald** risico: bij hen zal een bloedafname gebeuren met bepaling van totaal cholesterol, HDL cholesterol en hun onderlinge ratio, nuchtere glycemie, waarna ook zij ingedeeld, worden bij een laag-, matig- of hoog risico. Personen die enkel **roken**, moeten uiteraard een gesprek over rookstop

aangeboden krijgen, maar hierover zal in deze scriptie niet verder ingegaan worden. Patiënten zonder risicofactoren hebben een **laag** risico. (Boland B et al, 2007)

Een preventieve consultatie zal worden aangeboden bij alle personen met een matig of hoog cardiovasculair risico, aangezien zij het meest baat hebben bij een verandering van levensstijl.

4.1.2 Andere risico stratificaties

De **CKS-richtlijnen** spreken van een verhoogd cardiovasculair risico bij personen > 75 jaar, personen met een voorgeschiedenis van hart- en vaatziekten, perifeer vasculair lijden, familiale hypercholesterolemie, polycythemie (ziekte van Vacquez), en personen ouder dan 40 jaar met diabetes mellitus type II. Het risico van personen die niet tot deze groep behoren, kan ingeschat worden met behulp van een risicocalculatie (wat voor de individuele huisarts quasi onhaalbaar is), of klinisch (wat in veel praktijken nu gebeurt).

De NICE-richtlijnen beschouwen als hoog-risico personen > 75 jaar, personen met diabetes, personen met een voorgeschiedenis van cardiovasculaire ziekten. Bij andere personen kan de SCORE tabel gehanteerd worden, en als er een risico > 20 % om binnen de 10 jaar te overlijden bestaat, raadt men een gesprek aan met de patiënt, met uiteraard aandacht voor zijn/ haar ICE (Ideas, Concerns, Expectations), om zijn/haar motivatie te bepalen en samen een beleidsplan samen te stellen. Het risico moet volgens deze richtlijnen bepaald worden aan de hand van rookstatus, alcoholgebruik, bloeddruk, BMI-waarde, nuchtere waarden totaal cholesterol, LDL, HDL, triglyceriden, glycemie, nierfunctie, TSH en leverwaarden.

De **NHG-richtlijnen** raden aan het cardiovasculair risico te bepalen aan de hand van de leeftijd van de patiënt, het geslacht, de rookstatus, de systolische bloeddruk, lipiden, glycemie, al dan niet familiale voorgeschiedenis, voeding, alcoholgebruik, fysieke activiteit en BMI.

4.2 Dieetmaatregelen

Een gezonde levensstijl adviseren vereist een goede kennis van de noodzaak aan maatregelen met betrekking tot dieet en levensstijl advies. In dit hoofdstuk gaan we eerst verder in op welke tips we onze patiënten moeten meegeven in verband met een gezonde voeding, waarna verder zal ingegaan worden op de feiten over lichaamsbeweging.

Welk effect hebben dieet en lichaamsbeweging op de gezondheid van de patiënt?

De maatregelen aangaande gezonde voeding hebben reeds een positief effect op het minder voorkomen van hart- en vaatziekten, diabetes, kanker, cariës, osteoporose. (NHG standaard Cardiovasculair risicomanagement, 2012) Gewichtsverlies bij overgewicht heeft een positief effect op de insulineresistentie, HDL-cholesterol en de bloeddruk. (Mertens P, 2012)

Een inactieve levensstijl draagt bij tot een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Onderzoek heeft aangetoond dat, zelfs na correctie voor andere risicofactoren zoals roken, personen met een goede fysieke conditie minder kans hebben om te sterven aan een cardiovasculair event dan personen met een slechte fysieke conditie. (Boland B et al, 2007) Immers, fysieke activiteit beïnvloedt ook andere risicofactoren zoals obesitas, diabetes mellitus type II, de bloeddruk, het lipidenprofiel, de nuchtere glycemie en de insulineresistentie en oefent hierdoor uiteraard een belangrijke invloed uit op de daling van de cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit. Voorts speelt beweging een rol in het vertragen van de leeftijdsgebonden vermindering van ademcapaciteit, de bescherming tegen valpartijen op oudere leeftijd door het versterken van de spiermassa, bescherming tegen colonCa en postmenopausaal borstCa. (Van Royen P et al, 2006)

Welke informatie geef ik mijn patiënten mee aangaande gezonde voeding?

Het nationale voedings- en gezondheidsplan België adviseert een energiebalans tussen energie inname en energie verbruik. Dit betekent in de praktijk dat het voedsel best uit maximaal 50 % koolhydraten bestaat, liefst complexe (zoals volgranen, peulvruchten). Vetten horen maximaal 35% van de energie inname te zijn, liefst samengestelde. Er wordt geadviseerd om dagelijks 400 gram fruit en groenten te consumeren, alsook meer vezels en minder zout inname. Het drinken van anderhalve liter water per dag wordt sterk aangeraden.

Op basis van evidentie raden we dus onze patiënten best het ‘mediterraan dieet’ aan: 1 a 2 keer per week het consumeren van vette vis, dagelijks minimaal 200g groenten en 2 stukken

fruit, maximaal 6g zout, maximaal 3 eenheden alcohol voor mannen, 2 voor vrouwen, met voor beiden liefst 2 alcoholvrije dagen per week.

Het is belangrijk dat we als arts deze raadgevingen aan patiënten meegeven. Het lijken misschien logische en banale raadgevingen, maar de gezondheidsenquête (Gisle et al, 2008) toonde aan dat slechts 2 op 3 Belgen 2 porties fruit per dag eet, dat we te weinig bruin brood eten en dat slechts 64% wekelijks vis consumeert.

Belangrijk om aan te merken dat ook hier de hoogst opgeleide personen vaker gezonde voeding hanteren, en de meest kwetsbare groep van lager opgeleide personen de slechtste voedingsgewoontes heeft.(Frederiksen et al, 2010)

Om de patiënt visueel te helpen bij het samenstellen van een gezond voedingsplan, en aangezien het mediterraan dieet praktisch gezien niet steeds makkelijk in onze Belgische keuken in te plannen is, kunnen we de actieve voedingsdriehoek als voorlichtingsmodel gebruiken. (zie bijlage) Bij patiënten met een hoog cardiovasculair risico, is een intensievere therapie noodzakelijk, waarbij we de hulp van een diëtist dienen in te schakelen na overleg met de patiënt. Dit gebeurt ook best op vraag van de patiënt zelf, bij een gebrek aan vaardigheden of kennis omtrent gezonde voeding bij de patiënt.

Gezonde voeding steunt op evenwicht, variatie en gematigdheid. Om dit te illustreren kunnen we, zoals eerder gezegd, de voedingsdriehoek gebruiken, die ons toont wat personen vanaf 6 jaar dagelijks moeten eten en bewegen om gezond te leven. (‘voeding uitgedokterd’, voedingsaanbevelingen Hoge Gezondheidsraad). Via de website Voeding Uitgedokterd kunnen we als huisarts een handig schema afprinten waarin via tabelvorm staat per voedingssoort hoeveel we er best dagelijks van gebruiken in onze voeding.

4.3 Lichaamsbeweging

In dit hoofdstuk gaan we verder in op de noodzaak tot lichaamsbeweging.

Welke informatie geef ik mijn patiënten mee aangaande lichaamsbeweging?

Er wordt geadviseerd om **dertig minuten** per dag **matige fysieke activiteit** te verrichten gedurende **5 dagen per week**, om zo **200 kcal per dag** te verbruiken. Bij een inspanning van matige intensiteit is er een lichte toename van de snelheid en diepte van ademhalen, maar een gesprek voeren moet mogelijk blijven. Voorbeelden van deze ‘matige’ fysieke activiteit zijn zwemmen, fietsen, tuinieren, stevig doorwandelen. Hierbij dient naar de patiënt toe

opgemerkt te worden dat ze dus niet noodzakelijk een duur fitnessabonnement moeten nemen of zich moeten aansluiten bij een of andere sportclub, maar dat ze in het dagdagelijks leven ook al kunnen inspanning leveren om meer te bewegen. Deze laagdrempelige aanpak wordt sterk door patiënten geapprecieerd. (Thijs G et al, 2008)

Belangrijk om op te merken is dat de aaneensluitende duur van de inspanning geen invloed heeft op het dalen van het cardiovasculair risico: dertig minuten kunnen zo gewenst dus evengoed worden opgesplitst in meerdere korte oefensessies, zolang de totale hoeveelheid energie die verbruikt werd maar hetzelfde blijft. Het is belangrijk om dit aan de patiënt uit te leggen, aangezien veel personen als reden voor hun sedentariteit tijdsgebrek aanhalen (zie verder). Ook verschillende korte sessies van 8 a 10 minuten hebben een belangrijk effect in het voorkomen van hart- en vaatziekten,(Baeten R et al, 2010) en zijn in het dagdagelijks leven makkelijker in te plannen dan één lange sessie waarvoor meer tijd zou moeten uitgetrokken worden. Ook hier dient onderscheid tussen aandoeningen gemaakt te worden: we kunnen preventie voor CVA vaststellen bij alle vormen van fysieke activiteit boven het sedentaire niveau, doch de bescherming stijgt bij toenemende intensiteit. Voor andere cardiovasculaire aandoeningen moet de fysieke activiteit minstens matig intensief zijn.

Onderzoek toont een dosis-effect relatie aan tussen enerzijds de intensiteit en frequentie van de fysieke activiteit, en anderzijds de cardiovasculaire protectie. (De Laet C et al, 2007)
We mogen hierin echter niet overdrijven: gezien het risico op plotse dood bij personen met een cardiovasculair event in de voorgeschiedenis, dienen deze te beginnen bewegen aan een lagere intensiteit, waarna ook bij hen progressief kan opgebouwd worden. Na een acuut myocardinfarct bijvoorbeeld zijn 20 minuten per dag bewegen het minimum, met uiteraard kortere periodes en aan een lagere intensiteit.

Fysieke activiteit dient ontraden te worden bij een acute opstoot van hypertensie hoger dan 180/110 mm Hg, bij een bloeddruk lager dan 90/60 mm Hg, bij acute infecties, bij onwel voelen, bij tachycardie of aritmie in rust, bij slecht gecontroleerde glycemie (>270 mg/dl of < 108 mg/dl) of wanneer na vorige inspanning palpitaties of tachycardie abnormaal lang persisteerden.

Om onze patiënten te motiveren kunnen we uiteraard gebruik maken van een motivationeel gesprek (zie verder) doch er bestaan ook tal van praktische hulpmiddelen in de praktijk. Er zijn geslaagde voorbeelden van inschakeling van begeleiding door voedingsdeskundigen of fitnessinstructeurs, maar deze hebben praktisch gezien minder belang in de individuele

huisartsenpraktijk. Ook het gebruik van stappentellers blijkt handig om een significant aantal personen meer te laten bewegen, in associatie met dieetmaatregelen. (Meyfroodt T, 2012) Onderzoek toont aan dat we, om de motivatie van de patiënt zo hoog mogelijk te houden, hierbij best streven naar 7500 stappen per dag in plaats van 10000. De kostprijs en moeilijkheid om deze aan de patiënt vlot mee te geven, zorgen ervoor dat de stappenteller praktisch impliceren niet zo eenvoudig is voor de huisarts. Hierover zal in deze scriptie niet verder uitgeweid worden.

4.4 Motivationele gespreksvoering

Welke communicatiestrategie hanteer ik best om bij zoveel mogelijk patiënten een gedragsverandering teweeg te brengen?

In dit onderdeel gaan we dieper in op het voeren van de motivationele gesprekken. Immers, na het bepalen van het individuele risico, dat op zich relatief eenvoudig in de praktijk uit te voeren is, staat de huisarts de moeilijke taak om de patiënt te overtuigen zijn of haar levensstijl aan te passen. 'Wie niet kan communiceren, heeft niets aan zijn kennis' dixit Chris Gardner in 1982. (Silverman J. et al, 2006) Onderzoek heeft uitgewezen dat een motivationeel gesprek veel zinvoller is om patiënten te overtuigen dan de klassieke vermaningsmethode, de paternalistische houding. (Antheunis K, 2009) Tegenover informatie die wij als huisarts aan onze patiënt meegeven staat uiteraard de houding van de patiënt aangaande deze maatregelen, en zijn/haar wil om te veranderen.

Het motivationele gesprek steunt qua opbouw op het schema van **Prochaska en Diclemente** (1986) (Silverman J et al, 2006): wij moeten als arts de patiënt ondersteunen en begeleiden in zijn poging om te veranderen. Om effectief een verandering in levensstijl teweeg te kunnen brengen, dienen we niet enkel te weten wat de patiënt eet en hoeveel en hoe hij beweegt, maar vooral hoe de patiënt voor ons denkt, en hoe hij staat tegenover een gedragsverandering. Het model van Prochaska en Diclemente beschrijft verschillende stappen die mensen doorlopen in een gedragsverandering: elk individu bevindt zich in een andere fase, met elk een andere ingesteldheid. Om als huisarts een correcte en doelbewuste invloed te kunnen uitoefenen op onze patiënt, moeten we eerst uitvissen in welke fase hij/zij zich nu juist bevindt.

Het begint met de '*voorbeschouwingsfase*' of '*pre-contemplatiefase'* waarin we de patiënt moeten bewust maken van het probleem. De patiënt is nog niet gemotiveerd om te veranderen. Veel patiënten zondigen aan hun levenswijze zonder dat ze zelf goed en wel

beseffen welke latere gezondheidsrisico's dit inhoudt. Het inzien van een probleem is een eerste, cruciale en zeer moeilijke stap.

Door het geven van positieve informatie over een gezonde levensstijl kan de patiënt doorglijden naar de *'beschouwingsfase'* of '*contemplatiefase*'. Belangrijk hierbij is om wederom niet te focussen op alle negatieve gezondheidsrisico's ("je gaat sterven over 10 jaar als je zo verder eet"), maar wel dit trachten op een positieve manier te benaderen("als je stopt met zoveel te snoepen ga je misschien meer zin krijgen in het leven, en je beter voelen in je vel"). Hierdoor wordt de patiënt zich wel bewust van het probleem, en hij overweegt wat die verandering aan voordeel kan opleveren. De motivatie is aanwezig, maar er is nog geen verandering van gedrag.

Wanneer de patiënt eenmaal besluit tot gedragsverandering, komen we in de fase van '*actieve verandering' of 'beslissingsfase'*: we moeten samen met de patiënt voor ons beslissen hoe hij of zij het best in zijn/haar leven een verandering kan teweegbrengen: hiervoor moeten we als arts uiteraard informatie geven over de objectieve gegevens in verband met gezonde levensstijl (hoeveel bewegen, wat eten, enzovoort) maar voorts, en misschien zelfs nog belangrijker, moeten we kijken hoe we dit voor de patiënt die voor ons zit kunnen realiseren.

Samen met de patiënt bespreken we de mogelijkheden die hij of zij zelf realistisch acht om de gedragsverandering te bereiken, en hoe hij/zij dit concreet in het alledaags leven zal gaan toepassen.

We geven objectieve info en bieden keuzes aan, maar de uiteindelijke beslissing ligt bij de patiënt: die kiest zelf welke maatregelen genomen zullen worden in zijn/haar specifieke situatie en stelt een eigen plan op. Wij geven enkel steun waar nodig en trachten tot een plan te komen waar de patiënt zich goed bij voelt.

Tijdens de '*uitvoerfase*' zal de patiënt zijn plan in de realiteit trachten om te zetten; hier vindt dus de effectieve "genezing" plaats.

Wanneer dit alles verlopen is tijdens enkele consultaties, dienen we als huisarts erop toe te zien dat we '*de relatie verder onderhouden*': we houden contact met de patiënt en bekijken per periode hoe het in de praktijk brengen van de vroeger afgesproken veranderingen lukt, en welke moeilijkheden of barrières de patiënt ervaart. Het plan wordt nu niet alleen uitgevoerd, maar ook in het dagelijks leven van de patiënt geïntegreerd.

Uiteraard dienen we steeds te verwijzen naar de mogelijkheid op en het risico tot '*terugval*': een groot deel van de patiënten zal het op een bepaald moment moeilijk krijgen, waarbij al snel zal worden terug gevallen op eerdere gewoontes. Het is aan ons om op dit moment te onderzoeken waardoor dit herval gekomen is, en om hieraan samen met de patiënt te werken, opnieuw richting gedragsverandering. Een herval hoeft niet te betekenen dat de patiënt helemaal terug moet keren naar de precontemplatiefase: afhankelijk van zijn motivatie en bereidheid tot veranderen, zal de patiënt opnieuw in een van de vorige fasen inspringen. Er dient door de huisarts nadruk gelegd te worden dat herval volledig normaal is, veelvuldig voorkomt, om zo de patiënt te bewegen naar een nieuwe poging tot gedragsverandering.

Met het motivatiegesprek leggen we nadruk op de verantwoordelijkheid van elke patiënt voor diens eigen gezondheidstoestand: wij geven raad, ondersteunen de patiënt en sturen hem de juiste richting uit, maar hij/zij dient wel zélf verandering in zijn/haar leven te bewerkstelligen.

4.5 Nut en hinderpalen van motivationele gespreksvoering

Welke hinderpalen bestaan er bij artsen en patiënten aangaande een poging tot gedragsverandering?

In de vorige hoofstukken werden stelselmatig alle onderdelen van de titel van deze masterproef theoretisch besproken: de risicostratificatie die we als huisarts vooreerst moeten invoeren in de praktijk, welke maatregelen aangaande dieet en lichaamsbeweging we aan onze patiënten moeten meegeven, en hoe we best een motivationeel gesprek voeren teneinde een zo goed mogelijk "resultaat" van gedragsverandering te bewerkstelligen.

In dit hoofdstuk wordt bekeken of deze poging tot gedragsverandering wel degelijk succesvol blijkt, en welke hinderpalen bij zowel artsen als patiënten bestaan. Het is immers belangrijk om, alvorens het praktijkverbeterend project aan te vangen, hiervan op de hoogte te zijn, om zo goed mogelijk te kunnen inspelen op de reactie van de patiënten met wie ik de gesprekken zal voeren. Een dergelijke interventie moet niet alleen effectief zijn maar ook beknopt, eenvoudig, goedkoop en makkelijk in de individuele huisartsenpraktijk te integreren.

Zo blijkt er een betere respons van de patiënten op de poging tot gedragsverandering te bestaan, wanneer de huisarts mondeling motiveerde, versus schriftelijke informatie via brochures. (Bosmans T, 2011). Dit onderzoek toont eveneens aan dat patiënten een grote tevredenheidsscore aan een preventieve consultatie schenken, en dat er geen onderscheid zou bestaan in de succesratio van motiveren bij mannen versus vrouwen. Bij een gelijkaardig

eerder onderzoek (Cosyn E, 2012) waarbij patiënten werden uitgenodigd tot een preventieve consultatie, was er een respons van 35-75% van de gecontacteerde patiënten. Dit is steeds afhankelijk van demografische en socio-economische factoren als leeftijd, geslacht, scholing, inkomen, beroep, klasse. Zo toonde dit onderzoek een hogere respons aan bij jongere mannen en oudere vrouwen. Bij de jongste en oudste leeftijdscategorie bestaat een lagere participatiegraad, versus de hoogste participatie in de leeftijdsgroep 65-69 jaar. Vooral frappant om op te merken is in vrijwel alle onderzoeken de hogere participatiegraad van hoger opgeleide personen, terwijl net de lager opgeleide personen meer baat zouden hebben bij preventieve informatie. (Frederiksen et al, 2010)

De redenen waarom patiënten niet ingaan op het advies van een gezonde levensstijl zijn legio: tijdsgebrek wordt als voornaamste oorzaak aanzien. Ook angst om over sedentariteit te praten, financiële redenen of de idee zelf al voldoende te bewegen komen als beweegreden frequent naar voren. (Froyen B, 2011)

De gesprekken leverden een positieve verandering op in de fase van motivatie (vooruitgang in de cirkel van Prochaska en Diclemente), verbeterden de levenskwaliteit van de patiënten maar de gevoerde onderzoeken zijn veel te kort om een significante invloed aan te kunnen tonen op de objectiveerbare klinische parameters. (De Baene B, 2009))

Het is echter belangrijk te wijzen dat een toename in gezonde levenswijze misschien enkele maanden later nog geen significante verbetering van de klinische waarden kan meebrengen, maar dat op lange termijn duidelijk bewezen is dat meer bewegen en gezonder eten het risico op cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit zeker doet dalen. (Boland B et al, 2007)

Ook het psychisch beter functioneren kan als beweegreden worden aangehaald. De patiënt moet gestimuleerd worden aan de hand van positieve factoren voor zijn verdere toekomst; er mag niet zozeer op de huidige laboresultaten gefocust worden.

5 Resultaten van het onderzoek

Het praktijkverbeterend project werd gedurende twee maanden gevoerd, tussen 1 mei 2012 en 30 juni 2012. Gedurende deze periode kwamen 38 personen tussen 40 en 75 jaar bij mij voor een preventieve consultatie, meestal met de vraag naar hun jaarlijks routine bloedonderzoek. Deze werden, alle 38, aan de hand van de ABCDEF-criteria van de cardiovasculaire risicostratificatie van Domus Medica, ingedeeld in een laag-risico groep, een middelmatig-risicogroep en een hoog-risicogroep.

Zes personen werden onmiddellijk ingedeeld in de hoog risicogroep, aangezien 2 van hen een persoonlijke voorgeschiedenis hadden van een cardiovasculair event, en de 4 anderen diabetes hadden met één andere risicofactor. Van deze zes hoog-risico personen ab initio namen slechts twee deel aan het onderzoek.

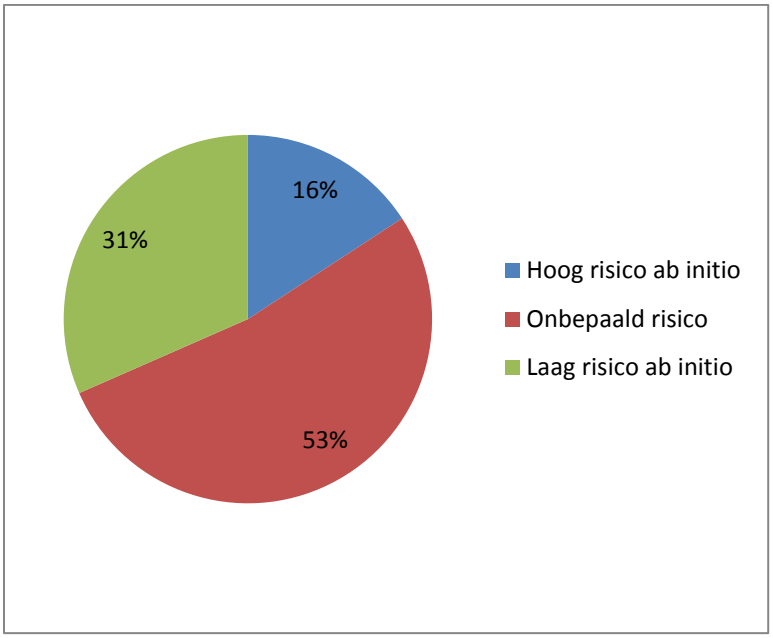
Twaalf personen hadden een laag risico: ze waren tussen 40 en 50 jaar oud, hadden geen verhoogde bloeddruk, geen diabetes, geen familiale of persoonlijke voorgeschiedenis. Vier van hen rookten, acht niet. Aan deze twaalf personen werd informatie gegeven dat een algemeen preventief onderzoek bij hen niet aangewezen was; de rokers kregen ook een rookstop advies. Twee personen, beiden rokers, wilden uiteindelijk toch een bloedafname..

Twintig personen waren ofwel ouder dan 50 jaar, ofwel hadden ze hypertensie of diabetes, ofwel een familiale voorgeschiedenis. Bij hen werd een bloedonderzoek uitgevoerd om het cardiovasculair risico verder te kunnen inschatten, waarna ook zij werden ingedeeld: zes als hoog risico, tien met een middelmatig risico en vier met een laag risico.

Van deze personen gaven vier van de zes hoog-risico personen en acht van de tien personen met een middelmatig risico toestemming om een motivationeel gesprek te voeren.

In deze grafieken worden deze gegevens duidelijker weergegeven:

5.1 Vraag naar labo

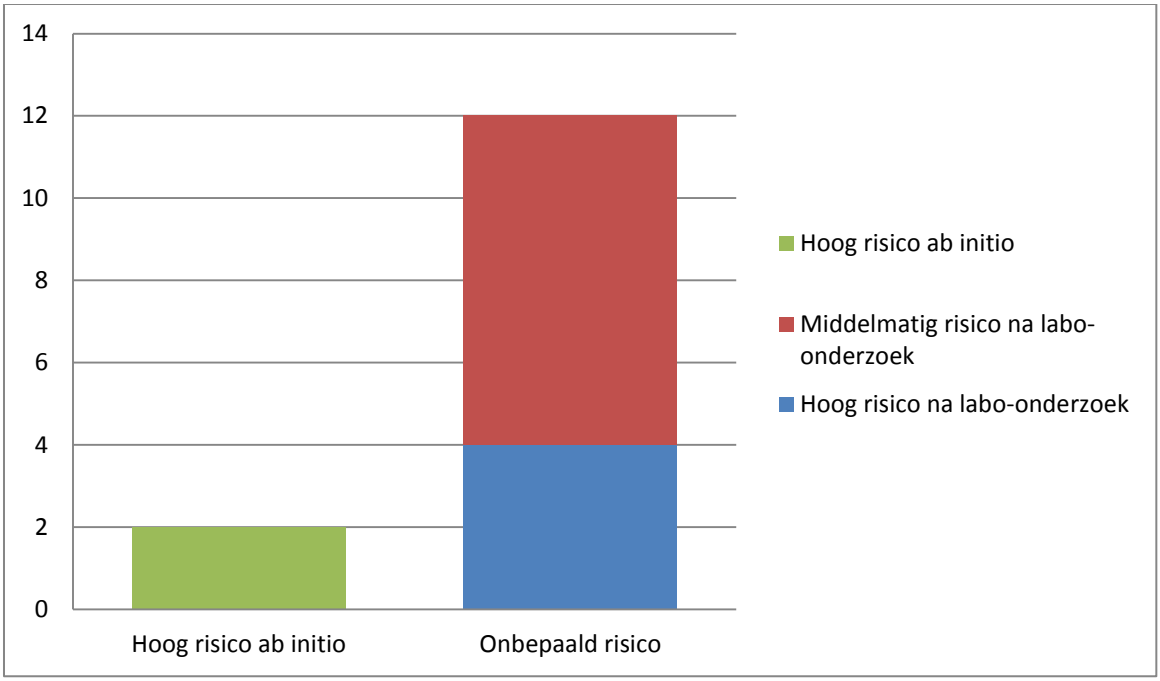


38 personen:

- **6** hoog risico ab initio (bloedonderzoek in kader van follow-up: 2 van de 6 personen wilden deelnemen aan dit onderzoek)
- **20** onbepaald risico: bloedafname nodig en indelen laag/matig/hoog risico (6 hoog, 10 middel, 4 laag; 12 personen nemen deel aan het onderzoek: 4 hoog-risico en 8 matig risico)
- **12** laag risico ab initio: bloedonderzoek niet nodig, nemen niet deel aan dit onderzoek (8 niet roker, 4 rokers: 2 rokers willen labo)

Aan 22 personen wordt het motivationeel gesprek rond gezonde levensstijl aangeboden. Acht personen weigeren in te gaan op dit aanbod. (4 hoog risico personen ab initio, 2 hoog risico na stratificatie, 2 met een middelmatig risico)

5.2 Onderzoek



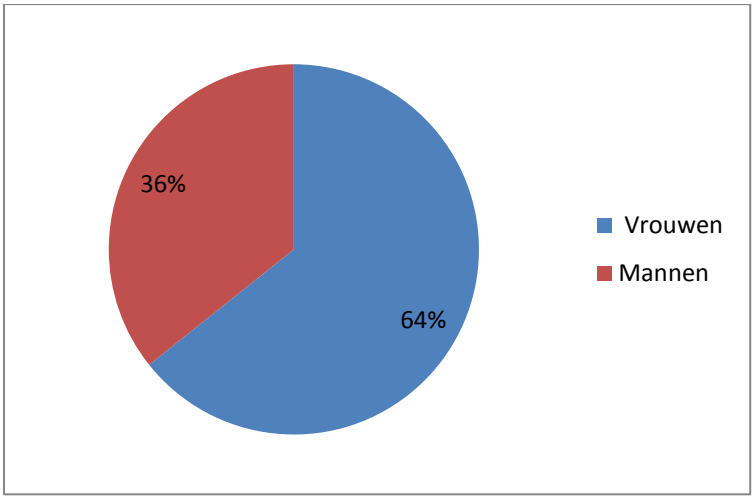
14 gesprekken met matig of hoog risico patiënten gevoerd:

- **2** hoog risico ab initio (pers event, diab + 1 risicofactor)
- **12** onbepaald risico → bloedafname → **4** hoog risico na labo onderzoek

→ **8** middelmatig risico na labo onderzoek

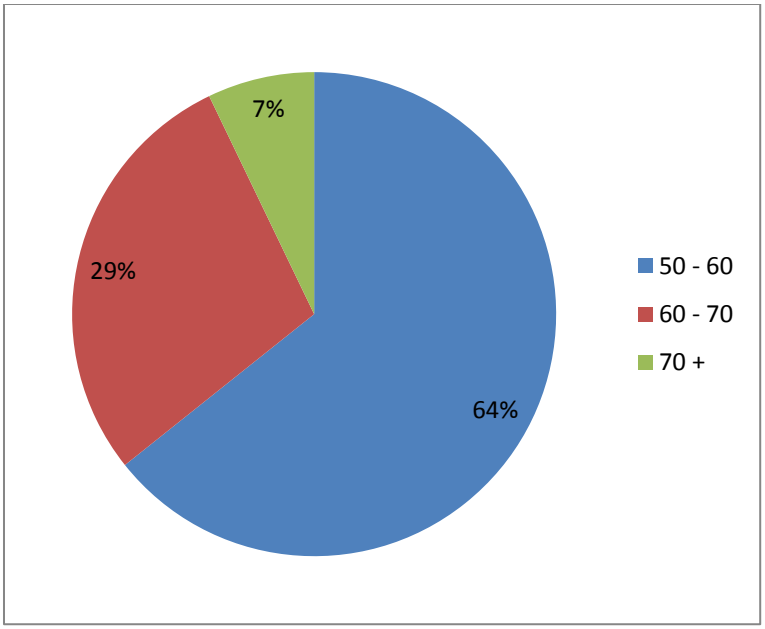
Totaal: 6 hoog risico, 8 middelmatig risico

5.3 Geslacht



9 vrouwen en **5** mannen

5.4 Leeftijd



50-60: **9**

60-70: **4**

70+: **1**

Van de veertien patiënten contacteerden slechts zes patiënten mij spontaan terug voor een tweede gesprek binnen de drie maanden, zoals afgesproken: ik belde de acht anderen op, waarna zeven van hen onmiddellijk een afspraak bij mij vastlegden. Tijdens het tweede gesprek werd gekeken of de vooropgestelde doelen van het eerste gesprek gehaald werden, wat bij het merendeel van de patiënten zo was: ze waren blij van tips mee naar huis gekregen te hebben, en hebben elk enkele van de tips uitgeprobeerd en andere dan weer niet.

Ze gaven toe voornamelijk de eerste weken hierop sterk gelet te hebben, maar beweren ook na drie maanden nog steeds meer te letten op hun gezonde levensstijl in vergelijking met hun levensgewoontes voor hun eerste motivationele gesprek. De tweede consultatie werd wel als minder nuttig ervaren dan het eerste gesprek, omdat het nu voornamelijk een evaluatie betrof en er niet echt nieuwe tips met de patiënt werden mee gegeven.

Uit de gesprekken bleek uiteindelijk dat negen van de veertien patiënten wel degelijk hun levenswijze hebben gewijzigd, vier patiënten hielden rekening met de tips maar bleken na enige tijd toch terug in hun oude gewoontes te hervallen, en één patiënt beweerde de tips nog

niet in praktijk te hebben gebracht omwille van tijdsgebrek, maar zou dit in de toekomst wel nog doen.

5.5 Appreciatie van de patiënten

De personen die toestemden om mee te werken aan het project en een motivationeel gesprek te voeren, veertien in totaal, waren globaal genomen achteraf zeer tevreden van hun deelname: ze vonden dat het gesprek laagdrempelig was en hen de mogelijkheid gaf om na te denken over mogelijkheden in hun eigen leven om gezonder te leven, soms hoe eenvoudig ook, waar ze zelf nog nooit hadden bij stil gestaan. Dit hield vaak in: boodschappen doen in een verdere winkel zodat ze wat verder kunnen stappen, met de fiets winkelen in plaats van met de auto, de auto verder parkeren van de ingang van de winkel bij grotere aankopen enzovoort.
De patiënten vonden het positief dat hun huisarts hen aansprak over hun levensgewoonten, als dit hun verdere gezondheid positief zou kunnen beïnvloeden.
De gesprekken duurden meestal 20 a 30 minuten per gesprek, met een uitschieter van 55 minuten bij een praatgrage patiënte.

5.6 Mening van de non-responders

De non-responders, patiënten die niet wilden meewerken aan het project of die ene persoon die wel naar de eerste maar niet naar de tweede preventieve consultatie kwam, haalden vooral aan dat zij geen nut zagen in een gesprek over gezonde levensstijl, omdat ze toch al “op hun voeding letten”. Ze zagen geen meerwaarde in een motiverend gesprek.
Twee personen haalden tijdsgebrek aan als hinderpaal. Aangezien ik van in het begin voldoende had gefocust dat ik eenvoudige, haalbare en goedkope oplossingen zou aanreiken, kloeg vrijwel geen enkele patiënt over de financiële nadelen van een gezondere levensstijl.

6 Discussie

6.1 Algemene beschouwingen

Algemeen gesproken is het invoeren van de cardiovasculaire risicostratificatie in de praktijk zeer vlot verlopen. Het nieuwe concept werd vlot door de patiënten geäccepteerd. Ook voor mij als arts bleek de tijdsbelasting zeer goed mee te vallen, en nam de indeling in risicogroepen niet meer tijd in beslag dan het uitvoeren van een routine bloedafname en het bespreken van het resultaat nadien.

De meeste tijd kroop uiteraard in de voorbereiding van het project: het raadplegen van relevante literatuur over de risicostratificatie, de levensstijl adviezen en de keuze van gespreksvoering. Wanneer je als huisarts deze literatuur eenmaal verwerkt hebt, kan je je tijd volledig spenderen aan het voeren van de preventieve consultaties.

De meeste consultaties duurden 20-30 minuten, wat helemaal niet zoveel extra tijd inneemt. Uiteraard is het minder evident om langer tijd te maken wanneer de consultaties zonder afspraak worden georganiseerd. Meer bedenkingen over het verloop van de consultaties, het nut en de hinderpalen voor de arts zelf, zal in het hoofdstuk “discussie” verder besproken worden.

Opvallend was de lage participatie van voornamelijk hoog-risico personen aan het onderzoek, hoewel zij net het meest baat hebben aan een levensstijl verandering. Zes van de acht personen met een hoog-risico weigerden in te gaan op het voeren van een motivationeel gesprek. Als reden gaven zij hiervoor aan dat zij al veel inspanning deden, en verder met medicatie wilden geholpen worden. Bij verder doorvragen bleken zij helemaal niet goed op de hoogte te zijn van de positieve effecten van een levensstijl verandering.

Velen nemen de media en publiciteit voor werkelijkheid, en gaan ervan uit dat ze voldoende aan hun gezondheid werken door elke dag bijvoorbeeld producten te consumeren die door de media gepromoot worden, zonder hierbij enige lichaamsbeweging te verrichten.
Ik merkte hier soms een noodzaak tot educatie van de bevolking, om de patiënt mee te geven waar en hoe hij aan objectieve informatie aangaande gezonde levensstijl kan geraken. Toen ik bijvoorbeeld de voedingsdriehoek uitprintte en meegaf na bespreking, waren de patiënten hier zeer tevreden mee.
Twee personen gaven tijdsgebrek aan als reden, terwijl zij beiden reeds gepensioneerd waren.

Van de twaalf laag-risico personen kwamen er elf van de twaalf voor een routine labo onderzoek, een opmerkelijk cijfer. Na informatie over het nut van dit bloedonderzoek, bleven twee pertinent een bloedonderzoek eisen. De meeste patiënten die in deze praktijk komen zijn dan ook al jarenlang gewend aan hun jaarlijks routine bloedonderzoek, en hun overtuiging kan niet door een HAIO in één gesprek veranderd worden.

Veel oudere artsen nemen een jaarlijks bloedonderzoek nog als eenvoudige standaard om aan preventieve geneeskunde te doen, maar aangezien in de opleiding duidelijk aangeleerd wordt hoe we dit best aanpakken, vermoed ik dat de komende generaties vlotter de werkwijze van risicostratificatie gevolgd door levensstijladviezen, zal accepteren.

Globaal genomen echter ben ik zeer tevreden over de participatiegraad aan het onderzoek: tijdens de toch wel drukke maanden dat ik personen actief aansprak over het onderzoek, zijn er veel personen over de vloer gekomen voor een preventieve consultatie of bloedafname, en heb ik een groot aantal personen kunnen bereiken. Aangezien mijn praktijkstage plaatsvond in een rustige, landelijke en redelijk welvarende gemeente, kan dit mijns inziens wel een verklaring zijn voor de hoge participatiegraad aan een preventief onderzoek. Er dient zeker nog verder onderzoek te gebeuren naar hoe dit voorstel ervaren wordt bij personen uit een lagere socio-economische klasse of bij allochtone patiënten.

Naar aanleiding van dit praktijkverbeterend project werden deze preventieve consultaties en gesprekken gratis gevoerd, wat een belangrijke barrière voor patiënten kan wegnemen.

Wanneer ik aan de patiënten vroeg of ze tegen betaling ook zouden deelnemen aan een preventieve consultatie, gaf een deel aan hier minder snel aan deel te nemen, omdat er volgens hen geen echte medische acte wordt gezet, en op deze wijze ook niet zou moeten vergoed worden. Het zal in de toekomst belangrijk zijn om ook na te gaan hoe we toch patiënten kunnen bewegen tot een preventieve consultatie aan de hand van motivationele gesprekstechnieken, in de gewone werksfeer en dus met het aanrekenen van een consultatie.

Tot slot dient rekening gehouden te worden met een belangrijke ‘healthy screenee’ bias: personen die op preventieve consultatie komen, zijn vaak gezonder dan personen die hier niet om vragen, en net zij zouden deze preventieve informatie het best kunnen gebruiken. Ook hier is verder onderzoek aangewezen om te kijken hoe ook deze omvangrijke bevolkingsgroep, best kan geholpen worden.

6.2 Mening van de huisarts

Ikzelf vond deze gesprekken vaak een verrijking voor de arts-patiënt relatie: aangezien ik toen nog maar een paar maanden bezig was in deze nieuwe praktijk in een nieuwe gemeente, kende ik de patiënten voorheen amper: door de gesprekken te voeren en langere tijd samen te zitten en te praten over niet strikt medische onderwerpen, heb ik deze patiënten op een andere wijze beter leren kennen, wat voor een gemoedelijkere omgang in de toekomst met hen heeft gezorgd. Voorts vond ik het nuttig, aangezien veel personen een totaal verkeerd beeld van een gezonde levensstijl bleken te hebben: zo dachten sommigen bijvoorbeeld dat gezond eten alleen vegetarisch leven kon zijn.

Aangezien ik zowel consultaties op afspraak als vrije raadpleging heb, kwam een groot deel van de patiënten met vraag naar een routine labo langs tijdens de vrije raadpleging. Gezien de grote drukte kon ik op die momenten onmogelijk een motivationeel gesprek voeren, waardoor ik de patiënt terug liet komen op afspraak. De meeste consultaties duurden 20-30 minuten, wat helemaal niet zoveel extra tijd inneemt voor de huisarts. Uiteraard is het minder evident om langer tijd te maken wanneer de consultaties zonder afspraak worden georganiseerd. Verder onderzoek in praktijken met voornamelijk vrije consultaties zullen in de toekomst mogelijks aantonen of er ook hier tijd en plaats is voor preventieve consultaties.

7 Besluit

Dit besluit werd opgebouwd rond de peilers van de titel van dit praktijkverbeterend project: de motivationele gespreksvoering, de gezonde levensstijl, de cardiovasculaire risicostratificatie, en vooral: het nut van dit alles!

7.1 Motivationele gespreksvoering

Na raadplegen van de literatuur wordt duidelijk dat motivationele gespreksvoering duidelijk superieur is aan de paternalistische visie van weleer. Als gouden standaard werd de techniek van Prochaska en Diclemente gebruikt, waarbij patiënten evolueren van de ene fase naar de andere, en de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de gedragsverandering bij de patiënt zelf wordt gelegd. Het literatuuronderzoek toont aan dat we als arts best een motivationele communicatietechniek hanteren om onze patiënt te bewegen tot gedragsverandering, en dat het schema van Prochaska en Diclemente hierbij een nuttig hulpmidddel kan zijn.
We merken dat patiënten positief stonden tegenover de gebruikte methode, en dat deze aanpak efficiënter werd ervaren dan de klassieke vermaningsmethode in het gevoerde onderzoek.

7.2 Gezonde levensstijl

Als arts kunnen we onmogelijk een motivationeel gesprek over gezonde levensstijl houden, zonder te weten welke maatregelen we onze patiënten concreet moeten aanraden.
Zo wordt er onder andere aangeraden dagelijks 30 minuten te bewegen aan een matige intensiteit, en dit minimum 5 dagen per week, om zo 200 kcal per dag te verbruiken. Naar voeding toe wordt voornamelijk het ‘mediterraan dieet’ aangeraden.

Na het onderzoek blijkt dat veel patiënten soms een verkeerd beeld hebben van welke maatregelen ze concreet moeten voeren om een gezonde levensstijl aan te nemen, en dat er op dit vlak duidelijk nog nood is aan bevolkingseducatie. Immers, vaak worden deze verkeerde beelden ingegeven via de media, en kunnen we via dit forum het grote publiek bereiken. Verder onderzoek is hier zeker nog wenselijk om deze theoretische beschouwing in de praktijk te kunnen zetten.

7.3 Risicostratificatie

Na raadplegen van de literatuur besloot ik de cardiovasculaire risicostratificatie van Domus Medica, met het ABCDEF-model, praktisch te hanteren voor dit praktijkverbeterend project. In het theoretisch onderdeel wordt deze stratificatie duidelijk beschreven, en een samenvatting hiervan kan in de bijlage gevonden worden. Het invoeren van deze stratificatie bleek in de praktijk zeer vlot te verlopen, en niet meer tijd in beslag te nemen dan het uitvoeren van een routine bloedafname. De gemeten parameters kunnen op die manier zelfs helpen om het elektronisch medisch dossier te vervolledigen.

7.4 Zinvol of tijdverdrijf?

Een enkel praktijkverbeterend project is op grote schaal uiteraard onvoldoende om belangrijke conclusies te trekken, maar voor mezelf is dit een zeer nuttige ervaring geweest: het invoeren van de risicostratificatie nam niet meer tijd in beslag dan de bloedafname zelf, maar zou voor de patiënt veel efficiënter zijn. Uiteraard moet je als arts eenmalig je verdiepen in de concrete richtlijnen in verband met gezonde levensstijl, maar eenmaal deze literatuur doornomen is, kan je dit een heel aantal jaren overbrengen naar patiënten toe.

De voorbije jaren is een evolutie opgetreden in de geneeskunde van een paternalistische visie naar een patiënt-centered aanpak, waarbij de patiënt mee over zijn/haar gezondheid beslist. Motivationele gespreksvoering is dan ook bij de meeste artsen, en zeker bij de jonge populatie, voldoende ingeburgerd en wordt ook door patiënten vlot geaccepteerd.
Het hanteren van deze communicatietechniek werd door de patiënten in dit project als laagdrempelig én nuttig ervaren, omdat op deze wijze de theoretische beschouwingen konden toegepast worden op het individuele leven van de patiënt die voor de huisarts zit.
De arts kan hiermee ook op een informele manier in contact komen met de patiënt, en de patiënt gaat met concrete tips naar huis, waar hij/zij onmiddellijk mee aan de slag kan om een gezondere levensstijl aan te meten.

Er bleek een belangrijk percentage in te gaan op de vraag tot medewerking aan het preventieve onderzoek, en de overgrote meerderheid was hier achteraf ook zeer tevreden over.

Dit onderzoek heeft mijzelf veel bijgebracht over de concrete tips over een gezonde levensstijl, die niet alleen voor mijn toekomstige patiënten maar ook voor mijn persoonlijk leven interessant kunnen zijn. Tevens heb ik op die manier tijdens mijn opleiding volop kans gehad om motivationele gespreksvoering in de praktijk om te zetten, en verder in te oefenen. Tevens lijkt het me zeker nuttig om preventieve consultaties in de toekomst op te bouwen rond de cardiovasculaire risicostratificatie, en patiënten verder zelf te betrekken in het verdere preventieve beleid. Een stap is gelegd voor de verdere geneeskundige aanpak in mijn toekomstige huisartsenpraktijk.

8 Referenties

1. Antheunis K. (2009). Obesitas en overgewicht aanpakken in de huisartspraktijk: een kwestie van motivatie? Manama scriptie Huisartsgeneeskunde.
2. Baeten R et al. gezondheidsgids, handleiding voor preventie in de huisartsenpraktijk. Berchem: Domus Medica, 2010. Beschikbaar via http://www.domusmedica.be/documentatie/gezondheidsgids.html. Geraadpleegd op 9 augustus 2012.
3. Boland B et al. aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: globaal cardiovasculair risicobeheer. Huisarts Nu 2007; 36(7): 339-369. Beschikbaar via http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/cardiovasculair-horizontaalmenu-381.html. Geraadpleegd op 9 augustus 2012.
4. Bosmans T. (2011). Introductie van de gezondheidsgids in de praktijk: vergelijking van een actieve met een passieve aanpak. Manama scriptie Huisartsgeneeskunde.
5. Cardiovasculaire Primaire Preventie in de Belgische Huisartsenpraktijk. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE);2007 KCE Reports 52A. Beschikbaar via https://kce.fgov.be/publication/report/rapid-assessment-cardiovascular-primary-prevention-in-the-belgian-general-practic. Geraadpleegd op 9 augustus 2012.
6. CKS/Prodigy guideline: CVD risk assessment and management. Beschikbaar via http://www.cks.nhs.uk/cvd_risk_assessment_and_management. Geraadpleegd op 9 augustus 2012.
7. Cosyn E. (2012). Het algemeen preventieconsult: een zorg voor iedereen? Manama scriptie Huisartsgeneeskunde.
8. Debaene B. (2009). Screenen naar sedentariteit in de huisartspraktijk. Motivatie van de patiënt tot een verandering in levensstijl, in casu meer lichamelijke activiteit. Manama scriptie Huisartsgeneeskunde.
9. De Cort P. Fysieke activiteit voorschrijven: effectief? Minerva. 2003; 2(10): 163-165
10. Dekker JM et al. NHG standaard het preventieconsult: module cardiometabool. Huisarts Wet 2011: 54(3): 138-55.
11. De Laet C, Neyt M, Van Brabandt H, Ramaekers D. – Rapid Assessment: Cardiovasculaire Primaire Preventie in de Belgische Huisartsenpraktijk. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg

(KCE);2007 KCE Reports 52A. Beschikbaar via https://kce.fgov.be/publication/report/rapid-assessment-cardiovascular-primary-prevention-in-the-belgian-general-practic. Geraadpleegd op 9 augustus 2012.

12. Domus Medica steekkaart: het ABC model voor begeleiding van een goede bewegingsmethode. Beschikbaar via http://www.domusmedica.be/praktijk/consultatie/steekkaarten-en-hulpmiddelen.html.
13. Frederiksen BL, et al. Socioeconomic position and participation in colorectal cancer screening. Br J Cancer. 2010 Nov 9;103(10):1496-501.
14. Froyen B. (2011). De rol van de motivatiestatus van de patiënt op het management van cardiovasculair risico in de huisartsenpraktijk. Typevoorbeeld Hypercholesterolemie. Manama scriptie Huisartsgeneeskunde.
15. Gisle L et al. Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport II, Leefstijl en preventie. IPH/EPI Reports n° 2010/009. Ref D/2010/2505/16.
16. Krogsbøll LT, et al. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ. 2012;345:e7191.
17. Mertens P. (2012). De invloed van communicatie op gewichtsverandering. Manama scriptie Huisartsgeneeskunde.
18. Meyfroodt T. (2012). De stappenteller als middel tegen overgewicht en obesitas in de huisartsenpraktijk: een studie bij patiënten van 50 tot 65 jaar. Manama scriptie Huisartsgeneeskunde.
19. Nationaal voedings- en gezondheidsplan België, 2005. Beschikbaar via http://www.health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg4/@consumerproducts/documents/ie2divers/19062873.pdf. Geraadpleegd op 9 augustus 2012.
20. NHG standaard Cardiovasculair risicomanagement, 2012. Beschikbaar via http://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/cardiovasculair-risicomanagement.Geraadpleegd op 1 december 2012.
21. NVVC richtlijnen cardiovasculaire preventie, gebaseerd op de ESC Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. Samenvatting: European Heart Journal 2003;24(17): 160-1610.
22. Petrella RJ, Latanzio C. Does counselling help patients get active? Systematic review of the literature. Can Fam Physician. 2002; 48: 72-80

23. Silverman J et al. Vaardig communiceren in de gezondheidszorg – een evidence-based benadering. Den Haag: Boom Lemma uitgeverij; 2006, 342p.
24. Thijs G et al. Motiveren tot gezond(er) gedrag in de huisartsenpraktijk: het Domus Medica-project 'Consultvoeren en gedragsverandering'. *Huisarts Nu*, Vol. 37, No. 10. (2008),570-575
25. Vanderdonckt S. (2011). Bewegingspromotie en stappentellers in de huisartsenpraktijk: nut en hinderpalen. Manama scriptie Huisartsgeneeskunde.
26. Van Royen P et al. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk. Huisarts Nu 2006(1). Beschikbaar via http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/obesitas-volwassenen-horizontaalmenu-386.html. Geraadpleegd op 9 augustus 2012.
27. Vlaams agentschap zorg en gezondheid. Gezondheidsdoelstellingen. Beschikbaar via http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen. Geraadpleegd op 22 december 2012.
28. http://www.voedinguitgedokterd.be/. Geraadpleegd op 9 augustus 2012.
29. Weingarten SR et al. A study of patient satisfaction and adherence to preventive care practice guidelines. Am J Med. 1995; 99: 590-6.

9 Bijlagen

9.1 Bijlage 1: Toestemmingsformulier

TOESTEMMINGSFORMULIER

"Motivationele gespreksvoering over gezonde levensstijl bij personen met een matig of hoog cardiovasculair risico: zinvol of tijdverdrijf?"

Manama praktijkverbeterend project

HAIO dr Tom Strobbe

PO dr Elke Ottoy

Naam patiënt: …….

1. Ik bevestig dat Dr.....…….(naam informerende arts in blokletters)
   mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.

2. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.
3. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.
4. Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar het persoonlijke dossier) of gecodeerd (terugkoppeling naar uw persoonlijke dossier door uw behandelende arts is nog mogelijk). In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en bij codering zal ik toegang krijgen tot mijn verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.
5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.
6. Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van Ugent en ICHO toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke medische gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften.
7. Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten. Dit daar de wet voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer.
8. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Door de patiënt te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Datum…… Handtekening…….

Patiënt

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de patiënt

Ik, ondergetekende, Tom Strobbe, bevestig dat ik mondeling de nodige informatie heb gegeven over deze klinische studie, dat ik een kopie heb gegeven van het informatie- en toestemmingsformulier dat door de verschillende partijen werd getekend, dat ik bereid ben om zo nodig alle aanvullende vragen te beantwoorden en dat ik geen druk op de patiënt heb uitgeoefend om aan de studie deel te nemen. Ik verklaar dat ik

werk volgens de ethische principes die worden beschreven in de Verklaring van Helsinki en volgens de Belgische wet van 7/5/2004 over proeven op mensen."

Datum……. Handtekening…….

Informerende arts

9.2 Bijlage 2: Informatie voor de patiënt

Informatie voor de patiënt

"Motivationele gespreksvoering over gezonde levensstijl bij personen met een matig of hoog cardiovasculair risico: zinvol of tijdverdrijf?"

Manama praktijkverbeterend project

HAIO dr Tom Strobbe

PO dr Elke Ottoy

Geachte heer, mevrouw,

In het kader van mijn vervolgopleiding huisartsgeneeskunde doe ik, dr Tom Strobbe, een onderzoek naar het effect van een motiverend gesprek betreffende gezonde levensstijl bij personen met een matig tot hoog risico op hart- en vaatziekten. Dit onderzoek gebeurt in de periode van 1 mei 2012 tot en met 30 juni 2012,onder toezicht van de Universiteit Gent.

Zoals u weet gebeuren er in de praktijk veel routine bloedafnames. Dit geeft vaak nuttige informatie over uw gezondheidstoestand, maar wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat we beter, in plaats van standaard bloedonderzoek bij elke patiënt die hierom vraagt, via enkele vragen en eenvoudig klinisch onderzoek u indelen in een groep met een hoog, middelmatig of laag risico op hart- en vaatziekten. Afhankelijk van de groep waartoe u behoort zal dan een specifiek preventieplan worden opgesteld, teneinde voor u een zo goed mogelijke strategie te ontwikkelen om hart- en vaatziekten trachten te voorkomen. Tevens willen we nagaan wat de meerwaarde kan zijn om een motiverend gesprek aan te bieden over gezonde levensstijl. Hierbij kan ik met u individueel bepalen hoe u in uw specifieke situatie, het best uw levensstijl kan aanpassen teneinde hart- en vaatziekten te voorkomen. Zowel de voor- als nadelen van een dergelijk gesprek zullen nadien met u besproken en onderzocht worden.

Op deze manier willen we nagaan wat het effect is van een dergelijk gesprek, en welke hinderpalen bij patiënten hieromtrent bestaan.. De uiteindelijke bedoeling is om in de toekomst het beleid in onze praktijk aangaande preventie van hart- en vaatziekten doeltreffender te maken, en om het aanbieden van een motiverend gesprek mogelijk te maken.

Indien U toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek zal ik U enkele vragen stellen, eenvoudig klinisch onderzoek verrichten en u volgens richtlijnen uit de "Belgische aanbeveling voor goede medische praktijkvoering globaal cardiovasculair risicobeheer"indelen in een risicogroep.

Na overleg kan ik, tijdens dezelfde consultatie, ook een motiverend gesprek met u voeren aangaande een gezonde levensstijl. Aan de hand van enkele vragen na het gesprek krijgt u de mogelijkheid om alle positieve en negatieve punten hieraan met mij te bespreken. Het zou nuttig zijn om nadien, op een zelfgekozen moment, met u nog eens te bespreken wat u aan dit gesprek gehad heeft, en of u gedurende die periode meer op uw levensstijl heeft gelet. Deze tweede consultatie wordt dan uiteraard ook niet aangerekend.

Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden en anoniem verwerkt, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer.

Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken zonder dat dit gevolgen heeft voor uw verdere behandeling en relatie met uw huisarts.

Deelname aan deze studie zal voor u geen therapeutisch voordeel met zich meebrengen.

Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan de studie.

Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u contact opnemen met onderstaande onderzoekers of uw behandelende huisarts.

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en willen u alvast bedanken!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Tom Strobbe

9.3 Bijlage 3: Cardiovasculaire risicostratificatie volgens Domus Medica

Cardiovasculaire risicostratificatie Domus Medica

Door middel van een korte anamnese en bloeddrukmeting wordt informatie over zes risicofactoren (ABCDEF) bekomen. Deze gegevens worden in het dossier genoteerd.

Tabel: Klinische evaluatie van de cardiovasculaire risicofactoren

Risicofactor	Aanwezig indien:
Age	A+ = leeftijd vanaf 50 jaar
Bloeddruk	B+ = systolische bloeddruk >=140 mmHg, of diastolische bloeddruk >=90 mmHg, of bij bloeddrukverlagende behandeling.
Cigaret	C+ = >=1 sigaret per dag
Diabetes type 2	D+ = diabetes mellitus type 2
Event (persoonlijk)	E+ = voorgeschiedenis van een persoonlijk ischemisch event
Familiale cardiovasculaire voorgeschiedenis	F+ = voorgeschiedenis van een vroegtijdig familiaal ischemisch event bij een familielid van de eerste graad: < dan 55 jaar vader/broer en < 65 jaar moeder/zus)

Op basis van deze zes klinische gegevens worden de patiënten onderverdeeld in vier groepen:

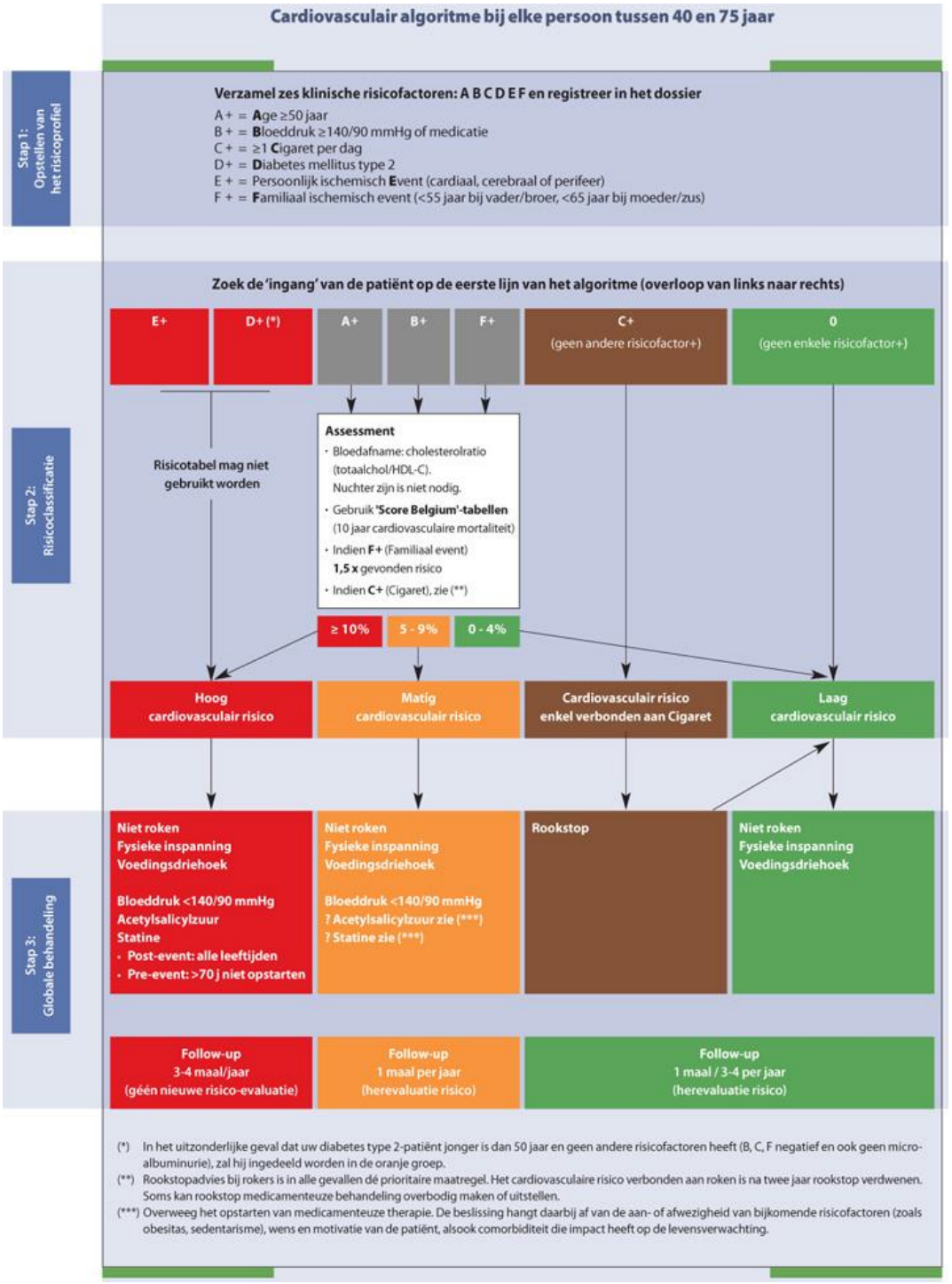
1. Patiënten met een persoonlijke voorgeschiedenis van cardiovasculair lijden E+ of patiënten met diabetes type 2 met minstens één bijkomende risicofactor: D+
   Risiconiveau: HOOG code rood
   Deze personen hebben een hoog risico op een recidief (voor patiënten E+) of eerste event (voor patiënten D+).
   Bij deze patiënten wordt geen risicotabel gebruikt om hun cardiovasculair risico in te schatten: door hun medische voorgeschiedenis wordt hun risico gelijkgesteld aan een geschat risico van meer dan 10% om over tien jaar een fataal coronair of cerebraal incident door te maken.
2. Patiënten van wie het cardiovasculaire risico enkel verbonden is aan het roken: C+
   Risiconiveau: LAAG maar dit wordt in de toekomst onder druk gezet: code bruin
   Deze personen zijn jonger dan 50 jaar en hebben geen andere risicofactor voor hart- en vaatziekten dan roken.
   Stoppen met roken is het enige therapeutische doel, wat de cholesterol- en vetwaarden ook zijn.
3. Patiënten zonder risicofactoren (negatief voor ABCDEF)
   Patiënten met een LAAG cardiovasculair risiconiveau: code groen
   Dit zijn personen bij wie geen enkele risicofactor aanwezig is. Het bepalen van de cholesterol in die groep is niet nodig, behalve bij bekende heterozygote familiale hypercholesterolemie met totaalcholesterol >320 mg/dl en LDL-cholesterol >220 mg/dl.
4. Patiënten met andere risicofactoren positief zoals A+ (leeftijd), B+ (bloeddruk) of F+ (familiale voorgeschiedenis)
   Risiconiveau: ONBEPAALD risico na deze klinische evaluatie: code grijs
   Eén of meerdere andere risicofactoren zijn aanwezig: A (Age/leeftijd >50 jaar), B (hoge bloeddruk), of F (Familiale voorgeschiedenis).

    - Een bloedafname is vereist: totaalcholesterol en HDL-C.
      De resultaten worden in de Score-risicotabel ingebracht.
      Het gebruik van de tabel met cholesterolratio (totaalcholesterol en HDL-cholesterol is aan te bevelen.
    - Opgelet: denk aan 'F' en 'C':
        - F(+): vermenigvuldig het bekomen risico met 1,5 (150%).
        - C(+): als de patiënt rookt, beschouw hem dan voor de eerste risico-evaluatie als niet-roker. Als hij hierdoor een risicocategorie daalt, overweeg dan om de patiënt eerst gedurende zes maanden te begeleiden in zijn poging om te stoppen met roken, samen met het geven van leefstijladvies. Na die zes maanden kan een herevaluatie van zijn risico plaatsvinden. Op die manier kunnen patiënten gemotiveerd worden om te stoppen met roken (allerbelangrijkste maatregel) én kan medicamenteuze behandeling voor sommige patiënten vermeden worden.

Alle patiënten kunnen uiteindelijk in drie risicogroepen worden onderverdeeld:

- Patiënten hebben een hoog cardiovasculair risico als zij 10% of meer kans hebben om binnen de tien jaar het slachtoffer te worden van een fatale cardiovasculaire complicatie. Deze drempel van 10% is bij consensus vastgelegd .
- Patiënten hebben een matig cardiovasculair risico als zij tussen 5 en 9% kans hebben om binnen tien jaar het slachtoffer te worden van een fatale cardiovasculaire complicatie. Ook deze drempels zijn bij consensus vastgelegd.
- Patiënten hebben een laag cardiovasculair risico als zij minder dan 5% kans hebben om binnen tien jaar slachtoffer te worden van een fatale cardiovasculaire complicatie.

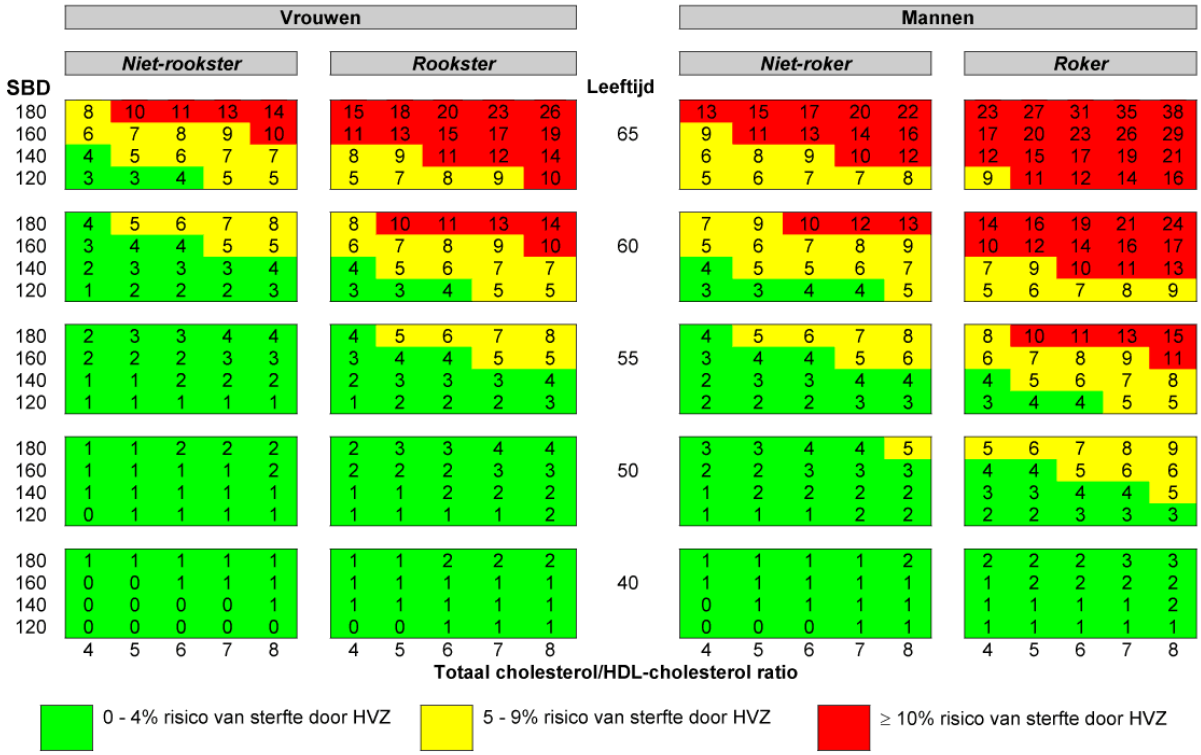
9.4 Bijlage 4: Cardiovasculair algoritme



9.5 Bijlage 5: de score tabel

Sterfterisico voor patiënten zonder HVZ en zonder DM2

De cijfers geven een schatting van de hoogte van het 10-jaarsrisico (%) van sterfte door HVZ in Nederland voor niet-rokende en rokende vrouwen en mannen van 65, 60, 55, 50 en 40 jaar met behulp van de SCORE risicofunctie.



9.6 Bijlage 6: de voedingsdriehoek

