IMPLEMENTATIE VAN HET PREVENTIECONSULT

Wat zijn de effecten op cardiovasculair risicobeheer in de praktijk?

CLARYSSE Stéphanie, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. S. Willems, Universiteit Gent

Co-promotor: Prof. Dr P. Vanden Bussche, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

INHOUD

VOORWOORD 4

ABSTRACT 5

INLEIDING 6

Achtergrond en doelstellingen 6

Epidemiologie van cardiovasculaire ziekte 6

Fysiopathologie van cardiovasculaire ziekte 7

Risicofactoren van cardiovasculaire ziekte 8

Globaal cardiovasculair risicoprofiel 8

Rol van de huisarts 9

Samenwerken in de eerste lijn 11

Onderzoeksvragen 12

METHODE 13

Rekrutering 13

Praktische organisatie van het preventieconsult 13

Registratie 14

Aanpak in de praktijk 15

RESULTATEN 16

Respons ratio en kenmerken van de studiepopulatie 16

Globaal cardiovasculair risico 17

Opsporen van glucose-intolerantie OF diabetes mellitus 19

Niet-medicamenteuze aanpak 19

Medicamenteuze aanpak 21

DISCUSSIE 24

Respons ratio en kenmerken van de studiepopulatie 24

Globaal cardiovasculair risico 24

Opsporen van glucose-intolerantie of diabetes mellitus 25

Niet-medicamenteuze aanpak 26

Medicamenteuze aanpak 27

CONCLUSIE 28

BIBLIOGRAFIE 29

BIJLAGEN 30

Bijlage 1: Schriftelijke uitnodiging preventieconsult 30

bijlage 2: vragenlijst 31

Bijlage 3: toestemmingsformulier 32

Bijlage 4: score risicotabellen 33

Bijlage 5: afsprakenkaartje 35

VOORWOORD

Vooreerst zou ik graag mijn collega's in de praktijk bedanken (Dr Delva Hans en Dr Boels Marie) om het mogelijk te maken om en zelfs mee te werken aan dit praktijkverbeterend project. Zij hielpen mee om de patiënten te stimuleren en hebben me doorheen het verloop in de praktijk altijd ondersteund.

Daarnaast zou ik ook mijn vriend, Jens Vanysacker, willen bedanken voor het nalezen en afwerken van deze manama.

Vervolgens wil ik ook de voedinspsychologe (Charlotte Lerminiaux) bedanken voor de zeer vlotte samenwerking en de mooie resultaten die hiermee behaald werden.

Tot slot wil ik ook nog mijn promotor (Prof Dr Willems Sara), maar in het bijzonder mijn co-promotor (Prof Dr Vanden Bussche Piet) bedanken voor de begeleiding bij deze scriptie, met name het geven van tips en opmerkingen, het nalezen en eventueel verbeteren, en het mede sturen naar een definitieve versie van de scriptie. Dit bovendien allemaal op een relatief korte termijn.

ABSTRACT

ACHTERGROND: In de praktijk ondervinden we een steeds groeiende interesse van de patiënt in zijn/haar gezondheid, met enorm veel vraag naar 'algemene jaarlijkse check-ups'. Bovendien zijn hart- en vaatziekten nog steeds de grootste doodsoorzaak wereldwijs. Het implementeren van een preventieconsult, met voor deze manama specifieke nadruk op cardiovasculair vlak, leek ons bijgevolg een interessant middel om de vraag naar en het belang van preventieve maatregelen in de huisartsenpraktijk tegemoet te kunnen komen.

DOEL: Het registreren van cardiovasculaire risicofactoren per patiënt, om op die manier het globale risicoprofiel van elke patiënt te kunnen achterhalen en het risicomanagement te kunnen evalueren en eventueel aanpassen. Bovendien is het de bedoeling dat het preventieconsult na deze manama op een efficiënte manier geïntegreerd wordt in de praktijk.

METHODE: Alle patiënten van de praktijk in de leeftijdsklasse 45-75 jaar met een GMD (Globaal Medisch Dossier) worden schriftelijk uitgenodigd voor een preventieconsult. Bovendien wordt de info ook uitgehangen in de wachtzaal, en worden de patiënten zo goed als mogelijk aangesproken hierover tijdens de gewone consultaties. Patiënten kunnen hun afspraak telefonisch of online maken, en er wordt een tijdspanne van 40 minuten voorzien.

RESULTATEN: 81 patiënten van de 329 gingen uiteindelijk in op de uitnodiging voor het preventieconsult. Dat is een respons ratio van 24,6%, waarbij er geen significant verschil bemerkt werd tussen opkomst bij mannen en vrouwen. Wel opvallend is dat het grootste deel van de patiënten die deelnamen een laag cardiovasculair risico hebben (76.5%). 49 van de 81 patiënten werd geadviseerd tot leefstijlveranderingen wat betreft voeding en fysieke activiteit. 24 van hen ondernamen ook effectief actie hiervoor, waarvan de helft (12) bij de voedingspsycholoog die wij aanraadden als praktijk. 10 patiënten werden geadviseerd tot rookstop, doch geen enkele patiënt ondernam hiervoor tot nog toe actie. Globaal gezien nam het aantal patiënten onder acetylsalicylzuur toe (van 7 tot 14), en het aantal patiënten onder een statine en een antihypertensivum nam af (respectievelijk van 20 tot 13 en van 18 tot 12).

CONCLUSIE: 1 op 5 patiënten gingen in op de uitnodiging en zijn dus ingedeeld in een cardiovasculair risico. 1 op 2 patiënten die aangespoord werden tot voedings- en bewegingsadvies volgde dit advies wel degelijk op. De helft (50%) ging hiervoor bij de voedingspsycholoog, alwaar de resultaten van gewichtsreductie beter waren dan een opvolging bij de huisarts of een eigen diëtist. Verder werd in de laagrisicogroep medicatie voornamelijk afgebouwd, daar waar in de hoogrisicogroep voornamelijk medicatie opgestart diende te worden.

INLEIDING

ACHTERGROND EN DOELSTELLINGEN

Het preventieconsult (GMD+) werd in de groepspraktijk waar ik HAIO ben nog niet actief geïmplementeerd. De voornaamste reden hiervoor was tijdsgebrek (dus praktisch organisatorisch). Toch ondervonden de collega's een steeds groeiende interesse van de patiënt in zijn/haar gezondheid, met enorm veel vraag naar algemene controles/check-ups, (jaarlijkse) bloedafnames en/of uitleg en adviezen op vlak van gezondheid in het algemeen. Het implementeren van een preventieconsult leek ons dan ook een interessant middel om de grote vraag naar en het belang van de verschillende preventieve maatregelen op een efficiënte en nuttige manier tegemoet te kunnen komen.

Daarnaast bevindt onze groepspraktijk zich in een regio waar op dit moment voornamelijk oudere solo-artsen gevestigd zijn. Recent stopten enkele artsen, en ook in de nabije toekomst zullen sommige artsen met pensioen gaan. Dit wil zeggen dat onze patiëntenpopulatie op die manier relatief snel uitbreidt, met relatief gezien ook oudere patiënten. Het preventieconsult is ook voor deze situatie de ideale gelegenheid om de cardiovasculaire status van de patiënten op punt te stellen, met eventuele aanpassingen in het medicatieschema (we merken bijvoorbeeld op dat een zeer groot deel van deze oudere populatie op een statine staat, daar waar dit zeker niet altijd nodig is).

Een bijkomend voordeel van het implementeren van het preventieconsult in de praktijk is dat alle patiënten die hieraan deelnemen ingedeeld zullen worden in een laag, matig of hoog cardiovasculair risico. Ook de rookstatus en het alcoholgebruik zullen duidelijk vermeld worden in het EMD. Op die manier kan voor elke patiënt die deelneemt aan het preventieconsult een individueel plan opgesteld worden naar aanpak en concrete follow-up toe.

EPIDEMIOLOGIE VAN CARDIOVASCULAIRE ZIEKTE

Onze gezondheidszorg wordt steeds meer geconfronteerd met chronische ziekten. Dit is voor een groot deel te verklaren door de demografische ontwikkelingen: een toename van de oudere bevolking in combinatie met een hogere levensverwachting (= dubbele vergrijzing). 1

Hart- en vaatziekten zijn wereldwijd de grootste doodsoorzaak; jaarlijks sterven meer mensen aan een cardiovasculaire aandoening dan aan gelijk welke andere oorzaak. Volgens de WHO

(World Health Organisation) wordt er geschat dat er in 2012 17,5 miljoen mensen stierven ten gevolge van cardiovasculaire ziekte, wat ongeveer neerkomt op 31% van de sterfte wereldwijd. Van deze sterftes wordt geschat dat er 7.4 miljoen ten gevolge van coronaire hartziekten waren en 6.7 miljoen ten gevolge van een beroerte. 2

Meer dan 75% van deze cardiovasculaire sterfte vindt plaats in landen met laag tot matig inkomen. In deze landen is de toegang tot de gezondheidszorg vaak veel moeilijker, waardoor de detectie van en de behandeling van cardiovasculaire ziekten minder goed verloopt. 2

Hart- en vaatziekten zijn eveneens de belangrijkste oorzaak van vroegtijdige sterfte en van verminderde levenskwaliteit of invaliditeit in Vlaanderen. In 2004 overleden in Vlaanderen 20 391 personen aan de gevolgen van een cardiovasculaire pathologie. Hun aandeel in de totale sterfte is 37%. Uiteraard hangt de prevalentie samen met de leeftijd, waardoor dit probleem - door de toenemende (dubbele) vergrijzing - steeds groter wordt en bijgevolg de kosten van de gezondheidszorg doet oplopen. Preventie zal bijgevolg geen grote verandering brengen in de absolute aantallen van personen die overlijden ten gevolge van hart- en vaatziekten . Wel is het de bedoeling dat een preventieve aanpak zich vooral richt op het voorkomen van 'vroegtijdige en te vermijden cardiovasculaire sterfte'. Zo is het aantal sterfgevallen in de leeftijdsgroep tot 69 jaar door toegenomen preventie en betere behandelingsopties sterk gedaald, maar is er op hogere leeftijd door de stijgende levensverwachting meer cardiovasculaire sterfte, waardoor dit toch de belangrijkste doodsoorzaak blijft. 1

FYSIOPATHOLOGIE VAN CARDIOVASCULAIRE ZIEKTE

De onderliggende pathologie bij cardiovasculaire ziekte is meestal atherosclerose, dewelke zich gedurende jaren geruisloos kan ontwikkelen en al in een vergevorderd stadium is wanneer de eerste symptomen van een hart- of vaatziekte zich manifesteren. De belangrijkste complicaties van atherosclerose (hartinfarct, CVA, plotse dood) doen zich plots voor, waardoor het dan vaak al te laat is voor therapeutische mogelijkheden. Het is de bedoeling om de patiëntenpopulatie in te lichten over de mogelijke risico's/gevaren die ze lopen, en dit vaak op een moment dat ze nog geen klachten/tekenen van een cardiovasculaire ziekte vertonen. Dit is geen makkelijke, doch wel een zeer uitdagende taak voor onder andere de huisarts. 1

RISICOFACTOREN VAN CARDIOVASCULAIRE ZIEKTE

De prevalentie van hart- en vaatziekten (en diabetes mellitus) hangt sterk samen met enerzijds leefstijl (zoals roken, ongezonde voeding, geen lichaamsbeweging) en anderzijds andere risicofactoren (zoals hoge bloeddruk, hypercholesterolemie). Een aanpak van deze factoren blijkt zeer effectief om de sterfte- en ziektecijfers te doen dalen. De laatste jaren is er een duidelijke stijging van overgewicht en obesitas waarneembaar. Met die stijging is het aannemelijk dat bijgevolg ook het aantal mensen met hypertensie, dyslipidemie en verhoogd glucose zal toenemen. De meeste gezondheidswinst zou kunnen geboekt worden bij patiënten met een eerder hoog globaal cardiovasculair risico. Bovendien wegen de risicofactoren verbonden aan de leefstijl op populatieniveau steeds meer door. 1

De meest effectieve wijze van preventie betreft een geheel van samenhangende maatregelen. Enerzijds is er de preventie op bevolkingsniveau: risicoreductie bij mensen die nog geen manifeste hart- en vaatziekten hebben (vb adhv voorlichtingscampagnes). Dit geeft op populatieniveau een grote daling op de prevalentie van hart- en vaatziekten. Anderzijds is er de preventie op individueel niveau: kosteneffectieve interventies ter preventie van hart- en vaatziekten bij hoogrisicogroepen. Deze interventies kunnen zowel niet-medicamenteus (vb leefstijlveranderingen) als medicamenteus zijn. Zoals hierboven reeds aangehaald werd, is gebleken dat een interventie effectiever is naarmate het risico op hart- en vaatziekten groter is. Daarom is het vroegtijdig opsporen van mensen met een verhoogd risico (wat gedaan wordt in een preventieconsult) zeer zinvol. 3

GLOBAAL CARDIOVASCULAIR RISICOPROFIEL

Omdat het risico op hart- en vaatziekten multifactorieel bepaald is, moeten de risicofactoren globaal – en niet geïsoleerd - worden beoordeeld. De preventieparadox geeft aan dat de individuen die de grootste winst kunnen boeken slechts een klein deel uitmaken, en dat de veel grotere groep die een beperkte kans heeft op hart- en vaatziekten als individu weinig kan winnen, maar op populatieniveau een grotere winst kan geven. Dit zou echter gepaard gaan met het medicaliseren van een grote groep gezonde individuen. Het is namelijk zo dat patiënten met een hoog globaal risico op hart- en vaatziekten, maar bij wie de meeste gekende risicofactoren matig vergroot zijn, momenteel doorgaans onderbehandeld worden, daar waar patiënten met één duidelijk gekende risicofactor, maar met een gematigd of zelfs laag globaal risicoprofiel, vaak overbehandeld worden. Het niveau van dit globale risico bepaalt dan de intensiteit van de interventies. 1

In de praktijk worden hiervoor in Vlaanderen de SCORE risicotabellen gebruikt met een cardiovasculair algoritme, waarbij in 3 eenvoudige stappen patiënten tussen 45 en 75 jaar gescreend en ingedeeld kunnen worden volgens hun cardiovasculaire risiconiveau. Dit risico vormt het uitgangspunt voor een globale aanpak met specifieke adviezen voor voeding, rookstop en lichamelijke inspanning en het eventueel voorschrijven van een medicamenteuze behandeling. 1

Assendelft et al. (2011) beschreven in Nederland de eerste ervaringen met het gebruik van een preventieprogramma omtrent cardiovasculair risico. Dit programma bestond uit 2 stappen: eerst werd een risico-inschatting gedaan aan de hand van een eenvoudige vragenlijst, vervolgens werden de hoogrisicopatiënten geselecteerd om een concreet opvolgplan op te stellen aan de hand van zowel niet-medicamenteuze (leefstijl) als medicamenteuze (starten met al dan niet preventieve medicatie) maatregelen. Pilootstudies toonden aan dat dit een haalbaar programma was, waarbij (voldoende) kandidaten met een hoog risico gedetecteerd konden worden. 4

ROL VAN DE HUISARTS

De huisarts heeft een unieke positie en rol met betrekking tot preventie: hij/zij ziet immers vaak als eerste de groep van (hoog)risicopatiënten die nog geen symptomen vertonen. Ook bij de follow-up van patiënten kan hij/zij een positieve invloed hebben op de therapietrouw.

Senesael et al (2013) gingen na wat de effectiviteit van een informatie- en motivatiebrief rond cardiovasculair risico bij hoogrisicopatiënten tussen 45 en 80 jaar kon betekenen, zonder tussenkomst van de huisarts zelf in persoon. De resultaten gaven duidelijk aan dat er geen significante gedragsveranderingen in het kader van gezondheid geboekt werden. Ze gaan ervan uit dat hiervoor meer gesofisticeerde en op maat gemaakte ondersteuning en motivatie van de huisarts zelf noodzakelijk is, om op die manier de zelfwaarde en het 'self management' van de patiënt te verhogen. De Wereld GezondheidsOrganisatie definieert 'self management' als 'de activiteiten die individuen ondernemen met de intentie gezondheid te verhogen of zelf herstellen en ziekte te vermijden '. 5

Assendelft et al (2011) bevestigen dat het passief rekruteren van patiënten (vb met enkel posters en brochures) de respons enorm beperkt. Een actievere aanpak en benadering met een persoonlijke uitnodiging van de huisarts zelf blijkt veel effectiever te zijn. 4

Ook volgens Selvaraj et al (2012) speelt de eerste lijn een unieke sleutelrol in het 'sturen' van patiënten naar positief gedragsmanagement. Volgens hen zou het aanpakken van de preventie van chronische cardiovasculaire ziekte verwezenlijkt kunnen worden door het gebruik van een soort management programma, waarbij de individuele patiënt van kortbij geniet van educatie, ondersteuning en motivatie van de eerstelijnsarts. Zij ontwikkelden zo'n COACH (Counseling and Advisory Care for Health) programma voor hun studie, waarin ze aantoonden dat er een significante verbetering (dus daling) van LDL-cholesterol bereikt werd bij gecoachte patiënten. Dit werd echter niet vergeleken met niet-gecoachte patiënten, en bovendien zijn er nog geen gegevens omtrent kosten-effectiviteit. 6

De centrale rol van de huisarts wordt ook nog eens bevestigd door Godefrooij et al (2011). Zij voerden een observationeel onderzoek uit in 6 Nederlandse huisartspraktijken, waarbij alle patiënten tussen 40 en 75 jaar zonder gekend cardiovasculair risico schriftelijk uitgenodigd werden voor een soort preventieconsult. Bij 11% van de patiënten die hierop ingingen werd minstens 1 cardiovasculaire aandoening gevonden waarvoor -al dan niet medicamenteuze- behandeling geïndiceerd is (bv verhoogd cardiovasculair risico, geïsoleerde systolische hypertensie, diabetes mellitus, hypercholesterolemie, …). Volgens Godefrooij et al. is het dus wel degelijk uitvoerbaar om patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico te identificeren. Echter, louter identificeren verandert nog niets aan hun risico. Verdere onderzoeken zijn zeker nog nodig, die de langetermijneffecten van identificatie en aanpak van hoogrisicopatiënten nagaan, en die dus verder gaan dan enkel het identificatiestadium. 7

Het doel is dus uiteindelijk dat huisartsen op een snelle en accurate manier het risico op hart- en vaatziekten bij hun patiënten kunnen opsporen en daarbij aansluitend behandelen (in de eerste plaats dus bij hoogrisicopatiënten, gezien bij hen de grootste absolute gezondheidswinst geboekt kan worden), zodat de kans op een eerste of nieuwe manifestatie van een cardiovasculair incident bij de patiënt verminderd wordt.

Volgens Godefrooij et al vereisen de toenemende medische kosten en de nieuwe zorgmodellen voor de chronische zieken nieuwe manieren om gezondheidszorg te kunnen organiseren en ook financieren. Concreet heeft dit tot nog toe geresulteerd in een verschuiving van een eerder curatieve en op vraag gestuurde zorg naar een eerder preventieve aanpak. Op die manier worden huisartsen ook uitgedaagd om de focus op enkel individuele zorg te verruimen naar een minstens even belangrijke populatiezorg. Deze ontwikkeling beperkt zich trouwens niet alleen tot de huisartspraktijk; het is een evolutie die zich manifesteert op elk vlak in de gezondheidszorg. 1,7

Een totaal andere maar ook zeer belangrijke uitdaging voor de huisarts is het proberen aantrekken van de eerder lager opgeleide risicogroepen. Voor vele gezondheidsproblemen bestaat er immers een duidelijke sociale gradiënt, zeker ook op vlak van leefstijl en cardiovasculaire gezondheid. Zo is geweten dat de eerder laagopgeleiden veel minder fysieke activiteit hebben en over het algemeen een veel ongezondere voeding benuttigen. Zij zijn echter ook de patiënten die uit zichzelf veel minder deelnemen aan preventie in het algemeen. Bij deze risicogroepen zou nochtans een grote winst op gezondheidsvlak kunnen geboekt worden. 8

SAMENWERKEN IN DE EERSTE LIJN

Cox et al (2013) beschreven in hun ANCHOR studie (**A N**ovel approach to **C**ardiovascular **H**ealth by **O**ptimizing **R**isk management) het belang van een multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn om een effectieve gedragsverandering te kunnen verwezenlijken en op die manier het globale cardiovasculaire risico te proberen reduceren. Hoewel de huisarts goed geplaatst is om cardiovasculaire risicoreductie te faciliteren, heeft die vaak te weinig tijd om patiënten zowel te screenen als individueel van nabij op te volgen en te motiveren voor preventieve gezondheidsinterventies. Optimaal wordt de huisarts hierbij geholpen door bijvoorbeeld een verpleegkundige, een diëtiste of een psychologe of dergelijke. Het is namelijk zo dat leefstijlveranderingen nog steeds aan de basis liggen voor cardiovasculaire risicoreductie, maar dat hier veel meer tijd in gestoken dient te worden dan bijvoorbeeld het opstarten van medicatie. 9

Daarnaast beschreven Smeyers et al (2013) beschreven reeds het 'bewegen op voorschrift': een handige methodiek waarmee de huisarts met een 'beweegvoorschrift' voor de patiënt een soort gezondheidscoach inschakelde. De belangrijkste succesfactoren bleken hierbij te zijn: laagdrempelige aanpak, betrokkenheid van de eigen huisarts en een beweegplan op maat. 10

Naar aanleiding van deze ideeën heb ik dan ook, in overleg met de collega's, contact gelegd met een gezondheidspsychologe, die onze patiënten wou helpen bij -indien aangeraden en gewenst- de begeleiding van hun gedragsveranderingen op vlak van leefstijl. Dit omvatte zowel voedings- als bewegingsadvies, steeds afgestemd op de wens en/of noden van de individuele patiënt.

ONDERZOEKSVRAGEN

Uiteindelijk zal er geprobeerd worden om op volgende onderzoeksvragen een antwoord te formuleren:

- Wat is de responsratio? Wat valt hierbij op?

- Van hoeveel patiënten in de praktijk is het globale cardiovasculaire risico gekend? Bij hoeveel patiënten leidt dit tot een verandering in medicamenteuze aanpak?

- Hoeveel patiënten zijn ingegaan op onze niet medicamenteuze adviezen in het kader van leefstijlveranderingen? Wat was de rol van de samenwerking met de voedingspsycholoog? Was er een verschil in resultaten naar gewichtsreductie toe tussen patiënten die zich lieten begeleiden bij de voedingspsycholoog en patiënten die zich lieten begeleiden bij ons?

- Welke conclusies nemen we mee als praktijk om het preventieconsult optimaal te integreren in de toekomst?

METHODE

REKRUTERING

De praktijk bestaat uit 2 artsen en 1 HAIO (huisarts in opleiding) en bevindt zich te Astene, Deinze (Oost-Vlaanderen).

In principe komen alle patiënten met een GMD (globaal Medisch Dossier) in onze praktijk in de leeftijdsklasse 45-75 jaar in aanmerking voor het preventieconsult. Zij worden op 2 manieren uitgenodigd/op de hoogte gebracht. De eerste manier is aan de hand van een schriftelijke uitnodiging (zie bijlage 1): alle geselecteerde patiënten ontvangen een brief waarin bondig uitgelegd wordt wat het preventieconsult inhoudt, welke onderwerpen aan bod zullen komen en wat de bedoeling ervan is. Bij deze brief wordt een patiëntenfolder van Domus Medica met bijhorende vragenlijst (zie bijlage 2) toegevoegd, alsook een toestemmingsformulier dat de patiënt dient in te vullen (zie bijlage 3). Aan de deelnemende patiënten wordt dan gevraagd om de ingevulde vragenlijst mee te nemen naar het preventieconsult, samen met het toestemmingsformulier. De tweede manier van uitnodigen is aan de hand van het uithangen van de uitnodiging in de wachtzaal.

PRAKTISCHE ORGANISATIE VAN HET PREVENTIECONSULT

Er worden in totaal 329 patiënten uitgenodigd (waarvan 144 mannen en 185 vrouwen).

De geïnteresseerde patiënten die een preventieconsult wensen kunnen – zoals uitgelegd in de brief - een afspraak maken bij mezelf (HAIO). Een afspraak kan zowel telefonisch als online gemaakt worden. Hiervoor zijn geen vaste tijdstippen voorzien. Er worden wel telkens 40 minuten voorzien. Patiënten betalen voor een preventieconsult even veel als voor een gewone consultatie, wat reeds medegedeeld werd in de uitnodiging.

Wanneer de laatste nuchtere bloedafname meer dan 1 jaar geleden was, diende deze opnieuw te gebeuren. Om het cardiovasculaire risico van een patiënt correct te kunnen bepalen heb je namelijk gegevens omtrent nuchtere cholesterolwaarden en nuchtere glycemieën nodig. Tijdens het preventieconsult werd deze bloedafname dan uitgevoerd en werd reeds uitleg gegeven rond het globale cardiovasculaire risicoprofiel (laag/matig/hoog) en de aanpak hiervan. Patiënten dienden de volgende dag in een telefoonhalfuurtje terug te bellen om de laboresultaten te bespreken. Indien er geen bijkomende veranderingen in medicamenteuze aanpak nodig waren,

diende de patiënt niet terug te komen. In het geval er op basis van de bloedresultaten toch een verandering in aanpak nodig was, diende de patiënt terug te komen.

Vaccinaties kunnen op het moment zelf in orde gebracht worden. Door het toevoegen van de vragenlijst aan de uitnodiging was het namelijk zo dat de patiënten thuis reeds konden nagaan/proberen opzoeken wanneer hun laatste tetanusvaccinatie geweest was. Bij nood aan hervaccinatie wordt een (gratis) Boostrix vaccinatie (combinatie difterie – tetanus) uit onze voorraad aangeboden.

REGISTRATIE

Registratie van de gegevens gebeurt gedurende de periode dat de preventieconsulten gehouden worden, namelijk van juni 2014 tem december 2014.

In het EMD (in onze praktijk Windoc) werd een plaats gecreëerd om het globale cardiovasculaire risico van de patiënt vast te leggen. Dit wil zeggen dat alle patiënten die deelnemen aan het preventieconsult ingedeeld worden in een laag, een matig of een hoog risico (volgens de SCORE risicotabel van Boland et al, dewelke eveneens opgenomen werd in de Domus Medica richtlijn 'Globaal Cardiovasculair Risicobeheer', zie bijlage 4). Hierbij wordt ook de rookstatus beschreven.

In een Excel bestand worden vervolgens volgende parameters geregistreerd: leeftijd, geslacht, BMI, rookstatus, globaal cardiovasculair risico, aantal nieuwe diagnosen van diabetes mellitus, aantal patiënten met gestoorde glucosetolerantie, starten of stoppen van medicatie (in het bijzonder acetylsalicylzuur, antihypertensiva en statines), geven van voedings- en bewegingsadvies, aantal patiënten die gestimuleerd worden tot leefstijlveranderingen (in het bijzonder voedings- en bewegingsadvies, rookstop en stimulatie tot gezonde alcoholusus). Vanuit deze gegevens kan dan de analyse van start gaan.

Naast het registreren en analyseren van deze cardiovasculaire elementen, had het preventieconsult nog het bijkomende voordeel dat ook de andere elementen van het preventieconsult in het EMD aangevuld werden. Vooreerst de status van kankerscreening: resultaten van iFOBT's, mammografieën en cervixuitstrijkjes worden op een afgesproken plaats vermeld, alsook eventuele risicogroepen worden opgespoord. Daarnaast wordt aangevuld wanneer een laatste tetanusvaccinatie plaatshad (en aan de hand van een werkplan wordt aangegeven wanneer een volgende vaccinatie opnieuw nodig is), en of de patiënt een risicogroep is voor de griep.

Aan de hand van alle gegevens kan uiteindelijk, op maat van de patiënt, een individueel preventieplan opgesteld worden. Hiervoor worden de preventiekaartjes gehanteerd die besteld werden bij Domus Medica (zie bijlage 5).

AANPAK IN DE PRAKTIJK

Omdat de niet medicamenteuze aanpak van cardiovasculaire risicofactoren de basis is van alles, maar dit toch ook zeer tijdrovend kan zijn, hebben we als praktijk iemand gezocht die onze patiënten mee kan en wil begeleiden bij voornamelijk voedings- en bewegingsadvies.

We kwamen uit bij Charlotte Lerminiaux, een 'voedingspsycholoog'. Zij gaat, samen met de gemotiveerde patiënten, op zoek naar een manier om gezonde voeding en leefstijl te integreren in hun leven. Er wordt ook veel aandacht besteedt aan gedragsverandering, met de nodige motivatie en ondersteuning.

Een nadelig punt is wel dat er voor consultaties bij zo'n 'voedingspsycholoog' geen terugbetaling voorzien wordt bij de mutualiteit. Het zijn dus voornamelijk de patiënten die gemotiveerd zijn en het zich financieel kunnen veroorloven die uiteindelijk bij haar terecht kwamen.

De patiënten kunnen voor leefstijlverandering uiteraard ook terecht bij ons als huisartsenpraktijk, en dit zowel voor voedings- en bewegingsadvies, rookstop en alcoholvermindering.

RESULTATEN

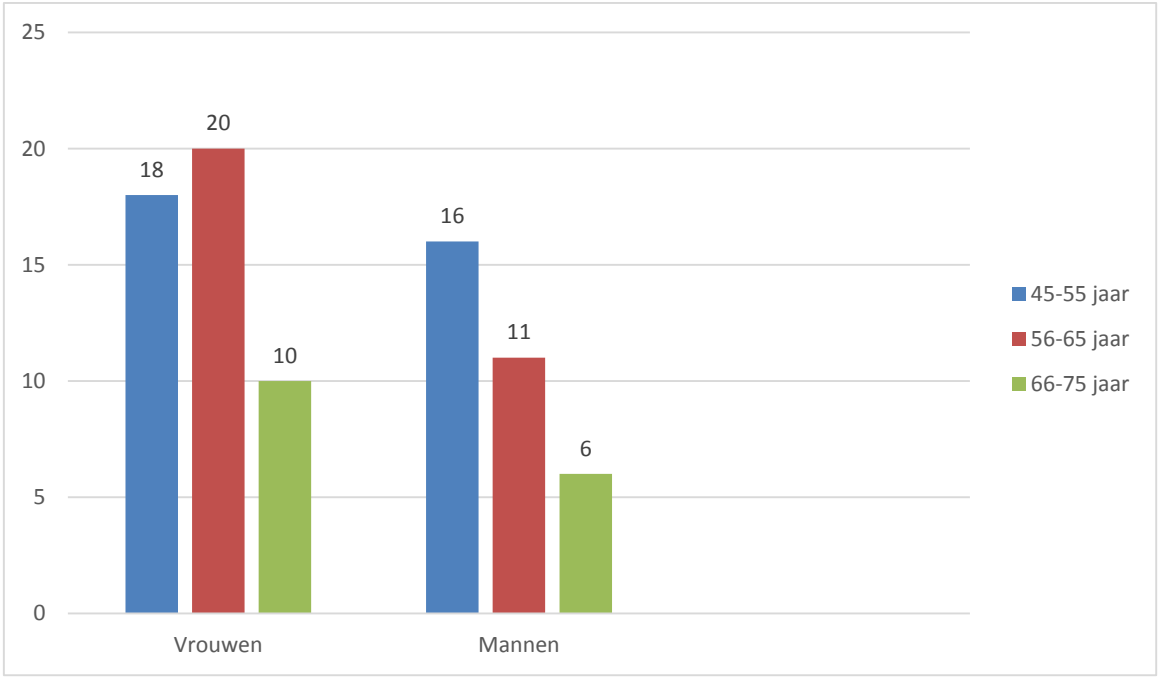
RESPONS RATIO EN KENMERKEN VAN DE STUDIEPOPULATIE

De uitnodiging voor het preventieconsult werd opgestuurd naar alle patiënten tussen 45 en 75 jaar met een GMD in onze praktijk. In totaal werden er 329 brieven verstuurd. Zoals eerder reeds aangegeven werd de uitnodiging ook als poster opgehangen in de wachtzaal, en werden de patiënten er zo veel als mogelijk over aangesproken tijdens de gewone consultaties.

De registratieperiode betrof 9 maanden (van april 2014 tot en met december 2014). Tijdens deze periode gingen uiteindelijk 81 patiënten (tussen 45 en 75 jaar) op eigen initiatief in op dit preventieconsult. Dit wil zeggen dat 24,6% van de uitgenodigde patiënten is ingegaan op het preventieconsult. Van deze 81 deelnemers waren er 33 mannen en 48 vrouwen. Procentueel gezien bestaat de studiepopulatie dus uit 40,7% mannen en 59,3% vrouwen.

De patiënten werden ingedeeld in 3 leeftijdsklassen: leeftijdsklasse 1 (45-55 jaar), leeftijdsklasse 2 (56-65 jaar) en leeftijdsklasse 3 (66-75 jaar). 34 deelnemers bevonden zich in de jongste leeftijdsklasse (waarvan 18 vrouwen en 16 mannen), 31 deelnemers in de middelste leeftijdsklasse (waarvan 20 vrouwen en 11 mannen) en 16 deelnemers in de hoogste leeftijdsklasse (waarvan 10 vrouwen en 6 mannen). Procentueel gezien bevindt 42% van de deelnemers zich dus in leeftijdsklasse 1, 38% in leeftijdsklasse 2 en 20% in leeftijdsklasse 3.

FIGUUR 1. OVERZICHT VAN DE LEEFTIJD EN HET GESLACHT VAN DE STUDIEPOPULATIE



Het BMI van alle deelnemende patiënten werd bijgehouden. In totaal zien we dat er 1 patiënt (1.2%) een BMI heeft lager dan 20. 41 patiënten (50.7%) hebben een BMI tussen 20 en 25, 30 patiënten (37%) hebben een BMI tussen 26 en 30 en 9 patiënten (11.1%) een BMI hoger dan 30. We zien dus dat 39 van de 81 patiënten (48%) kampen met overgewicht, waarvan 9 patiënten zelfs onder de noemer obesitas vallen.

In totaal zijn er slechts 10 patiënten van de 81 die roken (12.3%). 7 van die 10 patiënten bevinden zich in de hoge risicogroep, daar waar 3 van die 10 patiënten zich in de lage risicogroep bevinden.

TABEL 1. ROOKSTATUS EN BMI VOLGENS CARDIOVASCULAIR RISICO

	Rookstatus		BMI			
	Positief	Negatief	<20	20-25	25-30	>30
LAAG risico	3	59	1	33	22	6
MATIG risico	0	6	0	5	0	1
HOOG risico	7	6	0	3	8	2

GLOBAAL CARDIOVASCULAIR RISICO

In een eerste stap wordt het risicoprofiel opgesteld door middel van een korte anamnese en bloeddrukmeting die ons informatie over zes risicofactoren bezorgt: A+ (leeftijd vanaf 50 jaar), B+ (verhoogde bloeddruk of bloeddrukverlagende behandeling), C+ (roken), D+ (diabetes mellitus type 2), E+ (persoonlijk event), F+ (familiale cardiovasculaire voorgeschiedenis van een ischemisch event). Deze gegevens worden in het dossier genoteerd.

Patiënten die negatief scoren op dit ABCDEF algoritme hebben geen enkele risicofactor en worden bijgevolg sowieso ingedeeld in een LAAG cardiovasculair risico. Dit is zo voor 17 van de 81 deelnemende patiënten. Het bepalen van de cholesterol is in die groep in principe niet nodig, tenzij bij een gekende heterozygote familiale hypercholesterolemie.

Patiënten van wie het cardiovasculaire risico enkel verbonden is aan het roken (C+) zijn personen jonger dan 50 jaar die daarnaast ook geen andere risicofactor hebben. Hierbij is rookstop het enige therapeutische doel, onafhankelijk van de cholesterolwaarden. Ook hier is een bloedafname in principe niet nodig.

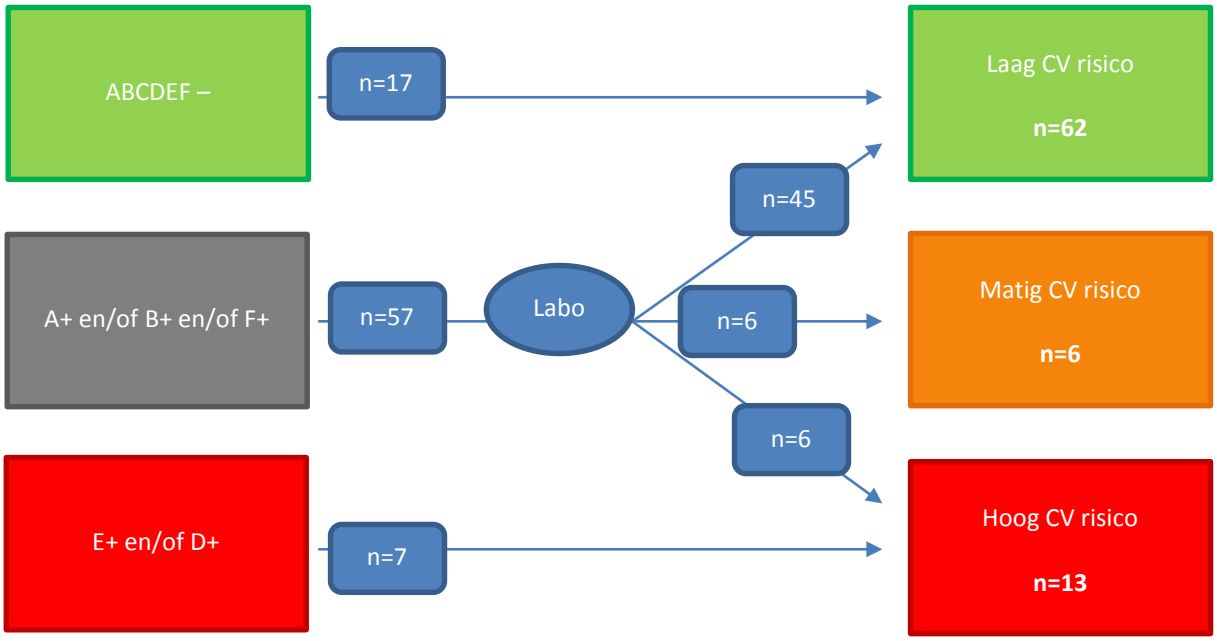
Patiënten met een persoonlijke voorgeschiedenis van cardiovasculair lijden (E+) of patiënten met diabetes type 2 met minstens één bijkomende risicofactor (D+) worden automatisch ingedeeld in een HOOG cardiovasculair risico. Dit is zo voor 7 van de 81 deelnemende patiënten. Hier hoeft dus geen risicotabel meer gebruikt te worden om het cardiovasculaire risico in te schatten. Door hun medische voorgeschiedenis wordt hun risico immers gelijkgesteld aan een geschat risico van meer dan 10%.

Daarnaast zijn er nog patiënten met één of meerdere andere risicofactoren (vb A+, B+, F+) die na deze eerste klinische evaluatie een ONBEPAALD risico hebben. Hierbij is een bloedafname vereist (voornamelijk voor de cholesterolratio), waarna de SCORE risicotabellen gebruikt kunnen worden.

Door het implementeren van het preventieconsult in onze praktijk, konden uiteindelijk 62 patiënten (76,5%) in het lage risico ingedeeld worden, 6 patiënten (7,5%) in het matige risico en 13 patiënten (16%) in het hoge risico.

Op dit moment is het globale cardiovasculaire risico dus bij 81 van de 329 patiënten tussen 45 en 75 jaar (24.6%) gekend en geregistreerd in het EMD.

FIGUUR 2. RISICOCLASSIFICATIE



OPSPOREN VAN GLUCOSE-INTOLERANTIE OF DIABETES MELLITUS

Wanneer het meer dan 12 maanden geleden was dat er een nuchtere bloedafname gebeurde, werd er een nieuwe nuchtere bloedafname afgenomen. Hierbij werd, naast de cholesterolwaarden, ook telkens de nuchtere glycemie bepaald.

Naar aanleiding van deze bloedafnames werd bij 1 patiënt een nieuwe diagnose van diabetes mellitus gesteld. Dit wil zeggen dat de nuchtere glycemie zich boven de 125 mg/dl bevond, en dat dit 2 weken later opnieuw bevestigd werd. Bij 16 andere patiënten (waarvan 8 mannen en 8 vrouwen) werd een gestoorde glucosetolerantie vastgesteld. Dit houdt in dat de nuchtere glycemie zich tussen de 100 en de 125 mg/dl bevond. 13 van deze 16 patiënten (81.3%) bevonden zich in de lage risicogroep, 2 (12.5%)in de matige risicogroep en 1 (6.2%) in de hoge risicogroep.

NIET-MEDICAMENTEUZE AANPAK

Er zijn 3 grote leefstijlveranderingen waartoe de patiënt geadviseerd en gemotiveerd kon worden: bewegings- en voedingsadvies, rookstop, en reductie van alcoholinname. Voor het voedings- en bewegingsadvies en de reductie tot alcoholinname kon de patiënt kiezen tussen begeleiding door ons of begeleiding bij de voedingspsycholoog (of een combinatie van beide). Wat rookstop betreft werd de begeleiding voornamelijk door ons aangeboden.

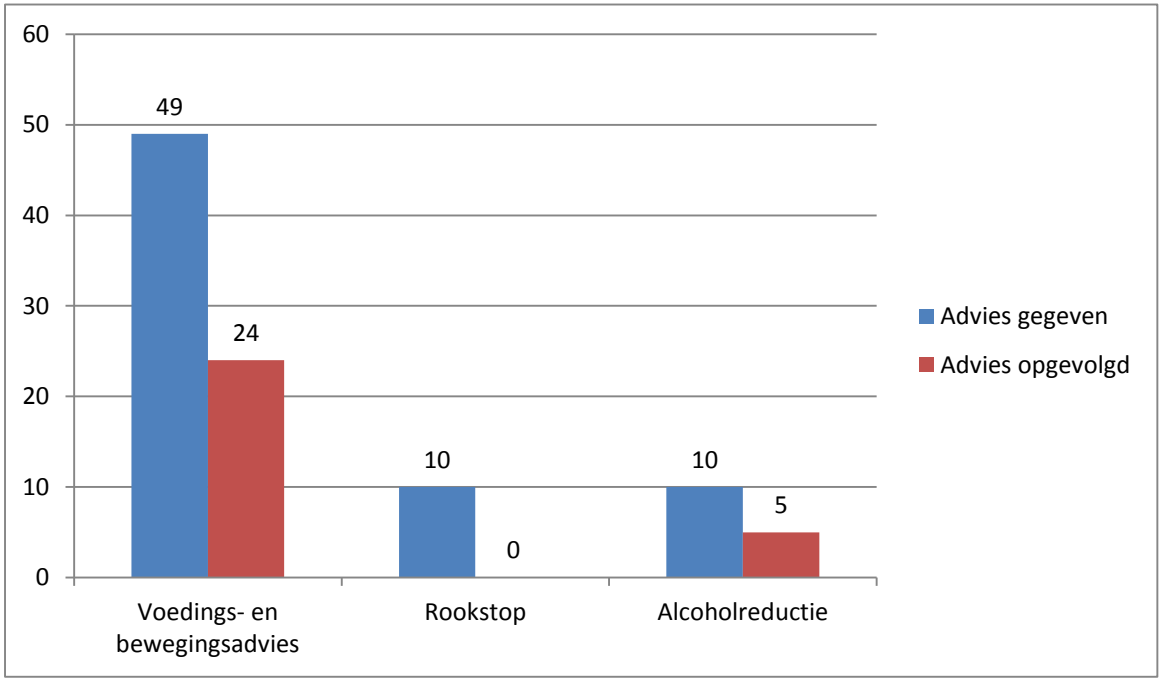
In totaal werden 49 van de 81 patiënten (60,5%) geadviseerd tot voedings- en/of bewegingsadvies. Dit werd beslist op basis van ofwel een BMI >25, ofwel een gestoorde glucosetolerantie, ofwel een cardiovasculaire risicoscore van 5% of meer (dus matig tot hoog cardiovasculair risico). 24 van deze 49 patiënten (49%) gingen hierop in: 12 patiënten gingen hiervoor naar de voedingspsychologe, 9 patiënten verkozen een begeleiding bij ons in de huisartspraktijk en 3 patiënten gingen naar een eigen gekozen diëtiste.

10 patiënten (12%) werden aangeraden tot rookstop, doch gezien alle 10 nog in de precontemplatiefase is niemand uiteindelijk ingegaan op het aanbieden van rookstopbegeleiding. Desalniettemin werd het onderwerp op die manier opnieuw aangehaald. Rookstopadvies blijft dé prioritaire maatregel bij rokers. Bovendien kan het medicamenteuze therapie overbodig maken of uitstellen.

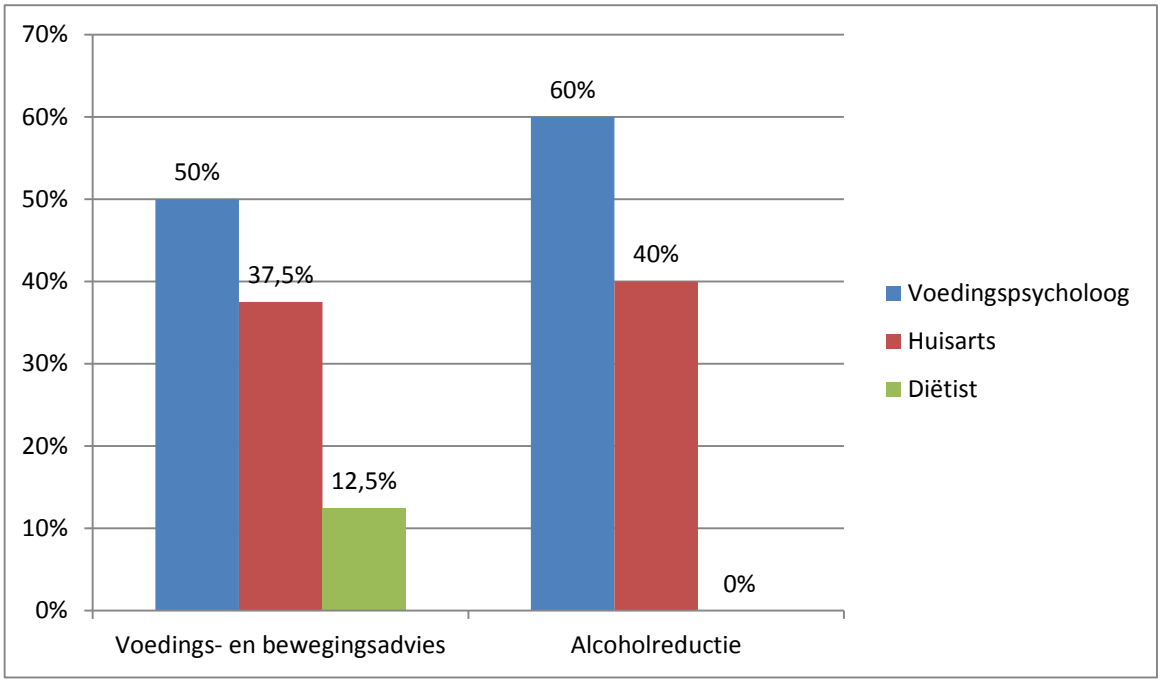
Ook wat alcoholgebruik betreft werden 10 patiënten (12%) aangeraden tot vermindering ervan. 5 van deze 10 patiënten (50%) gingen hierop in: 3 patiënten hebben zich hiervoor laten

begeleiden door de voedingspsycholoog, 2 patiënten verkozen een begeleiding bij ons in de huisartspraktijk.

FIGUUR 3. NIET-MEDICAMENTEUZE MAATREGELEN



FIGUUR 4. ROL VAN DE VOEDINGSPSYCHOLOOG



Tot slot gingen we 3 maanden na het preventieconsult het gewicht na van alle patiënten die ingegaan zijn op het voedings- en/of bewegingsadvies. Van de 12 patiënten die kozen voor de begeleiding bij de voedingspsycholoog, zijn er uiteindelijk 3 die (omwille van ongekende redenen) opgegeven hadden (25%). Van de 9 patiënten die kozen voor de begeleiding bij ons (1 van de artsen) waren er na 3 maanden 5 die opgegeven hadden (55,5%). Van de 3 patiënten die kozen voor begeleiding door een zelf gekozen diëtist(e) was er 1 patiënt die opgegeven had (33,3%).

Wanneer we de gemiddelde gewichtsreductie bekijken van de patiënten die wel volgehouden hadden zien we een gemiddelde reductie van 6,8kg bij de patiënten die hun begeleiding volgden bij de voedingspsycholoog (gezien over 9 patiënten). Bij de patiënten die voor de begeleiding bij ons kwamen bemerken we een gemiddelde reductie van 3,4kg (gezien over 4 patiënten) en bij de patiënten die bij een zelf gekozen diëtist(e) gingen was er een gemiddelde reductie van 1,9kg (gezien over 2 patiënten).

TABEL 2. AANTAL (EN PERCENTAGE) PATIENTEN DIE BEGELEIDING MINSTENS 3 MAANDEN VOLHIELDEN MET HUN GEMIDDELDE GEWICHTSREDUCTIE, RESPECTIEVELIJK BIJ DE VOEDINGSPSYCHOLOOG, DE HUISARTS EN DE DIETIST.

	Voedingspsycholoog	Huisarts	Diëtist(e)
Niet afgehaakt	9 (75%)	4 (44,5%)	2 (66,7%)
Gemiddelde gewichtsreductie	6,8kg	3,4kg	1,9kg

MEDICAMENTEUZE AANPAK

Bij patiënten met een laag cardiovasculair risico wordt de nadruk gelegd op niet-medicamenteuze maatregelen. Bij patiënten met een matig cardiovasculair risico is het belangrijk dat de bloeddruk onder 140/90mmHg gehouden wordt. Indien dit niet lukt met enkel niet-medicamenteuze maatregelen wordt in dit geval dus best een antihypertensivum opgestart. Het al dan niet opstarten van acetylsalicylzuur (asaflow) en/of een statine is afhankelijk van de aan- of afwezigheid van bijkomende risicofactoren (zoals obesitas) en wens en motivatie van de patiënt. Bij patiënten met een hoog cardiovasculair risico wordt sowieso asaflow opgestart. Een statine wordt post-event ook altijd opgestart; pre-event wordt dit niet meer opgestart indien de

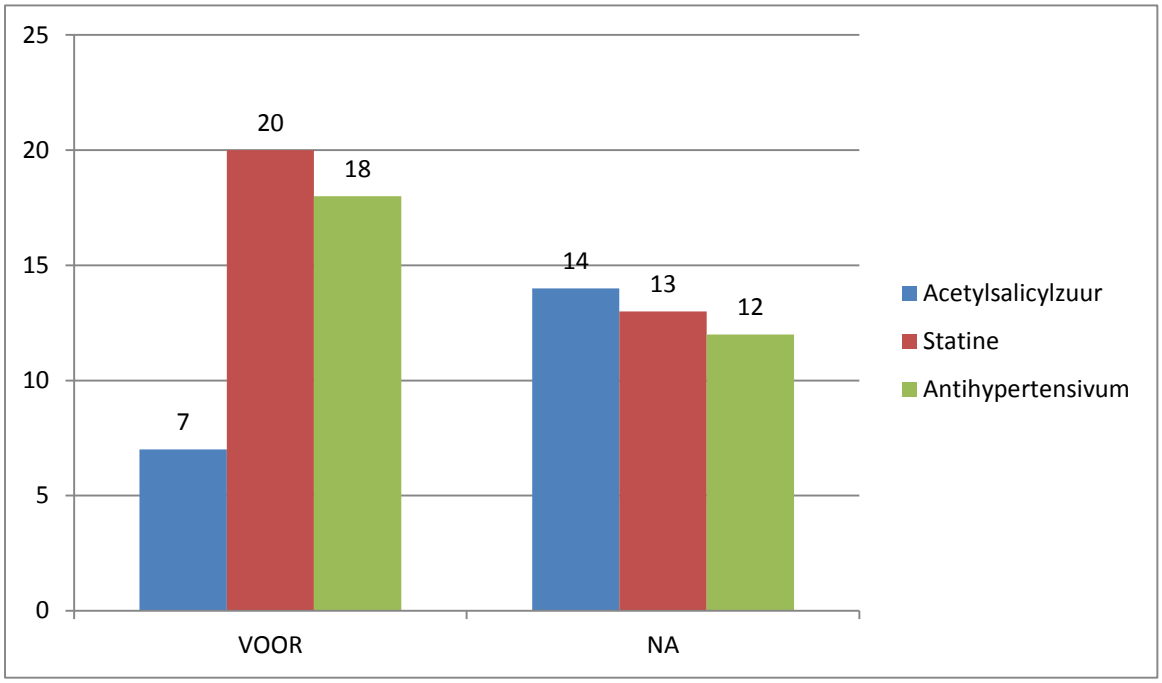
patiënt ouder is dan 70 jaar. Ook hier dient de bloeddruk onder 140/90mmHg gehouden te worden (en bij diabeten zelfs liefst onder 130/80mmHg).

Van de 81 patiënten die deelnamen aan het preventieconsult werd bij 7 patiënten asaflow opgestart (bij 1 patiënt met matig risico en bij 6 patiënten met hoog risico), bij 7 patiënten werd het behouden (allen hoog risico) en bij geen enkele patiënt diende het stopgezet te worden. Een statine werd bij 3 patiënten opgestart (allen hoog risico), bij 10 patiënten behouden (eveneens allen hoog risico) en bij 10 patiënten stopgezet (allen laag risico). Een antihypertensivum tot slot werd bij 4 patiënten opgestart (bij 1 patiënt met matig risico en bij 3 patiënten met hoog risico), bij 8 patiënten (allen hoog risico) behouden en bij 8 patiënten gestopt (allen laag risico).

TABEL 3. MEDICAMENTEUZE MAATREGELEN

		Start	Stop	Behoud	Totaal
LAAG risico	Acetylsalicylzuur	0	0	0	0
	Statine	0	10	0	10
	Antihypertensivum	0	8	0	8
MATIG risico	Acetylsalicylzuur	1	0	0	1
	Statine	0	0	0	0
	Antihypertensivum	1	0	0	1
HOOG risico	Acetylsalicylzuur	6	0	7	13
	Statine	3	0	10	13
	Antihypertensivum	3	0	8	11

FIGUUR 5. GLOBALE VERANDERINGEN IN MEDICAMENTEUZE AANPAK



DISCUSSIE

RESPONS RATIO EN KENMERKEN VAN DE STUDIEPOPULATIE

Met een respons ratio van 24,6% mogen we volgens de literatuur zeker tevreden zijn. De respons was procentueel gezien bovendien niet opvallend groter voor een bepaald geslacht of een bepaalde leeftijd. We zagen relatief meer vrouwen dan mannen en de oudste leeftijdsklasse (66-75 jaar) was relatief ondervertegenwoordigd, doch dit komt overeen met de demografische verdeling van onze patiënten in die leeftijdsklasse: van onze patiëntenpopulatie in de leeftijdsklasse 45-75 jaar is immers een groter deel vrouwelijk en de oudste leeftijdsklasse is ook minder vertegenwoordigd dan de 2 jongere leeftijdsklassen.

Opvallend is dat er enorm weinig rokers afgegaan zijn op de uitnodiging (slechts 12.3%). Dit kan wijzen op het feit dat vooral die mensen die begaan zijn met hun gezondheid afgaan op zo'n preventieconsult. Zij hebben doorgaans een betere leefstijl, waardoor de kans op hart- en vaatziekten reeds beperkter is. Door patiënten uit te nodigen maar zelf te laten beslissen of ze deelnemen aan zo'n preventieconsult creëer je een selectiebias, met als gevolg dat juist die individuen met een hoger risico op hart- en vaatziekten (waarbij ook een grotere winst geboekt zou kunnen worden) vaker door de mazen van het net vallen.

Wat het BMI betreft valt op dat bijna de helft (49%) kampt met overgewicht (BMI >25), ondanks het feit dat de overgrote meerderheid (76.5%) ingedeeld is in een laag cardiovasculair risico. Omdat het gewicht of BMI niet opgenomen wordt als één van de risicofactoren om het cardiovasculaire risico te berekenen (volgens de SCORE tabellen), hebben we dit apart geregistreerd. Iedereen die een BMI had boven de 25 (onafhankelijk van het globale cardiovasculaire risico) werd geadviseerd tot leefstijlverandering, in het bijzonder door gezonder te eten en fysieke inspanning te verhogen.

GLOBAAL CARDIOVASCULAIR RISICO

Zoals reeds eerder aangegeven bevond 76.5% van de deelnemende patiënten zich in het lage cardiovasculaire risico. Dit houdt in dat hun kans om de komende 10 jaar te sterven aan een hart- of vaatziekte geschat wordt op minder dan 5%. 7.5% bevond zich in het matige cardiovasculaire risico, wat inhoudt dat hun kans om de komende 10 jaar te sterven aan een hart- of vaatziekte 5 tot 9% bedraagt. 16% tot slot werd ingedeeld in het hoge cardiovasculaire

risico, wat wil zeggen dat hun kans om de komende 10 jaar te sterven aan een hart- of vaatziekte 10% of meer bedraagt.

Ook hier valt de selectiebias dus opnieuw op. Het lijkt erop dat voornamelijk de grotere (gezondere) groep met de eerder beperkte kans op hart- en vaatziekten ingaan op een preventieconsult.

Van elke patiënt die een preventieconsult ondergaat wordt het globale cardiovasculaire risico vermeld in het EMD. Er werd in het medisch programma Windoc, onder de titel 'risicofactoren' een nieuw item 'globaal cardiovasculair risico' aangemaakt, alwaar een laag/matig/hoog risico aangeduid kan worden. Bij opmerking kan dan nog meer gespecifieerd het SCORE getal vermeld worden. Op die manier is de cardiovasculaire risicoclassificatie van de patiënt onmiddellijk duidelijk bij het openen van het dossier. Bovendien werd ook afgesproken dat de rookstatus vermeld dient te worden onder risicofactoren, en dat onder familiale antecedenten de relevante familiale ischemische events vermeld dienen te worden. Bij een relevant familiaal event dient de SCORE immers vermenigvuldigd te worden met 1.5.

Ook naar concrete follow-up toe werden praktijkrichtlijnen gemaakt. Zo dient een herevaluatie van het cardiovasculaire risico (met nuchtere bloedafname) bij patiënten met laag risico slechts na 3 jaar opnieuw te gebeuren. Voor patiënten met matig risico dient deze herevaluatie reeds na 1 jaar te gebeuren. Patiënten met een hoog risico hebben geen nood aan herevaluatie, doch dienen ook minstens jaarlijks opgevolgd te worden (indien mogelijk zelfs 3-4 keer per jaar).

OPSPOREN VAN GLUCOSE-INTOLERANTIE OF DIABETES MELLITUS

Bij een nuchtere glycemie boven de 125mg/dl werd als praktijkrichtlijn afgesproken dat dit na 2 weken herhaald moet worden. Bij bevestiging van een nuchtere glycemiewaarde boven de 125mg/dl kon dan de diagnose diabetes mellitus gesteld worden. De concrete follow-up van diabetes mellitus valt buiten het bestek van dit werk. Op die manier kon bij 1 patiënt een nieuwe diagnose van diabetes mellitus type 2 vastgesteld worden.

Bij nuchtere glycemiewaarden tussen 100 en 125 mg/dl ('gestoorde glucosetolerantie') werd als praktijkrichtlijn afgesproken dat dit na 3 maanden gehercontroleerd moet worden. In tussentijd wordt de nadruk op niet-medicamenteuze maatregelen gelegd, zoals gezondere voeding, meer beweging en indien nodig vermindering van alcoholconsumptie. Dit was het geval voor 16 patiënten van de studiepopulatie.

NIET-MEDICAMENTEUZE AANPAK

Wanneer patiënten een BMI hadden hoger dan 25, een gestoorde nuchtere glycemiewaarde hadden, of een matig tot hoog cardiovasculair risico, dan werden zij aangeraden om fysieke activiteit te doen toenemen en/of op hun voeding te letten. Dit advies werd gegeven aan 49 patiënten. 24 van hen gingen hierop in. Dit wil zeggen dat zij, na het preventieconsult, een opvolgafspraak gemaakt hadden puur in het kader van leefstijlverandering. Dit kon zowel bij de voedingspsycholoog die wij aanraadden, bij ons als huisarts, of bij een diëtiste naar eigen keuze.

Wat opvalt in figuur 3 is dat we uiteindelijk toch heel wat mensen tot gedragsverandering hebben kunnen aanzetten. In figuur 4 kan je zien dat we een groot deel van hen (12 van de 24 patiënten voor voedings- en bewegingsadvies en 3 van de 5 patiënten voor alcoholreductie) bovendien konden overtuigen om een afspraak te maken bij Charlotte Lerminiaux (voedingspsycholoog). Factoren die de drempel kunnen doen verhogen om een afspraak bij haar te maken zijn het feit dat het iemand is die hen onbekend is (nieuw gezicht), het feit dat ze niet in onze praktijk werkt maar bij haar thuis op zelfstandige basis (bovendien ook enkele kilometers verder) en het feit dat er van de mutualiteit uit geen terugbetaling voorzien is voor de consultaties bij haar. Wegens de goede samenwerking en resultaten is het naar de toekomst toe de bedoeling dat de gezondheidspsycholoog enkele uren bij ons in de praktijk zal werken. We verwachten immers dat dit voor veel patiënten een drempelverlagende factor zal zijn.

Een ander opvallend iets is dat we niemand van de patiënten hebben kunnen overtuigen om te starten met rookstop(begeleiding). 10 patiënten werden nochtans aangeraden dit te doen. Dit wil echter niet zeggen dat onze raad nutteloos of overbodig geweest is. De verdere motivationele aanpak hieromtrent valt echter buiten het bestek van deze manama.

Tot slot merken we op dat het aantal (en percentage) patiënten die na 3 maanden hun begeleiding nog niet stopgezet hadden het grootst was bij de voedingspsycholoog. Bovendien was ook de gemiddelde gewichtsreductie opvallend groter dan de patiënten die er voor kozen hun opvolging bij ons in de huisartsenpraktijk te doen. Mogelijk is het zo dat patiënten die de stap nemen om naar een voedingspsycholoog reeds meer gemotiveerd zijn dan de patiënten die dit niet doen. Bovendien is de begeleiding bij de voedingspsycholoog doorgaans intensiever en kan er meer tijd vrijgemaakt worden om eetpatronen van patiënten volledig uit te spitten en aan te pakken. Ook dit kan meespelen in de resultaten die we opmerken. Wel moet opgemerkt worden dat het hier over een klein studie-aantal gaat, en dat deze resultaten niet zomaar geprojecteerd kunnen worden op de volledige praktijkpopulatie, doch globaal gezien kunnen we zeggen dat de rol van de voedingspsycholoog nuttig lijkt.

MEDICAMENTEUZE AANPAK

In tabel 2 kunnen we mooi zien dat er in de groep van het lage risico geen medicatie gestart of zelfs behouden werd. Er werd enkel medicatie gestopt (10x een statine en 8x een antihypertensivum). In de groep van het matige risico werd enkel medicatie opgestart (1x acetylsalicylzuur en 1x een antihypertensivum). Dit was echter een zeer kleine groep. In de groep van het hoge risico werd geen enkele medicijn stopgezet. Cardiovasculaire medicatie werd er voornamelijk opgestart (6x acetylsalicylzuur, 3x een statine en 3x een antihypertensivum) of behouden (7x acetylsalicylzuur, 10x een statine en 8x een antihypertensivum).

In figuur 5 zien we dat van het aantal patiënten die deelnamen nu meer patiënten op acetylsalicylzuur staan (van 7 naar 14) en minder patiënten op een statine (van 20 naar 13) of een antihypertensivum (van 18 naar 12).

Globaal gezien kunnen we hieruit concluderen dat de patiënten van onze praktijk met een laag risico eerder overbehandeld waren (voor meestal 1 onafhankelijke risicofactor zoals hypercholesterolemie of hogere bloeddruk), daar waar de patiënten met een hoog risico eerder onderbehandeld waren (omdat hun globale risico niet bekeken wordt).

CONCLUSIE

Steeds meer mensen zijn geïnteresseerd in hun gezondheid. Met bijna 1 op 4 uitgenodigde patiënten die kwamen opdagen voor een preventieconsult lijkt dit een geslaagd praktijkproject. Wel merken we dat voornamelijk reeds relatief gezonde patiënten hierop ingingen. Het overgrote deel rookte niet en behoorde tot de groep met een laag cardiovasculair risico. Dit laatste kan ook te maken hebben met het feit dat de jongste leeftijdsklasse (45 tot 55 jaar) oververtegenwoordigd was.

Wat niet-medicamenteuze aanpak van cardiovasculaire risicofactoren betreft zien we dat we een groot deel (de helft van de patiënten bij wie voedings- of bewegingsadvies werd aangeraden) tot bij de voedingspsychologe kregen, ondanks het feit dat dit voor sommige patiënten een grote drempel kan zijn. Bovendien zien we dat de patiënten die de begeleiding bij haar ondergingen doorgaans meer gewichtsverlies bereikten dan de patiënten die de begeleiding bij ons wensten te doen.

Op vlak van medicamenteuze aanpak werden in de laagrisicogroep enkel medicatie gestopt, daar waar in de hoogrisicogroep frequent medicatie gestart werd, wat wijst op een eerder overbehandelde laagrisicogroep en onderbehandelde hoogrisicogroep.

Alle patiënten die deelnamen aan dit preventieconsult hebben op dit moment dus een (individueel) cardiovasculair risicoprofiel, met concrete follow-up. Zowel niet-medicamenteuze als medicamenteuze maatregelen zijn zo goed als mogelijk op punt gesteld. Uitdaging is nu om dit uit te breiden tot zo veel mogelijk patiënten van de praktijk, met in het bijzonder het bereiken van de hoog risicogroepen. Ook een aanhoudende samenwerking met de voedingspsycholoog lijkt ons een pluspunt.

BIBLIOGRAFIE

1. Boland B, Christiaens T, Goderis G et al. Globaal cardiovasculair risicobeheer. Huisarts nu. 2007; 36(7): 339-369.

2. World health organization. Cardiovascular diseases. 2015. Beschikbar via: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en. Geraadpleegd februari 2015.

3. Dekker JM, Alssema M, Janssen PGH. NHG-standaard het preventieconsult module cardiometabool. Huisart Wet. 2011; 54(3): 138-155.

4. Assendelft WJ, Nielen MM, Heetinga DM et al. Bridging the gap between public health and primary care in prevention of cardiometabolic diseases: background of and experiences with the prevention consultations in the Netherlands. Fam Pract. 2012 Apr; 29 suppl 1: i126-i133.

5. Senesael E, Borgermans L, Van de Vijver E, Devroey D. Effectiveness of a quality improvement intervention targeting cardiovascular risk factors: are patients responsive to information and encouragement by mail or post? Vasc Health Risk Manag. 2013; 9: 13-20.

6. Selvaraj FJ, Mohamed M, Omar K et al. The impact of a disease management program (COACH) on the attainment of better cardiovascular risk control in dyslipidaemic patients at primary care centres (The DISSEMINATE Study): a randomised controlled trial. BMC Fam Pract. 2012 Oct 10; 13: 97.

7. Godefrooij MB, van de kerkhof RM, Wouda PJ et al. Development, implementation and yield of a cardiometabolic health check. Fam Pract. 2012 Apr; 29(2): 174-181.

8. Vandenberghe S, Avonts D, Willems S. Preventieve interventies door een equity-bril: een gelijke gezondheidswinst voor iedereen? Huisarts Nu. 2013; 42 (5): 233-238.

9. Cox JL, Carr B, Vallis TM et al. A novel approach to cardiovascular health by optimizing risk management (ANCHOR): a primary prevention initiative examining the impact of health risk factor assessment and management on cardiac wellness. Can J Cardiol. 2011 Nov-Dec; 27(6): 809-817.

10. Smeyers L, Deboutte F, Bartholomeeusen E. Bewegen op voorschrift: een handig instrument om patiënten in beweging te krijgen. Huisarts Nu. 2013; 42(5): 238-241.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: SCHRIFTELIJKE UITNODIGING PREVENTIECONSULT

Beste patiënt,

In het kader van de master na master opleiding van Dr. Stéphanie Clarysse nodigen wij u graag uit voor een ***preventieconsult.***

WAT HOUDT EEN PREVENTIECONSULT IN?

Aan de hand van een vragenlijst (zie bijlage), een algemeen klinisch onderzoek en een bloedafname wordt een **individueel preventieplan** opgesteld.

Volgende zaken komen hierbij aan bod:

- Risico op hart- en vaatziekten en suikerziekte
- Kankerscreening (borstkanker, baarmoederhalskanker en dikkedarmkanker)
- Vaccinaties
- Levensstijl

Het is de bedoeling dat dit preventieconsult jaarlijks herzien wordt.

VOOR WIE IS HET PREVENTIECONSULT BEDOELD?

Iedereen tussen **45 en 75 jaar** die een globaal medisch dossier (**GMD**) heeft afgesloten in onze huisartsenpraktijk.

HOEVEEL KOST EEN PREVENTIECONSULT?

Voor een preventieconsult betaalt u evenveel als voor een **normale raadpleging**.

HOE MAAK IK EEN AFSPRAAK VOOR EEN PREVENTIECONSULT?

U kan bellen voor een afspraak in één van onze telefoonhalfuurtjes, of u kan online een afspraak maken bij **Dr. Clarysse**. Gelieve bij het type consult "**Preventieconsult**" aan te duiden. Er worden hiervoor dan **40 minuten** voorzien.

Tenzij er recent nog een bloedafname gebeurde, plant u dit onderzoek best op een moment dat u **nuchter** bent.

Met vriendelijke groeten

Dr. BOELS Marie Dr. DELVA Hans Dr. CLARYSSE Stéphanie

BIJLAGE 2: VRAGENLIJST

VRAGENLIJST VOOR DE PATIËNT

domus medica

Naam: ..... ☐ vrouw ☐ man

Geboortedatum: ...../...../..... Datum: ...../...../.....

Vragenlijst in te vullen door de patiënt. Twijfelt u aan een antwoord, vraag dan raad aan uw huisarts.

1	Bent u 50 jaar of ouder?	☐ Ja ☐ Nee	A
2	Neemt u medicatie voor een te hoge bloeddruk?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	B
3	Hebt u diabetes (suikerziekte)?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	D
4	Hebt u een hart- of vaatziekte (gehad)? (hartinfarct, beroerte, vaatvernauwing)	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	E
5	Heeft uw vader of broer een hart- of vaatziekte voor 55 jaar (gehad)?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	F
6	Heeft uw moeder of zus een hart- of vaatziekte voor 65 jaar (gehad)?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	F
7	Rookt u?	☐ Ja ☐ Nee	C
8	Gebruikt u alcoholische dranken? (bier, wijn, sterke drank)	☐ Ja ☐ Nee	
9	Eet u dagelijks groenten?	☐ Ja ☐ Nee	
10	Eet u dagelijks fruit?	☐ Ja ☐ Nee	
11	Komt u aan 30 minuten lichaamsbeweging per dag?	☐ Ja ☐ Nee	
12	Heeft een arts u ooit gesproken over verhoogde suiker in uw bloed?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	
13	Heeft uw vader, moeder, broer of zus diabetes (suikerziekte)?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	
14	Had u verhoogde suiker tijdens een ziekenhuisopname?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	
15	Is uw vaccinatie tegen tetanus meer dan tien jaar geleden?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	
16	Bent u longpatiënt?	☐ Ja ☐ Nee	
17	Bent u hartpatiënt?	☐ Ja ☐ Nee	
18	Bent u leverpatiënt?	☐ Ja ☐ Nee	
19	Bent u nierpatiënt?	☐ Ja ☐ Nee	
20	Komt er darmkanker voor bij uw vader, moeder, broer of zus?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	

Enkel voor vrouwen

21	Bent u bevallen van een baby van 4,5 kg of meer?	☐ Ja ☐ Nee	
22	Had u verhoogde suiker tijdens uw zwangerschap?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	
23	Komt er borst- of eierstokkanker voor in uw familie?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	
24	Voor vrouwen vanaf 50 jaar: is uw laatste mammografie meer dan twee jaar geleden?	☐ Ja Datum ☐ Nee ☐ Weet niet	
25	Voor vrouwen vanaf 25 jaar: is uw laatste uitstrijkje meer dan drie jaar geleden?	☐ Ja Datum ☐ Nee ☐ Weet niet	

© 2014 Domus Medica - Gezondheidsgids

TOESTEMMINGSFORMULIER

Naam Patiënt: ……

1. Ik bevestig dat Dr. CLARYSSE Stéphanie 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 heb gekregen.

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 worden verzameld en gecodeerd. In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd.

5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de Universiteit Gent. In geen geval dient men de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

6. Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van UZ Gent en regelgevende instanties met beroepsgeheim toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke medische gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften. De Universiteit Gent zorgde voor een verzekering met foutloze aansprakelijkheid, conform de Belgische wet van 7 mei 2004.

7. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Door te patiënt te ondertekenen en te dateren.

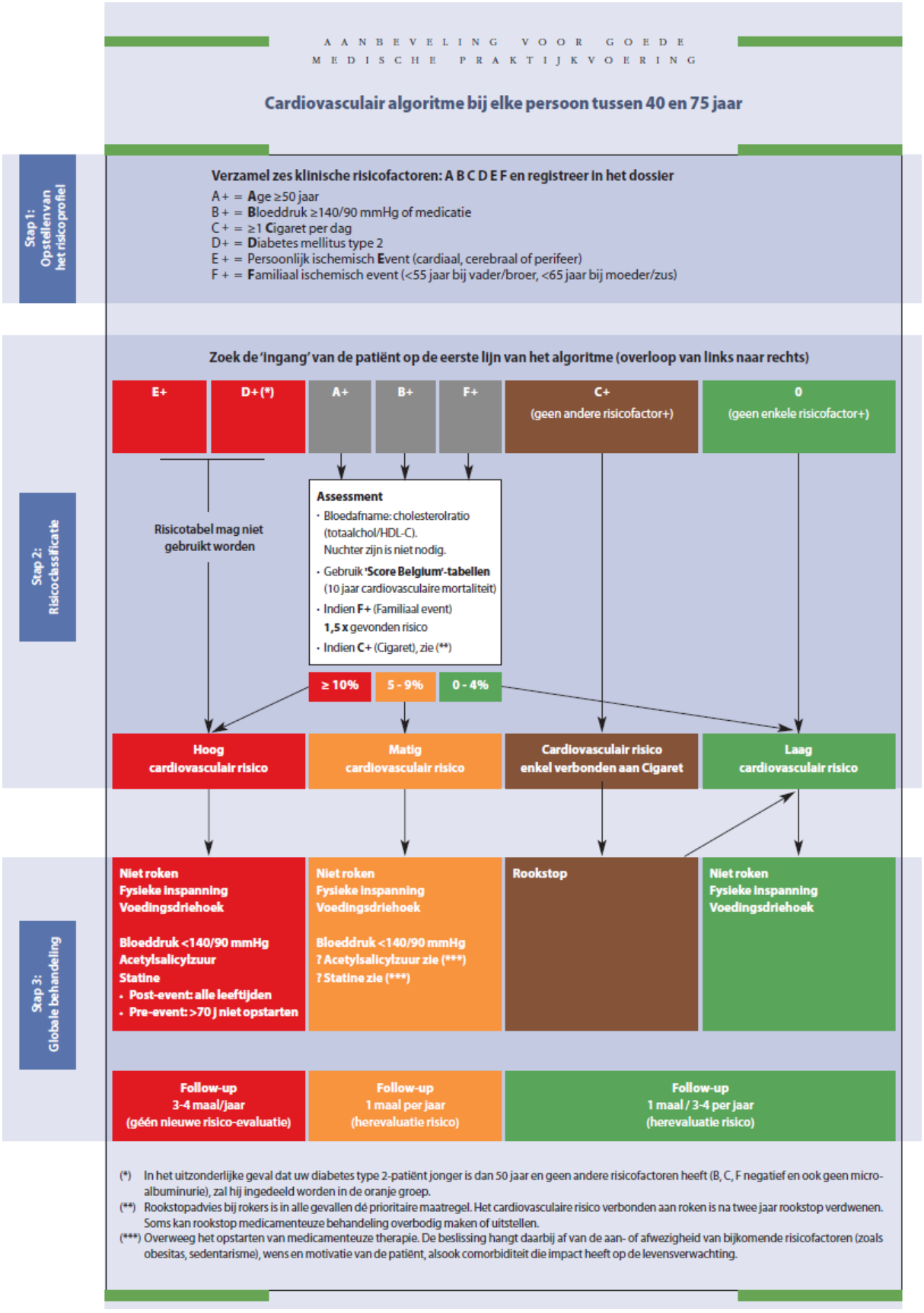
Handtekening: Datum:

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de patiënt.

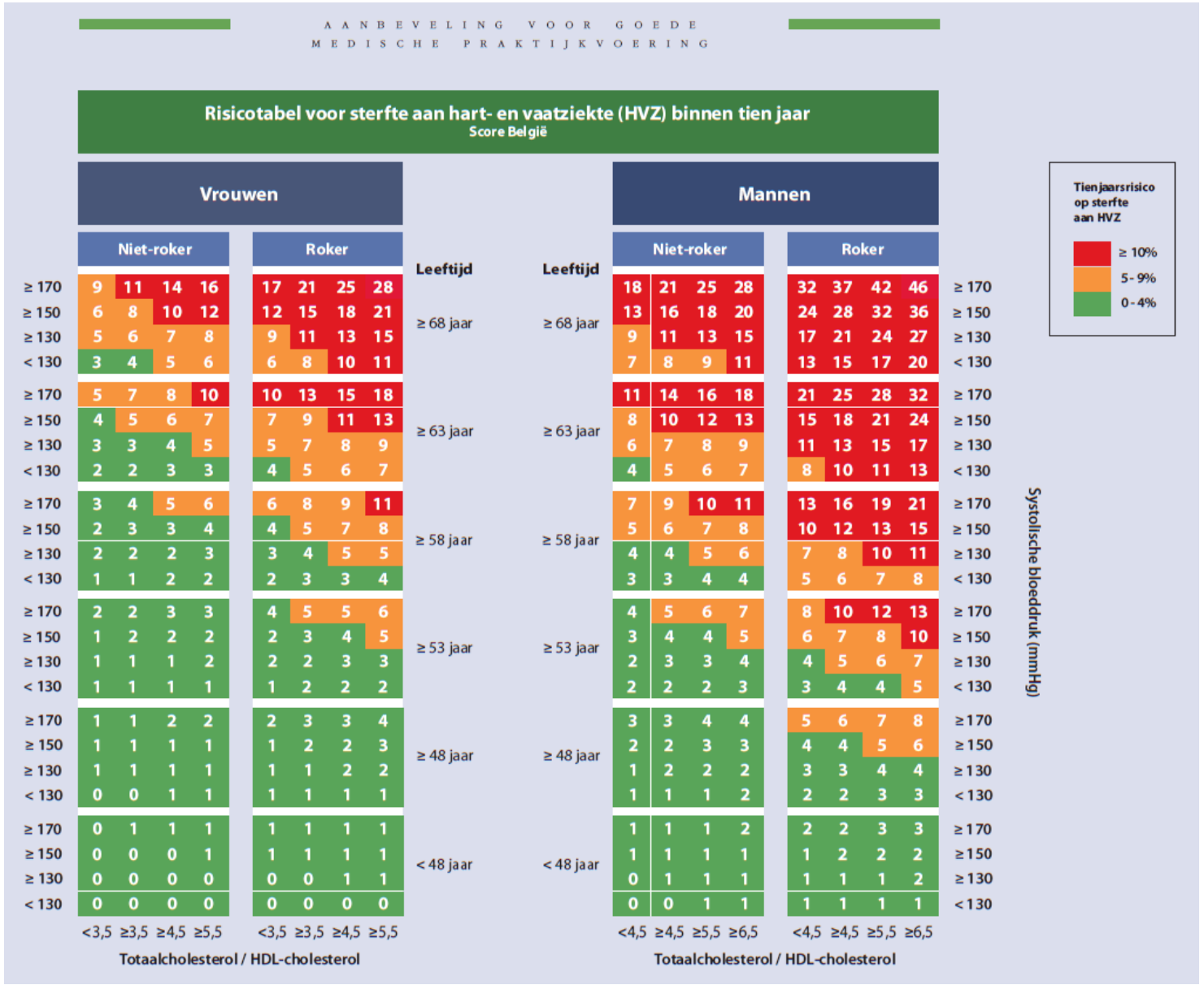
Ondergetekende heeft de bijzonderheden van dit klinisch onderzoek, zoals dit beschreven staat in het informatieformulier voor de patiënt, volledig uitgelegd aan bovengenoemde patiënt.

Handtekening: Datum:

BIJLAGE 4: SCORE RISICOTABELLEN



AANBEVELING VOOR GOEDE MEDISCHE PRAKTIJKVOERING



BIJLAGE 5: AFSPRAKENKAARTJE



Naam, stempel huisarts

AFSPRAKENKAART

PREVENTIEPLAN

domus medica

Als u een onderzoek of behandeling bij een andere arts laat uitvoeren (bv. vaccinatie op een spoedafdeling, uitstrijkje bij een andere arts), meld dit dan altijd aan uw huisarts.
Vraag andere artsen steeds dat zij uw huisarts een verslag sturen.

Uw huisarts centraliseert heel uw dossier.

NAAM	VOORNAAM
GEBOORTEDATUM	**GESLACHT**
___/___/___	M/V

© Domus Medica vzw



De huisarts moet mogelijk uw preventieplan aanpassen bij één van de volgende gebeurtenissen:
- dikkedarmkanker bij uw ouders, broers, zussen of kinderen
- borstkanker bij uw ouders, broers, zussen of kinderen
- een hartaandoening bij uw ouders, broers, zussen of kinderen
- suikerziekte bij uw ouders, broers, zussen of kinderen

Maak een afspraak als u bij uzelf het volgende vaststelt:
- veranderingen in uw borsten
- verandering van uw stoelgangpatroon
- bloed in uw stoelgang
- vaginaal bloedverlies na de menopauze

☒	PREVENTIEVE OPVOLGING	DATUM	UUR
☐	Vaccinatie	___/___/___	
☐	Uitstrijkje	___/___/___	
☐	Bloeddrukmeting	___/___/___	
☐	Bloedafname	___/___/___	
☐	Screeningsmammografie	___/___/___	
☐	Test op bloed in de stoelgang	___/___/___	
☐	Rookstopconsult	___/___/___	
☐	Voedingsadvies	___/___/___	
☐	Bewegingsadvies	___/___/___	
☒	HERZIENING PREVENTIEPLAN	___/___/___	

BIJLAGE 6: PROTOCOL MANAMA

Achtergrond:

We ondervinden in de praktijk een steeds groeiende interesse van de patiënt in zijn/haar gezondheid, en bijgevolg krijgen we steeds meer de vraag naar een 'algemene check-up'.Een preventieconsult lijkt ons dan ook een interessant middel om de vraag naar en het belang van preventieve maatregelen in de huisartsenpraktijk tegemoet te kunnen komen. Het GMD+ werd in onze groepspraktijk nog niet actief geïmplementeerd, ondanks het feit dat ook de collega-artsen preventie zien als een belangrijk onderdeel van de geneeskunde. Om deze redenen wil ik dit graag organiseren in onze praktijk.

Doel:

Registratie en evaluatie van de resultaten van het implementeren van het GMD+, in het bijzonder wat betreft het cardiovasculaire risicomanagement.

Methode:

Alle patiënten van de praktijk in de leeftijdsklasse 45-75 jaar met een globaal medisch dossier (GMD) zullen zowel schriftelijk als per email uitgenodigd worden voor een preventieconsult. Concreet houdt dit in dat de patiënten uitleg krijgen over het preventieconsult, met de GMD+ vragenlijst reeds bijgevoegd als bijlage. Bovendien zal deze info ook uitgehangen worden in de wachtzaal van onze praktijk, en zullen alle patiënten die tot de correcte leeftijdsklasse behoren ook mondeling aangesproken en gestimuleerd worden tijdens de consultaties. Op die manier proberen we een maximum aantal deelnemers te rekruteren.
De praktische organisatie zal als volgt gebeuren: patiënten kunnen bellen voor een afspraak of online een afspraak maken. Alle preventieconsulten zullen door mezelf (de HAIO) uitgevoerd worden. Hiervoor zal 40 minuten per patiënt voorzien worden (dubbele afspraak).
Alle resultaten zullen vervolgens geregistreerd worden in een Excel bestand. Deze resultaten zullen nadien via het SPSS programma verwerkt worden, om op die manier de resultaten overzichtelijk te kunnen evalueren. De focus zal hierbij liggen op eventuele veranderingen in het cardiovasculaire risicoprofiel van de patiënt. Concreet houdt dit in: aantal nieuwe diagnoses van suikerziekte, aanraden/aanbieden van niet-medicamenteuze maatregelen in functie van het verlagen van het risico op hart- en vaatziekten (en dus het globale cardiovasculaire risico), en medicamenteuze oppuntstelling in het kader van (primaire en secundaire) preventie van hart- en vaatziekten (opstarten van acetylsalicylzuur en/of statine).

BIJLAGE 7: GOEDKEURING ETHISCH COMITE

Universitair Ziekenhuis Gent

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

UNIVERSITEIT GENT

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Mottrie
Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 5de Verdieping
Prof. dr. Sara WILLEMS
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2014/0847	29-okt-14	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Implementatie en evaluatie van het GVID+ in de praktijk - MAnaMA Stéphanie Clerysse

Belgisch Registratienummer: B670201420733

* Antwoord onderzoeker via mail dd. 28/10/2014 (ontv. 29/10/2014) op opmerkingen EC dd. 07/04/2014
* Adviesaanvraagformulier (Aangepaste versie cfr. Mail onderzoeker dd. 28/10/2014)
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier (Aangepaste versie cfr. Mail onderzoeker dd. 28/10/2014)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. S. WILLEMS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 29/10/2014. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 29/10/2015, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 29/10/2014. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 29/10/2015, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 18/11/2014
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 18/11/2014

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité kalkeert niet dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Hiervoor draagt de onderzoeker de volle verantwoordelijkheid. De naleving der hen/haar onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dient de onderzoeker ervoor te zorgen dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité verzoekt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de onderstaande informatie en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker beschikken bij deze studie is tot van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. De identiteit is bijgevoegd.*

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185 B- 9000 Gent
www.ugent.be

Wendy Van de Velde
09/332 56 13
wendy.vandevelde@ugent.be

./.