Het preventieconsult, een stimulans voor beter gezondheidsgedrag?

Maïté Depreeuw, Universiteit Gent

HAIO 2013-2015

Promotor: Prof. Dr. Sara Willems, Universiteit Gent

Co-promotoren: Dr. Piet Vanden Bussche, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Inhoudsopgave

1. Abstract 3
2. Inleiding 4
3. Literatuuronderzoek 6
4. Methodiek 13
   4.1 Literatuuronderzoek 13
   4.2 Prospectief observationeel onderzoek 13
      4.2.1 Keuze van de populatie 13
      4.2.2 Onderzoeksdesign 13
5. Resultaten 17
   5.1 Patiënten kenmerken 17
      5.1.1 Algemene kenmerken 17
      5.1.2 Risicoprofiel 18
      5.1.3 Alcoholgebruik 19
      5.1.4 Tetanus vaccinatiestatus en depressieve stemming 20
      5.1.5 Screening colorectale kanker 20
      5.1.6 Screening borst- en baarmoederhalskanker 21
   5.2 Enquête beleving van preventie en levensstijlaanpassingen 22
      5.2.1 Preventieconsult 22
      5.2.2 Preventieplan 22
      5.2.3 Levensstijlaanpassingen rond voeding en beweging 23
      5.2.4 Redenen van falen levensstijlaanpassingen 24
6. Discussie 25
   6.1 Patiënten kenmerken 25
   6.2 Enquête rond beleving en gezondheidsgedrag 26
   6.3 Algemeen 29
7. Besluit 30
8. Dankwoord 31
9. Referenties 32
10. Bijlagen 35
   10.1 Informatiebrief voor patiënten 35
   10.2 Vragenlijst gezondheidsgids 36
   10.3 De Verkorte SQUASH-vragenlijst 37
   10.4 Toestemmingsformulier 38
   10.5 Levensstijladvies voor patiënten 39
   10.6 Enquête beleving preventie en levensstijlaanpassingen 40
   10.7 Prochaska en Di Clemente veranderingscirkel 41
   10.8 Studie protocol 42
   10.9 Goedkeuring ethisch comité 43

1. Abstract

Context: Er is steeds meer en meer aandacht voor preventieve gezondheidszorg in onze maatschappij. De vergrijzing en het stijgend gewicht van de Belgische bevolking zorgen voor een toename van chronische ziekten. Een grote rol is weggelegd voor de huisarts in het opsporen, behandelen en voorkomen van deze ziekten. Onderzoek toont echter aan dat huisartsen het niet gemakkelijk vinden om hun rol als 'gezondheidsbevorderaar' op te nemen. Een groot struikelblok blijkt dat zij vaak niet geloven dat zij de patiënten voldoende kunnen motiveren om hun gezondheidsgedrag te veranderen. Het gezondheidsgedrag van de patiënt is net wat belangrijk is in het voorkomen van chronische ziekten. Aan de hand van het GMD Plus wil ik op een gesystematiseerde manier preventieve gezondheidszorg in mijn praktijk introduceren. Verder wil ik uitzoeken welk effect een preventieconsult heeft op het gezondheidsgedrag van de patiënt zelf. De nadruk zal voornamelijk gelegd worden op de aanpak van leefstijlfactoren

Onderzoeksvraag: Zijn patiënten geïnteresseerd in preventieve gezondheidszorg en hebben zij dankzij een preventieconsult hun gezondheidsgedrag aangepast?

Methode: 50 patiënten tussen 50 en 75 jaar werden tijdens een controle consultatie mondeling uitgenodigd voor een consultatie die geheel in het kader staat van preventie. Iedere patiënt kreeg na het eerste preventieconsult gepersonaliseerd advies die gebaseerd werd op de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad en DM. Na 3 maand kregen alle patiënten een vervolgconsultatie. Aan het begin van deze vervolgconsultatie werd samen met elke patiënte een enquête ingevuld die peilde naar de beleving van de patiënt bij dergelijk initiatief en naar het effect van deze interventie op hun gezondheidsgedrag.

Resultaten: Deze studie bevestigt dat overgewicht en obesitas samen met chronische ziekten een belangrijke aanwezigheid hebben in onze maatschappij. Het initiatief van een preventieconsultatie werd door de patiënten in de praktijk zeer goed onthaald. Rookgedrag en alcoholgebruik leek in deze studie makkelijker te beïnvloeden dan voeding en beweging. Het bewegingsgedrag bleek het moeilijkste te veranderen, slechts 13% had zijn gedrag aangepast. De voornaamste reden tot falen was een gebrek aan motivatie (57%), hiernavolgend lichamelijke toestand (23%) en tijdsgebrek (17%).

Conclusies: Preventieconsultaties in de huisartspraktijk hebben hun nut bewezen. De grote meerderheid van de patiënten was voorheen niet bewust van welke gevolgen hun gezondheidsgedrag heeft op lange termijn. Om chronische ziekten te voorkomen zijn levensstijlaanpassingen bijna steeds van toepassing maar blijken ook het moeilijkste aan te pakken. De voornaamste reden van falen blijkt het gebrek aan motivatie. De aanpak hiervan is intensief en tijdrovend voor de huisarts. Meer onderzoek is nodig om uit te zoeken hoe men de huisarts beter kan ondersteunen en begeleiden in de aanpak van gedragsveranderingen zowel op niveau van de individuele patiënt als op bevolkingsniveau.

2. Inleiding

Aangezien de bevolking alsmaar ouder wordt, is er een toenemende aandacht voor preventieve gezondheidszorg in onze huidige maatschappij. In 2011 bedroeg de levensverwachting bij de geboorte voor de hele bevolking die in België verblijft 80,4 jaar. Anno 2013 was de levensverwachting 82,9 jaar voor vrouwen en 77,8 jaar voor mannen [1]. De steeds toenemende vergrijzing legt een enorme druk op onze maatschappij en dit niet alleen op economisch vlak maar ook op vlak van de gezondheidszorg. Het aandeel chronische patiënten zal alleen maar toenemen de komende decennia. Volgens Whiting wordt de wereldwijde prevalentie van diabetes mellitus verwacht toe te nemen met 54% van 2010 tot 2030 [2]. Verder hebben chronische ziekten niet alleen een grote impact op het leven van de individu maar vormen ook een belangrijke belasting op ons gezondheidszorgsysteem.

Een centrale rol in de preventieve gezondheidszorg is weggelegd voor de huisarts. Uit de nationale gezondheidsenquête van 2013 blijkt dat 94% van de bevolking een vaste huisarts heeft en dat 77% van de Belgen minstens één contactmoment gedurende één jaar heeft gehad met zijn of haar huisarts. Gemiddeld hebben we in België vier contacten met de huisarts per jaar per persoon [3]. Deze cijfers zijn vergelijkbaar met Nederland, waarbij gemiddeld 75% van de patiënten jaarlijks een bezoek brengen bij de huisarts [4]. Ook Europese cijfers tonen dat 66% van de patiënten jaarlijks bij de huisarts gaat [5].

Huisartsen hebben reeds een decennialange geschiedenis in preventie en preventie vormt eigenlijk een integraal onderdeel van de consultvoering. Verder zijn huisartsen laagdrempelig en benaderen ze de patiënten in hun totaliteit. Zij zijn vertrouwd met de persoonlijke medische voorgeschiedenis van elke patiënt maar kennen ook alle context gebonden factoren. Dit plaatst hen in de ideale positie om een haalbaar en geïndividualiseerd preventieplan op te stellen voor iedere patiënt.

De aandacht voor preventie wordt echter bij de huisarts maar al te vaak naar de achtergrond geschoven. Toenemende verantwoordelijkheden en een stijgende belasting van zowel de acute als chronische aandoeningen, eisen steeds meer van de huisarts. Verder vind je in de literatuur heel wat terug omtrent drempels waar artsen voor staan als ze aan preventie willen doen [6]. Een groot struikelblok blijkt dat huisartsen vaak niet geloven dat patiënten gemotiveerd zijn om hun levensstijl te veranderen, ook al hebben ze goede voornemens om een gezondere levensstijl aan te nemen.

Ook op de praktijk waar ik sta, wordt nog steeds onvoldoende aandacht geschonken aan preventie. Ik sta in een solopraktijk in een eerder landelijke gemeente met een oudere patiëntenpopulatie. Preventieve gezondheidszorg doet zich voornamelijk opportunistisch voor in de vorm van een jaarlijkse bloedafname of op vraag van de patiënt. Indirect wordt er dus wel aan preventie gedaan maar slechts zelden wordt een volledige consultatie gewijd aan het bespreken van preventieve gezondheidszorg. Ook

ontbreekt er tot op heden een systematiek in het uitvoeren van preventieconsultaties op de praktijk. Aan de hand van dit praktijkbevorderend project wil ik een systematischere vorm van screening en preventieve gezondheidszorg in de praktijk introduceren.

Voorbijgaande jaren zijn reeds heel wat masterproeven verschenen in het kader van het GMD Plus en preventieve gezondheidszorg. We weten reeds op welke manier we de doelgroep het best kunnen motiveren om deel te nemen aan een preventieonderzoek, welke tools het beste resultaat geven en hoe we het GMD Plus best implementeren in het Elektronisch Medisch Dossier (EMD). Er is echter weinig onderzoek gedaan naar wat de impact is van een dergelijk preventieconsult bij de patiënt zelf. Men kan zich dus een aantal vragen stellen: gaan patiënten bewuster om met hun eigen gezondheid nadat zij een preventieplan hebben gekregen? Hebben zij effectief ook levensstijlaanpassingen gedaan wanneer een bepaalde risico werd geïdentificeerd?

De nadruk van dit onderzoek zal eerder gelegd worden op het gezondheidsgedrag van de patiënt met de aanpak van leefstijlfactoren aangezien dit vaak het struikelblok is voor vele huisartsen. Ik wil kijken wat de invloed is van een preventieconsult op het gezondheidsgedrag van de patiënt.

Mijn onderzoeksvraag is: zijn patiënten geïnteresseerd in preventieve gezondheidszorg en hebben zij dankzij een preventieconsult hun gezondheidsgedrag aangepast?

3. Literatuuronderzoek

De toenemende vergrijzing in onze maatschappij wereldwijd legt druk op onze gezondheidszorg en de organisatie ervan. Om betaalbare en kwaliteitsvolle zorg mogelijk te houden in de toekomst moet er meer nadruk gelegd worden op preventieve gezondheidszorg en de aanpak van chronische ziekten. Cardiovasculaire aandoeningen vormen nog steeds de belangrijkste doodsoorzaak in ons land (34%), hierna volgt kanker (29%) en externe oorzaken (8%) [7]. Aan de basis van deze cijfers liggen factoren zoals een sedentaire levensstijl, obesitas en roken. Daarnaast spelen de toenemende psychische problemen ook een niet te onderschatten rol. De Vlaamse Gemeenschap berekende in 2012 dat de prevalentie en incidentie van depressie in de huisartspraktijk respectievelijk 87.7% en 10% bedroeg [8]. Uit de vijfde nationale gezondheidsenquête uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) in 2013 valt ook op dat er een duidelijke verslechtering is van de psycho-emotionele toestand van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder. Resultaten tonen dat net geen één op drie personen (32%) psychische problemen heeft die op de ene of andere manier verwijzen naar een 'slecht in zijn vel zitten'. Dit is een stijgende trend aangezien van 2001 tot 2008 slechts één op vier personen (25%-26%) dergelijke problemen aangaf [3].

Een meer gerichte aanpak in de preventieve gezondheidszorg dringt zich op. Studies in Engeland en Wales hebben zelfs aangetoond dat preventie van hart- en vaatziekten bij mensen zonder al aanwezige ziekten een viermaal grotere afname in sterfte geeft dan preventie bij mensen die al hart- en vaatziekten hebben [9]. Dit fenomeen kadert in de preventieparadox, namelijk dat de meeste mensen die een ziekte zullen krijgen geen duidelijk verhoogd risico hebben [10]. De focus moet verschuiven naar primaire preventie, aangezien meer winst te behalen is voor de volksgezondheid door in de totale populatie het risico te doen dalen dan door enkel het risico aan te pakken bij mensen met reeds een verhoogd risico.

Op curatief vlak kan men van bijvoorbeeld hart- en vaatziekten nog steeds weinig gezondheidswinst verwachten met de huidige farmacotherapeutische therapieën en andere behandelingen. Preventie hiervan kan dus het potentieel hebben om relatief veel gezondheidswinst te boeken op een kosteneffectieve manier. Een vroege identificatie van bepaalde risicofactoren gekoppeld aan het opstellen van een geïndividualiseerd preventieplan kan leiden tot een efficiëntere en kwalitatieve gezondheidszorg.

Er bestaan reeds enkele programma's die preventieonderzoek op populatieniveau mogelijk hebben gemaakt zoals vaccinatieprogramma's, rookstopcampagnes en bevolkingsonderzoeken georganiseerd via het Centrum voor Kankeropsporing zoals de borstkankerscreening, baarmoederhals-kankerscreening en dikkedarmkankerscreening. In dergelijke bevolkingsonderzoeken is een participatiegraad van minstens 70% wenselijk voor een optimaal resultaat. De participatiegraad bedroeg in 2013 echter 50.8%

voor borstkankerscreening, voor baarmoederhalskanker was dit 59% en het bevolkingsonderzoek voor dikkedarmkanker, dat pas gestart is in oktober 2013, heeft bij de eerste metingen een participatiegraad van 48,7% [11]. Preventie op grote schaal blijkt onvoldoende. Een meer individualistische aanpak is nodig om mensen te stimuleren actiever aan preventie te doen. Hierin kan de huisarts een belangrijke rol spelen.

Er zijn reeds een aantal tools ontwikkeld om huisartsen te stimuleren en te ondersteunen om meer preventieve geneeskunde te praktiseren. In het Verenigd Koninkrijk ontstond in 2009 de zogenaamde NHS Health Check. Hierbij nodigde men om de vijf jaar gezonde individuen van 40 tot en met 74 jaar uit om hen cardiovasculair risico te laten bepalen bij de huisarts om op die manier eventuele risico's op tijd te ontdekken en aan te pakken [12]. Een gelijkaardig initiatief werd in 2010 in Nederland ontwikkeld, het PreventieConsult cardiometabool risico, met als doel het zo goed mogelijk identificeren van mensen met een verhoogd risico op cardiometabole aandoeningen en hen een optimale begeleiding en behandeling te geven. Dit initiatief had als richtpunt het voorkomen van (verdere) gezondheidsschade bij 40-75 jarigen [4]. Resultaat van deze studie toonde aan dat aandoeningen waarvoor een behandeling nodig was bij gemiddeld één op vijf reeds werd vast gesteld bij de eerste consultatie.

Ook in België werden reeds inspanningen geleverd door de overheid voor een beter preventief gezondheidsbeleid. Naar aanleiding van de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en de resultaten van de eerste nationale gezondheidsenquête in 1997, startte de Vlaamse overheid in 1998 met het formuleren van specifieke, meetbare en algemeen aanvaarde gezondheidsdoelstellingen die binnen een bepaalde periode gerealiseerd moeten worden [7]. Een gezondheidsconferentie formuleerde hierbij voorstellen omtrent gezondheidsdoelstellingen en tegelijk werkten zij ook strategieën uit om de doelstellingen te realiseren. Zes thema's kwamen hierbij aan bod: voeding en beweging, infectieziekten en vaccinatie, zelfdoding (en depressie), verslavingsproblematiek, kankeropsporing en ongevallen in de privésfeer.

Op federaal niveau werden in België ook inspanningen geleverd om artsen te stimuleren en te ondersteunen in hun taak om meer aandacht te schenken aan preventieve geneeskunde. Zo heeft het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) in april 2011 het GMD Plus mogelijk gemaakt. Via het GMD Plus wordt aan de arts gevraagd om samen met elke patiënt tussen de 45 en 75 jaar een preventieve vragenlijst in te vullen en dit bij voorkeur jaarlijks te herhalen bij deze patiëntenpopulatie. Het GMD Plus kreeg van het RIZIV een eigen nomenclatuurnummer dat volledig terugbetaald wordt door de mutualiteiten. Een maatregel dat de overheid ondernam om tegemoet te komen aan de gezondheidsdoelstellingen en tevens om een poging te ondernemen om te besparen op mogelijkse zware gezondheidskosten.

Domus Medica (DM), een vzw die de belangen behartigt van de huisartsen en de huisartsenkringen in Vlaanderen, kwam in 2008 met een voorstel om de aanpak van preventie in de praktijk te systematiseren. Samen met het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGEZ) stelden zij een handleiding op die de focus legde op twaalf preventieve maatregelingen. Deze handleiding evolueerde al snel tot een volwaardige gezondheidsgids die in september 2010 het licht zag [13]. Op 15 maart 2013 gaf de Vlaamse overheid de toestemming om 'De Gezondheidsgids' van DM te laten dienen als bevolkingsonderzoek in de huisartsenpraktijk. Deze Gezondheidsgids is zo opgesteld dat het aan de voorwaarden voldoet van de preventiemodule van het GMD Plus en waarbij bijna alle Vlaamse gezondheidsdoelstellingen aanbod komen. De Gezondheidsgids is nu reeds aan zijn derde editie toe en bestaat uit 4 delen: een vragenlijst voor de patiënt, een aparte verwerkingsmodule voor de huisarts, een handleiding en een afsprakenkaartje.

Ondanks alle initiatieven en inspanningen die reeds geleverd zijn, merkt men dat er voornamelijk in landelijke huisartsenpraktijken, nog steeds onvoldoende tijd in preventieve gezondheidszorg wordt gestoken. Dit blijkt uit verscheidene voorgaande masterproeven die het GMD Plus implementeerden in de praktijk waar zij op dat moment aan het werk waren. Er wordt echter wel regelmatig aan opportunistische preventie gedaan, dit is wanneer de opportuniteit zich voordoet tijdens de consultatie of wanneer de patiënt het zelf aanbrengt.

Verder ontzien veel huisartsen zich van hun taak als 'gezondheidsbevorderaar'. Zij voelen dat zij te kort schieten om hun patiënten voldoende te motiveren om een gezonde levensstijl aan te nemen ondanks de intentie die zij meestal wel hebben om gezonder te gaan leven [14]. Het stimuleren van levensstijlaanpassingen is net een belangrijke taak bij preventie. Overgewicht en obesitas vormen één van de belangrijkste gezondheidsproblemen in onze westerse maatschappij. Zij zijn meestal gekoppeld aan een sedentaire levensstijl en een te rijke voeding en hebben niet steeds, maar toch vaak, een belangrijke impact op de gezondheid

De WHO beschrijft obesitas als een chronische ziekte, waarbij zodanige overmatige vetstapeling in het lichaam bestaat dat dit aanleiding geeft tot gezondheidsrisico's. Als meetinstrument gebruikt de WHO de Body Mass Index (BMI). Men spreekt van overgewicht bij een BMI van boven de 25 kg/m^2 en van obesitas bij een BMI van 30 kg/m^2 of meer. Cijfers uit de gezondheidsenquête van 2013 tonen dat 48% van de Belgen overgewicht heeft, waarvan 55% mannen en 42% vrouwen. Bij 14% is er sprake van obesitas. Opvallend is ook dat het percentage stijgt met de leeftijd (tot 74 jaar). Sinds het ontstaan van het initiatief van de gezondheidsenquête in 1997 bemerkt men een lineaire stijging in zowel de gemiddelde BMI als de prevalentie van overgewicht en obesitas bij de volwassen bevolking [3]. Ook op Europees niveau blijven de percentages bij de volwassen bevolking in de meeste landen toenemen, bij 53% is er sprake van overgewicht of obesitas [15].

Uit verschillende studies is gebleken dat overgewicht en obesitas een risicofactor vormt voor een aantal chronische ziekten zoals hypertensie, hart- en vaatziekten, diabetes en zelfs bepaalde kankers. In een Nederlands prospectief bevolkingsonderzoek bij meer dan 20 000 mannen en vrouwen van 20 tot 65 jaar was het risico op cardiovasculaire mortaliteit bij personen met een BMI van ≥ 30 kg/m^2 vier maal verhoogd en het risico op cardiovasculaire morbiditeit verdubbeld vergeleken met personen met een normaal gewicht. Verder was de mortaliteit en de morbiditeit bij personen met een BMI ≥25 kg/m^2, respectievelijk 50% en 25%, toe te schrijven aan overgewicht [16, 17]. Niet alleen de morbiditeit en de mortaliteit stijgt bij obesitas, ook het aantal ziekenhuisopnames en de totale kosten voor de gezondheidszorg stijgen hierdoor [18, 19, 20].

Naast de mate van overgewicht is ook het type obesitas een belangrijke risicofactor. Hierbij wordt bedoeld de plaats in het lichaam waar het overtollige vet is gelokaliseerd. De BMI correleert echter niet altijd goed met het vetpercentage [21]. Aanvullend kan men hiervoor de buikomtrek bepalen. Abdominale obesitas wordt volgens de WHO gedefinieerd als een buikomtrek van boven de 88cm bij de vrouwen en boven de 102cm bij de mannen. Abdominale vetopstapeling (‘appelvorm’) is een belangrijke risicofactor gebleken voor het ontstaan van onder andere diabetes en hart- en vaatziekten. In een Europees cohortonderzoek (n = 359.387, follow-up 9,7 jaar) werd een associatie gevonden tussen buikomtrek en het risico op overlijden (gecorrigeerd voor BMI, roken, alcoholgebruik, lichamelijke activiteit, opleiding en lengte). In het hoogste kwintiel van de middelomtrek (mannen ≥ 102,7 cm; vrouwen ≥ 89,0 cm) was bij mannen het relatieve risico 2,05 (95%-BI 1,80 tot 2,33) en bij vrouwen 1,78 (95%-BI 1,56 tot 2,04). Deze associatie is sterker bij personen met een lagere BMI in vergelijking met personen met een hoog BMI [22]. De buikomtrek heeft dus een goede aanvullende voorspellende waarde op het berekenen van gezondheidsrisico’s. Zowel de BMI als de buikomtrek hebben dus een plaats bij de identificatie van cardiovasculaire risicofactoren.

Een gewichtsreductie van 5 tot 10% gaat reeds gepaard met een aanzienlijke gezondheidswinst. Dit is reeds lang gekend. Studies die dateren uit 1992 en 1997 toonden aan dat bij een gewichtsverlies van 10% men een daling kan verwachten van 10 mmHg systolische en 20 mmHg diastolische bloeddruk, alsook een afname van angor pectoris specifieke symptomen in 91% van de gevallen en verder een 33% stijging van de inspanningstolerantie. Ook op biochemisch vlak zag men een 30-50% daling van de nuchtere glycemie, 15% daling van de HbA1c, 10% daling van het totaal cholesterol, 15% vermindering van LDL, 30 % daling van triglyceriden en ten slotte 8 % stijging van HDL [23, 24, 25].

Gewichtsafname verlaagt ook het totale mortaliteitsrisico bij mensen met een BMI van 25 of hoger. Een meta-analyse van twee cohortonderzoeken (n=2.894) vond dat gewichtsverlies bij diabeten met overgewicht of obesitas een gunstig effect had op de mortaliteit (hazard ratio = 0,75; 95%-BI 0,67 tot

0,83) bij zowel mannen als vrouwen [26]. Verder werd in een prospectief interventieonderzoek (n=4.047) het effect van bariatrische chirurgie vergeleken met conservatieve behandeling op het gewichtsverlies bij mensen met obesitas. Na 10,9 jaar follow-up was er een verminderde mortaliteit (hazard ratio 0,71; 95%-BI 0,54 tot 0,92) bij de chirurgisch behandelde groep die ongeveer 20% afviel ten opzichte van de conservatieve groep, die een min of meer gelijk gewicht behield [27].

Verder heeft een gezonde levensstijl met aandacht voor voeding en beweging ook zonder gewichtsverlies een positieve invloed op comorbiditeit en risicofactoren. Lichaamsbeweging verlaagt niet alleen het risico op cardiovasculaire aandoeningen en diabetes, er is ook een positief verband met de subjectieve gezondheid [28]. Zo zijn er voordelen voor het algemeen welzijn, psychisch welzijn en zelfs grote evidentie bij depressie en angststoornissen [29, 30, 31].

In België bestaan richtlijnen vanuit de Hoge Gezondheidsraad die een leidraad vormen voor een gezonde levensstijl, deze richtlijnen zijn gebaseerd op de aanbevelingen van de WHO en hebben betrekking tot voeding en beweging. Cijfers uit de nationale gezondheidsenquête van 2013 tonen dat we hier echter nog onvoldoende aan tegemoetkomen.

Zesendertig procent van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder besteedt minstens 30 minuten per dag (minstens matige) aan lichaamsbeweging, waarbij het percentage mannen beduidend hoger is dan het percentage vrouwen, respectievelijk 48% en 24%. Opvallend is dat het percentage gestaag afneemt met de leeftijd. Zo bedraagt het percentage 51% in de leeftijdsgroep van 15-24 jaar, slechts 31% meer in de leeftijdsgroep van 65-74 jaar en is er een forse daling tot 12% bij de 75-plussers. Daarnaast oefent 28% van de bevolking van 15 jaar en ouder geen lichaamsbeweging. Uit de opeenvolgende gezondheidsenquêtes ziet men dat de situatie sinds 1997 wat betreft lichaamsbeweging er niet op vooruit is gegaan, en toch zeker niet de laatste 5 jaar [3]. Deze gegevens zijn vergelijkbaar met internationale cijfers. Wereldwijd zou 31% van de volwassen lichamelijk inactief zijn en 35% van de Europeanen, waarbij tevens de inactiviteit toeneemt met de leeftijd en hoger is bij vrouwen [15].

Ook het verband tussen onze ‘welvarende’ voedingsgewoonten, gekenmerkt door een overconsumptie van energierijke voeding en een onderconsumptie van complexe koolhydraten, en een aantal chronische ziekten is reeds aangetoond. De WHO beveelt een dagelijks portie van 400g fruit en groenten, wat ongeveer gelijk is aan minstens 5 porties fruit en groenten per dag. Cijfers uit de gezondheidsenquête tonen dat slechts 12% van de Belgen deze aanbeveling haalt. Verder wordt er door 42% van de bevolking zoete of zoute snacks geconsumeerd, drinkt iets minder dan de helft (48%) de aanbevolen dagelijkse hoeveelheid water van minstens één liter, nuttigt 65% van de Belgen dagelijks melkproducten of calcium verrijkte plantaardige producten, heeft 78% de goede gewoonte heeft om dagelijks te ontbijten en drinkt

slechts 26% dagelijks gesuikerde frisdranken [3]. Onze voedingsgewoonten zijn dus zeker nog niet optimaal.

Ook alcohol en tabak verdienen hier een vermelding. Ondanks alle campagnes die reeds verschenen zijn is er nog steeds een progressieve toename in de Belgische bevolking wat betreft het dagelijks alcoholgebruik, 14% in 2013 tegenover 8% in 1997. Opvallend is wel dat het percentage van het aantal personen die geneigd is te veel te drinken echter gedaald is sinds 2008, 6% tegenover 8-9%. Een normaal gedrag wordt hier gedefinieerd als maximaal 14 glazen alcohol per week voor vrouwen en 21 glazen per week voor de mannen [3]. Wat betreft tabaksgebruik, is het percentage van rokers in België anno 2013 geschat op 23%, waarvan 19% dagelijkse rokers en 4% occasionele rokers. Dagelijks roken wordt gedefinieerd als gemiddeld 16 sigaretten per dag. Zes procent wordt beschouwd als zware rokers (20 of meer sigaretten per dag). Verder heeft 71% al geprobeerd met te stoppen. Ook blijft roken een gewoonte die relatief meer bij mannen voorkomt (26% mannen tegenover 20% vrouwen). Over het algemeen is er een duidelijke daling van het totaal aantal rokers sinds 1997 (30%), maar sinds 2008 ziet men echter een vertraagde afname in het totale percentage (25%) [3]. De WHO kon in 2013 bevestigen dat het gebruik van tabak een van de grootste bedreigingen is die ooit heeft gewogen op de volksgezondheid wereldwijd [3]. Een uitspraak die gebaseerd werd op meer dan 50 jaar onderzoek.

Preventie komt voornamelijk neer op de aanpak van een cluster leefstijlfactoren met in het bijzonder alcohol, roken, voeding en beweging. Men moet dus meer focus leggen op het onderliggende gezondheidsgedrag. Dit vraagt echter veel inspanning en doorzettingskracht van zowel de hulpverlener als de persoon in kwestie. Huisartsen twijfelen echter vaak aan hun capaciteiten om het gezondheidsgedrag van hun patiënten te kunnen veranderen. Een recente Nederlandse studie trachtte te onderzoeken met welke barrières huisartsen geconfronteerd worden [32]. De voornaamste factoren waren tijdsgebrek, te weinig vertrouwen in hun rol als gezondheidsbevorderaar, onvoldoende financiële compensatie en last but not least de motivatie van de patiënt om zijn gezondheidsgedrag te veranderen. Tevens vermeldde Bretons et al. in een gelijkaardige studie dat de helft van de ondervraagde huisartsen aarzelend zijn over de effectiviteit van het promoten van levensstijlaanpassingen [33].

Toch kan men verwachten dat gepersonaliseerd advies en begeleiding met herhaling op regelmatige basis meer kans heeft op slagen om het gezondheidsgedrag van de patiënt te veranderen. Volgens onderzoek zou reeds enkele minuten per consultatie volstaan om een realistische en effectieve verandering te weeg te brengen [34]. Tevens onderzocht Lin et al. in een systematisch literatuuronderzoek wat de effectiviteit is van bewegings- en voedingsbegeleiding ter preventie van cardiovasculaire aandoeningen. Men zag een lichte verbetering op de intermediaire eindpunten zoals BMI, bloeddruk en lipidengehalte. De evidentie op lange termijn was echter beperkt [35].

Er is reeds veel onderzoek gepubliceerd rond het effect van een preventiebeleid op de morbiditeit en de mortaliteit. Tevens over de drempels waarmee artsen geconfronteerd worden in hun preventiebeleid in de praktijk. Weinig is echter terug te vinden in de literatuur over wat de impact is op het gezondheidsgedrag van de patiënt bij het organiseren van gesystematiseerde preventieconsultaties en screeningsonderzoeken.

4. Methodiek

4.1 Literatuuronderzoek

Voor de literatuurstudie heb ik eerst heel veel informatie gehaald op de websites van de overheid, World Health Organisation, Domus Medica, en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en werd heel wat achtergrondinformatie gehaald uit de masterproeven van voorbijgaande jaren.
Aan de hand van de verzamelde informatie trachtte ik specifiekere informatie te zoeken via volgende zoekmachines: Pubmed, Cochrane en Cebam. Gebruikte zoektermen waren: prevention, preventie, preventive consultation, preventieconsultatie, cardiovasculair disease, efficacy, health promotion, health behavior, gezondheidsgedrag, motivation, motivatietechnieken, primary care, obesity.

4.2 Prospectief observationeel onderzoek

4.2.1 Keuze van de populatie

De implementatie van het GMD Plus gebeurde in een landelijke solopraktijk in de Vlaamse Ardennen te Zingem, Oost-Vlaanderen.

De preventie gids van Domus Medica is afgesteld vanaf 45 jaar. Ik koos echter voor de bevolkingsgroep van 50-75 jaar omdat uit een leeftijdsanalyse binnenin de praktijk er voornamelijk 50-plussers patiënten zijn en tevens omdat op deze manier de risicofactor leeftijd voor iedereen positief is. Ik koos ook voor een limiet van 50 patiënten (n=50).

Inclusiecriteria zijn patiënten met een GMD[1] en leeftijd tussen de 50 en 75 jaar. Exclusiecriteria zijn patiënten die zelf niet op raadpleging (kunnen) komen, patiënten in een instelling en patiënten met een levensverwachting van minder dan 10 jaar.

4.2.2 Onderzoeksdesign

Uit de literatuur is reeds gebleken dat het aanschrijven van patiënten en het actief aanbrengen van de mogelijkheid voor een preventieconsult tijdens een consultatie de meest efficiënte rekruteringsstrategie is om patiënten voor preventie te bereiken. In dit onderzoek heb ik geopteerd om de patiënten enkel actief te bevragen.

Vanaf 1 augustus 2014 werd aan alle patiënten die op eigen initiatief kwamen voor een jaarlijkse bloedafname en bij patiënten die zich kwamen presenteren ter controle en/of voor verlengvoorschriften, actief een preventieconsulatie aangeboden tot een totaal van 50 patiënten werd bereikt.

[1] Onder patiënten met een GMD geldt, volgens het advies van de Orde der geneesheren, alle patiënten die de laatste twee jaar nog een GMD hebben afgesloten.

Verder trachtte ik ook patiënten warm te krijgen voor een preventieconsult door de patiëntenfolders van Domus Medica in verband met het GMD Plus in de wachtzaal te leggen en de bijhorende affiche in de wachtzaal op te hangen. Op deze wijze informeerde ik alle patiënten over de mogelijkheid van een consultatie die integraal in het kader staat van preventie.

Indien patiënten akkoord waren om deel te nemen aan de studie werd een datum vastgelegd voor een preventieconsultatie. Elke patiënt kreeg een brief mee met wat meer uitleg rond de studie, de vragenlijst uit de gezondheidsgids 2014 van Domus Medica en een vragenlijst rond beweging (de verkorte SQUASH-vragenlijst) (zie bijlage). Tevens werd aan alle deelnemende patiënten gevraagd om een toestemmingsformulier in te vullen en te ondertekenen (zie bijlage). Bij het opstellen van de informatieve brief gaat de keuze naar een korte uiteenzetting van de studie en wat van de deelnemers verwacht wordt.

Voor het preventieconsult werd telkens 30 minuten voorzien. Elke consultatie bestond uit het samen overlopen en verder invullen van de vragenlijst uit de gezondheidsgids, de verkorte SQUASH-vragenlijst, een klinisch onderzoek met bloeddrukmeting, een risicobepaling en classificatie volgens het ABCDEF-model uit de gezondheidsgids en het opstellen van een individueel preventieplan. Hierbij zal er aandacht gaan naar eventueel uit te voeren interventies zoals vaccinaties, uitstrijkjes, mammografieën, fecaal occulte bloedtesten (FOBT) en indien nodig aangepast rookstop-, voedings- en bewegingsadvies gegeven worden.

Het risicoprofiel werd opgesteld aan de hand van het ABCDEF-model waarbij zes klinische risicofactoren bepaald werden en geregistreerd werden in het dossier. De ‘A’ staat voor leeftijd ≥50 jaar, ‘B’ staat voor een bloeddruk ≥140/90 mmHg of het reeds nemen van antihypertensiva, ‘C’ staat voor wel of niet roken, ‘D’ staat voor de aanwezigheid van diabetes mellitus type 2, ‘E’ is positief bij een persoonlijk ischemisch event (cardiaal, cerebraal of perifeer) en tenslotte is ‘F’ positief bij de aanwezigheid van een familiaal ischemisch event (<55 jaar bij vader/broer, <65 jaar bij moeder/zus). De risicofactor met betrekking tot de leeftijd zal echter niet verder gerapporteerd worden want dit is voor alle deelnemende patiënten positief aangezien leeftijd ≥50 jaar een inclusiecriteria is.

Indien van toepassing kon nog een bloedafname vereist zijn om het verder risiconiveau te bepalen, waarbij de totale cholesterol, HDL-cholesterol en zijn ratio werd berekend. Deze cijfers werden dan ingebracht in de SCORE-risicotabellen van België om het risiconiveau verder te determineren.

Aan de hand van alle bovenstaande gegeven werden uiteindelijk alle patiënten onderverdeeld in drie categorieën: hoog cardiovasculair risico (>10% kans om binnen 10 jaar te overlijden aan een ischemisch

cardiovasculair event), matig cardiovasculair risico (5-9% kans om te overlijden) en een laag cardiovasculair risico (0-4% kans om te overlijden).

Het gebruik van alcohol werd geëvalueerd aan de hand van het aantal consummaties per week en de AUDIT-vragenlijst. Indien bleek dat er sprake was van 'problematisch' of 'afhankelijkheid' (gedefinieerd volgens de AUDIT-score), werd advies gegeven rond aanvaardbaar gebruik. Dit advies werd gebaseerd op dat van de Hoge Gezondheidsraad en Domus Medica. Voor volwassenen mannen geldt de aanbeveling van ≤21 standaardglazen per week en nooit meer dan 5 glazen per keer. Bij vrouwen geldt ≤14 standaardglazen per week en nooit meer dan 3 glazen per keer. Verder wordt voor mannen én vrouwen een minimum van 2 alcoholvrije dagen per week aangeraden.

Na het eerste contactmoment stelde ik voor iedere patiënt een geïndividualiseerd preventieplan op. Elke patiënt kreeg een informatieblad met uitleg rond de actieve voedingsdriehoek en informatie met de aanbevolen lichaamsbeweging bij volwassen (zie bijlage). Hierbij noteerde ik per patiënt wat belangrijk is voor hem en stelde ik een preventieplan op. Dit alles telkens in samenspraak met de patiënt en in functie van de haalbaarheid en noden. Deze informatie kreeg elke patiënt mee naar huis.

Bij het opstellen van het preventieplan, heb ik extra nadruk gelegd op levensstijlaanpassingen omdat net dit het moeilijkste is om te veranderen. Ik baseerde mij hiervoor op de aanbevelingen uit de Vlaamse consensustekst in verband met evenwichtige voeding en beweging uitgebracht in september 2012. Deze consensustekst werd opgesteld in opdracht van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin [36]. Verder maakte ik ook gebruik van het transtheoretisch model van Prochaska en Di Clementi (zie bijlage). Aan de hand van deze veranderingscirkel trachtte ik te peilen naar de motivatie van de patiënten om hun gedrag te veranderen en hun te begeleiden in hun inspanningen voor gedragsveranderingen.

Elke patiënt kreeg dus ongeacht of hij het nodig had, gepersonaliseerd advies rond een gezonde levensstijl. Ik gaf advies aan de hand van de actieve voedingsdriehoek met uitleg over de negen verschillende groepen (water, graanproducten en aardappelen, groenten, fruit, melkproducten en calciumverrijkte sojaproducten, vlees/vis/eieren en vervangproducten, smeer- en bereidingsvet, restgroep en lichaamsbeweging). De basis van de driehoek is de groep lichaamsbeweging, aangezien een evenwichtig eetpatroon en voldoende beweging met elkaar verbonden zijn in een gezonde levensstijl. Vanuit de Hoge Gezondheidsraad wordt aanbevolen dat volwassenen minstens vijf dagen per week en bij voorkeur dagelijks minstens een halfuur een matig fysieke inspanning ondernemen. Bovendien moeten ze minstens twee maal per week specifieke activiteiten uitoefenen om de botkwaliteit en spiersterkte te verbeteren.

Vervolgens legde ik voor elke patiënt op het einde van de consultatie een vervolgafspraak vast 3 maand na het eerste contactmoment. Afhankelijk van de noden die uit de eerste consultatie aan het licht kwamen, kon het natuurlijk zijn dat er reeds vervoegde controle afspraken gemaakt werden of dat er verdere investigaties en interventies zich opdringen.

Na een tijdspanne van drie maand zag ik elke patiënt terug voor opvolging. Elke consultatie werd voorafgegaan door het invullen van een enquête rond de persoonlijke beleving van dit initiatief rond preventie en levensstijlaanpassingen (zie bijlage). Deze vragenlijst is opgebouwd uit 3 delen. Het eerste deel betreft vragen over het eerste contactmoment, het tweede deel zijn vragen met betrekking op het preventieplan en het derde deel gaat over de algemene indruk van de patiënt over het concept.

Tijdens het vervolgconsult ging ik na hoe de patiënt het de voorbije maanden heeft gesteld en wat hij terecht gebracht heeft van het gepersonaliseerd preventieplan, met andere woorden wat heeft de patiënt ondernomen en wat is blijven hangen. Dit werd aangevuld met opnieuw een basis klinisch onderzoek met bloeddrukmeting en een revaluatie van de verkorte SQUASH vragenlijst. Voor het tweede contactmoment werd eveneens 30 minuten voorzien.

Alle gegevens werden enkel door mij verwerkt. De gegevens die van toepassing waren op de gezondheidsgids 2014 werden op een gestandaardiseerde manier geregistreerd in het elektronisch dossier, alsook verwerkt in een Excel bestand. Het elektronisch dossier waarmee op de praktijk wordt gewerkt is WINDOC. De gegevens betreffende de vragenlijst rond beweging en die rond beleving werden op een gecodeerde manier eveneens verwerkt in een Excel bestand.

De geregistreerde parameters zijn: leeftijd, geslacht, gewicht, lengte, BMI, buikomtrek, bloeddruk, SCORE, roken, diabetes, persoonlijke antecedenten, familiale antecedenten, vaccinatiestatus tetanus, cervixuitstrijkje, mammografie, FOBT, alcoholgebruik met bijhorende AUDIT, risico op depressie.

5. Resultaten

Over een periode van 2 maand werden er 50 personen bereidt gevonden om deel te nemen aan een preventieconsultatie. In totaal werd de vraag gesteld aan 54 personen. Vier personen weigerde deel te nemen en de voornaamste reden hiervoor was dat zij dergelijk initiatief niet nodig vonden.

5.1 Patiënten kenmerken

Patiënten werden beoordeeld op basis van hun buikomtrek, gewicht, BMI, risicoprofiel, alcoholgebruik, tetanus vaccinatiestatus en depressieve stemming. Verder werd gescreend naar colorectale kanker aan de hand van een FOBT en gescreend naar borst- en cervixkanker aan de hand van een mammografie en een uitstrijkje. Telkens werd een onderscheid gemaakt tussen mannen (M), vrouwen (V) en de totale populatie.

5.1.1 Algemene kenmerken

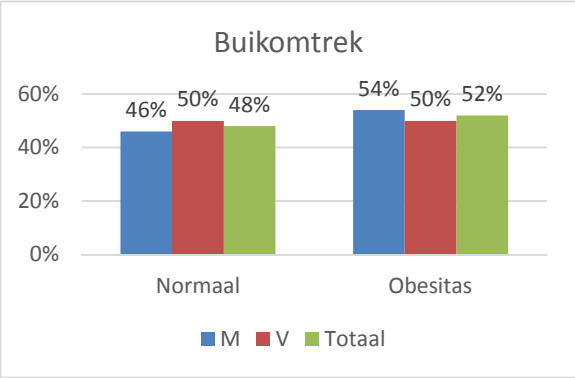
Van de 50 patiënten waren er 26 (52%) mannen en 24 (48%) vrouwen. De gemiddelde leeftijd, buikomtrek, gewicht en BMI is terug te vinden in onderstaande tabel (Tabel 1).

De onderzoekspopulatie werd aan de hand van de buikomtrek verder onderverdeeld in normaal en obesitas (Figuur 1). De onderverdeling is gebaseerd volgends de WHO definitie waarbij een normale buikomtrek wordt beschreven als een buikomtrek ≤88cm bij de vrouwen en ≤102cm bij de mannen.

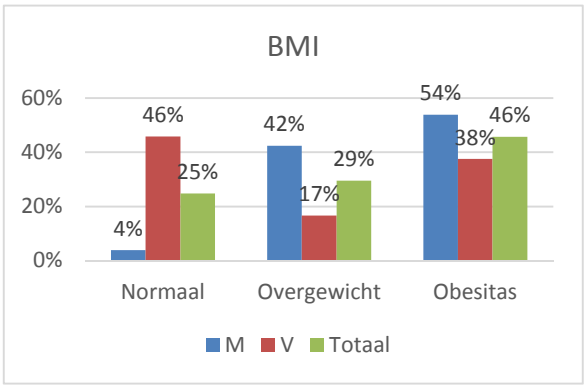
Hetzelfde werd gedaan voor de BMI (Figuur 2). De BMI wordt geclassificeerd in 3 groepen volgens de WHO classificatie, namelijk normaal (18,5-24,9), overgewicht (25-29,9) en obesitas (≥30). Eén patiënt had een BMI van boven de 40 kg/m^2 en dit wordt gedefinieerd als morbide obesitas.

KENMERKEN	*MANNEN*	*VROUWEN*	*TOTAAL*
leeftijd in jaren	**61 (6,6)**	**62,3 (7,1)**	**61,6 (6,8)**
buikomtrek in cm	**106,8 (11,6)**	**93,3 (14,2)**	**100,3 (14,5)**
gewicht in kg	**91,1 (16,8)**	**72,5 (14,7)**	**82,2 (18,3)**
BMI in kg/m²	**30,1 (4,9)**	**27,9 (5,5)**	**29 (5,3)**
Aantal	**26**	**24**	**50**

Tabel 1: Gemiddelde (+standaardafwijking) van de kenmerken bij de populatie.



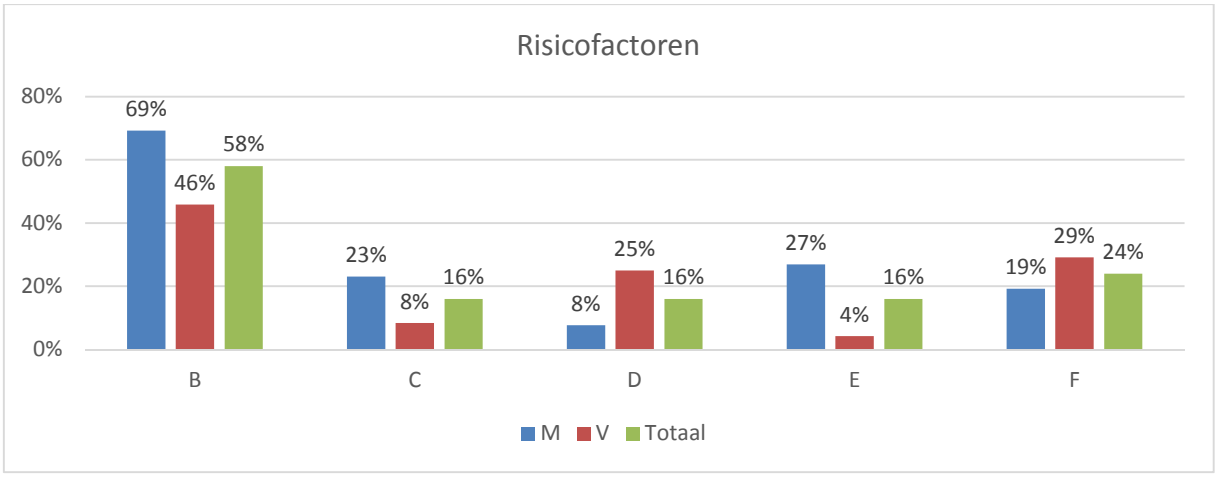
Figuur 1: Onderverdeling volgens buikomtrek



Figuur 2: Onderverdeling volgens BMI

5.1.2 Risicoprofiel

Vijf van de 6 risicofactoren, gedefinieerd hierboven, werden geregistreerd. Onderstaande figuur illustreert een beeld van de onderverdeling van de verschillende risicofactoren in de onderzoekspopulatie (Figuur 3). Opvallend is het verschil tussen de mannen en de vrouwen voor elke risicofactor.

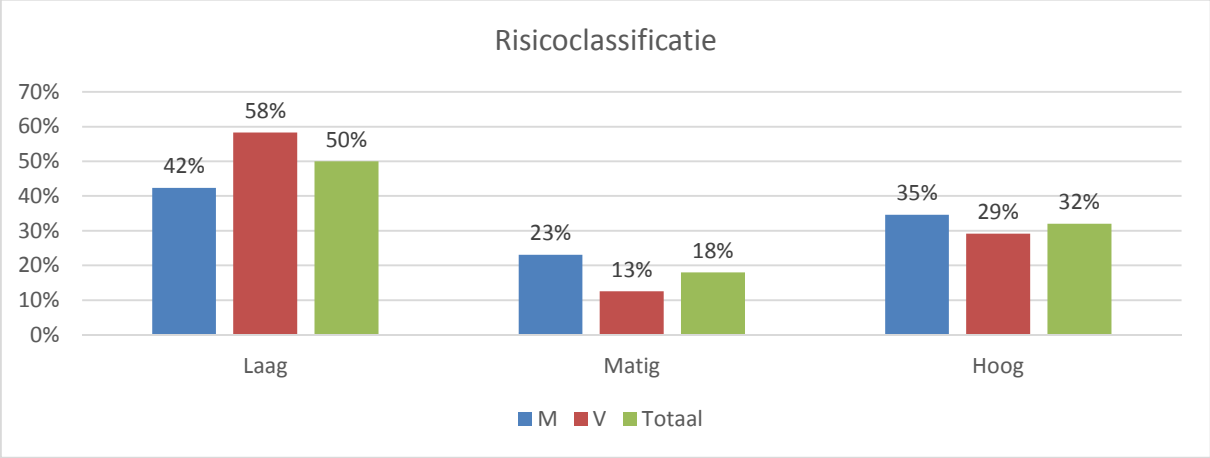


Figuur 3: Onderverdeling van de cardiovasculaire risicofactoren

In totaal werden 29 patiënten ofwel reeds behandeld met antihypertensiva of hadden een gedocumenteerde bloeddruk van >140/90 mmHg. Twee van de 29 (7%) waren voorheen niet gekend met hoge bloeddruk. Bij de controle na 3 maand werd bij alle B-positieve patiënten een goed geregelde bloeddruk geconstateerd.

Indien we de risicofactor roken (C) bekijken, zien we dat in het begin van de studie 16% van de onderzoekspopulatie rookt. Bij herevaluatie na 3 maand rookt slechts 10%, 3 van de 8 patiënten zijn dus gestopt met roken.

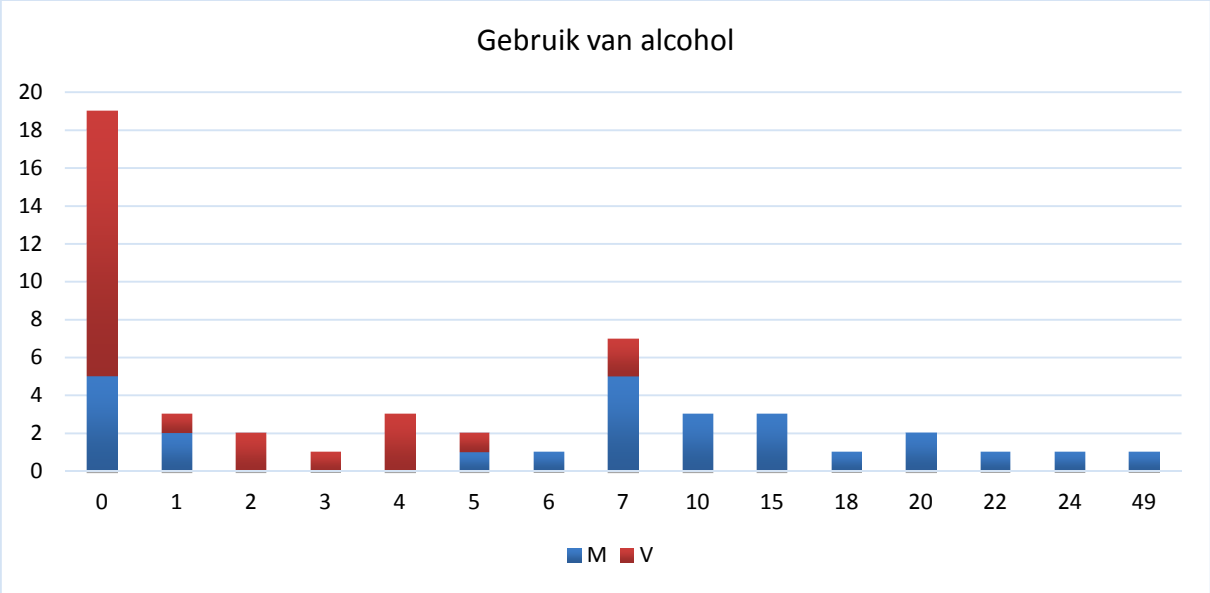
Bij de risicoclassificatie bevindt 50% van de totale onderzoekspopulatie zich in de categorie met een laag cardiovasculair risico, 18% heeft een matig risico en 32% een hoog risico op sterfte aan hart- en vaatziekten. Het verschil tussen mannen en vrouwen is gering (Figuur 4).



Figuur 4: Onderverdeling volgens de SCORE-risicotabel

5.1.3 Alcoholgebruik

Het aantal consummaties per week werd voorgesteld in onderstaande histogram (Figuur 5). Men ziet een grote spreiding bij de mannen gaande van 0 tot 49 consummaties per week en bij de vrouwen slechts van 0 tot 7. Gemiddeld drinken mannen 11 glazen per week (standaarddeviatie 11) en vrouwen 2 glazen per week (standaarddeviatie 2). Verder zijn er meer onthouders bij de vrouwen dan bij de mannen, respectievelijk 58% en 19% (Figuur 5).



Figuur 5: Verdeling van het aantal consummaties per week

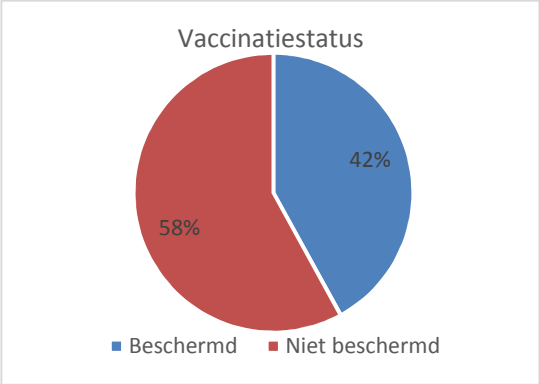
Aangezien het grote verschil in drinkgedrag werden de resultaten van de AUDIT-vragenlijst voor mannen en vrouwen apart geëvalueerd. Mannen scoren gemiddeld 5,2 en vrouwen 1,29. Wanneer we de AUDIT-vragenlijst opnieuw afnemen na 3 maand zien we een lichte daling van de score bij de mannen, namelijk 4,6, terwijl de score van de vrouwen gelijk blijft.

In totaal werd 86% geclassificeerd binnen het aanvaardbaar gebruik en 14% binnen het problematisch gebruik. Bij herevaluatie na 3 maand werd slechts 6% van de onderzoekspopulatie als problematisch beschouwd, 4 van de 7 (57%) hebben dus hun alcoholgebruik veranderd.

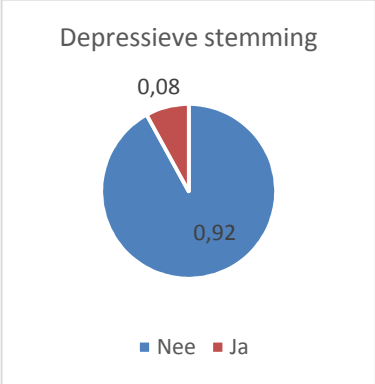
5.1.4 Tetanus vaccinatiestatus en depressieve stemming

Meer dan de helft van de populatie was niet in orde met de vaccinatie tegen tetanus. Negentien (58%) patiënten liepen een risico en waren onvoldoende beschermd, 21 (42%) was wel voldoende beschermd (Figuur 6). Er werd weinig verschil gezien tussen de mannen en de vrouwen. Alle patiënten die onvoldoende beschermd waren, werden volgens de adviezen van de Hoge Gezondheidsraad opnieuw gevaccineerd met Boosterix® volgens het aanbevolen schema.

Bij navragen rond depressie hadden 4 (8%) patiënten ja geantwoord op minstens 1 van de 2 vragen (zie vragenlijst Domus Medica) (Figuur 7). Het grootste deel hiervan waren mannen (75%).



Figuur 6: Vaccinatiestatus tetanus

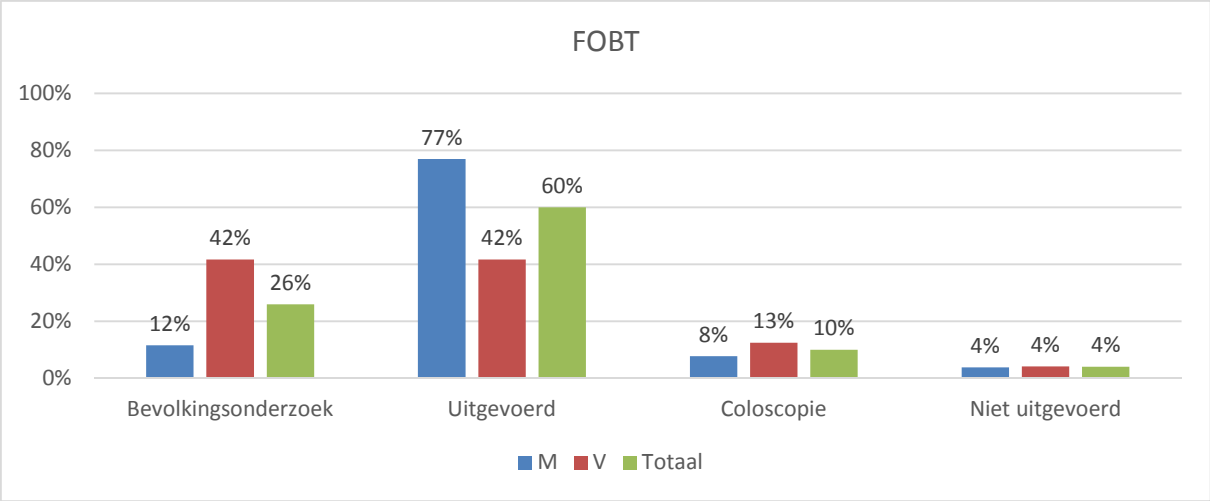


Figuur 7: Depressieve stemming

5.1.5 Screening colorectale kanker

Bij alle 50 deelnemende patiënten werd geen verhoogd risico gevonden en volstond een FOBT-test. In totaal werd een FOBT afgenomen bij 30 patiënten (60%). Van de overige 20 patiënten was het bij 5 (10%) niet nodig aangezien zij een coloscopie hebben gehad binnen de 3 jaar en hadden er 13 (26%) reeds deelgenomen aan het bevolkingsonderzoek. Verder werd de test door 2 patiënten (4%) om nog onbekende redenen niet uitgevoerd (Figuur 8).

Een positief resultaat werd gevonden bij 4 patiënten (8%). Een geruststellende coloscopie volgde bij 3 van de 4 (75%), één persoon weigerde verder onderzoek.

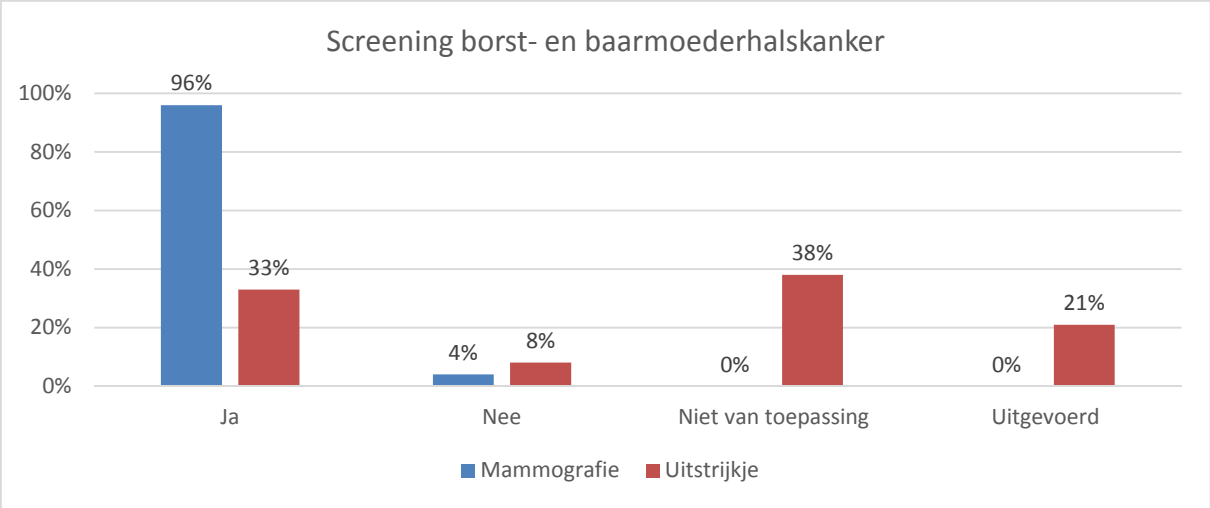


Figuur 8: Screening colorectale kanker adhv FOBT

5.1.6 Screening borst- en baarmoederhalskanker

Alle deelnemende vrouwen werden reeds uitgenodigd via het bevolkingsonderzoek voor een tweejaarlijkse screening naar borstkanker door middel van een mammografie. In totaal weigerde 1 vrouw dit onderzoek (Figuur 9).

Bij evaluatie rond screening van baarmoederhalskanker werden de vrouwen ingedeeld in vier groepen: een groep waarbij dit reeds werd uitgevoerd binnen de termijn van 3 jaar, een groep waarbij een uitstrijkje zich nog steeds opdringt, een groep waarbij het niet van toepassing was (na hysterectomie of leeftijd ≥65 jaar) en een groep waarbij het cervixuitstrijkje op de praktijk werd uitgevoerd (Figuur 9).



Figuur 9: Onderverdeling participatie mammografie en uitstrijkje

5.2 Enquête beleving van preventie en levensstijlaanpassingen

De rapportering rond de beleving van de patiënt werd onderverdeeld in 3 verschillende pijlers namelijk het preventieconsult, het preventieplan en de algemene indrukken en moeilijkheden rond levensstijlaanpassingen.

5.2.1 Preventieconsult

Onderstaande tabel geeft de respons op de vragen weer in percentages (Tabel 2). Vragen werden gesteld rond tijdmanagement, verstaanbaarheid, aandacht, de geschiktheid van de huisarts, de wenselijkheid en het eventueel aanbevelen aan anderen. Patiënten konden antwoorden met ja, ja/nee en nee.

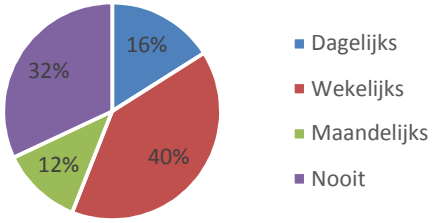
VRAGEN	*JA*	*JA/NEE*	*NEE*
Voldoende tijd	100%	0%	0%
Vragen en informatie duidelijk	100%	0%	0%
Voldoende aandacht	100%	0%	0%
Huisarts geschikte persoon	98%	2%	0%
Reeds gewild	20%	24%	56%
Aanbevelen aan anderen	82%	10%	8%

Tabel 2: Resultaten vragen rond het preventieconsult

5.2.2 Preventieplan

In het tweede luik werd gepeild naar het bewustzijn van het eventueel aanwezige gezondheidsprobleem, het maken van concrete afspraken, de verstaanbaarheid van het advies, het zich herinneren van het preventieplan en het wel of niet naleven van het preventieplan door levensgewoonten te veranderen

(Tabel 3). Patiënten konden opnieuw antwoorden met ja, ja/nee en nee. Bijkomend werd de vraag gesteld hoe vaak zij aan het plan gedacht hadden. Een onderverdeling werd gemaakt tussen dagelijks, wekelijks, maandelijks en nooit (Tabel 3).

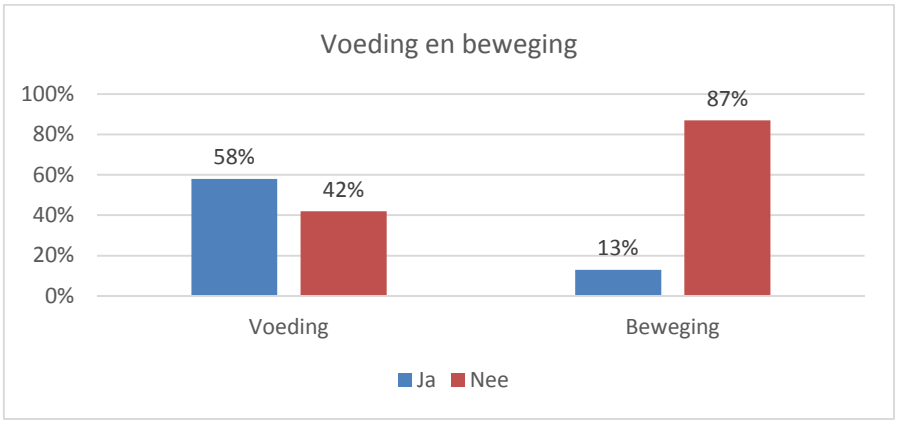
VRAGEN	*JA*	*JA/NEE*	*NEE*
Bewust van het gezondheidsprobleem	64%	26%	10%
Concrete afspraken gemaakt	94%	2%	4%
Duidelijk advies gekregen	96%	4%	0%
Herinneren van het advies	70%	24%	6%
Levensgewoonten veranderd	30%	36%	34%
Frequentie van denken aan het preventieplan			

Tabel 3: Resultaten vragen rond preventieplan

5.2.3 Levensstijlaanpassingen rond voeding en beweging

In totaal hadden 36 patiënten (72%) nood aan advies rond gezonde voeding en voldeden er 38 (76%) niet aan het advies van de WHO en de Hoge Gezondheidsraad wat betreft fysieke activiteit.

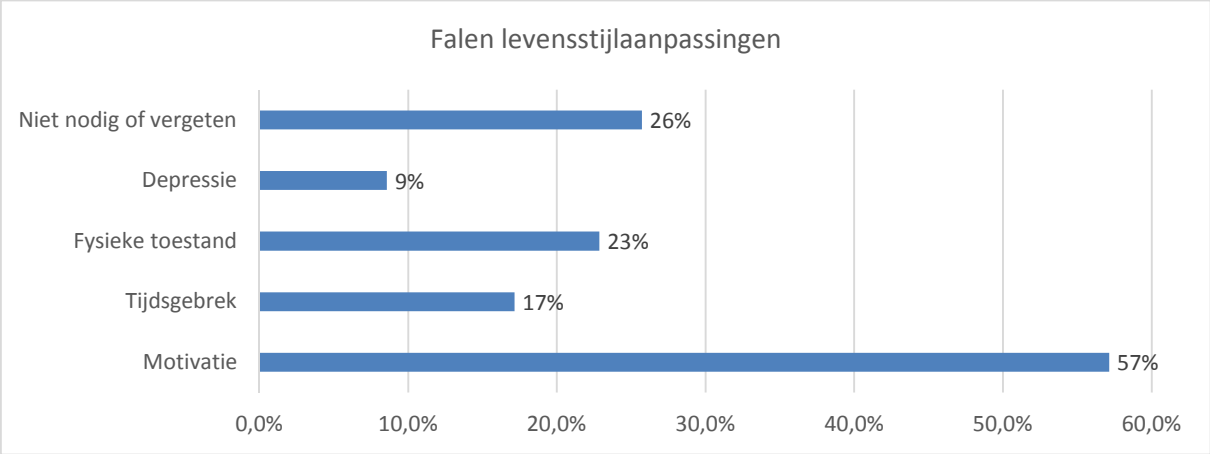
Bij herevaluatie na 3 maand hadden 21 van de 36 patiënten (58%) hun voedingsgedrag aangepast en zijn er 5 van de 38 patiënten (13%) meer gaan bewegen (Figuur 10).



Figuur 10: Aanpassingen rond voeding en beweging

5.2.4 Redenen van falen levensstijlaanpassingen

In totaal hadden 35 (70%) patiënten het preventieplan onvoldoende nageleefd. Onderstaande grafiek geeft een uiteenzetting van de voornaamste redenen waarom patiënten faalden (Figuur 11). Een aantal patiënten gaven meerdere redenen aan.



Figuur 11: Redenen falen levensstijlaanpassingen

6. Discussie

6.1 Patiënten kenmerken

De vergrijzing is al langer een feit en de gemiddelde Belg is te dik (gemiddelde BMI in België = 25,4 km/m^2) [3]. De verworven resultaten in deze studie weerspiegelen dus een goed beeld van onze huidige maatschappij. De gemiddelde leeftijd is 61.6 jaar met een gemiddelde BMI van 29 km/m^2 (Tabel 1). De hogere waarde van de BMI in vergelijking met het Belgische gemiddelde is te wijten aan het feit dat zowel het percentage van overgewicht als obesitas toeneemt met de leeftijd (tot 74 jaar). Meer dan de helft van de volwassen heeft reeds overgewicht binnen de leeftijdsgroep 45 tot 54 jaar en in de leeftijdsgroep 55 tot 74 jaar is er sprake van obesitas bij 20% [3]. In deze studie, met leeftijdsgroep 50 tot 75 jaar, is er zelfs sprake van 29% met overgewicht en 46% met obesitas. Dit verschil kan verklaard worden doordat in deze studie slechts gewerkt wordt met een steekproef van 50 personen. Dit is onvoldoende representatief voor de totale Belgische bevolkingsgroep 50-75 jaar, maar vertegenwoordigt wel een groep met een hoger risico.

De waarde van de BMI kwam bij de start van het onderzoek in september 2014 even in opspraak in de media. Dit naar aanleiding van een Britse meta-analyse die reeds was gepubliceerd in 2012 [37]. In deze meta-analyse concludeert men dat de ratio buikomtrek/lengte een geschiktere predictor is voor diabetes, dyslipidemie, hypertensie en cardiovasculair risico dan de BMI en tevens ook de absolute waarde van de buikomtrek. De waarde van de buikomtrek is met andere woorden dus een betere voorspeller voor de gezondheid. De buikomtrek zou niet groter mogen zijn dan de helft van de lengte. Naar aanleiding hiervan berekende ik snel even de gemiddelde ratio buikomtrek/lengte van de onderzoekspopulatie. Deze bedraagt 60% voor de totale populatie. Wanneer we per geslacht kijken, scoren de vrouwen iets beter dan de mannen, respectievelijk 58% en 61%.

Aangezien het toenemende belang van het meten van de buikomtrek werden de BMI en de buikomtrek in deze studie naast elkaar gezet en vergeleken. Het percentage van de onderzoekspopulatie die lijdt aan obesitas is gelijkaardig bij beide parameters (Figuur 1, Figuur 2). Op basis van deze gegevens zou men dus kunnen besluiten dat ze evenwaardig zijn aan elkaar om obesitas te kwantificeren. De WHO gebruikt echter nog steeds de BMI als standaard bij de definitie van overgewicht en obesitas. In vergelijking met de buikomtrek wordt bij de classificatie van de BMI nog een extra onderverdeling gecreëerd voor diegene die geclassificeerd worden als ‘overgewicht’. Personen met overgewicht hebben per definitie een verhoogd risico op de ziekte met zijn bijhorende gezondheidsrisico’s. Men kan dus concluderen dat beiden hun nut hebben bij de evaluatie van de gezondheidsrisico’s en dat ze best samen worden geëvalueerd.

Verder bevestigt deze studie dat het aandeel van chronische ziekten toeneemt bij de ouder wordende populatie. Meer dan de helft (58%) heeft bloeddrukproblemen, 16% heeft diabetes en 16% heeft reeds een ischemisch event gehad. Opvallend werd toch de helft (50%) van de onderzoekspopulatie geclassificeerd met een laag risico bij de risicobepaling en bevindt slechts 32% zich in het hoge risiconiveau. Deze risicobepaling en classificatie houdt echter geen rekening met het grote gezondheidsprobleem rond overgewicht en obesitas. Wanneer men een gezondheidsprofiel wil opstellen, houdt men dus best rekening met alle factoren.

6.2 Enquête rond beleving en gezondheidsgedrag

Het initiatief om een preventieconsult te introduceren in de praktijk werd door de patiënten positief onthaald. De grote meerderheid stond voorheen niet echt stil bij hun gezondheidsgedrag en/of het feit dat hun huidig gedrag ernstige gevolgen kon hebben op langere termijn. Patiënten waren tevreden dat er eens aandacht besteed werd aan het voorkomen van ziekte in plaats van te genezen. Tweeëntachtig procent zou zelfs een preventieconsult aanbevelen aan anderen. Opvallend is dat slechts 20% dergelijk consult reeds eerder had gewild.

Men is er al lang over eens dat een consultatie die enkel in het kader van preventieve gezondheidszorg staat, nuttig is. Patiënten worden bewust gemaakt van hun gezondheidsrisico's aangezien zij er zich vaak niet van bewust zijn. Dit wordt ook bevestigd in deze studie, slechts 64% was zich bewust van hun risico en zelfs 10% was er zich helemaal niet van bewust.

Verder wist de meerderheid niet dat het ook de taak is van de huisarts om de patiënt daarop attent te maken en daarin te begeleiden, ondanks dat toch bijna iedereen (98%) vindt dat de huisarts de geschikte persoon is voor dit type consultatie. Tenslotte bevestigt ook deze studie dat de vragenlijst van de gezondheidsgids een bruikbaar en degelijk instrument is, alle deelnemende patiënten vonden alles duidelijk en verstaanbaar (Tabel 2).

Elke patiënt kreeg gepersonaliseerd advies mee na de eerste consultatie. Dit advies was gebaseerd op de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad en DM en bleek een bruikbaar instrument te zijn om patiënten te begeleiden. Zo goed als bijna iedereen (96%) vond het advies rond levensstijlaanpassingen duidelijk en verstaanbaar en 94% was tevreden over de concrete vervolgafspraken die gemaakt werden (Tabel 3).

Vervolgens peilde ik ook of patiënten effectief nog bezig waren met hun gezondheidsgedrag 3 maand later en of ze in de voorbijgaande maanden rekening hadden gehouden met het preventieplan. In totaal herinnert slechts 70% zich het gegeven advies nog goed en 6% helemaal niet meer. Verder had ongeveer

2/3 (68%) met een zekere vorm van regelmaat zich bekommerd rond hun gezondheidsgedrag, de meerderheid (40%) deed dit op wekelijkse basis. Ook valt er te vermelden dat in totaal toch 32% helemaal niet meer bezig was hun gezondheidsgedrag noch het preventieplan. Een kleine vergelijking werd gemaakt tussen de patiënten met een laag risicoprofiel en een hoog risicoprofiel. De helft (50%) van de patiënten met een hoog risicoprofiel was toch wekelijks bezig met hun gezondheidsgedrag maar opmerkelijk is dat toch 38% er nooit meer aan gedacht had. Bij de patiënten met een laag risicoprofiel zijn de cijfers gelijkaardig, respectievelijk 44% en 36%.

Levensstijlaanpassingen aanpakken en begeleiden blijft een moeilijk obstakel. In totaal heeft 30% het preventieplan nageleefd en hun levensgewoonten aangepast, 36% heeft een poging ondernomen en 34% heeft helemaal niets veranderd aan hun levensgewoonten (Tabel 3). Dankzij het preventieconsult waren patiënten zich dus meer bewust van hun gezondheidsgedrag maar konden ze onvoldoende inspanning leveren om hun levensstijl te veranderen. In de meerderheid van de gevallen hebben mensen wel de intentie om een gezondere levensstijl aan te nemen maar lukt het hun vaak niet om deze voornemens om te zetten in concrete acties.

Bij het advies rond gezondheidsgedrag en levensstijlaanpassingen legde ik de focus op roken, gebruik van alcohol, voeding en beweging. Van de 8 patiënten die rookten zijn in totaal 3 patiënten (38%) na 3 maanden gestopt. Ook op het gebied van alcoholgebruik zien we een gunstig resultaat. Hierbij heeft 57% het korte advies gevolgd en werd na 3 maand slechts 6% geclassificeerd binnen het problematisch gebruik in plaats van de oorspronkelijke 14%.

Dankzij de reeds bestaande campagnes en de relatief grote aandacht rond voeding in onze maatschappij, was de meerderheid van de deelnemende patiënten van deze studie reeds bezig met hun voedingsgedrag. Velen denken dat ze gezond eten maar bij verder navragen voldeed toch 72% niet aan de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad. Sommigen hadden enkel een opfrissing nodig van de algemene aanbevelingen. De meeste fouten werden gemaakt op vlak van de (ongezonde) tussendoortjes, de grote van de porties en de dagelijkse aanbevolen hoeveelheid water. In totaal had toch meer dan de helft (58%) een inspanning geleverd om zijn voedingsgedrag aan te passen in functie van het gegeven advies (Figuur 10). Dit vertaalt zich echter niet in cijfers. Het gemiddelde gewicht van de totale onderzoekspopulatie was bij de start van de studie 82,2kg, bij herevaluatie na 3 maand is dit licht opgelopen naar 82,4kg. De gemiddelde BMI is na 3 maand gelijk gebleven, respectievelijk 29 kg/m^2 en 29,1 kg/m^2. Hoe komt het dan dat de inspanningen zich niet vertalen in de cijfers? Hiervoor moeten we verder kijken naar het bewegingsgedrag van de patiënten.

Het grootste struikelblok in deze studie blijkt de fysieke activiteit. Een sedentaire levensstijl werd gezien bij 76%. Dit correleert ongeveer met de cijfers die terug te vinden zijn in de gezondheidsenquête van

2013, waarbij er in de leeftijdsgroep van 65 tot 74 jaar sprake is van sedentarisme bij 69% [3]. Gedurende deze studie heeft jammer genoeg slechts 13% het bewegingsadvies opgevolgd en zijn zij gedurende 3 maand effectief ook meer gaan bewegen (Figuur 10). Dit resultaat is echter te betreuren aangezien 28% in België een gezondheidsrisico heeft door gebrek aan lichaamsbeweging in de vrije tijd [3].

Aan de hand van al deze cijfers kan ik dus concluderen dat deze resultaten niet stroken met wat in een systematische review van 74 kwaliteitsstudies werd beschreven. Deze review kon toch een klein effect vinden op BMI, bloeddruk en lipidenbalans bij bewegings- en voedingsbegeleiding [35]. Verder kan ik uit deze studie ook concluderen dat het bewegingsgedrag het moeilijkste te veranderen is in vergelijking met rookgedrag, alcoholgebruik en voedingsgedrag.

Wat maakt het zo moeilijk om leefstijlaanpassingen te maken in het dagelijks leven? Een vraag die ik ook voorlegde aan de deelnemend patiënten. De grootste reden tot falen bleek het gebrek aan motivatie (57%). Verder vindt 23% dat hun lichamelijke toestand het vaak niet toelaat om er een actievere levensstijl aan over te houden en geeft 17% tijdsgebrek aan als reden. Belangrijk te vermelden, is dat ook de mentale toestand een rol speelt. Negen procent vermeldt een depressieve stemming als voornaamste reden en het zijn ook net die patiënten die in het eerste contactmoment ‘ja’ hadden geantwoord op minstens 1 van de 2 vragen rond depressie in de vragenlijst van de gezondheidsgids.

Onze ‘welvarende’ levensstijl blijft nochtans een hot topic in de media. Recent verscheen dat we minder bewegen en ongezonder eten dan 7 jaar geleden (kranten Mediahuis, maart 2015). Dit ondanks de doelstellingen rond voeding en beweging die geformuleerd werden in 2008 naar aanleiding van de voorlaatste grote gezondheidsenquête. De doelstelling om tegen 2015 10% gezonder te gaan leven hebben we niet gehaald, integendeel we presteren zelfs minder goed als in 2008.

Preventieconsultaties hebben zeker hun plaats verdiend en zijn nuttig op vlak van screeningsprogramma’s naar colorectale- borst- en baarmoederhalskanker en het op punt stellen van vaccinaties (Figuur 6, Figuur 8, Figuur 9) maar op gebied van leefstijlveranderingen schieten ze nog al te vaak tekort. Levensstijlaanpassingen vragen veel persoonlijke inzet aangezien het iets is wat de patiënt zelf moet doen. FOBT-testen, mammografieën, cervixuitstrijkjes en vaccinaties daarentegen zijn handelingen waarbij de patiënt een professional moet raadplegen. Veel komt dus neer op de motivatie van de patiënt, waarbij een onderscheid kan gemaakt worden tussen de intrinsieke en de extrinsieke motivatie. Bij de intrinsieke motivatie worden mensen van binnenuit geprikkeld tot handelen en werken zij dus vanuit zichzelf zonder tussenkomst van andere. De acties waarbij een tussenkomst nodig is van een professional zijn acties die kaderen bij extrinsieke motivatie aangezien de personen hier van buitenaf worden geprikkeld en ligt de bron van de handeling buiten de persoon, het is iets wat hij zelf niet kan.

Dit verklaart waarom levensstijlaanpassingen vaak zo moeilijk zijn. De theoretische afbakening tussen deze twee begrippen is echter niet altijd even duidelijk.

Zoals ook gebleken uit deze studie, is patiënten motiveren en intensief begeleiden zeer belangrijk indien we iets aan het gezondheidsgedrag van de patiënten en dus ook in onze maatschappij willen veranderen. De huisarts heeft een belangrijke taak bij het opsporen, motiveren en behandelen van patiënten met belangrijke gezondheidsrisico's. Het is reeds van in het begin van groot belang dat de huisarts peilt in welke mate de patiënt gemotiveerd is om van gedrag te veranderen. Veel van de inspanningen op gebied van verandering in het gezondheidsgedrag zijn nog al te vaak gericht op het overtuigen van mensen dat iets ongezond is. Een dergelijke confrontatie roept echter ontkenning op [38].

Het transtheoretisch model van Prochaska en Di Clementi (zie bijlage), waar ook ik mijn aanpak heb op gebaseerd, is een bruikbaar instrument die kan dienen als leidraad in motivatiegesprekken. Zoals altijd zijn er voorstanders en tegenstanders. Een studie die het effect vergeleek van verschillende interventies op verandering van het gezondheidsgedrag van verschillende individuen toonde aan dat dit transtheoretisch model wel degelijk zijn plaats verdiend [39]. Het biedt zowel aan de hulpverlener als aan de patiënt een gemeenschappelijke taal om gedragsverandering bespreekbaar te maken. Verder laat het toe om patiënten hierin verder te begeleiden aan de hand van de verschillende stadia.

6.3 Algemeen

Men kan zich afvragen of dit allemaal wel zin heeft. Persoonlijk vind ik dat als huisarts aan preventie doen, loont. Je leert de patiënten op een andere wijze kennen en je staat soms versteld van zijn of haar levensgewoonten en besef van hun eigen gezondheidsgedrag. De huisarts is ook de geschikte persoon aangezien hij de patiënt contextueel bekijkt en hierdoor mee kan bepalen wat haalbaar is. Maar de huisarts kan dit niet alleen. Meer onderzoek is nodig om uit te zoeken hoe men de huisarts beter kan ondersteunen en begeleiden in de aanpak van het gezondheidsgedrag zowel op niveau van de individuele patiënt als op bevolkingsniveau.

Als laatste wens ik te vermelden dat dit praktijkbevorderend project in de praktijk waar ik sta toch wel wat heeft veranderd. Het is niet bij die 50 patiënten gebleven. Zowel mijn praktijkopleider als ikzelf blijven preventieconsulten actief promoten tijdens de consultaties. Ook worden patiënten verder gestimuleerd door de affiche en de posters die in de wachtzaal liggen en is er ook meer vraag naar door de mond op mond reclame van de andere patiënten die reeds deelnamen. Dankzij deze studie merk ik dat preventie toch echt een topic is dat leeft onder de mensen en is ook mijn interesse voor preventieve geneeskunde eigenlijk alleen maar toegenomen. Het is iets waar ik mij nog verder in wil verdiepen en het zal zeker en vast een prominente plaats krijgen in mijn toekomstige loopbaan.

7. Besluit

Overgewicht en obesitas is de nieuwe trend in onze maatschappij. Dit bevestigt ook deze studie. Meer dan de helft van de Belgische bevolking heeft een BMI dat zich boven de norm bevindt. Het risico bestaat dat de bevolking dit gaat zien als de nieuwe norm. Dit moeten we absoluut vermijden. Het is onze taak om gezonde eet- en leefgewoonten met een actieve levensstijl te blijven promoten, aangezien het verbonden is met een verhoogd cardiovasculair risico en het ontwikkelen van chronische ziekten.

De voornaamste reden van falen in gedragsverandering blijkt de motivatie. Patiënten motiveren is echter intensief en tijdrovend. De huisarts is hier nog steeds de geschikte persoon voor maar kan dit niet alleen. Professionele zorg moet meer toegankelijker gemaakt worden voor iedereen, door bijvoorbeeld diëtetische consultaties en psychologische hulp terug te betalen. Tevens is ook op populatieniveau een blijvende nood aan promotiecampagnes die betrekking hebben om patiënten te blijven motiveren naar een aanvaardbaar gezondheidsgedrag.

8. Dankwoord

In de eerste plaats wil ik mijn promotor Prof. Sara Willems en vooral ook mijn co-promotor Dr. Piet Vanden Bussche bedanken voor hun tips, ideeën en begeleiding bij het verwezenlijken van dit project en tevens voor het grondig doornemen van deze masterproef.

Verder wil ik ook mijn praktijkopleider Dr. Paul Roman bedanken. Hij heeft mij geholpen om voldoende patiënten te rekruteren voor mijn studie, ook wil ik hem graag bedanken voor de tijd die hij mij heeft gegeven om deze studie te verwezenlijken.

Een speciale vermelding gaat ook uit naar mijn broer, Gaël Depreeuw. Telkens opnieuw kan ik beroep doen op zijn steun en hulp bij het verwerken van gegevens en zijn grondig naleeswerk met oog op taalfouten of onduidelijkheden.

Als laatste wil toch ook alle patiënten bedanken die hebben willen deelnemen aan deze studie, zonder hen zou dit natuurlijk nooit gelukt zijn!

9. Referenties

1. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV). De vijfde nationale Gezondheidsenqête (HIS 2013). Beschikbaar via: https://his.wiv-isp.be/nl/SitePages/Introductiepagina.aspx. Geraadpleegd december 2014.
2. Nielen M. et al. Evaluatie pilot PreventieConsult cardiometabool risico. Utrecht. NIVEL: 2010. p. 69.
3. Govaerts et al. Eindrapport conferentie eerstelijnsgezondheidszorg. (11 december 2010). p 32.
4. FOD Economie. De Kaap van 80 jaar overschreden. Statistics Belgium 2013. Beschikbaar via: http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/organisatie/adsei/informatie/statbel/in_de_kijker_archief/in_de_kijker_2013/de_kaap_van_80_jaar_overschreden.jsp. Geraadpleegd december 2014. (De Redactie, 13/11/2014).
5. Whiting DR, Guariquarta L, Weil, Shaw J. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. Diab Res Clin Pract 2009; 94:311–321.
6. Walter et al. Putting prevention into practice: qualitatieve study of factors that inhibit en promote preventive care bij general practicers. BMC Family practice 2010, 11:68.
7. Vlaams agentschap zorg en gezondheid. Gezondheidsdoelstellingen. Beschikbaar via: http://www.zorgengezondheid.be/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen/.
   Geraadpleegd december 2014.
8. Vlaams agentschap zorg en gezondheid. Cijfers chronische aandoeningen. Beschikbaar via: https://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Zorgaanbod-en-verlening/Artsen/Chronische-aandoeningen--incidentie-en-prevalentie/. Geraadpleegd december 2014.
9. Unal B, Critchley JA, Capewell S. Modelling the decline in coronary heart disease deaths in England and Wales, 1981-2000: comparing contributions from primary prevention and secondary prevention. BMJ 2005;331:614.
10. Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. Br Med J (Clin Res Ed) 1981;282:1847-51.
11. Centrum voor Kankeropsporing VZW. Bevolkingsonderzoek. Beschikbaar via: https://www.bevolkingsonderzoek.be/. Geraadpleegd december 2014.
12. NHS Health Check Programme. Putting Prevention First – NHS Health Check: Vascular Risk Assessment and Management Best Practice Guidance. April 2009.
13. Domus medica. De Gezondheidsgids. Domus Medica actief voor huisarts en kringen 2010. Beschikbaar via http://www.domusmedica.be/documentatie/gezondheidsgids/2811-de-gezondheidsgids.html. Geraadpleegd december 2014.
14. Cornuz et al. Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. Family Practice 2000 ; 17: 535-540.
15. Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie VZW (VIGeZ). Beschikbaar via: http://www.vigez.be/rubrieken/themas/voeding_beweging?item=3406&thema=8. Geraadpleegd januari 2015.
16. Van Dis I, Kromhout D, Geleijnse JM, Boer JM, Verschuren WM. Body mass index and waist circumference predict both 10-year nonfatal and fatal cardiovascular disease risk: study conducted in 20.000 Dutch men and women aged 20-65 years. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2009;16:729-34.

17. Visscher TL, Van Son G, Van Bakel AM, Zantinge EM. Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van overgewicht en ondergewicht? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2010.
18. Elixhauser A, Steiner C, Harris DR, et al. Comorbidity measures for use with administrative data. Med Care 1998;36:8-27.
19. Thompson D, Wolf AM. The medical-care cost burden of obesity. Obes Rev 2001;2:189-97.
20. Wolf A, Colditz GA. Current estimates of the economic cost of obesity in the United States. Obes Res 1998;6:97-106.
21. Roubenoff R, Dallal GE, Wilson PW. Predicting body fatness: the body mass index vs estimation by bioelectrical impedance. Am J Public Health 1995;85:726-8.
22. Pischon T, Boeing H, Hoffmann K, Bergmann M, Schulze MB, Overvad K, et al. General and abdominal adiposity and risk of death. N Engl J Med 2008;359:2105-20.
23. Goldstein D. Beneficial health effects of modest weight loss. Int J Obes Relat Metab Disord 1992;16:397-415.
24. Jung RT. Obesity as a disease. Br Med Bull 1997;53:307-21.
25. Van Gaal L, Wauters M, De Leeuw I. The beneficial effects of modest weight loss on cardiovascular risk factors. Int J Obes Relat Metab Disord 1997; 21:5-9.
26. Poobalan AS, Aucott LS, Smith WCS, Avenell A, Jung R, Broom J. Long-term weight loss effects on all cause mortality in overweight/obese populations. Obes Rev 2007;8:503-13.
27. Sjostrom L, Narbro K, Sjostrom CD, Karason K, Larsson B, Wedel H, et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. N Engl J Med 2007;357:741-52.
28. Abu-Omar K, Rutten A, Robine JM. Self-rated health and physical activity in the European Union. Social and Preventive Medicine 2004 Aug;49(4):235-42.
29. Blair SN, Kohl HW, III, Paffenbarger RS, Jr., Clark DG, Cooper KH, Gibbons LW. Physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy men and women. JAMA 1989 Nov 3;262(17):2395-401.
30. Nabkasorn C, Miyai N, Sootmongkol A, Junprasert S, Yamamoto H, Arita M, et al. Effects of physical exercise on depression, neuroendocrine stress hormones and physiological fitness in adolescent females with depressive symptoms. Eur J Public Health 2006 Apr 1;16(2):179-84.
31. Kim YS, Park YS, Allegrante JP, Marks R, Ok H, Cho KO, et al. Relationship between physical activity and general mental health. Preventive Medicine 2012;55:458-63.
32. Geense WW, Van De Glind IM, Visscher TL, Van Achterberg T. Barriers, facilitators and attitudes influencing health promotion activities in general practice: an explorative pilot study. BMC family practice. 2013;14:20.
33. Brotons C, Bjorkelund C, Bulc M, Ciurana R, Godycki-Cwirko M, Jurgova E, et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. Prev Med. 2005;40(5):595-601.
34. Elder JP, Ayala GX, Harris S. Theories and Intervention Approaches to Health-Behavior Change in Primary Care. Am J Prev Med 1999;17(4):275–284.

35. Lin JS, O'Connor E, Whitlock EP, Beil TL. Behavioral counseling to promote physical activity and a healthful diet to prevent cardiovascular disease in adults: A systematic review for the U.S. preventive services task force. Ann Intern Med 2010;153:736-750.
36. Vlaamse consensustekst in verband met evenwichtige voeding en beweging, ten behoeve van zorgverstrekkers. Brussel: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2012 (verkrijgbaar via www.eetexpert.be).
37. Ashwell M, Gunn P, Gibson S. Waist-to-height ratio is a better screening tool than waist circumference and BMI for adult cardiometabolic risk factors: systematic review and meta-analysis. Obes Rev. 2012 Mar;13(3):275-86.
38. Croyle RT, Sun Y, Hart M. Processing risk factor information: Defensive biases in health-related judgments and memory. In Petrie KJ, Weinman JA. Perceptions of health and illness. 1997. Amsterdam: Harwood. p267-290.
39. Prochaska JO, Butterworth S, Redding CA, Burden V, Perrin, Leo M, Flaherty-Robb M, Prochaska JM. Initial efficacy of MI, TTM tailoring and HRI's with multiple behaviors for employee health promotion. Prev Med 2008 Mar;46(3):226–31.

10. Bijlagen

10.1 Informatiebrief voor patiënten

Dr. Maïté Depreeuw – Dr. Paul Roman
Heirweg 40
9750 Zingem
09/389 96 60

"Het preventieconsult, een stimulans voor beter gezondheidsgedrag?"

Onderzoek naar wat de invloed is van een preventieconsult met behulp van het GMD Plus op het gezondheidsgedrag van de patiënt?

Geachte mevrouw/heer,

Hierbij nodig ik u uit om deel te nemen aan dit onderzoek. In het kader van mijn opleiding tot huisarts doe ik een onderzoek rond preventie in onze praktijk. Ik ben namelijk op zoek naar 50 mensen tussen de 50 en de 75 jaar die in onze praktijk een Globaal Medisch Dossier (GMD) hebben.

Wat is het doel van het Preventieonderzoek?

Het doel van dit onderzoek is om te kijken wat de invloed is van een preventieconsult op het gezondheidsgedrag van de patiënt(e). De nadruk van dit onderzoek zal meer liggen op de interesse en motivatie van de patiënt(e) in preventie omtrent hun gezondheid.

Wat moet u doen om deel te nemen?

Hierbij nodig ik u uit om, het liefst binnen twee weken, een afspraak te maken bij mij voor het bespreken en eventueel overlopen van de hierbijgevoegde vragenlijst rond preventie en beweging. U vult hierbij reeds het deel in dat voor u bestemd is.

Deze vragenlijst maakt deel uit van het GMD+. Dit is een vragenlijst die opgesteld werd om patiënten tussen 45 en 75 jaar jaarlijks de mogelijkheid te bieden om aan preventief onderzoek te doen. Dit bestaat voornamelijk uit het overlopen van de gezondheidstoestand, de levensgewoonten, en de (persoonlijke en familiale) risicofactoren, het bespreken van de nodige preventieve onderzoeken, en zo nodig verder onderzoek in een latere afspraak, waaronder bv bloedafname, electrocardiogram, uitstrijkje, vaccinatie.

Wat kost het u?

De kosten van dit preventieconsult vallen onder het GMD+ onderzoek en worden ten laste genomen van het RIZIV en zijn dus volledig terugbetaald. U zal dit dus niet moeten betalen, een kleefvignet en een handtekening volstaan.

Hoogachtend,

Dr. Maïté Depreeuw

10.2 Vragenlijst gezondheidsgids

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

10.3 De Verkorte SQUASH-vragenlijst

Verkorte SQUASH-vragenlijst

Doel
Deze vragenlijst helpt u bij het duidelijker maken van uw beweeggedrag. Hoeveel beweegt u eigenlijk zonder daar veel moeite voor te hoeven doen? Bijvoorbeeld omdat het onderdeel uitmaakt van uw dagelijkse routine? (bv. hond uitlaten, wassen, koken) Hoeveel beweegactiviteiten voegt u daar zelf nog aan toe (tennis, wandelen)?

Toelichting
Neem voor u de vragen gaat beantwoorden een normale week uit de afgelopen maand in gedachten. Geef vervolgens per vraag aan: 1) hoeveel dagen per week u de activiteiten verrichtte, 2) hoeveel tijd u daar gemiddeld op zo'n dag mee bezig was.

Woon/werkverkeer	**Aantal dagen per week**	**gemiddelde tijd per dag**	
a. Lopen van / naar werk of school	…	… uur	…minuten
b. Fietsen van / naar het werk of school	…	… uur	…minuten
c. Niet van toepassing	□		

Lichamelijke activiteiten op werk of school	**Aantal uren per week**
a. Licht en matig inspannend werk	… uur
b. Zwaar inspannend werk (lopend werk of werk waarbij regelmatig zware dingen opgetild moeten worden)	… uur
c. Niet van toepassing □	

Huishoudelijke activiteiten	**Aantal dagen per week**	**gemiddelde tijd per dag**	
a. Licht en matig inspannend werk (zoals koken, afwassen, strijken etc.)	…	… uur	… minuten
b. Zwaar inspannend werk (zoals vloeren schrobben, met zware boodschappen lopen)	…	… uur	… minuten
c. Niet van toepassing	□		

Vrije tijd	**Aantal dagen per week**	**gemiddelde tijd per dag**	
a. Wandelen	…	… uur	… minuten
b. Fietsen	…	… uur	… minuten
c. Tuinieren	…	… uur	… minuten
d. Klussen / doe-het-zelven	…	… uur	… minuten
e. Sport:			
▪ voetbal	…	… uur	… minuten
▪ tennis	…	… uur	… minuten
▪ zwemmen	…	… uur	… minuten
▪ anders namelijk:			
----------	…	… uur	… minuten
----------	…	… uur	… minuten
----------	…	… uur	… minuten
f. niet van toepassing	□		

10.4 Toestemmingsformulier

Dr. Paul Roman – Dr. Maïté Depreeuw
Heirweg 40
9750 Zingem
09/389 96 60

Toestemmingsformulier

"Het preventieconsult, een stimulans voor beter gezondheidsgedrag?"

Onderzoek naar wat de invloed is van een preventieconsult met behulp van het GMD Plus op het gezondheidsgedrag van de patiënt?

Ik, ondergetekende, (naam patiënt) …… bevestig hierbij dat ik instem met de deelname aan deze studie.

Mijn arts heeft mij voldoende geïnformeerd over de aard en het doel van deze studie en ik heb de informatiebrief gelezen. Deze informatie was verstaanbaar voor mij en ik heb aanvullende vragen kunnen stellen waarop mijn arts me een duidelijk antwoord heeft gegeven.

Ik geef hierbij mijn toestemming dat mijn persoonlijke gegevens, met in het bijzonder de gegevens die in het kader van deze studie verzameld worden, bewaard worden in mijn elektronisch medisch dossier bij mijn huisarts. Deze gegevens mogen tevens anoniem gebruikt en geanalyseerd worden in de masterproef i.v.m. preventieve gezondheidszorg van Dr. Maïté Depreeuw. Ik heb deze beslissing uit vrije wil genomen en ben ervan op de hoogte dat ik op elk ogenblik de deelname aan deze studie kan stopzetten, zonder dat dit een invloed zal hebben op de relatie met mijn huisarts.

Datum: …. /…. /…. Handtekening patiënt: …….

Ik, ondergetekende, (naam arts) …… bevestig hierbij dat ik deze patiënt volledig heb geïnformeerd over deze studie en dat deze zal worden uitgevoerd volgens de voorwaarden beschreven in de informatiebrief. Ik heb een kopie gegeven van het toestemmingsformulier dat door de verschillende partijen werd getekend en heb geen druk uitgeoefend op de patiënt om aan de studie deel te nemen. Deze studie valt onder de supervisie van Prof. Dr. Sara Willems (promotor van het onderzoek) en is op deze manier verzekerd. In overeenstemming met de Belgische wetgeving betreffende registratie en persoonsgegevens, worden het medisch beroepsgeheim, de wettelijke bepalingen aangaande privacy en de verwerking van persoonsgegevens (conform de Belgische wet van 8 december 1992), alsook de wet inzake rechten van de patiënt (conform de Belgische wet van 22 augustus 2002) hierbij gerespecteerd.

Datum: …. /…. /…. Handtekening arts: …….

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek en wordt uitgevoerd volgens internationale richtlijnen. (de verklaring van Helsinki ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies (ICH/GCP) en de Belgische wet van 7/5/2004 over proeven op mensen)

10.5 Levensstijladvies voor patiënten

PATIËNTENINFORMATIE

De actieve voedingsdriehoek

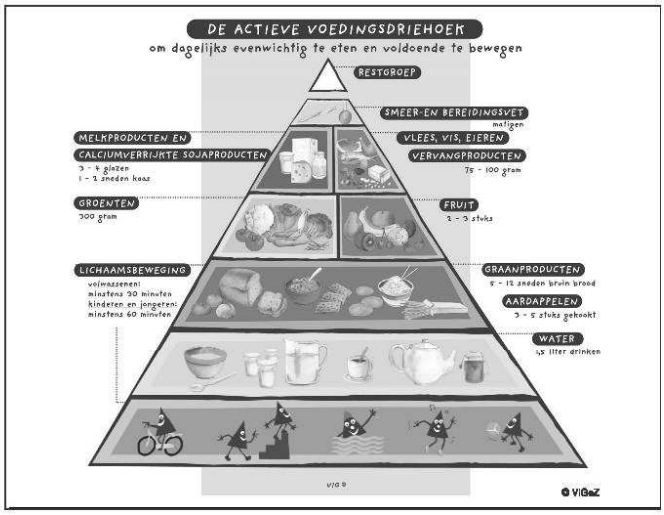
© Domus Medica vzw, vereniging van huisartsen, afdeling Diensten - Publicatie 2009

domus medica

Aan de slag met de actieve voedingsdriehoek

Een gezond leven start met een gevarieerde voeding en voldoende lichaamsbeweging. Wat kunt u het best dagelijks eten en hoeveel beweging hebt u nodig?

- Drink elke dag 1,5 liter water.
- Eet 5 tot 12 sneden brood per dag en 3 tot 5 aardappelen.
- Eet per dag minimum 300 gram groenten.
- Smul dagelijks minstens twee stukken fruit.
- Melk moet: drink elke dag 3 tot 4 glazen melk en eet 1 tot 2 sneden kaas.
- Vlees, vis of schaaldieren: elke dag 100 gram.
- Vijf gram smeervet per snee brood en één eetlepel bereidingsvet per persoon volstaan per dag.
- Beweeg regelmatig: elke dag 30 tot 60 minuten.



ADVIES FYSIEKE ACTIVITEIT

Aanbevolen lichaamsbeweging bij volwassenen zonder chronische pathologie en ouderen ≥65 jaar.

	18 tot 64 jaar zonder chronische pathologie	≥65 jaar
Aerobe uithouding	Regelmatige, ritmische aerobe activiteit van grote groepen spieren, zoals stevig wandelen, fietsen, zwemmen, joggen.	
Hoe vaak?	• Best dagelijks • Minstens 5 keer per week bij matige intensiteit • Minstens 3 keer per week bij hogere intensiteit • Ook combinaties van deze twee zijn mogelijk	
Hoelang?	Matig intensief: 30 minuten per dag, eventueel te bereiken in blokken van minimaal 10 minuten Hoog intensief: 20 minuten per dag	Bij sedentaire ouderen steeds starten met blokken van 10 minuten
Hoe intensief?	Matig intensief • lichte stijging van de diepte en frequentie van de ademhaling • een gesprek voeren blijft vlot mogelijk • hartfrequentie tussen 55-69% van het leeftijdspecifieke maximum Hoog intensief • een gesprek voeren is moeilijk • zweten • hartfrequentie boven 75% van het leeftijdspecifieke maximum	• Intensiteit bepalen met een subjectieve schaal. Op deze schaal is 0 rust en 10 maximale inspanning: • matig intensief: subjectief 5-6 • hoog intensief: subjectief 7-8
Weerstandsoefeningen	Oefeningen gericht op het verhogen van de spierkracht, het spiervermogen, de spiermassa en uithouding van de spieren	
Hoe vaak?	2 tot 3 keer per week maar met minstens één dag tussenpauze	
Hoe intensief?	Minimale belastingen die zo zwaar zijn dat zij na een reeks van 8 tot 10 herhalingen een matige, voorbijgaande vermoeidheid geven van de spiergroep in kwestie	Minimale belastingen die zo zwaar zijn dat zij na een reeks van 10 tot 15 herhalingen een matige, voorbijgaande vermoeidheid geven van de spiergroep in kwestie
Soepelheid		Minstens 2 keer per week
Evenwicht (bij verhoogd valrisico)		3 keer per week

10.6 Enquête beleving preventie en levensstijlaanpassingen

Enquête beleving preventie en levensstijlaanpassingen

ALGEMENE INFORMATIE

Geslacht: M / V

Leeftijd:

HET PREVENTIECONSULT

Er was voldoende tijd voorzien voor deze consultatie?	-	-/+	+
De informatie gegeven was duidelijk en verstaanbaar?	-	-/+	+
De arts had aandacht voor mijn verhaal?	-	-/+	+
De huisarts is de geschikte persoon voor dit type consultatie?	-	-/+	+
Ik had al langer zo een preventieconsult gewild?	-	-/+	+
Zou u het preventieconsult aanbevelen aan anderen?	-	-/+	+

HET PREVENTIEPLAN

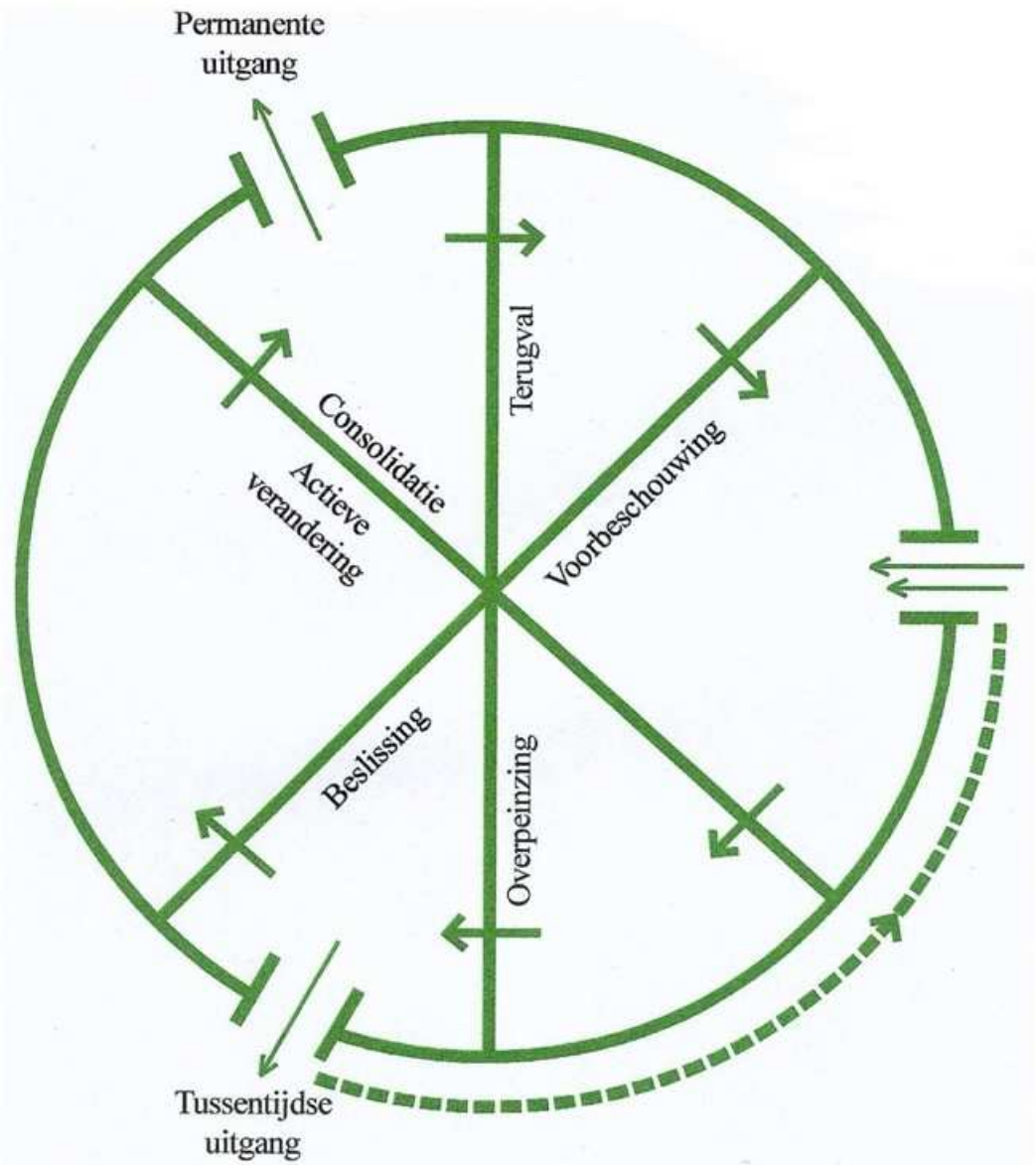
Was u bewust van het eventuele aanwezige gezondheidsprobleem?	-	-/+	+
Werden er concrete afspraken gemaakt voor de toekomst (opvolg-consultaties, rookstopadvies, levensstijladvies…)?	-	-/+	+
Herinnert u zich nog goed advies dat gegeven werd 3 maand geleden?	-	-/+	+

Was het vooropgestelde advies u duidelijk (=waar moet ik op letten)?	-	-/+	+
Hoe vaak dacht u aan het gegeven gezondheidsadvies? Dagelijks / Wekelijks / Maandelijks / Nooit			
Heeft het advies u geholpen enkele gewoontes te veranderen?	JA		NEE
Zo ja welke? Zo nee, wat hield u tegen? Welke drempels ondervond u?			

ALGEMENE INDRUK CONCEPT

Wat zouden we volgens u nog kunnen verbeteren? Andere opmerkingen?

10.7 Prochaska en Di Clemente veranderingscirkel



Stadia van verandering (naar Prochaska & Di Clemente, 1984)

10.8 Studie protocol

PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: 1 MEI 2014
- EINDE ONDERZOEK: 1 MEI 2015

SOORT ONDERZOEK

- ✓ PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK
  - ✓ VERZAMELEN VAN PATIËNTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
  - ✓ VRAGENLIJSTEN: WORDT MONDELING OVERLOPEN

GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

SITUERING:

IN MIJN PRAKTIJK WORDT SLECHTS OP OCCASIONELE WIJZE AAN PREVENTIE GEDAAN. DIT GEBEURT ECHTER NIET GESTRUCTUREERD EN ONOVERZICHTELIJK. EEN PRAKTISCHE TOOL OM DEZE SYSTEMATIEK OP DE VANGEN IS HET GMD PLUS. AAN DE HAND VAN DIT TOOL WIL IK DUS PREVENTIECONSULTEN ORGANISEREN IN MIJN PRAKTIJK. DIT DOOR MIDDEL VAN OPPORTUNISTISCHE SCREENING DOOR HET ACTIEF AANBRENGEN TIJDENS DE RAADPLEGING EN EEN SCHRIFTELIJKE UITNODIGING PER BRIEF (DE MEEST EFFICIËNTE REKRUTERINGSSTRATEGIE VOLGENS DE LITERATUUR).

DE NADRUK VAN DIT ONDERZOEK ZAL MEER LIGGEN OP DE INTERESSE EN MOTIVATIE VAN DE PATIËNT IN PREVENTIE EN IN HET WEL OF NIET BEHOUDEN VAN EEN GOEDE LEVENSSTIJL.

DOEL:

HET DOEL VAN HET ONDERZOEK IS OM TE KIJKEN WAT DE INVLOED IS VAN EEN EEN PREVENTIECONSULT OP HET GEZONDHEIDSGEDRAG VAN DE PATIËNT DOOR TE BEPALEN OP WELKE DOMEINEN MEN HET MEESTE GEZONDHEIDSWINST HEEFT BEREIKT.

METHODE:

1. INCLUSIECRITERIA: PATIËNTEN MET GMD, 50-75JAAR; EXCLUSIECRITERIA: LEVENSVERWACHTING MINDER DAN 10 JAAR, PATIËNTEN DIE ZELF NIET OP RAADPLEGING (KUNNEN) KOMEN, PATIËNTEN IN EEN INSTELLING.
2. POSTER IN DE WACHTZAAL
3. ACTIEF AANBIEDEN VAN EEN PREVENTIECONSULT TIJDENS DE RAADPLEGING (OPPORTUNISTISCHE SCREENING).
4. STUREN VAN EEN SCHRIFTELIJKE UITNODIGING VOOR EEN PREVENTIECONSULT MET DE VERMELDING DAT DE PATIËNT EEN AFSPRAAK MOET MAKEN SPECIFIEK VOOR EEN PREVENTIECONSULT.
5. REGISTRATIE VAN DATUM WAAROP PATIËNT AFSPRAAK MAAKT VOOR EEN PREVENTIECONSULT.
6. PREVENTIECONSULT (30MIN): SAMEN OVERLOPEN VAN DE VRAGENLIJST UIT DE GEZONDHEIDSGIDS VAN DOMUS MEDICA; UITVOEREN VAN: BLOEDDRUKMETING, KLINISCH ONDERZOEK, EVENTUELE VACCINATIES, AFNAME VRAGENLIJST ROND BEWEGING (VERKORTE SQUASH-VRAGENLIJST), INDIEN NODIG ROOKSTOP-, VOEDINGS- EN BEWEGINGSADVIES; MAKEN VAN EEN VERVOLGAFSPRAAK EN PLANNING VAN LATERE INTERVENTIES.
7. OPSTELLEN VAN EEN INDIVIDUEEL PREVENTIEPLAN DAT BESPROKEN WORDT MET DE PATIËNT
8. REGISTRATIE VAN DATUM VAN VERVOLGAFSPRAAK, DIT 3 MAANDEN NA HET 1STE PREVENTIECONSULT.
9. VERVOLGCONSULT (30MIN): SAMEN BESPREKEN VAN HET INDIVIDUEEL PREVENTIEPLAN EN NAGAAN OF DE PATIËNT DE VOORGESTELDE ACTIES HEEFT ONDERNOMEN; UITVOEREN VAN: BLOEDDRUKMETING, KLINISCH ONDERZOEK, AFNAME VRAGENLIJST ROND BEWEGING (VERKORTE SQUASH-VRAGENLIJST).
10. ANALYSE VAN DE VERZAMELDE GEGEVENS. PARAMETERS: LEEFTIJD, GESLACHT, BMI, BUIKOMTREK, BLOEDDRUK, LIPIDEN, GLYCEMIE, VACCINATIESTATUS TETANUS, CERVIXUITSTRIJKJE, MAMMOGRAFIE, FOBT, ABUSUS (ROKEN EN ALCOHOL) HEREVALUATIE SQUASH-VRAGENLIJST).
    DEZE GEGEVENS ZULLEN ENKEL DOOR MIJ VERWERKT WORDEN EN TEVENS OP EEN GESTANDAARDISEERDE MANIER GEREGISTREERD WORDEN IN HET ELEKTRONISCH DOSSIER.

IS HET ONDERZOEK

- ✓ EPIDEMIOLOGISCH

10.9 Goedkeuring ethisch comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afd.: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Sara WILLEMS
ALHIER

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

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**
	2014/0326	08-apr-14	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Het preventieconsult, een stimulans voor beter gezondheidsgedrag? MAnaMA Maïté Depreeuw

Belgisch Registratienummer: B670201420704

* Adviesaanvraagformulier dd. 25/03/2014 (volledig ontvangen dd. 27/03/2014)
* Vragenlijsten
  - Vragenlijst voor de patiënt
  - Verkorte SQUASH-vragenlijst
* Antwoord onderzoeker via mail dd. 02/04/2014 op opmerkingen EC dd. 01/04/2014
* Toestemmingsformulier

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 4/04/2014. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 4/04/2015, 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 4/04/2014. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 4/04/2015, 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 15/04/2014
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 15/04/2014

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité bekrachtigt dat een gunstig advies met betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken 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 dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

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

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

./.

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**
	2014/0326	06-apr-14	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2014/0326

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee
Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

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

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