

De rol van de huisarts in de organisatie van de cardiovasculaire preventie: kost effectieve aanpak

Peer-reviewed author version

CLAES, Neree (2008) De rol van de huisarts in de organisatie van de cardiovasculaire preventie: kost effectieve aanpak. In: *Virghaal Wetenschap*, 13(2). p. 15-18.

Handle: <http://hdl.handle.net/1942/8385>

# DE ROL VAN DE HUISARTS IN DE ORGANISATIE VAN CARDIOVASculaire PREVENTIE: EEN KOST EFFECTIEVE AANPAK

Prof. Dr. Neree CLAES  
Gastprofessor  
UHasselt

## Noodzaak van cardiovasculaire preventie.

Statistieken tonen een overlijdenscijfer van 27% in België tengevolge een cardiovasculaire aandoening<sup>1</sup>. 70% hiervan wordt veroorzaakt door voorafbestaande behandelbare risicofactoren<sup>2</sup>. Voorgaande duidt op het belang van preventieprogramma's. Deze

programma's moeten beantwoorden aan 5 voorwaarden. Ten eerste preventieprogramma's moeten risicofactoren opsporen en een globaal risicoprofiel per patiënt berekenen. Vervolgens moeten deze risicofactoren behandeld worden in functie van het globale risicoprofiel. Ten derde moeten deze programma's multidisciplinair georganiseerd worden met een centrale rol voor de huisarts

(HA) in samenwerking met de cardioloog. Ten vierde, preventie moet levenslang bij de patiënt opgevolgd worden. En tenslotte moeten de programma's kosten-effectief zijn. Bepaalde medicamenteuze behandelingen, rookstoptherapie en bewegingsprogramma's blijken kosteneffectief te zijn<sup>3-4</sup>. Er is echter nog niet aangetoond dat een preventieprogramma georganiseerd volgens voorgaande

5 voorwaarden kosteneffectief is. Met het PreCardio-onderzoek, uitgevoerd binnen de leerstoel 'De Onderlinge Zieken-kas-Preventie' aan de U Hasselt, wordt de kosteneffectiviteit van een multidisciplinair elektronisch preventieprogramma in de Limburgse Huisartspraktijk onderzocht<sup>5</sup>. In deze tekst wordt uitgelegd hoe de huisarts in de praktijk efficiënt aan cardiovasculaire preventie kan doen.

### Medische risicofactoren

#### Berekening van het globale risicoprofiel

De huisarts (HA) maakt een globaal risicoprofiel van de patiënt op.

Figuur 1 toont de score tabel waarmee het globale risicoprofiel berekend wordt<sup>6</sup>. In functie van het geslacht, leeftijd, rookstatus, systolische bloeddruk en totale cholesterol

wordt het globale risico van de patiënt berekend. Volgens de Europese richtlijnen worden de patiënten ingedeeld in een laag risico: score 0-2%, in een matig risico: score 2-4%, in een hoog risico: score  $\geq 5\%$ . De score tabel wordt niet gebruikt voor patiënten met diabetes en/of met een voorgeschiedenis van cardiovasculaire aandoeningen; aangezien deze patiënten door hun aandoening worden ingedeeld als hoog risico. Ook wordt deze score niet gebruikt bij patiënten met 1 of meer exuberante risicofactor(en) (totale cholesterol  $\geq 320$ mg/dl, bloeddruk  $\geq 180/110$  mg/Hg en LDL Cholesterol  $\geq 240$  mg/dl). Na behandeling van deze exuberante risicofactor kan men bij deze patiënten de score tabel gebruiken.

#### Behandeling van het globale risicoprofiel

Figuur 2 toont de behandeling in functie van het globale risicoprofiel<sup>7-8</sup>.

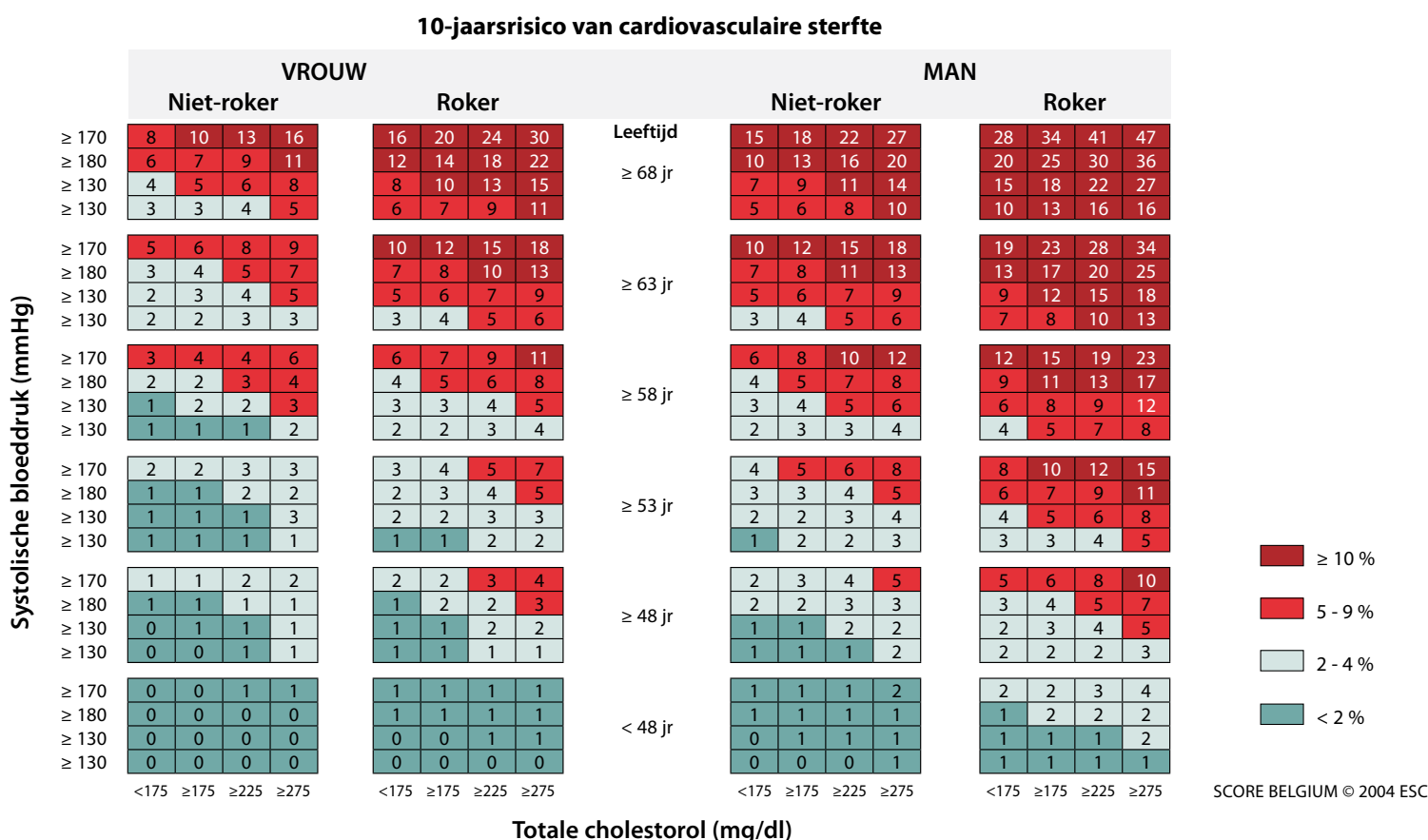
### Gedragsrisicofactoren

De behandeling van gedragsrisicofactoren (roken, beweging, gezonde voeding en stress) worden afgestemd op de fase van gedragsverandering van de patiënt<sup>9</sup>. Enkel de patiënten die in de preparatie- en actie-fase worden begeleid door de HA. Patiënten in de preparatiefase veranderen hun gedrag binnen de 30 dagen en patiënten in de actiefase zijn hun gedrag aan het veranderen maar minder dan 30 dagen.

#### Roken

De HA kan de graad van nicotineafhankelijkheid en het rookgedrag bepalen met behulp van een vragenlijst<sup>10</sup>.

Rookstop dient professioneel aangevuld te worden met gedragstherapie in combinatie met nicotine substitutietherapie.



Figuur 1: Score tabel: berekening van het globale risicoprofiel van de patiënt.

### Voeding

De HA onderzoekt of er een voedingsprobleem is. Hiervoor kan de HA de body mass index (BMI) berekenen:

$$\frac{\text{gewicht (kg)}}{\text{lengthe (m)} \times \text{lengthe (m)}}$$

Idealiter ligt de BMI tussen de 20-25 kg/m<sup>2</sup>. Patiënten met overgewicht en obesitas moeten gewicht verliezen. De patiënt wordt begeleid door een diëtiste al dan niet aangevuld met eetlustremmers en/of chirurgie<sup>11</sup>.

Een mediterrane dieet wordt aanbevolen ter preventie van cardiovasculaire aandoeningen: geen verzadigde wel onverzadigde vetten, minder en mager vlees zoals rund en kip, veel noten, volkoren pasta en brood.

Per dag moeten er 800gr groenten en fruit worden genuttigd met minimaal 2 stukken fruit.

### Beweging

Patiënten met een hoog risico op cardiovasculaire aandoeningen worden doorverwezen naar een cardioloog alvorens te starten met fysieke activiteit.

Bij patiënten met een laag tot matig risico kan een fitheidstest worden afgenomen door de HA. De patiënt moet 5 minuten een stepje 'op-af stappen' aan een frequentie van 90 keer per minuut<sup>12</sup>. Vervolgens wordt de hartslag in rust afgenomen na 1, 2, 3 minuten. Het fitheidsniveau wordt bepaald:

$$\frac{30.000}{2 \times (\text{som van 3 recuperatie hartslagen})}$$

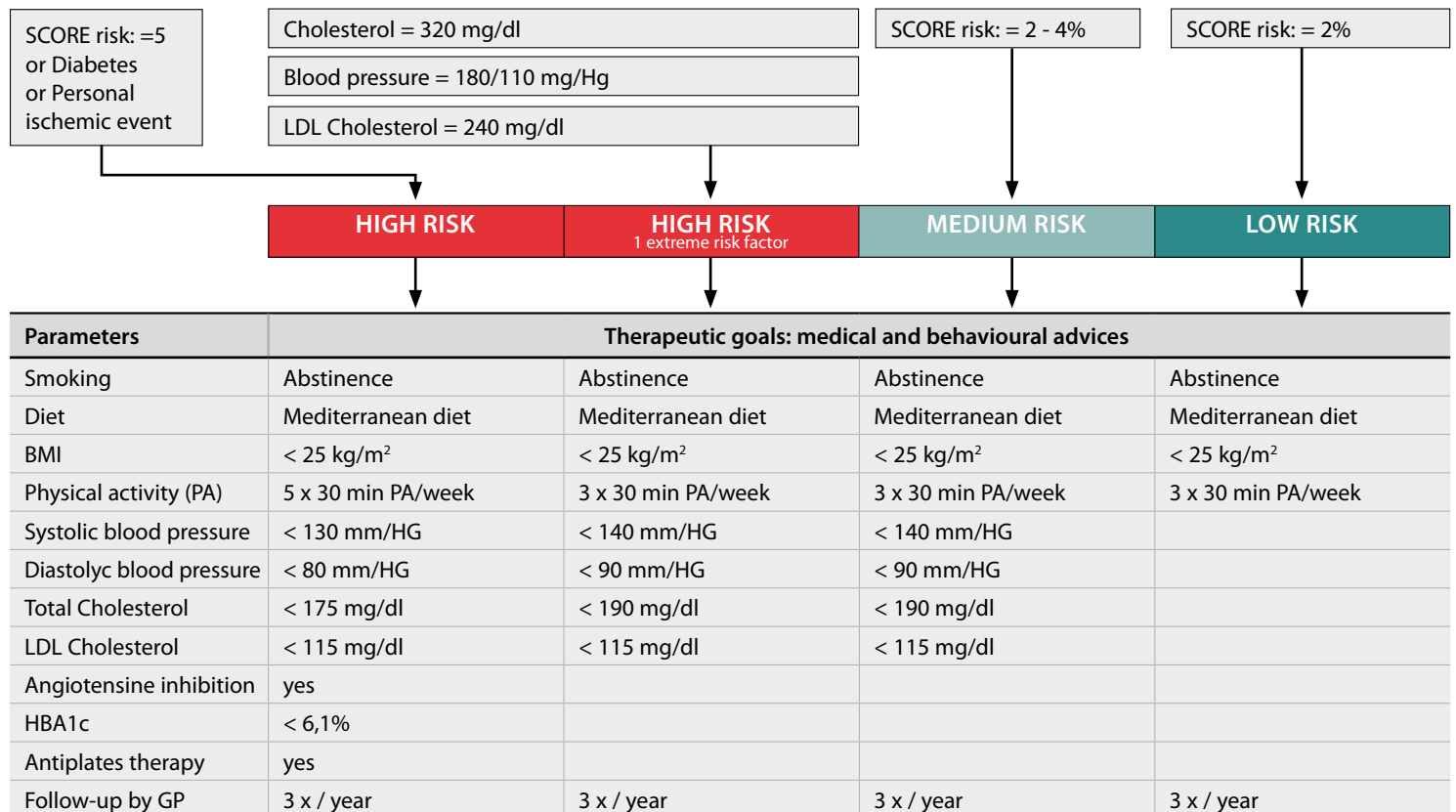
Is het resultaat meer dan 90 dan heeft de patiënt een uitstekende fitheid, 80-89: goed, 65-79: hoog gemiddeld, 55-64: laag gemiddeld, minder dan 55: zwak.

Figuur 3 toont de adviezen voor de patiënt.

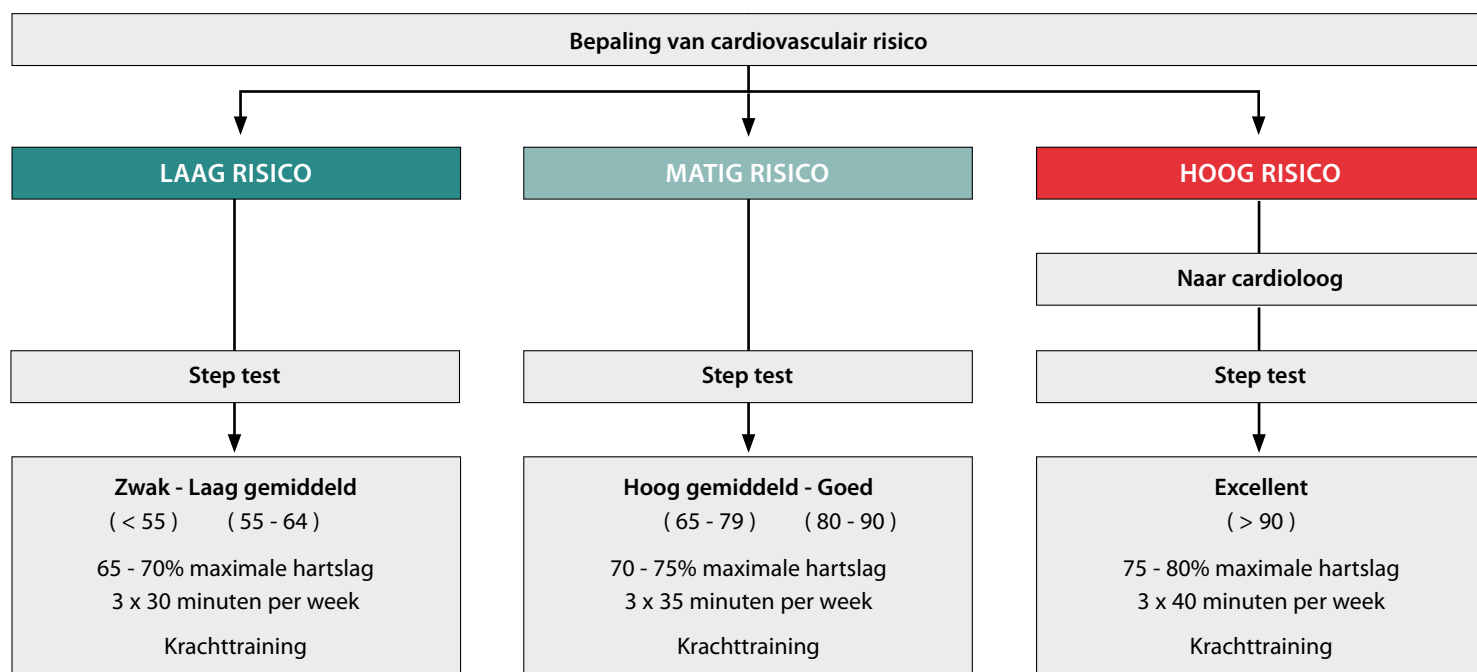
### Stress

De 'Type D persoonlijkheidsvragenlijst' worden afgenomen om de stressgevoeligheid van de patiënt te bepalen<sup>13</sup>.

Indien hieruit blijkt dat de patiënt stressgevoelig is, geeft de huisarts volgende adviezen mee: bouw uw sociaal netwerk uit, optimaliseer de werkomgeving, los de stressoren op, zorg voor een goede nachtrust, neem tijd voor jezelf, leef een gezonde levensstijl, beperk type A gedrag (snel, ongeduldig, obsessie met werk).



Figuur 2: Behandelingstabel in functie van het globale risicoprofiel van de patiënt.



Figuur 3: Bewegingsadvies voor de patiënt in functie van zijn cardiovasculair risico en fitheidsniveau.

### Besluit:

**De huisarts (HA) heeft een centrale rol in de preventie van cardiovasculaire aandoeningen. Een goede samenwerking tussen de HA en de cardioloog is nodig. Bij cardiovasculaire preventie is het nooit te laat om te starten aangezien hoog risico patiënten de meeste winst hebben van preventie. Tot slot, het PreCardio-onderzoek, uitgevoerd binnen de leerstoel 'De Onderlinge Ziekenkas-Preventie' aan de UHasselt, onderzoekt de kosteneffectiviteit van een multidisciplinair elektronisch preventieprogramma in de Limburgse Huisartspraktijk<sup>14</sup>. Alle HA kunnen aan dit project meedoen via [www.precardio.be](http://www.precardio.be) na contact met het studiesecretariaat.**

### Referenties:

1. WHO maart 2007
2. Ezzati M et al. Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors. *Lancet* 2003;362:271-80.
3. De Laat C, Neyt M, Van Brabant H, Ramaeker D. Rapid assessment: cardiovasculaire primaire preventie in de Belgische Huisartspraktijk. *KCE report* 2007;52A.
4. Annemans L, Lamotte M, Clarys P, Van den Abeele E. Health Economic evaluation of controlled and maintained physical exercise in the prevention of cardiovascular and other prosperity diseases. *European J of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 2007;14:815-24.
5. Claes N, Jacobs N. The PreCardio-study protocol: a randomised clinical trial of a multidisciplinary electronic cardiovascular prevention programme. *BMC Cardiovascular Disorders* 2007;7:27.
6. De Backer G et al: European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2003, 24(17):1601-1610.
7. De Backer G et al: European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2003, 24(17):1601-1610.
8. Boland D, Christiaens C, Goderis G, Govaerts F, Philips H, Smeets F, Van de Vyver N, Van Duppen D. Globaal cardiovasculair risikobeheer. *Huisarts Nu* 2007;36:339-69.
9. Prochaska, DiClemente. Stages of change in the modification of problem behaviour. *Prog Behav Modif* 1992;28:183-218.
10. Belgian Health Interview Survey 2004.
11. Van Royen et al. Aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering. Overgewicht Obesitas bij volwassenen in de huisartspraktijk. *Huisarts Nu* 2006;35(3):118-40.
12. Yoshida T, Takanishi T, et al. *Eur J Appl Physiol* 2002; 87: 529-34.
13. Denollet J, Pedersen SS, Vrints CJ, Conraads VM. Usefulness of type D personality in predicting five-year cardiac events above and beyond concurrent symptoms of stress in patients with coronary heart disease. *Am J Cardiol* 2006;97:970-3.
14. Claes N, Jacobs N. The PreCardio-study protocol: a randomised clinical trial of a multidisciplinary electronic cardiovascular prevention programme. *BMC Cardiovascular Disorders* 2007;7:27.