

What kind of HP strategies and interventions work in PHC?

Pim Assendelft

Professor in General practice

Department of Primary and Community care

Radboud University Medical Center, Nijmegen, the Netherlands

‘Generalism is our specialism’

Radboudumc



Preventie
in de zorg



Visiedocument
Medisch Specialist 2025
ambitie, vertrouwen, samenwerken



Health promotion is 'hot' in the Netherlands

Various GP guidelines aimed at lifestyle

Cardiovasculair risicomanagement M84

NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement

Inleiding

Hart- en vaatziekten (HVZ) zijn de belangrijkste oorzaak van sterfte in Nederland en de westerse wereld. In 2003 stierven er bijna 50.000 Nederlanders aan HVZ. Dit is onge-

deren van een optimaal beleid ten aanzien van de behandeling van patiënten met een verhoogd risico van HVZ. Hierdoor kan de kans op eerste of nieuwe manifestaties van HVZ en de kans op complicaties als gevolg

patiënt, het zogenoemde risicoprofiel.

De standaard richt zich op patiënten met een (mogelijk) verhoogd risico van HVZ en gaat daarbij uit van patiënten die om de een of andere reden in contact treden met de huisarts, meestal in de eerste aanpakfase.

NHG-Standaard M85

NHG-Standaard Stoppen met roken

Chavannes NH, Kaper J, Frijling BD, Van der Laan JR, Jansen PWM, Guerrouj S, Drenth AJM, Bax W, Wind LA. Huisarts Wet 2007;50(7):306-14.

Inleiding

De NHG-Standaard Stoppen met roken geeft richtlijnen voor diagnostiek en beleid om rokers op een effectieve manier te advi-

hoge dosis nicotine als rustgevend. De werking van nicotine op het beloningssysteem is vergelijkbaar met die van middelen als heroïne en cocaïne.⁴

Nicotineafhankelijkheid of tabaksverslaving is als aandoening opgenomen in de ICD-10 en de DSM-IV.⁵ Een deel van het rookgedrag wordt veroorzaakt door de behoefte de

NHG-Standaard M01

NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2

Tweede herziening

Ruiten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, Goudsward AN, Uitevaal PIM, Van der Does FEE, Heine RJ, Van Ballegooye E, Verduijn MM, Bouma M. Huisarts Wet 2006;49(3):137-52.

De standaard en de wetenschappelijke verantwoording zijn geactualiseerd ten opzichte van de vorige versie (Huisarts Wet 1999;42:67-84). De richtlijnen zijn gewijzigd.

Inleiding

De NHG-Standaard Diabetes mellitus type

Centrale adipositas en insulineresistentie worden ook in verband gebracht met verstapeling in diverse organen en de negatieve gevolgen hiervan voor de functie van deze organen.

Dit alles heeft implicaties voor de behandeling en controle. Gezien het verhoogde risico op hart- en vaatziekten, richt de behandeling zich niet alleen op afname van de hyperglykemie – waarmee het risico op microvasculaire complicaties en in min-

tie en behandeling. Polynestandsafwijkingen quaat schoel de belangrijke. Naast perifere autonome ne meer kan leiden blaasfunct. Bij sommige bestaan over

Alles wat u wilt weten over leefstijladvisering in uw praktijk

De nieuwe NHG-Zorgmodules Leefstijl

Deze maand verschijnen de NHG-Zorgmodules Leefstijl, met richtlijnen over de advisering en begeleiding van uw patiënten bij alcoholproblematiek, bewegen, stoppen met roken en gezonde voeding. Als smaakmaker leest u hieronder een samenvatting van de inleidende hoofdstukken *Leefstijladvisering algemeen* en *Geïntegreerde aanpak leefstijl en individueel zorgplan*. Tot slot is er een korte toelichting van wat u in de vier Zorgmodules kunt verwachten.

Waarom Zorgmodules Leefstijl?

De aanleiding voor het ontwikkelen van de 'Leefstijlmodules' (zoals de Zorgmodu-

LEEFSTIJLADVISING ALGEMEEN

Bij alle leefstijlonderwerpen komen keke algemene aspecten aan de orde. staat het voorkomen of beperken van gezondheidsschade centraal en is de actieve rol van de patiënt essentieel. Huisarts en praktijkondersteuner kunnen de patiënt begeleiden bij diens zelfmanagement door:

- het geven van voorlichting over gezondheidsrisico's en een gezonde leefstijl;
 - het motiveren tot en ondersteunen van gedragsverandering.
- Alle zorgverleners hebben een sign

NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik (derde herziening)

Louwrens Boomsma, Bella Drost, Inger Larsen, Han Luijckx, Gert-Jan Meerkkerk, Nynke Valken, Monique Verduijn, Jako Burgers, Gerda van der Weele, Martijn Sijbom

Belangrijkste wijzigingen

- De standaard is uitgebreid met specifieke aanbevelingen voor jongeren met problematisch alcoholgebruik en het beleid bij een acute alcoholintoxicatie.
- De aanbeveling om de *Five shot-vragenlijst* te gebruiken om een indruk te krijgen over de mate van alcoholgebruik is komen te vervallen, omdat deze geen meerwaarde heeft boven

voor het herkennen van, de diagnostiek en het beleid bij patiënten met problematisch alcoholgebruik. De standaard richt zich op de preventie van somatische, psychologische en sociale problemen door het gebruik van alcohol door vroegtijdige herkenning en behandeling van problematisch alcoholgebruik.

Bij herziening van de standaard is gekozen om de termen 'alcoholmisbruik' en 'alcoholafhankelijkheid' te

klachten en/of psychische of sociale problemen en dat verhindert dat bestaande problemen adequaat worden aangepakt. De geconsumeerde hoeveelheid alcohol is niet leidend voor de diagnose.

Een stoornis in het gebruik van alcohol is problematisch alcoholgebruik waarbij wordt voldaan aan de DSM-5-criteria stoornissen in het gebruik van alcohol (tabel 1).

NHG-Standaard M95

NHG-Standaard Obesitas

Van Binsbergen JJ, Langens FNM, Dapper ALM, Van Halteren MM, Glijsteer R, Cleyndert GA, Mekenkamp-Oei SN, Van Avendonk MJP. Huisarts Wet 2010;53(11):609-25.

Inleiding

De NHG-Standaard Obesitas geeft richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij volwassenen en kinderen vanaf twee jaar

gewicht met ernstig vergrote buikomvang of comorbiditeit. De indicaties voor het opstellen van een cardiovasculair risicoprofiel en screening op diabetes mellitus type 2 bij volwassenen met obesitas en overgewicht zijn beschreven in de NHG-Standaarden Cardiovasculair risicomanagement en Diabetes mellitus type 2.

Bij kinderen adviseert de standaard signa-

een verhoogd risico op comorbiditeit,¹⁹ die grotendeels gelijk is aan de comorbiditeit bij volwassenen. Daarnaast spelen bij kinderen andere aspecten een rol, zoals gepest worden, gewrichtsklachten en een slechtere lichamelijke conditie, waardoor er een verminderde kwaliteit van leven is. Obese kinderen hebben een verhoogd risico op overlijden op een relatief jonge leeftijd.²⁰

De nieuwe NHG-Zorgmodules Leefstijl

Deze maand verschijnen de NHG-Zorgmodules Leefstijl, met richtlijnen over de advisering en begeleiding van uw patiënten bij alcoholproblematiek, bewegen, stoppen met roken en gezonde voeding. Als smaakmaker leest u hieronder een samenvatting van de inleidende hoofdstukken Leefstijladvisering algemeen en Geïntegreerde aanpak leefstijl en Individueel zorgplan. Tot slot is er een korte toelichting van wat u in de vier Zorgmodules kunt verwachten.

Waarom Zorgmodules Leefstijl?

De aanleiding voor het ontwikkelen van de 'Leefstijlmodules' (zoals de Zorgmodules in de wandelgangen zijn gaan heten) waren de geluiden uit het veld. Huisartsen en zorggroepen hebben behoefte aan ondersteuning bij de leefstijladvisering. Vaak ontbreekt overzicht van het lokale

LEEFSTIJLADVISING ALGEMEEN

Bij alle leefstijlonderwerpen kunnen we keke algemene aspecten benoemen. Het staat het voorkómen of beperken van gezondheidsschade centraal. Het benadrukt de actieve rol van de patiënt. Huisarts en praktijkondersteuner kunnen de patiënt begeleiden bij diens zelfmanagement door:

- het geven van voorlichting over gezondheidsrisico's en een leefstijl;
- het motiveren tot en ondersteunen van gedragsverandering.

Alle zorgverleners hebben een signalerende functie, maar dit betekent niet dat zij de patiënt ook altijd zelf zullen begeleiden. Een diëtist die alcoholproblematiek vermoedt en een psycholoog die merkt dat iemand rookt, zullen de patiënt

eenmaal erg moeilijk om jarenlang ingesleten gedrag zomaar te veranderen. Het is goed om toch gewoon na enige tijd onafhankelijk te checken of de patiënt wel gemotiveerd is. Het slot is het van belang om realistische doelen te stellen: kleine stapjes zetten en deze herhalen.

But, does it work?

And: when does it work?

Viif stappen om zelfmanagement te stimuleren (5 A's):

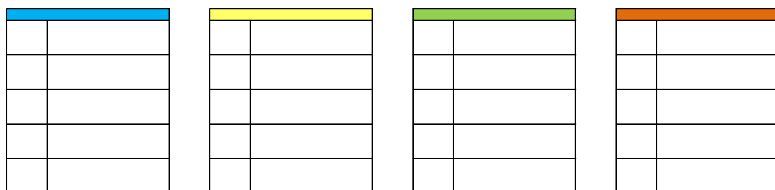
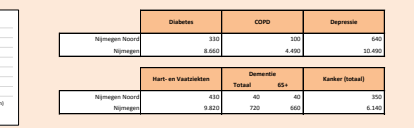
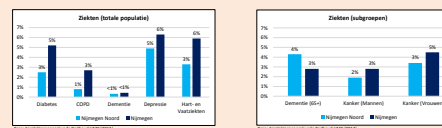
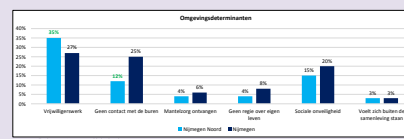
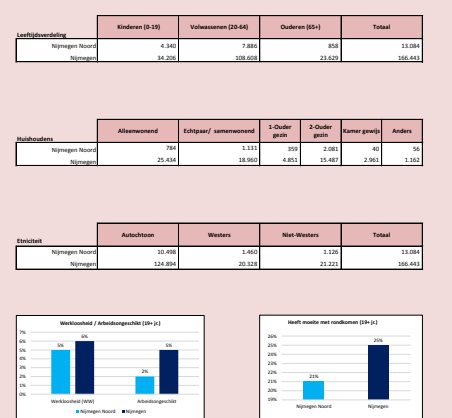
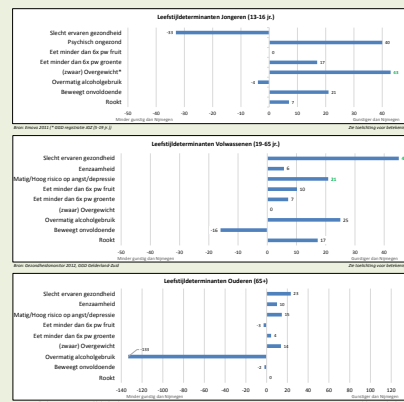
- Anamnese: vraag de patiënt om ervaringen en behoeftes te noemen.
- Adviseren: verklaar deze ervaringen en behoeftes en geef informatie op maat.
- Afspreken: help bij het stellen van haalbare doelen en neem gezamenlijk besluiten.
- Assisteren: help bij persoonlijke barrières en ga na of er behoefte is aan extra ondersteuning.
- Arrangeren: maak samen een specifiek plan voor (vervolg)ondersteuning.





People differ, so approaches need to differ



[illegible]

Radboudumc

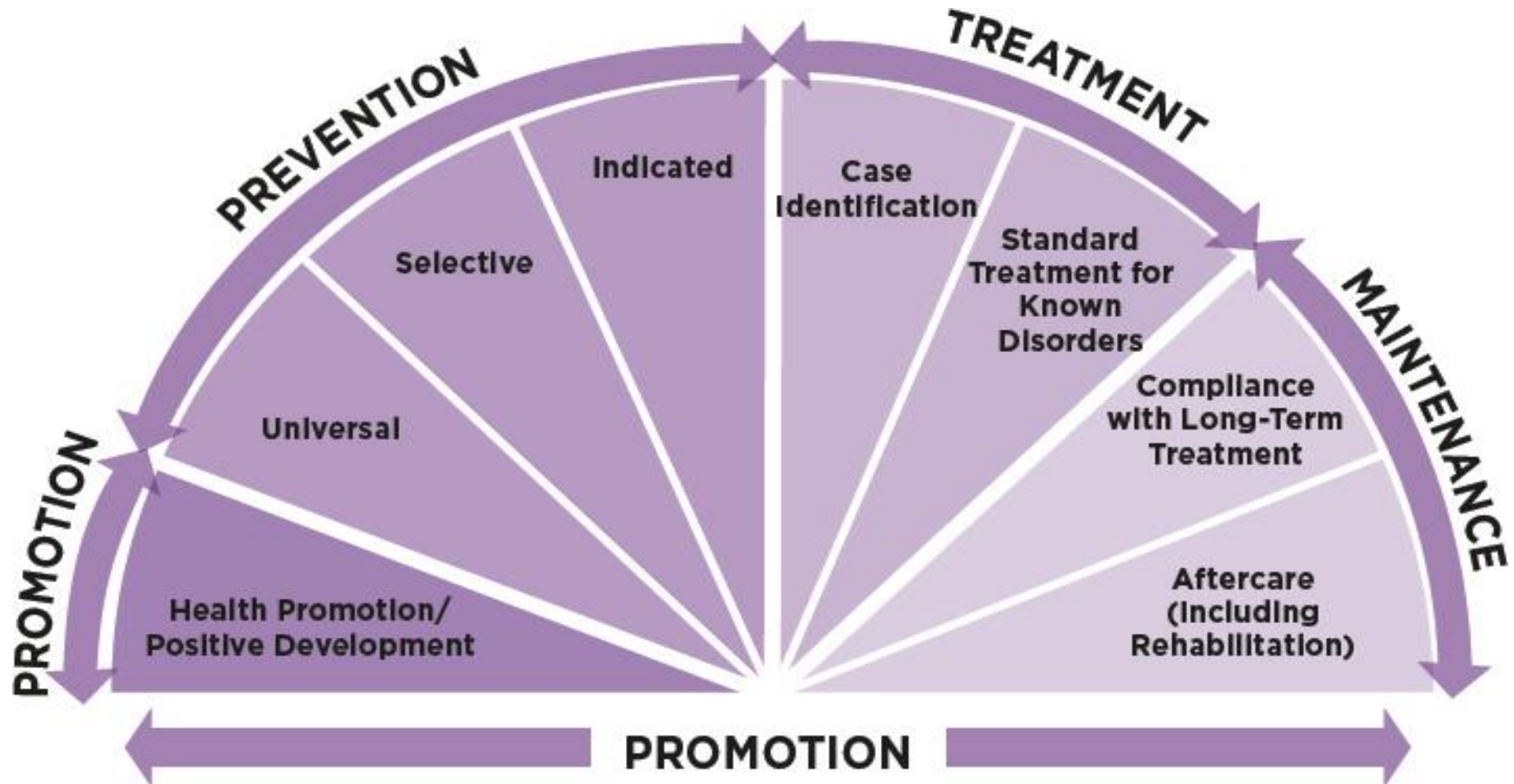
Each age needs a different approach



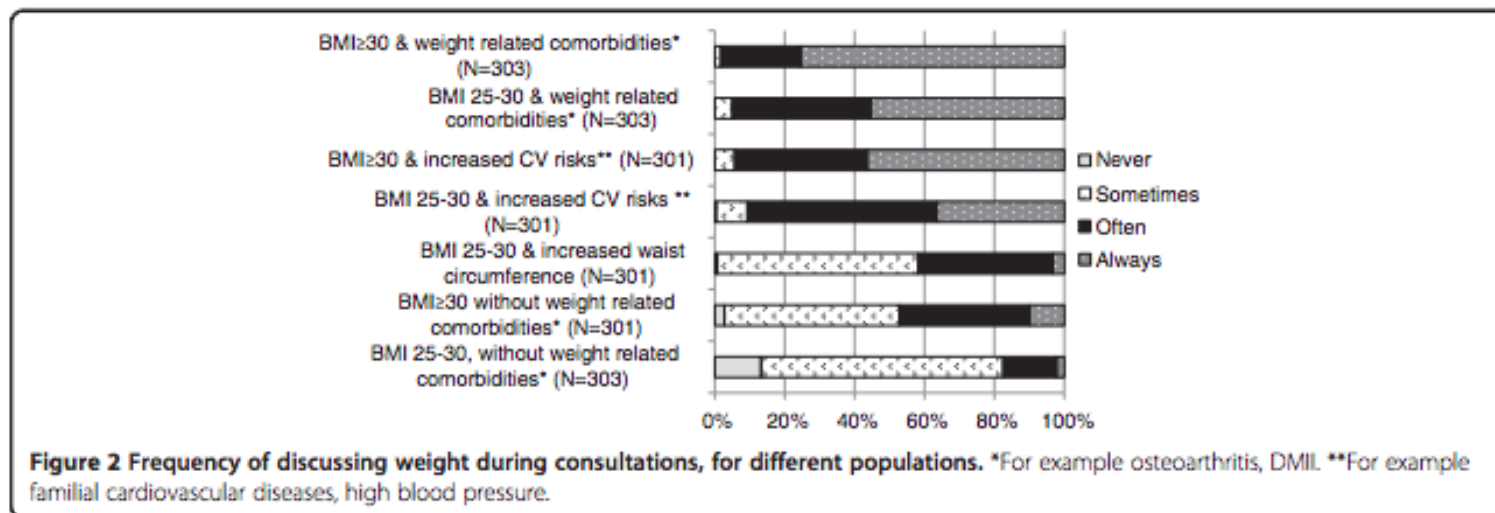
Prevention can't be for free



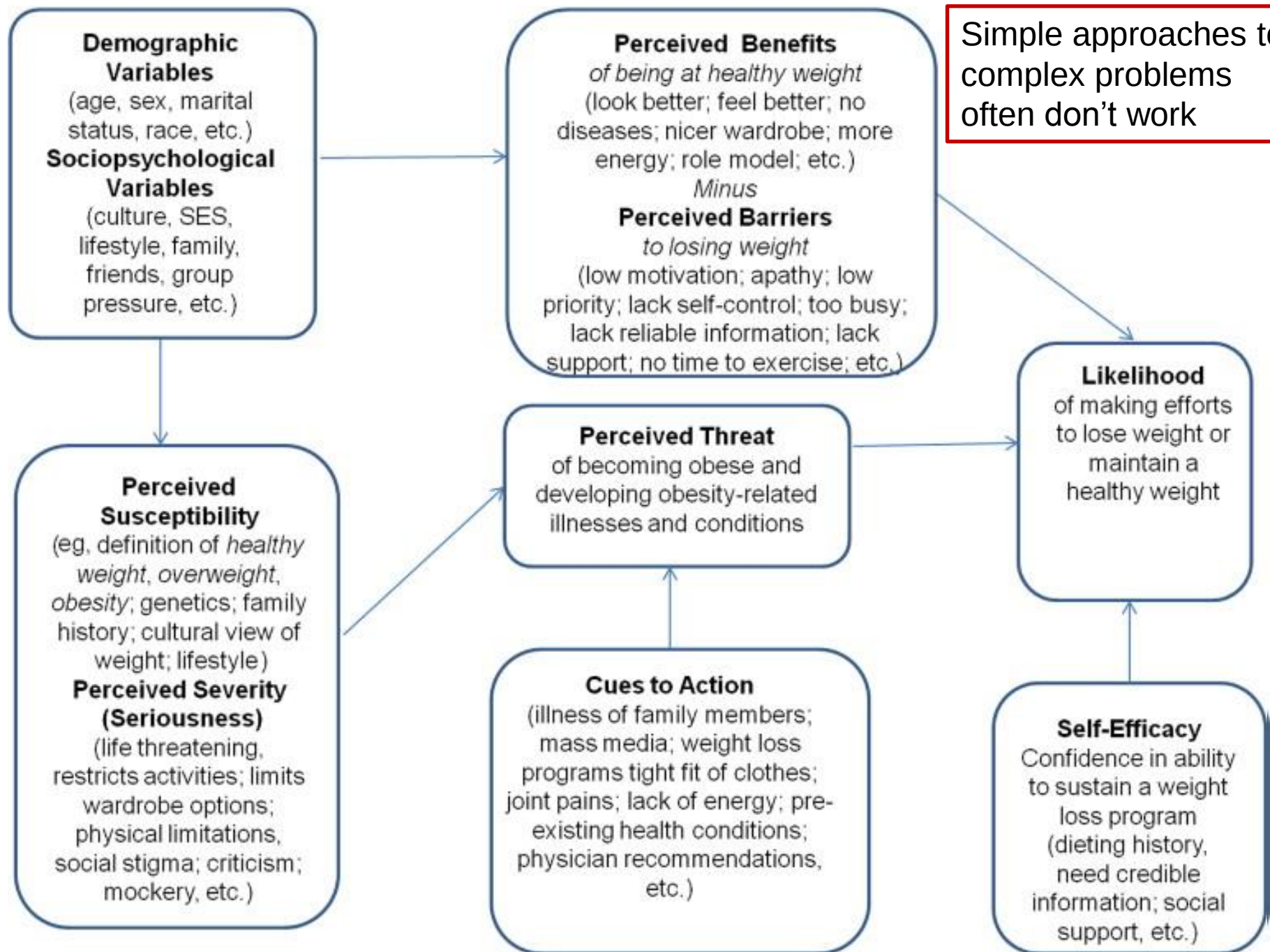
The closer prevention / health promotion is to the curative tasks of GPs the more responsible they feel



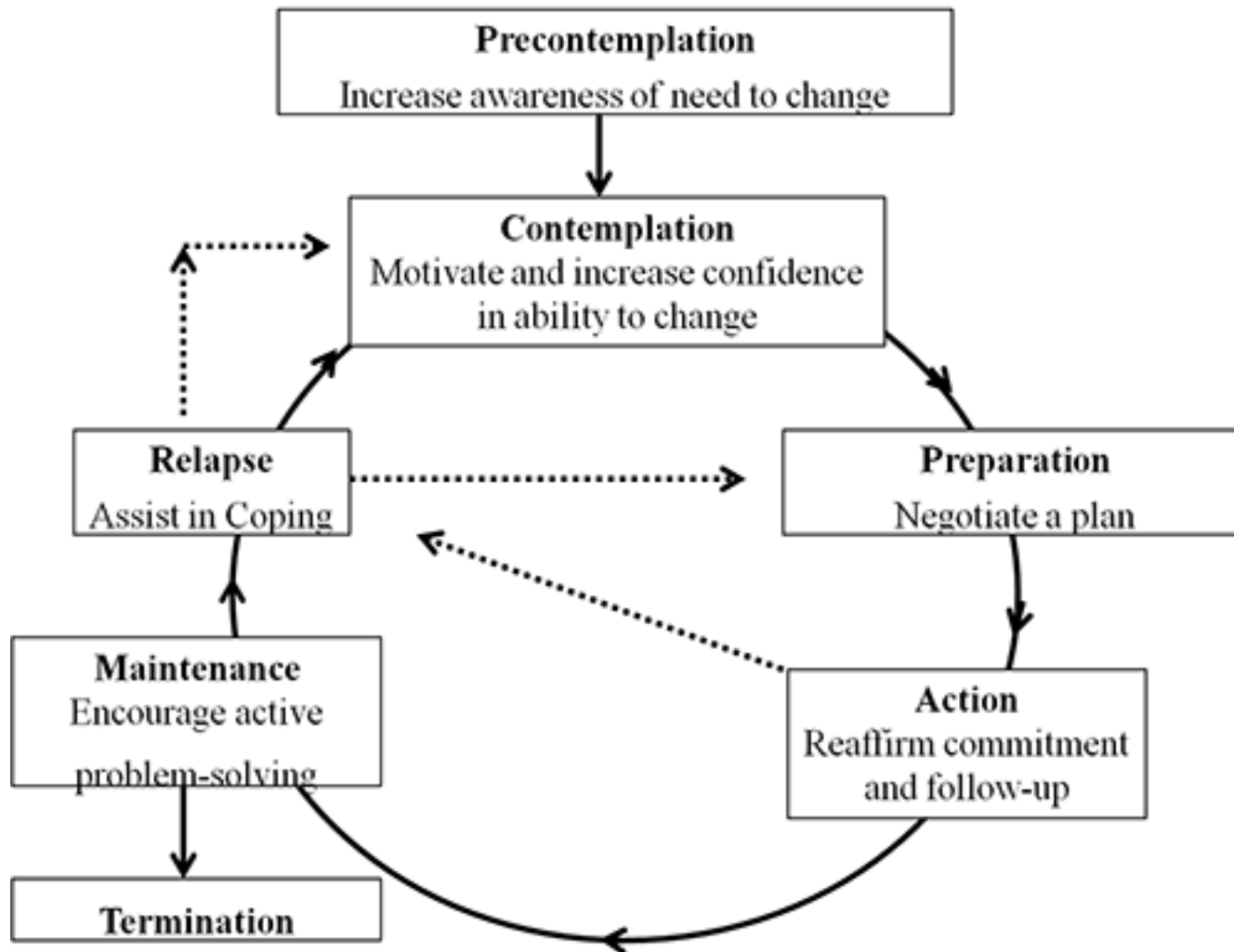
Example: frequency of discussing weight during consultations



Simple approaches to complex problems often don't work



Lifestyle change requires time



More intensive or longer lasting treatments are more likely to help tobacco users quit successfully

Level of contact	Number of arms	Estimated odds ratio (95% C.I.)	Estimated abstinence rate (95% C.I.)
No contact	30	1.0	10.9
Minimal counseling (< 3 minutes)	19	1.3 (1.01-1.6)	13.4 (10.9-16.1)
Low intensity counseling (3-10 minutes)	16	1.6 (1.2-2.0)	16.0 (12.8-19.2)
Higher intensity counseling (> 10 minutes)	55	2.3 (2.0- 2.7)	22.1 (19.4-24.7)

Source: Fiore MC et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update.

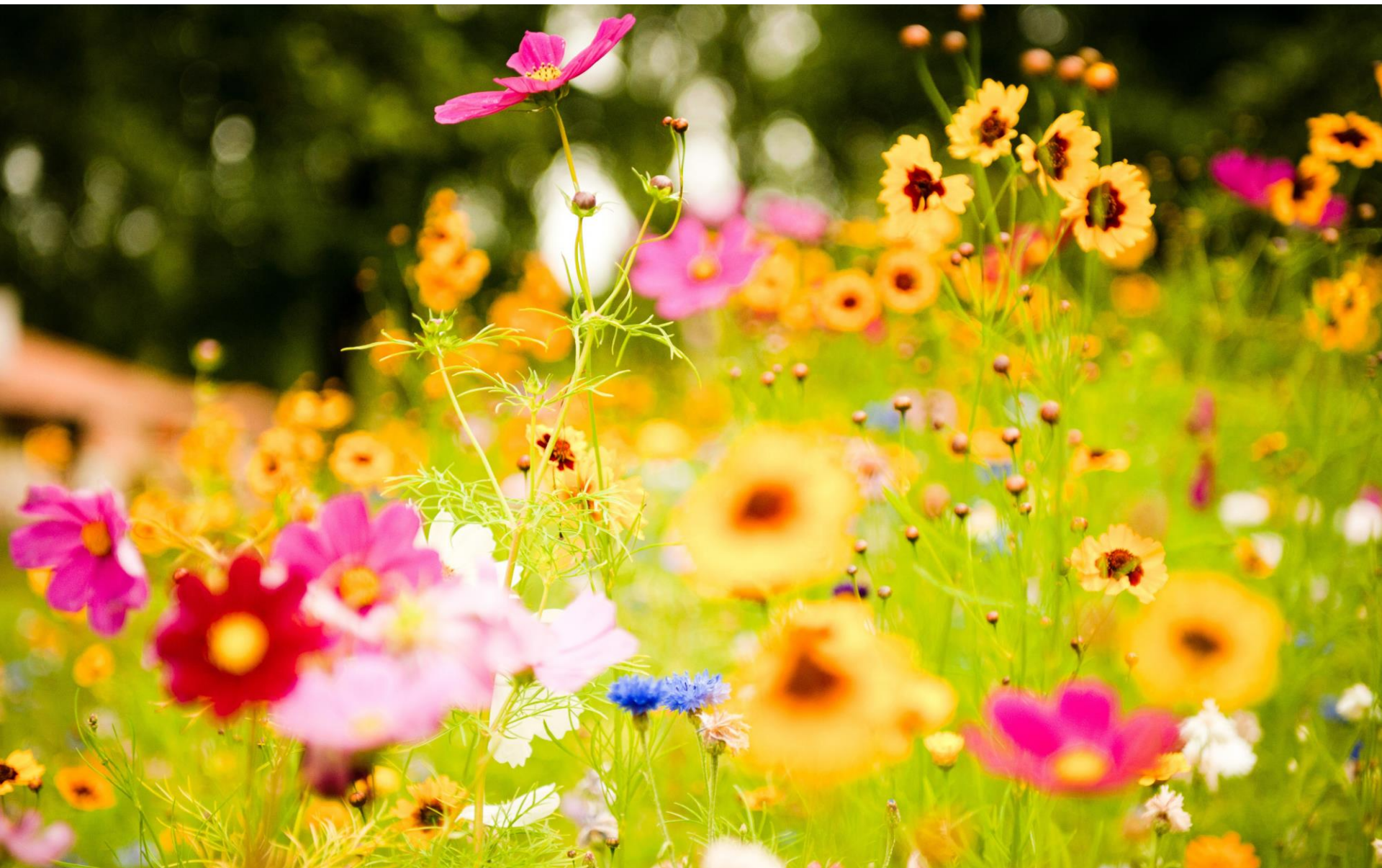


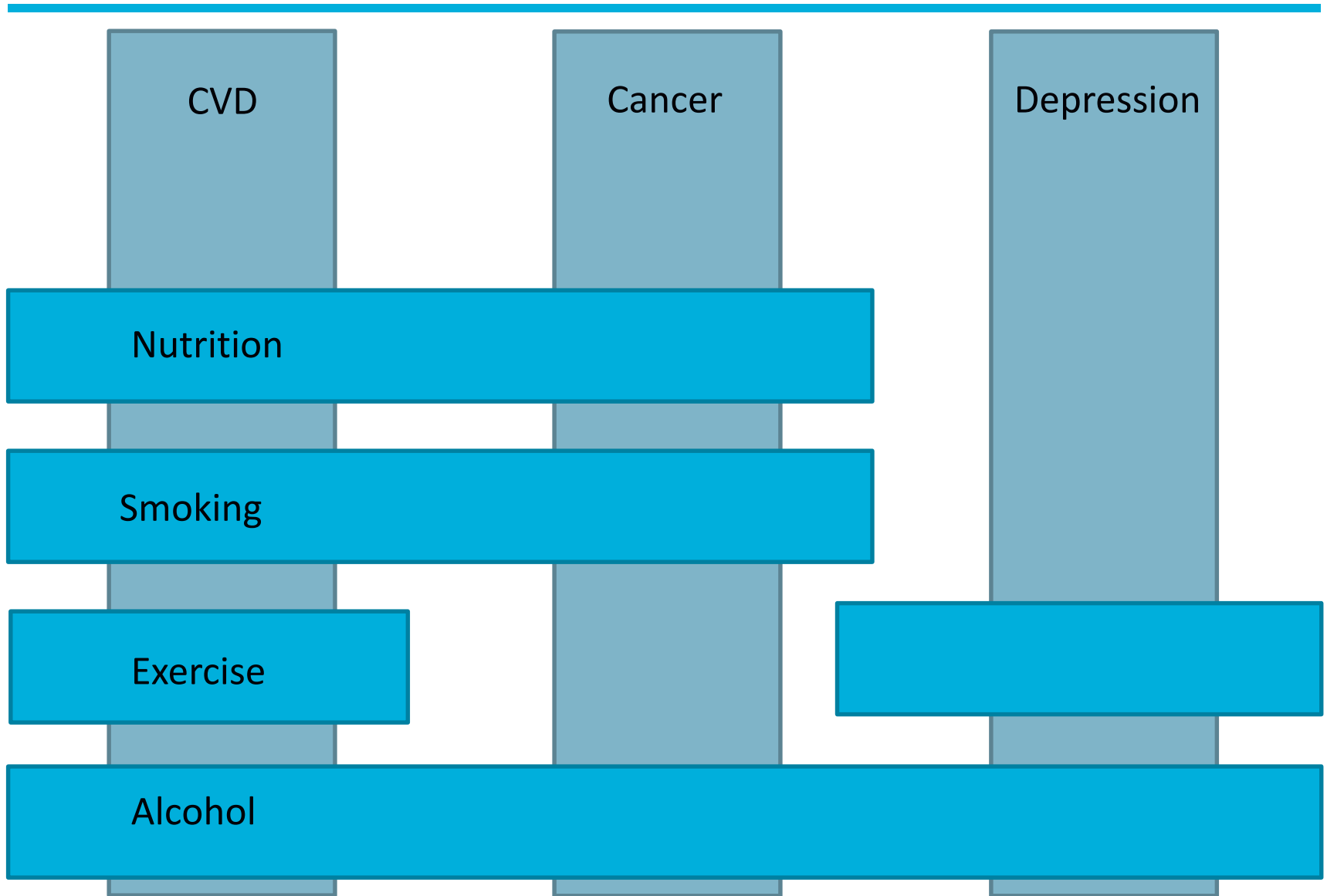
The 5 A's

- *Ask*
- *Advise*
- *Assess*
- *Assist*
- *Arrange*

=> Focus on the first 3

=> Provide sufficient aftercare (the last 2 A's: 'Assist' / Arrange')





Why is effectiveness
so hard to prove?

Do trials apply to HP?

Many factors are of influence
Long induction time -> Long follow-up
Rare events -> many patients necessary
Often only one risk factor and one disease
outcome

