

## Eerste ervaringen met het PreventieConsult Cardiometabool risico

### Samenvatting

Nielen MMJ, Van der Meer V, Assendelft WJJ, Schellevis FG. *Eerste ervaringen met het PreventieConsult Cardiometabool risico. Huisarts Wet* 2011;54(8):414-9.

**Doel** Bepalen welk deel van de mensen meedoet en het aantal nieuw opgesporde aandoeningen tijdens de pilot implementatie van het PreventieConsult Cardiometabool risico (CMR).

**Methode** Zestien huisartsenpraktijken hebben deelgenomen aan de pilot implementatie PreventieConsult CMR. Patiënten tussen de 45 en 70 jaar moesten met een onlineriesicoschatting het risico op cardiometabole aandoeningen bepalen. In de helft van de praktijken kregen patiënten een uitnodiging in de vorm van een persoonlijke brief en in de andere helft gebeurde dat via folders en een poster in de wachtkamer. Deelnemers met een verhoogde score op de risicoschatting kregen het advies om een afspraak te maken voor een praktijkconsult. We gebruikten de gegevens van de risicoschatting, de praktijkconsulten en de resultaten van een vragenlijst onder een steekproef van de doelpopulatie.

**Resultaten** De respons op de uitnodigingsbrief en de poster en folders was respectievelijk 33% en 1%. In totaal hebben 617 personen de risicoschatting uitgevoerd, van wie er 392 (64%) een verhoogde score hadden. Dit resulteerde uiteindelijk in 142 patiënten op de praktijkconsulten. Bij 28 patiënten (20%) spoorden de huisartsen een of meer cardiometabole aandoeningen op.

**Conclusie** Eenderde van de genodigden heeft geparticipeerd in de risicoschatting van het PreventieConsult CMR, van wie meer dan de helft een verhoogde risicoscore had. Wanneer mensen met een verhoogde risicoscore op de risicoschatting bij de huisarts komen, blijkt een op de vijf een cardiometabole aandoening te hebben.

### INLEIDING

De belangrijkste leefstijlgerelateerde oorzaken van ziekte en sterfte in Nederland zijn tabaksgebruik en overgewicht.<sup>1</sup> Omdat deze risicofactoren vaak onder de bevolking voorkomen, valt te verwachten dat het aantal mensen met cardiometabole aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en chronische nierziekten, aanzienlijk zal gaan toenemen.<sup>2,3</sup> Om zowel toekomstige problemen voor patiënten als een toename van kosten voor de gezondheidszorg te voorkomen, wordt het steeds belangrijker om deze aandoeningen te voorkomen.

Historisch gezien zijn in Nederland de preventieve en curatieve gezondheidszorg gescheiden sectoren, wat een adequate aanpak van gezondheidsproblemen op het grensvlak van preventie en curatie belemmert. Recente evaluaties van initi-

atieven op het gebied van de opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten<sup>4</sup> en chronische nierziekten<sup>5</sup> laten zien dat de effectiviteit hiervan groter zou zijn bij een betere inbedding in de curatieve zorg. Huisartsen kunnen een belangrijke rol spelen bij de vroegtijdige opsporing en preventieve behandeling van chronische ziekten.<sup>6</sup> Ze hebben een positieve houding ten aanzien van selectieve en geïndiceerde preventie van cardiometabole aandoeningen en vinden dat de huisartsenpraktijk hiervoor een geschikte plaats is.<sup>7</sup>

Het is daarom een logische stap dat het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), de Nederlandse Hartstichting, Nierstichting Nederland en het Diabetes Fonds het PreventieConsult Cardiometabool risico (verder 'PreventieConsult CMR' genoemd) hebben ontwikkeld. Het PreventieConsult CMR is bedoeld voor personen tussen de 45 en 70 jaar bij wie bij de huisarts niet eerder een cardiometabole aandoening heeft vastgesteld. Het kent een getrapte opbouw: in eerste instantie vullen deelnemers een onlineriesicoschatting in, waarna mensen met een verhoogde risicoscore een verwijzing krijgen naar de huisartsenpraktijk. De werkwijze is vastgelegd in de evidence-based NHG-Standaard Het PreventieConsult, Module Cardiometabool.<sup>8</sup> Hoewel de gebruikte methoden evidence-based zijn, zal de toekomst nog moeten uitwijzen of het PreventieConsult CMR een (kosten)effectieve manier is om mensen met een verhoogd risico op cardiometabole aandoeningen op te sporen en te behandelen.

Eind 2009 startten de ontwikkelaars met een pilot implementatie van het PreventieConsult CMR in zestien huisartsenpraktijken, met een begeleidend evaluatieonderzoek.<sup>9</sup> Aan

### Wat is bekend?

- Het aantal mensen met cardiometabole aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en chronische nierziekten, zal in de toekomst aanzienlijk toenemen.
- Het PreventieConsult CMR is ontwikkeld met als doel het zo goed mogelijk bereiken en identificeren van mensen met een verhoogd risico op cardiometabole aandoeningen, gevolgd door een optimale begeleiding en behandeling ter voorkoming van (verdere) gezondheidsschade.

### Wat is nieuw?

- Eenderde van de genodigden heeft meegedaan aan de risicoschatting van het PreventieConsult CMR; meer dan de helft van de deelnemers had een verhoogde risicoscore.
- Wanneer personen met een verhoogde risicoscore op de risicoschatting bij de huisarts komen, blijkt een op de vijf personen een cardiometabole aandoening (diabetes mellitus, hypertensie en/of hypercholesterolemie) te hebben.

NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht: dr. M.M.J. Nielen, onderzoeker/epidemioloog; prof.dr. F.G. Schellevis, afdelingshoofd. LUMC, Leiden: dr. V. van der Meer, huisarts/onderzoeker; prof.dr. W.J.J. Assendelft, huisarts, hoofd afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde. VUmc EMGO+ Instituut/afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: prof.dr. F.G. Schellevis, hoogleraar Huisartsgeneeskunde. • Correspondentie: m.nielen@nivel.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

de hand van gegevens uit dit onderzoek beantwoorden we de volgende vraagstellingen:

- Hoeveel patiënten hebben deelgenomen aan de verschillende onderdelen van het PreventieConsult CMR?
- Wat waren redenen om niet deel te nemen aan het PreventieConsult CMR?
- Wat heeft het PreventieConsult CMR opgeleverd in termen van het aantal patiënten met een verhoogde score op de risicoschatting en nieuw opgespoorde aandoeningen?

## METHODE

### Het PreventieConsult CMR

Het PreventieConsult CMR begint met een risicoschatting op internet om het risico op cardiometabole aandoeningen in te schatten. Deze risicoschatting bevat onder meer elementen van de SCORE-*riscifunctie*<sup>10,11</sup> en de FINDRISK-vragenlijst.<sup>8,12</sup> De risicoschatting kende tijdens de pilot drie mogelijke uitslagen: een verhoogde, licht verhoogde of lage risicoscore op een cardiometabole aandoening. Bij een lage of licht verhoogde risicoscore kreeg de deelnemer digitaal een gericht leefstijladvies, afhankelijk van de aanwezige risicofactoren. De patiënten met een verhoogde risicoscore kregen het advies om contact op te nemen met de huisarts voor twee praktijkconsulten.

Het eerste praktijkconsult bestond uit het bespreken van de antwoorden van de risicoschatting met de patiënt, het meten van risicofactoren en het verrichten van laboratoriumonderzoek. Bij het tweede consult gaf de huisarts een samenvatting van alle gegevens en maakte hij met de patiënt een keuze voor de aanpak van het risico. Indien nodig kon dit resulteren in een behandeling volgens de beschikbare richtlijnen en/of verwijzing naar programma's op het gebied van het verbeteren van de leefstijl.<sup>8</sup>

### Opzet van de pilot

In totaal hebben zestien praktijken deelgenomen aan de pilot implementatie PreventieConsult CMR, verdeeld over drie verschillende regio's: Drenthe/Overijssel/Flevoland (acht praktijken), Rotterdam (vier praktijken) en Oostelijk Zuid-Limburg (vier praktijken). Praktijken konden zich via het NHG opgeven voor de pilot. Voorwaarde voor deelname was dat er een POH in de praktijk werkzaam was en er ten minste één programma lokaal of regionaal beschikbaar was voor patiënten met een verhoogd risico op cardiometabole aandoeningen (bijvoorbeeld een cursus stoppen met roken of een leefstijlinterventie). Daarnaast mocht er recentelijk geen screening hebben plaatsgevonden onder de doelgroep van het PreventieConsult CMR. De pilot duurde een half jaar en vond plaats in de periode van oktober 2009 tot en met april 2010.

Omdat er voorafgaande aan het evaluatieonderzoek onduidelijkheid was over de manier waarop we patiënten voor het PreventieConsult CMR het beste konden benaderen, probeerden we twee verschillende varianten uit, een 'actieve' en 'passieve'. Bij de actieve variant benaderde de huisarts patiënten met de vraag de risicoschatting uit te voeren. Hierbij maakte de huisarts een selectie van de doelgroep (mensen tussen de 45

en 70 jaar zonder manifeste cardiometabole aandoeningen).<sup>8</sup> Vanwege de haalbaarheid schreven de huisartsen niet alle mensen uit de doelgroep aan, maar selecteerden zij patiënten die geboren waren in de jaren 1939, 1946, 1952, 1958 en 1964. Ze verstuurden de uitnodigingsbrief in de periode van oktober 2009 tot januari 2010. In maart 2010 stuurden de huisartsen een herinneringsbrief. Bij de 'passieve variant' werden patiënten via posters en folders in de wachtkamer opgeroepen om de risicoschatting uit te voeren. Per regio bepaalden we door loting welke praktijk welke variant ging uitvoeren.

### Meetinstrumenten

We maakten gebruik van vier verschillende gegevensbronnen. Ten eerste vroegen we de deelnemende huisartsenpraktijken een lijst samen te stellen van patiënten die in aanmerking kwamen voor het PreventieConsult CMR. In de acht praktijken met de actieve variant betrof dit de patiënten die de huisarts per brief had aangeschreven. In de praktijken met de passieve variant waren dit alle patiënten tussen de 45 en 70 jaar bij wie niet eerder een diagnose van een cardiometabole aandoening was gesteld. Het aangeleverde bestand bevatte geboortedatum, geslacht en postcode van de patiënten.

Ten tweede gebruikten we gegevens van de onlinerisicoschatting. Hierbij vroegen we de deelnemers ook naar geboortedatum, geslacht en postcode. Met behulp van deze gegevens koppelden we de resultaten van de risicoschatting aan het bestand van de huisarts. Na koppeling in een beveiligde omgeving, anonimiseerden we de gegevens volgens een privacyreglement. Deze werkwijze is in overeenstemming met de

### Abstract

Nielen MMJ, Van der Meer V, Assendelft WJJ, Schellevis FG. An evidence-based cardiometabolic health check in general practice. *Huisarts Wet* 2011;54(8):414-9.

**Purpose** To investigate the participation of general practice patients in a voluntary cardiometabolic health check-up (PreventieConsult CMR) and the number of newly diagnosed cardiometabolic disorders.

**Methods** The PreventieConsult CMR was used and evaluated in 16 general practices. Patients between 45 and 70 years old without cardiometabolic disorders were invited to fill in an online questionnaire, the answers of which were used to calculate their risk (low, medium, or high) of cardiometabolic disorders. Half of the participating practices invited patients by means of a personal letter and the other half by means of leaflets and posters in the practice waiting room. Patients at high risk of cardiometabolic disorders were advised to consult their general practitioner. Data from the online risk questionnaire, GP consultation, and a questionnaire sent to a random sample of participating patients for a non-response analysis were analysed.

**Results** The response to the invitation letter and to the posters and leaflets was 33% and 1%, respectively. In total, 617 patients completed the online risk questionnaire, 392 (64%) of whom were at high risk of cardiometabolic disorders. In total, 142 patients consulted their GP and 28 (20%) were found to have one or more cardiometabolic disorders.

**Conclusion** About one-third of patients who were invited to participate took part in the PreventieConsult CMR pilot study, and half of these patients were considered at high risk and required further evaluation by their GP. Cardiometabolic disorders were diagnosed in 1 of 5 high-risk patients who consulted their GP.

regels van het College Bescherming Persoonsgegevens.

Ten derde vroegen we de deelnemende huisartsen in hoeverre een van de volgende aandoeningen zijn opgespoord: diabetes mellitus, hypertensie, hypercholesterolemie en chronische nierziekte.

Ten slotte enquêteerden wij 3183 patiënten die tot de doelgroep van het PreventieConsult CMR behoorden. We gebruikten een papieren vragenlijst om inzicht te krijgen in de redenen waarom ze wel of niet deelnamen. Dit betrof alle aangeschreven patiënten in de praktijken met de actieve variant en een aselechte steekproef per praktijk van tweehonderd personen uit de doelpopulatie van patiënten in de praktijken met de passieve variant. Deze groep bevatte dus zowel mensen die deel hebben genomen aan het PreventieConsult CMR als non-respondenten. De vragenlijst bevatte vragen over de demografische achtergrond, risicofactoren voor cardiometabole aandoeningen en redenen om niet mee te doen aan de risicoschatting.

De gegevens zijn geanalyseerd aan de hand van frequentietabellen. Verschillen tussen mensen die wel en niet hebben deelgenomen aan het PreventieConsult CMR toetsten we met Student t-toetsen en chi-kwadraattoetsen met Stata 10.

## RESULTATEN

### Deelname aan de risicoschatting

In de praktijken met de actieve variant kregen 1583 mensen een uitnodigingsbrief van de huisarts om de risicoschatting

in te vullen. Van deze groep hebben 521 personen (33%) dat gedaan. Bij de praktijken met de passieve variant bestond de doelpopulatie uit 8313 mensen, van wie 96 personen (1%) de risicoschatting hebben ingevuld [figuur 1].

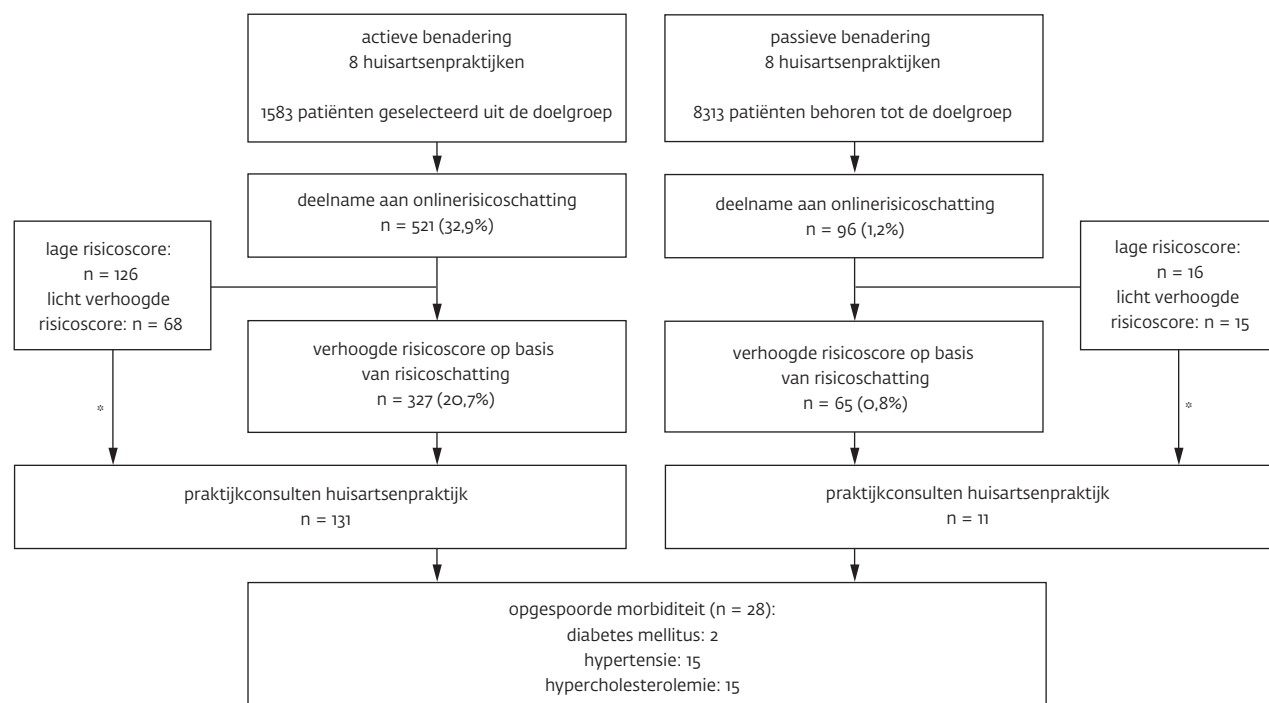
Van de in totaal 617 personen die de risicoschatting hebben uitgevoerd, hadden 392 personen (64%) een verhoogde risicoscore. Zij kregen het advies om naar de huisarts te gaan. Daarnaast hadden 83 personen (13%) een licht verhoogde risicoscore en 142 personen (23%) een lage risicoscore. Er was in deze verdeling van scores geen statistisch significant verschil tussen personen uit praktijken met de actieve variant en personen uit praktijken die de passieve oproepvariant hanteerden (gegevens niet weergegeven).

### Deelname aan de praktijkconsulten

Gedurende de pilot zijn er in de 16 deelnemende praktijken 142 patiënten op praktijkconsult geweest, van wie 11 patiënten in de 'passieve praktijken' en 131 patiënten in de 'actieve praktijken' [figuur 1]. Van 109 van de 142 patiënten (77%) die op de praktijkconsulten zijn geweest, konden we op basis van geboortedatum, geslacht en postcode de uitslag van de risicoschatting koppelen aan de gegevens van de consulten. Bij de rest van de patiënten was dit niet mogelijk omdat een of meer van deze variabelen bij de risicoschatting niet (of niet juist) ingevuld waren.

Alleen patiënten met een verhoogde risicoscore op de risicoschatting kregen het advies de huisarts te bezoeken. Toch

**Figuur 1** Stroomschema deelname aan PreventieConsult CMR



\* Naar schatting had 9% van de bezoekers van de praktijkconsulten een lage of licht verhoogde risicoscore.

bleek 9% van de bezoekers van de praktijkconsulten een lage of licht verhoogde risicoscore te hebben. Omdat niet van alle patiënten die op het praktijkconsult zijn geweest de uitslag van de risicoschatting bekend was, konden we niet direct berekenen hoeveel personen met een verhoogde risicoscore de huisarts hebben bezocht. Uitgaande van de bovenstaande gegevens heeft 91% van de patiënten op het praktijkconsult een verhoogde risicoscore op de risicoschatting. Dat betekent dat van de 131 patiënten op het praktijkconsult in de actieve praktijken naar schatting 119 personen ( $0,91 \times 131$ ) een verhoogde risicoscore op de risicoschatting hebben. Op basis hiervan schatten wij dat 36% (119/327) van de patiënten met een verhoogde score de huisarts heeft bezocht. In de passieve praktijken hebben naar schatting 10 patiënten een verhoogde risicoscore op de risicoschatting ( $0,91 \times 11$ ), resulterend in een respons van ongeveer 15% (10/65) onder de personen met een verhoogde score.

Aan de deelnemende huisartsen vroegen we hoeveel personen met een cardiometabole aandoening ze hebben opgespoord. Bij 28 van de 142 patiënten (20%) ontdekten de huisartsen een of meer cardiometabole aandoeningen: 2 maal diabetes mellitus, 15 maal hypertensie en 15 maal hypercholesterolemie. Bij 4 van de 28 patiënten spoorden de huisartsen zowel hypertensie als hypercholesterolemie op. Ze vonden geen nieuwe chronische nierziekten.

### Non-respons op de risicoschatting

Om inzicht te krijgen in de redenen voor non-respons stuurden we een vragenlijst naar 3183 personen die deel uitmaakten van de doelgroep voor het PreventieConsult CMR. In totaal hebben 932 mensen deze enquête geretourneerd (29% respons). Voor de non-responsanalyse vergelijken we de respondenten die de risicoschatting hebben uitgevoerd ( $n = 274$ ) met de respondenten die wel bekend waren met de risicoschatting, maar deze niet hadden ingevuld ( $n = 177$ ). De overige respondenten waren niet op de hoogte van de risicoschatting of konden zich niet meer herinneren of ze er aan hadden deelgenomen.

Met behulp van stellingen onderzochten we de redenen

voor non-respons. De belangrijkste waren angst dat invullen van een vragenlijst op internet de privacy schaadt (24%) en gebrek aan tijd om de onlinevragenlijst in te vullen (21%) [figuur 2]. Hierin verschilden de niet-deelnemers statistisch significant van deelnemers aan de risicoschatting. Daarnaast bleek dat personen die niet aan de risicoschatting deelnamen minder gemakkelijk toegang hadden tot internet dan de personen die wel deelnamen (24% geen toegang versus 11%,  $p < 0,001$ ).

In [tabel 1] staan de demografische en sociaaleconomische kenmerken van de mensen die de risicoschatting wel en niet hebben uitgevoerd. Leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, opleidingsniveau en etnische achtergrond verschilden niet statistisch significant tussen beide groepen.

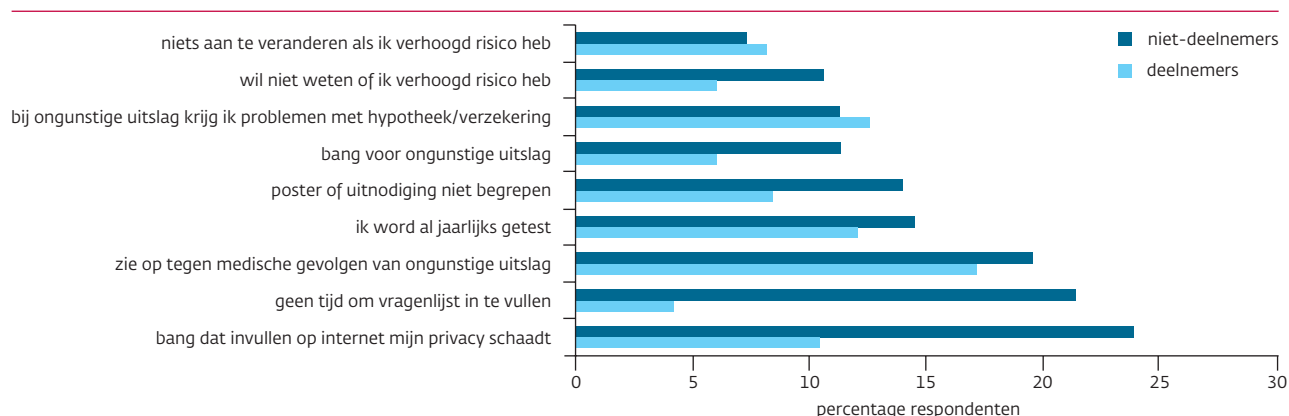
Een groter deel van de personen die de risicoschatting niet hebben uitgevoerd rookte (22,6% versus 16,8%) en had obesitas (15,6% versus 9,2%) in vergelijking met deelnemers, maar deze verschillen waren niet statistisch significant [tabel 2]. Wel was het gebruik van alcohol significant hoger onder niet-deelnemers ( $p < 0,001$ ). Ten slotte bleken deelnemers in het verleden vaker dan niet-deelnemers een verhoogd bloedsuikergehalte te hebben gehad (8,9% versus 3,5%,  $p = 0,03$ ).

### BESCHOUWING

Tijdens de pilot van het PreventieConsult CMR hebben 617 personen een risicoschatting uitgevoerd. Bij de actieve variant lag de respons op de risicoschatting een stuk hoger dan bij de passieve variant (33% versus 1%). Van deze personen bleken er 392 (64%) een verhoogde risicoscore op deze risicoschatting te hebben, als gevolg waarvan zij het advies kregen om naar de huisarts te gaan. In totaal heeft de risicoschatting ervoor gezorgd dat 142 patiënten op het praktijkconsult zijn geweest, waar de huisartsen bij 28 personen (20%) een cardiometabole aandoening opspoorde.

Om tot een optimale preventie te komen van cardiometabole aandoeningen met het PreventieConsult CMR, is het niet alleen van belang dat er zo veel mogelijk mensen deelnemen aan de risicoschatting, maar ook dat de juiste mensen worden bereikt en uiteindelijk op het praktijkconsult terechtkomen.

**Figuur 2** Redenen om niet deel te nemen aan de onlinerrisicoschatting



**Tabel 1** Demografische en sociaaleconomische kenmerken van personen die de risicoschatting wel en niet hebben uitgevoerd

	Risicoschatting uitgevoerd?		p-waarde
	Ja (n = 274)	Nee (n = 177)	
<b>Leeftijd</b>			
■ 40-45 jaar	14,2%	17,1%	0,83
■ 46-50 jaar	13,1%	12,5%	
■ 51-55 jaar	24,8%	27,3%	
■ 56-60 jaar	22,5%	19,3%	
■ 61-65 jaar	22,5%	15,3%	
■ 66-70 jaar	2,9%	4,0%	
■ > 70 jaar	4,0%	4,5%	
<b>Geslacht</b>			
■ Man	32,5%	39,2%	0,15
■ Vrouw	67,5%	60,8%	
<b>Opleidingsniveau</b>			
■ Laag	22,8%	28,9%	0,33
■ Midden	50,0%	47,4%	
■ Hoog	27,2%	23,7%	
<b>Etniciteit</b>			
■ Autochtoon	83,1%	87,5%	0,37
■ Westers allochtoon	9,9%	6,25%	
■ Niet-westers allochtoon	7,0%	6,25%	

**Tabel 2** Aanwezigheid van risicofactoren bij personen die de risicoschatting wel en niet hebben uitgevoerd

	Risicoschatting uitgevoerd?		p-waarde
	Ja (n = 274)	Nee (n = 177)	
<b>Roken</b>			
■ Ja	16,8%	22,6%	0,18
■ Nee, maar in het verleden wel gerookt	43,1%	35,6%	
■ Nee, nooit gerookt	40,1%	41,8%	
<b>Nederlandse Norm Gezond Bewegen</b>			
■ Inactief	3,7%	5,2%	0,69
■ Semiactief	53,1%	54,1%	
■ Normactief	43,2%	40,7%	
<b>BMI</b>			
■ Ondergewicht (< 20 kg/m <sup>2</sup> )	4,8%	7,5%	0,11
■ Normaal gewicht (20-25 kg/m <sup>2</sup> )	45,8%	40,5%	
■ Overgewicht (25-30 kg/m <sup>2</sup> )	40,2%	36,4%	
■ Obesitas (> 30 kg/m <sup>2</sup> )	9,2%	15,6%	
<b>Alcoholgebruik</b>			
■ Nooit	65,6%	49,4%	< 0,001
■ Weinig	21,6%	21,6%	
■ Matig	9,9%	21,6%	
■ Veel	2,9%	7,4%	
Ooit verhoogd bloedsuikergehalte of diabetes gehad	8,9%	3,5%	0,03
Ouders, broers of zussen met diabetes	31,4%	24,6%	0,12
Ouders, broers of zussen met hart- en vaatziekten voor 60ste jaar	33,7%	29,0%	0,29

De respons van patiënten die de risicoschatting uitvoerden naar aanleiding van een uitnodigingsbrief van de huisarts bleek in dit onderzoek beduidend hoger dan die naar aanleiding van de posters en folders (33% versus 1%). Hierbij moeten we wel opmerken dat tijdens de pilot bij de passieve variant slechts ongeveer 40% van de doelpopulatie de huisartsenpraktijk heeft bezocht<sup>9</sup> en weet had van het PreventieConsult CMR. Hiermee rekening houdend ligt de respons bij de passieve variant ongeveer op 2,5%. In een vergelijkbaar regionaal initiatief in Eindhoven vond men een respons van 75% als de huisartsen de risicovragenlijst schriftelijk verstuurd en de patiënt vroegen deze terug te zenden naar de huisarts.<sup>13</sup> Om tot de meest efficiënte benadering te komen, moeten we de opbrengst afzetten tegen de verrichte inspanningen en kosten.

Het percentage patiënten met een verhoogde risicoscore op de risicoschatting dat de huisarts bezocht lag hoger bij de actieve variant dan bij de passieve variant (36% versus 15%). Deze percentages zijn vergelijkbaar met de gevonden percentages bij de Niercheck-campagne.<sup>5</sup> Als de patiënten de huisarts niet bezoeken neemt de efficiëntie van het PreventieConsult CMR af, omdat deze patiënten niet de behandeling krijgen die nodig is om de ontwikkeling van toekomstige aandoeningen uit te stellen of te voorkomen. Het is onduidelijk waarom ongeveer tweederde van de personen met een verhoogde risicoscore op de risicoschatting de huisarts niet heeft bezocht. Het kan zijn dat personen met een verhoogde score zelf al weten dat het beter is om te stoppen met roken of om af te vallen, en daar geen huisarts voor nodig denken te hebben. Ook is het mogelijk dat sommige mensen nog niet aan aanpassing van hun gedrag toe zijn.

De mensen die naar aanleiding van de uitnodiging deelnamen aan de risicoschatting verschilden wat betreft demografische en sociaaleconomische kenmerken niet van de non-responders. Wel was het gebruik van alcohol significant hoger onder niet-deelnemers en hadden deelnemers in het verleden vaker dan niet-deelnemers een verhoogd bloedsuikergehalte. Preventieve activiteiten als het PreventieConsult CMR willen nog wel eens een selectieve respons opleveren van gezonde mensen die zich zorgen maken over hun gezondheid (*worried-well*),<sup>14</sup> maar dit verschijnsel lijkt in deze pilot geen grote rol te spelen.

Wanneer patiënten uiteindelijk met een verhoogde risicoscore op de risicoschatting op het praktijkconsult komen, blijkt een op de vijf personen een cardiometabole aandoening (diabetes mellitus, hypertensie, hypercholesterolemie en/of een chronische nierziekte) te hebben. Door goede (preventieve) behandeling kan men bij deze personen verdere gezondheidsschade uitstellen of voorkomen. De opbrengst van preventieve behandeling van deze hoogrisicopatiënten zal men in een effectiviteitsonderzoek moeten onderzoeken.

Tijdens de pilot van het PreventieConsult CMR maakten we gebruik van de conceptversie van de NHG-Standaard Het PreventieConsult, Module Cardiometabool risico. Op basis van de resultaten van het evaluatieonderzoek is de standaard aan-

gepast.<sup>9</sup> Hierdoor kan de gebruikte terminologie in dit artikel afwijken van de gepubliceerde standaard. Zo is bijvoorbeeld de indeling van de risicoschatting aangepast. In plaats van een lage, licht verhoogde of verhoogde risicoscore op de risicoschatting maakt de huidige standaard een tweedeling en is de terminologie veranderd in een score boven of onder een drempelwaarde.

Dit onderzoek had een aantal beperkingen. Allereerst was het om privacyredenen niet mogelijk om alle gegevens van de risicoschatting te koppelen aan de gegevens van de praktijkconsulten. Als gevolg hiervan weten we niet van alle personen op het praktijkconsult het risico en of er risicofactoren aanwezig waren. Toch konden we op basis van de wel beschikbare gegevens een inschatting maken van de verdeling tussen lage, licht verhoogde en verhoogde risicoscore. Daarnaast is de non-responsanalyse gebaseerd op een vragenlijst met maar 29% respons. Het is niet vreemd dat deze respons zo laag is, aangezien de aangeschreven groep veel mensen bevat die in eerste instantie ook niet gereageerd hadden op de uitnodiging voor de risicoschatting. Het is onduidelijk in hoeverre een selectieve respons de resultaten heeft beïnvloed. Ten slotte kan

ook de selectie van de deelnemende huisartsenpraktijken gezorgd hebben voor vertekening van de resultaten. Er is mogelijk sprake van een oververtegenwoordiging van praktijken die veel interesse hebben in preventie en/of daar meer aandacht aan besteden. Ook wat dit betreft is het niet duidelijk in hoeverre dit de resultaten heeft beïnvloed.

## CONCLUSIE

Op grond van ons onderzoek kunnen we concluderen dat eenderde van de genodigden heeft geparticipeerd in de risicoschatting van het PreventieConsult CMR, van wie meer dan de helft van de deelnemers een verhoogde risicoscore had, waarbij nadere evaluatie nodig was. Wanneer uiteindelijk personen met een verhoogde risicoscore op de risicoschatting bij de huisarts komen, blijkt een op de vijf een cardiometabole aandoening te hebben. Uit toekomstig onderzoek moet blijken in welke mate (preventieve) behandeling van personen met een verhoogde risicoscore ook daadwerkelijk resulteert in het uitstellen of voorkomen van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of chronische nierziekten. ■

## LITERATUUR

- 1 Van der Lucht F, Polder JJ. Van gezond naar beter. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Bilthoven: RIVM, 2010.
- 2 King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care* 1998;21:1414-31.
- 3 Yusuf S, Reddy S, Ounpuu S, Anand S. Global burden of cardiovascular diseases: Part I: General considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. *Circulation* 2001;27:2746-53.
- 4 De Jongh D, Van Dijk L, Schellevis FG. Vroege opsporing en behandeling van mensen met risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Evaluatie van initiatieven. Utrecht: NIVEL, 2007.
- 5 Nielen MM, Schellevis FG, Verheij RA. The usefulness of a free self-test for screening albuminuria in the general population: A cross-sectional survey. *BMC Public Health* 2009;9:381.
- 6 Drenthen AJM, Assendelft WJJ, Van der Velden J. Preventie in de huisartsenpraktijk: kom in beweging. *Huisarts Wet* 2008;51:38-41.
- 7 Nielen MM, Assendelft WJ, Drenthen AJ, Van den Hombergh P, Van Dis I, Schellevis FG. Primary prevention of cardio-metabolic diseases in general practice: A Dutch survey of attitudes and working methods of general practitioners. *Eur J Gen Pract* 2010;16:139-42.
- 8 Dekker JM, Alsema M, Janssen PGH, Van der Paardt M†, Festen CCS, Van Oosterhout MJW, et al. NHG-Standaard Het PreventieConsult module Cardiometabool risico. *Huisarts Wet* 2011;54:138-55.
- 9 Nielen MMJ, Van der Meer V, Schellevis FG. Evaluatie pilot PreventieConsult cardiometabool risico. Utrecht: NIVEL, 2010.
- 10 Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell C, Cifkova R, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: full text. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007;14 Suppl 2:S1-113.
- 11 Stalman WAB, Scheltens T, Smorenburg SM, Hukkelhoven CWPM, Burgers JS, Banga JD, et al. Richtlijn Cardiovasculair risicomangement. Utrecht: CBO/NHG, 2005.
- 12 Lindstrom J, Tuomilehto J. The diabetes risk score: A practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care* 2003;26:725-31.
- 13 Van de Kerkhof RM, Godefrooij MB, Wouda PJ, Vening RA, Dinant GJ, Spigt MG. Cardiometabole risicofactoren opgespoord met preventieconsult. *Ned Tijdschr Geneesk* 2010;154:A1860.
- 14 Wall M, Teeland L. Non-participants in a preventive health examination for cardiovascular disease: characteristics, reasons for non participation, and willingness to participate in the future. *Scand J Prim Health Care* 2004;22:248-51.



Foto: Shutterstock/Umit Erdem