



# GezondheidsGids

Handleiding voor preventie in de huisartsenpraktijk

ACTIEF VOOR HUISARTSEN KRINGEN

domus  
medica

vereniging van huisartsen

# INHOUD



BEPALING VAN HET RISICO OP HART- EN VAATZIEKTEN



ROOKSTOPBEGELEIDING



ADVIES GEZONDE VOEDING



ADVIES FYSIEKE ACTIVITEIT



OPSPORING VAN DIABETES



VACCINATIES TEGEN TETANUS/DIFTERIE, INFLUENZA EN PNEUMOKOKKEN



VROEGTIJDIGE OPSPORING VAN BORSTKANKER



SCREENING OP BAARMOEDERHALSKANKER



SCREENING OP COLORECTALE KANKER



PEILEN NAAR HET GEBRUIK VAN ALCOHOL



PEILEN NAAR DEPRESSIEVE KLACHTEN



## WETENSCHAPPELIJKE INFORMATIE

Deze Gezondheidsgids is wetenschappelijk onderbouwd.

De volledige aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering zijn terug te vinden op: [www.domusmedica.be/aanbevelingen](http://www.domusmedica.be/aanbevelingen).

Via [www.vlaamselogs.be](http://www.vlaamselogs.be) kunt u zoeken wat het Logo in uw zorgregio doet om uw patiënten te helpen om gezonde keuzes te maken.

Voor alle bijkomende informatie en uitgebreidere dossiers over de verschillende preventiemodules van de Gezondheidsgids, de vragenlijst en het afsprakenkaartje kunt u terecht op: [www.domusmedica.be/gezondheidsgids](http://www.domusmedica.be/gezondheidsgids).



Aanbeveling: [www.domusmedica.be/aanbeveling\\_cvr](http://www.domusmedica.be/aanbeveling_cvr)

Dossier: [www.domusmedica.be/dossier\\_cvr](http://www.domusmedica.be/dossier_cvr)

### STAP 1

## OPSTELLEN VAN HET RISICOPROFIEL (ABCDE F) IN 'VIJF MINUTEN'

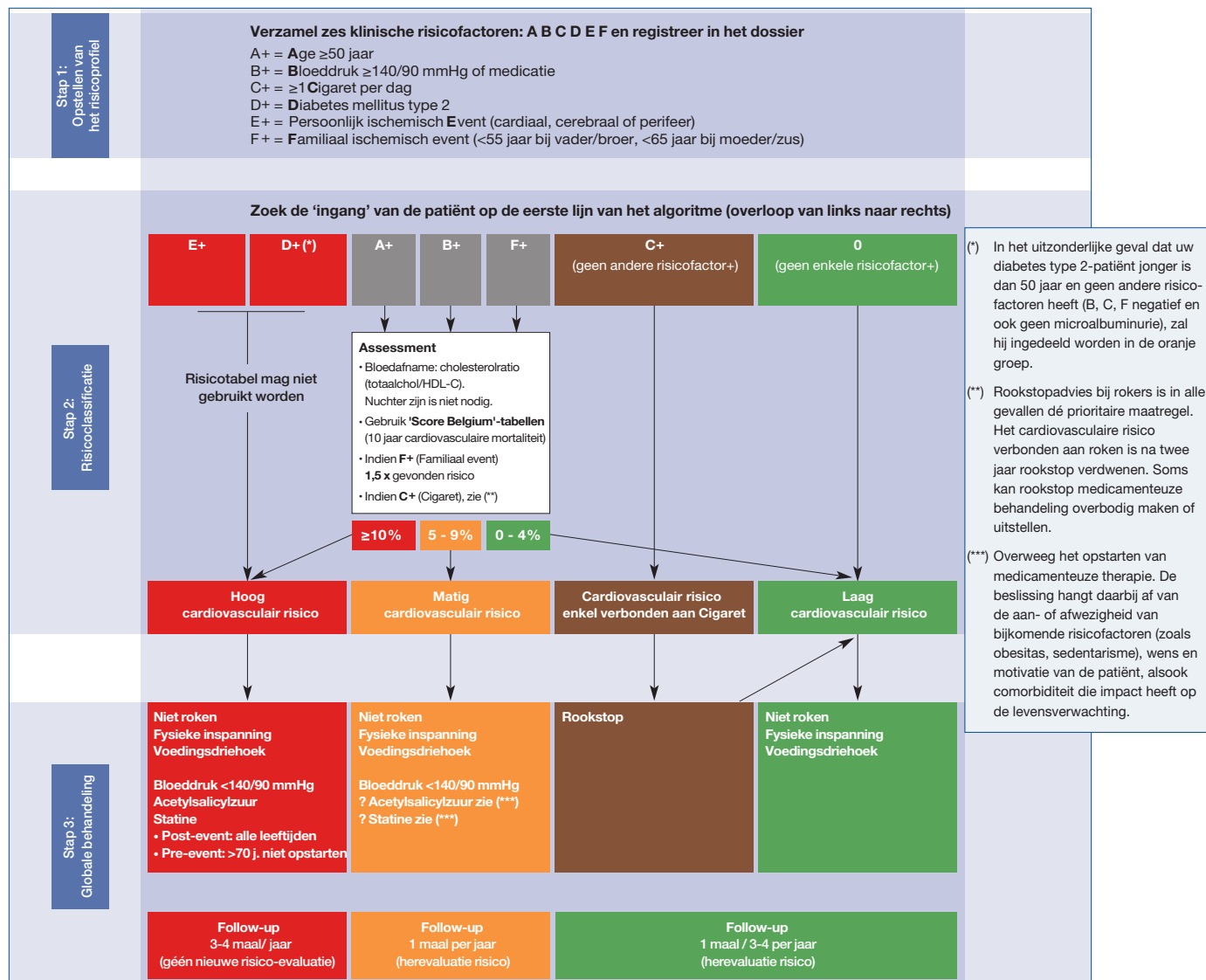
Bij alle patiënten tussen 40 en 75 jaar die de huisarts consulteren, wordt een cardiovasculair profiel opgesteld.

Een korte aanvullende anamnese en een bloeddrukmeting geven meer informatie over de zes risicofactoren (ABCDEF). Deze gegevens noteert de arts in het medisch dossier.

### Klinische evaluatie van de cardiovasculaire risicofactoren

Risicofactoren	Aanwezig indien
Age	A+ = leeftijd vanaf 50 jaar
Bloeddruk	B+ = systolische bloeddruk $\geq 140$ mmHg of diastolische bloeddruk $\geq 90$ mmHg of bij bloeddrukverlagende behandeling
Cigaret	C+ = $\geq 1$ sigaret per dag
Diabetes type 2	D+ = diabetes type 2
Event (persoonlijk)	E+ = voorgeschiedenis van een persoonlijk ischemisch event
Familiale cardiovasculaire voorgeschiedenis	F+ = voorgeschiedenis van een vroegtijdig ischemisch event bij een familielid van de eerste graad: <55 jaar vader/broer <65 jaar moeder/zus

## Cardiovasculair algoritme bij elke persoon tussen 40 en 75 jaar





## STAP 2 RISICOBEPALING EN CLASSIFICATIE

### Risicobepaling

Op basis van deze zes klinische gegevens worden de patiënten in vier groepen ingedeeld.

#### Groep 1

**Patiënten met een persoonlijke voorgeschiedenis van cardiovasculair lijden (E+) of patiënten met diabetes type 2 met minstens één bijkomende risicofactor (D+).**

Risiconiveau: **Hoog code rood**

Deze personen hebben een hoog risico op een recidief (voor patiënten met E+) of eerste event (D+).

Bij deze patiënten mag geen SCORE-tabel worden gebruikt om hun cardiovasculair risico in te schatten. Door hun medische voorgeschiedenis wordt hun risico gelijkgesteld aan een geschat risico van meer dan 10% om over tien jaar een fataal coronair of cerebraal incident door te maken.

#### Groep 2

**Patiënten zonder risicofactoren (negatief voor ABCDEF en jonger dan 50 jaar).**

Risiconiveau: **Laag code groen**

Deze personen hebben geen enkele klinische risicofactor. Cholesterolbepaling in die groep is overbodig, behalve bij bekende familiale hypercholesterolemie.

#### Groep 3

**Patiënten die enkel roken als risicofactor hebben (ABCDEF-maar C+).**

Risiconiveau: **Laag** maar dit risico wordt in de toekomst bedreigd: **code bruin**

Deze personen zijn jonger dan 50 jaar en hebben naast roken geen andere risicofactor voor hart- en vaatziekten. Cholesterolbepaling in die groep is overbodig, behalve bij bekende familiale hypercholesterolemie.

Stoppen met roken is het enige therapeutische doel, wat de cholesterol- en vetwaarden ook zijn.

#### Groep 4

**Patiënten met andere risicofactoren positief: A+ (leeftijd ouder dan 50 jaar), B+ (hoge of behandelde bloeddruk) of F+ (familiale voorgeschiedenis).**

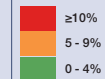
Risiconiveau: Onbepaald **risico na deze klinische evaluatie: code grijs**

Een bloedafname is vereist om het risiconiveau te bepalen: totaalcholesterol, HDL-cholesterol en ratio zijn nodig.

Deze resultaten worden in de SCORE-risicotabel ingebracht. De tabel die gebruikmaakt van de cholesterolratio, is aan te bevelen. Het cijfer geeft het risico weer dat de patiënt loopt om binnen tien jaar te overlijden aan een ischemisch cardiovasculair event.

## Risicotabel voor sterfte aan hart- en vaatziekte (HVZ) binnen tien jaar SCORE België

Tienjaarsrisico  
op sterfte  
aan HVZ



		Vrouwen				Mannen											
		Niet-roker		Roker		Niet-roker		Roker									
Systolische bloeddruk (mmHg)	Leeftijd	Totaalcholesterol/ HDL-cholesterol								Systolische bloeddruk (mmHg)							
		<3,5	≥3,5	≥4,5	≥5,5	<3,5	≥3,5	≥4,5	≥5,5		<4,5	≥4,5	≥5,5	≥6,5	<4,5	≥4,5	≥5,5
≥170	≥68 jaar	9	11	14	16	17	21	25	28	18	21	25	28	32	37	42	46
		6	8	10	12	12	15	18	21	13	16	18	20	24	28	32	36
		5	6	7	8	9	11	13	15	9	11	13	15	17	21	24	27
		3	4	5	6	6	8	10	11	7	8	9	11	13	15	17	20
	≥63 jaar	5	7	8	10	10	13	15	18	11	14	16	18	21	25	28	32
		4	5	6	7	7	9	11	13	8	10	12	13	15	18	21	24
		3	3	4	5	5	7	8	9	6	7	8	9	11	13	15	17
		2	2	3	3	4	5	6	7	4	5	6	7	8	10	11	13
	≥58 jaar	3	4	5	6	6	8	9	11	7	9	10	11	13	16	19	21
		2	3	3	4	4	5	7	8	5	6	7	8	10	12	13	15
		2	2	2	3	3	4	5	5	4	4	5	6	7	8	10	11
		1	1	2	2	2	3	3	4	3	3	4	4	5	6	7	8
≥53 jaar	2	2	3	3	4	5	5	6	4	5	6	7	8	10	12	13	
	1	2	2	2	2	3	4	5	3	4	4	5	6	7	8	10	
	1	1	1	2	2	2	3	3	2	3	3	4	4	5	6	7	
	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3	4	4	5	
≥48 jaar	1	1	2	2	2	3	3	4	3	3	4	4	5	6	7	8	
	1	1	1	1	1	2	2	3	2	2	3	3	4	4	5	6	
	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	3	3	4	4	
	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	3	
<48 jaar	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	3	
	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	
	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	2	
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	

### Opmerkingen

- Vermenigvuldig de gevonden score met 1,5 als de familiale voorgeschiedenis positief is (F+).
- Sommige risicofactoren worden in deze risicotabellen niet gekwantificeerd. Als ze bij een patiënt echter aanwezig zijn, kan zijn risico mogelijk onderschat worden. Pas het risico daarom aan:
  - bij zwaarlijvige personen of personen die een sedentair leven leiden;
  - bij asymptomatische patiënten met een preklinisch bewijs van arteriosclerose (bijvoorbeeld op een CT-scan of een echografie).
- Als de patiënt rookt, beschouw hem dan voor de eerste risico-evaluatie als een niet-roker. Als hij hierdoor één risiconiveau daalt, overweeg dan om hem eerst gedurende zes maanden rookstopbegeleiding aan te bieden samen met aangepast leefstijladvies. Herevalueer het risico na zes maanden.

### Classificatie

Uiteindelijk worden alle patiënten ingedeeld in drie risicocategorieën:

#### Hoog cardiovasculair risico

>10% kans om binnen tien jaar te overlijden aan een ischemisch cardiovasculair event

#### Matig cardiovasculair risico

5-9% kans om binnen tien jaar te overlijden aan een ischemisch cardiovasculair event

#### Laag cardiovasculair risico

0-4% kans om binnen tien jaar te overlijden aan een ischemisch cardiovasculair event

## STAP 3 BEHANDELING EN OPVOLGING

De therapeutische mogelijkheden, zowel medicamenteus als niet-medicamenteus, zijn afhankelijk van de hoogte van het risico (*zie algoritme op blz. 3*).

Bij iedereen, ongeacht de hoogte van het risico, zijn leefstijladviezen aanbevolen:

- niet beginnen roken of stoppen met roken
- gezonde voeding en fysieke activiteit

Bij patiënten met hoog cardiovasculair risico (**rood**) wordt aangeraden om drie- à viermaal per jaar op te volgen. Bij patiënten met matig cardiovasculair risico (**oranje**) om het risico jaarlijks te herevalueren. Bij patiënten met laag cardiovasculair risico (**bruin en groen**) om het risico om de drie à vier jaar te herbekijken.



---

Aanbeveling: [www.domusmedica.be/aanbeveling\\_rookstop](http://www.domusmedica.be/aanbeveling_rookstop)

Dossier: [www.domusmedica.be/dossier\\_rookstop](http://www.domusmedica.be/dossier_rookstop)

Op [www.motiverentotrookstop.be](http://www.motiverentotrookstop.be) vindt de huisarts praktische ondersteuning om de patiënt te motiveren tot rookstop.

---

Rookstopbegeleiding volgens de strategie van de vijf A's (Ask, Advise, Assess, Assist en Arrange) kan helpen om patiënten te motiveren om te stoppen met roken.

## Rookstopbegeleiding volgens de strategie van de vijf A's

<b>Ask</b>	Rookgedrag identificeren en documenteren voor alle patiënten bij elk contact.
<b>Advise to quit</b>	De patiënt aanmoedigen om te stoppen met roken met behulp van een duidelijke, kordate en gepersonaliseerde boodschap.
<b>Assess willingness to make a quit attempt</b>	De wil van de patiënt om te stoppen met roken evalueren en versterken.
<b>Assist quit attempt</b>	Aan rokers de nodige farmacologische ondersteuning bieden om te stoppen met roken.
<b>Arrange follow-up</b>	Een opvolgconsult voorzien, liefst in de week na de start van de rookstop.







## ASK IDENTIFICEER HET ROOKGEDRAG

Het is aanbevolen van elke patiënt de rookstatus te kennen en zeker bij hoogrisicogroepen zoals zwangere vrouwen, COPD-patiënten en personen met een hoog cardiovasculair risico.

Bij elke roker bevaart de arts het rookgedrag systematisch, dus ook als de roker zelf geen vragende partij is:

- Gaat het om een roker, ex-roker of niet-roker?
- Hoeveel sigaretten/dag rookt hij/zij?
- Op welke leeftijd is hij/zij begonnen met regelmatig te roken (regelmatig roken= vanaf 1 sigaret/ dag)?
- Indien het gaat om een ex-roker: dag van de rookstop?
- Vorige stoppogingen, positieve punten, motieven voor hervat?
- Hoe afhankelijk is de roker (fysiek, gedragsmatig en psychologisch):
  - fysiek: als de ‘time to first cigarette’ minder is dan dertig minuten na het ontwaken, wijst dit op sterke nicotineafhankelijkheid.
  - gedragsmatig: de patiënt rookt verder vanuit een positieve bekrachtiging (het roken geeft hem fysiek en psychisch een goed gevoel, dus daarom rookt hij verder) of vanuit een negatieve (de vorige sigaret is uitgewerkt, dit geeft ontwenningverschijnselen, dus steekt hij een nieuwe op).
  - psychisch: let op voor eventuele onderliggende angst of depressie.

## ADVISE GEEF ELKE ROKER ROOKSTOPADVIES

De arts geeft rookstopadvies op een duidelijke, kordate en empathische manier en op maat van de patiënt:

- Duidelijk: *‘Ik raad u aan om te stoppen en ik kan u daarbij helpen.’*
- Kordaat: *‘Het belangrijkste dat je voor je gezondheid kunt doen, is stoppen.’*
- Empathisch: het advies is niet confronterend.
- Op maat: leg een verband met de huidige gezondheidstoestand van de patiënt en/of de impact van het roken op zijn kinderen of personen in zijn omgeving.



## ASSESS

### EVALUEER DE WIL VAN DE PATIËNT OM TE STOPPEN EN VERSTERK HEM

Ga na in welke fase van gedragsverandering de patiënt zit door de volgende vraag te stellen: *'Wilt u stoppen met roken?'*

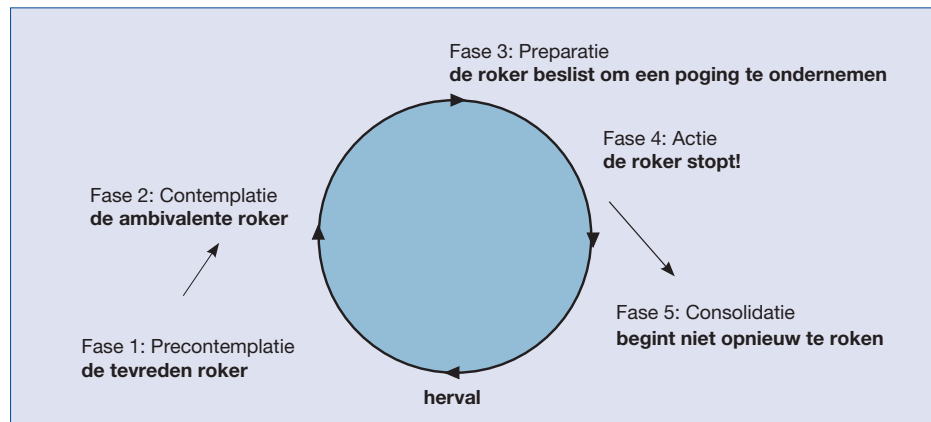
Als de patiënt niet wil stoppen, bevindt hij zich in de precontemplatiefase (= tevreden roker). Tracht hem naar een volgende fase van gedragsverandering te brengen (naar twijfelende roker). Doe dit aan de hand van informatie die persoonlijk op de patiënt betrokken is.

Als de patiënt wel wil stoppen met roken maar dat pas over meer dan zes maanden ziet gebeuren, bevindt hij zich in de contemplatiefase (= de twijfelende roker). Een motivatiegesprek is zinvol, bijvoorbeeld aan de hand van de minimale interventiestrategie. Dit is een individueel gesprek van ongeveer tien minuten in twee afzonderlijke contacten. Het gesprek maakt geen deel uit van een consultatie voor andere gezondheidsredenen.

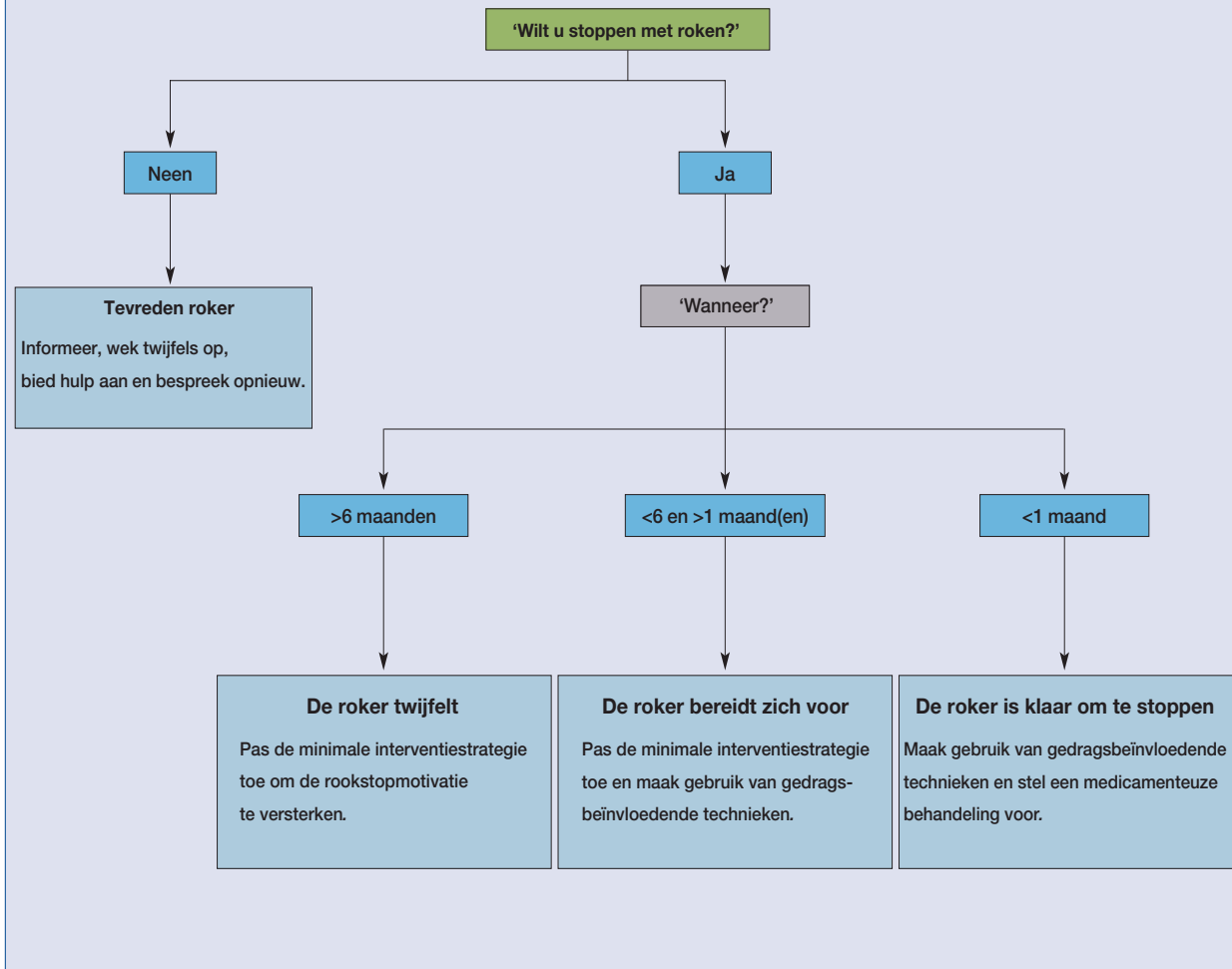
Als de patiënt wil stoppen in de komende zes maanden, bevindt hij zich in de preparatiefase (= roker maakt zich klaar om te stoppen). Moedig hem aan om een poging te ondernemen.

Als de patiënt zich voorbereidt om te stoppen, bevindt hij zich in de actiefase. De arts helpt de stopklare roker met het opstellen van een rookstopplan. Naast de psychologische ondersteuning kan een medicamenteuze behandeling worden aangeboden.

#### Het transtheoretisch model van Prochaska en Di Clemente



## Stappenplan Stoppen met roken



## ASSIST: ONDERSTEUN DE ROKER DIE KLAAR IS OM TE STOPPEN

Actie	Strategie
<p>Help de patiënt met het opmaken van zijn rookstopplan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De patiënt kiest een rookstopdatum: idealiter binnen de twee weken na deze consultatie.</li> <li>• De patiënt informeert zijn familie, vrienden en collega's van zijn beslissing en vraagt hun begrip en steun.</li> <li>• De patiënt voorziet een oplossing voor mogelijke moeilijkheden bij het stoppen, ook voor de effecten van nicotineonthoudingsverschijnselen.</li> <li>• De patiënt zorgt ervoor dat zijn omgeving rookvrij is. Vóór de rookstop vermijdt hij te roken op plaatsen waar hij veel komt: thuis, auto, werk.</li> </ul>
<p>Geef praktisch advies. Versterk het probleemoplossend vermogen van de patiënt en help copingmechanismen te ontwikkelen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Onthouding: volledige rookstop is essentieel. Geen enkele trek na de rookstopdatum.</li> <li>• Anticiperen op triggers en moeilijkheden: bespreek met de patiënt methoden om het hoofd te bieden aan deze moeilijkheden.</li> <li>• Alcohol: moedig de patiënt aan om alcoholgebruik te stoppen of te beperken tijdens de rookstopperiode, want alcoholgebruik is vaak verantwoordelijk voor rookherval.</li> <li>• Andere rokers in huis: stoppen met roken gaat moeizamer als er thuis andere rokers zijn.</li> </ul>
<p>Bied ondersteuning in het kader van de behandeling.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De arts biedt een medisch kader aan om de roker te ondersteunen in zijn rookstop poging: <i>'mijn collega's en ik zijn bereid u te helpen'</i>, opvolgconsulten, beschikbaarheid ...</li> </ul>
<p>Zoek met de patiënt sociale ondersteuning buiten de behandeling.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De arts helpt de patiënt om sociale ondersteuning te ontwikkelen tijdens zijn rookstop poging: <i>'vraag aan uw partner of echtgenoot, uw vrienden, uw collega's om u te steunen tijdens uw rookstop poging.'</i></li> </ul>



## Medicatie

Bespreek met de patiënt de mogelijkheid van medicamenteuze ondersteuning, steeds in combinatie met psychologische begeleiding.

Voor de arts medicatie voorschrijft, maakt hij een individuele winst-risicobalans op.

Alle vormen van **nicotinesubstitutie** bevorderen het rookstoppercentage en zijn een eerste keuze in de behandeling van rookstop. Ze worden aanbevolen bij alle nicotineafhankelijke rokers (time to first cigarette <30 minuten) die gemotiveerd en klaar zijn om te stoppen met roken, tenzij contra-indicaties.

Andere mogelijkheden:

- Varenicline is een veelbelovende molecule. Voorlopig worden de resultaten van bijkomende effectiviteits- en veiligheidsstudies afgewacht.
- Bupropion is bewezen doeltreffend bij rookstop. Deze behandeling wordt overwogen bij falen van een goed ingestelde en goed gedoseerde nicotinesubstitutiebehandeling.
- Een combinatietherapie van nicotinesubstitutiepreparaten wordt overwogen bij rokers die geen baat hebben bij één enkel nicotinesubstitutiepreparaat.
- De combinatie van bupropion met nicotinesubstitutiepreparaten heeft tot nu toe geen meerwaarde kunnen aantonen ten opzichte van het gebruik van bupropion alleen.

## ARRANGE FOLLOW-UP: VOORZIE EEN OPVOLGMOMENT

Voor gestopte rokers moet de begeleiding verder reiken dan het rookstopmoment. Het risico op herval is 80% in de loop van het eerste jaar. Essentieel voor de patiënt én de begeleider is te weten dat herval normaal is en inherent aan de chronische afhankelijkheid/verslaving.

Samen met de ex-roker wordt een follow-upplan opgesteld. Een vervolgconsult in de week na de start van de rookstop en een volgend consult binnen de maand zijn aanbevolen. Ook nadien is follow-up nodig.

Mogelijke methoden in de follow-up zijn: de beoordeling van de onthoudingstatus of van het herval, evaluatie en ondersteuning van de motivatie, opsporing van fysieke, psychologische en gedragsmatige problemen en de bijsturing van de medicamenteuze behandeling.

Herval maakt deel uit van het lange rookstopproces. Een hervalanalyse laat toe de slaagkans van een volgende poging te bevorderen

## Doorverwijzing

De huisarts kan zijn patiënt-roker doorverwijzen naar een erkend tabakoloog, rookstopcoach, tabakstoplijn of rookstopconsulent. Alle informatie hierover (ook over terugbetaling e.d.) is terug te vinden via [www.vlaanderenstoptmetroken.be](http://www.vlaanderenstoptmetroken.be).

Ook patiënten die zelf aan de slag willen gaan vinden nuttige informatie en ondersteuning op deze site .



---

Aanbevelingen: [www.domusmedica.be/aanbeveling\\_obesitas\\_kinderen](http://www.domusmedica.be/aanbeveling_obesitas_kinderen)

[www.domusmedica.be/aanbeveling\\_obesitas\\_volwassenen](http://www.domusmedica.be/aanbeveling_obesitas_volwassenen)

---

Ongezonde voeding en overgewicht, vooral in combinatie met abdominale vetophoping, gaan gepaard met een toename van het risico op een aantal metabole afwijkingen zoals insulineresistentie en een gestoord lipideprofiel. Zo verhogen ze ook het risico op ischemische hart- en vaatziekten.

Gewichtsverlies bij overgewicht heeft een effect op verschillende risicofactoren voor hart- en vaatziekten, zoals hypertensie, HDL-cholesterol en insulineresistentie.

De vraag over groenten en fruit is een aanzet tot een exploratie van de voedingsgewoonten. De **actieve voedingsdriehoek** ([www.vigez.be/voeding](http://www.vigez.be/voeding)) is een beproefd voorlichtingsmodel om de patiënt te wijzen op de juiste keuzes en verhoudingen van een gezonde en gevarieerde voeding. De website [www.gezondheidstest.be](http://www.gezondheidstest.be) bevat **onlinetests** om de voeding- en bewegingsgewoonten van uw patiënt verder te exploreren en na te gaan in hoeverre ze overeenstemmen met de voedingsdriehoek.

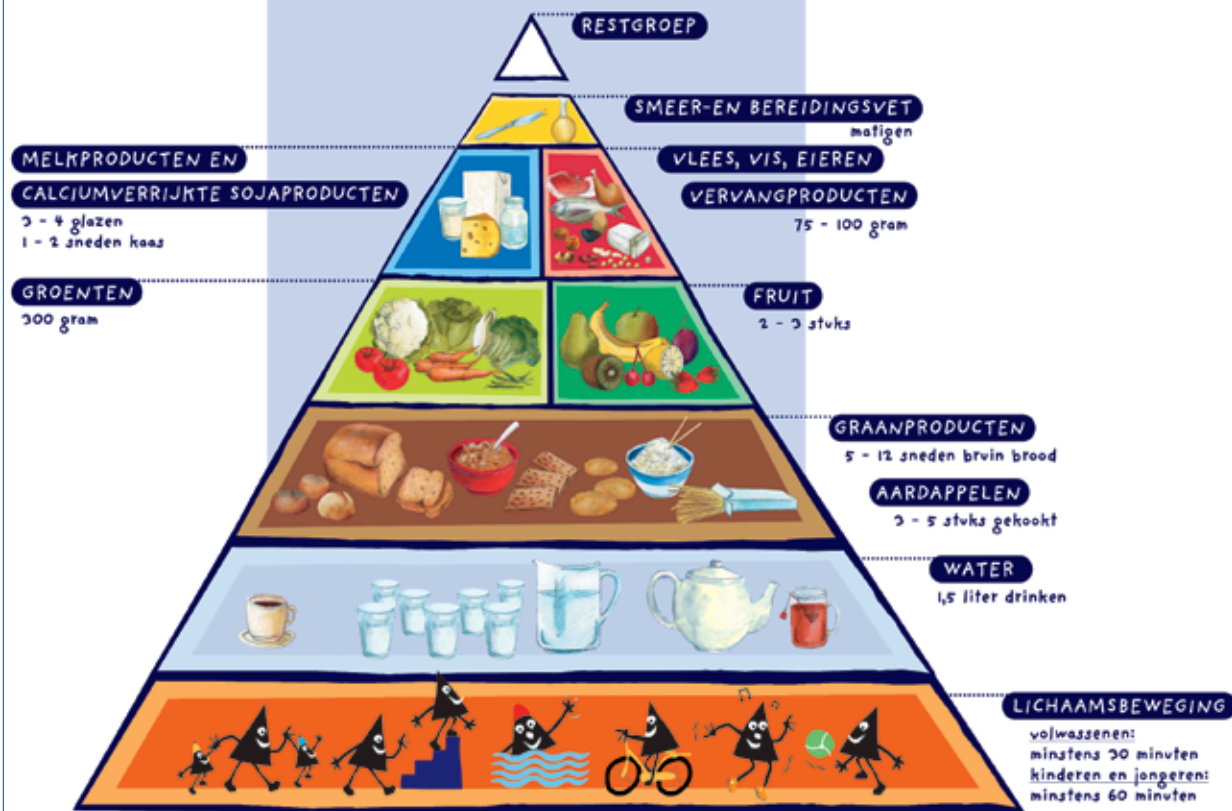
**Voeding uitgedokterd** ([www.voedinguitgedokterd.be](http://www.voedinguitgedokterd.be)) biedt de huisarts richtlijnen om de patiënt te motiveren en geeft correcte antwoorden op veelgestelde voedingsvragen.

Bij patiënten met een hoog cardiovasculair risico en morbide obesitas is een intensieve begeleiding door een diëtiste aanbevolen.



## DE ACTIEVE VOEDINGSDRIEHOEK

om dagelijks evenwichtig te eten en voldoende te bewegen



©VIGEZ



---

Zie [www.domusmedica.be/gezondheidsgids](http://www.domusmedica.be/gezondheidsgids) voor het volledige advies over de aanbevolen fysieke activiteit en de praktische modaliteiten voor bepaalde pathologieën.

---

Een sedentaire levensstijl draagt bij tot een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Personen in goede fysieke conditie hebben een lagere cardiovasculaire mortaliteit dan personen met weinig fysieke conditie, zelfs na correctie voor andere risicofactoren.

Regelmatige fysieke activiteit, matig intensief, doet niet alleen de cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit in belangrijke mate dalen, maar beïnvloedt ook onrechtstreeks de andere risicofactoren zoals de bloeddruk, het lipideprofiel en de ontwikkeling van diabetes type 2.

Concreet wordt aanbevolen om te streven naar vijf keer per week dertig minuten per dag te fietsen, stevig te wandelen, te tuinieren ... (lieft een aerobe activiteit). Sedentaire mensen bouwen de totale duur van de inspanning beter geleidelijk op.

Verschillende korte oefensessies per dag zijn even effectief als één lange sessie, zolang de totale verbruikte energie dezelfde blijft. Kortere sessies, gespreid over de dag, zijn vaak vlotter haalbaar. Mensen met tijdgebrek kunnen hun fysieke activiteit spreiden over periodes van telkens tien minuten.

Voor patiënten met een chronische pathologie (bv. na myocardinfarct, bij hartfalen of COPD) is fysieke activiteit meestal aanbevolen, als preventie en als onderdeel van de behandeling. De fysieke activiteit moet op het niveau zijn dat nodig is om de aandoening doeltreffend en veilig te behandelen. Hiervoor verwijst de huisarts het best naar de specialist.

Voor het starten van aangepaste weerstandoefeningen kan de huisarts verwijzen naar gekwalificeerde professionals zoals kinesisten die zich in het thema verdiept hebben of bewegingsconsulenten.

Ook voor soepelheidsoefeningen en zeker voor evenwichtsoefeningen bij verhoogd valrisico is een verwijzing naar een kinesist aangewezen.





## Advies fysieke activiteit

	18 tot 64 jaar (zonder chronische pathologie)	≥65 jaar
<b>Aerobe uithouding</b>	Regelmatige, ritmische aerobe activiteit van grote groepen spieren, zoals stevig wandelen, fietsen, zwemmen, joggen.	
<b>Hoe vaak?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dagelijks</li> <li>• Minstens vijf keer per week bij matige intensiteit</li> <li>• Minstens drie keer per week bij hogere intensiteit</li> <li>• Ook combinaties van deze twee zijn mogelijk</li> </ul>	
<b>Hoe intensief?</b>	<p><b>Matig intensief:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• lichte stijging van de diepte en frequentie van de ademhaling; een gesprek voeren blijft vlot mogelijk</li> <li>• 55-69% van de maximale leeftijdspecifieke hartfrequentie; de maximale leeftijdspecifieke hartfrequentie wordt bij benadering berekend door de volgende formule: 220-leeftijd</li> </ul> <p><b>Hoog intensief:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• een gesprek voeren is moeilijk</li> <li>• zweten</li> <li>• hartfrequentie boven 75% van het leeftijdspecifieke maximum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intensiteit bepalen met een subjectieve schaal</li> <li>• Op deze schaal is 0 rust en 10 maximale inspanning: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>matig intensief:</b> subjectief 5-6</li> <li>• <b>hoog intensief:</b> subjectief 7-8</li> </ul> </li> </ul>
<b>Hoelang?</b>	<p><b>Matig intensief:</b> dertig minuten per dag, eventueel te bereiken in blokken van minimaal tien minuten</p> <p><b>Hoog intensief:</b> twintig minuten per dag</p>	Bij sedentaire ouderen steeds starten met blokken van tien minuten
<b>Weerstandsoefeningen</b>	Oefeningen gericht op het verhogen van de spierkracht, het spierversmogen, de spiermassa en uithouding van de spieren	
<b>Hoe vaak?</b>	Twee tot drie keer per week maar met minstens één dag tussenpauze	
<b>Hoe intensief?</b>	Minimale belastingen die zo zwaar zijn dat zij na een reeks van acht tot tien herhalingen een matige, voorbijgaande vermoeidheid geven van de spiergroep in kwestie	Minimale belastingen die zo zwaar zijn dat zij na een reeks van tien tot vijftien herhalingen een matige, voorbijgaande vermoeidheid geven van de spiergroep in kwestie
<b>Soepelheid</b>	Minstens twee keer per week	
<b>Evenwicht</b> bij verhoogd valrisico	Drie keer per week	



---

Aanbeveling: [www.domusmedica.be/aanbeveling\\_diabetes](http://www.domusmedica.be/aanbeveling_diabetes)

---

**Gerichte opportunistische screening wordt aangeraden bij personen met een duidelijk verhoogd risico op diabetes type 2. Dit zijn:**

- Personen van 18-45 jaar die voldoen aan *één* van de volgende voorwaarden:
  - voorgeschiedenis van zwangerschapsdiabetes
  - voorgeschiedenis van stresshyperglykemie (vastgesteld naar aanleiding van een interventie of ziekenhuisopname)
- of aan *twee* van de volgende voorwaarden:
  - voorgeschiedenis van een bevalling van een baby van meer dan 4,5 kg
  - diabetes bij eerstegraadsverwanten (moeder/zus/vader/broer)
  - BMI  $\geq 25$
  - buikomtrek van  $>88$  cm (vrouwen) of  $>102$  cm (mannen)
  - behandeling voor hoge bloeddruk of corticoidenbehandeling
- Personen van 45 tot en met 64 jaar, als aan *één enkele* van de bovenstaande voorwaarden is voldaan.
- Personen vanaf 65 jaar, *ongeacht* of er risicofactoren aanwezig zijn.

**De bepaling van de glykemie gebeurt op een nuchter bloedstaal, bij voorkeur op veneus bloed. De nuchtere glykemie is:**

$<100$ mg/dl	normaal
$\geq 100$ mg/dl en $<126$ mg/dl	gestoorde nuchtere glykemie
vanaf $126$ mg/dl	diabetes mellitus

De diagnose van diabetes is zeker als de nuchtere glykemie tweemaal gelijk of hoger is dan  $126$  mg/dl.





### Frequentie screening

Valt de glykemie binnen de normale grenzen, dan raadt de aanbeveling bij consensus aan de test om de *drie jaar* te herhalen zolang er nog sprake is van een verhoogd risico.

Bij een voorgeschiedenis van zwangerschapsdiabetes of stressglykemie wordt de test *jaarlijks* herhaald.

Bij een gestoorde nuchtere glykemie (GNG) of gestoorde glucosetolerantie (GGT) wordt opvolging na één jaar aanbevolen.

### Aanpak

Bij een gestoorde nuchtere glykemie of gestoorde glucosetolerantie zijn voedings- en bewegingsadvies belangrijk om diabetes te voorkomen of uit te stellen. Het inschakelen van voedings- en bewegingsdeskundigen is hierbij aan te bevelen.

De aanpak van andere risicofactoren zoals roken en hoge bloeddruk is evident.

Bij diabetes type 2 start men een behandeling op, waarbij voedings- en bewegingsadvies de basis vormen.





### VACCINATIE TEGEN TETANUS/DIFTERIE

---

Aanbeveling: [www.domusmedica.be/aanbeveling\\_dtp](http://www.domusmedica.be/aanbeveling_dtp)

Dossier: [www.domusmedica.be/dossier\\_vaccinaties](http://www.domusmedica.be/dossier_vaccinaties)

---

De vaccinatie tegen tetanus/difterie wordt om de tien jaar herhaald.

Is de laatste vaccinatie **minder dan tien jaar** geleden, dan wordt de volgende vaccinatie tien jaar na de laatste inenting gepland. Is de laatste vaccinatie **meer dan tien jaar maar minder dan twintig jaar** geleden, dan geeft de arts een booster dT en plant de volgende booster na tien jaar.

Als de laatste vaccinatie **meer dan twintig jaar** geleden is en het volledige basisvaccinatieschema werd afgewerkt, dan worden twee inspuitingen gegeven met een interval van zes maanden. Als de laatste vaccinatie meer dan twintig jaar geleden is maar het basisvaccinatieschema is onvolledig afgewerkt of ongekend, dan start men een volledige difterie-tetanusvaccinatie, met een totaal van drie injecties volgens het schema 0, 1 en 12 maanden.

#### Toediening en registratie

Tedivax pro Adulto® wordt gratis ter beschikking gesteld door de Vlaamse Gemeenschap. Bestellen kan via [www.vaccinnet.be](http://www.vaccinnet.be).

Na toediening registreert de huisarts in het elektronisch medisch dossier (EMD) en Vaccinnet.

Voor sommige patiënten kan het zinvol zijn om een booster te geven met het gecombineerde difterie-, tetanus- en kinkhoestvaccin (bv. Boostrix®). Zie voor indicatie (cocoonstrategie) en terugbetalingsmodaliteiten op [www.zorg-en-gezondheid.be](http://www.zorg-en-gezondheid.be).





## VACCINATIE TEGEN INFLUENZA

Aanbeveling: [www.domusmedica.be/aanbeveling\\_influenza](http://www.domusmedica.be/aanbeveling_influenza)

Dossier: [www.domusmedica.be/dossier\\_influenza](http://www.domusmedica.be/dossier_influenza)

Griepvaccinatie met het standaard geïnactiveerd vaccin blijft de aanbevolen strategie om het aantal complicaties en de ernst van een influenza-infectie te verminderen.

Bij aanwezigheid van één of meerdere indicaties voor het vaccin wordt **jaarlijkse** vaccinatie opgenomen in het preventieplan. De vaccinatie zelf gebeurt het best tussen half oktober en half november.

Vóór de toediening van het vaccin informeert de huisarts naar overgevoeligheid voor kippeneiwit of een ernstige allergische reactie op de vorige dosis.

### Jaarlijks stelt de huisarts vaccinatie tegen influenza voor aan:

#### Groep 1 - Personen met risico op complicaties

- Zwangere vrouwen die in het tweede of derde trimester van hun zwangerschap zijn op het ogenblik van het griepseizoen: zij worden gevaccineerd vanaf het tweede trimester van de zwangerschap.
- Alle patiënten vanaf de leeftijd van zes maanden die lijden aan een onderliggende chronische aandoening:
  - longziekten (inclusief ernstig astma waarvoor chronische behandeling nodig is),
  - hartaandoeningen (uitgezonderd hypertensie),
  - lever- en nierziekten,
  - diabetes en andere metabole aandoeningen,
  - neuromusculaire aandoeningen,
  - immuniteitsstoornissen (natuurlijk of geïnduceerd).
- Alle personen vanaf 65 jaar.
- Alle personen die in een instelling opgenomen zijn.
- Kinderen tussen zes maanden en achttien jaar die een langdurige aspirinetherapie ondergaan.

#### Groep 2 - Alle personen werkzaam in de gezondheidssector

#### Groep 3 - Personen die onder hetzelfde dak wonen als:

- de risicopersonen van groep 1,
- kinderen jonger dan zes maanden.



## VACCINATIE TEGEN PNEUMOKOKKEN

Aanbeveling: [www.domusmedica.be/aanbeveling\\_pneumokokken](http://www.domusmedica.be/aanbeveling_pneumokokken)

In de preventie van (zeldzame) invasieve pneumokokkeninfecties heeft het 23-valent pneumokokkenvaccin een gemiddelde werkzaamheid van 50%. Er is geen bewijs van effect op pneumokokkenpneumonie bij risicogroepen.

Deze vaccinatie is sterk aanbevolen bij patiënten met **asplenie** omwille van een sterk verhoogd risico op invasieve pneumokokkeninfecties.

De huisarts bespreekt de mogelijkheid tot vaccinatie met **immunocompetente volwassenen** die een verhoogd risico hebben op invasieve pneumokokkeninfecties. Dit zijn:

- patiënten vanaf 50 jaar met:
  - chronische cardiovasculaire aandoeningen,
  - chronische longaandoeningen,
  - alcoholmisbruik.
- patiënten vanaf 65 jaar.

In dit gesprek komen de volgende **thema's** aan bod:

- de verhoogde incidentie,
- het gebrek aan bewijs van de werkzaamheid van het vaccin in de preventie van pneumokokkenpneumonie en de werkzaamheid van 50% in de preventie van invasieve pneumokokkeninfecties,
- de veiligheid van het vaccin,
- de kostprijs en de nevenwerkingen,
- de hervaccinatie: om de vijf jaar bij asplenie en om de vijf à zeven jaar bij personen met comorbiditeit en eenmalig bij 65-plussers zonder comorbiditeit na vijf à zeven jaar.

Aanbeveling: [www.domusmedica.be/aanbeveling\\_borstkanker](http://www.domusmedica.be/aanbeveling_borstkanker)

Dossier: [www.domusmedica.be/dossier\\_borstkanker](http://www.domusmedica.be/dossier_borstkanker)

## VROUWEN ZONDER VERHOOGD RISICO

Vrouwen zonder verhoogd risico tussen 50 en 69 jaar wordt aangeraden om deel te nemen aan het Vlaamse programma voor borstkankeropsporing ([www.borstkankeropsporing.be](http://www.borstkankeropsporing.be)).

De screeningsmammografie wordt daarin om de twee jaar aanbevolen en is gratis. Bij vrouwen met een goede levensverwachting kan dit ritme worden aangehouden tot 75 jaar, maar dit valt buiten het screeningsprogramma en is dus niet gratis.

## VROUWEN MET EEN VERHOOGD RISICO

Vrouwen met een anamnese van borstkanker in de andere borst behoren tot de groep met een verhoogd risico.

Ook vrouwen met een positieve familiale anamnese van borstkanker en ovariumkanker kunnen een verhoogd risico hebben. Het risico hangt af van het aantal eerste- of tweedegraads verwanten met borstkanker en ovariumkanker en de leeftijd waarop zij borstkanker ontwikkelden (zie schema hiernaast).

De eerste graad omvat moeder, vader, broer, zus, zoon en dochter. De tweede graad bestaat uit grootvaders, grootmoeders, ooms, tantes, nichten, neven, halfbroers en halfzussen. Andere familieleden behoren tot de derde graad en zijn niet relevant voor de familiale anamnese.

Daarnaast moeten alle vrouwen aangespoord worden om medisch advies te zoeken als ze enige abnormaliteit ontdekken aan de borsten. Ook bij vrouwen die worden gescreend, kan tussen de screeningsrondes immers een intervalekanker optreden.

### Screening bij vrouwen zonder verhoogd risico op borstkanker

<40 jaar	40-49 jaar	50-69 jaar	>70 jaar
Enkel 'breast awareness' bespreken.	Als de vrouw <i>zelf</i> een screening vraagt: <ul style="list-style-type: none"> <li>• inlichten dat de zin van mammografische screening niet onomstotelijk vaststaat</li> <li>• enkel verwijzen naar een erkende radiologische dienst</li> <li>• interval van 18 maanden</li> <li>• eveneens 'breast awareness' bespreken</li> </ul>	Actief <i>alle vrouwen</i> in deze leeftijds-groep benaderen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• vrouwen aansporen tot een mammografische screening</li> <li>• enkel verwijzen naar een erkende radiologische dienst</li> <li>• interval van 24 maanden</li> <li>• eveneens 'breast awareness' bespreken</li> </ul>	Individuele beoordeling, indien een <i>goede levensverwachting</i> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• vrouwen aansporen tot een mammografische screening</li> <li>• enkel verwijzen naar een erkende radiologische dienst</li> <li>• interval van 24 maanden of langer</li> <li>• eveneens 'breast awareness' bespreken</li> </ul>

## Risico-inschatting bij vrouwen met een verhoogd risico op borstkanker

Aantal verwanten met borstkanker	Borstkanker bij $\geq 1$ vrouwelijk familielid <40 jaar	Borstkanker bij $\geq 1$ vrouwelijk familielid 40-50 jaar	Borstkanker bij $\geq 1$ vrouwelijk familielid $\geq 50$ jaar
1 eerstegraads	Bescheiden risico	Unilateraal: normaal risico Bilateraal: bescheiden risico	Normaal risico
2 eerstegraads	Hoog risico	Bescheiden risico	Bescheiden risico
3 eerstegraads	Hoog risico	Hoog risico	Hoog risico
1 tweedegraads	Normaal risico	Unilateraal: normaal risico Bilateraal: bescheiden risico	Normaal risico
2 tweedegraads	Bescheiden risico	Bescheiden risico	Normaal risico
3 tweedegraads	Hoog risico	Hoog risico	Hoog risico
1 eerstegraads 1 tweedegraads	Bescheiden risico	Bescheiden risico	Bescheiden risico
1 eerstegraads 2 tweedegraads	Hoog risico	Hoog risico	Hoog risico

Aantal verwanten met ovariumkanker	Ovariumkanker ongeacht de leeftijd	Ovarium- en borstkanker bij $\geq 1$ vrouwelijk familielid, ongeacht de leeftijd
1 eerste- of tweedegraads	Bescheiden risico	Hoog risico
2 eerste- of tweedegraads	Hoog risico	Hoog risico

## Opgvolging volgens risicogroep

<b>Normaal risico</b>	→ Bevolkingsonderzoek vanaf 50 jaar.
<b>Bescheiden risico</b>	→ Vanaf 35 tot 39 jaar en indien de vrouw een screening wenst: gebruik MRI in plaats van mammografie maar zeg dat wetenschappelijk niet vaststaat wat het nut is en hoe groot het risico is op een vals-positieve uitslag. → Vanaf 40 tot 49 jaar en indien de vrouw een screening wenst: jaarlijkse screeningsmammografie of MRI maar zeg dat wetenschappelijk niet vaststaat wat het nut is en hoe groot het risico is op een vals-positieve uitslag (follow-up eerste en tweede lijn). → Vanaf 50 jaar: tweejaarlijkse screeningsmammografie in het bevolkingsonderzoek.
<b>Hoog risico</b>	→ >20% kans dat de familie drager is van een genetische fout (BRCA ...): verwijz naar een genetisch centrum (follow-up derde lijn + eventueel genetische screening).



---

Aanbeveling: [www.domusmedica.be/aanbeveling\\_cervixkanker](http://www.domusmedica.be/aanbeveling_cervixkanker)

Dossier: [www.domusmedica.be/dossier\\_cervixkanker](http://www.domusmedica.be/dossier_cervixkanker)

In afwachting van een eventueel Vlaams screeningsprogramma naar baarmoederhalskanker wordt de hieronder beschreven werkwijze gevolgd.

---

## INTERVAL SCREENINGSUITSTRIJKJES

Aan alle vrouwen tussen 25 en 64 jaar die ooit seksueel actief geweest zijn, wordt om de drie à vijf jaar een uitstrijkje aangeboden. We adviseren een dunnelaagpreparaat te maken met een cervexbrush.

Drie jaar na een vorig normaal uitstrijkje van voldoende kwaliteit wordt bij gelegenheid een nieuw onderzoek aangeboden. Als het vervolgonderzoek vijf jaar na het laatste uitstrijkje nog niet is gebeurd, dan wordt de patiënte schriftelijk of telefonisch uitgenodigd.

Het eerste normaal uitstrijkje van voldoende kwaliteit wordt na één jaar herhaald.

De screening wordt stopgezet op 65 jaar, indien de vrouw regelmatig gescreend werd en de twee laatste uitstrijkjes normaal beoordeeld werden. Als de vrouw niet regelmatig werd gescreend, wordt voortgegaan met screenen (om de drie jaar) tot twee normale uitstrijkjes. Bij afwijkende resultaten volgt men het opvolgschema.

Vrouwen die om goedaardige redenen een totale hysterectomie ondergingen, hoeven geen uitstrijkjes meer te laten maken.

Het is belangrijk om vals-negatieve uitstrijkjes te vermijden door een correct interval van minimaal drie à vier maanden te respecteren tussen twee uitstrijkjes en om de lijst van tijdelijke contra-indicaties te overlopen en te volgen.

Afwijkende uitstrijkjes moeten een follow-up krijgen in overeenstemming met de meest recente richtlijnen van de Belgische Vereniging van Klinische Cytologie (*zie blz. 26*).

Het is belangrijk dat de huisarts de opvolging van afwijkende uitstrijkjes goed organiseert en zelf instaat voor de controle-uitstrijkjes en voor verwijzing voor colposcopie.



## ABSOLUTE (BLIJVENDE) CONTRA-INDICATIES

### Totale hysterectomie

Na een totale hysterectomie voor goedaardige aandoeningen worden geen screeningsuitstrijkjes meer afgenomen. Na een totale hysterectomie omwille van cervicale neoplasie wordt de indicatie van follow-upcytologie (of ander onderzoek) individueel bepaald.

### Macroscopisch verdacht letsel

Bij macroscopisch verdachte afwijkingen van het cervixepitheel (onder andere onregelmatig verheven letsel met ulceratie bedekt met bloederig of necrotisch materiaal) wordt geen uitstrijkje afgenomen, maar wordt verwezen naar een gynaecoloog voor biopsie onder colposcopische controle.

## TIJDELIJKE CONTRA-INDICATIES

Gezien de mogelijke interpretatieproblemen voor de cytoloog wordt in de volgende omstandigheden geopteerd om het uitstrijkje uit te stellen tot een gunstiger moment:

- Bij **ernstige genitale atrofie** loopt men tijdens de staalafname het risico een endocervicale bloeding uit te lokken. Eerst wordt een korte hormonale kuur aanbevolen. Interpretatie van een uitstrijkje met uitgesproken atrofie op zich is moeilijk.
- Tijdens de **zwangerschap, postpartum** (drie maanden): de screening wordt uitgesteld tot drie maanden na de zwangerschap. Door de gestoorde cytologie tijdens de zwangerschap heeft de uitslag immers bijna geen behandelingsconsequenties.
- Bij recent **gebruik** van ontsmettingscrème of -vloeistof, glijmiddel, vaginale medicatie (minder dan 48 uren voordien), vaginale douche (minder dan 24 uren voordien), voorafgaande colposcopie met azijnzuur (minder dan 24 uren vooraf) of vaginaal toucher wordt het uitstrijkje uitgesteld. Het uitstrijkje moet dus altijd het toucher voorafgaan!
- Indien het **vorige uitstrijkje minder dan drie maanden** geleden heeft plaatsgevonden: na een uitstrijkje heeft het cervicale epitheel minimaal zes weken nodig om te regenereren. Het is daarom aanbevolen minstens drie maanden te wachten om een controle-uitstrijkje te maken om vals-negatieve resultaten te vermijden.
- Wanneer **cervixchirurgie minder dan drie maanden** geleden heeft plaatsgevonden: reparatieve veranderingen kunnen aanleiding geven tot vals-positieve resultaten.
- Bij **radiotherapie**: cytologische afwijkingen na bestraling zijn de eerste maanden het meest uitgesproken maar meestal gaat men ook belangrijke blijvende afwijkingen zien.

Als de arts beslist om in bovengenoemde omstandigheden toch een uitstrijkje te doen, worden bovenvermelde klinische gegevens zeker op het aanvraagformulier vermeld.

## Hoe moeten afwijkende uitstrijkjes opgevolgd worden?

Algemene beoordeling van het cervixepitheel	Beleidsvoorstel
Kwaliteit is onvoldoende	Herhaal het uitstrijkje na 3-6 maanden
Negatief voor intra-epitheliale laesie of maligniteit (NILM): deze categorie bevat alle normale uitstrijkjes en alle uitstrijkjes met uitsluitend reactieve veranderingen	Normaal screeningsinterval: 3 tot 5 jaar, behalve na het eerste uitstrijkje: interval van 1 jaar Begin screening: 25 jaar Eindleeftijd screening: 64 jaar
'Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance' (ASC-US)  ASC-US + infectie	hrHPV-test: • hrHPV-positief: onmiddellijke verwijzing voor colposcopie en biopsie • hrHPV-negatief: uitstrijkje na 12 maanden  Infectie + hrHPV-negatief: herhaling na behandeling van de infectie, maar ten vroegste 3 maanden na het vorige uitstrijkje Infectie + hrHPV-positief: eerst de infectie behandelen, dan colposcopie
ASC-H (atypische squameuze cellen, HSIL kan niet met zekerheid uitgesloten worden)	Verwijzen naar gynaecoloog voor colposcopie en biopsie
LSIL (HPV-effect, CIN-1)	Uitstrijkje na 6 maanden: • HPV-positief: colposcopie en biopsie • HPV-negatief: herhaal na 12 maanden
HSIL (CIN-2, -3, CIS)	Verwijzen naar gynaecoloog voor colposcopie en biopsie
Aanwezigheid van normale endometriumcellen: <40 jaar: wordt niet vermeld  >40 jaar: aanwezigheid wordt vermeld, maar wordt niet beschouwd als epitheliale afwijking	Aanwezigheid van endometriumcellen interpreteren in de klinische context: menses? Eerste helft menstruele cyclus? Hormonale substitutie? Intra-uterien voorbehoedsmiddel?  Endometriumcellen na de menopauze moeten steeds verder onderzocht worden: verwijzing naar de gynaecoloog voor gecombineerde colposcopie en hysteroscopie, met eventueel biopsienamen indien mogelijk
'Atypical Glandular Cells' (AGC): atypische glandulaire cellen, endocervicaal, endometriaal of NOS	Verwijzen naar de gynaecoloog voor colposcopie, biopsie, endocervicale en endometriale weefselafname
AGC-voorkeur neoplasie	Verwijzen naar gynaecoloog
AIS-ecc: endocervicaal adenocarcinoma in situ	Verwijzen naar gynaecoloog
Invasief carcinoom, plaveiselcel- of adenocarcinoom	Verwijzen naar gynaecoloog
Normaal uitstrijkje na behandeling voor HSIL of AIS-ecc	Na excisionele of ablatieve behandeling voor CIN-2, CIN-3 of AIS: uitstrijkje 6, 12 en 24 maanden na de behandeling. Ook colposcopie en HR-HPV-test 6 maanden na de behandeling. Jaarlijks uitstrijkje tot 5 jaar na de behandeling; daarna normaal screeningsinterval  Na excisionele of ablatieve behandeling voor CIN-1: uitstrijkje 6, 12 en 24 maanden na de behandeling; daarna normaal screeningsinterval

---

Aanbeveling: [www.domusmedica.be/aanbeveling\\_colorectale\\_kanker](http://www.domusmedica.be/aanbeveling_colorectale_kanker)

In afwachting van een eventueel Vlaams screeningsprogramma naar colorectale kanker wordt de hieronder beschreven werkwijze gevolgd.

---

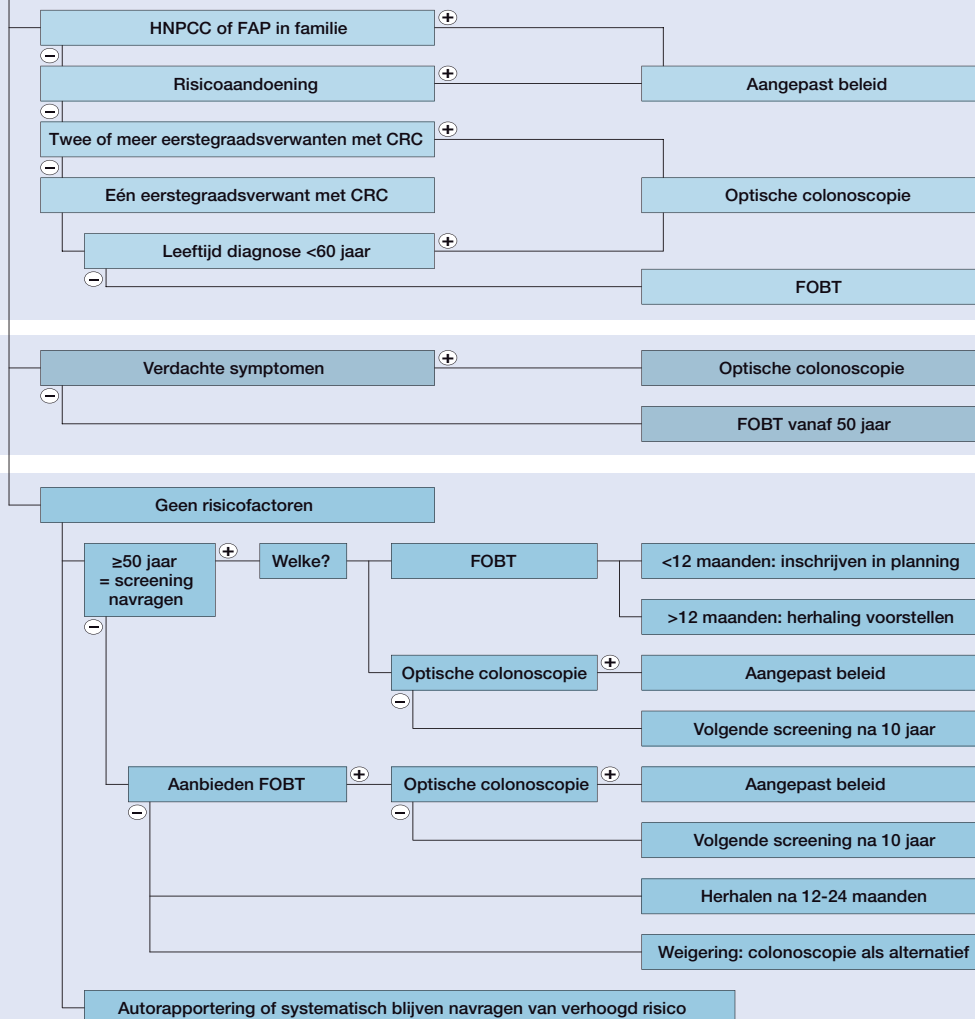
## SCREENINGSBELEID

De huisarts gaat bij iedere patiënt ouder dan 40 jaar na of hij eerstegraadsverwanten met colorectale kanker heeft en of de patiënt zelf behoort tot een groep met een verhoogd risico.

Op basis van de aan- of afwezigheid van een verhoogd risico wordt een verschillend beleid opgesteld:

- Bij mensen met een **verhoogd risico omwille van persoonlijke antecedenten** stelt de huisarts een beleid op in samenwerking met de gastro-enteroloog. Hoogrisicopatiënten zijn:
  - patiënten met hereditaire nonpolyposis colorectale kanker (HNPCC) of familiale adenomateuze polyposis (FAP),
  - personen met persoonlijke antecedenten van adenomateuze poliepen,
  - personen die al een resectie ondergingen voor colorectale kanker,
  - patiënten die al acht jaar of langer lijden aan de ziekte van Crohn of *Colitis ulcerosa*,
  - patiënten met acromegalie,
  - patiënten met ureterosigmoidostomie.
- Bij mensen met **één** eerstegraadsverwant met colorectale kanker gediagnosticeerd na 60 jaar, start de huisarts vanaf het 40e levensjaar de screening met een fecaal occulte bloedtest (FOBT) om de 12-24 maanden.
- Alle andere patiënten met eerstegraadsverwanten met colorectale kanker krijgen een colonoscopie aangeboden.
- Bij personen **zonder verhoogd** risico wordt vanaf de leeftijd van 50 jaar een jaarlijkse tot tweejaarlijkse screening met FOBT gepland; de huisarts vraagt tevens om zich spontaan te melden als zich bij eerstegraadsverwanten colorectale kanker zou voordoen.
- Een positieve FOBT wordt steeds gevolgd door een colonoscopie. Indien deze negatief is, krijgt de patiënt de boodschap dat de volgende screening maar na tien jaar uitgevoerd moet worden.

## Screening op colorectale kanker (CRC): risicostratificatie vanaf 40 jaar





## DE FECAAL OCCULTE BLOEDTEST (FOBT)

Voor het aanbieden van de FOBT-test (Hemoccult®-test) krijgt de patiënt een volledige risicocommunicatie over het screenen op colorectale kanker: hoe groot is de kans op vals-positieve en vals-negatieve resultaten en wat zijn de mogelijke verwickelingen van de colonoscopie? Behandelingen met vitamine C worden steeds onderbroken één week vóór en tijdens de staalafname van de stoelgang. De beslissing om NSAID's en ASA te stoppen neemt de arts op basis van de individuele toestand van de patiënt. Het volgen van een dieet is niet nodig.

Voor een geslaagde Hemoccult®-test zal de patiënt eerst stoelgang opvangen, zonder dat deze met water in contact komt. Met twee bijgeleverde spateltjes wordt een kleine hoeveelheid van verschillende delen van dezelfde stoelgang op het voorste deel van de test aangebracht. Die procedure wordt op drie verschillende dagen uitgevoerd met de drie tests die in één kit worden meegegeven.

De test wordt door de huisarts afgelezen door een bijgeleverd reagens op het achterste deel van de Hemoccult® af te lezen. De test is positief bij een **duidelijke** blauwe verkleuring.

Huisartsen met weinig ervaring kunnen de aflezing laten uitvoeren door hun labo klinische biologie.

- **Vanaf 40 jaar:** nagaan of er persoonlijke of familiale risicofactoren zijn die een aangepast beleid vereisen.
- **Vanaf 50 jaar:** alle patiënten krijgen om de één à twee jaar een Hemoccult®-test aangeboden.



# PEILEN NAAR HET GEBRUIK VAN ALCOHOL

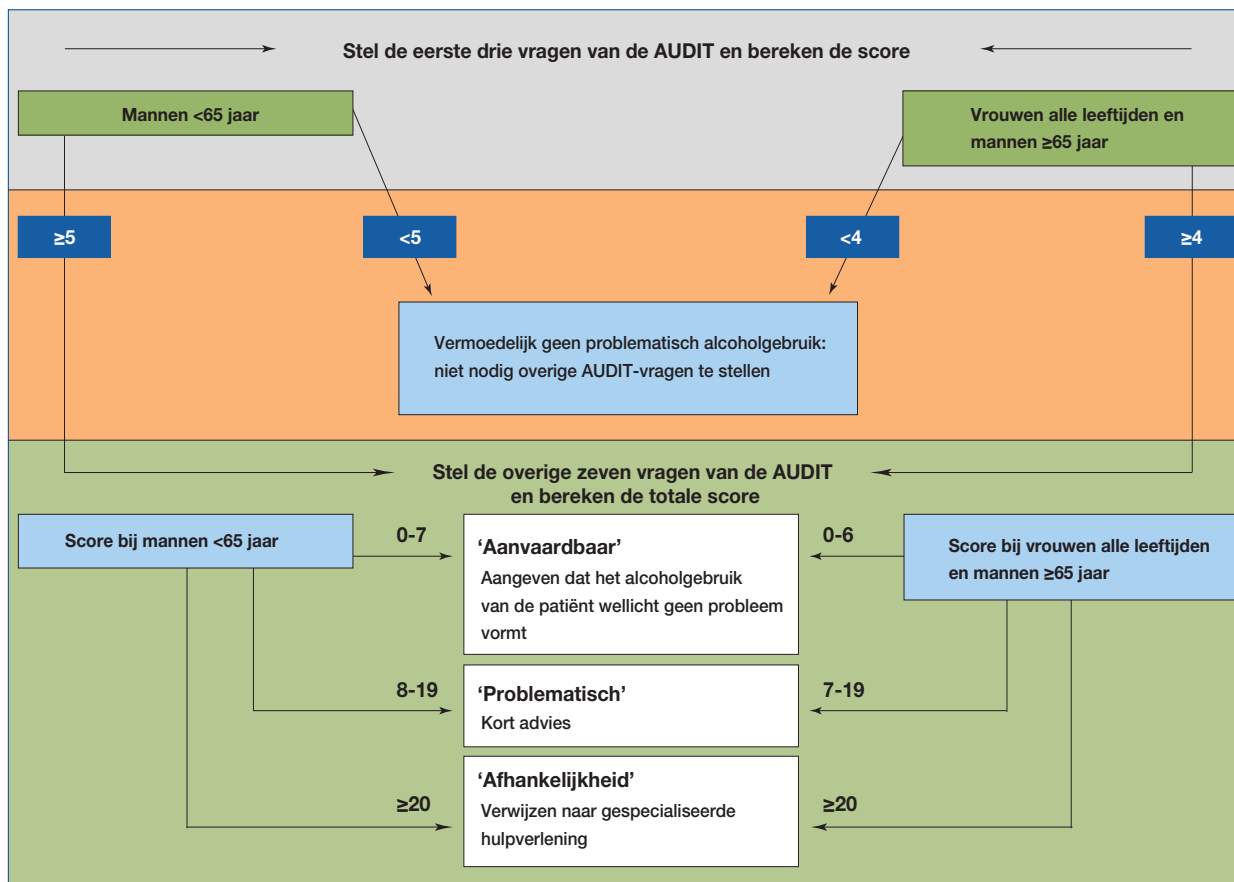
Aanbeveling: [www.domusmedica.be/aanbeveling\\_alcohol](http://www.domusmedica.be/aanbeveling_alcohol)

Dossier: [www.domusmedica.be/dossier\\_alcohol](http://www.domusmedica.be/dossier_alcohol)

Omdat ongeveer 10% van de actieve bevolking problematisch drinkt, is het zinvol om hiernaar te peilen. Stel bij iedere patiënt die alcohol drinkt, de eerste drie vragen van de AUDIT en bereken de score.

AUDIT-vragen	0	1	2	3	4	Score
Hoe vaak drink je alcohol?	Nooit	Maandelijks of minder	2 à 4 keer per maand	2 à 3 keer per week	4 of meer keer per week	.....
Wanneer je drinkt, hoeveel standaardglazen* drink je dan gewoonlijk op een dag?	1 of 2	3 of 4	5 of 6	7 of 9	10 of meer	.....
Hoe vaak gebeurt het dat je zes of meer standaardglazen drinkt bij één enkele gelegenheid?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	.....
<b>Bij een score <math>\geq 5</math> (mannen &lt;65 jaar) of <math>\geq 4</math> (vrouwen alle leeftijden en mannen <math>\geq 65</math> jaar): ga verder met de volgende vragen:</b>						.....
Hoe vaak had je het afgelopen jaar het gevoel dat je, van zodra je begon, niet meer kon stoppen met drinken?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	.....
Hoe vaak ben je er, door je drinkgedrag, het afgelopen jaar niet in geslaagd te doen wat normaal van je werd verwacht?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	.....
Hoe vaak heb je het afgelopen jaar 's morgens behoefte gehad aan alcohol om jezelf er weer bovenop te helpen nadat je zwaar was doorgezakt?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	.....
Hoe vaak heb je het afgelopen jaar schuld of berouw gevoeld nadat je gedronken had?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	.....
Hoe vaak kon je je het afgelopen jaar de gebeurtenissen van de avond voordien niet herinneren omdat je gedronken had?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	.....
Raakte jij zelf of iemand anders ooit gewond ten gevolge van je drinkgedrag?	Nooit		Ja, maar niet in het laatste jaar		Ja, in het laatste jaar	.....
Heeft een vriend, dokter of andere gezondheidswerker zich ooit zorgen gemaakt over je drinkgedrag of je aangeraden minder te drinken?	Nooit		Ja, maar niet in het laatste jaar		Ja, in het laatste jaar	.....
<b>De optelsom van de cijfers van de antwoorden op alle tien vragen:</b>					<b>AUDIT-score</b>	.....

\* Een standaardglas alcohol komt overeen met een glas bier van 250 ml met 5% alcohol, 100 ml wijn met 12% alcohol, 40 ml likeur (bijvoorbeeld jenever) met 25% alcohol, 30 ml sterke drank (bijvoorbeeld cognac) met 40% alcohol.







### **KORT ADVIES**

- Deel de AUDIT-score mee en geef aan 'aanvaardbaar', 'problematisch' of 'afhankelijk'.
- Bespreek op een empathische en niet-veroordelende manier de persoonlijke risico's én de nood aan verandering. Risico's kunnen zich situeren op lichamelijk, psychiatrisch, psychisch, mentaal of maatschappelijk vlak.
- Geef aan wat aanvaardbare hoeveelheden zijn. Mannen:  $\leq 21$  standaardglazen per week en nooit meer dan 5 glazen per keer. Vrouwen:  $\leq 14$  standaardglazen per week en nooit meer dan 3 glazen per keer. Voor mannen én vrouwen minimum 2 alcoholvrije dagen per week. Lagere aanvaardbare hoeveelheden voor ouderen.
- Geef een folder mee ter ondersteuning van het mondeling kort advies.

### **FOLLOW-UP na kort advies**

- Bij relatief beperkt problematisch alcoholgebruik (AUDIT  $\leq 15$ ): herhaal het kort advies bij nieuwe signalen.
- Bij ernstiger problematisch alcoholgebruik (AUDIT 16-19): plan zelf een vervolggesprek binnen de 6 maanden. Herhaal in dit vervolggesprek het kort advies of maak gebruik van het ABC-model voor begeleiding van alcoholmisbruik (ontwikkeld door Domus Medica).

### **VERWIJZING naar gespecialiseerde hulpverlening**

- AUDIT-score van  $\geq 20$  of bij vermoeden van alcoholafhankelijkheid.
- Psychiatrische comorbiditeit, ernstige lichamelijke comorbiditeit, keuze voor verwijzing door patiënt en huisarts, (herhaald) falen kort advies, bij indicatie voor een korte interventie en wanneer de huisarts dit niet zelf opneemt.

---

Aanbeveling: [www.domusmedica.be/aanbeveling\\_depressie](http://www.domusmedica.be/aanbeveling_depressie)

---

## VERHOOGD RISICO OP DEPRESSIE

Het is zinvol om in de huisartsenpraktijk te peilen naar depressieve klachten wanneer een verhoogd risico op depressie bestaat (niet-limitatief):

- vage, eerder fysieke klachten zoals slaapproblemen, moeheid, nausea, gebrek aan eetlust;
- vermagering, draaiduizeligheid, (lagerug)pijnen die nog andere diagnostische richtingen uit kunnen;
- een steeds wisselende presentatie van de klachten in te frequente bezoeken;
- isolerend gedrag met abnormale inactiviteit, teruggetrokkenheid of vermijdingskenmerken vooral bij oudere geïsoleerde patiënten;
- ingrijpende levensgebeurtenissen zoals belangrijke verliessituaties of ontgoochelingen, echtscheiding, verlies van partner of kind, verlies van werk;
- ernstige somatische aandoeningen zoals een acuut myocardinfarct, een kwaadaardige aandoening, CVA of andere aandoeningen bij de patiënt of zijn omgeving die moeilijk te verwerken zijn omwille van hun ernst of verlies aan perspectief in het leven;
- voorgeschiedenis van depressie, vooral als ook lichamelijk onverklaarde klachten, comorbiditeit met angststoornissen, middelenmisbruik of chronische pijn aanwezig zijn.

## VRAAGSTELLING


De huisarts kan peilen naar depressieve klachten door de volgende vragen te stellen:

- *'Werd u de voorbije twee weken vaak gehinderd door depressieve gevoelens of hopeloosheid?'*
- *'Werd u de voorbije twee weken vaak gehinderd door weinig interesse of plezier in de dingen die u deed?'*


Indien de patiënt eenmaal 'ja' antwoordt, zijn er depressieve klachten aanwezig en is er een risico op depressie. De huisarts gaat dan na of de patiënt hiervoor hulp wil.



## TOTSTANDKOMING



Deze Gezondheidsgids is gebaseerd op de Preventiekaart die in 1978 door Pat Wyffels werd ontwikkeld en door de toenmalige Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen werd overgenomen en verspreid. In 2002 werd deze kaart herwerkt door Pat Wyffels en Joke Van Herck met als belangrijkste vernieuwing de bevraging van de patiënt, de planning en voor zover mogelijk de implementatie van evidence based medicine uit de reeds bestaande aanbevelingen.




In 2008 werd gestart met de herwerking van deze Preventiekaart tot de Gezondheidsgids, in samenwerking met Lenie Jacob en Anke Smets, Frans Govaerts en Gabie Thijs voor Domus Medica en Stefan Teughels en Rik Baeten namens de settingsgroep artsen van de Vlaamse Logo's en VIGeZ. De belangrijkste vernieuwing was dat de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen als uitgangspunt werden genomen en het bijna volledige gamma aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering van DomusMedica hierin werd toegepast.



In samenwerking met de Huisartsenkring Malle-Zoersel, de Preventieraad van de gemeenten Malle en Zoersel en Logo Antwerpen werd de Gezondheidsgids in 2009 als Vlaams pilootproject uitgetest voor Domus Medica en VIGeZ. Hieruit bleek dat de Gezondheidsgids een kwalitatief en bruikbaar instrument is dat de huisarts helpt om op een systematische wijze de persoonlijke preventieplanning voor zijn patiënten te organiseren. Deze pilootfase was tevens de aanleiding voor het master-na-masterproject van Lenie Jacobs.




## AUTEURS



RIK BAETEN, FRANS GOVAERTS, LENIE JACOBS,  
ANKE SMETS, KAREN SMETS, STEFAN TEUGHEL,  
GABIE THIJS, VEERLE VAN DER STIGHELEN,  
JOKE VAN HERCK, ANNELIES VAN LINDEN,  
NATHALIE VAN DE VYVER, PATRICK WYFFELS



DOMUS MEDICA vzw  
[www.domusmedica.be](http://www.domusmedica.be)



TEL.: 03 425 76 76  
INFO@DOMUSMEDICA.BE

AFSPRAKENKAART

**PREVENTIEPLAN**

domus medica

NAAM	VOORNAAM
.....	.....
GEBOORTEDATUM	GESLACHT
..... / ..... / .....	M/V

<input checked="" type="checkbox"/> PREVENTIEVE OPVOLGING	DATUM	UUR
<input type="checkbox"/> Vaccinatie	..... / ..... / .....	.....
<input type="checkbox"/> Uitstrijke	..... / ..... / .....	.....
<input type="checkbox"/> Bloeddrukmeting	..... / ..... / .....	.....
<input type="checkbox"/> Bloedafname	..... / ..... / .....	.....
<input type="checkbox"/> Screeningsmammografie	..... / ..... / .....	.....
<input type="checkbox"/> Test op bloed in de stoelgang	..... / ..... / .....	.....
<input type="checkbox"/> Rookstopconsult	..... / ..... / .....	.....
<input type="checkbox"/> Voedingsadvies	..... / ..... / .....	.....
<input type="checkbox"/> Bewegingsadvies	..... / ..... / .....	.....
<input checked="" type="checkbox"/> HERZIENING PREVENTIEPLAN	..... / ..... / .....	.....

De Gezondheidsgids is een instrument dat de huisarts helpt bij het opmaken van een individueel en zinvol preventieplan voor de patiënt.

Deze Gezondheidsgids bestaat uit drie delen:

- een vragenlijst voor de patiënt
- een handleiding voor de huisarts
- een afsprakenkaartje

Deze drie documenten zijn te downloaden via [www.domusmedica.be/gezondheidsgids](http://www.domusmedica.be/gezondheidsgids).

Gedrukte exemplaren van de vragenlijst en/of het afsprakenkaartje voor de patiënt kunt u ook bestellen bij Domus Medica:  
tel. **03 425 76 76** of via [info@domusmedica.be](mailto:info@domusmedica.be).

# GEZONDHEIDSGIDS 2011

## Het GMD+ in de praktijk

De Gezondheidsgids van Domus Medica is een praktijkinstrument om samen met uw patiënt een preventieplan 'op maat' uit te stippelen. Voor de verdere opvolging is het belangrijk om dit individuele preventieplan op te nemen in het medisch dossier.

Door de Gezondheidsgids te gebruiken bij patiënten van 45 tot 75 jaar wordt voldaan aan de preventiemodule van het GMD+.

De Gezondheidsgids kan ook toegepast worden bij al uw volwassen patiënten.

## Wat is nieuw?

In deze editie van de Gezondheidsgids is de bepaling van creatinine en proteïnurie voor risicopersonen toegevoegd. De vraagstelling en richtlijnen over depressie zijn ingebed in het preventieplan en de richtlijnen voor pneumokokkenvaccinatie zijn duidelijker uitgewerkt.

Nieuwe en herziene aanbevelingen zoals deze over alcoholgebruik, borstkankerscreening en cervixkanker zijn opgenomen. Het hoofdstuk 'Peilen naar het gebruik van slaap- en kalmeermiddelen' is wegens gebrek aan een sluitende vraagstelling voor de doelgroep geschrapt. De adviezen over gezonde voeding, fysieke activiteit en rookstop bevatten nieuwe gebruiksvriendelijke instrumenten om uw patiënten te helpen in hun gedragsverandering.

## Handleiding

De Gezondheidsgids bestaat uit drie delen:

- een handleiding voor de huisarts met actuele informatie over preventiestrategieën, gebaseerd op de aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering en/of internationale guidelines;
- een vragenlijst voor de patiënt en de huisarts: het blauwe gedeelte dient om de familiale, de persoonlijke en preventiegeschiedenis samen met de leefgewoonten in kaart te brengen, het groene gedeelte om deze informatie om te zetten in aanbevolen interventies;
- een afsprakenkaartje met een overzicht van de volgende preventieve acties.

Het opmaken van een individueel preventieplan start met het invullen van de vragenlijst door de huisarts met gegevens uit het medisch dossier. Daarna overloopt de huisarts de vragenlijst met de patiënt of vraagt hem/haar om de ontbrekende gegevens aan te vullen tegen een volgend, specifiek hiervoor afgesproken consult. Op deze consultatie overloopt de huisarts de aangebrachte informatie, noteert ontbrekende gegevens in het medisch dossier en vult het groene deel van de vragenlijst in (zie vragenlijst achteraan).

Op basis van deze informatie stelt de huisarts in overleg met de patiënt een individueel preventieplan op. Door het preventieplan chronologisch in te vullen in het elektronisch medisch dossier kan de arts bij ieder patiëntencontact nagaan wat er preventief moet gebeuren en wanneer.

De noodzakelijke leefstijlaanpassingen, preventieve tests of screenings noteert de arts vervolgens op het afsprakenkaartje dat hij/zij met de patiënt meegeeft.

#### AUTEURS

Rik Baeten, Frans Govaerts,  
Lenie Jacobs, Anke Smets,  
Karen Smets, Stefan Teughels,  
Gabie Thijs, Veerle Van der Stighelen,  
Joke Van Herck, Annelies Van Linden,  
Nathalie Van de Vyver, Patrick Wyffels

© **Domus Medica vzw**  
Sint-Hubertusstraat 58  
2600 Berchem

Tel. 03 425 76 76  
Fax 03 218 51 84  
E-mail: [info@domusmedica.be](mailto:info@domusmedica.be)

