



GEZONDHEIDSGIDS 2016

Handleiding voor preventie in de huisartsenpraktijk

ACTIEF VOOR HUISARTSEN KRINGEN

**domus
medica**

vereniging van huisartsen

INHOUD



BEPALING VAN HET RISICO OP HART- EN VAATZIEKTEN	2
ROOKSTOPBEGELEIDING	6
PEILEN NAAR HET GEBRUIK VAN ALCOHOL	10
ADVIES GEZONDE VOEDING	12
ADVIES FYSIEKE ACTIVITEIT	13
OPSPORING VAN DIABETES TYPE 2	15
VACCINATIES TEGEN TETANUS/DIFTERIE/KINKHOEST, INFLUENZA EN PNEUMOKOKKEN	17
SCREENEN OP COLORECTALE KANKER	19
VROEGTIJDIGE OPSPORING VAN BORSTKANKER	22
SCREENEN OP BAARMOEDERHALSKANKER	24
ACTIEF BEVRAGEN VAN DEPRESSIEVE KLACHTEN EN SUÏCIDALITEIT	27
HERHAALTRAJECT GEZONDHEIDSGIDS	28

AUTEURS

Dr. Rik Baeten, dr. Frans Govaerts, dr. Els Barthelomeeusens, dr. Lenie Jacobs, dr. Anke Smets, dr. Stefan Teughels, dr. Veerle Van der Stighelen, dr. Joke Van Herck, dr. Jos Van Hoof, dr. Nathalie Van de Vyver, dr. Patrick Wyffels.

TOTSTANDKOMING

De Gezondheidsgids is gebaseerd op de Preventiekaart, die werd ontwikkeld in 1978 door dr. Patrick Wyffels en verspreid door de toenmalige Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (WVVH). In 2008 startte een werkgroep met de herwerking van de Preventiekaart tot de Gezondheidsgids op basis van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen: dr. Lenie Jacob en dr. Anke Smets, dr. Frans Govaerts en dr. Gabie Thijs voor Domus Medica en dr. Stefan Teughels en dr. Rik Baeten namens de settingsgroep artsen van de Vlaamse Logo's en VIGeZ. De preventierichtlijnen voor goede medische praktijkvoering van Domus Medica vormen de wetenschappelijke basis van de Gezondheidsgids. In 2011 werd een herwerkte uitgave verspreid onder alle huisartsen in Vlaanderen en Brussel. In 2014 volgt de derde herwerkte editie. Naargelang recente wetenschappelijke inzichten wordt de Gezondheidsgids digitaal aangepast.

© 2016 Domus Medica vzw. Alle rechten voorbehouden.

GEZONDHEIDSGIDS 2016



De Gezondheidsgids kreeg op 15 maart 2013 van de Vlaamse overheid toestemming als bevolkingsonderzoek voor de huisartsenpraktijk. Hiermee bevestigt de Vlaamse overheid dat de Gezondheidsgids een zinvolle en *evidence based medicine*-invulling is van de rol van de huisarts in gezondheidspromotie en ziektepreventie.

Door de Gezondheidsgids te gebruiken bij patiënten van 45 tot 75 jaar wordt voldaan aan de voorwaarden van de preventiemodule van het GMD+ en kan de huisarts de betreffende nomenclatuur toepassen. De Gezondheidsgids kan ook bij volwassen patiënten jonger dan 45 jaar worden toegepast.

Deze derde herziene editie van de Gezondheidsgids bestaat uit vier delen: een vragenlijst voor de patiënt, een aparte verwerkingsmodule voor de huisarts, een handleiding en een afsprakenkaartje:

- De patiënt vult eerst de vragenlijst in, thuis, in de wachtzaal of samen met de huisarts (*zie blz. 28*).
- Aan de hand van de verwerkingsmodule (*zie blz. 29*) en de handleiding stelt de huisarts vervolgens een persoonlijk preventieplan voor de patiënt op, waarin ze samen de prioriteiten bepalen.
- Dankzij de corresponderende kleurcodes en de nummering van de vragenlijst, de verwerkingsmodule en de thema's in de handleiding krijgt de huisarts snel een overzicht van de richtlijnen voor preventief beleid bij deze patiënt.
- De aard en datum van de geplande preventieve activiteiten noteert de huisarts vervolgens in het medisch dossier en op het afsprakenkaartje.
- Deze handelingen kunnen best over verschillende consultaties gespreid worden.
- Het is niet nodig om bij iedere patiënt elk jaar alle vragen terug te behandelen. Hiervoor wordt een herhalingstraject voorgesteld (*zie blz. 27*).

De handleiding van de Gezondheidsgids, die u nu in handen hebt, geeft de essentie van de preventie-richtlijnen van Domus Medica weer. In elk hoofdstuk vindt u een verwijzing naar de volledige richtlijn en het bijbehorende webdossier met aanvullend praktijkmateriaal zoals patiëntenfolders, instrumenten voor zelfhulp, digitale verwijsgidsen voor tabakologen, alcohol- en middelenmisbruik en voedingsadvies.

Meer informatie, updates en downloadbare documenten van de gezondheidsgids vindt u terug op: www.domusmedica.be/gezondheidsgids.

Wij wensen u veel succes met de toepassing van deze nieuwe versie van de Gezondheidsgids. Door hem in uw praktijk te gebruiken werkt u mee aan een kwalitatieve en betaalbare eerstelijnszorg.

Dr. Rik Baeten, coördinator preventie Domus Medica

STAP 1: OPSTELLEN VAN HET RISICOPROFIEL (ABCDEF) IN '5 MINUTEN'

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

De vragenlijst aangevuld met een bloeddrukmeting, geeft informatie over de zes belangrijke risicofactoren voor hart- en vaatziekten: ≥ 50 jaar, hoge bloeddruk, roken, diabetes type 2, persoonlijk en/of familiaal ischemisch event. Hiermee kan de huisarts het risiconiveau van de patiënt bepalen.

STAP 2: RISICOBEPALING EN CLASSIFICATIE

De patiënten worden in vier risicogroepen ingedeeld volgens het voorkomen van één of meerdere risicofactoren.

Groep 1

Risiconiveau: HOOG code rood

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

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

Risiconiveau: LAAG code groen

Patiënten zonder risicofactoren (negatief voor ABCDEF).

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

Groep 3

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

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

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 gekende familiale hypercholesterolemie.

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

Groep 4

Risiconiveau: ONBEPAALD risico na deze klinische evaluatie: code grijs

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

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

resultaten worden in de SCORE-risicotabel ingebracht (zie blz. 4).

Het cijfer geeft het risico weer dat de patiënt loopt om binnen tien jaar te overlijden aan een ischemisch cardiovasculair event.

- 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 aanwezig zijn, wordt het risico mogelijk onderschat. 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 een aangepast leefstijladvies. Evalueer het risico opnieuw na zes maanden.

Uiteindelijk worden alle patiënten uit groep 4 ingedeeld in drie risicocategorieën:

- **Hoog cardiovasculair risico** >10% kans om binnen 10 jaar te overlijden aan een ischemisch cardiovasculair event
- **Matig cardiovasculair risico** 5-9% kans om binnen 10 jaar te overlijden aan een ischemisch cardiovasculair event
- **Laag cardiovasculair risico** 0-4% kans om binnen 10 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 risicobepaling.

Bij iedereen, ongeacht de hoogte van het risico, zijn leefstijladviezen aanbevolen: niet beginnen roken of stoppen met roken, en gezonde voeding en fysieke activiteit.

Patiënten met een hoog cardiovasculair risico (**rood**): opvolging drie- à viermaal per jaar.

Patiënten met een matig cardiovasculair risico (**oranje**): jaarlijkse evaluatie van het risico.

Patiënten met een laag cardiovasculair risico (**bruin** en **groen**): evaluatie van het risico om de drie à vier jaar.

Richtlijn: www.domusmedica.be/richtlijn-cvr

Dossier: www.domusmedica.be/dossier-cvr

BEPALING VAN HET RISICO OP HART- EN VAATZIEKTEN

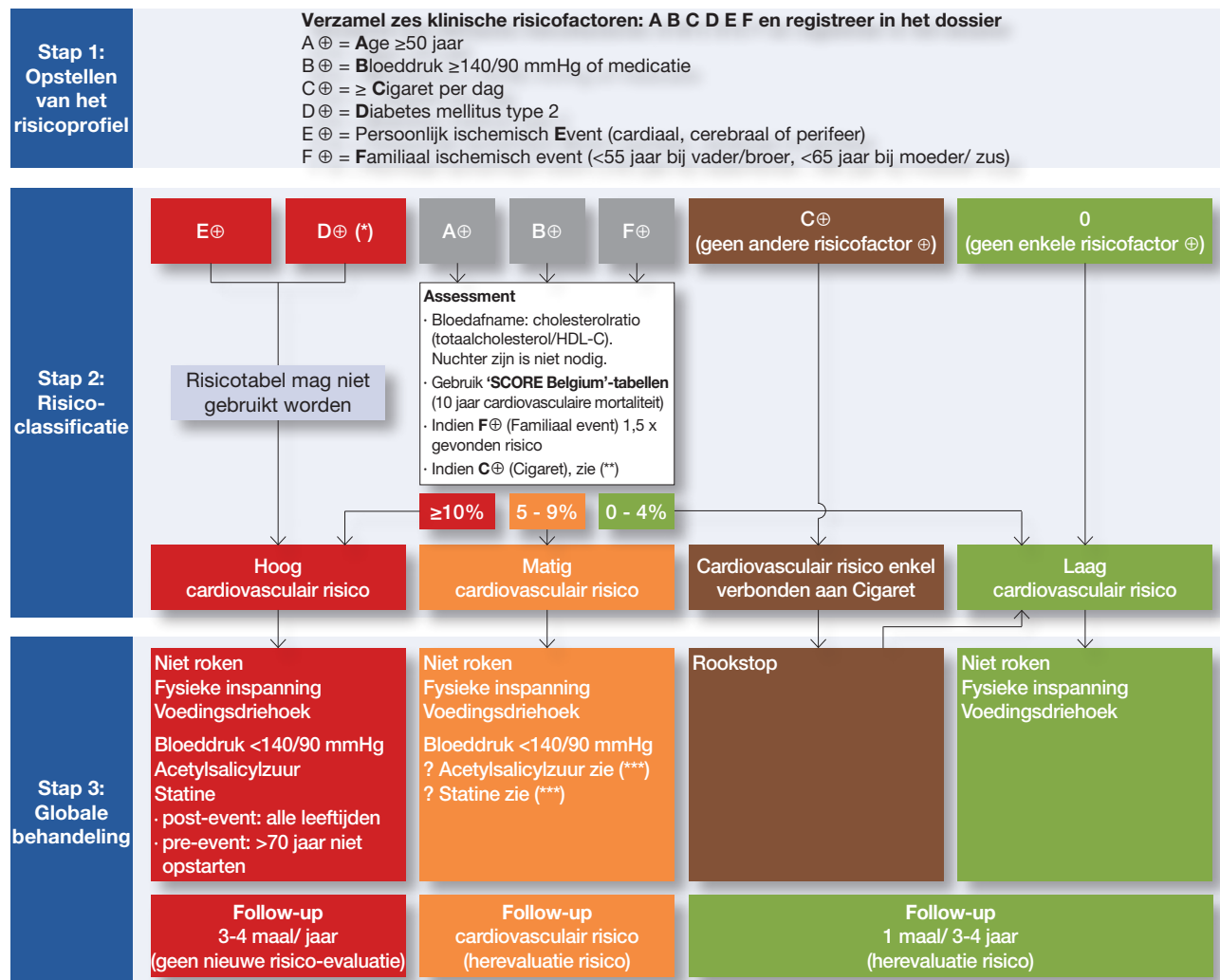
Risicotabel voor sterfte aan hart- en vaatziekte (HVZ) binnen tien jaar. SCORE België.

Vrouwen										Mannen									
Niet-roker					Roker					Niet-roker					Roker				
Leeftijd					Leeftijd					Leeftijd					Leeftijd				
≥170	9	11	14	16	17	21	25	28	≥68 jaar	18	21	25	28	32	37	42	46	≥170	
≥150	6	8	10	12	12	15	18	21	≥68 jaar	13	16	18	20	24	28	32	36	≥150	
≥130	5	6	7	8	9	11	13	15	≥68 jaar	9	11	13	15	17	21	24	27	≥130	
<130	3	4	5	6	6	8	10	11	≥68 jaar	7	8	9	11	13	15	17	20	<130	
≥170	5	7	8	10	10	13	15	18	≥63 jaar	11	14	16	18	21	25	28	32	≥170	
≥150	4	5	6	7	7	9	11	13	≥63 jaar	8	10	12	13	15	18	21	24	≥150	
≥130	3	3	4	5	5	7	8	9	≥63 jaar	6	7	8	9	11	13	15	17	≥130	
<130	2	2	3	3	4	5	6	7	≥63 jaar	4	5	6	7	8	10	11	13	<130	
≥170	3	4	5	6	6	8	9	11	≥58 jaar	7	9	10	11	13	16	19	21	≥170	
≥150	2	3	3	4	4	5	7	8	≥58 jaar	5	6	7	8	10	12	13	15	≥150	
≥130	2	2	2	3	3	4	5	5	≥58 jaar	4	4	5	6	7	8	10	11	≥130	
<130	1	1	2	2	2	3	3	4	≥58 jaar	3	3	4	4	5	6	7	8	<130	
≥170	2	2	3	3	4	5	5	6	≥53 jaar	4	5	6	7	8	10	12	13	≥170	
≥150	1	2	2	2	2	3	4	5	≥53 jaar	3	4	4	5	6	7	8	10	≥150	
≥130	1	1	1	2	2	2	3	3	≥53 jaar	2	3	3	4	4	5	6	7	≥130	
<130	1	1	1	1	1	2	2	2	≥53 jaar	2	2	2	3	3	4	4	5	<130	
≥170	1	1	2	2	2	3	3	4	≥48 jaar	3	3	4	4	5	6	7	8	≥170	
≥150	1	1	1	1	1	2	2	3	≥48 jaar	2	2	3	3	4	4	5	6	≥150	
≥130	1	1	1	1	1	1	2	2	≥48 jaar	1	2	2	2	3	3	4	4	≥130	
<130	0	0	1	1	1	1	1	1	≥48 jaar	1	1	1	2	2	2	3	3	<130	
≥170	0	1	1	1	1	1	1	1	<48 jaar	1	1	1	2	2	2	3	3	≥170	
≥150	0	0	0	1	1	1	1	1	<48 jaar	1	1	1	1	1	2	2	2	≥150	
≥130	0	0	0	0	0	0	1	1	<48 jaar	0	1	1	1	1	1	1	2	≥130	
<130	0	0	0	0	0	0	0	0	<48 jaar	0	0	1	1	1	1	1	1	<130	
<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 ≥6,5				
Totaalcholesterol/ HDL-cholesterol					Totaalcholesterol/ HDL-cholesterol					Totaalcholesterol/ HDL-cholesterol					Totaalcholesterol/ HDL-cholesterol				

Tienjaarsrisico op sterfte aan HVZ ■ ≥10% ■ 5 - 9% ■ 0 - 4%

BEPALING VAN HET RISICO OP HART- EN VAATZIEKTEN

Cardiovasculair algoritme bij elke persoon tussen 40 en 75 jaar.



(*) In het uitzonderlijke geval dat uw diabetes type 2-patiënt jonger is dan 50 jaar en geen andere risico-factoren heeft (B, C, F negatief en ook geen microalbuminurie), zal hij ingedeeld worden in de oranje groep.

(**) Rookstopadvies bij rokers is in alle gevallen dé prioritaire maatregel. Het cardiovasculaire risico verbonden aan roken is na twee jaar rookstop verdwenen. Soms kan rookstop medicamenteuze behandeling overbodig maken of uitstellen.

(***) Overweeg het opstarten van medicamenteuze therapie. De beslissing hangt daarbij af van de aan- of afwezigheid van bijkomende factoren (zoals obesitas, sedentarisme), wens en motivatie van de patiënt, alsook comorbiditeit die impact heeft op de levensverwachting.

ROOKSTOPBEGELEIDING

Rookstopbegeleiding volgens de strategie van de vijf A's.

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

ASK: IDENTIFICEER HET ROOK- GEDRAG

Het is aanbevolen om 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 bevraagt 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 (vanaf 1 sigaret/dag)?

- Op welke dag is de ex-roker gestopt met roken?
- Zijn er vorige stoppogingen, positieve punten, motieven voor herval?
- Hoe afhankelijk is de roker (fysiek, gedragsmatig en psychologisch):
 - fysiek: is de 'time to first cigarette' minder dan 30 minuten na het ontwaken?
 - gedragsmatig: rookt de patiënt vanuit een positieve (het roken geeft hem fysiek en psychisch een goed gevoel) of vanuit een negatieve bekrachtiging (de vorige sigaret is uitgewerkt en dit geeft ontweningsverschijnselen)?
 - psychisch: zijn er aanwijzingen voor een eventuele onderliggende angst of depressie?

ADVISE:

GEEF ELKE ROKER ROOK- STOPADVIES

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 u voor uw 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 EN VERSTERK DE WIL VAN DE PATIËNT OM TE STOPPEN

In welke fase van gedragsverandering zit de patiënt?

Stel hiervoor de volgende vraag: *'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** ('twijfelende' roker). Een motivatiegesprek is zinvol, bijvoorbeeld aan de hand van de 'minimale interventiestrategie'. Dit is een individueel gesprek van ongeveer tien minuten tijdens twee afzonderlijke contacten. Het gesprek maakt geen deel uit van een consultatie voor andere gezondheidsredenen.

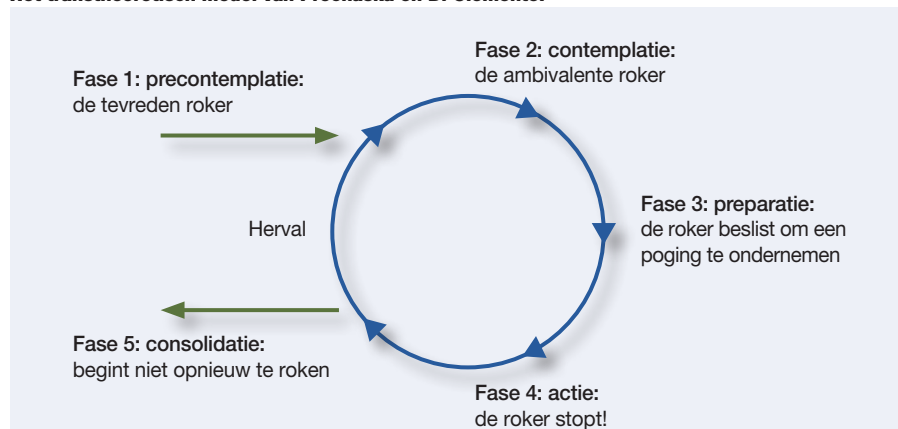
Als de patiënt wil stoppen in de komende zes maanden, bevindt hij zich in de **preparatiefase** (de roker maakt zich klaar om te stoppen). Moedig hem aan om een poging te ondernemen.

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 de arts een medicamenteuze behandeling aanbieden.

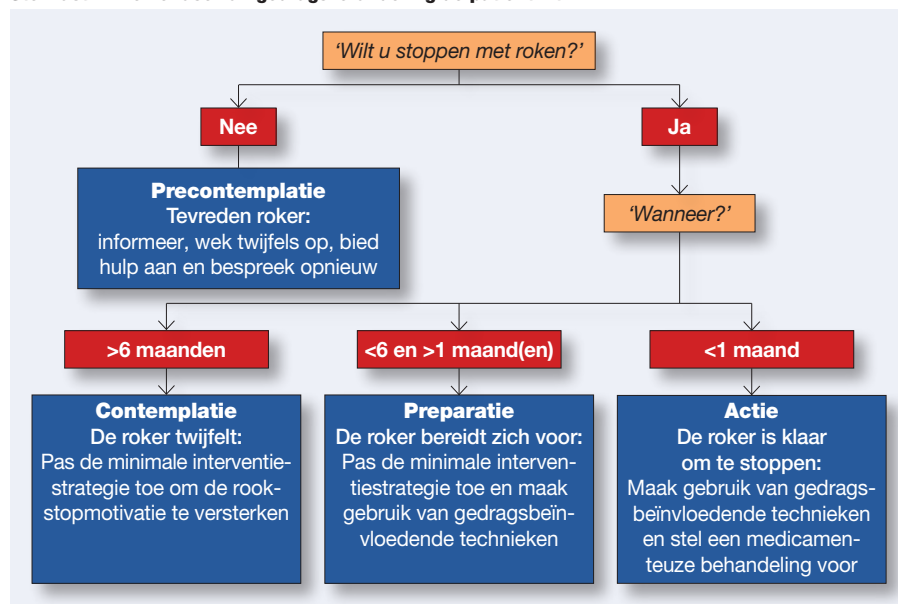
Op www.motiverentotrookstop.be vindt de huisarts praktische ondersteuning om de patiënt te motiveren tot rookstop.

Fasen van gedragsverandering:

Het transtheoretisch model van Prochaska en Di Clemente.



Stel vast in welke fase van gedragsverandering de patiënt zit.



ASSIST:

ONDERSTEUN DE ROKER DIE KLAAR IS OM TE STOPPEN

Begeleiding bij de stopklare patiënt.

Actie	Strategie
Help de patiënt met het opmaken van zijn rookstopplan.	- De patiënt kiest een rookstopdatum: idealiter binnen de twee weken na deze consultatie. - De patiënt informeert zijn familie, vrienden en collega's van zijn beslissing en vraagt hun begrip en steun. - De patiënt voorziet een oplossing voor mogelijke moeilijkheden bij het stoppen, ook voor de effecten bij onthouding van nicotine. - 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.
Geef praktisch advies . Versterk het probleemoplossend vermogen van de patiënt en help copingmechanismen te ontwikkelen.	- Onthouding: volledige rookstop is essentieel. Geen enkele trek na de rookstopdatum. - Anticiperen op triggers en moeilijkheden: bespreek met de patiënt methoden om het hoofd te bieden aan deze moeilijkheden. - Alcohol: moedig de patiënt aan om alcoholgebruik te stoppen of te beperken tijdens de rookstopperiode, want alcoholgebruik is vaak verantwoordelijk voor rookherval. - Andere rokers in huis: stoppen met roken gaat moeizamer als er thuis andere rokers zijn.
Bied ondersteuning in het kader van de behandeling.	De arts biedt een medisch kader aan om de roker te ondersteunen in zijn rookstoppoging: <i>'mijn collega's en ik zijn bereid u te helpen'</i>, opvolgconsulten, beschikbaarheid,...
Zoek met de patiënt sociale ondersteuning buiten de behandeling.	De arts helpt de patiënt om sociale ondersteuning te ontwikkelen tijdens zijn rookstoppoging: <i>'vraag aan uw partner of echtgenoot, uw vrienden, uw collega's om u te steunen tijdens uw rookstoppoging.'</i>
Bespreek met de patiënt de mogelijkheid van medicamenteuze ondersteuning , steeds in combinatie met psychologische begeleiding.	- Vooraleer de arts medicatie voorschrijft, maakt hij een individuele winst-risicobalans op. - Is medicamenteuze ondersteuning aangewezen, dan zal varenicline de voorkeursmolecule zijn. Dit is significant effectiever dan elke vorm van nicotinesubstitutie, bupropion of stoppen zonder medicamenteuze ondersteuning. Een combinatie van producten heeft geen meerwaarde. - Kiest de arts of de patiënt voor een andere molecule, dan zijn zowel bupropion als nicotinesubstitutie in al hun vormen effectiever dan placebo.



ARRANGE FOLLOW-UP: VOORZIE OPVOLGMOMENTEN

Voor gestopte rokers moet de begeleiding verder reiken dan het rookstopmoment. Het risico op herval is 80% tijdens het eerste jaar. Dit herval is normaal en inherent aan de chronische afhankelijkheid of 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: beoordeling van de onthoudingstatus of van het herval; evaluatie en ondersteuning van de motivatie; opsporing van fysieke, psychologische en gedragsmatige problemen; bijsturing van de medicamenteuze behandeling. 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.

Informatie (ook over de terugbetaling) is terug te vinden via www.vlaanderenstoptmetroken.be.

Richtlijn: www.domusmedica.be/richtlijn-rookstop

Update richtlijn: www.domusmedica.be/richtlijn-rookstop-update

Dossier: www.domusmedica.be/dossier-rookstop

HET GEBRUIK VAN ALCOHOL

Ongeveer 10% van de actieve bevolking vertoont problematisch alcoholgebruik.

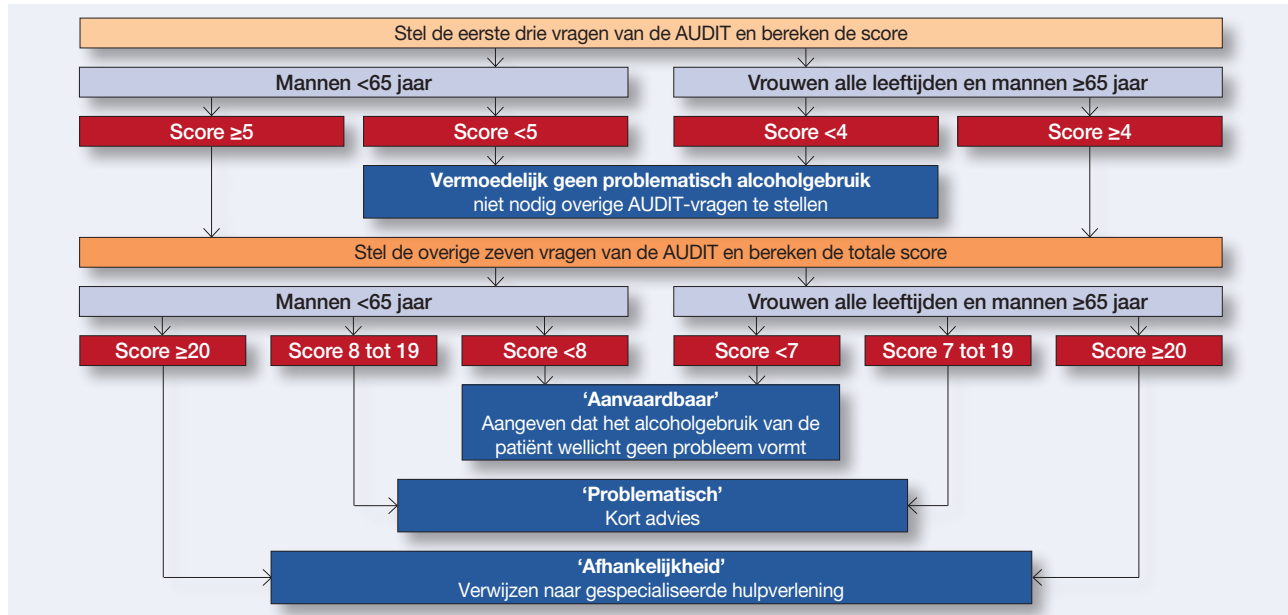
Bij elke patiënt die alcohol drinkt, stelt de huisarts de eerste drie vragen van de AUDIT-vragenlijst.

Afhankelijk van de berekende score worden de zeven daaropvolgende vragen gesteld.

AUDIT-vragen	0 ptn.	1 ptn.	2 ptn.	3 ptn.	4 ptn.	Score
1. 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	.....
2. 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	.....
3. Hoe vaak gebeurt het dat je zes of meer standaarddrankjes drinkt bij één enkele gelegenheid?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	.....
Indien de score ≥ 5 is bij mannen <65 jaar of ≥ 4 bij vrouwen of mannen ≥ 65 jaar: ga verder met de volgende vragen:						.....
4. 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	.....
5. 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	.....
6. 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	.....
7. 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	.....
8. 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	.....
9. 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	.....
10. Heeft een vriend, arts 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	.....
De optelsom van de cijfers van de antwoorden op alle tien vragen geeft de AUDIT-score:						.....

(*) 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.

Problematisch alcoholgebruik volgens de AUDIT-score.



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 en de nood aan verandering. Risico's kunnen zich situeren op lichamelijk, psychiatrisch, psychisch, mentaal of maatschappelijk vlak.
- Geef aan wat aanvaardbare hoeveelheden zijn. Mannen: ≤21 standaardglazen per week en nooit meer dan 5 glazen per keer. Vrouwen: ≤14 stan-

daardglazen per week en nooit meer dan 3 glazen per keer. Voor mannen én vrouwen minimum 2 alcoholvrije dagen per week. Voor ouderen gelden dezelfde hoeveelheden als voor vrouwen.

- Geef een folder mee ter ondersteuning van het mondeling kort advies.

FOLLOW-UP na kort advies

- Bij relatief beperkt problematisch alcoholgebruik (AUDIT-score ≤15): herhaal het kort advies bij nieuwe signalen.
- Bij ernstiger problematisch alcoholgebruik (AUDIT-score 16-19): plan

zelf een vervolggesprek binnen de zes maanden. Herhaal in dit vervolggesprek het kort advies of maak gebruik van het ABC-model voor begeleiding van alcoholmisbruik.

VERWIJZING naar gespecialiseerde hulpverlening

- AUDIT-score van ≥20 of bij vermoeden van alcoholafhankelijkheid.
- Bij psychiatrische comorbiditeit, ernstige lichamelijke comorbiditeit, keuze voor verwijzing door patiënt en/of huisarts, (herhaald) falen kort advies en bij indicatie voor een korte interventie.

Richtlijn: www.domusmedica.be/richtlijn-alcohol

Dossier: www.domusmedica.be/dossier-alcohol

Dossier: www.domusmedica.be/ABC-model-gedragsverandering

ADVIES GEZONDE VOEDING

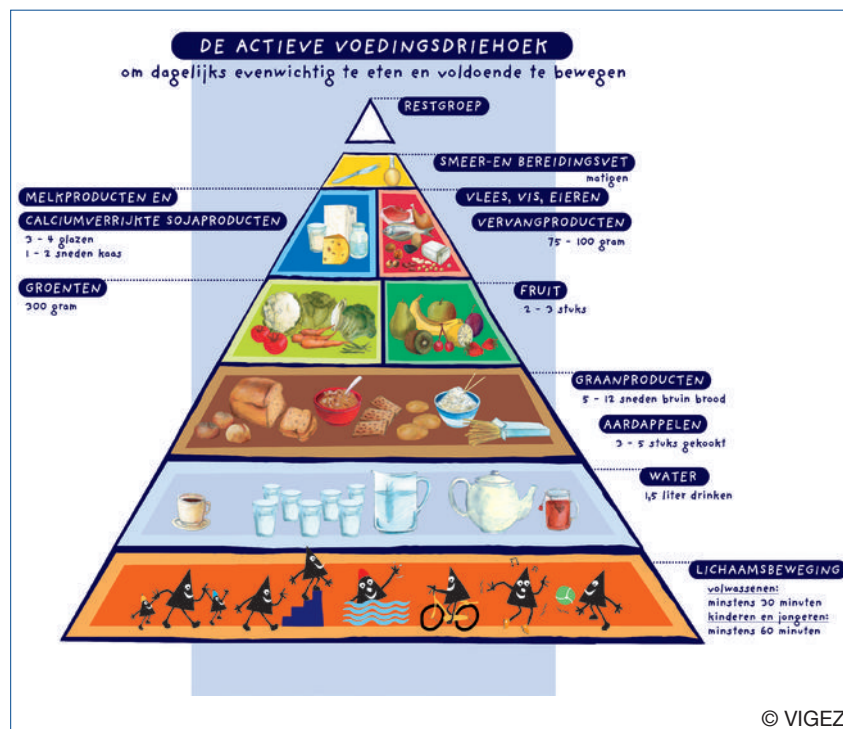
Ongezonde voeding en overgewicht, vooral in combinatie met abdominale vetophoping, gaan gepaard met een toename van het risico op een aantal metabole afwijkingen zoals insulineresistentie en een gestoord lipidenprofiel. Zo verhogen ze ook het risico op ischemische hart- en vaatziekten.

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

De actieve voedingsdriehoek (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 bevat onlinetests om de voeding- en bewegingsgewoonten van de patiënt verder te exploreren en na te gaan in hoeverre ze overeenstemmen met de voedingsdriehoek.

Voeding uitgedokterd (www.voedinguitgedokterd.be) biedt de huisarts richtlijnen om de patiënt te motiveren en geeft correcte antwoorden op veelgestelde voedingsvragen.



Het digitale draaiboek 'Herkenning en aanpak van gewichtsproblemen en obesitas' (www.draaiboeken.eetexpert.be) van Eetexpert is een gids bij de aanpak van de obesitasproblematiek door de huisarts en bevat een handige verwijsgids (www.draaiboeken.eetexpert.be/huisartsendraaiboek/verwijstool).

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

Richtlijnen: www.domusmedica.be/richtlijn-obesitas-kinderen
www.domusmedica.be/richtlijn-obesitas-volwassenen
www.domusmedica.be/consensus-voeding-beweging
 Dossier: www.domusmedica.be/dossier-voeding-beweging



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.

Regelmatig matig intensieve fysieke activiteit doet niet alleen de cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit in belangrijke mate dalen, maar beïnvloedt ook onrechtstreeks de andere risicofactoren zoals de bloeddruk, het lipidenprofiel 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,... (liefst een aerobe activiteit). Sedentaire mensen bouwen de totale duur van de inspanning beter geleidelijk op.

De website 10000 stappen (www.10000stappen.be) geeft uw patiënt ondersteuning om sedentair gedrag te doorbreken. Daarbij kan deze registratietool een handig hulpmiddel zijn om eigen vorderingen op te volgen.

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 bij COPD) is fysieke activiteit meestal aanbevolen, zowel preventief en als onderdeel van hun behandeling. Zij moeten fysiek actief zijn op het niveau dat nodig is om de aandoening in kwestie doeltreffend en veilig te behandelen. Hiervoor verwijst de huisarts 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.

Zie www.domusmedica.be/gezondheidsgids voor het volledige advies over de aanbevolen fysieke activiteit en de praktische modaliteiten voor bepaalde pathologieën.

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

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

OPSPORING VAN DIABETES TYPE 2

Opsporing van diabetes

Een gerichte opportunistische screening door middel van een tweestapsmethodologie wordt aangeraden:

- 1 Bereken het risico via de FINDRISC bij alle 45-plussers, vanaf 25 jaar bij personen met een etniciteit geassocieerd aan een hogere incidentie van diabetes (o.a. Turks, Marokkaans en Zuid-Oost-Aziatisch)

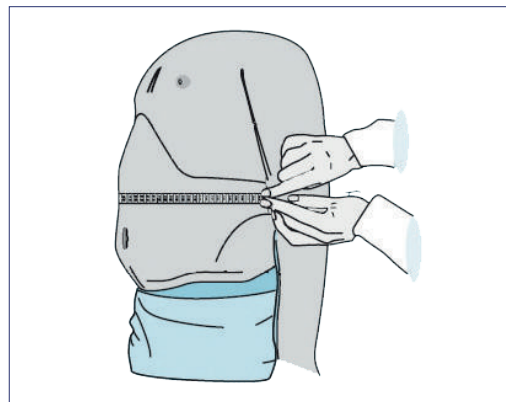
FINDRISC:			
1 Leeftijd	<45j	0 p.	
	45-54j	1 p.	
	55-64j	3 p.	
	≥ 65j	4 p.	
2 BMI:	<25	0 p.	
	25-30	1 p.	
	>30	3 p.	
3 Buikomtrek	<80cm (♀) of <94cm (♂)	0 p.	
	80-88cm (♀) of 94-102cm (♂)	3 p.	
	>88cm (♀) of >102 cm (♂)	4 p.	
4 Groenten en fruit	beide ja	0 p.	
	1 of beide nee	1 p.	
5 Beweging	ja	0 p.	
	nee	2 p.	
6 Bloeddruk	ja	2 p.	
	nee	0 p.	
7 Glycemie:	ja	5 p.	
	nee	0 p.	
8 Erfelijkheid	ja	2 p.	
	nee	0 p.	
Totaal op 23 p.			

- 2 Bij verhoogd risico FINDRISC score (≥12): bepaal nuchtere glycemie.

HbA1C vormt een minder gevoelig alternatief voor mensen bij wie nuchter zijn moeilijk haalbaar is.

CAVE: tijdig diagnose stellen bij personen met aandoeningen of behandelingen die diabetes kunnen veroorzaken, zoals pancreaslijden, alcoholisme of corticoïdgebruik. Spoor diabetes op bij behandeling met antipsychotica bij het starten, na 12 weken en vervolgens jaarlijks.

Correcte meting buikomtrek:



- patiënt staat rechtop met de voeten ongeveer 25 tot 30 cm uit elkaar;
- meting halverwege laagste punt van de onderste rib en boven-voorzijde van de bekkenkam (horizontaal streepje zetten op dit punt);
- meting op blote huid, na een normale uitademing, zonder dat de centimeter druk uitoefent op de huid;
- meet met de (plastic) centimeter over de horizontale streepjes heen, recht over de buik;
- meet tweemaal de omtrek en noteer de gemiddelde waarde in cm, afgerond op 0,5cm.

De bepaling van de glycemie gebeurt op een nuchter bloedstaal, bij voorkeur op veneus bloed:

Nuchtere glycemie:

<100 mg/dl	normaal
≥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 glycemie tweemaal gelijk of hoger is dan 126 mg/dl.

Indien nuchtere glycemie niet haalbaar is, is 2x een HbA1C ≥6.5% een (minder gevoelige) diagnose mogelijkheid.

Frequentie screening:

Jaarlijks nuchtere glycemie bij prediabetes (intermediaire hyperglycemie) of bij verhoogd risicoprofiel (FINDRISC score ≥12)

Herhaal 3-jaarlijks de tweestapsscreening in afwezigheid van een verhoogd risico.

Etniciteit

De Findrisc vragenlijst werd onderzocht en naar voorspelbaarheid gevalideerd bij de Finse en Nederlandse bevolking.

Hou er rekening mee dat personen van een bepaalde etniciteit mogelijk een verhoogd risico hebben voor het ontwikkelen van diabetes.

Aanpak van diabetes

Het berekenen van het risico via de FINDRISC biedt de mogelijkheid om bij personen met verhoogd risico al van start te gaan met leefstijladvies en het correct aanpakken van de cardiovasculaire parameters ondanks een normale glycemie.

Bij diabetes type 2 start men een behandeling op, waarbij levensstijlmaatregelen het fundament vormen, zowel om een correctie van de hyperglycemie te realiseren als ter beperking van cardiovasculaire risico's.

VACCINATIES

TEGEN TETANUS/DIFTERIE/KINKHOEST, INFLUENZA EN PNEUMOKOKKEN

VACCINATIE TEGEN TETANUS/DIFTERIE/KINKHOEST

Vaccinatie

De vaccinatie tegen tetanus/difterie wordt om de tien jaar herhaald. Om jonge zuigelingen te beschermen tegen kinkhoest in het kader van de cocoonstrategie wordt vaccinatie tegen tetanus en difterie nu aanbevolen met een gecombineerd vaccin waarin ook de pertussiscomponent is opgenomen (dTpa).

Inhaalvaccinatie

- meer dan tien jaar maar minder dan twintig jaar geleden: 1 dosis dTpa
- meer dan twintig jaar geleden en:
 - basisvaccinatieschema in orde:
2 dosissen dTpa (0-6 maanden),
 - basisvaccinatieschema onvolledig of ongekend:
3 dosissen dTpa (0, 1 en 12 maanden).

Voor al deze schema's is het aanbevolen om gebruik te maken van het gecombineerd dTpa vaccin.

Door hervaccinatie tegen kinkhoest wordt de immuniteit van de volwassene die in contact komt met de jonge, nog onvolledig gevaccineerde zuigeling verhoogd. Hierdoor wordt het risico van overdracht van kinkhoest naar deze zeer kwetsbare groep verminderd (cocoonstrategie).

Toediening

Boostrix (dTpa) wordt gratis ter beschikking gesteld door de Vlaamse Gemeenschap. Bestellen kan via www.vaccinnet.be.

Registratie

Registreer de toegediende dosissen steeds in het elektronisch medisch dossier (EMD) en Vaccinnet.

Richtlijn:

www.domusmedica.be/richtlijn-tetanus-en-difterie

Dossier: www.domusmedica.be/vaccinaties

Adviezen Hoge Gezondheidsraad:

www.domusmedica.be/hgr-vaccinaties

VACCINATIE TEGEN 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 een of meerdere indicaties voor het vaccin wordt jaarlijkse vaccinatie opgenomen in het preventieplan van de patiënt. 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.

Doelgroepen jaarlijkse vaccinatie tegen influenza

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 6 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 6 maanden en 18 jaar die een langdurige aspirinetherapie ondergaan.

Groep 2 - Alle personen werkzaam in de gezondheidssector

Groep 3 - Personen die onder hetzelfde dak wonen met

- risicopersonen van groep 1,
- kinderen jonger dan 6 maanden.

Richtlijn: www.domusmedica.be/richtlijn-influenza

Dossier: www.domusmedica.be/dossier-influenza

Adviezen Hoge Gezondheidsraad:

www.domusmedica.be/hgr-vaccinaties

VACCINATIE TEGEN PNEUMOKOKKEN

Vaccinatie

Sinds 2013 zijn er twee vaccins geregistreerd voor het gebruik bij volwassenen: het 23-valent polysaccharide en het 13-valent geconjugerd pneumokokken-vaccin.

Het **23-valent polysaccharide (PPV-Pneumo 23®)** pneumokokkenvaccin heeft een effectiviteit van 50% tegen invasieve pneumokokkeninfecties bij gezonde volwassenen en ouderen. Er is geen bewijs van effect bij kwetsbare ouderen en risicogroepen. Er werd geen bescherming tegen pneumonie zonder bacteriëmie aangetoond.

Het **13-valent geconjugerd (PCV- Prevenar 13®)** pneumokokkenvaccin is geregistreerd tegen invasieve pneumokokkeninfecties voor toediening vanaf 50 jaar. Er zijn nog geen studies gepubliceerd die de klinische effectiviteit op pneumokokkeninfecties aantoont.

Doelgroepen

Groep 1 - Patiënten met een verhoogd risico

Vaccinatie met een combinatie van beide vaccins is sterk aanbevolen bij patiënten met een verhoogd risico op een pneumokokkeninfectie, hoewel bewijs van klinische effectiviteit nog niet geleverd is:

- patiënten met anatomische en/of functionele asplenie, sikkcelziekte of een hemoglobinopathie;
- patiënten met een lek van cerebrospinaal vocht of een cochleair implantaat;
- patiënten met een stoornis van de immuniteit o.a. hiv, hematologische maligniteiten, immunosuppressieve medicatie.

Vaccinatieschema

Primovaccinatie: PCV13 gevolgd door PPV23 na 8 weken.

Revaccinatie: PPV23 om de 5 jaar.

Groep 2 - Immunocompetente patiënten

Bespreek de mogelijkheid tot vaccinatie bij immunocompetente patiënten:

- vanaf 50 jaar met comorbiditeit die het risico op invasieve pneumokokkeninfecties verhoogt:
 - chronisch hartlijden
 - chronisch longlijden of rokers
 - chronisch leverlijden of ethylabusus
 - chronisch nierlijden
- patiënten vanaf 65 jaar die nog in goede gezondheid zijn.

Vaccinatieschema

Primovaccinatie: 1 dosis PPV23

Revaccinatie: eenmalige revaccinatie met PPV23 na 5 jaar.

De Hoge Gezondheidsraad stelt twee schema's voor bij immunocompetente patiënten zonder een duidelijke keuze te maken. De werkgroep Gezondheidsgids beveelt de huisartsen aan om het voorgestelde schema met PPV23 toe te passen. Belangrijke overwegingen in deze beslissing zijn:

- de klinische effectiviteit van de gecombineerde schema's met de twee vaccins bij gezonde personen en risicogroepen is nog niet geleverd;
- de hogere kostprijs van het gecombineerde schema;
- de moeilijkere uitvoerbaarheid.

Richtlijn: www.domusmedica.be/richtlijn-pneumokokken

Dossier: www.domusmedica.be/vaccinaties

Adviezen Hoge Gezondheidsraad: www.domusmedica.be/hgr-vaccinaties

SCREENEN OP COLORECTALE KANKER

RISICOGROEPEN

De huisarts gaat bij iedere patiënt ouder dan 40 jaar de risico- en screeningsstatus na.

Op basis hiervan wordt een verschillend beleid opgesteld:

Verhoogd risico door persoonlijke antecedenten

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 een resectie ondergingen voor colorectale kanker;
- patiënten die acht jaar of langer lijden aan de ziekte van Crohn of Colitis ulcerosa;
- patiënten met acromegalie;
- patiënten met ureterosigmoidostomie.

Verhoogd risico door eerstegraadsverwanten

Bij mensen met één eerstegraadsverwant met colorectale kanker gediagnosticeerd na 60 jaar, start de huisarts vanaf het 40ste levensjaar de screening met een tweejaarlijkse fecaal occulte bloedtest (FOBT).

Alle andere personen met eerstegraadsverwanten met colorectale kanker krijgen een coloscopie aangeboden.

Geen verhoogd risico

Bij personen zonder verhoogd risico wordt vanaf de leeftijd van 50 jaar een tweejaarlijkse screening met FOBT voorgesteld. De huisarts vraagt spontaan te melden als colorectale kanker zich bij eerstegraadsverwanten zou voordoen.

Vanaf 56 jaar ontvangt een persoon zonder verhoogd risico een iFOBT (OC-sensor) met de post in het kader van het Vlaamse bevolkingsonderzoek. Het bevolkingsonderzoek wordt geleidelijk volgens leeftijdsgroepen uitgerold (zie tabel).

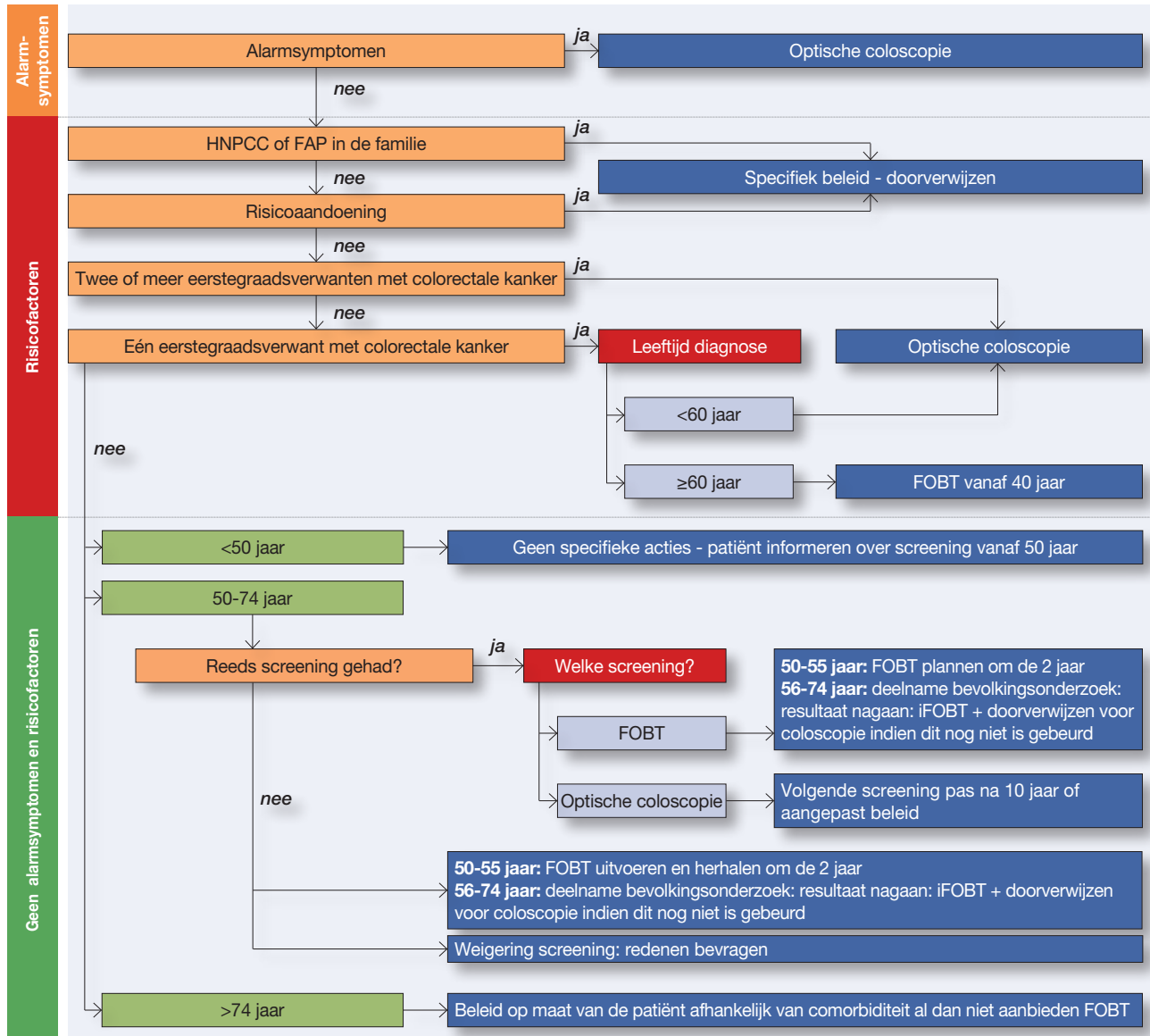
Een positieve FOBT wordt steeds gevolgd door een coloscopie. Indien deze coloscopie negatief is, wordt de patiënt meegedeeld dat de volgende screening pas na tien jaar uitgevoerd moet worden.

Start van het Vlaamse bevolkingsonderzoek naar colorectale kanker volgens leeftijdsgroep.

Geboortjaar		1963	1962	1961	1960	1959	1958	1957	1956	1955	1954	1953	1952	1951	1950	1949	1948	1947	1946	1945	1944	1943	1942	1941	1940	1939
2013	leeftijd	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74
2014	leeftijd	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	-
2015	leeftijd	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	-	-
2016	leeftijd	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	-	-	-
2017	leeftijd	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	-	-	-	-
2018	leeftijd	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	-	-	-	-	-
2019	leeftijd	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	-	-	-	-	-	-

SCREENEN OP COLORECTALE KANKER

Risicoinschatting en beleid ter preventie van colorectale kanker.





DE FECAAL OCCULTE BLOEDTEST (FOBT)

Vals-positieve en vals-negatieve resultaten

Voor het aanbieden van de FOBT krijgt de patiënt een volledige risicocommunicatie over het screenen op colorectale kanker. Hoe groot is de kans op vals-positieve en vals-negatieve resultaten? Wat zijn de mogelijke verwikkelingen van de coloscopie?

Vermijden van vals-positieve en -negatieve resultaten.

gFOBT	iFOBT – OC-sensor
Stop vitamine C één week voor en tijdens de staalname	Geen invloed van vitamine C
Dieet niet nodig	Dieet niet nodig
Geen contact met water	Contact met water kan
Geen contact met urine	Contact met urine kan

De beslissing om NSAID en ASA te stoppen neemt de arts op basis van de individuele toestand van de patiënt.

Werkwijze

De patiënt wordt aangeraden om eerst te plassen en door te spoelen, daarna het opvangpapier (meegeleverd in bevolkingsonderzoek) te plaatsen en dan zo snel mogelijk een staal te nemen. Bij gebrek aan opvangpapier kan de persoon een paar laagjes wc-papier in het toilet leggen.

Het teststaafje van de OC-sensor moet met de groeffjes over de stoelgang worden gewreven totdat er stoelgang aan blijft kleven. Nadien wordt het terug in het meegeleverde recipiënt geplaatst dat buffer-vloeistof bevat. Dat kan de patiënt zelf uitvoeren. Dit recipiënt wordt in de bijgeleverde envelop opgestuurd naar het laboratorium. Eén staal is voldoende.

De iFOBT is na de afname temperatuurgevoelig. Het staal kan tot zeven dagen in de koelkast bewaard worden.

Buiten het bevolkingsonderzoek kan de huisarts gebruikmaken van de FOBT die het labo ter beschikking stelt. Het is ook mogelijk in de eigen praktijk (kwalitatieve) FOBT-tests aan te kopen en zelf af te lezen.

- Vanaf 40 jaar: nagaan of er persoonlijke of familiale risicofactoren zijn die een aangepast beleid vereisen.
- Bij afwezigheid van risicofactoren:
 - vanaf 50 jaar: alle patiënten krijgen om de twee jaar een FOBT aangeboden;
 - vanaf 56 jaar: alle patiënten krijgen informatie over het bevolkingsonderzoek.

Richtlijn: www.domusmedica.be/richtlijn-colorectalekanker

Dossier: www.domusmedica.be/dossier-colorectalekanker

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 tweedegraadsverwanten met borstkanker en ovariumkanker en de leeftijd waarop zij borstkanker ontwikkelden.

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.

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

		Leeftijd van de vrouwelijke verwanten met borstkanker		
		<40 jaar	40-50 jaar	≥50 jaar
Aantal vrouwelijke verwanten met borstkanker	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 1 vrouw ongeacht leeftijd
1 familieid met ovariumkanker (eerste- of tweedegraads)	Bescheiden risico	Hoog risico
2 familieleden met ovariumkanker (eerste- of tweedegraads)	Hoog risico	

Screeningsbeleid

Normaal risico Bevolkingsonderzoek vanaf 50 jaar.

Bescheiden risico Vanaf 35 tot 39 jaar en indien de vrouw een screening wenst: gebruik MRI in plaats van mammografie maar vermeld 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 vermeld 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).

Hoog risico >20% kans dat de familie drager is van een genetische fout (BRCA,...): verwijs naar een genetisch centrum (follow-up derde lijn + eventueel genetische screening).

Zie ook www.domusmedica.be/gezondheidsgids voor het uitgebreide schema naar risico-inschatting.



VROUWEN ZONDER EEN VERHOOGD RISICO

Vrouwen zonder verhoogd risico tussen 50 en 69 jaar wordt aangeraden om deel te nemen aan het Vlaams programma voor borstkankeropsporing (www.borstkankeropsporing.be).

De screeningsmammografie wordt daarin om de twee jaar aanbevolen en is gratis.

Bij vrouwen met een goede levensverwachting kan dit ritme langer worden aangehouden tot 75 jaar (vanaf 70 jaar betaalt de patiënt hiervoor).

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 een intervalkanker optreden.

Screening bij vrouwen zonder een verhoogd risico op borstkanker.

<40 jaar	• Enkel 'breast awareness' bespreken.
40-49 jaar	Als de vrouw <i>zelf</i> een screening vraagt: • 'Breast awareness' bespreken. • Informeren dat de verhouding tussen gezondheidswinst en gezondheidsschade in deze groep minder gunstig is. • Enkel verwijzen naar een erkende radiologische dienst. • Interval van 18 maanden.
50-69 jaar	Actief <i>alle vrouwen</i> in deze leeftijdsgroep benaderen: • 'Breast awareness' bespreken. • Vrouwen aansporen tot een mammografische screening. • Enkel verwijzen naar een erkende radiologische dienst. • Interval van 24 maanden.
≥70 jaar	Individuele beoordeling, indien een <i>goede levensverwachting</i> : • 'Breast awareness' bespreken. • Vrouwen aansporen tot een mammografische screening. • Enkel verwijzen naar een erkende radiologische dienst. • Interval van 24 maanden of langer.

Richtlijn: www.domusmedica.be/richtlijn-borstkanker

Dossier: www.domusmedica.be/dossier-borstkanker

SCREENINGSBELEID

Doelgroepen

Aan alle vrouwen tussen 25 en 65 jaar wordt aangeraden om deel te nemen aan het Vlaams programma voor cervixkanker-opsporing (www.bevolkingsonderzoek.be/baarmoederhalskanker).

Het screeningsuitstrijkje wordt daarin om de drie jaar aanbevolen. De afname en de beoordeling van het uitstrijkje in het labo is volledig terugbetaald door het Riziv, als deze termijn van drie jaar wordt gerespecteerd. Enkel het remgeld voor de consultatie blijft verschuldigd.

Als uit cytologie blijkt dat testen op HPV nodig is, wordt ook dit uitstrijkje terugbetaald. In alle andere gevallen is geen terugbetaling voorzien.

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

De screening wordt stopgezet op 65 jaar op voorwaarde dat de vrouw regelmatig gescreend werd en de twee laatste uitstrijkjes als 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 de huisarts het opvolgschema.

Werkwijze

De huisarts biedt alle vrouwen tussen 25 en 64 jaar die ooit seksueel actief geweest zijn, een uitstrijkje aan.

Een dunnelaagpreparaat met een cervexbrush wordt aanbevolen, omdat enkel daarop HPV-typering mogelijk is.

Tijdens het derde jaar na een vorig normaal uitstrijkje van voldoende kwaliteit biedt de huisarts een nieuw onderzoek aan. Tijdelijke contra-indicaties moeten telkens overlopen en opgevolgd worden.

Afwijkende uitstrijkjes

Afwijkende uitstrijkjes moeten een follow-up krijgen in overeenstemming met de meest recente richtlijnen van de Belgische Vereniging van Klinische Cytologie (zie tabel blz. 25).

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.

Opvolging door Centrum voor Kankeropsporing

Als drie jaar na het laatste uitstrijkje geen nieuw uitstrijkje werd uitgevoerd, zal de vrouw jaarlijks rond haar verjaardag aangeschreven worden door het Centrum voor Kankeropsporing.

Vrouwen die niet meer in aanmerking komen (cervixkanker, geen cervix meer), worden in principe niet aangeschreven. Vrouwen met deze antecedenten of vrouwen die niet uitgenodigd wensen te worden, kunnen dat melden via www.bevolkingsonderzoek.be, via het e-mailadres kanker@bevolkingsonderzoek.be of het gratis nummer 0800/60.160.

Na 65 jaar worden vrouwen niet meer uitgenodigd door het Centrum voor Kankeropsporing en is deze opvolging een taak voor de huisarts.

ABSOLUTE (BLIJVENDE) CONTRA-INDICATIES

Totale hysterectomie

Na een totale hysterectomie voor goedaardige aandoeningen worden geen screenings-uitstrijkjes 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 bloedrig 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**: de screening wordt uitgesteld tot drie maanden

na de zwangerschap. Door de gestoorde cytologie tijdens de zwangerschap heeft de uitslag bijna geen behandelingsconsequenties.

- Bij recent gebruik van ontsmettingscrème of -vloeistof, glijmiddel, vaginale medicatie (minder dan 48 uur vooraf), **vaginale douche** (minder dan 24 uur vooraf), voorafgaande colposcopie met azijnzuur (minder dan 24 uur 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.

Richtlijn: www.domusmedica.be/richtlijn-baarmoederhalskanker

Dossier: www.domusmedica.be/dossier-baarmoederhalskanker

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. Begin screening: 25 jaar Eindleeftijd screening: 64 jaar op voorwaarde dat de 2 laatste uitstrijkjes normaal zijn.
'Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance' (ASC-US)	hrHPV-test: · hrHPV positief: onmiddellijke verwijzing voor colposcopie en biopsie. · hrHPV negatief: uitstrijkje na 12 maanden.
ASC-US + infectie	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, doch 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 de gynaecoloog.
AIS-ecc: endocervicaal adenocarcinoma in situ	Verwijzen naar de gynaecoloog.
Invasief carcinoom, plaveiselcel- of adenocarcinoom	Verwijzen naar de 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 hrHPV-test 6 maanden na de behandeling. Jaarlijks uitstrijkje tot 5 jaar na behandeling. Daarna normaal screeningsinterval. Na excisionele of ablatieve behandeling voor CIN-1: uitstrijkje 6, 12 en 24 maanden na de behandeling. Daarna normaal screeningsinterval.

DEPRESSIEVE KLACHTEN

Risicofactoren

Het is zinvol om in de huisartsenpraktijk te vragen naar depressieve klachten bij een verhoogd risico (niet-limitatief):

- vage, eerder fysieke klachten, zoals slaapproblemen, moeheid, nausea, gebrek aan eetlust;
- vermagering, duizeligheid, (lagerug)pijn zonder duidelijke diagnostische oorzaak;
- een steeds wisselende presentatie van klachten in te frequente bezoeken;
- abnormale inactiviteit, teruggetrokkenheid of vermijdingskenmerken, vooral bij oudere geïsoleerde patiënten;
- ingrijpende levensgebeurtenissen, zoals belangrijke ontgoochelingen of verliessituaties (bijv. echtscheiding, overlijden van naasten, werkloosheid);
- ernstige somatische aandoeningen die moeilijk te verwerken zijn omwille van hun ernst of verlies aan perspectief in het leven, zoals een acuut myocardinfarct, een kwaadaardige aandoening, CVA bij de patiënt of zijn omgeving;
- geheugen- en concentratiestoornissen (differentiaal diagnose: beginnende dementie/depressie);
- voorgeschiedenis van ernstige psychiatrische problematiek, zoals psychosen;
- voorgeschiedenis van depressie, vooral als ook onverklaarbare lichamelijke klachten, angststoornissen, middelenmisbruik of chronische pijn aanwezig zijn.

Twee vragen

Peil naar depressieve klachten met de volgende vragen:

- *‘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. Bevestig de diagnose.

SUÏCIDALITEIT

Actief bevragen

Bij depressieve patiënten is het aanbevolen om het suïcide-risico actief te bevragen:

- Bevraag en benoem zelfdodingsgedachten: *‘Bent u soms wanhopig? Denkt u dan aan zelfmoord?’*
- Schat de ernst in door het rechtstreeks de zelfdodingsgedachten te bevragen: frequentie, duur, intensiteit, plannen.
- Verkrijg inzicht: exploreer de gevoelens, bespreek de uitlokkende gebeurtenis, de achterliggende problematiek en aanwezige risicofactoren.
- Zoek uitzicht: creëer tijd, bespreek beschermende factoren en zoek houvast.

Opvolging

- Verwijs bij een reëel suïciderisico naar de reguliere geestelijke gezondheidszorg, waarbij mogelijke drempels worden besproken met de patiënt.
- Betrek naasten, maak een crisisplan en organiseer veiligheid in geval van suïcidaliteit.
- Zorg voor een snelle evaluatie door een gekwalificeerde hulpverlener.
- Verwijs naar acute psychiatrie in geval van crisis of bespreek opname bij een groot veiligheidsrisico.
- Volg de patiënt op, ook na verwijzing.

Richtlijn: www.domusmedica.be/richtlijn-depressie

Dossier: www.domusmedica.be/dossier-zelfdoding

Suïcidekaart: www.domusmedica.be/suicidekaart

HERHAALTRAJECT GEZONDHEIDSGIDS

Het is niet nodig om bij iedere patiënt elk jaar alle vragen uit de vragenlijst terug te behandelen. Dit herhalingstraject stelt voor welke vragen op welk tijdstip nodig zijn, gebaseerd op de richtlijnen van Domus Medica die in deze Gezondheidsgids verwerkt zijn.

JAARLIJKS

Familiale anamnese

- (vraag 4) Heeft uw vader of broer een hart- of vaatziekte voor 55 jaar gehad?
- (vraag 5) Heeft uw moeder of zus een hart- of vaatziekte voor 65 jaar gehad?
- (vraag 12) Heeft uw vader, moeder, broer of zus diabetes (suikerziekte)?
- (vraag 13) Heeft uw grootvader, grootmoeder, oom of tante diabetes?
- (vraag 19) Komt er darmkanker voor bij uw vader, moeder, broer of zus?

Enkel voor vrouwen

- (vraag 20) Komt er borst- of eierstokkanker voor in uw familie?

Persoonlijke anamnese

- (vraag 2) Hebt u diabetes (suikerziekte) gekregen ?
- (vraag 3) Hebt u een hart- of vaatziekte gehad? (hartinfarct, beroerte, vaatvernauwing)
- (vraag 6) Rookt u?
- (vraag 7) Gebruikt u alcoholische dranken? (bier, wijn, sterke drank)
- (vraag 11) Werd er ooit een verhoogde bloedsuikerwaarde bij u vastgesteld? (vb. bij ziekenhuisopname, routinecontrole of zwangerschapsdiabetes)

Vaccinaties: Kreeg u het afgelopen jaar een vaccinatie buiten de praktijk (tetanus, difterie, kinkhoest, pneumokokken of griep?)

Risicoaandoeningen: borstkanker, ovariumkanker, cervixkanker, colorectale kanker,...

Alarmsymptomen (bijv. van colonkanker, borstkanker, cervixkanker,...)

Klinisch onderzoek

- gewicht en lengte
- buikontrek
- bloeddruk

Bij gekend matig cardiovasculair risico: risico-evaluatie cardiovasculair (zie blz. 2: *risico onbepaald*)

Indien verhoogd risico op diabetes mellitus type 2 (FINDRISC score > of = 12): nuchtere glykemie (zie blz. 15)

Planning updaten en bespreken

DRIEJAARLIJKS

Volledige vragenlijst overlopen en bepaling FINDRISC-score + aanpassing planning

Naam:

☐ vrouw ☐ man

Geboortedatum:/...../.....

Datum:/...../.....

Vragenlijst in te vullen door de patiënt. Twijfelt u aan een antwoord, vraag dan raad aan uw huisarts.

1	Neemt u medicatie voor een te hoge bloeddruk?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	B
2	Hebt u diabetes (suikerziekte)?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	D
3	Hebt u een hart- of vaatziekte (gehad)? (hartinfarct, beroerte, vaatvernauwing)	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	E
4	Heeft uw vader of broer een hart- of vaatziekte voor 55 jaar (gehad)?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	F
5	Heeft uw moeder of zus een hart- of vaatziekte voor 65 jaar (gehad)?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	F
6	Rookt u?	☐ Ja ☐ Nee	C
7	Gebruikt u alcoholische dranken? (bier, wijn, sterke drank)	☐ Ja ☐ Nee	
8	Eet u dagelijks groenten?	☐ Ja ☐ Nee	
9	Eet u dagelijks fruit?	☐ Ja ☐ Nee	
10	Beweegt u dagelijks minstens een half uur bovenop uw dagdagelijkse activiteiten? (vb. fietsen, stevig wandelen, zwemmen, tuinieren, ...)	☐ Ja ☐ Nee	
11	Werd er ooit een verhoogde bloedsuikerwaarde bij je vastgesteld? (vb. bij ziekenhuisopname, routinecontrole of zwangerschapsdiabetes?)	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	
12	Heeft uw vader, moeder, broer of zus diabetes?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	
13	Heeft uw grootvader, grootmoeder, oom of tante diabetes?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	
14	Is uw vaccinatie tegen tetanus meer dan tien jaar geleden?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	
15	Bent u longpatiënt?	☐ Ja ☐ Nee	
16	Bent u hartpatiënt?	☐ Ja ☐ Nee	
17	Bent u leverpatiënt?	☐ Ja ☐ Nee	
18	Bent u nierpatiënt?	☐ Ja ☐ Nee	
19	Komt er darmkanker voor bij uw vader, moeder, broer of zus?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	

Enkel voor vrouwen

20	Komt er borst- of eierstokkanker voor in uw familie?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	
21	Voor vrouwen vanaf 50 jaar: is uw laatste mammografie meer dan twee jaar geleden?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	
22	Voor vrouwen vanaf 25 jaar: is uw laatste uitstrijkje meer dan drie jaar geleden?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	

Verwerkingsmodule voor de huisarts

	Vraag	Resultaten vragenlijst	Te doen		Risico
Cardiovasculair risico		≥ 50 jaar	Totaalcholesterol/HDL, SCORE		SCORE 0-4%: laag risico SCORE 5-9%: matig cardiovasculair risico SCORE ≥10% of E⊕ of D⊕: hoog cardiovasculair risico
	1	B⊕	Totaalcholesterol/HDL, SCORE, proteinurie, creatinine		
	5	C⊕	Rookstopadvies		
	2/3	D⊕ en/of E⊕	Hoog risico: geen SCORE nodig		
	4/5	F⊕	Totaalcholesterol/HDL, SCORE		
Roken	6	Ja	Rookstopadvies		
Alcohol	7	Alcoholgebruik	AUDIT-vragenlijst vraag 1 tot 3		♂ ≥5 punten, ♀ of ♂ ≥65 jaar ≥4 punten: mogelijk problematisch: Stel volledige AUDIT-vragenlijst
Voeding	8/9	Groenten of fruit: 'nee'	Voedingsadvies		
Beweging	10	Bewegen: 'nee'	Bewegingsadvies		
Diabetes	1/8/9/ 10/11/12/13	Leeftijd:	<45 jaar: 0p.; 45-54 jaar: 1p.; 55-64 jaar: 3p.; ≥65 jaar: 4p.		FINDRISC score = risico ontwikkelen diabetes type 2 0-5: laag risico: Gezonde voeding en beweging 6-11: licht verhoogd risico: Voedings- en beweegadvies ≥12: sterk verhoogd risico: Nuchtere glycemie & leefstijladvies
		BMI:	<25: 0p.; 25-30: 1p.; >30: 3p.		
		BO ♀:	<80cm: 0p.; 80-88cm: 3p.; >88cm: 4p.		
		BO ♂:	<94cm: 0p.; 94-102cm: 3p.; >102cm: 4p.		
		Gr. & fr.:	beide ja: 0p.; 1 of beide nee: 1p.		
		Beweging:	ja: 0p.; nee: 2p.		
		Bloedruk:	ja: 2p.; nee: 0p.		
		Glycemie:	ja: 5p.; nee: 0p.		
		Erfelijkheid:	ja: 2p.; nee: 0p.		
		Totaal:			
Tetanus, difterie, kinkhoest	14	10-20 jaar geleden	dTpa/10 jaar		
		>20 jaar geleden en volledig schema	dTpa 0-6 maanden		
		>20 jaar geleden en onvolledig schema	dTpa 0-1-12 maanden		
		Onbekend	dTpa 0-1-12 maanden		
Griep	15/16/17/18	≥65 jaar of long- of hart- of lever- of nierlijden of diabetes en andere metabole aandoeningen	Griepvaccinatie 1 x jaar		
Pneumokokken	6/15/16/17/18	≥65 jaar	PPV: 1 x herhalen na 5 jaar		
		≥50 jaar en hart- of longlijden, leverlijden, ethylisme, nierlijden, roken	PPV: 1 x herhalen na 5 jaar		
		Asplenie, immuungecompromiteerde, lek CSV, cochleair implantaat	PCV en PPV (0-2 maanden) Revaccinatie: PPV om de 5 jaar		
Colorectale kanker	19	50-74 jaar en familiale en persoonlijke anamnese ⊖	FOBT om de 2 jaar		Beleid volgens risico-inschatting
		Familiale en/of persoonlijke anamnese ⊕	Risico-inschatting		
Borstkanker	20/21	50-69 jaar en geen familiale anamnese van borst- en/of ovariumkanker	Screeningsmammografie om de 2 jaar		Beleid volgens risico-inschatting
		70-75 jaar en lage comorbiditeit	(Screenings)mammografie om de 2 jaar		
		Familiale anamnese ⊕	Risico-inschatting		
Cervix-kanker	22	25-64 jaar	Uitstrijkje om de 3 jaar		Beleid volgens resultaat laatste uitstrijkje
		≥65 jaar en lage comorbiditeit	Ga na wanneer laatste uitstrijkje was		
Depressie & suïcidaliteit	Op indicatie	Risico op depressie ⊕	Bevraag: 'Werd u de voorbije twee weken vaak gehinderd door depressieve gevoelens en hopeloosheid?' 'Werd u de voorbije twee weken vaak gehinderd door weinig interesse en plezier in de dingen die u deed?'		1 x 'ja': Peil naar de wens tot hulp



De Gezondheidsgids is een instrument dat de huisarts helpt bij het opmaken van een persoonlijk preventieplan voor de patiënt. Hiermee wordt voldaan aan de voorwaarden van de preventiemodule van het GMD+ en kan de huisarts de betreffende nomenclatuur toepassen. De Gezondheidsgids kreeg van de Vlaamse overheid toestemming als bevolkingsonderzoek voor de huisartsenpraktijk.

De Gezondheidsgids bestaat uit:

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

De vragenlijst, verwerkingsmodule, handleiding en afsprakenkaartje zijn afzonderlijk te downloaden via www.domusmedica.be/gezondheidsgids. Als extra praktijkondersteuning zijn hier ook een affiche en patiëntenfolder terug te vinden.

Gedrukte exemplaren kunnen eenvoudig worden bijbesteld via Domus Medica: info@domusmedica.be of tel. 03 425 76 76. Huisartsen die aangesloten zijn bij Domus Medica, genieten een voorkeurstarief.

© Domus Medica vzw
Lange Leemstraat 187
2018 Antwerpen

Tel. 03 425 76 76
Fax 03 218 51 84
E-mail: info@domusmedica.be

