

# Cardiovasculair risico opsporen met overgewicht tijdens spreekuur

Anne de Boer

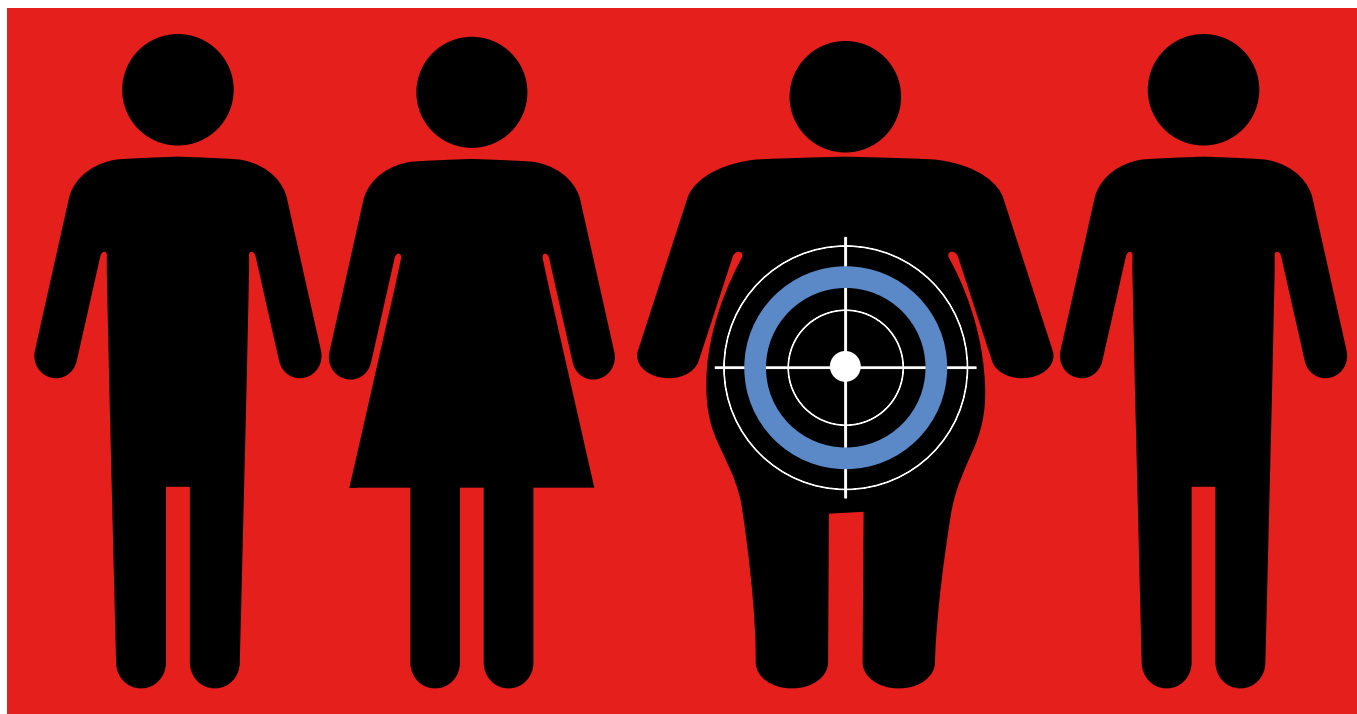
Huisartsen hebben niet alle patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten in beeld. Deze groep patiënten kunnen ze opsporen door een persoonlijk cardiovasculair risicoprofiel op te stellen volgens de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement. Maar bij welke patiënten moet een risicoprofiel worden opgesteld? Het uitnodigen van patiënten met overgewicht voor het opstellen van een risicoprofiel tijdens het dagelijkse spreekuur kan een bruikbare strategie zijn.

Om alle patiënten met een behandelindicatie op te sporen, raadt de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement aan om een risicoprofiel op te stellen bij patiëntgroepen met een grote kans op een verhoogd cardiovasculair risico. Het gaat dan om patiënten met eerder vastgestelde hart- en vaatziekten, diabetes mellitus, chronische nierschade, een belaste familieanamnese voor premature hart- en vaatziekten, een vermoeden van erfelijke dyslipidemie, COPD of reumatoïde

arthritis, en patiënten voor wie risicofactoren gelden, zoals roken, obesitas, verhoogde bloeddruk of verhoogd cholesterol.<sup>1</sup> Er zijn grofweg twee strategieën om te achterhalen welke patiënten een mogelijk verhoogd cardiovasculair risico hebben: actieve, systematische opsporing en ad hoc casefinding tijdens het dagelijkse spreekuur. De richtlijn geeft echter niet duidelijk aan welke strategie in de dagelijkse praktijk het meest zinvol en uitvoerbaar is.

## PreventieConsult module Cardiometabool risico

Een voorbeeld van de eerste strategie wordt in De NHG-Standaard Het PreventieConsult module Cardiometabool risico beschreven. Deze standaard bevat handvatten om patiënten met een verhoogd cardiometabool risico op een actieve, systematische manier op te sporen.<sup>2</sup> Een mooie richtlijn, maar zeker geen kant-en-klaar stappenplan: de richtlijn beschrijft bijvoorbeeld niet op welke manier huisartsen deze screening moeten organiseren en hoe vaak ze deze moeten herhalen.



Om cardiovasculair risico op te sporen, kunnen mensen met overgewicht tijdens het spreekuur worden gevraagd voor een risicoprofiel.

Foto: Shutterstock

## DE KERN

- Patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten kunnen worden opgespoord door een persoonlijk cardiovasculair risicoprofiel op te stellen.
- Ad hoc casefinding is minder arbeidsintensief dan actieve, systematische opsporing.
- Het uitnodigen van patiënten met overgewicht tijdens het spreekuur voor het opstellen van een risicoprofiel kan een bruikbare strategie zijn.

Slechts 30% van alle huisartsenpraktijken heeft Het PreventieConsult geïmplementeerd in de praktijk.<sup>3</sup> Als belangrijke reden hiervoor noemen huisartsen de extra tijd en kosten die deze werkwijze met zich meebrengt. Ook is niet duidelijk hoe effectief deze arbeidsintensieve strategie is. Het effect van een actieve, systematische strategie op morbiditeit en mortaliteit wordt momenteel onderzocht in meerdere wetenschappelijke onderzoeken, onder andere in Nederland.<sup>4,5</sup>

### Ad hoc casefinding

Ad hoc casefinding is de andere strategie die huisartsen kunnen gebruiken om patiënten uit te nodigen voor het opstellen van een persoonlijk risicoprofiel. Tijdens het spreekuur bepaalt de huisarts op basis van eenvoudige criteria of de betreffende patiënt al dan niet uitgenodigd moet worden voor het opstellen van een risicoprofiel. Overgewicht is zo'n eenvoudig criterium: het is gemakkelijk vast te stellen en hangt samen met de risicofactoren die onderdeel zijn van het risicoprofiel.

### OPBRENGST UITNODIGINGSSTRATEGIEËN

In 2015 onderzochten wij hoeveel patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico en een medicamenteuze behandelindicatie opgespoord kunnen worden wanneer bij alle patiënten met overgewicht (body mass index (BMI)  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>) een risicoprofiel wordt opgesteld.<sup>6</sup> We gebruikten hierbij gegevens van het Nederlandse Epidemiologie van Obesitas (NEO)-onderzoek, een prospectief cohortonderzoek met 6671 deelnemers tussen 45 en 65 jaar. Van alle deelnemers met een behandelindicatie (zowel deelnemers die al een behandeling kregen, als deelnemers met een behandelindicatie zonder behandeling) kreeg een kwart nog geen behandeling, terwijl daar wel een indicatie voor was. Deze patiëntengroep wil de huisarts graag in beeld krijgen. Van de deelnemers met een onbekende behandelindicatie had 70% een BMI van 25 kg/m<sup>2</sup> of hoger – deze patiënten zouden we dus met ad hoc casefinding op basis van overgewicht kunnen opsporen.

We berekenden bij hoeveel mensen huisartsen een risicoprofiel zouden moeten opstellen om één patiënt met een onbekende behandelindicatie te vinden. Hiervoor excludeerden we eerst alle deelnemers die niet geschikt waren voor ad hoc casefinding. Vermoedelijk omdat ze al in beeld waren bij de huisarts vanwege een verhoogd cardiovasculair risico door een

voorgeschiedenis met hart- en vaatziekten, diabetes mellitus of reumatoïde artritis of door het gebruik van antihypertensiva of lipidenverlagers. Bij een BMI van  $< 25$  kg/m<sup>2</sup> was het aantal geëxcludeerde deelnemers 20%, bij een BMI van 25-30 kg/m<sup>2</sup> was dit 32% en bij een BMI van  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> was dit 49%. Uit de berekening bleek dat van de deelnemers met overgewicht (BMI 25-30 kg/m<sup>2</sup>) 1 op de 8 (12%) een behandelindicatie had en van de patiënten met obesitas (BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) 1 op 5 (19%).

De geschatte opbrengst van ad hoc casefinding op basis van overgewicht zal in de praktijk afhankelijk zijn van de mate waarin patiënten met een medicamenteuze behandelindicatie al in beeld zijn. Ook de aanwezigheid van andere risicofactoren voor hart- en vaatziekten zal van invloed zijn op het aantal patiënten met een behandelindicatie dat op deze manier gevonden kan worden.

Het in beeld krijgen en behandelen van patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico heeft uiteindelijk als doel de morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van hart- en vaatziekten terug te dringen. De opbrengst van verschillende uitnodigingsstrategieën was onderwerp van een prospectief Brits onderzoek waarin gekeken werd hoeveel events voorkomen kunnen worden bij de implementatie van verschillende gemodelleerde strategieën.<sup>7</sup> Bij de gekozen referentiestrategie werden alle patiënten tussen de 40 en 79 jaar uitgenodigd voor het opstellen van een risicoprofiel. De hoeveelheid events die hierbij voorkomen kunnen worden werd als referentie gebruikt. Wanneer alleen patiënten tussen de 40 en 79 jaar met overgewicht (BMI  $\geq 27,5$  kg/m<sup>2</sup> of middelomtrek  $> 94$  cm bij mannen en  $> 80$  cm bij vrouwen) worden uitgenodigd voor het opstellen van een risicoprofiel, wordt 70% van de cardiovasculaire events voorkomen in vergelijking met het uitnodigen van alle patiënten tussen de 40 en 79 jaar. Dit onderzoek is weliswaar niet een-op-een te vertalen naar ad hoc casefinding op basis van overgewicht in Nederland, maar laat wel zien dat we met deze strategie in potentie een deel van de cardiovasculaire events kunnen voorkomen.

### CASEFINDING MINDER ARBEIDSINTENSIEF

Ad hoc casefinding is minder arbeidsintensief dan actieve, systematische opsporing, zoals Het PreventieConsult. Tijdens het spreekuur kunnen huisartsen bepalen of patiënten overgewicht hebben door hun gewichtstatus op het oog te beoordelen. Huisartsen classificeren op deze manier ongeveer 75% van de patiënten met overgewicht correct.<sup>8</sup> Hoe hoger het BMI van een patiënt, hoe beter huisartsen diens gewichtstatus inschatten. Huisartsen kunnen dus binnen enkele seconden inschatten of ze de patiënt aan het einde van het consult moeten uitnodigen voor het opstellen van een risicoprofiel. Wil ad hoc casefinding voldoende opleveren, dan zullen patiënten hun huisarts regelmatig moeten bezoeken. Gemiddeld consulteert 78% van de ingeschreven patiënten hun huisarts minimaal één keer per jaar.<sup>9</sup> Dit percentage ligt hoger bij patiënten met een hoger BMI.<sup>10</sup> Naar verwachting zal dus het merendeel van de patiënten met overgewicht hun huisarts ge-

regeld consulteren. Bedenk dat het per huisartsenpraktijk kan verschillen hoeveel patiënten met overgewicht op deze manier in beeld komen.

Vaak vinden huisartsen het lastig om de gewichtsstatus en de mogelijke consequenties daarvan met de patiënt te bespreken. De NHG-Standaard Obesitas stelt dat de taak van de huisarts in het kader van obesitas vraaggestuurd is.<sup>11</sup> Dit kan ad hoc casefinding op basis van overgewicht belemmeren. Aan de andere kant zijn er argumenten voor een actievere houding van de huisarts. Uit onderzoek blijkt namelijk dat 68% van de algehele bevolking vindt dat het tot de taken van de huisarts behoort om ongevraagd advies te geven over iemands gewicht.<sup>12</sup> Bovendien vond 94% van de mensen die van hun huisarts advies hadden gekregen over hun gewicht dit niet vervelend. Ad hoc casefinding betekent wel dat de huisarts er tijdens het spreekuur een taak bij krijgt. Bovendien kost het uitnodigen van patiënten extra tijd tijdens een consult dat om een andere reden gepland is, terwijl het al een uitdaging is om een regulier consult binnen tien minuten af te ronden. Wat dat betreft zou het verlengen van de consultduur in het kader van 'meer tijd voor de patiënt' meer dan welkom zijn. Ad hoc casefinding is wel gemakkelijker te combineren bij patiënten met problematiek die gerelateerd is aan het overgewicht.

## CONCLUSIE

Ad hoc casefinding op basis van overgewicht is een bruikbare strategie om patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico met behandelindicatie in beeld te krijgen. Zeker voor huisartsenpraktijken die geen gebruik maken van actieve, systematische opsporing is dit een goed alternatief. ■

## LITERATUUR

1. Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standaard Cardiovasculair risicomangement (CVRM) (derde herziening). Utrecht: NHG, 2019.
2. Dekker JM, Alsema M, Janssen PGH, Van der Paardt M, Festen CCS, Van Oosterhout MJW et al. NHG-Standaard Het PreventieConsult module Cardiometabool Risico. Huisarts Wet 2011;54:138-55.
3. Vos HM, Van Delft DH, De Kleijn MJ, Nielen MM, Schellevis FG, Lagro-Janssen AL. Selective prevention of cardiometabolic diseases in general practice: attitudes and working methods of male and female general practitioners before and after the introduction of the Prevention Consultation guideline in the Netherlands. J Eval Clin Pract 2014;20:478-85.
4. Dyakova M, Shantikumar S, Colquitt JL, Drew CM, Sime M, MacIver J, et al. Systematic versus opportunistic risk assessment for the primary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database Syst Rev 2016;(1):CD010411.
5. Badenbroek IF, Stol DM, Nielen MMJ, Hollander M, Kraaijenhagen RA, De Wit GA, et al. Design of the INTEGRATE study: effectiveness and cost-effectiveness of a cardiometabolic risk assessment and treatment program integrated in primary care. BMC Fam Pract 2014;15:90.
6. De Boer AW, De Mutsert R, Den Heijer M, Jukema JW, Rosendaal FR, Blom JW, et al. Overweight can be used as a tool to guide case-finding for cardiovascular risk assessment. Fam Pract 2015;32:646-51.
7. Chamnan P, Simmons RK, Khaw KT, Wareham NJ, Griffin SJ. Estimating the population impact of screening strategies for identifying and treating people at high risk of cardiovascular disease: modelling study. BMJ 2010;340:c1693.
8. Caccamese SM, Kolodner K, Wright SM. Comparing patient and physician perception of weight status with body mass index. Am J Med 2002;112:662-6.
9. Boersma-van Dam ME, Weesie YM, Hek K, Davids RN, Winkers MLJJ, Korteweg L et al. Zorg door de huisarts. Nivel Zorgregistraties eerste lijn: jaarcijfers 2017 en trendcijfers 2011-2017. Utrecht: NIVEL, 2018.
10. Van Steenkiste B, Knevel MF, Van den Akker M, Metsemakers JF. Increased attendance rate: BMI matters, lifestyles don't. Results from the Dutch SMILE study. Fam Pract 2010;27:632-7.
11. Van Binsbergen JJ, Langens FNM, Dapper ALM, Van Halteren MM, Glijstee R, Cleynert GA, et al. NHG-Standaard Obesitas. Huisarts Wet 2010;53:609-25.
12. Reitsma M, De Jong J. Ongevraagd advies bij overgewicht. Huisarts Wet 2010;53:583.

De Boer AW. Cardiovasculair risico opsporen met overgewicht tijdens spreekuur. Huisarts Wet 2019;62:DOI:10.1007/s12445-019-0397-z. Leids Universitair Medisch Centrum, Afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, Leiden: dr. A.W. de Boer, huisarts en onderzoeker, a.w.de\_boer@lumc.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.