

Veranderen van leefstijl mislukt vaak

'Regular physical activity is an important modifiable component of healthy living ...', zo begint Esther van Sluijs haar proefschrift. Ze deed een RCT naar de effectiviteit van PACE: *Physician based Assessment and Counseling for Exercise*. De resultaten zijn beter dan in ander onderzoek, maar na een jaar is bijna alle effect weggeëbd. Het theoretisch model achter PACE is het *TransTheoretical Model of stages of change model* (TTM) dat aanneemt dat verandering in leefstijl in vijf fasen verloopt: (1) ik denk er niet over om gezonder te leven; (2) misschien ga ik over een maand of zes gezonder leven; (3) ik begin vast maar wat in de goede richting te doen; (4) ik ben gezonder gaan leven in de laatste zes maanden; (5) ik leef al meer dan een half jaar gezonder. Het model ligt ook ten grondslag aan de minimale interventie-strategie bij roken.

Ze deed een systematische review naar interventies op basis van TTM bij roken, bij meer bewegen en bij dieet in de eerste lijn. Methodisch niets op aan te merken, maar de interventies brachten mensen er niet toe meer te gaan bewegen, ze hiel-



Foto: Mischá Keijser/Hollandse Hoogte

pen misschien een beetje bij stoppen met roken en werkten wel bij veranderen van eetgedrag.

Onberispelijk onderzoek en het boekje ziet er prachtig uit. Maar de conclusie moet volgens mij luiden dat hoe belangrijk regelmatig bewegen en gezond eten mogen zijn, het niet zo eenvoudig is mensen gezonder

te laten leven. En het *stages of change model* verandert daar niets aan. Hoe de promovenda dan kan concluderen dat TTM waardevol blijft, begrijp ik niet. (GvdW)

Van Sluijs E. *Effectiveness of physical activity promotion: the case of general practice* [Proefschrift].

Amsterdam: Vrije Universiteit, 2004.

Patiënt met hartfalen beter af met gezamenlijke zorg

Onderzoekers in Canada lieten zien dat na een opname wegens hartfalen de gecombineerde zorg door huisarts en specialist de hoogste overleving na 1 jaar oplevert. De andere groepen werden niet of alleen door de huisarts gecontroleerd. Het betrof hier een retrospectief cohort-onderzoek met gegevens uit bestanden van gezondheidszorginstanties. Van 3136 patiënten die na een eerste episode van hartfalen ontslagen waren uit een ziekenhuis, werden gegevens verzameld in het daaropvolgende jaar. De onderzochte uitkomsten waren het gebruik van zorgvoorzieningen (bezoek aan de huisarts of specialist, eerste hulp, ziekenhuisopname) en overleving tot 1 jaar na opname. In de groep die alleen door de huisarts gecontroleerd werd, was de mortaliteit 28% en

in de gecombineerde-zorggroep was dat 17%. In de groep die geen zorg kreeg, was de mortaliteit 37%. Deze getallen waren gecorrigeerd voor aanwezige comorbiditeit. Wel werden de patiënten in de gecombineerde groep vaker gezien, zowel op afgesproken tijdstippen als acuut op de eerste hulp. Ook werden er meer patiënten in deze groep opgenomen. Resultaten van retrospectief onderzoek moeten altijd met de nodige argwaan bekeken worden vanwege mogelijke vertekeningen door selectie van gegevens. Eerder was al wel bekend dat ACE-remmers, β -blokkers en spironolacton in de eerste lijn te weinig gebruikt worden bij patiënten met hartfalen. Dat gecombineerde zorg tot een betere overleving leidt, is dan wel te verwachten.

De vraag blijft dan hoe we daaraan vorm moeten geven nu de overheid steeds meer de onderlinge concurrentie aanwakkert. Weer een aanwijzing dat concurrentie meer kwaad dan goed doet. (RD)

Ezekowitz JA, et al. *Impact of specialist follow-up in outpatients with congestive heart failure*. CMAJ 2005;172:189-94.

Website

VWS lanceerde eind februari een nieuwe website met informatie over de stelselherziening (www.zorgaanzet.nl). Nu biedt die site vooral wetteksten en achtergrondinformatie, straks staat er ook praktische informatie op. (IZ)