

Leefstijlaanpassingen: wel een wil, maar nog geen weg

Al in 2008 bleek uit de Nationale Leefstijlbarometer dat bij 57% van de Nederlanders sprake is van twee of meer risicovolle leefstijlfactoren (zoals roken of overgewicht). Streven naar een gezonde leefstijl speelt dan ook een steeds belangrijkere rol binnen het Nederlandse gezondheidsbeleid.



Foto: Amber Beekers/Hollandse Hoogte

In Engeland kampt men met hetzelfde probleem: bij veel Engelsen is er sprake van meerdere vormen van risicogedrag. Onderzoekers uit Wales stelden echter vast dat leefstijlinterventies meestal gericht zijn op slechts één leefstijlfactor. Daarom onderzochten ze in een cluster-RCT het effect van eenmalige leefstijlcounseling door getrainde eerstelijnszorgverleners op meerdere leefstijlen. Bij de helft van de deelnemende huisartsenpraktijken werden huisartsen en praktijkondersteuners getraind in het stimuleren van gedragsverandering. De andere helft ontving geen training. Deelnemers waren reguliere spreekuurbezoekers bij wie uit een vragenlijst voorafgaande aan het consult bleek dat er sprake was van minimaal één vorm van risicogedrag (roken, alcoholgebruik, ongezonde voeding of beperkte lichamelijke activiteit). Veranderingen in risicogedrag werden in de periode na het consult geregistreerd middels vragenlijsten.

Zowel na 3 maanden als na 12 maanden had een consult bij een getrainde

arts geen significant effect op algemeen risicogedrag. Wel herinnerden meer patiënten in de interventiegroep zich een gesprek over leefstijl (91% versus 55% in de controlegroep). Ook hadden ze vaker de intentie om het risicogedrag te veranderen (72% versus 49%) en hadden sommigen dit zelfs geprobeerd (39% versus 32%). De schrijvers concludeerden dat één consult waarschijnlijk niet voldoende is om een patiënt te stimuleren tot blijvende leefstijlaanpassingen.

Om tot leefstijlaanpassingen te komen is de intentie om gedrag te veranderen essentieel. Uit dit onderzoek blijkt echter dat deze intentie alleen niet voldoende is. Er is meer nodig voor de stap van 'willen' naar 'doen'. Het idee dat een huisarts deze stap binnen enkele minuten zou kunnen bewerkstelligen is misschien ook wel erg ambitieus. ■

Nikki van Dessel

Butler CC, et al. Training practitioners to deliver opportunistic multiple behaviour change counselling in primary care: a cluster randomised trial. BMJ 2013;346:f1191.

De pil is hoofdpijn-neutraal

Het gebruik van orale anticonceptie wordt vaak geassocieerd met hoofdpijn. Het is een veelgerapporteerde bijwerking. Maar om te weten of orale anticonceptie echt hoofdpijn veroorzaakt, moet je ook weten bij hoeveel vrouwen de hoofdpijn erdoor verdwijnt. Anne MacGregor, een bekende Engelse hoofdpijn-neurologe, zocht het uit in een review in Headache.

Bij orale anticonceptie van de tweede en derde generatie komt spanningshoofdpijn niet significant vaker voor dan bij een placebo. De tweedegeneratiepil die wij in Nederland het meest voorschrijven veroorzaakt in 8-14% van de gevallen hoofdpijn, maar bij anderen komt bij de pil de hoofdpijn die ze

hadden juist weer minder vaak voor (bij circa 10% van de gevallen). Voor migraine ligt het iets genuanceerder. Een Cochrane-review toont eveneens geen effect aan van orale anticonceptie op de frequentie en ernst van het voorkomen van migraine, maar de ingesloten onderzoeken zijn niet eenduidig. Bij orale anticonceptie van de tweede generatie treedt migraine niet vaker op dan bij een placebo. Bij alle orale anticonceptiegebruikers geldt dat wanneer migraine optreedt, dat vaker in de hormoonvrije periode is tussen twee pilstrips als gevolg van oestrogeendaling.

Orale anticonceptie die alleen progesteron bevat, veroorzaakt in aanvang meer hoofdpijn, wat later weer minder wordt. De gebruikers hebben daarentegen iets minder migraineaanvallen. Gebruikers van het progestageen bevattende spiraaltje (Mirena®) hebben drie

keer zo vaak hoofdpijn als bij het niet-hormoonhoudend spiraaltje.

De conclusie is dat er geen beperkingen zijn voor vrouwen met spanningshoofdpijn en migraine om hormonale anticonceptie gebruiken. Uitkomsten van onderzoek geven alleen maar informatie over kansen bij grote groepen en dat laat zich slecht vertalen naar een individuele patiënt. Helaas geeft de review daarmee geen antwoord aan de vrouw op uw spreekuur die na starten met de pil verergering van hoofdpijn of toename van migraineaanvallen ervaart. De kans is dan aanwezig dat deze vrouw hoofdpijn heeft als gevolg van de orale anticonceptie, maar dat blijft onzeker. ■

Frans Dekker

MacGregor EA. Contraception and headache. Headache 2013;53:247-76.