

'De levensverwachting over tien jaar is minder interessant dan die op langere termijn'

Deze winter promoveerde Ans Tiessen op haar proefschrift *Cardiovascular risk management in general practice*. In een interview vertelt ze over haar onderzoeksbevindingen die van belang zijn voor het dagelijks werk van de huisarts.

Een brede blik

Cevraagd naar de aanloop tot haar onderzoek vertelt Tiessen: 'Tijdens mijn wetenschappelijke stage bij ontwikkelingsneurologie in het Oostenrijkse Graz werd mijn interesse voor wetenschappelijk onderzoek geboren. Dus toen ik startte met de huisartsopleiding vroeg ik of ik dat kon combineren met een promotieonderzoek. Dat lukte en ik kon kiezen uit enkele onderwerpen. Mede omdat ik als arts-assistent op de afdeling Cardiologie had gewerkt, sprak dit onderwerp mij het meest aan. Bovendien vond ik het leuk dat hart- en vaatziekten een belangrijk gezondheidsprobleem vormen. En gaandeweg bleek dit onderwerp ook nog een brede blik te bieden op de positie van de huisarts: wat kun je

doen aan de sociaaleconomische gezondheidsverschillen tussen mensen; wat is je rol bij preventie; hoe geef je vorm aan de samenwerking met andere disciplines; hoe verhoud je je tot regelgeving vanuit de politiek? Dat alles maakte dit onderzoek voor mij heel interessant.'

Zinvolle zorg of niet?

Het onderzoek van Tiessen bestond uit drie 'poten'. Een daarvan was de SPRING-studie (Self-monitoring and Prevention of Risk factors by Nurse practitioners in the region of Groningen). Tiessen: 'Qua timing kwam dit onderzoek goed uit, want in 2006 verscheen de eerste NHG-Standaard *Cardiovasculair Risicomanagement* en het vormde voor huisartsen een enorme uitdaging om al die patiënten in kaart te brengen. Ook werd steeds meer gewerkt met praktijkondersteuners. Het was dus nuttig om uit te zoeken wat al dan niet zinvolle zorg was. We selecteerden mensen met een hoog risico op cardiovasculaire aandoeningen; de helft kreeg de standaardbehandeling door de praktijkondersteuner en de andere helft kreeg daarnaast, afhankelijk van de risicofactoren, allerlei zelfmeetapparatuur mee naar huis: een weegschaal, stapenteller en bloeddrukmeter.'

Het was niet gemakkelijk voldoende huisartsen te motiveren om mee te doen aan het onderzoek, dus besloot Tiessen dit zo aantrekkelijk mogelijk te maken. 'Wij brachten de hoogrisicopatiënten in kaart, dus bespaarden de huisartsen-praktijk veel werk. Bovendien verzorgden we scholing voor de praktijkondersteuners die deelnamen. Zo lukte het toch om genoeg praktijken mee te laten doen.'

Opsteker voor de poh

Opmerkelijk genoeg was er na een jaar nauwelijks verschil tussen beide onderzoeksgroepen. De zelfmeetapparatuur en extra aandacht van de praktijkondersteuner hadden dus weinig vruchten afgeworpen. Tiessen: 'Het goede nieuws was dat het cardiovasculaire risico in beide groepen was gedaald; dat was een mooie opsteker voor de praktijkondersteuners. Bij de mensen met een hoger risico of bij wie medicatie

voor de bloeddruk of lipiden was voorgeschreven, zagen we een forsere daling, maar dat is ook wel logisch. Dus al zagen we geen verschil tussen beide groepen, dit onderzoeksdeel geeft wel richting aan de huisartsenzorg rond cardiovasculaire aandoeningen: die zorg zou zich vooral moeten richten op hoogrisicopatiënten en kan heel goed worden gedelegeerd aan de praktijkondersteuner.'

Kosten van werkverzuim

Tiessen onderzocht ook de kosteneffectiviteit van cardiovasculair risicomanagement. Bijzonder was dat ze hierbij tevens de kosten van werkverzuim meenam. 'Bij beide onderzoeksgroepen werd natuurlijk medicatie voorgeschreven of aangepast. Maar de extra kosten daarvan vielen reuze mee, ook omdat het ging om generieke middelen. Wij keken echter ook naar de kosten van werkverzuim; deel van de onderzoekspopulatie had nog de werkzame leeftijd en moest dus onder werktijd naar de praktijkondersteuner. Het werkverzuim bleek de belangrijkste kostenpost en dat is maatschappelijk gezien heel interessant.'

Niet gezond in Oude Pekela

In een ander deel van het onderzoek werden mensen met een wellicht verhoogd cardiovasculair risico benaderd in Oude Pekela. Voor dit dorp werd gekozen omdat er relatief veel mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) wonen, wat vaak is gerelateerd aan een geringe participatie. Bovendien komt in Oude Pekela veel sterfte aan hart- en vaatziekten voor. Op de uitnodigingsbrief van de eigen huisarts kwam een verrassend hoge respons: 62% van de uitgenodigde patiënten nam uiteindelijk deel aan de screening in de huisartsenpraktijk. Zo'n 24% van hen had inderdaad een verhoogd risico en was nog niet bekend bij de huisarts, en gebruikte dus ook nog geen medicatie. Maar er was meer. Tiessen: 'We hebben ook onderzocht wat de redenen waren als mensen *niet* wilden meedoen aan de screening. De meestgehoorde argumenten waren dat ze twijfelden aan het nut, niet wilden weten of ze een verhoogd risico had-



den en angst voor ongewenste resultaten, en meestal ging het om een combinatie van deze argumenten. Maar ook werden tijdgebrek en de kosten aan-gevoerd. Deze bevindingen kunnen mis-schien bijdragen aan een betere opbrengst van preventieprojecten.'

AGE en leeftijd

In een derde onderzoeksdeel bekeek Tiessen het nut van de AGE-reader (*Advanced Glycation End products*), waarmee de SAF (*skin autofluorescence*) kan worden ge-meten. Tiessen: 'Op zich is de AGE-reader een interessant apparaatje, want als huisarts kun je gemakkelijk en snel de versuikerde eiwitten in de huid meten en dit lijkt bij diabetes en nierinsuffici-entie het risico op hart- en vaatziekten goed te voorspellen. Maar onbekend is of dat ook zo is bij andere groepen patiën-ten. Wij vonden dat de SAF-waarden wel gerelateerd waren aan de leeftijd, maar niet aan andere risicofactoren. Het is dus nog te vroeg om te kunnen concluderen dat de AGE-reader nut kan hebben bij het voorspellen van cardiovasculaire risico's in een laagrisico huisartsenpopulatie. Overigens wordt daar op dit moment hier in het noorden het *Lifelines*-onder-zoek naar gedaan.'

Negatieve spiraal

Mensen met een lage SES hebben een verhoogd risico op hart- en vaataandoe-ningen, dat is bekend. Maar deze bevol-kingsgroep blijkt in nog een opzicht te zijn benadeeld. Tiessen: 'Mensen met een hogere SES gaan gemakkelijker de discussie aan met de huisarts en zijn er meer van overtuigd dat ze zelf invloed kunnen uitoefenen op hun gezondheid. Zij kiezen daardoor vaker voor een ge-zonde leefstijl. Maar als huisarts zou je eigenlijk de mensen met een lage SES willen bereiken. Toch blijken huisartsen minder geneigd tot een positieve com-municatie met hun patiënten met een lage SES om hen actief bij preventie te betrekken. Zo ontstaat er dus een nega-tieve spiraal en worden de mensen bij wie het juist erg belangrijk is dat ze hun leefstijl verbeteren hiertoe het minst gemotiveerd.'

Discriminerende zelfmetingen

Tiessen heeft ook een van haar stelling-ten aan SES-verschillen gewijd: *Zelf-monitoring vergroot mogelijk sociaaleconomische gezondheidsverschillen*. Kan zij dit nader toelichten? 'Volgens een onderzoek van Capewell uit 2010 zou individuele pre-ventie de sociaaleconomische gezondheidsverschillen vergroten omdat mensen met een hogere SES in hun om-geving vaak meer materiële en psychi-sche steun vinden. Dit effect geldt misschien ook voor zelfmetingen. Wij zagen dat de zelfmetingen bij hoogopge-leide mensen – en overigens ook bij vrouwen – mogelijk iets kosteneffectie-ver waren, terwijl je juist graag iets zou willen vinden waarmee je mensen met een lage SES kunt ondersteunen. Onze conclusie was nu dat de meegegeven zelfmeetapparatuur niet kosteneffectief was gezien de geringe verschillen tus-sen beide onderzoeksgroepen, maar dat zou er wel eens anders kunnen uitzien bij vrouwen, hoogopgeleiden, of mensen met lagere risico's. Dit zou trouwens een interessant onderwerp zijn voor later onderzoek omdat de sterfte aan hart- en vaatziekten juist onder vrouwen hoog is.'

Zoutarm smaakt niet...

Al met al is Tiessen een voorstander van een 'populatieaanpak'. Wat verstaat zij daaronder? 'Misschien kun je je huisarts-geneeskundige aanpak nog verbeteren door je extra te richten op mensen met een lage SES. Maar ik denk dat er meer moet gebeuren, maatschappijbreed. Sportmogelijkheden moeten laagdrempelig toegankelijk zijn en fietspaden aantrekkelijk. En vooral zouden fabri-kanten minder verkeerde vetten en zout in hun producten moeten doen – daar bereik je juist deze mensen mee en zo kun je dus de sociaaleconomische ge-zondheidsverschillen enigszins reduce-ren. Overigens moet je dan ook weer goed nadenken over hoe je dat het best kunt aanpakken; het blijkt dat mensen producten waarop "zoutarm" staat ver-meld niet kopen, vermoedelijk omdat ze denken dat die nergens naar smaken... Hoe dan ook, volgens mij moet er meer regelgeving komen op tabak, zout en vet.'

Lifetime risk model

Tiessen zet vraagtekens bij het nut van de bepaling van het tienjaarsrisico op cardiale morbiditeit en sterfte. 'Daar zit-ten grote nadelen aan. Je ziet in de risi-cotabellen bij de standaard dat ouderen bijna per definitie een hoog tienjaarsri-sico hebben, maar het is misschien wei-nig zinvol om hun veel medicijnen te gaan voorschrijven. En bovenal wil je juist jonge mensen met risico's op lan-gere termijn opsporen. Een alternatief zijn *Lifetime risk models*, die de resterende levensduur én de resterende ziektevrije levensduur weergeven. Dat laat duidelij-ker zien wie baat kan hebben bij de aan-pak van zijn risicoprofiel. Bovendien kun je met zo'n model beter aan mensen uit-leggen waar het om gaat: dat ze met een gezondere leefstijl of met bepaalde medi-cijnen langer gezond kunnen leven.'

Motivational interviewing

Heeft Tiessen ook profijt gehad van haar promotieonderzoek in haar dagelijks werk? 'Omdat ik scholing gaf aan prak-tijkondersteuners heb ik kennisgemaakt met *motivational interviewing* en daar heb ik veel aan. Je communicatie wordt er leu-ker en effectiever door, zeker bij de uitleg over het nut en belang van leefstijlveran-deringen. Je zit als het ware niet tegen-over je patiënt, maar je staat naast hem.'

Na de promotie

Tiessen is ten tijde van het interview nog met zwangerschapsverlof. 'Ik pro-moveerde met een dikke buik en nu is zoontje Hiddo er. Maar straks ga ik weer aan het werk als hidha. Op langere ter-mijn zou ik het leuk vinden om bijvoor-beeld eraan mee te werken als er een herziening komt van de NHG-Standaard CVRM. Ook zal ik later wel weer iets aan onderzoek of onderwijs willen doen, want een combinatie van werkzaamhe-den ligt mij wel. En als ik weer onder-zoek ga doen, dan zou ik graag dit onderwerp verder willen uitdiepen, want dat heeft me echt gegrepen. Het dieper op dingen kunnen ingaan tijdens onderzoek en het van een afstandje kij-ken naar de positie van de huisarts... ik vond dat allemaal heel inspirerend!' ■

Ans Stalenhoef