Implementatie van een aangepast GMD+: preventie op maat voor iedereen?

Haio: VAN SCHANDEVYL Katrien , U.G.
Promotor: WILLEMS Sara , U.G.
Praktijkopleider: DE VUYST Annelies , STULENS Liesbet

Context: Door de vergrijzing van de bevolking neemt het aantal chronisch zieken in de Westerse wereld toe. Preventie is hierbij belangrijker geworden, om zo de te voorkomen morbiditeit en mortaliteit te reduceren. Dit is ook een belangrijke taak van de huisarts. In Vlaanderen bestaat er sinds 2010 de GezondheidsGids of het GMD+ (?globaal medisch dossier plus?). Dit is een initiatief dat de huisarts ondersteunt om op een meer gestructureerde manier aan preventie te doen. Hiermee wordt ?preventie op maat van de patiënt? beoogd: via een vragenlijst worden individuele risico?s en aandoeningen opgespoord en kan een preventieplan opgesteld worden. De toepassing van dit GMD+ blijkt in de praktijk echter niet eenvoudig. In de drukke huisartsenpraktijk is er vaak tijdsgebrek en ontbreken de kennis en vaardigheden over hoe deze GezondheidsGids te implementeren. Bij dit preventief consult lijkt het aangewezen om vooral de patiënten met een hoogrisicoprofiel te bereiken, waarbij de meeste gezondheidswinst zou kunnen behaald worden. Deze groep van patiënten is evenwel meestal het moeilijkst te bereiken voor deelname aan preventie.

Onderzoeksvraag: Hoe kan voor iedere patiënt in een voorstedelijke groepspraktijk het best aan preventie op maat van de patiënt worden gedaan, met toepassing van de GezondheidsGids?

Methode: Via twee onderzoeken in twee voorstedelijke groepspraktijken: een eerste implementatie van de GezondheidsGids in Denderleeuw en een tweede semi-kwantitatief onderzoek (een enqu?te naar de stimuli en barri?res voor preventie) in Beersel. In het eerste onderzoek van deze manama bestuderen we hoe een eerste implementatie van het GMD+ het best kan verlopen. Hierbij werd een aangepaste versie van het GMD+ en een specifieke uitnodigingsstrategie gehanteerd. In het tweede onderzoek wordt bestudeerd welke stimuli en/of barri?res patiënten drijven om al dan niet deel te nemen aan preventie, teneinde hierop te kunnen inspelen.

Resultaten: In een periode van drie maanden kwamen er 15 patiënten op preventieconsult, waarvan ??n patiënt met verhoogde terugbetaling. De afnametijd bedroeg gemiddeld 31 minuten. Wij bevroegen 51 patiënten in de enqu?te. De patiënten gaven als belangrijkste stimuli voor preventie aan: ?voorkomen is beter dan genezen?, een gesprek met de huisarts over het onderzoek en overtuigd worden over het nut van het onderzoek en hierover meer informatie krijgen. De voornaamste reden bij alle sociale klassen om niet in te gaan op een uitnodiging voor preventie was het ideë reeds goed opgevolgd te worden door de huisarts, zonder noodzaak aan een extra consultatie. Patiënten uit de lagere klasse gaven vaker aan bang te zijn dat men iets erg zal vinden en dat er angst bestaat om geconfronteerd te worden met ziekte in vergelijking met de andere klassen. Niet weten hoeveel een preventief onderzoek kost zou voor hen ook een drempel zijn om niet in te gaan op een uitnodiging. Enkel de hogere klassen antwoordden dat ?er geen tijd voor hebben? een reden kan zijn om niet op een uitnodiging voor preventie in te gaan. De hogere klasse gaf ook als barri?res voor deelname aan preventie aan nog nooit ernstig ziek te zijn geweest en dat ze nog niet bij preventie stilstonden.

Conclusie: De aangepaste versie van het GMD+ werd positief onthaald. Het lijkt haalbaar om dit GMD+ verder voort te zetten in de praktijk. De implementatie ervan kende slechts een lage

participatiegraad. De gekozen mondelinge uitnodigingsstrategie en tijdsdruk zijn hiervoor mogelijke verklaringen. Verder onderzoek is aangewezen om na te gaan wat de beste manier is om het GMD+ in de praktijkorganisatie te doen inpassen. Tijd kunnen maken voor preventie blijkt hierbij een essenti?le voorwaarde. Er bestaat ook een noodzaak om doelgroepspecifieke richtlijnen voor de lagere sociale klasse te ontwikkelen. We concludeerden immers dat de verschillende socio-economische klassen een andere visie op preventie hebben. Vooral patiënten uit de lagere socio-economische klasse lijken actief gestimuleerd en opgevolgd te moeten worden door de huisarts, die adequate informatie over preventie kan aanbieden. De preventieve rol van de huisarts zou, zowel organisatorisch in de huisartsenpraktijk als naar de patiënt toe, meer in de verf moeten gezet worden.