Hoe kunnen we zinvolle preventie beter integreren ?

Implementatie van het preventiesjabloon in EMD en toepassing van het preventieconsult in eerste lijn

Mannaerts Anneleen, KULeuven

Promotor: Prof. Dr. Schoenmakers Brigitte, KULeuven

Co-promotoren: Dr. van den Brandt Jeroen, Huisarts te Tienen

Master of Family Medicine 2012

Masterproef Huisartsgeneeskunde 2012

VOORWOORD

Wat, waarom en hoe?

Preventie wordt steeds belangrijker binnen geneeskunde. Voortijdig opsporen van risicofactoren bij de patiënt kan op langere termijn een belangrijk winst opleveren voor de gezondheid van de patiënt. Ook voor de maatschappij betekent dit vaak een besparing in de gezondheidszorg.

Bij de keuze van het onderwerp is er vooraf gekeken wat er hierover al gepubliceerd is geweest. Hierbij viel op te merken dat er omtrent preventie toch reeds een aantal masterthesissen gepubliceerd zijn. Meeste masterthesissen betreffen een uitdieping omtrent screening, aanpak of registratie van specifieke preventie-items binnen het onderdeel preventie: bijvoorbeeld obesitas en overgewicht, cardiovasculair risicobeheer, lichamelijke activiteit…
Met de komst van GMD plus en de gezondheidsgids van Domus Medica doet er zich de mogelijkheid voor om alles te bundelen en te bekijken hoe dit in praktijk beter geïntegreerd kan worden. De implementatie van een preventiesjabloon in EMD met alle relevante preventie-items lijkt dan een volgende logische stap. Het principe van een preventieconsult op zich is hierbij ook een belangrijk onderdeel om verder te onderzoeken.

Een scriptie schrijven doe je echter niet alleen. Vandaar dat ik ook even de tijd wil nemen om de mensen die mij begeleid en gesteund hebben bij het maken van deze thesis, te bedanken. In eerste plaats bedank ik mijn promotor Prof. B. Schoenmakers en copromotor Dr. van den Brandt voor de ondersteuning bij dit onderzoek en de waardevolle tips bij het schrijven van deze scriptie. In de tweede plaats gaat mijn dank uit naar alle personen die de tijd hebben genomen om mij bij bepaalde aspecten van deze scriptie te begeleiden. Ik bedank de collega huisartsen en de praktijkassistente binnen de groepspraktijk voor hun medewerking binnen het onderzoek. Tot slot wil ik een speciaal dankwoord richten aan mijn partner, familie, vrienden en medestudenten die voor de nodige ontspanningsmomenten hebben gezorgd en mij tijdens deze periode hebben gesteund.

SAMENVATTING

Context: Met de komst van de gezondheidsgids van Domus Medica en het GMD plus is het zinvol om te kijken hoe dit in praktijk meer systematisch geïntegreerd kan worden. De implementatie van een preventiesjabloon in EMD met alle relevante preventie-items lijkt hiervoor een interessante tool. Het principe van een preventieconsult op zich is hierbij ook een belangrijk onderdeel om verder te onderzoeken.
Onderzoeksvragen: Welke preventie-items kunnen binnen een preventieraadpleging besproken worden? Wat zijn de mogelijke acties per preventie-item, rekening houdend met het stadium van gedragsverandering waarin een patiënt zich bevindt? Wat is de meerwaarde van de implementatie van een preventiesjabloon in EMD op patiëntenniveau en op praktijkniveau? Is het preventieconsult in eerste lijn werkzaam?
Methode: Er werd gezocht in MEDLINE, Tripdatabase™, Google, gevarieerde bronnen van klinische praktijkrichtlijnen, de gezondheidsgids van Domus Medica (2010), GOLD en GINA guidelines. De gebruikte zoektermen waren “prevention, spirometry”,”screening ECG, hypertension”, “secondary prevention, ECG, hypertension”, “enkel arm index, arteriële claudicatio”, “enkel arm index, perifeer arterieel lijden”, “ankle brachial index”, “screening, ankle brachial index”, “ankle brachial index, cardiovascular disease”, “Prochaska, Diclemente”. Het betreft een interventiestudie zonder controlegroep. Het preventiesjabloon is de interventie, waarbij er zowel een voor- als nameting gebeurd. Het preventieconsult wordt hierbij toegepast als bijkomende interventie. De registratie liep van 01/08/2011 tot en met 31 januari 2011. De praktijkpopulatie is vastgelegd via exclusiecriteria.
Resultaten: Naast de preventie-items uit de gezondheidsgids van Domus Medica zijn de items prostaatscreening, longfunctie, ECG en enkel-arm index omwille van het belang in opvolging en registratie in consensus ook opgenomen binnen het preventiesjabloon. Gebruikmakend van het transtheoretisch model van Prochaska en Di Clemente kan bij elk preventie-item een gelijkaardige actie in functie van het stadium van gedragsverandering teruggevonden worden. Uit de bevraging lijkt de overgrote meerderheid van de respondenten wel open te staan voor preventie in het algemeen en zijn ze zich bewust van wat preventie juist inhoudt. Er is een grote spreiding in de resultaten van de registratie van preventie-items in het preventiesjabloon van de artsen. De registratie en bespreking van preventie-items vond globaal gezien meer plaats tijdens de gewone consultatie (73%) dan in een apart preventieconsult (27%). Van 22 respondenten die hebben deelgenomen aan het preventieconsult wil 95% er in de toekomst opnieuw aan deelnemen. De 6 respondenten die een preventieconsult weigerden, zagen geen nut of meerwaarde in een preventieconsult of vonden dat ze zich op preventief vlak al goed laten opvolgen.
Discussie: Binnen het onderzoek valt het op dat er momenteel een variabele en niet consequente registratie gebeurt van preventie. Hierdoor konden er geen conclusies getrokken worden over de meerwaarde van de implementatie van een preventiesjabloon in het EMD of de toepassing van het preventieconsult in de huisartsenpraktijk. Het principe van het preventieconsult is onvoldoende gekend. Bovendien is er de indruk dat het begrijpen van wat de bedoeling is van een preventieconsult een belangrijke factor vormt in het toezeggen van een deelname aan een preventieconsult.
Conclusie: Er is nood aan verder onderzoek over hoe de implementatie van preventie meer drempelverlagend ingebouwd kunnen worden binnen de huisartsenpraktijk, waardoor het ook meer systematisch uitgevoerd en geregistreerd wordt. Ook is er verder onderzoek nodig om te zien of een toegenomen sensibilisering van de patiënt omtrent het doel en de inhoud van een preventieconsult, meer risicopatiënten kan bereiken (en er toe kan leiden dat meer patiënten uit eigen initiatief op de raadpleging komen).

INLEIDING

De gezondheidsgids van Domus Medica is binnen het kader van preventie al een belangrijke stap naar een meer gestructureerde aanpak. In de dagelijkse praktijk valt echter op te merken dat het niet simpel blijkt om voor een echt preventieconsult voldoende tijd vrij te maken. Enerzijds komt slechts een beperkte groep patiënten met vragen over preventie op consultatie. Anderzijds blijkt de patiëntengroep met het hoogste risicoprofiel meestal juist het moeilijkste bereikbaar te zijn.

Bij de implementatie van preventie binnen de praktijk wordt de interactie tussen arts en patiënt zeer belangrijk. De patiënt bewuster maken van zijn/haar gezondheid is een primaire doelstelling. Daarnaast zou de huisarts een aanzet moeten geven tot een gedragsverandering binnen zijn/haar levensstijl.

Preventie is voornamelijk van belang bij risicopatiënten. Dit zijn patiënten die een verhoogde kans hebben op het ontwikkelen van bepaalde aandoeningen. Deze patiënten kunnen zeker hun gezondheidstoestand verbeteren en gevolgen vermijden via voortijdig preventief handelen.

ONDERZOEKSMETHODIEK

Onderzoeksvragen binnen literatuurstudie

Vertrekkende vanuit het eerste gedeelte van de titel 'Hoe kunnen we zinvolle preventie beter integreren?' zijn een aantal onderzoeksvragen opgedoken bij het opstarten van het onderzoek.
Welke preventie-items kunnen binnen een preventieraadpleging besproken worden? Wat zijn de mogelijke acties per preventie-item, rekening houdend met het stadium van gedragsverandering waarin een patiënt zich bevindt? Deze vragen zijn verder onderzocht in de literatuurstudie.

Populatie

De algemene populatie vastleggen waarbinnen preventie uitgevoerd kan worden, is niet zo simpel. Preventie kan immers toegepast worden in zeer uiteenlopende leeftijdscategorieën. In de titel gaat het echter over het integreren van zinvolle preventie. Zinvolle preventie kan op verschillende manieren opgevat worden. Binnen de gezondheidsgids van Domus Medica 2010 hangt de leeftijd waarop preventief gehandeld kan worden af van het preventie-item zelf (1). Er worden per preventie-item leeftijden aangegeven waarbinnen preventie aangeraden wordt. Soms zijn er eveneens een aantal screeningsparameters voorhanden die kunnen gebruikt worden in bepaalde omstandigheden.
Preventie wordt belangrijker naarmate een patiënt meer risicofactoren voorbeschikkend tot een bepaalde ziekte heeft. Zinvolle preventie kan echter ook opgevat worden als een acte in functie van de fase van gedragsverandering waarin een patiënt zich bevindt[1]. Dit betekent dat de concrete preventieve handeling kan afhangen van de motivatiestatus van de patiënt ten opzichte van een bepaald preventie-item.

Het is dus niet gemakkelijk om de populatie binnen de praktijk te bepalen waarbij preventie zinvol kan zijn en toegepast kan worden. Er wordt getracht om zoveel mogelijk patiënten hierin te betrekken om de registratie van preventie per patiënt te optimaliseren. Uiteraard wordt er per preventie-item wel rekening gehouden met de leeftijd en risicofactoren per patiënt waarbinnen de bespreking van preventie hiervan aangeraden wordt.
De aanbreng ervan in de consultatie wordt belangrijker naarmate het belang van preventie per patiënt toeneemt. Hierbij speelt het aangeraden aantal te bespreken preventie-items per patiënt een rol, en hangt dit vaak samen met het globale risicoprofiel van de patiënt.
Het is daarom belangrijk om zoveel mogelijk risicopatiënten te kunnen bereiken. Voor de selectie van risicopatiënten is beroep gedaan op de NGH standaard Preventieconsult module Cardiometabool risico (2). Hierin wordt er gebruik gemaakt van een risicoscore waarmee men risicopatiënten uit een ingevulde vragenlijst kan opsporen.

In het algemeen zal het onderzoek toegepast worden op de praktijkpopulatie die vastgesteld is via exclusiecriteria (geen RVT-bewoners en terminale patiënten). Het betreft alle ambulante patiënten waarop preventie van toepassing kan zijn.

[1] Prochaska en Diclemente hebben verschillende stadia van gedragsverandering in kaart gebracht: het transtheoretisch model van Prochaska en Diclemente (zie BIJLAGE). Hierdoor kunnen hulpverleners handelen in functie van het stadium waarin de patiënt zich bevindt: de patiënt begeleiden bij het bewust worden van de problematiek, bij het nemen van beslissingen, en in het uitvoeren en volhouden van de ingezette verandering. Met andere woorden: de arts werkt eerder samen met de patiënt en legt de verantwoordelijkheid bij de patiënt zelf en begeleidt hem/haar daarin (BRON).

Design

Het betreft een interventiestudie zonder controlegroep. Het preventiesjabloon is hierbij de interventie, waarbij er zowel een voor- als nameting gebeurt. De voormeting start wanneer het preventiesjabloon aangeklikt wordt in het EMD. Dan gebeurt er gedurende een bepaalde periode een registratie, waarna er de nameting volgt.
Het preventieconsult wordt hierbij toegepast. Dit kan dus ook als een bijkomende interventie gezien worden.
Het onderzoek met het aanklikken van het preventiesjabloon ging concreet van start vanaf 01/08/2011. De registratie liep tot en met 31 januari 2011.

Voorbereiding onderzoek: resultaten verwerven

De bedoeling is resultaten uit de studie te halen via de registratie in het preventiesjabloon en de feedback uit opgestelde vragenlijsten.
Voor het opstellen van een preventiesjabloon en een overzichtstabel in EMD is er verschillende keren samengezeten met de informatici uit het computerprogramma (Health One).
Er moet de mogelijkheid zijn om het totaal aantal consultaties, het totaal aantal preventieconsultaties en het totaal aantal consultaties waarin ook preventie besproken is geweest eruit te kunnen halen tussen tijdstip 0 en 1.
Er is de vraag om een overzicht te kunnen opmaken van de gebeurde registratie per arts.
Indien mogelijk zou het duidelijk moeten worden of er bij een bepaalde patiënt een verandering in fase van gedragsverandering teweeg is gebracht. Ook een overzicht over de frequentie van bespreking per preventie-items tussen tijdstip 0 en 1 zou interessant kunnen zijn.

Het preventiesjabloon kan aangemaakt worden in het EMD net zoals er een nieuwe consultatie geopend kan worden. Bij het openen van het preventiesjabloon komt steeds de lijst van verschillende preventie-items waarachter ingevuld kan worden te voorschijn.
Een bijhorende overzichtstabel komt steeds bij het openen van het EMD rechts boven open te staan. Ze is zo opgesteld dat preventie-items erin verschijnen bij aanwezige risicofactoren (leeftijd, geslacht, familiale of persoonlijke voorgeschiedenis) per preventie-item in EMD. Ze dienen daarvoor uiteraard ingevuld te zijn ergens in het EMD. De preventie-items verschijnen ook hierin als er iets ergens in het dossier of in het preventiesjabloon ingevuld is of wordt achter de preventie-items.
Steeds zal enkel de laatste geregistreerde informatie achter een preventie-item apart weergegeven worden in het overzichtsvenster. Op die manier kan de arts dit onmiddellijk terugvinden en hierop inpikken.

De opgestelde vragenlijsten voor deelname of weigering preventieconsult kunnen meer informatie geven over het idee van de patiënt over preventie en het preventieconsult. Deze zijn respectievelijk meegegeven aan de patiënt na deelname aan het preventieconsult of bij weigering van het preventieconsult. De ingevulde vragenlijsten worden terug verzameld via het secretariaat en verder geklasseerd.

Oproep van patiënten

Inclusie van patiënten gebeurt enerzijds systematisch en anderzijds via case finding. Op systematische wijze wordt de patiënt geïncludeerd via mededelingen omtrent preventie op scherm in de wachtzaal, waarbij zij uitgenodigd worden om de vragenlijst uit de gezondheidsgids van Domus Medica in te vullen (1). Op die manier wordt getracht patiënten meer bewust te maken van preventie en gehoopt dat ze het op de consultatie zelf ook meer ter sprake zullen brengen. Via case finding beslist de arts tijdens de consultatievoering om het preventiesjabloon te activeren en diezelfde vragenlijst mee te geven. Er komt dan een nota ‘vragenlijst Domus Medica meegegeven’ in het preventiesjabloon.

De vragenlijsten uit de gezondheidsgids van Domus Medica zijn in de praktijk reeds gebruikt vanaf oktober 2010 (1). Het onderzoek met de opstart van het preventiesjabloon ging echter pas van start vanaf 1 augustus 2011. Na overleg met de promotor is er besloten de oude ingevulde vragenlijsten te incorporeren in de studie op voorwaarde dat ze apart gemerkt worden. Onze praktijkassistente heeft dus steeds na verwerking van een vragenlijst bij haar nota vragenlijst bekeken steeds opgeschreven

of het een vragenlijst uit de oude lijst (vanaf 1 maart- 31 juli 2011) of nieuwe lijst (vanaf 1 augustus – 1februari 2012) betrof.

Selectie van risicopatiënten

De praktijkassistente zal de arts via de ingevulde vragenlijsten informeren over de patiënten bij wie een preventieconsult of bespreking aangewezen is. Dit zal ze doen aan de hand van een risicoscore berekend uit de ingevulde vragenlijsten. Zij maakt hierbij gebruik van de gevalideerde risicoscore-berekening ten behoeve van het preventieconsult in de NHG standaard Preventieconsult module cardiometabool risico[2] (2).
Concreet is in de praktijk gebruikt gemaakt van één vragenlijst uit de gezondheidsgids van Domus Medica in plaats van de twee vragenlijsten (per geslacht bekeken) uit de NHG standaard Preventieconsult module cardiometabool risico (1,2). De verzamelde informatie hieruit komt grotendeels overeen. De Domus Medica vragenlijsten zijn systematisch (op vraag van de patiënt en bij nieuwe patiënten) en via case-finding ingevuld en verzameld. Er is dus niet altijd onmiddellijk rekening gehouden met dezelfde omstandigheden waarin de vragenlijsten van de NHG standaard niet van toepassing zijn[3]. De praktijkassistente vult na het bekijken van de vragenlijst de relevante zaken aan in het preventiesjabloon en geeft aan via een nota 'preventie aangewezen' of de betreffende patiënt een risicopatiënt is. De arts die de patiënt het beste kent, wordt door de praktijkassistente hiervan eveneens persoonlijk op de hoogte gebracht. Het is dan aan de betreffende arts om te bekijken of preventie daadwerkelijk bij deze patiënt nog aangewezen is en of een preventieconsult zinvol lijkt. Indien preventie bij de betreffende patiënt al gebeurd is of ondernomen wordt, maakt de arts een nota 'preventie reeds gebeurd' in het preventiesjabloon.
Indien preventie bij betreffende patiënt nog zinvol is, heeft de arts de optie om de patiënt hierover aan te spreken tijdens een volgend contact of om uit te nodigen om terug te komen op preventieconsult.

Bespreking van preventie

De bedoeling is ook via case-finding voornamelijk de patiënten per preventie-item hierover aan te spreken tijdens de gewone consultatie. Wegens tijdsgebrek binnen de gewone consultatie leek het ons aangewezen om telkens één of meerdere items te bevragen bij de patiënt. Aan de hand van een korte concrete vraagstelling, kan er gepolst worden in welke fase de patiënt zit met betrekking tot eventuele gedragsverandering binnen het betreffende item omtrent preventie.
Indien blijkt dat het volgens de arts nuttig kan zijn hierop verder in te gaan (afhankelijk van het stadium waarin de patiënt zich bevindt), kan aan de patiënt in eerste instantie gevraagd worden of hij/zij hierop bij een volgende consultatie dieper wil ingaan. In tweede instantie probeert de arts het voorstel te geven om specifiek hiervoor apart terug te komen, om op die manier zoveel mogelijk preventie-items te kunnen behandelen.

---

[2] Dit is verschenen in Huisarts & Wetenschap in maart 2011: Hierin zijn twee (vragen)lijsten (van mannen en vrouwen) opgenomen waarin de leeftijd, BMI, middelomtrek, roken, hart- en vaatziekten voor 65e levensjaar bij vader, moeder, broer of zus en tot slot diabetes verder bekeken worden. Bij de antwoorden wordt achter elke optie een bepaald punt toegekend. Na het overlopen van alle items per geslacht kan een totale risicoscore hieruit berekend worden.
Een score van minstens 35 punten geeft mogelijk een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes type 2 en/of chronische nierschade. Bij een score onder 35 punten is er (waarschijnlijk) geen absoluut verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes type 2 en/of chronische nierschade.
De (vragen)lijsten zijn niet van toepassing bij een leeftijd onder de 30 jaar of indien de patiënt reeds in behandeling is wegens hypertensie, dislipidemie, type 2 diabetes, hart- en vaatziekten en/of nierziekten. Eveneens wanneer er klachten zijn die kunnen wijzen op hart- en vaatziekten, diabetes of nierziekten zijn de lijsten niet van toepassing; de patiënt dient in dat geval altijd contact op te nemen met de huisarts.

[3] Bij de berekening van de risicoscore is het item 'middelomtrek' bij beide geslachten weggelaten, omdat deze niet nagevraagd wordt in de vragenlijst van Domus Medica. De limieten waarop een patiënt als risicopatiënt benoemd wordt, zijn als dusdanig ook aangepast: vrouwen met score van minstens 27 en mannen met een score van minstens 29 zijn benoemd als risicopatiënten.

Vragenlijst bij deelname aan preventieconsult

Achteraf kan aan de patiënten die hebben deelgenomen aan het preventieconsult gevraagd worden een korte vragenlijst in te vullen (vragenlijst bij deelname preventieconsult, zie BIJLAGE 1). Op die manier krijgt de arts feedback van de patiënt over hoe hij/zij dit extra consult heeft ervaren.

Vragenlijst bij weigering deelname aan preventieconsult

Patiënten kunnen ook geen interesse hebben om deel te nemen aan een preventieconsult. Om meer zicht te krijgen op de achterliggende redenen hiervoor, kan aan hun gevraagd worden een andere korte vragenlijst in te vullen (vragenlijst bij weigering deelname preventieconsult, zie BIJLAGE 2)

Registratie van preventie

Bij het preventiesjabloon zouden alle items omtrent preventie per geslacht per patiënt in het EMD weergegeven worden. De arts bepaalt welke items worden geregistreerd tijdens de consultatie. Per preventie-item zou relevante *voorgeschiedenis* hierbij kort bevraagd en geregistreerd kunnen worden. Tijdens de registratie kan er in het preventiesjabloon per item het *stadium van gedragsverandering* (Prochaska en DiClemente) waarin de patiënt zich bevindt betreffende het item kort genoteerd worden (3-7). Ook zou er hierbij een inventaris opgemaakt kunnen worden over welke *actie* er bij elk item reeds ondernomen werd. Tegelijk lijkt het ons interessant om tijdens de aanzet de *responsratio* van de adviezen in het preventiesjabloon te inventariseren en te toetsen waarom patiënten niet ingaan op het aanbod. Met een responsratio wordt dan zowel de reactie van de patiënt om dieper in te gaan op een preventie-item bedoeld als de reactie om hiervoor apart voor terug te komen in een preventieconsult.

Toestemming ethische commissie

Bij de goedkeuring van het onderzoeksopzet door de ethische commissie is er gevraagd om een schriftelijk informed consent omtrent de studie op te maken. Het schriftelijk informed consent omvat onder andere een informatieformulier waarin de opzet en het doel van de studie verder wordt uitgelegd (zie BIJLAGE 3). Daarnaast zijn er twee begeleidende toestemmingsformulieren opgesteld. Deze betreffen de goedkeuring van de patiënt voor de deelname aan de studie in het algemeen en de toestemming van de patiënt voor de deelname van de praktijkassistente bij de verwerking van de vragenlijsten in de studie (zie BIJLAGE 4-5).

<u>Outcome</u>

Onderzoeksvragen binnen onderzoek

Met behulp van de implementatie van een preventiesjabloon in EMD wordt er nagekeken wat de meerwaarde hiervan kan zijn zowel op patiëntenniveau als op praktijkniveau.
Op patiëntenniveau wordt hierbij voornamelijk de bewustwording bij de patiënt van het belang van preventie en een gedragsverandering, bekeken aan de hand van stadia van gedragsverandering, bedoeld.
Op praktijkniveau wordt bekeken of het preventiesjabloon leidt tot een verbeterde registratie en bespreking van de preventie-items.
Het preventieconsult in eerste lijn wordt onderzocht en nagekeken of dit werkzaam is.

Evaluatie

Via de evaluatie van de registratie in het preventiesjabloon, meerbepaald de respons van de arts én patiënt per preventie-items wordt er onderzocht wat er haalbaar is voor arts en patiënt. Het is de bedoeling hierop meer zicht te krijgen via de ervaringen van de deelnemende artsen en patiënten bij de implementatie van preventie binnen de huisartsenpraktijk. Belangrijk hierbij is de feedback van de patiënten die deelnemen of weigeren deel te nemen aan een apart preventieconsult. Er wordt nagekeken of deze aanpak als een meerwaarde ervaren wordt en waar verbetering of eventueel uitbreiding mogelijk is.

Literatuurstudie (Zoektermen, Bronnen)

Welke preventie-items?

In eerste instantie is er via literatuuronderzoek gekeken welk preventie-items binnen een preventiesjabloon gebundeld kunnen worden.
Hierbij is er beroep gedaan op de recent uitgebrachte gezondheidsgids van Domus Medica 2010 (1). De meeste preventie-items hieruit zijn overgenomen in de studie.

In tweede instantie is er de vraag gekomen om een aantal extra preventie-items hieraan toe te voegen of anders te interpreteren vanuit de groepspraktijk waar het onderzoek zou doorgaan.
Zo is er in de praktijk onder andere soms de actieve vraag van de patiënt omtrent prostaatscreening.
Hierbij is er beroep gedaan op het opvolgrapport van Domus Medica 2010 (8). Daarin worden jaarlijks alle aanbevelingen onderling vergeleken, die gepubliceerd werden van 1 september het jaar voordien, t.e.m. 31 augustus van het huidige jaar. Inclusiecriteria hiervoor waren taal (enkel Nederlands, Frans en Engels) en landen, die klinisch relevant zijn voor de Vlaamse doelgroep. De gebruikte zoekbronnen zijn Pubmed[4], National Guideline Clearinghouse[5] en Google. Deze werden aangevuld met enkele toonaangevende verenigingen, vooral in eigen land en in de buurlanden, dit in consensus met de commissie preventie van Domus Medica. Jaarlijks worden de aanvullingen van deze instanties herbekeken. Ten tijde van de literatuurstudie in februari tot en met mei 2011 (voor opstarten van het onderzoek) was enkel het opvolgrapport van Domus Medica 2010 beschikbaar. Dit is voornamelijk als ondersteunende bron gebruikt. Ook de NHG standaard Bemoeilijkte mictie bij oudere mannen werd apart doorgenomen (9).
Ondertussen is het opvolgrapport Domus Medica 2011 eveneens beschikbaar, waarin de conclusie van Domus Medica aangepast is (10). Omdat deze echter verschenen is na het opstarten van het onderzoek, is deze niet meer toegepast geweest.

Eveneens gebeuren er in de praktijk soms bepaalde onderzoeken om vroegtijdig een bepaalde aandoening op te sporen en op die manier eerder te kunnen anticiperen.
Een longfunctie wordt regelmatig uitgevoerd door de praktijkverpleegkundige om de longcapaciteit en tiffeneau index op te volgen bij patiënten met astma en COPD en bij rokers.
Soms wordt het ook gebruikt als motivatiemiddel bij rokers. In het geval van eventuele achteruitgang van hun longfunctie, kan dit als extra stimulans gebruikt worden bij het aankaarten van ondersteunende redenen voor een rookstop.
In de literatuurstudie werden de GOLD en GINA richtlijnen nagekeken (11,12). De databank Tripdatase™ werd doorzocht met de zoektermen “prevention and spirometry”, waaruit een secundaire en tertiaire bron weerhouden werden (13,14). Ook de informatie over de Fletcher Curve op een Belgische website omtrent spirometrie , die teruggevonden is via een search op Google met de zoekterm “Fletcher Curve”, werd gebruikt (15).

Er is ook de vraag gekomen of het zinvol is om het ECG toe te voegen aan de preventie-items. Een eerste reden is het opsporen van linkerkamerhypertrofie bij patiënten met hypertensie. Ook hiervoor werd de literatuur doorzocht. Het meeste werd beroep gedaan op de Domus Medica aanbeveling omtrent “Hypertensie” (16). De databank Tripdatabase™ werd achtereenvolgens doorzocht met de volgende zoektermen “screening ECG and hypertension” en “secondary prevention and ECG and hypertension”, waaruit respectievelijk een secundaire en quaternaire bron weerhouden werden (17,18).

De enkel/arm index leek een interessante parameter voornamelijk bij opvolging van patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico en diabetespatiënten. Er kwam de vraag of de enkel/arm index bij deze risicopatiënten zinvol kan zijn op voortijdig perifeer vaatlijden op te sporen. Het betreft hier dus tertiaire preventie. Het belangrijkste doel hiervan is de verwikkelingen van perifeer arterieel vaatlijden bij de risicopatiënten te voorkomen. De NHG standaard “Perifeer arterieel vaatlijden” werd doorgenomen (19). Ook het hoofdstuk “Perifeer arterieel vaatlijden” op de website www.klinischediagnostiek.nl is onder de loep genomen (20). Via een search op Google zijn er twee bronnen weerhouden, namelijk een consensustekst van het centraal begeleidingsorgaan van intercollegiale toetsing (21) en een abstract tekst van artikel uit Nederlands Tijdschrift van

[4] http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
[5] http://www.guideline.gov/

Geneeskunde (22). De volgende zoektermen werden hiervoor respectievelijk gebruikt: “enkel arm index, arteriële claudicatio” en “enkel arm index, perifeer arterieel lijden”. De databank tripdatabase™ werd achtereenvolgens doorzocht met de volgende zoektermen: “screening, ankle brachial index”, “ankle brachial index”, “ankle brachial index, cardiovascular disease”. Hieruit werden een tweetal tertiaire en overig allemaal secundaire bronnen weerhouden (23-30).

Fasen van gedragsverandering

Om meer achtergrondsinformatie te verkrijgen van het transtheoretisch model van Prochaska en Diclemente (meerbepaalde de cirkel van gedragsveranderingen), is er ook een literatuurzoektocht gebeurd. De databank tripdatabase™ en Google werd achtereenvolgens doorzocht met volgende zoekterm “Prochaska, Diclemente”, waaruit primaire en secundaire bronnen weerhouden werden (3-7).

Informatiefolders per preventie-item

Verder is er beroep gedaan op de literatuur voor het opsporen en opstellen van informatiefolders per preventie-item.
Voor het samenstellen van de informatiefolders van de meeste preventie-items is er in eerste instantie beroep gedaan op de informatie uit de gezondheidsgids van Domus Medica 2010 (1).
Daarnaast is er specifiek voor een aantal preventie-items een verdere literatuurstudie gebeurd.
Voor het item bloeddruk en bloedafname is er onder andere gebruik gemaakt van de patiëntenfolder van Domus Medica “zelfmeting van bloeddruk” (31). Verder werd de informatie uit een consultatie ondersteunende folder van de groepspraktijk De Brugse Poort gebruikt, ook terug te vinden onder sectie patiëntenfolders van Domus Medica (32). Ook werd er informatie uit de aanbeveling “Globaal cardiovasculair risicobeheer” van Domus Medica gebruikt als verdere ondersteuning (33). Voor de opsporing van diabetes (onder item bloedafname) werd eveneens de aanbeveling van Domus Medica “Diabetes Mellitus type 2” geconsulteerd (34), naast de NHG patiëntenbrieven omtrent Diabetes: “Verhoogd risico op diabetes” en “Diabetes algemeen” (35-36).
Bij het maken van een informatiefolder omtrent rookstop, werd de aanbeveling “stoppen met roken” en de patiëntenfolder “Stoppen met roken, waarom en hoe?” van Domus Medica gebruikt (37-38). Daarnaast werden de NHG patiëntenbrieven “Overwegen”, “Stoppen met roken: voorbereiden” en “Stoppen met roken: adviezen en hulpmiddelen” geraadpleegd (39-41).
De aanbeveling “Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk” en de patiëntenfolder “De actieve voedingsdriehoek” van Domus Medica werden onder andere gebruikt bij het opstellen van de informatiefolder omtrent het preventie-item voedingsadvies (42,43). Daarnaast is er ook beroep gedaan op de NHG standaard “Obesitas” en de NHG patiëntenbrief “Voedingsadvies bij overgewicht (44-45).
Bij het opmaken van een informatiefolder omtrent bewegingsadvies is er eveneens beroep gedaan op de NHG patiëntenbrieven “Bewegingsadvies” en “Bewegingsadvies bij overgewicht” (46,47).
Omtrent het preventie-item vaccinatie zijn er informatiefolders gemaakt over tetanus, pneumokokken en influenza. Hierbij werd er voor de informatiefolder omtrent tetanus ook gebruikt gemaakt van de aanbeveling van Domus Medica “Preventie van tetanus en difterie bij volwassenen: vaccinatie en profylactische aanpak” (48). De aanbeveling van Domus Medica “Preventie van ernstige pneumokokkeninfecties bij volwassenen” werd ook geraadpleegd voor de informatiefolder omtrent pneumokokken (49). Voor de informatiefolder van influenza werd eveneens Domus Medica geraadpleegd, namelijk de aanbeveling “Preventie van influenza” (50). Daarnaast werden de NHG standaard “Influenza en influenzavaccinatie” en NHG patiëntenbrieven “Griep algemeen”, “Griepprik” en “Wereldgriep” gebruikt ter verdere ondersteuning (51-54).
De aanbeveling van Domus Medica omtrent “Cervixkankerscreening” is gebruikt bij het opstellen van de informatiefolder voor het preventie-item uitstrijkje (56). In de gezondheidsgids van Domus Medica 2010 is de informatie uit een oudere aanbeveling van “Cervixkankerscreening” van Domus Medica terug te vinden, vrijgegeven in 2002 (1, 55). In januari 2011 verscheen echter een nieuwere versie van de aanbeveling “Cervixkankerkankerscreening” van Domus Medica, waarvan er eveneens gebruik is gemaakt (56). Daarnaast werd er beroep gedaan op de informatie uit de NHG patiëntenbrief “Een uitstrijkje en wat nu?” (57).

Voor een aantal preventie-items is er wegens tijdsgebrek geen aparte informatiefolder opgesteld. Wel gebeurde er eveneens een literatuurstudie bij de volgende preventie-items: longfunctie, prostaat, mammografie, colonkankerscreening, alcohol, slaapmiddelen en kalmeermiddelen. Bij deze preventie-

items is er dan gebruikt gemaakt van reeds bestaande patiëntenfolders om dit te kunnen meegeven als informatiefolder aan de patiënt.
Voor het preventie-item longfunctie kan de NHG patiëntenfolder "Heb ik (kans op) COPD?" gebruikt worden als ondersteunende informatiefolder (58).
De NHG patiëntenbrief "Wel of geen onderzoek naar prostaatkanker?" kan ondersteunende informatie vormen voor de patiënt betreffende het preventie-item prostaat (59).
De informatie uit de gezondheidsgids van Domus Medica (2010) kan men voornamelijk als ondersteunend materiaal gebruiken bij het preventie-item mammografie (1). Deze maakt gebruik van de informatie uit de aanbeveling "Borstkankerscreening" van Domus Medica (60). Als meer concretere informatiefolder kan de NHG patiëntenbrief "Bevolkingsonderzoek naar borstkanker" eventueel meegegeven worden aan de patiënt ter verdere ondersteuning (61).
De aanbeveling "Screenen op colorectale kanker bij personen zonder verhoogd risico" van Domus Medica vormt een belangrijke informatiebron van het preventie-item colonkankerscreening (62). De patiëntenbrief van Domus Medica omtrent "Darmkanker" kan echter als informatiefolder meegegeven worden aan de patiënt (63).
Bij het literatuuronderzoek omtrent het preventie-item alcohol zijn er verschillende bijkomende bronnen teruggevonden. In september 2011 is de aanbeveling van Domus Medica omtrent "Problematisch alcoholgebruik" verschenen (64). Ook is er hiervan een patiëntenfolder gemaakt (65). Daarnaast zijn er een heleboel bruikbare NHG patiëntenbrieven omtrent alcohol teruggevonden, namelijk "Alcohol verandering overwegen", "Alcohol: stoppen en volhouden", "Alcohol: minderen of stoppen?", "Alcohol: minderen", "Alcohol: stoppen" (66-70).
De aanbeveling "Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn" van Domus Medica werd weerhouden bij de literatuurzoektocht omtrent het preventie-item slaapmiddelen (71). Daarnaast is een eveneens informatie terug te vinden in de NHG standaard "Slaapmiddelen en slaapproblemen" (72). Verschillende ondersteunende NHG patiëntenbrieven werden teruggevonden die gebruikt kunnen worden als informatiefolder voor de patiënt, namelijk ""Stoppen met slaapmiddelen", "Wel of geen slaapmiddelen", "Slaapproblemen algemeen", "Slaap- en kalmeringsmiddelen: benzodiazepines" (73-76).
De teruggevonden bronnen bij het literatuuronderzoek omtrent het preventie-item kalmeermiddelen zijn een beetje gelijklopend met deze van slaapmiddelen. Eveneens werden de NHG standaard "Slaapmiddelen en slaapproblemen" en de NHG patiëntenbrief "Slaap- en kalmeringsmiddelen: benzodiazepines" weerhouden (72, 76). Daarnaast vormen de aanbevelingen "Depressie bij volwassenen" en "Geneesmiddelenverslaving" van Domus Medica bijkomende ondersteunende informatiebronnen (77, 78).

Bij de overgebleven preventie-items ECG en enkel arm index werd er niet afdoende sluitende informatie gevonden om deze te gebruiken als ondersteunende informatiefolder bij de patiënt.

Interessante websites per preventie-item

Eveneens is er beroep gedaan op de literatuur voor het verzamelen van interessante websites voor een aantal preventie-items.
Voor het preventie-item voeding zijn er reeds interessante websites teruggevonden tijdens de literatuurzoektocht voor het opmaken van de informatiefolder. Zo stond er in de patiëntenfolder "De actieve voedingsdriehoek" van Domus Medica reeds een verwijzing naar een website voor patiënten, namelijk www.gezondheidstest.be (79). Ook in de patiëntenbrief "Voedingsadvies bij overgewicht" was er een link terug te vinden, namelijk www.voedingscentrum.nl (80). Via Google werden nog bijkomende websites gevonden waarvan patiënten gebruik kunnen maken: namelijk het Nutrition Information Centre (NICE) en het Kenniscentrum voor Gewichts- en Eetproblemen (81, 82). Hiervoor werden respectievelijk volgende zoektermen gebruikt: "Voeding" en "Obesitas, Vereniging".
Via de website van Domus Medica zijn er in het dossier "Stoppen met roken" drie links weergegeven waarop patiënten informatie kunnen terugvinden, namelijk www.tabakstop.be, www.rookstopaanbod.be en www.motiverentotrookstop.be (83-85). Via de literatuurstudie voor het verkrijgen van informatiefolders omtrent alcoholgebruik, zijn reeds een aantal websites voor patiënten bekomen. Via de patiëntenfolder van Domus Medica omtrent alcohol zijn er drie links terug te vinden waarop patiënten meer informatie kunnen terugvinden, namelijk www.boodschapineenfles.be, www.hoeveelisteveel.be en www.alcoholhulp.be (86-88). Daarnaast zijn er eveneens een aantal websites beschreven in de NHG patiëntenfolders omtrent alcohol, namelijk www.alcoholinfo.nl, www.minderdrinken.nl en www.drinktest.nl (89-91). Via Google werden nog een drietal bruikbare links geselecteerd na gebruik van volgende zoektermen "Alcohol, zelfhulpgroepen", "Alcohol, informatie" en

"Alcohol, begeleiding". Zo kan er respectievelijk gebruikt gemaakt worden van "De Druglijn", een website verbonden aan het "VAD[6]" met verschillende links naar andere bruikbare websites en de website van het "VAD" zelf (92-94).

Indien patiënten meer informatie wensen in verband met de griep, kunnen zij terecht op de website www.influenza.be (95). Op de website van Domus Medica is deze link terug te vinden onder de sectie griep/influenza.

Selectie van risicopatiënten binnen onderzoek

Preventie is voornamelijk van belang bij risicopatiënten. Patiënten die een verhoogde kans hebben op het ontwikkelen van bepaalde aandoeningen. Deze patiënten kunnen zeker hun gezondheidstoestand verbeteren en gevolgen vermijden via voortijdig preventief handelen. In de literatuur is de NHG standaard Preventieconsult module Cardiometabool risico weerhouden om te toepassen bij de selectie van risicopatiënten (2).

RESULTATEN

Literatuurstudie

Welke preventie-items?

De gezondheidsgids van Domus Medica 2010 maakt gebruik van volgende preventie-items (1):
1. Bepaling van het risico op hart- en vaatziekten
2. Rookstopbegeleiding
3. Advies gezonde voeding
4. Advies fysieke activiteit
5. Opsporing van diabetes
6. Vaccinaties tegen tetanus/difterie, influenza en pneumokokken
7. Vroegtijdige opsporing van borstkanker
8. Screening op baarmoederhalskanker
9. Screening op colorectale kanker
10. Peilen naar het gebruik van alcohol
11. Peilen naar het gebruik van slaap- en kalmeermiddelen

Prostaatscreening.
Dit preventie-item is niet besproken in de gezondheidsgids Domus Medica omdat er hiervoor nog steeds geen kosten-baten en effectieve screeningsparameter bestaat (1).
In het rapport van Domus Medica 2010 staat beschreven dat de meeste aanbevelingen prostaatkankerscreening afraden. Het standpunt van Domus Medica bleef toen nog hetzelfde als in 2009: Er is geen plaats voor systematische screening van mannen op prostaatkanker. Opportunistische screening, op vraag van de patiënt, bij mannen tussen 55 en 69 jaar kan wel, gezien er een bewezen effect is dat screening de specifieke prostaatkankersterfte doet dalen met 20% na 9 jaar (zonder een afweging te maken van de nadelen). Er is geen enkele studie die de voor- en nadelen afweegt ten opzichte van elkaar op vlak van kwaliteit van leven.
Concreet raadde Domus Medica toen aan wanneer een patiënt de arts vraagt om een screeningstest uit te voeren ter voorkoming van prostaatkanker, om steeds eerst uitleg te geven over de voor- en nadelen van de huidige screeningstest alvorens de test af te nemen. De arts ondersteunt de patiënt om tot de juiste beslissing te komen binnen het waardenkader en de levensvisie van de patiënt zelf. De uiteindelijke keuze ligt dus bij de patiënt.
Als de patiënt, na informatie toch kiest voor screening, is volgens Domus Medica een frequentie van een keer om de vier jaar voldoende. Wanneer dan een PSA waarde ≤ 1ng/ml is een screeningsinterval van 8 jaar voldoende. Mannen met een levensverwachting van minder dan 10 jaar en dus ook mannen ouder dan 75 jaar hebben geen voordeel van screening, zeker niet als via opportunistische screening laatst een PSA waarde van ≤ 3 ng/ml werd gemeten. Wegens gebrek aan studies is er geen enkele evidentie om mannen jonger dan 55 jaar te screenen (8).

[6] Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw

Omwille van bovenstaande redenen is er destijds beslist om het preventie-item toch op te nemen binnen het preventiesjabloon.

Een recent rapport van Domus Medica omtrent prostaatkankerscreening in 2011 weerlegt echter het bovenstaande: Hierin staat beschreven dat opportunistische screening, op vraag van de patiënt, bij mannen tussen 55 en 69 jaar vanaf 2011 door Domus Medica wordt afgeraden. Enerzijds omwille van een vermoedelijk te klein verschil tussen baten en schaden. Na 10 jaar screening in België zouden 80 levens kunnen worden gered door screening. Daardoor zouden echter 4000 mensen behandeling moeten ondergaan (leren leven met kanker, neveneffecten van behandeling, zoals urineweginfectie, impotentie, gastro-intestinale klachten,…). Bovendien is de kostprijs te hoog om deze test te verantwoorden (250000 dollar per gewonnen levensjaar, wat 10 keer meer is dan wat aanvaard wordt als een aanvaardbare kostprijs) (10).

Longfunctie

Volgens US Preventive Services Task Force Recommendation statement heeft geen zin om preventief een longfunctie af te nemen voor de opsporing van COPD (14).
Het is dan voornamelijk in kader van opvolging bij astma en COPD dat het ons interessant leek om dit item binnen het preventiesjabloon te incorporeren. Strikt genomen is dit dus geen preventie-item. Het wordt eerder gebruikt voor de diagnose en opvolging van astma en COPD (11-13). Toch wordt de arts door het in preventiesjabloon op te nemen er regelmatig aan herinnerd om de longfunctie te herhalen. Bovendien kan de arts snel zien wanneer de laatste longfunctie afgenomen is en wat het resultaat hiervan was. Opvolging hiervan is belangrijk om zicht te krijgen op de controle van astma en het stadium van COPD waarin de patiënt zich bevindt (11-13). Hierbij kunnen dan andere preventieve factoren zoals het roken en de blootstelling aan uitlokkende factoren opnieuw besproken worden.
Een bijkomend argument om longfunctie toch op te nemen als preventie-item binnen het preventiesjabloon is dat het soms gebruikt kan worden als bijkomende stimulans bij rokers hun te motiveren tot rookstop. Rokers kunnen een achteruitgang van hun FEV1 zien na afname van een longfunctie. Met behulp van de Fletcher curve kan er getoond worden dat rookstop op ieder moment nog verbetering kan geven van hun FEV1 (15).

ECG

In de Domus Medica aanbeveling omtrent hypertensie wordt een ECG afname bij patiënten met hypertensie geadviseerd (16). Dit hoort bij de oppuntstelling van een van de belangrijke doelstelling na de diagnose van hypertensie, namelijk zicht krijgen op de reeds aanwezige en/of dreigende orgaanschade. Een ECG afname wordt aangeraden om eventuele linkerventrikelhypertrofie voortijdig op te sporen. Het gaat hier dus om tertiaire preventie. Hiertoe behoren interventies die zich richten op het verbeteren van de gezondheidstoestand van personen met een (chronische) aandoening door herstel te versnellen of complicaties te voorkomen (16-18). Het doel van tertiaire preventie is het minimaliseren van blijvende lasten, gebreken en handicaps veroorzaakt door de aandoening en/of zijn mogelijke complicaties (96). Het gaat hier dus om de behandeling van de aandoening met als doel genezing, rehabilitatie, preventie van herval en complicatie en/of palliatieve zorgen. Het leek ons daarom ook zinvol om het preventie-item ECG daarom in het preventiesjabloon te incorporeren.

Enkel/arm index

Eén op de drie personen met een verlaagde enkel/arm index heeft klachten. Patiënten met perifeer arterieel lijden, met of zonder klachten, hebben een vergelijkbaar verhoogd risico op coronaire hartziekten en cerebrovasculaire aandoeningen (19, 22). In een aantal studies lijkt de enkel/arm index wel zinvol voor het opsporen van perifeer arterieel lijden bij patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico (19, 25, 26). De NHG standaard Perifeer arterieel lijden geeft zelfs aan dat bij patiënten met risicofactoren voor hart- en vaatziekten maar zonder klachten of symptomen van perifeer arterieel vaatlijden de diagnose enkel gesteld kan worden door meting van de enkel arm index via actieve opsporing (19).
Bij diabetespatiënten lijkt de enkel/arm index minder goed gebruikt te kunnen worden als diagnostische parameter voor het vaststellen van perifeer arterieel vaatlijden (21, 23, 27). Volgens de tertiaire bron CKS kan de druk ter hoogte van de enkel en de uiteindelijke gemeten druk van de enkel/arm index vals verhoogd zijn bij diabetespatiënten (24).
In kader van primaire preventie lijkt de enkel/arm index onvoldoende als screeningsparameter gebruikt te kunnen worden (19, 28, 29, 30). De enkel/arm index vertoont hierbij een lage specificiteit: Bij een studie toegepast in de eerste lijn lijkt de parameter een groot aantal vals-positieve resultaten te geven

(29). Daarenboven is het op dit moment niet duidelijk bij welke patiëntengroepen opsporen en adequate behandeling van cardiovasculair risicofactoren (kosten)effectief is (19).

Bij elk van deze items is er echter in de literatuur (nog) niet aangetoond dat dit kan fungeren als een efficiënte screeningsparameter. Met andere woorden: er is niet aangetoond wanneer (tussen welke leeftijden) en/of deze items kunnen gebruikt worden in kader van screening. Omwille van het belang in opvolging en registratie van deze items door de verschillende artsen zijn ze toch in consensus opgenomen binnen het onderzoek in het preventiesjabloon.

Er is uiteraard ook samen met de producenten van het elektronisch medisch dossier bekeken wat van preventie-items mogelijk is om te integreren in het preventiesjabloon.
Na samenvoegen van alle bovenstaande gegevens, zijn er in het preventiesjabloon volgende preventie-items verschenen:

1. Bloedafname
2. Rookstopconsult
3. Voedingsadvies
4. Bewegingsadvies
5. Longfunctie
6. Vaccinatie
7. Mammografie
8. Uitstrijkje
9. Prostaat
10. Colon(kankerscreening)
11. EKG
12. Enkel/arm index
13. Alcoholgebruik
14. Druggebruik
15. Slaapmiddelen

Het laatst geregistreerde onder elk preventie-item wordt hiervan apart nog overgenomen in een korte overzichtstabel. Op die manier kan elke arts snel zien wat er omtrent elk preventie-item geregistreerd werd.

Mogelijke acties per preventie-item, afhankelijk van de fase van gedragsverandering waarin de patiënt zich bevindt.

Per preventie item zijn er verschillende acties die ondernomen kunnen worden, afhankelijk van het stadium van gedragsverandering waarin de patiënt zich bevindt. Door hiermee rekening te houden, kan de arts meer gericht en zinvol handelen. Gebruikmakend van het transtheoretisch model van Prochaska en Di Clemente kan de cirkel van gedragsverandering ingedeeld worden in vijf stadia/fasen (3-7):
Fase 1: Precontemplatie
Fase 2: Contemplatie
Fase 3: Preparatie
Fase 4: Actie
Fase 5: Consolidatie
Je kan hierbij nog een zesde fase benoemen, die niet altijd doorlopen wordt, namelijk herval, die dan terug overgaat in fase 1 tot 3.
Bij elk van deze stadia is er een bepaalde zinvolle actie of handeling mogelijk. Dit is gelijklopend voor alle preventie-items per fase en kan algemeen benoemd worden, met uitzondering van de vierde fase: actie. Hierbij hangt het natuurlijk van het preventie-item zelf af welke specifieke actie men hierbij onderneemt.
Voordat deze stadia één voor één toegelicht zullen worden, is het belangrijk te bedenken dat gedragsverandering geen lineair proces is met een duidelijk begin- en eindpunt, maar een circulair proces (zie FIGUUR 1). Tijdens iedere fase kan een patiënt terugvallen in een vorige fase of in oud gedrag. Veranderen is vaak twee stappen vooruit, een stap achteruit. Het is belangrijk de stappen niet te snel te willen doorlopen. Als de patiënt niet goed alle voor- en nadelen van zijn/haar gedrag heeft overwogen en alle ins en outs van gedragsverandering bij langs is gelopen, bestaat de kans dat hij/zij een niet weloverwogen keuze heeft gemaakt. Dit wreekt zich in de fase van preparatie of actie, waarbij de patiënt weerstand kan ondervinden. Het is daarom belangrijk dat de arts aansluit bij de fase waarin de patiënt zich bevindt en in functie hiervan handelt (6).

Fase 1: Precontemplatie

Een patiënt die zich in de precontemplatie stadium bevindt, ziet niet in dat zijn/haar huidig gedrag een probleem vormt. Er is dan ook geen motivatie om aan dat huidig gedrag iets te veranderen. De enige zinvolle acte die men als arts in deze fase kan ondernemen, is het vrijblijvend aanbieden van informatie over zijn/haar huidig gedrag (persoonlijk op de patiënt betrokken) (6). Dit kan onder andere gebeuren via het aanbieden van een informatiefolder over het betreffende preventie-item. Hierbij tracht je de patiënt dan naar een volgende fase van gedragsverandering te brengen, namelijk de contemplatie.

Fase 2: Contemplatie

In deze fase begint de patiënt te twijfelen over zijn huidig gedrag. Hij/zij denkt eraan om met het huidige gedrag te stoppen. Een motivatiegesprek is hierbij zinvol, bijvoorbeeld aan de hand van de minimale interventiestrategie. Dit is een individueel gesprek van ongeveer tien minuten in twee afzonderlijke contacten (6).

In praktijk verloopt dit echter wel vaak parallel: de patiënt wordt eveneens tijdens een consultatie voor andere gezondheidsredenen over zijn huidig gedrag soms kort bevraagd. Dit hangt uiteraard af van hoeveelheid tijd er nog beschikbaar in binnen de gewone consultatie. Als de patiënt zich dan in de contemplatie fase bevindt betreffende het bevraagde gedrag, kan het soms gebeuren dat het eerste contact van de minimale interventiestrategie al doorlopen wordt. Voor het tweede contact wordt dan soms een vervolgafspraak gemaakt. Bij de patiënten die op dat moment omtrent het huidige gedrag nog geen informatie ontvangen hadden, wordt er in praktijk ook soms nog een informatiefolder hieromtrent meegegeven.

Fase 3: Preparatie

Als de patiënt een poging wil ondernemen om zijn/haar huidig gedrag te stoppen, dan bevindt hij/zij zich in de preparatiefase. In dat geval moedig je als arts de patiënt hier best in aan via positieve bekrachtiging (6).

In praktijk wordt hier vaker dieper op ingegaan waarom de patiënt een poging wil ondernemen. De positieve bekrachtiging van de patiënt hierin gebeurt meestal via een verdergezet motivatiegesprek. Ook wordt er gevraagd of de patiënt zelf al gedacht heeft aan een datum waarop hij/zij het gedrag zou willen stoppen. Soms wordt zo een tijdstip vermeld waarbinnen de patiënt zijn huidig gedrag wil veranderen.

Fase 4: Actie

Wanneer de patiënt zich voorbereidt om te stoppen, bevindt hij zich in de actiefase. De arts helpt de patiënt hierbij via het opstellen van concreet plan om het huidig gedrag te kunnen stoppen. Hierin wordt een concreet moment vastgelegd waarop de patiënt zijn huidig gedrag gaat veranderen, idealiter binnen de twee weken na het contact met de patiënt. De patiënt informeert zijn/haar familie, vrienden en collega's van zijn/haar beslissing en vraagt hun steun. Hij/zij voorziet een oplossing voor mogelijke moeilijkheden bij het stoppen, voor eventuele onthoudingsverschijnselen van het huidig gedrag. De patiënt zorgt ervoor dat zijn/haar omgeving niet hetzelfde gedrag verderzet. Voor het stoppen van het gedrag wordt het gedrag vermeden om op plaatsen waar de patiënt veel komt: thuis, auto, werk.

Via gedragsbeïnvloedende technieken probeert de arts te anticiperen op triggers en moeilijkheden. Er worden methoden besproken om het hoofd te kunnen bieden aan deze moeilijkheden. Een medisch kader wordt aangeboden om de patiënt verder te ondersteunen via opvolgconsulten, beschikbaarheid,… De arts helpt de patiënt om sociale ondersteuning te ontwikkelen tijdens de poging om het gedrag te stoppen. Naast psychologische ondersteuning kan in sommige gevallen een medicamenteuze behandeling aangeboden worden (6).

Fase 5: consolidatie

In deze fase zal de patiënt zijn/haar veranderingen integreren in zijn/haar leven of persoonlijkheid. Ondersteunende gesprekken en terugvalpreventie zijn in deze fase van groot belang. Ook een ondersteunend en stimulerend netwerk speelt een belangrijke rol in het voorkomen van terugval (6).

Fase 6: Herval

Terugval is een wezenlijk onderdeel van het veranderingsproces. De patiënt kan hieruit leren. Belangrijk is dat je als hulpverlener dan geen veroordelende of berispende houding aanneemt. Kies voor een positieve, motiverende houding en wees niet te snel teleurgesteld. Verandering is geen sinecure; het gaat met vallen en opstaan. Terugval in oud gedrag of oude gedragspatronen, is altijd

mogelijk. Het kan gevolgd worden na elke fase. Het is daarom beschouwd worden als een apart stadium, het zesde stadium.
Het is niet zo dat na elke terugval, je terug weer van voor af aan moet beginnen. De cirkel heeft wat dat betreft een opwaartse beweging. De patiënt kan na een terugval beslissen de handdoek in de ring te gooien, maar hij/zij kan ook een nieuwe poging wagen. Hierbij kan de patiënt in de fase van de voorbereiding bedenken wat daarvoor nodig is en lering trekken uit eerdere ervaringen. Soms moeten cirkels meerdere keren doorlopen worden om uiteindelijk tot een nieuw gedrag te komen (6).

In bijlage is een overzicht terug te vinden van de verschillende fasen van gedragsverandering met hun synoniemen, de typische kenmerken van elke fase, de actiebereidheid van de patiënt hierbij en ten slotte de mogelijke zinvolle interventies die je als arts bij elke fase kan uitvoeren (zie TABEL 1).

Samenvattend is er in de praktijk het volgende afgesproken toepassende op alle preventie-items:
Wanneer de patiënt zich in de precontemplatiefase vindt ten opzichte van een bepaald preventie-item, kan je het inzicht proberen te verhogen via gepersonaliseerde informatie. Je kan twijfel wekken of het laten rusten. Er is dan de mogelijkheid om eventueel een opgestelde informatiefolder in deze fase aan de patiënt mee te geven.
Bij een patiënt in de contemplatiefase, kan zijn/haar gedrag kort besproken worden. Je kan de voor- en nadelen van verandering in het gedrag bespreken. Het doel is het zelfvertrouwen van de patiënt te verhogen om een nodige gedragsverandering te kunnen realiseren. De verantwoordelijkheid hierbij blijft bij de patiënt.
In de preparatie fase kan een motivatiegesprek zinvol zijn. Hierbij ondersteunt de arts kleine veranderingen bij de patiënt. Er wordt een concreet plan opgesteld met een realistisch doel. Er worden afspraken gemaakt.
Wanneer de patiënt overgaat naar de actie fase, is de aanpak uiteraard verschillend per preventie-item. Concreet geef je als arts de patiënt advies hierbij, verwijs je door indien nodig. Zelfhulpmateriaal of eventueel medicatie kunnen soms ondersteunend werken. Concrete afspraken worden uitgevoerd.
In de consolidatie fase blijft de opvolging van de patiënt belangrijk. Dit gebeurt voornamelijk via ondersteunende gesprekken, waarin ook probleemoplossend gedrag aangeleerd wordt.
Bij een terugval is het belangrijk om er ook voor de patiënt te zijn. Als arts probeer je via een bespreking het zelfvertrouwen van de patiënt te ondersteunen. Je probeert inzicht te geven in de aanleiding tot het herval, zodat de patiënt hieruit kan leren. Een motivatiegesprek kan ook ondersteunend werken. Uiteindelijk worden opnieuw nieuwe doelstellingen geformuleerd (3-7).

Opmaken van informatiefolder per preventie-item

Dit is onder andere interessant om een patiënt in precontemplatie- of contemplatiefase verder te motiveren tot een eventuele gedragsverandering. Bij een patiënt in de preparatie- en actiefase kan het echter ook interessant zijn om meer informatie terug te vinden over hoe hij/zij er concreet aan kan beginnen en welke mogelijkheden tot verdere ondersteuning er eventueel zijn (3-7).
De opgemaakte informatiefolders zijn terug te vinden in bijlage (zie BIJLAGE 6).

Opmaken van interessante websites per preventie-item voor arts en patiënt

Met de modernisering en het feit dat patiënten steeds meer zelf op internet gaan zoeken naar meer informatie, is er het idee gekomen om eveneens per preventie-item interessante, nuttige en betrouwbare websites te verzamelen. De links van deze websites kunnen aan de patiënt meegegeven worden ter verdere ondersteuning.
De patiënt in de precontemplatiefase kan zo zelf op zoek gaan naar meer gepersonaliseerde en betrouwbare informatie als hij/zij hier behoefte aan heeft.
Bij iemand in de contemplatiefase die denkt aan verandering omtrent een bepaald preventie-item kan dit verder ondersteunend werken.
Ook in de preparatiefase wanneer de patiënt zich klaarmaakt voor een gedragsverandering omtrent een bepaald preventie-item kan dit een duwtje in de rug vormen om overgaan tot de actiefase.
Voor iemand in de actiefase is de informatie voornamelijk belangrijk om te weten welke mogelijkheden er zijn. De patiënt kan er terugvinden hoe zijn/haar plan concreet verder kan aanpakken en waarop hij/zij hierbij beroep kan doen. Dit kan op die manier ook ondersteunend werken om tot een consolidatiefase te geraken (3-7).
De verzamelde links per preventie-items zijn terug te vinden in bijlage (zie BIJLAGE 7)

Populatie

De leeftijdsgroepen waarbinnen preventie belangrijk wordt, zijn afhankelijk van het preventie-item zelf. In de gezondheidsgids van Domus Medica is per preventie-item steeds aangegeven binnen welke populatie er best preventie dient te gebeuren.
Het opstellen van het risicoprofiel van hart- en vaatziekten gebeurt bij alle patiënten tussen 40 en 75 jaar. Het rookgedrag bespreken heeft uiteraard enkel zin bij iemand die rookt. Het wordt belangrijker naarmate een patiënt nog meerdere risicofactoren vertoont. Advies omtrent gezonde voeding is bij alle leeftijdsgroepen zinvol. Advies omtrent fysieke activiteit wordt in de gezondheidsgids meegegeven vanaf de leeftijd van 18 jaar. Toch is het bij obese jongeren eveneens zinvol om deze tot meer beweging aan te zetten. De opsporing van diabetes gebeurt via een gericht opportunistische screening: het wordt aangeraden bij personen met een duidelijk verhoogd risico op diabetes type 2. Vaccinaties worden op jonge leeftijd opgestart via Kind&Gezin, daarna verdergezet via het CLB in parallel met de opvolging door de huisarts. Nadat de patiënt het school verlaat, is het belangrijk om de vaccinatie tegen tetanus/difterie verder op te volgen. Vaccinatie tegen influenza en pneumokokken wordt aanbevolen bij risicopatiënten en vanaf de leeftijd vanaf 65 jaar. Borstkankerscreening door middel van screeningsmammografie gebeurt bij vrouwen tussen 50 en 69 jaar die niet tot de risicogroep behoren, om de twee jaar. De screening kan eerder gebeuren bij risicopatiënten afhankelijk van het risico. Baarmoederhalskankerscreening gebeurt bij alle vrouwen tussen 25 en 64 jaar die ooit seksueel actief geweest zijn, om de 3 à 5 jaar. Afhankelijk van het resultaat wordt het screeningsinterval soms aangepast. Bij personen zonder verhoogd risico wordt voor de screening op colorectale kanker een jaarlijkse tot tweejaarlijkse screening met FOBT gepland bij mannen en vrouwen vanaf 50 tot en met 74 jaar. Bij mensen met één eerstegraadsverwant met colorectale kanker gediagnosticeerd na 60 jaar, wordt screening met FOBT reeds gestart vanaf de leeftijd van 40 jaar. Alle andere patiënten met eerstegraadsverwanten met colorectale kanker of met een verhoogd risico omwille van persoonlijke antecedenten, krijgen een colonoscopie aangeboden. Het alcoholgebruik, naast het gebruik van slaap- en kalmeermiddelen kan worden nagegaan onafhankelijk van de leeftijd (1).

Volgens het rapport van Domus Medica 2010 kan een opportunistische screening voor prostaatcarcinoom, op vraag van de patiënt, bij mannen tussen 55 en 69 jaar. Een frequentie van een keer om de 4 jaar is voldoende, als de patiënt, na informatie toch kiest voor screening. Bij een PSA waarde ≤ 1ng/ml is een screeningsinterval van 8 jaar voldoende (8).
Een ECG afname wordt volgens Domus Medica bij patiënten met hypertensie geadviseerd, ongeacht de leeftijd (16).
Volgens www.klinischdiagnostiek.nl is er bij de mannen een duidelijke toename van de prevalentie van perifeer arterieel lijden met de leeftijd (1,5 van de mannen < 50 jaar, 5% van de mannen >50 jaar) (20). Volgens de consensus Diagnostiek en behandeling van arteriële claudicatio intermittens van CBO 1997 zijn onder andere het mannelijk geslacht en een leeftijd boven de 60 jaar enkele klinische kenmerken die een onafhankelijke bijdrage leveren aan het stellen van de diagnose 'perifeer arterieel lijden' bij patiënten in een huisartsenpraktijk. Hun besluit blijft echter dat een enkel arm index (in rust en eventueel na inspanning) enkel aangewezen is bij de categorie patiënten met beenklachten bij wie de huisarts op basis van anamnese en klinisch onderzoek de diagnose 'stenoserend arterieel vaatlijden' niet in voldoende mate kan uitsluiten (21).
Volgens de NHG standaard perifeer arterieel vaatlijden 2003 kan de diagnose alleen worden gesteld via actieve opsporing bij patiënten met risicofactoren voor hart- en vaatziekten, maar zonder klachten of symptomen van perifeer arterieel vaatlijden door middel van de meting van de enkel arm index. Op dit moment is het echter nog niet duidelijk bij welke patiëntengroepen opsporing en adequate behandeling van cardiovasculaire risicofactoren (kosten)effectief is, zodat hiervoor vooralsnog geen concrete richtlijnen voor de huisartsenpraktijk gegeven kunnen worden (19).

Selectie van risicopatiënten binnen onderzoek

Bij het verzamelen van patiënten worden systematisch en via case finding aan patiënten gevraagd om de vragenlijst van Domus Medica in te vullen (1). Om de risicopatiënten hierbij zeker niet te missen, is er beroep gedaan op de NHG standaard Preventieconsult module Cardiometabool risico. Hierin wordt er gebruik gemaakt van een risicoscore waarmee men risicopatiënten uit een ingevulde vragenlijst kan opsporen. De NHG standaard richt zich voornamelijk tot de risicopatiënten van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2 en chronische nierschade. Het doel is voornamelijk de risicopatiënten te bereiken die niet reeds in behandeling hiervoor zijn. Er is een risicovragenlijst ontwikkeld waaruit een

risicoscore berekend kan worden. Personen met een risicoscore boven de drempelwaarde worden benoemd als risicopatiënten. Aan deze worden in de NHG standaard een nader consult bij de huisarts geadviseerd gevolgd door (afhankelijk van de bevindingen) medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandeling van hun cardiometabole risicofactoren. Personen met een risicoscore onder de drempelwaarde hebben waarschijnlijk geen absoluut verhoogd risico. Bij hun is er geen indicatie voor een nader consult. Zij krijgen informatie over hun risico en een advies om gezond gedrag te bevorderen. Om de drie tot vijf jaar kan aan deze laatsten geadviseerd worden om opnieuw de risicovragenlijst met scoreberekening te in te vullen (2). In de Domus Medica vragenlijst kunnen gelijkaardige vragen nodig voor de risicoscoreberekening uit de NHG standaard grotendeels teruggevonden worden (1). Enkel de middelomtrek wordt er niet verder in bevraagd. Met behulp van een kleine aanpassing in de drempelwaarde bij mannen en vrouwen kon de risicoscore berekening uit de NHG standaard ook toegepast worden op een ingevulde vragenlijst van Domus Medica.
Er wordt binnen ons onderzoek gebruik gemaakt van de praktijkassistente voor de verwerking van de vragenlijsten van Domus Medica en de berekening van een risicoscore volgens de NHG standaard hieruit. Hoe dit exact allemaal is aangepakt, is verder uitgewerkt binnen het onderdeel methode.

Veldwerk

De registratie verliep vanaf 01/08/11 tot en met 31/01/12. Dit gebeurde door 5 artsen en 1 praktijkassistente. Tijdens deze registratie is het preventiesjabloon 768 keer geopend. Onze praktijkassistente berekende de risicoscore op basis van gegevens uit de ingeleverde vragenlijsten. Zij heeft over dit half jaar 312 keer geregistreerd in het preventiesjabloon. Uiteindelijk is het preventiesjabloon dus door de artsen samen 456 keer het preventiesjabloon geopend over de registratieperiode.
Daarnaast zijn er in totaal 8717 ambulante patiënten door de 5 artsen samen op raadpleging gezien, waarvan 7071 patiënten een leeftijd hadden van 18 jaar of meer. De tijdsbesteding per arts aan preventie wordt berekend op basis van de verhouding van het aantal geopende preventiesjablonen per arts ten opzichte van de som van het aantal geopende preventiesjablonen en het totaal aantal gewone consultaties geopend per arts over de registratieperiode. Met bovenstaande berekening kan er echter een vertekend beeld weergegeven worden. Onder het totaal aantal gewone consultaties geopend door de arts vallen immers ook de consultaties met kinderen. Tijdens de registratieperiode is er geen preventiesjabloon geopend voor personen onder de 18 jaar. Er zijn eveneens amper vragenlijsten meegegeven aan patiënten onder de 18 jaar. Er is daarom een aparte analyse uitgevoerd om alle consultaties met daarin enkel ambulante patiënten vanaf 18 jaar te verkrijgen die geopend zijn per arts over de registratieperiode. In de berekening van tijdsbesteding per arts aan preventie wordt dus in plaats van het totaal aantal gewone consultaties, de resultaten uit de aparte analyse gebruikt. Op die manier komen de aangesproken populatiegroepen binnen het preventiesjabloon en de gewone consultaties meer overeen. Volgens bovenstaande gegevens is er in het onderzoek 4,9% in vergelijking met het totaal aantal consultaties en 6,4% in vergelijking met het totaal aantal consultaties met patiënten vanaf 18 jaar tijd van de consultatie gestoken in preventie (zie ook FIGUUR 2a en 2b).

In bijgevoegde tabellen (zie TABEL 2-3) is er een overzicht te vinden per arts omtrent de verdeling van het aanklikken van het preventiesjabloon. Het preventiesjabloon werd aangeklikt om verschillende redenen. In de tabel zijn de gegevens op diverse manieren weergegeven zijn in een aantal groepen.

Een eerste manier van weergave van de gegevens omvat een indeling van alle gegevens in twee groepen (zie TABEL 2). In de eerste groep is het preventiesjabloon geopend geweest omwille van de concrete bespreking en behandeling van preventie-items. Er is respectievelijk een onderscheid gemaakt tussen preventie bespreking of een preventieconsult. Het eerste betreft preventie die besproken is geweest tijdens de gewone consultatie zelf. Het tweede betreft een consultatie waarin enkel preventie besproken is geweest: dit kan zijn wanneer de patiënt hiervoor zelf op consultatie komt of wanneer een opgeroepen patiënt hiervoor apart terugkomt.
De tweede groep is een samenraapsel van alles wat nog in het preventiesjabloon geregistreerd is geweest, maar geen preventiebespreking of een preventieconsult betrof. Hieronder valt de registratie in kader van de griepraadpleging, de registratie van de interesse van de patiënt in een preventieconsult en de registratie van het meegeven van een vragenlijst van Domus Medica aan de patiënt.

Een tweede manier van weergave van de gegevens is de onderverdeling van preventie die besproken of behandeld werd tijdens de voor de patiënt reeds gekende griepraadpleging[7] (zie TABEL 3).

Een derde manier van weergave van de gegevens is de onderverdeling van preventie waarbij er aan de patiënt een vragenlijst van Domus Medica is meegegeven (1) (zie TABEL 3). Dit is een onderdeel van preventie dat hoort bij de oproep van patiënten.

Oproep van patiënten

Door de artsen zijn er volgens de registratie 197 vragenlijsten van Domus Medica meegegeven via case finding aan de patiënten (1). In de tabel is terug te vinden dat de meeste vragenlijsten meegegeven zijn geweest tijdens de gewone raadpleging met of zonder de combinatie met preventiebespreking (respectievelijk 21,3% en 35%). Toch is er ook een beduidend absoluut aantal terug te vinden tijdens de griepraadpleging met of zonder de combinatie met preventiebespreking (respectievelijk 10% en 24,4%). Wat opvalt binnen de registratie is dat er bij één van de artsen beduidend minder registratie is van het meegeven van vragenlijsten van Domus Medica aan de patiënt (zie TABEL 3).

Onze praktijkassistente ontving 210 ingevulde vragenlijsten van Domus Medica, waarvan er 7 vragenlijsten geëxcludeerd werden. Exclusiecriteria hierbij waren patiënten die de vragenlijst pas ingevuld en binnengebracht hadden nadat de registratieperiode afgelopen was (na 31/01/2012), patiënten onder de 18 jaar en overleden patiënten. Dit was van toepassing bij respectievelijk 3 patiënten, 3 patiënten en 1 patiënt. Uiteindelijk bleven er dus nog 203 ingevulde vragenlijsten over.

Een aantal van de vragenlijsten van Domus Medica werden echter meegegeven vooraleer het concrete onderzoek van start ging vanaf oktober 2010 (1). De praktijkassistente markeerde deze ingevulde vragenlijsten als oude vragenlijst in het preventiesjabloon. De vragenlijsten die tijdens het onderzoek zijn meegegeven aan de patiënten werden benoemd als nieuwe vragenlijsten in het dossier. In de resultaten per arts konden er na overname van de markering door de praktijkassistente van de ingevulde vragenlijsten per patiënt drie groepen teruggevonden worden. Deze betroffen een groep van patiënten uit de nieuwe lijst, een groep patiënten uit de oude lijst en een groep patiënten zonder vragenlijst. De groep patiënten uit de oude lijst blijft hierin een zeer klein percentage vormen: de resultaten vormen 3% van het totaal van de resultaten van alle artsen samen.

Selectie van risicopatiënten

De praktijkassistente berekende uit de ingevulde vragenlijsten van Domus Medica een risicoscore, waarna ze in het preventiesjabloon registreerde of de patiënt een risicopatiënt betrof of niet. In totaal zijn er uit de 203 registraties van ingevulde vragenlijsten 101 risicopatiënten (49,8%) en 102 patiënten die geen risicopatiënten waren (50,2%) vastgesteld. Er is in de tabel getracht een overzicht te geven van het aantal berekende risicopatiënten ten opzichte van alle patiënten waarbij een preventiesjabloon geopend is geweest. Via een overname van de markering van de praktijkassistente van de ingevulde vragenlijsten per patiënt zijn er opnieuw in de resultaten per arts drie groepen teruggevonden. Deze betroffen de berekende risicopatiënten, de patiënten die volgens de berekening geen risicopatiënten zijn en de patiënten waarbij er geen risicoscore berekend is geweest (zie TABEL 3). Hierin vormt de groep van berekende risicopatiënten van alle artsen samen 26% van het totaal aantal geopende preventiesjablonen. In totaal is er ten opzichte van het totaal aantal geopende preventiesjablonen per patiënt bij 39% van de patiënten een risicoscore berekening gebeurd uit de ingevulde vragenlijst van Domus Medica.

[7] Binnen de groepspraktijk is er immers in de maanden oktober en november al een aantal jaar een griepraadpleging voorzien. Patiënten weten dat ze op dat moment enkel kunnen komen voor het plaatsen van hun griepspuit. Er wordt dan minder tijd per patiënt voorzien en gebruik gemaakt van de praktijkverpleegkundige voor de technische akte, namelijk het plaatsen van de griepspuit. De arts houdt zich op dat moment voornamelijk bezig met de administratie en kijkt per patiënt na hoe het zit met de verdere vaccinatie status omtrent tetanus- en eventuele pneumokokkenvaccinatie. Deze zaken betreffen dus allemaal ook preventieve handelingen.

Verdeling van preventie

In de tabel is te zien dat er in totaal er over de registratieperiode 228 preventiebesprekingen en 85 preventieconsulten zijn geweest (zie TABEL 2). Wat betreft de concrete bespreking en behandeling van preventie verloopt dit dus globaal gezien meer tijdens de gewone consultatie (72,8%) dan in een apart preventieconsult (27,2%) (zie ook FIGUUR 3a).
Rekening houdend met alle aantallen waarin minimum één concreet preventie-item behandeld is geweest vergeleken met het totaal aantal preventiesjabloonregistraties, kan er geconcludeerd worden dat dit ongeveer 81,1% betreft. In 18,9% is er dus louter ofwel een vragenlijst meegegeven aan de patiënt of gepolst wat de interesse van de patiënt was in het preventieconsult. Hiermee is te zien dat er toch nog bijna 1/5 van de registraties handelingen betreffen, nodig voor enkel het opstarten van preventie.
Als er gekeken wordt naar de resultaten per arts, is het opvallend dat bij één van de artsen de absolute aantallen beduidend lager liggen (zie TABEL 2 en FIGUUR 3b). Deze arts heeft dus globaal genomen minder gebruik gemaakt van het preventiesjabloon.

In totaal zijn er 117 registraties in kader van de griepraadpleging. Ten opzichte van alle registraties in het preventiesjabloon betreft dit 25,7%. De overige 74,3% kan dan verder verdeeld worden in 18,9% met louter zaken nodig voor het opstarten van preventie en 55,4% van de overige preventie waarin minimum één preventie-item behandeld is geweest. Uit de resultaten is eveneens af te leiden dat bij de meerderheid van de artsen (namelijk 3 van de 5 artsen) tijdens de griepraadpleging voornamelijk eveneens een vragenlijst van Domus Medica meegegeven is geweest aan de patiënt. Bij de overige twee artsen lijkt het meeste binnen de griepraadpleging eveneens een preventiebespreking plaatsgevonden te hebben (zie TABEL 3).

Registratie van preventie-items

Actie
In de tabel is terug te vinden dat er in totaal 319 keer geregistreerd is geweest achter de preventie-items (zie TABEL 4). Dit betreft dan de registratie van de concrete *actie* dat ondernomen is geweest bij het betreffende preventie-item, met name een bespreking, planning, behandeling of resultaat. Hiervan heeft de praktijkassistente ongeveer 64 keer (20,1%) iets geregistreerd. Door de vijf artsen samen is er dus in totaal 255 keer (79,9%) hiervan iets geregistreerd geweest. De resultaten van de praktijkassistente vormen dus ook een belangrijk deel van de totale registratie van de preventie-items. Er kan onmiddellijk ook gezien worden dat er achter twee preventie-items binnen het preventiesjabloon over de registratieperiode nooit iets ingevuld is geweest, namelijk achter het item “ambulante bloeddrukmeting” en “enkel arm index”. Binnen de resultaten van de artsen is er eveneens vast te stellen dat er achter de preventie-items “prostaat”, “longfunctie” en “EKG” in totaal slechts minder dan 5 registraties gebeurd zijn (zie FIGUUR 4a).
De registratie per preventie-item over de registratieperiode is ook in de tabel terug te vinden per arts (zie TABEL 4). Er is een grote spreiding in de resultaten per arts (zie FIGUUR 4b). Hierbij wordt er bevestigd dat er door één van de artsen het preventiesjabloon niet veel geopend is geweest voor de registratie van preventie-items. Ten opzichte van de totale registratie door de artsen bedraagt dit 0,8%.

Fase van gedragsverandering
Normaliter is er bij het invullen van een preventie-item ook steeds een registratie gebeurd van de *fase van gedragsverandering* waarin de patiënt zich bevindt ten opzichte van het betreffende preventie-item (3-7). Afgaande van de registratie binnen het preventiesjabloon is bij totaal van 8 patiënten een concrete gedragsverandering gezien gedurende de gehele registratieperiode. Dit betrof de volgende preventie-items: “rookgewoonten” , “vaccinatie”, “colonkankerscreening” en “alcoholverbruik”. Hierbij is er een gedragsverandering teweeggebracht bij respectievelijk 1, 2, 3 en 2 patiënten (zie TABEL 5).

Responsratio: interesse in preventieconsult
De *responsratio* zou normaal onder andere uit de registratie van de interesse van de patiënt in een preventieconsult gehaald worden, naast de feedback uit de ingevulde vragenlijsten na deelname of weigering van een preventieconsult.
Uit de tabel kan echter afgeleid worden dat er in totaal slechts 20 registraties gebeurd zijn van de interesse van de patiënt in een preventieconsult (zie TABEL 5). De meerderheid van de bevraagde patiënten, namelijk 14 patiënten (70%), toonde interesse voor het preventieconsult. De overige 6

patiënten (30%) wensten na bevraging liever niet deel te nemen aan een preventieconsult. Wegens het lage aantal registraties kunnen de resultaten echter een vertekend beeld geven.

Responsratio uit vragenlijst bij deelname preventieconsult

Er zijn in totaal slechts 26 vragenlijsten bij deelname aan preventieconsult ingevuld door de patiënten. In totaal zijn er echter 85 preventieconsulten geweest tijdens de registratieperiode (zie TABEL 6). Er is dus slechts door bijna 1/3 van de deelnemende patiënten (30,6%) een ingevulde vragenlijst bij deelname aan preventieconsult teruggegeven.
Bij de verwerking van de ingevulde vragenlijsten zijn er slechts 3 patiënten (11,5%) die ooit van een preventieconsult gehoord hadden. De overige 23 patiënten (88,5%) geven aan nog nooit eerder van een preventieconsult gehoord te hebben.
Bij verder navragen wat een preventieconsult volgens hun juist inhoudt, begrijpt de overgrote meerderheid, namelijk 21 patiënten (80,8%), wat de bedoeling hiervan is. Er wordt ook door een drietal patiënten (11,5%) aangegeven dat er volgens hun items besproken en onderzocht worden, waarvan ze schrik hebben dat ze anders door tijdsgebrek soms niet aan de orde komen. Door 2 patiënten wordt er aangegeven dat de items die er besproken en onderzocht worden, ook wel zouden gebeuren tijdens de gewone consultatie (7,7%).
De meeste patiënten, namelijk 14 patiënten (53,8%), hebben aangegeven dat ze het preventieconsult geruststellend vonden: ze hebben het gevoel dat ze nu beter opgevolgd zullen worden. Toch ook een aanzienlijk aantal, namelijk 10 patiënten (38,5%), heeft aangegeven het preventieconsult als verhelderend te ervaren: ze geven aan nu een beter overzicht te hebben op wat best dient opgevolgd te worden en wanneer. Er is een zevental keer (26,9 %) aangegeven geweest dat het preventieconsult als nuttig is ervaren. Andere bijkomende commentaren waren de volgende: “Zaken zijn gemakkelijker bespreekbaar” en “Er zijn zaken besproken geweest waarvoor ik anders niet onmiddellijk een afspraak zou maken”.
Bij het polsen of de patiënt naar de toekomst toe opnieuw zouden ingaan op het voorstel van een preventieconsult hebben 24 patiënten (92,3%) positief geantwoord. Het meeste, namelijk 20 keer (76,9%), is er als achterliggende reden opgegeven dat ze er op tijd willen bijzijn als er iets zou schelen met hun gezondheid. Ongeveer een tiental keer (38,5%) is volgende antwoord aangeduid geweest: “Het is een goed initiatief”. Door 2 patiënten is er aangehaald dat er zo via één apart consult zaken kunnen gebeuren waarvoor er anders soms zelf terug vergeten wordt om hiervoor een nieuwe afspraak te maken. Een bijkomende commentaar die 1 patiënt genoteerd had, is dat het geregeld geven van een overzicht binnen een preventieconsult handig is.
De bespreking van de preventie-items is per patiënt ook bevraagd. Patiënten mochten aanduiden of het preventie-item besproken is en of de eventueel gegeven uitleg duidelijk was. Er is geen enkele keer aangegeven dat de eventueel gegeven uitleg niet duidelijk was. Alle patiënten die de vragenlijst ingevuld hebben, geven aan over het algemeen tevreden te zijn.

Responsratio uit vragenlijst bij weigering preventieconsult

Er zijn in totaal slechts 6 vragenlijsten bij weigering van deelname aan een preventieconsult ingevuld door de patiënten (zie TABEL 9).
Bij de verwerking van de ingevulde vragenlijsten, valt voornamelijk op dat niemand van de patiënten ooit op voorhand van een preventieconsult gehoord heeft. Als er gepolst wordt naar wat een preventieconsult volgens hun inhoudt, zijn de reacties verschillend: Een tweetal patiënten begrijpt niet goed wat de bedoeling van is van een preventieconsult. Nog 2 patiënten geven aan dat ze denken dat er items besproken en onderzocht worden, die volgens hun ook wel zouden gebeuren tijdens de gewone consultatie. Eén van hun geeft aan wel te begrijpen wat het doel is van een preventieconsult. Van de overige 2 patiënten begrijpt 1 patiënt niet waarom deze items apart dienen besproken te worden en geeft de andere patiënt aan dat de items die erin besproken en onderzocht worden nutteloos zijn.
De achterliggende redenen waarom de patiënten een preventieconsult weigeren, zijn de volgende: Het meeste wordt er aangegeven aan dat ze wel op tijd naar de dokter gaan als ze voelen dat er iets scheelt. Een aantal patiënten begrijpt niet waarom een preventieconsult zinvol is. Ook hebben een paar patiënten als argument dat ze de meeste preventie-items zelf al goed te laten opvolgen, waarop ze aangeven dat er niet veel meer besproken kan worden in een preventieconsult. Extra argumenten die door de patiënten zelf aangehaald werden: “Vroeger werd dit toch ook niet gedaan” en “Op onze leeftijd is dit toch niet meer echt nodig”.

DISCUSSIE

Preventiesjabloon: Meerwaarde op praktijkniveau

Uiteindelijk zijn er via de registratie inderdaad een heel deel resultaten bekomen. Het totaal aantal consultaties, het totaal aantal preventieconsulten en het totaal aantal preventiebesprekingen zijn eruit gehaald. Normaal was het de bedoeling dat iedere arts enkel een preventiesjabloon opende op het moment dat een patiënt enkel voor preventie op consultatie kwam. Soms is er uit gewoonte toch een gewone raadpleging geopend. Door alle 768 geopende preventiesjablonen allemaal apart af te gaan, zijn er nog veel ontbrekende preventieconsulten teruggevonden.
Een overzicht van de registraties per arts toonde aan dat het een belangrijke voorwaarde blijft dat de arts steeds alle preventieve aktes noteert in het preventiesjabloon en niet onder de gewone raadpleging. Hierdoor is er toch nog een globale onderschatting nog mogelijk van de resultaten van de preventieve aktes per arts en in totaal.
Uit de evaluatie van de frequentie van bespreking per preventie-items in het preventiesjabloon is duidelijk te zien dat preventie niet steeds enkel geregistreerd is geweest binnen het preventiesjabloon. De bekomen evaluaties uit de vragenlijst van deelname aan een preventieconsult van slechts 26 patiënten overschrijden of evenaren soms het totaal aantal ingevulde acties per preventie-item in het preventiesjabloon van alle patiënten waarbij een preventiesjabloon geopend is (zie TABELLEN 4,8 en FIGUREN 4-5).

Voor de discussie is er ook apart samengezeten met elk van de deelnemende artsen. Elk van de onderstaande punten is overlopen per arts. Op die manier is er getracht ook hun ervaringen van het opgestarte onderzoek te incorporeren binnen de discussie.

Voorbereiding onderzoek

Preventiesjabloon en overzichtskader
De ontwikkeling van het preventiesjabloon en het overzichtskader door de computerprogrammeurs van ons computerprogramma Health One verliep niet zo vlot. Door deze problemen schoof de registratieperiode dus op van begin augustus 2011 tot en met de maand oktober 2011. Over die drie maanden kende het onderzoek echter een trage start. Een belangrijke reden hiervoor is dat het onderzoek startte op een moment dat een deel van de deelnemende artsen in verlof waren of gingen vertrekken. Bovendien bleken september en oktober 2011 zeer drukke maanden te zijn in onze praktijk voornamelijk door de opkomende infecties. In oktober kwam hierbij ook nog de griepvaccinatie. De registratieperiode is dan verlengd tot en met januari 2012.

Het preventiesjabloon en overzichtskader werden uiteindelijk ook niet zo ontwikkeld zoals afgesproken. De “actie” en “planning” konden niet apart geregistreerd worden. Er is dan besloten om de “actie” te noteren achter het betreffende preventie-item rekening houdend met de fase van gedragsverandering waarin de patiënt zich bevindt ten opzichte van het preventie-item. Een belangrijk nadeel hiervan is dat de registratie van de artsen zeer uniform moest gebeuren om achteraf alle resultaten eruit te kunnen halen. Dit heeft zeker een invloed gehad op de uiteindelijke resultaten die uit het onderzoek gekomen zijn.

Populatie
Uiteindelijk had de onderzoekspopulatie meer afgebakend moeten zijn. Bij de verwerking van de ingevulde vragenlijsten door de praktijkassistente zijn de patiënten onder de 18 jaar geëxcludeerd uit de studie. Uiteindelijk betrof dit slechts drie patiënten, waaraan door het secretariaat systematisch een vragenlijst meegegeven was. Een reden voor de exclusie is dat patiënten onder de 18 jaar geen risicopatiënten zijn. Uit de risicoscore berekening die voornamelijk focust op een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes type 2 en nierziekten, zullen deze patiënten te weinig elementen hebben om tot een risicoscore te komen. Een andere reden is dat er door de artsen eveneens op basis van case finding geen vragenlijsten van Domus Medica zijn meegegeven aan deze leeftijdsgroep (1). Het was de bedoeling dat via case finding vragenlijsten meegegeven werden aan patiënten waarbij preventie zinvol is. Dit betreft voornamelijk patiënten die volgens de arts als risicopatiënten zouden bestempeld kunnen worden of waarbij verschillende preventie-items zouden besproken kunnen worden.
Tijdens de registratieperiode is er eveneens geen preventiesjabloon geopend voor personen onder de 18 jaar. Zoals reeds eerder is aangegeven, kan dit mogelijks een vertekend beeld geven achteraf bij

de procentuele vergelijking tussen preventie en alle gewone consultaties. Om de populatiegroepen binnen het preventiesjabloon en de gewone consultaties meer gelijk te trekken, is er om die reden ook een vergelijking gemaakt van de geopende preventiesjablonen en met alle consultaties van ambulante patiënten vanaf 18 jaar over de registratieperiode.

Oproep van patiënten

Het meegegeven van de vragenlijst van Domus Medica gebeurde systematisch en via case finding. Systematisch was er weinig vraag van de patiënt aan het secretariaat om de vragenlijst te mogen invullen. Het verduidelijken van de boodschap op het scherm in de wachtzaal, bracht hier geen verbetering in. Het systematisch meegeven van vragenlijsten aan nieuwe patiënten door het secretariaat verliep wel goed.
Voornamelijk in het begin van het onderzoek en op drukkere momenten in de praktijk zijn er via case finding door de artsen minder vragenlijsten meegegeven aan de patiënten. Een duidelijke vermeerdering in het meegeven van het aantal vragenlijsten trad op tijdens de griepraadplegingen. Dan gebeurde dit bijna automatisch door de arts bij iedere patiënt.
Het toepassing van de vragenlijst van Domus Medica in de oproep van patiënten wordt door alle artsen zinvol bevonden. De bedoeling is om in de toekomst dit te blijven meegeven aan de patiënt. Case finding blijft een belangrijk medium in het meegegeven van de vragenlijst aan de patiënt.
Systematisch is er de suggestie om in de toekomst naast een boodschap op het scherm in de wachtzaal, ook patiënten hiervoor op te roepen via de website of het eventuele gebruik van een tablet. Een ander voorstel is gebruik te maken van patiëntenfolders in de wachtzaal waarin het principe van preventie, het preventieconsult en de bedoeling van de vragenlijst van Domus Medica verder uitgelegd wordt (1).

Eén van de deelnemende artsen bleek na overleg inderdaad geen of amper een registratie in het preventiesjabloon gemaakt te hebben na het meegeven van een vragenlijst van Domus Medica aan een patiënt. Dit verklaart het lage aantal registraties hiervan. Het resultaat van het totaal aantal meegegeven vragenlijsten door de artsen aan de patiënt is dus een onderschatting van wat er in werkelijkheid is meegegeven aan de patiënt (1).

Selectie en aanpak van risicopatiënten

Een risicoscoreberekening uit ingevulde vragenlijsten van Domus Medica voor de selectie van risicopatiënten hieruit wensen alle deelnemende artsen te behouden. Door één van de artsen werd de risicoscoreberekening op basis van de NHG standaard Preventieconsult module Cardiometabool Risico echter te beperkt bevonden (1-2). Er zouden zo nog risicopatiënten gemist kunnen worden, doordat er enkel gefocust wordt op risicofactoren voor cardiovasculaire aandoeningen, diabetes type 2 en nierziekten. De preventie-items die niet hierop gericht zijn, worden niet in rekening gebracht. Voorlopig is er echter geen andere gestandaardiseerde risicoscoreberekening beschikbaar. Zolang dit niet het geval is, zijn de artsen het er over eens voorlopig de huidige risicoscoreberekening te behouden. Er zijn hiermee toch ongeveer iets meer dan ¼ van de totale populatie waarbij er een preventiesjabloon geopend is, risicopatiënten geselecteerd.
De programmeurs van het elektronisch medisch dossier zijn bezig met de ontwikkeling van de mogelijkheid tot het rechtstreeks kunnen aanvinken van de vragenlijst van Domus Medica in het dossier. Op die manier zouden de gegevens automatisch kunnen verwerkt en overgenomen worden binnen het dossier. Het zou dan naar de toekomst toe interessant zijn moest er een tool bestaan waarbij het elektronisch medisch dossier (EMD) hierbij ook automatisch een risicoscoreberekening kan doen. Hierna zou er dan via een melding in het EMD aan de arts kunnen aangegeven worden of het een risicopatiënt betreft (1-2).

Er zijn eveneens weinig van de berekende risicopatiënten door de artsen echt opgeroepen voor een preventieconsult. Door tijdsgebrek kwamen de meeste artsen hier niet aan toe. De belangrijkste onderliggende reden aangehaald door de deelnemende artsen is het gebrek aan tijd en ruimte om de patiënten hiervoor apart terug te zien op consultatie. De ervaring van de artsen is dat dit in een drukke praktijk momenteel niet voor iedere risicopatiënt organisatorisch haalbaar is. Wel maakten sommige artsen een nota of planning op in het dossier. Bij een volgend contact met de betreffende patiënt is dit dan verder besproken geweest. Een aantal van de artsen namen enkel de ingevulde vragenlijst van de risicopatiënt door, waarna ze voorlopig tot er meer tijd beschikbaar was de papieren klasseerden.

Belangrijk hierin blijkt dat het voor de artsen voornamelijk minder tijdsintensief is. Een mogelijke automatisering van de verwerking en melding van een risicopatiënt in het dossier, zou al voor een deel het werk kunnen reduceren. Doordat het hier geen echt dringende medische interventie betreft, kan dan bij een volgend contact met de patiënt een verdere bespreking van de preventie plaatsvinden.

Verdeling van preventie

Binnen het onderdeel veldwerk van de resultaten is besproken dat het preventiesjabloon om verschillende redenen aangeklikt geweest is. De doel van de weergave van de gegevens op diverse manieren in een aantal groepen is een beter zicht te krijgen op de verdeling van verschillende redenen waarom het preventiesjabloon geopend is.
Over het algemeen heeft het duidelijk gemaakt dat er toch nog bijna 1/5 van de registraties handelingen betreft, die enkel dienen voor het opstarten van preventie. De griepraadpleging vormt volgens de resultaten een belangrijk onderdeel waarin deze handelingen en eventueel preventie-items kort aangehaald kunnen worden. Het vormt een vast moment waarin de (risico)patiënten weten dat ze enkel komen voor de griepspuit. Dit is uiteraard over de jaren heen zo voorgelegd aan de patiënt en wordt op heden aangenomen door de patiënten. De griepraadpleging lijkt alvast handig als vast moment om bij (risico)patiënten de status van de preventie-items te checken, de vragenlijst van Domus Medica mee te geven en eventueel te polsen naar de interesse van de patiënt in een preventieconsult.

<u>Preventieconsulten en preventiebesprekingen</u>
De verklaring in verschil van percentage tussen het aantal preventieconsulten ten opzichte van aantal preventiebesprekingen, kan onder andere teruggevonden worden in de mening van de meeste deelnemende artsen. Een aantal van de artsen vinden een apart preventieconsult enkel haalbaar als een patiënt zelf op raadpleging komt voor een algemene check-up of enkel preventie te bespreken. Op dat moment is er tijd beschikbaar om zoveel mogelijk preventie-items tijdens de raadpleging in orde te brengen. Tijdens de gewone raadpleging kan er indien er nog tijd beschikbaar is, kort een bepaald preventie-item eventueel aangeraakt worden. Met andere woorden “preventiebespreking” lijkt dus voor de artsen momenteel als het meest haalbare om meer met preventie bezig te zijn.

De registratie van een preventieconsult of –bespreking gebeurde echter niet altijd op de correcte manier. Zoals er reeds aangegeven is geweest, is er soms zowel het preventiesjabloon als een gewone consultatie geopend, terwijl de patiënt enkel voor preventie kwam. Deze preventieconsulten zijn achteraf teruggevonden. Het kan echter ook nog mogelijk zijn dat er alleen een gewone consultatie geopend is geweest, ondanks dat de patiënt enkel voor preventie op de consultatie gekomen is. Deze “preventieconsulten” zijn dan niet verschenen in de resultaten en konden achteraf ook niet teruggevonden worden. Van het aantal “preventiebesprekingen” kan er echter ook een onderschatting bestaan. Het preventiesjabloon werd immers niet altijd consistent geopend als er tijdens de gewone consultatie ook preventie besproken is geweest.
Wat opviel na het overlopen van elk van de geopende preventiesjablonen, is dat er toch ook regelmatig patiënten op eigen initiatief voor preventie op de consultatie komen. Dit kon ook wel vermoed worden uit de resultaten: uiteindelijk zijn er toch 85 preventieconsulten geregistreerd, ondanks dat er door de artsen zeer weinig (risico)patiënten terug opgeroepen geweest zijn hiervoor. Ook is er weinig gepolst naar de interesse van de patiënt in een preventieconsult om de aanzet hiertoe te geven. Om dan toch aan ¼ van het totaal aantal van de preventieconsulten en preventiebesprekingen te geraken, moet er toch een behoorlijk deel van de patiënten zelf op raadpleging gekomen zijn voor preventie. Het aandeel van preventieconsulten binnen de griepraadpleging hierin mag natuurlijk niet vergeten worden. Toch beslaat dit slechts 19% van de totale preventieconsulten.

Registratie van preventie-items

<u>Gebruik van het preventiesjabloon en overzichtskader</u>
De meeste deelnemende artsen vinden het preventiesjabloon een zeer handige tool en willen het graag blijven gebruiken. Er is aangegeven dat preventieve besprekingen en behandelingen hierdoor gemakkelijker terug te vinden zijn in het dossier. De meeste artsen hebben de indruk hierdoor meer en bewuster met preventie bezig te zijn. De artsen ervoeren de opvolging als tastbaarder en hadden de indruk dat de drempel om preventie te bespreken lager was.

Bij één van de artsen was echter te zien dat het preventiesjabloon veel minder geopend is geweest. Deze arts geeft aan al zeer veel met preventie ervoor bezig te zijn, maar registreerde dit gewoonlijk binnen de gewone raadpleging. Door deze gewoonte heeft de arts veel minder eraan gedacht om het preventiesjabloon telkens te openen bij de bespreking van preventie. Dit verklaart het verschil in resultaten bij deze arts ten opzichte van de andere artsen. De mogelijkheid om ook apart achter elk preventie-item een actieplan of planning te kunnen invullen werd gemist door één van de artsen. Het zou handig zijn moest er de mogelijkheid bestaan om per preventie-item inderdaad steeds de actie, de eventuele fase van gedragsverandering waarin de patiënt zich bevindt ten opzichte van het item en de planning te kunnen registreren. Ook steeds het laatst geregistreerde van elk van deze onderdelen zou dan overgenomen moeten worden in het overzichtskader. Er werd ook aangehaald dat de beschikbare patiëntenfolders en interessante websites minder tot hun recht gekomen zijn (zie BIJLAGEN 6-7). Nu diende de arts hiervoor steeds in een apart folder te gaan zoeken achter het betreffende document. Dit zou meer gelinkt moeten worden aan het elektronisch medisch dossier en eveneens vrij beschikbaar moeten zijn op de website voor patiënten.

Het overzichtskader wordt iets minder enthousiast onthaald, voornamelijk doordat het soms veel te lang duurt vooraleer een dossier met overzichtskader geopend is. Dit komt doordat het overzichtskader steeds een heel deel analyses doorloopt om de noodzakelijke preventie-items te kunnen tonen. Hierdoor hebben een aantal van de artsen het onmiddellijk uitgezet en amper gebruikt. De artsen die het gebruikt hebben, vinden het wel een heel handige tool. Als het kan werken via een snellere pop up (dat via een knop opgeroepen kan worden) of het gewoon veel minder tijd zou vragen bij het openen van elk dossier, zouden de artsen het eveneens graag willen behouden.

<u>Preventiesjabloon: meerwaarde op patiëntenniveau</u>

De meeste resultaten zouden bekomen worden via de feedback uit opgestelde vragenlijsten (zie TABELLEN 7-9). Hiervoor dienen er ten eerste uiteraard zoveel mogelijk vragenlijsten uitgedeeld dienden te worden door de deelnemende artsen. Daarvoor moesten er patiënten zijn die ofwel aan een preventieconsult deelgenomen hebben ofwel niet geïnteresseerd waren om aan een preventieconsult deel te nemen. Het is dus belangrijk dat hiervoor de bevraging omtrent de interesse in een preventieconsult gebeurt door de arts. Uit de resultaten van de registratie en na overleg met de collega's blijkt dit niet veel gebeurd geweest te zijn. Ten tweede is er de afhankelijkheid van de arts aan de vrijwillige deelname van de patiënt om de vragenlijst in te vullen en terug te brengen. Hierbij zijn er uiteindelijk ook steeds een deel patiënten die de vragenlijst niet ingevuld terugbrengen naar de praktijk.

De mogelijke globale onderschatting van de resultaten van de preventieve aktes per arts en in totaal beïnvloedt ook de evaluatie van een eventuele gedragsverandering bij de patiënt. Enkel tijdens het noteren in het preventiesjabloon werd er aan gedacht om de fase van gedragsverandering eventueel te registreren. Deze registratie gebeurde echter ook niet altijd consistent.

Uiteraard zijn de ervaringen van de artsen bij onderstaande punten ook van belang om te bekijken wat voor hun de knelpunten waren in het bekomen van de responsratio.

Responsratio: Interesse in preventieconsult

Zoals reeds eerder vermeld is er door de deelnemende artsen zeer weinig gepolst of de patiënt interesse had in een preventieconsult. Achterliggende redenen hiervoor zijn voornamelijk het tijdsgebrek om dit regelmatig te bevragen binnen de gewone consultatie en de organisatie van een apart preventieconsult per patiënt niet haalbaar vinden in tijd en ruimte.
Door het lage aantal registraties kunnen de resultaten onvoldoende fungeren als referentie voor het totaal aantal ambulante patiënten.

Responsratio uit vragenlijsten bij deelname of weigering preventieconsult

Er zijn weinig vragenlijsten bij deelname aan of weigering van een preventieconsult ingevuld door de patiënten. Een belangrijke oorzaak hiervoor is het zeer weinig bevragen en registreren door de artsen van de interesse van de patiënt in een preventieconsult. Dit kan een eerste aanzet vormen om bij interesse de patiënt terug op te roepen in een apart preventieconsult. Na bevraging bij de artsen zijn

er door elk van hen slechts weinig risicopatiënten opgeroepen geweest met de vraag of ze terug konden komen op preventieconsult. Een verminderde oproep van patiënten geeft automatisch ook minder preventieconsulten.
Bij afwezige interesse in een preventieconsult kon onmiddellijk aan de patiënt gevraagd worden om de vragenlijst bij weigering van een preventieconsult in te vullen of te overlopen. Dit kan een belangrijke oorzaak vormen waarom er door de artsen weinig vragenlijsten hiervan zijn meegegeven aan de patiënt.

Ondanks dat er 85 preventieconsulten geregistreerd zijn geweest, zijn er door de deelnemende artsen weinig vragenlijsten van deelname aan een preventieconsult meegegeven aan de patiënt. Er werd hier meestal niet aan gedacht als de patiënt op eigen initiatief op preventieconsult kwam. Ook na een preventieconsult tijdens de griepraadpleging zijn er geen vragenlijsten aan de patiënt meegegeven. Dit kan komen door het tijdsgebrek tijdens de griepraadpleging. Een andere reden is dat het door de artsen niet aanzien werd als een mogelijk preventieconsult, maar als een griepraadpleging. Om toch meer feedback te verkrijgen van de patiënten die deelgenomen hebben aan een preventieconsult, is er aan de hand van de verkregen resultaten gekeken aan welke patiënten er nog niet gevraagd is geweest om de vragenlijst in te vullen. Achteraf is er aan deze patiënten gevraagd of zij alsnog de vragenlijst bij deelname aan preventieconsult konden invullen.

De ingevulde vragenlijsten vormen een belangrijk onderdeel van de verdere evaluatie van de responsratio bij de patiënt. Er is in het algemeen de indruk dat het begrijpen van wat de bedoeling is van een preventieconsult een belangrijke factor vormt in het toezeggen van een deelname aan een preventieconsult.
Voor de patiënt die deelnam aan het preventieconsult, lijkt het overzicht over welke preventie-items wanneer bij de patiënt persoonlijk dienen opgevolgd te worden hierin van belang. Ze hebben hierbij het gevoel beter opgevolgd te worden. De meeste patiënten wensen naar de toekomst toe opnieuw in te gaan op het voorstel voor een preventieconsult. Ze hebben het gevoel er zo meer op tijd bij te zijn als er iets zou schelen met hun gezondheid (zie TABEL 7).
Voor de patiënt die niet deelnam aan het preventieconsult, is het moeilijker door het lage aantal ingevulde vragenlijsten om hierover zicht te krijgen wat de achterliggende redenen hiervoor zijn. Het meeste valt op dat de patiënt geen nut of meerwaarde in een preventieconsult ziet. Dit komt doordat ze soms niet begrijpen wat een preventieconsult juist inhoudt. Preventie wordt door een aantal niet echt nodig bevonden. Er wordt aangegeven dat ze wel naar de dokter zullen gaan als ze voelen dat er iets scheelt. Een andere reden is dat de patiënt vindt dat hij/zij zich op vlak van preventie al goed laat opvolgen (zie TABEL 9).

Registratie van preventie-items

<u>Fasen van gedragsverandering</u>
Alle artsen vonden de incorporatie van de fasen van gedragsverandering zinvol, maar niet voor alle preventie-items. Het is vooral zinvol bevonden om dit toepassen op preventie-items met betrekking tot een eventuele levensstijlverandering, namelijk bij “rookgewoonten”, “voeding”, “beweging”, “alcoholverbruik”, “slaapmiddelen” en “druggebruik”. De artsen ervaren de fasen als een goede kapstok ter ondersteuning bij de begeleiding van de patiënt. Ze wensen dit te blijven gebruiken. De registratie ervan gebeurde echter niet zo vlot. Zoals reeds vermeld is er een onderschatting van het totaal aantal resultaten en dus eventuele gedragsveranderingen bij de patiënten mogelijk. Een belangrijke reden hiervoor is het belang van een uniforme registratie om alle resultaten achteraf uit het onderzoek te kunnen halen. Tijdens de gewone consultatie of een preventieconsult hadden de artsen geen tijd om uit te zoeken hoe hun bespreking en behandeling nu specifiek geregistreerd moest worden. Naar de toekomst toe is er de hoop op een beter gestroomlijnd EMD om verschillen in registratie tussen de artsen zo klein mogelijk te houden.

BESLUIT

Om meer systematisch en evidence based preventie aan te bieden is de meerwaarde van een preventiesjabloon in het EMD en de toepassing van het preventieconsult in de praktijk onderzocht geweest.

Op patiëntenniveau

Uit de bevraging lijkt de overgrote meerderheid van de respondenten wel open te staan voor preventie in het algemeen. De meeste patiënten zijn zich bewust van wat preventie juist inhoudt. Wegens het lage aantal resultaten in de responsratio kunnen de besluiten hieruit als niet significant beschouwd worden.
Voor de evaluatie van een eventuele gedragsverandering bij de patiënt is de registratieperiode te kort. Bovendien is de registratie hiervan in het preventiesjabloon onvoldoende consistent gebeurd om dit te kunnen evalueren over de registratieperiode.

Op praktijkniveau

Het onderzoek resulteerde in een meer systematische en gecontroleerde aanpak van preventie met meer transparantie tussen de collega's onderling. Er is de beleving dat er meer bewust en vaker preventie besproken en behandeld geweest is. Het gebruik van het preventiesjabloon gaf voor de meeste artsen meer structuur en een overzicht over de te bespreken preventie-items. Het overzichtskader in het EMD met alle preventie-items wordt hierbij zeker zinvol bevonden. De incorporatie van de fase van gedragsverandering per preventie-item werd door de meesten positief onthaald, met een blijvende toepassing op voornamelijk de preventie-items met betrekking op de levensstijl. Via de ontwikkeling van informatiefolders en interessante websites per preventie-item is de evidence per preventie-item voor de artsen geactualiseerd

Er kon vanuit de registratie evenwel geen significante uitspraak gedaan worden of er op praktijkniveau een verbeterde registratie en bespreking was van de preventie-items.
Enerzijds bleek dat er binnen de praktijk een te grote diversiteit was in de manier van registreren en het gebruik van het preventiesjabloon. Anderzijds konden de huidige registraties niet vergeleken worden met een nulmeting. Daarnaast bleek door de veelheid aan interventies binnen het onderzoek de outcome moeilijk meetbaar.
De registratie in de module zelf werd als ingewikkeld en tijdsintensief ervaren en werd hierdoor niet consequent en te weinig toegepast.

Toepassing van het preventieconsult

Door onvoldoende uniforme registratie in het preventiesjabloon kan er geen significante conclusie getrokken worden of het preventieconsult een meerwaarde vormt.
Het preventieconsult werd door alle patiënten die de vragenlijst invulden als zeer positief ervaren. De overgrote meerderheid zou er opnieuw aan deelnemen.
Er is in het algemeen de indruk dat het begrijpen van wat de bedoeling is van een preventieconsult een belangrijke factor vormt in het toezeggen van een deelname aan een preventieconsult. De patiënt informeren over het doel en de inhoud van een preventieconsult blijkt dus belangrijk om de niet gezonde, zorg mijdende, niet begrijpende patiënt beter te bereiken. Ook heeft de patiënt het gevoel zich al goed te laten opvolgen op preventief vlak, waardoor een preventieconsult minder zinvol lijkt te zijn.
Voorlopig is het systematisch organiseren van aparte preventieconsulten per patiënt door de deelnemende artsen niet haalbaar bevonden, voornamelijk wegens tijdsgebrek. Het principe van een preventieconsult toe te passen wordt wel positief onthaald als de patiënt uit eigen initiatief op de raadpleging komt voor enkel preventie. Het belangrijkste doel van de artsen lijkt voornamelijk een meer constante integratie van preventie gedurende het gehele jaar tijdens de gewone raadpleging.

Naar de toekomst: mogelijke bijkomende onderzoeksvragen

Om meer gesystematiseerde en evidence based preventie aan te bieden in de huisartsenpraktijk zijn er verschillende hypotheses die zich lenen voor verder onderzoek:
Om de systematische oproep meer rendabel te maken, zou er kunnen gewerkt worden met informatiefolders over preventie en het preventieconsult in de wachtzaal. De website zou meer geactualiseerd kunnen worden met informatiefolders, links naar interessante websites per preventie-item om patiënten te sensibiliseren voor hun globaal preventieplan.
Voor de verwerking van de vragenlijsten van Domus Medica en de selectie van risicopatiënten zou de informatica naar de toekomst toe ondersteunend kunnen werken. Een elektronische aanklikbare versie van de vragenlijst in het EMD is al een eerste stap om de informatie omtrent preventie efficiënter over te nemen in het dossier van de patiënt. Bovendien zou het handig zijn, mocht er na het invullen ervan, automatisch een melding in het dossier verschijnen bij de risicopatiënten.
Er is nood aan aanpassing van de software in functie van de vraag. Bij de registratiemogelijkheden achter de preventie-items in het preventiesjabloon is het gemis aangegeven van deze van de planning, naast actie en de fase van gedragsverandering van de patiënt ten opzichte van het preventie-item. Een aanpassing hieromtrent in het EMD zou een meerwaarde kunnen betekenen.
Als suggesties voor het gebruik van het overzichtskader, werden de mogelijkheid om het apart te kunnen aanklikken via een sneltoets of het verschijnen ervan via een snelle pop up in het dossier benoemd.
Een eenvoudigere en meer meetbare onderzoeksvraag kan deze hypotheses op hun interventiekracht toetsen.

ALGEMENE CONCLUSIE

Binnen het onderzoek valt het op dat er momenteel een variabele en niet consequente registratie gebeurt van preventie. Hierdoor konden er geen conclusies getrokken worden over de meerwaarde van de implementatie van een preventiesjabloon in het EMD of de toepassing van het preventieconsult in de huisartsenpraktijk. Er is nood aan verder onderzoek over hoe de bespreking en registratie van preventie meer drempelverlagend ingebouwd kunnen worden binnen de huisartsenpraktijk, waardoor het ook meer systematisch uitgevoerd en geregistreerd wordt.

Het principe van het preventieconsult is onvoldoende gekend. Verder onderzoek is nodig om te zien of een toegenomen sensibilisering van de patiënt omtrent het doel en de inhoud van een preventieconsult, meer risicopatiënten kan bereiken (en er toe kan leiden dat meer patiënten uit eigen initiatief op de raadpleging komen).

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: Vragenlijst bij deelname aan preventieconsult

Vragenlijst bij deelname aan preventieconsult

Belangrijk is voor ons de feedback van de patiënten die deelgenomen hebben aan een preventieconsult. Hierdoor hopen we een beter inzicht te krijgen hoe het preventieconsult door jullie ervaren werd. Bij positieve ervaringen zijn we benieuwd waarom u het preventieconsult als een meerwaarde ervaart. Bij negatieve ervaringen zouden we ook graag feedback hebben om te weten wat de achterliggende redenen hiervoor zijn. Ook willen we hiermee graag te weten komen of er verbetering of zelfs uitbreiding mogelijk is. Onze bedoeling is hiermee voornamelijk de werkzaamheid van een preventieconsult na te gaan in functie van de patiënt.

*1. Had je op voorhand al ooit van een preventieconsult gehoord?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

*2. Wat dacht u op voorhand dat een preventieconsult juist inhield?

- ☐ Hierin worden items besproken en onderzocht nuttig om bepaalde ziekten tijdig op te sporen en zo op tijd te kunnen aanpakken
- ☐ Ik begrijp eigenlijk niet goed wat hier de bedoeling van is.
- ☐ Hierin worden items besproken en onderzocht, die volgens mij anders ook wel zouden gebeuren als ik gewoon langskom voor andere zaken.
- ☐ Hierin worden items besproken en onderzocht, waarvan ik schrik heb dat ze anders door tijdsgebrek soms niet aan de orde komen.
- ☐ Hier worden items besproken en onderzocht, die volgens mij niet echt hoeven besproken of onderzocht te worden.
- ☐ Andere antwoorden:

***3. Ik heb het preventieconsult als volgt ervaren:**

- ☐ Positief: namelijk nuttig
- ☐ Positief: namelijk verhelderend: Ik heb nu een beter overzicht op wat er best opgevolgd dient te worden en wanneer.
- ☐ Positief: namelijk geruststellend: Ik heb nu het gevoel dat ik beter opgevolgd zal worden.
- ☐ Negatief: namelijk tegenvallend: ik had er meer van verwacht, namelijk …

- ☐ Negatief: namelijk onduidelijk: Ik heb er niet veel van begrepen.
- ☐ Negatief: namelijk nutteloos: ik begrijp niet waarom een apart preventieconsult handig is.
- ☐ andere redenen:

***4. Ik zou in de toekomst opnieuw ingaan op het voorstel van preventieconsult:**

- ☐ Ja, want ik wil er op tijd bij zijn als er toch iets zou schelen met mijn gezondheid
- ☐ Ja, want ik vind het een goed initiatief.
- ☐ Ja, want via één apart consult merk ik dat zaken kunnen gebeuren waarvoor ik anders soms vergeet terug een afspraak te maken.
- ☐ Nee, want ik vind dat ik deze zaken zelf al goed bijhield ervoor
- ☐ Nee, want ik vond het toch niet nuttig, omdat ..

- ☐ Nee, want ik vond het tegenvallen en zal wel horen wanneer er iets opnieuw opgevolgd dient te worden.
- ☐ Andere redenen:

*5. Overzicht behandelde onderwerpen:

Duidt steeds aan met + (='ja') of – (='neen') of niet van toepassing. In de laatste kolom onder 'nuttig' wordt gevraagd bij een negatief antwoord een reden op te geven.

Preventie-item	Besproken:	Uitleg duidelijk:	Nuttig?
Bepaling risico hart- en vaatziekten			Reden:
Rookstopbegeleiding			Reden:
Advies gezonde voeding			Reden:
Advies fysieke activiteit			Reden:
Opsporing diabetes			Reden:
Vaccinaties			Reden:
Vroegtijdige opsporing borstkanker			Reden:
Screening baarmoederhalskanker			Reden:
Screening colorectale kanker			Reden:
Bespreking opsporing prostaatkanker			Reden:
Peilen naar gebruik van alcohol			Reden:
Peilen naar gebruik van slaap- en kalmeermiddelen			Reden:

***6. Zijn er zaken die volgens u beter anders hadden kunnen aangepakt worden?**

- ☐ Nee, ik ben over het algemeen tevreden.
- ☐ Ja, namelijk:

  -Welk preventie-item?

  -Voorstellen over hoe het beter zou kunnen:

BIJLAGE 2: Vragenlijst bij weigering deelname aan preventieconsult

Vragenlijst bij weigering deelname preventieconsult

Belangrijk is voor ons de feedback van de patiënten die weigeren deel te nemen aan een preventieconsult. Hierdoor hopen we een beter inzicht te krijgen in wat de drempels of achterliggende redenen hiervoor zijn. Onze bedoeling is hiermee voornamelijk de werkzaamheid van een preventieconsult na te gaan in functie van de patiënt.

*1. Had je op voorhand al ooit van een preventieconsult gehoord?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

*2. Wat houdt volgens u een preventie-consult juist in?

- ☐ Hierin worden items besproken en onderzocht nuttig om bepaalde ziekten tijdig op te sporen en zo op tijd te kunnen aanpakken
- ☐ Ik begrijp eigenlijk niet goed wat hier de bedoeling van is.
- ☐ Hierin worden items besproken en onderzocht, die volgens mij anders ook wel zouden gebeuren als ik gewoon langskom voor andere zaken.
- ☐ Hierin worden items besproken en onderzocht, waarvan ik niet begrijp waarom het nodig is dat ze apart dienen besproken te worden.
- ☐ Hier worden items besproken en onderzocht, die volgens mij niet echt hoeven besproken of onderzocht te worden.
- ☐ Hier worden items besproken en onderzocht die volgens mij nutteloos zijn.
- ☐ Andere antwoorden:

*3. Ik verkies om niet terug te komen voor een apart preventieconsult om zoveel mogelijk preventie-items te bespreken omdat:

- ☐ Ik niet begrijp waarom dit zinvol is
- ☐ Ik hier niet geïnteresseerd in ben
- ☐ Ik hier geen tijd voor heb
- ☐ Ik de meeste preventie-items zelfs reeds goed laat opvolgen, en denk dat er niet veel meer hierin besproken kan worden
- ☐ Ik niet goed begrijp wat er hier nog meer gedaan zou worden
- ☐ Ik denk dat ik wel op tijd naar de dokter zal gaan als ik voel dat er iets scheelt
- ☐ Anderen redenen: ..

BIJLAGE 3: Schriftelijk informed consent: informatieformulier over studie opzet

Informatieformulier over studie opzet

Preventie wordt steeds belangrijker binnen geneeskunde. Voortijdig opsporen van risicofactoren bij de patiënt kan op langere termijn een belangrijke winst opleveren voor de gezondheid van de patiënt. Ook voor de maatschappij betekent dit vaak een besparing in de gezondheidszorg.
De integratie van zinvolle preventie blijkt in de praktijk niet altijd simpel te zijn. Enerzijds komt slechts een beperkte groep patiënten met vragen over preventie op consultatie. Anderzijds blijkt dat de patiëntengroep met het hoogste risicoprofiel meestal juist het moeilijkste bereikbaar te zijn.
Een verbeterde registratie van preventie via invoeren van een preventiesjabloon in het elektronisch medisch dossier lijkt (daarom) alvast zeer waardevol. Ook wordt de toepassing van het preventieconsult onder de loep genomen.

Met de studie wordt voornamelijk de meerwaarde van het preventiesjabloon onderzocht op patiëntenniveau en op praktijkniveau.
Op patiëntenniveau is de bedoeling om de patiënt bewuster te maken van het belang van preventie op de gezondheid. Daarnaast wordt er door de arts waar nodig een aanzet gegeven tot een gedragsverandering binnen de levensstijl van de patiënt. Op praktijkniveau wordt bekeken of er een verbeterde registratie, opvolging en bespreking van preventie-items gebeurt.

Praktisch zal dit als volgt verlopen: Enerzijds worden er in de wachtzaal op het scherm mededelingen omtrent preventie getoond, waarbij u uitgenodigd zal worden om een vragenlijst uit de gezondheidsgids van Domus Medica in te vullen. Anderzijds zal de arts erover waken dat patiënten bij wie preventie zeer belangrijk wordt tijdens de consultatie hierover aangesproken zullen worden. Er wordt eveneens diezelfde vragenlijst aan de patiënt meegegeven. De praktijkassistente zal de vragenlijsten verzamelen en hieruit een score berekenen per vragenlijst. Zij zal aan de hand van die scores aan de arts laten weten bij wie een preventieconsult het meest wenselijk lijkt.
Tijdens de bespreking zal de arts steeds polsen hoe u tegenover een bepaald preventie-item staat. Indien het nuttig blijkt om hierop verder in te gaan, zal in eerste instantie gevraagd worden of u hierop dieper wil ingaan bij een volgende consultatie. In tweede instantie zal het voorstel gegeven worden of u specifiek hiervoor apart zou willen terugkomen om op die manier zoveel mogelijk preventie-items te kunnen behandelen.
Achteraf zal er aan de patiënten die hebben deelgenomen aan het preventieconsult gevraagd worden een korte vragenlijst in te vullen. Op die manier krijgt de arts feedback van de patiënt over hoe hij/zij dit extra consult heeft ervaren. Ook aan de patiënten die niet wensen deel te nemen aan het preventieconsult zal gevraagd worden een korte vragenlijst in te vullen. Met als doel meer inzicht te krijgen wat de weerstanden zijn tegenover het preventieconsult en hierop beter te kunnen inspelen.

Met dit onderzoek willen we een verbeterde registratie, opvolging en bespreking van preventie bij de patiënt krijgen en patiënten op een zinvolle manier motiveren tot een eventuele gedragsverandering. Met behulp van de registratie in elektronisch medisch dossier via het preventiesjabloon hopen we enerzijds een beter zicht krijgen op wat er haalbaar is voor de patiënt en huisarts. Dit evalueren we aan de hand van registratie in het preventiesjabloon, meerbepaald de respons van arts én patiënt per preventie-items. Anderzijds hopen we te weten te komen wat de drempels zijn voor patiënt en huisarts bij de implementatie van preventie binnen de huisartsenpraktijk. Belangrijk is hierbij de feedback van patiënten die deelnemen of weigeren deel te nemen aan een apart preventieconsult alvast belangrijk. Wordt deze aanpak als een meerwaarde ervaren? Waar is verbetering of eventueel uitbreiding mogelijk?

BIJLAGE 4: Schriftelijk informed consent: Toestemmingsformulier tot deelname aan de studie





Toestemming tot deelname aan de volgende studie 'Hoe kunnen we zinvolle preventie beter integreren? Implementatie van het preventiesjabloon in EMD en toepassing van het preventieconsult in eerste lijn'.

Het onderzoek waarvoor uw deelname wordt gevraagd betreft een onderzoek waarbij er gekeken wordt hoe zinvolle preventie beter geïntegreerd kan worden binnen de huisartsenpraktijk. Preventie betekent enerzijds het voorkomen en vroegtijdig opsporen van ziektes bij patiënten. Anderzijds gaat het ook over het vroegtijdig opsporen van risicofactoren en het bevorderen van de gezondheid van de patiënt in het algemeen. Via het gebruik van een preventiesjabloon in het elektronisch medische dossier wordt er gekeken wat de meerwaarde is op patiëntenniveau én op praktijkniveau. Ook zal de toepassing van het preventieconsult onder de loep genomen worden.
U zal hierbij uitgenodigd worden een vragenlijst in te vullen betreffende preventie van bepaalde aandoeningen. Dit zal op een systematische manier gebeuren via informatie op het scherm in de wachtzaal of rechtstreeks via uw arts tijdens de consultatie. Opdat uw arts uw preventieve agenda beter met u kan bepalen, wordt aan u ook de toestemming gevraagd of onze praktijkassistente de arts mag helpen bij de verwerking van deze vragenlijsten. Dit zal een beter overzicht geven over het aanwezige gezondheidsrisico per patiënt en als basis dienen voor in het preventiesjabloon. U mag uiteraard zelf ook steeds vragen of bemerkingen hieromtrent op de consultatie ter sprake brengen. Zo wil uw huisarts een verbeterde registratie, opvolging en bespreking van de verschillende preventie-items per patiënt bekomen.

Voor het verzamelen en verwerken van uw persoonsgegevens is uw toestemming nodig. Door dit document te ondertekenen gaat u ermee akkoord dat de ingezamelde persoonsgegevens worden verwerkt voor deze studie. Het is voor de betrouwbaarheid van onze onderzoeksgegevens van groot belang dat zoveel mogelijk mensen aan het onderzoek deelnemen. Uiteraard zal hierbij steeds tijdens het onderzoek in samenspraak met u per preventie-item gekeken worden of u er dieper op wil ingaan. Toch heeft u het volste recht uw medewerking aan deze studie te weigeren of zelfs om tijdens het onderzoek af te zien van verdere medewerking zonder opgave van reden. U kunt daarbij gerust zijn dat uw eventuele weigering de gewone zorg door uw hulpverleners geenszins zal beïnvloeden. Alle onderzoeksgegevens die op u betrekking hebben worden anoniem verwerkt.

Ik (patïent)…… begrijp dat in het kader van deze studie gegevens worden ingezameld en verwerkt, en ga hier vrijwillig mee akkoord. Ik machtig ook mijn hulpverleners de gevraagde gegevens die op mij betrekking hebben aan de onderzoekers door te geven.

Opgemaakt op …….. te ……
Handtekening van patiënt en/of wettelijke vertegenwoordiger

Alvast bedankt voor uw medewerking,
Vriendelijke groeten,
Dr. Mannaerts en Dr. van den Brandt versie 2 dd 27/04/2011

BIJLAGE 5: Schriftelijk informed consent: Toestemmingsformulier invoering praktijkassistente

Toestemming voor medewerking van praktijkassissente bij verwerking van vragenlijsten binnen de volgende studie 'Hoe kunnen we zinvolle preventie beter integreren? Implementatie van het preventiesjabloon in EMD en toepassing van het preventieconsult in eerste lijn'.

U heeft recent een vragenlijst ingevuld betreffende preventie van bepaalde aandoeningen. Opdat uw arts uw preventieve agenda beter met u kan bepalen vragen wij uw toestemming of onze praktijkassistente de arts mag helpen bij de verwerking van deze vragenlijsten. Zij zal de ingevulde vragenlijsten verzamelen en hieruit een gevalideerde score berekenen.

Dit is voor ons een enorm hulpmiddel om zeker de patiënten met een hoog risicoprofiel, die er het meeste baat bij zouden hebben, niet over het hoofd te zien.
Ook is het voor ons op die manier gemakkelijker om het overzicht te behouden over welke preventie-items bij u reeds goed opgevolgd werden en welke er nog dienen besproken te worden.
Uiteraard zal de vragenlijst ook dienen om onze registratie per preventie-item up-to-date te maken binnen het preventiesjabloon in het elektronisch medisch dossier, zodat dit naar de toekomst toe beter en meer eenduidig opgevolgd en besproken kan worden.

Door dit document te ondertekenen gaat u ermee akkoord dat de praktijkassistente mag assisteren bij de verwerking van de ingezamelde persoonsgegevens. Het is voor de betrouwbaarheid van onze onderzoeksgegevens van groot belang dat zoveel mogelijk mensen aan het onderzoek deelnemen. Toch heeft u het volste recht uw medewerking hiervoor te weigeren of zelfs tijdens het onderzoek af te zien van verdere medewerking zonder opgave van reden. U kunt daarbij gerust zijn dat uw eventuele weigering de gewone zorg door uw hulpverleners geenszins zal beïnvloeden. Alle onderzoeksgegevens die op u betrekking hebben worden anoniem verwerkt.

Ik (patïent)……. begrijp dat in het kader van deze studie gegevens worden ingezameld en verwerkt, en ga hier vrijwillig mee akkoord. Ik machtig ook mijn hulpverleners de gevraagde gegevens die op mij betrekking hebben aan de onderzoekers door te geven.

Opgemaakt op …….. te ……
Handtekening van patiënt en/of wettelijke vertegenwoordiger

Alvast bedankt voor uw medewerking,
Vriendelijke groeten,
Dr. Mannaerts en Dr. van den Brandt Versie 2 dd 27/04/2011

BIJLAGE 6: Patiëntenfolders

1.) Bepaling van het risico op hart- en vaatziekten

Over welke ziekten gaat het?
-hartinfarct
-verminderde werking van de hartpomp (hartfalen)
-hersenbloeding of hersenklonter (beroerte)
-verstopping van slagaders (aderverkalking)
Door deze ziekten ga je meestal niet meteen dood, maar ze kunnen wel een ernstige handicap veroorzaken. Ze doen zich ineens voor, waardoor het te laat is voor de vele therapeutische mogelijkheden.

-Vanaf welke leeftijd belangrijk? Bij alle patiënten tussen 40 en 75 jaar.
-Hoe?

- ***Korte bevraging risicofactoren:***
  Je hebt een verhoogde kans om ziekten van hart en bloedvaten door te maken omdat:
  -Je rookt
  -Jouw bloeddruk te hoog is
  -je suikerziekte hebt
  -je een verhoogd cholesterolgehalte hebt in het bloed
  -je eerder hart- en vaatziekten doormaakte
  -in je familie hart- en vaatziekten voorkomen onder de leeftijd van 60 jaar
  -je een tekort aan beweging hebt
  -je overgewicht hebt
  -je teveel alcohol drinkt
- ***Bloeddrukmeting***
  Bij verhoogde waarden van de bloeddruk zullen metingen herhaald worden om de betrouwbaarheid van de resultaten te verhogen.
- Uw arts zal aangeven wanneer er best een bijkomende ***bloedname*** dient te gebeuren

-Opvolging wisselt afhankelijk van het risico van 3-4x per jaar tot 1x/jaar.

Aan de hand van bovenstaande risicofactoren wordt er bepaald hoe hoog uw risico is om binnen de 10 jaar te overlijden aan een hart- en vaatziekten. Afhankelijk van het risico wordt door de arts een bepaald advies op maat meegegeven (levensstijladvies, medicatie) en aangeraden om de hoeveel tijd u dit best laat opvolgen.
Dit is van belang om bij u de kans op een eerste of nieuwe manifestatie van hart- en vaatziekten zo klein mogelijk te houden.

Hoe kan je ze voorkomen?
• **Stop met roken**: geen enkele medicamenteuze tussenkomst heeft zo'n grote impact als rookstop!
• **Beweeg genoeg:** Beweeg elke dag minimum 30 minuten (wandelen, fietsen, poetsen, auto wassen, sporten).
• **Eet gezond en vermijd overgewicht:** Eet minder vet en beperk gebruik van suikers. Eet gevarieerd: vooral groenten en fruit, volkoren producten, magere melkproducten, mager vlees, kip, vis en gebruik dieetmargarine en plantaardige oliën.
• **Drink zo weinig mogelijk alcohol:** Beperk je tot 2 glazen bier, wijn of sterke drank per dag.
• **Medicijnen?:**Je huisarts zal oordelen of medicijnen voor jou nuttig zijn

2.) Opsporing van diabetes

Normaal glucosegehalte
Suiker in het bloed noemt men ook 'glucose'. Glucose komt uit de koolhydraten in onze voeding. Koolhydraten zitten niet alleen in zoete producten, maar bijvoorbeeld ook in brood, aardappelen en rijst. Na het innemen van koolhydraten stijgt de hoeveelheid glucose in uw bloed. Bij suikers en frisdrank gaat dat snel, bij brood en rijst geleidelijk. Glucose is een brandstof voor de cellen en levert energie. Wanneer de hoeveelheid glucose in het bloed toeneemt, zorgt het hormoon insuline ervoor dat de cellen meer glucose uit het bloed opnemen zodat het glucosegehalte niet te hoog wordt. Insuline wordt in de alvleesklier (pancreas) gemaakt. De alvleesklier ligt achter de maag.

Wat is diabetes?
Diabetes ontstaat door een tekort aan insuline (diabetes type 1), of doordat uw lichaamscellen minder gevoelig zijn geworden voor insuline (diabetes type 2). De cellen kunnen dan minder glucose uit het bloed opnemen. Daardoor blijft te veel glucose ('suiker') in het bloed zitten.
Diabetes type 1 komt al vanaf de kinderleeftijd voor.
Diabetes mellitus type 2 wordt ook wel suikerziekte of ouderdomssuiker genoemd en ontstaat meestal pas na het veertigste jaar, maar komt steeds vaker ook op jongere leeftijd voor, vooral bij overgewicht. Deze informatiefolder zal voornamelijk ingaan op diabetes type 2, waarbij preventie zinvol is om de kans op de ontwikkeling van de ziekte zo klein mogelijk te houden.

Wanneer heeft u een verhoogd risico op diabetes type 2?
Iedereen kan het krijgen, maar bij een aantal kenmerken is de kans hierop verhoogd:
-Vanaf de leeftijd van 45 jaar,
-bij een ongezonde leefstijl: bij overgewicht (te veel en ongezond eten) en te weinig beweging.
-als in het verleden al een verhoogd glucosegehalte in uw bloed is vastgesteld: bijvoorbeeld tijdens een heelkundige ingreep (stressglycemie) of zwangerschapsdiabetes
-als diabetes in de familie voorkomt
-als u van Turkse, Marokkaanse of Surinaamse afkomst bent.
-als u van Hindoestaanse afkomst bent, dan heeft u al vanaf 35 jaar meer kans om diabetes te krijgen.
-bij personen die behandeld worden met volgende medicatie: corticoïden, atypische neuroleptica,..
-Bij personen die lijden aan bepaalde aandoeningen die diabetes kunnen veroorzaken (alvleesklierlijden, alcoholisme)

Hoe?
De arts zal bij u nagaan of u een verhoogd risico heeft op diabetes door een aantal zaken te bevragen en daarnaast uw bloeddruk, gewicht (+buikomtrek) en lengte te meten.
Via nuchtere bloedname kan het glucose (suiker) gehalte in het bloed (glycemie) gemeten worden.

Glucose gehalte < 100mg/dl	Normaal
Glucose gehalte vanaf 100mg/dl en <126mg/dl	Gestoorde nuchtere glycemie
Glucose gehalte vanaf 126mg/dl	Diabetes mellitus

Waarom diabetes voorkómen?
Mensen met een verhoogd glucosegehalte merken dat vaak niet of pas in een later verdergevorderd stadium van de ziekte. Sommigen krijgen klachten zoals veel moeten plassen, dorst en moeheid, jeuk of slecht genezende wondjes, infecties van de huid en terugkerende blaasinfecties.
Na jaren kan schade ontstaan aan de ogen, de nieren, het zenuwweefsel en de bloedvaten. Daardoor kunnen klachten optreden als slechter zien, pijn en tintelingen in armen en benen, loopproblemen en seksuele stoornissen. Met diabetes heeft u meer kans op hart- en vaatziekten met problemen als angina pectoris (pijn op de borst bij inspanning), een hartinfarct of een beroerte.

Adviezen
Als u een verhoogd risico heeft om diabetes te krijgen, is het belangrijk maatregelen te nemen om deze ziekte en bijhorende verwikkelingen uit te stellen of te voorkomen.
Concreet betekent dit *niet roken* en proberen overgewicht tegen te gaan door gezonde voeding en extra lichaamsbeweging. Bij overgewicht is een gewichtsverlies van 5 tot 10% al beter voor uw gezondheid (voor uw glucose, uw cholesterol en uw bloeddruk).

Zorg dat u elke dag tenminste een half uur matig intensief *beweegt*. Bijvoorbeeld stevig wandelen, fietsen, zwemmen, tuinieren. De inspanning moet zo zijn dat u er sneller door gaat ademen. Begin rustig aan en bouw dit geleidelijk op. Het hoeft niet een halfuur achter elkaar. Ga 's ochtends bijvoorbeeld 10 minuten fietsen, maak tussen de middag een wandelingetje en doe 's avonds nog 10 minuten aan oefeningen. Neem vaker de trap in plaats van de lift, en de fiets in plaats van de auto. Als u wilt afvallen, moet u elke dag een uur of meer bewegen. Kies een vaste tijd voor uw extra lichaamsbeweging. Spreek af om samen met uw partner of een vriend/vriendin te gaan bewegen. Of schrijf u in bij een wandel-, fiets- of fitnessclub. Dan houdt u het gemakkelijker vol. Kijk bij een sportvereniging of de gemeente in de buurt georganiseerd wordt.

Eet gezond: regelmatig (drie maaltijden en een aantal maal iets tussendoor) en gevarieerd, maar niet te veel, volgens de regels van de voedingsdriehoek.
Bij voorkeur vezelrijke en magere producten. Kies voor onverzadigde vetten in plaats van verzadigd vet (dat zit in boter, room, volle melk, kaas, snacks, koekjes en gebak; kijk hiervoor op de verpakking). Dieetproducten voor diabetici zijn zelden te verkiezen: ze kunnen te veel vetten bevatten ten opzichte van vergelijkbare gewone producten en zijn vaak ook heel wat duurder. Energiearme zoetmiddelen zijn wel toegelaten;Een zoutbeperking zoals in een gezonde voeding wordt aangeraden.

Algemeen betekent dit per dag gemiddeld:

volkorenbrood en aardappelen, zilvervliesrijst, volkoren pasta, bonen, erwten, bulgur of couscous:	4-7 sneetjes en 3-5 opscheplepels
groente, salade en fruit:	3 - 4 opscheplepels en 2 vruchten;
zuivel:	400 – 500 ml magere melk(producten) en 1 plak magere kaas (30+ en 20+ kaas)
mager vlees, vis(1 of 2 keer per week), kip, kalkoen of vleesvervangers zoals tempe, tahoe, sojaproducten	100-120 gram
een ei	Liefst een (maximaal drie per week);
(dieet)margarine uit een kuipje, vloeibare bak- en braadproducten of olie:	20 – 35g (of 1 eetlepel); deze bevatten onverzadigde vetten
bijvoorbeeld water, thee of koffie zonder suiker, light-frisdrank	drink ten minste 1,5 liter (of 8 tot 12 glazen, zuivel inbegrepen)
wees matig met suiker, zout en alcohol	(niet meer dan twee glazen alcohol per dag en liefst niet elke dag).

Als u een verhoogde kans heeft om diabetes te ontwikkelen, verhoogt ook uw kans op hart- en vaatziekten. Daarom is het voor u extra belangrijk om op andere risicofactoren voor hart- en vaatziekten in te werken. Hierbij is voornamelijk het volgende van belang:
-Een goede bloeddruk geeft minder kans op hart- en vaatziekten. Als u gezond eet, meer beweegt en op uw lichaamsgewicht let, is dat niet alleen goed voor uw suiker maar ook voor uw bloeddruk. Als uw bloeddruk te hoog is, dan kunnen medicijnen helpen de bloeddruk te verlagen.
-Let op uw cholesterol Ook hier geldt: als u gezond eet, meer beweegt en op uw lichaamsgewicht let, is dat niet alleen goed voor uw suiker en bloeddruk, maar ook voor uw cholesterol.
-Stoppen met roken heeft geen invloed op diabetes, maar is de belangrijkste maatregel om uw risico op hart- en vaatziekten te verminderen.

Opvolging:
Wanneer u de adviezen opvolgt, heeft u minder kans om diabetes te krijgen. Hierdoor heeft u ook minder kans op hart- en vaatziekten zoals een hartinfarct of een beroerte. Probeer uw nieuwe levensstijl goed vol te houden. Maak het een onderdeel van uw dagelijks leven. Blijf bij uw nieuwe voedingspatroon en maak er een gewoonte van om meer te bewegen.

De arts zal steeds het resultaat van de bloedname met u bespreken en aangeven om de hoeveel tijd dit best opnieuw gemeten wordt.
Enkel als de test volledig normaal was en u geen verhoogd risico heeft om diabetes te krijgen, is het voldoende om dit om de drie jaar opnieuw te laten nakijken.

Als u een verhoogd risico heeft om diabetes te krijgen, is het aan te raden om eens per jaar het glucosegehalte in uw bloed, uw gewicht en uw bloeddruk te controleren. We bespreken dan opnieuw hoe het gaat. U kunt ook eerder een afspraak maken als u behoefte heeft aan begeleiding bij het opvolgen van de leefstijladviezen.

3.) Rookstopbegeleiding

1 roker op 2 sterft aan aandoening die te maken heeft met roken en dit gemiddeld 14 jaar voor niet rokers.
Iedere gerookte sigaret kost de roker gemiddeld 10 minuten van zijn leven
Risico voor de passieve roker: kinderen zijn hier zeker zeer gevoelig aan zowel tijdens als na de zwangerschap

Dit zijn doordringende boodschappen, die je als huisarts niet gewoon langs je kan neerleggen. Wij zullen u onder andere om die redenen regelmatig de toestemming vragen om het over uw rookgedrag te hebben. Het is belangrijk om als arts hiervan op de hoogte te zijn om beter de kans op ziekten te kunnen inschatten. Rookstopadvies is bovendien een proces van begeleiding en medewerking, alsook een verbintenis tussen de roker en de huisarts.

Men spreekt van roker vanaf minstens één sigaret per dag.
Veel mensen vinden het prettig om te roken. Voor de gezelligheid, om te ontspannen of tot rust te komen. Of om zich beter te kunnen concentreren. Sommige mensen roken om beter met stress of onzekerheid om te kunnen gaan. Of om te voorkomen dat ze gaan eten.
De belangrijkste reden waarom mensen blíjven roken is omdat ze verslaafd zijn. Het lichaam is gewend geraakt aan een bepaalde hoeveelheid nicotine (lichamelijke verslaving). Bovendien is het roken gekoppeld aan allerlei dagelijkse gewoonten (geestelijke verslaving). Daardoor krijgt u steeds weer zin om te roken en is het moeilijk om ermee te stoppen.
Kans op verslaving is groot wanneer:
-U minstens tien sigaretten per dag rookt,
-U uw eerste sigaret binnen een halfuur nadat u wakker wordt rookt

Wat zijn voor u de redenen om te blijven roken? Wegen de voordelen nog wel op tegen de nadelen? Door hierover na te denken wordt het voor uzelf duidelijker of (en zo ja waarom) u wilt stoppen met roken.

Nadelen van roken

U weet natuurlijk al lang dat roken ongezond is, zowel voor uzelf als voor de mensen om u heen. Uw conditie gaat achteruit en u heeft minder energie. Bovendien heeft u meer kans op:

- doffe huid en haren;
- ontstekingen van de neus en -bijholten, het tandvlees, de keel en de oren;
- maagzweren;
- verminderde vruchtbaarheid (zowel bij mannen als vrouwen);
- eerder in de overgang komen en sneller last hebben van botontkalking (vrouwen);
- verminderde seksuele potentie (mannen);
- ernstige aandoeningen van de luchtwegen (astma, chronische bronchitis, longemfyseem); en plotse luchtweginfecties
- ernstige hart- en vaatziekten (zoals beroerte, bloedvatvernauwing en hartinfarct);
- verschillende soorten kanker (van de longen, de keel, de mond, de slokdarm, het strottenhoofd, het bloed (leukemie), de alvleesklier, de blaas, de nieren en de urinewegen, de baarmoederhals);
- jonger sterven dan niet-rokers.

Roken in de zwangerschap is schadelijk voor uw baby. Roken in huis verhoogt de kans op luchtwegaandoeningen bij uw kind(eren).

De feiten onder ogen zien

Rokers noemen verschillende redenen om te blijven roken, maar deze kloppen vaak niet met de feiten:

- Veel rokers vinden dat ze al te lang roken om er nog mee te stoppen. Maar stoppen is nooit te laat. U gaat er altijd op vooruit, ongeacht hoe lang u gerookt heeft.
- Natuurlijk staan we ook aan andere schadelijke factoren bloot, zoals luchtvervuiling, gifstoffen en straling. Maar roken is veel schadelijker. De kans dat iemand aan roken overlijdt, is duizend keer

groter dan de kans om aan de gevolgen van luchtvervuiling te sterven. Dat andere zaken ook schadelijk zijn voor de gezondheid, is geen reden om door te roken. Roken is tenminste iets waar u zelf wat aan kunt doen.

- Iedereen kent wel een roker die oud is geworden, maar helaas zijn dat de uitzonderingen. Mensen die roken sterven gemiddeld dertien jaar eerder dan mensen die niet roken.
- De meeste stoppers komen ongeveer twee kilo aan. Dat is waar. Toch is roken veel schadelijker dan een paar kilo extra lichaamsgewicht. Als het stoppen gelukt is, kunt u altijd nog iets doen aan uw gewicht.
- Veel rokers denken dat ze toch niet kunnen stoppen. Door te bespreken welke problemen u hierbij verwacht, wordt vaak duidelijk welke aanpak het best bij u past. De kans dat u slaagt is dan groter.

Voordelen van stoppen

Stoppen met roken is goed voor uw gezondheid. Uw conditie verbetert en u heeft meer energie. Dit kunt u al na een paar weken merken. U voelt zich frisser en fitter en u ziet er gezonder uit. U kunt beter proeven en ruiken. Uw huid en uw haren worden weer mooier. Uw stem klinkt natuurlijker, uw rokershoest verdwijnt en u stinkt niet meer naar rook. De kans dat u verkouden of ziek wordt, is direct kleiner. In de eerste vijf jaar gaat uw gezondheid het hardst vooruit. U heeft dus snel resultaat van het stoppen. U gaat er altijd op vooruit, ongeacht hoe lang u gerookt heeft. Na gemiddeld 10 tot 15 jaar is uw levensverwachting weer dezelfde als die van een niet-roker.
Niet roken is ook beter voor de gezondheid van de mensen om u heen. Als er thuis niet wordt gerookt, hebben kinderen minder kans op verkoudheid, griep, en ontstekingen van de oren, de luchtwegen en de longen. Door niet te roken geeft u een goed voorbeeld. Tenslotte: stoppen met roken bespaart u veel geld

Nadelen van stoppen

Wanneer u stopt met roken, krijgt uw lichaam plotseling geen nicotine meer. Daardoor kunnen ontwenningsverschijnselen ontstaan zoals humeurigheid, rusteloosheid, ongeduld, hoofdpijn, slapeloosheid of slecht kunnen concentreren. U kunt last krijgen van koude rillingen en tintelingen in de handen en voeten. Verder kan de eetlust toenemen en de stoelgang traag zijn.
Ontwenningsverschijnselen zijn vervelend, maar kunnen geen kwaad. In de eerste drie dagen zijn de ontwenningsverschijnselen het ergst. Na gemiddeld drie tot vier weken gaan deze verschijnselen vanzelf over. De behoefte om te roken zal nog vaak terugkeren, ook als u langere tijd gestopt bent. Maar naarmate u langer gestopt bent, neemt die behoefte af.

Afleiding en ontspanning helpen de ontwenningsperiode te overbruggen. Neem tijdens uw werkzaamheden af en toe een pauze. U kunt dan een ontspannings- of ademhalingsoefening doen. Denk aan iets prettigs, laat uw schouders ontspannen hangen, adem vijf tellen diep en langzaam in door de neus en adem vijf tellen langzaam uit door de mond. Wacht even en herhaal dit drie tot vijf keer.
Heeft u juist tijdens pauzes behoefte aan roken, eet dan een stuk fruit, drink een glas water, loop een blokje om of sla de pauze over.
Lichaamsbeweging is belangrijk als afleiding en voor de ontspanning. Sport kan helpen eventuele gewichtstoename te beperken. Zorg dat u tenminste vijf dagen per week een halfuur intensief beweegt. Fiets bijvoorbeeld elke dag naar uw werk of neem een hond die u dagelijks uit gaat laten. Beweging, vezelrijke voeding (fruit, bruinbrood) en het drinken van veel water (minstens 1½ liter per dag) helpen de stoelgang te bevorderen.

Hulpmiddelen

De één lukt het gemakkelijker om zonder hulpmiddelen te stoppen dan de ander. Vooral als u veel rookt, is er kans dat u bij stoppen last krijgt van ontwenningsverschijnselen. Met ontwennings-verschijnselen is het vaak moeilijker om te stoppen. U kunt overwegen om hulpmiddelen te gebruiken. De kans dat het stoppen lukt is dan groter. Er bestaan nicotinevervangende middelen en medicijnen. Bedenk dat deze middelen het werk niet alleen doen. U moet zelf ook echt willen stoppen.

Nadenken over stoppen met roken

Gaat u nog eens na of de redenen om te roken voor u belangrijker zijn dan de voordelen van stoppen. Als u twijfelt, praat er dan eens over met mensen die gestopt zijn. U zult merken dat eigenlijk iedereen blij is gestopt te zijn. Of maak opnieuw een afspraak voor op het spreekuur.

Als u al besloten heeft te stoppen, is het verstandig met de praktijk contact op te nemen voor verder advies en ondersteuning.

-Vanaf welke leeftijd?
Stoppen met roken voor leeftijd van 35 jaar werkt bijna alle gevolgen van roken op de gezondheid weg.
Rookstop op 60, 50, 40 of 30 jaar verlengt de levensverwachting met respectievelijk 3, 6, 9 of 10 jaar. Zelfs na 65 jaar zou rookstop levensverwachting nog verhogen.

-Hoe?
Wij zullen u regelmatig de toestemming vragen om het over uw rookgedrag te hebben. Als arts zou je immers op de hoogte moeten zijn van het rookgedrag van je patiënten, zeker bij zwangeren, COPD-patiënten en patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Iedereen heeft immers recht op rookstopadvies en –begeleiding. Dit wordt uiteraard steeds gedaan in functie van uw toestemming. Er zal gepeild worden naar de motivatie om te stoppen met roken. Wanneer u dit wenst, kan de arts u hierin verder begeleiden en eventueel medicatie als ondersteuning bij rookstop aanbieden.

-Opvolging?
De arts zal dan steeds in overleg met u een opvolging voorzien.

4.) Advies gezonde voeding

De belangrijkste oorzaak van overgewicht is te veel eten en te weinig bewegen. Als u meer eet dan uw lichaam nodig heeft, worden de voedingsstoffen in lichaamsvet omgezet.
Waarom de een meer dan de ander eet, heeft vaak met opvoeding en aangeleerde eetgewoontes te maken. Sommige mensen zijn gewend om veel te snoepen en te snacken. Dat doen ze voor de gezelligheid of om te ontspannen. Soms ook uit verveling, onvrede of verdriet, of als ze zich onzeker of eenzaam voelen.
Als u veel te zwaar bent, kan dat slecht zijn voor uw gezondheid. U bent sneller moe, en voelt zich minder fit. Het verhoogt de kans op hoge bloeddruk, hart- en vaatziekten, suikerziekte (diabetes) en gewrichtsklachten.

Aan het hand van BMI (Body mass index) kan er gekeken worden of u te veel weegt.
BMI = gewicht in kg /(lengte in m)^2.

Normaal gewicht	BMI 18,5 – 24,9
Overgewicht	BMI 25 – 29,9
Obesitas	BMI 30 – 39,9
Morbiede obesitas	BMI vanaf 40

Vanaf een BMI van 25 is er sprake van een toestand van overtollige opstapeling van lichaamsvet in vergelijking met de norm voor de leeftijd en het geslacht.
Als risicofactor voor de gezondheid is niet alleen de mate van overgewicht belangrijk, maar vooral het type obesitas, met andere woorden de plaats in het lichaam waar het overtollige vet is gelokaliseerd. Zo is met name de vetafzetting rond de buik, abdominale obesitas (‘appelvorm’) een belangrijke risicofactor voor het ontstaan van onder andere diabetes en hart- en vaatziekten. Deze vorm brengt meer gezondheidsrisico’s met zich mee dan wanneer het vet op de heup en dijen zit (‘peervorm’).

Vanaf welke leeftijd? Op alle leeftijden van belang
Hoe?

- **Advies over voeding** zal gegeven worden via voedingsdriehoek (levensstijl advies):

Juiste keuzes en verhoudingen van gezonde en gevarieerde voeding:
-Drink elke dag 1,5 liter water.
-Eet 5 tot 12 sneden brood per dag en 3 tot 5 aardappelen.
-Eet per dag minimum 300 gram groenten.
-Smul dagelijks minstens twee stukken fruit.
-Melk moet: drink elke dag 3 tot 4 glazen melk en eet 1 tot 2 sneden kaas.
-Vlees, vis of schaaldieren: elke dag 100 gram.
-Vijf gram smeervet per snee brood en één eetlepel bereidingsvet per persoon volstaan per dag.
-Beweeg regelmatig: elke dag 30 tot 60 minuten.

Praktische dagelijkse voedings- en beweegaanbevelingen per leeftijdsgroep					
	3-6 jaar	6-12 jaar	13-18 jaar	19-59 jaar	60+
Lichaamsbeweging: minimaal	60 minuten	60 minuten	60 minuten	30 minuten	30 minuten
Aardappelen: gekookt Graanproducten: brood, bruin	1- 1,5 liter 3-5 sneden	1,5 liter 5-9 sneden	1,5 liter 7-12 sneden	1,5 liter 7-12 sneden	1,5 liter 5-9 sneden
Groenten: vers of diepvries	1-4 stuks	3-4 stuks	3,5-5 stuks	3,5-5 stuks	3-4 stuks
Fruit: vers	100-150g	250-300g	300g	300g	300g
Melkproducten: half vol En calciumverrijkende sojaproducten Kaas	4 bekertjes of 500ml 0,5-1 snede	3 glazen 1-2 sneden	3-4 glazen 2 sneden	3 glazen 1-2 sneden	4 glazen 1-2 sneden
Vlees, vis, vervangproducten: onbereid Eieren: 1 ei per week	0,5-1 sneetje vleeswaren, 65-100g vlees of vis of gevogelte. OF 50-75g tofu of tempè of quorn OF 3 eetlepels (droog gewogen) peulvruchten	75-100g	100g	100g	100G
Smeervetten Bereidingsvet	5g/sneetje brood 15g	Dun smeren 10g	Dun smeren 10g	Dun smeren 10g	Dun smeren 10g
Restgroep	Niet nodig, matigen	Niet nodig, matigen	Niet nodig, matigen	Niet nodig, matigen	Niet nodig, matigen

Bronnen: Kind&Gezin, VIGeZ: Praktische voedings- en beweeggids 2005

Energiebronnen	
Vetten	1gram vet =38kJ = 9kcal
Koolhydraten	1gram koolhydraten= 17kJ = 4kcal
Eiwitten	1 gram eiwit = 17kJ = 4kcal
Alcohol	1 gram alcohol = 29kJ = 7kcal

Test ook uw voedingsgewoonten op www.gezondheidstest.be

- De arts zal ook bevragen hoe jij er zelf tegenover staat (**motivatie en zelfvertrouwen**).
- **Gewicht en lengte opvolgen** → hieruit BMI bepalen
- **Middelomtrek meten** (ter hoogte van de navel)

→hieruit kan het type obesitas bij volwassenen bepaald worden.
Abdominale obesitas: bij een middelomtrek meer dan 88 cm bij vrouwen
meer dan 102 cm bij mannen

- Voor sommige is de **steun van de omgeving** (partner en andere gezinsleden) van groot belang. De arts kan ook hen aansporen om een positieve, steunende houding aan te nemen tegenover de persoon die wil vermageren.

Opvolging?
Indien het belangrijk blijkt om bij u de voedingsinname en gewicht beter op te volgen, zal uw toestemming hieromtrent gevraagd worden. De arts zal in overleg met u dan afspreken hoe dit best verder opgevolgd wordt.

5.) Advies Lichaamsbeweging

Waarom is bewegen gezond?
-Je voelt je beter: sterker en gezonder.
-Uw conditie verbetert: uw spieren en botten worden sterker.
-Ook slaapt u vaak goed en wordt u minder snel moe.
-U verkleint de kans op hart- en vaatziekten.

Voorbeelden van hart- en vaatziekten:
-vernauwing van de slagaderen (aderverkalking),
-pijn op uw borst (angina pectoris),
-een hartinfarct,
-een beroerte.

Heeft u een hart- of vaatziekte of heeft u ooit een hart- of vaatziekte gehad? Dan is bewegen voor u nog belangrijker! Daarmee verkleint u de kans om opnieuw problemen met uw hart en vaten te krijgen. Er is ook een bijzonder sterk beschermend effect van bewegen bij patiënten met suikerziekte.

Wanneer heeft u veel kans op hart- en vaatziekten
Bepaalde factoren (eigenschappen of omstandigheden) maken dat u extra kans heeft om slechte vaten te krijgen. Dit noemen we risicofactoren. De risicofactoren van hart- en vaatziekten staan hieronder.

- Weinig of niet bewegen
- Roken
- Suikerziekte (diabetes mellitus)
- Hoge bloeddruk
- Hoog cholesterolgehalte
- Ongezond eten
- Overgewicht
- Hart-en vaatziekten bij in uw familie (een ouder, broer of zus) voor leeftijd van 60 jaar

U kunt zelf veel doen om hart- en vaatziekten te voorkomen. Beweeg iedere dag, eet en drink gezond en rook niet.

Hoe kunt u veel bewegen?
Advies: Regelmatig matige tot intensieve fysieke activiteit
Het gezondheidsbevorderende effect van bewegen kan al behaald worden door ten minste 200 kcal per dag te verbruiken met middelzware lichamelijke activiteit.

Patiënten die al een hartinfarct hebben doorgemaakt en daarvoor niet regelmatig fysiek actief waren: raden we aan om aan lage intensiteit te starten en geleidelijk de duur en de intensiteit op te drijven. Bij starten van sporten bestaat tijdelijk er kleine kans op plotse dood. Deze voorbijgaande risicoverhoging bij de start wordt echter meer dan gecompenseerd door de risicodaling die door een volgehouden programma kan worden bekomen.

	18 tot 64 jaar (zonder gekende aandoening)	**Vanaf 65 jaar**
Hoe vaak?	**Minstens 5x/week matige intensiteit, minstens 3x/week hogere intensiteit**	
Hoe intensief?	**Matige intensief:** -lichte stijging van ademhalingsritme: gesprek voeren blijft vlot mogelijk -60-70% van maximale leeftijdspecifieke hartfrequentie (bij benadering= 210- (0,65*leeftijd) **Hoog intensief:**	**Intensiteit meer op basis van hoe u het aanvoelt:** Hierbij is op een denkbeeldige schaal met scores van 0 tot 10: →0 rust →10 maximale inspanning: **Matig intensief:** score van 5-6 **Hoog intensief:** score van 7-8

	-Gesprek voeren is moeilijk door sterk gestegen ademhalingsritme -zweten -Hartfrequentie boven 75% van het leeftijdspecifieke maximum	U dient dus goed in de gaten te houden hoe intensief u de inspanning zelf ervaart.
Hoelang?	**Matig intensief:** 30 min per dag, eventueel te bereiken in blokken van minimaal 10 min **Hoog intensief:** 20 min per dag	**Indien u ervoor weinig bewoog:** steeds starten aan blokken van 10 min

Algemene adviezen

1. Beweeg vijf dagen per week.

Praktisch wordt aanbevolen om te trachten vijf keer per week 30 minuten per dag te fietsen, stevig te wandelen, te tuinieren, en dergelijke. Verschillende korte oefensessies per dag zijn even effectief als één lange sessie, zolang de totale verbruikte energie dezelfde is. Dit kan belangrijk zijn omdat kortere sessies, gespreid over de dag, haalbaarder zouden zijn. Mensen met tijdgebrek kunnen hun fysieke activiteit spreiden in periodes van telkens 8 à 10 minuten.
Let op: iedere dag een half uur bewegen is beter dan twee keer per week een uur hard sporten.

2. Kies de juiste hoeveelheid inspanning.

Als u actief beweegt is het is belangrijk dat u sneller gaat ademhalen, gaat zweten en dat uw hart sneller gaat kloppen. Pas wel op dat u niet te veel doet, u moet tijdens het bewegen gewoon kunnen praten. Als u niet meer kunt praten, duizelig wordt of het benauwd krijgt, moet u het rustiger aandoen. Als u bij het bewegen steeds weer klachten krijgt, neem dan contact op met de praktijk. We kijken dan welke beweging goed voor u is.

3. Kies een beweging die u leuk vindt.

Beweeg op een manier die u leuk vindt en die het beste bij u past. U kunt ook afwisselen. Bijvoorbeeld de ene dag fietsen, de andere dag zwemmen of wandelen. Als u vaker beweegt, dan gaat het steeds makkelijker. En uw conditie wordt beter.

4. Samen of alleen bewegen.

Bewegen is vaak gemakkelijker vol te houden als u dit samen doet met anderen. Spreek bijvoorbeeld af met een vriend of vriendin. Of ga naar een activiteiten- of sportcentrum bij u in de buurt. Daar zijn deskundigen die u willen helpen. Misschien vind u het juist prettiger om zelf te bepalen wanneer u gaat wandelen, fietsen of zwemmen. Kijk welke manier het best bij u past om het bewegen vol te houden.

5. Vaker bewegen.

Probeer vaker te bewegen. Neem bijvoorbeeld de trap in plaats van de lift. Pak de fiets in plaats van de auto. Wandel naar de brievenbus of naar de winkel. En let erop dat u niet uren op een bank of stoel zit, bijvoorbeeld als u televisie kijkt of achter de computer zit. Probeer ook dan te bewegen.

Opvolging:

We bespreken hoe u het liefst meer zou willen gaan bewegen en maken dan samen een plan. Steeds in samenspraak met u zal er bekeken worden hoe de opvolging het beste verloopt. Het blijft steeds belangrijk het bewegen geleidelijk aan op te bouwen.

6.) Vaccinatie tegen tetanus/difterie

Difterie

Dit is een infectieziekte die veroorzaakt wordt door een bacterie. Hierbij kan het ziektebeeld zeer uiteenlopend zijn van een aantasting van de algemene toestand tot ernstige hartritmestoornissen en uitval van het zenuwstelsel.

Tetanus

Dit is eveneens een infectieziekte veroorzaakt door een kiem waarvan sporen kunnen overleven in aarde, mest en uitwerpselen. Bij infectie ziet men een ernstig ziektebeeld, met (hevige) spierkrampen over het hele lichaam tot ernstige ademhalingsstoornissen met stikken of verslikken. Via het vuil dat terechtkomt in een wonde kan u tetanus oplopen. Bij een opgelopen wonde die zeer vuil, neemt u dus best steeds contact op met de arts om te zien of een extra herhalingsvaccinatie noodzakelijk is.

Wanneer?

Vanaf de geboorte worden vaccinaties tegen beide ziektes toegediend. Om voldoende beschermd te zijn dient er in het begin een basisvaccinatieschema gevolgd te worden:
Bij zuigelingen gebeurt dit op 2-3-4 en 13 maanden.
Bij volwassenen die nooit eerder gevaccineerd werden of van wie de vaccinatiestatus niet gekend is, wordt opnieuw een basisvaccinatieschema toegediend volgens schema 0-1-12 maanden.

Nadien krijgt iedereen een booster (herhalingsinenting) om ervoor te zorgen dat men nog voldoende antistoffen heeft tegen de ziekte, zodat men beschermd blijft tegen de ziekte.
De eerste booster is op de *leeftijd van 5 à 6 jaar*. Ook *alle 16 jarigen* moeten een booster vaccinatie gekregen hebben. Deze dient om de 10 jaar herhaald te worden.

De arts zal steeds noteren in het elektronisch medisch dossier wanneer u een inenting gehad hebt. Dit is voornamelijk belangrijk om erop toe te kunnen zien dat u nog steeds voldoende beschermd bent tegen beide ziektes.

Bij een ***risicowonde*** zijn er soms naast een correcte wondverzorging extra voorzorgsmaatregelen nodig:
Er wordt een booster van tetanus en difterie gegeven als de patiënt zijn *laatste inenting* tegen tetanus, bij correcte basisvaccinatie, *langer dan vijf jaar geleden* heeft gekregen.
Het basisvaccinatieschema wordt opnieuw uitgevoerd als de *laatste inenting ouder is dan twintig jaar of de vaccinatiestatus onbekend of onvolledig* is. Bovendien is het dan ook noodzakelijk dat de patiënt immunoglobulines (antistoffen) rechtstreeks bijkrijgt.

Risicogroep:

-Indien u voor 1959 geboren bent, vormt u een risicogroep voor tetanus. Bij u kan de vaccinatie niet of onvolledig zijn uitgevoerd.

Opvolging:

Is de laatste vaccinatie minder dan 10 jaar geleden: dan wordt de volgende vaccinatie 10 jaar na de laatste inenting gepland.
Is de laatste vaccinatie meer dan 10 jaar, maar minder dan 20 jaar geleden: dan geeft de arts een booster vaccinatie en plant de volgende booster na 10 jaar.
Is de laatste vaccinatie meer dan 20 jaar geleden en het volledige basisvaccinatieschema werd afgewerkt: dan worden twee inspuitingen met een interval van 6 maanden gegeven.
Is de laatste vaccinatie meer dan 20 jaar geleden, maar het basisvaccinatieschema is onvolledig afgewerkt of ongekend, dan start men een volledige difterie-tetanusvaccinatie: een totaal van 3 injecties volgens het schema 0, 1 en 12maanden.

Bij zwangeren kan er vaccinatie gebeuren in de laatste 2 trimesters.

Vaccin	**Leeftijd**
DTPa - IPV (difterie-tetanus-kinkhoest-polio) (IM)	2 maanden - 3 maanden - 4 maanden - 13 à 15 maanden
Td (volwassen vorm van difterie en tetanus)	eerste leerjaar
Td (volwassen vorm van difterie en tetanus)	15 à 16 jaar (verder om de tien jaar)

7.) Vaccinaties tegen pneumokokken

De pneumokok, streptococcus pneumoniae, is een bacterie die aanleiding kan geven tot een ernstige longontsteking. Bij een patiënt die tot de risicogroepen behoort, is er een toegenomen kans hierop. Bij hun kan dit zeer gevaarlijk zijn, aanleiding geven tot verwikkelingen of zelfs leiden tot sterfte.

Het vaccin heeft geen bewezen effect heeft in het voorkomen van de longontsteking op zich, wel in het voorkomen van de verwikkelingen hiervan. Hiervoor beschermt het vaccin voor ongeveer 50 %.

Er bestaan 2 types pneumokokkenvaccins***:***
Het polysaccharidepneumokokkenvaccin (Pneumo 23®)
Dit vaccin bevat 23 bacteriedeeltjes van steptococcus pneumoniae, waarvan 95% normaal aanleiding geeft tot ernstige longontstekingen. Bovendien zijn de deeltjes die het meeste weerstandig zijn aan antibiotica eruit gekozen. Na toediening van het vaccin zal het lichaam hiertegen antistoffen ontwikkelen. De ontwikkeling van antistoffen zal minder goed verlopen bij kinderen jonger dan twee jaar of bij personen met een verminderde immuniteit.
Het geconjugeerde pneumokokkenvaccin (Prevenar®)
Dit vaccin bevat 7 bacteriedeeltjes van streptococcus pneumoniae. Deze deeltjes komen voornamelijk veel voor bij infecties bij zuigelingen en jonge kinderen. Na toediening van het vaccin zal het lichaam hiertegen antistoffen ontwikkelen. Hierbij biedt het vaccin wel bescherming tegen de pneumokok na toediening bij zuigelingen en jonge kinderen.

Risicogroepen:
Toediening van het vaccin wordt aangeraden in volgende risicogroepen:
→patiënten zonder milt.
→Bij een geplande operatie waarbij de milt wordt weggenomen, gebeurt de vaccinatie veertien dagen preoperatief.
→Bij niet-geplande chirurgie dient het vaccin zo snel mogelijk na de verwijdering van de milt te worden gegeven. Toediening in het ziekenhuis bij ontslag van de patiënt is aan te bevelen.
De overige risicogroepen overlappen met deze van het jaarlijkse influenzavaccin.
Opvolging:
Patiënten zonder milt (na operatie of vanaf de geboorte): éénmalig na vijf jaar hervaccineren.
Ouderen boven de 65 jaar: éénmalig te hervaccineren als minstens vijf jaar is verlopen sinds de eerste toediening.
Voor de andere risicogroepen is het niet nodig om routinematig te hervaccineren.

Opmerkingen:
De veiligheid van het vaccin bij zwangere vrouwen is niet vastgesteld. Er is echter weinig reden om te verwachten dat vaccinatie in het eerste trimester van de zwangerschap de ontwikkeling van de vrucht zal beïnvloeden.
Contra-indicaties voor pneumokokkenvaccinatie: geen, behalve een gekende ernstige overgevoeligheidsreactie op een vorige dosis of op één van de componenten van het vaccins.
Een herhalingsinenting is tegenaangewezen bij personen die een ernstige reactie hadden op de eerste dosis.
Bijwerkingen: beperken zich tot een gevoelige plek op de injectieplaats (3 % na de eerste vaccinatie en bij 11 % na een hervaccinatie). Na een te vroege hervaccinatie (minder dan drie jaar interval) kan een meer uitgesproken lokale reactie optreden. Ernstige of systemische nevenwerkingen zijn zeldzaam.

8.) Vaccinatie tegen influenza (griep)

Griep wordt veroorzaakt door verschillende types van griepvirussen, die gezamelijk het influenzavirus genoemd worden. Griep wordt daarom ook wel ‘influenza’genoemd. Het is een besmettelijke ziekte die zich snel verspreidt. Het influenzavirus wordt gemakkelijk van de ene mens op de andere overgedragen, door hoesten, niezen of praten, of door iemand de hand te geven. Het veroorzaakt een infectie van de luchtwegen. Elk jaar krijgt gemiddeld ongeveer één op de tien mensen griep, meestal in de winter.
Verkoudheid wordt vaak griep of grieperigheid genoemd, maar ‘echte’ griep is iets anders. Als u echt griep heeft, bent u flink ziek. Het begint vaak plotseling met hoge koorts en koude rillingen. Naast verkoudheid en (een droge) hoest, krijgt u meestal keelpijn, hoofdpijn en spierpijn in het hele lichaam. De hoest kan lang aanhouden, de overige klachten verdwijnen meestal na 2-7 dagen.

Gewone griep ontstaat door een virus dat erg veel lijkt op een al bekend virus. Veel mensen hebben al weerstand tegen zo'n soort virus. Daardoor worden minder mensen ziek en verspreidt het gewone griepvirus zich minder snel.
U kunt elk jaar opnieuw griep krijgen. Als veel mensen tegelijk griep hebben, noemen we dat een epidemie.
Bij een ***wereldgriep (grieppandemie)*** krijgen heel veel mensen over de hele wereld binnen enkele maanden griep. Veel mensen worden hierdoor ernstig ziek. Sommige mensen zullen hieraan overlijden. Hoeveel mensen ziek worden, is niet te voorspellen. Een wereldgriep komt eens in de 10 tot 50 jaar voor. De laatste wereldgriep was in 2009. Dit was de Mexicaanse griep veroorzaakt door het Nieuwe Influenza A (H1N1) virus. Vergeleken met andere wereldgriepen als de Honkong griep in 1968 of de Spaanse griep in 1918 was de Mexicaanse griep een milde griep met weinig ernstig zieken.
Een wereldgriep ontstaat door een nieuw griepvirus. Niemand heeft weerstand kunnen opbouwen tegen zo'n nieuw virus. Daardoor worden veel mensen ziek. Omdat het een nieuw virus is, is er niet direct een griepprik om mensen tegen het virus te beschermen. Doordat veel mensen reizen, verspreidt het virus zich snel over de wereld.

Een nieuw griepvirus kan op verschillende manieren ontstaan. Zo kan het gewone griepvirus in contact komen met een griepvirus van dieren (meestal vogels). Dan kunnen die twee griepvirussen samen veranderen in een nieuw griepvirus dat besmettelijk is voor de mens. Afhankelijk van de besmettelijkheid van het nieuwe griepvirus, kan een wereldgriep ontstaan. Het is dus onvoorspelbaar wanneer dat zal gebeuren. Het kan binnenkort zijn of nog jaren duren.

Pas als het nieuwe griepvirus er is, kan er een **griepprik (vaccin)** worden ontwikkeld. Het ontwikkelen van een griepprik duurt ongeveer zes maanden. Bij de gewone griep is er genoeg tijd om een griepprik te maken die mensen tegen dit virus beschermt. Bij een wereldgriep zullen er in die tijd al veel mensen over de hele wereld ziek zijn geworden.

Er zijn medicijnen die het griepvirus remmen. We noemen dit virusremmers. Het zijn zeker geen krachtige geneesmiddelen. We weten dat virusremmers de klachten bij een bekend griepvirus wat verminderen. Als u gezond bent en u krijgt de nieuwe griep, dan heeft u waarschijnlijk geen virusremmers nodig.
Enkel mensen met een gezondheidsrisico (bijvoorbeeld diabetes mellitus, een longziekte, een hartziekte of een nieraandoening), vrouwen in de laatste drie maanden van hun zwangerschap en kinderen jonger dan 2 jaar bij de eerste griepverschijnselen komen in aanmerking voor virusremmers.

Risicogroepen:
De griepprik is voor mensen die extra risico lopen om ernstig ziek te worden door de griep. Zij kunnen bijvoorbeeld een ernstige longontsteking krijgen of uitdrogen. In deze groep is dan ook de kans op slachtoffers het grootste. Bij ouderen is zo bijvoorbeeld ongeveer 90% van de sterfgevallen 65 jaar of ouder.

Bij wie aangeraden:
Aan volgende groepen wordt aangeraden <u>om elk jaar de griepprik te halen</u>:
<u>Groep 1</u>: risicogroepen:
-zwangere vrouwen die in het tweede of derde trimester van hun zwangerschap zijn op het ogenblik van het griepseizoen. Zij worden gevaccineerd vanaf het tweede trimester van de zwangerschap
-alle patiënten vanaf de leeftijd van 6 maanden die lijden aan een onderliggende chronische aandoening, ook indien gestabiliseerd, van de longen (inclusief ernstig astma), het hart (uitgezonderd hypertensie), de lever, de nieren, aan metabole aandoeningen (inclusief diabetes/suikerziekte), aan neuromusculaire aandoeningen (spierziekten) of aan immuniteitsstoornissen (door een ziekte of door medische behandeling (bijvoorbeeld chemotherapie bij kanker))
-alle personen vanaf 65 jaar
-alle personen die in een instelling opgenomen zijn
-kinderen tussen 6 maanden en 18 jaar die een langdurige aspirinetherapie ondergaan.

Groep 2: alle personen werkzaam in de gezondheidssector
Groep 3: personen die onder hetzelfde dak wonen als -de risicopersonen van groep 1
-kinderen jonger dan 6 maanden.
Groep 4:
-alle personen tussen 50 en 64 jaar, zelfs indien ze niet aan een risicoaandoening lijden, want er is één kans op drie dat ze ten minste één risico vertonen om verwikkelingen op te lopen, vooral personen die roken, excessief drinken en zwaarlijvig zijn
Groep 5:
-Beroepsfokkers van gevogelte en varkens alsook hun familieleden die onder hetzelfde dak wonen en personen die door hun beroep dagelijks in contact komen met levend gevogelte en levende varkens.

Om deze groepen beter te bereiken en dus de vaccinatiegraad te verhogen, heeft de overheid besloten tot de gedeeltelijke terugbetaling (40%) van het vaccin voor de risicogroepen. Dit betekent dat het remgeld ten laste van de patiënt voor een vaccin waarvan de prijs al naar gelang van het product varieert tussen 10,38 en 10,84 euro, tussen 6,23 en 6,50 euro bedraagt.

Bij mensen die een griepprik hebben gehad, is de kans dat ze griep (influenza) krijgen veel kleiner. Als u ondanks de griepprik toch de griep krijgt, wordt u daar meestal veel minder ernstig ziek van (vermindering met ziektegevoel met 30-70%, vermindering van verwikkeling met 20-50%).
De praktijkassistente kan u vertellen of u tot een risicogroep behoort. Mensen uit risicogroepen krijgen meestal een oproep voor de griepprik en hun prik wordt vergoed.
Informeer bij uw werkgever hoe u de griepprik kunt krijgen en of deze vergoed wordt.

Wanneer?
Wanneer u tot een risicogroep behoort, is het verstandig om elk najaar de griepprik te halen. Dat kan op de praktijk. De griepprik geeft pas na twee weken goede bescherming tegen de griep. Zorg daarom dat u de griepprik haalt voordat de griep uitbreekt. De beste tijd is eind oktober of begin november. Op de praktijk kunnen we u ruim van tevoren vertellen op welke dag(en) we de griepprik geven.

Opvolging:
Omdat griepvirussen voortdurend veranderen, bent u alleen beschermd tegen de griep als u ieder jaar weer een nieuwe griepprik neemt. Daarin zitten ieder jaar andere virusdeeltjes zodat uw lichaam nieuwe afweerstoffen kan aanmaken.

Opmerkingen:
-*Bijwerkingen van vaccinatie*: lokale roodheid, zwelling en pijn gedurende 1 dag.
-*Contra-indicatie voor vaccinatie*: allergie voor kippeneiwit, (reconvalescentie van) acute ziekte.
-Als u koorts heeft moet u de griepprik even uitstellen. Verkoudheid is geen reden om de griepprik uit te stellen. U kunt van de griepprik zelf geen griep krijgen. De griepprik beschermt niet tegen verkoudheid.

9.) Preventie van baarmoederhalskanker

Kanker van de baarmoederhals (cervixkanker) is de zevende meest voorkomende kanker bij vrouwen. Toch deze kanker in de meeste gevallen vroegtijdig ontdekt worden, op een ogenblik dat volledige genezing nog mogelijk is. Deze vroegtijdige opsporing is mogelijk door het regelmatig laten uitvoeren van een uitstrijkje.
De baarmoederhals (of cervix) is het onderste, smalle uiteinde van de baarmoeder. Door de ligging bovenaan in de schede kan de arts de baarmoederhals gemakkelijk onderzoeken.

Wanneer?
Bij alle vrouwen van 25 tot en met 64 jaar die ooit seksueel actief zijn geweest wordt er aangeraden om de 3 jaar een uitstrijkje af te laten nemen.

Risicofactoren
-Leeftijd: vooral bij vrouwen boven de 30 jaar komt 84% van uitbreidende baarmoederhalskankers voor. Veel vrouwen hebben op deze leeftijd nog geen enkel uitstrijkje gehad.
-Vrouwen met wisselende partners of vrouwen van wie de partner wisselende partners heeft, lopen een verhoogd risico op het ontstaan van baarmoederhalskanker door besmetting met het humaan papilloma virus (HPV).
-Lage socio-economische klasse: hierin is er ook een verhoogd risico op het ontstaan van baarmoederhalskanker door besmetting met het humaan papilloma virus (HPV)
-HIV-infectie: hierbij is er een sneller verloop van afwijkende cellen naar baarmoederhalskanker.
-HPV-infectie (Humaan Papilloma Virus): er is een sterk verband tussen aanwezigheid van HPV en de ontwikkeling van baarmoederhalskanker.

Opvolging:
Het eerste optimale uitstrijkje wordt herhaald na één jaar. Daarna wordt er aangeraden iedere 3 jaar het volgende uitstrijkje af te nemen, tenzij anders aangewezen door de huisarts of gynaecoloog. De opvolging wordt stopgezet na 64 jaar als de laatste twee opeenvolgende recente uitstrijkjes normaal waren.

Bij een HIV-infectie is er een frequentere opvolging, namelijk jaarlijks, noodzakelijk. Leeftijd, lage socio-economische klasse of wisselende seksuele contacten van de vrouw of haar partner, de aanwezigheid van humaan papillomavirus zijn risicofactoren die geen kortere opvolging vereisen.
Bij een afwijkende uitstrijkje wordt de opvolging aangepast volgens de Vlaamse beleidsadviezen. Uw huisarts of gynaecoloog zal dit aan u laten weten. Er moeten steeds minstens drie à vier maanden tussen twee uitstrijkjes zijn. Soms moet een uitstrijkje worden overgedaan als gevolg van technische onbeoordeelbaarheid zonder dat daarbij sprake is van verdachte letsels.

Opmerkingen:
-Vrouwen die hun baarmoeder hebben laten verwijderen omwille van goedaardige aandoeningen, moeten geen vaginale uitstrijkjes krijgen.
-Het uitstrijkje laat u best maken tijdens de tweede week van de cyclus.
-Heeft u bloedverlies, jeuk of andere klachten, dan laat u die best eerst onderzoeken en behandelen. Het uitstrijkje stelt u dan uit tot die problemen opgelost zijn.
-Tijdens en na een zwangerschap of borstvoeding is de uitslag van het uitstrijkje minder betrouwbaar. Het is dan beter nog zes maanden te wachten voor een volgend uitstrijkje.
-Als u de voorbije drie ergens anders een uitstrijkje liet maken, is een onmiddellijk herhaling van het onderzoek waarschijnlijk niet nodig. Toch mag u de datum van het vorige uitstrijkje altijd doorgeven aan een van de artsen. Op deze manier kan dit in uw preventiedossier aangevuld worden en kunnen wij als artsen mee bewaken dat ook in de toekomst de uitstrijkjes op het juiste tijdstip uitgevoerd worden.

BIJLAGE 7: Interessante websites

1.) Goede websites voor patiënten ivm voeding

Via Domus Medica Patiëntenfolder:
www.gezondheidstest.be

Via NHG patiëntenbrieven:
www.voedingscentrum.nl

NICE (Nutrition Information Centre)- voeding uitgedokterd
www.nice-info.be

Via het Kenniscentrum voor gewichtsproblemen en eetproblemen 2005-2011
http://www.eetexpert.be/bezoekers/links.html

met links naar:

Obesitas algemeen
www.boldnet.be/nl: Belgische Vereniging voor Obese Patiënten
obesitasonline.forumup.be: Obesitasforum: behandeling
www.overgewicht.org: Kenniscentrum overgewicht
www.obesitasvereniging.nl: Nederlandse Obesitas Vereniging
overgewicht.pagina.nl: Overgewicht

Gezondheid - gewicht - voeding
www.gezondheid.be: Gezondheid.be
www.medinet.be: Medinet gezondheidsgids
www.voedingsinfo.org: Informatie over voeding
www.vigez.be: Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG)
www.fitinjehoofd.be: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid
www.123aantafel.be: Opvoedingstips voor ouders i.v.m. voeding & eten

Lichaamsbeeld
www.onaantrekkelijk.be: Onaantrekkelijk

2.) Goede websites voor patiënten ivm rookstopbegeleiding:

Via Domus Medica: dossier "Stoppen met Roken":
www.tabakstop.be: hulplijn (Stichting Tegen Kanker. Tabakstop 0800 11100)

Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie:
www.motiverentotrookstop.be: ondersteuning voor artsen in rookstopbegeleiding
www.rookstopaanbod.be: mogelijkheden binnen rookstop

3.) Goede websites voor patiënten ivm alcohol en drugs

Via Domus Medica Patiëntenfolder:
www.hoeveelisteveel.be (de DrugLijn)
'Hoeveel is te veel' is een website die jou als gebruiker boven de 18 jaar de mogelijkheid biedt om niet enkel je kennis te testen, maar ook te weten te komen hoe riskant je gebruik nu precies is.
Daarnaast kunnen gebruikers van cannabis of cocaïne (+18 jaar) die hun gebruik willen minderen of stoppen, aan de slag gaan met een online zelfhulpprogramma.
Alles verloopt anoniem en gratis.
www.boodschapineenfles.be (Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen)
→als je partner drinkt
Surf naar www.boodschapineenfles.be (of klik op de cartoon links) en kies vervolgens de rubriek 'Voor partners'. Via een vraag/antwoordmodule krijg je info over alcohol en alcoholproblemen en tips voor het omgaan met een drinkende partner. Of neem een kijkje in de rubriek 'Bijna gratis'. Daar lees je meer over het zelfhulpboekje 'Als je partner drinkt...'.
www.alcoholhulp.be (CAD Limburg en Drughulp Kempen)

Via NHG patiëntenbrieven:
Trimbos instituut:
www.alcoholinfo.nl
www.minderdrinken.nl
www.drinktest.nl

De Druglijn:
www.dedruglijn.be (hier kan je terecht met al je vragen over drank, drugs, pillen en gokken)
dé Vlaamse service waar je terecht kan met alle vragen over drank, drugs, pillen en gokken. Je kan de DrugLijn contacteren via de telefoonlijn, mailservice of via Skype.

Website van Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen:
www.vad.be: overkoepelt het merendeel van de Vlaamse organisaties die werken rond de thematiek van alcohol, illegale drugs, psychoactieve medicatie en gokken.

Met hierin links voor:
www.bekijkheteensnuchter.be
http://www.alsikdrink.be/content.html
→voor ouders en andere opvoeders
http://www.vad.be/campagnes/alcohol-bekijk-het-eens-nuchter/hou-kinderen-alcoholvrij.aspx
Is het ok om je kind alcohol te laten proeven (een beetje maar)?
→Als je ouders drinken: voor iedereen die een moeder of vader heeft met een alcoholprobleem:
www.alsjeoudersdrinken.be

4.) Goede website ivm vaccinatie voor patiënten:
Via Domus Medica onder dossier griep/influenza:
www.influenza.be : griepvaccinatie

TABELLEN

TABEL 1: Overzicht van de fasen van gedragsveranderingen

Fase	Synoniemen	Kenmerk	Actiebereidheid	Mogelijke interventie
Precontemplatie	Voorstadium Voorbeschouwing Voorbewustwording	Niet bewust van probleem Overweegt geen verandering Afweermechanismen* Te weinig geïnformeerd over gevolgen Uitgeblust door vele pogingen	Geen in nabije toekomst (6m)	Inzicht verhogen via gepersonaliseerde informatie Twijfel wekken of laten rusten
Contemplatie	Overwegen Beschouwing Bewustwording	Bewust van probleem (erkent het) Erg ambivalent tegenover verandering Ziet wel voordelen, maar veel nadelen	Denkt aan veranderen in nabije toekomst (6w)	Bespreking voor- en nadelen van verandering Verhogen van zelfvertrouwen van patiënt om nodige gedragsverandering te kunnen realiseren Verantwoordelijkheid blijft bij patiënt
Preparatie	Beslissing Voorbereiding	Maakt plan op Eventueel experimenteren met kleine veranderingen Ambivalentie nog deels aanwezig	Maakt zich klaar voor verandering Meestal binnen de maand	Concreet plan opstellen met realistisch doel Ondersteun kleine veranderingen bij patiënt Afspraken maken
Actie	Actieve verandering	In praktijk zetten van planning Verandering van levensstijl Duidelijk observeerbaar	Geëngageerd in actieplan	Advies aanbieden verwijs door indien nodig bied zelfhulpmateriaal aan bied medicatie aan
Consolidatie	Volhouden (nieuw gedrag)	nieuwe gedrag krijgt plaats in leven van persoon Doelen worden bereikt, nieuwe doelen verschijnen	Geëngageerd in actieplan	Probleemoplossend gedrag aanleren (om te leren anticiperen op moeilijkheden) Ondersteunende gesprekken
Terugval		Altijd mogelijk eerder regel dan uitzondering	gemiddeld 6 x doorlopen fasen tot stabiele verandering	Ondersteun het zelfvertrouwen van patiënt Geef inzicht in aanleidingen tot herval Opnieuw doelstelling formuleren

Afweermechanismen*	Ontkenning Rationaliseren (goed praten van gedrag) Ontwijken confrontatie met problemen Inslikken van problemen

TABEL 2: Overzicht omtrent de verdeling van preventie per arts

PREVENTIE	ARTSEN						PRAKTIJKASSISTENTE	
PREVENTIEBESPREKING	E1	J	A	E2	M	SUBTOTAAL	O	TOTAAL
Consultaties	1527	2356	1329	1667	1838	**8717**		
Consultaties vanaf 18 jaar	1206	1979	1019	1327	1540	**7071**		
PREVENTIE: TOTAAL	**47**	**124**	**112**	**91**	**82**	**456**	**312**	**768**
B	3	32	32	40	32	139		
V+B	11	12	11	6	2	42		
V+B+BP	0	0	2	0	1	3		
G+B	0	12	1	0	11	24		
G+V+B	1	6	4	7	2	20		
SUBTOTAAL B	**15**	**62**	**50**	**53**	**48**	**228**		
C	1	18	15	5	25	64		
G+C	0	4	1	0	5	10		
G+V+C	0	4	1	1	0	6		
V+C	2	0	1	2	0	5		
SUBTOTAAL C	**3**	**26**	**18**	**8**	**30**	**85**		
PREVENTIE: B - C	**18**	**88**	**68**	**61**	**78**	**313**		
G	0	4	3	1	1	9		
G+V	9	8	17	14	0	48		
BP	0	2	11	0	0	13		
V+BP	0	4	0	0	0	4		
V	20	18	13	15	3	69		
PREVENTIE: G - BP - V	29	36	44	30	4	**143**		

SYLLABUS DOKTERS

B	BESPREKING PREVENTIE TIJDENS CONSULTATIE
V+B	VRAGENLIJST DM MEEGEGEVEN
	BESPREKING PREVENTIE TIJDENS CONSULTATIE
V+B+BP	VRAGENLIJST DM MEEGEGEVEN
	BESPREKING TIJDENS CONSULTATIE
	BESPREKING INTERESSE PREVENTIECONSULT
G+B	BESPREKING VACCINATIESTATUS
	GRIEPVACCINATIE
G+ V+B	BESPREKING VACCINATIESTATUS
	VRAGENLIJST DM MEEGEGEVEN
	GRIEPVACCINATIE
C	PREVENTIECONSULT
G+C	GRIEPVACCINATIE
	BESPREKING VERSCHILLENDE PREVENTIE-ITEMS
G+V+C	GRIEPVACCINATIE
	VRAGENLIJST DM MEEGEGEVEN
	BESPREKING VERSCHILLENDE PREVENTIE-ITEMS
V+C	VRAGENLIJST DM MEEGEGEVEN
	PREVENTIECONSULT
G	GRIEPVACCINATIE
G+V	GRIEPVACCINATIE
	VRAGENLIJST DM MEEGEGEVEN
BP	BESPREKING INTERESSE PREVENTIECONSULT
V+BP	VRAGENLIJST DM MEEGEGEVEN
	BESPREKING INTERESSE PREVENTIECONSULT
V	VRAGENLIJST DM MEEGEGEVEN

TABEL 3: Overzicht per arts van verdeling van preventie

PREVENTIE	ARTSEN						PRAKTIJKASSISTENTE	
GRIEP*	**10**	**38**	**27**	**23**	**19**	**117**		
G+B	0	12	1	0	11	24		
G+V+B	1	6	4	7	2	20		
G+C	0	4	1	0	5	10		
G+V+C	0	4	1	1	0	6		
G	0	4	3	1	1	9		
G+V	9	8	17	14	0	48		
*registratie van griepvaccin onder consultatie zit hier niet in								
VRAGENLIJST DM	**43**	**52**	**49**	**45**	**8**	**197**	**203**	**400**
V+B	11	12	11	6	2	42		
V+B+BP	0	0	2	0	1	3		
G+V+B	1	6	4	7	2	20		
G+V+C	0	4	1	1	0	6		
V+C	2	0	1	2	0	5		
G+V	9	8	17	14	0	48		
V+BP	0	4	0	0	0	4		
V	20	18	13	15	3	69	137	206
V+P							66	
P							109	
PREVENTIE: TOTAAL	**47**	**124**	**113**	**91**	**81**	**456**	**312**	**768**
RISICOPATIËNT	14	31	34	30	10	119	101	**220**
GEEN RISICOPATIËNT	9	24	16	10	2	61	102	**163**
GEEN RISICOSCORE BEREKEND	24	69	63	51	69	276	109	**385**
NIEUWE LIJST	23	46	48	39	9	165	149	**314**
OUDE LIJST	0	9	2	1	3	15	54	**69**
GEEN VRAGENLIJST	24	70	64	52	69	279	109	**388**

	SYLLABUS DOKTERS
B	BESPREKING PREVENTIE TIJDENS CONSULTATIE
V+B	VRAGENLIJST DM MEEGEGEVEN
	BESPREKING PREVENTIE TIJDENS CONSULTATIE
V+B+BP	VRAGENLIJST DM MEEGEGEVEN
	BESPREKING TIJDENS CONSULTATIE
	BESPREKING INTERESSE PREVENTIECONSULT
G+B	BESPREKING VACCINATIESTATUS
	GRIEPVACCINATIE
G+ V+B	BESPREKING VACCINATIESTATUS
	VRAGENLIJST DM MEEGEGEVEN
	GRIEPVACCINATIE
C	PREVENTIECONSULT
G+C	GRIEPVACCINATIE
	BESPREKING VERSCHILLENDE PREVENTIE-ITEMS
G+V+C	GRIEPVACCINATIE
	VRAGENLIJST DM MEEGEGEVEN
	BESPREKING VERSCHILLENDE PREVENTIE-ITEMS
V+C	VRAGENLIJST DM MEEGEGEVEN
	PREVENTIECONSULT
G	GRIEPVACCINATIE
G+V	GRIEPVACCINATIE
	VRAGENLIJST DM MEEGEGEVEN
BP	BESPREKING INTERESSE PREVENTIECONSULT
V+BP	VRAGENLIJST DM MEEGEGEVEN
	BESPREKING INTERESSE PREVENTIECONSULT
V	VRAGENLIJST DM MEEGEGEVEN

SYLLABUS ONTHAAL

V	VRAGENLIJST DM GEREGISTREERD
V+P	VRAGENLIJST DM GEREGISTREERD
	REGISTRATIE VAN PREVENTIE
P	REGISTRATIE VAN PREVENTIE

TABEL 4: Overzicht van de registratie achter de preventie-items per arts en praktijkassistente

PREVENTIE	**ARTSEN**						**PRAKTIJKASSISTENTE**	
INVULLEN PREVENTIE-ITEM	E1	J	A	E2	M	SUBTOTAAL	O	TOTAAL
ACTIE	2	39	112	38	64	**255**	**64**	**319**
Bloeddruk (BD)	0	0	2	1	4	7	0	7
Systolische-Diastolische BD	0	4	8	0	6	18	0	18
Ambulante Bloeddrukmeting	0	0	0	0	0	0	0	0
Bloedbeeld	0	0	6	0	2	8	0	8
Rookgewoonten	1	5	12	10	10	38	2	40
Voeding	0	2	8	7	4	21	1	22
Beweging	0	3	8	7	8	26	1	27
Longfunctie	0	0	1	0	0	1	0	1
Vaccinatie	1	11	15	7	5	39	14	53
Mammografie	0	0	6	0	7	13	9	22
Uitstrijkje	0	4	13	1	8	26	6	32
Prostaat	0	0	4	0	0	4	1	5
Colonkankerscreening	0	8	12	1	4	25	29	54
EKG	0	0	2	0	0	2	0	2
EAI	0	0	0	0	0	0	0	0
Alcoholverbruik	0	1	4	4	5	14	0	14
Druggebruik	0	0	6	0	0	6	0	6
Slaapmiddelen	0	1	5	0	1	7	1	8

TABEL 5: Overzicht van eventuele gedragsveranderingen bij patiënten over de registratieperiode en de responsratio uit het polsen naar de interesse in een preventieconsult bij de patiënt.

GEDRAGSVERANDERINGEN				8
ROOKGEWOONTEN				1
VACCINATIE				2
COLONKANKERSCREENING				3
ALCOHOLVERBRUIK				2
RESPONSRATIO: INTERESSE PREVENTIECONSULT	6	13	1	20
BLOEDBEELD		3		3
ROOKGEWOONTEN		1		1
VOEDING		1		1
VACCINATIE		1		1
UITSTRIJKJE		1		1
COLONKANKERSCREENING		1		1
TIJDENS MEEGEGEVEN VRAGENLIJST DM	4		1	5
WEIGEREN INVULLEN VRAGENLIJST DM		2		2
NA TELEFONISCH CONTACT	2	3		5

TABEL 7: Overzicht van de responsratio uit vragenlijsten bij deelname aan een preventieconsult

Totaal aantal vragenlijsten van deelname aan Preventieconsult	**26**
Principe preventieconsult gekend	3
Principe preventieconsult niet gekend	23
INHOUD	
Duidelijk	21
niet duidelijk	
gebeurt tijdens gewone consultatie al	2
items, door tijdsgebrek soms niet besproken	3
items, niet nodig	
ERVARING	
Nuttig	7
Verhelderend	10
Geruststellend	14
Tegenvallend	
Onduidelijk	
Nutteloos	
Andere: sommige zaken worden gemakkelijker bespreekbaar	1
Andere: zaken besproken waarvoor patiënt niet meteen zelf een afspraak zou maken	1
HERHALEN IN TOEKOMST	
op tijd bij zijn	20
goed initiatief	10
via apart consult: vergeten zaken toch bespreken	2
hou zaken zelf al goed bij	2
niet nuttig	
tegenvallen, zal wel horen wanneer opvolging nodig is	
Andere: geregeld overzicht in preventieconsult=handig	1
FEEDBACK: tevreden over algemeen	26

TABEL 8: Overzicht van de besproken preventie-items volgens de patiënt uit vragenlijsten bij deelname aan preventieconsult

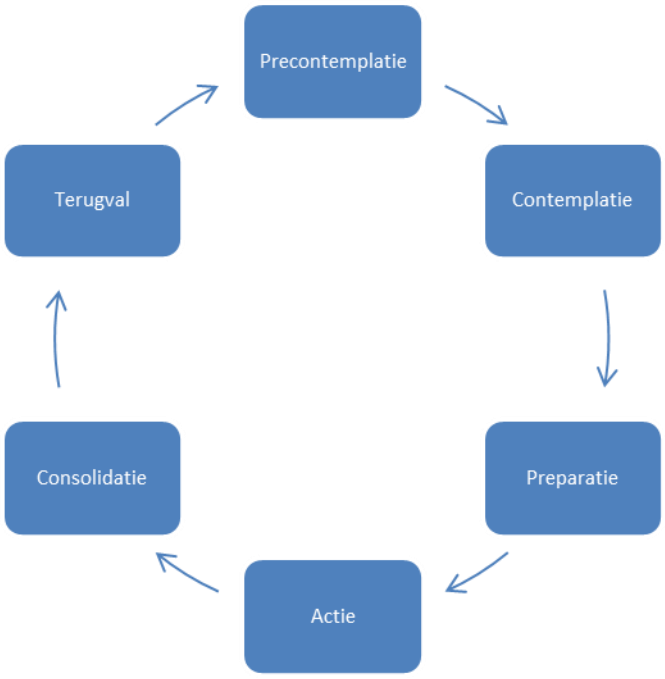
OVERZICHT BESPROKEN PREVENTIE-ITEMS VOLGENS PATIËNTEN	Totaal
bepaling risico HVZ	15
Rookstopbegeleiding	7
Advies gezonde voeding	17
Advies fysieke activiteit	18
Opsporing diabetes	21
Vaccinaties	20
Vroegtijdige opsporing borstkanker	10
Screening baarmoederhalskanker	8
Screening colorectale kanker	16
Bespreking opsporing prostaatkanker	8
Peilen naar gebruik van alcohol	15
Peilen naar gebruik slaap- en kalmeermiddelen	13

Tabel 9: Overzicht van de responsratio uit vragenlijsten bij weigering deelname aan een preventieconsult

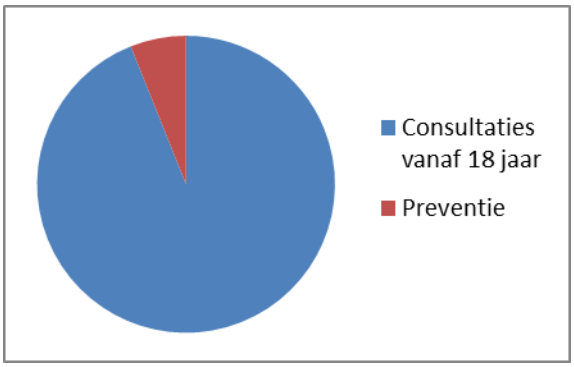
Totaal aantal vragenlijsten weigering van Preventieconsult	**6**
Preventieconsult gekend	0
Preventieconsult niet gekend	6
INHOUD	
duidelijk	1
niet duidelijk	2
gebeurt tijdens gewone consultatie al	2
niet duidelijk waarom apart	1
niet nodig	
niet nuttig	1
NIET GEWENST	
nut niet begrijpen	2
niet geïnteresseerd	
geen tijd	
laat dit al goed opvolgen	2
niet begrijpen van meerwaarde	
ga wel op tijd als ik iets voel	3
Andere: vroeger werd dit ook niet gedaan	1
Andere: op onze leeftijd is dit niet meer nodig	1

FIGUREN

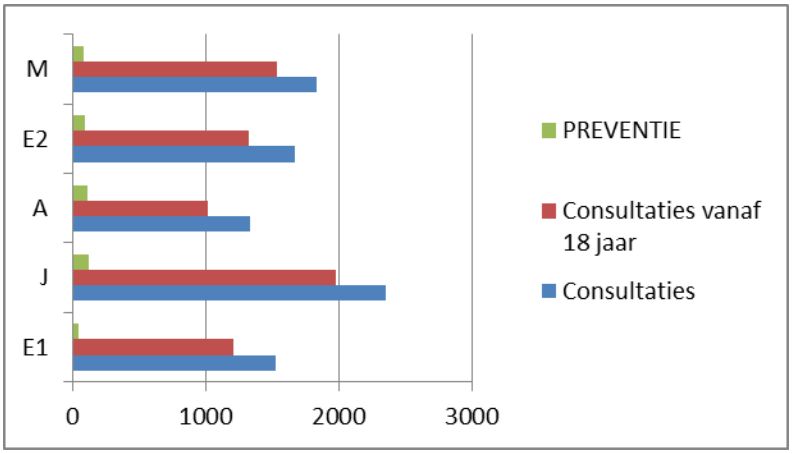
Figuur 1: Fasen van gedragsveranderingen



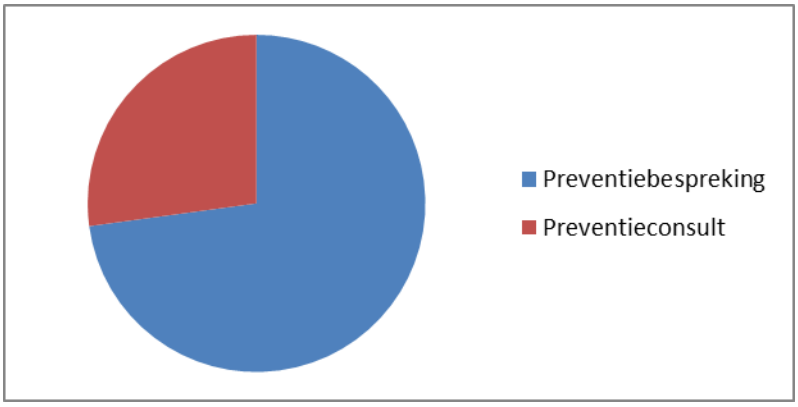
Figuur 2a: Overzicht van het totaal aantal geopende preventiesjablonen ten opzichte van het aantal gewone consultaties vanaf 18 jaar



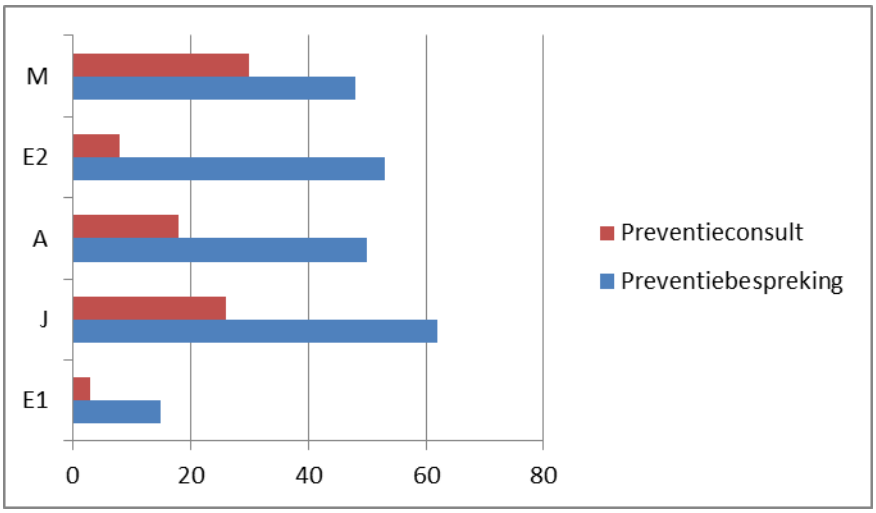
Figuur 2b: Overzicht per arts van het totaal aantal geopende preventiesjablonen ten opzichte van het aantal gewone consultatie vanaf 18 jaar en het totaal aantal gewone consultaties



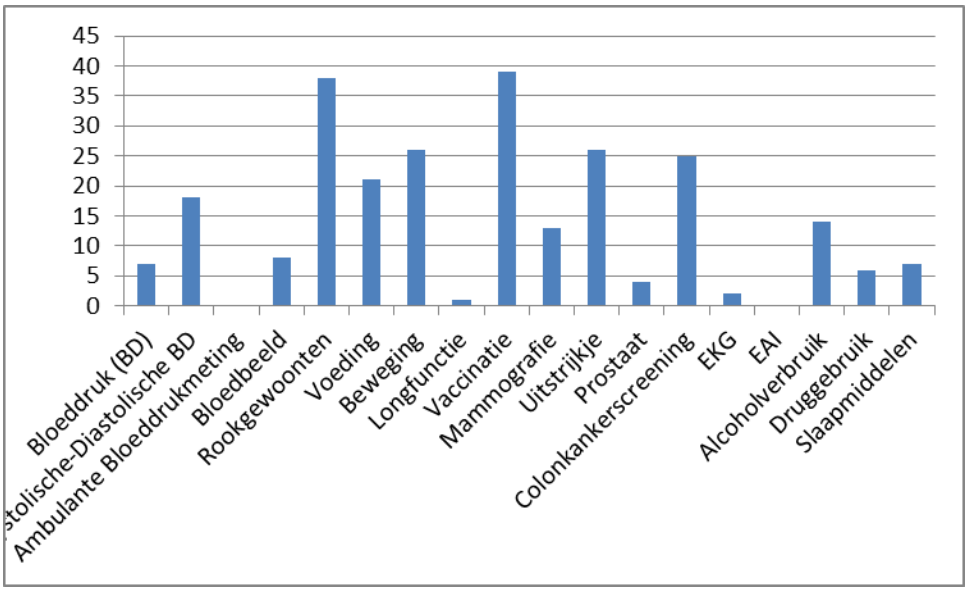
Figuur 3a: Overzicht van het totaal aantal preventieconsulten ten opzicht van het totaal aantal preventiebesprekingen



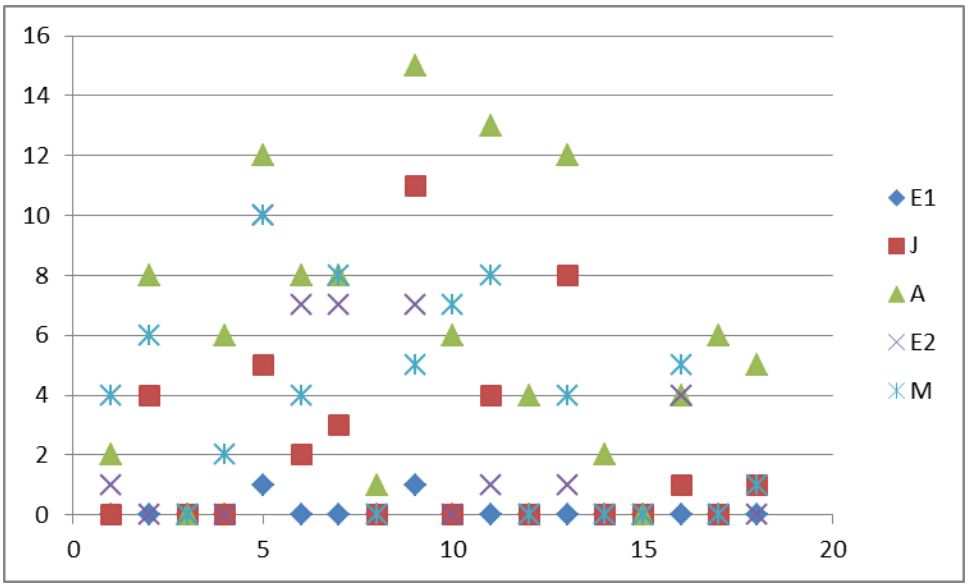
Figuur 3b: Overzicht van het aantal preventieconsulten en het aantal preventiebesprekingen per arts



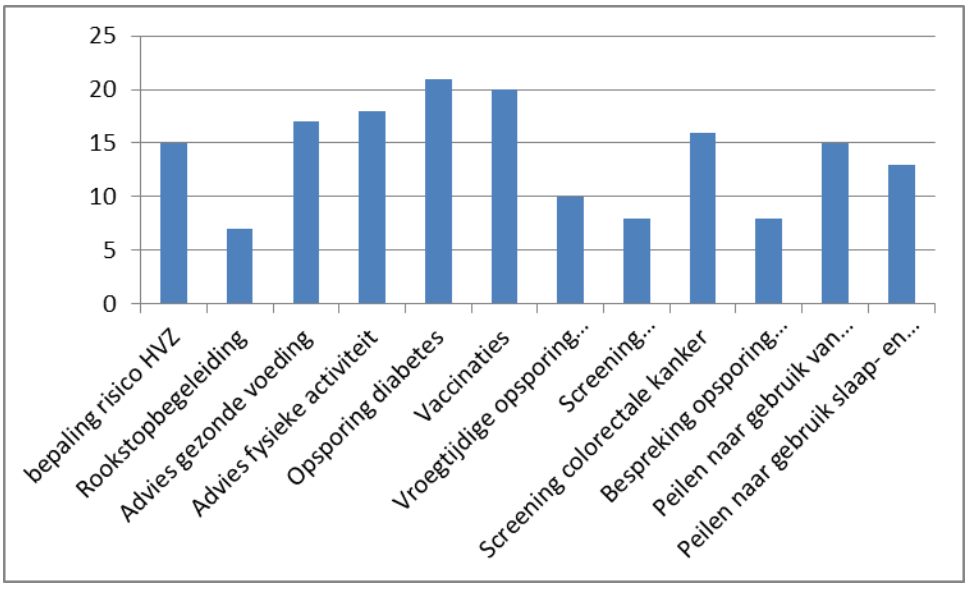
Figuur 4a: Overzicht van de totale registratie achter de preventie-items



Figuur 4b: Spreiding in de resultaten van de registratie van preventie-items per arts



Figuur 5: Overzicht van de frequentie van de besproken preventie-items bekomen via de responsratio uit de vragenlijsten bij deelname aan een preventieconsult



LITERATUURLIJST

1. Wyffels P, Van Herck J, Govaerts F, Baeten R, Jacobs L, Smets A, Smets K, Smeets F, Thijs G, Teughels S, Van de Vyver N. Gezondheidsgids: handleiding voor preventie in de huisartsenpraktijk. Berchem: Domus Medica vzw 2010. p. 36.
2. Dekker JM, Alssema M, Janssen PGH, Van der Paardt M †, Festen CCS, Van Oosterhout MJW, Van Dijk JL, Van der Weijden T, Gansevoort RT, Dasselaar JJ, Van Zoest F, Drenthen T, Walma EP, Goudswaard AN. NHG standaard: Preventieconsult module Cardiometabool Risico. Huisarts Wet 2011:54(3):138-55.
3. DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK, Velicer WF, Velasquez MM, Rossi JS. The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. Journal Consult Clinical Psychology 1991. 59(2):295-304.
4. McKee G, Bannon J, Kerins M, FitzGerald G. Changes in diet, exercise and stress behaviours using the stages of change model in cardiac rehabilitation patients. European Journal Cardiovascular Nursing 2007. 6(3):233-40.
5. National Health and medical research council(NHMRC): multidisciplinary guideline development committee. How to put the evidence into practice: implementation and dissemination strategies. NHMRC 2000. 2000. Beschikbaar via: http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/cp71.pdf, Geraadpleegd 2011 april 2.
6. Tartuffel. Cirkel/fasen van gedragsverandering: Prochaska en Diclemente. Mens en Samenleving: Diversen 2011. 2009. Beschikbaar via: http://mens-en-samenleving.infonu.nl/diversen/34923-cirkelfasen-van-gedragsverandering-prochaska-en-diclemente.html. Geraadpleegd 2011 april 2.
7. Alcohol hulp: online zelfhulp. Meer over motivatie. CAD Limburg, Drughulp Kempen (CAW&CGG Kempen) 2011. Beschikbaar via: https://www.alcoholhulp.be/zelfhulp/motivatie. Geraadpleegd 2011 april 2.
8. B. Spinnewijn. Prostaatkankerscreening zinvol? Stand van Zaken 2010. Opvolgrapport Domus Medica 2010. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/kwaliteit/dossiers/prostaatkanker.html. Geraadpleegd 2011 mei 1.
9. Wolters RJ, Spigt MG, Van Reedt Dortland PFH, Gercama AJ, Klomp MLF, Romeijnders ACM, Starreveld JS. NHG standaard Bemoeilijkte mictie bij oudere mannen. Huisarts Wet 2004; 47(12):571-86.
10. B. Spinnewijn. Prostaatkankerscreening zinvol? Stand van Zaken 2011. Opvolgrapport Domus Medica 2011. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/kwaliteit/dossiers/prostaatkanker.html. Geraadpleegd 2011 mei 1.
11. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Bethesda (MD): Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). 2010. 96
12. Global Initiative for Astma (GINA).Global strategy for asthma management and prevention. Bethesda (MD): Global Initiative for Asthma (GINA). 2010. 103
13. Gary Parkes, Annette Plüddemann, Carl Heneghan, Christopher P Price, Jane Wolstenholme and Matthew Thompson. Spirometry in primary care for COPD case finding, self-monitoring and remote technology. University of Oxford, Department of Primary Health Diagnostic Horizon Scanning Centre, Monitoring & Diagnosis in Oxford (MADOX) 2011. 2011. Beschikbaar via: http://madox.org/horizon-scanning-reports/20110015/spirometry-in-primary-care-for-copd-case-finding-self-monitoring-a. Geraadpleegd 2011 mei 1.
14. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for chronic obstructive pulmonary disease using spirometry: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med 2008.148(7):529-34.
15. Van Meerhaeghe Alain, Curve van Fletcher, Spirometrie.be 2012. Beschikbaar via: http://www.spirometrie.be/index.cfm?fuseaction=art&art_id=2700. Geraadpleegd 2011 mei 1.
16. De Cort P, Christiaens T, Philips H, Goossens M, Van Royen P. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Hypertensie.Huisarts Nu 2009;38:340-61.
17. Scheltens T, de Beus MF, Hoes AW, Rutten FH, Numans ME, Mosterd A, Kors JA, Grobbee DE, Bots ML. The potential yield of ECG screening of hypertensive patients: the Utrecht Health Project. Journal of hypertension 2010. 28(7):1527-33.

18. Guideline Development Group, Hypertension: clinical management of primary hypertension in adults. National Institute for Health and Clinical Excellence 2011. Beschikbaar via: http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13561/56008/56008.pdf. Geraadpleegd 2011 mei 1.
19. Bartelink ML, Stoffers HEJH, Boutens EJ, Hooi JD, Kaiser V, Boomsma LJ. NHG standaard: Perifeer arterieel vaatlijden. Huisarts Wet 2003;46(14): 848-58.
20. Klinische diagnostiek. Perifeer arterieel vaatlijden. Beschikbaar via: http://www.klinischediagnostiek.nl.gateway.iscientia.net/abonnee/Default.aspx?diagnostiek=probleemstelling&id=13860, Geraadpleegd 2011 mei 1.
21. Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing, Consensus Diagnostiek en behandeling van arteriële claudicatio intermittens. Internetsite Centre for Evidence Based Physiotherapy. 1997. Beschikbaar via: www.cebp.nl/media/m1141.pdf. Geraadpleegd 2011 mei 1.
22. D. Rutgers, W.T. Meijer, A.W. Hoes, M.L. Bots, A. Hofman en D.E. Grobbee. Prevalentie van perifere arteriële vaatziekte en claudicatio intermittens bij personen van 55 jaar en ouder: het ERGO-onderzoek. Ned Tijdschr Geneeskd. 1998;142:2851-6.
23. Xu D, Li J, Zou L, Xu Y, Hu D, Pagoto SL, Ma Y. Sensitivity and specificity of the ankle-brachial index to diagnose peripheral artery disease: a structured review. Vascular Medicine 2010; 15(5): 361-369.
24. SCHIN, Diabetes type 2: management. Additional information. PRODIGY (Clinical Knowledge Summaries) 2011. Beschikbaar via: http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13561/56008/56008.pdf. Geraadpleegd 2011 mei 1.
25. Mourad JJ, Cacoub P, Collet JP, Becker F, Pinel JF, Huet D, Sevestre-Pietri MA, Priollet P; ELLIPSE scientific committee and study investigators. Screening of unrecognized peripheral arterial disease (PAD) using ankle-brachial index in high cardiovascular risk patients free from symptomatic PAD. Journal of vascular surgery 2009. 50(3):572-80.
26. Heald CL, Fowkes FG, Murray GD, Price JF; Ankle Brachial Index Collaboration. Risk of mortality and cardiovascular disease associated with the ankle-brachial index: Systematic review. Artherosclerosis 2006. 189(1):61-9.
27. Clairotte C, Retout S, Potier L, Roussel R, Escoubet B. Automated ankle-brachial pressure index measurement by clinical staff for peripheral arterial disease diagnosis in nondiabetic and diabetic patients. Diabetes Care 2009. 32(7):1231-6.
28. Taylor-Piliae RE, Fair JM, Varady AN, Hlatky MA, Norton LC, Iribarren C, Go AS, Fortmann SP. Ankle brachial index screening in asymptomatic older adults. American Heart Journal 2011. 161 (5): 979-985.
29. Nexøe J, Damsbo B, Lund JO, Munck A. Measurement of blood pressure, ankle blood pressure and calculation of ankle brachial index in general practice. Family Practice 2011. Beschikbaar via: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22024665. Geraadpleegd 2011 mei 1.
30. Criqui MH, McClelland RL, McDermott MM, Allison MA, Blumenthal RS, Aboyans V, Ix JH, Burke GL, Liu K, Shea S. The ankle-brachial index and incident cardiovascular events in the MESA (Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis). Journal of the American college of Cardiology 2010. 56(18):1506-12.
31. Domus Medica vzw, vereniging van huisartsen, afdeling Diensten - Publicaties. Patiëntenfolder: zelfmeting van bloeddruk. Domus Medica 2009. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/kwaliteit/patienteninformatie.html . Geraadpleegd 2011 mei 28.
32. Wijkgezondheidscentrum Brugse Poort vzw. Hart- en vaatziekten: Consultatie-ondersteunde folder (Nederlands). Domus Medica 2008. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/kwaliteit/patienteninformatie.html . Geraadpleegd 2011 mei 28.
33. Boland B, Christiaens Th, Goderis G, Govaerts F, Philips H, Smeets F, Van de Vijver N, Van Duppen D. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Globaal cardiovasculair risicobeheer. Huisarts Nu 2007; 36: 339-69.
34. Wens J, Sunaert P, Nobels F, Feyen L, Van Crombrugge P, Bastiaens H, Van Royen P. Aanbeveling voor goede medische praktijkvorming: Diabetes Mellitus type 2.Berchem/Gent: WVVH/VDV, 2005.
35. NHG Patiëntenbrieven, Verhoogd risico op diabetes, Nederlands Huisartsengenootschap 2006. 2006. Beschikbaar via: http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_voorlichting/NHGPatientenbrieven/NHGPatientenbrief/PBD4g.htm. Geraadpleegd 2011 mei 28.

36. NHG Patiëntenbrieven, Diabetes algemeen, Nederlands Huisartsengenootschap 2006. 2006. Beschikbaar via: http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_voorlichting/NHGPatientenbrieven/NHGPatientenbrief/PBD4a.htm . Geraadpleegd 2011 mei 28.
37. Gailly J. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Stoppen met roken. Huisarts Nu 2006; 35: 395-434.
38. P. Verdeyen. Patiëntenfolder: Stoppen met roken, waarom en hoe? Domus Medica: Digitalos vzw, Stivoro 2004. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/kwaliteit/dossiers/stoppen-met-roken.html. Geraadpleegd 2011 mei 28.
39. NHG Patiëntenbrieven, Overwegen, Nederlands Huisartsengenootschap 2007. 2007. Beschikbaar via: http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_voorlichting/NHGPatientenbrieven/NHGPatientenbrief/PBP5a.htm. Geraadpleegd 2011 mei 28.
40. NHG Patiëntenbrieven, Stoppen met roken: voorbereiden, Nederlands Huisartsengenootschap 2011. 2011. Beschikbaar via: http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_voorlichting/NHGPatientenbrieven/NHGPatientenbrief/PBP5b.htm. Geraadpleegd 2011 mei 28.
41. NHG Patiëntenbrieven, Stoppen met roken: adviezen en hulpmiddelen, Nederlands Huisartsengenootschap 2011. 2011. Beschikbaar via: http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_voorlichting/NHGPatientenbrieven/NHGPatientenbrief/PBP5c.htm. Geraadpleegd 2011 mei 28.
42. Van Royen P, Bastiaens H, D'Hondt A, Provoost C, Van Der Borght W. Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenprakijk. Huisarts Nu 2006; 35: 118-40.
43. Domus Medica vzw, vereniging van huisartsen, afdeling Diensten (Publicaties). De actieve voedingsdriehoek. Domus Medica 2009. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/kwaliteit/patienteninformatie.html. Geraadpleegd 2011 mei 28.
44. Van Binsbergen JJ, Langens FNM, Dapper ALM, Van Halteren MM, Glijsteen R, Cleyndert GA, Mekenkamp-Oei SN, Van Avendonk MJP. NHG standaard: obesitas. Huisarts Wet 2010:53(11):609-25.
45. NHG Patiëntenbrieven, Voedingsadvies bij overgewicht, Nederlands Huisartsengenootschap 2010. 2010. Beschikbaar via: http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_voorlichting/NHGPatientenbrieven/NHGPatientenbrief/Voedingsadviesbijovergewicht.htm. Geraadpleegd 2011 mei 28.
46. NHG Patiëntenbrieven, Bewegingsadvies, Nederlands Huisartsengenootschap 2010. 2010. Beschikbaar via: http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_voorlichting/NHGPatientenbrieven/NHGPatientenbrief/PBK10c.htm. Geraadpleegd 2011 mei 28.
47. NHG Patiëntenbrieven, Bewegingsadvies bij overgewicht, Nederlands Huisartsengenootschap 2010. 2010. Beschikbaar via: http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_voorlichting/NHGPatientenbrieven/NHGPatientenbrief/Bewegingsadviesbijovergewicht1.htm. Geraadpleegd 2011 mei 28.
48. Dillen J. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Preventie van tetanus en difterie bij volwassenen: vaccinatie en profylactische aanpak. Huisarts Nu 2001; 30: 146-57.
49. Van de Vyver N, Govaerts F, Pilaet A. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Preventie van ernstige pneumokokkeninfecties bij volwassenen. Huisarts Nu 2005; 34: 588-96.
50. Govaerts F, Van de Vyver N, Pilaet A. Aanbeveling voor goede medische prakijkvorming: Preventie van influenza. Huisarts Nu 2006; 35: 4-18.
51. Van Essen GA, Bueving HJ, Voordouw ACG, Berg HF, Van der Laan JR, Van Lidth de Jeude CP, Boomsma LJ, Opstelten W. NHG standaard Influenza en influenzavaccinatie. Huisarts Wet 2008;51:4;bijlage:1-2.
52. NHG Patiëntenbrieven, Griep Algemeen, Nederlands Huisartsengenootschap 2011. 2011. Beschikbaar via:

http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_voorlichting/NHGPatientenbrieven/NHGPatientenbrief/PBR9a.htm. Geraadpleegd 2011 mei 28.
53. NHG Patiëntenbrieven, Griepprik, Nederlands Huisartsengenootschap 2011. 2011. Beschikbaar via: http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_voorlichting/NHGPatientenbrieven/NHGPatientenbrief/PBR9b.htm. Geraadpleegd 2011 mei 28.
54. NHG Patiëntenbrieven, Wereldgriep (grieppandemie), Nederlands Huisartsengenootschap 2011. 2011. Beschikbaar via: http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_voorlichting/NHGPatientenbrieven/NHGPatientenbrief/PBR9d.htm. Geraadpleegd 2011 mei 28.
55. Smeets F, De Deken L, Baeten R, Govaerts F. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: cervixkankerscreening. Huisarts Nu 2002; 31: 275-95.
56. Smeets F, De Deken L, Baeten R, Govaerts F. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: cervixkankerscreening. Huisarts Nu 2011; 31: 275-95.
57. NHG Patiëntenbrieven, Een uitstrijkje en wat nu? Nederlands Huisartsengenootschap 2010. 2010. Beschikbaar via: http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_voorlichting/NHGPatientenbrieven/NHGPatientenbrief/PBU6a.htm. Geraadpleegd 2011 mei 28.
58. NHG Patiëntenbrieven, Heb ik (kans op) COPD? Nederlands Huisartsengenootschap 2010. 2010. Beschikbaar via: http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_voorlichting/NHGPatientenbrieven/NHGPatientenbrief/HebikkansopCOPD.htm. Geraadpleegd 2011 mei 28.
59. NHG Patiëntenbrieven, Wel of geen onderzoek naar prostaatkanker? Nederlands Huisartsengenootschap 2011. 2011. Beschikbaar via: http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_voorlichting/NHGPatientenbrieven/NHGPatientenbrief/PBU10b.htm. Geraadpleegd 2011 juni 11.
60. Garmyn G, Govaerts F, Van de Vyver N, Teughels S, Tjalma W, Van Hal G, Goelen G, Van Limbergen E, Verslegers I, Van Goethem M. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Borstkankerscreening. Huisarts Nu 2008; 37: 2-27.
61. NHG Patiëntenbrieven, Bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Nederlands Huisartsengenootschap 2009. 2009. Beschikbaar via: http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_voorlichting/NHGPatientenbrieven/NHGPatientenbrief/Bevolkingsonderzoeknaarborstkanker1.htm. Geraadpleegd 2011 mei 28.
62. Govaerts F, Deturck L, Wyffels W. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Screenen op colorectale kanker bij personen zonder verhoogd risico. Huisarts Nu 2008; 37: 341-61.
63. Domus Medica vzw, vereniging van huisartsen, afdeling Diensten (Publicaties), Darmkanker. Patiëntenfolders Domus Medica 2010. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/kwaliteit/patienteninformatie.html. Geraadpleegd 2011 mei 28.
64. Michels J, Hoeck S, Dom G, Goossens M, Van Hal G, Van Royen P. Problematisch alcoholgebruik: aanpak door de huisarts. *Huisarts Nu* 2011;40:S137-S160.
65. Domus Medica vzw, vereniging van huisartsen (Publicaties). Problematisch alcoholgebruik. Patiëntenfolders Domus Medica 2011. 2011. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/kwaliteit/patienteninformatie.html. Geraadpleegd 2011 oktober 1.
66. NHG Patiëntenbrieven, Alcohol verandering overwegen. Nederlands Huisartsengenootschap 2011. 2011. Beschikbaar via: http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_voorlichting/NHGPatientenbrieven/NHGPatientenbrief/PBP8a.htm. Geraadpleegd 2011 juni 11.
67. NHG Patiëntenbrieven, Alcohol: stoppen en volhouden. Nederlands Huisartsengenootschap 2011. 2011. Beschikbaar via: http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_voorlichting/NHGPatientenbrieven/NHGPatientenbrief/PBP8e.htm. Geraadpleegd 2011 juni 11.

68. NHG Patiëntenbrieven, Alcohol: minderen of stoppen? Nederlands Huisartsengenootschap 2011. 2011. Beschikbaar via: http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_voorlichting/NHGPatientenbrieven/NHGPatientenbrief/PBP8b.htm. Geraadpleegd 2011 juni 11.
69. NHG Patiëntenbrieven, Alcohol: minderen. Nederlands Huisartsengenootschap 2011. 2011. Beschikbaar via: http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_voorlichting/NHGPatientenbrieven/NHGPatientenbrief/PBP8c.htm. Geraadpleegd 2011 juni 11.
70. NHG Patiëntenbrieven, Alcohol: stoppen. Nederlands Huisartsengenootschap 2011. 2011. Beschikbaar via: http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_voorlichting/NHGPatientenbrieven/NHGPatientenbrief/PBP8d.htm. Geraadpleegd 2011 juni 11.
71. Declercq T, Rogiers R, Habraken H, Michiels J, De Meyere M, Mariman A. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn. Huisarts Nu 2005; 34: 346-71.
72. Knuistingh Neven A, Lucassen PLBJ, Bonsema K, Teunissen H, Verduijn MM, Bouma M. NHG Standaard: Slaapmiddelen en Slaapproblemen. Huisarts Wet 2005;48(8):402-15.
73. NHG Patiëntenbrieven, Stoppen met slaapmiddelen. Nederlands Huisartsengenootschap 2011. 2011. Beschikbaar via: http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_voorlichting/NHGPatientenbrieven/NHGPatientenbrief/PBP4c.htm. Geraadpleegd 2011 juni 11.
74. NHG Patiëntenbrieven, Wel of geen slaapmiddelen. Nederlands Huisartsengenootschap 2011. 2011. Beschikbaar via: http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_voorlichting/NHGPatientenbrieven/NHGPatientenbrief/PBP4b.htm. Geraadpleegd 2011 juni 11.
75. NHG Patiëntenbrieven, Slaapproblemen algemeen. Nederlands Huisartsengenootschap 2011. 2011. Beschikbaar via: http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_voorlichting/NHGPatientenbrieven/NHGPatientenbrief/PBP4a.htm. Geraadpleegd 2011 juni 11.
76. NHG Patiëntenbrieven, Slaap- en kalmeringsmiddelen: benzodiazepines. Nederlands Huisartsengenootschap 2007. 2007. Beschikbaar via: http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_voorlichting/NHGPatientenbrieven/NHGPatientenbrief/SlaapenkalmeringsmiddelenBenzodiazepines.htm. Geraadpleegd 2011 juni 11.
77. Heyman J, Declercq T, Rogiers R, Pas L, Michels J, Goetinck M, Habraken H, De Meyere M. Aanbeveling voor goede medische prakijkvorming: Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts. Huisarts Nu 2008; 37: 284-317.
78. Chevalier P, Debauche M, Dereau P, Duray D, Gailly J, Paulus D, Vanhalewyn M. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Geneesmiddelenverslaving. Huisarts Nu 2011;40:S101-S117.
79. Vlaams Instituut Gezondheidspromotie en Ziektepreventie -Voedingsteam, Gezondheidstest.be, Vlaamse Overheid VIGEZ 2008-2011. Beschikbaar via: http://www.gezondheidstest.be. Geraadpleegd 2011 mei 28.
80. Stichting voedingscentrum Nederland. Voedingscentrum – Eerlijk over eten. Stichting Voedingscentrum Nederland 1998-2011. Beschikbaar via: http://www.voedingscentrum.nl/nl.aspx. Geraadpleegd 2011 mei 28.
81. Het voedingsinformatiecentrum NICE, NICE educatief – Brochures. Nutrition Information Centre 1992-2011, Beschikbaar via: www.nice-info.be. Geraadpleegd 2011 juni 11.
82. Eetexpert.be vzw. Gewichtsproblemen. Vlaamse Overheid: Kenniscentrum voor gewichtsproblemen en eetproblemen 2005-2011. Beschikbaar via: http://www.eetexpert.be/bezoekers/links.html. Geraadpleegd 2011 juni 11.
83. Stichting Tegen Kanker. Tabakstop 0800 11100. Stichting Tegen Kanker – Vlaamse Overheid 2010. Beschikbaar via: www.tabakstop.be. Geraadpleegd 2011 mei 28.

84. Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie vzw. Rookstopaanbod. VIGEZ – Vlaamse Overheid 2008-2011. Beschikbaar via: www.rookstopaanbod.be. Geraadpleegd 2011 mei 28.
85. Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie vzw. Motiveren tot rookstop – leertraject motiverende gespreksvoering. VIGEZ – Vlaamse Overheid 2008-2011. Beschikbaar via: www.motiverentotrookstop.be. Geraadpleegd: 2011 juni 11.
86. Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen vzw. Boodschap in een fles. VAD – Vlaamse Overheid 2010. Beschikbaar via: www.boodschapineenfles.be. Geraadpleegd 2011 juni 11.
87. Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen vzw - Matthys F. De DrugLijn. VAD – Vlaamse Overheid 2010. Beschikbaar via: www.hoeveelisteveel.be. Geraadpleegd 2011 juni 11.
88. CAD Limburg en Drughulp Kempen, Alcoholhulp.be. CAD Limburg, CGG Kempen & CAW De Kempen – FOD Volksgezondheid , RIZIV 2011. Beschikbaar via: www.alcoholhulp.be. Geraadpleegd 2011 juni 11.
89. Trimbos instituut, alcoholinfo.nl, Trimbos Instituut – Overheid 20007. Beschikbaar via: www.alcoholinfo.nl. Geraadpleegd 2011 juni 11.
90. Trimbos instituut, MinderDrinken.nl, Trimbos Instituut – Overheid 2007. Beschikbaar via: www.minderdrinken.nl. Geraadpleegd 2011 juni 11.
91. Trimbos instituut, MinderDrinken.nl, Trimbos Instituut – Overheid 2007. Beschikbaar via: www.drinktest.nl. Geraadpleegd 2011 juni 11.
92. Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen vzw - Matthys F. De DrugLijn. VAD – Vlaamse Overheid 2010. Beschikbaar via: www.dedruglijn.be. Geraadpleegd 2011 juni 11.
93. Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen vzw, VAD, Bekijk het eens nuchter, VAD Vlaamse Overheid 2010. Beschikbaar via: www.bekijkheteensnuchter.be. Geraadpleegd 2011 juni 11.
94. Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen vzw, VAD, VAD Vlaamse Overheid 2010. Beschikbaar via: www.vad.be. Geraadpleegd 2011 juni 11.
95. Interministrieel coördinatiecomité Influenza. Influenza.be. Belgische Overheid 2005-2010. Beschikbaar via: www.influenza.be. Geraadpleegd 2011 juni 11.
96. National Public Health Partnership. The Language of Prevention. NPHP 2006. Beschikbaar via: http://www.nphp.gov.au/publications/language_of_prevention.pdf. Geraadpleegd 2011 mei 1.