Masterproef Huisartsgeneeskunde



ICHO VZW

Wat is de tevredenheid van 45-55 jarige patiënten die voor de eerste maal een systematisch preventieconsult aangeboden krijgen?

MANAMA Door DRIES ROWIES

Promotor: Prof. Paul De Cort

Co-promoter: Dr. Jan De Bondt

Praktijkopleider: Dr. Ann Deben

Opleidingspraktijk: Mechelsestraat 194 Leuven

Stage-coördinator: Dr Leo Pas

Contactgegevens:

Mechelsestraat 194

3000 Leuven

driesrowies@hotmail.com

1. Abstract

Context: In onze praktijk groeit het besef bij de artsen dat er niet aan systematische screening wordt gedaan. Door de politieke aandacht (invoer GMD-plus) en de uitgifte van de eerste gezondheidsgids willen we nagaan in hoeverre onze "gezonde" patiënten tussen 45 en 55 jaar interesse tonen voor een apart preventieconsult.

Onderzoeksvraag: Algemeen idee omtrent preventie bij patiënten tussen 45 en 55 jaar met een recent GMD, zowel bij patiënten die naar het consult kwamen (= responders) als bij degenen die de praktijk bezochten naar aanleiding van een curatief bezoek (= non-responders).
Wat is de tevredenheid over een globaal preventieonderzoek bij de responders? Ervaren ze dit (aanschrijfbrief, consultatie zelf, communicatiestijl) als iets positief?

Methode: 100 patiënten tussen 45-55 jaar worden via brief uitgenodigd voor een systematisch preventieonderzoek met een duidelijke folder waarom preventie nuttig is. De patiënt wordt ingelicht dat hij/zij na het consult via een anonieme vragenlijst bevraagd wordt. De non-responders worden via de curatieve raadpleging gevraagd hun mening omtrent preventie te geven door het invullen van een vragenlijst.

Resultaten: Van de 100 aangeschreven patiënten nemen 29 patiënten deel aan het onderzoek. Bij deze responders valt op dat zij algemeen tevreden zijn over het preventieconsult. Ze vinden het volledig doorlopen in één consult van de gezondheidsgids niet te overladen. Toch weten patiënten na de consultatie niet goed wat er verder moet gebeuren.
21 non-responders geven hun mening omtrent hun idee over preventie. Bij hen zien we dat iets meer dan de helft "geen tijd en vergeten" als hoofdreden voor niet-deelname aangeven. Ondanks deze patiënten vooral naar aanleiding van een klacht de huisarts contacteren sluiten zij deelname aan het preventieconsult in de toekomst niet uit. De meeste van hen worden dan het liefst door de huisarts persoonlijk uitgenodigd.
De overige 50 patiënten konden we niet bereiken via de consultaties of hebben hun extra vragenlijst niet ingediend.

Conclusies: De deelnemende patiënten staan positief tegenover het project. De grote meerderheid gaat echter niet in op de uitnodiging. Hun beweegreden en interesse is veel moeilijker te achterhalen. Extra vaardigheden en kennis is nodig om preventie praktisch mogelijk te maken.

Trefwoorden: Primary prevention, patient satisfaction, patient survey instrument, family practice, general practice

Email: driesrowies@hotmail.com

ICPC-code: Algemeen

2. Inhoudstafel

Inhoudsopgave

1 Abstract 2

2 Inhoudstafel 3

3 Inleiding 4

4 Literatuur 7

5 Methodiek 13

6 Resultaten 17

6.1. Demografische gegevens 17

6.2. Resultaten patiënten bevraging 18

6.3. Resultaten objectieve parameters 23

7 Bespreking van de gegevens 28

7.1. Resultaten responders 28

7.2. Demografische gegevens 29

7.3. Subjectieve gegevens 31

7.4. Objectieve gegevens 32

7.5. Bespreking: bias 34

7.6. Bespreking optimaliseren preventie 38

7.7. Overblijvende vragen 39

8 Besluit 40

9 Referenties en bijlagen 42

10 Dankwoord 55

3. Inleiding

Deze thesis als praktijkverbeterend project is gegroeid vanuit de nood in onze praktijk om systematische screening meer aandacht te geven. Nooit voordien werd een totale consultatie of een deel ervan gewijd aan meerdere topics van de preventiegids. De collega's zitten ermee verveeld dat tijdens de consultatie eerder toevallig of op vraag van de patiënt aan case-finding wordt gedaan (casuïstische preventie).

Nochtans blijkt uit de literatuur dat de huisarts een centrale rol kan vervullen in preventie. Huisartsen hebben het grote voordeel dat ze hun patiënt integraal benaderen. Ze hebben een goede kennis van de patiënt zijn/haar familie, woonomgeving, opvattingen en cultuur, een brede wetenschappelijke kennis en een goed overzicht van alle problemen. Zij zitten hierdoor in de ideale positie om met gezondheid om te gaan. Er kan dus goed ingespeeld worden op de individuele noden en verwachtingen van de patiënt. [1]

Uit onderzoek blijkt dat de drempel om naar de huisarts te gaan laag ligt. In Nederland zou gemiddeld 75% van de patiënten uit alle leeftijdscategorieën zijn huisarts jaarlijks bezoeken. [2] Europese cijfers tonen dat 2/3 van de patiënten een jaarlijks bezoek aan de huisarts brengen. Huisartsen zijn daarnaast de persoonlijke link tussen preventie en een curatieve behandeling. [3]

Patiënten bieden zich meestal aan met een acute klacht. Binnen de klassieke consultatie is dan net nog de tijd om bijvoorbeeld een tetanusbooster of uitstrijkje etc. Er moet tijdens een curatief consult door de huisarts gekozen worden welke de prioriteiten zijn van de patiënt. In tegenstelling tot wat veel artsen denken zijn veel patiënten vragende partij voor preventie.

Toch geloven huisartsen vaak niet dat patiënten voldoende gemotiveerd zijn om hun levensstijl effectief te veranderen, ook al hebben ze de intentie om gezonder te leven. Huisartsen zien dit als grote struikelblok om hier niet zelf tijdens een curatief consult over te beginnen. [4]

De huidige tendens omtrent de verschuiving van de taak van de huisarts zal zich waarschijnlijk de komende jaren verder zetten. De rol van de huisarts verschuift van acute zorgen naar coördinator van zorgtrajecten, chronische en preventieve zorg. Zijn maatschappelijke rol zal hierin sterk veranderen. De actuele tijdsgeest met invoering van zorgtrajecten en de recente opstart van GMD-plus zijn hiervan signalen.

In de literatuur is al heel wat te vinden omtrent drempels voor artsen om preventie te implementeren.[5] Hoe je als arts best een preventieconsult kan leiden en hoe je patiënten kan motiveren werden reeds uitvoerig beschreven.

We stellen ons bijgevolg een aantal vragen. Toont een klachtenvrije patiënt zelf interesse voor dergelijk preventieonderzoek. Of leeft "preventie" enkel in de medische wereld? Zullen onze patiënten het preventieconsult zelf als positief ervaren? Hoe voelt de patiënt zich erbij bij het buitengaan?
Daarnaast is dit een werk dat de praktische bezwaren die de huisarts tijdens preventie kan tegenkomen benoemt. Hopelijk kan deze manama collega's helpen om beter te anticiperen op bepaalde drempels.

Keuze van de populatie

Bij de leeftijdsanalyse van onze patiënten valt op dat er een grote groep 40 tot 60-jarige patiënten is. Dit is een mooie illustratie van het feit dat een populatie meegroeit met de werkzame artsen.

We kiezen bijgevolg voor de populatie 45 tot 55-jarigen:

- Deze patiënten hebben weinig chronische pathologie en nog geen klachten. Hier kunnen we ziekte nog genezen of complicaties voor zijn. Per definitie wordt hier aan primaire preventie gedaan.

- Deze doelgroep heeft weinig direct of indirect contact met de huisarts. Ze bevinden zich op het hoogtepunt van hun carrière en hun kinderen gaan vaak alleen op consult. Dit geldt vooral bij mannen. De meeste vrouwen in deze leeftijdscategorie worden quasi jaarlijks nog gezien met gynaecologische vragen over anticonceptie, menopauzale klachten, uitstrijkjes, etc.

- De preventiegids van Domus Medica[6] is afgesteld op de leeftijdscategorie vanaf 45 jaar. Het analyseren van het idee van patiënten van een beperkte leeftijdsgroep, lijkt zeer interessant. De tevredenheid van een 50-jarige kan zowel door medische als niet-medische factoren verschillen van die van een 75-jarige. Met deze beperkte leeftijdsrange krijgen we dus een meer uniforme

groep. Enkele zaken verschillen vanaf 50+ in de gezondheidsgids: start FOBT, borstkankerscreening vanaf 50j en pneumokokken-vaccinatie aangewezen bij risicogroep.

Hoofdonderzoeksvraag:

Hoe is de tevredenheid omtrent een systematisch preventieconsult bij patiënten (tussen 45 en 55 jaar en een recent GMD) die voordien nooit deelnamen aan systematische preventie?

We vragen ons af naar de toekomst: Is er een algemene interesse bij onze patiënten om vanaf een zekere leeftijd hen uit te nodigen voor een systematisch preventieonderzoek? In de praktijk: zouden we jaarlijks de patiënten die 45 jaar worden uitnodigen voor een eerste apart preventieconsult?

Bijkomende vraag:

Wat zijn de praktische bezwaren die we tegenkomen bij het implementeren van het gezondheidsconsult anno 2011?

Onderzoeksdesign:

Dit is een exploratief beschrijvend interventie onderzoek dat gebruik maakt van gestructureerde vragenlijsten bij de responders en non-responders. Als interventie werd een systematisch preventieconsult in onze praktijk aangeboden.
Met behulp van gestructureerde multiple-choice vragenlijsten werden een aantal uitspraken voorgelegd aan responders in gesloten oridinale categoriën (5 punt Likert schaal).
De gegevens vergelijken we vervolgens met de beschikbare literatuur.

4. Literatuur

In de literatuur zijn vele studies te vinden omtrent tevredenheid van patiënten over de deelaspecten van preventie (enkel cardiovasculair, screening borstkanker etc). Het gaat steeds om één mooi afgelijnde topic die wordt bevraagd. Onze studie wil echter de tevredenheid over het globale consult achterhalen. We gebruiken voor het preventieconsult de 'gezondheidsgids Domus Medica 2010' [6]. De gekozen topics betreffen allemaal level A evidence. Dit maakt dat de verhouding tussen de geleverde inspanning en de behaalde gezondheidswinst optimaal is. De wetenschappelijke achtergrond en het nut van de individuele topics binnen de preventiegids zullen niet nader in deze thesis worden behandeld.

Na een grondige zoektocht achteréénvolgens in de guidlines, clinical evidence en cochrane database vinden we geen literatuur die specifiek aansluit bij onze onderzoeksvraag. Via een bijscholing omtrent preventie kom ik in contact met het Vlaamse pilootproject 'gezondheidsgids Malle – Zoersel' (populatie 40- en 50-jarigen). Hier werden de patiënten (n=1131) via de gemeente aangeschreven waarna zij worden bevraagd over dit initiatief.[7]

Een doorgedreven search in de klassieke zoekmachines (Pubmed, Medline) levert ons ook geen toepasselijke artikels.

Zoekstrategie:
De volgende MESH-termen werden gebruikt via 'Cebam', 'Pubmed' en 'Medline':
"Patient satisfaction", "Primary care", "General practice", "Questionnaire", "Prevention", "Patient survey instrument".

We vinden noch studies, noch gestandaardiseerde vragenlijsten terug omtrent tevredenheid van de patiënt.

Volgende vragenlijsten omtrent patiënten tevredenheid komen wel terug in de literatuur: "General practice Assessement Questionaire" [8] and "Improving practices questionnaire". Deze vragen zijn een goede basis maar helaas te aspecifiek.

De literatuursearch wordt nog eens overgedaan met dr. Leo Pas. We komen tot de vaststelling dat deze topic in de literatuur een onontgonnen domein is (zoektocht zie bijlage 1): hierin staan de resultaten met "OR-functie" van individuele preventietopics, bij" AND- functie" vonden we geen artikels. De 536 gevonden artikels sluiten allemaal slecht aan bij de essentie van onze onderzoeksvraag.

We besluiten op advies van **Prof Goedhuys** (onderzoekseenheid Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de KU Leuven) om de experten binnen het domein van preventie in België en Nederland aan te schrijven en gaan na of:
- dergelijke gevalideerde vragenlijsten ooit gebruikt zijn in studies?
- zij ooit hebben meegeholpen aan het opstellen hiervan?
- er valkuilen bestaan bij het zelf opstellen van een vragenlijst?

Volgende 6 personen worden aangeschreven gedurende de periode februari -maart 2011:

- **Dr A.J.M. Drenthen:** teamleider NHG-sectie: Preventie-Patiëntenvoorlichting; brengt ons in contact met dr Leo Pas en Mr Nielen;
- **Dr Leo Pas**: toenmalig hoofd wetenschappelijk onderzoek 'Domus Medica' en lid 'Europrev' (European network om health promotion and prevention) voor België: één grote Europese studie inzake verwachtingen van patiënten over preventie zou voorjaar 2012 uitkomen;
- dr Seuntjes Luc: lid Equip: kwaliteitsbevordering in huisartsgeneeskunde: aanreiken van vragenlijst en resultaten tevredenheid van patiënten omtrent Nederlands preventieconsult.

Deze consultatie is gebaseerd op de NHG standaard: 'Het PreventieConsult cardiometabool' gepubliceerd in Huisarts en Wetenschap. [9]
Dit consult werd door verschillende Nederlandse gezondheidsorganisaties samengesteld.
Vooraleer deze standaard werd gepubliceerd liep er een pilootproject in 16 huisartspraktijken.
De patiënten werden actief (via brief) of passief (via folders) benaderd. In deze studie worden cardiovasculair en metabole (diabetes en nierschade) screening samen bekeken na een selectie van risicovolle patiënten m.b.v. een vooraf in te vullen elektronische vragenlijst. Patiënten met vooraf gekende manifeste hartvaatziekte, nierziekte of diabetes worden wel geexcludeerd.
Er wordt geen aandacht besteed aan kankeropsporing, vaccinatie, depressie, alcohol en misbruik van kalmeermiddelen. [2,10]

De resultaten van de studie gaan over een populatie tussen 45 en 70 jaar. De gemiddelde leeftijd in deze studie is 54 jaar. 29.2% van de deelnemers is tussen 45 en 55 jaar. In dit onderzoek blijkt dat 64% (n=334) van de aan de risicostratificatie deelnemende patiënten (n=521) een verhoogd risico heeft. Van deze populatie met verhoogd risico blijkt maar liefst 56% jonger dan 60 jaar. Globaal komt 36% van de patiënten met verhoogd risico naar de consultatie.

Hoog risico wordt gedefinieerd als:
1/ cardiaal risico 10 jaarsterfte van > 5% of
2/ > 45j en Familiaal risk of
3/ FINDRISK risk 10 of meer (berekening risico diabetes) of
4/ leeftijd > 60 jaar.
In deze studie vinden we in de bespreking een aparte topic gewijd aan tevredenheid van patiënten. Zij gebruiken hiervoor een zelf opgestelde vragenlijst.[2]

- **Epidimioloog Mark Nielen**: onderzoeker o.a. Nivel: Hij brengt ons in contact met Centrum klantervaring zorg (in deze database staat veel onderzoek specifiek gericht op ervaring van patiënten met zorg: Helaas geen patiëntenvragenlijsten specifiek voor preventie maar andere geven wel een goed idee van soort vragen.[11] De tevredenheidvragenlijst van Nivel maakte hiervan ook gebruik. [2]
- **Dr Lemeingre Marc**: hoofdredacteur Huisarts Nu

- **Dr Govaerts**: coördinator preventie bij Domus Medica
Hij waarschuwt voor de verwachtingen van de patiënt als valkuil voor tevredenheid. Ontevredenheid over het niet aanbieden van de labotesten kan onze resultaten sterk beïnvloeden. Het is daarom des te belangrijker de doelen van het preventieconsult in de uitnodigingsbrief goed af te bakenen.
We houden rekening met de richtlijnen voor preventieorganisatie: "*het is belangrijk dat bij elk initiatief rond preventie de patiënt centraal staat. In de uitnodiging moet steeds respect getoond worden voor het individu. Dit initiatief heeft als doel dat individuen de controle over hun gezondheidstoestand kunnen verhogen*.[3]

Bij het informeren van patiënten moeten vier zaken in acht worden genomen[3]:

- "V*ertegenwoordigers van patiënten moeten hun achterban op de hoogte brengen van de verantwoordelijkheden van elke individu . Er moet duidelijk omschreven zijn waar de eigen verantwoordelijkheid ligt"* (Art 8 Vlaams gezondheidsdecreet) .[12]
- De doelgroep moet voor de start van het consult geïnformeerd worden over de voor- en nadelen van dit onderzoek. Dit impliceert ook de risico's van de activiteiten, de kostprijs en de prijs van de nazorg.
- Patiënten moeten de rol en meerwaarde kennen van alle partijen, wat ze wel en niet mogen verwachten van de zorgverlener.
- De resultaten dienen tijdig en respectvol aan de betrokkene te worden gecommuniceerd.

Omtrent het uitnodigen via brief leert de studie Malle-Zoersel ons dat 94.44% patiënten vinden dat de huisarts dit zelf moet doen, slechts 25% vindt het geen probleem dat de gemeente dit doet. De patiënten hebben in het algemeen geen bezwaar tegen een oproepingsbrief voor preventie door de huisarts.[13] Deze studie te Malle-Zoersel wou vooral de opinie van de patiënten achterhalen voordat het preventieconsult plaats vond. "*Vooral 40-jarige mannen stonden positief tegenover het project, bij 50-jarigen en vrouwen werd sceptischer gereageerd op het initiatief*" [7].

RESULTAAT bevraging experts:

Eigen opmaak van tevredenheidvragenlijst o.b.v. algemene vragenlijsten, tevredenheidsvragen NIVEL onderzoek [2] en eigen vragen specifiek omtrent tevredenheid. Voor het scoren van de antwoorden werd gekozen voor een ordinale antwoorden in multiple-choice vorm.

Tijdens de voorstelling van de masterproeven in mei 2011 kom ik in contact met de thesis van Liesbeth Pauwels. In haar Manama wordt ook gepeild naar tevredenheid bij patiënten. Haar onderzoeksvraag richt zich vooral op het bereiken van patiënten via folder om de 'preventiestatus' maximaal te verhogen. De inclusiecriteria zijn patiënten met GMD tussen 40-75 jaar zonder ernstige actuele biopsychosociale problematiek.
Uit haar onderzoek blijkt dat je via het persoonlijk meegeven van folders aan de patiënten 26% van je populatie kan bereiken. Via telefonische contactopname slaagde zij erin om de participatiegraad op te drijven tot 43%.

In haar onderzoek vindt ze geen significant verschil tussen de preventiestatus (bij voormeting) en demografische gegevens van deelnemers en niet-deelnemers.

Met voorzichtigheid geeft ze aan dat patiënten die niet ingaan op de folder mogelijks anders met preventie omgaan en hierdoor een minder goed preventiedossier hebben (ondanks niet significant verschil in deze studie). Bij de deelnemers die spontaan komen zeggen 17 van de 19 patiënten als belangrijkste reden voor deelname: 'ik hecht belang aan eigen gezondheid'. De deelnemers waren algemeen erg tevreden. Na enkele maanden peilde zij ook naar de redenen waarom patiënten niet deelnamen: de belangrijkste waren vergeten en geen tijd. [14]

Met mijn promotor groeit het idee om de patiënten hun gegevens elektronisch zelf te laten invullen. De Nederlandse Nivel studie leert ons dat de respons op het aanschrijven om elektronisch cardiovasculaire gegevens in te vullen 33% bedraagt. In deze studie zal de patiënt afhankelijk van het persoonlijk risico uitgenodigd worden op het preventieconsult.
Toch zien we dat 24% van de patiënten niet deelnemen omwille van angst voor privacy via het elektronisch invullen van medische gegevens .

Een verbale motivatie van een arts geeft volgens de deelnemende zorgverleners aan de Nivel-studie een nog grotere groep responders. Deze manier van motiveren is voor de arts wel meer tijd belastend.
Met deze gegevens en de praktische bezwaren die elektronisch invullen van gegevens meebrengt, besluiten we in onze studie de patiënten per brief uit te nodigen. In de omslag zit ook een vragenlijst die ze vooraf moeten invullen.

Via het tweewekelijkse seminarie kom ik in contact met de 'Total design methode' (Don Dillman), een manier om de deelname van proefpersonen aan sociaalwetenschappelijk onderzoekt te verhogen. De essentie van deze ruiltheorie is dat je de patiënt moet overtuigen van een sociaal en emotioneel voordeel door deel te nemen aan het onderzoek.[15]

Ik besluit om deze theorie te gebruiken om mijn onderzoek wat kracht bij te zetten.
Opzet van mijn studie: de patiënt krijgt een onderzoek aangeboden waarin meerdere domeinen van hun gezondheid op een structurele manier tijdens één consult worden opgelijst. De patiënt kan hier vrij aan deelnemen. In de folder wordt duidelijk uitgelegd dat preventie gezondheidsproblemen kan voorkomen.

De **criteria** voor het bereiken van een hogere participatiegraad zijn de volgende:

a/ *Psychologische drempel moet minimaal zijn.* In onze studie wordt gekozen voor een korte en zakelijke uitnodigingsbrief en een beknopte vragenlijst om achteraf in te vullen. De totale tijdsinvestering voor de patiënt hebben we proberen drukken door alles in één consult te doen. Hierdoor duurt de consultatie wel langer dan een normaal consult.
b/ E*r moet een beloning voor de patiënt aan vasthangen.* In onze studie krijgt de patiënt een gratis consultatie en wordt er een individueel gezondheidsplan opgesteld.
c/ *Door de beloning moet er meer vertrouwen ontstaan.* Onze patiënt weet na het preventieconsult dat hij ook met vragen buiten het zuiver curatieve bij de huisarts terecht kan.

Betreffende de uitnodigingsbrief raadt de Total Design Methode aan gebruik te maken van een gesloten (liefst witte) enveloppe, van klein formaat en met een persoonlijke aanspreking.

In onze studie werden de patiënten in de uitnodigingsbrief niet bij naam aangesproken doch wel met 'Beste patiënt', en dit omwille van praktische redenen. Drie niet-deelnemers gaven aan de brief wel ontvangen te hebben maar niet gelezen te hebben, omdat ze dachten dat het een reclamebrief betrof.

Recent onderzoek (04/2012) van Europrev (European network on health promotion and prevention) i.v.m. ervaringen van patiënten over preventie in huisartspraktijken van 22 Europese landen, leert ons dat 2/3 van de ondervraagde patiënten bereid is steun van hun huisarts te krijgen als ze hun levensgewoonten willen veranderen. Nog eens de helft daarvan wil daar effectief iets aan veranderen. 40% van de patiënten geeft aan nooit door de huisarts actief te zijn aangesproken i.v.m. verandering van de levensstijl.[16] Toch lezen we in de literatuur dat patiënten kritischer zijn voor preventie als deze onafhankelijk van een klacht wordt aangeboden.[13]

Belemmerende factoren voor deelname aan preventie bij patiënten zijn: motivatie, weinig therapietrouw en lage sociaal-economische status. De bereidheid om over risicofactoren en leefgewoonten te praten, blijkt dan weer positief beïnvloed te zijn door een goed contact met de huisarts, onafhankelijk voor de duur van dit contact.[13]

5. Methodiek

Volgens een advies van de Orde der geneesheren[17] mogen patiënten die de laatste twee jaar nog een GMD afsloten aangeschreven worden. Het moet wel om een medisch relevante reden gaan (informeren van patiënt, voorschrift griepvaccinatie etc.). Uit eerdere studies blijkt dat het aanschrijven de meeste efficiënte methode is om patiënten voor preventie te bereiken.

Bij weinig respons zullen we de patiënten bij de curatieve consultaties nog extra trachten te motiveren. Er zal opgelijst worden welke patiënten een extra motivatie nodig hadden van hun behandelende arts, om zo na te kunnen gaan of deze groep een significant verschillende mening heeft over preventie(consultatie).

Opstellen van documenten voor patiënt met collega's:
Ook twee collega-HAIO's (Anneleen Stragier en Ingrid Wollebrands) o.l.v. promotor Paul De Corte doen hun manama-studie omtrent *implementatie van preventie*. Onze manama's verschillen op vlak van implementatie: bij Ingrid mag de patiënt zelf zijn/haar belangrijkste topic uit de preventiegids kiezen, bij Anneleen wordt FOBT aangeboden in een landelijk gebied en bij mezelf gaat de hele gezondheidsgids in één consultatie worden geïmplementeerd. Na overleg besloten we het volgende samen op te stellen:

a) een gezamenlijke folder met info omtrent preventie
b) een uniforme uitnodigingsbrief
c) een tevredenheidvragenlijst

Elk worden ze uiteraard volgens individuele noden aangepast. Gezien de andere leeftijdsgroep, regionale verschillen (platte land versus verstedelijkt) en de verschillende domeinen bij preventie zullen de uitkomsten van de verschillende studies niet onderling worden vergeleken. Het verschil in onderzoekspopulatie blijkt te groot.

De keuze van de uitnodigingsbrief gaat naar een korte overzichtelijke uitnodiging (zie bijlage 2), waarin we met een duidelijk stappenplan weergeven wat de patiënt moet doen voor deelname (invullen van familiaal en persoonlijk risico, laatste onderzoeken, geen andere klachten tijdens het consult aan bod laten komen).

Daarnaast kiezen we voor een extra folder (met meer concrete info over preventie) om onze uitnodigingsbrief niet te overladen (bijlage 3).).
We trachten zo een goed evenwicht te vinden tussen wetenschappelijk correcte informatie (op een duidelijke manier uitgelegd) en een overzichtelijke beknopte brief.

Voor de tevredenheidvragenlijst stellen we zelf een vragenlijst op .
De vragen worden in vier blokken geplaatst:
a) patiënten-kenmerken,
b) mening uitnodigingsbrief,
c) ervaring tijdens consultatie,
d) gevoel na het consult en herhalingsfrequentie van preventieonderzoek.

De inclusiecriteria in mijn studie zijn:
- tussen 45 en 55 jaar op moment dat de studie begint;
- laatste 2 jaar een GMD afgesloten in de praktijk.

Dit laatste criterium heeft voor gevolg dat we 125 patiënten niet kunnen aanschrijven alhoewel deze de laatste twee jaar wel minimum eenmaal op raadpleging zijn geweest.

We kiezen om geen exclusiecriteria te gebruiken bij de selectie van onze patiënten (vb. diabetes, psychiatrische patiënt, post cardiovasculair event). Gezien onze patiënten voor hun gekende aandoening goed door ons zijn opgevolgd, wordt er mogelijks onvoldoende aandacht aan andere domeinen van preventie besteed (vb. goed geregelde diabetisch patiënt maar weinig bekend omtrent uitstrijkje, vaccinatiestatus, sportactiviteiten). Mogelijks wordt bij deze patiënten zelfs ‘teveel’ aandacht aan één specifiek domein besteed, waardoor er geen tijd/ruimte is voor ‘bredere’ primaire preventie.

Na elektronische selectie met ons medisch programma kregen we 117 patiënten. Deze lijst werd door de collega’s overlopen. 10 hiervan bleken verhuisd, overleden of van huisarts te zijn veranderd gedurende de afgelopen twee jaar. We besloten om willekeurig nog 7 patiënten te deselecteren om 100 proefpersonen over te houden.

Deze 100 patiënten werden vanaf mei 2011 in drie groepen aangeschreven met circa twee weken interval. Dit om de werkdruk wat te verdelen. De patiënten kregen 6 maanden de tijd om op preventieconsult te komen. In tegenstelling tot de klassieke consultaties werd nu aan de patiënt gevraagd om telefonisch contact op te nemen om een afspraak te maken. Het preventieconsult duurt immers langer dan één consultatieblok. Zo konden we de patiënten telefonisch meedelen om (indien nodig) nuchter aan het consult deel te nemen.

De patiënt werd gevraagd om vooraf de vragenlijst van Domus Medica in te vullen m.b.t. anamnestische en klinische gegevens (zie bijlage 4) en deze samen met het toestemmingsformulier naar het preventieconsult mee te nemen. Volgens de laatste gebruikersrichtlijnen 2011 van Domus Medica zou de huisarts best eerst de vragenlijst invullen aan de hand van het dossier en wordt de patiënt in tweede instantie gevraagd zelf de ontbrekende gegevens aan te vullen. [11] Door praktische problemen bleek dit in onze studie echter onmogelijk.

De consultatie zelf verliep volledig a.d.h.v. de 'Domus Medica gezondheidsgids'[6]. Naast de hierin vastgelegde topics werd er ruimte voorzien voor andere topics (zoals prostaatkanker, osteoporose, etc.) indien de patiënt hier zelf naar vroeg. Om de gezondheidsgids vlot te implementeren werden bijscholingen[18] gevolgd om een goede wetenschappelijke onderbouw te hebben naar a) doel en nut van screening b) motivatie van de patiënt c) correct beleid bij nieuwe positieve bevindingen.

Indien onderzoeken aangewezen waren hebben we de patiënten tijdens het preventieconsult ingelicht over de waarde en de consequenties van een positieve test (vb. FOBT). De patiënt kreeg de mogelijkheid deze onderzoeken niet te ondergaan conform de wet op de patiënten rechten van 22/08/2002.[19]

Zoals aanbevolen werd samen met de patiënt op het einde van het consult ook een preventieplan opgesteld. Dit kwam zowel in het dossier als op een afsprakenkaart voor de patiënt. Daarnaast werd de steekkaart van het tien jaar risico op cardiale sterfte o.b.v. de verhouding tussen cholesterol/leeftijd/bloeddruk/rookgedrag ook met de patiënt meegegeven. Indien een recente bloedafname niet voorhanden was, was dit echter onmogelijk.
Na de consultatie werd aan de patiënt gevraagd om een tevredenheidanalyse van de consultatie in te vullen.

Nadat het project drie maanden liep, merkten we bij een groot deel van de proefpersonen dat zij ons bezochten voor de curatieve consultaties, maar bij navraag geen interesse toonden voor het preventieconsult. De collega's waren wat verwonderd omdat het patiënten betroffen die vaak op consultatie komen en goed vertrouwd zijn met de HAIO. Bij navraag bleken de meeste van hen de uitnodigingsbrief en folders goed gelezen te hebben.

Er ontstond dus een algemene interesse waarom deze patiënten niet kwamen en wat ze over preventie in het algemeen denken. Kwam dit louter door een tijdsprobleem of lag het aan het communicatiekanaal?

Na goedkeuring van een extra vragenlijst gingen we actief de non-responders bevragen naar hun menig omtrent preventie en niet deelname, tenzij ze in de toekomst een preventieconsult hadden gepland.

Vervolgens lijstten we de medische gegevens (preventiegegevens en chronisch pathologie) op van onze populaties (non-responders en responders) voor het preventieconsult van start ging (voormeting). Uiteraard legden we na het preventieconsult ook een database aan met extra gegevens over onze 29 participerende proefpersonen (nameting).

Onze onderzoekspopulatie bestaat dus uit drie subgroepen

-**Responders**: zij die deelnamen aan het preventieconsult (hetzij spontaan hetzij na extra informatie door een van de artsen in de praktijk).

- **Non-responders**: zij die op klassieke consultatie kwamen, geen interesse toonden in het preventieconsult en hun algemeen idee omtrent preventie via een vragenlijst ingaven.

- **Niet-deelnemers**: Patiënten die niet op consultatie kwamen tijdens duur van lopende studie of die weigerden de vragenlijst omtrent algemene preventie in te vullen.

Bij verder gebruik in de tekst van deze groepen bedoelen we de proefpersonen die voldoen aan bovenstaande beschrijving.

Tijdens de studie kregen we door adreswijziging drie brieven terug. Deze drie werden vervangen door 2 nieuwe patiënten (die zich tijdens de studie melden en actief vroegen naar GMD) en 1 patiënt die interesse toonde maar laatste 3 jaar niet ziek is geweest. Zo kwamen we weer aan een populatie van 100 proefpersonen.

6. Resultaten

6.1. Demografische gegevens

6.1.1. Leeftijd

- Responders: 50.34 jaar
- Non-responders: 50.60 jaar

6.1.2. Geslacht

- Responders: 15 vrouwen, 14 mannen
- Non-responders: 14 vrouwen, 7 mannen

6.1.3. Moedertaal

- Responders: 24 Nederlandstalig, 5 Anderstalig
- Non-responders: 21 Nederlandstalig, 0 Anderstalig

6.1.4. Chronische patiënten

Definitie: patiënten die omwille van éénzelfde gezondheidsprobleem minimaal 2 keer per jaar consulteren (bv. Diabetes mellitus, hypertensie, CVA, psychische aandoening)

- Responders: 38 %
- Non-responders: 28.58 %

6.1.5. Raadplegingsprofiel

- Responders:
  - 9.2 conultaties per 2 jaar
  - 4.71 jaar patiënt in de praktijk (max 5 jaar)
  - laatste bloedname 1.55 jaar geleden
- Non-responders: 8.15 consultaties per 2 jaar
  - 8.15 conultaties per 2 jaar
  - 3.95 jaar patiënt in de praktijk (max 5 jaar)
  - laatste bloedname 1.80 jaar geleden

6.1.6. Psychiatrische patiënten

- Responders: 24 %
- Non-responders: 19 %

6.2. Resultaten patiënten bevraging

6.2.1. Tevredenheid preventieconsult

Van de 29 responders kregen we van 22 personen na het preventieconsult hun mening over het initiatief. De vragenlijst is terug te vinden als bijlage 5. We vroegen de patiënten meteen na de consultatie de brief in te vullen. Onze respons ligt met 76% beduidend hoger dan de 45.8% respons na consultatie bij de Nivel studie. 4 (40%) van de 10 patiënten die extra motivatie door de huisarts nodig hadden voor deelname aan preventie vulden de tevredenheidsanalyse in.

De gemiddelde leeftijd bedraagt 50.5 jaar, met een bijna gelijk aantal vrouwen en mannen. Er wordt geen correlatie gemerkt tussen de sociale status van de responders en hun houding (positief of negatief) tegenover preventie.

We kiezen voor ordinale antwoorden. Voor de verwerking kunnen we door het gelijke interval van de antwoorden een getal van 0 tot 4 toekennen. Door de berekening van het gemiddelde van de getallen krijgen we een waarde tussen 0 en 4.
Een hogere waarde betekent dat de groep zich meer kan vinden in de voorgelegde stelling dan een lagere waarde.
We bespreken hier achtereenvolgens de verschillende topics zoals ze chronologisch werden bevraagd bij de responders:

De brief

Correcte informatie in de brief (3.61) en *uitnodigingsbrief als goed initiatief* (3.51) scoren iets hoger dan *begrijpbare informatie in de uitnodigingsbrief* (3.47). Opvallend is dat drie van de vier personen die deelnamen na extra motivatie van de huisarts geen antwoord of een negatiever antwoord gaven voor deze vragen.

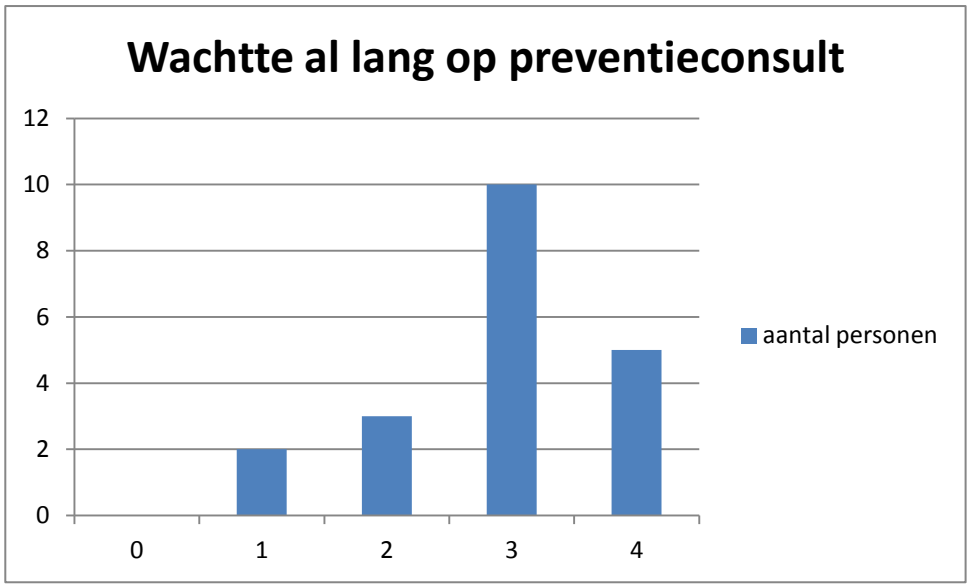
De consultatie

Gemiddelde score voor *informatie tijdens consultatie*, *aandachtig luisteren*, *deskundigheid*, *huisarts als ideale persoon voor preventie* en *serieus genomen worden als patiënt* ligt telkens boven 3.5.

Ook *voldoende tijd voor consult* (3.57) en *tijd voor extra vragen* (3.52) scoren goed. Ook hier valt het op dat patiënten die extra gemotiveerd moesten worden om deel te nemen lager scores hebben .

Achteraf beschouwd

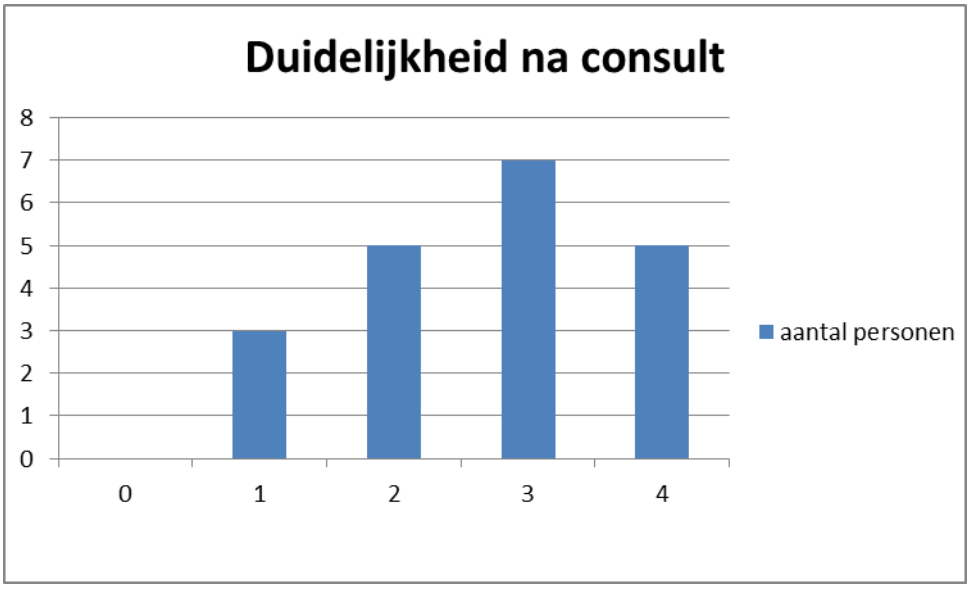
De antwoorden op de vragen in de rubriek "achteraf beschouwd" zijn veel minder uniform. *Aanraden van het preventieconsult aan anderen* (3.31) en *wachtte al langer op dit consult* (2.85) scoren goed met uitzondering van twee patiënten die hiermee "niet akkoord" zijn.



Figuur 1- x-as: score, y-as: aantal personen

Er werd ook gevraagd of de patiënt de *striktheid van de consultatie* storend vond. Hier moesten de responders bij *niet akkoord* een getal dichter bij 0 kiezen. Dit om proefpersonen die blind invulden op te sporen. Het gemiddelde voor *striktheid* bedraagt 2.8. Dit correleert slecht met de positief beantwoordde vragen over *voldoende tijd en mogelijkheid extra vragen stellen*. We moeten er dus rekening mee houden dat de getal mogelijks negatief is beïnvloed door de omgekeerde vraagstelling.

De topics *duidelijkheid naar toekomst*, *concrete afspraken* en *een beter zicht op gezondheidsproblemen* scoren merkelijk lager (tussen 2.5 en 2.7).



Figuur 2 - x-as: tevredenheidsscore, y- as: aantal personen

Over alle vragen van deze topic scoren twee van de vier door de huisarts gemotiveerde patiënten weer merkelijk lager dan het gemiddelde. Eén van de vier geeft slechts een antwoord op één van de zeven vragen.
Van de patiënten die spontaan deelnemen scoort nu ook één patiënt lager dan de rest.

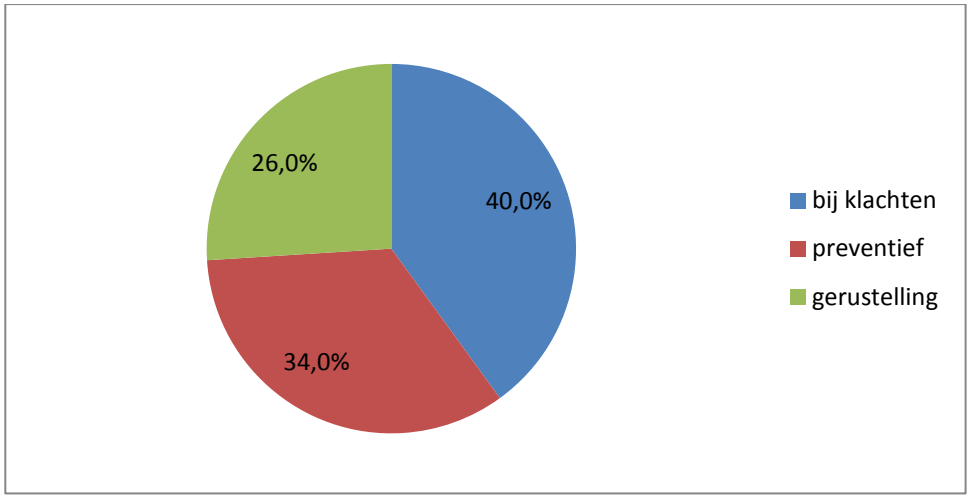
Herhaling consultatie

De meerderheid (64 %) vindt een jaarlijks preventieconsult zinvol. Ook drie van de vier patiënten die extra gemotiveerd werden voor deelname vonden een jaarlijkse herhaling zinvol. Twee personen zouden halfjaarlijks komen, twee na 5 jaar en één vindt herhaling niet nodig.

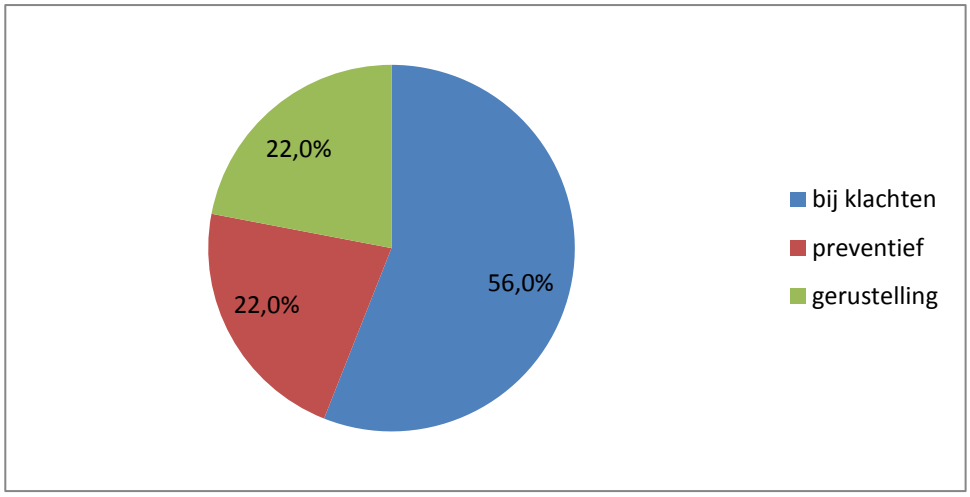
6.2.2. Idee preventie

In literatuur vonden we geen gevalideerde vragenlijst terug. We kozen ervoor om zelf één samen te stellen. (zie bijlage 6)

		Aanwezigen	Afwezigen
ik denk ik ben gezond	Neen	16,0%	0,0%
	Waarschijnlijk	37,0%	50,0%
	Juist	42,0%	50,0%
	Zeker	5,0%	0,0%
Wanneer bezoek ik mijn arts?	bij klachten	40,0%	56,0%
	preventief	34,0%	22,0%
	gerustelling	26,0%	22,0%
Preventie moet georganiseerd worden door			
De overheid		6,0%	7,0%
De huisarts			3,5%
	via brief	24,0%	20,0%
	tijdens consult	38,0%	48,0%
	via folder	24,0%	3,5%
	op mijn vraag	6,0%	11,0%
Door mezelf		12,0%	7,0%
preventieonderzoek is voor mij:			
niet belangrijk		6,0%	62,0%
niet van toepassing		0,0%	23,0%
overbodig		0,0%	0,0%
meer nadeel dan voordeel		6,0%	15,0%
Geen bovenstaande		88,0%	NIET MOGELIJK
toekomst deelname preventie	Misschien	6,0%	40,0%
	Niet	0,0%	5,0%
	Waarschijnlijk	39,0%	55,0%
	Zeker	55,0%	NIET MOGELIJK



Figuur 3 - Wanneer bezoek ik mijn arts (responders)



Figuur 4 - Wanneer bezoek ik mijn arts (non-responders)

Bij de responders zien we 16% die zichzelf niet als gezond ziet, mogelijks komt dit hoger aandeel door de interventie van het preventieconsult. Er is geen voormeting gebeurd bij patiënten om beide groepen voor het consult te kunnen vergelijken. Responders consulteren meer om problemen voor te zijn.

Iets meer non-responders vinden uitnodiging voor preventie via de consultatie belangrijker dan de responders-groep. 62% van de non-reponders geeft aan dat preventieconsult voor zichzelf niet belangrijk is, toch zegt maar 5% in toekomst niet deel te nemen aan een preventieonderzoek.

6.2.3. Drempels niet deelname bij non-responders

4 personen van de 21 geeft geen antwoord op deze vraag, 2 personen geven 2 antwoorden als drempel telkens 'vergeten en geen tijd' samen.

44% geen tijd gehad

11% geen tijd en vergeten

11% andere medische redenen die nu prioritair zijn

11% geen klachten

11% brief is verloren gegaan

6% vergeten

6% schrik voor negatief nieuws

6.3. Resultaten objectieve parameters

In onderstaande schema's worden de objectieve gegevens van de verschillende patiëntengroepen beschreven.

Aangezien het pneumokokkenvaccin niet van toepassing is in onze studiegroep worden deze niet vermeld.

In de tabel betekent "onbekend" dat de parameter niet in het dossier genoteerd werd of niet voldoet aan volgende criteria [6,20]:

BD: waarde van laatste 12 maanden

Roker, alcohol: nota in dossier (bij rubriek risicofactoren)

10 jaar risk: mogelijk als: recente bloeddruk, actief bevraagd en nota roken, correcte cholesterolwaarde

Cholesterol: waarde niet ouder dan 5 jaar

Status sport: bevraagd laatste 3 jaar

Glycemie: waarde niet ouder dan 5 jaar

BMI: waarde gemeten laatste 2 jaar

Buikomtrek: waarde gemeten laatste 2 jaar

Tetanus: laatste vaccinatie minder dan 10jaar terug

Borstcascreening: vanaf 50 jaar gedaan en laatste 2 jaar

Cervixcascreening: laatste uitstrijkje niet ouder dan 3 jaar resultaat

Coloncacreening: vanaf 50 jaar FOBT minstens 1x laatste 2 jaar of colonscopie minder dan 10jaar terug.

Screeningsinterval onder voorwaarde dat er geen afwijkingen bij laatste onderzoek vastgesteld zijn.

6.3.1. **Responders** (voor preventieconsult)

	gemiddelde	nl	abnormaal	niet	onbekend	NVT
BD		83%	0%		17%	
Roker			3%	14%	83%	
10 jaar risk	1,4	17%			83%	
Cholesterol	4.05	/	/		31%	
Status sport					100%	
Glycemie	90,57	59%	6%		35%	
BMI	26,53	59%	3%		38%	
Buikomtrek man	104		15%		85%	
vrouw	/				100%	
Tetanus		62%			38%	
Borstcascreening		32%			6%	62%
Cervixcascreening		10%		10%	31%	49%
Coloncascreening		3%			59%	38%
Alcohol					100%	
Benzogebruik	21% gebruikers			79%		

6.3.2. **Responders** (na preventieconsult)

Parameter	gemiddelde	nl	abnormaal	niet	onbekend	NVT
BD		94%	3%		3%	
Roker			18%	72%	10%	
10 jaar risk	1,84	90%	7%		3%	
Cholesterol	4,05				0	
Status sport		65%	35%		0	
Glycemie	90,20	90%	10%		0	
BMI	25,67	93%	7%			
Buikomtrek man	94	79%	21%		0	
Buikomtrek vrouw	94.3	46%	27%		27%	
Tetanus		94%	3%		3%	
Borstcascreening		35%			3%	62%
Cervixcascreening		24%			28%	48%
Coloncacreening		31%		31%		38%
Alcohol	4,78	93%	7%		0	
Benzogebruik	21% gebruikers			79%		

Slechts 1 patiënte van de 29 blijkt op alle vlakken optimaal te scoren.

Diagnosen en opstart bepaalde onderzoeken of therapieën

- Hypertensie: 1 patiënt opstart van antihypertensiva, voordien geen verhoogde bloeddrukwaarden

- Metabool: 1 patiënte met vooraf gekende diabetes opstart aspirine

- Vaccinatie: toediening Tedivax®: 7 personen

- Borstkankerscreening (vooraf niet gepland) kort na preventieconsult: 1 patiënte

- Baarmoederhalsscreening: 3 personen in Ha-praktijk, 2 via gynaecoloog (maar geen resultaat)

- Colorectaal kankerscreening: 1 dame positieve FOBT (van de 9 FOBT n.a.v. consult uitgevoerd): na colonscopie abces Bauhin-klep

- Middelenmisbruik: 3 personen met meer dan 23 alcoholische eenheden per week, waarvan één voor de eerste maal aangeeft dat hij het problematisch vindt

- Screening via bloed: 1 patiënt met bloedafname na laatste meer dan 5 jaar terug

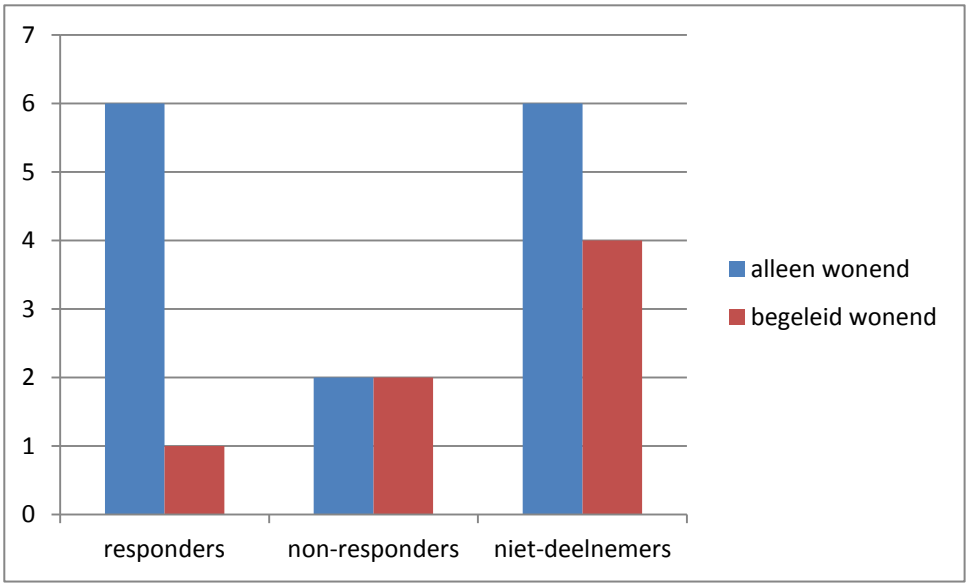
6.3.3. **Non-responder** (maar met afname idee preventie)

Onderzoeksgroep bestaande uit 21 personen, waarvan 14 vrouwen en 7 mannen met een gemiddelde leeftijd van 50.6 jaar.

	gemiddelde	nl	abnl	niet	onbekend	NVT
Leeftijd	50,6j					
BD		58%	37%		5%	
Roker			24%		76%	
10 jaar risk	1,87	57%			43%	
Cholesterol	4,15	/	/		24%	
laatste bloedafname	1,3j terug	86%	4%	10%		
Status sport		5%			95%	
Glycemie	90,12	57%	24%		19%	
BMI	26,4	48%	14%		38%	
Buikomtrek		5%			95%	
Tetanus		34%	9%		57%	
Borstcascreening		19%			24%	57%
Cervixcascreening		19%		9%	34%	38%
Coloncascreening		10%			43%	47%
Alcohol					100%	
Benzogebruik	29% gebruikers			71%		

6.3.4. **Psychiatrische patiënten**

21% van de aangeschreven patiënten heeft een huidige psychiatrische pathologie. Onder psychiatrische pathologie verstaan we hier patiënten die in opvolging bij psychiater zijn, die begeleid wonen, patiënten die antipsychotica innemen of patiënten met majeure depressie. Van de psychiatrische patiënten is er onder de zeven responders één in begeleid wonen, onder de vier geïnterviewde non-responders twee en van de tien niet-deelnemende en niet-geïnterviewde psychiatrische patiënten vier in begeleid wonen.



Figuur 5 - Woonvorm psychiatrische subgroepen

Het gemiddeld aantal consulten ligt beduidend hoger dan de rest van de groep. Circa 14 t.o.v. 9.2/8.5 consulten in globale groep tijdens de periode 2009-2010.

6.3.5. **Extra gegevens**

Naast de geplande vragenlijsten komen er tijdens de contacten spontaan interessante opmerkingen van patiënten naar boven:

Drie patiënten vertelden ongevraagd dat ze familiaal risico de belangrijkste motivatie vonden tot deelname aan preventie. Eén patiënt zei dat een jaarlijkse bloedafname sowieso toch moest gebeuren. Voor het gehele preventieonderzoek over alle domeinen had de patiënt initieel geen interesse. Eén patiënt had recent een collega verloren aan een maligniteit en verklaarde voor preventie waarschijnlijk anders geen interesse te hebben.

Tijdens de consultaties vroegen drie van de veertien mannen spontaan naar een screening voor prostaatkanker. Drie andere mannen hadden erectiestoornissen met normaal cardiaal risico. Drie vrouwen vroegen n.a.v. voedingsanamnese naar osteoporose preventie. Twee patiënten informeerden naar huidkankerscreening in het preventieconsult.
Eén patiënt schreef in de bevraging sterk verwonderd te zijn dat er geen longauscultatie gebeurd was tijdens het preventieonderzoek.

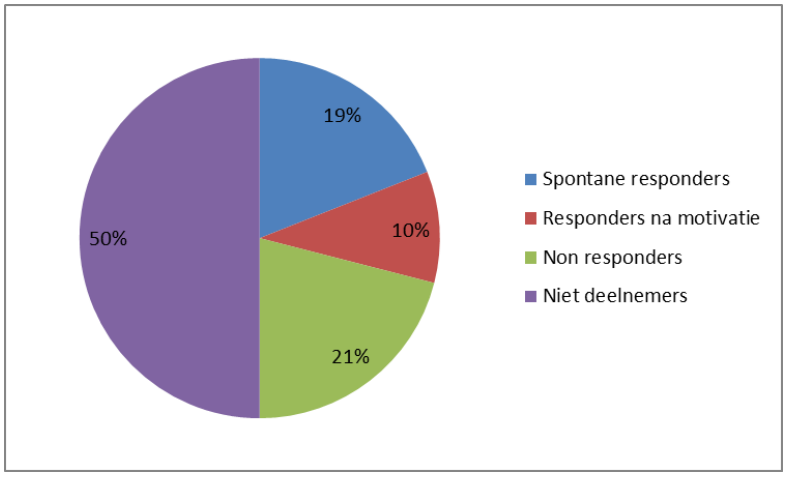
Bij de non-responders die we zagen tijdens de curatieve raadpleging kregen we volgende spontane bemerkingen (patiënten werden niet actief geïnterviewd): Eén patiënt geloofde dat preventie enkel leidt tot invasieve nutteloze onderzoeken, één andere patiënt was zeker dat de consultatie enkel over zijn obesitas zou gaan en had hier vroeger al te veel (slechte) commentaar over gekregen en één patiënte dacht door CVS niet aan preventieve onderzoeken te mogen deelnemen.

Bij deze patiënten hadden wij de indruk dat extra motivatie enkel leidde tot meer afkeer i.p.v. gezonde interesse. Waarschijnlijk hebben deze patiënten een meer individuele aanpak nodig. Hiervoor is meer onderzoek verreist.

7. Bespreking van de gegevens

7.1. Aantal responders

Bij het begin van het project hadden we gehoopt op een opkomst van ongeveer de helft van de aangeschreven proefpersonen. We bereikten slechts 29%, waarvan circa 2/3 spontaan kwam en 1/3 (10 poefpersonen) pas na een extra aansporingsgesprek.
Circa 15-20 proefpersonen (van de 50 niet-deelnemers) zijn op de curatieve consultatie extra gemotiveerd geweest zonder latere deelname of invullen 'vragenlijst preventie'.



Figuur 6 -Verdeling proefpersonen

Als we de participatiegraad (na enkel ontvangen van uitnodigingsbrief, zonder extra verbale motivatie) vergelijken, bekomen we volgende resultaten:

-in de NEDERLANDSE Nivel STUDIE [2] (maar uitsluitend m.b.t. cardiometabool risico) zien we dat 32.9% online de risico-inschatting invulde. 24% had schrik voor zijn privacy mits enkel elektronisch invullen mogelijk was. Van de patiënten die effectief een verhoogd risico hebben, ging slechts 34% naar hun huisarts. Van de overige 66% was wel ruim de helft van plan dit in de toekomst te doen.

-in de Manama van Pauwels Liesbeth [14] neemt 25% spontaan deel na het ontvangen van een folders via de arts En na telefonische interventie wordt de participatiegraad verhoogt tot 45% (respons 25-30% op telefonisch contact). Door de arbeidsintensiviteit hebben we gekozen niet op deze manier tewerk te gaan.

We besluiten uit onze studie dat een extra verbale motivatie circa 1 op 3 van de al geïnformeerde patiënten nog kan overtuigen mits zij kort na de brief op de curatieve consultatie komen. De vraag blijft of zij zelf geïnteresseerd zijn of komen ze enkel omdat hun huisarts dit belangrijk vind? (zie bespreking subjectieve gegevens preventieconsult)

7.2. Demografisch: responders versus non-responders

7.2.1. Leeftijd:

Bij responders is de mediaan van 51j en het gemiddelde van 50.6j. De responders uit de groep van 45 tot 49 jaar (12 personen) zijn minder vertegenwoordigd dan de groep 50 tot 55 jaar (18 personen).

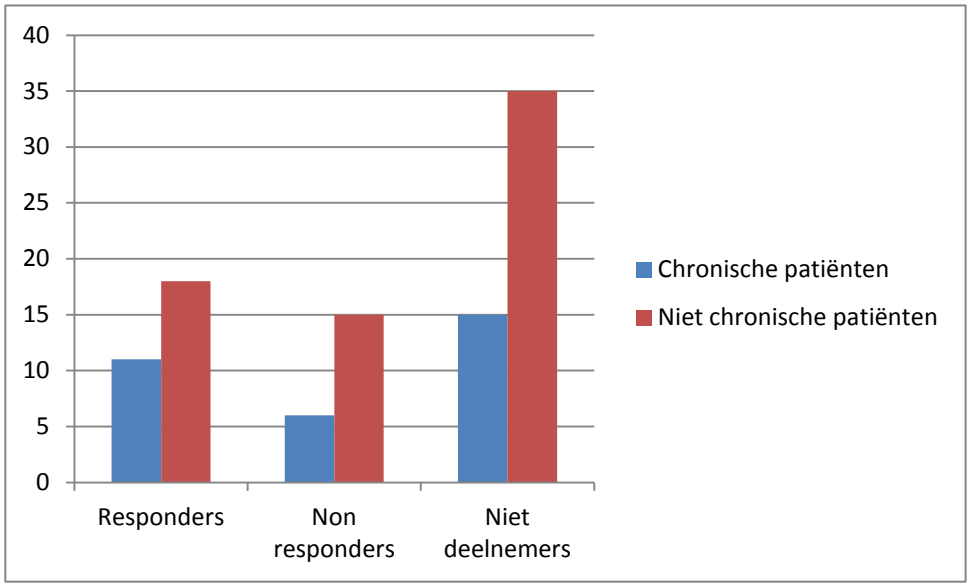
7.2.2. Geslacht:

Responders; Gelijke verdeling: aan het onderzoek namen bijna evenveel vrouwen als mannen deel. Non-responders; meer geïnterviewde vrouwelijke niet-deelnemers: 14 van de 21 patiënten.

7.2.3. Woonplaats:

Geen significant verschil. Iedereen woonachtig in (semi-)verstedelijkt gebied.

7.2.4. Chronische patiënten:



Figuur 7 - Participatiegraad chronische patiënten

Deze grafiek illustreert dat een belangrijk deel van de responders uit chronische patiënten bestaat. De verhouding chronische patiënten/niet chronische patiënten ligt helemaal anders bij de non- responders en de niet deelnemers.

7.2.5. Sociale status:

Te kleine populatie om vergelijking mogelijk te maken.

7.2.6. Psychiatrische patiënten:

21% van de aangeschreven patiënten heeft een huidige psychiatrische pathologie. Onder psychiatrische pathologie verstaan we hier patiënten in opvolging bij psychiater, begeleid wonenden, patiënten met inname van antipsychotica, nt geneesbare depressieve patiënten. Er blijkt dus geen significant verschil te zijn qua participatie bij de psychiatrische patiënten. We hadden intuïtief verwacht dat de patiënten onder begeleid wonen meer gemotiveerd zouden worden door hun begeleiding. Deze mensen consulteren immers vaker de curatieve raadpleging (CIJFER gemiddeld x/ 3jaar (groep 1 en 2)). Zij hebben vaak meer tijd mits geen voltijdse tewerkstelling of dagtaak.

7.3. Subjectieve gegevens

7.3.1. Tevredenheid consultatie

Uit de interviews van de patiënten blijkt dat zij na deelname tevreden waren over de communicatie en de aanpak (*brief en consultaties*) van de zorgverleners. Deze bevinding zien we ook in de manama van Liesbeth Pauwels [14] en het Nivel-onderzoek [2]. Een mogelijke verklaring is de self-selection van de patiënt.

Daarnaast zien we dat de topic *achteraf beschouwd* merkelijk slechter scoort. Ik had explicieter moeten meedelen als alles in orde was en duidelijker vermelden over welke topics patiënten zich geen zorgen moesten maken. Bij afwijkende bevindingen werd wel altijd een vervolgconsult vastgelegd. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat patiënten bij het buitengaan hun resultaten van de bloedafname nog niet kenden en zij hiervoor later nog contact moesten opnemen. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat door slechts één consultatie te wijden aan het globaal preventieconsult er te weinig tijd is om een goed preventieplan op te stellen.

Voldoende tijd en *extra tijd voor vragen* scoort goed. Dit verbaasde ons enigszins aangezien we vooraf verwacht hadden dat de vele vragen omtrent de verschillende topics de patiënten zou overdonderen.

De meerderheid (64 %) vindt een jaarlijks globaal preventieconsult zinvol. Vergelijkbare cijfers vinden we ook terug in een recente studie van EUROPREV: 75%, 66% en 63% patiënten zonder diagnose van hypertensie, diabetes en hypercholesterolemie vinden dat bloeddruk, glycemie en cholesterolwaarde jaarlijks moeten worden gecontroleerd. [22] Ondanks de weinige wetenschappelijke evidentie die er is om dit bij normale waarden jaarlijks te contoleren. [20,21]

7.3.2. Idee preventie responders

Zij consulteren meer de huisarts om *problemen voor te zijn* of voor *geruststelling.* Ondanks hun deelname via schriftelijke uitnodiging geven meer patiënten de voorkeur aan de huisarts die hen verbaal aanspoort voor preventie. De meerderheid zal in de toekomst nog deelnemen.

7.3.3. Idee preventie non-responders

Opvallend bij de non-responders is dat ze het preventieconsult als onbelangrijk scoren (60%). Toch sluit 95% van hen deelname in toekomst niet uit.

7.3.4. Idee preventie responders en non-repsonders

Deze resultaten van beide groepen zijn moeilijk te vergelijken . De bevraging van de responders vond plaats na het preventieconsult. Hun houding tegenover preventie kan gewijzigd zijn door hun deelname preventieconsult.

We merken in de resultaten op dat enkel patiënten van de reponders aangeven *niet gezond* te zijn, daarnaast er is weinig verschil in de voorkeur om liefst *door de huisarts tijdens de consultatie uitgenodigd te worden voor preventie.*

7.4. Objectieve gegevens

Parameter / % onbekend	VOOR (responders)	Non-responders
Leeftijd	50,34j	50,60j
BD	17%	5%
Roker	83%	76%
10 jaar risk	83%	43%
Cholesterol	31%	24%
laatste bloedafname	1,55j	1,8j terug
Status sport	100%	95%
Glycemie	35%	19%
BMI	38%	38%
Tetanus	38%	57%
Borstcascreening	16%	55%
Cervixcascreening	60%	54%
Coloncascreening	94%	81%
Alcohol	100%	100%

Als we de onbekende waarden vooraf (in %) van de responders en de non-responders vergelijken zien we dat de responders gemiddeld minder lang geleden een bloedafname kregen en meer komen op tweejaarbasis. Desondanks is hun preventiestatus cardiovasculair en bloedwaarden minder volledig dan bij de non-responders. Op vlak van

kankerscreening (behalve cervixca) blijkt dan weer wel een voordeel bij de voormeting van de responders. In onze studie hebben patiënten die vaker komen op de curatieve raadpleging dus niet op alle vlakken een betere preventiestatus. Verder onderzoek is aangewezen of deze trend zich ook voordoet bij een groter aantal proefpersonen over verschillende praktijken.

WAARDEN vergelijken anders studies

In de Nivel studie[2] merken ze een trend van verhoogde glycemie bij een aantal deelnemers voor het preventieconsult. In onze studie is het aantal patiënten met een verhoogde glycemie i.v.m. met geïnterviewde niet-deelnemers juist minder.

Een andere bevinding in hun studie is significant meer alcoholgebruik bij de niet-deelnemers. Gezien we hier in de praktijk een slecht zicht op hebben kunnen we hierover geen uitspraak doen.

In Nederlandse studie werd tijdens de consultatie bij 20% van de patiënten één of meer cardiovasculaire problemen (criteria: diagnose diabetes mellitus, arteriële hypertensie en hypercholesterolemie) die meteen behandeling nodig hebben ontdekt. Onze studie betreft meer domeinen dan enkel het cardiovasculaire. Bij 1 van de 29 patiënten (3.5%) werd één cardiovasculaire pathologie ontdekt waarvoor opstart behandeling nodig was. Een mogelijke verklaring is dat zij een voorselectie deden door de niet-risicovolle patiënten niet te laten deelnemen en de gemiddelde leeftijd ligt ook hoger.

Zowel bij de responders als de non-responders vinden we in onze voormeting geen gegevens terug in het dossier over alcoholgebruik. Voor deze topic wordt de meeste winst gemaakt bij de nameting. Dit komt ook terug in de studie van collega Pauwels [14] : Bij de responders is bij de nameting vooral het noteren van alcoholgebruik de grootste winst.

7.5. Bespreking: bias

7.5.1. *Selectie der patiënten*

7.5.1.1. o.b.v. GMD

Enkel patiënten die de laatste 2 jaar een GMD afsloten, werden aangeschreven. Misschien is het des te belangrijker de patiënten te bereiken die reeds langer niet komen, maar waarvan we nog steeds de huisarts zijn. Deze selectie ligt uiteraard erg moeilijk en is niet toegestaan door de Orde der geneesheren.

Volgens de gegevens van het RIZIV in het kader van opportunistische screening doen we teveel labo-routineonderzoeken (overbehandeling) bij een beperkte populatie (41% jonger dan 50 jaar ondergaat minimum om de twee jaar één klinische biologie test m.b.t. cardiovasculaire of diabetesscreening) en een onderbehandeling bij de 65+ populatie (1 op 3 niet onderworpen aan opportunistisch screening).
Opgelet de definitie van opportunistische screening volgens het RIZIV is dubbel: *Het betreft niet een uitnodiging o.b.v. georganiseerd bevolkingsonderzoek, maar wel tijdens een patiëntencontact.* Toch is een voorbeeld van opportunistische screening een uitnodiging voor een consult n.a.v. GMD-plus.[20]
We besluiten dat deze groep van patiënten (die we konden uitnodigen door bezit van GMD laatste 2 jaar) relatief weinig afwijkingen heeft bij het bloedonderzoek. Bij patiënte zonder GMD – die dus vermoedelijk ook minder vaak op raadpleging komen – zijn deze testen waarschijnlijk veel zinvoller.

7.5.1.2. o.b.v. TAAL

Daarnaast is taal ook een belangrijke barrière om onze patiënten schriftelijk uit te nodigen. Sommige patiënten kunnen zich in het Nederlands wel behelpen tijdens de consultaties, maar hebben geen kennis van Nederlands als geschreven taal. Daarom stuurden we ook een Engelstalige uitnodigingsbrief naar 3 patiënten. Uiteindelijk kwamen vijf van de negen anderstaligen naar het preventieconsult. In de groep van de geïnterviewde non-responders zien we geen anderstaligen. De deelname van anderstaligen is enerzijds dus relatief hoog, maar anderzijds hebben we een slecht zicht omtrent hun reden van niet-deelname.

7.5.2. Samenstelling

7.5.2.1. *vragenlijst idee preventie*

7.5.2.1.1. NON-RESPONDERS

De non-responders werd gevraagd wat hen tegenhield deel te nemen aan preventie. Bij deze vraagstelling konden patiënten aanvinken welke drempels zij belangrijk vonden echter zonder te moeten specifiëren welke drempel(s) voor hen prioritair zijn. We kunnen dus geen ranking aan de antwoorden geven, maar er enkel een algemene trend uit distilleren.

Bij de vraag omtrent 'het belang van preventie' was bij de non-responders geen mogelijkheid om positief te antwoorden. We kunnen niet aannemen dat de vele patiënten die geen antwoord gaven voor deze vraag daarom automatisch positief hiertegenover staan. Bijgevolg levert deze vraag ons helaas geen goed te interpreteren informatie.

7.5.2.1.2. RESPONDERS

Voor correcte interpretatie hadden we voor en na het preventieconsult de mening bij de responders moeten inventariseren. We vergelijken nu immers het idee omtrent preventie in een groep na een interventie met een groep die misschien niet goed begrijpt wat preventie juist inhoudt (non-responders).

7.5.3. *Onderzoek(er) en de studie*

7.5.3.1. Consultatie

De consultaties vonden plaats op weekdagen. We vroegen de patiënten nuchter naar de consultatie te komen. Vanaf half negen 's morgens konden patiënten op consultatie komen. Waarschijnlijk missen we hierdoor patiënten die omwille van professionele redenen geen tijd konden maken voor een consultatie. In de brief werd wel uitgelegd dat ze ook 's avonds konden komen onder voorwaarde dat ze 6 uur nuchter zouden zijn. Dit was ook een drempel om deel te nemen. Achteraf gezien was het goed geweest enkele zaterdagvoormiddagen te plannen voor preventieconsulten.

7.5.3.2. Onderzoeker

De preventieconsulten werden in onze praktijk enkel door de HAIO uitgevoerd. Sommige van onze patiënten zijn er gebonden aan één huisarts. Voor hen was de drempel minder groot geweest indien ze bij hun vertrouwde huisarts konden komen. In onze uitnodigingsbrief werd wel duidelijk benadrukt dat de patiënten voor vervolgconsulten bij een arts naar keuze terecht konden.

7.5.3.3. Praktijk

Onze resultaten zijn waarschijnlijk niet vergelijkbaar met praktijken die al een lange traditie hebben om patiënten (jaarlijks) een preventief onderzoek te laten ondergaan.

Mogelijks staan niet alle door collega's gekende gegevens in het EMD (familiaal risico, rookgedrag en alcoholgebruik). Een deel gaat waarschijnlijk verloren in de subjectief van de SOEP registratie, andere gegevens lijken bij patiënten met lange arts-patiënt relatie te evident voor correcte vermelding.

7.5.4. *Papieren vragenlijst en telefonische afspraak*

De vooraf in te vullen vragenlijst bleek qua volledigheid heel verschillend ingevuld. Meermaals vergaten patiënten ook de vragenlijst mee te nemen naar de consultatie. Alle vragen werden tijdens het consult systematisch a.d.h.v. de gezondheidsgids overlopen. Het bood zeker een meerwaarde naar alcoholgebruik, tetanusvaccinatie en gynaecologische opvolging. Tijdens de consultatie was te weinig tijd om deze vooraf ingevulde vragenlijst nog grondig te bekijken.

Bij de non-responders werd niet expliciet gevraagd naar de vragenlijst als drempel tot deelname. Bij enkele responders zagen we de vragenlijst toch als een obstakel (rechtstreekse commentaar, vergeten mee te nemen maar niet ingevuld, geen tijd gehad, enz.). Gezien de beperkte meerwaarde zou ik deze vragenlijst op deze manier niet meer in het preventieconsult gebruiken.

Een alternatief (zoals beschreven in de richtlijn 2011 [22]) is de vragenlijst vooraf zelf invullen aan de hand van het dossier en de patiënt het laten vervolledigen. Het was echter deontologisch onmogelijk om persoonlijke gegevens ongevraagd via de post met de uitnodigingsbrief op te sturen.

In de Nederlandse NIVEL studie kon de patiënt gegevens elektronisch versturen (zo kan de arts vooraf de gegevens van het medisch dossier vergelijken met de gegevens die door patiënt gekend zijn). Bij hun enquête blijkt echter dat een groot deel van de niet-deelnemers erg wantrouwig staat tegenover het elektronisch doorgeven van gegevens omwille van privacy. Dit bleek de belangrijkste reden voor niet deelname te zijn. Zij gaan patiënten in de toekomst zelf laten kiezen om gegevens schriftelijk of elektronisch in te vullen. [2]

De patiënten konden enkel telefonisch een afspraak maken omdat wij voor het preventieconsult meer tijd voorzagen. Aangezien circa 70-75% van onze patiënten zelf elektronisch een afspraak maakt, was het voor enkelen vervelend om niet via de agenda te kunnen boeken.

7.5.5. *Aantal niet deelnemers*

Het aantal effectief niet-deelnemende patiënten is moeilijk in te schatten. We probeerden onze proefpersonen tijdens de studie bij niet deelname een vragenlijst mee te geven.
Ook hebben we een slecht zicht op de patiënten die meer dan 1 jaar de praktijk niet meer bezochten. Verhuisd, andere huisarts, verkeerd adres? Dit kan voor een overschatting van het aantal niet-deelnemers zorgen.
Naast de GMD houders is er nog een even grote groep niet-GMD houders die de laatste twee jaar minimum eenmaal op consultatie is geweest. Deze groep mag om deontologische redenen niet aangeschreven worden voor preventie.

7.6. Bespreking: optimaliseren preventie

Verdere optimalisatie gezondheidsgids: In de nieuwe editie (2011) [22] zijn al enkele verbeteringen opgenomen. Zo zijn praktische websites vermeld om voedingsanamnese efficiënter te onderbouwen, bijkomende labonderzoeken als creatine en proteïnurie toegevoegd en praktische tips voor sport beschreven.

Infoavonden via kringen door 'Domus Medica' omtrent het preventieconsult vanaf 2012-2013. [22]

Opleiding huisarts taak preventie: Ondanks de verschuiving van de acute naar de chronisch (en preventieve) taak zien we anno 2012 dat preventieve geneeskunde als individueel vak nog steeds niet wordt onderricht door alle universiteiten in de basisopleiding. Verdere voorgezette professionele ontwikkeling ook met betrekking tot communicatie en motivatie van patiënten m.b.t. preventie blijft tot op heden een hiaat. Deze vaardigheid zal de huisarts zeker helpen om preventie efficiënter te organiseren.

Aparte preventiemodule in elk officieel erkend medisch programma

We hadden tijdens de studie verwacht dat op korte termijn een handig programma in het GMD beschikbaar zou zijn. Hierdoor kozen we de gegevens voorlopig als vrije tekst op te nemen. Tot op heden is deze module nog niet gerealiseerd. Het zal een grote sprong vooruit zijn als alle medische programma's ons automatisch herinneringen geven van de te herhalen acties. Dan moet jaarlijks niet alles systematisch nagevraagd/opgezocht worden (vb. tetanusvaccinatie, driejaarlijks uitstrijkje, etc). De al bestaande (oude) preventieprogramma's in het EMD zijn te summier en sluiten slecht aan bij de gids van Domus Medica.

Een stap verder is een centraal medisch dossier waarbij relevante gegevens (PAP, mammografie, …) zowel door specialist als door huisarts kunnen ingevoerd en geraadpleegd worden.

7.7. Overblijvende vragen

Hardere conclusies als betere vragenlijst idee preventie bij non-responders?

Hoe kunnen we als huisartsen op een effectieve en economische manier onze patiënten informeren omtrent de overschatting van een jaarlijkse bloedafname, en onze patiënt eerder motiveren tot een globaal preventieconsult?

Zijn huisartsen ook bereid tot individuele motivatie van patiënten? Verder onderzoek is nodig. Vragenlijst in bijlage 7, is mogelijk een basis voor een toekomstige thesis. De overheid zal zich immers in de nabije toekomst vooral toeleggen op het informeren van patiënten. *"Vanuit overheidsstandpunt is het niet evident om de burger via een brede campagne te informeren over preventie en het belang ervan. Voor de stap verder -het overtuigen van de patiënt- reken ik op het enthousiasme en de overtuigingskracht van de arts om de patiënt te adviseren en toe te leiden naar voor hem of haar correcte preventieve handelingen."* Dixit Vlaams minister welzijn, volksgezondheid en Gezin Jo Van Deurzen. [23]

8. Besluit

Responders hebben een completere preventiestatus na het consult. Met aanschrijven en korte motivering bereikten we 25-30 % van onze patiënten in de leeftijdscategorie 45-55 jaar (vergelijkbaar met andere studies). Voor bijna iedere deelnemende patiënt bleek het preventieconsult ook medisch nuttig. Het is een grote uitdaging voor de huisarts om toch een gepaste methode te vinden om preventie bij de niet-deelnemers te implementeren.

Hoe is de tevredenheid van de responders over het eerste globaal preventieconsult?

De deelnemende patiënten zijn tevreden over een preventieconsult. Patiënten vonden tegen onze verwachting in één lang preventieconsult met veel vragen over de verschillende domeinen niet storend. Tijdens het consult moet wel meer aandacht aan planning worden besteed.

Wat is het idee en de houding tegenover preventie bij responders en non-responders tussen 45 en 55 jaar die voor het project nooit aan systematische preventie hebben deelgenomen?

Responders: zij consulteren meer de huisarts om *problemen voor te zijn* of voor *geruststelling.* Ondanks hun deelname via schriftelijke uitnodiging geven meer patiënten de voorkeur aan de huisarts die hen verbaal aanspoort voor preventie. De meerderheid zal in de toekomst nog deelnemen.

Non-responders: ondanks deze patiënten vooral naar aanleiding van een klacht hun huisarts contacteren sluiten zij toch deelname aan het preventieconsult in de toekomst niet uit. Ze worden dan liefst door de huisarts persoonlijk uitgenodigd. Hun voornaamste maar niet enige reden voor geen deelname is: *Te weinig tijd* of *vergeten.*
Weinig responders en non-responders hebben de voorkeur om via de overheid voor preventie te worden uitgenodigd.

Wat is de haalbaarheid van een preventieconsult voor de huisarts?

<u>Motivatie van patiënt</u>
Het valt op dat patiënten ofwel spontaan deelnemen, ofwel moeilijk overtuigbaar zijn. De noodzaak van preventie begrijpen, weten wat gezond en ongezond is en interesse tonen betekent niet automatisch een deelname. Het blijft in de groep van niet-deelnemers moeilijk in te schatten of dit door vooroordelen, verkeerde kennis of andere redenen wordt geweigerd.

Het aandeel patiënten dat enkel door de arts overtuigbaar is tot deelname, mag niet overschat worden. Naast de taak van de huisarts is hiervoor zeker nog een maatschappelijke/politieke rol weggelegd.

Tijdens de conferentie “eerstelijnsgezondheidszorg anno 2010” werd aangehaald in de knelpuntanalyse dat *“De eerste en belangrijkste stap in preventief werken is het sensibiliseren van mensen. Daar gaat echter ook de meeste tijd/geld naartoe; naar de bewustmaking van de cliënt zijn/haar risico op ziekte/aandoening. Dit wordt vanuit de overheid niet altijd erkend.”* [3]
Zonder deze maatschappelijke steun wordt motivatie van een groot deel van de bevolking een haast onmogelijk opdracht. Dit wordt naar mijn mening de grootste uitdaging om het preventief onderzoek op de rails te krijgen.

Praktische organisatie

Als huisarts aan preventie doen loont. Je leert de patiënt anders kennen en staat positief versteld van zijn/haar effectieve levensgewoonten, kennis over gezondheid etc.

Het vraagt wel wat tijd om het consult gewoon te worden. Initieel loopt het wat stroef maar na 10 of 15 keer heb je voldoende (praktische) vaardigheden om de gids op een aangename en vlotte manier te doorlopen. Theoretische en praktische bijscholing is dus welkom. Daarnaast is het ook belangrijk voldoende kunde te vergaren om problemen door het preventieconsult geïnventariseerd verder te begeleiden. Bijvoorbeeld eigen rookstopbegeleiding of goede verwijzing naar erkende tabacoloog.

Neem voldoende tijd (langer dan de duur van één klassiek consult) om alles te bespreken, anders kan je het onderzoek beter in meerdere consulten indelen (als patiënt hiertoe bereid is).

Het is goed de patiënt te informeren dat een preventieconsult uitsluitend in het kader van preventie is, anders verlies je te veel tijd/aandacht aan het curatieve deel.
Het tegendeel is ook waar: als de routine vervalt verleer je snel het gebruik van de gezondheidsgids. Idealiter zou je minimaal (twee)wekelijks een preventieconsult moeten voeren.

Het viel mezelf op dat je, met een betere kennis van de preventiegids, bij korte curatieve consulten veel actiever spontaan enkele topics uit de preventiegids aan bod laat komen.

Artsen die vinden dat preventie niet tot hun vakgebied behoort, zullen in de toekomst moeten toestaan dat deze taak naar anderen wordt overgedragen (vb. preventiecentrum met verpleegkundige, preventie-arts).
Dit is ook een belangrijke beleidsaanbeveling die tijdens de eerstelijns conferentie werd aangekaart.[3]

Praktische haalbaarheid

Verdere inspanning en ondersteuning van de overheid zijn noodzakelijk om in alle medische programma's de preventiemodules te optimaliseren, de gezondheidsgids nog gebruiksvriendelijker te maken en artsen op een correctere manier te vergoeden voor preventieconsulten. Enkel zo zullen meer huisartsen actief deze preventieve taak tot zich nemen.

9. Referenties en bijlagen

1/Chevalier P. Edito Preventie in een ruimer kader. Minerva 2008; 7(2): 17 .

2/ Nielen M. et al. Evaluatie pilot PreventieConsult cardiometabool risico. Utrecht. NIVEL: 2010. p. 69.

3/ Govaerts et al. Eindrapport conferentie eerstelijnsgezondheidszorg. (11 december 2010). p 32.

4/ Cornuz et al. Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. Family Practice 2000 ; 17: 535-540.

5/ Walter et al. Putting prevention into practice: qualitatieve study of factors that inhibit en promote preventive care bij general practicers. BMC Family practice 2010, 11:68

6/ Wyffels P et al. Gezondheidsgids Domus Medica editie 2010.

7/ Baeten et al. iov VIGeZ (Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie vzw) : pilootproject gezondheidsgids 2010 . p1-3. Aangereikt door onderzoeker op 03/03/2011.

8/ The general practice Assessement Questionnaire (GPAQ). Beschikbaar via http://www.gpaq.info/. Geraadpleegd op 2011 maart 04.

9/ Dekker J.M. et al. Het PreventieConsult module cardiometabool. Huisarts en wetenschap 2011; 54(3): 138-55.

10/ Preventie in de huisartspraktijk: Hoe is de organisatie en wat is het aanbod? Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven. Beschikbaar via http://www.nationaalkompas.nl/preventie/in-verschillende-settings/zorg/huisartsenpraktijk/ Geraadpleegd op 2011 augustus 20

11/ CQI-meetinstrumenten in ontwikkeling. Beschikbaar via http://www.centrumklantervaringzorg.nl/metingen/programma/meetinstrumenten-in-ontwikkeling.html. Geraardpleegd 2011 maart 15.

12/ Decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid. Vlaamse codex. 21/11/2003. Beschikbaar via http://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1012025&AID=1051125&param=inhoud. Geraadpleegd 2011 mei 21.

13 / Hulshof et al. Patiënten over preventie door hun huisarts. Huisarts en wetenschap 1998. 41(3) p. 117-120.

14/ Pauwels L. Introductie van de gezondheidsgids in de praktijk. Antwerpen; 05/2011. P. 55.

15/ Billiet J. et al. Een samenleving onderzocht: Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek. De Boeck. Antwerpen. 2005. 308-312.

16/ Brontons C et al. Beliefs and attitudes to lifestyle, nutrition and physical activity: the views of patients in Europe. Family Practice 2012; 29: i49-i55.

17/ Advies nationale raad betreffende Uitnodiging voor preventief check-up. Internetsite Orde van geneesheren 27/03/2010. Beschikbaar via http://www.ordomedic.be/nl/adviezen/advies/uitnodiging-van-patienten-voor-een-preventieve-check-up-door-huisarts. Geraadpleegd 2011 maart 15.

18/ Cursus ASGB: Zin en onzin van Preventie. 18/06/2011.

19/ Wettekst: rechten van de patiënten (22 augustus 2002). *B.S.* 26 september 2002: 22-27. Geraadpleegd via: http://www.health.belgium.be/eportal/Myhealth/PatientrightsandInterculturalm/Patientrights/ChangesWPR/index.htm. Geraadpleegd 2011 mei 21.

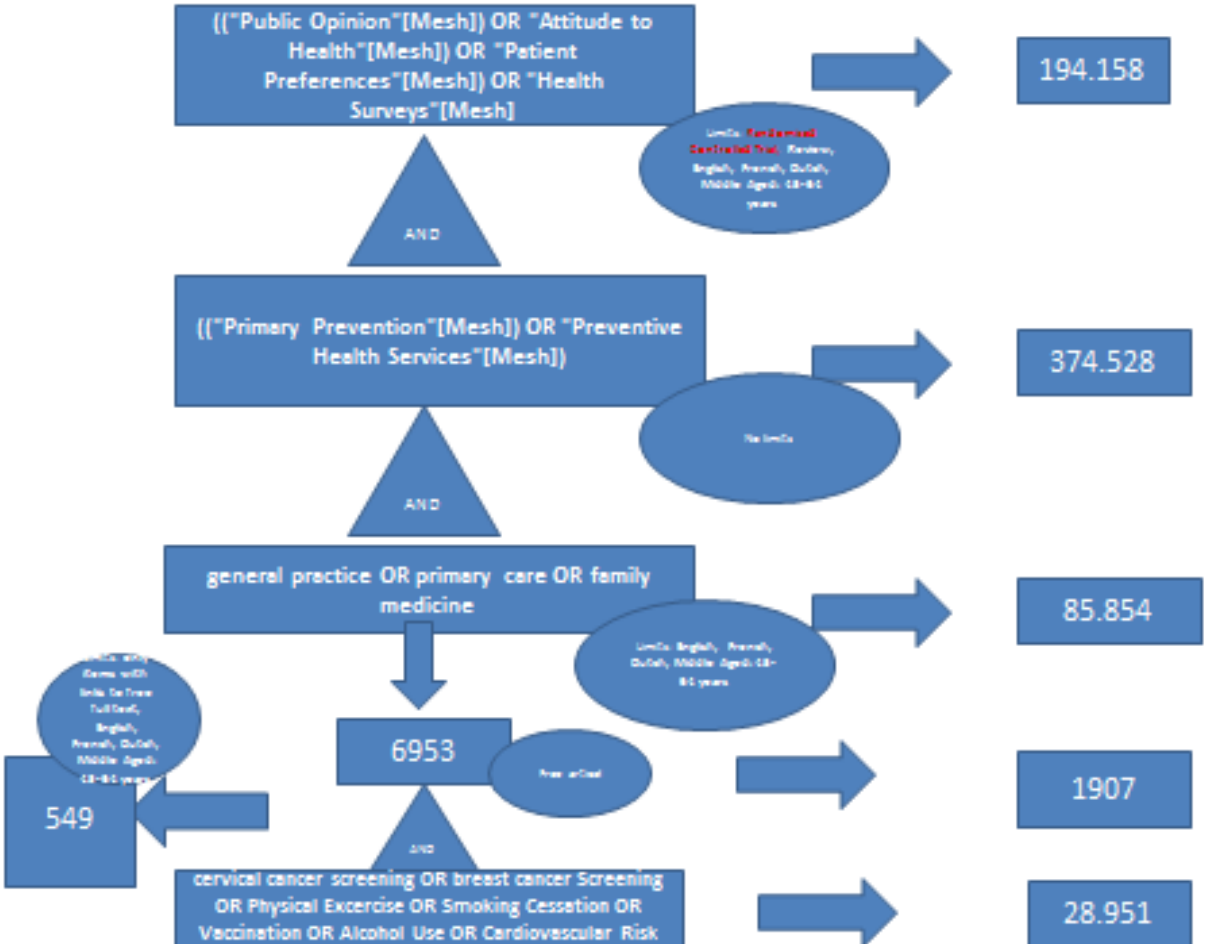
20/ RIZIV Klinische biologie: Rationeel voorschrijven van testen. Aanbeveling bij opportunische screening (Editie 06/2011) . 6-17.

21/ Brotons et al. Attitudes toward preventive services and lifestyle: the views of primary care patients in Europe. Family Practice 2012; 29: i168-i176.

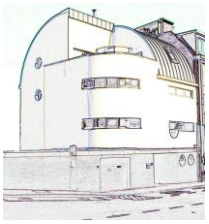
22/ Baeten R et al. Gezondheidsgids Domus Medica editie 2011 en bijhorende schrijven 30/12/2011.

23/ Brief Minister Vandeurzen J. betreffende “Tevredenheid in de huisartspraktijk van het preventieconsult” 30/08/2011. 1-2.

Bijlage 1: literatuur search



Bijlage 2: uitnodigingsbrief



Dr. Ann Deben
Dr. Jan De Bondt
Dr. Dries Rowies

Mechelsestraat 194

3000 Leuven

Beste patiënt,

Binnen de praktijk loopt momenteel een project rond "preventie".

Patiënten tussen 45 en 55 jaar krijgen de mogelijkheid om hieraan deel te nemen.

Mensen uit uw leeftijdscategorie hebben meestal geen bijzondere klachten. Net dan is preventie zinvol. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt immers dat we bij klachtenvrije patiënten met een verhoogd risico het meest efficiënt kunnen werken. Door het vroegtijdig ontdekken van bepaalde aandoeningen kunnen we deze genezen of minstens complicaties voorkomen.

Tijdens een zogenaamd "preventieconsult" proberen we een zo algemeen mogelijk beeld te krijgen van uw risicoprofiel (bloeddruk, cholesterol, suiker, ongezonde levensstijl, …).

Indien u hierin interesse hebt stellen we het volgende voor:

1/ U maakt telefonisch een afspraak bij dr. Rowies (016/23.70.59). Aangezien een preventieconsult iets langer duurt dan een normale raadpleging vragen we je dit telefonisch te doen, zodat we de nodige tijd kunnen uittrekken. Vermeld duidelijk dat het om een preventieconsult gaat.

2/ Om de consultatie zo efficiënt mogelijk te laten verlopen vragen we u om op voorhand de bijgevoegde vragenlijst in te vullen en mee te brengen naar de raadpleging.

3/ U leest alvast het bijgevoegde formulier voor uw toestemming tot deelname.

4/ U hoeft voor dit consult niet te betalen.

5/ Na het consult krijgt u een korte vragenlijst mee om na te gaan of dit project aan uw verwachtingen voldoet.

Bij dit schrijven vindt u ook een folder die u wat meer info geeft over ons project.

Met vriendelijke groeten,

Dr. De Bondt Jan Dr. Deben Ann Dr. Rowies Dries

Bijlage 3: Folder preventie

HuisartsenPraktijk

Dr. Jan De Bondt
Dr. Ann Deben
Dr. Dries Rowies (HAIO)

Mechelsestraat 194 3000 Leuven
Tel 016/23.70.59 Preventie@mijnhuisarts.be
www.mijnhuisarts.be

Preventie op maat



Uw preventieplan, op maat gemaakt door uw huisarts.

Wat is een preventieprofiel?

Een **globaal** preventieprofiel is een plan waarmee we bepalen wanneer, hoe vaak en welke **preventieve acties** hij/zij bij u moeten ondernomen worden. Het is immers zeer belangrijk dat uw arts uw risico correct inschat, uw vaccinaties bijhoudt en tijdig toedient, en regelmatig een aantal dingen preventief controleert. Indien nodig kunt u achteraf terecht bij één van de drie artsen voor verdere opvolging.

Het is een **globaal** preventieprofiel, waarbij rekening gehouden wordt met uw geslacht, uw familiale en persoonlijke voorgeschiedenis, uw leefgewoonten.

In uw preventieplan worden enkel die preventieve acties opgenomen waarvan **wetenschappelijk bewezen is dat ze zinvol zijn** en een aanzienlijke gezondheidswinst kunnen opleveren. Het gaat onder meer om:

- voorkomen van hart- en vaatziekten;
- vroegtijdig opsporen van borstkanker; baarmoederhalskanker en darmkanker;
- vaccinatie tegen tetanus en griep;
- rookpreventie;
- opsporen van problematisch alcoholgebruik;
- vroegtijdig opsporen en/of voorkomen van suikerziekte.

Wat moet u doen?

Maak **telefonisch** een afspraak. Vermeld hierbij dat het gaat over een preventie-consultatie, zo kunnen wij voldoende tijd voorzien. In vele gevallen zal een bloedname nodig zijn, probeer dus **nuchter** op consultatie te komen.

Tijdens deze consultatie zullen we huisarts aan de hand van uw antwoorden bekijken welk risicoprofiel u heeft. We bepalen dan welke onderzoeken voor u aan te raden zijn, om zo bepaalde ziekten een stapje voor te blijven en uw gezondheid te verbeteren.

Met het project "Preventie" proberen wij in onze groepspraktijk op een systematische manier preventie aan te bieden. Dit project is onderdeel van de thesis van Dr. Dries Rowies, huisarts-in-opleiding (HAIO) in onze praktijk.

Nog vragen?
U kan ook bellen op het nummer 016/23.70.59, en dit telkens tussen 16 en 18u op maandag, woensdag en vrijdag.

Bijlage 4: Vragenlijst Domus Medica

VRAGENLIJST IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT EN HUISARTS

INDIVIDUEEL PREVENTIEPLAN

domus medica

Naam: ..... M/V Geboortedatum: ... / ... / ..... Datum: ... / ... / .....

Vul dit blauwe gedeelte in. Twijfelt u aan een antwoord, vraag dan raad aan uw huisarts.				Dit groene gedeelte vult uw huisarts in.	
Hoe oud bent u? ..... jaar			A	A+	
Hebt u een te hoge bloeddruk?	☐ ja	☐ nee ☐ onbekend	B	B+	Totaalchol./HDL-bepaling en SCORE ☐
Neemt u medicatie voor een te hoge bloeddruk?	☐ ja	☐ nee			Creatinine ☐ Proteïnurie ☐
Hebt u diabetes (suikerziekte)?	☐ ja	☐ nee	D	D+	
Hebt u een hart- of vaatziekte (gehad)?	☐ ja	☐ nee	E	E+	Hoog cardiovascular risico ☐
Heeft uw vader of broer een hart- en vaatziekte voor zijn 55 jaar (gehad)?	☐ ja	☐ nee	F	F+	Totaalchol./HDL-bepaling en SCORE ☐
Heeft uw moeder of zus een hart- en vaatziekte voor haar 65 jaar (gehad)?	☐ ja	☐ nee			
Rookt u?	☐ ja	☐ nee	C	C+	Rookstop ☐
Eet u dagelijks groenten en fruit?	☐ ja	☐ nee			Voedingsadvies ☐
Komt u aan 30 minuten lichaamsbeweging per dag?	☐ ja	☐ nee			Bewegingsadvies ☐
Wat is uw lengte en gewicht?	lengte ☐ m	gewicht ☐ kg		Buikomtrek ☐ cm	BMI=kg/m² ☐
Heeft uw arts u ooit gesproken over verhoogde suiker in uw bloed?	☐ ja	☐ nee		≥65 jaar	
Had u verhoogde suiker tijdens de zwangerschap of tijdens een ziekenhuisopname?	☐ ja	☐ nee		≥45 jaar en 1x ja of BMI ≥25	
Voor vrouwen: bent u bevallen van een baby van 4,5 kg of meer?	☐ ja	☐ nee		Buikomtrek: vrouw >88 cm, man >102 cm	
Heeft uw vader, moeder, broer of zus diabetes?	☐ ja	☐ nee			Nuchtere glykemie ☐
Is uw vaccinatie tegen tetanus meer dan 10 jaar geleden?	☐ ja	☐ nee ☐ onbekend		10-20 jaar geleden	Booster dT/10 jaar ☐
				>20 jaar volledig schema	dT 0-6 ☐
				>20 jaar onvolledig schema of onbekend	dT 0-1-12 ☐
Bent u hart- of longpatiënt?	☐ ja	☐ nee		Ja of 65+ of D+ of nierlijden	Griepvaccinatie/1 jaar ☐
				Ja of 50+ of D+ of leverlijden of alcohol	Pneumokokkenvaccinatie 1x/5 jaar ☐
Hebt u geen milt meer of een ziekte waardoor de milt niet goed werkt?	☐ ja	☐ nee		Ja	Pneumokokkenvaccinatie 1x/5 jaar ☐
Voor alle vrouwen: komt er borstkanker of eierstokkanker voor in uw familie?	☐ ja	☐ nee		Ja	Risico-inschatting ☐
Voor vrouwen vanaf 50 jaar: is uw laatste mammografie meer dan 2 jaar geleden?	☐ ja	☐ nee datum ☐		70-75 jaar en lage comorbiditeit	
				50-69 jaar	Screeningsmammografie/2 jaar ☐
Voor vrouwen van 25 tot en met 64 jaar: is uw laatste uitstrijkje meer dan 3 jaar geleden?	☐ ja	☐ nee datum ☐		Ja	Uitstrijkje/3 jaar ☐
Komen darmkanker of -poliepen voor bij uw vader, moeder, broer of zus?	☐ ja	☐ nee		Ja	Risico-inschatting ☐
				Nee en 50-74 jaar	FOBT/1-2 jaar ☐
Drinkt u alcohol? Zo ja, hoeveel glazen per week?	☐ ja	☐ nee ☐ glazen/week			AUDIT afnemen ☐
Hebt u het voorbije jaar meer gedronken (alcoholhoudende dranken) of geneesmiddelen ingenomen dan u wilde?	☐ ja	☐ nee		Ja	Bespreken risico's en afbouwopties ☐
Hebt u het voorbije jaar het verlangen of de noodzaak gevoeld om te stoppen met drinken of geneesmiddelen innemen?	☐ ja	☐ nee		Ja	Bespreken risico's en afbouwopties ☐
				Bevraag enkel bij patiënten met risico op depressie: werd u de voorbije twee weken vaak gehinderd door depressieve gevoelens of hopeloosheid? Of had u weinig interesse of plezier in de dingen die u deed? (1 x ja) Wens tot hulp? ☐	

Bijlage 5

Tevredenheidsvragenlijst

Beste patiënt,

U bent op consultatie gekomen voor een preventief consult. Zoals u werd verteld kadert dit ook in de Masterthesis van Dr Rowies. Ter afsluiting en vervolledigen van dit consult willen we u vragen een tevredenheidsvragenlijst in te vullen.

Dit is heel eenvoudig. Hieronder vindt u enkele stellingen rond de verschillende onderdelen van het consult. Daarnaast staat een score van -- tot ++. -- betekent helemaal niet akkoord en ++ helemaal akkoord. Gelieve voor elke stelling het bolletje te kleuren bij het getal die het best uw mening weergeeft. De gegevens zullen in alle anonimiteit worden verwerkt.

Alvast bedankt voor uw tijd!

1. Algemene informatie

Geslacht:
Leeftijd:
Beroep:
Woonplaats:
Eerste contact met het project preventie (schrappen wat niet past) via:

-uw huisarts

-brief via de post

-andere:

2. De uitnodigingsbrief

	--	-	+/-	+	++
De informatie in de brief vond ik begrijpbaar	O	O	O	O	O
De informatie uit de brief kwam overeen met de consultatie	O	O	O	O	O
Een uitnodigingsbrief krijgen vond ik een goed initiatief, dat mag de huisarts wel vaker doen.	O	O	O	O	O

3. <u>De consultatie</u>

	--	-	+/_	+	++
De informatie tijdens de consultatie vond ik begrijpelijk en duidelijk	O	O	O	O	O
De arts nam voldoende tijd voor deze consultatie	O	O	O	O	O
Er was voldoende tijd om vragen te stellen	O	O	O	O	O
De arts luisterde aandachtig naar wat ik zei	O	O	O	O	O
De arts was deskundig	O	O	O	O	O
De huisarts is de ideale persoon voor dit soort consultaties	O	O	O	O	O
De arts nam mij serieus met mijn vragen en opmerkingen	O	O	O	O	O
Het preventieconsult is anders dan een klassiek consult.	O	O	O	O	O

4. <u>Achteraf beschouwd</u>

	--	-	+/-	+	++
Het is mij volledig duidelijk wat er naar de toekomst toe met deze consultatie zal gebeuren	O	O	O	O	O
Ik zou deze consultatie aanraden aan vrienden en familie	O	O	O	O	O
Ik had al langer zo'n preventieve consultatie gewild	O	O	O	O	O
Het resultaat van deze consultatie is een goede motivatie om dingen in mijn levensstijl aan te passen	O	O	O	O	O
De striktheid van deze consultatie vond ik storend	O	O	O	O	O
Er werden naar de toekomst concrete afspraken gemaakt. (vb opvolgconsult, rookstopadvies etc)	O	O	O	O	O
Ik heb nu een beter zicht op mijn gezondheidsproblemen. (= waar ik moet op letten)	O	O	O	O	O

Om de hoeveel tijd denkt u dat het zinvol is een preventieconsult te herhalen?

O Halfjaarlijks
O Jaarlijks
O Om de 2 jaar
O Om de 5 jaar
O Niet

5. <u>Andere opmerkingen</u>

Bijlage 6

Vragenlijst: Het preventief onderzoek

Non-responders (ook vraag 2)

(meerdere antwoorden mogen aangeduid worden)

1/ *Algemene vragen*

Geslacht:

Leeftijd:

Beroep:

Woonplaats:

2/ *Wat weerhield u om (nog) niet deel te nemen aan ons preventief onderzoek?*

- o schrik voor negatief nieuws
- o nog geen tijd gehad
- o vergeten
- o ik geloof niet dat preventie zinvol is
- o de brief was te onpersoonlijk
- o ik heb andere medische problemen die ik eerst onder controle wil krijgen
- o ik voel me hiervoor te jong
- o omdat dit zinloos is, ik heb momenteel geen klachten
- o dit project loopt binnen een studie
- o uitnodigingsbrief is verloren gegaan
- o het was onduidelijk of het project nog steeds liep
- o Andere:

3/ *Ik denk dat ik gezond ben*

o niet correct o waarschijnlijk o juist • uiteraard

4/ *Ik vind bij mijn dokter op consultatie gaan belangrijk*

- o bij klachten
- o om problemen voor te zijn
- o om gerust te zijn dat alles in orde is

5/ *Organisatie van preventie is iets*

- o dat de overheid moet regelen
- o waarover mijn huisarts mij best over informeert
  - o via brief
  - o tijdens de consultatie
  - o via een folder in de wachtzaal
  - o wanneer ik vraag naar een algemene check-up
- o waarvan ik liever zelf bepaal wanneer het nodig is

6/ *Een preventief onderzoek is voor mij*

- o niet belangrijk
- o niet van toepassing
- o overbodig
- o iets met te grote nadelen tegenover de voordelen

7/ *In de toekomst zal ik aan een preventie-onderzoek doen;*

- o misschien
- o niet
- o waarschijnlijk

8/ *Andere opmerkingen:*

Bijlage7

Vragenlijst Het preventieonderzoek
Bevraging ARTSEN

1/ Ik vind een preventieonderzoek nuttig vanaf

- o 18 jaar
- o 45 jaar
- o 55 jaar
- o 65 jaar
- o 75 jaar
- o 85 jaar

2/ Een preventie onderzoek is relevant tot

- o 65 jaar
- o 75 jaar
- o 80 jaar
- o 95 jaar
- o nt leeftijdsafhankelijk

3/ Ik motiveer patiënten actief tot deelnemen aan een preventieconsult

- o niet
- o zelden
- o vaak
- o altijd

4/ Sinds de invoering van het GMD-plus (01/04/11) doe ik

- o geen
- o minder
- o 25% meer preventieconsulten
- o 50% meer
- o dubbel zoveel

5/ Voor de invoering van het GMD-plus deed ik een preventieconsult bij

- o 0%
- o <5% van mijn +45jarige patiëntenpopulatie
- o 10-20%
- o >25%

6/ Ik doe het GMDplus

- o tijdens een normale consultatie
- o gespreid over meerdere consulten

o tijdens één consult
o tijdens een apart preventieconsult
o Beide

7/ Om een preventieconsult succesvol te maken meen ik dat het belangrijk is

min

dat patiënten meer in te worden ingelicht over het nut van preventie
dat een betere elektronische ondersteuning voorhanden is
om het bedrag van de financiële vergoeding op te drijven

8/ Systematische preventie is de rol van de huisarts

ja neen

9/ Een struikelblok voor een preventie onderzoek is

min

Vanuit de patiënt
* de desinteresse van de meeste patiënten
* de reeds aanwezig comorbiditeit
* de schrik van patiënten om hieraan deel te nemen

Organisatorisch
* het kosten-baten van het consult
* de tijd die het vergt

Opleiding en kennis
* gn accurate kennis om een preventief onderzoek goed te doorlopen
* gebrek aan vaardigheid om tijdens dit consult goed te communiceren
* huisartsgeneeskunde is vooral gericht op curatieve zorgen
* de enorme moeite voor motivering van de patiënt voor een preventief onderzoek

10/ Ik vindt de gezondheidsgids van Domus Medica

min

* een aanwinst voor het systematiseren van het consult
* een onvolledige tool
* niet nuttig

11/ De motivering van patiënten tot deelname aan een preventie consult is vooral de verantwoordelijkheid van (één antwoord)

o de Vlaamse overheid
via een gepersonaliseerde brief
een boodschap van algemeen nut via de omroep
folders
affiches
o de huisarts als vertrouwenspersoon
o de eigen gemeente of stad

12/ Na een half jaar bestaan van het GMD-plus vind ik het preventieconsult (één antwoord)

- o haalbaar in de praktijk
- o niet zinvol
- o wel zinvol maar in de praktijk praktisch onuitvoerbaar

13/ Een preventieconsult herhalen is zinvol om
(één antwoord)

- o halfjaarlijks
- o jaarlijks
- o om 2 jaar
- o om 3 jaar
- o om 5 jaar
- o NIET

14/ Per week doe ik consultaties en huisbezoeken circa

- o 20-40
- o 40-60
- o 60-80
- o 80-100
- o 100-130
- o 130-150
- o >150

10/ Dankwoord

Graag wil ik mijn promotor (Prof dr. Paul De Cort) en co-promotor (dr. Jan De Bondt) bedanken voor hun wetenschappelijke ondersteuning van deze thesis. Ook bijzondere dank naar dr. Leo Pas voor de hulp bij de moeilijke literatuursearch. Ik wil ook niet nalaten Charlotte Vereecke te danken voor de vele taalkundige verbeteringen.