ICHO VZW

UNIVERSITEIT GENT

Academiejaar 2010 - 2012

Implementatie van de GezondheidsGids van Domus Medica in de praktijk.

Dr. E. Tratsaert, Ugent

Promotor: Prof. Dr. T. Christiaens, Ugent

Co-promotor: Dr. S. Provoost, Ugent

Praktijkopleider: Dr. P. Degrande

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

INHOUDSTAFEL

Lijst met afkortingen **3**
Abstract **4**
I Inleiding **6**
II Waarom gekozen voor dit onderwerp? **7**
III Doelstelling en onderzoeksvragen **8**
IV Literatuuronderzoek **9**
Deel 1: Wat bepaalt algemeen het succes van de implementatie van een richtlijn in de praktijk? 9
Deel 2: Literatuur in verband met de specifieke onderzoeksvragen van deze manama 13
V Onderzoeksmethodiek **16**
VI Resultaten **20**
Verloop interventie 20
Barrières 23
Verloop en duur preventieconsult 24
Status EMD 26
VII Discussie **29**
Interesse en deelname aan preventieconsult 29
Barrières 31
Verloop en duur preventieconsult 32
Status EMD 33
VIII Evaluatie **35**
Algemene implementatie van de GezondheidsGids in de praktijk 35
Zwakke punten van het onderzoek 38
Resterende onderzoeksvragen 38
To do's voor praktijk 38
IX Besluit **39**
X Referenties **41**

Lijst met afkortingen

BMI: Body Mass Index

Ca: Carcinoom

CVA: Cerebro-Vasculair Accident

E: Eenheden

EMD: Elektronisch Medisch Dossier

FOCUS: Find a problem, Organise meeting, Clarify problem, Understand process, Select a strategy

FOBT: Faeces Occult Bloed Test

GMD: Globaal Medisch Dossier

HAIO: HuisArts In Opleiding

MS: Multipele Sclerose

PO: PraktijkOpleider

PSA: Prostaat Specifiek Antigen

PY: PackYear

SOEP: Subjectief, Objectief, Evaluatie, Planning

Abstract

Context: In september 2010 werd de GezondheidsGids door Domus Medica verspreid. Dit instrument is een hulpmiddel om preventie op een kwaliteitsvolle manier in de huisartspraktijk aan te bieden. Het bestaat uit een handleiding voor de huisarts en een vragenlijst voor de patiënt. Sinds één april 2011 is in België het GMD+ van kracht. De overheid voorziet een apart nomenclatuurnummer voor het preventieconsult (bijkomend honorarium van tien euro). Uit een pilootproject in Malle en Zoersel bleek dat de meerderheid van de huisartsen interesse heeft voor het preventieconsult, maar geldt dit ook voor de patiënten? De GezondheidsGids geeft geen adviezen hoe het preventieconsult aan te bieden: mondeling, schriftelijk, opportunistisch of systematisch?

Onderzoeksvraag:

1. Hoeveel patiënten tonen interesse voor het preventieconsult en hoeveel nemen er effectief aan deel?
2. Wat zijn de barrières om naar een preventieconsult te komen?
3. Hoe verloopt het preventieconsult en hoe lang duurt het?
4. Wat is de status van het EMD (registratie gegevens) voor en na het preventieconsult?

Methode: Doelgroep is alle GMD-patiënten tussen 50 en 60 jaar (n = 134). Er wordt in twee fasen gewerkt. Tijdens de eerste opportunistische fase worden patiënten die op consultatie komen mondeling uitgenodigd. Zij die niet mondeling uitgenodigd werden worden in de volgende systematische fase schriftelijk uitgenodigd . Alle patiënten krijgen een enquête mee die peilt naar de redenen om niet aan het preventieconsult deel te nemen. De duur van het preventieconsult wordt gemeten. Voor elke patiënt die naar het preventieconsult komt wordt geregistreerd welke gegevens (die relevant zijn in het kader van preventie) in het EMD terug te vinden zijn (voor en na het preventieconsult).

Resultaten:

1. In totaal toonde 29% (39/133) van de doelgroep interesse voor het preventieconsult. Eén vierde (32/133) nam er ook effectief aan deel. Tijdens de mondelinge opportunistische fase werd 45% van de mensen die op consultatie kwamen uitgenodigd (n=46). Hiervan kwam 35% (16/46) op preventieconsult. In de systematische fase werden 87 brieven verstuurd. Ook in deze fase namen 16 patiënten deel aan het preventieconsult (=18%).
2. Er werden slechts vijf enquêtes ontvangen. De meest aangegeven reden om niet op

preventieconsult te komen was dat ze wel zouden komen als ze ziek werden. Tijdsgebrek is ook een frequente reden.
3. Het administratieve werk, het reeds uitvoeren van preventieve acties en de bijkomende vragen van de patiënten leidde ertoe dat slechts ¼ van de preventieconsulten kon afgerond worden binnen de voorziene dertig minuten. De gemiddelde duur was 35 minuten (langste consult 49 minuten, kortste consult 24 minuten).
4. In de basismeting werd voor bijna geen enkel item een registratie in het EMD van minstens 75% gehaald. Dankzij de preventieconsulten werd dit percentage in de nameting wel bij bijna alle items (met uitzondering van buikomtrek en laatste mammografie en uitstrijkje) bereikt.

Conclusies: In totaal kwam één vierde van de 50 – 60 jarigen op preventieconsult. Een systematische aanpak bereikt meer mensen, een mondelinge aanpak overtuigt meer mensen. Tijdens een eerste ronde systematisch schriftelijk uitnodigen en de non-responders in tweede tijd mondeling (telefonisch) uitnodigen lijkt de meest aangewezen aanpak. De registratie van gegevens in het EMD neemt veel tijd in beslag. Inschakelen van een secretaresse lijkt essentieel om de duur van het preventieconsult te beperken. Meer publiciteit is nodig om de bevolking te sensibiliseren voor preventie.

I Inleiding

De 'GezondheidsGids' werd in september 2010 door Domus Medica verspreid[1]. Het is een nieuw instrument om samen met de patiënt een preventieplan 'op maat' uit te stippelen. De GezondheidsGids bestaat in feite uit drie delen. Het eerste deel is een uitgebreide handleiding voor de huisarts met de recentste informatie over preventiestrategieën, gebaseerd op de aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering en/of internationale guidelines. Het tweede deel bestaat uit een vragenlijst voor de patiënt om zijn familiale voorgeschiedenis, persoonlijke ziekte- en preventiegeschiedenis en leefgewoontes aan te geven. Een afsprakenkaartje met een overzicht van de volgende preventieve acties vormt het derde deel.

Deze GezondheidsGids zou de implementatie van preventie in de huisartspraktijk gemakkelijker moeten maken. Een vergelijkbaar instrument werd reeds in Canada uitgetest en leidde tot een significante verbetering van de preventiegraad[2].

In een pilootproject in twee Antwerpse gemeenten (Malle en Zoersel) werd de huidige GezondheidsGids voor het eerst in de praktijk geëvalueerd[3-4]. Van de 222 geëvalueerde vragenlijsten werd op 5,8% helemaal geen potentiële preventieproblemen aangeduid. Gemiddeld hadden mannen 2,6 en vrouwen 3,6 potentiële preventieproblemen ingevuld. Dr. Rik Baeten concludeert dat de GezondheidsGids in staat is om potentiële preventieproblemen op te sporen en dus mogelijk een hoge sensitiviteit heeft. De specificiteit kon hier niet nagegaan worden[3].

Met preventie willen we ziekten voorkomen (primaire preventie) en/of ze in een vroegtijdig stadium ontdekken (secundaire preventie). Beide komen in de GezondheidsGids aan bod. Rookstop, een vorm van primaire preventie, doet onder andere het risico op een cardio-vasculair event dalen. Screening naar cervix-, mamma- en coloncarcinoom zijn voorbeelden van secundaire preventie. Regelmatige screening naar darmkanker vermindert de kans om eraan te sterven met één vierde[5]. Alle aanbevolen screeningstesten voldoen aan de criteria van Wilson en Jungner: het zijn belangrijke gezondheidsproblemen, er is een geschikte test, er is een goede kosten-baten verhouding, … [5-6-7].

Screening kan ofwel opportunistisch ofwel systematisch aangeboden worden. Voor de eigenlijke uitnodiging kan men voor een actieve of een passieve aanpak kiezen[8]. De meest actieve aanpak is de persoonlijke, mondelinge uitnodiging (op de consultatie of telefonisch). Patiënten aanschrijven met een brief is een al iets minder actieve aanpak gezien geen mogelijkheid tot onmiddellijke interactie. Een volledige passieve aanpak is dan bijvoorbeeld

het verspreiden van posters/folders in de wachtzaal. In het verleden was de aanpak vooral opportunistisch: op vraag van de patiënt of op initiatief van de arts. De uitnodiging voor een screeningsmammografie die vrouwen tussen 50 en 69 jaar ontvangen is een vorm van systematische screening[7].

De GezondheidsGids geeft geen adviezen hoe het preventieconsult aan te bieden: actief, passief, opportunistisch of systematisch? Integratie in het EMD is ook een knelpunt. Uit het pilootproject in Malle en Zoersel bleek dat de meerderheid van de huisartsen interesse heeft voor het preventieconsult, maar geldt dit ook voor de patiënten?

II Waarom gekozen voor dit onderwerp?

Voor de uitwerking van deze manama werd gebruik gemaakt van het FOCUS- stappenplan. Tijdens de eerste stap 'Find a problem' kreeg ik enkele ideeën om de kwaliteit van de gezondheidszorg in mijn opleidingspraktijk te verbeteren. Ik wou graag een 'actueel' thema dat ook relevante en nuttige informatie kon bieden voor de praktijk waar ik als HAIO aan het werk was.

Tijdens het consultatievoeren viel mij op dat de registratie in het EMD van onder andere familiaal risico en (ab)usus zeer beperkt was. Ook werd er niet op een georganiseerde en gestandaardiseerde manier aan preventie gedaan. Items zoals griep- en tetanusvaccinatie en screening naar baarmoederhalskanker werden enkel opportunistisch aangeboden. Screening naar darmkanker via FOB-test werd ook nog niet toegepast.

De GezondheidsGids kwam dus als geroepen om de status van het EMD en de preventiestatus van de patiënten te verbeteren. Zoals bij zoveel andere richtlijnen die verschijnen is er een belangrijke stap te nemen naar de invoering ervan in de praktijk. De richtlijnimplementatie is namelijk een proces op zich in elke huisartspraktijk.

III Doelstelling en onderzoeksvragen

Doelstelling:

A) De implementatie van het preventieconsult beschrijven en evalueren. Vergelijken van een opportunistische en een systematische aanpak.
   We hopen dat 1/3 van de doelgroep zal deelnemen aan het preventieconsult.

B) Registratie gegevens in het EMD optimaliseren.

Onderzoeksvragen:

1) Hoeveel patiënten tonen interesse voor het preventieconsult?
   Hoeveel patiënten nemen effectief deel aan het preventieconsult?
   - van de mensen die mondeling uitgenodigd worden (opportunistische aanpak)
   - van de mensen die schriftelijk uitgenodigd worden (systematische aanpak)
   - van de totale doelgroep

2) Wat zijn de barrières om naar een preventieconsult te komen?

3) Hoe verloopt het preventieconsult en hoe lang duurt het?

4) Wat is de status van het EMD (registratie gegevens) voor en na het preventieconsult?

IV Literatuuronderzoek

Deel 1: Wat bepaalt algemeen het succes van de implementatie van een richtlijn in de praktijk?

De introductie van richtlijnen in de dagelijkse praktijk verloopt meestal moeilijk[9]. Studies in de USA en Nederland suggereren dat ongeveer 30-40% van de patiënten niet de zorg krijgen die overeenkomt met de huidige wetenschappelijke evidentie. Interventies zijn nodig om het algemeen gebruik van richtlijnen in de praktijk te optimaliseren[9-10]. Hiervoor dienen de bestaande barrières te worden geïdentificeerd. Cahill et al.[11] ontwikkelden een model dat een overzicht geeft van de verschillende domeinen waar problemen zich kunnen voordoen (zie tabel 1).

Tabel 1: Factoren die het succes bepalen van de implementatie van een richtlijn in de praktijk:

1) Kenmerken van de richtlijn(en) op zich
2) Patiënt-gebonden factoren
3) Arts-gebonden factoren
4) Omgevingsfactoren
5) Het implementatieproces op zich

Onderzoek naar de barrières in deze verschillende domeinen is eerder beperkt[12] .

Wat betreft de *kenmerken van de richtlijnen zelf* spelen onder andere de gebruiksvriendelijkheid en de graad van evidentie een rol[11]. Ook het soort gezondheidsprobleem heeft een invloed op de mate waarin de richtlijn wordt toegepast. Zo zou het opvolgen van evidentie voor chronische zorg slechter zijn dan voor acute zorg[9]. Hoe complexer de 'beslissingsboom' in de richtlijn hoe moeilijker deze eveneens te implementeren is in de praktijk.

De evaluatie van het gebruiksgemak van de GezondheidGids door huisartsen in Malle en Zoersel was positief [3]. Ze werd door tien van de zestien huisartsen een bruikbaar instrument genoemd. De overige huisartsen vonden het een nuttig instrument, maar de volgende zaken waren noodzakelijk om de gids bruikbaar te maken in de huisartsenpraktijk:

- Integratie in het EMD
- Meer informatie/publiciteit voor de patiënt zodat doelgroep beter bereikt wordt

Onderzoek naar het tweede domein, de *patiënt-gebonden factoren,* is zeer schaars.

Uit een kwalitatief onderzoek in de USA bij 322 volwassenen bleek dat de ondervraagden wensten dat hun dokter meer preventieve zorg aanbood[13]. De kostprijs van preventie werd aangegeven als een barrière. De ziekteverzekering in de USA is natuurlijk niet te vergelijken met de Belgische situatie.

Vlaamse vrouwen verwachten dat de huisarts screening naar baarmoederhalskanker ter sprake brengt[6]. Risico's voor niet-participatie zijn onder andere zwakke socio-economische status en lage opleidingsgraad.

In een telefonische enquête bij 40- en 50-jarigen uit Malle en Zoersel vond 58% het zinvol en nuttig dat ze werden uitgenodigd om met de GezondheidsGids naar de huisarts te gaan[3]. In een andere enquête uit de provincie Antwerpen bleek dat bijna alle patiënten hun familie of vrienden zouden aanraden om naar het preventieconsult te gaan (ook al hadden ze zelf niet deelgenomen aan het preventieconsult om wille van tijdsgebrek of omdat ze het vergeten waren)[14].

Naar de *arts-gebonden factoren* werd behoorlijk wat onderzoek verricht.

Cabana et al. besluiten in een systematische review dat de kennis en de houding van de arts een rol spelen[15]. Ten eerste moet de arts natuurlijk op de hoogte zijn van de bestaande richtlijnen en ermee vertrouwd zijn. Tijdsgebrek is een knelpunt. Vervolgens speelt de houding van de arts ook een rol. Hij moet akkoord zijn met de richtlijnen. Zeker als deze sterk verschillen met de bestaande waarden/werkwijze vormt dit een barrière[9]. De arts dient dan gemotiveerd te zijn om te veranderen. Soms moet de arts eerst een probleem en/of dringendheidsgevoel ervaren om zijn attitude te veranderen[9,16].

In de studie van Brotons et al. in elf Europese landen werd een associatie gevonden tussen het persoonlijk gezondheidsgedrag van de arts en zijn houding ten opzichte van gezondheidspromotie[17]. Een arts die rookt vind dat hij minder succesvol is in het helpen van z'n patiënten met rookstop.

Een tekort aan 'self efficacy' (het geloof dat men een richtlijn succesvol kan toepassen) vormt ook een barrière[15].

Huisartsen in Polen en Litouwen vinden preventie één van hun belangrijkste verantwoordelijkheden[18].

De interesse van de Vlaamse huisarts voor de GezondheidsGids werd onderzocht in het praktijkproject van Dr. Jacobs (dat kadert in het pilootproject van Rik Baeten in de

gemeenten Malle en Zoersel)[4]. Bijna alle huisartsen (23/25) vonden preventie anno 2009 een taak voor de huisarts. Ze wensten preventie in hun praktijk op een meer systematische en wetenschappelijk onderbouwde manier aan te bieden. Een telefonische enquête één jaar na de introductie van de gezondheidsgids leerde dat 59% (13/22) van de huisartsen deze gebruikten. Uit een andere (schriftelijke) enquête drie maand na het invoeren van de gezondheidsgids bleek dat slechts minder dan de helft (6/16) van de huisartsen vonden dat ze erin slaagden de GezondheidsGids om te zetten in een preventieplan.

Ook iets meer dan de helft van de 2082 Europese huisartsen die deelnamen aan het onderzoek van Brotons et al. vonden preventie moeilijk[17]. Dit wijst erop dat de huisarts in de praktijk belangrijke barrières ervaart. Deze liggen in de domeinen 'omgevingsfactoren' (praktijkorganisatie, integratie in EMD, financiële vergoeding) en 'implementatieproces' (onvoldoende kennis en vaardigheden om de GezondheidsGids bij de patiënten aan te brengen en om de gids om te zetten in een preventieplan)[3].

Zoals blijkt uit voorgaande, speelt het vierde domein, namelijk de *omgevingsfactoren* ook een rol. De omgeving, of anders gezegd, de organisatie van de gezondheidszorg op niveau van de overheid en de organisatie van het praktijkfunctioneren van de individuele arts beïnvloedt de mate waarin een richtlijn wordt toegepast.

Meerdere artikels identificeerden tijdsgebrek, onvoldoende financiële vergoeding en gebrekkig beleid van de overheid als hindernissen voor preventieve geneeskunde[9,12,17,19]. Het inschakelen van een praktijkverpleegkundige/-assistente kan inspelen op het tijdsgebrek[20-21-22]. De artsen uit Polen en Litouwen vonden hun huidige praktijkorganisatie onvoldoende om op een effectieve manier aan preventie te doen[18].

Sinds één april 2011 is in België het GMD+ van kracht. De overheid voorziet een apart nomenclatuurnummer voor het preventieconsult. De arts krijgt hiervoor een bijkomend honorarium van tien euro[23].

Het vijfde en laatste domein is het *implementatieproces*: Op welke manier worden richtlijnen bekend gemaakt en hoe worden artsen (en patiënten) ermee vertrouwd?

Er is meer onderzoek beschikbaar over arts-georiënteerde interventies dan over interventies gericht naar de patiënt of de organisatie[9].

Arts-georiënteerde interventies

Artsen rapporteerden 'onvoldoende training' als één van de barrières voor preventieve geneeskunde[19]. Ook de huisartsen uit Polen en Litouwen vonden dat hun vaardigheden wat betreft patiënten educatie en motivationele technieken tekort schieten[18].

Travers et al. vatten de resultaten van verschillende educatieve interventies voor artsen samen[12]. Er is nog onduidelijkheid wat de meeste effectieve manier is om preventieve acties te bevorderen. Het passief beschikbaar stellen of verspreiden van richtlijnen is noodzakelijk maar blijkt niet voldoende te zijn. Aanvullende strategieën zijn mogelijks matig effectief: interactieve educatieve bijeenkomst in kleine groepen, audit en feedback, pop-ups, elektronische beslissingssystemen, …

Het is nog onduidelijk of financiële stimulatie (bijvoorbeeld onder de vorm van target payment) effectief is[12]. In een systematisch review van Grimshaw et al. kon niet aangetoond worden dat het gebruik van meerdere strategieën effectiever is dan één strategie op zich[24]. Er is momenteel ook nog onvoldoende evidentie om te besluiten dat 'tailored interventions' (interventies specifiek gericht op geïdentificeerde barrières) effectief zijn[12].

Patiënt-georiënteerde interventies

In een kwalitatief onderzoek bij 322 patiënten in de USA had niemand negatieve commentaar over 'reminders' van de arts aan de patiënt[13]. Uit het onderzoek van Ornstein et al. bleek dat reminders het aantal preventieve acties deed toenemen[25]. Mediacampagnes (radio, tv, affiches, tijdschriften…) kunnen ook een belangrijke rol spelen in de gezondheidszorg[9,26-27].

> In het pilootproject te Malle en Zoersel werd de GezondheidsGids mee gepromoot door de gemeente. Alle bewoners kregen een folder toegestuurd. Het project stond tevens beschreven op de gemeentelijke websites. Radio 2 nam het op in zijn lokaal nieuws en ook de lokale pagina's van het Nieuws-blad, De Streekkrant en Gazet Van Antwerpen publiceerden het bericht. Het aantal preventieplannen op initiatief van de patiënt was tussen de 30 en 40%. Vijf van de dertien huisartsen die GezondheidsGidsen verwerkten tot preventieplannen deden dit enkel op vraag van de patiënt. Een vraag die uitgelokt werd door het communityproject[3].

We kunnen zoals Grol en Grimshaw besluiten dat de implementatie van een richtlijn een complex proces is[9]. Interventies zijn dan ook nodig op de verschillende domeinen: arts, patiënt, organisatie, …

Ook Van Driel et al. benadrukken in hun artikel de nood naar onderzoek op vlak van context

en gezondheidszorgbeleid[10]. De context bepaalt het verschil tussen efficay (in studie verband) en effectiveness (in de dagdagelijkse praktijk). De 'context' is een ruim begrip: de communicatie tussen arts en patiënt, de socio-economische status en gedrag van de patiënt,… Aspecten zoals kosten-effectiviteit (efficiency) beïnvloeden tevens het toepassen van 'medische' evidentie.

Deel 2: Literatuur in verband met de specifieke onderzoeksvragen van deze manama

Om een antwoord te vinden diende ik mij hoofdzakelijk te richten op het pilootproject van Dr. Rik Baeten[3] en enkele manama's van collega HAIO's[4,14,28].

1) Interesse patiënten voor het preventieconsult

In een praktijkproject van Dr. Musschoot in Berlare anno 2008 werden bepaalde hoog-risico patiënten uitgenodigd voor een preventieconsult[28]. Inclusiecriteria waren:

1) patiënten met diabetes type 2
2) patiënten met een voorgeschiedenis van myocardinfarct, CVA of cardiovasculaire interventie (stent of overbrugging)
3) patiënten met hypertensie en een body mass index (BMI) $\geq$ 30

Gezien de huidige GezondheidsGids nog niet was gepubliceerd, werd er gewerkt met een eigen format. In totaal werden 51 patiënten uitgenodigd. Hiervan kwam 33% (17/51) op preventieconsult. De uitnodiging verliep op twee manieren: mondeling op consultatie en schriftelijk per brief. Patiënten die een mondelinge + schriftelijke uitnodiging tot deelname hadden ontvangen hadden een grotere participatiegraad dan patiënten die enkel een schriftelijke uitnodiging kregen (11/24 = 46% vs. 6/27 = 22%).

In het kader van het pilootproject te Malle en Zoersel werd een vooronderzoek uitgevoerd om de zinvolheid van het project te evalueren[3]. In totaal werd bij 40 mensen een telefonische enquête afgenomen. Iets meer dan de helft (58%) vond het zinvol en nuttig dat de gemeente hen uitnodigde om met de GezondheidsGids naar de huisarts te gaan. De grote meerderheid (94%) zou het liefst door de huisarts zelf uitgenodigd worden. De uiteindelijke exacte interesse van de patiënten voor het preventieconsult in de periode februari 2009 – maart 2010 kon in dit project niet gemeten worden. Dr. Rik Baeten besluit dat het initiatief van de huisarts

een duidelijke invloed heeft op het aantal ingevulde GezondheidsGidsen, maar dat het aandeel van de vraag van de patiënt gestimuleerd door het communityproject ook belangrijk is.

In een ander praktijkproject te Antwerpen anno 2010 evalueerde Dr. Pauwels de implementatie van de GezondheidsGids[14]. Aan 100 patiënten tussen 40 en 75 jaar werd op consultatie een folder meegegeven zonder extra mondelinge motivatie. Hiervan kwam 25% spontaan op preventieconsult. Er waren ook 21 mensen die enkel de vragenlijst binnenbrachten zonder een afspraak te maken. Na een bijkomende telefonische motivatie kwamen nog 15 patiënten naar het preventieconsult. In totaal kwam in deze stadspraktijk 43% van de doelgroep op preventieconsult.

Na evaluatie van deze drie projecten zouden we kunnen besluiten dat de interesse van de Vlaming voor een preventieconsult tussen de 22 en 58% ligt.

Het 'preventieconsult' in Nederland omhelst enkel het cardio-metabole risico[8]. Mensen werden actief (via brief) of passief (via poster en folder in wachtzaal) uitgenodigd om on-line een vragenlijst in te vullen. Wie een hoog risico heeft wordt aangespoord een afspraak te maken bij de huisarts. In de actieve groep vulde 33% de vragenlijst in, 36% van de hoogrisicopatiënten kwam ook bij de huisarts. De resultaten in de passieve groep waren duidelijk minder. Slechts 1,2% vulde de vragenlijst in en 6,1% van de hoogrisicopatiënten kwam langs bij de huisarts.

2) Barrières preventieconsult:

In de masterproef te Berlare vertelden zes van de 24 mondeling uitgenodigde patiënten geen interesse te hebben[28].
Vier patiënten vonden dat ze reeds voldoende opgevolgd werden, één patiënt gaf aan dat hij geen negatieve dingen wilde te weten komen, een andere patiënt vermeldde dat hij reeds voldoende frequent op consultatie diende te komen en dat dit tijdens een standaardconsultatie aan bod moest komen. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de antwoorden in dit onderzoek niet via een anonieme enquête werden verkregen. Het betrof ook een andere doelgroep, namelijk hoog-risico patiënten.

Via de telefonische enquête in het vooronderzoek van Dr. Rik Baeten werden spontaan enkele argumenten contra aangevoerd: de huisarts zou toch al alles moeten weten, ik ga enkel naar mijn huisarts als er iets is of ik geloof niet in de reguliere geneeskunde[3].

In het praktijkproject van Dr. Pauwels werd een enquête opgestuurd naar 70 patiënten die niet naar het preventieconsult gekomen waren[14]. Er werden 50 enquêtes ingevuld. De twee meest aangegeven redenen om niet naar het preventieconsult te komen waren 'tijdsgebrek' en 'ik ben het vergeten'. Bij de antwoordmogelijkheid 'andere' werd door vijf patiënten het volgende ingevuld: 'ik kom al regelmatig op controle en ging er vanuit dat het dus niet nodig was'.

3) Hoe lang duurt het preventieconsult?

Voor de 'check-up' consultatie in de klinieken voor huisartsgeneeskunde in Canada werd 20-30 minuten voorzien[2].

In het praktijkproject te Berlare waar men niet met de 'GezondheidsGids' van Domus Medica werkte, werd één uur voorzien voor het preventieconsult (opmerking: ook prostaatonderzoek, Rx thorax, diabetesopvolging: urine, consult oogarts,…kwamen aan bod)[28].

Volgens de enquête van Dr. Jacobs bij de huisartsen in Malle en Zoersel hadden huisartsen gemiddeld 12,5 minuten nodig om een preventieplan op te stellen (met een grote individuele variatie van vijf tot dertig minuten tussen dertien huisartsen)[4].

V Onderzoeksmethodiek

Setting

Landelijke solo-praktijk in Alveringem (West-Vlaanderen), opgericht in 1989. Samenwerking met een HAIO sinds 1996.

Doelgroep:

Patiënten tussen 50 en 60 jaar met een GMD in 2010 (n=138).

Motivatie voor deze keuze:

> De leeftijd van 50 jaar is een leeftijdsgrens die van belang is voor een aantal items (cardiovasculair risico, borstkankerscreening, screening coloncarcinoom,…).

Exclusiecriteria:

Patiënten die enkel op huisbezoek worden gezien (n=4) om wille van mobiliteitsbeperking (ten gevolge van CVA, MS, …).

Uiteindelijke onderzoekspopulatie bestaat uit 134 patiënten (71 mannen, 63 vrouwen).

Interventie

Fase I = Opportunistische aanpak (begin maart tot eind april 2011)

Bedoeling is alle patiënten uit de doelgroep die op consultatie komen mondeling uit te nodigen voor het preventieconsult. Iedereen krijgt dezelfde uitleg (zie bijlage 1). Bij weerstand van de patiënt worden geen motivatietechnieken toegepast om de persoon te overtuigen. Het doel is de base-line interesse na te gaan.

Een brief (bijlage 2), een vragenlijst (bijlage 3) en enquête (bijlage 4) worden meegegeven.

Om te voorkomen dat de voorziene tijd voor het preventieconsult sterk zou uitlopen werd overwogen om volgende opmerking in de brief te vermelden: *Voor het preventieconsult voorzien we 30 minuten. Deze tijd willen we optimaal benutten om de vragenlijst te overlopen. Actieve problemen (zoals verkoudheid, medicatievoorschriften,…) zullen niet aan bod komen.* Dit naar analogie met de uitnodigingsbrief van Dr. Musschoot in Berlare[28]. Na overleg met de praktijkopleider werd beslist om deze opmerking niet op de brief te vermelden. Hij vreesde dat dit de patiënten zou kunnen afschrikken om op preventieconsult te komen.

De enquête is bedoeld voor de mensen die niet naar het preventieconsult wensen te komen en peilt naar de barrières voor deelname eraan. De enquête in tweede tijd opsturen naar de niet-

deelnemers was ook een mogelijkheid. Mijn praktijkopleider vermoedde echter dat dit door bepaalde patiënten als te opdringerig zou kunnen worden ervaren.
Uit een testregistratie bleek dat er per week tussen 10 en 20 patiënten uit de doelgroep op consultatie komen. Verwacht werd dat tegen eind april ongeveer de helft (n=67) van de doelgroep zou zijn uitgenodigd voor het preventieconsult. De duur van fase I werd echter met vier maanden verlengd tot eind augustus (zie VI Resultaten).

Fase II = Systematische aanpak

Opzet was patiënten die niet op consultatie kwamen in maart - april per brief uit te nodigen op één mei. Wegens verlenging van fase I werden de brieven verstuurd eind augustus aan alle patiënten die nog niet mondeling uitgenodigd werden. De vragenlijst en enquête (+ envelop met adres praktijk) werden mee opgestuurd. Patiënten konden op preventieconsult komen tot eind december 2011. Er werd gevraagd een afspraak te maken vóór 1 oktober 2011.

In de wachtzaal hing ook een poster om de doelgroep warm te maken voor het preventieconsult (zie bijlage 5).

Voor het preventieconsult werd 30 minuten voorzien en de duur werd gemeten.

Preventieconsult en het EMD

Er wordt gewerkt met het medisch programma 'Windoc'.
De besproken items uit de vragenlijst worden aangevuld in het EMD. Hieronder volgt een beschrijving van de locatie in het EMD waar de gegevens uniform worden ingevoerd.

1. Bloeddruk: 'journaal' → 'consultatie' → tabel 'meetwaarden'
2. Als hypertensie: onder 'persoonlijke antecedenten'
3. Als diabetes: onder 'persoonlijke antecedenten'
4. Als hart- en vaatziekten: onder 'persoonlijke antecedenten'
5. Familiaal hart- en vaatziekten: onder 'familiale antecedenten':
   Hart- en vaatziekten: negatief of event + graad van verwantschap + leeftijd
6. Roken: onder 'risicofactoren': roken: nihil, ex-roker (x PY), roker (x PY)
7. SCORE risico: onder 'risicofactoren': SCORE x % (met jaartal)
8. Lengte en gewicht: onder 'consultatie' bij 'meetwaarden' (BMI wordt automatisch berekend). Buikomtrek eveneens onder 'meetwaarden'

9. Familiaal diabetes: onder ‘familiale antecedenten’:

   Diabetes: negatief of type + graad van verwantschap

10. Vaccinaties: Toegediend vaccin op vaccinatiekaart patiënt schrijven, registreren onder ‘vaccinaties’ en secretaresse vaccin laten registreren in Vaccinet

11. Familiaal borstkanker of eierstokkanker: onder ‘familiale antecedenten’:

    Kanker: negatief of borstCa/ovariumCa + graad + leeftijd

12. Familiaal darmkanker: onder ‘familiale antecedenten’:

    Kanker: negatief of colonCa + graad + leeftijd

13. Alcohol: onder ‘risicofactoren’: ethyl: nihil, x E/d”

Belangrijk hierbij is bepaalde items die negatief zijn toch te registreren (zoals familiale antecedenten en risicofactoren zoals roken/ethyl). Deze informatie is relevant voor de praktijkvoering. Op die manier weet je zelf (en de collega’s van de praktijk) dat het reeds nagevraagd werd.

Diabetes en hypertensie kan je eigenlijk ook als risicofactoren beschouwen. Wij beslisten dit als een ‘persoonlijk antecedent’ te registreren.

Het preventieplan voor de patiënt wordt genoteerd op het afsprakenkaartje en in het EMD geregistreerd via ‘Werkplannen’.

Basismeting

Voor elke patiënt die naar het preventieconsult zal komen wordt geregistreerd welke gegevens (die relevant zijn in het kader van preventie) in het EMD terug te vinden zijn:

- Parameters (bloeddruk, lengte, gewicht, BMI, buikomtrek)
- Persoonlijke antecedenten (hypertensie, diabetes, hart- en vaatziekten)
- Familiale antecedenten (hart- en vaatziekten, diabetes, borst- of ovariumkanker, darmkanker)
- Risicofactoren (SCORE risico, rookstatus, ethyl)
- Laatste tetanusvaccinatie
- Laatste mammografie (enkel voor vrouwen)
- Laatste uistrijkje (enkel voor vrouwen)

In januari 2012 zal een nameting uitgevoerd worden om na te gaan in welke mate de gegevens in het EMD aangevuld werden.

De registratie van gegevens in het EMD wordt als voldaan beschouwd als ze voldoen aan de volgende voorwaarden:

- Parameters: in de tabel ‘meetwaarden’ en recent (voor basismeting in 2010, voor nameting in 2011)
- Persoonlijke antecedenten: onder ‘persoonlijke antecedenten’
- Familiale antecedenten: onder ‘familiale antecedenten’ met graad van verwantschap en leeftijd
- Risicofactoren: onder ‘risicofactoren’
- Laatste tetanusvaccinatie: onder ‘vaccinaties’
- Laatste mammografie: protocol bij ‘documenten’
- Laatste uitstrijkje: protocol bij ‘documenten’ of ‘laboresultaten’

VI Resultaten

Verloop interventie

Het verloop van de interventie wordt gevisualiseerd via de figuur in bijlage 6.

Fase I: Opportunistische aanpak

In de periode maart - april 2011 kwamen 67 mensen uit de vastgestelde doelgroep op consultatie. Hiervan werden er slechts 27 uitgenodigd (HAIO: 25/34, PO 2/33). Dit betekent dus dat 60% niet werd aangesproken over het preventieconsult. Verklaringen hiervoor zijn: het wordt vergeten, arts durft patiënt niet uitnodigen omdat hij het niet gepast vindt (bijvoorbeeld bij iemand die komt met acute lumbo-ischialgie), de consultatie duurt al te lang om nog over preventie te beginnen, …

Fase I van het onderzoek werd verlengd tot en met 20 augustus 2011. Hierbij werden nog 19 patiënten extra via de consultatie uitgenodigd. Eind augustus waren 102 patiënten uit de doelgroep op consultatie gekomen. Hiervan werden er in totaal 46 (of 45%) van uitgenodigd (35 door HAIO, 11 door PO). Zoals uit tabel 2 blijkt werden verschillende patiënten zelfs meerdere malen niet uitgenodigd.

Tabel 2: Patiënten die niet uitgenodigd werden op consultatie:

	Aantal keer niet uitgenodigd	Aantal patiënten
	2x	12
	3x	9
	4x	1
	5x	4
Totaal		26

Eind augustus hadden 14 patiënten een afspraak gemaakt voor het preventieconsult. We hadden nog geen enquêtes ontvangen. Van de 32 mensen die dus niet gereageerd hadden werd beslist er 27 op te bellen. Vijf personen waren herhaaldelijk niet bereikbaar. Aan de 22 opgebelde personen werd gevraagd of ze wensten een afspraak te maken voor het preventieconsult. Zoniet, werd gevraagd of ze de enquête wilden invullen.

Na deze bijkomende telefonische interventie werden nog vijf afspraken gemaakt voor een preventieconsult. Eén persoon beloofde nog een afspraak te maken.

Met de opportunistische aanpak hadden 20/46 patiënten (43%) een afspraak gemaakt of de intentie om een afspraak te maken. Omdat drie personen niet aanwezig waren op hun afspraak

kwam uiteindelijk 16/46 (35%) effectief op preventieconsult. Zonder de extra telefonische interventie zou de opkomst 12/46 (26%) bedragen. Het deelnamepercentage op het aantal personen dat met het recall systeem effectief bereikt werd is 44% (16/36).

Fase II: Systematische aanpak

Eind augustus werden 87 brieven verstuurd (één exclusie om wille van ziekenhuisopname). De mensen die tijdens fase I niet op consultatie kwamen, alsook de mensen die wel op consultatie kwamen maar niet werden uitgenodigd, werden in fase II aangeschreven.

Het aantal patiënten dat onmiddellijk een afspraak maakte bedroeg 13/87 (15%).

Een beperkte groep patiënten (n=12) bracht enkel de vragenlijst binnen zonder een afspraak te maken voor een preventieconsult. Een aantal vragenlijsten waren anoniem (n=3). Bij vier vragenlijsten was ook de enquête bijgevoegd (waarvan één anoniem). In de enquêtes werd driemaal aangeduid dat ze zouden komen als ze ziek werden, 'schrik voor negatieve dingen' en 'geen tijd' werden ook elk eenmaal aangekruist.
Uit deze groep werd beslist vijf personen op te bellen met de vraag of ze de wens hadden langs te komen op preventieconsult. Van de vier personen die telefonisch bereikt werden kwamen drie op preventieconsult (ze hadden papier aan de kant gelegd en er niet meer aan gedacht). Eén persoon was van plan afspraak te maken in mei 2012 (valt buiten onderzoeksperiode).

Twee patiënten brachten het preventieconsult ter sprake tijdens een pre-operatieve consultatie. Ze zouden een afspraak maken als hun ingreep achter de rug was (voor de éne persoon zou dit in oktober 2011 moeten geweest zijn, voor de andere persoon zou dit in 2012 en dus buiten de onderzoeksperiode zijn).

Zoals verder wordt besproken ontvingen we in totaal vijf enquêtes, waarvan bij één de vragenlijst niet was toegevoegd.

Een grote groep mensen (n=59) die in de systematische fase een brief kregen gaven geen enkele reactie (geen preventieconsult, geen enquête, geen vragenlijst). Deze mensen werden niet opgebeld of geen herinneringsbrief gestuurd. Dit was door de opzet van het onderzoek niet mogelijk. De anonimiteit van de enquêtes moet namelijk gerespecteerd worden.

Met de systematische aanpak hadden 19/87 patiënten (22%) een afspraak gemaakt of de intentie om een afspraak te maken. Uiteindelijk nam 18% (16/87) effectief deel aan het preventieconsult. Zonder de beperkte bijkomende telefonische interventie zou het deelnamepercentage 15% (13/87) zijn.

Als we de resultaten van de opportunistische en systematische aanpak samenvoegen blijkt dat 29% (39/133) interesse had voor het preventieconsult, dit wil zeggen dat ze een afspraak hadden gemaakt of de intentie hadden om een afspraak te maken. Uiteindelijk kwam 24% (32/133) effectief op preventieconsult. Zonder de bijkomende telefonische interventie zou de totale opkomst 19% (25/133) bedragen.
Onder de deelnemers waren er 17 mannen en 15 vrouwen. Twee preventieconsulten werden uitgevoerd door de PO en 30 door de HAIO.
Onder de 50 – 60 jarigen uit de doelgroep waren er 27 koppels (gehuwd of samenwonend). Het al dan niet deelnemen aan het preventieconsult was bij de meerderheid van de koppels bij de man idem als bij de vrouw. Vier koppels kwamen allebei op preventieconsult. Twee hiervan werden beiden in de systematische fase uitgenodigd, twee in een verschillende fase. Twintig koppels kwamen allebei niet op preventieconsult. Drie koppels reageerden verschillend. Dan was het telkens de man die wel op preventieconsult kwam en de vrouw niet. Deze drie mannen werden in de mondelinge opportunistische fase uitgenodigd, hun vrouwen in de schriftelijke systematische fase.

De resultaten van de opportunistische en de systematische aanpak werden niet statistisch met elkaar vergeleken. Gezien het verschil in grootte van de onderzoeksgroepen leek dit weinig zinvol.

Tenslotte reageerde één patiënt die niet geïncludeerd was in de doelgroep (<50 jaar) op de poster in de wachtzaal en kwam op preventieconsult.

Barrières

We ontvingen vijf enquêtes. Bij vier ervan was de ingevulde vragenlijst bijgevoegd (één anoniem, drie niet-anoniem).

Van de mensen uit fase I die telefonisch opgebeld werden, gaven zes aan geen interesse te hebben en gaven volgende antwoorden (zie tabel 3). Twee personen gaven twee redenen, de andere gaven één reden. Op de schriftelijke enquêtes duidden vier personen twee antwoordmogelijkheden aan, de andere hield het bij één antwoord.

Tabel 3: Enquête barrières:

Antwoord op: **Waarom kom je liever niet naar het preventieconsult?**	**n** **schriftelijke enquête**	**n** **telefonische enquête**	**n** **totaal**
Ik schrik heb om pijn te hebben		1	1
Ik heb schrik dat ze iets zullen ontdekken (ik wil geen negatieve dingen te weten komen)	1	1	2
Ik vind dat ik al genoeg naar de dokter ga	1	2	3
Ik heb er geen tijd voor	2	2	4
Omdat het mij geld zal kosten		1	1
Ik zal wel naar dokter komen als ik ziek ben	4	1	5
Andere: *Ik word regelmatig gecontroleerd*	1		1

De antwoordmogelijkheid 'ik geloof niet in preventie' werd geen enkele keer aangeduid of vernoemd. De meest aangegeven reden om niet naar het preventieconsult te komen was dat ze wel naar dokter zouden komen als ze ziek zijn. De andere voornaamste redenen waren tijdsgebrek en het idee dat ze al genoeg naar de dokter gaan.

Ik vond het ook interessant de enquêtes die we samen met de ingevulde vragenlijst ontvingen nader te bekijken (n=4). De ingevulde vragenlijst werd geanalyseerd en de nodige preventieve acties zijn in tabel 4 terug te vinden.

Tabel 4: Analyse enquêtes die samen met vragenlijst ontvangen werden:

Patiënt	Enquête	Preventieplan
1	- Schrik dat ze iets zullen ontdekken - Ik zal naar dokter komen als ik ziek ben	1. BMI 32,4→ voedings- + bewegingsadvies 2. mammografie 3. FOBT
2	- Ik zal naar dokter komen als ik ziek ben	1. rookstop 2. tetanus 3. FOBT
3	- Geen tijd - Ik zal naar dokter komen als ik ziek ben	1. tetanus 2. uitstrijkje
4	- Geen tijd - Ik word regelmatig gecontroleerd	1. familiaal diabetes: glycemie? 2. tetanus 3. risico-inschatting colonCa (familiaal poliepen)

Uit de tabel blijkt dat bij deze mensen die niet op preventieconsult wensen te komen een twee- tot drietal preventieve acties aangewezen zijn.

Verloop en duur preventieconsult

Er werden in totaal 32 preventieconsulten uitgevoerd, waarvan 30 bij de HAIO. Deze laatste werden geanalyseerd naar verloop en duur.

Beschrijving preventieconsult:

1. Mondeling overlopen vragenlijst, lichaamsbeweging en voeding (groenten en fruit) concreter navragen
2. SCORE risico berekenen en betekenis aan patiënt uitleggen
3. Bloeddruk en buikomtrek meten
4. EMD aanvullen

   * Altijd te registeren (ook als negatief):

   Bloeddruk, familiale hart- en vaatziekten, SCORE-risico, rookstatus, lengte, gewicht, buikomtrek, familiaal diabetes, familiale maligniteiten (borst, colon), alcohol (= 10 acties)

   * Enkel te registreren indien aanwezig (persoonlijke antecedenten):

   Hypertensie, diabetes, hart- en vaatziekten
5. Werkplan in EMD invoeren

6. Planning op preventieplan schrijven
7. Afspraak in elektronische agenda voor eerste opvolgconsult

Bij de grote meerderheid van de preventieconsulten (26/30) werd reeds minstens één preventieve actie tijdens datzelfde consult uitgevoerd. Bij dertien preventieconsulten werden zelfs twee preventieve acties verricht. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de uitgevoerde preventieve acties tijdens de preventieconsulten.

Tabel 5: Overzicht uitgevoerde preventieve acties tijdens het preventieconsult:

Preventieve actie	Aantal patiënten
Bloedafname	6
Toediening tedivax	12
Toediening griepvaccin	2
Uitleg screening colonCa: FOBT of afspraak coloscopie	16
Exploratie depressie/bespreken risico's en afbouwopties	2
Exploratie ethyl/ bespreken risico's en afbouwopties	2

Toegediende vaccins worden op vaccinatiekaart patiënt geschreven en geregistreerd in Windoc. De naam en datum wordt op de verpakking van het vaccin genoteerd zodat secretaresse dit achteraf in Vaccinet kan registreren.

Slechts bij een minderheid (13/30) van de consulten kwam geen extra vraag van de patiënt. Zeven personen vroegen om een voorschrift (waarvan drie niet voor zichzelf maar voor familielid). Bij drie preventieconsulten kwam een extra vraag rond preventie (tweemaal over osteoporose, eenmaal over PSA). Vier patiënten hadden een vraag rond acuut probleem (oorprop, tweemaal sinusitis, maaglast + blaasontsteking + huidletsel + oedeem onderste ledematen). Bij één patiënt werd de antihypertensieve medicatie opgedreven.

De gemiddelde duur van de preventieconsulten bedroeg 35 minuten met een maximum van 49 en een minimum van 24 minuten. De gemiddelde duur bij vrouwen was 37 minuten, bij mannen 33 minuten. Slechts acht preventieconsulten (1/4) konden volbracht worden binnen de vooropgestelde tijd van dertig minuten, waarvan twee bij vrouwen en zes bij mannen.

Status EMD

De status van het EMD werd bij 31 van de 32 preventieconsulten nagekeken (15 bij vrouwen, 16 bij mannen). Er was één drop-out omdat deze persoon zonder afspraak bij PO langskwam om de vragenlijst te bespreken.

In onderstaande tabel ziet men bij hoeveel patiënten de gegevens correct in het EMD geregistreerd zijn.

Tabel 6: Registratie gegevens in EMD:

		Basismeting	Nameting	Verschil
Parameters				
	Bloeddruk	45% (14/31)	84% (26/31)	+ 39%
	Lengte	0% (0/31)	97% (30/31)	+97%
	Gewicht	0% (1/31)	97% (30/31)	+97%
	BMI	0% (0/31)	97% (30/31)	+97%
	Buikomtrek	0% (0/31)	***68% (21/31)***	+68%
Persoonlijke antecedenten				
	Hypertensie	50% (3/6)	83% (5/6)	+33%
	Diabetes	nvt	nvt	nvt
	Hart- en vaatziekten	100% (1/1)	100% (1/1)	0%
Familiale antecedenten				
	Hart- en vaatziekten	0% (0/31)	87% (27/31)	+87%
	Diabetes	0% (0/31)	84% (26/31)	+84%
	Borst- of ovariumkanker	0% (0/15)	100% (15/15)	+100%
	Darmkanker	0% (0/31)	77% (24/31)	+77%
Risicofactoren				
	Score-risico	0% (0/31)	94% (29/31)	+94%
	Rookstatus	13% (4/31)	97% (30/31)	+84%
	Ethyl	0% (0/31)	94% (29/31)	+94%
Laatste tetanusvaccinatie		13% (4/31)	84% (26/31)	+71%
Laatste mammografie		60% (9/15)	***73% (11/15)***	+13%
Laatste uitstrijkje		53% (8/15)	***60% (9/15)***	+7%

Rood: registratie nameting <90%

Rood: registratie nameting <75%

Uit de basismeting blijkt dat bepaalde gegevens vóór het preventieconsult nooit geregistreerd werden. Het gaat om een aantal parameters (lengte, gewicht, BMI en buikomtrek), de familiale antecedenten en twee risicofactoren (score-risico en ethyl).

Een recente bloeddrukmeting was ook slechts bij iets minder dan de helft op de correcte plaats geregistreerd.

Van drie patiënten met arteriële hypertensie was dit niet onder persoonlijke antecedenten terug te vinden. Onder de deelnemers aan de preventieconsulten was er geen enkele diabetespatiënt. Slechts één persoon had een hart/vaatziekte in de voorgeschiedenis.

Uit de nameting blijkt dat de preventieconsulten ervoor gezorgd hebben dat de registratie van gegevens in het EMD sterk verbeterd is.

Toch zijn er een aantal gegevens die in de nameting niet aan een registratie van minstens 90% geraken.

Voor de bloeddruk komt dit omdat hij bij vier personen in het consultatiescherm bij de O/ van het SOEP-principe geregistreerd is in plaats van in de tabel met meetwaarden. Bij één persoon was de laatste bloeddrukregistratie in 2010, dit werd in de nameting niet meer als recent gecodeerd. De buikomtrek werd bij zeven patiënten niet gemeten of niet genoteerd. Van drie patiënten was de buikomtrek wel genoteerd op de papieren vragenlijst maar niet in het EMD.

Ook een aantal andere gegevens waren soms wel op de papieren vragenlijst terug te vinden, maar werden vergeten in te voeren in het EMD. Het gaat om de familiale hart- en vaatziekten (n=4), familiale diabetes (n=4) en familiaal darmkanker (n=7).

Nog een andere verklaring waarom de registratie in de nameting niet altijd ≥90% is omdat bepaalde zaken soms door een andere instantie beheerd worden: tetanusvaccinatie, mammografie, uitstrijkje. Vier personen zouden de laatste tien jaar een tetanus vaccinatie gekregen hebben via het werk. Men wist echter niet exact in welk jaar. Dit was namelijk niet geregistreerd op een vaccinatiekaartje en ook niet terug te vinden in Vaccinet. Een mammografie werd bij twee vrouwen via de gynaecoloog geregeld. Wij kregen hier als huisarts geen brief of protocol van. Ook zouden zes vrouwen de laatste drie jaar een uitstrijkje gehad hebben bij de gynaecoloog zonder dat wij hiervan een resultaat ontvingen.

Door de preventieconsulten werden in totaal 33 nieuwe aanwezige risico's geregistreerd. Een overzicht zie je in tabel 7.

Tabel 7: Nieuw geregistreerde risico's:

Risico	Aantal patiënten
Positieve familiale anamnese voor hart- en vaatziekten	3
Positieve familiale anamnese voor diabetes	2
Positieve familiale anamnese voor borst- of ovariumkanker	4
Positieve familiale anamnese voor darmpoliepen	4
Roken >20 pack-year	2
Problematisch alcoholgebruik	2
BMI >30	4
Buikomtrek >88 bij vrouwen, >102 bij mannen	12
TOTAAL	**33**

VII Discussie

Interesse en deelname aan preventieconsult

Tijdens de opportunistische fase kwam 1/3 van de 50 – 60 jarigen op preventieconsult. Zonder de bijkomende telefonische interventie zou dit maar 1/4 zijn. Dit laatste is vergelijkbaar met de respons op de folders uitgedeeld op de consultatie in het praktijkproject van Dr. Pauwels[14]. Tijdens de systematische aanpak nam 1/5 deel aan het preventieconsult. Zonder de beperkte extra telefonische interventie bij de mensen die de vragenlijst binnenbrachten zou het deelnamecijfer < 1/6 bedragen. In het praktijkproject van Dr. Musschoot bedroeg de respons op de schriftelijke uitnodiging 1/5[28].

Een kleine groep patiënten (12/133 = 0,09%) bezorgde ons de ingevulde vragenlijst maar maakten aanvankelijk geen afspraak voor het preventieconsult. Opmerkelijk is dat al deze patiënten per brief werden uitgenodigd. Dit doet vermoeden dat de mensen die mondeling werden uitgenodigd de boodschap toch beter begrepen hebben. Mogelijks is de boodschap in de brief niet voor iedereen duidelijk genoeg en/of wordt de brief niet volledig gelezen. Bij het opstellen van een brief is het belangrijk om voldoende, maar ook niet te veel informatie mee te geven. Een ogenschijnlijk lange brief kan demotiverend werken om ze te lezen.
Ook in het onderzoek van Dr. Pauwels in Antwerpen brachten bepaalde patiënten (15%) enkel de vragenlijst binnen[14]. Uit een enquête achteraf bleek de voornaamste reden (bij 1/3) om geen afspraak te maken: ‘ik wist niet dat het de bedoeling was’.

In absolute cijfers is het aantal deelnemers aan het preventieconsult in beide fasen idem (n=16). Procentueel waren er echter minder deelnemers aan het preventieconsult in de systematische fase (18% versus 35%) wegens de grotere noemer. Tevens hebben we in deze tweede fase een groep van 59 patiënten waarbij geen extra telefonische interventie mogelijk was. Waarschijnlijk zou een recall systeem het deelnamepercentage met de systematische aanpak doen toenemen.
De patiënten die een brief kregen in fase II hadden één maand de tijd om een afspraak te maken. We gingen er van uit dat dit de mensen zou stimuleren om snel een afspraak te maken zodat de brief niet in de vergetelheid zou raken. Mogelijks heeft dit toch het deelnamepercentage negatief beïnvloedt.

Er dient opgemerkt te worden dat bijna 2/3 van de patiënten die in fase II per brief werden uitgenodigd (56/87 = 64%) reeds op consultatie waren geweest in de zes maanden voorafgaand aan de brief. Bijna de helft (26/56) van deze groep kwam zelfs meermaals op consultatie. De vraag stelt zich of dit de deelname aan het preventieconsult beïnvloedt heeft. Als iemand nog maar recent (en zelfs meermaals) bij de huisarts geweest is zou dit een reden kunnen zijn om niet naar het preventieconsult te komen.
Bij de resultaten van de systematische aanpak dient men ook rekening te houden met de mogelijkheid dat niet alle patiënten de brief goed ontvangen hebben (bijvoorbeeld fout adres).

In totaal toonde 29% (39/133) van de doelgroep interesse voor het preventieconsult. Drie personen waren echter niet aanwezig op hun afspraak. Vier personen beloofden een afspraak te maken in de toekomst. Uiteindelijk kwam 1/4 van de 50 – 60 jarigen naar het preventieconsult. Zonder de bijkomende telefonische interventie zou dit 1/5 zijn.
Indien we de enquête niet onmiddellijk mee hadden gestuurd met de uitnodigingsbrief hadden we het recall systeem kunnen toepassen op een grotere groep. Misschien hadden we dan naar analogie met de praktijkprojecten van Dr. Pauwels[14] en Dr. Musschoot[28] en kunnen bereiken dat >40% van de doelgroep op preventieconsult kwam.
Als we de resultaten van de verschillende praktijkprojecten samenvoegen komen we tot de volgende conclusies:

Eénmalig mondeling uitnodigen geeft een deelnamepercentage van ongeveer 25%.
Eénmalig schriftelijk uitnodigen geeft een deelnamepercentage van 15-20%.
Een schriftelijke of telefonische herinnering geeft deelnamepercentage van 40%.

Het aantal deelnemende mannen (n=17) was ongeveer gelijk aan het aantal deelnemende vrouwen (n = 15). In de literatuur is het onduidelijk of er een verschil is in interesse tussen mannen en vrouwen. In de praktijkprojecten van Dr. Musschoot[28] en Dr. Piessens[29] vond men een grotere interesse bij vrouwen. In de masterproef van Dr. Pauwels[14] was er geen significant verschil tussen de geslachten.
Uit mijn onderzoek bleek dat de meerderheid van de uitgenodigde koppels ofwel allebei wel ofwel allebei niet deelnamen. De vraag stelt zich of de beslissing van de éne de beslissing van de andere beïnvloed heeft. Bij de drie koppels die verschillend reageerden was het opvallend telkens de man die wel en de vrouw die niet kwam. Deze drie mannen werden, in tegenstelling tot hun vrouw, wel mondeling uitgenodigd. Bij deze drie koppels kan de

verschillende respons dus mogelijks te wijten zijn aan het geslacht of de fase waarin ze werden uitgenodigd.

Men kan zich de vraag stellen of een deelnamecijfer van ¼ iets kan betekenen op eindpunten zoals mortaliteit op populatieniveau.
In het jaar 2000 had 58% van de Vlaamse vrouwen een uitstrijkje gehad de laatste drie jaar. Om de mortaliteit gerelateerd aan cervixkanker met 80% te reduceren is een participatiegraad van 80% nodig[6].
Als we in Vlaanderen een participatiegraad aan colonkankerscreening van meer dan 67% zouden bereiken, dan vermijden we jaarlijks maximaal 288 sterfgevallen[5].
Eén van de gezondheidsdoelstellingen van de Vlaamse overheid uit 1998 was dat tegen 2012 75% van de vrouwen zou deelnemen aan het screeningsprogramma voor borstkanker[7].
Als we deze cijfers bekijken zal een participatiegraad van 25% op populatieniveau waarschijnlijk weinig betekenen. Het voordeel voor de individuele persoon blijft wel. Elke vrouw die deelneemt aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker reduceert haar risico om te overlijden aan borstkanker met meer dan de helft[7].

Barrières

Door het kleine aantal enquêtes (n=5) dat werd ontvangen kunnen geen harde conclusies getrokken worden.

De vraag stelt zich waarom zo weinig mensen de enquête bezorgden. In het onderzoek van Dr. Pauwels vulden duidelijk veel meer mensen, namelijk 71,4% (50/70), de enquête in[14]. Ik zie hiervoor drie mogelijke verklaringen. De bijgevoegde envelop om de enquête terug te sturen naar de praktijk was in mijn onderzoek niet gefrankeerd. De enquête van Dr. Pauwels werd ook pas in een tweede tijd aan de niet-deelnemers opgestuurd. Het samen opsturen van de vragenlijst en de enquête in mijn masterproef was misschien te verwarrend voor bepaalde patiënten. Een derde mogelijke verklaring is een verschil in mentaliteit tussen de patiënten van een plattelands- en een stadspraktijk. Mogelijks was de patiëntenpopulatie van de opleidingspraktijk van Dr. Pauwels reeds meer vertrouwd met het deelnemen aan onderzoek (zie publicaties Dr. Joke Van Herck[1]).
Als we de resultaten van de schriftelijke (n=5) en de telefonische (n=6) enquêtes samenvoegen zijn er toch een aantal barrières die meer op de voorgrond treden.

De meest aangegeven reden om niet deel te nemen aan het preventieconsult was dat ze wel naar de dokter zouden komen als ze ziek werden. Ook uit de telefonische enquête in het pilootproject van Dr. Rik Baeten kwam dit antwoord naar voor[3]. Dit doet vermoeden dat de bedoeling van preventie door bepaalde mensen niet begrepen wordt. In de uitnodigingsbrief (bijlage 2) werd nochtans het belang van preventie benadrukt: namelijk voorkomen dat iemand ziek wordt. Ik had verwacht dat iemand die antwoordt 'ik zal wel naar dokter komen als ik ziek ben' ook het antwoord 'ik geloof niet in preventie' zou aanduiden. Dit was echter niet het geval.

Tijdsgebrek en de opvatting dat ze al genoeg naar de dokter komen zijn andere frequente redenen om niet naar het preventieconsult te komen. Dit bleek ook uit het onderzoek van Dr. Pauwels in Antwerpen[14]. Daar werd de enquête in tweede tijd opgestuurd en werd het antwoord 'vergeten' ook regelmatig aangeduid.

Verloop en duur preventieconsult

Zoals uit de basismeting bleek was de registratie van gegevens in het EMD eerder beperkt. Tijdens de preventieconsulten werden vele items aangevuld. Dit administratief werk neemt echter wel wat tijd in beslag.

Met uitzondering van vier patiënten werd bij alle preventieconsulten minstens één preventieve actie onmiddellijk uitgevoerd. Bij dertien patiënten werden zelfs twee preventie acties tijdens datzelfde eerste consult verricht. Op zich dient het preventieconsult om een preventieplan op te stellen en niet zozeer om tijdens dit consult reeds preventieve acties te gaan uitvoeren. Mijn praktijkopleider en ikzelf hadden echter het idee dat de patiënt verwacht dat er tijdens het preventieconsult toch al minstens één preventieve actie wordt uitgevoerd. Of dit idee correct is werd in dit onderzoek niet nagegaan.

Iets meer dan de helft van de patiënten had naast het bespreken van de vragenlijst nog andere verwachtingen. Bijna ¼ van de patiënten vroeg om voorschriften. Daarnaast werd ook tijdens bijna ¼ van de preventieconsulten bijkomende acute of minder acute problemen besproken.

Het administratieve werk, het reeds uitvoeren van preventieve acties en de bijkomende vragen van de patiënten leidde ertoe dat slechts ¼ van de preventieconsulten kon afgerond worden binnen de voorziene dertig minuten.

In het praktijkproject van Dr. Musschoot in Berlare werd één uur voorzien voor het preventieconsult[28]. Deze arts besloot dat dit voor de toekomst niet haalbaar was. Het aantal

preventieve onderwerpen dat tijdens het consult aan bod kwam was wel uitgebreider dan deze opgenomen in de GezondheidsGids (ook prostaatkanker, diabetesopvolging met urineonderzoek,…). In de uitnodigingsbrief van dat praktijkproject werd duidelijk vermeld dat actieve problemen (zoals verkoudheid, medicatievoorschriften, …) niet aan bod zouden komen tijdens het preventieconsult. Ondanks deze boodschap had 41% van de deelnemers toch een extra vraag tijdens het consult. Dit is iets minder dan in mijn masterproef, maar lijkt me toch nog veel. Hieruit blijkt dat het idee van de arts over het preventieconsult en het idee van de patiënt vaak niet overeenkomt.

De gemiddelde duur van het preventieconsult (35 minuten) was veel langer dan de tijd aangegeven in de enquêtes van 16 huisartsen uit Malle en Zoersel[4]. Deze hadden gemiddeld 12,5 minuten nodig om de GezondheidsGids met de patiënt te overlopen en vervolgens een individueel preventieplan op te stellen. In die enquête gaat het om een inschatting van de nodige tijd, de duur werd niet gemeten. De meerderheid van de artsen informeerden de patiënt enkel mondeling. Slechts drie artsen gaven de patiënt een afspraakkaart mee. Planning in het EMD werd ook slechts door twee artsen uitgevoerd. Ik denk dat dit laatste toch essentieel is voor een goede opvolging. Persoonlijk vind ik het concreter navragen van beweging en voeding belangrijk. Om een preventieconsult correct uit te voeren lijkt mij een tijd van 12,5 minuten onhaalbaar.

Voor de 'check-up' consultatie in Canada uit het onderzoek van Dubey et al. werd 20-30 minuten voorzien[2]. Deze tijd lijkt mij meer realistisch, mits hulp van een secretaresse/praktijkassistent(e).

Het preventieconsult bij de vrouwen duurde gemiddeld vijf minuten langer dan bij de mannen. Dit kan onder andere verklaard worden doordat bij vrouwen twee extra preventieve onderwerpen worden besproken (borst- en baarmoederhalskanker).

Status EMD

Uit de basismeting bleek dat men in mijn opleidingspraktijk niet de gewoonte had om bepaalde gegevens (gewicht, familiale antecedenten, ethyl,…) te registreren. Parameters zoals gewicht en BMI spelen nochtans een rol bij het inschatten van het cardio-vasculair risico. Een objectieve gewichtsdaling kan tevens een alarmsymptoom zijn voor maligniteiten. De familiale antecedenten zijn ook iets waar je als arts aandacht voor moet hebben. Zeker in praktijken waar met een HAIO en/of meerdere artsen wordt gewerkt is het belangrijk deze in het EMD te registreren. De 'oudere' arts van de praktijk heeft vaak een beter inzicht in de

familiale geschiedenis. Als dit echter niet in het EMD geregistreerd wordt gaat mogelijks belangrijke informatie verloren.

Bij de nameting werd geconstateerd dat achttien gegevens wel op de papieren vragenlijst terug te vinden waren, maar niet in het EMD geregistreerd werden. Een secretaresse/praktijkassistent(e) zou hiervoor een oplossing kunnen bieden. Deze persoon zou na het preventieconsult de gegevens van op de papieren vragenlijst in het EMD kunnen aanvullen.

Een andere conclusie uit de nameting is dat de (schriftelijke) communicatie met gynaecologen niet optimaal verloopt. Van de vijftien vrouwen die op preventieconsult kwamen zouden er zes (1/3) een uitstruikje gehad hebben bij de gynaecoloog zonder dat wij hiervan een resultaat ontvingen. Van de overige negen vrouwen was wel een protocol in het EMD terug te vinden (acht uitstrijkjes door de huisarts uitgevoerd en één door de gynaecoloog). Dit komt overeen met de resultaten van het KCE: de meerderheid van de protocols van uitstrijkjes genomen door de gynaecoloog geraakt niet in het EMD van de huisarts[6]. Deze laatste heeft nochtans een organiserende en coördinerende taak binnen de gezondheidszorg. Een betere communicatie met gynaecologen is noodzakelijk. Deze kunnen bijvoorbeeld op de aanvraag een vakje 'kopie aan de huisarts' aanvinken.

Ook het registreren van vaccins door andere preventieve werkers kan beter (arbeidsgeneesheer, CLB, Kind en Gezin). Vier personen zouden een tetanusvaccinatie via het werk gekregen hebben zonder dat dit op een vaccinatiekaart of op Vaccinet terug te vinden was.

Tijdens de preventieconsulten werden in totaal 33 nieuwe aanwezige risicofactoren geregistreerd. Vooral de resultaten van de buikomtrek hebben mij beetje verrast. Deze was bij de helft van de metingen (12/24) pathologisch.

In de basismeting werd voor bijna geen enkel item een registratie in het EMD van minstens 75% gehaald. Dankzij de preventieconsulten werd dit percentage in de nameting wel bij bijna alle items bereikt (met uitzondering van de buikomtrek en laatste mammografie en uitstrijkje).

VIII Evaluatie

Algemene implementatie van de GezondheidsGids in de praktijk

De invoering van het preventieconsult wordt geanalyseerd volgens de vijf domeinen beschreven in het model van Cahil et al.[11].

Wat betreft de *kenmerken van de richtlijn* (de handleiding van de GezondheidsGids) ben ik behoorlijk tevreden. Ik vond ze gebruiksvriendelijk en nuttig. Osteoporose en prostaatkanker zijn twee onderwerpen die in de Gids niet aan bod komen. Drie van onze patiënten hadden wel een vraag hieromtrent. Bij de evaluatie van de GezondheidsGids in het onderzoek van Dr. Jacobs vonden respectievelijk 5/14 en 3/14 huisartsen dat screening naar prostaatkanker en osteoporose ontbraken[4]. Domus Medica heeft geen aanbevelingen hieromtrent. De uitnodigingsbrief in het pilootproject van Dr. Rik Baeten vermeldde dat prostaatkanker niet in de GezondheidsGids werd opgenomen omdat het niet wetenschappelijk vaststaat dat screening zinvol is[3]. Dit is ook de conclusie van de Nederlandse richtlijn[30]. Wat betreft osteoporose is er een Nederlandse richtlijn die voorstelt bij mensen met vragen over osteoporose de risicofactoren na te gaan[31]. Persoonlijk zou ik het wel handig vinden als prostaatkanker en osteoporose in de handleiding van de GezondheidsGids zouden opgenomen worden. Het zou me helpen om bij een vraag van de patiënt vlotter informatie hierover te geven. In november 2011 werd een nieuwe versie van de GezondheidsGids uitgebracht. Het hoofdstuk 'Peilen naar het gebruik van slaap- en kalmeermiddelen' werd geschrapt. Het onderwerp 'Peilen naar depressieve klachten' werd toegevoegd.
De GezondheidsGids bestaat ook nog uit een vragenlijst en een afsprakenkaartje. De vragenlijst vond ik overzichtelijk om mee te werken. In de nieuwe versie van 2011 werd ze nog wat aangepast om ze volledi ger te maken.
Het afsprakenkaartje oogt mooi en heeft een handig formaat. Een outprint van het werkplan uit het EMD zou echter kostbare tijd kunnen besparen.

Het tweede domein is de *patiënt-gebonden factoren*. De deelname was eerder beperkt, ¼ kwam op preventieconsult. Slechts vijf mensen vulden de enquête in. De meest aangegeven reden om niet deel te nemen was dat ze wel naar dokter zouden komen als ze ziek zijn. Dit doet vermoeden dat het nut van preventie onvoldoende bekend is of dat deze mensen er niet in geloven. De andere voornaamste redenen waren tijdsgebrek en het idee dat ze al genoeg naar de dokter gaan. Financiële barrières of schrik lijken een minder belangrijke rol te spelen.

Gepersonaliseerde communicatie lijkt nodig om mensen te motiveren dat het preventieconsult (ook voor hen) nuttig is. Ik vermoed dat de beperkte meewerking van de patiënten in dit onderzoek ook vaak te wijten is aan 'tijdsgebrek' en 'het vergeten'.

Vervolgens hebben we de *arts-gebonden factoren*. Vanuit mijn opleiding ben ik goed vertrouwd met de aanbevelingen van Domus Medica. Ik geloof in het nut van preventie. Het effect op populatieniveau van de 32 uitgevoerde preventieconsulten is misschien te verwaarlozen. Het voordeel voor de individuele patiënt niet. De kennis en houding van mijn praktijkopleider ten opzichte van de aanbevelingen ligt anders. Voornamelijk door tijdsgebrek en een overwegend experience-based attitude.
Persoonlijk vond ik de preventieconsulten behoorlijk intensief. Ze duurden te lang. Dit mede door extra verwachtingen van de patiënt en het vele administratieve werk. Het inschakelen van een secretaresse/praktijkassistent(e) is noodzakelijk om het uitvoeren van de preventieconsulten op lange termijn haalbaar te houden. De praktijkassistent(e) kan een groot deel van het administratieve werk van de arts overnemen en eventueel ook instaan voor bloedafnames en toediening van vaccins.

Het vierde domein gaat in op de *omgevingsfactoren*. Dit omvat de praktijkorganisatie van de individuele arts en de organisatie van de gezondheidszorg op niveau van de overheid.
Net zoals de huisartsen van Malle en Zoersel vond ik de integratie in het EMD een knelpunt. De vragenlijst van de GezondheidsGids is ondertussen geïntegreerd in het medische programma Windoc. De antwoorden van de patiënt kunnen dus elektronisch geregistreerd worden. Wij maakten er echter geen gebruik van omdat we het voor de praktijkvoering veel nuttiger vinden als de informatie genoteerd staat bij de daartoe voorziene 'schermen'. Het preventieconsult vraagt hierdoor veel administratief werk en daarmee ook veel tijd van de arts. Een secretaresse/praktijkassistente kan hiervoor een oplossing bieden. Een softwarepakket dat door het elektronisch invullen van de vragenlijst automatisch de risicofactoren en antecedenten aanvult en een werkplan genereert zou ook tijd kunnen besparen.
In onze praktijk werd de secretaresse onvoldoende ingeschakeld om te helpen met de administratie van de preventieconsulten.
De overheid neemt steeds meer initiatieven om preventie te bevorderen. Sinds één april 2011 kan een huisarts eenmaal per kalenderjaar een bijkomend honorarium van tien euro

(nomenclatuurnummer 102395) aanrekenen bij patiënten tussen 45 en 75 jaar[23]. Dit is gekend als het GMD+ (een Globaal Medisch Dossier aangevuld met een preventiemodule). Het extra honorarium vind ik zeker aangewezen omdat het preventieconsult langer duurt dan een standaard consultatie. Het vraagt van de arts ook behoorlijk wat concentratie om alle gegevens te overzien en een preventieplan op te stellen.
In 2001 startte de overheid met een systematisch bevolkingsonderzoek naar borstkanker bij vrouwen tussen 50 en 69 jaar[7]. Op de wereldkankerdag van 4 februari 2012 werd bekendgemaakt dat de Vlaamse overheid vanaf 2014 een grootschalig bevolkingsonderzoek naar darmkanker zal organiseren. Alle Vlamingen tussen 50 en 74 jaar zullen uitgenodigd worden om een stoelgangsstaal te laten onderzoeken[32].

Het vijfde en laatste domein is het *implementatieproces*.
Het uitnodigen van patiënten voor het preventieconsult gebeurde mondeling in de eerste (opportunistische) fase en schriftelijk in de tweede (systematische) fase. In de wachtzaal hing ook een poster waar slechts één persoon op reageerde. Net zoals bij het preventieconsult rond cardio-metabool risico in Nederland blijkt een actieve aanpak veel effectiever dan folders/posters in de wachtzaal[8]. Sommige zorgverleners uit het Nederlandse onderzoek beschouwden het direct aanspreken van patiënten tijdens het spreekuur als nog effectiever dan een brief. Ook Dr. Pauwels besloot uit haar masterproef dat extra motivatie of uitleg nodig is om meer dan ¼ van de patiënten naar het preventieconsult te krijgen[14]. Tijdens de opportunistische fase in mijn masterproef werd iets minder dan de helft van de patiënten die op consultatie kwamen uitgenodigd. Dit is vergelijkbaar met de resultaten van het praktijkproject van Dr. Musschoot in Berlare[28]. Daar werd ook 53% niet mondeling uitgenodigd omdat het vergeten werd of omwille van tijdsgebrek. Het mondeling uitnodigen tijdens een standaardconsultatie, zelfs zonder toepassen van extra motivatietechnieken, werd in onze praktijk als te tijdrovend ervaren. Nochtans zijn er uit onderzoek aanwijzingen dat gepersonaliseerde risicocommunicatie een positief effect heeft op de deelname aan screening[5].
De GezondheidsGids werd in september 2010 door Domus Medica aan de huisartsen verspreid. Sinds februari 2012 worden ook gratis LOK-vaardigheidstrainingen aangeboden om de integratie in de praktijk te bevorderen.
De bekendheid bij de algemene bevolking moet nog groeien. Mediacampagnes kunnen hier een rol in spelen[3,9,26-27].

Zwakke punten van het onderzoek

- Tijdens fase I werd slechts 45% van de patiënten die op consultatie kwamen uitgenodigd voor het preventieconsult.
- Er werden zeer weinig enquêtes ontvangen.
- Omdat de enquêtes onmiddellijk mee opgestuurd werden met de uitnodigingsbrief kon geen recall systeem toegepast worden op de totale onderzoeksgroep.

Resterende onderzoeksvragen

- Zijn de deelnemers aan het preventieconsult hierover tevreden?
- Wat verwachten de deelnemers van het preventieconsult? Verwachten ze dat er tijdens het eerste consult reeds iets van het preventieplan wordt uitgevoerd?
- Wat vinden de deelnemers van de opvolgingsconsulten?
- Leidt het preventieconsult tot een daling van de morbiditeit/mortaliteit?

To do's voor de praktijk

- Secretaresse inschakelen om het administratieve werk van het preventieconsult op zich te nemen.
- Gynaecologen aanschrijven (eventueel met de wachtkring) met de vraag om een kopie van het protocol van de uitgevoerde uitstrijkjes elektronisch naar de huisarts te sturen
- In de toekomst een recall systeem (indien mogelijk mondeling) toepassen om mensen uit te nodigen voor het preventieconsult.
- Meer aandacht om parameters zoals gewicht en buikomtrek in het EMD te registreren.

IX Besluit

Omdat mensen hun afspraak vergeten of een afspraak uitstellen ligt het deelnamepercentage aan het preventieconsult (24%) iets lager dan de eigenlijke interesse (29%).

Het mondeling uitnodigen van mensen uit de doelgroep die op consultatie kwamen (opportunistische fase) verliep niet zoals verwacht. Het uitnodigen werd in meer dan de helft van de consultaties niet toegepast wegens tijdsgebrek of omdat het vergeten werd. De meerderheid (2/3) van de 50 – 60 jarigen werd dus schriftelijk uitgenodigd in de systematische fase.

In de groep die effectief mondeling uitgenodigd werd tijdens de opportunistische fase was het deelnamepercentage aan het preventieconsult groter dan in de groep die schriftelijk uitgenodigd werd tijdens de systematische fase (1/3 ten opzichte van 1/5). Niettegenstaande het deelnamepercentage in de systematische fase lager ligt, is het aantal deelnemers aan het preventieconsult in absolute cijfers in beide groepen gelijk (namelijk 16).

Persoonlijk zou ik een systematische aanpak verkiezen. Systematisch mondeling uitnodigen zou een betere respons geven dan schriftelijk, maar neemt meer tijd in beslag. Tijdens een eerste ronde systematisch schriftelijk uitnodigen en de non-responders in tweede tijd mondeling (telefonisch) uitnodigen lijkt me in de toekomst de meest aangewezen aanpak.

Opportunistische screening zou ik beperken tot patiënten die zelf om een ‘algemene check-up’ vragen.

In totaal kwam 1/4 van de uitgenodigde 50 – 60 jarigen op preventieconsult.

Onze doelstelling dat 1/3 van de doelgroep zou ingaan op de uitnodiging werd net niet bereikt. Het toepassen van een recall systeem op alle non-responders zou tot een grotere deelname aan het preventieconsult kunnen leiden.

Wat betreft de barrières om aan het preventieconsult deel te nemen kunnen uit dit onderzoek geen harde conclusies getrokken worden. Het aantal ontvangen enquêtes was hiervoor te beperkt. Als we de resultaten echter samenvoegen met andere projecten (pilootproject Dr. Rik Baeten[3], masterproef Dr. Pauwels[14]) treden toch een aantal zaken op de voorgrond. Bepaalde mensen zullen maar naar dokter komen als ze ziek zijn. Het is onduidelijk of dit komt omdat het begrip ‘preventie’ hen onvoldoende bekend is of omdat ze er niet in geloven.

Andere mensen vinden dat ze al genoeg naar dokter komen en/of hebben geen tijd om op preventieconsult te komen. Mogelijke barrières zoals financiële problemen en schrik voor onderzoeken/slecht nieuws komen minder frequent in de enquêtes aan bod. Vooral

organisatorische problemen (tijdsgebrek, 'vergeten') lijken een belangrijke rol te spelen. De patiënten die vinden dat ze al genoeg naar de dokter komen hebben extra persoonlijke informatie nodig waarom het preventieconsult (ook voor hen) nuttig zou zijn.

Slechts ¼ van de preventieconsulten kon volbracht worden binnen de vooropgestelde tijd van dertig minuten. Teveel administratief werk en extra verwachtingen van de patiënt vormen mogelijke verklaringen hiervoor. Inschakelen van een secretaresse/praktijkassistente en/of verbeterde software is noodzakelijk om de duur van het preventieconsult haalbaar te maken.

De registratie van gegevens (relevant voor preventie) in het EMD was in mijn opleidingspraktijk zeer beperkt. Bepaalde parameters (zoals gewicht), de familiale antecedenten en risicofactoren (zoals ethyl) werden niet geregistreerd. Dankzij het preventieconsult werden de gegevens van de deelnemers in het EMD geoptimaliseerd. Van bijna alle gegevens werd in de nameting een registratie van minstens 75% bereikt. Er zijn nog enkele aandachtspunten. De buikomtrek moet meer gemeten worden en het versturen van protocols van mammografie en uitstrijkjes door de gynaecoloog kan beter.
Het laten registreren van gegevens in het EMD door een secretaresse/praktijkassistent(e) kan het registratiepercentage vermoedelijk nog verbeteren.

Door dit praktijkproject heb ik ervaren dat de integratie van een richtlijn inderdaad een complex proces is. Maatregelen op verschillende domeinen (arts, patiënt, omgeving,…) zijn nodig[9-10,33]. Specifiek voor mijn opleidingspraktijk dient de secretaresse meer ingeschakeld te worden om het administratieve werk voor de arts te verlichten. Om meer patiënten naar het preventieconsult te krijgen kan in de toekomst een recall systeem toegepast worden. Meer publiciteit via mediacampagnes kan helpen om de bevolking te sensibiliseren voor preventie.

X Referenties

1. Baeten R, Govaerts F, Jacobs L, Smets A, Smets K, Teughels S, Thijs G, Van der Stighelen V, Van Herck J, Van Linden A, Van de Vyver N, Wyffels P. Gezondheidsgids. Beschikbaar via: www.domusmedica.be/kwaliteit/dossiers/gezondheidsgids.html. Geraadpleegd 2010 oktober 5.

2. Dubey V, Mathew R, Iglar K, Moineddin R, Glazier R. Improving preventive service delivery at adult complete health check-ups: the Preventive health Evidence-based Recommendation Form (PERFORM) cluster randomized trial. BMC Fam Pract 2006;7:44

3. Baeten R. Pilootproject GezondheidsGids in de gemeenten Malle en Zoersel. Februari 2009 – Maart 2010. Evaluatie. www.vigez.be

4. Jacobs L. De Gezondheidsgids: perceptie en ervaring van de huisartsen te Malle en Zoersel. Scriptie voorgedragen in de 2de master huisartsgeneeskunde in het kader van de opleiding tot HUISARTS. Academie jaar 2009-2010. Verkregen via e-mail.

5. Govaerts F, Deturck L, Wyffels P. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Screenen op colorectale kanker bij personen zonder verhoogd risico. Huisarts Nu 2008;37: 341-61.

6. Smeets F, Verhoeven V, Baay M, Weyers S, Colpaert C, Govaerts F. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Cervixkankerscreening. Bijlage bij Huisarts Nu 2011;40. Beschikbaar via: www.domusmedica.be

7. Garmyn B, 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. Beschikbaar via: www.domusmedica.be

8. Nielen MMJ, van der Meer V, Schellevis FG. Evaluatie pilot preventieconsult cardiometabool risico. Nivel-rapport. Beschikbaar via: http://www.nivel.nl/pdf/Rapport-Evaluatie-pilot-PreventieConsult.pdf

9. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. The Lancet 2003;362:1225-30.

10. Van Driel ML, De Sutter AI, Christiaens TCM, De Maeseneer JM. Quality of care: the need for medical, contextual and policy evidence in primary care. Journal of evaluation in clinical practice 2005;11(5):417-29.

11. Cahill NE, Suurdt J, Ouellette-Kuntz H, Heyland DK. Understanding adherence to guidelines in the intensive care unit: development of a comprehensive framework. JPEN 2010;43(6):616-24.

12. Travers C, Martin-Khan M. Barriers and enablers of health promotion, prevention and early interventions in primary care: evidence to inform the Australian national dementia strategy. Australian Journal on Ageing 2009;28(2):51-57.

13. Cogswell B, Eggert MS. People want doctors to give more preventive care: a qualitative study of health care consumers. Arch Fam Med 1993;2:611-19.

14. Pauwels L, Van Royen P. Introductie van de Gezondheidsgids in de praktijk. Masterpoef 2010-2011 Beschikbaar via: www.icho.be. Geraadpleegd 2011 april 30.

15. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PAC, Rubin HR. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. JAMA 1999;282(15):1458-65.

16. Van Bokhoven MA, Koch H, Dinant GJ, Bindels PJE, Grol R PTM, van der Weijden T. Exploring the black box of change in improving test-ordering routines. Fam Pract 2008;25(3):139-45.

17. Brotons C, Björkelund C, Bulc M et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. Prev Med 2005;40:595-601.

18. Tomasik T, Windak A, Domagala A, Dubas K, Sumskas L, Rosinski J. An evaluation of family physicians' educational needs and experiences in health promotion and disease prevention in Poland and Lithuania – a qualitative study. BMC Family Practice 2011;12(13).

19. McAvoy BR. A scandal of inaction: how to help GPs implement evidence-based health promotion. Br J Gen Pract 2000 Mar;50(452):180–181.

20. Travers CM, Martin-Khan MG, Lie DC. Dementia risk reduction in primary care: what Australian initiatives can teach us. Australian Health Review 2009;33(3):461-66.

21. Hulscher MEJL, Wensing M, Grol RPTM, van der Weijden T, van Weel C. Interventions to improve the delivery of preventive services in primary care. Am J Public health 1999;89:737-46.

22. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of docters by nurses in primary care. Cochrane Database Syst Rev. 2005, 18:CD001271.

23. Ceulemans F. Preventiemodule start op 1 april. De Huisarts 2011;nr. 1001: 3.

24. Grimshaw JM, Thomas RE, Maclennan G et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. Health Technology Assessment 2004;8:1-72.

25. Ornstein SM, Garr DR, Jenkins RG, Rust PF, Amon A. Computer-generated physician and patient reminders. Tools to improve population adherence to selected preventive services. J Fam Pract. 1991;32(1):82-90.

26. Grilli R, Ramsay C, Minozzi S. Mass media interventions: effects on health services utilization. Cochrane Database Syst Rev 2002(1).

27. Noar SM. A 10-year retrospective of research in health media mass campaigns: where do we go from here? J Health Commun 2006;11(1):21-42.

28. Musschoot M. Is er een toekomst voor een globaal medisch en preventiedossier (GMPD)? HAIO 2007-2009 Beschikbaar via: www.icho.be

29. Piessens S, Adriaenssens A-M, Deceulaer F. Praktijkproject: Preventie in de huisartsenpraktijk. Universiteit Antwerpen 2007 Beschikbaar via: www.icho.be

30. Wolters RJ, Spigt MG, Van Reedt Dortland PFH, Gercama AJ, Klomp MLF, Romeijnders ACM, Starreveld JS. NHG-Standaard Bemoeilijke mictie bij oudere mannen. Huisarts Wet 2004;47(12):571-86. Beschikbaar via: http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden.htm

31. Elders PJM, Leusink GL, Graafmans WC, Bolhuis AP, Van der Spoel OP, Van Keimpema JC, Van Balen JAM. NHG-Standaard Osteoporose (Eerste herziening) Huisarts Wet 2005;48(11):559-570. Beschikbaar via: http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden.htm

32. Verrijken G. Darmkankeronderzoek. De Huisarts 2012; nr .1041: 9.

33. 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. Beschikbaar via: http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden.htm