Zorgzaam Leuven: naar een efficiëntere zorg voor chronische patiënten via zorgprogramma's

Arjen Maenen, KU Leuven

Promotor: prof. dr. Geert Goderis:
KU Leuven, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde

Copromotor: apr. Marie Van de Putte:
Coördinator Zorgzaam Leuven – Vlaams Apothekersnetwerk

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaren: 2016 – 2018

Inhoudstabel

Verklarende woordenlijst 2
Abstract 3
Introductie 4
1. Zorgprogramma's 4
2. Levensstijl 4
3. Situatie in België 5
4. Zorgzaam Leuven 6
5. Werkgroep Zorgprogramma's 7
Methodologie 8
1. Literatuurstudie 8
2. Werkgroep hartfalen 8
3. Vragenlijst 8
Resultaten 9
1. Werkgroep hartfalen 9
2. Vragenlijst 9
Discussie 13
1. Situatie in België 13
2. Vragenlijst 13
2.1. Gegevensverzameling 13
2.2. Preventieve geneeskunde 13
2.3. Levensstijl 14
2.4. Medicatie 16
3. Beperkingen 16
Conclusie 16
Referenties 17
Bijlagen en figuren 20
Figuur 1 20
Figuur 2 20
Figuur 3 21
Bijlage 1: vragenlijst 22
Bijlage 2: protocol ethische commissie 23
Bijlage 3: goedkeuring ethische commissie 24
Bijlage 4: tabellen: univariaatanalyse 25

Verklarende woordenlijst

eHealth: het gebruik van digitale toepassingen voor gezondheidszorg. Voorbeelden zijn overheidsapplicaties en websites, digitale communicatie, videoconsultaties.
mHealth: 'mobile health': het gebruik van draagbare toestellen voor geneeskunde en gezondheidszorg.
Frailty: kwetsbaarheid, klassiek bij ouderen; een klinisch geriatrisch syndroom gekenmerkt door fysiologische beperkingen van meerdere orgaansystemen.
COPD: chronisch obstructieve longziekte.
Health literacy: gezondheidsalfabetisme; de kennis van medische onderwerpen om zo de eigen gezondheid te begrijpen en geïnformeerde keuzes te kunnen maken op gezondheidsvlak.
Empowerment: het verhogen van health literacy en zelfmanagement.
Vitalink (www.vitalink.be): een systeem waarmee zorgverleners digitale gegevens (bijvoorbeeld medicatie en vaccinaties) over hun patiënten met elkaar kunnen delen.
BMI: Body Mass Index: gewicht (kg)/lengte (m)^2. Zwaarlijvingheid: BMI ≥ 25. Obesitas: BMI ≥ 30.

Abstract

Zorgzaam Leuven: naar een efficiëntere zorg voor chronische patiënten via zorgprogramma's

Context: om het groeiende probleem van de stijging in het aantal mensen met chronische ziekten op te vangen, werd het project Zorgzaam Leuven gelanceerd. Hier worden uitgebreide zorgprogramma's uitgewerkt en geïmplementeerd om de kwaliteit van de zorg te verhogen met een verbetering van de efficiëntie. Een belangrijk aspect van deze zorgprogramma's is het stimuleren van een gezonde levensstijl. Om ook de input van de patiënten te kunnen bestuderen, nam ik een vragenlijst af bij de patiënten in de eigen huisartsenpraktijk.

Onderzoeksvragen: in dit werk worden de volgende vragen onderzocht:

- Hoe staan onze patiënten tegenover aanpassingen van hun levensstijl?
- Ervaren zij hun levensstijl als gezond of beseffen ze dat er plaats is voor verbetering?
- Kunnen zij zich vinden in een omschakeling van curatieve naar preventieve zorg?
- Kennen ze hun medicatie en de werking hiervan?
- Hoe en via welke groep zorgverleners kunnen we een gezonde levensstijl stimuleren?

Methode: eerst voerde ik een literatuurstudie uit om de huidige Belgische situatie te kunnen inschatten, om het belang van een gezonde levensstijl te onderzoeken en om te leren uit de bevindingen van andere landen en onderzoekers rond het gebruik van zorgprogramma's. Verschillende voorstellen om gezond gedrag te stimuleren werden bestudeerd.
Vervolgens werd er binnen Zorgzaam Leuven een werkgroep opgericht rond zorgprogramma's om de multidisciplinaire samenwerking te bespreken.
Ten slotte nam ik vragenlijsten af bij de patiënten in mijn groepspraktijk in de periode van 25 oktober tot en met 29 december 2017. Ik bracht de antwoorden samen en splitste deze telkens in twee groepen om vervolgens de significante verschillen te identificeren.

Resultaten: van de 242 ingevulde vragenlijsten werden er 227 weerhouden. Er kwamen meerdere werkpunten naar boven: 115 (53,5%) patiënten hadden een BMI ≥ 25, 29 (12,8%) patiënten rookten en slechts 122 patiënten (57,3%) beweren voldoende lichaamsbeweging te hebben.
Uit enkele risicogroepen kwam een vraag naar meer begeleiding voort: 63,0% van de rokers, 62,7% van de zwaarlijvigen en 61,5% van de obesen. De mate van bezorgdheid om de eigen gezondheid bij deze drie groepen bleek respectievelijk 81,5%, 59,3% en 71,4% te zijn. Vooral jongeren bleken weinig interesse te vertonen in preventieve geneeskunde. Op vlak van kennis over de thuismedicatie waren de bevindingen zeer positief.

Conclusie: dit onderzoek leert ons dat er een belangrijke groep burgers bestaat die er een ongezonde levensstijl op nahoudt, maar die wel open staat voor interventies. Dit is een hulpvraag waar de gezondheidszorg zich op moet richten zodat de preventieve zorg meer aandacht krijgt. Dit sluit aan bij de doelstelling van het project Zorgzaam Leuven. De vraag wie deze taak op zich moet nemen, blijft deels onbeantwoord, maar een multidisciplinaire en gepersonaliseerde aanpak draagt de voorkeur.

Kernwoorden: zorgprogramma's, chronische ziekten, hartfalen, levensstijl, preventieve geneeskunde

Introductie

De gezondheidszorg staat voor een grote uitdaging: de toenemende gemiddelde leeftijd van de bevolking zorgt ook voor een toename van het aantal chronische ziektes (**figuren 1 en 2 in bijlage**).[1] De voornaamste voorbeelden zijn diabetes mellitus type 2, chronische nierlijden, chronisch hartfalen, COPD en psychisch lijden. Zij zorgen enerzijds voor een belangrijke weerslag op het leven van deze patiënten en anderzijds voor een enorme kost aan de maatschappij. De Verenigde Naties kwamen in 2010 samen om de zorg voor chronische ziektes te bespreken.[2] Ze erkenden het steeds groter wordende belang en de enorme uitdaging die dit met zich meebrengt. Om dit op te vangen, is er nood aan een efficiënte, gestructureerde en breed gedragen oplossing.

1. Zorgprogramma's

Deze oplossing vertaalt zich in het ontwikkelen van zorgprogramma's. Dit zijn multidisciplinaire, transversale leidraden die gericht zijn op een proactieve planning van de zorg. Ze omvatten onder andere vroegdetectie, empowerment, opvolgen van de implementatiegraad, subsidiariteit en kostenefficiëntie, ondersteuning van mantelzorgers en verhoging van medicatietrouw. Het toepassen van een zorgprogramma vereist een noodzakelijke hervorming van het huidige systeem op vlak van mentaliteit, financiëring, organisatie en zorgprocessen.

Dit is geen nieuw probleem: in 1996 werd reeds een model voorgesteld om de zorg voor mensen met een chronische ziekte in goede banen te leiden.[3-4] Dit *Chronic Care Model* (model voor zorg voor chronische ziekten) van Wagner bestaat uit zes pijlers waaraan een zorgprogramma aandacht moet besteden:

1. **Community:** de gemeenschap (middelen en protocols)
2. **Health system:** (organisatie van) de gezondheidszorg
3. **Self-management support:** ondersteuning van de patiënt (waaronder health literacy en empowerment vallen)
4. **Delivery system design:** een netwerk voor de verschillende zorgverleners om onderling en met de patiënt samen te werken
5. **Decision support:** evidence-based richtlijnen aangaande deze zorg
6. **Clinical information systems:** de verzameling van gegevens en kennis om de gezondheid te verbeteren

Sindsdien werden wereldwijd dergelijke zorgprogramma's opgericht, waaronder ook in België.[5-7] De conclusies van de verschillende studies hierover zijn positief, ook al zijn de effecten van deze interventies soms moeilijk meetbaar.[4,8-12]

2. Levensstijl

Een centraal werkpunt bij deze zorgprogramma's, maar ook in het kader van preventieve geneeskunde, is het stimuleren van gezond gedrag. Een ongezonde levensstijl kan onder andere ongezonde voeding, een tekort aan beweging, overmatig gebruik van alcohol en/of roken omvatten. Door in te werken op gedragsverandering kunnen er velerlei positieve effecten bekomen worden, zowel op korte als op lange termijn.[13-14] Zo zorgt vermagering bij obesitas voor een verbetering van de levenskwaliteit, fysieke capaciteiten, bloeddruk, cholesterol en vetgehalte.[15-16] Het verbeteren van de hoeveelheid lichaamsbeweging zorgt voor een verlaging van het risico op cardiovasculaire en metabole aandoeningen, obesitas, vallen, cognitieve achteruitgang, osteoporose en spierzwakte[17] alsook een verbetering van de systolische bloeddruk en de hoeveelheid geglyceerd hemoglobine (maat voor ernst van de diabetes mellitus).[18] Specifiek voor patiënten met hartfalen wordt ook een matige daling van het aantal hospitalisaties en van de mortaliteit gezien, met een behoorlijke kostenefficiëntie.[19]

3. Situatie in België

Het huidige Belgische systeem bestaat uit een samenwerking tussen huisartsen en specialisten, omkaderd door een paramedisch team van onder andere apothekers, verpleegkundigen, kinesisten, psychologen en ergotherapeuten. In bredere zin worden diensten zoals het OCMW, mantelzorg en stadsbestuur meegerekend.[20] Een voorbeeld van deze multidisciplinaire aanpak vinden we terug in de educatiesessies van het Belgische voortraject diabetes.[21] Hier wordt – op voorschrift van de arts – de educatie verdeeld onder de verschillende zorgverleners: zo leggen bijvoorbeeld de diabeteseducatoren zich toe op de algemene informatie over diabetes mellitus en levensstijl en de apothekers op therapietrouw. Dit kan bovendien in groep aangebracht worden, zodat er efficiënter gewerkt kan worden.

Het gezondheidsrapport van het KCE uit 2015 leert ons dat de kwaliteit van de zorg in België gemiddeld is, in vergelijking met de andere EU-landen.[22] Hiervoor betalen we een hoge persoonlijke bijdrage van 18%. De uitgaven die het RIZIV maakt, zijn zeer ongelijk verdeeld onder de bevolking. Zo gaat 53% van alle ZIV-uitgaven naar slechts 5% van de bevolking (**figuur 3**).

De **levensstijl** van de Belgische populatie blijft een pijnpunt volgens de cijfers van 2013. De prevalentie van obesitas blijft ongewijzigd: 13,7% van de volwassenen heeft een BMI ≥ 30. Slechts 38,4% van de volwassenen ≤ 65 jaar heeft ≥ 30 minuten dagelijkse lichaamsbeweging. Het overmaats gebruik van alcohol blijft stabiel op 5,0%, maar vooral bij jonge mannen was er een toename van *binge drinking* (het drinken van grote hoeveelheden op korte tijd, hier gedefinieerd als ≥ 6 eenheden alcohol bij eenzelfde gelegenheid, minstens wekelijks). De rookenquête door Stichting tegen Kanker toont een afname van het totale aantal rokers (al dan niet dagelijks): van 27% in 2013 naar 20% in 2017.[23]

Op vlak van **preventie** is er plaats voor verbetering: 56,4% van de 65-plussers kreeg in 2013 een griepvaccin (EU: 55%). Op vlak van borstkankerscreening halen we 62,7% (leeftijdscategorie 50-69, 2012), maar dit gebeurt nog te weinig gestructureerd. In Wallonië krijgt slechts 7,2% van deze vrouwen een screening binnen een georganiseerd programma, terwijl dit in Vlaanderen nog 49,6% is. Op vlak van baarmoederhalsscreening halen we 53,6% bij de vrouwen tussen 25 en 64 jaar. Aan de colorectale kankerscreening (FOBT) neemt slechts 16,5% van de 50- tot 75-jarigen deel. Overige verbeterpunten zijn het te hoge aantal borstkankerscreeningen buiten de streefdoelleeftijd (40-49 jaar): 35,1%, en dit vooral in Brussel en Wallonië. Een jaarlijks tandartsbezoek ontbreekt bij 50,8% van de bevolking ouder dan 3 jaar.[22]

De **health literacy** is onvoldoende: in 2011 haalde 58,7% van de volwassenen 'voldoende' of meer.[22]

De **mentale gezondheidszorg** vereist steeds meer aandacht en middelen. België kampt met een hoge suïcidegraad (18,3 per 100000 inwoners in 2012) en het gebruik van antidepressiva neemt toe: in 2013 minstens jaarlijks bij 13,4% van de volwassenen. De moeizame toegankelijkheid, met name de wachtlijsten bij het Geestelijk Gezondheidscentrum, werkt dit in de hand.[22]

De **efficiëntie** van de Belgische gezondheidszorg neemt toe: er worden meer generieke medicamenten voorgeschreven en de hospitalisaties worden korter of herleid tot dagopnames. Toch blijven er grote, onverklaarde geografische verschillen bij sommige interventies of zorgkosten. Het aantal onderzoeken en het gebruik van technische apparatuur blijven overmatig. Er blijven onaangepaste behandelingen uitgevoerd worden. Maar liefst 47,4% van de patiënten die antidepressiva nemen, stopt binnen de 3 maanden.[22]

De gemiddelde leeftijd van onze **huisartsen** blijft stijgen (in 2013 52,8 jaar, waarvan 43,2% ouder dan 55 jaar), maar het aantal afstuderende artsen dat voor huisartsgeneeskunde kiest, stijgt wel (28% in 2013).[22]

4. Zorgzaam Leuven

Dit werk maakt deel uit van een groter geheel: het project Zorgzaam Leuven.[24] Dit is een grootschalig pilootproject waarin onderzocht wordt hoe we de zorg voor chronisch zieken beter kunnen aanpakken. De eerder aangehaalde zes pijlers van een zorgmodel vinden we ook terug in dit project.

Het doel van Zorgzaam Leuven is vierledig – 'Quadruple Aim':

1. Verbetering van de gezondheidstoestand in de gehele bevolking
2. Verbetering van de kwaliteit van zorg, vanuit het oog van de patiënt
3. Verhoging van de efficiëntie van de gezondheidszorg
4. Verbetering van de jobtevredenheid van de zorgverleners

Om deze vernieuwingen grondig en duurzaam te houden, is er een mentaliteitswijziging nodig. Zo krijgt de patiënt een centrale rol en wordt er meer aandacht besteed aan preventieve gezondheid. Deze uitdaging wordt daarom aangepakt volgens drie pijlers:

1. **Populatiegericht denken, prioriteren en evalueren**
   Door patiënten reeds vroegtijdig te betrekken in het project kunnen problemen met integratie en haalbaarheid opgespoord worden. Het is van groot belang dat zowel de zorgverleners als de patiënten op dezelfde lijn zitten.
2. **Het concept 'zorgzame buurt'**
   Door de planning van de zorg tot op buurtniveau uit te werken, wordt er maximaal ingespeeld op het gemeenschapsgevoel: mantelzorg en lokale initiatieven met vrijwilligers.
3. **Slimme acties in co-creatie**
   Slimme acties zijn acties die enkelvoudig en controleerbaar zijn: ze zijn duidelijk, relatief eenvoudig implementeerbaar en meetbaar. Deze kunnen uitgevoerd worden op reeds bestaande initiatieven, maar kunnen ook op zichzelf staan.
   De informatisering biedt ons vele opties om dergelijke acties uit te voeren: eGezondheid, het geïntegreerd patiëntendossier, mobiele applicaties, ondersteuning voor communicatie tussen zorgverleners onderling en tussen zorgverleners en de patiënt.

Zorgzaam Leuven maakt een onderverdeling in drie doelgroepen:

1. **Doelgroep 1: de kwetsbare chronische zieken**
   Deze patiënten met meerdere chronische aandoeningen vereisen een gepersonaliseerde aanpak met brede omkadering. Ze hebben nood aan een breed netwerk aan zorgverleners dat nauw samenwerkt.

2. **Doelgroep 2: personen met een chronische aandoening**
   Voor deze doelgroep ligt de focus op de aanpak van deze chronische aandoening: hoe beperken we de ziekteprogressie en hoe verdelen we de middelen om dit te bereiken? Daarom willen we met dit project zorgprogramma's ontwikkelen, te beginnen met de vijf meest frequente chronische ziekten: diabetes mellitus type 2, COPD, chronisch hartfalen, chronisch nierlijden en chronisch psychisch lijden.
   Een belangrijk tweede aspect is het ondersteunen van de patiënt in deze uitdaging: hoe zorgen we voor kwaliteit van leven, empowerment en health literacy?

3. **Doelgroep 3: personen met risico op een chronische aandoening en de gezonde populatie**
   Voor deze doelgroep ligt de focus op preventie: hoe houden we deze populatie gezond? Een ander werkpunt is bijvoorbeeld de dialoog rond vroegtijdige zorgplanning: wat zijn de wensen en voorkeuren van de individuele burger?

Het project werd ingediend bij de overheid aan de hand van een "template voor kandidatuur locoregionaal actieplan".[24] Dit bestond uit een contextueel kader, risicostratificatie, uiteenzetting van de doelgroep en het locoregionale actieplan voor de chronische zorg.

Initieel zal het project lopen van 2017 tot 2021 binnen de fusiegemeente Groot-Leuven: Leuven, Heverlee, Wijgmaal, Wilsele en Kessel-Lo. Het team bestaat uit meer dan 50 lokaal betrokken organisaties waarin alle types van partners vertegenwoordigd zijn: de bevolking, de stad, de welzijnszorg, de gezondheidszorg, de eerste- en tweedelijnsdiensten. Deze organisaties werken samen binnen een open netwerkstructuur: input wordt verkregen van alle partners en uitgewerkt tot een reeks doelstellingen waarin elke partner zich kan vinden.

Het project omarmt de nieuwe technologieën door maximaal gebruik te maken van eHealth en mHealth. Deze implementatie draagt bij tot de kwaliteit van chronische zorg en zorgprogramma's.[25]

5. Werkgroep Zorgprogramma's

Binnen Zorgzaam Leuven bestaan er meerdere werkgroepen. Ik heb mij aangesloten bij de werkgroep Zorgprogramma's, die als doel heeft het bekomen van goed uitgebouwde zorgprogramma's, gedragen door beroepsgroepen en organisaties. De werkgroep Zorgprogramma's werd opgesplitst per pathologie: chronisch hartfalen, COPD en chronisch psychisch lijden. De keuze voor deze ziekten werd gemaakt op basis van de data van het IMA (2014, "prevalentie van bepaalde aandoeningen") binnen onze populatie en doelpopulatie in vergelijking met Vlaanderen en nationaal.

De reeds bestaande zorgtrajecten (diabetes mellitus en chronisch nierlijden) worden geherevalueerd en samengebracht tot een functioneel geheel waarin het hele zorgteam mét patiënt vervat zitten. Vele aspecten van een zorgprogramma overlappen met deze van een ander: bijvoorbeeld gedragsveranderingen, therapietrouw, samenwerking zowel tussen zorgverleners als met de patiënt, verzamelen van gegevens. Dit zal elk consecutief zorgprogramma eenvoudiger maken om uit te werken.

Ik koos voor de werkgroep chronisch hartfalen omdat deze pathologie grote kosten met zich meebrengt[26-27] en de reeds bestaande zorgprogramma's voor hartfalen positieve effecten vertonen. Ze zorgen – mits grote verschillen tussen de geïncludeerde studies – gemiddeld voor een daling van 18% in mortaliteit, 18% in hospitalisaties en een verhoging van de kwaliteit van leven met 7,14 punten op de *Minnesota Living with Heart Failure* vragenlijst.[8]

Deze werkgroep bestond uit cardiologen, huisartsen, verpleegkundigen (thuis- en gespecialiseerd in hartfalen in ziekenhuissetting), kinesisten en psychologen. We zochten naar manieren om patiënten geïnteresseerd en geëngageerd in preventieve zorg te krijgen. Vervolgens stelden we ons de vraag wie deze taak op zich zou nemen. Wanneer een huisarts de richtlijnen van de Amerikaanse *Preventive Services Task Force* zou volgen, zou deze 7,4 extra uren per dag nodig hebben.[16,28]

De input van de patiënten zelf ontbrak echter, zodat ik mij met dit werk toelegde op de patiënten, vanuit mijn rol als huisarts in opleiding. Dit bracht mij tot de volgende onderzoeksvragen:

- Hoe staan onze patiënten tegenover aanpassingen van hun levensstijl?
- Ervaren zij hun levensstijl als gezond of beseffen ze dat er plaats is voor verbetering?
- Kunnen zij zich vinden in een omschakeling van curatieve naar preventieve zorg?
- Kennen ze hun medicatie en de werking hiervan?
- Hoe en via welke groep zorgverleners kunnen we een gezonde levensstijl stimuleren?

Aangezien ik de patiënten van de eigen praktijk onderzocht, werden de resultaten toegelicht aan de andere artsen van de groepspraktijk. Dit met het oog op een eventuele opstart van een preventieve raadpleging.

Methodologie

1. Literatuurstudie

De meest recente literatuur werd gezocht via PubMed en de Cochrane Library in de periode van december 2017 tot en met februari 2018. De verschillende gebruikte MeSH-zoektermen waren “Healthy lifestyle [MeSH]”, “Heart Failure” [MeSH] AND Chronic Care Model, “Long-Term Care”[MeSH], “Preventive Health Services/economics”[MeSH], “Mass Screening”[MeSH] AND “General Practitioners”[MeSH]. Bij al deze zoekopdrachten hanteerde ik de volgende filters: review of systematic review, gepubliceerd in de afgelopen 10 jaar, in het Engels geschreven, bij volwassenen. Ik selecteerde de meest relevante artikels op basis van hun abstract om deze vervolgens nader te bekijken. Voor de zoekterm “Chronic Care Model” bestond er geen MeSH-term zodat dit 1753 resultaten opleverde. Daarom weerhield ik slechts de 100 recentste artikels en filterde ik deze op dezelfde manier als hierboven beschreven.

Bijkomend zocht ik naar de Belgische gezondheidsrapporten via de website www.belgium.be. Driejaarlijks wordt er een rapport gepubliceerd door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) en het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV). Ik gebruikte het rapport van 2015, waarin de data tot 2013 voor gebruikt werd.[22] Deze data was afkomstig van onder andere Statistics Belgium, het IMA (Intermutualistisch Agentschap), Farmanet, MZG (Minimale ZiekenhuisGegevens), MPG (Minimale Psychiatrische Gegevens), HIS (Health Interview Survey), SHA (System of Health Accounts; binnen OESO).

2. Werkgroep hartfalen

Er werd vergaderd op 28/09/2017, 18/01/2018 en 19/04/2018. Vertrekkende vanuit het samenvatten van probleemgebieden en oplossingen werd er een taakverdeling opgesteld per discipline. Het doel hierbij was in de eerste plaats het verhogen van de kwaliteit van leven van de patiënten en het voorkomen van (re)hospitalisaties. De resultaten van de vragenlijst uit mijn onderzoek werden geëvalueerd en meegenomen in onze acties.

3. Vragenlijst

Met behulp van een vragenlijst (**bijlage 1**) werden de antwoorden van de patiënten van de huisartsenpraktijk De Watermolen te Zichem verzameld. Ze werden bevraagd over hun eigen gezondheid en de mate waarin ze hierin opgevolgd willen worden.

De vragenlijsten werden afgenomen in de periode van 25 oktober tot en met 29 december 2017. De vragenlijsten lagen afgedrukt in de wachtzaal om een gevarieerde populatie aan te spreken, anoniem, zonder invloed van een enquêteur, met nuttige invulling van hun wachttijd.

De vragenlijst bestond uit 15 vragen en was opgebouwd uit 4 categorieën: gegevensverzameling (vragen 1, 2, 9, 10), preventieve geneeskunde (vragen 3, 4, 5, 13, 14, 15), levensstijl (vragen 6, 7, 8) en medicatie (vragen 11, 12).

Bij de univariaatanalyse werd de populatie telkens opgesplitst op basis van hun antwoord op de opeenvolgende vragen. De significantie van de verschillen in hun antwoorden werd bepaald aan de hand van de Pearson’s chi-square test. De graad van significantie werd vastgelegd op $p \leq 0,05$.

Er werd enkel rekening gehouden met de resultaten van volwassenen. De patiënten die “deels” antwoordden op de vragen over medicatie werden gerekend tot de groep die “nee” antwoordde.

Resultaten

1. Werkgroep hartfalen

Er kwamen meerdere probleemgebieden naar voren bij het multidisciplinair overleg. De identificatie van patiënten met hartfalen verloopt moeizaam: er wordt te weinig aandacht aan besteed, er is onvoldoende systematische registratie en er worden verschillende definities gehanteerd.

De educatie en empowerment van de patiënt gebeurt niet systematisch: er zijn geen afspraken tussen de verschillende zorgverleners over wie dit op zich neemt.

Het optitreren van de medicatie voor hartfalen – met name deze bij bewaarde ejectiefractie – gebeurt nog onvoldoende in de eerste lijn. Bovendien is er nog geen betrouwbaar overzicht van de huidige medicatie per patiënt: het synchroniseren van de medicatieschema's via Vitalink wordt nog onvoldoende en inconsistent gebruikt.

2. Vragenlijst

Er werden 242 vragenlijsten ingevuld, waarvan er 15 niet weerhouden werden omdat deze niet ingevuld werden door een volwassene. Met het gewicht van een zwangere patiënte werd geen rekening gehouden. In **tabel 1** worden de antwoorden samengevoegd.

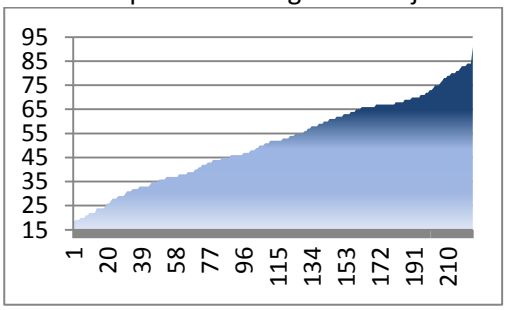
Tabel 1: samenvatting alle vragenlijsten

Gegevens	**Antw.**				**227**
1: leeftijd: 18-29	98,7%	29	12,9%	51,40	gem.
30-64 en 65+		129	57,6%	66	29,5%
2: man/vrouw	100%	M:104	46,0%	V:122	54,0%
BMI ≥ 25 en < 25	94,7%	115	53,5%	100	46,5%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	97,4%	137	62,0%	84	38,0%
4: invloed	95,2%	119	55,1%	97	44,9%
5: begeleiding	93,8%	118	55,4%	95	44,6%
13: raadpleging	97,8%	132	59,5%	90	40,5%
14: terugbetaling	93,4%	153	72,2%	59	27,8%
15: dossier	95,6%	161	74,2%	56	25,8%
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
6: roken	99,6%	29	12,8%	197	87,2%
7: beweging	93,8%	122	57,3%	91	42,7%
8: dieet	87,7%	159	79,9%	40	20,1%
Medicatie		**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
11: welke?	98,2%	167	74,9%	7	3,1%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		3	1,3%	46	20,6%
12: werking?	97,8%	**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
		166	74,8%	8	3,6%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		2	0,9%	46	20,7%

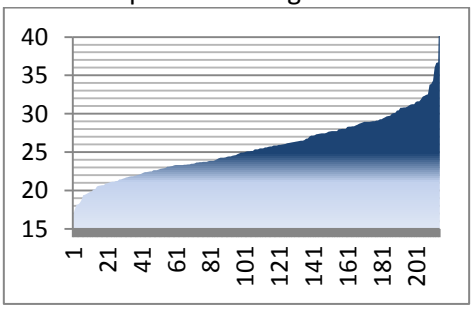
In elke tabel wordt het totale aantal ingevulde vragenlijsten in de rechter bovenhoek weergegeven.
In de kolom "Antw." wordt het percentage van het aantal correct ingevulde vragenlijsten voor deze vraag weergegeven.

De populatie die de vragenlijst ingevuld heeft, had de volgende kenmerken: 46%/54% man/vrouw, gemiddelde leeftijd 51,40 jaar (waarvan 66 of 29,5% ouder dan 65 jaar; **grafiek 1**), met een gemiddeld BMI van 25,70 (waarvan 115 of 53,5% met BMI ≥ 25; **grafiek 2**). Er waren 28 (12,3%) patiënten met obesitas (BMI ≥ 30).

Grafiek 1: patiënten volgens leeftijd



Grafiek 2: patiënten volgens BMI



Er werd de mogelijkheid gegeven om extra feedback neer te schrijven. Deze feedback bestond voornamelijk uit nuancering van de eigen antwoorden. De meeste vragen (gemiddeld 95,98%) werden correct ingevuld. De vraag die het moeilijkst bleek om te beantwoorden, was deze van de voeding (87,70% correct ingevuld). Deze werd dan ingevuld als “Ja en nee” of “soms”, terwijl vragen 13 en 15 opengelaten werden of er een vraagteken bijgeschreven werd.

Hieronder worden enkel de significante resultaten weergegeven. De volledige resultaten zijn terug te vinden in bijlage 4.

Bij het vergelijken tussen **mannen** en **vrouwen** werden meerdere verschillen weerhouden: de mannen kampten vaker met overgewicht, wensten meer begeleiding, hadden meer lichaamsbeweging, maar wisten minder goed welke medicatie ze innamen.

Gegevens	**Antw.**			**104**	
BMI ≥ 25 en < 25	95,2%	63	63,6%	36	36,4%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
5: begeleiding	94,2%	64	65,3%	34	34,7%
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
7: beweging	92,3%	64	66,7%	32	33,3%
Medicatie		**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
11: welke?	98,1%	74	72,5%	6	5,9%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		2	2,0%	20	19,6%

Gegevens	**Antw.**			**122**		**p**
BMI ≥ 25 en < 25	94,3%	52	45,2%	63	54,8%	0,007
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**	
5: begeleiding	93,4%	53	46,5%	61	53,5%	0,006
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**	
7: beweging	95,1%	57	49,1%	59	50,9%	0,010
Medicatie		**Ja**	**%**	**Deels**	**%**	
11: welke?	98,4%	92	76,7%	1	0,8%	0,029
		Nee	**%**	**Geen**	**%**	
		1	0,8%	26	21,7%	

In vergelijking met **niet-rokers** vertoonden de **rokers** minder overgewicht, waren ze vaker bezorgd om hun gezondheid, maar wisten ze minder goed welke medicatie ze innamen.

Gegevens	**Antw.**			**29**	
BMI ≥ 25 en < 25	93,1%	8	29,6%	19	70,4%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	93,1%	22	81,5%	5	18,5%
Medicatie		**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
12: werking?	100%	14	48,3%	3	10,3%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		0	0,0%	12	41,4%

Gegevens	**Antw.**			**197**		**p**
BMI ≥ 25 en < 25	95,4%	107	56,9%	81	43,1%	0,008
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**	
3: bezorgd	98,0%	115	59,6%	78	40,4%	0,028
Medicatie		**Ja**	**%**	**Deels**	**%**	
12: werking?	98,0%	152	78,8%	5	2,6%	0,025
		Nee	**%**	**Geen**	**%**	
		2	1,0%	34	17,6%	

De patiënten die kampten met overgewicht waren vaker mannelijk, ouder, wensten meer begeleiding, kwamen vaker op preventieve raadpleging en waren vaker voorstander van een systeem van beloning voor deze soort van raadpleging. Ze rookten minder vaak, maar gaven aan ongezonder te eten.

De vergelijking tussen de groep met een **BMI van < 25** met deze met een **BMI ≥ 30** leverde geen significante resultaten op, maar toonde wel een andere verhouding in geslacht: 71,4% van de obesen was vrouwelijk. Bij de vrouwen tussen 40 en 59 jaar had 48,6% obesitas; bij de 60-plussers was dit 47,2%.

Gegevens	**Antw.**				**115**
1: leeftijd: 18-29	100%	8	7,0%	55,54	gem.
30-64 en 65+		65	56,5%	42	36,5%
2: man/vrouw	100%	M:63	54,8%	V:52	45,2%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
5: begeleiding	95,7%	69	62,7%	41	37,3%
13: raadpleging	98,3%	72	63,7%	41	36,3%
14: terugbetaling	94,8%	89	81,7%	20	18,3%
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
6: roken	100%	8	7,0%	107	93,0%
8: dieet	83,5%	70	72,9%	26	27,1%

Gegevens	**Antw.**				**100**	**p**
1: leeftijd: 18-29	98,0%	18	18,4%	47,44	gem.	
30-64 en 65+		57	58,2%	23	23,5%	0,039
2: man/vrouw	99%	M:36	36,4%	V:63	63,6%	0,007
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**	
5: begeleiding	95,0%	44	46,3%	51	53,7%	0,018
13: raadpleging	100%	55	55,0%	45	45,0%	0,196
14: terugbetaling	96,0%	62	64,6%	34	35,4%	0,006
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**	
6: roken	100%	19	19,0%	81	81,0%	0,008
8: dieet	93,0%	80	86,0%	13	14,0%	0,026

Door de leeftijdsgroep van 30 tot 64 jaar te splitsen in **ouder of jonger dan 50 jaar**, blijkt dat de oudere groep uit meer mannen bestond. Ze hadden vaker overgewicht, waren vaker bezorgd om hun gezondheid en wensten meer begeleiding.

Gegevens	**Antw.**				**75**
2: man/vrouw	100%	M:26	34,7%	V:49	65,3%
BMI ≥ 25 en < 25	94,7%	32	45,1%	39	54,9%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	94,7%	37	52,1%	34	47,9%
5: begeleiding	94,7%	29	40,8%	42	59,2%

Gegevens	**Antw.**				**54**	**p**
2: man/vrouw	100%	M:29	53,7%	V:25	46,3%	0,031
BMI ≥ 25 en < 25	94,4%	33	64,7%	18	35,3%	0,032
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**	
3: bezorgd	100%	42	77,8%	12	22,2%	0,003
5: begeleiding	94,4%	33	64,7%	18	35,3%	0,009

Een gelijkaardige splitsing – **18 tot 29 jaar** tegenover **65-plussers** – toonde bij de ouderen meer overgewicht, meer bezorgdheid om hun gezondheid en vaker de vraag naar meer begeleiding. Bijna alle jongeren zouden hun eigen medische gegevens willen inkijken.

Gegevens	**Antw.**				**29**
BMI ≥ 25 en < 25	89,7%	8	30,8%	18	69,2%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	100%	11	37,9%	18	62,1%
5: begeleiding	96,6%	9	32,1%	19	67,9%
13: raadpleging	96,6%	13	46,4%	15	53,6%
15: dossier	96,6%	27	96,4%	1	3,6%

Gegevens	**Antw.**				**66**	**p**
BMI ≥ 25 en < 25	98,5%	42	64,6%	23	35,4%	0,003
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**	
3: bezorgd	98,5%	46	70,8%	19	29,2%	0,003
5: begeleiding	90,9%	45	75,0%	15	25,0%	0,000
13: raadpleging	97,0%	47	73,4%	17	26,6%	0,012
15: dossier	92,4%	40	65,6%	21	34,4%	0,002

Tussen de patiënten die beweerden gezond te eten tegenover zij die dit niet deden, is enkel hun BMI significant verschillend: van deze tweede groep had 66,7% overgewicht, tegenover 46,7% in de eerste groep (p = 0,026).

Op vlak van voldoende lichaamsbeweging was enkel het geslacht significant: van zij die onvoldoende bewogen, was 64,8% vrouwelijk (p = 0,010).

De patiënten die **bezorgd waren om hun gezondheid** vonden ook dat ze hier veel invloed op hadden, wensten meer begeleiding en vonden dat een preventieve raadpleging gestimuleerd moet worden. Bovendien waren ze vaker rokers.

Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
4: invloed	95,2%	31	38,8%	49	61,3%
5: begeleiding	97,6%	23	28,0%	59	72,0%
14: terugbetaling	94,0%	50	63,3%	29	36,7%
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
6: roken	98,8%	5	6,0%	78	94,0%

Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**	**p**
4: invloed	97,1%	85	63,9%	48	36,1%	0,000
5: begeleiding	92,0%	93	73,8%	33	26,2%	0,000
14: terugbetaling	92,7%	100	78,7%	27	21,3%	0,015
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**	
6: roken	100%	22	16,1%	115	83,9%	0,028

De patiënten die vonden dat ze **veel invloed hebben op hun gezondheid** waren hier ook meer bezorgd om en wensten er meer begeleiding in.

Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	100%	48	49,5%	49	50,5%
5: begeleiding	93,8%	39	42,9%	52	57,1%

Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**	**p**
3: bezorgd	97,5%	85	73,3%	31	26,7%	0,000
5: begeleiding	95,0%	73	64,6%	40	35,4%	0,000

Er waren meerdere significante verschillen te weerhouden bij de **vraag naar meer begeleiding**. Zij die dit niet wensten, waren jonger, vaker vrouwelijk, hadden een lager BMI, waren minder bezorgd om hun gezondheid en dachten hier niet veel invloed op te hebben. Ze waren minder vragende partij naar een preventieve raadpleging en stonden minder sterk achter een systeem van verhoogde terugbetaling hiervoor.

Gegevens	**Antw.**				**95**
1: leeftijd: 18-29	98,9%	19	20,2%	44,70	gem.
30-64 en 65+		60	63,8%	15	16,0%
2: man/vrouw	100%	M:34	35,8%	V:61	64,2%
BMI ≥ 25 en < 25	96,8%	41	44,6%	51	55,4%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	96,8%	33	35,9%	59	64,1%
4: invloed	96,8%	40	43,5%	52	56,5%
13: raadpleging	98,9%	47	50,0%	47	50,0%
14: terugbetaling	96,8%	61	66,3%	31	33,7%

Gegevens	**Antw.**				**118**	**p**
1: leeftijd: 18-29	98,3%	9	7,8%	56,28	gem.	0,001
30-64 en 65+		62	53,4%	45	38,8%	
2: man/vrouw	99,2%	M:64	54,7%	V:53	45,3%	0,006
BMI ≥ 25 en < 25	95,8%	69	61,1%	44	38,9%	0,018
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**	
3: bezorgd	98,3%	93	80,2%	23	19,8%	0,000
4: invloed	94,9%	73	65,2%	39	34,8%	0,002
13: raadpleging	98,3%	75	64,7%	41	35,3%	0,032
14: terugbetaling	91,5%	85	78,7%	23	21,3%	0,049

De patiënten die op **preventieve raadpleging** kwamen, waren ouder, wensten meer begeleiding en waren grotere voorstanders van extra terugbetaling.

Gegevens	**Antw.**				**90**
1: leeftijd: 18-29	98,9%	15	16,9%	47,36	gem.
30-64 en 65+		57	64,0%	17	19,1%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
5: begeleiding	97,8%	41	46,6%	47	53,4%
14: terugbetaling	94,4%	52	61,2%	33	38,8%

Gegevens	**Antw.**				**132**	**p**
1: leeftijd: 18-29	98,5%	13	10,0%	54,24	gem.	
30-64 en 65+		70	53,8%	47	36,2%	0,006
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**	
5: begeleiding	92,4%	75	61,5%	47	38,5%	0,032
14: terugbetaling	95,5%	100	79,4%	26	20,6%	0,004

De voorstanders van een **beloningssysteem bij preventieve raadplegingen** waren meer bezorgd om hun gezondheid, wensten meer begeleiding en kwamen zelf ook vaker op dergelijke raadplegingen.

Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	94,9%	27	48,2%	29	51,8%
5: begeleiding	91,5%	23	42,6%	31	57,4%
13: raadpleging	100%	26	44,1%	33	55,9%

Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**	**p**
3: bezorgd	98,0%	100	66,7%	50	33,3%	0,015
5: begeleiding	95,4%	85	58,2%	61	41,8%	0,049
13: raadpleging	99,3%	100	65,8%	52	34,2%	0,004

Discussie

1. Situatie in België

De beschikbare gezondheidsrapporten maakten een objectieve inschatting van de probleemgebieden mogelijk. Ze verschaften mij inzicht in de aspecten waar we met het project op kunnen inwerken. Vele bevindingen waren mij reeds bekend vanuit de eigen beroepservaring en de media: het gebruik van antidepressiva, slaapmiddelen en medische beeldvorming blijft hoog. In ieder geval behouden we een grote tevredenheid en gezondheid bij onze bevolking.

Opvallend was het steeds groter wordende probleem van de hoge leeftijd van de huisartsen in combinatie met een verhoogde nood aan digitalisatie.

2. Vragenlijst

De vragen over levensstijl werden weinig specifiek geformuleerd en verwachtten een ongenuanceerde “ja” of “nee”. Hierdoor hadden de antwoorden op deze vragen weinig rechtstreekse waarde. Er bestaan reeds vele, meer genuanceerde vragenlijsten die deze aspecten bevragen (bijvoorbeeld EQ-5D-5L en EORTC QLQ-C30 uit de PRECious trial)[48], maar dit was niet het opzet van dit deel van de vragenlijst. Er werd louter geïnformeerd naar de subjectieve ervaring van de eigen gezondheid om dit vervolgens te vergelijken met hun antwoorden op de overige vragen.

Voorafgaand aan de vragenlijst vermoedde ik dat er twee grote groepen naar boven zouden komen: de ene groep zou gezondheid belangrijk vinden en daarom ook hun levensstijl hier naar richten. De andere groep zou omgekeerd redeneren: ze hechten (te) weinig belang aan gezondheid en houden er ongezonde levensgewoonten aan over. Dit werd echter niet teruggevonden: een belangrijk deel van de patiënten heeft weliswaar ongezonde gewoonten, maar is hier wel bezorgd om en is vragende partij om meer geholpen te worden. Concreet vragen 63,0% van de rokers, 62,7% van de zwaarlijvigen en 61,5% van de obesen om meer begeleiding. De mate van bezorgdheid om de eigen gezondheid bij deze drie groepen bleek respectievelijk 81,5%, 59,3% en 71,4% te zijn.

Een deel van de verkregen antwoorden lag in de lijn van de verwachtingen. Toch kwamen er ook verrassingen naar boven waardoor ik uiteindelijk een optimistische conclusie kon trekken.

De specifieke antwoorden worden hieronder per categorie toegelicht.

2.1. Gegevensverzameling

Een kleine meerderheid van de vragenlijsten werd ingevuld door vrouwen. Dit is mogelijk te verklaren door het gemiddeld hogere aantal vrouwen dat op raadpleging komt (4,38/jaar tegenover 3,39/jaar bij mannen).[29] Eveneens is het mogelijk dat vrouwen vaker een vragenlijst invullen dan mannen.

2.2. Preventieve geneeskunde

De meerderheid van de bevraagden was bezorgd om de eigen gezondheid, maar over het effectief aanpakken van de gezondheid waren de meningen sterk verdeeld. Vooral de leeftijd bleek een belangrijke factor, zodat het een extra uitdaging is om jongeren gemotiveerd te krijgen.

Een kleine meerderheid kwam preventief op consultatie: ze raadplegen een arts voor gezondheidsinformatie en/of nemen deel aan screeningsprogramma’s.

Een duidelijke meerderheid kon zich vinden in een vorm van beloning of terugbetaling voor patiënten die preventief op raadpleging komen. De effectiviteit van financiële prikkels bij adolescenten werd meermaals aangetoond[30], onder andere bij roken[31] en overgewicht[32,33], maar blijkt telkens geen eenvoudige opdracht te zijn. Zo wordt er gevreesd voor een negatieve mentaliteitswijziging: een populatie die louter voor de beloning – en niet voor de eigen gezondheid – handelt. Of dit effect ook terug te vinden is bij ouderen (> 50 jaar) is minder duidelijk.[34] De grote verschillen tussen de studies en tussen hun resultaten maken het voorlopig nog moeilijk om onderbouwde slimme acties met beloningen uit te werken.

Het kunnen inkijken van het eigen medisch dossier was iets dat de meesten – maar vooral de jongere generaties – aansprak.

2.3. Levensstijl

Het totale aantal rokers (12,80%) lag lager dan gemeten door de rookenquête 2017 (20%) door Stichting tegen Kanker.[23] Voor mannen vonden we 14,6% (rookenquête: 24%) en voor vrouwen 10,7% (rookenquête: 15%).

De hoeveelheid beweging werd door de meesten optimistisch ingeschat (57,30% “beweegt voldoende”), terwijl de nationale gezondheidsenquête op slechts 36% uitkwam. In tegenstelling tot hun resultaten (48% bij mannen, 24% bij vrouwen) komt er uit dit onderzoek het tegenovergestelde: 66,7% bij mannen en 49,1% bij vrouwen. Een andere studie vond eveneens dat voornamelijk 65-plussers een sedentair leven lijden: gemiddeld 8,5 à 9,6 zittende uren per dag.[35] Als voornaamste oplossing stellen deze onderzoekers voor om langdurige zittende periodes te onderbreken met minstens lichte fysieke activiteit.

Opvallend was de grote meerderheid (79,90%) die het gevolgde eetpatroon als gezond beschouwt, wat in contrast staat met de verkregen BMI-waarden. Deze zijn weliswaar niet even betrouwbaar als een zelf uitgevoerde meting, maar tonen nog duidelijk de omvang van het probleem van obesitas. Deze cijfers liggen in lijn met deze van het KCE (14,6%)[22] en iets lager dan deze in een Amerikaanse studie.[36]

2.3.1 Stimuleren van een gezonde levensstijl

Er werd reeds onderzocht hoe we als zorgverlener zo efficiënt mogelijk wijzigingen in gedrag kunnen aanbrengen en helpen onderhouden. Zo werd er door Grunfeld et al. het BETTER-onderzoek uitgevoerd, om de verschillen tussen de theorie en de praktijk op vlak van preventieve zorg (primair en secundair, somatisch en psychisch) te verkleinen.[37] Hier werden 789 patiënten onderverdeeld in groepen met telkens een andere manier van begeleiding: een groep waarbij de huisartsen opgeleid werden door een preventieadviseur (“Practice facilitator”, PF), een groep waarbij de patiënten individueel begeleid werden door een preventieadviseur (“Prevention practitioner”, PP), een groep met een combinatie van deze twee (PF + PP), en een controlegroep. Vervolgens werd gekeken naar de mate waarin ze hun gezondheidsdoelstellingen haalden, gemeten aan de hand van SQUID: Summary Quality Index, een meetinstrument voor de kwaliteit van interventies in de eerste lijn.[38] In vergelijking met de 23,1% bij de controlegroep werden respectievelijk 28,5% (PF), 55,6% (PP) en 58,9% (PF + PP) van de gezondheidsdoelstellingen bereikt.

Een studie van Manca et al.[39] ging verder in op de resultaten van het BETTER-onderzoek om de rol van de preventieve gezondheidscoach concreter uit te werken: wie kan deze rol invullen, wat is de beste manier om dit te doen, en is dit haalbaar? De vier kernrollen zijn volgens hen:

1. Preventieve zorg op een duidelijke, gestructureerde manier aanbrengen
2. Zorgen voor een geïndividualiseerde en gepersonaliseerde aanpak
3. Zorgen voor een geïntegreerde continuïteit waarbij de patiënten gekoppeld worden aan de verschillende zorgverleners en voorzieningen
4. Flexibiliteit garanderen zodat dit systeem op diverse manieren toegepast kan worden

De Amerikaanse *Preventive Services Task Force* stellen voor om deze opdracht te verdelen over de reeds aanwezige zorgverleners en gezondheidssystemen.[16,28] De onderzoekers kozen bewust voor een aanpak op algemeen niveau en niet per ziektebeeld. Ze kwamen tot efficiëntere en duidelijkere interventies door in te werken op risicofactoren en ongezonde gedragspatronen. Deze redenering werd ook door onze werkgroep zorgprogramma's gevolgd. Hiermee zagen ze kleine verbeteringen op vlak van gedrag, bloeddruk, cholesterol en vetgehalte in het lichaam. Deze verbeteringen waren het meest uitgesproken bij zij die geïnteresseerd en gemotiveerd waren.[16]

Nog een andere studie vond een matig positief effect van interventies rond gedragsverandering, zowel op korte als op lange termijn.[44] Effectieve interventies zijn het opstellen van doelen (bijvoorbeeld een specifiek aantal kilogram vermagering, het eten van enkele stukken fruit) en het zelf opvolgen van het gedrag en gewicht (bijvoorbeeld via een logboek). Belangrijk hierbij is om het stigmatiseren van overgewicht te vermijden, aangezien dit tot een verergering van het probleem leidt.[45]

Voor dergelijke interventies draagt een gepersonaliseerde aanpak de voorkeur.[27,46-47] De arts dient te beslissen of iemand al dan niet verwezen moet worden voor intensieve begeleiding.

Anderzijds bestaan er ook studies die concluderen dat er weinig tot geen effect is van interventies in de huisartsensetting. Zo is er de systematische Cochrane review van Flodgren et al.[40] die weinig effect vond van educatieve interventies op het gewicht van patiënten. Ze zagen hoogstens een mogelijk positief effect bij het bijscholen van artsen of bij de inschakeling van een diëtist. Op vlak van levenskwaliteit lijken dergelijke interventies wel een positief –maar geen langdurig – effect te hebben.[41]

Zo blijft het de vraag of het de plaats van de huisarts is om gedrag te verbeteren. Een gezonde levensstijl is iets dat zich op veel grotere schaal afspeelt: zo onderzocht een Nederlandse studie de onderliggende factoren bij obesitas.[42] De essentie is een onevenwicht tussen de aangeleverde en de verbruikte calorieën. Bijkomende factoren komen voort uit de **'obesogene omgeving'** die gepaard gaat met een sedentaire levensstijl, stress, slaaptekort en het uitgebreide aanbod van ongezonde voeding. Dit alles wordt beïnvloed door motivatie, kennis, mogelijkheden en genetische factoren. Zij stellen slimme acties voor om dit complexe probleem aan te pakken, zoals een 'suikertaks' (verhoogde tarieven van ongezonde voeding). Een andere recente studie volgt deze piste: het probleem van obesitas situeert zich niet enkel bij ouderen, maar ook in de jongere generaties: zij zijn opgegroeid in deze obesogene omgeving en vertonen een gemiddelde gewichtstoename van 14 kg in de 15-jarige periode van adolescentie.[43] Om tot een significante, duurzame oplossing te komen, lijkt het de onderzoekers noodzakelijk om dit ook op maatschappelijk niveau aan te pakken.

2.4. Medicatie

De antwoorden op deze vragen waren – in tegenstelling tot de verwachtingen vanuit de eigen praktijkervaring – verrassend positief. Het kwart van de patiënten dat geen medicatie neemt buiten beschouwing gelaten, antwoordt de overgrote meerderheid (94,4%) dat ze weten welke medicatie ze innemen en 94,3% weet ook waarvoor deze dient. Om te achterhalen of deze antwoorden betrouwbaar waren, zouden de patiënten ook effectief ondervraagd moeten worden. Dit was echter niet het opzet van dit onderzoek en werd ook niet elders in de literatuur over België teruggevonden.

3. Beperkingen

Een beperking bij het gebruik van gezondheidsrapporten is de vertraging tussen de huidige toestand en de datum van het rapport. Zo gebruikt het rapport van het KCE van 2015 data uit 2008 tot 2013. Het nieuwe rapport verschijnt in 2018. Een andere beperking is de veralgemening van de cijfers: er wordt een gemiddelde genomen van Vlaanderen, Brussel, Wallonië, of van heel België. Dit maakte het moeilijk om de situatie van het doelgebied Groot-Leuven in te schatten.

Het gebrek aan (systematische) codering van gewicht, lengte en andere gezondheidsparameters in mijn praktijk maakte het onmogelijk om het hele patiëntenbestand te gebruiken voor dergelijke statistiek. Bovendien zou op deze manier geen informed consent verkregen kunnen worden. Dit noodzaakte mij tot het bevragen van enkel zij die in deze specifieke periode op raadpleging kwamen.

Het voordeel van de vragenlijst kort te houden was het grote aantal ingevulde lijsten. Het nadeel hiervan was het gebrek aan nuancering en de onmogelijkheid om de antwoorden te correleren met de waarheid. Inherent aan het beschikbaar stellen van een vragenlijst in een wachtzaal waren enkele vormen van bias: de populatie die op raadpleging kwam, was al een selectie uit de algemene bevolking. De patiënten die zelden of nooit op raadpleging komen, werden minder bereikt. Een andere vorm van bias was de vrijheid om de vragenlijst al dan niet in te vullen. Het gebruik van sociaal wenselijke antwoorden werd zoveel mogelijk beperkt door de anonimiteit, maar kon nog steeds aanwezig zijn aangezien de vragenlijsten ingevuld werden in een wachtzaal.

Conclusie

Dit onderzoek leert ons dat er een belangrijke groep burgers bestaat die er een ongezonde levensstijl op nahoudt, maar die wel open staat voor interventies. Dit is een hulpvraag waar de gezondheidszorg zich op moet richten zodat de preventieve zorg meer aandacht krijgt. Dit sluit aan bij de doelstelling van het project Zorgzaam Leuven. De vraag wie deze taak op zich moet nemen, blijft deels onbeantwoord, maar een multidisciplinaire en gepersonaliseerde aanpak draagt de voorkeur.

Referenties

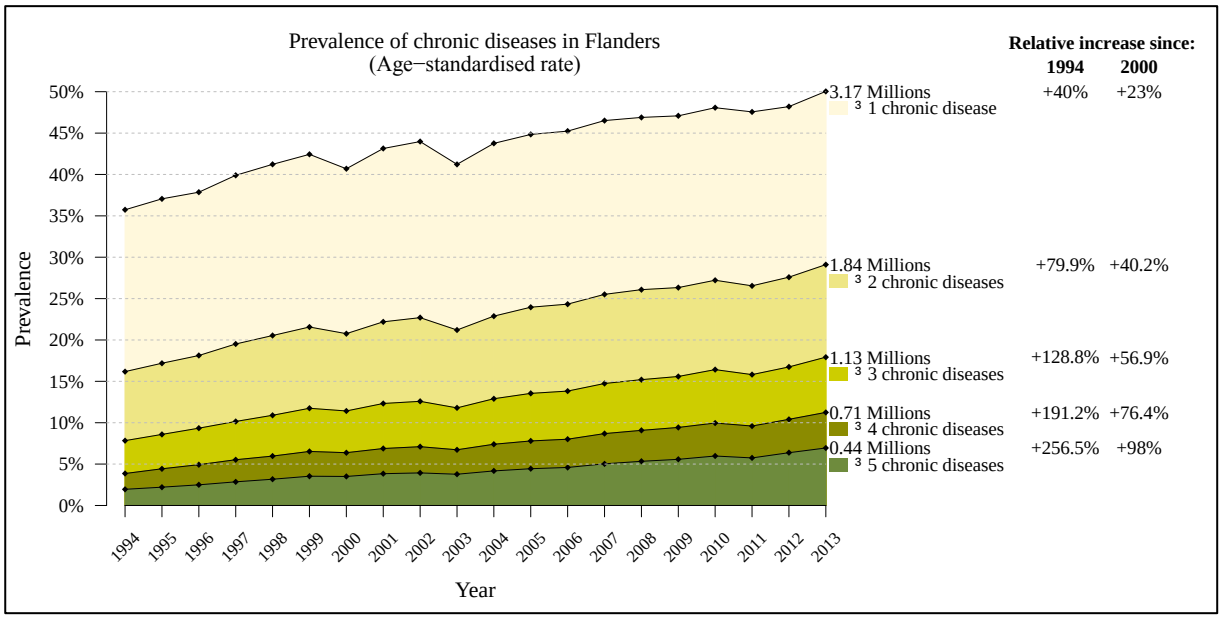
1. Divo MJ, Martinez CH, Mannino DM. Ageing and the epidemiology of multimorbidity. Eur Respir J 2014; 44: 1055-1068.
2. Mamudu HM, Yang JS, Novotny TE. UN resolution on the prevention and control of non-communicable diseases: an opportunity for global action. Global Public Health 2011; 6(4): 347-353.
3. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness**.** Milbank Q 1996; 74(4): 511-44.
4. Drouin H, Walker J, McNeil H, Elliott J, Stolee P. Measured outcomes of chronic care programs for older adults: a systematic review. BMC Geriatrics 2015; 15: 139.
5. Ho TH, Caughey GE, Shakib S. Guideline compliance in chronic heart failure patients with multiple comorbid diseases: evaluation of an individualised multidisciplinary model of care. PLOS ONE 2014; 9(4).
6. Scott I, Jackson C. Chronic heart failure management in Australia – time for general practice centred models of care? Australian Family Physician 2013; 42(5): 343-6.
7. Driscoll A, Worrall-Carter L, Hare DL, Davidson PM, Riegel B, Tonkin A, et al. Evidence-based chronic heart-failure management programmes: reality or myth? BMJ Qual Saf 2011; 20: 31-37.
8. Drewes HW, Steuten LMG, Lemmens LC, Baan CA, Boshuizen HC, Elissen AMJ, et al. The effectiveness of chronic care management for heart failure: meta-regression analyses to explain the heterogeneity in outcomes. Health Services Research 2012; 47: 5.
9. Inglis SC, Clark RA, McAlister FA, Stewart Simon, Cleland JGF. Which components of heart failure programmes are effective? A systematic review and meta-analysis of the outcomes of structured telephone support or telemonitoring as the primary component of chronic heart failure management in 8323 patients: Abridged Cochrane Review. European Journal of Heart Failure 2011; 13: 1028–1040.
10. Elissen AMJ, Steuten L, Lemmens LC, Drewes HW, Lemmens KMM, Meeuwissen JAC, et al. Meta-analysis of the effectiveness of chronic care management for diabetes: investigating heterogeneity in outcomes. Journal of Evaluation in Clinical Practice 2013; 19(5): 753-62.
11. Bongaerts BWC, Müssig K, Wens J, Lang C, Schwarz P, Roden M, et al. Effectiveness of chronic care models for the management of type 2 diabetes mellitus in Europe: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open 2017; 7(3).
12. Davy C, Bleasel J, Liu H, Tchan M, Ponniah S, Brown A. Effectiveness of chronic care models: opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: a systematic review. BMC Health Services Research 2015; 15: 194.
13. Sowa A, Tobiasz-Adamczyk B, Topór-Mądry R, Poscia A, La Milia DI. Predictors of healthy ageing: public health policy targets. BMC Health Services Research 2016; 16(Suppl 5): 289.
14. Cezaretto A, Ferreira SRG, Sharma S, Sadeghirad B, Kolahdooz F. Impact of lifestyle interventions on depressive symptoms in individuals at-risk of, or with, type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases 2016; 26: 649-662.
15. Grossman DC, Bibbins-Domingo K, Curry SJ, Barry MJ, Davidson KW, Doubeni CA. Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Cardiovascular Risk Factors: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA 2017; 318(2): 167-174.
16. Locher JL, Goldsby TI, Goss AM, Kilgore ML, Gower B, Ard JD. Calorie restriction in overweight older adults: do benefits exceed potential risks? Exp Gerontol 2016; 86: 4-13.
17. McPhee JS, French DP, Jackson D, Nazroo J, Pendleton N, Degens H. Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. Biogerontology 2016; 17: 567–580.
18. Kühr EM, Ribeiro RA, Rohde LEP, Polanczyk CA. Cost-effectiveness of supervised exercise therapy in heart failure patients. Value In Health 2011; 14(5 Suppl 1): S100-107.
19. Vaes AW, Cheung A, Atakhorrami M, Groenen MTJ, Amft O, Franssen FME, et al. Effect of 'activity monitor-based' counseling on physical activity and health-related outcomes in patients with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis. Annals of Medicine 2013; 45(5-6): 397-412.

20. Van Casteren, Bossuyt NHE, Moreels SJS, Goderis G, Vanthomme K, Wens J, et al. Does the Belgian diabetes type 2 care trajectory improve quality of care for diabetes patients? Archives of Public Health 2015; 73: 31.
21. NOTA CGV 2016/369 van 8 november 2016 betreffende de multidisciplinaire initiatieven ter versterking van de eerste lijn. Belgisch Staatsblad 2016.
22. Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P, et al. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – Rapport 2015. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2015. KCE Reports 259A. D/2015/10.273/01.
23. GFK, Stichting tegen Kanker. Rookgedrag in België 2017. Beschikbaar via: https://www.kanker.be/sites/default/files/stichting_tegen_kanker_-_enquete_rookgedrag_2017_1.pdf. Geraadpleegd 2017 november 25.
24. Kandidatuur locoregionaal actieplan pilootprojecten "Geïntegreerde zorg voor chronisch zieken": Zorgzaam Leuven. Beschikbaar via: https://www.zorgzaamleuven.be/sites/default/files/statische-pagina-documenten/zorgzaamleuven_beveiligd_template_voor_kandidatuur_locoregionaal_actieplan_nl_beveiligd_opmaak.pdf. Geraadpleegd 2018 maart 11.
25. Gee PM, Greenwood DA, Paterniti DA, Ward D, Soederberg Miller LM. The eHealth Enhanced Chronic Care Model: A Theory Derivation Approach. J Med Internet Res 2015; 17(4): e86.
26. Comín-Colet J, Enjuanes C, Lupón J, Cainzos-Achirica M, Badosa N, Verdú JM. Transitions of Care Between Acute and Chronic Heart Failure: Critical Steps in the Design of a Multidisciplinary Care Model for the Prevention of Rehospitalization. Rev Esp Cardiol 2016; 69(10): 951–961.
27. Voors AA, Anker SD, Cleland JG, Dickstein K, Filippatos G, van der Harst P, et al. A systems BIOlogy Study to TAilored Treatment in Chronic Heart Failure: rationale, design, and baseline characteristics of BIOSTAT-CHF. European Journal of Heart Failure 2016; 18: 716–726.
28. LeFevre ML, Siu AL, Peters JJ, Bibbins-Domingo K, Ciofu Baumann SJ, Curry SJ, et al. Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults With Cardiovascular Risk Factors: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2014; 161: 587-593.
29. Meeus P, Van Aubel X. Performantie van de huisartsgeneeskunde, een check-up. Health Services Research (HSR). Brussel: Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) 2012; D/2012/0401/12.
30. Kane RL, Johnson PE, Town RJ, Butler M. A structured review of the effect of economic incentives on consumers' preventive behavior. Am J Prev Med 2004; 27(4): 327–52.
31. Cahill K, Perera R. Competitions and incentives for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2011; 13(4): CD004307.
32. Paul-Ebhohimhen V, Avenell A. Systematic review of the use of financial incentives in treatments for obesity and overweight. Obes Rev 2008; 9(4): 355–67.
33. John LK, Loewenstein G, Troxel AB, Norton L, Fassbender JE, Volpp KG. Financial incentives for extended weight loss: a randomized, controlled trial. J Gen Intern Med 2011; 26(6): 621–6.
34. Tambor M, Pavlova M, Golinowska S, Arsenijevic J, Groot W. Financial incentives for a healthy life style and disease prevention among older people: a systematic literature review. BMC Health Services Research 2016; 16(Suppl 5): 426.
35. Wullems JA, Verschueren SMP, Degens H, Morse CI, Onambélé GL. A review of the assessment and prevalence of sedentarism in older adults, its physiology/health impact and non-exercise mobility counter-measures. Biogerontology 2016; 17: 547–565.
36. Kapoor E, Collazo-Clavell ML, Faubion SS. Weight Gain in Women at Midlife: A Concise Review of the Pathophysiology and Strategies for Management. Mayo Clin Proc 2017; 92(10): 1552-1558.
37. Grunfeld E, Manca D, Moineddin R, Thorpe KE, Hoch JS, Campbell-Scherer D, et al. Improving chronic disease prevention and screening in primary care: Results of the BETTER pragmatic cluster randomized controlled trial. BMC Family Practice 2013; 14(1): 175.
38. Nietert PJ, Wessell AM, Jenkins RG, Feifer C, Nemeth LS, Ornstein SM. Using a summary measure for multiple quality indicators in primary care: the summary QUality InDex (SQUID). Implement Sci 2007; 2: 11.

39. Manca DP, Greiver M, Carroll JC, Salvalaggio G, Cave A, Rogers J, et al. Finding a BETTER way: a qualitative study exploring the prevention practitioner intervention to improve chronic disease prevention and screening in family practice. BMC Family Practice 2014; 15: 66.
40. Flodgren G, Gonçalves-Bradley DC, Summerbell CD. Interventions to change the behaviour of health professionals and the organisation of care to promote weight reduction in children and adults with overweight or obesity. Cochrane Database Syst Rev 2017; 11: CD000984.
41. Flanagan S, Damery S, Combes G. The effectiveness of integrated care interventions in improving patient quality of life (QoL) for patients with chronic conditions: an overview of the systematic review evidence. Health Quality Life Outcomes 2017; 15(1): 188.
42. Lakerveld J, Mackenbach J. The Upstream Determinants of Adult Obesity. Obes Facts 2017; 10(3): 216-222.
43. Munt AE, Partridge SR, Allman-Farinelli M. The barriers and enablers of healthy eating among young adults: a missing piece of the obesity puzzle: a scoping review. Obes Rev 2017; 18(1): 1-17.
44. Samdal GB, Eide GE, Barth T, Williams G, Meland E. Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses. Int J Behav Nutr Phys Act 2017; 14(1): 42.
45. Nolan LJ, Eshleman A. Paved with good intentions: paradoxical eating responses to weight stigma. Appetite 2016; 102: 15-24.
46. McCormack B, Roberts T, Meyer J, Morgan D, Boscart V. Appreciating the 'person' in long-term care. Int J Older People Nurs 2012; 7(4): 284-94.
47. Peters-Klimm F, Campbell S, Hermann K, Kunz CU, Müller-Tasch T, Szecsenyi J, et al. Case management for patients with chronic systolic heart failure in primary care: the HICMan exploratory randomised controlled trial. Trials 2010; 11: 56.
48. Straatman J, Cuesta MA, Schreurs WH, Dwars BJ, Cense HA, Rijna H, et al. The PRECious trial PREdiction of Complications, a step-up approach, CRP first followed by CT-scan imaging to ensure quality control after major abdominal surgery: study protocol for a stepped-wedge trial. Trials 2015; 16: 382.

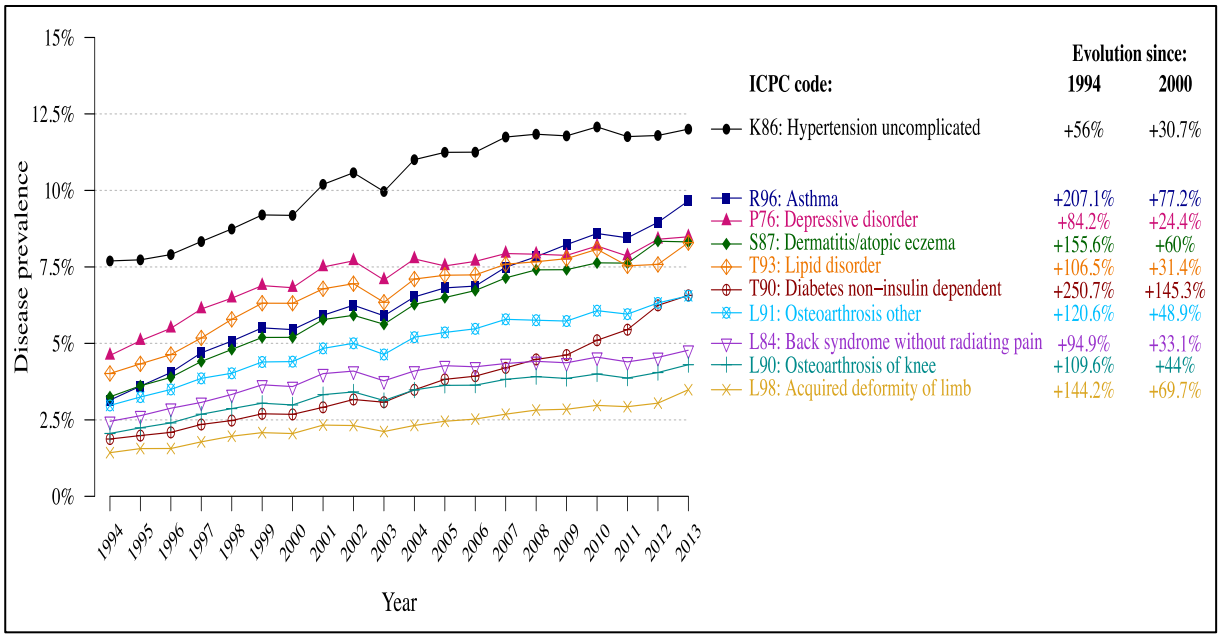
Bijlagen en figuren

Figuur 1



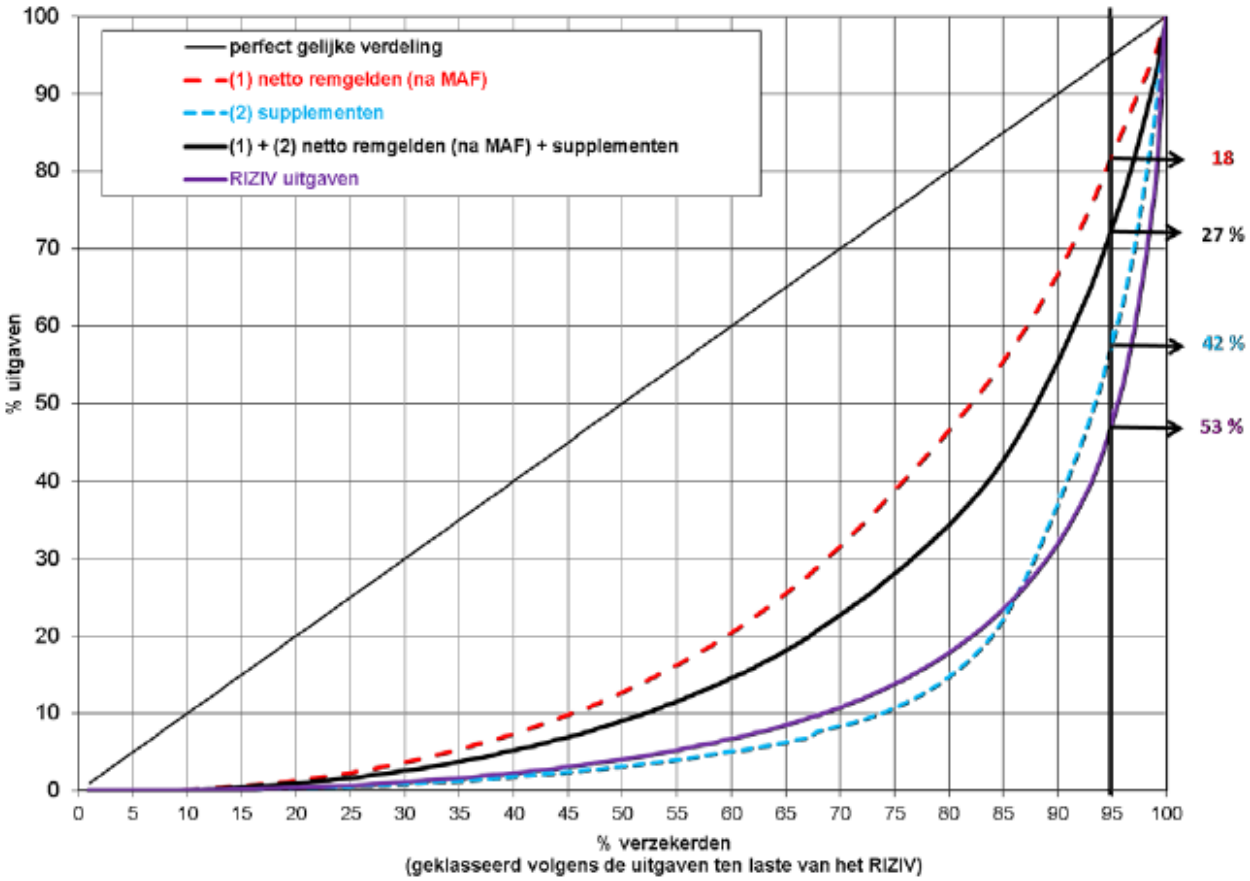
Figuur 1. De prevalentie van het aantal chronische ziekten per patiënt gestandaardiseerd voor evoluties in de bevolking. Cijfers van het Integoregister.

Figuur 2



Figuur 2. Overzicht van de individuele bijdrage van diverse chronische aandoeningen in de prevalentiestijging tussen 1994 en 2013.

Figuur 3



Figuur 3: Lorenzcurve van gezondheidszorguitgaven op individueel niveau. Bron: Intermutualistisch Agentschap (IMA), uitgaven voor het jaar 2012.

Bijlage 1: vragenlijst

Gezondheidsenquête De Watermolen

Ik zou u graag enkele vragen willen stellen over preventie en gezondheid.
Deze antwoorden worden gebruikt voor mijn thesis binnen het project Zorgzaam Leuven, waar we een manier zoeken om iedereen gezonder te houden.
Als u vragen heeft, mag u deze altijd stellen aan dr. Maenen. Eventuele opmerkingen mag u op de achterzijde schrijven.
Alvast bedankt voor uw tijd! Deze vragenlijst neemt minder dan 10 minuten in beslag.

Deze enquête is volledig anoniem.

1. Hoe oud bent u? ____ **jaar**
2. Wat is uw geslacht? **Man Vrouw**
3. Bent u bezorgd over uw gezondheid? **Ja Nee**
4. Denkt u dat u veel kan veranderen aan uw gezondheid? **Ja Nee**
5. Wilt u hierin meer begeleid worden door ons? **Ja Nee**
6. Rookt u? **Ja Nee**
7. Beweegt u genoeg? **Ja Nee**
   (5 dagen per week, 30 minuten per dag: fietsen, stevig wandelen, tuinieren)
8. Eet u gezond? **Ja Nee**
9. Hoeveel weegt u? ____ **kg**
10. Hoe groot bent u? ____ **cm**
11. Weet u welke medicatie u neemt? **Ja Deels Nee Geen**
12. Weet u waarvoor deze medicatie dient? **Ja Deels Nee Geen**
13. Komt u soms preventief op raadpleging, dus zonder dat u klachten heeft? **Ja Nee**
    (bijvoorbeeld enkel voor voorschriften, of voor een algemene bloedname)
14. Moeten mensen die preventief op raadpleging komen hiervoor beloond worden?
    (zoals nu bij de tandarts: jaarlijks bezoek = meer terugbetaling) **Ja Nee**
15. Zou u uw eigen medische gegevens van thuis uit willen bekijken? **Ja Nee**
    (zoals uw medicatieschema en uw medische voorgeschiedenis)

Hartelijk bedankt om de enquête in te vullen!

Bijlage 2: protocol ethische commissie

Gunstig advies van OBC
2017-03-22 19:40:51
Student(en): Arjen Maenen
Promotor: Geert Goderis (geert.goderis@kuleuven.be - u0047213 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)
Faculteit: Geneeskunde
Opleiding: Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is: monocentrisch
De opdrachtgever is: academisch (universiteit,...)
Het onderzoek is: Het onderzoek is praktijkverbeterend.

BIJKOMENDE GEGEVENS:
Achtergrond:
Binnen het project Zorgzaam Leuven, in opdracht van de overheid, bestaan er meerdere werkgroepen. Het doel van de werkgroep Zorgprogramma's is het bekomen van goed uitgebouwde zorgprogramma's, gedragen door beroepsgroepen en organisaties. Zorgprogramma's zijn gericht op een pro-actieve zorgplanning en omvatten onder andere: vroegdetectie, empowerment versterkend werken, parameters voor het opvolgen van de implementatiegraad, subsidiariteit en kosten-efficiëntie, mondzorg, ondersteuning van mantelzorgers, verhoging medicatietrouw, …

Dit impliceert een noodzakelijke hervorming van het huidige systeem op vlak van mentaliteit, financiëring, organisatie en zorgprocessen.
In een eerste stap zal Zorgzaam Leuven een masterclass programma organiseren, rond zorgprogramma's en geïntegreerde zorg (lente 2017). Daarna start de ontwikkeling van de zorgprogramma's. Vervolgens (vanaf juni 2017) worden deze geïntroduceerd aan een steeds grotere groep zorgverleners (upscaling) over de komende jaren.

Vraagstelling:
Hoe kunnen we de zorg voor chronische patiënten zo efficiënt mogelijk organiseren? De financiële tekorten en toenemende chronische zorgvraag dringt fundamentele veranderingen op. Dit mag echter niet ten nadele van de zorgkwaliteit gebeuren. De technologische vooruitgang biedt oplossingen en zal daarom optimaal benut moeten worden.

De concrete vraagstelling hierbij is tweeledig. In welke mate en met welke resultaten worden zorgprogramma's momenteel gebruikt? Hieruit volgt een hervorming om te komen tot een bottom-down opgesteld zorgprogramma waarin de eerste lijn zich kan vinden.

Methodologie:
Mijn concrete inbreng binnen het project bestond tot op heden uit het opstellen van een cartografie van de huidige beschikbare middelen. De volgende stap is de masterclass waarin de huidige expertise rond chronische zorgprogramma's verzameld wordt en er plannen opgesteld worden voor de nabije toekomst. We beginnen met diabetes mellitus, gevolgd door o.a. nierinsufficiëntie en hartfalen.

Weliswaar zullen we vertrekken vanuit de bestaande zorgtrajecten, deze evalueren en samenbrengen tot een functioneel geheel waarin het hele zorgteam mét patiënt vervat zitten. Vele aspecten van een zorgprogramma overlappen met deze van een ander: gedragsveranderingen, therapietrouw, samenwerking, verzamelen van gegevens. Dit zal elk consecutief zorgprogramma eenvoudiger maken om te implementeren.

Mijn concrete rol hierin zal bestaan uit het samenvatten van de masterclass tot een stand van zaken anno 2017: wie zal meewerken aan het project en wat willen we veranderen? Met deze input kan ik het huidige regionale behandelingsprotocol diabetes (2014) herschrijven. Gedeeltelijk parallel kan ik deze kennis en ervaring toepassen op andere chronische ziekten om ook hier tot nieuwe protocols te komen.

De volgende fase beslaat de educatie van de zorgverleners in regio Groot-Leuven over deze nieuwe methode alsook het verzamelen van hun feedback aan de hand van vragenlijsten. Eens ik hieruit voldoende feedback verkregen heb, kan ik een finale versie van het behandelingsprotocol bekomen. Om dit op grotere schaal toe te lichten, lijken infosessies en workshops de meest efficiënte methode.

Een onderliggend en gemeenschappelijk hulpmiddel is weggelegd voor het elektronisch dossier. De overheid werkt samen met onder andere FAITH om te komen tot een digitaal platform om de zorg beter te coördineren. Met dit gegeven in het achterhoofd zal ik het behandelingsprotocol zo compatibel mogelijk maken met een dergelijk dossier. Dit impliceert overleg met FAITH en het regelmatig aftoetsen van elkaars noden en mogelijkheden.

Referenties:
De bronnen bestaan enerzijds uit gezondheidsrapporten, gebaseerd op cijfers van Statistics Belgium, IMA (Intermutualistisch Agentschap), RIZIV (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering), Farmanet, MZG (Minimale ZiekenhuisGegevens), MPG (Minimale Psychiatrische Gegevens), HIS (Health Interview Survey), SHA (System of Health Accounts; binnen OESO), verscheidene registers zoals het kadaster van de gezondheidszorgberoepen, het kankerregister, RIZIV-databases.

- KCE: performantie gezondheidszorg (rapport 2015)
- OECD: Geographic Variations in Health Care (2014; data 2009)
- RIZIV: geïntegreerde zorg voor chronisch zieken (interadministratieve cel)
- European Observatory on Health Systems and Policies (binnen WHO)
  - HIT-rapport (Health systems In Transition) België (2010)
  - Health System Efficiency (2016)

Anderzijds werden de verschillende actoren in de gezondheids- en welzijnszorg bevraagd:
- Provinciaal overzicht: gezondheidszorg (algemeen, somatisch, psychologisch) en thuiszorg
  - Vlaamse provincies, Vlaamse Gemeenschapscommissie: www.desocialekaart.be
- Huisartsen: op basis van de wachtkringen Mediwacht
- Apothekers: Brabants Apothekers Forum (BAF)
- Thuisverpleging: Wit-Geel Kruis, Socialistische Mutualiteit van Brabant (FSMB)
- Kinesitherapeuten: Leuvense Kine Kring (LKK) binnen Axxon, overige kinesitherapeuten
- Mantelzorg: Ouderen en Thuiszorg Vlaams Brabant
  - Navraag bij de verschillende mantelzorgorganisaties is mogelijk, maar wordt bemoeilijkt door de privacywetgeving en de afwezigheid van een officiële registratie

Voor het herschrijven van het eerder vermelde regionale behandelingsprotocol zal ik gebruik maken van de laatste ontwikkelingen op vlak van de specifieke ziekte (bv diabetes, hartfalen). Deze haal ik uit de systematic reviews via Pubmed en de reeds concreter uitgewerkte richtlijnen van EBMPracticenet (Domus Medica) en het NHG.

Informed consent / vragenlijsten / interviewprotocols:
91183_1486836358_575_2017_01_20_12_punten_actieplan_ZZL__20_jan_17_pdf.pdf

Bijlage 3: goedkeuring ethische commissie

Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven met titel "Zorgzaam Leuven: naar een efficiëntere zorg voor chronische patiënten via zorgprogramma's" (mp18937)

Martine Goossens <martine.goossens@kuleuven.be>

Wed 22/03/2017 19:41

To:
Geert Goderis;

Cc:
Arjen Maenen;

English version below

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Zorgzaam Leuven: naar een efficiëntere zorg voor chronische patiënten via zorgprogramma's" onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "Zorgzaam Leuven: naar een efficiëntere zorg voor chronische patiënten via zorgprogramma's" and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

Met vriendelijke groeten

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Bijlage 4: tabellen: univariaatanalyse

Mannen – vrouwen

Gegevens	Antw.				104
1: leeftijd: 18-29	99,0%	11	10,7%	54,62	gem.
30-64 en 65+		55	53,4%	37	35,9%
2: man/vrouw	100%	M:104	100%	V:0	0,0%
BMI ≥ 25 en < 25	95,2%	63	63,6%	36	36,4%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	98,1%	67	65,7%	35	34,3%
4: invloed	95,2%	57	57,6%	42	42,4%
5: begeleiding	94,2%	64	65,3%	34	34,7%
13: raadpleging	99,0%	59	57,3%	44	42,7%
14: terugbetaling	93,3%	76	78,4%	21	21,6%
15: dossier	96,2%	76	76,0%	24	24,0%
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
6: roken	99,0%	15	14,6%	88	85,4%
7: beweging	92,3%	64	66,7%	32	33,3%
8: dieet	88,5%	73	79,3%	19	20,7%
Medicatie		**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
11: welke?	98,1%	74	72,5%	6	5,9%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		2	2,0%	20	19,6%
12: werking?	98,1%	**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
		77	75,5%	5	4,9%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		0	0,0%	20	19,6%

Gegevens	Antw.				122
1: leeftijd: 18-29	99,2%	18	14,9%	48,65	gem.
30-64 en 65+		74	61,2%	29	24,0%
2: man/vrouw	100%	M:0	0%	V:122	100%
BMI ≥ 25 en < 25	94,3%	52	45,2%	63	54,8%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	97,5%	70	58,8%	49	41,2%
4: invloed	95,9%	62	53,0%	55	47,0%
5: begeleiding	93,4%	53	46,5%	61	53,5%
13: raadpleging	96,7%	72	61,0%	46	39,0%
14: terugbetaling	93,4%	77	67,5%	37	32,5%
15: dossier	95,1%	85	73,3%	31	26,7%
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
6: roken	100%	13	10,7%	109	89,3%
7: beweging	95,1%	57	49,1%	59	50,9%
8: dieet	86,9%	85	80,2%	21	19,8%
Medicatie		**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
11: welke?	98,4%	92	76,7%	1	0,8%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		1	0,8%	26	21,7%
12: werking?	97,5%	**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
		88	73,9%	3	2,5%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		2	1,7%	26	21,8%

Rokers – niet-rokers

Gegevens	Antw.				29
1: leeftijd: 18-29	96,6%	5	17,9%	46,57	gem.
30-64 en 65+		18	64,3%	5	17,9%
2: man/vrouw	96,6%	M:15	53,6%	V:13	46,4%
BMI ≥ 25 en < 25	93,1%	8	29,6%	19	70,4%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	93,1%	22	81,5%	5	18,5%
4: invloed	93,1%	16	59,3%	11	40,7%
5: begeleiding	93,1%	17	63,0%	10	37,0%
13: raadpleging	100%	17	58,6%	12	41,4%
14: terugbetaling	100%	23	79,3%	6	20,7%
15: dossier	96,6%	18	64,3%	10	35,7%
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
6: roken	100%	29	100%	0	0,0%
7: beweging	93,1%	16	59,3%	11	40,7%
8: dieet	89,7%	20	76,9%	6	23,1%
Medicatie		**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
11: welke?	100%	16	55,2%	2	6,9%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		0	0,0%	11	37,9%
12: werking?	100%	**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
		14	48,3%	3	10,3%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		0	0,0%	12	41,4%

Gegevens	Antw.				197
1: leeftijd: 18-29	99,0%	24	12,3%	52,17	gem.
30-64 en 65+		110	56,4%	61	31,3%
2: man/vrouw	100%	M:88	44,7%	V:109	55,3%
BMI ≥ 25 en < 25	95,4%	107	56,9%	81	43,1%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	98,0%	115	59,6%	78	40,4%
4: invloed	95,9%	103	54,5%	86	45,5%
5: begeleiding	94,4%	101	54,3%	85	45,7%
13: raadpleging	98,0%	115	59,6%	78	40,4%
14: terugbetaling	92,9%	130	71,0%	53	29,0%
15: dossier	95,9%	143	75,7%	46	24,3%
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
6: roken	100%	0	0,0%	197	100%
7: beweging	94,4%	106	57,0%	80	43,0%
8: dieet	87,8%	139	80,3%	34	19,7%
Medicatie		**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
11: welke?	98,5%	151	77,8%	5	2,6%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		3	1,5%	35	18,0%
12: werking?	98,0%	**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
		152	78,8%	5	2,6%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		2	1,0%	34	17,6%

Voldoende beweging? Nee – ja

Gegevens	Antw.			91	
1: leeftijd: 18-29	98,9%	12	13%	49,81	gem.
30-64 en 65+		57	63%	21	23%
2: man/vrouw	100%	M:32	35,2%	V:59	64,8%
BMI ≥ 25 en < 25	96,7%	49	55,7%	39	44,3%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	100%	52	57,1%	39	42,9%
4: invloed	96,7%	48	54,5%	40	45,5%
5: begeleiding	97,8%	45	50,6%	44	49,4%
13: raadpleging	98,9%	50	55,6%	40	44,4%
14: terugbetaling	96,7%	60	68,2%	28	31,8%
15: dossier	96,7%	65	73,9%	23	26,1%
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
6: roken	100%	11	12,1%	80	87,9%
7: beweging	100%	0	0,0%	91	100%
8: dieet	89,0%	59	72,8%	22	27,2%
Medicatie		**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
11: welke?	100%	68	74,7%	3	3,3%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		1	1,1%	19	20,9%
12: werking?	100%	**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
		68	74,7%	3	3,3%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		1	1,1%	19	20,9%

Gegevens	Antw.			122	
1: leeftijd: 18-29	98,4%	17	14,2%	51,67	gem.
30-64 en 65+		65	54%	38	31,7%
2: man/vrouw	99,2%	M:64	52,9%	V:57	47,1%
BMI ≥ 25 en < 25	94,3%	57	49,6%	58	50,4%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	96,7%	75	63,6%	43	36,4%
4: invloed	95,1%	63	54,3%	53	45,7%
5: begeleiding	91,8%	63	56,3%	49	43,8%
13: raadpleging	98,4%	75	62,5%	45	37,5%
14: terugbetaling	92,6%	82	72,6%	31	27,4%
15: dossier	96,7%	86	72,9%	32	27,1%
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
6: roken	100%	16	13,1%	106	86,9%
7: beweging	100%	122	100%	0	0,0%
8: dieet	91,0%	93	83,8%	18	16,2%
Medicatie		**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
11: welke?	98,4%	87	72,5%	4	3,3%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		2	1,7%	27	22,5%
12: werking?	97,5%	**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
		87	73,1%	4	3,4%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		1	0,8%	27	22,7%

Gezonde voeding? Nee – ja

Gegevens	Antw.			40	
1: leeftijd: 18-29	97,5%	8	20,5%	45,77	gem.
30-64 en 65+		24	61,5%	7	17,9%
2: man/vrouw	100%	M:19	47,5%	V:21	52,5%
BMI ≥ 25 en < 25	97,5%	26	66,7%	13	33,3%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	100%	22	55,0%	18	45,0%
4: invloed	97,5%	21	53,8%	18	46,2%
5: begeleiding	95,0%	16	42,1%	22	57,9%
13: raadpleging	100%	22	55,0%	18	45,0%
14: terugbetaling	97,5%	27	69,2%	12	30,8%
15: dossier	95,0%	32	84,2%	6	15,8%
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
6: roken	100%	6	15,0%	34	85,0%
7: beweging	100%	18	45,0%	22	55,0%
8: dieet	100%	0	0,0%	40	100%
Medicatie		**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
11: welke?	97,5%	30	76,9%	1	2,6%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		0	0,0%	8	20,5%
12: werking?	97,5%	**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
		30	76,9%	1	2,6%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		1	2,6%	7	17,9%

Gegevens	Antw.			159	
1: leeftijd: 18-29	98,7%	18	11,5%	52,50	gem.
30-64 en 65+		92	58,6%	47	29,9%
2: man/vrouw	99,4%	M:73	46,2%	V:85	53,8%
BMI ≥ 25 en < 25	94,3%	70	46,7%	80	53,3%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	96,9%	98	63,6%	56	36,4%
4: invloed	95,0%	81	53,6%	70	46,4%
5: begeleiding	94,3%	87	58,0%	63	42,0%
13: raadpleging	98,1%	96	61,5%	60	38,5%
14: terugbetaling	93,1%	105	70,9%	43	29,1%
15: dossier	96,2%	111	72,5%	42	27,5%
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
6: roken	100%	20	12,6%	139	87,4%
7: beweging	95,6%	93	61,2%	59	38,8%
8: dieet	100%	159	100%	0	0,0%
Medicatie		**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
11: welke?	99,4%	115	72,8%	4	2,5%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		3	1,9%	36	22,8%
12: werking?	98,7%	**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
		112	71,3%	7	4,5%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		1	0,6%	37	23,6%

Overgewicht: BMI ≥ 25 – BMI < 25

Gegevens	Antw.				115
1: leeftijd: 18-29	100%	8	7,0%	55,54	gem.
30-64 en 65+		65	56,5%	42	36,5%
2: man/vrouw	100%	M:63	54,8%	V:52	45,2%
BMI ≥ 25 en < 25	100%	115	100%	0	0,0%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	98,3%	67	59,3%	46	40,7%
4: invloed	96,5%	63	56,8%	48	43,2%
5: begeleiding	95,7%	69	62,7%	41	37,3%
13: raadpleging	98,3%	72	63,7%	41	36,3%
14: terugbetaling	94,8%	89	81,7%	20	18,3%
15: dossier	95,7%	78	70,9%	32	29,1%
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
6: roken	100%	8	7,0%	107	93,0%
7: beweging	92,2%	57	53,8%	49	46,2%
8: dieet	83,5%	70	72,9%	26	27,1%
Medicatie		**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
11: welke?	99,1%	95	83,3%	6	5,3%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		1	0,9%	12	10,5%
12: werking?	99,1%	**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
		97	85,1%	5	4,4%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		1	0,9%	11	9,6%

Gegevens	Antw.				100
1: leeftijd: 18-29	98,0%	18	18,4%	47,44	gem.
30-64 en 65+		57	58,2%	23	23,5%
2: man/vrouw	99,0%	M:36	36,4%	V:63	63,6%
BMI ≥ 25 en < 25	100%	0	0,0%	100	100%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	96,0%	63	65,6%	33	34,4%
4: invloed	95,0%	50	52,6%	45	47,4%
5: begeleiding	95,0%	44	46,3%	51	53,7%
13: raadpleging	100%	55	55,0%	45	45,0%
14: terugbetaling	96,0%	62	64,6%	34	35,4%
15: dossier	99,0%	77	77,8%	22	22,2%
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
6: roken	100%	19	19,0%	81	81,0%
7: beweging	97,0%	58	59,8%	39	40,2%
8: dieet	93,0%	80	86,0%	13	14,0%
Medicatie		**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
11: welke?	100%	67	67,0%	0	0,0%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		1	1,0%	32	32,0%
12: werking?	100%	**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
		65	65,0%	2	2,0%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		1	1,0%	32	32,0%

Obesitas: BMI ≥ 30 – BMI < 25

Gegevens	Antw.				28
1: leeftijd: 18-29	100%	2	7,1%	55,18	gem.
30-64 en 65+		17	60,7%	9	32,1%
2: man/vrouw	100%	M:8	28,6%	V:20	71,4%
BMI ≥ 25 en < 25	100%	28	100%	0	0,0%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	100%	20	71,4%	8	28,6%
4: invloed	100%	16	57,1%	12	42,9%
5: begeleiding	92,9%	16	61,5%	10	38,5%
13: raadpleging	100%	17	60,7%	11	39,3%
14: terugbetaling	96,4%	18	66,7%	9	33,3%
15: dossier	96,4%	17	63,0%	10	37,0%
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
6: roken	100%	2	7,1%	26	92,9%
7: beweging	96,4%	13	48,1%	14	51,9%
8: dieet	82,1%	15	65,2%	8	34,8%
Medicatie		**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
11: welke?	100%	22	78,6%	1	3,6%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		0	0,0%	5	17,9%
12: werking?	100%	**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
		23	82,1%	0	0,0%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		1	3,6%	4	14,3%

Gegevens	Antw.				100
1: leeftijd: 18-29	98,0%	18	18,4%	47,44	gem.
30-64 en 65+		57	58,2%	23	23,5%
2: man/vrouw	99,0%	M:36	36,4%	V:63	63,6%
BMI ≥ 25 en < 25	100%	0	0,0%	100	100%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	96,0%	63	65,6%	33	34,4%
4: invloed	95,0%	50	52,6%	45	47,4%
5: begeleiding	95,0%	44	46,3%	51	53,7%
13: raadpleging	100%	55	55,0%	45	45,0%
14: terugbetaling	96,0%	62	64,6%	34	35,4%
15: dossier	99,0%	77	77,8%	22	22,2%
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
6: roken	100%	19	19,0%	81	81,0%
7: beweging	97,0%	58	59,8%	39	40,2%
8: dieet	93,0%	80	86,0%	13	14,0%
Medicatie		**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
11: welke?	100%	67	67,0%	0	0,0%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		1	1,0%	32	32,0%
12: werking?	100%	**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
		65	65,0%	2	2,0%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		1	1,0%	32	32,0%

Leeftijd: 18-29 – 30-64

Gegevens	Antw.				29
1: leeftijd: 18-29	100%	29	100%	23,76	gem.
30-64 en 65+		0	0,0%	0	0,0%
2: man/vrouw	100%	M:11	37,9%	V:18	62,1%
BMI ≥ 25 en < 25	89,7%	8	30,8%	18	69,2%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	100%	11	37,9%	18	62,1%
4: invloed	89,7%	12	46,2%	14	53,8%
5: begeleiding	96,6%	9	32,1%	19	67,9%
13: raadpleging	96,6%	13	46,4%	15	53,6%
14: terugbetaling	96,6%	19	67,9%	9	32,1%
15: dossier	96,6%	27	96,4%	1	3,6%
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
6: roken	100%	5	17,2%	24	82,8%
7: beweging	100%	17	58,6%	12	41,4%
8: dieet	89,7%	18	69,2%	8	30,8%
Medicatie		**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
11: welke?	96,6%	16	57,1%	2	7,1%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		1	3,6%	9	32,1%
12: werking?	96,6%	**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
		17	60,7%	0	0,0%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		2	7,1%	9	32,1%

Gegevens	Antw.				129
1: leeftijd: 18-29	100%	0	0,0%	46,92	gem.
30-64 en 65+		129	100%	0	0,0%
2: man/vrouw	100%	M:55	42,6%	V:74	57,4%
BMI ≥ 25 en < 25	95%	65	53,3%	18	35,3%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	96,9%	79	63,2%	46	36,8%
4: invloed	96,1%	76	61,3%	48	38,7%
5: begeleiding	94,6%	62	50,8%	60	49,2%
13: raadpleging	98,4%	70	55,1%	57	44,9%
14: terugbetaling	95,3%	87	70,7%	36	29,3%
15: dossier	97,7%	93	73,8%	33	26,2%
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
6: roken	99,2%	18	14,1%	110	85,9%
7: beweging	94,6%	65	53,3%	57	46,7%
8: dieet	89,9%	92	79,3%	24	20,7%
Medicatie		**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
11: welke?	98,4%	89	70,1%	3	2,4%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		2	1,6%	33	26,0%
12: werking?	98,4%	**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
		89	70,1%	5	3,9%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		0	0,0%	33	26,0%

Leeftijd: 18-29 – 30-49

Gegevens	Antw.				29
1: leeftijd: 18-29	100%	29	100%	23,76	gem.
30-64 en 65+		0	0,0%	0	0%
2: man/vrouw	100%	M:11	37,9%	V:18	62,1%
BMI ≥ 25 en < 25	89,7%	8	30,8%	39	54,9%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	100%	11	37,9%	18	62,1%
4: invloed	89,7%	12	46,2%	14	53,8%
5: begeleiding	96,6%	9	32,1%	19	67,9%
13: raadpleging	96,6%	13	46,4%	15	53,6%
14: terugbetaling	96,6%	19	67,9%	9	32,1%
15: dossier	96,6%	27	96,4%	1	3,6%
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
6: roken	100%	5	17,2%	24	82,8%
7: beweging	100%	17	58,6%	12	41,4%
8: dieet	89,7%	18	69,2%	8	30,8%
Medicatie		**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
11: welke?	96,6%	16	57,1%	2	7,1%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		1	3,6%	9	32,1%
12: werking?	96,6%	**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
		17	60,7%	0	0,0%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		2	7,1%	9	32,1%

Gegevens	Antw.				75
1: leeftijd: 18-29	100%	0	0,0%	39,81	gem.
30-64 en 65+		75	100%	0	0,0%
2: man/vrouw	100%	M:26	34,7%	V:49	65,3%
BMI ≥ 25 en < 25	94,7%	32	45,1%	23	35,4%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	94,7%	37	52,1%	34	47,9%
4: invloed	94,7%	45	63,4%	26	36,6%
5: begeleiding	94,7%	29	40,8%	42	59,2%
13: raadpleging	97,3%	37	50,7%	36	49,3%
14: terugbetaling	96,0%	50	69,4%	22	30,6%
15: dossier	97,3%	57	78,1%	16	21,9%
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
6: roken	98,7%	12	16,2%	62	83,8%
7: beweging	94,7%	36	50,7%	35	49,3%
8: dieet	86,7%	53	81,5%	12	18,5%
Medicatie		**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
11: welke?	97,3%	47	64,4%	1	1,4%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		0	0,0%	25	34,2%
12: werking?	97,3%	**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
		46	63,0%	2	2,7%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		0	0,0%	25	34,2%

Leeftijd: 50-64 – ≥ 65

Gegevens	Antw.				54
1: leeftijd: 18-29	100%	0	0%	56,80	gem.
30-64 en 65+		54	100%	0	0%
2: man/vrouw	100%	M:29	53,7%	V:25	46,3%
BMI ≥ 25 en < 25	94,4%	33	64,7%		
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	100%	42	77,8%	12	22,2%
4: invloed	98,1%	31	58,5%	22	41,5%
5: begeleiding	94,4%	33	64,7%	18	35,3%
13: raadpleging	100%	33	61,1%	21	38,9%
14: terugbetaling	94,4%	37	72,5%	14	27,5%
15: dossier	98,1%	36	67,9%	17	32,1%
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
6: roken	100%	6	11,1%	48	88,9%
7: beweging	94,4%	29	56,9%	22	43,1%
8: dieet	94,4%	39	76,5%	12	23,5%
Medicatie		**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
11: welke?	100%	42	77,8%	2	3,7%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		2	3,7%	8	14,8%
12: werking?	100%	**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
		43	79,6%	3	5,6%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		0	0,0%	8	14,8%

Gegevens	Antw.				66
1: leeftijd: 18-29	100%	0	0%	72,29	gem.
30-64 en 65+		0	0,0%	66	100%
2: man/vrouw	100%	M:37	56,1%	V:29	43,9%
BMI ≥ 25 en < 25	98,5%	42	64,6%		
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	98,5%	46	70,8%	19	29,2%
4: invloed	97,0%	30	46,9%	34	53,1%
5: begeleiding	90,9%	45	75,0%	15	25,0%
13: raadpleging	97,0%	47	73,4%	17	26,6%
14: terugbetaling	89,4%	47	79,7%	12	20,3%
15: dossier	92,4%	40	65,6%	21	34,4%
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
6: roken	100%	5	7,6%	61	92,4%
7: beweging	89,4%	38	64,4%	21	35,6%
8: dieet	81,8%	47	87,0%	7	13,0%
Medicatie		**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
11: welke?	98,5%	60	92,3%	2	3,1%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		0	0,0%	3	4,6%
12: werking?	97,0%	**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
		58	90,6%	3	4,7%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		0	0,0%	3	4,7%

Bezorgd? Nee – ja

Gegevens	Antw.				84
1: leeftijd: 18-29	98,8%	18	21,7%	45,72	gem.
30-64 en 65+		46	55,4%	19	22,9%
2: man/vrouw	100%	M:35	41,7%	V:49	58,3%
BMI ≥ 25 en < 25	94,0%	46	58,2%	33	41,8%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	100%	0	0,0%	84	100%
4: invloed	95,2%	31	38,8%	49	61,3%
5: begeleiding	97,6%	23	28,0%	59	72,0%
13: raadpleging	95,2%	43	53,8%	37	46,3%
14: terugbetaling	94,0%	50	63,3%	29	36,7%
15: dossier	94,0%	54	68,4%	25	31,6%
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
6: roken	98,8%	5	6,0%	78	94,0%
7: beweging	97,6%	43	52,4%	39	47,6%
8: dieet	88,1%	56	75,7%	18	24,3%
Medicatie		**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
11: welke?	96,4%	56	69,1%	3	3,7%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		0	0,0%	22	27,2%
12: werking?	96,4%	**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
		58	71,6%	0	0,0%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		1	1,2%	22	27,2%

Gegevens	Antw.				137
1: leeftijd: 18-29	99,3%	11	8,1%	54,92	gem.
30-64 en 65+		79	58,1%	46	33,8%
2: man/vrouw	100%	M:67	48,9%	V:70	51,1%
BMI ≥ 25 en < 25	94,9%	67	51,5%	63	48,5%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	100%	137	100%	0	0,0%
4: invloed	97,1%	85	63,9%	48	36,1%
5: begeleiding	92,0%	93	73,8%	33	26,2%
13: raadpleging	99,3%	87	64,0%	49	36,0%
14: terugbetaling	92,7%	100	78,7%	27	21,3%
15: dossier	96,4%	102	77,3%	30	22,7%
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
6: roken	100%	22	16,1%	115	83,9%
7: beweging	92,7%	75	59,1%	52	40,9%
8: dieet	87,6%	98	81,7%	22	18,3%
Medicatie		**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
11: welke?	99,3%	108	79,4%	4	2,9%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		3	2,2%	21	15,4%
12: werking?	98,5%	**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
		105	77,8%	8	5,9%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		1	0,7%	21	15,6%

Invloed? Nee – ja

Gegevens	Antw.				97
1: leeftijd: 18-29	99,0%	14	14,6%	51,94	gem.
30-64 en 65+		48	50,0%	34	35,4%
2: man/vrouw	100%	M:42	43,3%	V:55	56,7%
BMI ≥ 25 en < 25	95,9%	48	51,6%	45	48,4%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	100%	48	49,5%	49	50,5%
4: invloed	100%	0	0,0%	97	100%
5: begeleiding	93,8%	39	42,9%	52	57,1%
13: raadpleging	99,0%	59	61,5%	37	38,5%
14: terugbetaling	94,8%	67	72,8%	25	27,2%
15: dossier	95,9%	67	72,0%	26	28,0%
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
6: roken	100%	11	11,3%	86	88,7%
7: beweging	95,9%	53	57,0%	40	43,0%
8: dieet	90,7%	70	79,5%	18	20,5%
Medicatie		**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
11: welke?	100%	71	73,2%	4	4,1%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		0	0,0%	22	22,7%
12: werking?	100%	**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
		72	74,2%	1	1,0%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		1	1,0%	23	23,7%

Gegevens	Antw.				119
1: leeftijd: 18-29	99,2%	12	10,2%	51,53	gem.
30-64 en 65+		76	64,4%	30	25,4%
2: man/vrouw	100%	M:57	47,9%	V:62	52,1%
BMI ≥ 25 en < 25	95,0%	63	55,8%	50	44,2%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	97,5%	85	73,3%	31	26,7%
4: invloed	100%	119	100%	0	0,0%
5: begeleiding	95,0%	73	64,6%	40	35,4%
13: raadpleging	98,3%	69	59,0%	48	41,0%
14: terugbetaling	94,1%	80	71,4%	32	28,6%
15: dossier	96,6%	86	74,8%	29	25,2%
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
6: roken	100%	16	13,4%	103	86,6%
7: beweging	93,3%	63	56,8%	48	43,2%
8: dieet	85,7%	81	79,4%	21	20,6%
Medicatie		**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
11: welke?	98,3%	90	76,9%	3	2,6%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		3	2,6%	21	17,9%
12: werking?	97,5%	**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
		88	75,9%	7	6,0%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		1	0,9%	20	17,2%

Begeleiding? Nee – ja

Gegevens	Antw.				95
1: leeftijd: 18-29	98,9%	19	20,2%	44,70	gem.
30-64 en 65+		60	63,8%	15	16,0%
2: man/vrouw	100%	M:34	35,8%	V:61	64,2%
BMI ≥ 25 en < 25	96,8%	41	44,6%	51	55,4%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	96,8%	33	35,9%	59	64,1%
4: invloed	96,8%	40	43,5%	52	56,5%
5: begeleiding	100%	0	0,0%	95	100%
13: raadpleging	98,9%	47	50,0%	47	50,0%
14: terugbetaling	96,8%	61	66,3%	31	33,7%
15: dossier	98,9%	73	77,7%	21	22,3%
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
6: roken	100%	10	10,5%	85	89,5%
7: beweging	97,9%	49	52,7%	44	47,3%
8: dieet	89,5%	63	74,1%	22	25,9%
Medicatie		**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
11: welke?	98,9%	63	67,0%	1	1,1%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		1	1,1%	29	30,9%
12: werking?	98,9%	**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
		63	67,0%	1	1,1%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		2	2,1%	28	29,8%

Gegevens	Antw.				118
1: leeftijd: 18-29	98,3%	9	7,8%	56,28	gem.
30-64 en 65+		62	53,4%	45	38,8%
2: man/vrouw	99,2%	M:64	54,7%	V:53	45,3%
BMI ≥ 25 en < 25	95,8%	69	61,1%	44	38,9%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	98,3%	93	80,2%	23	19,8%
4: invloed	94,9%	73	65,2%	39	34,8%
5: begeleiding	100%	118	100%	0	0,0%
13: raadpleging	98,3%	75	64,7%	41	35,3%
14: terugbetaling	91,5%	85	78,7%	23	21,3%
15: dossier	94,1%	80	72,1%	31	27,9%
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
6: roken	100%	17	14,4%	101	85,6%
7: beweging	91,5%	63	58,3%	45	41,7%
8: dieet	87,3%	87	84,5%	16	15,5%
Medicatie		**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
11: welke?	99,2%	94	80,3%	6	5,1%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		1	0,9%	16	13,7%
12: werking?	98,3%	**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
		94	81,0%	5	4,3%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		0	0,0%	17	14,7%

Preventieve raadpleging? Nee – ja

Gegevens	Antw.			90	
1: leeftijd: 18-29	98,9%	15	16,9%	47,36	gem.
30-64 en 65+		57	64,0%	17	19,1%
2: man/vrouw	100%	M:44	48,9%	V:46	51,1%
BMI ≥ 25 en < 25	95,6%	41	47,7%	45	52,3%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	95,6%	49	57,0%	37	43,0%
4: invloed	94,4%	48	56,5%	37	43,5%
5: begeleiding	97,8%	41	46,6%	47	53,4%
13: raadpleging	100%	0	0,0%	90	100%
14: terugbetaling	94,4%	52	61,2%	33	38,8%
15: dossier	96,7%	65	74,7%	22	25,3%
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
6: roken	100%	12	13,3%	78	86,7%
7: beweging	94,4%	45	52,9%	40	47,1%
8: dieet	86,7%	60	76,9%	18	23,1%
Medicatie		**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
11: welke?	100%	54	60,0%	2	2,2%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		1	1,1%	33	36,7%
12: werking?	100%	**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
		57	63,3%	0	0,0%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		1	1,1%	32	35,6%

Gegevens	Antw.			132	
1: leeftijd: 18-29	98,5%	13	10,0%	54,24	gem.
30-64 en 65+		70	53,8%	47	36,2%
2: man/vrouw	99,2%	M:59	45,0%	V:72	55,0%
BMI ≥ 25 en < 25	96,2%	72	56,7%	55	43,3%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	98,5%	87	66,9%	43	33,1%
4: invloed	97,0%	69	53,9%	59	46,1%
5: begeleiding	92,4%	75	61,5%	47	38,5%
13: raadpleging	100%	132	100%	0	0,0%
14: terugbetaling	95,5%	100	79,4%	26	20,6%
15: dossier	97,7%	96	74,4%	33	25,6%
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
6: roken	100%	17	12,9%	115	87,1%
7: beweging	94,7%	75	60,0%	50	40,0%
8: dieet	89,4%	96	81,4%	22	18,6%
Medicatie		**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
11: welke?	99,2%	111	84,7%	5	3,8%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		2	1,5%	13	9,9%
12: werking?	98,5%	**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
		107	82,3%	8	6,2%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		1	0,8%	14	10,8%

Beloning voor preventieve raadpleging? Nee – ja

Gegevens	Antw.			59	
1: leeftijd: 18-29	96,6%	9	15,8%	48,21	gem.
30-64 en 65+		36	63,2%	12	21,1%
2: man/vrouw	98%	M:21	36,2%	V:37	63,8%
BMI ≥ 25 en < 25	91,5%	20	37,0%	34	63,0%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	94,9%	27	48,2%	29	51,8%
4: invloed	96,6%	32	56,1%	25	43,9%
5: begeleiding	91,5%	23	42,6%	31	57,4%
13: raadpleging	100%	26	44,1%	33	55,9%
14: terugbetaling	100%	0	0,0%	59	100%
15: dossier	96,6%	40	70,2%	17	29,8%
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
6: roken	100%	6	10,2%	53	89,8%
7: beweging	100%	31	52,5%	28	47,5%
8: dieet	93,2%	43	78,2%	12	21,8%
Medicatie		**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
11: welke?	100%	42	71,2%	1	1,7%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		2	3,4%	14	23,7%
12: werking?	100%	**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
		43	72,9%	1	1,7%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		0	0,0%	15	25,4%

Gegevens	Antw.			153	
1: leeftijd: 18-29	100%	19	12,4%	51,93	gem.
30-64 en 65+		87	56,9%	47	30,7%
2: man/vrouw	100%	M:76	49,7%	V:77	50,3%
BMI ≥ 25 en < 25	98,7%	89	58,9%	62	41,1%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	98,0%	100	66,7%	50	33,3%
4: invloed	96,1%	80	54,4%	67	45,6%
5: begeleiding	95,4%	85	58,2%	61	41,8%
13: raadpleging	99,3%	100	65,8%	52	34,2%
14: terugbetaling	100%	153	100%	0	0,0%
15: dossier	98,7%	114	75,5%	37	24,5%
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
6: roken	100%	23	15,0%	130	85,0%
7: beweging	92,8%	82	57,7%	60	42,3%
8: dieet	86,3%	105	79,5%	27	20,5%
Medicatie		**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
11: welke?	99,3%	114	75,0%	6	3,9%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		1	0,7%	31	20,4%
12: werking?	99,3%	**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
		113	74,3%	7	4,6%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		2	1,3%	30	19,7%

Eigen dossier inkijken? Nee – ja

Gegevens	Antw.				56
1: leeftijd: 18-29	98,2%	1	1,8%	58,16	gem.
30-64 en 65+		33	60,0%	21	38,2%
2: man/vrouw	98%	M:24	43,6%	V:31	56,4%
BMI ≥ 25 en < 25	96,4%	32	59,3%	22	40,7%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	98,2%	30	54,5%	25	45,5%
4: invloed	98,2%	29	52,7%	26	47,3%
5: begeleiding	92,9%	31	59,6%	21	40,4%
13: raadpleging	98,2%	33	60,0%	22	40,0%
14: terugbetaling	96,4%	37	68,5%	17	31,5%
15: dossier	100%	0	0,0%	56	100%
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
6: roken	100%	10	17,9%	46	82,1%
7: beweging	98,2%	32	58,2%	23	41,8%
8: dieet	85,7%	42	87,5%	6	12,5%
Medicatie		**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
11: welke?	100%	43	76,8%	2	3,6%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		1	1,8%	10	17,9%
12: werking?	100%	**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
		45	80,4%	1	1,8%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		0	0,0%	10	17,9%

Gegevens	Antw.				161
1: leeftijd: 18-29	99,4%	27	16,9%	48,78	gem.
30-64 en 65+		93	58,1%	40	25,0%
2: man/vrouw	100%	M:76	47,2%	V:85	52,8%
BMI ≥ 25 en < 25	96,3%	78	50,3%	77	49,7%
Preventie		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
3: bezorgd	96,9%	102	65,4%	54	34,6%
4: invloed	95,0%	86	56,2%	67	43,8%
5: begeleiding	95,0%	80	52,3%	73	47,7%
13: raadpleging	100%	96	59,6%	65	40,4%
14: terugbetaling	95,7%	114	74,0%	40	26,0%
15: dossier	100%	161	100%	0	0,0%
Levensstijl		**Ja**	**%**	**Nee**	**%**
6: roken	100%	18	11,2%	143	88,8%
7: beweging	93,8%	86	57,0%	65	43,0%
8: dieet	88,8%	111	77,6%	32	22,4%
Medicatie		**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
11: welke?	99,4%	117	73,1%	5	3,1%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		2	1,3%	36	22,5%
12: werking?	98,8%	**Ja**	**%**	**Deels**	**%**
		114	71,7%	7	4,4%
		Nee	**%**	**Geen**	**%**
		2	1,3%	36	22,6%