Het preventieconsult: een stimulans tot beter gezondheidsgedrag?

Manon Goethals, Universiteit Gent

Promotor: Prof. dr. Stéphanie De Maesschalck, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Veerle Piessens, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2019 – 2020

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

VOORWOORD

Na een intensieve periode waarin zaken anders liepen dan verwacht, is het toch zover. Voor u ligt mijn masterproef. Een verslag van het onderzoek waarmee ik mijn opleiding tot huisarts hoop af te ronden. Een beroep wat ik met plezier zal uitoefenen en waar ik de zaken die ik met het maken van deze masterproef geleerd heb dagelijks in de praktijk zal kunnen brengen.

Het maken van dit werk had ik niet alleen gekund.

Allereerst wil ik mijn promotor, prof. dr. Stéphanie De Maesschalck, en mijn co-promotor, dr. Veerle Piessens, bedanken voor hun hulp. Voor de begeleiding, de interessante discussies en het geduld.
Daarnaast bedank ik mijn praktijkopleider, dr. Johan Steppe, en de collega's in de opleidingspraktijk voor hun hulp, het mee denken en het mee organiseren. Zonder hen was dit nooit tot stand kunnen komen. Uiteraard bedank ik alle deelnemende patiënten, wiens inbreng essentieel was in dit onderzoek.
Mijn huidige collega's wil ik bedanken voor de tijd die ze mij gunden om deze masterproef tot een goed einde te brengen.
De meeste dank ben ik verschuldigd aan Tijs, Fleur en Emma, voor hun tijd, geduld en onvoorwaardelijke steun.

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING 2
2. ONDERZOEKSVRAAG 3
3. METHODE 3
3.1. Literatuuronderzoek 3
3.2. Praktijkonderzoek 4
4. LITERATUURONDERZOEK 5
4.1. Aanbevolen preventie in de huisartsenpraktijk 5
4.2. Haalbaarheid van preventie in de huisartsenpraktijk 7
4.2.1. Houding van huisartsen 7
4.2.2. Randvoorwaarden 8
4.3. Het preventieconsult 10
4.3.1. Effectiviteit 10
4.3.2. Valkuilen 11
4.3.3. De huisartsenpraktijk als geschikte plaats? 11
4.3.4. Organisatie 12
4.4. Zorggerelateerde preventie 13
5. PRAKTIJKONDERZOEK 14
5.1. Praktijkpopulatie 14
5.2. Analyse van de vragenlijsten 14
5.2.1. Aantal enquêtes 14
5.2.2. Leeftijd, geslacht en sociale klasse 15
5.2.3. Risicofactoren 16
5.3. Analyse van de preventieconsulten 19
5.3.1. Cardiovasculair risico 19
5.3.2. Diabetes 19
5.3.3. Levensstijlfactoren 20
5.3.4. Kankers en bevolkingsonderzoek 21
5.3.5. Tetanusvaccin 24
5.3.6. Griepvaccin 24
5.3.7. Overig 24
5.4. Analyse van de gemiste patiënten 25
6. SAMENVATTING VAN DE RESULTATEN 26
7. DISCUSSIE EN REFLECTIE 26
8. CONCLUSIE 29
BRONVERMELDING 30
LIJST MET AFKORTINGEN 32
BIJLAGEN 32

FIGURENLIJST

figuur 1: enquêtes....14
figuur 2: spreiding van de leeftijd....16
figuur 3: weergave van het aantal patiënten met risicofactor of waarbij de riscofactor onbekend is....17
figuur 4: tienjaarsrisico op cardiovasculaire sterfte bij de patiënten op preventieconsult....19
figuur 5: darmkankerscreening bij 55- tot 75-jarigen zonder familiale belasting....22
figuur 6: darmkankerscreening bij 55- tot 75-jarigen met een eerstegraads familielid met darmkanker....22
figuur 7: borstkankerscreening bij de vrouwen tussen 50 en 70 jaar....23
figuur 8: baarmoederhalskankerscreening bij vrouwen tussen de 25 en 65 jaar....23
figuur 9: tetanusvaccinaties bij de patiënten op preventieconsult....24

TABELLENLIJST

tabel 1: interesse in preventieconsult en aantal patiënten die geweest zijn....15
tabel 2: geslacht....16
tabel 3: recht op verhoogde tegemoetkoming....16
tabel 4: aantal patiënten met diabetes vergeleken met het aantal patiënten dat aangeeft of er ooit een verhoogde bloedsuiker is gemeten....20
tabel 5: tertiaire preventie bij zes diabetici op preventieconsult....20
tabel 6: afgesproken veranderingen in levensstijl bij de patiënten op preventieconsult....21
tabel 7: kenmerken van groepen patiënten die een risicofactor hebben, zonder gekende ziektes....25

ABSTRACT

Achtergrond: Zowel bij besmettelijke als niet-besmettelijke ziekten kan preventie een groot verschil maken. Enerzijds is dit en taak voor de overheden, maar uiteraard kan de huisarts hier ook een belangrijke rol spelen. Preventie is al op vele manieren geïntegreerd in de dagelijkse manier van werken, maar onderzocht wordt of het preventieconsult hierbij een meerwaarde kan zijn.

Methode: Er werd literatuuronderzoek gedaan naar primaire preventie in de eerstelijnszorg. In de opleidingspraktijk werden vragenlijsten uitgedeeld aan volwassen patiënten in de wachtzaal om zo patiënten te rekruteren voor deelname aan een preventieconsult. Tijdens het preventieconsult werden risicofactoren besproken en samen met de patiënt werd een plan gemaakt voor de aanpak hiervan. Na zes en na twaalf maanden werd in het EPD nagegaan welke acties uitgevoerd waren.

Resultaten literatuuronderzoek: De meeste preventie die in de huisartsenpraktijk plaatsvindt is momenteel zorggerelateerd. Er zijn voldoende argumenten om de huisarts een meer prominente rol te laten spelen bij preventie, de richtlijnen van Domus Medica en NHG zijn hierbij een leidraad. Huisartsen hebben meestal een positieve houding ten opzichte van preventie, maar voldoende omkadering is noodzakelijk. Onderzoeken naar organisatie van preventie en de invloed van financiering zijn niet eenduidig. Bij hoog-risicogroepen lijkt een preventieconsult nut te hebben, bij de algemene populatie kan er geen voordeel worden aangetoond.

Resultaten praktijkonderzoek: Van de patiënten die in de praktijk langskwamen kreeg een kwart een enquête overhandigd en tien procent daarvan werd op preventieconsult gezien. Er werden relatief veel patiënten gezien met diabetes en hypertensie en relatief weinig van de patiënten met een ongezonde levensstijl. De meest succesvolle acties waren het plannen van een nuchtere bloedafname, plannen van een griepvaccinatie en het toedienen van een tetanusvaccin.

Conclusie: Het organiseren van een preventieconsult is op deze wijze niet zeer efficiënt, maar lijkt bij individuele patiënten wel een stimulans te kunnen zijn tot beter gezondheidsgedrag.

1. INLEIDING

De prevalentie van niet-besmettelijke ziekten neemt toe, niet alleen in België, maar wereldwijd. Het gaat dan onder andere om hart- en vaatziekten, kankers en diabetes. In 2016 waren deze aandoeningen verantwoordelijk voor bijna 70% van de Belgische overlijdens. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) zou ongeveer 40% van de wereldwijde overlijdens aan een niet-besmettelijke ziekte vroegtijdig zijn, namelijk bij mensen tussen de 30 en 70 jaar oud. Deze vroegtijdige overlijdens zijn gedeeltelijk te voorkomen door adequate preventie. Een deel van de verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de overheden die door het nemen van maatregelen een aantal risicofactoren kunnen aanpakken. Zo kan bij de bevolking bijvoorbeeld roken, overgewicht of alcoholgebruik verminderd worden of kunnen sociale factoren die een gezonde levensstijl in de weg staan aangepakt worden. Uiteraard kunnen ook artsen een belangrijke rol spelen bij deze preventie. (1,2,3)

Behalve niet-besmettelijke ziekten zijn er ook nog een heel aantal infectieuze, dus wel-besmettelijke ziekten waarbij preventie een groot verschil kan maken. Dit gebeurt enerzijds door middel van vaccinaties zoals bijvoorbeeld griepvaccinaties, reisvaccinaties en de vaccinatieprogramma's van Kind en Gezin en CLB. Anderzijds ook door bijvoorbeeld het geven van advies rond hygiënische maatregelen of het adviseren van beschermende kledij bij ziekten die door vectoren worden overgedragen. Een bijzonder voorbeeld zijn de ingrijpende maatregelen in het kader van de COVID-19-pandemie. Ook hier gaat het om een samenwerking tussen overheden en artsen.

Er zijn verschillende niveaus van preventie te onderscheiden. Volgens de definitie op Minerva wordt bij primaire preventie of gezondheidsvoorlichting geprobeerd om het ontstaan van risicofactoren te vermijden. Bij secundaire preventie wordt geprobeerd om risicofactoren en ziektes vroegtijdig op te sporen om ze dan ook beter te kunnen aanpakken of behandelen. Tertiaire preventie is het aanpakken van risicofactoren wanneer reeds een ziekte of event is opgetreden. In de meeste Engelstalige literatuur echter worden slechts twee preventieniveaus onderscheiden. Primaire preventie bij patiënten zonder klachten of ziekte en secundaire preventie bij patiënten waarbij al een ziekte of event is opgetreden. (4,5) Deze laatste definitie zal ook in deze masterproef worden gebruikt.

Door sommige onderzoekers en ook door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) wordt nog een ander onderscheid gemaakt. Men spreekt enerzijds van individuele, zorggerelateerde of 'geïndiceerde' preventie die aan bod komt tijdens een gewone raadpleging. Anderzijds is er preventie die gericht is op een deel van de populatie, ook wel selectieve preventie. Bijvoorbeeld griepvaccinaties en de diverse bevolkingsonderzoeken behoren tot deze laatste categorie. (3,6,7) In deze masterproef zal het over het preventieconsult gaan, dus dat is met name primaire en selectieve preventie.

Wanneer preventie effectief is, draagt het bij aan een langer gezond leven of voorkomt het verslechtering van al bestaande chronische ziektes. (3,6,8) Voldoende argumenten dus om aan preventie te doen. Het belang van preventie is al veelvuldig aangetoond en zal hier verder buiten beschouwing worden gelaten. Op de rol die de huisarts kan spelen bij preventie en het organiseren ervan wordt hierna wel verder ingegaan.

Momenteel is preventie van alle niveaus al op verschillende manieren geïntegreerd in de dagelijkse manier van werken in de huisartsenpraktijk. Toch gebeurt het vooral 'ad hoc', dus zorg gerelateerd en voor een individuele patiënt. Het onderwerp wordt tijdens een consultatie aangedragen door patiënten zelf, komt ter sprake naar aanleiding van een ziekte bij de patiënt of een familielid of komt aan bod door een uitnodiging voor een bevolkingsonderzoek. (6)

Om preventie op een meer gestructureerde manier tot bij de patiënt te brengen zijn er verschillende manieren. Het preventieconsult is er daar één van. In deze masterproef zal in de literatuur nagegaan worden of het preventieconsult effectief kan zijn en hoe men dit kan organiseren in de huisartsenpraktijk. Daarnaast is er het praktijkonderzoek in de praktijk waar ik de eerste achttien maanden van mijn huisartsenopleiding werkzaam was. Er werden preventieconsulten georganiseerd om na te gaan welke invloed dit had op het gezondheidsgedrag van de patiënten en welk deel van de praktijkpopulatie men op die manier bereikte.

2. ONDERZOEKSVRAAG

Kan het organiseren van preventieconsulten ervoor zorgen dat de niet-zorggerelateerde preventie efficiënter wordt aangeboden in de huisartsenpraktijk en leidt dit tot beter gezondheidsgedrag bij de patiënt?

3. METHODE

3.1. LITERATUURONDERZOEK

Een eerste stap in het literatuuronderzoek was het verzamelen van informatie via de websites van Domus Medica, NHG en de WHO. Daarnaast werd er voor achtergrondinformatie gebruik gemaakt van een aantal masterproeven van de voorbije jaren die het preventieconsult of het GMD-plus als onderwerp hadden.

Met deze verzamelde informatie als leidraad werd voornamelijk verder gezocht naar meer specifieke informatie via de referenties die in deze documenten en richtlijnen aangehaald werden. Daarnaast werd er via de zoekmachine van PubMed gezocht met verschillende combinaties van de volgende termen: "prevention", "primary care", "general practice", "prevention consultation", "preventive counselling", "health promotion", "cardiovascular prevention" en "disease prevention". Artikelen van minder dan vijftien jaar oud werden

geselecteerd. Alleen de artikelen over primaire preventie in de eerstelijnszorg werden weerhouden. Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, werden er vooral artikelen geselecteerd die specifiek over preventieconsultaties gingen. Op deze manier werden zestien artikelen weerhouden. Opnieuw werden er via de in deze artikelen aangehaalde referenties nog enkele andere artikelen gevonden.

3.2. PRAKTIJKONDERZOEK

Aan de hand van de Gezondheidsgids 2016 van Domus Medica werd een vragenlijst opgesteld om uit te delen aan de patiënten *(Bijlage 1 Uitgedeelde vragenlijst).* De vragen uit de gezondheidsgids werden allemaal overgenomen. Na overleg met collega-artsen in de praktijk werd een extra vraag toegevoegd over het bevolkingsonderzoek naar dikke darmkanker. Na vraag 19 *"Komt er darmkanker voor bij uw vader, moeder, broer of zus?"* volgt de vraag *"Vanaf 55 jaar: is uw laatste stoelgangsonderzoek meer dan 2 jaar geleden?"*. Daarnaast werd vraag 3 *"Hebt u een hart- of vaatziekte (gehad)? (hartinfarct, beroerte, vaatvernauwing)"* enigszins aangepast en werd in de opsomming met voorbeelden van een hart- of vaatziekte "te hoog cholesterol" toegevoegd. Dit om te voorkomen dat een aantal patiënten onterecht nee zou antwoorden op deze vraag.

Aan het einde van de vragenlijst werd nog een extra vraag toegevoegd, namelijk *"Heeft u na het invullen van deze vragenlijst interesse om de ingevulde vragen en uw gezondheidstoestand verder te bespreken tijdens een aparte consultatie?"*. Hierbij zijn vier antwoorden mogelijk: *"ja, ik zou een afspraak willen met Dr. Goethals"*, *"ja, maar ik heb liever een afspraak bij mijn eigen arts"*, *"ja, ik zou dit het liefste vandaag bespreken en ik kom later terug voor het probleem waar ik eigenlijk voor kwam"* en *"nee, ik heb geen interesse"*.

In de wachtzaal van de praktijk werd vanaf de maand mei aangekondigd dat de maand juni in het teken van preventie zou staan en dat er vragenlijsten zouden uitgedeeld worden in het kader van dit masterproefonderzoek. Dit doormiddel van het toevoegen van twee dia's aan de reeds bestaande diavoorstelling met algemene informatie van de praktijk *(Bijlage 2 Dia's wachtzaal)*.

In de maand juni van het jaar 2018 werden in de praktijk vragenlijsten uitgedeeld. Aan de secretaresses werd gevraagd om tijdens de uren dat zij aanwezig waren een vragenlijst, informatiebrief en toestemmingsformulier te overhandigen aan elke patiënt die op consultatie kwam en achttien jaar of ouder was. Gevraagd werd om dit in de wachtzaal door te nemen en in te vullen voordat ze bij hun arts binnengaan. De behandelende arts ging na of de patiënt toestemming geeft om de ingevulde gegevens in het elektronisch medisch dossier te bewaren en om de data anoniem te gebruiken voor het masterproefonderzoek. Indien de patiënt een consultatie wenste bij de HAIO of een van de collega-artsen, werd geprobeerd deze afspraak ook direct vast te leggen.

Voor de preventieconsultaties werden 30 minuten tijd voorzien. Tijdens deze consultaties werd de ingevulde vragenlijst besproken met de patiënt volgens de richtlijnen vastgelegd in de gezondheidsgids. Deze consultaties zijn onderdeel van het onderzoeksproject en werden daarom niet aan de patiënten aangerekend. Met de deelnemende patiënten werden hun eventuele voornemens tot gedragsverandering besproken en genoteerd in het EPD. Ook werd er gevraagd naar hun motivatie om deel te nemen aan het preventieconsult. Na zes maanden werd er in het EPD nagekeken welke van de voornemens gerealiseerd waren en na twaalf maanden werd dit opnieuw nagekeken.
Er werd bijgehouden hoeveel vragenlijsten er werden uitgedeeld, hoeveel er werden ingevuld en hoeveel preventieconsultaties er volgden. Deze gegevens werden samen met de op de vragenlijsten ingevulde gegevens anoniem verwerkt. Zo ontstond een database die werd gebruikt voor verdere analyses. Daarnaast werden ook een aantal analyses uitgevoerd op de gehele patiëntenpopulatie van de opleidingspraktijk. Dit om na te gaan hoe de samenstelling van de praktijkpopulatie was qua leeftijd, geslacht en sociale klasse. Hiervoor werden de gegevens gebruikt van patiënten die op 1 januari 2017 of later een Globaal Medisch Dossier hadden in de praktijk en op 1 juni 2018 een leeftijd hadden van 18 jaar of ouder.

4. LITERATUURONDERZOEK

Van oudsher zijn preventieve en curatieve gezondheidszorg twee zaken die vaak gescheiden van elkaar verlopen. De huisartsengeneeskunde is klassiek vooral georiënteerd op klachten of ziektes en er wordt dus veel aan curatieve zorg gedaan. Er zijn echter voldoende argumenten om de huisartsen niet alleen een curatieve rol, maar ook een grotere preventieve rol te laten spelen. (3,8,9)
Om de preventie tot bij de patiënt te krijgen, zijn verschillende manieren. Zowel in België als in Nederland worden er verschillende bevolkingsonderzoeken georganiseerd. In het kader van deze masterproef werden preventieconsultaties georganiseerd in de praktijk. Echter, het merendeel van de preventie in de huisartsenpraktijk gebeurt waarschijnlijk tussendoor, de zogenoemde zorggerelateerde of opportunistische preventie.
Welke preventieve handelingen worden dan aanbevolen in de huisartsenpraktijk? Wat zijn de voor- en nadelen van het organiseren van preventie in de huisartsenpraktijk? Wat maakt de huisartsenpraktijk tot een geschikte plaats voor preventie? En welke voorwaarden zijn hier aan verbonden?

4.1. AANBEVOLEN PREVENTIE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

Er bestaat heel wat evidentie rond de verschillende onderzoeken en handelingen die tijdens een preventieconsult aan bod moeten komen. Om na te gaan welke preventieve acties

aanbevolen worden in de huisartsenpraktijk, worden een aantal richtlijnen bekeken en globaal vergeleken. De gezondheidsgids van Domus Medica enerzijds en de standaarden van NHG anderzijds.

Vanuit de Vlaamse overheid werd de gezondheidsgids van Domus Medica erkend als een zinvolle manier om aan preventie en gezondheidspromotie te doen. De gezondheidsgids is ontwikkeld als instrument voor een consultatie specifiek gericht op preventie. De patiënt vult een vragenlijst in, dit wordt besproken met de huisarts en samen bepaalt men vervolgens de prioriteiten. Achtereenvolgens gaat men op deze manier na wat het risico is op hart- en vaatziekten, bespreekt men rookstop, wordt gepeild naar het gebruik van alcohol, wordt er advies gegeven rond gezonde voeding en fysieke activiteit, probeert men diabetes op te sporen, wordt de vaccinatiestatus bekeken en gaat men na wat de screeningsstatus is betreffende colorectale kanker, borstkanker en baarmoederhalskanker. Er wordt ook voorgesteld om naar depressieve klachten te vragen. Bovendien staat in de gezondheidsgids een richtlijn welke vragen en onderzoeken jaarlijks herhaald zouden moeten worden. (10)

In 2019 werd een nieuwe versie van de gezondheidsgids uitgegeven met enkele aanpassingen ten opzichte van de versie uit 2016. Er is een hoofdstuk toegevoegd rond valpreventie bij personen vanaf 65 jaar, met hieraan gekoppeld ook een extra vraag in de vragenlijst voor de patiënt. Het hoofdstuk rond depressie en suïcidaliteit is geschrapt en het hoofdstuk rond fysieke activiteit is uitgebreid met de bewegingsdriehoek. Er wordt ook meer expliciet gesteld dat de gezondheidsgids te gebruiken is bij iedereen vanaf achttien jaar. (11)

Door NHG worden geen aanbevelingen gedaan rond het organiseren van specifieke preventieconsulten. In het verleden bestond een NHG-standaard met als titel ‘het preventieconsult cardiometabool risico’, maar deze is vervangen door onder andere de standaard cardiovasculair risicomanagement. In de afzonderlijke richtlijnen die een ziekte of klacht als onderwerp hebben, wordt er voor dat specifieke onderwerp wel steeds ook over preventie gesproken. (3,8,12)

In de NHG-standaard cardiovasculair risicomanagement stelt men dat het nuttig kan zijn om het risico op hart- en vaatziekten in te schatten bij mannen vanaf 40 jaar en postmenopauzale vrouwen of vrouwen vanaf 50 jaar. De inschatting en aanpak van risicofactoren komt zeer sterk overeen met de werkwijze die ook in de gezondheidsgids genoemd wordt. Een bijkomend item is de aanpak van psychosociale risicofactoren, zoals stressniveau, sociale klasse of depressie, om het cardiovasculair risico te reduceren. Men stelt dat de aanwezigheid van deze factoren niet alleen het cardiovasculair risico kan verhogen, maar dat ze ook relevant zijn voor leefstijladviezen en de therapietrouw mee beïnvloeden. Een ander verschil is dat in de SCORE-tabel niet enkel het mortaliteitsrisico, maar ook het risico op morbiditeit wordt beschreven. (13,14)

In de meest recente versie van de gezondheidsgids wordt aandacht geschonken aan valpreventie en het opsporen van patiënten met een verhoogd risico op valincidenten. In de NHG-standaard fractuurpreventie wordt het actief opsporen van patiënten zonder recente fracturen of zonder wervelfractuur in de voorgeschiedenis niet aanbevolen. (15)

Een ander verschil tussen de aanbevelingen van Domus Medica en NHG zijn de bevolkingsonderzoeken. Voor het onderzoek naar darmkanker zijn de leeftijdscriteria en screeningsinterval gelijk. Bij het bevolkingsonderzoek naar borstkanker ligt de bovengrens van de leeftijd iets hoger, namelijk op 75 jaar. Het screeningsinterval is gelijk. Het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker begint later, op de leeftijd van 30 jaar. De bovengrens van de leeftijd ligt juist iets lager, namelijk op 60 jaar. Behalve bij een afwijkend resultaat, dan worden 65-jarige vrouwen ook nog uitgenodigd. Het screeningsinterval is vijf jaar, dat is dus langer dan de drie jaar die in België aanbevolen wordt. (16)

4.2. HAALBAARHEID VAN PREVENTIE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

4.2.1. Houding van huisartsen

Huisartsen hebben vaak een positieve ingesteldheid ten opzichte van preventie en men vindt zelf vaak ook dat de huisartsenpraktijk hiervoor een geschikte plaats is. Ook vinden huisartsen de risicofactoren en ziektes die in een preventieconsult aan bod komen, de moeite waard om op te sporen en aan te pakken. Er zijn onderzoekers die stellen dat er in de setting van de huisartsenpraktijk meer waarde wordt gehecht aan preventie. In deze visie stelt men dat er in ziekenhuizen vaak naar het ontslag van een patiënt toe wordt gewerkt, terwijl de huisarts in de loop van de jaren de patiënten en hun levensstijl van dichtbij heeft leren kennen. Bovendien hebben huisartsen al ervaring met een aantal preventieprogramma's, zoals de bevolkingsonderzoeken of griepvaccinaties, en ondersteunen ze deze vaak ook. Daarom wordt de huisartsenpraktijk ook als een geschikte plaats gezien voor preventieconsulten, zowel door de artsen zelf als door onderzoekers. (3,17,18,19,5)

Een eerste stap om preventie in de huisartsenpraktijk te laten plaatsvinden is training. Wanneer artsen voldoende kennis hebben over de verschillende preventie onderzoeken en projecten en wanneer ze voldoende communicatief getraind zijn in het motiveren tot gedragsverandering, zullen ze ook meer aan preventie doen. (19,20)

Wanneer preventie succesvol is, werkt dit motiverend voor de arts. Bijvoorbeeld wanneer men eraan kan bijdragen dat een patiënt stopt met roken of meer gaat bewegen. Dit zorgt ervoor dat de arts hierna meer geneigd zal zijn om ook bij andere patiënten aan preventie te doen. (19)

Vaak ziet men dat huisartsen naarmate ze enkele jaren aan het werk zijn, meer belang gaan hechten aan preventie. Dat is dan bijvoorbeeld omdat men veel gevallen gezien heeft waarbij een verandering in levensstijl ziektes had kunnen voorkomen. Echter, soms wordt hun houding

juist negatiever. Dat is dan omdat de inspanningen die ze hebben gedaan om veranderingen teweeg te brengen, slechts weinig succes hebben gekend. Wanneer de huisarts weinig vertrouwen heeft in de preventieve interventies, zal hij ze logischerwijs ook weinig toepassen. (19,20)

Uit een Duits onderzoek blijkt dat het voor de huisarts belangrijk is, hoe de houding van een patiënt is ten opzichte van preventie. Huisartsen gaan er vanuit dat men met preventie geen winst kan boeken, als het initiatief alleen van de arts komt en niet van de patiënt. Als de patiënt weinig gemotiveerd is voor gedragsverandering, is de huisarts vaak weinig gemotiveerd om aan verdere preventie te doen. Huisartsen blijken dan ook selectief te zijn en investeren hun energie vooral in preventie bij patiënten die zelf ook iets willen veranderen of patiënten die al een ziekte hebben doorgemaakt. (19)

Andersom blijkt ook dat patiënten minder gemotiveerd zijn wanneer de huisarts zich niet of niet voldoende engageert voor preventie. (20)

Wat door sommige huisartsen als bezwaar wordt ervaren bij een preventieconsult, is de bemoeienis. Het corrigeren van de levensstijl van patiënten zou niet in de zorg thuishoren, maar een individuele keuze zijn en de verantwoordelijkheid zijn van de patiënten zelf. Het zou de vertrouwensrelatie kunnen schaden als de arts een patiënt aanspreekt op zijn levensstijl. Echter, er is ook onderzoek waaruit blijkt dat de patiënt deze bemoeienis wel degelijk verwacht van zijn huisarts. (3,21,5)

Tevens ziet men dat het eigen gezondheidsgedrag van de huisarts van invloed is op de houding ten opzichte van preventie. Een arts die zelf bijvoorbeeld te veel alcohol drinkt of zich niet bewust is van de eigen bloeddruk, stelt zich ook negatiever op ten opzichte van preventie. Een arts die zelf weinig fysieke activiteit heeft, zal daar ook minder gauw zijn patiënten over aanspreken. Hierbij lijkt de persoonlijkheid van de arts ook een rol te spelen. De resultaten zijn namelijk het meest uitgesproken bij artsen met een eerder kwetsbare persoonlijkheid en bij artsen die moeilijk om kunnen met negatieve kritiek. (19,22)

Een andere drempel die door sommige huisartsen wordt ervaren, is het gevoel van overdiagnostiek en ‘collateral damage’. Een heel aantal mensen die in goede gezondheid verkeren, zullen als risicopatiënt bestempeld worden en zo gemedicaliseerd worden. Deze mensen zullen van dan af aan controles en behandelingen ondergaan, waarvan het voordeel voor de individuele patiënt moeilijk te meten is en waar wel risico’s en kosten aan zijn verbonden. (9,23)

4.2.2. Randvoorwaarden

Behalve de motivatie en mening van huisartsen, zijn er ook nog een aantal randvoorwaarden die van invloed kunnen zijn om preventie haalbaar te houden. Een eerste belangrijke factor is een adequate financiële vergoeding. Als preventieve handelingen weinig of niet vergoed

worden, staat dit volgens Duits onderzoek de uitvoering ervan in de weg. (19) In België echter wordt de meerderheid van de kosten voor preventie vergoed.

In het Verenigd Koninkrijk werden verschillende financieringssystemen vergeleken en wat hun impact was op gezondheid. Er is daar weinig evidentie om te stellen dat een vergoedingssysteem per ingeschreven patiënt beter werkt dan een vergoeding per prestatie. Ook een vergoeding op basis van kwaliteitsindicatoren lijkt geen of slechts een zeer beperkte gezondheidswinst te geven. (5)

In België werd door het Intermutualistisch Agentschap onderzocht of er verschillen bestonden tussen de zorg met forfaitaire financiering en de zorg met financiering per prestatie. Daaruit blijkt dat de kwaliteit van preventie op sommige gebieden beter is in de forfaitaire praktijken. Er wordt meer gescreend op baarmoederhalskanker en borstkanker en de griepvaccinatiegraad ligt er hoger. De aanpak van forfaitaire praktijken lijkt ook een voordeel op te leveren op het gebied van tertiaire en quaternaire preventie. Door de onderzoekers zelf wordt hierbij ook de kanttekening geplaatst dat het financieringssysteem alleen onvoldoende is om deze kwaliteit te garanderen. Andere factoren, zoals bijvoorbeeld multidisciplinaire samenwerking, zullen hier wellicht ook hun rol spelen. (24)

Een tweede voorwaarde om preventie haalbaar te houden is het creëren van draagvlak. Bij de bevolking enerzijds, maar zeker ook politiek. Het is de politiek die maatregelen moet nemen om een gezonde levensstijl in de hand te werken en zo risicofactoren te verminderen. Maar ook de financiering moet in elk geval mede vanuit de politiek worden voorzien. (3,9)

Om preventie haalbaar te houden, moeten ook de volgende stappen in de zorg voor patiënten met een verhoogd risico of ziekte goed georganiseerd zijn. Behalve dat het georganiseerd wordt, moet ook bekend zijn bij de huisarts hoe deze volgende stappen georganiseerd zijn en hoe de patiënt hier kan instromen. Ook is het belangrijk dat de huisarts andere spelers op het vlak van preventie kent en er dus een interdisciplinaire samenwerking kan zijn. (3,19)

Deze andere spelers kunnen specialisten zijn of allerhande paramedici. Een ander voorbeeld is een Duitse studie waar enkele succesvolle projecten worden beschreven waarbij apothekers betrokken zijn in de preventieve gezondheidszorg. Wat hier als voordeel genoemd wordt is het laagdrempelige contact en groot bereik dat een apotheek heeft. Patiënten komen daar namelijk ook als ze nog niet ziek zijn of voordat ze voor een bepaalde klacht een afspraak maken bij een arts. (25)

Een belangrijke drempel die men ervaart bij het invoeren van preventieprojecten in de huisartsenpraktijk, is het gebrek aan tijd en het reeds aanwezig zijn van een hoge werklast. Het vraagt een hele organisatie om preventieve projecten, zoals het preventieconsult, goed te implementeren in de praktijk. Men stelt vast dat wanneer er een goede organisatorische omkadering is en voldoende personeel, dat de preventie dan beter wordt uitgevoerd.

Andersom geldt ook dat wanneer men tijd en moeite moet investeren in de omkadering, dat er logischerwijs minder tijd kan gaan naar de preventie zelf. (5,18,19,20)
Een optie kan zijn om bijvoorbeeld een praktijkverpleegkundige een groot deel van de preventie te laten doen. Voor cardiovasculaire preventie is bewezen dat een praktijkverpleegkundige dit minstens even goed doet als een huisarts en qua kennis over preventie vaak zelfs beter scoort. (5,26)
Tot slot, wanneer het softwaresysteem voor het EPD er op is voorzien om preventie te registreren, herinneringen te genereren of op een andere manier preventie gemakkelijker te maken, ziet men dat er ook meer aan preventie gedaan wordt. (19)

4.3. HET PREVENTIECONSULT

Eén van de manieren om preventie in de huisartsenpraktijk toe te passen, is het organiseren van preventieconsulten. In Vlaanderen kan de gezondheidsgids van Domus Medica hier als leidraad gebruikt worden. Er wordt dan gescreend op cardiovasculaire en metabole risicofactoren. Ook wordt nagegaan of de patiënt deelneemt aan de bevolkingsonderzoeken en hoe de vaccinatiestatus is. (10)

4.3.1. Effectiviteit

Wat betreft vroegtijdige opsporing lijkt het organiseren van preventieconsulten een meerwaarde te hebben. Uit een Nederlandse studie bleek er bij 20% van de deelnemers aan preventieconsulten een nieuwe cardiometabole aandoening te zijn vastgesteld. Kanttekening hierbij is wel dat de deelnemers vooraf een vragenlijst moesten invullen en op basis van een risicoschatting al dan niet werden uitgenodigd, waardoor bijna uitsluitend patiënten met een hoog risico op preventieconsult werden gezien. (17)
Als risicofactoren vroegtijdig worden opgespoord, kunnen ze worden aangepakt of ziektes kunnen in een vroeg stadium worden behandeld. Hiermee kan het preventieconsult, zoals andere vormen van preventie, bijdragen aan het uitstellen of voorkomen van verdere gezondheidsschade. Bovendien blijken bloeddrukregulatie, statines en levensstijlinterventies, zoals rookstop, kosteneffectief te zijn voor de preventie van hart- en vaatziekten, diabetes en nierziekten. Dit effect is het duidelijkst voor primaire preventie in de groep met een hoog risico. Uit een grote Europese studie blijkt ook dat de patiënten met een hoog cardiovasculair risico vaak relatief slecht gecontroleerd zijn, dus dat er nog veel winst behaald kan worden. (3,5,6,12,17,20,27,28)
Uit een Canadese studie blijkt dat de interventies tijdens een preventieconsult effectiever zijn voor veranderingen in levensstijl dan wanneer deze interventies gebeuren tijdens de gewone consultaties waar de patiënt voor een ander probleem komt. Er wordt bij een preventieconsult meer tijd aan besteed en daardoor wordt er ook meer bereikt. (29)

Van de interventies die tijdens een preventieconsult aan bod komen zijn een aantal afzonderlijk wel bewezen kosteneffectief, maar of het organiseren van preventieconsulten dat ook is, is nog onvoldoende aangetoond. Dit is echter een belangrijke voorwaarde voor het creëren van een maatschappelijk en politiek draagvlak. (3,6,12,17)

In een Nederlands onderzoek blijkt het nut van stapsgewijs georganiseerde preventieconsulten. Patiënten vullen eerst een vragenlijst in en de patiënten met een mogelijk hoog risico worden op consultatie uitgenodigd. Een jaar later was het 10-jaarsrisico op cardiovasculaire sterfte significant gedaald in vergelijking met de controlegroep. (27)

In een Deense studie wordt nagegaan wat bereikt kon worden met het organiseren van systematische screening in de algemene bevolking op cardiovasculair risico en een daarop volgende aanpak van levensstijlfactoren. Na vijf jaar werd wel een significante verandering gezien op het gebied van levensstijl. Na tien jaar echter bleek dit nog niet te leiden tot een vermindering van morbiditeit en mortaliteit als gevolg van ischemische hartziekten of beroerte. Een eventuele medicamenteuze aanpak werd hier niet bekeken. De onderzoekers concluderen dat een aanpak van levensstijlfactoren wel nut heeft in de dagelijkse praktijk, maar niet in de vorm van een systematisch screeningsprogramma voor de algemene bevolking. (30)

4.3.2. Valkuilen

Wat voor patiënten een duidelijke drempel vormt om op preventieconsult te komen en om risicofactoren aan te pakken, is dat risicofactoren vaak geen symptomen of klachten geven. Er vindt dan medicalisering plaats van iets dat hen tot op heden weinig problemen opleverde. Dit geldt uiteraard voor vele vormen van preventie. (9,19)

Wat soms bij preventieve activiteiten, zoals bijvoorbeeld een preventieconsult, wordt gezien, is dat men een vrij selectieve populatie bereikt. De respons is dan voornamelijk afkomstig van de mensen die in relatief goede gezondheid verkeren, dus een laag risico hebben, maar zich toch zorgen maken om hun eigen gezondheid. De zogenoemde ‘worried well’. Bij een Nederlands onderzoek naar aanleiding van georganiseerde preventieconsulten bleek dit echter niet het geval te zijn. Er was geen verschil tussen responders en non-responders wat betreft demografische en sociaaleconomische kenmerken. (3,17)

4.3.3. De huisartsenpraktijk als geschikte plaats?

Allereerst blijkt het een meerwaarde te zijn om de curatieve en preventieve zorg tezamen te laten verlopen. Bij diverse chronische ziektes ziet men dat de effectiviteit van vroegtijdige opsporing groter is, wanneer dit beter in de curatieve zorg is ingebed. De huisartsenpraktijk lijkt hiervoor een geschikte plaats, omdat hier ook een groot deel van de curatieve zorgen plaatsvindt. (3,9,17)

De huisarts kent zijn patiënten en de populatie en heeft zo een ideale positie om aan preventie op populatieniveau te doen. Omdat veel patiënten een vaste huisarts hebben en er ook met enige regelmaat komen, kent de huisarts de individuele patiënten vaak ook erg goed. Dit zorgt voor een mate van continuïteit die bijvoorbeeld in ziekenhuizen vaak ontbreekt en maakt de huisartsenpraktijk een geschikte plaats voor preventie. (3,18,19,5)
Uit Nederlands onderzoek blijkt, zoals eerder al vermeld, dat huisartsen zelf ook vinden dat de huisartsenpraktijk een geschikte plaats is voor zowel zorggerelateerde als selectieve preventie. Over het algemeen hebben huisartsen een positieve houding ten aanzien van preventie en zien zichzelf als een belangrijke schakel hierin. Ook patiënten verwachten van de huisarts dat ze aangesproken worden op bijvoorbeeld hun levensstijl of dat er preventieve onderzoeken door de arts zelf voorgesteld worden. (3,17,21)

4.3.4. Organisatie

De voorwaarden voor het organiseren van preventieconsulten verschillen in grote lijnen niet van andere vormen van preventie. Dit werd hoger al besproken. *(Hoofdstuk 4.2.2)*
Het vroegtijdig opsporen van risicofactoren is een eerste stap in een keten van zorg, die alleen maar nut heeft als de volgende stappen ook goed georganiseerd zijn. Om een zekere continuïteit te voorzien, moeten de preventieconsulten na verloop van tijd opnieuw georganiseerd worden en moeten de risicopatiënten worden opgevolgd. Echter, een van de belangrijkste voorwaarden is de aanwezigheid van een breed maatschappelijk draagvlak, zowel politiek als bij de bevolking. (3)
Bij het organiseren van een preventieconsult is het de bedoeling om niet te focussen op individuele en zorggerelateerde preventie, maar op een volledige groep uit de praktijkpopulatie. Om een zo optimaal mogelijke preventie te bereiken is het allereerst belangrijk zo veel mogelijk patiënten te bereiken. Daarnaast gaat het er vooral ook om dat de juiste patiënten bereikt worden én nadien op het preventieconsult komen. Hiermee bedoelt men dat er gefocust moet worden op patiënten met het hoogste risico en patiënten die nog niet opgevolgd worden. Wanneer deze patiënten niet op consult komen, neemt de efficiëntie van de preventieconsulten af. Vermoedelijk is de huisarts de enige die op basis van een aantal kenmerken het risico van patiënten kan inschatten en zo een selectie kan maken. Bij sommige onderzoekers rijst wel de vraag in welke mate het werven van patiënten ook onder de verantwoordelijkheid van de huisarts valt. Wanneer een patiënt na één uitnodiging niet deelneemt, of het dan aan de huisarts is om dit toch nog op te volgen of dat de verantwoordelijkheid dan bij de patiënt ligt. (3,6,17,18,19)
Canadese onderzoekers suggereren om bij preventieconsulten voornamelijk die patiënten uit te nodigen die zelf ook bereid zijn om een aantal veranderingen te doen in bijvoorbeeld hun levensstijl. (29)

Wanneer preventieconsulten georganiseerd worden in de huisartsenpraktijk en patiënten actief benaderd worden voor deelname aan een risicoschatting, ligt het aantal deelnemers vele malen hoger dan wanneer de patiënten meer passief uitgenodigd worden. Een actieve benadering is bijvoorbeeld het sturen van een uitnodigingsbrief, een passieve benadering is bijvoorbeeld via folders in de wachtzaal. In het geval van een actieve benadering wordt ook een groter deel van de hoog risicopatiënten op preventieconsult gezien. (17)
Een Nederlandse studie geeft hierrond meer specifieke aanbevelingen. Een actieve benadering met een persoonlijke uitnodiging door de huisarts blijkt effectief te zijn. Zowel een papieren vragenlijst als een online vragenlijst moet beschikbaar zijn en patiënten moeten herinnerd worden om de vragenlijst in te vullen. Wanneer er een hoog risico blijkt, moet benadrukt worden dat het belangrijk is dat de patiënt voor een consultatie naar de huisartsenpraktijk komt. Een eerste preventieconsultatie kan door een praktijkverpleegkundige uitgevoerd worden. (31)

4.4. ZORGGERELATEERDE PREVENTIE

Britse onderzoekers concluderen dat er bijzonder weinig evidentie bestaat over wat nu de meest effectieve manier is om preventie te organiseren en tot bij de patiënt te brengen. (5)
Dat betekent dat zorggerelateerde preventie zeker een plaats heeft naast de georganiseerde preventie. Een groot deel van de preventieve handelingen gebeurt momenteel wanneer de patiënt er naar vraagt of wanneer de patiënt zijn huisarts bezoekt voor andere klachten. Dit is ook hoe onze geneeskunde van oudsher gegroeid is. De richtlijnen die de basis van de huisartsgeneeskunde vormen, zijn van oorsprong steeds georiënteerd op klachten of ziektes. Hierin komen meestal wel preventieve handelingen en onderzoeken aan bod, maar ze zijn nooit het vertrekpunt. (9,18)
Huisartsen zien een acuut gezondheidsprobleem vaak als een geschikt moment om patiënten hun risicofactoren en ongezonde levensstijl te laten veranderen. Uit Duits onderzoek blijkt dat men het op deze momenten zelfs als een plicht ziet om de patiënt hierbij te helpen en ondersteunen. De huisarts probeert zich hierbij vooral te richten op vormen van preventie waarvan de toepassing een aantoonbare meerwaarde heeft. (9,19)
Wanneer er door de politiek of media meer aandacht gegeven wordt aan preventie, begrijpen patiënten het belang van preventie beter. Vaak ziet men dan de vraag van uit de patiënten toenemen en een toegenomen vraag leidt uiteraard ook tot een toename van het aantal preventieve handelingen. (19)
Ondanks dat zorggerelateerde preventie vermoedelijk de meest voorkomende wijze van preventie is, gaat het vaak om relatief kleine handelingen of adviezen en is dit niet eenvoudig te onderzoeken.

5. PRAKTIJKONDERZOEK

Het praktijkonderzoek werd uitgevoerd in een opleidingspraktijk in Oosterzele, een landelijke gemeente in Oost Vlaanderen. In de praktijk werken vier vaste huisartsen, een HAIO en twee secretariaatsmedewerkers. De patiëntenpopulatie is gevarieerd qua leeftijd en socio-economische klasse, maar qua afkomst grotendeels Vlaams.
Hierna wordt nagegaan welke patiënten bereikt werden met het aanbieden van een preventieconsult en welke patiënten juist niet. Ook wordt er onderzocht wat er werd bereikt bij de patiënten die op preventieconsult werden gezien.

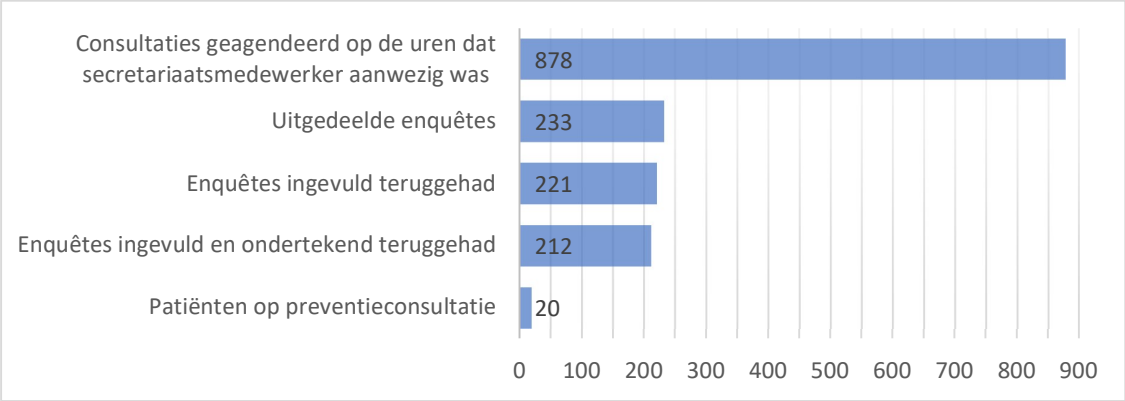
5.1. PRAKTIJKPOPULATIE

Op 30 juni 2018 waren er in de praktijk 3286 patiënten van 18 jaar en ouder die een GMD hadden in de praktijk dat was afgesloten op 1 januari 2017 of later. Dit wordt hierna actieve patiëntenpopulatie of praktijkpopulatie genoemd. Er zijn iets meer vrouwen dan mannen in deze groep. *(Tabel 2)* De gemiddelde leeftijd van deze 18-plussers is 50,2 jaar en de oudste patiënt is 97,9 jaar. *(Figuur 3)*

5.2. ANALYSE VAN DE VRAGENLIJSTEN

5.2.1. Aantal enquêtes

Tijdens de onderzoeksperiode werden enquêtes uitgedeeld op de momenten dat er een secretariaatsmedewerker aanwezig was. Dit betrof 19 werkdagen van 8 uur tot 12 uur en van 15 uur tot 19 uur, dus in totaal 152 uren. Op deze momenten waren 878 consultaties geagendeerd. Aan 233 patiënten werd een enquête overhandigd, waarvan er 95% ingevuld terugkwam en 91% uiteindelijk in het onderzoek gebruikt werd. *(Figuur 1)*



Figuur 1: Enquêtes

Een groot deel van de patiënten kreeg dus geen enquête overhandigd. Dit omdat de secretariaatsmedewerker op dat moment met ander werk bezig was (telefoongesprek, helpen van andere patiënt, nemen van EKG, enz.), omdat de patiënt jonger dan 18 jaar was, omdat

de patiënt al een enquête had ingevuld bij een vorig bezoek of omdat de patiënt niet of slechts zeer kort moest wachten op de arts. Vijf patiënten gaven aan geen vragenlijst te willen invullen. In totaal gaven 55 patiënten aan interesse te hebben in een consultatie specifiek gericht op preventie en 19 daarvan werden ook daadwerkelijk tijdens een preventieconsult gezien. Eén patiënt werd wel op preventieconsult gezien, terwijl hij vooraf had aangeduid geen interesse te hebben. *(Tabel 1)*

Tabel 1: Interesse in preventieconsult en aantal patiënten die geweest zijn

	Wel geweest	**Niet geweest**	
Bij dr. Goethals	17	7	**24**
Bij eigen arts	2	26	**28**
Vandaag	0	3	**3**
Geen interesse	1	156	**157**
	20	**192**	**212**

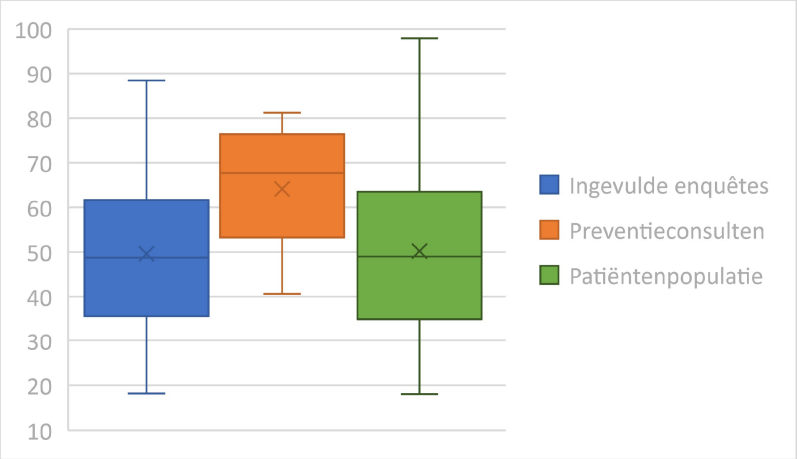
Van de 24 patiënten die hadden aangeduid een preventieconsultatie te wensen bij dr. Goethals, werden er 17 ook daadwerkelijk gezien. De patiënten die niet gezien werden, waren niet telefonisch bereikbaar voor het maken van een afspraak of gaven aan geen tijd meer te hebben wegens vakantieperiode. Bij twee patiënten werd een consultatie ingepland, maar verscheen de patiënt niet op de afspraak. Deze patiënten waren niet telefonisch bereikbaar, dus de reden is onbekend.

Van de 28 patiënten die aangeduid hadden een afspraak te wensen bij hun eigen arts, werden er twee gezien op preventieconsult bij dr. Goethals. Hoeveel er door hun eigen arts werden gezien werd nagevraagd, maar een exact aantal is niet bekend. Uit het antwoord van de collega's bleek dat het er enkelen zullen zijn. Bij nazicht van het dossier werden geen specifieke preventieve acties teruggevonden.

Dit betekent dat van alle patiënten die potentieel op preventieconsult hadden kunnen komen slechts twee procent op preventieconsult werd gezien.

5.2.2. Leeftijd, geslacht en sociale klasse

Wanneer gekeken wordt naar de spreiding van de leeftijd in de ingevulde enquêtes, komt deze zeer sterk overeen met de spreiding van de leeftijd in de praktijkpopulatie. Dit met gemiddelden van respectievelijk 49,6 en 50,2 jaar. De gemiddelde leeftijd in de groep patiënten die op preventieconsult gezien werd ligt met 64,1 jaar een stuk hoger en de spreiding is beperkter. Er werden minder jonge mensen gezien. *(Figuur 2)*



Figuur 2: Spreiding van de leeftijd (× geeft gemiddelde aan, horizontale lijn is de mediaan)

De verdeling van het aantal mannen en vrouwen, is voor zowel de ingevulde enquêtes als voor de patiënten gezien op preventieconsult gelijkaardig aan de praktijkpopulatie. *(Tabel 2)*

Tabel 2: Geslacht

	Patiëntenpopulatie	Ingevulde enquêtes	Preventieconsulten
Man	47%	43%	45%
Vrouw	53%	57%	55%

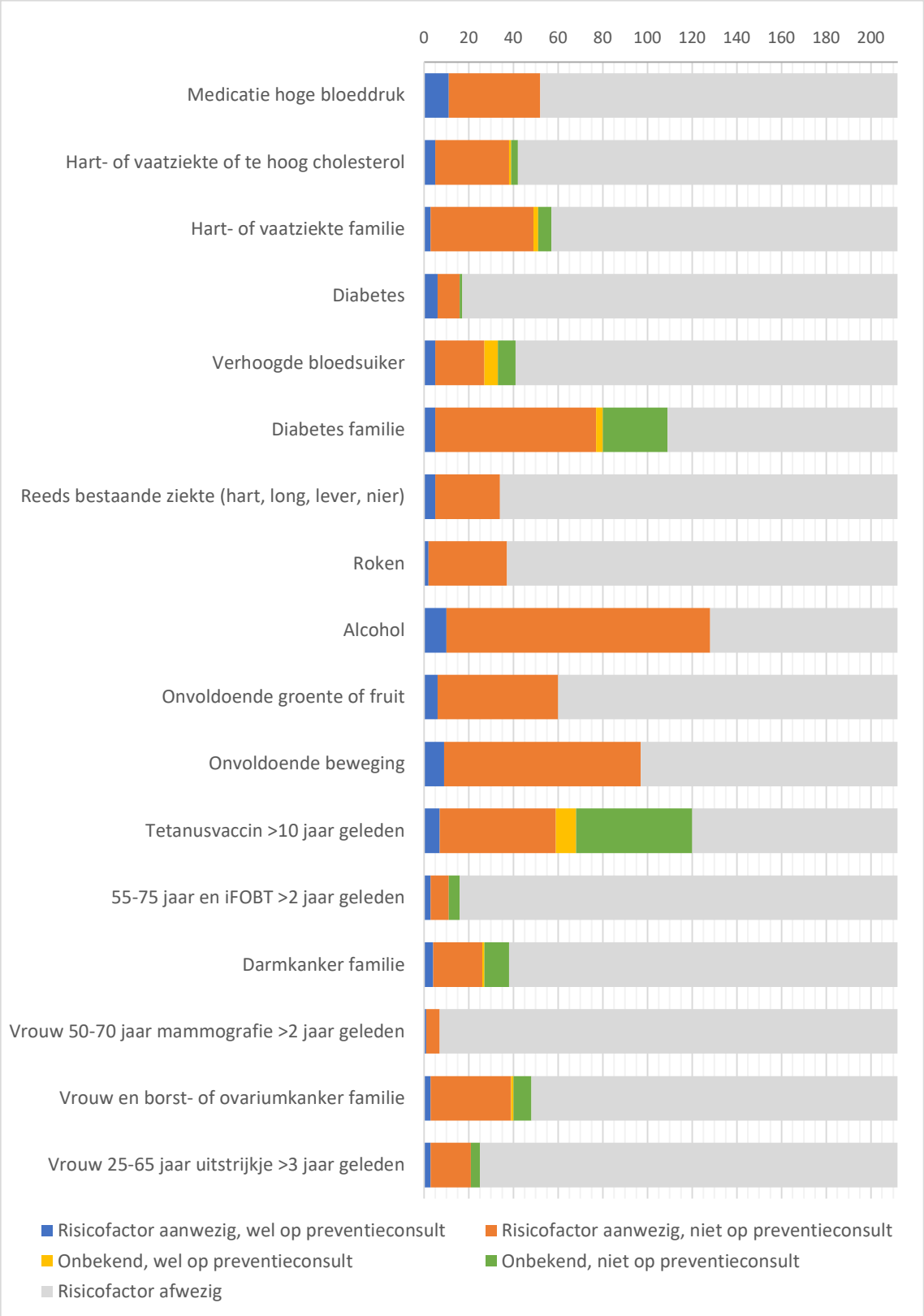
Het is niet eenvoudig om te definiëren tot welke sociale klasse een patiënt behoort. Zaken als het opleidingsniveau en inkomen zijn niet bekend in de huisartsenpraktijk. Het beroep is vaak wel bekend bij de huisarts, maar staat lang niet altijd genoteerd in het EPD en is bovendien ook niet gecodeerd. Een bruikbare parameter voor het bepalen van de sociale klasse is het al dan niet recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming volgens de mutualiteit. Wanneer vergeleken wordt, ziet men dat er met de ingevulde enquêtes met 8% iets minder patiënten met een verhoogde tegemoetkoming bereikt worden dan de 10% in de praktijkpopulatie. Grote verschillen zijn er echter niet. *(Tabel 3)*

Tabel 3: Recht op verhoogde tegemoetkoming (VTK)

	Patiëntenpopulatie	Ingevulde enquêtes	Preventieconsulten
Wel VTK	10%	8%	10%
Geen VTK	90%	92%	90%

5.2.3. Risicofactoren

In figuur 3 wordt weergegeven welk deel van de patiënten die de enquête invulde een bepaalde risicofactor heeft en hoeveel van hen er vervolgens op preventieconsult werden gezien.



Figuur 3: Weergave van het aantal patiënten met risicofactor of waarbij de riscofactor onbekend is. Er wordt steeds vergeleken met het totale aantal van 212 ingevulde enquêtes.

Hiervoor wordt uitgegaan van de gegevens die de patiënten zelf invulden. Ook wordt weergegeven hoeveel patiënten het antwoord op de desbetreffende vraag niet wisten of niet invulden. Een aantal van de risicofactoren zullen hierna meer in detail bekeken worden.

Wat opvalt zijn allereerst de risicofactoren die het vaakst voorkomen. Bijna de helft van de patiënten die de enquête invulden beweegt minder dan 30 minuten per dag, bij meer dan een derde komt diabetes voor in de familie en 60% van de patiënten geeft aan alcohol te gebruiken. Bij de vraag over alcoholgebruik dienen gelijk twee opmerkingen gemaakt te worden. Ten eerste werd door mijzelf en door de collega's opgemerkt dat er van de patiënten die deze vraag met nee hadden beantwoord toch een heel aantal waren die wel eens alcohol dronken, maar dat was steeds hooguit een tot twee keer per week. In figuur 4 wordt het alcoholgebruik dus onderschat. Daarnaast is het belangrijk om er op bedacht te zijn dat het nuttigen van alcohol op zich geen risicofactor hoeft te zijn, zo lang dit met mate gebeurt. Slechts een klein deel van het alcoholgebruik dat in figuur 4 wordt weergegeven zal problematisch zijn en een aanpak vereisen.

De groepen waarvan relatief gezien het grootste aantal op preventieconsult kwam, zijn de diabetici (38%), de 55- tot 75-jarigen zonder iFOBT in de laatste twee jaar (27%) en de patiënten die medicatie nemen voor een te hoge bloeddruk (21%). Het relatief laagste aantal (≤10%) werd gezien bij de levensstijlfactoren (roken, alcohol, voeding, beweging) en een aantal familiale risicofactoren (diabetes, hart- of vaatziekten, borst- of ovariumkanker). Bij de overige risicofactoren werd steeds tien tot twintig procent van de patiënten op preventieconsult gezien.

Een ander interessant gegeven is het aantal patiënten dat aangeeft het antwoord op een vraag niet te weten. Dit ligt vrij hoog voor de familiale risicofactoren (diabetes, darmkanker, borst- of ovariumkanker, hart- of vaatziekten), maar dat lijkt begrijpelijk. Veruit het hoogste aantal echter wordt gezien bij de vraag over het laatste tetanusvaccin, 61 patiënten weten hierop geen antwoord. Negen van hen werden op preventieconsult gezien.

Opvallend en enigszins verontrustend is het hoge aantal patiënten dat niet weet of er ooit een verhoogde bloedsuiker werd gemeten, namelijk veertien patiënten. Zes van hen werden wel op preventieconsult gezien. Alle vrouwen die op basis van hun leeftijd in aanmerking kwamen voor borstkankerscreening wisten of ze de laatste twee jaar een mammografie hadden gehad. Bij de groep die in aanmerking kwam voor darmkanker- of baarmoederhalskankerscreening was dit niet het geval. Niemand van hen werd echter op preventieconsult gezien.

Een lagere sociale klasse kan ook een risicofactor zijn voor gezondheidsproblemen. Deze groep verschilt qua antwoorden op de vragenlijst eigenlijk nauwelijks van de groep patiënten zonder tegemoetkoming. Twee van de achttien patiënten met verhoogde tegemoetkoming werden op preventieconsult gezien.

5.3. ANALYSE VAN DE PREVENTIECONSULTEN

Er werden in totaal twintig patiënten op preventieconsult gezien, per patiënt werd er telkens 30 minuten tijd voorzien. Tijdens deze consultaties werd met de patiënten de ingevulde vragenlijst overlopen en werden ontbrekende zaken opgezocht en aangevuld. Bij elke patiënt werd ook de bloeddruk gemeten en werd het BMI bepaald.

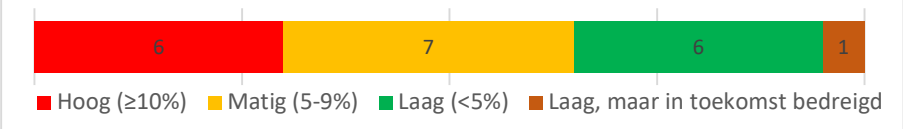
De risicofactoren werden besproken en er werd aan de patiënt uitgelegd welke handelingen of gedragsveranderingen nodig waren om deze risicofactoren aan te pakken. Vervolgens werd er met de patiënt overlegd wat gewenst en haalbaar was en dit werd in het EPD genoteerd.

Na zes maanden en na twaalf maanden werd er aan de hand van het EPD nagegaan welke van de geplande acties ook werkelijk zijn uitgevoerd. De resultaten hiervan worden hierna meer in detail beschreven.

5.3.1. Cardiovasculair risico

Bij alle patiënten werd het cardiovasculair risicoprofiel nagegaan en besproken. Van de vijf patiënten die hadden aangegeven een hart- of vaatziekte te hebben, bleek het bij vier van hen om een te hoog cholesterol te gaan. Deze vraag leidt dus tot een aanzienlijke overschatting van deze risicofactor.

Eén patiënt had een hartinfarct doorgemaakt en behoort dan ook tot de categorie met een hoog risico. *(Figuur 4)* Vijf anderen horen ook in deze categorie omwille van hun diabetes. *(Tabel 5)* Voor de andere patiënten werd de SCORE-tabel gebruikt in combinatie met hun familiaal risico. In de categorie met een matig risico bevindt zich ook één jonge diabetespatiënt zonder comorbiditeiten. Van de patiënten met een laag risico was er één patiënt die rookte, waardoor het risico in de toekomst wel hoger zal zijn.



Figuur 4: Tienjaarsrisico op cardiovasculaire sterfte bij de patiënten op preventieconsult

Bij geen enkele patiënt op preventieconsult was de bloeddruk te hoog of onvoldoende gecontroleerd. Van deze patiënten namen er elf al medicatie voor de bloeddruk.

Er werd bij zes patiënten een nuchtere bloedafname gepland in het kader van hun cardiovasculair risico, deze was bij iedereen binnen de zes maanden gebeurd.

5.3.2. Diabetes

Een eerste opvallende en bijzondere vaststelling is het verschil in de antwoorden op de vraag of de patiënt diabetes heeft en de vraag of er ooit een verhoogde bloedsuiker werd gemeten. *(Tabel 4)* Uiteraard is het goed mogelijk dat er bij iemand ooit een verhoogde glycemie werd

gemeten zonder dat deze patiënt diabetes heeft. Dat er van de zestien diabetici echter drie patiënten zijn die niet weten dat er bij hen ooit een verhoogde bloedsuiker werd gemeten, is wel zeer opvallend. Het is niet duidelijk of dit komt door onwetendheid bij de patiënten of door een onduidelijke vraagstelling.

Tabel 4: Aantal patiënten met diabetes vergeleken met het aantal patiënten dat aangeeft of er ooit een verhoogde bloedsuiker is gemeten. Tussen haakjes steeds het aantal van hen dat op preventieconsult werd gezien.

Ooit verhoogde bloedsuiker gemeten?	**Wel diabetes**		**Geen diabetes**		**Weet niet**			
Ja	13	(4)	13	(1)	1	(0)	**27**	**(5)**
Nee	1	(0)	170	(9)	0	(0)	**171**	**(9)**
Weet niet	1	(1)	12	(4)	0	(0)	**13**	**(5)**
Onbeantwoord	1	(1)	0	(0)	0	(0)	**1**	**(1)**
	16	**(6)**	**195**	**(14)**	**1**	**(0)**	**212**	**(20)**

Er werden zes diabetici op preventieconsult gezien, bij hen allemaal was er recent nog een bloedafname gebeurd. *(Tabel 5)* Bij alle diabetici was de bloeddruk voldoende gecontroleerd, vier van hen namen antihypertensiva. Deze vier patiënten gebruikten ook allen een statine, waarmee bij drie van hen de cholesterolwaarden voldoende laag waren. De vierde patiënt wenste geen aanpassing van de medicatie. Bij de twee overige patiënten waren de cholesterolwaarden voldoende laag zonder medicatie.

Tabel 5: Tertiaire preventie bij zes diabetici op preventieconsult

	In orde	**Niet in orde, wel afgesproken**	**Gebeurd na 6 maanden**	**Gebeurd na 12 maanden**
Bloedafname	6			
Bloeddruk	6			
Cholesterol	5	0		
Microalbuminurie	5	1	0	0
Oogfundusonderzoek	3	3	1	1
Monofilamenttest	4	2	1	1

5.3.3. Levensstijlfactoren

De patiënten die op preventieconsult gezien werden hielden er over het algemeen een iets gezondere levensstijl op na dan de patiënten die niet op preventieconsult kwamen. Met alle

patiënten werd het belang van een gezonde levensstijl besproken en met een aantal ook veranderingen afgesproken. *(Tabel 6)*

Tabel 6: Afgesproken veranderingen in levensstijl bij de patiënten op preventieconsult

Risicofactor	Aantal	Verandering afgesproken	Gelukt na 6 maanden	Gelukt na 12 maanden
Roken	2	1	0	0
Alcohol	2	2	0	0
Voeding	9	6	?	?
Lichaamsbeweging	9	4	1	?

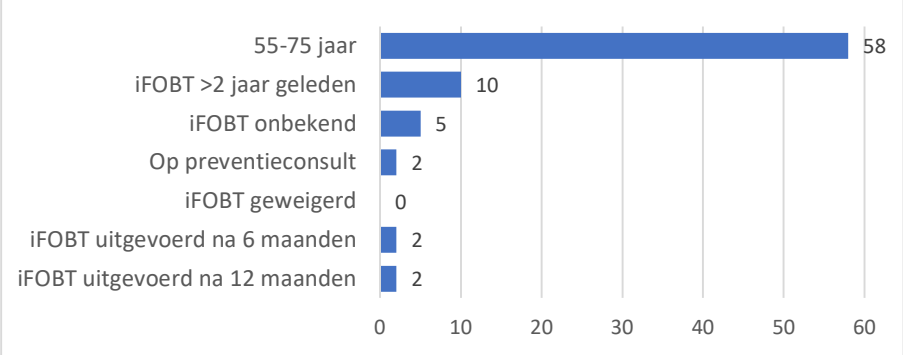
De cijfers wat betreft het alcoholgebruik moeten ook hier met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Er waren twee patiënten die aangeduid hadden geen alcoholische dranken te gebruiken, maar bij navragen bleek dat ze bij gelegenheden wel alcohol dronken, dit ging om gematigd gebruik. Van de twaalf patiënten die wel eens alcohol dronken, waren er twee patiënten bij wie het alcoholgebruik problematisch was, ze dronken dagelijks meer dan drie glazen. Beide patiënten zagen in dat dit te veel was en er werd afgesproken om dit te proberen verminderen. Hiervoor werden de patiënten enkele tools voorgesteld. Bij nazicht van het EPD na zes en twaalf maanden bleken er bij beide patiënten consultaties te hebben plaatsgevonden waarbij het alcoholgebruik door de arts als problematisch beschouwd werd. Hieruit wordt afgeleid dat het verminderen onvoldoende gelukt is, maar wel bespreekbaar is gemaakt.
De patiënt met wie een rookstop werd afgesproken was ook gestopt, maar binnen de zes maanden ook weer hervallen.
Van de patiënten met wie werd afgesproken om meer te bewegen, heeft één patiënte zich ingeschreven in een sportclub, maar is niet bekend of ze na twaalf maanden nog altijd sportte. Bij twee anderen is het niet gelukt omwille van musculoskeletale letsels en andere ziekte. Bij de derde patiënt is het niet bekend of dit gelukt is.
Zes patiënten gaven aan niet dagelijks fruit te eten. Met drie van hen werd de mogelijkheid besproken om dit te veranderen. Met drie andere patiënten werden dieetmaatregelen besproken in het kader van overgewicht of een te hoog cholesterol. In het EPD was niet terug te vinden of deze besproken veranderingen ook uitgevoerd waren.

5.3.4. Kankers en bevolkingsonderzoek

<u>Darmkanker</u>

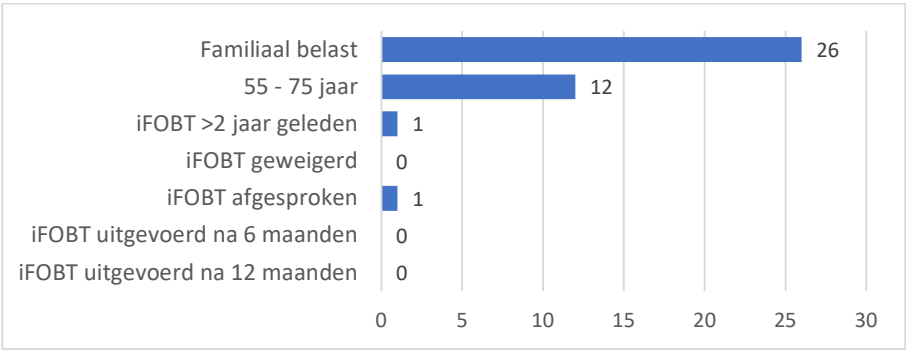
Hier wordt de nadruk vooral gelegd op de groep die volgens het bevolkingsonderzoek in aanmerking komt voor darmkankerscreening, dus de patiënten tussen de 55 en 75 jaar oud. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen een groep patiënten met en een groep patiënten zonder eerstegraads familielid met darmkanker.

In de groep van 55- tot 75-jarigen zonder familiale belasting voor darmkanker is bij een kwart van de patiënten de laatste iFOBT langer dan twee jaar geleden of onbekend. *(Figuur 5)* De twee afgesproken iFOBT-onderzoeken werden allebei uitgevoerd. Bij een patiënt van 80 jaar was het nodig om een coloscopie te herhalen, dit is ook gebeurd.



Figuur 5: Darmkankerscreening bij 55- tot 75-jarigen zonder familiale belasting

Bij het invullen van de enquête gaven 26 patiënten aan een eerstegraadsfamilielid te hebben met darmkanker. Van de 55- tot 75-jarigen in deze groep was er slechts één iemand bij wie het laatste stoelgangsonderzoek langer dan twee jaar geleden was. Deze patiënt werd op preventieconsult gezien en een iFOBT werd afgesproken, maar niet uitgevoerd. *(Figuur 6)*



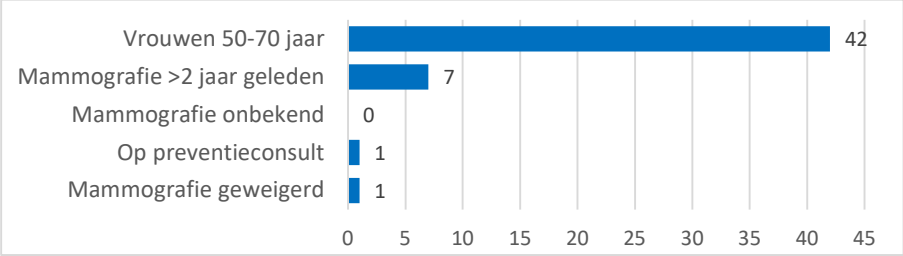
Figuur 6: Darmkankerscreening bij 55- tot 75-jarigen met een eerstegraads familielid met darmkanker

In totaal werden vier patiënten met een familiale belasting voor darmkanker op preventieconsult gezien. Bij twee van hen was het laatste stoelgangsonderzoek minder dan twee jaar geleden. Een patiënt van 54 jaar weigerde om een iFOBT of coloscopie te laten doen en weigerde zeer vastberaden ook de andere kankerscreening. De vierde patiënt werd hierboven reeds besproken.

Bij de 22 personen die niet gezien werden was er één 55-plusser wiens laatste iFOBT meer dan twee jaar geleden was, maar zij was 79 jaar. De andere patiënten hadden nog recent een stoelgangsonderzoek laten doen of waren jonger dan 55 jaar.

Borst- en ovariumkanker

Bij de groep vrouwen tussen de 50 en 70 jaar die de enquête invulden, wisten alle patiëntes of hun laatste mammografie meer of minder dan twee jaar geleden was. Van de zeven patiëntes bij wie het langer dan twee jaar geleden was, werd slechts één patiënte op preventieconsult gezien. *(Figuur 7)*

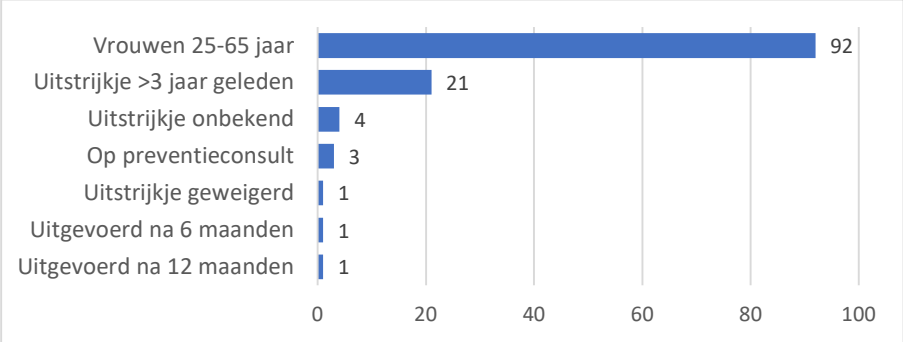


Figuur 7: Borstkankerscreening bij de vrouwen tussen 50 en 70 jaar

Bij ongeveer een derde van de vrouwen komt borst- of ovariumkanker voor in de familie. Van deze 39 patiëntes werden er drie op preventieconsult gezien. Bij navragen bleek het bij alle drie om borstkanker te gaan. Bij twee van hen was voldoende recent een mammografie gebeurd. Bij één iemand van 74 jaar oud met een goede levensverwachting werd een mammografie afgesproken, maar dit is niet gebeurd.

Baarmoederhalskanker

Van de vier patiëntes die niet wisten hoe lang hun laatste uitstrijkje geleden was, werd niemand op preventieconsult gezien. Van de 21 vrouwen bij wie hun laatste uitstrijkje meer dan drie jaar geleden was, werden er drie op preventieconsult gezien. Aan hen alle drie werd een uitstrijkje aangeboden, bij één patiënte is dit ook uitgevoerd. *(Figuur 8)*



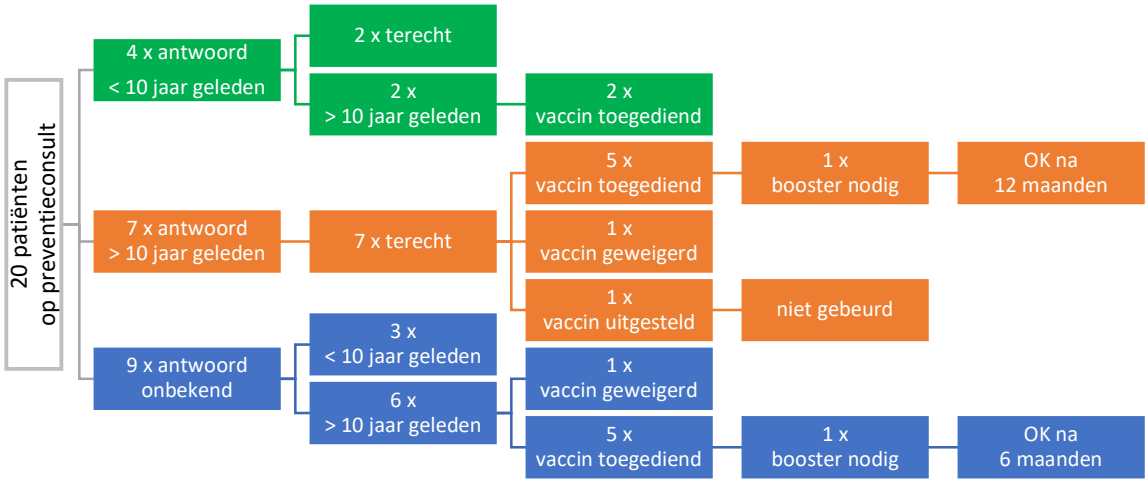
Figuur 8: Baarmoederhalskankerscreening bij vrouwen tussen de 25 en 65 jaar

Op preventieconsult werden zeven patiëntes gezien ouder dan 65 jaar. Bij twee van hen was het laatste uitstrijkje minder dan drie jaar geleden gebeurd. Bij één andere dame van 66 jaar oud met een goede levensverwachting werd een uitstrijkje gepland, omdat niet kon

achterhaald worden wanneer het laatste uitstrijkje ooit gebeurd was. Na zes maanden bleek dat dit ook was gebeurd. Met de andere patiëntes werd geen uitstrijkje afgesproken.

5.3.5. Tetanusvaccin

Bij de vraag over het tetanusvaccin wordt er veel vaker dan bij de andere vragen aangeduid dat men het niet weet. Minder dan de helft van de patiënten is zeker dat hun laatste tetanusvaccin nog geen tien jaar geleden is. *(Figuur 3)* Dat geldt ook voor de patiënten op preventieconsult. Uiteindelijk blijken er in deze groep slechts vijf te zijn bij wie het laatste tetanusvaccin ook echt minder dan 10 jaar geleden is. Bij twaalf patiënten werd een vaccin toegediend. *(Figuur 9)*



Figuur 9: Tetanusvaccinaties bij de patiënten op preventieconsult

5.3.6. Griepvaccin

Aan zestien patiënten die in aanmerking kwamen voor een griepvaccin omwille van hun leeftijd of reeds bestaande ziektes werd aangeraden om later dat jaar een griepvaccin te laten zetten. Uit het EPD bleek dat dertien patiënten dat ook hadden laten doen. Eén patiënt vertelde het vaccin altijd via de werkgever toegediend te krijgen.

5.3.7. Overig

Met één patiënt werd besproken om de slaapmedicatie te proberen afbouwen. De medicatie werd niet gestopt, maar na zes maanden was de dosis gereduceerd tot 25% van de oorspronkelijke dosis. Dit was na twaalf maanden nog altijd zo. Hoeveel patiënten er slaapmedicatie namen is onbekend.

Bij één patiënt werd omwille van familiale belasting een PSA-bepaling afgesproken bij de eerstvolgende bloedafname. Dit onderzoek is gebeurd.

5.4. ANALYSE VAN DE GEMISTE PATIËNTEN

Het doel van de preventieconsulten is om bewustwording te creëren, risicofactoren aan het licht te brengen en indien nodig gedragsveranderingen te bewerkstelligen. Deze eerste twee doelen kunnen al gedeeltelijk bereikt worden met het laten invullen van de enquête. Voor gedragsveranderingen echter is het nodig de patiënt ook werkelijk op consultatie te zien. Hierna wordt nagegaan hoeveel patiënten er zijn die wel de enquête invulden en waarvan blijkt dat ze een of meerdere risicofactoren hebben, maar die niet op preventieconsult werden gezien en waar dus ook geen veranderingen geïnitieerd konden worden.

Zoals eerder al vermeld werden de meeste patiënten gemist in de groep waarbij de levensstijl een risicofactor vormt en in de groep met een familiaal voorkomen van diabetes, hart- en vaatziekten of borst- of ovariumkanker. *(Figuur 3)*

Naast de afzonderlijke risicofactoren zijn er ook nog patiënten die een hoger risico hebben door een combinatie van riscofactoren. Zo zijn er bijvoorbeeld de patiënten met een familiaal voorkomen van kanker en een onvoldoende recent screeningsonderzoek. Deze groepen werden hierboven al besproken. *(Hoofdstuk 5.3.4)* Een ander voorbeeld zijn de patiënten die roken, onvoldoende bewegen en onvoldoende groente en fruit eten. In de groep die de enquête invulde voldoen vier patiënten aan deze criteria, niemand van hen werd op preventieconsult gezien.

Een laatste, maar niet onbelangrijke, groep die men wilt bereiken met primaire preventie, zijn de patiënten met één of meerdere risicofactoren, maar zonder een event of gekende ziektes. Bijvoorbeeld de rokers zonder gekende hypertensie, zonder gekende diabetes en zonder gekende hart- of vaatziekten. Hiervan werd niemand op preventieconsult gezien. Een ander voorbeeld zijn de 50-plussers zonder gekende hypertensie, zonder gekende diabetes en zonder gekende hart- of vaatziekten. Van deze groep werden drie patiënten op preventieconsult gezien. Geen van hen was familiaal belast met hart- vaatziekten op jonge leeftijd of diabetes. Andere kenmerken van deze groepen staan vermeld in de tabel hieronder. *(Tabel 7)*

Tabel 7: Kenmerken van groepen patiënten die een risicofactor hebben, zonder gekende ziektes

Rokers zonder gekende hypertensie, diabetes en hart- of vaatziekten		**50-plussers zonder gekende hypertensie, diabetes en hart- of vaatziekten**	
Aantal patiënten	27	Aantal patiënten	38
Op preventieconsult	0	Op preventieconsult	3
Gemiddelde leeftijd	40,3	Gemiddelde leeftijd	60,9
50-plussers	5	Rokers	5
Familielid hart- of vaatziekte	6	Familielid hart- of vaatziekte	10
Familielid diabetes	21	Familielid diabetes	13

6. SAMENVATTING VAN DE RESULTATEN

Er zijn voldoende argumenten om de huisarts, naast de curatieve taken, ook een preventieve rol te laten spelen. Een manier hiervoor is het organiseren van preventieconsulten aan de hand van de gezondheidsgids van Domus Medica. De aanbevelingen hierin komen in grote lijnen overeen met de aanbevolen preventie door NHG, met als belangrijkste verschil dat in men in Vlaanderen sinds 2019 wel aanbeveelt om een verhoogd risico op valincidenten actief op te sporen.

Een groot deel van de preventie vindt plaats als zorggerelateerde preventie, dus wanneer de patiënt zijn huisarts bezoekt voor iets anders. Een manier om preventie te organiseren is door middel van preventieconsulten. Dit biedt de mogelijkheid om risicofactoren vroegtijdig op te sporen en te behandelen.

Tijdens het praktijkonderzoek kreeg een kwart van de patiënten die in de praktijk kwamen een enquête overhandigd en nagenoeg iedereen vulde deze in. De variatie qua leeftijd, geslacht en sociale klasse is voor de groep die de enquête invulde sterk vergelijkbaar met de praktijkpopulatie. Iets minder dan tien procent van deze groep werd op preventieconsult gezien.

De meeste patiënten werden gezien in de groep met diabetes, in de groep zonder recente iFOBT en in de groep met medicatie voor te hoge bloeddruk. Het relatief laagste aantal werd gezien bij de groep patiënten waarbij hun levensstijl de risicofactor vormde. Relatief veel patiënten geven aan niet te weten of hun laatste tetanusvaccin meer dan tien jaar geleden is en of er ooit een verhoogde bloedsuiker werd gemeten. Van deze laatste twee groepen werd een aanzienlijk deel ook op preventieconsult gezien. Van de groep patiënten met risicofactor of -factoren, maar zonder een event of gekende ziekte werden er weinig op preventieconsult gezien.

Wat de interventies betreft, blijken het inplannen van een nuchtere bloedafname, het toedienen van een tetanusvaccinatie en het inplannen van een griepvaccinatie het vaakst te slagen. Van de afgesproken screeningsonderzoeken naar kankers gebeurde bijna de helft. Bij de opvolging van diabetespatiënten werd een derde van de afgesproken onderzoeken uitgevoerd. Het proberen veranderen van levensstijlfactoren lijkt het minst succesvol, maar is niet altijd meetbaar.

7. DISCUSSIE EN REFLECTIE

Het bijzonder grote aantal enquêtes dat ingevuld terugkwam is een eerste mooi resultaat. Dit suggereert dat dit in de toekomst een bruikbare manier kan zijn om bepaalde informatie rond bestaande risicofactoren bij patiënten te bekomen.

De toevoeging van “verhoogd cholesterol” aan vraag 3 in de enquête zorgt ervoor dat er een overschatting ontstaat van het aantal patiënten met een doorgemaakte hart- of vaatziekte. Omdat de vragenlijst bedoeld is om een eerste inschatting van het risico te maken en vooral patiënten met een hoog risico te kunnen identificeren, lijkt een overschatting minder kwalijk dan een onderschatting.

Wat betreft de gebruikte parameters kan men zich de vraag stellen of het aantal patiënten met GMD een goed beeld geeft van de praktijkpopulatie. Volgens Domus Medica had in 2016 67,5% van de Belgen een GMD. Dit percentage ligt vooral bij de oudere populatie erg hoog. (32) Het geeft dus geen perfecte afspiegeling, maar is wel de beste parameter die voorhanden is.

Dit geldt ook voor het al dan niet recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming. Veel van deze patiënten worden op huisbezoek gezien, waardoor de mutualiteitsgegevens vaak niet geregistreerd zijn in het EPD. Deze parameter geeft wel informatie over de populatie die gewoonlijk op consultatie gezien wordt. De enquêtes werden niet uitgedeeld aan de patiënten op huisbezoek, dus mogelijks wordt er zo wel een deel van de patiënten met een lagere socio-economische status gemist. Uit de literatuur blijkt dat gemiddeld in België 18% van de bevolking recht heeft op een verhoogde tegemoetkoming. (24)

Voor de patiënten met gekende hypertensie of diabetes is het preventieconsult geen primaire preventie wat betreft het cardiovasculair risico en de focus zou juist moeten liggen op patiënten met een hoog risico die anders nog niet opgevolgd worden. Echter, wat betreft kankerscreening of vaccins kan het toch nog een bijdrage leveren aan primaire preventie. Bovendien blijken er toch enkele zaken te missen in de opvolging van deze patiënten, dus kan het preventieconsult voor hen wel van meerwaarde zijn.

Voor alle risicofactoren geldt dat het grootste deel van de patiënten niet op preventieconsult werd gezien. Dit kan bijvoorbeeld zijn omdat ze het zelf niet als een risico zien of niet aan gedragsverandering toe zijn. Maar bijvoorbeeld ook omdat ze het juist wel al weten en hiervoor al opgevolgd worden.

In een Nederlandse studie wordt gezien dat er in de groep responders significant minder alcohol gebruikt wordt dan in de groep non-responders. Anderzijds geven de responders vaker aan dat er ooit een verhoogde bloedsuiker werd gemeten. (17) Deze verschillen worden in deze masterproef ook gezien tussen de groep die wel en de groep die niet op preventieconsult kwam.

Een opvallend resultaat is het verschil tussen het aantal patiënten met diabetes en het aantal patiënten dat aangeeft dat er bij hen ooit een verhoogde bloedsuiker is gemeten. Hiervoor zijn een aantal verklaringen mogelijk. Allereerst kan het natuurlijk zijn dat de vraag niet duidelijk was of dat men de vraag niet goed gelezen heeft. Of dat diabetici ‘nee’ antwoordden omdat bij de laatste bloedafname hun glycemie voldoende goed geregeld was. Ten slotte kan het ook

zo zijn dat de patiënt het antwoord echt niet weet. Dat zou meer verontrustend zijn, omdat het belangrijk is dat de patiënt op de hoogte is van zijn eigen gezondheidstoestand en de risicofactoren. Voor ons als arts is een verhoogde glycemie een belangrijke risicofactor, maar misschien wordt dat niet altijd duidelijk genoeg als dusdanig gecommuniceerd naar de patiënt. Een goede reden om in mijn toekomstige praktijkvoering hieraan extra aandacht te besteden. Op de ingevulde enquêtes werd sowieso, ook bij andere vragen, frequent gezien dat collega-artsen correcties hadden aangebracht tijdens het bespreken van de vragenlijst met de patiënt. In de literatuur wordt ook teruggevonden dat een groot deel van de patiënten met hoog risico zich blijkbaar niet bewust is van het eigen risico. (27) Het zou dus kunnen zijn dat er meer mensen op consultatie waren geweest, als ze na het invullen van de enquête te horen zouden krijgen hoe hoog of laag hun risico is. Nu werd die inschatting aan hen zelf gelaten.

De grote meerderheid van de patiënten die aangaf een consultatie bij de eigen huisarts te wensen, werd uiteindelijk niet op preventieconsult gezien. Hieruit kan worden afgeleid dat, ondanks het initiële enthousiasme, de draagkracht onder de collega-artsen en de bereidheid om tijd te investeren in een preventieconsult toch niet zeer groot was. Zoals eerder in de literatuur gezien, is een multidisciplinaire aanpak, met bijvoorbeeld de hulp van een verpleegkundige, een optie om het preventieconsult in de toekomst toch duurzamer te maken.

Niet alle resultaten van de interventies tijdens de preventieconsulten zijn even goed terug te vinden in het EPD. Of dieet- en bewegingsadviezen zijn uitgevoerd bijvoorbeeld, valt meestal niet te achterhalen. De kans bestaat dus het behaalde resultaat hier kleiner lijkt dan het in werkelijkheid is. Ook wanneer men het rechtstreeks aan de patiënt zou vragen, is het niet altijd goed en eenduidig meetbaar. Alleen de invloed op bijvoorbeeld lichaamsgewicht of bloeddruk is meetbaar.

Bovendien is gedragsverandering geen hard eindpunt. Het uiteindelijke doel is om de sterfte door onder andere cardiometabole aandoeningen en diverse kankers te verminderen. Er zijn nog geen studies die dit hebben kunnen aantonen voor het preventieconsult. Echter, hier gaat zeer veel tijd over vooraleer dit kan worden aangetoond.

Een minpunt in het onderzoek is dat het psychisch welbevinden van de patiënt niet werd bevraagd in de enquête, maar ook niet systematisch werd nagevraagd op preventieconsult.

Een belangrijke les die ik zelf geleerd heb na het doen van de preventieconsulten is dat patiënten vaak wel geïnteresseerd zijn, maar het onderwerp niet zelf ter sprake brengen. Als je er als arts over begint, zijn ze vaak wel gemotiveerd om iets te doen. Het is aan ons als arts om het onderwerp aan te brengen en patiënten zo die kans te geven.

Deze masterproef heeft ervoor gezorgd dat ik preventie vaker zelf aan bod laat komen tijdens een consultatie en dat ik vaardiger ben in het uitvoeren van de zorggerelateerde preventie. Het organiseren van preventieconsulten op deze manier is niet voldoende duurzaam om dit te

blijven uitvoeren, maar kan wel een zeer nuttige tool zijn bij bijvoorbeeld nieuwe patiënten of patiënten die specifiek naar preventie vragen.

8. CONCLUSIE

Het preventieconsult is een nuttige manier om aan preventie te doen bij patiënten met een hoog risico. Wanneer het uitgevoerd wordt in de algemene populatie, blijkt het niet effectief te zijn op morbiditeit en mortaliteit. Er is relatief veel tijd geïnvesteerd om relatief weinig patiënten te bereiken. Dus een heel efficiënte manier van preventie is het niet. Bij de individuele patiënten die op preventieconsult gezien werden, heeft het preventieconsult wel geleid tot beter gezondheidsgedrag.

BRONVERMELDING

1. Sciensano. SPMA : Standardized Procedures for Mortality Analysis - Belgium. [Online].; 2020. Available from: https://spma.wiv-isp.be.

2. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva, Switzerland: WHO; 2013.

3. Hollander M, Stol D, Badenbroek I, Nielen M, de Wit N, Schellevis F. De impasse van het cardiometabool preventieconsult. Huisarts & Wetenschap. 2014 Juni; 6(57): 290-291.

4. Minerva. Evidence-Based Medicine voor de eerstelijn. [Online].; 2020. Available from: http://www.minerva-ebm.be.

5. Peckham S, Hann A, Kendall S, Gillam S. Health promotion and disease prevention in general practice and primary care: a scoping study. London School of Hygiene & Tropical Medicine, LSHTM Research Online; 2017.

6. Wyers C, Walg C, Evers S, Ruwaard D. Heeft het preventieconsult de toekomst? Huisarts & Wetenschap. 2014 Juni; 6(57): 286-289.

7. Landelijke Huisartsen Vereniging en Nederlands Huisartsen Genootschap. Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022. Utrecht, Nederland: LHV & NHG; 2012.

8. NHG. Nederlands Huisartsen Genootschap. [Online].; 2020. Available from: http://www.nhg.org.

9. Blanker M. Preventieconsult: geen bewijs van effectiviteit. Huisarts & Wetenschap. 2014 Juni; 6(57): 292.

10. Baeten R, Govaerts F, Barthelomeeusen E, Jacobs L, Smets A, Teughels S, et al. Gezondheidsgids 2016. Antwerpen: Domus Medica vzw; 2016.

11. Aerts L, Baeten R, Govaerts F, Barthelomeeusen E, Boonen S, De Bont K, et al. Gezondheidsgids 2019. Antwerpen: Domus Medica vzw; 2019.

12. Dekker JM, Alssema M, Janssen PGH, Van der Paardt M, Festen CCS, Van Oosterhout MJW, et al. NHG-Standaard Het Preventieconsult module Cardiometabool Risico. Huisarts & Wetenschap. 2011; 54(3): 138-155.

13. Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (CVRM). Utrecht, Nederland: NHG; 2019.

14. Nederlands Huisartsen Genootschap. Praktische handleiding bij de NHG-Standaard CVRM (2019). Utrecht, Nederland: NHG; 2019.

15. Elders PJ, Dinant GJ, Van Geel T, Maartens LW, Merlijn T, Geijer RM, et al. NHG-Standaard Fractuurpreventie. Utrecht, Nederland: NHG; 2012.

16. Bevolkingsonderzoek Nederland. Bevolkingsonderzoek. [Online].; 2020. Available from: http://www.bevolkingsonderzoeknederland.nl.

17. Nielen M, van der Meer V, Assendelft P, Schellevis F. Eerste ervaringen met het PreventieConsult Cardiometabool risico. Huisarts & Wetenschap. 2011 Augustus; 54(8): 414-419.

18. Nielen MMJ, Assendelft WJJ, Drenthen AJM, van den Hombergh P, van Dis I, Schellevis FG. Primary prevention of cardio-metabolic diseases in general practice: A Dutch survey of attitudes and working methods of general practitioners. European Journal of General Practice. 2010; 16(3): 139-142.

19. Walter U, Flick U, Neuber A, Fischer C, Hussein RJ, Schwartz FW. Putting prevention into practice: qualitative study of factors that inhibit and promote preventive care by general practitioners, with a focus on elderly patients. BMC Family Practice. 2010; 68(11).

20. Eisner D, Zoller M, Rosemann T, Huber CA, Badertscher N, Tandjung R. Screening and prevention in Swiss primary care: a systematic review. International Journal of General Medicine. 2011 April;(4): 853-870.

21. Schöffer L, van der Winden-Haalboom K. Patiënt verwacht bemoeienis leefstijl door huisarts. Huisarts & Wetenschap. 2015 Februari; 58(2): 115.

22. Belfrage ASV, Grotmol KS, Tyssen R, Moum T, Finset A, Rø KI, et al. Factors influencing doctors' counselling on patients' lifestyle habits: a cohort study. British Journal of General Practice. 2018 September.

23. Hoffmann TC, Del Mar C. Patients' expectations of the benefits and harms of treatments, screening and tests. A systematic review. JAMA Internal Medicine. 2015 Februari; 175(2): 274-286.

24. Camilotti G, van Cutsem P, Di Zinno T, Boutsen M, Pirson AF, Vervoort K. Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België. CM, Onderzoek & Ontwikkeling; 2018.

25. Schmiedel K, Schlager H, Dörje F. Preventive counselling for public health in pharmacies in South Germany. International Journal of Clinical Pharmacology. 2013; 35: 138-144.

26. Voogdt-Pruis HR, Beusmans GHMI, Gorgels APM, Kester ADM, Van Ree JW. Effectiveness of nurse-delivered cardiovascular risk management in primary care: a randomised trial. British Journal of General Practice. 2010 Januari; 60: 40-46.

27. Stol DM, Badenbroek IF, Hollander M, Nielen MMJ, Kraaijenhagen RA, Schellevis FG, et al. Effectiveness of a stepwise cardiometabolic disease prevention program: Results of a randomized controlled trial in primary care. Preventive Medicine. 2020 Januari;(132).

28. Kotseva K, De Backer G, De Bacquer D, Rydén L, Hoes A, Grobbee D, et al. Primary prevention efforts are poorly developped in people at high cardiovascular risk: A report from the European Society of Cardiology EURObservational Research Programme EUROASPIRE V survey in 16 European countries. European Journal of Preventive Cardiology. 2020.

29. Aubrey-Bassler K, Fernandes C, Penney C, Cullen R, Meaney C, Sopcak N, et al. The effectiveness of a proven chronic disease prevention and screening intervention in diverse and remote primary care settings: an implementation study on the BETTER 2 program. British Journal of General Practice. 2019 September.

30. Jørgensen T, Jacobsen RK, Toft U, Aadahl M, Glümer C, Pisinger C. Effect of screening and lifestyle counselling on incidence of ischaemic heart disease in general population: Inter99 randomised trial. British Medical Journal. 2014 Juni;(BMJ 2014;348:g3617).

31. Assendelft WJJ, Nielen MMJ, Hettinga DM, van der Meer V, van Vliet M, Drenthen AJM, et al. Bridging the gap between public health and primary care in prevention of cardiometabolic diseases; background of and experiences with the Prevention Consultation in The Netherlands. Family Practice. 2012; 29: 1126-1131.

32. Ceulemans F. Domus Medica. [Online].; 2019. Available from: http://www.domusmedica.be/actueel.

LIJST MET AFKORTINGEN

BMI	Body mass index
CLB	Centrum voor leerlingenbegeleiding
EPD	Elektronisch patiëntendossier
GMD	Globaal medisch dossier
HAIO	Huisarts in opleiding
iFOBT	Immunologische fecaal occult bloedtest
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
PSA	Prostaat specifiek antigen
VTK	Verhoogde tegemoetkoming
WHO	World Health Organization

BIJLAGEN

Bijlage 1	Uitgedeelde vragenlijst
Bijlage 2	Dia’s wachtzaal

'Het preventieconsult: een stimulans tot beter gezondheidsgedrag?'

Vragenlijst voor de patiënt

Naam: ……	◯ man ◯ vrouw
Geboortedatum: …. / …. / ….	Datum: …. / …. / ….

1.	Neemt u medicatie voor een te hoge bloeddruk?	◯ ja ◯ nee ◯ weet ik niet
2.	Heeft u diabetes (suikerziekte)?	◯ ja ◯ nee ◯ weet ik niet
3.	Heeft u een hart- of vaatziekte (gehad)? (hartinfarct, beroerte, vaatvernauwing, te hoog cholesterol)	◯ ja ◯ nee ◯ weet ik niet
4.	Heeft uw vader of broer een hart- of vaatziekte gehad voor 55 jaar?	◯ ja ◯ nee ◯ weet ik niet
5.	Heeft uw moeder of zus een hart- of vaatziekte gehad voor 65 jaar?	◯ ja ◯ nee ◯ weet ik niet
6.	Rookt u?	◯ ja ◯ nee
7.	Gebruikt u alcoholische dranken?	◯ ja ◯ nee
8.	Eet u dagelijks groenten?	◯ ja ◯ nee
9.	Eet u dagelijks fruit?	◯ ja ◯ nee
10.	Beweegt u dagelijks minstens een half uur, naast uw dagelijkse activiteiten? (bijvoorbeeld fietsen, wandelen, zwemmen, tuinieren, …)	◯ ja ◯ nee
11.	Werd er ooit een verhoogde bloedsuikerwaarde bij u vastgesteld?	◯ ja ◯ nee ◯ weet ik niet
12.	Heeft uw vader, moeder, broer of zus diabetes?	◯ ja ◯ nee ◯ weet ik niet
13.	Heeft uw grootvader, grootmoeder, oom of tante diabetes?	◯ ja ◯ nee ◯ weet ik niet
14.	Is uw vaccinatie tegen tetanus meer dan 10 jaar geleden?	◯ ja ◯ nee ◯ weet ik niet

15.	Heeft u een longziekte?	◯ ja ◯ nee
16.	Bent u hartpatiënt?	◯ ja ◯ nee
17.	Heeft u een leverziekte?	◯ ja ◯ nee
18.	Heeft u een nierziekte?	◯ ja ◯ nee
19.	Komt er darmkanker voor bij uw vader, moeder, broer of zus?	◯ ja ◯ nee ◯ weet ik niet
20.	Vanaf 55 jaar: is uw laatste stoelgangsonderzoek meer dan 2 jaar geleden?	◯ ja ◯ nee ◯ weet ik niet

Enkel voor vrouwen

21.	Komt er borst- of eierstokkanker voor in uw familie?	◯ ja ◯ nee ◯ weet ik niet
22.	Vanaf 25 jaar: is uw laatste uitstrijkje meer dan 3 jaar geleden?	◯ ja ◯ nee ◯ weet ik niet
23.	Vanaf 50 jaar: is uw laatste mammografie meer dan 2 jaar geleden?	◯ ja ◯ nee ◯ weet ik niet

Tot slot

24.	Heeft u na het invullen van deze vragenlijst interesse om de ingevulde vragen en uw gezondheidstoestand verder te bespreken tijdens een aparte consultatie?	◯ ja, ik zou een afspraak willen met Dr. Goethals ◯ ja, maar ik heb liever een afspraak bij mijn eigen arts ◯ ja, ik zou dit het liefste vandaag bespreken en ik kom later terug voor het probleem waar ik eigenlijk voor kwam ◯ nee, ik heb geen interesse

JUNI – MAAND VAN DE PREVENTIE

De maand juni zal in het teken staan van preventie.

Dokter Goethals doet onderzoek naar preventie in de huisartsenpraktijk.
Daarom zal u een blad krijgen met enkele vragen rond uw gezondheid en levensstijl.

Meer informatie hierover vindt u in de brief bij de vragenlijst of op het prikbord.

VOORKOMEN BETER DAN GENEZEN?

Is preventie nuttig voor u?
Wat zou u zelf kunnen doen om het risico op ziektes te verkleinen?

Heeft u vragen rond preventie? Stel ze ons gerust!