Hoe samen met de praktijkassistenten een beter preventiebeleid voeren?

Sarah Vanhulle, Universiteit Gent

Promotor: Dr. Stéphanie De Maesschalck, vakgroep huisartsgeneeskunde Universiteit Gent

Co-promotoren: Dr. Hans Bogaert, huisarts; Dr. Veerle Piessens, vakgroep huisartsgeneeskunde Universiteit Gent

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017-2019

AUTEURSRECHTEN

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.

DANKWOORD

Een speciaal woord van dank aan alle betrokkenen bij dit thesisproject. Allereerst aan Hans Bogaert, copromotor en vader van een fantastische huisartsenpraktijk. De afgelopen 2 jaren leerde hij mij dat het mogelijk is om -met voldoende zin en inzet- een groepspraktijk te vormen en onderhouden waar de focus ligt op samenwerking, kwaliteit en overleg met respect voor ieders kunnen. Bedankt voor de ettelijke keren dat je -o zo snel en grondig- mijn werk hebt doorgenomen en steeds open stond voor elke vorm van overleg. Een ander speciaal woord van dank aan mijn promotor Stéphanie de Maesschalck en copromotor Veerle Piessens, die mij met hun kritische blik heel wat nieuwe inzichten hebben gegeven. Ook zij stonden steeds open voor overleg en namen hun tijd om mij te begeleiden. Ten slotte wil ik ook alle andere artsen en de praktijkassistenten van 'De Schakel' (Lisa, Iris, Annelies, Bonnie en Laurent) bedanken, zonder wiens inzet dit project onmogelijk was geweest.

ABSTRACT

Aanleiding Onze huisartsenpraktijk bestaat uit een multidisciplinair team van 4 vaste artsen, 1 huisarts in opleiding (HAIO), 1 psychotherapeute, 2 diëtisten en 2 praktijkassistenten waaronder 1 praktijkverpleegkundige. In het kader van de komst van het Globaal Medisch Dossier Plus (2011 t.e.m. 2015) had de praktijk een specifiek protocol uitgewerkt om voor elke patiënt op individueel niveau een aangepast preventieplan op te stellen. Gedurende deze periode had de praktijk -op geprogrammeerde wijze- duidelijk een beter zicht op de nodige en lopende preventieve zorgen van de individuele patiënt. Door -onder andere- het verdwijnen van het GMD+ raakte ook het eigen protocol wat op de achtergrond en verdween het van het toneel. Bijgevolg is er volgens de praktijkartsen terug onvoldoende zicht op de nodige en lopende medische preventieve zorgen van de individuele patiënt.

Onderzoeksvragen en doel Het uiteindelijke doel van dit praktijkverbeterproject is om op systematische wijze preventieaanpakken te kunnen activeren in het elektronisch medisch dossier (EMD) van de patiënt. Dit met maximale delegatie van taken naar de praktijkassistenten voor zoverre dit mogelijk is binnen een niet-forfaitair systeem. Om het praktijkverbeterproject beheersbaar te maken, werd besloten te focussen op de preventiestatus van baarmoederhalskankerscreening bij de vrouwelijke patiëntenpopulatie. Daarnaast werd een antwoord gezocht op vragen als: wat zijn -binnen de huidige organisatie van de eerste lijn- de uitdagingen en opportuniteiten in het optimaliseren van preventieve zorg in een multidisciplinaire huisartsenpraktijk? Kunnen we d.m.v. delegatie van bepaalde taken binnen onze niet-forfaitaire groepspraktijk een beter preventief beleid voeren? Is dit organisatorisch haalbaar gezien de al aanwezige taaklast van artsen en praktijkassistenten?

Methode Aanvullend op het literatuuronderzoek werd een kwalitatieve fase opgezet waarbij een aantal overlegmomenten werden gehouden tussen de praktijkartsen en -assistenten. Het probleem werd gespecifieerd a.d.h.v. de FOCUS-procedure waarna het praktijkproject werd uitgevoerd volgens de PDCA-cyclus. De doelgroep bestond uit 30-40-jarige vrouwen die tussen september en november 2018 in de praktijk kwamen consulteren. Ze werden aangesproken door de praktijkassistenten met de vraag om een aantal vragenlijsten in te vullen. De vragenlijsten werden verwerkt volgens een uitgewerkt samenwerkingsprotocol tussen de HAIO en de praktijkassistenten met het oog op een systematische agendering in het medisch dossier van elke patiënte en -indien van toepassing- een uitnodiging voor een herhalingsuitstrijkje.

Resultaten Een eerste belangrijke vaststelling is dat er bij de patiënten 'oor' leek te zijn naar het praktijkproject. Desondanks werd vastgesteld dat het totale bereik met een percentage van 31,1% eerder laag was. In tegenstelling tot de takenlast voor de praktijkassistenten leek deze voor de artsen mee te vallen. Dit met een mediane opzoektijd van 2,6 minuten per medisch dossier. Een andere vaststelling was dat vrouwen de datum en het resultaat van hun laatste uitstrijkje vrij adequaat konden inschatten. Het project zorgde uiteindelijk voor een significante verbetering van het aantal actieve zorgaanpakken baarmoederhalskankerscreening binnen de onderzoeksgroep. (Fig. 11)

Conclusie Het implementeren van een kwalitatief preventief beleid binnen een niet-forfaitaire huisartsenpraktijk blijft een uitdaging binnen het huidige gezondheidssysteem. Het is niet vanzelfsprekend om binnen het tijdsbestek van een standaardconsult tijd vrij te maken voor preventieve gezondheid. Gezien het reeds uitgebreide takenpakket van de Belgische huisarts lijkt het dan ook aantrekkelijk om bepaalde taken -zoals preventie- te delegeren naar één of meerdere praktijkassistenten. Echter, in tegenstelling tot de tegemoetkoming (Impulseo) voor het tewerkstellen van administratief personeel binnen de Belgische huisartsenpraktijk is er binnen het niet-forfaitaire systeem op heden nog geen structurele financiering voorzien voor het in dienst nemen van een praktijkverpleegkundige. (27) Desondanks lijken de voordelen van het inschakelen van een dergelijke praktijkverpleegkundige voor de meeste huisartsenpraktijken toch op te wegen. (6, 27) Binnen het huidige systeem zal de beslissing om een verpleegkundige aan te werven dan ook vooral afhangen van de visie van de individuele huisartsenpraktijk en de wens tot investering hierin, rekening houdende met de toegenomen kost en inspanning. (27)

INHOUD

Auteursrechten 1
Dankwoord 1
Abstract 2
Inleiding 4
Schetsing probleemstelling en praktijkwerking 4
Onderzoeksvragen en doel van dit praktijkproject 5
Oriënterend literatuuronderzoek 6
Hoe wordt preventie in de Belgische huisartsenpraktijk georganiseerd? 6
Baarmoederhalskankerscreening de dag van vandaag 8
Nood aan taakdelegatie: gevolg van een tekort aan workforce of eerder nood aan een meer competent Belgisch zorgmodel? 9
Assistentie gevraagd! 10
Methode 13
Resultaten 19
Pdca: plan (Kwalitatieve fase) 19
pdCA: do 24
pdCA: check 24
Discussie 34
Bespreking van de resultaten 34
Huisarts of gynaecoloog? 37
Ongelijkheid binnen het screeningslandschap 38
Ontwikkelingen en evoluties binnen het studiegebied 39
'De ideale wereld' en hoever we ervan zitten 40
Conclusie 42
Referenties 44
Bijlagen 46
Bijlage 1: gunstig advies ethisch comité 46
Bijlage 2: goedgekeurd protocol ethisch comité 48
Afkortingen 50

INLEIDING

SCHETSING PROBLEEMSTELLING EN PRAKTIJKWERKING

De huisarts is -met zijn brede medische kennis- niet enkel bekwaam binnen het curatieve landschap maar wordt meer en meer aanzien als de schakel tussen de verschillende sectoren van de gezondheidszorg en neemt hierbij een breed takenpakket op zich. (32) Van onze Belgische huisartsen wordt heel wat verwacht: rekening houdende met de patiënt binnen zijn/haar context zijn ze medisch expert binnen hun vakgebied en gaan daarnaast ook optreden als communicator, als samenwerker, als organisator en zeker niet onbelangrijk: als gezondheidsbevorderaar. Dit alles brengt met zich mee dat huisartsen zich steeds vaker gaan groeperen binnen (multidisciplinaire) groepspraktijken. (32)

Onze huisartsenpraktijk bestaat uit een multidisciplinair team van 4 vaste artsen, 1 huisarts in opleiding (HAIO), 1 psychotherapeute, 2 diëtisten en 2 praktijkassistenten waaronder 1 praktijkverpleegkundige. Het secretariaat wordt per dagdeel bemand door maximaal één praktijkassistente. In september 2018 beheerde de praktijk een totaal van 2238 GMD's. Ongeveer 9% van de praktijkpopulatie geniet een voorkeurstarief en 45% van de patiënten hebben een statuut als chronische patiënt. De praktijk streeft naar een gemeenschappelijk patiëntenbestand waarbij iedere patiënt door elk van de 5 artsen begeleid kan worden. In het kader van het GMD+ had onze huisartsenpraktijk gedurende de periode 2011 tot en met 2015 een specifiek protocol uitgewerkt om voor elke patiënt op individueel niveau een aangepast preventieplan te creëren. Hierbij werd getracht de praktijkassistenten maximaal in te zetten.

Het GMD-plus of 'individueel preventieplan' kwam tot stand in 2011 en was een initiatief van de Vlaamse overheid. Hierbij werd door Domus Medica een gezondheidsgids opgesteld die het mogelijk maakt -rekening houdende met de persoonlijke en familiale voorgeschiedenis van de patiënt- voor elke patiënt een individueel preventieplan op te stellen. (20)

Tijdens die periode had de praktijk -op geprogrammeerde wijze- een beter zicht op de nodige en lopende preventieve zorgen en werden de 'in het medisch dossier geagendeerde punten' gemakkelijker opgepikt tijdens routine consultaties. Samengevat, werd elke patiënt tussen 40 en 75 jaar die kwamen consulteren in deze periode aangesproken door één van de praktijkassistenten. Men werd hierbij uitgenodigd om een preventievragenlijst in te vullen en dit bij voorkeur ter plaatse in de wachtzaal. Vervolgens werden de ingevulde vragenlijsten in de vakjes van de artsen gelegd en verwerkt volgens een vooraf uitgewerkt protocol. Na toekenning van een specifieke code, werden de vragenlijsten teruggegeven aan de praktijkassistenten die ze op hun beurt -eveneens volgens protocol- verwerkten. Uiteindelijk brachten zij de patiënt via e-mail op de hoogte van hun 'persoonlijk

preventieplan' en werd de patiënt uitgenodigd hiervoor terug op consultatie te komen. Bovendien werden de preventieve punten ook geagendeerd in het medisch dossier van de patiënt.

Met het verdwijnen van het GMD+ in 2015 raakte ook het eigen protocol op de achtergrond en verdween het uiteindelijk van het toneel. Een belangrijke medeoorzaak van het verdwijnen van het preventieprotocol binnen de praktijk was een update binnen het toenmalige medische programma 'Accrimed'. Agendagegevens die meer dan 3 maand oud waren, werden niet meer op het startscherm getoond maar moesten worden opgezocht in 'de agenda' van het patiëntendossier, waardoor er vanzelfsprekend minder aandacht aan werd besteed. Toen de praktijk uiteindelijk zijn medisch programma veranderde naar 'Careconnect' en de agendapunten wel terug op het startscherm verschenen, was het niet duidelijk welke agendapunten al dan niet reeds waren uitgevoerd. Bovendien verschenen er nu dubbele meldingen n.a.v. de te starten zorgaanpakken. Uiteindelijk werd het protocol niet meer terug opgepikt. Met het verdwijnen van het GMD+ verdween ook het specifiek nomenclatuurnummer die hiervoor kon worden aangerekend. Wel voorziet de Belgische overheid momenteel automatisch een hogere vergoeding voor het GMD bij patiënten tussen 45 en 75 jaar aan wie het statuut van 'chronische ziekte' wordt toegekend. (3)

Sindsdien wordt, tenzij de patiënt hier expliciet voor komt consulteren, enkel een blik op preventie geworpen indien hier tijdens het standaardconsult tijd voor is. Het initiatief om preventiepunten aan te raken ligt aldus nagenoeg volledig in de handen van de arts. Ook de praktijkassistenten worden niet meer betrokken.

ONDERZOEKSVRAGEN EN DOEL VAN DIT PRAKTIJKPROJECT

Het uiteindelijke doel van dit praktijkproject is om terug op systematische wijze preventieaanpakken te kunnen activeren in het EMD van de patiënt en dit met maximale delegatie van taken naar de praktijkassistenten, die dit los van de prestatiegerichte geneeskunde op zich kunnen nemen. Om het praktijkverbeterproject beheersbaar te maken, werd besloten te focussen op de preventiestatus van baarmoederhalskankerscreening bij de vrouwelijke patiëntenpopulatie. Dit aangezien statistische analyse van de patiëntendossiers aantoonde dat de praktijk hier weinig zicht op heeft. (zie verder)

Daarnaast werd een antwoord gezocht op vragen als: wat zijn -binnen de huidige organisatie van de eerste lijn- de uitdagingen en opportuniteiten in het optimaliseren van preventieve zorg in een multidisciplinaire huisartsenpraktijk? Kunnen we d.m.v. delegatie van bepaalde taken binnen onze niet-forfaitaire groepspraktijk een beter preventief beleid voeren? Is dit ook organisatorisch haalbaar rekening houdende met de al aanwezige taaklast van artsen en praktijkassistenten?

ORIËNTEREND LITERATUURONDERZOEK

Voorafgaand aan de opstelling en uitvoering van dit praktijkverbeterproject werd een oriënterend literatuuronderzoek uitgevoerd. Hierbij werden een aantal onderwerpen onder de loep genomen zoals 'de preventie van baarmoederhalskanker de dag van vandaag en perspectieven voor de toekomst', 'de organisatie van preventie binnen de Belgische huisartsenpraktijk', 'de huidige rol van de praktijkassistente en -verpleegkundige binnen de Belgische huisartsenpraktijk' en 'de remmende en/of bevorderende factoren voor delegatie van taken binnen een niet-forfaitaire huisartsenpraktijk'. Literatuuropzoekingen werden onder andere gedaan a.d.h.v. eerder geschreven masterproeven omtrent het thema (13, 16, 17, 31, 32), artikels verschenen in het tijdschrift 'Huisarts Nu' of op de actualiteitspagina van Domus Medica (1, 3, 5, 10, 21, 27) alsook 'Minerva' (7), Belgische jaarstatistieken van de cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidsberoepen (4), rapporten van het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (2, 8), een jaarrapport van het centrum voor kankeropsporing (18), de 'Gezondheidsgids' van Domus Medica (11) en rapporten van bevolkingsonderzoeken van de kruispuntbank (16). Daarnaast werden ook enkele artikelen gevonden via PubMed. (24, 25, 26) Hierbij werden de zoektermen 'nurse practitioner' AND 'primary health care' gebruikt en gefilterd op 'review', '5 years' en 'humans'. Aanvullende artikelen werden gevonden in de referentielijsten van bovenstaande bronnen. Ten slotte werd ter voorbereiding van het opstellen van het praktijkverbeterproject ook gebruik gemaakt van het boek 'Dokteren met kwaliteit' door Grouwels D. en Seuntjens L. (19)

HOE WORDT PREVENTIE IN DE BELGISCHE HUISARTSENPRAKTIJK GEORGANISEERD?

Preventieve gezondheidszorg heeft als doel de gezondheid van de bevolking te bevorderen, beschermen en behouden om zo te komen tot een langere levensduur en een betere gezondheidskwaliteit. (30) De wettelijke basis van de preventieve gezondheidszorg in Vlaanderen gaat terug tot 2003. (30) De interesse hiervoor groeide mee het evoluerende zorglandschap waarbij het genezen van infectieziekten meer en meer plaats maakte voor kankers en chronische en cardiovasculaire aandoeningen. (30) Daarnaast wordt er -met de toenemende vergrijzing en migratie- een belangrijke dynamiek vastgesteld in de Belgische demografie. (1) Het belang van preventieve gezondheidszorg wordt geïllustreerd door de verschillende pogingen van de overheid om huisartsen hierbij te ondersteunen en begeleiden. Het betreft hier onder andere het tijdelijk bestaan van het GMD+ (2011-2015), het ontstaan van verschillende bevolkingsonderzoeken en de ontwikkeling van de 'Gezondheidsgids'. (11)

'De Gezondheidsgids' werd ontwikkeld door Domus Medica met als doel het medisch preventiebeleid van de Belgische huisarts te ondersteunen. Deze online leidraad vertaalt de Vlaamse

Gezondheidsdoelstellingen in bruikbare richtlijnen voor de eerste lijn. (11) Zo bevat de 'Gezondheidsgids' informatie voor patiënten vanaf 18 jaar over enerzijds gezondheidspromotie (rookstopbegeleiding, alcoholgebruik, advies rond gezonde voeding en fysieke activiteit) en anderzijds ziektepreventie (valpreventie, vaccinatiebeleid, opsporing diabetes type 2, berekening van het risico op hart en vaatziekten en de verschillende bevolkingsonderzoeken ter preventie van baarmoederhalskanker, borstkanker en dikke darmkanker). (11) De Vlaamse bevolkingsonderzoeken zijn vormen van georganiseerde screening waarbij patiënten binnen de doelgroep op systematische wijze uitnodigingsbrieven ontvangen met als doel zich te laten screenen. (20)

De huisarts speelt in dit alles een essentiële rol. Zo lijkt de huisarts -met zijn centrale positie en laagdrempelig karakter- uitermate geschikt om patiënten te begeleiden naar een gezondere leefwijze (rookstop, alcoholvermindering, fysieke activiteit, gezonde voeding…) Daarnaast kan hij een rol spelen in het vroegtijdig opsporen van bepaalde aandoeningen en het aansporen van de patiënten tot deelname aan de bevolkingsonderzoeken. (30) Men verwacht dan ook van de Vlaamse huisarts om patiënten zo goed als mogelijk te informeren rond preventie. Bovendien kan hij een deel van de uitvoering van deze preventieonderzoeken op zich te nemen, zoals bloedafnames, uitstrijkjes, vaccinaties… (30)

Ondanks de inspanningen van de Vlaamse overheid om het preventiebeleid te stimuleren, stelt men een aanhoudende ongelijkheid vast in het bereik van de algemene bevolking. Zo worden kwetsbare patiëntengroepen zoals laagopgeleiden, mensen in armoede of migranten en etnische minderheden -die de screening het meeste nodig hebben- duidelijk minder bereikt. (30) Niet alleen de taalbarrière, maar ook andere factoren zoals culturele voorkeuren, gezondheidsvaardigheden of health literacy en inkomen maken het uitdagend voor een gezondheidswerker om adviezen te geven over gezondheid en ziektepreventie. (30) De toenemende diversiteit binnen de Belgische samenleving zorgt voor een vermenging van allerlei verschillende normen, waarden, culturen en gewoonten. De Vlaamse huisarts staat dan ook voor de uitdaging om meer aandacht te schenken aan preventie bij kwetsbare groepen.

Andere drempels die huisartsen in interviews vermelden met betrekking tot de praktische implementatie van preventieve gezondheidszorg in de dagdagelijkse praktijk betreffen tijdsgebrek, onvoldoende financiële tegemoetkoming en onvoldoende motivatie bij patiënten. (30, 31) Zo ziet men dat praktijken die deel uitmaken van het forfaitair betalingssysteem meer inzetten op preventie. (30) Een van de redenen hiervoor is dat zij heel wat taken kunnen delegeren naar verpleegkundigen en andere praktijkmedewerkers en dat hun financiering niet rechtstreeks afhangt van het aantal uitgevoerde prestaties per dag. Niet-forfaitaire praktijken worden wel betaald per prestatie en gaan in

het algemeen slechts aandacht geven aan preventie wanneer er tijd over is op het einde van een standaardconsult. (30)

BAARMOEDERHALSKANKERSCREENING DE DAG VAN VANDAAG

Het onderzoek naar screeningsmethoden van baarmoederhalskanker staat niet stil. Voor 2009 werden baarmoederhalsuitstrijkjes jaarlijks terugbetaald door de Belgische overheid. (10) In 2009 werd echter beslist om deze terugbetaling terug te schroeven tot één uitstrijkje elke twee jaar. In 2013 werd dit nogmaals verminderd tot één uitstrijkje elke drie jaar. Dit zorgde voor een daling van het totaal aantal uitstrijkjes in België met 50.000 eenheden per jaar sinds 2013. (10) Zeer opvallend is dat deze daling nagenoeg volledig te wijten is aan de huisartsen, gezien de gynaecologen nog steeds evenveel uitstrijkjes af lijken te nemen als vroeger. (10) Volgens een nieuwsbericht gepost door Domus Medica nam de Belgische huisarts in 2018 minder dan één op tien uitstrijkjes voor zijn rekening. (10)

Volgens de huidige Belgische richtlijnen wordt aan alle vrouwen tussen 25 en 65 jaar aangeraden om deel te nemen aan het Vlaams programma voor Cervixkankeropsporing. (11) Als een patiënte binnen deze doelgroep gedurende meer dan 3 jaar geen nieuw uitstrijkje laat uitvoeren, krijgt zij rond haar verjaardag een persoonlijk bericht van het Centrum Voor Kankeropsporing. Dit gebeurt tot de leeftijd van 65 jaar, tenzij er contra-indicaties aanwezig zijn. (11) Momenteel worden uitstrijkjes in België nog steeds onderzocht aan de hand van een cytologische analyse van de cellen van de baarmoederhals (Pap-test). (11) Detectie van het humaan papillomavirus (HPV) op het staal wordt in België enkel aanbevolen en terugbetaald in geval van een uitstrijkje met een afwijkende cytologie. (7) Desalniettemin zou, volgens een recent rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), het primair uitvoeren van een HPV-screening -vooraleer te beslissen of verder cytologisch onderzoek nodig is- vrouwen ouder dan 30 jaar beter beschermen tegen baarmoederhalskanker dan de huidige screeningsmethode en dit aan een lagere kost. (8) Op die manier kunnen zowel 240 extra gevallen van baarmoederhalskanker als 96 overlijdens op 100 000 gescreende vrouwen voorkomen worden. (8) Bovendien zou zo ook de screeningstijd tussen 2 onderzoeken veilig verlengd kunnen worden tot 5 jaar. (8) Deze cijfers gelden niet voor vrouwen jonger dan 30 jaar oud. In dit geval wordt nog steeds de voorkeur gegeven aan de klassieke Pap-test gezien HPV-infectie veel vaker voorkomt bij jongere leeftijdsklassen. Het systematisch uitvoeren van een HPV-test zou dan ook te veel onnodige diagnostiek en behandeling tot gevolg hebben. (8) In Nederland wordt deze manier van screening al doorgevoerd sinds 2017 via het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Alle 30 tot 60-jarige vrouwen worden er 5-jaarlijks uitgenodigd voor het nemen van een uitstrijkje waarop eerst een hr-HPV (high-risk HPV) test wordt uitgevoerd. (8) Wanneer vrouwen hiervoor een uitnodigingsbrief ontvangen, krijgen zij ook de mogelijkheid een hr-HPV

zelfafnameset aan te vragen. Dit is in België nog niet het geval. Een Belgisch pilootproject lopende van 2015 tot juni 2018 bood jaarlijks zelfafnamemateriaal aan aan Belgische vrouwen die sinds zeven jaar of meer geen uitstrijkje meer lieten nemen. Hierbij werd een jaarlijkse responsgraad tussen 21,8 en 34,7% bekomen. (18) Ten slotte is het ook belangrijk dat vrouwen die al gevaccineerd zijn tegen het HPV-virus zich eveneens blijvend laten screenen. Dit omdat de werkingsduur van het vaccin nog onvoldoende gekend is en het vaccin niet beschermt tegen alle maligne HPV-subtypes. (8)

Het screeningslandschap is dus in volle evolutie en zal in de nabije toekomst waarschijnlijk ook in België veranderen. Ondanks de huidige inspanning van de Belgische overheid haalde België haalt slechts een screeningsgraad van 62,2% in het jaar 2017. (17) Opvallend ziet men hierbij ook een significant lagere dekkingsgraad bij vrouwen uit zwakkere socio-economische milieus, bij oudere vrouwen, bij migranten en bij etnische minderheden. (16) Minder dan vijf op de tien vrouwen tussen 60 en 64 jaar zouden zich regelmatig laten screenen d.m.v. een uitstrijkje terwijl de dekkingsgraad tussen de leeftijd van 30 en 49 jaar meer dan 65% bedraagt. (16)

NOOD AAN TAAKDELEGATIE: GEVOLG VAN EEN TEKORT AAN WORKFORCE OF EERDER NOOD AAN EEN MEER COMPETENT BELGISCH ZORGMODEL?

Huisartsen worden toenemend geconfronteerd met de vergrijzende Belgische populatie en het daarmee samenhangend belang van systematische preventie en zorg voor chronische aandoeningen. Ze krijgen meer en meer de positie van ‘schakel’ binnen de gezondheidszorg waarbij ze -naast hun curatieve rol- ook optreden als communicator, samenwerker, organisator en niet te vergeten als gezondheidsbevorderaar. Indien het Belgische zorgmodel onvoldoende tegemoet komt aan dit veranderende takenpakket wordt het in de toekomst ongetwijfeld met problemen geconfronteerd. (2)

Op 31 december 2017 telde ons land 15.989 huisartsen waarbij maar liefst meer dan een derde van de mannelijke huisartsen (39,7%) met een leeftijd van minstens 65 jaar de wettelijke pensioenleeftijd had bereikt. (tabel 1) Daarnaast ziet men een duidelijke vervrouwelijking van het artsenberoep: op 31 december 2017 was 81,3% van de mannelijke huisartsen ouder dan 50 jaar. (1, 4) Bij de vrouwelijke huisartsen daarentegen was slechts 40,5% vijftig jaar of ouder. (4) De vrouwelijke huisartsen maakten toen 40,3% van het artsenbestand uit, terwijl dit op 31 december 2007 nog maar 31,7 % was. (4)

	Totaal			Man			Vrouw		
	Aantal	Kolom%	Rij%	Aantal	Kolom%	Rij%	Aantal	Kolom%	Rij%
Totaal	**15.989**	100,0	100,0	9.539	100,0	**59,7**	6.450	100,0	**40,3**
< 50 j	5.628	**35,2**	100,0	1.788	**18,7**	**31,8**	3.840	**59,5**	**68,2**
≥ 50 j	10.361	**64,8**	100,0	7.751	**81,3**	**74,8**	2.610	**40,5**	**25,2**

Tabel 1: aantal huisartsen in België op 31/12/2017, volgens leeftijd en geslacht. (Gebaseerd op de Belgische jaarstatistieken (4))

Op 31/12/2017 telde België 1.272 huisartsen in opleiding, waaronder 65,7% vrouwen. (4) Het aantal startende huisartsen in opleiding neemt jaarlijks toe. Dit om tegemoet te komen aan een aantal belangrijke evoluties zoals de vermindering van het gemiddeld activiteitsniveau per huisarts. Factoren die hierbij mede aan de basis liggen zijn de snel evoluerende vervrouwelijking van het artsenberoep, de verbeterde werkvoorwaarden en de evolutie naar een meer efficiënte praktijkorganisatie (duo- en groepspraktijken, samenwerkingsverbanden, forfaitaire praktijken, wijkgezondheidscentra…). (5) Volgens Jan De Lepeleire et al. zouden er jaarlijks ongeveer 216 nieuwe huisartsen moeten starten om tegemoet te komen aan de zorgvraag, rekening houdende met de vervrouwelijking van de huisartsengroep en het activiteitsniveau van de Belgische huisarts. (5)

Maar waar wringt het schoentje in België? Het Belgische projectiemodel koppelt het 'statisische artsenbestand' van de Federale Overheidsdienst (FOD) aan het activiteitsniveau van de Belgische huisarts. (2) Dit model laat ons toe de huidige activiteit en geografische spreiding van de Belgische artsen in kaart te brengen en toekomstige zorgnoden beter in te schatten. (2) Echter, volgens een rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, is dit model ontoereikend. (2) Zo zou er bijvoorbeeld onvoldoende rekening gehouden worden met de vorm van praktijkorganisatie en met de praktijkpopulatie binnen de praktijk. Door een meer correcte afstemming van het projectiemodel kunnen we beter tegemoet komen aan de toekomstige evoluties en zorgnoden. In Nederland verzorgt de gemiddelde huisarts -ondanks zijn breder takenpakket- met gemiddeld 2500 patiënten meer patiënten dan wij Vlamingen. (5) Het verschil is dat de Nederlandse huisartsen veel meer taken kunnen delegeren naar ondersteunend personeel. Het meer efficiënt uitbouwen van Belgische groepspraktijken en betrekken van andere eerstelijnswerkers lijkt alvast een zeer aantrekkelijke optie. De overheid wordt daarbij uitgedaagd tot het ontwikkelen van geschikte opleidingsprogramma's alsook het verduidelijken en herbekijken van de huidige wetgeving rond het financieren en delegeren van taken naar praktijkassistenten. (27)

ASSISTENTIE GEVRAAGD!

DE HUIDIGE ROL VAN DE PRAKTIJKASSISTENTE EN -VERPLEEGKUNDIGE BINNEN DE BELGISCHE HUISARTSENPRAKTIJK.

Het inschakelen van een administratief medewerker en/of praktijkverpleegkundige binnen de eerste lijn zou een duidelijke kwalitatieve meerwaarde betekenen voor de patiënt én voor de huisartsenpraktijk. (6, 27) Terwijl bepaalde routinetaken zoals het maken van afspraken, de administratie en een aantal -al dan niet technische- handelingen door de praktijkassistenten worden overgenomen, kan de huisarts zich beter richten op de kerntaken binnen zijn beroep. (6) Tot op heden kiezen huisartsen er voornamelijk voor om administratieve taken uit handen te geven. (1) Vooral de delegatie van de telefoonpermanentie wordt als een grote ontlasting ervaren. Op de tweede plaats

komen managementtaken, het onderhoud van de praktijk en minimaal technische verrichtingen. (1) Ook voor het beheren van het preventief gezondheidsdossier wordt soms beroep gedaan op praktijkassistentes en -verpleegkundigen. (1) Dit is niet onbelangrijk gezien het stijgende belang van preventie.

BEVORDERENDE EN REMMENDE FACTOREN VOOR DELEGATIE VAN TAKEN NAAR BINNEN EEN NIET-FORFAITAIRE HUISARTSENPRAKTIJK.

In Nederland heeft de praktijkverpleegkundige of 'verpleegkundig specialist' zijn intrede al gevonden. In vergelijking met praktijkassistenten ontfermen praktijkverpleegkundigen zich over een breder takenpakket met zowel patiëntgebonden als niet-patiëntgebonden opdrachten. Dit takenpakket kan sterk variëren, afhankelijk van de verwachtingen van de werkgever. (27) Zo kunnen ze naast het onthaal van de praktijk ook administratieve, medisch technische en verpleegtechnische prestaties op zich nemen. (22, 27) Daarnaast kunnen ze de huisarts ondersteunen in de opvolging van bepaalde patiëntengroepen zoals diabetespatiënten, patiënten met COPD en geriatrische patiënten. (22) Bovendien zouden praktijkverpleegkundigen patiënten met acute lichte aandoeningen snel en effectief kunnen behandelen. (26) In kader van zijn thesisproject onderzocht voormalig Huisarts in Opleiding Olivier Vantomme enkele belangrijke punten rond het tewerkstellen van een verpleegkundige binnen de Belgische huisartsenpraktijk. (27) De acht geïnterviewde groepspraktijken hadden, naast andere praktijkmedewerkers ook een verpleegkundige in dienst. Zowel de huisartsen als de patiënten leken zeer tevreden met hun aanwezigheid. (27). Verpleegkundigen zouden met hun 'verpleegkundige blik' dan ook een meerwaarde betekenen voor de werking van een huisartsenpraktijk. (27) Volgens een onderzoek uitgevoerd door Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg en Meetpunt Kwaliteit in Nederland zou het inzetten van een praktijkverpleegkundige veilig en verantwoord zijn. (28) Daarenboven toont een studie gepubliceerd door Heiligers P. et al. dat het inzetten van praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk kan zorgen voor een betere eerstelijnszorg voor diabetespatiënten. (23) Dit zou ook gelden voor de opvolging van COPD-patiënten en voor cardiovasculair risicomanagement. (23) Domus Medica publiceerde in maart 2018 een interview met voormalig voorzitter van Domus Medica en huisarts, Maaike Van Overloop. (9) Hierin uit zij onder meer dat de verpleegkundigen een soort van 'toegangspoort' vormen voor de patiënten en vaak laagdrempeliger zijn in vergelijking met de huisarts. (9) *"Ze zien dingen binnen hun eigen expertise en moeten dan ook op een gelijkwaardige manier met de artsen in overleg kunnen gaan."* (9) De praktijkverpleegkundigen kunnen zo reeds bepaalde zaken in het dossier van de patiënt noteren zodat de arts hier eventueel later kan op terugkomen. De misvatting dat het in dienst nemen van een praktijkverpleegkundige zou zorgen voor een ontlasting van de huisarts moet absoluut gecorrigeerd worden. (27) Dit is zeker niet het geval. Het inzetten van verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk zorgt vooral voor een verschuiving van taken waardoor de rol van de praktijkartsen verandert. (27)

Naast bevorderende factoren beschrijven B. Dirickx et al. ook een aantal remmende factoren voor het delegeren van taken binnen de huisartsenpraktijk. (1) Zo wordt een gebrek aan communicatie tussen arts en praktijkmedewerkers, het controleverlies van de arts bij het uit handen geven van taken, de afname van het contact tussen arts en patiënt en het gebrek aan ruimte en infrastructuur vermeld. (1) Niet te vergeten vergt het delegeren van taken zoals het meedelen van bloedresultaten aan de patiënt een belangrijke vertrouwensband tussen arts en praktijkassistenten. Daarnaast moet de praktijkassistente over een bepaalde 'competentie' beschikken. Ook het delegeren van andere taken, zoals het ingeven van brieven en laboresultaten in het elektronisch medisch dossier (EMD) van de patiënt, zijn mogelijk maar bediscussieerbaar. (1). Namelijk, wanneer een arts hierdoor een belangrijk resultaat mist, kan dit grote gevolgen hebben voor alle partijen en is de arts juridisch eindverantwoordelijk. Het maken van duidelijke praktijkafspraken en een goede inschatting van de competenties van de praktijkassistente(en) is dus onontbeerlijk.

Naast het afwegen van alle andere voor- en nadelen is het absoluut belangrijk een blik te werpen op de kosten van dit plaatje. Dit vormt dan ook de -al dan niet belangrijkste- remmende factor voor het in dienst nemen van een praktijkverpleegkundige. (27) Om dit te illustreren is het belangrijk het verschil tussen forfaitaire en niet-forfaitaire praktijkvormen kort toe te lichten. Patiënten ingeschreven in een forfaitaire groepspraktijk betalen geen remgeld voor een consultatie bij de huisarts, kinesitherapeut of verpleegkundige verbonden aan deze praktijk. In ruil daarvoor verbinden ze zich ertoe om binnen de diensturen enkel gebruik te maken van de zorgverleners binnen deze praktijk. (27) De praktijk zelf -meestal in de vorm van een medisch huis- ontvangt op zijn beurt maandelijks een forfait van het RIZIV afhankelijk van het aantal ingeschreven patiënten. (27) Vanuit dit budget worden alle praktijkmedewerkers vergoed. Het loon van de praktijkverpleegkundigen wordt vastgelegd volgens de loonbarema's van het Paritair Comité 330. Het betreft een bruto maandinkomen van 2487 euro, voor de werkgever in meerdering gebracht met de patronale bijdragen tot een maandelijkse loonkost van ongeveer 3350 euro. (27) Op 1 juli 2017 telde België 176 'medische huizen', welke de laatste 10 jaar in zeer sterke groei zijn. (6) Een niet-forfaitaire huisartsenpraktijk werkt volgens een ander financieringssysteem. Artsen worden er betaald per prestatie en kunnen hiervoor een afgebakende set nomenclatuurnummers gebruiken. Indien deze praktijken ervoor kiezen een onthaalbediende, een administratief bediende of een medisch telesecretariaat in dienst te nemen, biedt de Vlaamse Overheid hiervoor een tegemoetkoming, ook gekend als Impulseo. (29) Dit geldt enkel voor administratief personeel. Voor de financiering van een verpleegkundige is er tot op de dag van vandaag nog geen structurele financiering voorzien. (27) Belgische thuisverpleegkundigen worden vergoed door het Riziv en hebben hun eigen nomenclatuurregeling. Dit omvat naast technische prestaties ook de mogelijkheid om éénmaal per jaar een verpleegkundig consult aan te rekenen. (27)

Het probleem is dat noch deze nomenclatuurnummers, noch dit verpleegkundig consult aangerekend mag worden binnen een niet-forfaitaire huisartsenpraktijk. (27) Er zijn slechts minimale tegemoetkomingen voorzien voor het uitvoeren van een beperkt aantal technische prestaties. Dit alles zorgt ervoor dat het in dienst nemen van een praktijkverpleegkundige in België tot op de dag van vandaag (nog) niet financieel voordelig is. (27) Zoals hierboven beschreven onderzocht Olivier Vantomme n.a.v. zijn masterproef de haalbaarheid van het inzetten van een verpleegkundige in een niet-forfaitaire groepspraktijk. (27) Bij de vraag hoe deze praktijken dit financieel compenseren, komen een aantal -meer of minder creatieve- manieren naar boven. Zo wordt vaak het nomenclatuurnummer op naam van een superviserende arts gebruikt voor het aanrekenen van een verpleegkundig consult. Ook de technische prestaties worden vaak alsnog in rekening gebracht met een nomenclatuurnummer op naam van een van de praktijkartsen. (27) Men beroept zich hiervoor op artikel 1 paragraaf 4 bis van het K.B. 25.7.1994. waarin staat dat dit mag als deze handelingen getroffen worden ter voorbereiding op een diagnose of in het kader van preventieve geneeskunde indien de arts fysiek aanwezig is. (27) Daarnaast wordt het merendeel van de verpleegkundigen ook ingeschreven als administratieve hulp zodat de praktijk in aanmerking kan komen voor de Impulseo toelage. (27, 29) Bij gebrek aan structurele financiering begeven praktijken zich zo in een grijze zone, wat niet de bedoeling is. Ondanks deze pogingen om de loonkost zo goed als mogelijk te dichten, moeten de praktijkartsen maandelijks een deel van hun inkomen afgeven om de kosten te dekken. (27) Dit wordt dan wel als ingebracht als ‘beroepskost’. (27)

CONCLUSIE

Ondanks de gebrekkige financiering lijken de voordelen van het in dienst nemen van een praktijkverpleegkundige voor de meeste huisartsenpraktijken toch op te wegen. Het in dienst nemen van een praktijkverpleegkundige zou zorgen voor een toename van de kwaliteit en continuïteit van zorg, meer actuele en correcte medische dossiers en een rustigere manier van werken rekening houdende met de toegenomen kost en inspanning. (27)

METHODE

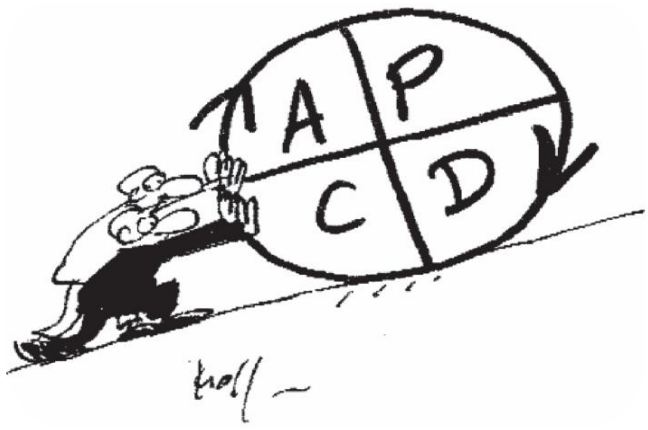
Aanvullend op het literatuuronderzoek werd een kwalitatieve fase opgezet. Hiervoor werd initieel een interview met de twee praktijkassistenten gevoerd. Het interview omvatte voornamelijk vragen over vroegere ervaringen met praktijkprojecten rond preventie, de werking van dergelijke projecten en hun persoonlijke draagkracht en -last. Het interview nam een 60-tal minuten in beslag en werd mondeling afgenomen. De antwoorden werden in notitievorm opgeschreven en achteraf uitgetypt in Microsoft Word. Vervolgens werd een soortgelijk interview afgenomen bij de praktijkartsen. De resultaten van beide interviews werden vergeleken en samen in een tekst gegoten. Het doel van de interviews was

om de sterktes en valkuilen binnen het voormalige praktijkpreventieproject te detecteren en te komen tot een exacte probleemdefinitie. Tijdens een tweede praktijkoverleg werd beslist het probleem te gaan downsizen aan de hand van de FOCUS-procedure (zie box) en toe te spitsen op één welomschreven, specifiek (preventie)domein en doelgroep.

Binnen een FOCUS-procedure wordt het probleem eerst vastgelegd (Find), gevolgd door een samenkomst met alle betrokkenen (Organise meeting) en een duidelijke definiëring (Clarify) en uitdieping (Understand/Uncover) van het probleem. (19)

Er werd geopteerd voor meetbare onderwerpen zoals tetanusvaccinaties of screening naar colorectale, borst- of cervixcarcinoom. Om een schatting te maken van het aantal patiënten waarbij de preventieve status voor de verschillende onderwerpen al gekend was, werd een statistische analyse van het medisch dossier doorgevoerd. Een belangrijk inclusiecriterium was daarbij 'het hebben van een actief GMD in onze praktijk'. Deze schatting werd gemaakt op het moment dat de praktijk een totaal van 2238 GMD's beheerde. Zo werd er bijvoorbeeld nagegaan hoeveel patiënten tussen 25 en 65 jaar de afgelopen 10 jaar -volgens het medisch dossier van de patiënt- een tetanusvaccinatie hadden gekregen. Dit werd onderzocht aan de hand van de statistisch module binnen het medisch programma 'Careconnect'. In dit voorbeeld werden de criteria 'dossier status actief' EN 'GMD jaar 2018' EN 'leeftijd groter dan 25 jaar en kleiner dan of gelijk aan 75 jaar' EN 'vaccinatie indicatie tetanus' EN 'vaccinatie is groter dan of gelijk aan 01/09/2008' gebruikt. Deze zoekopdracht werd afzonderlijk uitgevoerd voor zowel mannen als vrouwen. (Fig. 2, 3) Voor de screening naar colorectaal, borst- en cervixcarcinoom werd nagegaan voor hoeveel patiënten reeds een zorgaanpak gestart was binnen de aanbevolen leeftijdsgrenzen voor preventie. Ook dit werd gedaan aan de hand van de statistische module binnen Careconnect. Voor borstkankerscreening werden bijvoorbeeld de criteria 'dossier status actief' EN 'GMD jaar 2018' EN 'leeftijd groter dan 50 jaar en kleiner dan of gelijk aan 70 jaar' EN 'geslacht vrouw' EN 'zorgaanpak titel bevat borstkankerscreening' en 'zorgaanpak status actief' gebruikt. (Fig. 2) Gezien er werd vastgesteld dat er binnen de praktijk voornamelijk onvoldoende zicht is op de preventiestatus van baarmoederhalskankerscreening, werd overeengekomen om het praktijkproject hierop toe te spitsen. Om de leeftijdsgrenzen voor het praktijkverbeterproject vervolgens beter af te grenzen, werd de vrouwelijke doelpopulatie opgesplitst in 3 leeftijdsgroepen waarop telkens dezelfde statistische analyse werd uitgevoerd. (Fig. 3) Het bereik leek het laagst te zijn binnen zowel de jongere leeftijdsgroep van 30-40 jaar en de oudere leeftijdsgroep van 50-60 jaar. (Fig. 3) Gezien de oudere groep in het najaar reeds aangesproken zou worden over de griepcampagne viel de beslissing uiteindelijk op de jongere groep vrouwen tussen 30 en 40 jaar. De resultaten van de statistische analyses worden weergegeven in de sectie 'Resultaten'.

Het doorlopen van een dergelijke FOCUS-procedure is essentieel gezien op die manier wordt toegespitst op een probleem dat meetbaar en beheersbaar is. Namelijk wanneer men hierin slaagt, kan het verbeterproject naderhand makkelijker bijgestuurd en eventueel uitgebreid worden aan de hand van de cirkel van kwaliteitsverbetering volgens Deming (Fig. 1) (19).



Figuur 1: de cirkel van kwaliteitsverbetering volgens Deming. (19)

Na de FOCUS-procedure ging uiteindelijk de PDCA-cyclus (19) van start (Start). Deze cirkel staat gekend als de cirkel van kwaliteitsverbetering. Voor de start van een praktijkverbeterproject is het belangrijk te beslissen over de gerichte aanpak ervan (Plan). Dit kan bijvoorbeeld a.d.h.v. een visgraatanalyse, dewelke ook binnen dit project werd uitgevoerd. (Fig. 5) Hierbij worden de oorzaken van het probleem opgedeeld in kaart gebracht door ze te groeperen in externe oorzaken, tekort aan middelen, oorzaken op gebied van praktijkorganisatie en persoonsgebonden oorzaken. Uit deze visgraat werden samen met de betrokken artsen tijdens een gezamenlijk overleg een aantal actiepunten gekozen. (Fig. 5.)

Tijdens de volgende fase werd het plan uitgevoerd. Dit is de 'Do-fase' of de actiefase van het eigenlijke praktijkverbeterproject zoals hieronder in detail beschreven:

1. Inclusiecriteria: vrouwelijke patiënten met Globaal Medisch Dossier in de praktijk (30 t.e.m. 40 jaar). Exclusiecriteria: patiënten die niet op consultatie kunnen komen, patiënten in een rusthuis of instelling, wilsonbekwame patiënten, patiënten met een beperkte levensverwachting en/of een palliatief statuut.
2. Aankondiging van het project op de PowerPoint in de wachtzaal van de praktijk.
3. Er werden op voorhand voorbereidingen getroffen en een aantal meetpunten vastgelegd:
    - Structuur:
        - ✓Update van de PowerPoint in de wachtzaal van de praktijk.
        - ✓Het bestellen van folders over baarmoederhalskanker.

- ✓Het voorzien van persoonlijke vragenlijsten en preventievragenlijsten specifiek over baarmoederhalskankerscreening.
- ✓Het voorzien van een uitgeschreven protocol voor zowel de praktijkmedewerkers en de artsen.
- ✓Verzekeren van IT-ondersteuning waarbij de praktijkassistenten inzage hebben in het dossier van de patiënten.
- ✓Verzorgen van de medische patiëntendossiers zodat deze up-to-date zijn.

- Proces:
  - ✓Welk percentage van de uitgenodigde patiënten heeft de vragenlijst uiteindelijk ingevuld?
  - ✓Wat is de tijd voor verwerking of opzoekwerk in het dossier van de patiënt?
  - ✓Wat is de belasting voor de praktijkassistenten en voor de artsen?
- Outcome:
  - ✓Is er uiteindelijk een toename van geactiveerde zorgaanpakken binnen de doelgroep?
  - ✓Hoe denken patiënten over een preventieplan en hoe willen ze dit aangeboden krijgen?
- Opstellen inhoud preventievragenlijst:
  - ✓Heeft deze patiënte recht op verhoogde tegemoetkoming?
  - ✓Wat is het opleidingsniveau van de patiënte?
  - ✓Wat was het resultaat van het laatste uitstrijkje bij deze patiënte? Was ze hiervan op de hoogte?
  - ✓Was het laatste uitstrijkje meer dan 3 jaar geleden? Kon ze zich correct herinneren in welk jaar dit laatst gebeurde?
  - ✓Vindt de patiënte dat ze voldoende geïnformeerd is rond screening naar cervixkanker? Wie moet haar op de hoogte brengen wanneer er een nieuw uitstrijkje dient te worden genomen?
  - ✓Hoelang duurt de verwerking per vragenlijst?
  - ✓Worden de uitstrijkjes door de gynaecoloog of door de huisarts genomen?
  - ✓Als het uitstrijkje door de gynaecoloog wordt genomen, ontvangt de huisarts de consultatiebrieven?

4. Recruteringsfase en bevragingsfase: elke patiënt binnen de doelgroep die op consultatie kwam bij een van de praktijkartsen tussen 01/09/2018 en 30/11/2018 werd persoonlijk aangesproken door een van de praktijkassistenten met de vraag tot deelname aan het praktijkverbeterproject. Ze kregen hierbij een mapje met daarin een preventievragenlijst

(specifiek over baarmoederhalskankerscreening), een persoonlijke vragenlijst, een standaard geïnformeerde toestemming en een tweede geïnformeerde toestemming waarin de patiënte akkoord gaat per e-mail op de hoogte gebracht te worden van haar screeningsstatus. Bij voorkeur werden deze vragenlijsten ter plaatse in de wachtzaal ingevuld en terug afgegeven aan de praktijkassistente. Bij de vrouwen die deelnamen aan het project werd er door één van de praktijkassistenten in hun persoonlijk elektronisch medisch dossier (onder 'agenda') genoteerd: 'preventievragenlijst OK'. Hierdoor konden de praktijkassistenten bij een eventueel volgend consult binnen dezelfde onderzoeksperiode gemakkelijk nagaan of de vrouw al dan niet reeds had deelgenomen aan het project.

5. In geval van weigering van deelname zou dit in het dossier van de patiënte genoteerd worden als: 'preventievragenlijst geweigerd'. Daarnaast werd een document opgemaakt voor registratie van deze non-responders (de reden waarom, de leeftijd en achtergrond van de patiënt). De bedoeling was om deze vrouwen alsnog de persoonlijke en aanvullende vragenlijst te laten invullen met als doel het detecteren van bepaalde patiëntengroepen die moeilijker bereikbaar zijn voor preventie.
6. Vervolgens werden de ingevulde vragenlijsten door de praktijkassistenten in het vakje van de HAIO gelegd voor verdere verwerking. Aan de hand van de bestaande dossiergegevens werd aan elke vragenlijst een code toegekend volgens een vastgelegd protocol. De tijd die nodig was om deze zaken op te zoeken in het dossier van de patiënte werd telkens getimed, genoteerd in een Excel document en d.m.v. een grafiek geanalyseerd. (Fig. 10) Code 1 betekende dat de vrouw in aanmerking kwam voor een uitstrijkje en hiervoor zou uitgenodigd worden. Code 2 betekende dat de screeningsstatus in orde was en er voorlopig geen bijkomende stappen ondernomen dienden te worden. Indien in dit laatste geval nog geen actieve zorgaanpak voor baarmoederhalskanker gestart was binnen het EMD, werd dit door de HAIO in orde gebracht met correctie naar de juiste datum van het laatste uitstrijkje. Indien het laatste uitstrijkje door de gynaecoloog werd afgenomen maar de brief van de gynaecoloog niet in het dossier van de patiënte werd gevonden maar enkel via 'extern zoeken' op de hub, werd de naam van de gynaecoloog op de vragenlijst vermeld zodat de praktijkassistenten vervolgens de resultaten van het laatste uitstrijkje konden opvragen.
7. Uiteindelijk werden de lijsten terug in het bakje van de praktijkassistenten gelegd. Zij stelden afhankelijk van de toegewezen code een persoonlijke e-mail op voor de patiënte (zie sjabloon in bijlage).
    - Zo code 1, startten zij de zorgaanpak 'screening baarmoederhalskanker' op in het medisch dossier van de patiënte en werd de patiënte via e-mail uitgenodigd om hiervoor op consultatie te komen voor het nemen van een uitstrijkje.

- Zo code 2, werd eveneens een persoonlijke e-mail verstuurd met de boodschap dat er op heden geen uitstrijkje hoefde te worden genomen. Daarnaast werd een datum geadviseerd voor het volgende herhalingsuitstrijkje.

Een volgende essentiële schakel binnen de cirkel van kwaliteitsverbetering is de evaluatie van het lopende project. (Check) Dit houdt in dat zowel tijdens het project als op het einde een grondige analyse moet worden gemaakt van mogelijke barrières en succesfactoren. Zo kunnen er tijdig aanpassingen gedaan worden als dit nodig zou blijken. Eind september werd zo een korte tussentijdse samenkomst gehouden tussen HAIO en praktijkassistenten waarbij de eerste ervaringen met het project werden besproken. Dit overlegmoment werd voorbereid op papier en nam uiteindelijk een 45-tal minuten in beslag. Het interview liep uit op een los gesprek waarbij meningen werden uitgewisseld. Uiteindelijk werden de vragen doorgemaild naar de praktijkassistenten zodat zij naderhand op hun eigen tempo hun antwoorden konden uittypen en hier nogmaals over konden reflecteren. De vragenlijst bevatte vragen als:

- Wat loopt goed?
- Wat loopt minder goed?
- Wat is de gemiddelde tijdsbesteding per dossier?
- Wat is de attitude van de deelnemers, is er interesse voor het project?
- Hoe is jullie persoonlijke gevoel bij het project?
- Wat zou het project meer haalbaar maken?

Na afloop van de actiefase werden alle vragenlijsten door de HAIO in Excel genoteerd (op gecodeerde wijze), geanalyseerd en in grafieken gegoten. Deze resultaten worden verder besproken in de resultatensectie. Daarnaast werd een vragenlijst per e-mail opgestuurd naar de praktijkassistenten met vragen als:

- Waren er non-responders?
- Waren er vrouwen die moeite hadden met de vragenlijsten en/of hulp vroegen?
- Zijn jullie ervan bewust dat er toch veel vrouwen zijn die uiteindelijk niet aangesproken werden? In de ochtend werden 30% van de doelgroep aangesproken, in de namiddag 50% en in de avond 20% en dit op de dagen dat het secretariaat voltijds aan het werk was. Kunnen jullie hierbij redenen en/of gedachten formuleren?
- Hoe hebben jullie het project ervaren? Was dit mogelijk naast jullie standaard takenpakket?

De vragen werden door elk van de praktijkassistenten afzonderlijk beantwoord en teruggemaild naar de HAIO ter verwerking.

In april 2019 werd uiteindelijk met de 5 praktijkartsen rond de tafel gezeten om de resultaten van het project en de toekomstperspectieven van de praktijk te bespreken. Deze samenkomst duurde één uur en gebeurde in de vorm van een los gesprek waarbij schriftelijke notities werden genomen. De belangrijkste resultaten van dit gesprek worden verder weergegeven.

RESULTATEN

PDCA: PLAN (KWALITATIEVE FASE)

1. BEVRAGING PRAKTIJKMEDEWERKERS VOOR DE START VAN HET PROJECT: ARTSEN (A) EN PRAKTIJKASSISTENTEN (PA)

INTERVIEW 1 EN 2: JULI 2018

Alle praktijkmedewerkers lijken het erover eens te zijn dat het vroegere preventiesysteem (2011-2015) van uitzonderlijke kwaliteit was en vlot verliep. Er hing een affiche in de wachtzaal, de patiënten werden persoonlijk aangesproken en een deel van de financiële incentive werd met de praktijkassistenten gedeeld als zij door hun inzet een bepaald aantal patiënten bereikten. Het streefdoel lag op 150 persoonlijke preventieplannen per jaar. Volgens de praktijkassistenten (PA) was dit een leuke aanvulling naast hun standaard administratief takenpakket. *"Variatie op het werk houdt de geest jong."* Extra taken zoals nuchtere bloednames en het helpen van patiënten bij het invullen van vragenlijsten werden met plezier uitgevoerd en gaf hen het gevoel te kunnen bijdragen aan de gezondheid van de patiënten. (PA) Niet te vergeten was het, net zoals voor de artsen (A), ook voor hen een opportuniteit om bij te leren.

Helaas heeft elk goed systeem ook een keerzijde. Het hele systeem bleek best wel tijds- en arbeidsintensief te zijn. Vaak hadden de praktijkassistenten onvoldoende tijd om de patiënten aan te spreken en/of te begeleiden bij het invullen van de vragenlijsten. De tijd die toen door de PA werd besteed aan het aanspreken, evt. begeleiden en vervolgens verwerken van de vragenlijsten was naar zeggen een 10-15 minuten per patiënt. (PA) Daarnaast bleken toen heel wat patiënten moeite te ondervinden bij het invullen van de vragenlijst en hadden hierbij de hulp nodig van de aanwezige praktijkassistente. (A, PA) Ondanks alle energie en tijdsinvestering waren er uiteindelijk weinig patiënten die als rechtstreekse reactie op de ontvangen e-mail op consultatie kwamen. De geagendeerde preventiepunten werden dan noodgedwongen opgepikt tijdens een standaardconsult gezien het preventieplan per patiënt duidelijk vermeld stond in zijn/haar dossier. (A) We stootten hier dus op *"een kloof"* tussen het beschikken over een persoonlijk preventieplan in het medisch dossier van de patiënt en het uitvoeren ervan: weinig patiënten kwamen uiteindelijk op preventieconsult. Dit had tot gevolg dat patiënten na een standaardconsultatie frequent terug naar de praktijkassistenten

gestuurd werden om zijn/haar preventieplan te bespreken gezien hiervoor binnen het consult onvoldoende tijd was. (PA) De praktijkassistenten ondervonden het geven van deze uitleg vaak als zeer tijdrovend, ondanks de hulp van folders. Daarnaast wijzen ze op het ontbreken van kennis en medische scholing en vooral het ontbreken van een afgesloten ruimte voor het bespreken van bepaalde delicate onderwerpen zoals psychische kwetsbaarheid of alcoholgebruik. (PA)

Desondanks is de praktijk absoluut gemotiveerd om hiermee terug aan de slag te gaan en valkuilen te overbruggen waar mogelijk. Volgens de artsen biedt het huidige medisch programma 'Careconnect' brede perspectieven. Het beschikt bijvoorbeeld over de mogelijkheid om specifieke zorgaanpakken op te starten per patiënt zoals baarmoederhalskankerscreening, borstkankerscreening, colorectale kankerscreening, voortraject diabetes, Zorgtraject diabetes mellitus type 2 en chronische nierinsufficiëntie. Deze limitatieve lijst zou idealiter uitgebreid kunnen worden met elementen als cardiovasculaire screening, tetanusvaccinatie, pneumokokkenvaccinatie en/of griepvaccinatie. (A) Helaas, gezien de afwezigheid van een systematische aanpak wordt er jammer genoeg onvoldoende gebruik gemaakt van de bestaande mogelijkheden die het medisch programma biedt en *"blijft het moeilijk om binnen de 'prestatiegeneeskunde' tijd en ruimte vrij te maken voor preventie"*. (A)

Het systematisch agenderen van preventieaanpakken in het EMD zou zorgen voor een beter op punt gesteld elektronisch patiëntendossier en het beter op de hoogte zijn van zowel patiënten als artsen van de individueel geagendeerde preventie-items. (A) Ook de praktijkassistenten zien dit positief: *"het belang van preventie wordt belangrijker binnen een maatschappij waarin we steeds meer obesitas zien op jonge leeftijd. Indien we erin slagen preventieve punten duidelijk in het dossier van de patiënt te agenderen, is het gemakkelijker dit op te pikken binnen een consult en/of de patiënt uit te nodigen om hiervoor terug te komen."* (PA) Mogelijke valkuilen kunnen gevormd worden door de tijdsdruk voor zowel artsen als praktijkassistenten of door het medisch programma dat onvoldoende mogelijkheden biedt voor agendering. (A, PA) Zeker met de komst van een 5e arts binnen de groepspraktijk zal de patiëntenpopulatie zich in de toekomst ongetwijfeld uitbreiden wat de tijdsdruk niet ten goede zal komen. (PA) Een tweede valkuil is, zoals hierboven besproken, de afwezigheid van een ruimte voor de praktijkassistenten om zaken in privacy met de patiënt te kunnen bespreken. (PA) Een derde belangrijke opmerking van de praktijkassistenten betreft hun opleidingsniveau. "*De preventieve geneeskunde staat niet stil, het is een steeds evoluerend gegeven. Als verwacht wordt van het secretariaat actief aan de slag te gaan met preventie, zal er geïnvesteerd moeten worden in een opleiding zodat we ons kunnen bekwamen in dit deel van de huisartsgeneeskunde." (PA)*

2. OVER FOCUS EN VISGRATEN

FOCUS

Zoals beschreven onder 'Methode' werd getracht het probleem duidelijk te vast te leggen en te definiëren aan de hand van de FOCUS-procedure. Hiervoor werd voornamelijk gebruik gemaakt van bovenstaande interviews. Het resultaat van deze procedure wordt weergegeven in Box 1.

Stap 1 **F**: Find. Leg een onderwerp vast.

= samen met de verpleegkundige de uitdaging van preventie aangaan.

Stap 2 **O**: Organise meeting. Ga samenzitten met alle betrokkenen.

= kwalitatief onderzoek: interview binnen de praktijk.

Stap 3 **C**: Clarify. Een goede probleemdefinitie is de volgende stap.

Het probleem = het ontbreken van een systematische aanpak om preventie te agenderen en aan te bieden aan de patiënt.

Stap 4 **U**: Understand/uncover. Waar(om) loopt het mis?

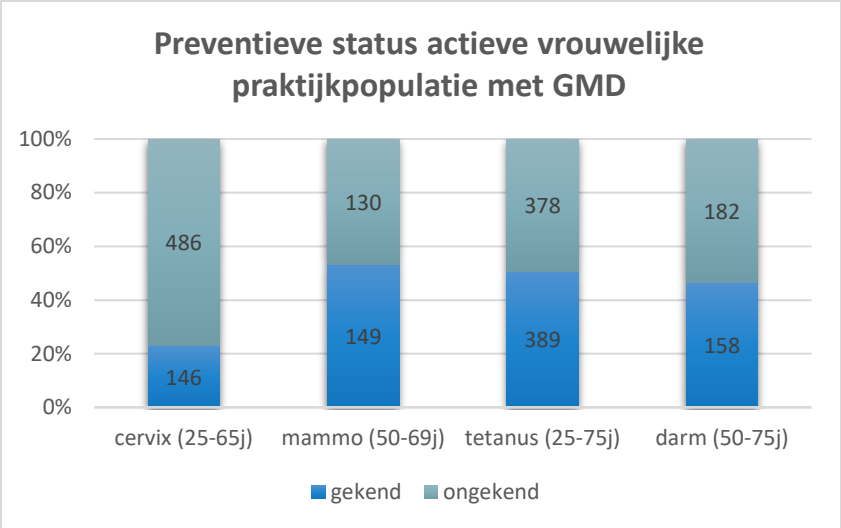
= Verandering van medisch programma, verandering financiering van preventie door de overheid, prestatiegeneeskunde, onvoldoende zorgaanpakken in Careconnect, geen systematische aanpak van preventie, onvoldoende bereik van bepaalde patiëntengroepen.

Stap 5 **S**: Start

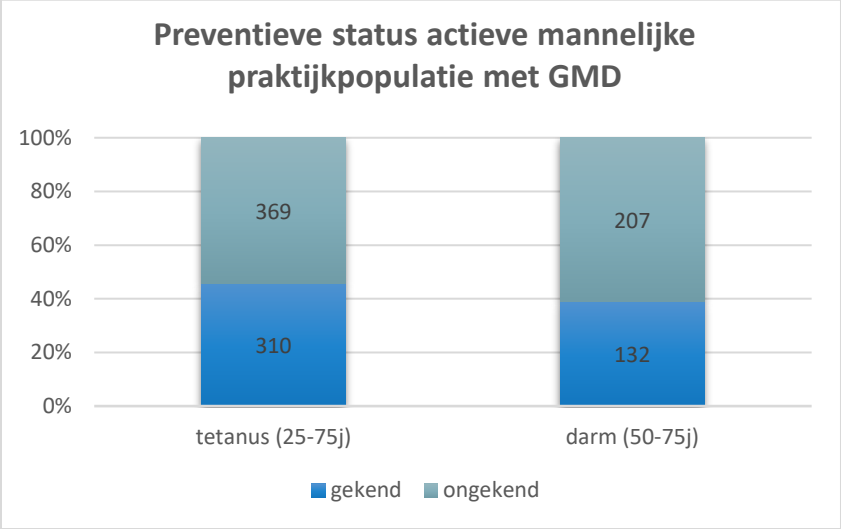
= Start PDCA-cyclus.

Box 1: FOCUS-procedure (19)

Volgend op de probleemdefiniëring werd besloten het probleem te gaan downsizen en te gaan focussen op één welomschreven specifiek preventiedomein en doelgroep. Dit is tevens een onderdeel van de FOCUS-procedure. Zo werd er voor de screening naar colorectaal, borst- en cervixcarcinoom nagegaan voor hoeveel patiënten reeds een zorgaanpak gestart was binnen de aanbevolen leeftijdsgrenzen voor preventie. (Fig. 2, 3) Het doel van deze statistische analyses gaat dus niet over het al dan niet uitvoeren van dergelijke preventie-items maar over het agenderen ervan in het medisch dossier van de patiënt. De resultaten van de statistische analyse worden hieronder weergegeven:



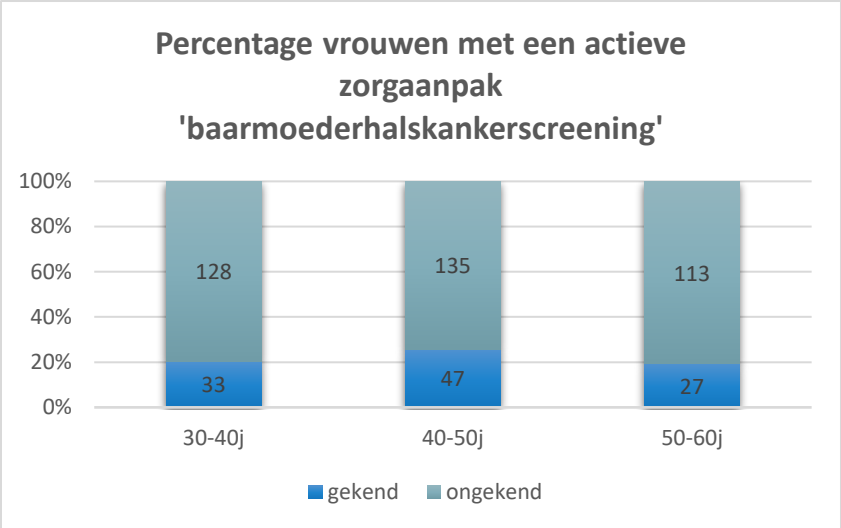
Figuur 2: preventieve status actieve vrouwelijke praktijkpopulatie met GMD (september 2018)



Figuur 3: preventieve status actieve mannelijke praktijkpopulatie met GMD (september 2018)

Uit deze statistische analyse is gebleken dat er binnen de praktijk voornamelijk onvoldoende zicht is op de preventiestatus van baarmoederhalskankerscreening bij onze vrouwelijke patiënten. Slechts bij 23% van de vrouwen tussen 25 en 65 jaar was de zorgaanpak 'screeningsprogramma voor detectie van baarmoederhalskanker' geactiveerd in het EMD. De status van de overige 77% is ongekend. Daarom werd overeengekomen om het praktijkproject hierop toe te spitsen.

Om de leeftijdsgrenzen binnen het praktijkverbeterproject nog beter af te grenzen, werd besloten de doelgroep op te splitsen in verschillende leeftijdscategorieën om zicht te krijgen op het percentage vrouwen met een actieve zorgaanpak voor baarmoederhalskankerscreening per leeftijdsgroep. (Fig. 4)

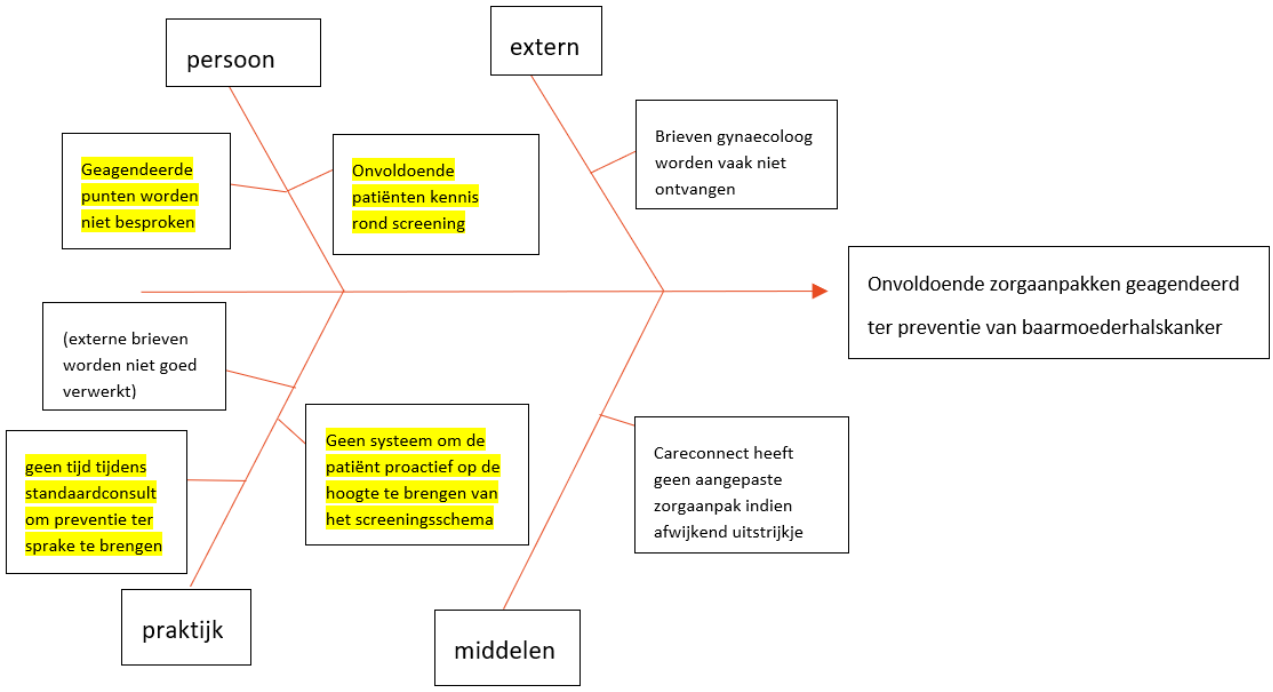


Figuur 4: percentage vrouwen met een actieve zorgaanpak 'baarmoederhalskankerscreening' (september 2018)

Uit figuur 4 kan geconcludeerd worden dat -voor de start van het praktijkproject- bij de leeftijdsgroepen van 30-40 j, 40-50j en 50-60j respectievelijk slechts 20%, 26% en 19% van de zorgaanpakken voor baarmoederhalskankerscreening geactiveerd waren. Dit wil zeggen dat de praktijk slechts zicht had op de screeningsstatus van één op vijf vrouwen binnen zowel de jongste als de oudste leeftijdsgroep. Gezien de oudere groep in het najaar reeds aangesproken zou worden over de griepcampagne viel de beslissing uiteindelijk op de jongere groep vrouwen tussen 30 en 40 jaar.

VISGRAATANALYSE

Hoe komt het dat we als praktijk slechts bij 1 op 5 vrouwen weten of zij gescreend worden op baarmoederhalskanker? Om dit probleem te analyseren werd een visgraatanalyse uitgevoerd (Fig. 5):



Figuur 5: visgraatanalyse 'onvoldoende zorgaanpakken geagendeerd ter preventie van baarmoederhalskanker'

Bepaalde factoren binnen de visgraatanalyse, zoals het niet ontvangen van brieven en tekortkomingen binnen het medisch programma, zijn moeilijk beïnvloedbaar. Brieven die wél worden ontvangen, worden steeds d.m.v. een alternerend systeem gelezen en verwerkt door één van de artsen. Andere factoren zijn makkelijker aan te pakken zoals:

- **De afwezigheid van een systeem om de patiënt proactief op de hoogte te brengen van het screeningsschema.**
- Onvoldoende tijd tijdens een standaardconsult om preventie ter sprake te brengen.
- Onvoldoende kennis rond screening bij de patiënten.
- Geagendeerde punten in het medisch dossier worden niet besproken.

Aan de hand van bovenstaande analyses en de visgraatanalyse werd uiteindelijk besloten om een systeem te ontwikkelen met als doel een beter zicht te krijgen op de screeningsstatus van de praktijkpopulatie. Zoals eerder vermeld, werd de doelgroep vastgesteld op vrouwen tussen 30 en 40 jaar met een actief GDM die tijdens de maanden september t.e.m. november 2018 zouden consulteren in de praktijk. Om de grootte van de onderzoekspopulatie in te schatten werd geteld hoeveel vrouwen binnen deze leeftijdsgroep op consultatie kwamen gedurende de laatste drie maanden. Dit geschat aantal werd manueel gecontroleerd en betrof uiteindelijk 95 vrouwen.

Zoals in het literatuuronderzoek vermeld, bevindt baarmoederhalskankerscreening zich momenteel op een kantelpunt. Dit -onder andere- aangezien het Belgische screeningssysteem in de nabije toekomst misschien zal evolueren naar een systeem met zelftesting. (8,11) Desondanks is de keuze voor dit onderwerp bewust, aangezien de focus van het project niet ligt op de manier van screening, maar wel over de kwaliteit van registreren en agenderen van preventie-items in het EMD. De praktijk hoopt dat de systematische aanpak die hierbij wordt getest op een later tijdstip eventueel uitgebreid kan worden met aanvullende preventietopics en patiëntengroepen.

PDCA: DO

Uitvoering van het praktijkproject tijdens de maanden september t.e.m. november zoals beschreven onder ‘Methode’.

PDCA: CHECK

1. TUSSENTIJDSE EVALUATIE VAN HET LOPENDE PROJECT (EIND SEPTEMBER 2018)

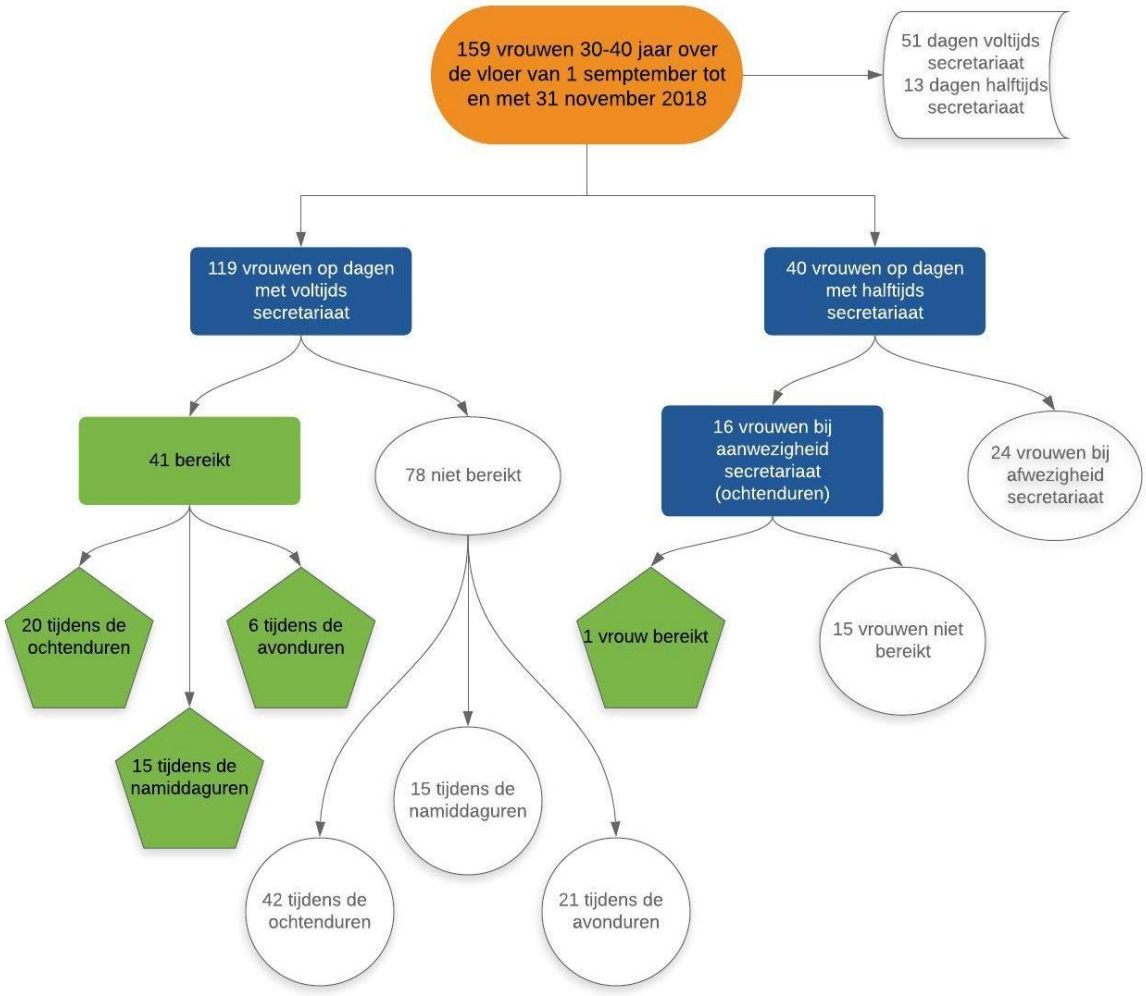
Een maand na de start van het project werd een tussentijds overlegmoment georganiseerd tussen de HAIO en beide praktijkassistenten. Dit om samen de eerste ervaringen uit te wisselen. Beide praktijkassistenten waren positief over de start van het project. Het aanspreken van de patiëntes en

uitdelen van de vragenlijsten verliep vlot. Volgens beiden werd het project met enthousiasme onthaald door de patiëntes. Er was interesse voor het project en de vragenlijsten werden met plezier ingevuld. (PA) Er was tot nog toe geen hulp vereist voor het beantwoorden van de vragen. Volgens één van de praktijkassistenten gaven sommige patiëntes te kennen dat het project een meerwaarde betekende voor hun bezoek aan de praktijk. De praktijkassistenten zelf waren vooral positief over het feit dat het project een variatie bood binnen hun takenpakket. "*Naast onze standaard administratieve taken kunnen we nu deelnemen aan een medisch project en hiervoor actief patiënten gaan aanspreken*." Als struikelblok werd vooral het gebrek aan tijd en ruimte vermeld om de patiënte op een rustige manier uit te nodigen en haar eventuele vragen te beantwoorden. Voor één van de twee praktijkassistentes leek het gebrek aan tijd te primeren. "*Ik heb het gevoel tegen de -reeds beperkte- tijd aan te lopen en dit vooral tijdens de ochtenduren.*" Vanzelfsprekend liepen de dagelijkse taken, zoals het beantwoorden van telefoons en het ontvangen van andere patiënten, gewoon verder, wat door haar als chaotisch ervaren werd en soms verwarring schiep.

2. ANALYSE VAN DE VERZAMELDE GEGEVENS NA AFLOOP VAN DE ACTIEFASE

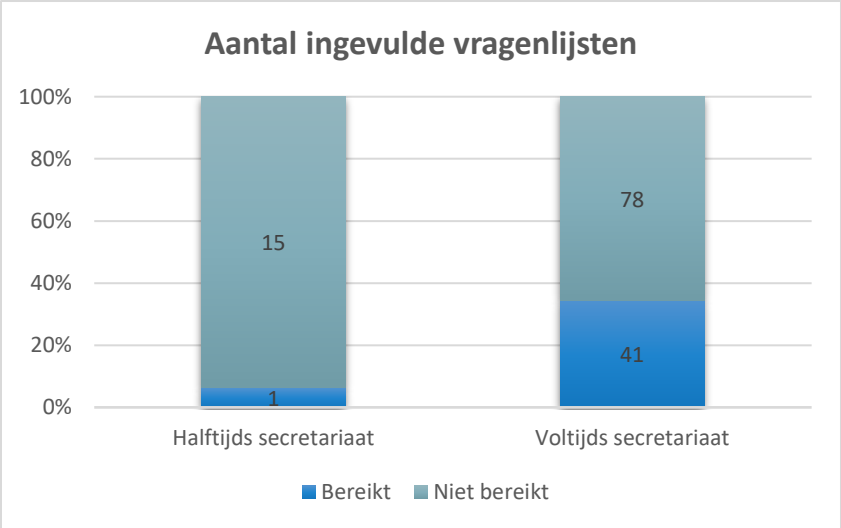
ANALYSE VAN DE PATIËNTENPOPULATIE EN HET BEREIK

Alle 30-40-jarige vrouwen die tijdens de maanden september tot en met november in de praktijk op consultatie kwamen werden opgelijst. Er werd daarbij genoteerd of zij in de voor-, namiddag of avond kwam consulteren en of het secretariaat die dag niet, half- of voltijds bemand was. (Fig. 6) Vrouwen binnen de doelgroep die kwamen consulteren op momenten waarop het secretariaat onbemand was, werden niet geïncludeerd. Er werd telkens geregistreerd of de patiënte de vragenlijst al dan niet aangeboden kreeg en -indien wel- of ze deze ingevuld terug aan de praktijkassistente bezorgde. Hieruit werd uiteindelijk het maximale potentieel afgeleid (aantal vrouwen binnen de doelgroep die kwamen consulteren op momenten met bemand secretariaat) versus het werkelijke bereik (aantal responders) van dit project. (Fig. 6) Dit bleken respectievelijk 135 en 42 vrouwen te zijn, wat een totaal bereik van 31,1% betekent.

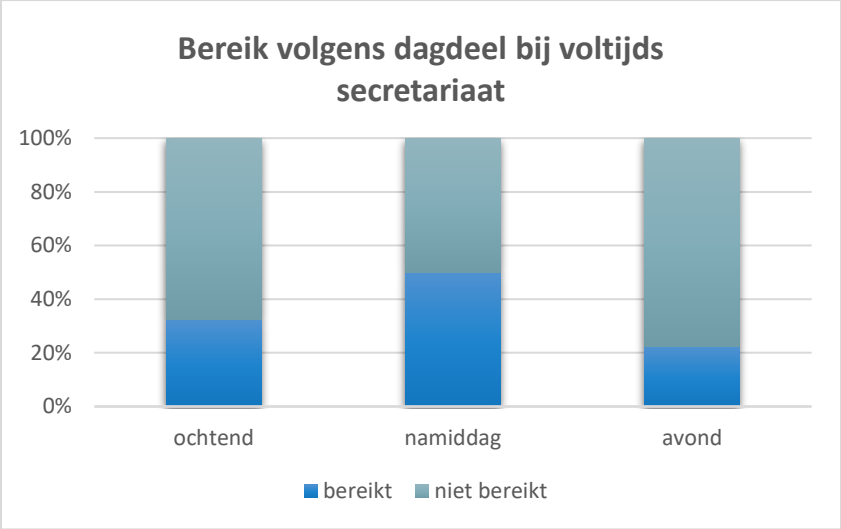


Figuur 6: overzicht onderzoekspopulatie

Daarnaast werd gekeken naar het verschil in bereik tussen de dagen waarop het secretariaat voltijds (de volledige dag) vs. halftijds (enkel in de voormiddag) bemand was. Dit aangezien de gemiddelde werkdruk op dagen met halftijds secretariaat hoger ligt in vergelijking met dagen met voltijds secretariaat en de praktijkassistente dan mogelijk minder tijd kan besteden aan het project. (Fig. 7) Hetzelfde geldt voor de verschillende dagdelen. De werkdruk voor het secretariaat ligt gemiddeld hoger in de ochtend dan in de namiddag en avond. Daarom leek het interessant te gaan onderzoeken of dit een effect kon hebben op het bereik van het project. (Fig. 8) Indien het bereik op bepaalde dagdelen en bij halftijds secretariaat immers te laag zou blijken, kan hiermee rekening gehouden worden in geval van implementatie van het project in de praktijk.

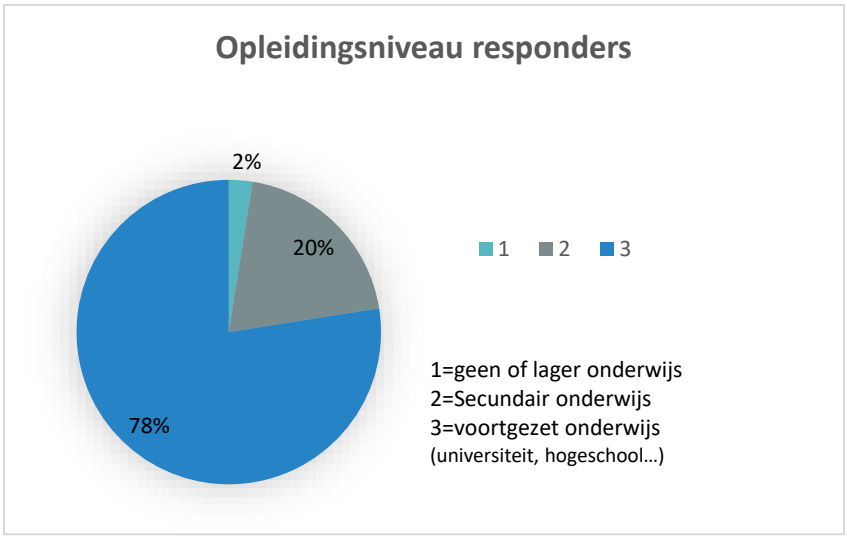


Figuur 7: aantal ingevulde vragenlijsten volgens aanwezigheid secretariaat



Figuur 8: bereik volgens dagdeel bij voltijds secretariaat

Slechts 1 van de 16 vrouwen werd bereikt op de dagen waarbij het secretariaat enkel aanwezig was in de voormiddag. Dit in vergelijking met 41 van de 119 vrouwen op dagen met voltijds secretariaat. (Fig. 7) Uit figuur 6 kan men afleiden dat, tijdens de onderzoeksperiode, het merendeel van de vrouwen consulteerde in de voormiddag, d.i. 52,1% (62 vrouwen van de 119) t.o.v. respectievelijk 25,2% en 22,7% tijdens de namiddag- en avonduren. In absolute cijfers was het bereik tijdens de ochtend dan ook het grootst. Desalniettemin stelde men vast dat slechts 32,2% van de vrouwen die consulteerden tijdens de ochtenduren op dagen met voltijds secretariaat aangesproken werd. In de namiddag- en avonduren was dit respectievelijk 50% en 22,2%. (Fig. 8) Relatief gezien worden er dus meer vrouwen bereikt in de namiddag.

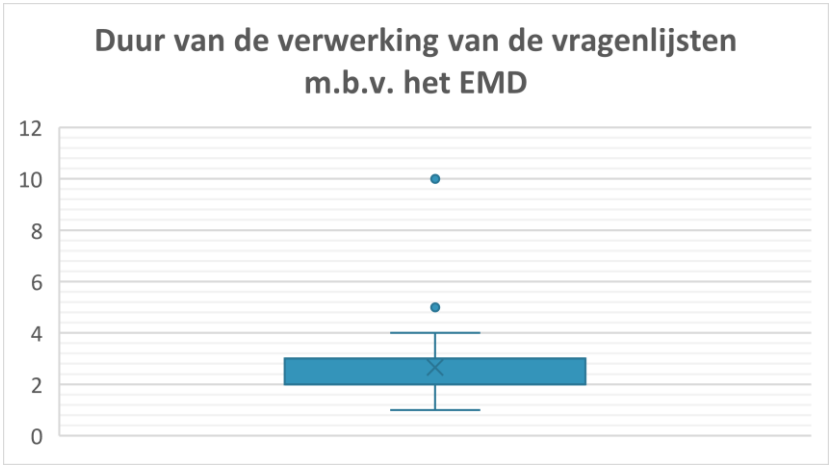


Figuur 9: opleidingsniveau responders

Figuur 9 geeft de verdeling van de groep responders weer volgens opleidingsniveau. Het gemiddelde opleidingsniveau van de algemene praktijkpopulatie is ongekend. Van de 42 responders hadden slechts 2 vrouwen recht op verhoogde tegemoetkoming. Daarnaast had 78% een hoog opleidingsniveau (universiteit of hogeschool). (Fig. 9)

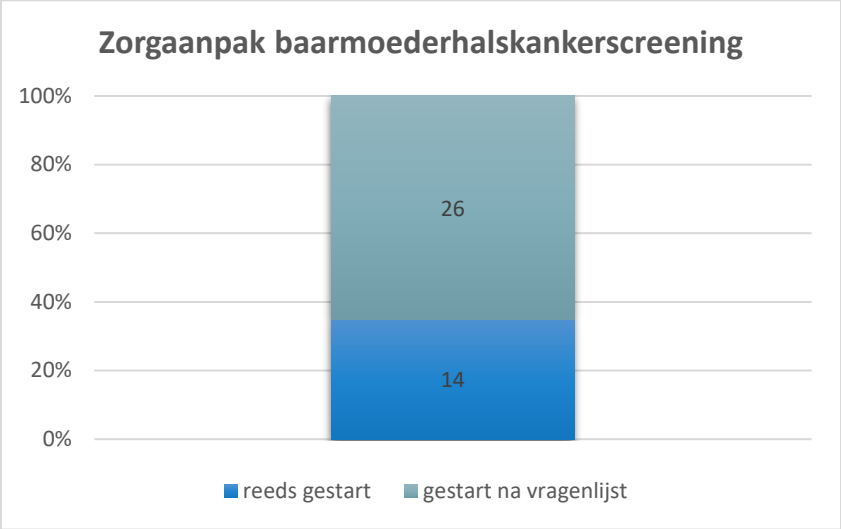
ANALYSE VAN DE INGEVULDE VRAGENLIJSTEN

Elke vragenlijst werd verwerkt m.b.v. het persoonlijke EMD van de patiënte. Zo werd er gekeken of er al dan niet reeds een zorgaanpak voor baarmoederhalskanker was gestart (Fig. 11), wanneer het laatste uitstrijkje werd afgenomen (Fig. 12) en of de patiënte het jaartal en het resultaat van haar laatste uitstrijkje correct kon inschatten (Fig. 13). Daarnaast werd nagekeken of de voorbije uitstrijkjes afgenomen werden door de huisarts of de gynaecoloog en of, in het laatste geval, de huisarts hiervan verslag ontvangt. (Fig. 16, 17) Uiteindelijk werden ook de antwoorden op een aantal bijkomende vragen geanalyseerd in grafieken. (Fig. 14, 15)



Figuur 10: duur van de verwerking van de vragenlijsten m.b.v. het EMD

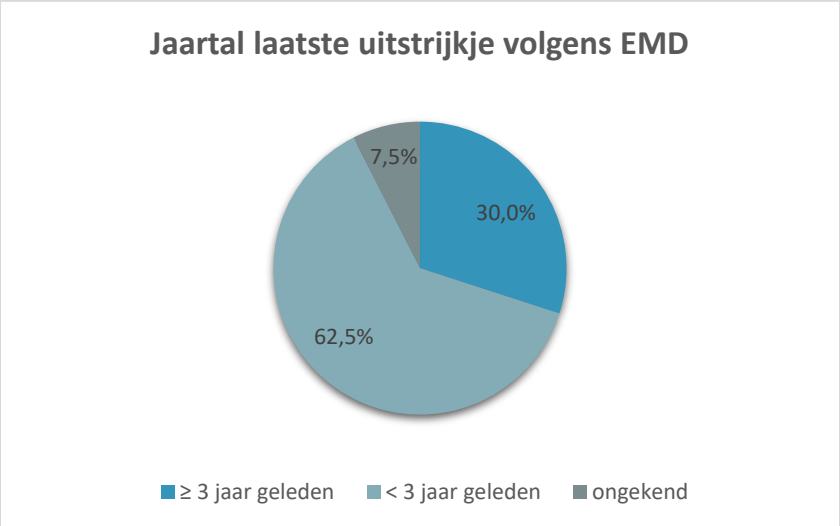
De gemiddelde opzoektijd per medisch dossier was 2,6 minuten. Hierbij werd binnen het medisch dossier van de desbetreffende patiënte opgezocht of de zorgaanpak 'baarmoederhalskankerscreening' al dan niet reeds gestart was, werd opgezocht wanneer en door wie het laatste uitstrijkje afgenomen werd en wat het resultaat hiervan was. De mediaantijd hiervoor was 2 minuten.



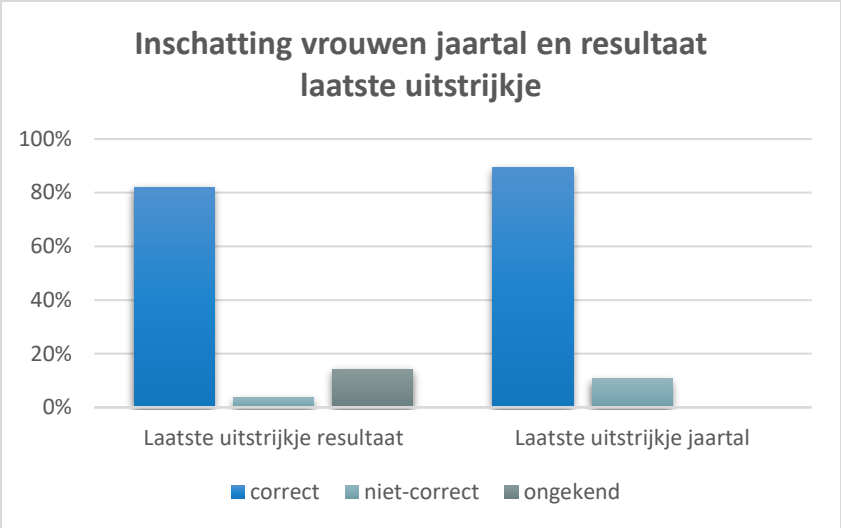
Figuur 11: status van de zorgaanpak 'baarmoederhalskankerscreening' in het EMD

Slechts bij 35% van de responders was de zorgaanpak 'baarmoederhalskankerscreening' in het EMD reeds gestart op het moment van het onderzoek. Dit wil zeggen dat er bij 65% van de groep responders geen zicht was op de screeningsstatus. (Fig. 11) Na afloop van het onderzoek was dit 100%.

Daarnaast bleek dat bij 30% van de vrouwen hun laatste uitstrijkje meer dan 3 jaar geleden was. (Fig. 12) Slechts 1 vrouw had de vraag omtrent het jaartal en 3 vrouwen hadden de vraag omtrent het resultaat van hun laatste uitstrijkje verkeerd beantwoord. Dit wil zeggen dat de vrouwen binnen de onderzoeksgroep dit vrij adequaat konden inschatten. (Fig. 13)

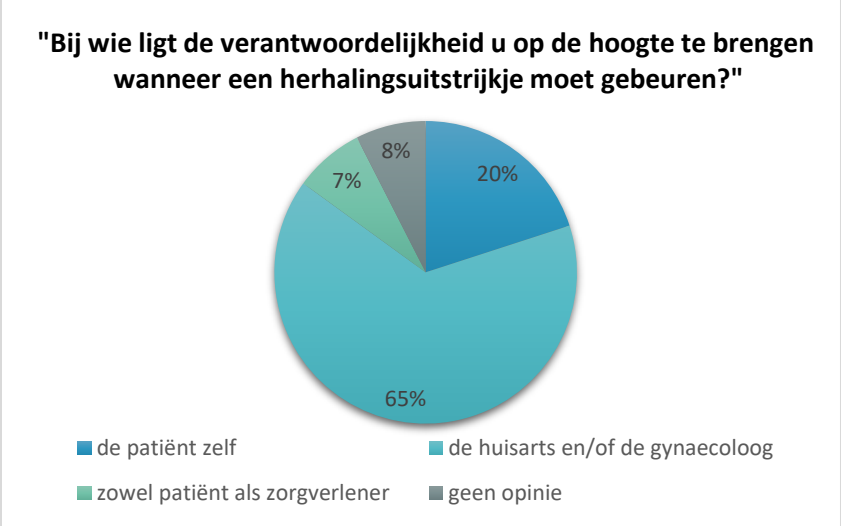


Figuur 12: jaartal laatste uitstrijkje volgens EMD

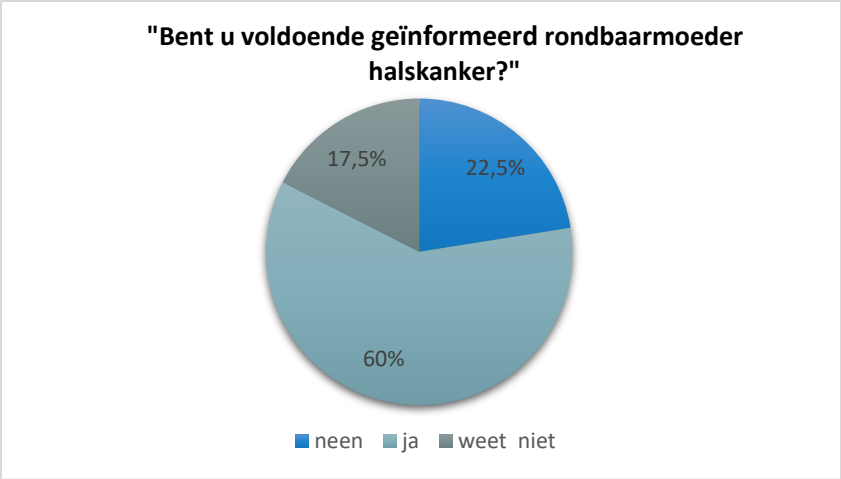


Figuur 13: inschatting jaartal en resultaat laatste uitstrijkje.

20% van de vrouwen vond zichzelf verantwoordelijk voor het tijdig laten uitvoeren van een herhalingsuitstrijkje. Daarentegen vindt 72% dat het (mede) de taak is van de hulpverlener (arts-gynaecoloog) haar daaraan te herinneren. (Fig. 14) De meerderheid van de vrouwen zegt wel voldoende geïnformeerd te zijn rond baarmoederhalskanker, al zegt 22% dit niet te zijn. 17% heeft hier geen mening over. (Fig.15)



Figuur 14: Wie dient de patiënte op de hoogte te brengen wanneer een herhalingsuitstrijkje moet gebeuren?

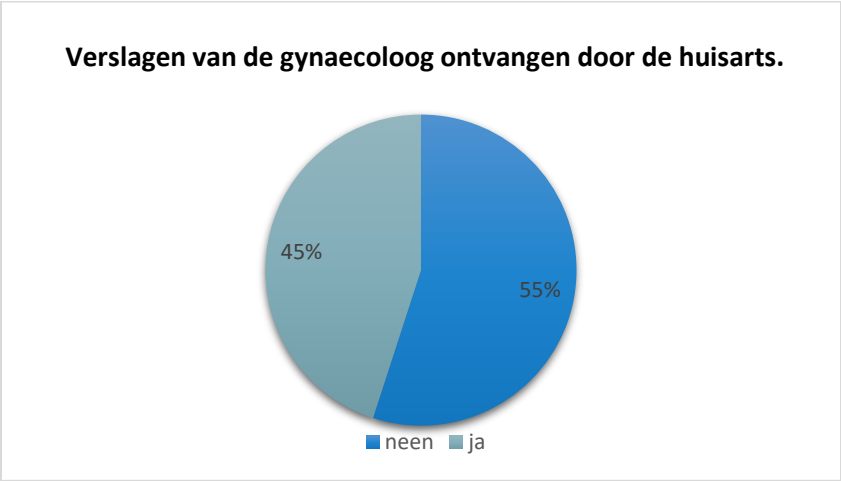


Figuur 15: peiling naar informatie rond baarmoederhalskanker

Binnen de onderzoeksgroep werd 83% van de uitstrijkjes door de gynaecoloog afgenomen. (Fig. 16) Binnen deze 83% moest echter meer dan de helft van de gynaecologische brieven (en dus het resultaat van het uitstrijkje) op de Hub gezocht worden. (Fig. 17)



Figuur 16: afname van uitstrijkjes binnen de onderzoeksgroep volgens het EMD



Figuur 17: percentage brieven van de gynaecoloog dat wordt ontvangen door de huisarts

3. INTERVIEW VAN DE PRAKTIJKASSISTENTEN NA AFLOOP VAN DE ACTIEFASE

Zoals beschreven onder 'Methode' werd na afloop van de actiefase een e-mail gestuurd naar beide praktijkassistenten met enkele vragen omtrent het voorbije praktijkproject. Op de peiling naar non-responders gaven zij aan samen 4 vrouwen niet aangesproken te hebben. Dit aangezien ze bij deze patiëntes het gevoel hadden dat ze op het moment van het consult te emotioneel of overstuur waren om aangesproken te worden. Daar de subjectieve factor werden deze patiëntes niet als non-responders geïnterpreteerd. Eén patiënte kwam met haar kindje op consultatie en had het naar zeggen te druk om de vragenlijsten in te vullen, waarop ze vroeg of ze deze mee mocht nemen naar huis. Deze werden achteraf terug binnengebracht in de praktijk. Alle andere vragenlijsten werden ter plaatse in de wachtzaal ingevuld. Volgens beide praktijkassistenten werd het project met enthousiasme onthaald door alle patiëntes en werd er geen hulp gevraagd bij het beantwoorden van de vragen. Het viel hen op dat het makkelijker was om de patiënten aan te spreken in de namiddag en avond gezien de werkdruk in de ochtend vrij hoog lag. Beide praktijkassistenten reageerden negatief verrast op het de cijfers rond het bereik van het project. Geen van beide had verwacht dat deze vrij laag zouden zijn. Beiden hadden namelijk de perceptie nagenoeg alle patiëntes binnen de doelgroep bereikt te hebben. Volgens hen was een mogelijke reden voor het eerder lage bereik de start van een drukke periode voor het secretariaat. Dit met onder andere de voorbereiding van de griepcampagne, het begin van de infectieziekteperiode en de start van een nieuwe collega arts waardoor er door de praktijkassistenten extra taken dienden te worden opgenomen. De praktijkassistenten menen geen onderscheid gemaakt te hebben tussen vrouwen met verschillende socio-economische status. Uiteindelijk had één van de praktijkassistenten het idee om in de toekomst eventueel een IPad te gebruiken om de vragenlijsten af te nemen. Dit zou kunnen zorgen voor minder papierverbruik en zou ook gemakkelijker te hanteren zijn in de wachtzaal.

4. INTERVIEW VAN DE PRAKTIJKARTSEN NA AFLOOP VAN DE ACTIEFASE.

Zoals eerder beschreven onder 'Methode' werd in april 2019 een samenkomst georganiseerd met de 5 praktijkartsen om de resultaten van het project en de toekomstperspectieven van de praktijk te bespreken. De resultaten van dit gesprek worden hieronder weergegeven.

Het merendeel van de artsen leek verbaasd over het uiteindelijke beperkte bereik van het project: *"met 31% is het totale bereik toch verassend laag*." Eén van de artsen vond dit niet verwonderlijk gezien de uitgebreidheid van het takenpakket van het secretariaat. *"Wat vooral erg verrassend is, is de totaal verkeerde perceptie van de praktijkassistenten die het gevoel hadden 100% van de doelgroep aangesproken te hebben. Dit betekent dat het secretariaat erg hard moet werken en niet altijd alles kan overzien."* De artsen waren het over eens dat het niet de bedoeling was om 100% van de doelgroep aan te spreken. *"Indien we het onderwerp op een later tijdstip zouden uitbreiden met andere*

preventietopics of indien we gebruik zouden maken van het gezondheidskompas, zal het bereik ongetwijfeld nog meer dalen, gezien de verbreding van de doelgroep. De praktijk blijft uiteindelijk functioneren en elke patiënt(e) die bereikt wordt, is winst. Als het project blijft bollen zal uiteindelijk toch een substantieel deel van de patiënten bereikt worden."

Het feit dat wel 83% van de doelgroep bij de gynaecoloog consulteert voor het afnemen van een uitstrijkje lokte zowel verbazing als ontgoocheling op bij de praktijkartsen. *"Misschien weten de meeste patiënten gewoon niet dat ze hiervoor ook bij de huisarts terecht kunnen, ondanks het feit dat dit wel op de PowerPoint in de wachtzaal alsook op de website vermeld wordt?"*

Het merendeel van de vrouwen binnen de doelgroep legt de verantwoordelijkheid bij de arts om hen op de hoogte te brengen wanneer een nieuw uitstrijkje dient te gebeuren. (Fig. 14) Ook dit zorgde voor verwondering bij de artsen. *"Het is verrassend dat zoveel patiëntes dit van ons lijken te verwachten. We voelen dit soms ook op andere gebieden, zoals bij het opstellen van een vroegtijdige zorgplanning. Het is echter erg moeilijk dit -naast de standaard acuut of chronische consultatiereden- allemaal op te halen binnen een standaardconsult."* Een van de artsen haalde hierbij aan dat wanneer deze punten geagendeerd zouden staan in het dossier, dit ons al een pak verder brengt. *"Zo zijn we na een blik op het medisch dossier van de patiënt op de hoogte van zijn/haar lopende agenda en kunnen we hem/haar hiervoor -al dan niet proactief vb. per e-mail- uitnodigen op consultatie."* Tijdens het eerdere preventieproject binnen de praktijk (2011-2015, zie hoger) werd echter vastgesteld dat bitter weinig patiënten op consultatie kwamen als reactie op de uitnodigingse-mail. *"Uiteindelijk was het bereik bij het vorige project erg groot doordat dit opgepikt werd tijdens een consult gezien de agendering in het medisch dossier. Deze punten werden dan aangehaald worden wanneer er tijd over was binnen een standaard consultatie. Alternatief kan de patiënt op dat moment ook uitgenodigd worden om hiervoor een aparte afspraak te maken."*

"De toekomstige verbouwingen zijn een feit." Hierbij zal niet één, maar zullen er 2 verpleeglokalen voorzien worden, waarbij één ook gebruikt zal worden als polyvalente ruimte. *"Idealiter kan de praktijk in de toekomst een verpleegkundige in dienst nemen die in het verpleeglokaal een 25-tal uur per week opneemt tijdens de ochtenduren."* Om de haalbaarheid van dit toekomstplan in te schatten werd bij de praktijkartsen gepeild naar hun kijk op de 'loonlast' die bij een praktijkverpleegkundige komt kijken. "*Het is afhankelijk van de praktijkvisie waar je als praktijk in wil investeren. In een niet-forfaitaire huisartsenpraktijk word je niet betaald voor de coördinatie, het overleg en alles wat bij het in dienst nemen van een praktijkverpleegkundige komt kijken, terwijl dit in een forfaitaire praktijk wel in het loon verwerkt zit. De totaalverdienste binnen een forfaitaire praktijk zou echter niet veel verschillen van een niet-forfaitaire praktijk mét een verpleegkundige in dienst. Sowieso maken we als praktijk reeds gebruik*

van het Impulseo, gezien de administratieve taken binnen het secretariaat. Idealiter wordt er, samen met de toekomstige praktijkverpleegkundige, een systeem van protocolzorg uitgewerkt waarbij -met goedkeuring van het RIZIV- verpleegkundige prestaties kunnen aangerekend worden op naam van de artsen. Zo kan een deel van het loon van de verpleegkundige alvast terugverdiend worden. Wat dan uiteindelijk nog overblijft, zal van het loon van de artsen moeten worden afgehouden." De praktijk staat open voor creativiteit maar absoluut niet voor onwettelijkheid. *"We begeven ons dus liever niet in de grijze zone. De verpleegkundige moet niet zelf alle kosten dekken, maar toch minstens een deel ervan."*

Een van de artsen zegt toch wel wat 'schrik' te hebben van het opstellen van een dergelijk arbeidsintensief systeem. De protocollen moeten eerst opgemaakt worden, vervolgens uitgeschreven worden en uiteindelijk gecommuniceerd worden naar alle praktijkmedewerkers. "*Als huisarts heb je dan zowel een rol als 'baas', als 'coördinator' én als 'manager'. Dit is toch niet te onderschatten en betekent een extra last op de schouders."* Hoe dan ook zijn alle artsen het erover eens dat het initiële protocol niet uitgebreid hoeft te zijn. *"We kunnen klein beginnen en de protocollen uitbreiden als daar ruimte en tijd voor bestaat."* Zo zouden de artsen bijvoorbeeld de labo's protocolleren die eerder door de verpleegkundige werden afgenomen. Daarnaast zouden ze de technische onderzoeken die uitgevoerd werden door de verpleegkundige achteraf kunnen interpreteren en diagnoses stellen. *"Zo schudden we dan de 'spreekwoordelijke hand' met de patiënt. Een verpleegkundige die taken overneemt mag niet tot gevolg hebben dat het contact tussen arts en patiënt verwatert. Een consultritme -in geval van chronische opvolging- van één keer per maand kan zo bijvoorbeeld worden teruggeschroefd naar één keer per twee of drie maanden."*

Alle artsen beseffen dat met een verpleegkundige in de praktijk hun eigen belasting niet zal veranderen maar dat het vooral een verschuiving van taken zou teweegbrengen. *"Het doel is uiteindelijk werkvreugde. Niet minder werken maar anders werken. Meer denkwerk, minder technische taken." "Een mogelijkse keerzijde daarbij is dat de doorsnee consultaties potentieel zwaarder kunnen worden gezien de eenvoudige en meer technische consulten gedelegeerd worden."*

DISCUSSIE

BESPREKING VAN DE RESULTATEN

Een eerste belangrijke vaststelling is dat er bij de patiënten 'oor' leek te zijn naar het praktijkproject. Geen enkele vrouw die werd aangesproken door de praktijkmedewerkers weigerde om de vragenlijsten in te vullen. Gezien het ontbreken van enige non-responders was het onmogelijk te bepalen of bepaalde patiëntengroepen (vb. patiënten met een lagere socio-economische status) moeilijker te bereiken zijn voor deelname aan een soortgelijk project. Ondanks de afwezigheid van

non-responders kunnen we vaststellen dat het totale bereik met een percentage van 31,1% eerder laag was. (Fig. 6) Op dagen met voltijdse bemanning van het secretariaat was dit 34,5%. (Fig. 7) Dit in vergelijking met een bijzonder laag bereik van 6% op de dagen waarop het secretariaat enkel aanwezig was in de voormiddag. (Fig. 7) 32,2% van de vrouwen binnen de doelgroep werden aangesproken tijdens de ochtenduren. Tijdens de namiddag- en avonduren was dit respectievelijk 50% en 22,2%. (Fig. 8) Rekening houdende met de taaklast van de praktijkassistenten en voorgaande cijfers kan men speculeren dat de namiddag mogelijks gunstiger is om een dergelijk project te laten lopen en dit op dagen waarop het secretariaat voltijds aanwezig is, ook al komen er dan minder vrouwen over de vloer.

Mogelijke oorzaken voor het eerder beperkt bereik leken niet te liggen bij de patiënten (er was geen hulp nodig voor het invullen van de vragenlijsten, er was voldoende interesse), maar eerder bij de praktijkorganisatie en tijdsmanagement. Tijdens de periode van het praktijkproject hadden de praktijkassistenten het -naar zeggen- vaak te druk om de tijd te nemen om patiënten aan te spreken over het project. In het algemeen wordt aan de patiënten gevraagd om bij voorkeur tijdens de ochtenduren te bellen als zij een afspraak of een huisbezoek willen aanvragen. Dit heeft tot gevolg dat het secretariaat tijdens de ochtenduren vaak zeer drukbezet is. Tijdens de onderzoeksperiode had het secretariaat -naast de standaardtaken- een aantal bijkomende agendapunten zoals de voorbereiding van de griepcampagne en de voorbereiding en begeleiding die gepaard ging met de start van een nieuwe collega-arts in de praktijk. Na overleg met de praktijkartsen werd besloten dat, gezien de korte duur van dit project, het beperkte bereik genuanceerd kan worden. Als het project namelijk over een langere periode zou lopen, zouden ongetwijfeld meer patiënten bereikt worden. Het doel van dit project was dan ook niet om 100% van de doelpopulatie te gaan aanspreken.

Naast het tijdsgebrek getuigen de praktijkassistenten ook onvoldoende medische kennis te hebben rond preventie. Hiervoor zouden externe en/of interne opleidingen voor praktijkassistenten omtrent preventie een oplossing kunnen bieden. Sowieso zitten aanvullende opleidingen voor praktijkassistenten en -verpleegkundigen in België in de lift. (22) Ten slotte menen de praktijkassistenten binnen de praktijk onvoldoende fysieke ruimte te hebben om de patiënten op een rustige manier aan te spreken en indien nodig te ondersteunen bij het invullen van de vragenlijsten. Dit probleem kan alvast opgevangen worden met de toekomstige verbouwingsplannen van de praktijk. Zoals eerder beschreven zal de nieuwe ruimte-indeling tot gevolg hebben dat er naast een extra praktijkruimte ook twee verpleeglokalen zullen worden voorzien waarvan één ook benut zal worden als polyvalente ruimte. Idealiter kan daarna een extra praktijkassistente aan de slag die uitsluitend verpleegkundige en andere aanvullende gedelegeerde taken op zich zal nemen.

In tegenstelling tot de takenlast voor de praktijkassistenten leek deze voor de artsen mee te vallen. Dit met een mediane opzoektijd van 2,6 minuten per medisch dossier. Binnen het medisch programma 'CareConnect' werden op gebied van preventie wel enkele tekortkomingen ondervonden. Het gebruik van de 'zorgaanpakken' lijkt zeer nuttig zolang het resultaat van de test met relatie tot de uitgevoerde zorgaanpak normaal is. De zorgaanpakken bezitten echter geen alternatieve planning bij een afwijkend resultaat, bijvoorbeeld bij een afwijkend uitstrijkje. Daarnaast zou de lijst met zorgaanpakken met gemak uitgebreid kunnen worden met onder andere: cardiovasculaire screening, rookstop, alcoholstop, (tetanus)vaccinatie en valpreventie.

Een andere waarneming was dat de vrouwen binnen de onderzoeksgroep de datum en het resultaat van hun laatste uitstrijkje vrij adequaat konden inschatten. Gezien 78% van de vrouwen binnen de onderzoeksgroep hoogopgeleid waren, kan eventuele bias niet uitgesloten worden. (Fig. 9) De praktijkassistenten menen geen onderscheid gemaakt te hebben tussen vrouwen met verschillende socio-economische status, al kan dit niet gecontroleerd worden.

Slechts 20% van de vrouwen binnen de onderzoeksgroep acht zichzelf verantwoordelijk voor het tijdig inplannen van een herhalingsuitstrijkje. Dit is een vrij belangrijkje vaststelling aangezien vrouwen dit blijkbaar van hun (huis)artsen verwachten. (Fig. 14) Om tegemoet te komen aan deze verwachting zou de praktijk een meer proactief geautomatiseerd preventiesysteem kunnen ontwikkelen. In het geval van baarmoederhalsuitstrijkjes kunnen de praktijkassistenten bijvoorbeeld tweemaandelijks een vooraf ingestelde statistische module binnen CareConnect uitvoeren om zo te bepalen welke vrouwen in aanmerking komen voor een uitstrijkje. De vrouwen die op die manier door de zoekfunctie geselecteerd worden, kunnen hier vervolgens per mail van op de hoogte gebracht worden. Dit systeem zou uiteindelijk ook uitgebreid kunnen worden tot andere vormen van screening zoals: cardiovasculaire screening, darmkankerscreening en borstkankerscreening. Tijdens een vergadering van de nationale raad van de orde der artsen in 2010 werd besloten dat, in geval van een vaste arts-patiëntrelatie (gestaafd met een GMD), de patiënt aangeschreven mag worden voor een preventieve check-up. (33) Een mogelijk nadeel van een dergelijk proactieve aanpak is dat patiënten de verantwoordelijkheid volledig bij hun zorgverleners kunnen gaan leggen. Deze misperceptie moet voorkomen worden. Vanzelfsprekend ligt de eindverantwoordelijkheid nog steeds bij de patiënt. Duidelijk informeren is dus de boodschap. Een ander struikelpunt is dat een dergelijke statistiek alleen kan lopen wanneer de zorgaanpakken reeds gestart zijn binnen het medisch dossier van de patiënt. Dit impliceert een adequaat ingevuld en geactualiseerd medisch patiëntendossier. Indien dit het geval, dan wordt er door het uitvoeren van de statistische module een extra vangnet voorzien.

Naast het ontwikkelen van een dergelijk proactief systeem zou de praktijk ook gebruik kunnen maken

van de 'Zorgkompas'. Dit wordt verder beschreven onder 'Ontwikkelingen en Evoluties binnen het Studiegebied'.

Een laatste vaststelling is dat meer dan 4 op de 5 vrouwen binnen de onderzoeksgroep hun uitstrijkjes door de gynaecoloog laat afnemen. (Fig. 16) Dit onevenwicht wordt bevestigd door de literatuur. (18) Echter, bij meer dan de helft van deze vrouwen worden de gynaecologische verslagen (en dus het resultaat van het uitstrijkje) niet door de huisarts ontvangen. (Fig. 17) Deze externe belemmerende factor is belangrijk en getuigt van onvoldoende en/of inefficiënte communicatie tussen de eerste en tweede lijn. Dit maakt het moeilijker voor huisartsen om hierin een verantwoordelijkheid op te nemen.

Het project zorgde uiteindelijk voor een significante verbetering van het aantal zorgaanpakken baarmoederhalskankerscreening binnen de onderzoeksgroep. Het percentage van actieve zorgaanpakken voor en na het project lag respectievelijk op 35% en 100%. (Fig. 11) Elke vrouw die een vragenlijst invulde, werd uiteindelijk via e-mail op de hoogte gebracht. In deze mail werd vermeld of zij al dan niet een nieuw uitstrijkje moesten laten nemen en indien niet, de maand en het jaar waarin dit opnieuw zou moeten gebeuren. Er werd niet specifiek vermeld dat een uitstrijkje ook door de huisarts kan gebeuren gezien dit reeds op de website als in de powerpoint in de wachtzaal werd vermeld. Gezien de vaststelling van het beperkte bereik door de huisarts in vergelijking met de gynaecoloog had dit -achteraf gezien- mogelijks een extra sensibiliserend effect gehad.

Ter informatie hadden 3 van de 12 vrouwen die op deze manier verzocht werden zich aan te bieden voor een nieuw uitstrijkje dit reeds gedaan op 01/02/2019 (d.i. 2 maand na de afloop van het onderzoek). Één van deze 12 vrouwen was tijdens deze volledige periode zwanger en moest dus noodgedwongen wachten tot minstens 3 maand na de bevalling om een uitstrijkje te laten afnemen.

HUISARTS OF GYNAECOLOOG?

Zoals hoger wordt vermeld, verliest de Belgische huisarts toenemend uitstrijkjes aan de gynaecologen. Dit percentage zou gedaald zijn van bijna één op vijf uitstrijkjes in 1995 tot minder dan één op tien uitstrijkjes in 2018. (10) Binnen de dit praktijkproject lag dit percentage op 17% en dus iets hoger. (Fig. 16) Volgens Domus Medica-voorzitter Roel Van Giel zou dit onevenwicht enerzijds te wijten zijn aan het overaanbod aan gynaecologen en anderzijds aan de vrije toegang tot de tweede lijn. (10) Dit zou kunnen veranderen als een groter deel van de bevolking zou weten dat ze voor uitstrijkjes ook bij de huisarts terecht kunnen. Onze groepspraktijk tracht deze boodschap alvast te verspreiden d.m.v. informatisering via de website en de PowerPoint in de wachtzaal. Toch zou de overheid huisartsen hierin een handje kunnen toesteken, bijvoorbeeld door campagnevoering. Wanneer de huisarts zich terug toenemend gaat bezighouden met het nemen van uitstrijkjes kunnen de gynaecologen zich meer focussen op gynaecologische pathologie en specialistische zaken. (10) De vraag rijst of deze stap niet

kan worden weggelaten, gezien het afnemen van uitstrijkjes volledig gedelegeerd kan worden naar (praktijk)verpleegkundigen, zoals geïnstrueerd wordt in hun opleiding. (22)

ONGELIJKHEID BINNEN HET SCREENINGSLANDSCHAP

Volgens Domus Medica voorzitter Roel Van Giel zou een betere duiding van het takenpakket van de huisarts en gynaecoloog de participatiegraad van baarmoederhalskankerscreening (die nu op 62,2% ligt) doen toenemen. (10) Deze stelling roept discussie op: zal dit percentage zich gewoon herverdelen over huisarts en gynaecoloog of zal het daadwerkelijk stijgen? Men lijkt hier meerdere problemen in één pot te gooien. Het ontdubbelen van dit probleem in enerzijds 'de taakverdeling en het overleg tussen huisarts en gynaecoloog' en anderzijds 'de underscreening van bepaalde patiëntengroepen' werpt een ander licht op de zaak.

Een betere taakverdeling en een meer gestructureerde vorm van overleg tussen huisarts en gynaecoloog zou inderdaad de dekkingsgraad kunnen verbeteren gezien de betere toegankelijkheid van de eerste lijn, de lagere kostprijs voor een consultatie bij de huisarts, de betere arts-patiëntrelatie… (10) Op lokaal niveau kan overleg rond sensibilisatie en een beter afgestemde taakverdeling alvast gebeuren binnen de eerstelijnszones. Op hoger niveau (binnen de organisatie van de gezondheidszorg) stoten we op het debat rond echelonnering. (34) In België geldt doorgaans een hogere terugbetaling van specialistische zorg wanneer men hiervoor doorverwezen wordt door de huisarts. Een strikte echelonnering zou betekenen dat patiënten niet bij de specialist terecht kunnen zonder een voorgaand consult bij de huisarts, wat in België de dag van vandaag (nog) niet het geval is. (34)

Het tweede probleem lijkt een meer specifieke focus te vergen gezien vastgesteld wordt dat vooral vrouwen uit zwakkere socio-economische milieus, oudere vrouwen en vrouwen met migratie-achtergrond onvoldoende bereikt worden voor screening. (15, 16) Een lagere socio-economische status kan gepaard gaan met een laattijdige diagnose van en hogere sterfte aan baarmoederhalskanker. (16) Ook ziet men een relatie tussen socio-economische status en het risico op HPV-geassocieerde kankers. (16) De inspanningen van de overheid zoals het organiseren van een bevolkingsonderzoek alsook het gratis aanbieden van HPV-vaccinaties op schoolleeftijd slagen er tot nu toe niet in om deze kloven te dichten. (18) Mogelijks speelt hier het onvoldoende aangepast zijn van het campagnemateriaal aan een diverse populatie een rol (vb. lage gezondheidsvaardigheden, etnisch-culturele diversiteit). Ook het aanbieden van zelfafnamemateriaal zoals onderzocht tijdens een Belgisch pilootproject tussen 2015 en 2018 lijkt hiervoor geen oplossing te bieden. (18) Naast de socio-economische ongelijkheid ziet men ook een opvallend lager bereik in de oudere leeftijdsgroepen (55-65 jaar). (18)

HOE MET DE PRAKTIJKASSISTENTEN EEN BETER PREVENTIEBELEID VOEREN?

Met een streefwaarde van 65% dekkingsgraad tegen het jaar 2020 zal België ongetwijfeld moeten inzetten op bovenstaande deelgroepen. Dit kan bijvoorbeeld a.d.h.v. focusgroepen, die de oorzaken van de lagere respons bij bepaalde patiëntengroepen gaan onderzoeken en hieruit nieuwe beleidsvoorstellen opmaken. (18) Zo stelden focusgroepen vast dat financiële redenen, andere prioriteiten, eerdere negatieve ervaringen met de gezondheidszorg, onvoldoende informatie en wantrouwen een rol spelen bij patiëntes uit kwetsbare socio-economische milieus. (18) Het inspelen op één of meer van bovenstaande beweegredenen zou een manier kunnen vormen om de gezondheidskloof te verkleinen. Men tracht in te zetten op -onder andere- laagdrempelige en visuele informatie zoals affiches op bussen en trams en het verspreiden van boodschappen van algemeen nut via radio en televisie. (18) Daarnaast krijgen vrouwen die nooit eerder gescreend werden en reeds tweemaal uitgenodigd werden zonder resultaat, individueel aangepaste informatie toegestuurd door het CvKO. Zo tracht men ook deze patiëntengroepen te sensibiliseren. (18)

Een ander belangrijk probleem die aandacht verdient, is de taalbarrière. Gezien de toenemende internationalisering zal het belang hiervan blijven stijgen. Een manier om deze taalbarrière te beperken is door het inzetten van tolken en het vertalen van brochures en video's in verschillende talen. De sensibilisering kan ook voor een stuk gebeuren buiten de gezondheidszorg, zoals binnen onderwijs- en andere instanties vb. scholen, LOGO's en de CLB's. Niet alleen de patiëntengroepen, maar ook de gezondheidswerkers moeten gesensibiliseerd worden. Een betere kennis van de achtergrond, taal, cultuur en kennis van moeilijk te bereiken doelgroepen kan leiden tot een beter screeningsbeleid. (17)

ONTWIKKELINGEN EN EVOLUTIES BINNEN HET STUDIEGEBIED

De tijd staat niet stil. In januari 2019 kwam Domus Medica naar buiten met een herziene versie van de 'Gezondheidsgids'. (11) Huisartsen kunnen nu gebruik maken van de geüpdatete website waar ook een nieuwe versie van de preventievragenlijst en verwerkingsmodule terug te vinden is. (11) Daarnaast kunnen patiënten op heden hun persoonlijke medische gegevens online raadplegen via Vitalink.

Zoals hoger beschreven vindt slechts 20% van de vrouwen binnen de onderzoeksgroep dat zij zelf verantwoordelijk zijn voor het tijdig laten inplannen van een herhalingsuitstrijkje. Vrouwen verwachten dit blijkbaar van hun (huis)artsen. (Fig. 14) Ondanks het feit dat de eindverantwoordelijkheid nog steeds bij de patiënt zelf ligt, kunnen huisartsenpraktijken die hier energie aan willen besteden, hun patiënten hierin een handje toesteken. Praktijken kunnen hiervoor bijvoorbeeld gebruik maken van het 'Gezondheidskompas' op de nieuwe website van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. (12) Via deze website kunnen patiënten een online vragenlijst invullen die afgestemd wordt op hun eigen profiel. Het invullen van de vragenlijst duurt -afhankelijk van het profiel van de patiënt- maximaal een 5-tal minuten. Toegepast op de bekomen

gezondheidsinformatie worden er na afronden van de vragenlijst algemene gezondheidsadviezen geformuleerd. Daarnaast krijgt de patiënt ook een unieke code waarmee hij/zij vervolgens de huisarts kan consulteren. Door het ingeven van deze code kan de huisarts (samen met de patiënt) de resultaten van deze vragenlijst herbekijken en samen met de patiënt een persoonlijk preventieplan opstellen. Een mogelijke bezorgdheid rond een dergelijk systeem is dat patiënten hiervoor overweg moeten kunnen met een computer/tablet én dat men op die manier mogelijks eerder de 'Worried Well' bereikt. Om hieraan tegemoet te komen, zou men deze vragenlijst eventueel in de wachtzaal kunnen laten invullen met behulp van een IPad. Een nadeel hierbij is dat bij patiënten vanaf 50 jaar een inschatting gedaan wordt van het cardiovasculair risico en onder andere naar de buikomtrek en het gewicht wordt gevraagd. Het voorzien van een apart verpleeglokaal -zoals gepland in de nabije toekomst- waar patiënten gemeten en gewogen kunnen worden, zou een oplossing kunnen vormen voor dit probleem. (zie ook onder 'De rol van de praktijkassistenten'.) Idealiter wordt voor het invullen van de vragenlijst per patiënt een 5-tal minuten voorzien. Na het invullen van de vragenlijst kunnen de praktijkassistenten de persoonlijke code in het dossier van de patiënt noteren, waarna de patiënt uiteindelijk een afspraak kan maken bij de arts om zijn/haar persoonlijk preventieplan te bespreken. Indien dit plan te uitgebreid zou blijken, kan dit uiteraard gespreid worden over meerdere consulten. Bovendien zou de keuze of hij/zij hiervoor al dan niet speciaal op raadpleging wil komen, nog steeds bij de patiënt liggen. Namelijk wanneer de code in het dossier van de patiënt vermeld staat, kan de arts de patiënt hier steeds over aanspreken wanneer hij/zij zich zou aanmelden voor een standaardconsulatie.

'DE IDEALE WERELD' EN HOEVER WE ERVAN ZITTEN

Huisartsen, tandartsen, verpleegkundigen, vroedkundigen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, diëtisten, podologen, apothekers, sociaal werkers, verzorgenden, eerstelijnspsychologen, zorgkundigen en nog zoveel meer zorgaanbieders, structuren en organisaties hebben allen hun plaats binnen de eerstelijnszorg in Vlaanderen. (13) Het ontstaan van dit zeer breed aanbod aan zorgaanbieders heeft jammer genoeg tot gevolg dat de zorg te gefragmenteerd verloopt. (13) Dit wil zeggen dat de bestaande zorginstanties onvoldoende afgestemd zijn op elkaar en dit ten koste van de kwaliteit -en kost- van de gezondheidszorg. Geïntegreerde zorg kan gezien worden als de tegenhanger van gefragmenteerde zorg, waarbij wordt gestreefd naar een gecoördineerd en samenhangend totaalaanbod van diensten binnen de eerste lijn. (13) Zo zou België kunnen streven naar een betere organisatie, communicatie en een meer efficiënte samenwerking tussen de verschillende eerstelijnsdisciplines, wat de kwaliteit van de gezondheidszorg zou verbeteren en dit tegen een lagere kostprijs. (13) Dit impliceert ook een betere taakverdeling tussen de verschillende actoren waardoor de zorg wordt uitgevoerd door de 'juiste zorgverlener' en elk zich beter kan focussen op zijn/haar eigen

veronderstelde expertise. Een van de manieren om hieraan tegemoet te komen is door Vlaanderen te verdelen in eerstelijnszones. (14) Verschillende pilootprojecten in 2017 toonden aan dat door een betere samenwerking tussen de actoren binnen de eerste lijn een meer effectieve, kwalitatieve en toegankelijke zorg kan geboden worden waarbij de burger centraal staat. Binnen een eerstelijnszone (er zijn 60 zones binnen België), wordt gestreefd naar een betere coördinatie en samenwerking tussen de verschillende disciplines en wordt het zorgaanbod zoveel mogelijk afgestemd op de noden van de individuele patiënt. (14)

Een sterkere integrale zorg zou ook het ontstaan van multidisciplinaire huisartsenpraktijken stimuleren waarin patiënten op een meer holistische wijze benaderd worden. (13) Meer en meer eerstelijnspraktijken kiezen er dan ook voor een deel van hun taken te delegeren naar één of meerdere praktijkassistente(n) en/of -verpleegkundige(n). (21) Op het gebied van preventie kunnen deze taken zeer breed uitwaaieren. Naast administratieve taken, omvatten meer technische handelingen bijvoorbeeld het geven van vaccinaties, het beheren van de vaccinatiestock, het nemen van bloed in het kader van cardiovasculaire screening… (21, 22) Het praktijkverbeterproject had dan ook als doel de praktijkassistenten zoveel mogelijk te betrekken. Ze werden onder andere ingezet voor het aanspreken van de patiëntes, het aanbieden van een preventievragenlijst, het bieden van assistentie bij het invullen indien nodig, het verwerken van vragenlijsten volgens een specifiek protocol, het agenderen van de uit te voeren preventieve taken binnen het medisch dossier en het inlichten van de patiënte per mail. Op heden kunnen verpleegkundigen in België een postgraduaat volgen aan de Universiteit Antwerpen tot ‘Verpleegkundige In de HuisartsenPraktijk’ (VIHP). (22) Eén van de studieonderdelen binnen dit éénjarig studieprogramma betreft gezondheid, preventie en patiënteneducatie. (22) Een voorwaarde voor het starten van deze opleiding is het beschikken over een bachelorsdiploma in de Verpleegkunde. Eenmaal afgestudeerd kunnen zij -naast onthaal en administratie- ook medisch-technische, verpleegtechnische en medisch inhoudelijke taken opnemen. (22) Dit zijn zowel patiëntgebonden als niet-patiëntgebonden taken. (28) Het in dienst nemen van een dergelijke praktijkverpleegkundige lijkt alvast erg aantrekkelijk: het zorgt voor een grotere patiënt- en artsentevredenheid, het lijkt veilig en verantwoord en zou een meerwaarde betekenen voor de huisartsenpraktijk. (28) In Nederland werken praktijkverpleegkundigen gemiddeld 25 uur per week, wat overeenkomt met een gemiddelde van 5 uur per dag. (28) Bij voorkeur verdient een praktijkverpleegkundige op zijn minst zichzelf terug. Het is dan ook belangrijk om te berekenen of de kosten voor deze praktijkverpleegkundige kunnen worden gedekt. Hierbij moet rekening gehouden worden met enerzijds de loonkosten, de werkgeverslasten, de praktijkkosten en bijkomende kosten zoals reisvergoeding, praktijkinstallatie, tijdsinvestering voor begeleiding en overleg … (27) Binnen een niet-forfaitair systeem is er op heden jammer genoeg nog geen structurele financiering voorzien voor

praktijkverpleegkundigen. (27) De dag van vandaag worden praktijkassistenten betaald voor het uitvoeren van hun eigen afgebakende praktijktaken. Wanneer zij medische taken overnemen van een arts kan meestal geen overeenstemmend nomenclatuurnummer worden aangerekend. (27) Dit betekent enerzijds minder inkomsten (nomenclatuurnummer wordt niet gebruikt) en anderzijds meer uitgaven (hogere loonkosten voor de praktijkassistenten als zij meer taken op zich nemen) voor de huisartsenpraktijk. De welgekende 'Impulseo's' -die trouwens uitsluitend bedoeld zijn voor administratief ondersteunend personeel en niet voor praktijkverpleegkundigen- lijken hierbij ontoereikend om de kosten te compenseren. (29) Dit heeft tot gevolg dat wanneer huisartsen en paramedici toch beslissen om onder één dak samen te werken, deze laatste hun zelfstandig statuut meestal behouden. (27) De niet-forfaitaire praktijken die toch een verpleegkundige in dienst nemen, begeven zich vaak op glad ijs om de kosten enigszins te compenseren. Zo gebruiken zij meestal toch de nomenclatuurnummers van de artsen om verpleegkundige consulten en technische prestaties aan te rekenen. (27) Ondanks deze pogingen om de loonkost zo goed als mogelijk te dichten, moeten de praktijkartsen maandelijks een deel van hun inkomen afgeven om de kosten te dekken. Het voorzien van aparte nomenclatuurnummers voor praktijkverpleegkundigen zou alvast een aantal praktijken uit de grijze zone trekken en bovendien voor andere praktijken de drempel om een verpleegkundige in dienst te nemen verkleinen. (27) Anderzijds zou het invoeren van een verpleegkundig forfait kunnen voorkomen dat praktijkverpleegkundigen enkel worden ingezet voor technische prestaties. (27) Idealiter komt er, mee met het toenemend aantal multidisciplinaire groepspraktijken, een evolutie naar een ander betalingssysteem of een vorm van 'protocolzorg'. Dit wil zeggen dat het RIZIV zorgt voor een bepaalde vergoeding aan artsen wanneer verpleegkundigen taken van hen overnemen en dit uitvoeren volgens bepaalde protocollen.

CONCLUSIE

Een belangrijke oorzaak van de uitbreiding van het takenpakket van de huisarts is de voortdurende dynamiek in de Belgische demografie (vb. vergrijzing, migratie) alsook in de pathologie (vb. meer chronische ziekten en ontwikkeling van zorgtrajecten) en technologische ontwikkelingen (elektronisch patiëntendossier, toenemende informatisering). Dit alles brengt een belangrijke takenlast met zich mee. Het is niet vanzelfsprekend om binnen het tijdsbestek van een standaardconsult tijd vrij te maken voor preventieve gezondheid. Het voeren van een efficiënt en systematisch preventiebeleid binnen een huisartsenpraktijk gaat dan ook gepaard met een extra investering in tijd, organisatie en energie voor alle praktijkmedewerkers. (27) Daarnaast moet rekening gehouden worden met het kostenplaatje. Men zou kunnen stellen dat het bijhouden van een Globaal Medisch Dossier en het ontvangen van een ereloon per patiënt binnen een niet-forfaitaire huisartsenpraktijk mede kan

bedoeld zijn voor het uitvoeren van 'consultoverschrijdende zorg'. De beslissing tot implementatie van een extra protocol of systeem hangt dan ook af van de visie van en mogelijkheden binnen de individuele huisartsenpraktijk. (30) Wanneer een praktijk hierin wil investeren, kan dit zeker bijdragen tot een betere gezondheid van zijn patiënten. Daarbij is het wenselijk een goed beeld te krijgen op de socio-economische status van de praktijkpopulatie. Op die manier kan extra aandacht besteed worden aan bepaalde kwetsbare patiëntengroepen die in het algemeen minder goed bereikt worden voor preventie maar dit net het meeste nodig hebben. (30)

Een correcte agendering van de nodige preventie per patiënt zou de kwaliteit van de zorg op een tijdsefficiënte manier kunnen verbeteren. Medische programma's, zoals Careconnect, bieden de mogelijkheid om bepaalde preventiepunten te agenderen in het medisch dossier van de patiënt door het starten van zogenaamde 'zorgaanpakken'. Gezien het ontbreken van een systematische werkwijze worden deze zorgaanpakken vaak onderbenut. Daarenboven lijken ze ook onvolledig. Idealiter kunnen deze zorgaanpakken uitgebreid worden met aanvullende preventie items zoals cardiovasculaire screening, tetanusvaccinatie, griepvaccinatie en pneumokokkenvaccinatie…

Onze groepspraktijk wenst te streven naar een aanpak waarbij preventiepunten op systematische wijze bevraagd en vervolgens geagendeerd worden in het medisch dossier van de patiënt. Eventueel zou dit kunnen gebeuren a.d.h.v. een onlineapplicatie zoals het gezondheidskompas, een recente creatie van de Vlaamse overheid. (12) Patiënten zouden de vragenlijst in de wachtzaal kunnen invullen m.b.v. een IPad en de hulp van de praktijkassistenten om het bereik zo groot mogelijk te maken. Alternatief zou dit alles kunnen gebeuren tijdens een zogenaamd 'verpleegkundig preventieconsult' maar jammer genoeg zijn hiervoor -binnen het systeem van de prestatiegeneeskunde- tot op heden onvoldoende financiële mogelijkheden. Niettemin zou het in dienst nemen van een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk zorgen voor een toename van de kwaliteit en continuïteit van zorg, meer actuele en correcte medische dossiers en een rustigere manier van werken, rekening houdende met de toegenomen kost en inspanning. (27) Dit wordt bevestigd door een aantal Belgische huisartsenpraktijken die tijdens een interview afgenomen door Olivier Vantomme menen dat de 'loonlast' niet opweegt tegen de voordelen die een praktijkverpleegkundige met zich meebrengt. (27) Hopelijk komt er, samen met het toenemend aantal multidisciplinaire groepspraktijken, een evolutie naar een ander betalingssysteem of een vorm van 'protocolzorg', waarbij het RIZIV zorgt voor een bepaalde vergoeding aan artsen wanneer verpleegkundigen taken van hen overnemen en dit uitvoeren volgens bepaalde protocollen. (27)

Wanneer men een duidelijk uitgewerkt preventieprotocol kan handhaven binnen een gemotiveerde praktijk met de nodige praktijkruimte, deskundige assistenten en een duidelijke communicatie, kan dit

ervoor zorgen dat de kwaliteit van de preventieve zorg significant verbetert en er meer patiënten bereikt worden voor preventie. Dit op zich kan leiden tot een significante gezondheidswinst voor de patiënt gezien de verbetering van continuïteit van de zorg en het vroeger opsporen van bepaalde aandoeningen. Het al dan niet implementeren van dit project in de dagdagelijkse praktijk zal een afweging zijn tussen het voordeel, de extra inspanning, tijd en de kosten die hieraan verbonden zijn.

REFERENTIES

1. *B. Dirickx, M. Viaene, J. De Lepeleire. Taakdelegatie in de Vlaamse huisartsenpraktijk. Een exploratieve studie. Huisarts Nu 2011; 40: 417-20.*
2. *Vandenbroeck P, Ooms K, Benahmed N, Wickert R, Christiaens W, Stordeur S. Strategieën om het projectiemodel medisch aanbod te verbeteren: een stakeholderconsultatie – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2017. KCE Reports 290As. D/2017/10.273/47.*
3. *Domus Medica. België telt bijna 16.000 huisartsen. 2014. Beschikbaar via: https://www.domusmedica.be/documentatie/nieuwskijker/5447-belgie-telt-bijna-16-000-huisartsen.html. Geraadpleegd op: 15/10/2018.*
4. *Werkgroep Statan i.o.v. Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen. Jaarstatistieken met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België. Brussel: Tom Auwers; 2017. p. 111*
5. *Roy Remmen et al. Er is geen tekort aan huisartsen in Vlaanderen en zij zijn niet burnt out. 2013. Beschikbaar via: https://www.domusmedica.be/documentatie/archief/nieuws/4605-er-is-geen-tekort-aan-huisartsenin-vlaanderen-en-zij-zijn-niet-burnt-out.html. Geraadpleegd op 2/09/2018.*
6. *Michel Boutsen, Giulia Camilotti et al. Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België: een update. Brussel. Intermutualistisch agentschap. 2017. P. 126*
7. *Duke P, Godwin M, Ratnam S, et al. Effect of vaginal self-sampling on cervical cancer screening rates: a community-based study in Newfoundland.BMC Womens Health. 2015; 15:47.*
8. *Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg. Opsporing van baarmoederhalskanker met HPV-test effectiever dan de klassieke uitstrijkjes: kan om de 5 in plaats van om de 3 jaar. 2015. Beschikbaar via: https://kce.fgov.be/nl/opsporing-van-baarmoederhalskanker-met-hpv-test-effectiever-dan-de-klassieke-uitstrijkjes-kan-om-de. Geraadpleegd op 12/10/2018.*
9. *Domus Medica. Ook een verpleegkundige in uw praktijk? 2018. Beschikbaar via: https://domusmedica.be/actueel/ook-een-verpleegkundige-uw-praktijk*
10. *Domus Medica. Huisarts verliest uitstrijkje aan gynaecoloog. 2018. Beschikbaar via: https://domusmedica.be/actueel/huisarts-verliest-uitstrijkje-aan-gynaecoloog. Geraadpleegd op 15/02/2019.*
11. *Domus Medica. Gezondheidsgids. Internetsite. 2019. Beschikbaar via: https://www.ggids.be/. Geraadpleegd op 10/10/2018.*
12. *Agentschap zorg en gezondheid. Gezondheidskompas. Internetsite. 2019. Beschikbaar via: https://www.gezondheidskompas.be/index. Geraadpleegd op 15/02/2019.*
13. *Tom Meeus. Geïntegreerde eerstelijnszorg in België [dissertatie]. Gent: Universiteit Gent; 2017.*
14. *Agentschap zorg en gezondheid. Eerstelijnszones in Vlaanderen. Internetsite. 2019. Beschikbaar via: https://www.zorg-en-gezondheid.be/eerstelijnszones-in-vlaanderen. Geraadpleegd op 02/02/2019.*
15. *Intermutualistisch agentschap. Baarmoederhalskankerscreening 2006-2012, 3e IMA-rapport. Brussel. 2015. P. 44*
16. *Sarah Hoeck, Eliane Kellen. Bepaling van het socio-economisch profiel van niet-deelnemers aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker en dikkedarmkanker op basis van een koppeling van CVKO-gegevens met gegevens van de kruispuntbank sociale zekerheid. Brugge: 2017. P. 27*

17. *Keymeulen Ann. Baarmoederhalskankerscreening in Vlaanderen: op naar een participatiegraad van 65% tegen 2020 [dissertatie]. Gent: Universiteit Gent; 2014.*
18. *Centrum voor Kankeropsporing. Jaarrapport Bevolkingsonderzoeken naar kanker 2018. Brugge: Belgian Cancer Registry, 2018, p. 56*
19. *Grouwels D, Seuntjens L, VandenBussche P. Dokteren met kwaliteit. Antwerpen: Standaard Uitgeverij. 2008. P. 250*
20. *Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek. Advies nr. 12-05 betreffende de gezondheidsgids van Domus Medica. Brussel; 2012. P. 4.*
21. *Vynckier E, Avonts D. Welke taken kan een huisarts delegeren? Onderzoek naar de perceptie van de patiënt. Huisarts Nu 2017; 46:151-5.*
22. *Universiteit Antwerpen. Postgraduaat verpleegkunde in de huisartsenpraktijk. Internetsite. 2019. Beschikbaar via: https://www.uantwerpen.be/nl/onderwijs/opleidingsaanbod/verpleegkundige-huisartspraktijk/opleidingsinfo/. Geraadpleegd op 25/03/2019.*
23. *Heiligers P, Noordman J, Korevaar J, et al. Praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk (POHs). Klaar voor de toekomst? Utrecht: Nivel. 2012. P. 125.*
24. *Romero-Collado A, Homs-Romero E, Zabaleta-Del-Olmo E, et al. Nurse prescribing in primary care in Spain- legal framework, historical characteristics and relationship to perceived professional identity. Journal of Nursing Management 2014; 22(3): 394-404*
25. *Noordman et al. Effects of video-feedback on the communication, clinical competence and motivational interviewing skills of practice nursesa pre-test posttest control group study. Journal of Advanced Nursing. 2014; 70(10): 272-83*
26. *Fabrellas N, Sanchez C, Juvé E, et al. A program of nurse algorithm-guided care for adult patients with acute minor illnesses in primary care. BMJ Family Practice. 2013; 14:61*
27. *Vantomme O, Peremans L. Hoe haalbaar is een verpleegkundige in een niet-forfaitaire groepspraktijk? Onderzoek naar de meerwaarde en financiële impact. Huisarts Nu 2018;47: 200-5.*
28. *Van der Burgt MR, van Roij J, Derckx EWCC, Meulepas MA. Eindrapport praktijkvoorbeelden: De verpleegkundig specialist in de eerste lijn. Eindhoven: Stichting KOH. Eindhoven; februari 2015.*
29. *Vlaamse overheid. Financiële ondersteuning voor huisartsen. Internetsite. Vlaamse Overheid. 2017. Beschikbaar via: https://www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/eerste-lijn/financiële-ondersteuning-voor-huisartsen. Geraadpleegd 2019 april 2.*
30. *Falke Tibax, Francois Levrau, Edith Piqueray. Preventie in de eerstelijnszorg. Een kwalitatieve studie naar het gebruik van preventie in een superdiverse samenleving. Internetsite. Steunpunt Inburgering en Integratie. 2016. Beschikbaar via: https://www.uantwerpen.be/nl/steunpunten/steunpunt-inburgering-integratie/publicaties/onderzoeksrapporten/*
31. *Roobroeck Julie. Drie jaar preventieconsult: ervaringen en lessen uit de Vlaamse huisartsenpraktijk [dissertatie]. Gent: Universiteit Gent; 2014.*
32. *Joye Simon. De multidisciplinaire groepspraktijk: patiëntenvisie [dissertatie]. Leuven: K.U. Leuven; 2016.*
33. *Orde der artsen. Uitnodiging van patiënten voor een preventieve check—up door de huisarts. Internetsite. Orde der Artsen. 2010. Beschikbaar via: https://www.ordomedic.be/nl/adviezen/advies/uitnodiging-van-patienten-voor-een-preventieve-check-up-door-huisarts. Geraadpleegd 2019 april 21.*
34. *Jan De Maeseneer, Kathleen Bogaert. Echelonnering in de gezondheidszorg: wanneer parlementair debat? De gids op maatschappelijk gebied. 1999; 1: 29-37.*

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: GUNSTIG ADVIES ETHISCH COMITÉ

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Dr. Stéphanie DE MAESSCHALCK
Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
ALHIER

contact	telefoon	e-mail
Sandra De Paepe Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 26 86	Ethisch.comite@uzgent.be sandra.depaepe@uzgent.be

Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
2018/0463		14-mei-18	1/2

Betreft :

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Een kwaliteitsverbeterend project: hoe kunnen we als niet-forfaitaire huisartsenpraktijk samen met de praktijkassisstenten de preventieve zorg optimaliseren? (MaNaMa Sarah Vanhulle)

Belgisch Registratienummer: B670201836323

* Antwoord onderzoekers dd. 18/04/2018 (via mail dr. S. Vanhulle ontv. dd. 19/04/2018) op opmerkingen EC dd. 20/03/2018
* Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 13/04/2018
* Vragenlijsten
  - Vragenlijst preventie (Domus Medica 2014) - (bijlage 1) - ontv. dd. 19/04/2018
  - Aanvullende vragenlijst (deel 2) (bijlage 2) - ontv. dd. 19/04/2018
* Protocol (bijlage 5) - Samenvatting masterproef - ontv. dd. 19/04/2018
* Antwoord onderzoekers
  via mail dr. S. Vanhulle dd. 02/05/2018 op bijkomende opmerkingen EC dd. 26/04/2018
* Brief aan patiënt (bijlage 3) - aangepaste versie ontv. dd. 02/05/2018
* Patiëntentoestemmingsformulier (bijlage 4) - aangepaste versie ontv. dd. 02/05/2018

Advies werd gevraagd door:
Dr. S. DE MAESSCHALCK ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 2/05/2018. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 2/05/2019, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

**THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 2/05/2018. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 2/05/2019, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.**
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 15/05/2018

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 15/05/2018

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. D. Matthys

SECRETARIS
Prof.dr. J. Decruyenaere

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(09) 332 33 36
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 68 54
Sara De Smet

SECRETARIAAT
Wendy Van de Velde
T +32(09) 332 56 23
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 26 86
Ann Haenebalcke
T +32(09) 332 22 66
Davine Verbeke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT

Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	ONS KENMERK	DATUM	KOPIE
	2018/0463	14-mei-18	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2018/0463

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Dr. S. DE MAESSCHALCK - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

BIJLAGE 2: GOEDGEKEURD PROTOCOL ETHISCH COMITÉ

Versie 18/04/2018

INLEIDING

WAT IS HET PROBLEEM?

Het implementeren van een kwalitatief preventief beleid binnen een niet-forfaitaire huisartsenpraktijk blijft een uitdaging binnen het huidige gezondheidssysteem. Het is niet vanzelfsprekend om binnen het tijdsbestek van een standaardconsult nog tijd vrij te maken voor preventieve gezondheid. In het kader van de komst van het GMD+ (2011 t.e.m. 2015) had onze huisartsenpraktijk een specifiek protocol uitgewerkt om voor elke patiënt op individueel niveau een aangepast preventieplan op te stellen. Hierbij werd getracht de praktijkassistenten maximaal in te zetten. Tijdens die periode had de praktijk -op geprogrammeerde wijze- duidelijk een beter zicht op de nodige en lopende preventieve zorgen en werden geagendeerde punten gemakkelijk tijdens de routine consultaties opgepikt. Bij het verdwijnen van het GMD+ (en dus de financiële incentive) raakte ook het eigen protocol wat op de achtergrond en verdween het van het toneel. Gezien onvoldoende financiële mogelijkheden binnen onze niet-forfaitair groepspraktijk was het tot op heden niet mogelijk verpleegkundige preventieconsulten te organiseren. Ondertussen veranderde de praktijk ook van medisch programma (Accrimed -> Careconnect). De bedoeling van deze Manama zou zijn dit systeem terug op te frissen, aan te passen aan de huidige evidentie en richtlijnen, terug in de praktijk (en medisch programma) te implementeren en dit alles met maximale delegatie naar onze praktijkassistenten voor zoverre dit mogelijk is binnen een niet-forfaitair systeem.

STAND VAN ZAKEN, ONTBREKENDE KENNIS?

De huisarts is, met zijn/haar brede medische kennis, niet enkel bekwaam binnen het curatieve landschap. Hij/zij wordt meer en meer aanzien als de schakel tussen de verschillende sectoren van de gezondheidszorg en neemt hierbij een breed takenpakket op zich. Van onze Belgische huisartsen wordt heel wat verwacht: rekening houdende met de patiënt binnen zijn/haar context zijn ze medisch expert binnen hun vakgebied en gaan daarnaast ook optreden als communicator, als samenwerker, als organisator en zeker niet onbelangrijk: als gezondheidsbevorderaar. Dit alles brengt met zich mee dat huisartsen zich steeds vaker gaan groeperen binnen (multidisciplinaire) groepspraktijken.

Naast de uitbreiding van het takenpakket van de huisarts is er sprake van een voortdurende dynamiek in de Belgische demografie (vb. vergrijzing, migratie) alsook in de pathologie (vb. meer chronische ziekten) en technologische ontwikkelingen (elektronisch patiëntendossier, toenemende informatisering). Dit alles brengt een belangrijke administratieve takenlast met zich mee. Meer en meer eerstelijnspraktijken kiezen er dan ook voor een deel van deze taken te gaan delegeren naar één of meerdere praktijkassistent(en) en/of -verpleegkundige(n). Tot op heden kiezen huisartsen er voornamelijk voor om administratieve taken uit handen te geven. Op de tweede plaats komen minimaal technische verrichtingen, het onderhoud van de praktijk en managementtaken. Naast praktijkassistenten kunnen verpleegkundigen heel wat extra taken op zich nemen zoals bloednames, het toedienen van vaccinaties, afnemen van ecg's of longfunctiemetingen, gewichtsopvolging, bloeddrukcontroles,... Binnen een niet-forfaitair systeem botsen we hier echter op enkele belangrijke problemen: ondanks het bestaan van de welgekende "Impulseo 's" voor huisartsen (tegemoetkoming in een deel van de loonkosten van een bediende die de huisarts in het onthaal en beheer van zijn praktijk bijstaat) blijft onvoldoende financiering de grootste belemmering. Daarnaast worden ook gebrek aan communicatie tussen arts en praktijkmedewerkers, de arts als juridisch eindverantwoordelijke, controleverlies van de arts bij het uit handen geven van taken en het gebrek aan ruimte en infrastructuur als remmende factoren gezien.

Ook voor het beheren van het preventief gezondheidsdossier wordt soms beroep gedaan op praktijkassistentes en -verpleegkundigen. Dit is niet onbelangrijk gezien het stijgende belang van medische preventie (gezien de dynamiek in de Belgische demografie (vb. vergrijzing, migratie) alsook in de pathologie (vb. meer chronische ziekten). Dit belang wordt geïllustreerd door verschillende pogingen van de overheid huisartsen hierbij te

ondersteunen en begeleiden. Het betreft hier onder andere het tijdelijk bestaan van het GMD+ (GlobaalMedischDossierPlus 2011-2015) en het ontstaan van verschillende zorgtrajecten. Sinds het GMD+ (en daarbij ook de financiële vergoeding) sinds 2016 uit het medisch landschap verdwenen is, wordt het voor de doorsnee arts minder aantrekkelijk hier nog veel tijd aan uit te besteden. Hierbij opent zich de optie om onze praktijkmedewerkers te gaan betrekken bij deze preventieve taak.

DOEL

Ik zou hierbij graag binnen onze (niet-forfaitaire) groepspraktijk een preventieve tool ontwikkelen om op systematische wijze een beter preventief gezondheidsbeleid te voeren en dit met maximale delegatie van taken naar de praktijkverpleegkundigen voor zoverre dit mogelijk is binnen een niet-forfaitair systeem.

ONDERZOEKSVRAGEN

Wat is de huidige rol van de praktijkassistenten en -verpleegkundigen binnen de Belgische huisartsenpraktijk? Wat kunnen remmende of bevorderende factoren zijn voor delegatie van taken binnen een niet-forfaitaire huisartsenpraktijk? Kunnen we d.m.v. delegatie van bepaalde taken, een beter preventief beleid voeren? Is dit ook organisatorisch haalbaar binnen onze praktijk, rekening houdende met de al aanwezige taaklast van arts en praktijkassistenten? Heeft een uitgewerkt preventieprotocol meer preventieve acties tot gevolg? Wat zijn de mogelijkheden voor registratie en opvolging van preventie in het EMD? Welk percentage patiënten kunnen we d.m.v. het uitdelen van brieven en via de website bereiken?

METHODE

1. Inclusiecriteria voor deze studie: patiënten met Globaal Medisch Dossier in onze praktijk (25-75 jaar). Exclusiecriteria: patiënten die niet op consultatie kunnen komen, patiënten die de Nederlandse taal niet spreken, patiënten in een rusthuis of instelling, wilsonbekwame patiënten, patiënten met een beperkte levensverwachting (palliatief statuut).

2. Kwalitatief onderzoek

3. Aankondiging van het project op de praktijkwebsite met daarbij de mogelijkheid om de medische vragenlijst en begeleidende brief te downloaden, in te vullen en vervolgens in te dienen in de praktijk. (waar men vervolgens ook het Informed Consent en de aanvullende vragenlijst krijgt.)

*4. Recruteringsfase en bevragingsfase: elke patiënt die in de praktijk over de vloer komt tussen 01/08/2018 en 31/10/2018 zal persoonlijk aangesproken worden door een van de **praktijkassistenten** en een vragenlijst (m.b.t. preventie cf. GGids, eventueel uitgebreid met algemene vaccinaties) en een aanvullende vragenlijst (m.b.t. opleidingsniveau, familiale situatie, werksituatie…) aangeboden krijgen om ter plaatse (in de wachtzaal) in te vullen. Daarnaast krijgen zij een begeleidende brief en een informed consent. Als zij dit op dat moment niet wensen in te vullen, kan dit gerust op een later tijdstip in de praktijk afgegeven worden. De motivatie moet uiteindelijk van de patiënt zelf komen. In geval van weigering van deelname (non-responders) zal dit geregistreerd worden in een apart document (de reden waarom, de leeftijd en achtergrond van de patiënt). Dit om selectie-bias te kunnen detecteren en bespreken.*

5. Voorafgaand aan de verwerking van de vragenlijsten: analyse door de arts van al aanwezige preventieve gegevens in het EMD van zowel de responders als de niet-responders (voormeting).

6. Binnen een rotatieschema en volgens een opgemaakte verwerkingsmodule zullen de huisartsen vervolgens de ingevulde vragenlijsten verwerken en hierbij voor elke patiënt een individueel preventieplan opstellen (d.m.v. bepaalde codes). Vervolgens zal dit preventieplan doorgegeven worden aan de praktijkassistenten. De praktijkassistenten stellen volgens het specifiek protocol een individuele brief op en contacteren dan de betrokken patiënten (mail, telefoon, persoonlijk aanspreken) met voorstel tot een gepersonaliseerd actieplan. Ze kunnen hierbij zelf een deel van het heft in handen nemen (zoals nuchtere bloednames). Daarnaast zal deze persoonlijke

informatie ook verwerkt en geagendeerd worden in het GMD (principe dubbele controle). De tijd die nodig is voor de verwerking van de vragenlijsten zal worden geregistreerd.

7. De patiënt maakt telefonisch een afspraak voor een preventieconsult.

8. Preventieconsult: bespreken en uitvoeren van de individueel geagendeerde punten. Dit kan gaan van een bloeddrukmeting en een klinisch onderzoek tot het toedienen van ontbrekende vaccinaties, het afnemen of plannen van aanvullend onderzoek zoals een uitstrijkje, het gericht verwijzen voor bijvoorbeeld medische beeldvorming, het geven van persoonlijk levensstijladvies... Indien indicatie tot een nuchtere bloedname zal dit een aantal dagen voor het gepland preventieconsult uitgevoerd worden door de prakijkverpleegkundige, waarna de patiënt bij de arts komt ter bespreking van het afgenomen labo alsook de andere agendapunten.

9. Patiënten die uitgenodigd werden voor een preventieconsult en tegen 01/12/2018 geen telefonische afspraak hebben gemaakt, zullen via het secretariaat een herinnering toegestuurd krijgen per mail. Als de patiënt hier toch niet op in gaat, kunnen de preventiepunten alsnog ter sprake gebracht worden tijdens een standaardconsult gezien de agendering binnen het dossier.

10. Op het einde van het project zal een tweede registratie plaatsvinden (aantal patiënten bereikt, aantal patiënten bereikt via de herinneringsmail, vergelijking van registratie binnen het EMD voor en na het preventieconsult. Mogelijke verschillen in motivatie of bereikbaarheid van bepaalde patiëntengroepen (leeftijd, sociaaleconomische status) zullen hierbij ook geanalyseerd worden.

11. Vanaf januari 2019: De gegevens zullen gecodeerd ingebracht worden in een databank en vervolgens statistisch geanalyseerd en geïnterpreteerd worden.

12. Evaluatie van de interventie binnen de praktijk en formuleren van een antwoord op de onderzoeksvragen (zie eerder). Is het interessant om deze strategie te blijven hanteren in de dagelijkse praktijk?

VERWACHTE RESULTATEN

Wanneer men een duidelijk uitgewerkt preventieprotocol kan handhaven binnen een gemotiveerde praktijk met de nodige praktijkruimte, deskundige assistenten en een duidelijke communicatie, kan dit ervoor zorgen dat de kwaliteit van de preventieve zorg significant verbeterd wordt en er meer patiënten bereikt worden voor preventie. Dit kan leiden tot een significante gezondheidswinst voor de patiënt gezien een betere continuïteit van de zorg wordt aangeboden en risicofactoren of mogelijk al aanwezige aandoeningen vroeger worden opgespoord. Het doel van dit project is dus een verbetering van de kwaliteit van de zorg te bekomen maar dit met minimale taakinspanning voor de huisartsen gezien maximale delegatie naar de praktijkverpleegkundigen. Een mogelijke rem blijft daarbij de financiële kost van een dergelijke aanpak binnen een niet-forfaitair systeem.

AFKORTINGEN

- GMD: globaal medisch dossier
- EMD: elektronisch medisch dossier
- Hub: via een Hub kan een zorgverlener informatie die binnen ziekenhuizen beschikbaar is, consulteren. Dit is enkel mogelijk als de patiënt hiervoor voorafgaand toestemming heeft gegeven.
- APO: anatomopathologisch onderzoek
- CvKO: Centrum voor Kanker Opsporing
- LOGO: lokaal gezondheidsoverleg