Hoe organiseer je het gebruik van het GMD+ in een stedelijke groepspraktijk met ondersteuning van het Preventiecentrum regio Turnhout?

Speciale aandacht voor cardiovasculair management

Dr. Tom Lambrechts, UA

Promotor: Prof. Dr. Roy Remmen, UA

Co-promotor: Dr. Stefan Teughels, Coordinator Preventiecentrum HVRT

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Hoe organiseer je het gebruik van het GMD+ in een stedelijke groepspraktijk met ondersteuning van het Preventiecentrum regio Turnhout?

Speciale aandacht voor cardiovasculair management.

Haio: Tom LAMBRECHTS

Universiteit: UA

Promotor: Roy REMMEN

Co-promotor: Stefan TEUGHELS

Praktijkopleider: Els LEMMENS

Context:
De sterftecijfers in België zijn de laatste tien jaar stelselmatig gedaald. Toch blijven aandoeningen die voorkomen kunnen worden zoals hart- en vaatziekten de belangrijkste oorzaak van sterfte in België. Er werden reeds verschillende initiatieven genomen om preventie naar de voorgrond te brengen. In dit kader trad in 2011 het GMD+ in voege. Om meer systematiek in preventie te krijgen besloot de Huisartsenvereniging Regio Turnhout (HVRT) om een preventiecentrum op te richten, waar patiënten een preventie-analyse konden laten verrichten. In onze praktijk bekeken we of het GMD+ georganiseerd kan worden via dit preventiecentrum.

Onderzoeksvraag:
Wat is de participatiegraad voor het Preventiecentrum regio Turnhout bij de patiënten van Praktijk de Merode te Turnhout? Hoeveel patiënten waren al dan niet correct behandeld volgens hun cardiovasculair risicoprofiel?

Methode:
De patiënten van onze praktijk werden op 2 manieren verwezen naar het preventiecentrum. De groep van patiënten tussen 45 en 75 jaar werd opportunistisch verwezen via de consultatie door de huisartsen. Een andere groep tussen 50 en 55 jaar werd verwezen via een schriftelijke uitnodiging. Tijdens de preventie-analyse op het preventiecentrum werd via geïnformatiseerde vragenlijsten preventie-adviezen gegeven, welke doorgestuurd werden naar de huisarts. Nadien kwam de patiënt op consultatie bij één van de HAIO's voor het opstellen van het preventieplan. Er werd telkens geregistreerd wie verwezen werd naar het preventiecentrum en wie effectief ging. Ook werd in het EMD nagekeken welke medicatie patiënten reeds namen en werd dit gecorreleerd aan hun cardiovasculair risicoprofiel.

Resultaten:
Na opportunistisch verwijzen tijdens de consultatie ging 42.6% van de verwezen patiënten effectief naar het preventiecentrum. 4.5% van de te bereiken populatie ging hierdoor naar het preventiecentrum. Na schriftelijke uitnodiging ging 29.4% van de verwezen patiënten naar het preventiecentrum. 11.2% van de totale populatie kreeg door een schriftelijke uitnodiging een preventie-analyse. 12 van 56 patiënten met een laag CVR namen onterecht een statine en 4 patiënten onterecht acetylsalicylzuur. 9 van 15 patiënten met een hoog CVR namen onterecht geen statine en 9 patiënten onterecht geen acetylsalicylzuur. Na het preventieconsult bereikten we een daling in het gebruikt van onterechte medicatie in de groep met een laag CVR en onterecht geen medicatie in de groep met een hoog CVR.

Conclusies:
Via opportunistische verwijzing door de huisarts bekwamen we het grootste percentage verwezen patiënten die effectief naar het preventiecentrum gingen. Hierdoor bereikten we wel voornamelijk patiënten die reeds gekend waar bij de huisarts. Via briefwisseling was er beduidend minder participatie van verwezen patiënten aan het preventiecentrum. Toch bereikten we een groter deel van de initiële groep, die mogelijk meer ongekende patiënten bevat. De behandeling volgens het cardiovasculair risico van de patiënt liep in de praktijk niet optimaal. Tijdens de praktijkvergadering werd hier aandacht voor gevraagd en werd aan de HAIO's gevraagd hier een studiemoment rond te organiseren binnen de praktijk.

Email: Tom.lambrechts@praktijkdemerode.be

Inhoudstafel

Inleiding 5

Context 8

Doelstellingen 9

Methodologie 10

Inclusiecriteria 10

Informed consent 10

Methodiek 10

Participatiegraad 10

Profiel participerende patiënt 11

Cardiovasculaire risicostratificatie 13

Nameting 14

Resultaten 15

Participatiegraad 15

Verwijzing tijdens consultatie 15

Verwijzing via brief 15

Karakteristieken participerende patiënt 16

Cardiovasculaire risicostratificatie 17

Laag cardiovasculair risico 17

Hoog cardiovasculair risico 18

Nameting 19

Laag cardiovasculair risico 19

Hoog cardiovasculair risico 19

Discussie 20

Terugkoppeling in de huisartsenpraktijk 23

Referenties 24

Dankwoord 25

Bijlage 26

Inleiding

De huisarts van vandaag heeft veel taken. Hij moet curatieve zorgen aanbieden rekening houdend met de sociale, economische en culturele achtergrond van elke patiënt. Vervolgens moet de huisarts ook preventief werken. Zo probeert hij elke dag opnieuw zijn patiënten niet alleen te sensibiliseren voor het gevaar van het gebruik van tabak en alcohol, maar doet hij ook aan vroeg detectie voor het sluimerende gevaar van mammacarcinoom, cervixcarcinoom, cardiovasculaire ziekten et cetera.

De sterftecijfers in België zijn de laatste tien jaar stelselmatig gedaald. Toch blijven aandoeningen die voorkomen kunnen worden zoals hart- en vaatziekten de belangrijkste oorzaak van sterfte in België. Ongeveer één derde van de sterfgevallen is te wijten aan een hart- en vaatziekte [1].

Tal van onderzoek heeft aangetoond dat primaire preventie ervoor kan zorgen dat deze mortaliteit teruggedrongen wordt. Zo werd in het Verenigd Koninkrijk een studie verricht over de effectiviteit en kostenefficiëntie van cardiovasculaire preventie. De onderzoekers concludeerden dat door het cardiovasculaire risico van een nationale populatie met 1% te doen dalen, 25.000 hart- en vaatziekten zouden kunnen voorkomen worden. Dit kan vertaald worden in een besparing van 30 miljoen pond per jaar voor het Verenigd Koninkrijk [2]. In België schreef het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg dan ook in haar rapport dat een verbeterde effectiviteit van de preventieve zorgverlening een vooruitgang van het gehele zorgsysteem zou betekenen [3].

Reeds in 1998 werd er door de Vlaamse overheid een reeks van Gezondheidsdoelstellingen geformuleerd, die binnen een bepaalde periode gerealiseerd moesten worden. Dit ging over concrete zaken als het opkrikken van de dekkingsgraad van borstkankerscreening, het verminderen van het percentage rokers in Vlaanderen, etc. [4]

In 2010 baseerde Domus Medica zich hierop bij het schrijven van een eerste bruikbare preventiehandleiding in de vorm van ‘De Gezondheidsgids’, die in 2011 herzien werd [5]. In deze gids wordt gestandaardiseerde en uniforme informatie aangeboden omtrent preventie. Bovendien biedt deze gids handvaten om te bepalen welke preventieve handelingen bij welk type patiënten nodig zijn. Specifiek voor het cardiovasculaire luik wordt er een beroep gedaan op de aanbeveling ‘Globaal cardiovasculair risicobeheer’ [6]. Om systematiek in de preventie te krijgen voegde Domus Medica ook een vragenlijst over preventie, een handleiding voor de arts en een afsprakenkaartje toe waar artsen mee aan de slag konden.

In dit kader trad op 1 april 2011 het Globaal Medisch Dossier Plus (GMD+) in voege. Deze module binnen het Globaal Medisch Dossier (GMD) van de patiënt is een extra luik dat volledig gericht is op preventie. Mede doordat er een nomenclatuurnummer gekoppeld is aan het aanmaken van een GMD+ betekent dit een voordeel voor beide partijen. De patiënt krijgt kwalitatieve preventie aangeboden en de arts wordt beloond voor het extra werk dat hij in preventie investeert.

De bedoeling van de Gezondheidsgids van Domus Medica was de preventie toegankelijker en meer gesystematiseerd te maken. Toch blijkt in de praktijk dat preventie niet in elke praktijk volgens dezelfde standaarden gebeurt. Uit een enquête bij 286 huisartsen bleek dat 4 op de 5 huisartsen ooit wel eens een instrument gebruikt hadden om het cardiovasculair risico van hun patiënten in te schatten, maar dat slechts een minderheid dit regelmatig gebruikt. Men besloot dat huisartsen meer tijd en middelen moesten krijgen om aan preventie te doen, dat de media hun steentje moesten bijdragen met sensibiliserende campagnes en dat de overheid moest helpen bij het opzetten van deze campagnes [7,8].

In de regio Turnhout zag de Huisartsenvereniging (HVRT) dat de huisartsen weigerachtig stonden tegenover het extra werk dat het opstellen van een GMD+ met zich mee brengt. Bovendien gebeurde preventie, desondanks het geleverde werk van Domus Medica, niet op een gesystematiseerde manier en was er geen kwaliteitscontrole. Daarom besloot men in Turnhout te starten met het Preventiecentrum regio Turnhout [9]. In dit centrum worden de preventie-analyses op vraag van de huisarts uitgevoerd met behulp van een software ondersteunend programma zonder dat de huisarts hiervoor extra tijd hoeft uit te trekken. Via wetenschappelijk gevalideerde vragenlijsten en klinisch onderzoek, uitgevoerd door verpleegkundigen die opgeleid werden om preventieve taken uit te voeren, wordt er van elke patiënt een specifieke preventie-analyse gemaakt, gebaseerd op de Gezondheidsgids van Domus Medica. Nadat de analyse voltooid is, wordt dit rapport verzonden naar de huisarts, die op zijn beurt het preventieplan met de patiënt bespreekt en zo nodig bepaalde acties onderneemt.

Deze manier van werken heeft verschillende voordelen. Ten eerste kunnen we hier spreken over een gesystematiseerde aanpak en bijgevolg één in de richting van meer kwalitatieve preventie. Bovendien komt de werklast niet volledig bij de huisarts zelf te liggen en zal er in de huisartsenkring een groter draagvlak voor gevonden kunnen worden.

Doordat het GMD+ recent in werking trad en ik in een opleidingspraktijk binnen de HVRT-regio mijn opleiding voltooi, leek het mij zeer de moeite een master-na-masterthesis aan het GMD+ en het Preventiecentrum regio Turnhout te wijden. De algemene doelstelling van deze thesis is enerzijds

inzicht te krijgen in de bereidheid van de patiënt om aan preventie te doen via een preventiecentrum en anderzijds het cardiovasculaire risicoprofiel van onze patiëntengroep onder de loep te nemen.

Context

Dit onderzoek wordt georganiseerd in een stedelijke groepspraktijk te Turnhout met ongeveer 2200 GMD's. In deze praktijk zitten 3 huisartsen en 2 huisartsen-in-opleiding (HAIO). Tevens is er een tweekoppig medisch secretariaat. Alle huisartsen werken met het medisch programma 'Windoc 8.8.1'.

De preventieconsulten worden enkel aangeboden aan de GMD-houdende patiënten tussen 45 en 75 jaar oud, wat overeenkomt met het totaal van 1013 patiënten. De preventieconsulten worden uitsluitend door de HAIO's gedaan.

Het Preventiecentrum Regio Turnhout is op 800 meter gelegen van de huisartsenpraktijk en bevindt zich in de gebouwen van de Huisartsenwachtpost regio Turnhout.

In onze praktijk loopt er gelijktijdig een ander project van collega Wim Schippers. Samen zullen wij het deel over de participatiegraad van het Preventiecentrum bestuderen. Daarnaast zal ik me meer focussen op het cardiovasculaire risicoprofiel van de patiënten. Wim bekijkt de COPD-screening binnen het GMD+.

Doelstellingen

Dit onderzoek heeft drie grote doelstellingen. Vooreerst probeert het de **participatiegraad** aan het preventiecentrum te analyseren. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen twee groepen van verwezen patiënten:

a. 45-75 jaar: Participatiegraad na opportunistische verwijzing tijdens de consultatie.

b. 50-55 jaar: Participatiegraad na systematische schriftelijke uitnodiging.

Vervolgens worden de karakteristieken bekeken van de patiënten die verwezen zijn.

Als tweede wordt het **cardiovasculair risicoprofiel** van de participerende patiënten tussen 45 en 75 jaar onder de loep genomen. In deze populatie stellen we ons volgende vragen:

a. Hoeveel patiënten konden we detecteren met een hoog, matig en laag cardiovasculair risico?

b. Hoeveel patiënten werden correct of niet correct behandeld volgens hun cardiovasculair risicoprofiel?

c. Van hoeveel patiënten is de rookstatus bekend?

Tot slot wensen we drie maanden **na het preventieconsult** te weten hoeveel patiënten correct behandeld zijn ten opzichte van hun cardiovasculair risicoprofiel.

Methodologie

Inclusiecriteria

Alle patiënten met een Globaal Medisch Dossier (GMD) van Praktijk de Merode te Turnhout en geboren tussen 1 januari 1936 tot en met 31 december 1966 worden betrokken in de studie.

De inclusie van de patiënten verloopt van 15 april 2012 tot en met 31 december 2012. Alle patiënten die gedurende deze periode een preventie-analyse kregen in het Preventiecentrum regio Turnhout, worden meegeteld als participerend.

Informed consent

Alle patiënten die deelnemen aan de studie worden gevraagd een informatie- en toestemmingformulier te ondertekenen. Hierin geven zij aan dat zij voldoende geïnformeerd zijn over de studie en dat zij de toestemming geven om persoonlijke gegevens te gebruiken voor studiedoeleinden (zie bijlage).

Methodiek

Een stroomdiagram van het project wordt weergegeven in figuur 1. Het design van de studie betreft een prospectief observationeel onderzoek, waarbij gedurende 8 maanden de participatie aan het GMD+ en het cardiovasculair risicoprofiel van de patiënten wordt doorgelicht. Deze studie werd goedgekeurd door het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA).

Participatiegraad

Alle patiënten tussen 45 en 75 jaar die gedurende de loop van deze studie op consultatie bij één van de vijf huisartsen komen, worden aangespoord om een preventie-analyse te laten verrichten in het preventiecentrum. Dit gebeurt vooreerst in de wachtzaal waar posters over preventie en het Preventiecentrum hangen om de patiënten te sensibiliseren. Vervolgens haalt de huisarts zelf de waarde van preventie aan en raadt hij de patiënt aan een preventie-analyse te laten verrichten.

Indien de patiënt hierin interesse heeft vult de huisarts het verwijsformulier in (zie bijlage) en geeft de patiënt de gegevens mee om een afspraak op het Preventiecentrum te maken. De verwijzing wordt genoteerd in een register. De patiënt wordt tevens aangespoord een week na de analyse een afspraak bij één van de huisartsen in opleiding (HAIO) te maken om een preventieplan op te stellen en dit verder te bespreken.

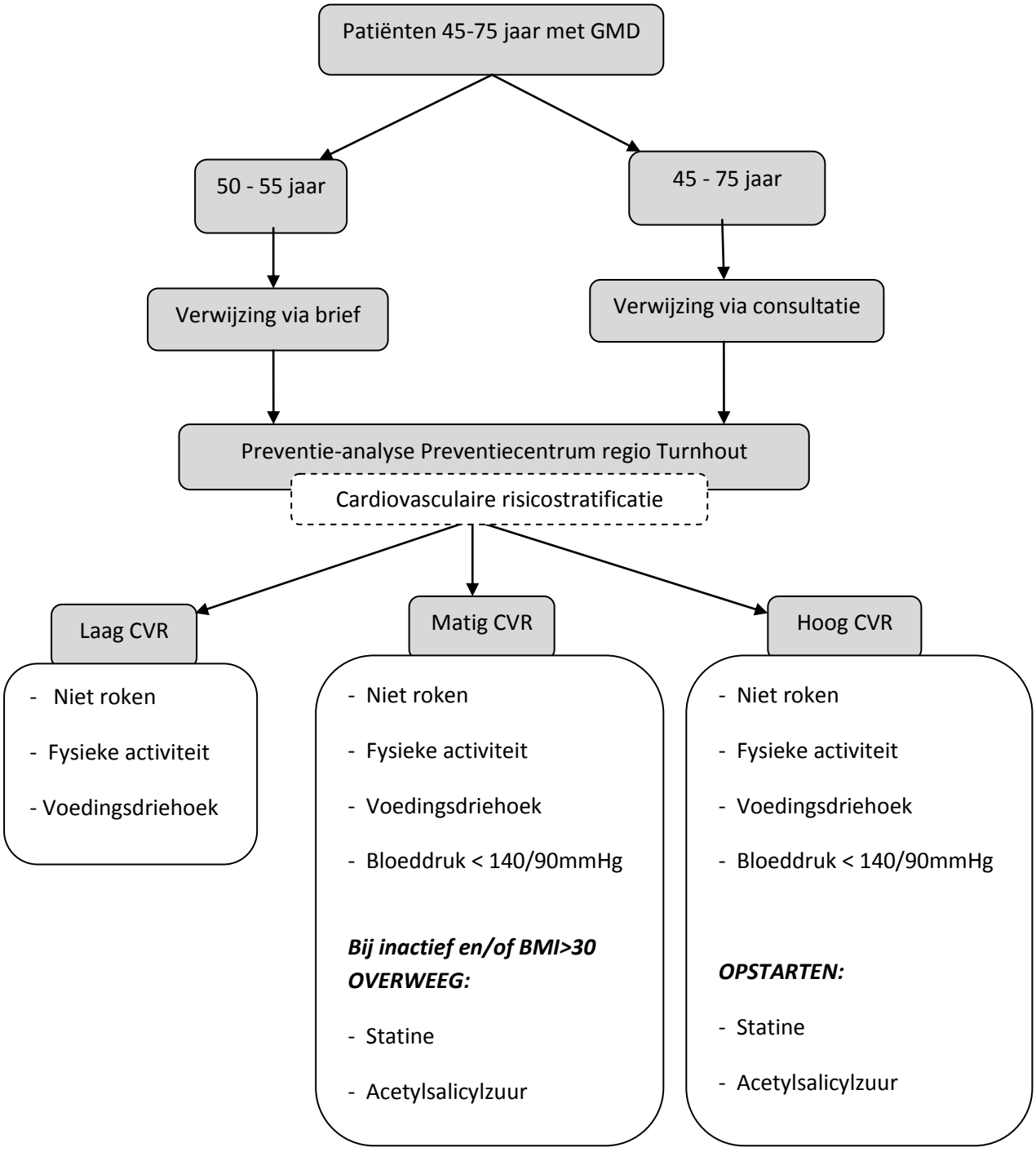
In deze groep wordt nagekeken hoeveel patiënten er tijdens de inclusieperiode uiteindelijk naar het Preventiecentrum verwezen zijn. Tevens willen we nagaan hoeveel patiënten effectief een preventie-analyse hebben laten uitvoeren.

De tweede groep betreft de patiënten tussen 50 en 55 jaar. Zij krijgen thuis een brief toegestuurd, waarin een brochure met een verwijsformulier naar het preventiecentrum vervat zit, welke opgesteld is door het Preventiecentrum regio Turnhout zelf (zie bijlage). Samen met deze brochure wordt er telkens een begeleidende folder over preventie meegezonden in naam van de huisartsenpraktijk (zie bijlage). In deze folder wordt de patiënt uitgenodigd om contact op te nemen met de huisartsenpraktijk ten einde het verwijsformulier in te vullen en te laten ondertekenen door één van de dokters. Tevens worden de gegevens meegegeven om een afspraak te maken voor de preventie-analyse in het Preventiecentrum. Indien zij daar een afspraak gemaakt hebben, wordt er gevraagd een vervolgconsult af te spreken op de huisartsenpraktijk bij één van de twee HAIO's ter bespreking van het eigenlijke preventieplan.

Hier wensen we na te gaan hoeveel patiënten door de schriftelijke uitnodiging een preventie-analyse hebben laten uitvoeren.

<u>Profiel participerende patiënten</u>

Nadat we alle gegevens verzameld hebben, wordt er in het elektronisch medisch dossier van de patiënt nagekeken hoeveel keer de patiënt gedurende het jaar voor het begin van de studie (2010) bij de huisarts of specialist geweest is. Hierdoor wensen we een beeld te krijgen of de patiënt gekend is in de huisartsenpraktijk als chronische patiënt of niet. Een patiënt wordt als bekend bestempeld indien hij in 2010 twee of meer maal naar de huisarts geweest is.



Figuur 1: Stroomdiagram studiemethodologie. CVR: Cardiovasculair risico.

Cardiovasculaire risicostratificatie

Het cardiovasculair risicoprofiel van de patiënt wordt opgesteld door het Preventiecentrum die zijn manier van werken ontleend aan de huidige aanbeveling 'Globaal cardiovasculair risicobeheer' [(6)] van Domus Medica, welke terug te vinden is in de Gezondheidsgids [(5)].

Nadat de patiënt een preventie-analyse met inbegrip van de cardiovasculaire risicostratificatie gekregen heeft in het Preventiecentrum wordt er een verslag van de analyse per medibridge en post naar de huisartsenpraktijk verzonden. Hierdoor zijn we zeker dat de patiënt naar zijn analyse geweest is en wordt deze deelname geregistreerd in het register.

Vervolgens komt de patiënt terug bij de HAIO voor de bespreking van het preventieplan. Deze zet systematisch een korte samenvatting van de analyse in het medisch programma Windoc 8.8.1. De registratie zal altijd bestaan uit volgende punten:

- Rookstatus?
- Welk cardiovasculair risico heeft de patiënt, volgens de analyse?
- Moet er bloeddrukmedicatie opgestart of aangepast worden?
- Moet er een statine opgestart worden?
- Moet er acetylsalicylzuur opgestart worden?

In kader van het project wordt het cardiovasculair risicoprofiel verder onder de loep genomen. Hierin wensen we te weten hoeveel patiënten een laag, matig of hoog cardiovasculair risicoprofiel hebben. Tevens onderzoeken we welke patiënten in het verleden reeds correcte preventie aangeboden kregen in functie van hun cardiovasculair profiel. Tijdens de preventieconsulten bij de HAIO krijgt de patiënt adviezen mee op maat. Dit wil zeggen dat mensen met een laag cardiovasculair risico aangeraden wordt om billijke fysieke inspanning te leveren, gezonde voeding tot zich te nemen en niet te roken. Tevens wordt de patiënt er op attent gemaakt dat er geen statines en geen acetylsalicylzuur genomen moet worden. Indien patiënten toch één van beide medicatie nemen, wordt er nagegaan in het elektronisch medisch dossier (EMD) waarom de patiënt deze in het verleden gekregen heeft. Tijdens het preventieconsult zal de HAIO, indien nodig, deze medicatie afraden en de patiënt proberen te motiveren dat verdere inname niet strookt met de aanbeveling gegeven door de Gezondheidsgids van Domus Medica.

Bij patiënten met een hoog cardiovasculair risico wil dit echter zeggen dat bij elke patiënt, buiten bovengenoemde zaken, ook een correcte bloeddrukcontrole aangeraden wordt en dat de patiënten in deze groep wel een statine en acetylsalicylzuur moeten nemen. Indien bepaalde individuen één van beide medicatie niet neemt, wordt in het EMD nagekeken wat de redenen hiertoe zijn. Vervolgens zal één van de HAIO's, indien nodig, deze patiënten proberen te motiveren bovenstaande medicatie te nemen.

Patiënten met een matig cardiovasculair risico werden niet verder bestudeerd omdat hier het eventueel opstarten van medicatie en het geven van adviezen sterk afhankelijk is van patiënt tot patiënt. Bijgevolg zijn deze data minder bruikbaar om te evalueren of een patiënt al dan niet correct behandeld is.

Ook de aanwezigheid van de rookstatus in het elektronisch dossier wordt geëvalueerd. Een gekende rookstatus betekent dat in het medisch programma Windoc onder het tabblad "Risicofactoren" de rookstatus van de patiënt vermeld staat.

Als laatste bekijken we de mate van bloeddrukcontrole van de patiënt. Tijdens de preventie-analyse in het Preventiecentrum wordt er telkens een bloeddruk gemeten. Aan de hand van deze metingen vertelt het Preventiecentrum ons of de bloeddruk van de patiënt goed geregeld is of niet. De afkapwaarde hiervoor is 140/90 mmHg.

Nameting

Drie maanden nadat de patiënt op preventieconsult bij één van de HAIO's geweest is, wordt door de HAIO's nagekeken in het EMD of de patiënten het correcte advies, zoals gegeven door de Gezondheidsgids van Domus Medica, nog steeds volgen. Vervolgens worden de bekomen resultaten met alle collega's besproken op de wekelijkse praktijkvergadering. Indien nodig worden er actiepunten opgesteld.

Resultaten

Na de inclusieperiode werden alle gegevens verwerkt in het softwareprogramma Excel. In de volgende paragrafen worden de resultaten besproken voor wat betreft de participatie aan de preventie-analyse in het Preventiecentrum regio Turnhout enerzijds en de evaluatie van het cardiovasculair risicoprofiel van de participerende patiënten anderzijds.

Participatiegraad

Verwijzing tijdens consultatie

Onze praktijk telde 1013 patiënten met een leeftijd tussen 45 en 75 jaar die over een GMD beschikten. In deze populatie werden patiënten die tijdens de inclusieperiode op consultatie kwamen uitgenodigd om aan de studie deel te nemen. Uiteindelijk werden er 108 patiënten (10,7%) verwezen naar het Preventiecentrum. Het ging hier om patiënten die interesse toonden en die een ingevuld verwijsformulier mee naar huis kregen. Het aantal patiënten dat na een korte uitleg geen interesse toonde en dus geen verwijsformulier kreeg, werd om praktische redenen onvoldoende geregistreerd. Van de 108 patiënten die werden verwezen, hebben er uiteindelijk 46 patiënten (42,6%) aan het onderzoek deelgenomen. Op die manier nam door opportunistische screening 4,5% van de initiële populatie deel aan het onderzoek.

Verwijzing via brief

Van de initiële doelgroep waren er 294 patiënten (29,0%) met een leeftijd tussen 50 en 55 jaar. Deze patiënten kregen allen een uitnodiging per brief. Bij 45 van deze patiënten (29.4%) leidde dit tot een verwijzing, nl. een ingevuld verwijsformulier dat werd meegegeven. 33 van de verwezen patiënten maakten uiteindelijk een afspraak in het Preventiecentrum. Op die manier nam 11,2% van de via brief uitgenodigde patiënten deel aan het onderzoek.

	Verwijzing consultatie **45-75j**		Verwijzing via brief **50-55j**		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Aantal GMD's	1013	100	294	100	1013	100
Verwijzingen	108	10,7	45	15.3	153	15.1
Deelname	46	4.5	33	11,2	79	7,8

Tabel 1: Participatiegraad. Aantal patiëntenverwijzingen en preventiedeelnames in het preventiecentrum door een uitnodiging op de consultatie en naar aanleiding van de uitnodigingsbrief.

<u>Karakteristieken participerende patiënt</u>

Tabel 2 beschrijft enkele karakteristieken van de geparticipeerde patiënten. Deze vertelt dat er iets meer vrouwen dan mannen meededen. Tevens leert hij ons dat er respectievelijk 56 patiënten een laag cardiovasculair risico, 8 patiënten een matig cardiovasculair risico en 15 patiënten een hoog cardiovasculair risico hadden. Vervolgens zien we dat 19% van de patiënten rookt en dat bij 92% van alle patiënten de rookstatus niet bekend was in het elektronisch medisch dossier (EMD). Ten slotte blijkt 1/5 van de patiënten geen goede bloeddrukcontrole te hebben.

Karakteristiek	**n**	Percentage
Mannen	34	43%
Vrouwen	45	57%
Gemiddelde leeftijd (jaar)	57	
Laag CVR	56	71%
Matig CVR	8	10%
Hoog CVR	15	19%
Rokers	15	19%
Ongekende rookstatus	73	92%
Goede bloeddrukcontrole	63	80%
Onvoldoende bloeddrukcontrole	16	20%

Tabel 2: Patiëntenkarakteristieken participerende populatie.

Vervolgens gaan we na welk type patiënten ingaan op ons verzoek om een preventie-analyse te laten uitoeren in het preventiecentrum. Uit tabel 2 blijkt dat het vooral gekende patiënten zijn die hieraan deelnemen. 11 patiënten (14%) gingen in 2010 niet of slechts één maal naar de huisarts. 68 patiënten (86%) ging twee of meer maal naar de huisarts in het jaar 2010.

Aantal Consultaties in 2010	**< 2 (%)**	**2-5 (%)**	**6-10 (%)**	**11-20 (%)**	**> 21 (%)**
Aantal patiënten	11 (14)	22 (28)	21 (27)	13 (17)	12 (15)

Tabel 3: Aantal participerende patiënten vs. aantal consultaties bij huisarts of specialist het jaar ervoor (2010).

Cardiovasculaire risicostratificatie

Laag cardiovasculair risico (n= 56)

Nadat de cardiovasculaire risico-inschatting door het preventiecentrum gebeurd was, werd er in het EMD nagekeken of patiënten al dan niet statines of acetylsalicylzuur namen. Deze data werden ondergebracht in tabel 4.

Deze geeft weer dat er 12 van de in totaal 56 patiënten een statine namen desondanks dat dit niet aangeraden wordt door de Gezondheidsgids van Domus Medica. Tevens zien we dat 4 patiënten onterecht acetylsalicylzuur gebruiken en bij 11 patiënten nog geen rookstop geïnitieerd werd.

Hoewel de bloeddruk in de populatie van laag cardiovasculair risico niet prioritair is, kunnen we toch bekijken wat de mate van bloeddrukcontrole in deze groep is. In deze studie blijkt dat 51 patiënten een goede bloeddrukcontrole hadden. 5 patiënten hadden echter een slecht geregelde bloeddruk.

Laag CVR (n=56)	**Statine**		**Acetylsalicylzuur**		**Roken**
	Neemt	**Neemt niet**	**Neemt**	**Neemt niet**	
Voor interventie	12	44	4	52	11
Na interventie	9	47	3	53	10
Evolutie		+ 3		+ 1	- 1
Hoog CVR (n=15)					
Voor interventie	6	9	6	9	4
Na interventie	12	3	12	3	3
Evolutie	+ 6		+ 6		- 1

Tabel 4: Laag en hoog CVR: Patiënten die statine en acetylsalicylzuur (niet) nemen of roken voor en 3 maanden na het preventieconsult en de evolutie. CVR: cardiovasculair risico.

Hoog cardiovasculair risico (n= 15)

Vervolgens vinden we in tabel 4 de patiënten terug die door middel van de preventie-analyse bestempeld werden met een hoog cardiovasculair risico. Bij dit type van patiënten raadt Domus Medica aan om systematisch een statine en acetylsalicylzuur op te starten. Tevens wordt er een rookstop nagestreefd met voldoende dagelijkse fysieke inspanning en het respecteren van de voedingsdriehoek. Ook een goede bloeddrukcontrole is hier prioritair.

Uit tabel 4 blijkt dat in deze groep 6 patiënten correct een statine namen. Eveneens blijkt dat 6 patiënten correct acetylsalicylzuur innamen. De overige negen patiënten namen één van de twee bovenstaande medicatie niet en waren bijgevolg onder behandeld. Tevens zien we dat 4 patiënten rokers zijn.

Indien we kijken naar de bloeddrukcontrole bij de mensen met een hoog cardiovasculair risico blijkt dat ongeveer de helft van de patiënten een goede bloeddrukcontrole heeft (7 vs. 8).

Bepaalde criteria in verband met het cardiovasculaire profiel van een patiënt zorgen ervoor dat een persoon meteen in de zone van hoog cardiovasculair risico komt. Dit laatste is van toepassing op gekende diabetici ouder dan 50 jaar of jonger dan 50 jaar gecombineerd één of meerdere risicofactoren: hypertensie, tabagisme, familiaal ischemisch event of microalbuminurie.

Indien we kijken naar de onderverdeling van diabetici en niet-diabetici in de groep met een hoog cardiovasculair risicoprofiel blijkt dat ongeveer de helft van de patiënten (8) diabetes en de andere helft (7) geen diabetes hebben.

Nameting

Laag cardiovasculair risico (n=56)

3 maanden na het preventieconsult bij de HAIO blijkt uit het EMD dat 9 patiënten nog steeds een statine nemen en 3 patiënten nog steeds acetylsalicylzuur gebruiken. Tevens zijn er nog steeds 10 patiënten die roken. Door de interventie motiveerden we 3 mensen te stoppen met een statine te gebruiken en 1 patiënt te stoppen met het nemen van acetylsalicylzuur. Bij één patiënt werd er een rookstop verkregen (tabel 4).

Hoog cardiovasculair risico (n= 15)

Na 3 maanden kunnen we besluiten dat er een stijging bekomen werd van 6 patiënten in het aantal patiënten die een statine moeten nemen en een stijging van 6 patiënten bij de mensen die acetylsalicylzuur moeten nemen. Bij 1 patiënt werd een rookstop verkregen (tabel 4).

Discussie

Huisartsen hebben handvaten nodig om systematisch en gevalideerd te werken. Voor de preventie van veel voorkomende aandoeningen biedt de Gezondheidsgids van Domus Medica een houvast. In de regio Turnhout zag de Huisartsen Vereniging Regio Turnhout (HVRT) dat een invoering van een preventieluik (GMD+) aan het bestaande GMD vooral als extra administratieve belasting beschouwd werd. De vereniging probeerde met de oprichting van het Preventiecentrum regio Turnhout de huisartsen te helpen de werkdruk te verdelen en aan kwaliteitsvolle en gesystematiseerde preventie te doen. Onze praktijk werkt hieraan mee.

Patiënten van deze praktijk werden voor het Preventiecentrum gerekruteerd op twee manieren: een schriftelijke brief en een opportunistische verwijzing via de consultatie bij de huisarts. Opmerkelijk is dat de brieven weinig gehoor kenden. Slecht 11.2% van de mensen die een brief kregen ging effectief naar het preventiecentrum. Hiervoor zijn meerdere verklaringen. Een brief is nu eenmaal minder persoonlijk dan een actieve rekrutering door de huisarts zelf. In 1986 bestudeerde men reeds de verschillende wijzen om patiënten te rekruteren. Deze studie concludeerde dat zowel een telefonische oproep door een praktijkverpleegkundige als een oproep van de dokter zelf meer resultaat gaf dan een verzonden brief [10]. Dit gegeven wordt bevestigd door onderzoek vandaag de dag [12]. Wellicht wordt zulk schrijven sneller opgeborgen bij mensen thuis of weggegooid. De ontbrekende factor hier is voldoende uitleg. De folders en brochures die meegestuurd worden prikkelen de interesse van de patiënt maar kunnen nooit een volledig beeld scheppen waarvoor preventie staat en wat haar implicaties zijn. De huisarts is hier een geschikter persoon voor, wat ook blijkt uit de gegevens van deze studie. 42.6% van de patiënten welke actief verwezen werden via consultatie gingen effectief naar het preventiecentrum.

Hoewel het succespercentage door een rechtstreekse uitnodiging van de huisarts groter is, is er ook een nadeel verbonden aan het opportunistisch verwijzen via de consultatie. Doordat de huisarts de patiënten verwijst naar het preventiecentrum bereiken we voornamelijk patiënten die reeds goed gekend zijn bij de huisarts. Ruim 85% van de patiënten die deelnamen aan de studie ging 2 of meermaal naar de huisarts in het jaar voorafgaand aan de studie. Bijgevolg wordt door het hanteren van de opportunistische verwijzing een grote en mogelijks belangrijke groep van minder gekende patiënten vergeten. Tevens zien we dat van de totale populatie patiënten tussen 45 en 75 jaar slechts 4.5% deelnamen indien we de strategie van verwijzing via consultatie toepasten, daar via schriftelijke uitnodiging 11.2% van de initiële populatie een preventie-analyse liet uitvoeren. In dit

opzicht is het sturen van brieven een meer dekkende en minder discriminerende manier van informeren en verwijzen. Toch moeten bovengenoemde cijfers met enige reserve geïnterpreteerd worden. Patiënten die door middel van een brief verwezen werden, hadden ook via de consultatie verwezen kunnen worden indien ze geen brief hadden ontvangen. Hierdoor wordt het percentage verwezen patiënten via de consultatie onderschat.

Dit project heeft als aardige bijwerking dat er bij heel wat patiënten het beleid voor wat betreft het cardiovasculair risico bijgesteld kon worden. Het is opvallend dat een aantal patiënten met een laag cardiovasculair risicoprofiel toch een statine of acetylsalicylzuur nemen, hoewel dit indruist tegen de huidige richtlijnen opgesteld door Domus Medica. Indien we bekijken waar de rationale ligt bij de huisarts voor het opstarten van bovenstaande medicatie, zien we dat geïsoleerde hypercholesterolemie een veelvoorkomende reden was waarvoor men in het verleden aan de patiënt een statine gaf. De hypercholesterolemie werd niet gecorreleerd aan het totale risicoprofiel van de patiënt. Voor het opstarten van acetylsalicylzuur waren er verscheidene redenen en bijgevolg geen systematiek te weerhouden.

Ook voor wat betreft de hoog cardiovasculaire risicopatiënten bleek dat 9 van 15 patiënten onderbehandeld bleken te zijn. 9 patiënten namen niet de vereiste medicatie om aan optimale cardiovasculaire preventie te doen. In deze groep van patiënten valt het op dat ongeveer de helft diabetes mellitus type 2 heeft. Dit laatste kan deels verklaren waarom deze 9 patiënten niet de nodige medicatie kregen. De cijfers suggereren dat artsen bij mensen met diabetes onvoldoende de reflex maken dat deze patiënten een hoog cardiovasculair risico met zich meedragen en bijgevolg hiervoor beschermd dienen te worden.

Een ander topic dat de aandacht vraagt is de mate van registratie van de rookstatus in het EMD. Uit deze studie blijkt dat de rookstatus in 92% van de gevallen niet ingegeven is. Dit cijfer doet vermoeden dat het EMD nog niet optimaal gebruikt wordt.

Indien we meer de nadruk leggen op een goede bloeddrukcontrole, concluderen we uit deze studie dat bij patiënten met een hoog cardiovasculair mortaliteitsrisico ongeveer de helft een slechte bloeddrukcontrole hadden. Deze cijfers suggereren dat de bloeddruk nog meer onder de loep genomen moet worden. De data geven een tendens weer maar moeten ook met nuance bekeken worden. In deze studie werd een bloeddrukcontrole als slecht bestempeld indien op het Preventiecentrum een bloeddruk werd gemeten van 140/90 mmHg of meer. Deze meting is eenmalig en bijgevolg niet voldoende om de diagnose van slechte bloeddrukcontrole te stellen. Om tot verfijndere resultaten hieromtrent te komen is meer onderzoek nodig.

Dat correct uitgevoerde preventie nut heeft, blijkt uit bovenstaande cijfers. Bij de patiënten met een laag cardiovasculair risico wisten we na een periode van 3 maanden het aantal onnodige medicatie terug te dringen en bij diegenen met een hoog cardiovasculair risico het aantal correct behandelde patiënten op te krikken. Ook werd er voor 2 patiënten een rookstop bereikt. In voorgaande categorieën zijn we er niet in geslaagd 100% van de patiënten correct te behandelen. Dit laatste komt vaak door een ongeloof van de patiënt dat deze jaren te veel medicatie tot zich genomen zou hebben of een weigerachtige houding van de patiënt ten opzichte van rookstop of nieuwe medicatie voor iets waar hij zich fysiek niets van gewaar wordt. Deze perceptie is en blijft één van de grootste uitdagingen voor de preventieve geneeskunde. Men moet mensen sensibiliseren voor het sluimerende gevaar en men moet mensen aansporen actie te ondernemen ook al voelen ze zich tot op heden kerngezond.

Preventie organiseren door middel van een preventiecentrum heeft zowel voor- als nadelen. De voordelen kunnen zijn dat preventieve geneeskunde meer gesystematiseerd en bijgevolg meer kwaliteitsvol gebeurt. Tevens wordt de werkdruk van de huisarts verlicht en wordt er een breder draagvlak bij huisartsen gevonden om meer in te zetten op preventieve geneeskunde.

Een nadeel is dat de drempel voor de patiënt vergroot wordt. Uit deze studie blijkt dat voornamelijk patiënten, die gekend zijn in de praktijk, deelnemen aan preventieve geneeskunde door middel van een Preventiecentrum. In de toekomst zal verder nagedacht moeten worden over een verdere optimalisatie van de preventieve geneeskunde om zoveel mogelijk mensen te bereiken. De vraag of dit mogelijk is indien de patiënt kwaliteitsvolle preventie in zijn eigen vertrouwde huisartsenpraktijk aangeboden krijgt, is materiaal voor verder onderzoek.

Preventie is en blijft een belangrijke taak van de huisarts. Door initiatieven als de oprichting van een Preventiecentrum proberen huisartsen meer kwalitatieve preventie aan de patiënten aan te bieden. Het doel voor de toekomst zal erin bestaan verder na te denken over een optimalisatie van de preventieve gezondheidszorg en nog meer mensen warm te maken voor het nut van alle soorten van gezondheidspreventie.

Terugkoppeling in de huisartsenpraktijk

De studie werd besproken tijdens een wekelijkse praktijkvergadering van Huisartsenpraktijk De Merode te Turnhout.

Als eerste kwam de organisatie van het GMD+ door middel van het Preventiecentrum aan bod. De collega's schrokken enigszins van de lage participatiegraad die zowel door de opportunistische screening als de schriftelijke uitnodiging bereikt werd. Iedereen dacht na over hoe deze participatiegraad verhoogd kon worden. Een collega stelde voor om naast het Preventiecentrum ook zelf preventie-analyses uit te voeren. Wellicht verlaagd hierdoor de drempel naar preventieve geneeskunde. De integratie van preventie in de huisartsenpraktijk zou gebeuren door middel van vragenlijsten die in de wachtkamer aan de doelgroep van patiënten gegeven wordt. De patiënt vult deze vragenlijst in en bezorgd die aan de huisarts. Deze stelt in tweede tijd een preventieplan op en maakt hiervan een samenvatting in het EMD. Bij de volgende consultatie van de patiënt wordt het opgestelde plan overlopen en de te nemen acties ondernomen.

Vervolgens werd er gefocust op het cardiovasculair beleid binnen de praktijk. Er werd nogal verrast gereageerd toen bleek dat vele patiënten onder of over behandeld bleken te zijn. Na enige discussie rond de oorzaak van dit gegeven, bleek dat voornamelijk de correcte cardiovasculaire risico-inschatting een probleem vormde. Om de cardiovasculaire preventie te optimaliseren binnen onze praktijk, werd er aan één van de HAIO's gevraagd hieromtrent een studiemoment binnen de huisartsenpraktijk te organiseren.

Als laatste werd er een oproep gedaan om het EMD te optimaliseren. Er werd aangespoord alle parameters correct in te geven en bepaalde risicofactoren, zoals rookstatus, correct te noteren.

Referenties

1. Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Gestandaardiseerde sterfte: invloed van verschillende doodsoorzaken 2001-2010. Internet site Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Beschikbaar via: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Sterftecijfers/Algemene-sterftecijfers/Gestandaardiseerde-sterfte--invloed-van-verschillende-doodsoorzaken/. Geraadpleegd 2012 januari 23.

2. Barton P, Andronis L, Briggs A, McPherson K, Capewell S. Effectiveness and cost effectiveness of cardiovascular disease prevention in whole populations: modeling study. BMJ 2011; 343: d4044.

3. Gerkens S, Farfan M I, Desomer A, Stordeur S, et al. Het Belgische Gezondheidssysteem in 2010, KCE reports 138A: Federaal Kenniscentrum voor de Gezonheidszorg; 2010. p. 226.

4. Gezondheidsdoelstellingen. Internet site Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Beschikbaar via: http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/NLsite_v2/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen/GZdoelstellingen 1998.pdf. Geraadpleegd 2012 januari 23.

5. Baeten R, Govaerts F, Jacobs L, Smets A, Smets K, Teughels S, et al. Gezondheidsgids: Domus Medica; 2011. p. 36.

6. Boland B, Christiaens T, Goderis G, Govaerts F, Philips H, Smeets F, et al. Globaal cardiovasculair risicobeheer. Huisarts en nu 2007; 36(7): p. 339-69.

7. De Laet C, Neyt M, Van Brabandt H, Ramaekers D, ism. Domus Medica. Rapid Assessment: Cardiovasculaire Primaire Preventie in de Belgische Huisartspraktijk, KCE reports vol. 52A: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg; 2007. p. 96.

8. Boffin N, Cornelis E, Hubens V, Laperche J, et al. Rapid Assessment: Cardiovasculaire Primaire Preventie in de Belgische Huisartspraktijk, bijlage voor hoofdstuk 5, KCE reports vol. 52 Suppl.: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg; 2007. p. 156.

9. Preventiecentrum Turnhout. Internet site huisartsen vereniging regio Turnhout beschikbaar via: www.preventiecentrum.be. Geraadpleegd 2012 januari 15.

10. McDowell I, Newell C, Rosser W. Comparison of three methods of recalling patients for influenza vaccination. DMAJ 1986; 135(9): 991-997.

11. Pauwels L, Van Royen P, Wyffels P, Cramm M. Introductie van de Gezondheidsgids in de praktijk. Leuven: ICHO 2011. p. 56.

Dankwoord

Ik zou graag mijn collega's en secretariaat van Huisartsenpraktijk De Merode te Turnhout willen bedanken om vlijtig mee te werken aan deze studie. Ook wil ik mijn promotor en co-promotor bedanken voor de leerrijke overlegmomenten.

Bijlage

1. Informatie- en toestemmingsformulier

INFORMATIE VOOR DE PATIËNT

Studiespecifieke inlichtingen

U wordt uitgenodigd om vrijwillig deel te nemen aan een studie waarbij gegevens over uw deelname aan een preventie-analyse in het preventiecentrum regio Turnhout verzameld worden.

Vooraleer u toestemt om aan deze studie deel te nemen, is het belangrijk dat u dit formulier leest. U heeft het recht om op elk ogenblik vragen te stellen over de mogelijke en/of bekende risico's die deze studie inhoudt.

Doel en beschrijving van de studie

Dit is een medisch-wetenschappelijk onderzoek waaraan, naar verwachting in totaal ongeveer *100* patiënten zullen deelnemen.

Deze studie heeft tot doel het bepalen van de deelname aan het GMD+ , een consult in het kader van preventie, na uitnodiging per brief en tijdens de consultatie. Verder wordt onderzocht aan de hand van de bekomen gegevens wat het juiste risico per patiënt is op het gebied van hart- en vaatziekten. Tevens wordt bekeken of alle patiënten de juiste medicatie krijgen in overeenstemming met hun risico op hart- en vaatziekten.

Alle patiënten met een leeftijd tussen 45 en 75 jaar, die een globaal medisch dossier hebben bij Praktijk de Merode in Turnhout, worden uitgenodigd om deel te nemen aan het GMD+. Er wordt voor hen vervolgens een afspraak gemaakt bij het preventiecentrum regio Turnhout. Een verslag met de gegevens die hier verzameld worden, wordt dan doorgestuurd naar uw huisartsenpraktijk. In een vervolgconsult in onze praktijk zullen Dr. T. Lambrechts en Dr. W. Schippers de resultaten met u overlopen.

In het kader van dit onderzoek zal tijdens de bespreking van de resultaten van de preventie-analyse de arts met u overlopen wat uw risico is op hart- en vaatziekten. Tevens zal de arts uw vertellen of u de juiste medicatie krijgt en geeft hij u het juiste advies mee, wat het best overeenstemt met uw risico op hart- en vaatziekten.

Indien u aanvaardt om aan de studie deel te nemen en indien u voldoet aan alle voorwaarden voor deelname aan de studie, dan zullen de volgende tests en onderzoeken worden uitgevoerd:

- Bloeddrukmeting
- Bloedname (indien >1 jaar geleden)

Risico's en ongemakken

Er zijn aan deze studie geen extra risico's verbonden.

Algemene informatie

Vrijwillige deelname

U neemt geheel vrijwillig deel aan deze studie en u heeft het recht te weigeren er aan deel te nemen. Uw beslissing om al dan niet aan deze studie deel te nemen of om uw deelname aan de studie stop te zetten zal geen enkele invloed hebben op uw verdere behandeling.

Indien u aanvaardt om deel te nemen aan de studie, dient u deze informatiefolder te bewaren en zal er u gevraagd worden het aangehechte toestemmingsformulier te ondertekenen.

U heeft het recht om uw deelname aan de studie op elk ogenblik stop te zetten, zelfs nadat u het toestemmingsformulier ondertekend heeft. U hoeft hiervoor geen reden te vermelden. Het intrekken van uw toestemming zal geen enkel nadeel of verlies van voordelen met zich meebrengen. Uw beslissing zal geen weerslag hebben op uw verdere medische behandeling. Uw beslissing zal ook geen weerslag hebben op uw relatie met uw behandelende arts.

Voordelen

Wij kunnen u niet garanderen dat, indien u toestemt om aan deze klinische studie deel te nemen, u persoonlijk enig rechtstreeks voordeel zal halen uit uw deelname aan deze studie.

De informatie die deze studie oplevert, kan bijdragen tot een beter inzicht in de deelname aan het GMD+. Het kan verder aantonen op welke gebieden de preventie momenteel voor verbetering vatbaar is, met speciale aandacht voor de preventie van hart- en vaatziekten.

Verzekering

Indien u schade ondervindt als gevolg van uw deelname aan de studie, zal u of uw rechthebbenden door de opdrachtgever van deze studie vergoed worden voor deze schade, overeenkomstig de geldende Belgische wetgeving. U hoeft hiervoor geen fout aan te tonen.
De opdrachtgever heeft een burgerlijke aansprakelijkheidsverzekering afgesloten die de risico's en de schade, die zouden voorvloeien uit deze studie, dekken. U of uw rechthebbenden kunnen hiervoor op elk ogenblik in België de verzekeraar rechtstreeks dagvaarden.

Bescherming van de persoonlijke levenssfeer

Uw identiteit en uw deelname aan deze studie worden strikt vertrouwelijk behandeld. U zal niet bij naam of op een andere wijze geïdentificeerd worden in dossiers, resultaten of publicaties in verband met de studie. De onderzoeksarts zal uw persoonsgegevens coderen zodat uw identiteit altijd geheim zal blijven.

Overeenkomstig de richtlijnen van Goede Klinische Praktijken zal inzage in uw medisch dossier verleend worden aan vertegenwoordigers van de opdrachtgever of zijn filialen en aan de

regelgevende overheden, en voor zover dit verband houdt met de studie. Dit heeft tot doel de studiegegevens en -onderzoeken na te gaan en te verzekeren dat de informatie nauwkeurig is.

Mogelijks gebruikt de opdrachtgever uw persoonlijke studiegegevens voor andere onderzoeksdoeleinden. Enkel uw gecodeerde informatie zal hiervoor worden gebruikt.

Deze informatie wordt mogelijks ook overgemaakt aan binnen- en /of buitenlandse overheidsinstanties, aan de Commissie voor Medische Ethiek en aan andere artsen en/of organisaties die samenwerken met de opdrachtgever.

Uw studiegegevens worden elektronisch (d.w.z. in de computer) of handmatig verwerkt en geanalyseerd om de resultaten van deze studie te bepalen.

U heeft het recht aan de onderzoeksarts te vragen welke gegevens er over u worden verzameld in het kader van de studie en wat de bedoeling ervan is. U heeft ook het recht aan de onderzoeksarts te vragen om u inzage te verlenen in uw persoonlijke informatie en er eventueel de nodige verbeteringen in te laten aanbrengen. De bescherming van de persoonlijke gegevens is wettelijk bepaald door de geldende wet- en regelgeving betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Indien u toestemt deel te nemen aan dit onderzoek betekent dit dat u toestemming geeft tot het gebruik van uw gecodeerde medische gegevens voor bovenstaande doeleinden en tot het overmaken ervan aan bovenvermelde personen en/of instanties.

Indien uw studiedeelname voortijdig gestopt wordt, zal uw initiële toestemming het gebruik toelaten van uw studiegegevens met betrekking tot de periode dat u in de studie ingesloten was.

TOESTEMMINGSFORMULIER

Hoe organiseer je het gebruik van het GMD+ in een stedelijke groepspraktijk met behulp van het preventiecentrum regio Turnhout? Met speciale aandacht voor het cardiovasculair management (beleid naar de preventie van hart- en vaatziekten toe.

Deel enkel bestemd voor de patiënt(e) of de wettelijke vertegenwoordig(st)er:

Hierbij bevestig ik, ondergetekende …….. dat ik over de studie ben ingelicht en een kopie van de "Informatie voor de Patiënt en Toestemmingsformulier" ontvangen heb.
Ik heb de informatie gelezen en begrepen.
Mijn arts heeft mij voldoende informatie gegeven met betrekking tot de voorwaarden en de duur van de studie, én het effect en de bijwerkingen van deze behandeling.
Bovendien werd mij voldoende tijd gegeven om de informatie te overwegen en om vragen te stellen, waarop ik bevredigende antwoorden gekregen heb.

- Ik heb begrepen dat ik mijn deelname aan deze studie op elk ogenblik mag stopzetten nadat ik mijn arts hierover heb ingelicht, zonder dat dit mij enig nadeel kan berokkenen.
- Ik geef toestemming aan de verantwoordelijken van de opdrachtgever *(*Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding) en aan regulerende overheden om inzage te hebben in mijn patiëntendossier. Mijn medische gegevens zullen strikt vertrouwelijk behandeld worden. Ik ben mij bewust van het doel waarvoor deze gegevens verzameld, verwerkt en gebruikt worden in het kader van deze studie.
- Ik ga akkoord met de verzameling, de verwerking en het gebruik van deze medische gegevens, zoals beschreven in het informatieblad voor de patiënt. Ik ga eveneens akkoord met de overdracht en de verwerking van deze gegevens in andere landen dan België.
- Ik ga akkoord met het gebruik door de opdrachtgever van deze gecodeerde medische gegevens voor andere onderzoeksdoeleinden.
- Ik stem geheel vrijwillig toe om deel te nemen aan deze studie en om mee te werken aan alle gevraagde onderzoeken. Ik ben bereid informatie te verstrekken i.v.m. mijn medische geschiedenis, mijn geneesmiddelengebruik en eventuele deelname aan andere studies.
- Ik ga ermee akkoord dat mijn huisarts/specialist en andere zorgverleners die bij mijn behandeling betrokken zijn, indien nodig, op de hoogte worden gebracht van mijn deelname aan dit onderzoek.

_____	_____	_____
Naam van de Patiënt(e) *(hoofdletters)*	**Handtekening**	**Datum *(dag/maand/jaar)***
_____	_____	_____
Naam wettelijke vertegenwoordig(st)er *(hoofdletters)*	**Handtekening**	**Datum *(dag/maand/jaar)***

Deel enkel bestemd voor het onderzoeksteam

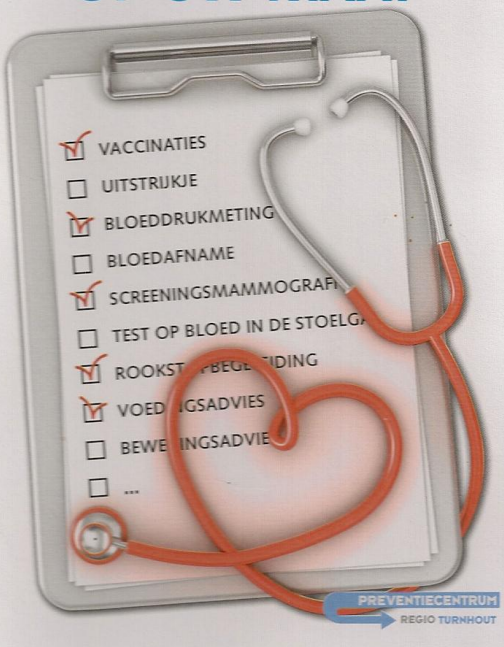
Ik bevestig hierbij dat ik …… of zijn/haar wettelijke vertegenwoordig(st)er) heb ingelicht en dat hij (zij) zijn (haar) toestemming heeft gegeven om deel te nemen aan de studie.

_____	_____	_____
Naam *(hoofdletters)*	**Handtekening**	**Datum *(dag/maand/jaar)***

2. Verwijsbrochure Preventiecentrum regio Turnhout

PREVENTIECENTRUM
REGIO TURNHOUT

NAAR EEN PREVENTIEPLAN OP UW MAAT



VOORWOORD

'Voorkomen is beter dan genezen' luidt het alom bekende spreekwoord. Toch gaan mensen vaak pas naar hun huisarts wanneer ze al ziek zijn of acute klachten en/of pijn ervaren.

Uw huisarts kan u echter ook helpen om gezond te blijven. Samen met u kan hij/zij een persoonlijk en perfect haalbaar preventieplan opstellen, waarmee u ziekten zoals diabetes, hart- en vaatziekten en nierschade een stap voor kunt blijven.

Om zo'n plan te kunnen uitwerken, moet uw huisarts eerst een klare kijk hebben op hoe het op dit moment met uw gezondheid gesteld is. Het Preventiecentrum regio Turnhout helpt dit in kaart te brengen. Dit doet het met behulp van de zogeheten **preventieanalyse**, waarover meer in deze brochure.

Alvast bedankt voor uw medewerking, en veel leesplezier!

Preventiecentrum regio Turnhout

VAN GMD ... ... NAAR GMD+

Heel wat mensen hebben tegenwoordig een globaal medisch dossier (GMD) bij hun huisarts. U waarschijnlijk ook. In het GMD worden alle gegevens bijgehouden over uw gezondheid, zoals uw medische voorgeschiedenis, geneesmiddelen-gebruik, verslagen van specialisten en andere zorgverleners.

Sinds 1 april 2011 is aan dit GMD een preventieluik toegevoegd: het GMD+. Dankzij dit GMD+ kunnen mensen **tussen 45 en 75 jaar oud** een preventieplan laten uitwerken dat hen op het lijf geschreven is.

DE ROL VAN HET PREVENTIECENTRUM

Het preventiecentrum biedt uw huisarts praktische ondersteuning bij de invulling van het GMD+. Wij verzamelen alle relevante gegevens, zoals uw familiale voorgeschiedenis, lengte, gewicht, buikomtrek, vaccinaties, enz. door middel van een vragenlijst en een aantal fysieke onderzoeken. Dit noemen we de **preventieanalyse**.

DE ROL VAN UW HUISARTS

Door de preventieanalyse uit handen te geven, kan uw huisarts meer tijd wijden aan de verwerking van de resultaten en de **uitwerking van een preventieplan** op uw maat. Uw arts noteert in uw dossier wat er preventief moet gebeuren, met welke frequentie en wanneer. Bij elke volgende raadpleging gaat hij/zij na wat er volgens de planning moet gedaan worden in het kader van preventie.

NAAR EEN PREVENTIEPLAN OP UW MAAT IN 7 STAPPEN



STAP 1: VERWIJZING DOOR DE HUISARTS

Uw huisarts geeft u deze brochure met **verwijsformulier** mee, waarop hij/zij een aantal **recente labo-uitslagen** heeft genoteerd.

Vermeldt hij/zij deze resultaten niet, dan kan het zijn dat er in het preventiecentrum een (nuchtere) bloedafname zal gebeuren (afhankelijk van uw risicoscore).

STAP 2: EEN AFSPRAAK MAKEN

Óf uw huisarts belt het preventiecentrum voor een afspraak, óf u doet het zelf.

U kunt ons telefonisch bereiken op **014 65 45 91** tijdens de openingsuren van het onthaal.

STAP 3: VOORBEREIDING VOOR HET ONDERZOEK

Vermeldt uw huisarts geen labo-uitslagen op het verwijsformulier, dan is het **mogelijk** dat er in het preventiecentrum **nuchter bloed geprikt** moet worden. Bijvoorbeeld wanneer uit de preventieanalyse blijkt dat uw risicoscore voor diabetes (suikerziekte) hoog is.

U wordt voor de zekerheid verzocht om zich nuchter aan te melden. Dit betekent dat u gedurende **minimaal vier uur voor het onderzoek niet meer mag eten en/of drinken.** Uw gebruikelijke medicatie mag u wel met een slokje water innemen.

Als voorbereiding op de preventieanalyse kunt u al eens nadenken over bepaalde aandoeningen die in uw familie voorkomen. Indien u een vaccinatiekaart hebt, mag u die klaarleggen om mee te nemen.

STAP 7: PREVENTIEPLAN OP UW MAAT

Voor de bespreking van de resultaten maakt u een **vervolgafspraak** bij uw huisarts. Deze consultatie dient **ENKEL** voor de bespreking van uw persoonlijke preventieplan. Op basis van dit plan zal, telkens u bij uw huisarts komt, nagegaan worden of er iets moet gebeuren in het kader van preventie.

CONTACTGEGEVENS

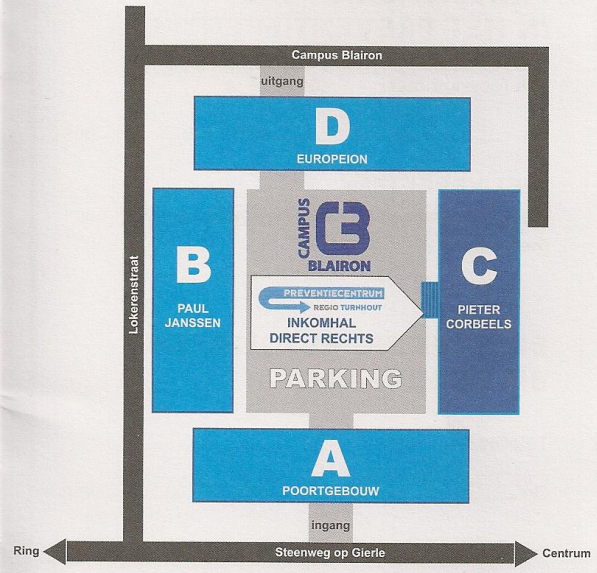
Campus Blairon 410
Steenweg op Gierle 100
2300 Turnhout

014 65 45 91

OPENINGSUREN ONTHAAL

maandag, dinsdag en donderdag: 9 – 12u en 13 – 16u
woensdag en vrijdag: 9 – 12u

WWW.PREVENTIECENTRUM.BE



MIJN AFSPRAKEN

PREVENTIEANALYSE IN HET PREVENTIECENTRUM

Telefoonnummer: 014 65 45 91

Op ..... om .....uur

NIET VERGETEN:
Identiteitskaart en kleefbriefje van het ziekenfonds meenemen!

BESPREKING RESULTATEN BIJ DE HUISARTS

Telefoonnummer: .....

Op ..... om .....uur

© 2011 HVRT vzw

VERWIJSFORMULIER PREVENTIEANALYSE

RECENTE LABOGEGEVENS (niet ouder dan 1 jaar)

- Tot chol/HDL chol: .....
- e-GFR (MDRD): .....
- Creatinine: .....
- Proteïnurie/g creatinine: .....
- Nuchtere glycemie: .....

BESCHIKT U NIET OVER DEZE GEGEVENS, VUL DAN ONDERSTAANDE LABO-AANVRAAG IN.

LABO-AANVRAAG

NAAM VAN DE PATIËNT

(KLEEFBRIEFJE AANBRENGEN)

Aanvraag voor de volgende parameters:

- ☐ Tot chol
- ☐ HDL chol
- ☐ Creatinine
- ☐ Proteïnurie/g creatinine
- ☐ Urine creatinine
- ☐ Microalbuminurie/g creatinine bij DM
- ☐ Nuchtere glycemie

Stempel ARTS

Datum ..... / ..... / .....

Handtekening

.....

Praktisch

Raadpleging enkel na afspraak.

	Namiddag	Avond
maandag	Dr. Lambrechts Dr. Schippers	Dr. Schippers
dinsdag	/	/
woensdag	Dr. Lambrechts	Dr. Lambrechts
donderdag	Dr. Lambrechts	Dr. Schippers
vrijdag	Dr. Lambrechts	Dr. Lambrechts

Vermeld bij het maken van de afspraak of het om een preventieconsult gaat.

Wij hopen zoveel mogelijk patiënten te mogen verwelkomen op een preventieconsult.

Praktijk De Merode

Praktijk De Merode

De Merodelei 197
2300 Turnhout
Telefoon: 014/41.77.70
Fax: 014/42/09/53

Preventie op maat

Praktijk De Merode



Uw persoonlijk preventieplan

Waarom preventie?

Omdat voorkomen beter dan genezen is, zijn wij voorstander van een **preventieplan op maat** van elke patiënt.

Dit preventieplan neemt een aanvang met een vragenlijst die ons kan helpen om uw gezondheid preventief op te volgen. Preventie houdt in dat we schade aan uw lichaam proberen te voorkomen. Hoe? Allereerst trachten wij uw risico op bepaalde aandoeningen in te schatten, rekening houdend met uw geslacht, leeftijd, uw familiale en persoonlijke medische voorgeschiedenis. Op basis van deze inschattingen stellen we dan een plan op met de gepaste voorzorgsmaatregelen.





Dit preventieplan kan onder andere volgende topics bevatten:

- Voorkomen van hart- en vaatziekten
- Opsporen van voorstadia van borst-, baarmoederhals- en darmkanker
- Opsporen van verhoogde kans op diabetes
- Opsporen van problematisch alcoholgebruik
- Rookstopbegeleiding
- Voorkomen van (fracturen door) osteoporose
- Controleren van uw vaccinatiestatus

In dit preventieplan komen enkel die acties aan bod waarvan wetenschappelijk vaststaat dat preventie zinvol is.

Praktisch?

Neem contact op met onze praktijk op het nummer 014/41.77.70 en vermeldt dat u een preventieconsult wil. Onze secretaresse geeft u de details door om een afspraak te maken in het Preventiecentrum op campus Blairon.

Nadat de afspraak gemaakt is, komt u met bijgevoegd boekje even langs de huisartsenpraktijk om dit te laten invullen en te ondertekenen. Dit neemt u mee naar campus Blairon als verwijsbrief.

Tevens maakt u direct een afspraak bij één van onze twee huisartsen in opleiding, Dr. Lambrechts of Dr. Schippers om nadien met u een preventieplan op te stellen.

De consultatie in het Preventiecentrum en de vervolgconsultatie bij de huisarts zijn volledig GRATIS.