GMD-plus:

een recept voor de praktijk

Dr. Stijn Mennes, KUL

Promotor: Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers, ACHG, KUL
Co-promotor: Dr. Bart Schoolmeesters

Master of Family Medicine 2013
Masterproef Huisartsgeneeskunde 2013

Abstract:

GMD-plus: een recept voor de praktijk.

HAIO: Stijn MENNES
Katholieke Universiteit Leuven
Promotor: Prof.dr. Birgitte SCHOENMAKERS
Praktijkopleider: dr. Bart SCHOOLMEESTERS

Context: Het voorkomen van ziektes (preventie) en het bevorderen van de algemene gezondheid van een patiënt zijn belangrijke taken van een huisarts. In verschillende landen zette men reeds de stap naar een georganiseerd preventieconsult, waarbij meerdere preventieve acties tijdens één raadpleging besproken en/of uitgevoerd worden. Om op systematische wijze een individueel preventieplan aan volwassen patiënten aan te bieden, werd in België in 2010 de gezondheidsgids van Domus Medica als praktijkinstrument voorgesteld. Duidelijke ondersteunende richtlijnen voor het invoeren van preventie op praktijkniveau ontbreken echter.

Onderzoeksvragen: Hoeveel tijd is er nodig voor het opstellen en bespreken van een preventieplan? Wat zijn de resultaten uit het preventieconsult voor de praktijk waar het preventieplan ingevoerd werd? Waarmee dient rekening gehouden te worden bij het implementeren van preventie in de huisartsenpraktijk?

Methode: Een wetenschappelijk onderbouwde preventieve raadpleging werd ingevoerd in een landelijke groepspraktijk. Alle patiënten van de praktijk tussen 45 en 59 jaar konden deelnemen. Aan de hand van een vragenlijst werd voor iedere deelnemer een individueel preventieplan opgesteld. Dit preventieplan werd op een aparte raadpleging met de patiënt besproken. Na afloop van ieder preventieconsult vulde de arts een specifiek evaluatieformulier in betreffende het verloop en de resultaten van het preventieconsult. De resultaten en bevindingen uit het onderzoek werden getoetst aan de literatuur.

Resultaten: Bij 89 patiënten werd een preventieplan uitgevoerd. Het opstellen van een preventieplan door de arts duurde gemiddeld 14 minuten per patiënt (range: 6 – 35; standaard deviatie: 4,9). Bespreken van het preventieplan met de patiënt duurde gemiddeld 26 minuten (range: 8 – 45; standaard deviatie: 9,4). Gezondheidsindicatoren waarvoor reeds een project werd gerealiseerd in de praktijk, bereikten goede scores wat betreft hun doelstellingen. Na afloop van deze studie bleken gegevens in het elektronisch medisch dossier (EMD) meer volledig en correct ingevuld te zijn. Met de bevindingen uit dit onderzoek en gegevens uit de literatuur werd een stappenplan voor de implementatie van preventie in de praktijk opgesteld.

Conclusie: Implementatie van preventie zoals voorgesteld in dit onderzoek lijkt effectief, zowel voor het oppuntstellen van de individuele patiënt als voor het op orde stellen van het EMD. Hier staat wel een belangrijke tijdsinvestering tegenover. Om preventie in te voeren in de huisartsenpraktijk en om te zetten naar een continu proces, dienen verschillende stappen doorlopen te worden.

E-mail: mennes.stijn@gmail.com

ICPC-code: *30.0.1 gezondheidsonderzoek preventief / A98 Preventie

Inleiding:

Het voorkomen van ziektes (preventie) en het bevorderen van de algemene gezondheid van een patiënt zijn belangrijke taken van een huisarts. Twee derde van de bevolking gaat minstens één keer per jaar langs zijn huisarts en 90% minstens één keer per vijf jaar.[1] Hierdoor beschikt de huisarts over een unieke positie in het aanbieden van preventie aan patiënten. Bovendien blijkt uit een rondvraag bij meer dan 2000 huisartsen uit 11 verschillende Europese landen dat de meerderheid van de ondervraagde huisartsen preventie ziet als een belangrijke taak van de huisarts.[1]
Huisartsenpraktijken zijn over het algemeen geïnteresseerd in het verbeteren van hun preventiebeleid en slagen hier ook in met behulp van extra ondersteunende maatregelen.[2] Zowel arts als patiënt verkiezen om preventieve maatregelen te bespreken tijdens een afzonderlijk consult. Bovendien blijken patiënten het preventie-advies van hun arts beter op te volgen indien hiervoor een aparte raadpleging wordt voorzien.[3]
In verschillende landen zette men reeds de stap naar een georganiseerd *preventieconsult*[*], waarbij meerdere preventieve acties tijdens één raadpleging besproken en/of uitgevoerd worden.[5,6]

Om op systematische wijze een individueel preventieplan aan volwassen patiënten aan te bieden, werd in België in 2010 de gezondheidsgids van Domus Medica als praktijkinstrument geïntroduceerd.[7] Uit onderzoek blijkt dat dergelijke checklist ter ondersteuning van het preventieconsult een meerwaarde is. Bovendien is het makkelijk te implementeren, eenvoudig en relatief goedkoop. Een belangrijke voorwaarde is wel dat de checklist up-to-date moet blijven.[3] Sinds april 2011 wordt preventie eveneens door de overheid erkend en financieel ondersteund onder de vorm van het GMD-plus (een Globaal Medisch Dossier aangevuld met een preventiemodule). Een huisarts kan zo eenmaal per kalenderjaar, in het kader van een preventieraadpleging, voor een patiënt tussen 45 en 75 jaar een bijkomend honorarium[¥] aanrekenen.[8] Tijdens deze raadpleging dient de huisarts enkele vooropgestelde preventieve onderwerpen (bijlage 1) met de patiënt te overlopen en zo nodig te bespreken. In België ontbreken echter duidelijke ondersteunende richtlijnen voor het invoeren van preventie op praktijkniveau.

Binnen deze context wordt getracht preventie op een eenvoudige en efficiënte manier te introduceren in de huisartsenpraktijk. Een preventieproject werd uitgewerkt en geïmplementeerd in een huisartsenpraktijk. Vooreerst wordt onderzocht hoeveel tijd er nodig is voor het opstellen en bespreken van een preventieplan met een patiënt. Vervolgens worden de resultaten uit het preventieconsult besproken. Verder wordt nagegaan wat de voor- en nadelen zijn van het implementeren van preventie op deze manier. Tot slot wordt een voorstel geformuleerd om preventie tot een continu proces om te vormen.

---

[*] General health checks involve multiple tests in a person who does not feel ill with the purpose of finding disease early, preventing disease from developing, or providing reassurance.[4]

[¥] Bijkomende tegemoetkoming van 10,65 euro voor de realisatie van de preventiemodule in het kader van het GMD volgens nomenclatuurnummer 102395.[8]

Methode:

Onderzoeksvragen: Hoeveel tijd is er nodig voor het opstellen en bespreken van een preventieplan? Wat zijn de resultaten uit het preventieconsult voor de praktijk waar het preventieplan ingevoerd werd? Waarmee dient rekening gehouden te worden bij het implementeren van preventie in de huisartsenpraktijk?

Vragenlijst: Op basis van wetenschappelijke literatuur en met consensus van de deelnemende artsen in de praktijk werd een vragenlijst opgesteld over verschillende preventieve onderwerpen (bijlage 2). Deze vragenlijst dient door de patiënt ingevuld te worden.

Onderzoekspopulatie: Het onderzoek werd uitgevoerd in een landelijke groepspraktijk met 7 huisartsen (waarvan 2 artsen niet deelnamen aan het project), een verpleegkundige en een halftijdse secretariaatsmedewerkster. Patiënten van 45 - 59 jaar (geboren tussen 01-01-1953 en 31-12-1966) werden geïncludeerd. Er werden geen exclusiecriteria toegepast.

Design: Er werd een prospectief observationeel onderzoek uitgevoerd. Patiënten werden passief ingelicht via affiches in de wachtkamer en via info-brochures in de praktijk (bijlage 3). Verder werden patiënten, die in aanmerking kwamen voor het onderzoek, op raadpleging actief uitgenodigd door hun arts (opportunistische screening). Geïnteresseerde patiënten kregen een infobrochure, vragenlijst (bijlage 2) en informed consent (bijlage 4) mee naar huis. Aan deze patiënten werd gevraagd de vragenlijst in te vullen en zelf terug te bezorgen in de praktijk. Deelnemende patiënten hadden de mogelijkheid om hun voorkeur qua arts voor de evaluatie en bespreking van de vragenlijst, het eigenlijke "preventieconsult", op te geven. Na evaluatie van de ingevulde vragenlijst door de arts aan de hand van een geuniformiseerd formulier (bijlage 5), werd de patiënt indien nodig telefonisch uitgenodigd via het secretariaat voor bijkomende onderzoeken (bloedname/urinestaal/ecg/meegeven iFobt). Deze onderzoeken werden uitgevoerd door een verpleegkundige. Het preventieconsult bij de arts werd minstens 10 dagen na de onderzoeken gepland. Tijdens het preventieconsult diende de arts de antwoorden op de vragenlijst samen met de patiënt te overlopen, een kort klinisch onderzoek uit te voeren en zo nodig samen met de patiënt een verdere planning op te stellen. Na afloop van ieder consult vulde de arts een specifiek evaluatieformulier in (bijlage 6) betreffende het verloop en de resultaten van het preventieconsult. Het preventieconsult werd uitgevoerd in kader van het GMD-plus, waardoor een patiënt enkel het remgeld van de consultatie diende te betalen.

Verloop: Tijdens de maanden januari en februari 2012 werd gestart met een pilootversie van het project, waarbij iedere arts een vijftal patiënten kon selecteren om de module te doorlopen. Na evaluatie van het pilootproject begon in juni 2012 de officiële studie. Tot en met oktober 2012 was het mogelijk voor patiënten om hun ingevulde vragenlijst binnen te brengen. Alle preventieconsulten die tussen 1 juni en 31 december 2012 werden uitgevoerd, werden geïncludeerd in deze studie.

Outcome:
Op kwantitatief vlak wordt nagegaan hoeveel tijd nodig is voor het opstellen van een preventieplan en hoeveel tijd nodig is om dit preventieplan te bespreken met de patiënt. De overige gegevens uit de preventieraadpleging worden geëvalueerd.
Op kwalitatief vlak worden de obstakels en bemerkingen bij de implementatie van preventie in de huisartsenpraktijk besproken aan de hand van gegevens uit de literatuur en bevindingen uit het onderzoek.

Registratie en verwerking gegevens: Gegevens van het evaluatieformulier ingevuld door de arts werden ingevoerd in Excel en gecodeerd. Op deze data werden multipele bivariaat-analyses toegepast. Verdere statistische bewerkingen (multivariaat analyse en logistische regressie analyse) werden uitgevoerd met behulp van SAS (Statistical Analysis Software).

Resultaten:

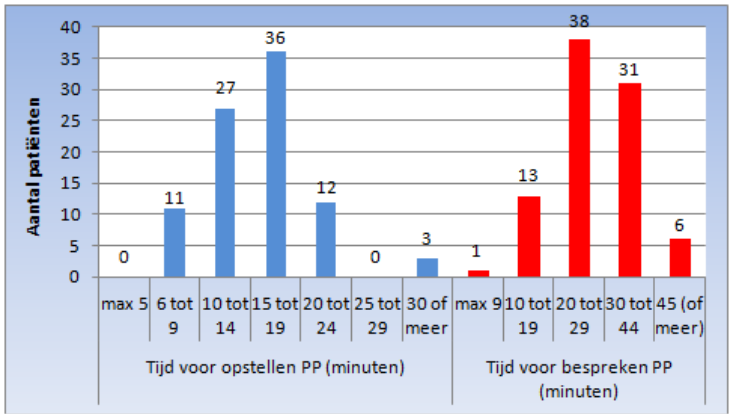
Onderzoekspopulatie
1037 patiënten geboren tussen 45 en 59 jaar kwamen in aanmerking voor deelname (18,9% van de actieve patiëntenpopulatie in de praktijk). 755 van deze patiënten hebben een Globaal Medisch Dossier (GMD) in de praktijk, waarvan bij 446 patiënten in 2012 (jaar waarin het onderzoek liep) het GMD werd aangemaakt of verlengd. Uiteindelijk namen 89 patiënten deel aan het preventieproject (deelnamepercentage van 8,6% (89/1037)). (Tabel 1)

Tabel 1: Verdeling onderzoekspopulatie volgens geslacht en leeftijd.

		Aantal pt'en	
Geslacht	mannen	34	38%
	vrouwen	55	62%
Leeftijd	45-49	28	32%
	50-54	36	40%
	55-59	25	28%

Tijdsbesteding
Een arts had gemiddeld 14 minuten (range: 6 – 35; standaard deviatie: 4,9) nodig om een preventieplan op te stellen voor een patiënt. Bespreken van het preventieplan met de patiënt duurde gemiddeld 26 minuten (range: 8 – 45; standaard deviatie: 9,4) (Fig. 1). Uit de logistische regressie analyses (bijlage 7) blijkt dat enkel geslacht een invloed lijkt te hebben op de tijd nodig voor het opstellen van een preventieplan (p-waarde = 0,054). Zo duurt het opstellen van een preventieplan voor een man gemiddeld twee minuten korter dan voor een vrouw (odds ratio: 0,35). Voor de tijd nodig ter bespreking van een preventieplan kon geen statistisch significant verschil weerhouden worden. Ook andere factoren zoals leeftijd, rookstatus, voedings-, bewegings- of ethyladvies bleken geen invloed te hebben op de tijd nodig voor het opstellen, noch op de tijd nodig voor het bespreken. Het opstellen en het bespreken van de preventieplannen werd door de artsen als “eerder vlot” tot “vlot” geëvalueerd. Patiënten waren volgens de artsen na afloop tevreden over hun deelname aan het project.

Figuur 1: Tijdsbesteding voor het opstellen en bespreken van een preventieplan (PP). (n=89)



Resultaten preventieconsult (Figuur2: bijlage 8)
Bij geen enkele deelnemer werd een verhoogd cardiovasculair risico vastgesteld. Wel vertoonde meer dan twee derde van de deelnemende patiënten (69%) een verhoogd totaal cholesterol (≥190 mg/dl, gemiddeld totaal cholesterol = 215,5 mg/dl). Hierbij was er geen significant verschil tussen mannen en vrouwen (71% en 67% respectievelijk). Het percentage patiënten met een verhoogde cholesterolwaarde nam toe in functie van de leeftijd (48% tussen 45 en 49 jaar, 69% tussen 50 en 54 jaar en 80% tussen 55 en 59 jaar). Eén patiënt kreeg aspirine toegevoegd aan zijn medicamenteuze behandeling, bij drie patiënten werden statines opgestart. Bij acht patiënten werd een elektrocardiogram (ECG) uitgevoerd.
Tien patiënten (11%) waren actief roker op moment van deelname aan de studie (15% van de mannelijke populatie, 9% van de vrouwelijke populatie). Van deze patiënten zaten er vier in de pre-contemplatie, drie in de contemplatie, één in de preparatie en twee in de actiefase volgens de "stages of change" van *Prochashka en DiClemente*[9]. Slechts twee van de tien rokers stonden correct als roker genoteerd in het elektronisch medisch dossier (EMD). Bij 73 deelnemende patiënten (82%) stond geen rookstatus (al dan niet roker/ ex-roker) aangegeven in het EMD.
Voedings- en/of bewegingsadvies bleek aangewezen bij 58 (65%) van de deelnemers.
Veertien patiënten (16%) die voordien niet gekend waren met diabetes vertoonden een gestoorde nuchtere glycemie (glc >100mg/dl), bij twee van deze patiënten was de gevonden waarde >126mg/dl.
De vaccinatiestatus van tetanus bleek bij de grote meerderheid (69 deelnemers, 78%) van de patiënten reeds in orde bij aanvang van het onderzoek. Na afloop van de preventiemodule was slechts één deelnemer niet correct gevaccineerd tegen tetanus. In het dossier van deze patiënt werd wel duidelijk teruggevonden dat het vaccin nog toegediend moest worden.
Screening naar baarmoederhalskanker en borstkanker stond op punt bij respectievelijk 79% en 91% van de deelnemende vrouwen. Vier vrouwen hadden een verhoogd risico op borstkanker, voor één vrouw was dit verhoogd risico niet gekend voor de start van het onderzoek.
41 patiënten kwamen in aanmerking voor een iFobt-test, bij 27 (66%) van deze patiënten was deze test meer dan twee jaar geleden en diende deze uitgevoerd te worden. Slechts één van deze 27 patiënten liet ondanks advies geen iFobt uitvoeren. Van de 26 patiënten die in het kader van deze studie een iFobt lieten uitvoeren, had één patiënt een positief resultaat. Verder onderzoek door middel van coloscopie kon bij deze patiënt geen maligniteit aantonen. Veertien patiënten hadden een verhoogd risico op darmkanker, voor drie patiënten was dit verhoogd risico niet rechtstreeks af te leiden uit het EMD voor de start van het onderzoek.
Elf (32%) van de mannelijke patiënten en veertien (25%) van de vrouwelijke patiënten hadden een verkorte Audit-score boven de gestelde grens (een score van vijf of meer voor mannen, een score van vier of meer voor vrouwen).
Negen patiënten (11%) gaven aan depressieve gevoelens te ervaren. Twee van deze patiënten wensten hiervoor hulp van hun huisarts of een andere zorgverlener.
Twee patiënten werden op basis van het preventieplan verder doorverwezen voor een botdensitometrie (Dexa-meting).
Elf deelnemende patiënten (12%) rapporteerden plasproblemen (drie mannen, acht vrouwen).
Acht patiënten (9%) gebruikten op regelmatige basis benzodiazepines, de helft van deze patiënten stond niet weigerachtig tegenover een afbouw of stop van deze medicatie.

Discussie:

Deelname

In deze studie bereikten we een deelnamepercentage van 8,6% (89/1037), wat ruim lager is dan de deelnamepercentages van 20 tot 25% met opportunistische screening in vergelijkbare onderzoeken.[10-12] Dit kan ondermeer verklaard worden door enkele studie gebonden factoren. Ten eerste werden er geen exclusiecriteria voor deelname toegepast. Ten tweede namen twee van de zeven actieve artsen niet deel aan de studie. Ten derde zorgden belangrijke infrastructuurwerken in de praktijk voor heel wat hinder. Tot slot liep de studie tijdens de zomermaanden, waarbij zowel artsen als patiënten vaker afwezig zijn.

Uit voorgaande masterproeven kunnen we afleiden dat het grootste deelnamepercentage (40%) kan bereikt worden met een mondelinge uitnodiging en schriftelijke of telefonische herinnering.[10-15] Deze aanpak lijkt dus het meest voor de hand liggend, maar is eveneens het meest arbeidsintensief.

Tijdsbesteding

In dit onderzoek werd nagegaan welke tijdsinvestering noodzakelijk is voor het opstellen en bespreken van een preventieplan. Verder werd gekeken of er patiëntgebonden factoren zijn die een invloed hebben op de tijd nodig voor het opstellen/bespreken van een preventieplan.

Met een gemiddelde duur van 14 minuten voor het voorbereiden en 26 minuten voor het bespreken van het preventieplan, komen we aan een benodigde tijd van gemiddeld 40 minuten per patiënt. We stellen eveneens een grote interindividuele variatie vast (Fig. 1). Het opstellen van een preventieplan voor een vrouw duurt langer dan voor een man, wat onder andere verklaard kan worden door het feit dat bij vrouwen twee extra preventieve onderwerpen (borst- en baarmoederhalskanker) nagekeken dienen te worden. Voor de bespreking van het preventieplan vinden we geen verschil in duur tussen de beide geslachten. Er konden geen andere patiëntgebonden factoren met een significante invloed op de duur van het opstellen/bespreken van een preventieplan geïdentificeerd worden.

Dat een preventieconsult veel tijd in beslag neemt is niet verwonderlijk. Tijdens het consult bespreekt de arts vaak heel wat onderwerpen, voert hij een klinisch onderzoek uit en stelt hij samen met de patiënt een verdere planning op. Daarnaast vraagt ook het invullen van het EMD de nodige tijd. Tenslotte suggereert eerder onderzoek dat iets meer dan de helft van de patiënten naast het bespreken van de vragenlijst nog andere verwachtingen heeft. Bijna één op vier van de patiënten vraagt om voorschriften. Daarnaast worden tijdens bijna één vierde van de preventieconsulten bijkomende acute of minder acute problemen besproken.[12]

Ondanks de grote tijdsinvestering die gevraagd werd van de artsen, evalueerden zij zowel het opstellen als het bespreken van het preventieplan als voornamelijk vlot en waren zij achteraf enthousiast over hun deelname.

Op basis van dit onderzoek kan geen uitspraak gedaan worden over het mogelijke “terugwineffect” van preventie. Het zou bijvoorbeeld kunnen dat patiënten die deelnemen aan preventieve raadplegingen bij volgende consultaties minder tijd in beslag nemen of dat deze patiënten tussendoor minder op consultatie hoeven te komen, waardoor er tijd vrijkomt voor andere patiënten. Het valt bovendien te verwachten dat de tijdsinvestering nodig voor preventie bij een patiënt, waarbij in het verleden reeds een preventieplan werd opgesteld, heel wat lager zal liggen. De arts kan zich immers baseren op het voorgaande preventieplan. Bovendien zal het EMD beter ingevuld zijn, waardoor deze gegevens betrouwbaarder en beter toegankelijk zijn.

Resultaten van het preventieconsult

De resultaten uit ieder preventieconsult werden door de artsen genoteerd op een geuniformiseerd evaluatieformulier (bijlage 6). Deze gegevens werden na het onderzoek samengevoegd en geanalyseerd. Ook het EMD van de deelnemende patiënten werd nagekeken. Uit deze analyses weerhouden we volgende besluiten.

Gezondheidsindicatoren waarvoor reeds een project werd gerealiseerd in de praktijk, bereiken steeds goede scores wat betreft hun doelstellingen. 78% van de deelnemende patiënten was in orde met tetanus, na afloop van deze studie liep dit percentage zelfs op tot 99%. 79% van de vrouwen was in orde met het uitstrijkje en zelfs 91% deed consequent mee aan screening voor borstkanker. Deze percentages liggen telkens duidelijk hoger dan deze voor de Vlaamse bevolking.[16] (Tabel 2) Hieruit kunnen we afleiden dat praktijkprojecten, al dan niet uitgevoerd door huisartsen in opleiding, een kwaliteit bevorderende invloed kunnen hebben op de praktijk in kwestie en dat deze invloed zich voortzet in de tijd.

Tabel 2: Percentage wat betreft doelstellingen voor verschillende gezondheidsindicatoren in de praktijk waar het onderzoek plaats vond ten opzichte van de Vlaamse populatie.

	45-54j		55-64j	
	Praktijk	Vlaanderen	Praktijk	Vlaanderen
Vaccinatiegraad Tetanus	79,7%	66,8%	72,0%*	47,1%

	45-49j		50-54j		55-59j	
	Praktijk	Vlaanderen	Praktijk	Vlaanderen	Praktijk	Vlaanderen
Uitstrijkje < 3j	66,7%	68,6%	77,3%	70,1%	93,3%	48,3%
Mammografie < 2j	x	x	89,5%	73,2%	93,3%	73,2%
iFobt <2j ¥	x	x	22,7%	5,5%	35,0%	4,7%

* Vaccinatiegraad voor tetanus onder de deelnemende patiënten van 55 tot en met 59 jaar.

¥ In Vlaanderen is er voor darmkankerscreening nog geen veralgemeend bevolkingsonderzoek. In 2011 werd in de regio Hageland, waar dit onderzoek werd uitgevoerd, een proefproject voor darmkankerscreening uitgevoerd. Dit kan het grote verschil in percentage patiënten waarbij een iFobt-test minder dan twee jaar geleden is in de praktijk in vergelijking met de Vlaamse populatie deels verklaren.

Na afloop van deze studie bleken gegevens in het EMD meer volledig en correct ingevuld te zijn. Zo werd de rookstatus op het einde van het onderzoek bij alle deelnemers correct weergegeven in het EMD, terwijl dit bij de start van het onderzoek slechts bij 18% het geval was. Ook andere gegevens, zoals vaccinatiestatus, familiale voorgeschiedenis, … werden aangevuld. Tratsaert[12] kwam in haar studie tot dezelfde vaststelling.

Implementatie

Aan de hand van de bevindingen uit dit onderzoek en gegevens uit de literatuur werd nagegaan met welke factoren men rekening dient te houden bij het implementeren van preventie in de huisartsenpraktijk. Een stappenplan voor de implementatie van preventie in de huisartsenpraktijk werd samengesteld. (Bijlage 9) Er werd eveneens nagedacht over hoe preventie naar een continu proces kan omgevormd worden.

Op basis van de literatuur

Implementatie van preventie in de huisartsenpraktijk wordt beïnvloed door verschillende factoren, zowel op niveau van de arts als op niveau van de patiënt. Huisartsen blijken op macroniveau steeds dezelfde hinderpalen te ondervinden: beperkt ondersteunend beleid vanuit de regering, onvoldoende training, ontoereikende financiële ondersteuning en tijdsgebrek.[17]
Op niveau van de huisarts zelf zou de gezondheidstoestand (vb.: roker) een rol kunnen spelen in het al dan niet aanbieden van welbepaalde preventieve acties (vb.: aanzetten tot rookstop).[1]
Bovendien moeten huisartsen bereid zijn te veranderen. In de huisartsenpraktijk wordt vaak gebruik gemaakt van de "Stages of change"[9], maar we vergeten dat dit eveneens toepasbaar is op het veranderingsproces van de huisarts zelf. Van Bokhoven vat het samen als "a lack of sense of urgency to change". Een huisarts moet zijn gewoontes daadwerkelijk willen aanpassen alvorens het zin heeft om verandering te introduceren. Als de huisarts tevreden is met zijn huidige manier van werken en/of het voordeel van de aanpassing niet inziet, zal deze niet snel geneigd zijn om zijn werkwijze aan te passen.[18]
Op niveau van de patiënt vormen een gebrek aan inzet van de huisarts zelf, de opvattingen van de patiënt met betrekking tot preventie en een gebrek aan interesse en tijd bij de patiënt de voornaamste obstakels om niet deel te nemen aan preventie.[11,15,19]

Op basis van deze studie

In dit onderzoek werd preventie ingevoerd in een landelijke huisartsenpraktijk door middel van een vooraf ingevulde vragenlijst en een afzonderlijke preventieraadpleging. We weerhouden enkele belangrijke bemerkingen in verband met het gestructureerd invoeren van preventie op praktijkniveau.
Op voorhand moet voldoende tijd geïnvesteerd worden in de uitwerking van een plan op praktijkniveau. Inhoudelijk moet gestreefd worden naar een consensus die wetenschappelijk onderbouwd is, maar waarin iedere arts zich toch kan vinden. Hierbij dienen collega's in de praktijk zoveel mogelijk betrokken te worden. Het veranderen van praktijkgewoontes vergt immers een belangrijke inspanning en is moeilijk te bereiken zonder consensus en ondersteuning van de hele praktijk.[2,3] De manier waarop men de patiënten zal uitnodigen en informeren moet afgesproken worden. Ook mogelijke obstakels en knelpunten kunnen best op voorhand uitgeklaard worden.
Het is aan te raden om één van de artsen in de praktijk verantwoordelijk te stellen voor het begeleiden en delegeren van het preventieproject.[2] Deze arts kan het project in goede banen leiden en eventuele problemen gericht oplossen. Het is eveneens de taak van deze arts om de vragenlijst en gevolgde procedures in overeenstemming te houden met de geldende richtlijnen.
Een rechtstreekse koppeling van de antwoorden van de patiënt op de vragenlijst samen met de resultaten van de technische onderzoeken aan het EMD zou in de toekomst mogelijk moeten zijn. Recent kan de huisarts via een elektronische tool een preventieve vragenlijst in laten vullen door de patiënt, waarbij de antwoorden door het programma automatisch geëvalueerd worden.[20] Of dit daadwerkelijk een meerwaarde is voor de praktijk is onduidelijk. Het huidige programma staat immers volledig los van het EMD, zodat een manuele input van resultaten in het EMD noodzakelijk blijft. Bovendien dreigt de arts zijn voeling met de resultaten en dus ook met de patiënt te verliezen, gezien de antwoorden door het programma zelf worden geëvalueerd.
Het inschakelen van een verpleegkundige lijkt noodzakelijk om het uitvoeren van de preventieconsulten op lange termijn haalbaar te houden. De verpleegkundige kan een groot deel van het administratieve werk van de arts overnemen en instaan voor bloedafnames en andere technische akten.[12] In België bestaat momenteel echter geen aangepaste financiering

en geen duidelijk wettelijk kader voor de tewerkstelling van een verpleegkundige in een huisartsenpraktijk.
Naar het kostenplaatje verbonden aan de invoering van preventie werd in deze studie geen onderzoek gedaan. Ook in de literatuur werden hierover geen gegevens terug gevonden. Gezien de grote tijdsinvestering die noodzakelijk is en de in verhouding beperkte vergoeding van het GMD-plus die hier tegenover staat, lijkt preventie voor een huisarts in België op financieel gebied momenteel eerder ongunstig.

Naar een continu proces
Richtlijnen om van preventie een continu proces te maken bestaan in België momenteel niet. Het GMD-plus houdt enkel in dat de voorgeselecteerde onderwerpen (Bijlage 1) jaarlijks besproken worden met de patiënt, maar gaat niet in op hoe dit best gebeurt in de praktijk. Ook de gezondheidsgids[7] geeft geen antwoord op deze vraag.
Het jaarlijks voorleggen van een identieke en uitgebreide vragenlijst aan patiënten die deze vragenlijst reeds invulden, lijkt overbodig en zal bij patiënten eerder als negatief ervaren worden. Daarom stellen we voor om deze patiënten een aangepaste en ingekorte vragenlijst (Bijlage 10) voor te leggen, die vooral peilt naar veranderingen in het laatste jaar. Deze vragenlijst kan zonder problemen of ergernis bij de patiënt jaarlijks opnieuw gebruikt worden en zorgt er voor dat het EMD en de gegevens waarop de arts zich baseert correct blijven. Om het deelnamepercentage stelselmatig te verhogen, kan geopteerd worden om patiënten die voordien reeds deelnamen telefonisch of per brief jaarlijks opnieuw uit te nodigen.

Preventieparadox
In onze studie lijken patiënten in sommige opzichten gezonder dan in de algemene Vlaamse populatie. Zo kon bijvoorbeeld bij geen enkele patiënt een cardiovasculaire risico-score hoger dan 5% gevonden worden. Ook het percentage rokers ligt beduidend lager in onze studie (11% ten opzichte van 25.7% voor een vergelijkbare Vlaamse populatie). Hierbij maken we de bedenking dat patiënten die deelnemen aan een preventieconsult misschien meer met hun gezondheid begaan zijn waardoor deze cijfers vertekend kunnen zijn en waardoor de invloed van het extra consult overschat kan worden.[15] Zoals geweten uit de literatuur[21] moet rekening gehouden worden met een belangrijke "preventieparadox", waardoor patiënten die eigenlijk het meeste baat hebben bij preventie weinig of niet bereikt worden.

Nut van georganiseerde preventieraadpleging:
Over de verschillende preventieve acties afzonderlijk bestaat veel wetenschappelijke evidentie en ondersteuning. Echter over het combineren van dergelijke acties in één raadpleging en het effect hiervan is weinig bekend. Morreel besluit in zijn proefschrift dat combineren van verschillende preventieve acties in één vragenlijst de kwaliteit van deze preventieve acties verhoogt.[14] Een recente Cochrane review stelt georganiseerde preventieraadplegingen echter volledig in vraag, gezien er geen reductie kon worden vastgesteld op overlijden door cardiovasculaire aandoeningen of kanker op lange termijn.[4]

Limitaties
Er werd bewust gekozen voor opportunistische screening om de tijdsinvestering en bijkomende werkdruk voor de deelnemende artsen haalbaar te houden. Een alternatieve wijze van uitnodigen zou waarschijnlijk leiden tot een groter deelnamepercentage. Bovendien zorgt opportunistische screening ervoor dat niet iedere patiënt die voldoet aan de inclusiecriteria ook daadwerkelijk uitgenodigd wordt.
De vragenlijst gebruikt in deze studie is gebaseerd op wetenschappelijke literatuur en richtlijnen, maar is op zichzelf niet gevalideerd.

Het gaat om een observationeel onderzoek, waarbij geen voor-en nameting werd toegepast.
Er werd niet nagegaan of de implementatie van preventie zoals hier toegepast, daadwerkelijk de gezondheid van de patiënt verbetert.

Toekomstig onderzoek

Er moet bij de implementatie van richtlijnen in de praktijk en preventie in het bijzonder meer aandacht uitgaan naar tijdsinvestering en kosten die de veranderingen met zich mee zouden brengen.[18]
Op korte termijn dient werk gemaakt te worden van een automatische interactie tussen de vragenlijst van de preventieraadpleging en het EMD, waarbij ook voldoende aandacht moet besteed worden aan de mogelijkheid om van uit het EMD de reeds gekende data vooraf automatisch te exporteren naar een preventiepagina.
Op lange termijn zal verder onderzoek duidelijk moeten maken of het organiseren van een afzonderlijke raadpleging, waarin verschillende preventieve onderwerpen besproken worden, een invloed heeft op morbiditeit en mortaliteit.

Besluit:

Implementatie van preventie zoals voorgesteld in dit onderzoek lijkt effectief voor het oppuntstellen van de individuele patiënt en voor het op orde stellen van het EMD. Hier staat wel een belangrijke tijdsinvestering tegenover. In het voorgestelde model is een belangrijke taak weggelegd voor een verpleegkundige in de praktijk. Niet iedere huisarts beschikt echter over deze mogelijkheid. Het aanstellen van een preventie-coördinator binnen de praktijk is aangewezen om het hele proces te begeleiden.
Om preventie om te zetten in een continu proces wordt voorgesteld om patiënten die in het verleden reeds deel namen jaarlijks opnieuw uit te nodigen en voor deze patiënten een aangepaste vragenlijst te gebruiken. Het valt te verwachten dat de tijd nodig voor het opstellen en bespreken van een preventieplan voor een individuele patiënt zal afnemen, eens deze patiënt op preventief vlak op punt staat.

Tot slot formuleren we nog enkele bedenkingen ten aanzien van implementatie van preventie in de huisartsenpraktijk. Zo moeten we blijvend rekening houden met een belangrijke *preventie paradox*. Zelfs met de meest intensieve aanpak kan slechts 40% van de doelpopulatie bereikt worden. Dit betekent dat de meerderheid van de patiënten niet bereikt wordt of onvoldoende gemotiveerd is om deel te nemen. Het is net deze populatie die het meeste baat lijkt te hebben bij preventie op maat. Verder heeft tot nu toe geen enkel onderzoek kunnen aantonen dat georganiseerde preventieraadplegingen een gunstige invloed hebben op harde eindpunten zoals mortaliteit of kankerreductie. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen of de belangrijke inspanningen op vlak van tijd en financiën in verhouding staan met het mogelijks beperkte effect van een preventieconsult op de gezondheid van de patiënt.

Referenties:

1. Brotons C, Björkelund C, Bulc M et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. Prev Med 2005; 40: 595-601.
2. McBride P et al. Improving Prevention Systems in Primary Care Practices. The Health Education and Research Trial (HEART). J Fam Pract 2000; 49: 115-125.
3. Dubey V, Mathew R, Iglar K, Moineddin R, Glazier R. Improving preventive service delivery at adult complete health check-ups: the Preventive health Evidence-based Recommendation Form (PERFORM) cluster randomized controlled trial. BMC Family Practice 2006; 7: 44.
4. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhøj Larsen C, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 10. Art. No.: CD009009. DOI: 10.1002/14651858.CD009009.pub2.
5. Dekker JM et al. NHG-Standaard Het Preventieconsult module Cardiometabool Risico. Huisarts Wet 2011:54(3):138-55. Beschikbaar via: www.nhg.org
6. NHS Health Check. Beschikbaar via: http://www.nhs.uk/Planners/NHSHealthCheck/Pages/NHSHealthCheckwhat.aspx
7. Baeten R et al. GezondheidsGids. Handleiding voor preventie in de huisartsenpraktijk. Laatste update dec 2011. Beschikbaar via www.domusmedica.be
8. Beschikbaar via website Riziv. https://www.riziv.fgov.be/webprd/appl/pnomen/Honoraria.aspx?lg=N&id=102395
9. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol 1983; 51: 390-395.
10. Bosmans T. Introductie van de Gezondheidsgids in de praktijk: vergelijking van een actieve met een passieve aanpak. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2011.
11. Pauwels L. Introductie van de Gezondheidsgids in de praktijk. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2011.
12. Tratsaert E. Implementatie van de GezondheidsGids van Domus Medica in de praktijk. Masterproef huisartsgeneeskunde 2012.
13. Feys C, Fouvry J. Implementatie van de preventiemodule (op basis van de gezondheidsgids) in de huisartsenpraktijk: Wat is de responsratio en wat vindt de patiënt hiervan? Masterproef Huisartsgeneeskunde 2012.
14. Morreel S, Van Peer W, Verhoeven V. Combining multiple prevention strategies in one health questionnaire: a pilot study. Master Scription 2012, in for publication Eur J Gen Pract.
15. Musschoot M. Is er een toekomst voor een globaal medisch en preventiedossier (GMPD)? Masterproef Huisartsgeneeskunde 2009.
16. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Gezondheidsenquête door middel van interview België 2008 – Rapporten. Beschikbaar via: www.gezondheidsenquete.be
17. McAvoy BR. A scandal of inaction: how to help GPs implement evidence-based health promotion. Br J Gen Pract 2000 Mar; 50(452): 180–181.
18. Van Bokhoven MA, Koch H, Dinant GJ et al. Exploring the black box of change in improving test-ordering routines. Fam Pract 2008 Jun;25(3):139-145.
19. Eisner D, Zoller M, Rosemann T, Huber CA, Badertscher N, Tandjung R. Screening and prevention in Swiss primary care: a systematic review. International Journal of General Medicine 2011; 4: 853–870.
20. Science Tribune - Medical Time Management. De digitale versie van het GMD+. Beschikbaar via: http://www.gmdplus.be/

21. Ganguli M, Lytle ME, Reynolds MD, Dodge HH. Random versus volunteer selection for a community-based study. The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences. 1998; 53(1): M39-46. Epub 1998/02/19.

Bijlage 1: Checklist van de preventiemodule GMD

Preventiemodule vanaf 1 april 2011:

Voor de patiënten van 45 tot 75 jaar kan de bespreking en de opvolging van de checklist (cfr onder) van de preventiemodule in het kader van het beheer van het GMD, één keer per jaar door de huisarts geattesteerd worden tijdens een raadpleging of een bezoek.

De attestering van de bespreking van de checklist van de preventiemodule gebeurt met een specifieke nomenclatuurcode: 102395.

	type interventie	
1	(1) advies voeding en fysieke oefeningen+ tabak + alcohol	A
2	(2) anamnese en klinisch onderzoek	A
	(2) cardiovasculair (CV)	A
	waarbij acetylsalicylzuur (risicogroep)	A
3	(2) opsporing colorectaalkanker	A
	(2) opsporing baarmoederhalskanker	A
	(2) opsporing borstkanker (mammotest)	A
4	(1) vaccinatie difterie tetanos	A
	(1) vaccinatie griep	B
	(1) vaccinatie pneumokokken	B
5	(2) biologische metingen	
	glycemie (diabetes) (>65 jaar)	B
	creatinine en proteïnurie (CNI) (risicogroep)	B
	lipiden (CV) (>50 jaar)	A
6	geestelijke gezondheid	(B*)

Legende: (1) = primaire preventie; (2) = secundaire preventie/screening. Niveau bewijskracht A; Niveau bewijskracht B. (*) screening van depressie.

(Bron: Beschikbaar via website Riziv. http://www.riziv.be/care/nl/doctors/collaboration/dmg-gmd/index.htm#1b)

Bijlage 2: Preventieve vragenlijst in te vullen door de patiënt



Huisartsengroep Arcade Preventiemodule: Vragenlijst

Naam: **Telefoonnr (bij voorkeur gsmnr):** **Datum:**

Geboortedatum:

Schrap wat niet past of vul aan

Geslacht?	Vrouw / Man
Hoe oud bent u?	jaar
Hebt u een te hoge bloeddruk?	Ja / Nee / Onbekend
Neemt u medicatie voor een te hoge bloeddruk?	Ja / Nee
Hebt u diabetes (suikerziekte)?	Ja / Nee / Onbekend
Hebt u een hart- of vaatziekte (gehad)?	Ja / Nee / Onbekend
Heeft uw vader of broer een hart- en vaatziekte voor zijn 55 jaar (gehad)?	Ja / Nee / Onbekend
Heeft uw moeder of zus een hart- en vaatziekte voor haar 65 jaar (gehad)?	Ja / Nee / Onbekend
Rookt u of heeft u gerookt?	Ja / Nee
Indien ja, specificieer (Hoeveel jaar? Hoeveel sigaretten/dag?):	Jaar: Sig/d:
Datum rookstop (indien van toepassing)	.. / .. / ..
Indien u rookt, bent u van plan nu of in de nabije toekomst te stoppen met roken?	Ja / Nee
Zijn er in uw familie personen met nierproblemen?	Ja / Nee / Onbekend
Lengte?	cm
Gewicht?	kg
Eet u dagelijks groenten en fruit?	Ja / Nee
Bent u gemotiveerd om, indien nodig, in de nabije toekomst te vermageren?	Ja / Nee
Komt u aan 30 minuten lichaamsbeweging per dag?	Ja / Nee
Doet u aan "extra" lichaamsbeweging? (vb: wandelen, fietsen, ...)	Ja / Nee
Specificieer (soorten activiteit? aantal minuten per week?):	
Heeft uw arts u ooit gesproken over verhoogde suiker in uw bloed?	Ja / Nee
Heeft uw vader, moeder, broer of zus diabetes (suikerziekte)?	Ja / Nee / Onbekend
Voor vrouwen: Had u verhoogde suiker tijdens de zwangerschap of tijdens een ziekenhuisopname?	Ja / Nee / Onbekend
Voor vrouwen: bent u bevallen van een baby van 4,5 kg of meer?	Ja / Nee
Is uw vaccinatie tegen tetanus meer dan 10 jaar geleden?	Ja / Nee / Onbekend
Datum laatste vaccinatie tegen tatanus (zo gekend)	.. / .. / ..
Bent u hart-, long- of nierpatiënt?	Ja / Nee
Hebt u geen milt meer of een ziekte waardoor de milt niet goed werkt?	Ja / Nee
Voor vrouwen:	
Wanneer was uw laatste uitstrijkje?	.. / .. / ..
Indien u bovenstaande vraag moeilijk te beantwoorden vindt:	
Is uw laatste uitstrijkje meer dan 2j geleden?	Ja / Nee / Onbekend
Komt er borstkanker voor in uw familie?	Ja / Nee / Onbekend
Komt er eierstokkanker voor in uw familie?	Ja / Nee / Onbekend
Voor vrouwen vanaf 50 jaar:	
is uw laatste mammografie meer dan 2 jaar geleden?	Ja / Nee / Onbekend
Komen darmkanker of -poliepen voor bij uw vader, moeder, broer of zus?	Ja / Nee / Onbekend
Heeft u in de voorbije 10j in uw darmen laten kijken?	Ja / Nee
Indien ja, wanneer en om welke reden?	Wanneer:
	Reden:

Hoe vaak drinkt u alcohol? (schrap wat niet past)
Nooit/ Maandelijks of minder/ 2 à 4x per maand/ 2à3x per week/ 4 of meer keer per week.
Wanneer u drinkt, hoeveel standaardglazen drinkt u dan gewoonlijk op een dag? (schrap wat niet past)
Niet van toepassing / 1 of 2 / 3 of 4 / 5 of 6 / 7 of 9 / 10 of meer
Hoe vaak gebeurt het dat u zes of meer standaardglazen drinkt bij één enkele gelegenheid? (schrap wat niet past)
Niet van toepassing / Nooit/ Minder dan maandelijks/ Maandelijks/ Wekelijks/ Dagelijks of bijna dagelijks

---

Werd u de voorbije twee weken vaak gehinderd door depressieve gevoelens of hopeloosheid?	Ja / Nee
Werd u de voorbije twee weken vaak gehinderd door weinig interesse of plezier in de dingen die u deed?	Ja / Nee
Indien ja op één van bovenstaande vragen, wenst u hiervoor hulp van uw huisarts (of een andere gezondheidsmedewerker)?	Ja / Nee

---

Onderging u reeds een botdichtheidsmeting (DEXA-meting)?	Ja / Nee / Onbekend
Hebt u een wervelfractuur doorgemaakt?	Ja / Nee
Hebt u langdurige een hoge dosis corticosteroïden ingenomen (dosis > 7,5mg/d, > 3m)?	Ja / Nee / Onbekend
Hebt u een botbreuk doorgemaakt na uw vijftigste levensjaar?	Ja / Nee
Heeft uw broer/zus, vader/moeder een heupfractuur doorgemaakt?	Ja / Nee / Onbekend
Voor vrouwen: Bent u in de menopauze? Zo ja, sinds wanneer?	Ja / Nee / Onbekend Sinds:

Hebt u plasproblemen? (vb: frequent plassen van kleine hoeveelheden? Ongewenst urineverlies? Frequent (> 2x) 's nacht opstaan om te plassen? Nadruppelen? Zwakke straal? ...)	Ja / Nee

---

Hebt u het voorbije jaar slaap- of kalmeermiddelen genomen? Ja / Nee
Welke medicatie neemt u steeds? (noteer al uw medicatie, ook uw slaap- en kalmeermiddelen)

Naam geneesmiddel	Aantal per dag

Welke medicatie neemt u soms? (vb: pijnstillers, maagmedicatie, neussprays, ...)

Naam geneesmiddel	Aantal per dag

Met welke arts zou u deze vragenlijst liefst bespreken (gelieve twee keuzes op te geven): 1. .....
(In de mate van het mogelijke proberen wij rekening te houden met uw keuze) 2. .....

Opmerkingen:
(gebruik onderstaande ruimte voor uw aanvullende opmerkingen)

Bijlage 2 bis: Hulpmiddel arts voor evaluatie van de vragenlijst.

Dit hulpmiddel kan naast de ingevulde vragenlijst van de patiënt gelegd worden om zo op een eenvoudigere manier de vragenlijst te kunnen evalueren.

A+	(>50j)	Geen risicofactoren Herevaluatie risico na 4j	E+ of D+: Hoog cardiovasculair risico!
B+	**Bloeddruk:**		
	(>140/90 of medicatie)	A+ of B+ of F+	Rookstop
D+		Bepaal risico adhv score	Bewegingsadvies/Voedingsadvies
E+		Behandel volgens risico-score	Statine / Asaflow
F+		Controle jaarlijks (herevaluatie risico)	Controle 4x/j
C+		C + Geef rookstopadvies	
		In welke fase van gedragsverandering zit patiënt (cfr schema Prochaska en DiClemente)	Rookstopraadpleging
	DM? Hypertensie? CV-aandoening? > 60j? Nierproblemen in familie?		Jaarlijks GFR en proteïnurie
	BMI: ≥ 25 = overgewicht ≥ 30 = obesitas ≥ 35 = Morbide obesitas	www.gezondheidstest.be www.voedinguitgedokterd.be Login: *huisartsengroeparcade@gmail.com* Paswoord: *preventieplan*	Voedingsadvies Diëtist (cfr lijst)
	Minstens 5x per week matige intensiteit (= kunnen praten tijdens inspanning, 30 min) Minstens 3x per week hoge intensiteit (= gesprek voeren is moeilijk, 20 min) http://www.10000stappen.be/		Bewegingsadvies
	Buikomtrek: ≥45 jaar en 1x ja of BMI ≥25 of Buikomtrek: vrouw >88 cm, man >102 cm		Risicopatiënt Diabetes (glc controle)
	10-20 jaar geleden Booster dT/10 jaar >20 jaar volledig schema dT 0-6 >20 jaar onvolledig schema of onbekend dT 0-1-12 Ja of 65+ of D+ of nierlijden Griepvaccinatie/1 jaar Ja en 50+ of 50+ en ethylisme of 65+ Pneumokokkenvaccinatie 1x/5 jaar Ja Pneumokokkenvaccinatie 1x/5 jaar		Booster dT op: dT 0-6 dT 0-1-12 Griepvaccin jaarlijks Pneumokokkenvaccin op:
	Indien ja, risico inschatten Indien ja, risico inschatten Indien ja, screenings-mammo www.borstkankeropsporing.be	Baarmoederhalskanker: Borstkanker:	Nieuw uitstrijkje op: Risico: hoog / bescheiden / nl Planning: Mammografie ? MRI ?
	Ja, Risico-inschatting Nee en 50-74 jaar: FOBT om de 2 jaar colonoscopie nl: FOBT na 10j		Planning:

Audit score: Totale Audit Afnemen

≥ 5 (man) of ≥ 4 (vrouw, man boven 64j): afname volledige audit en bespreking

nooit **0** minder dan maandelijks **1** maandelijks **2** wekelijks **3** dagelijks of bijna dagelijks **4**

(1 of 2) **0** (3 of 4) **1** (5 of 6) **2** (7,8 of 9) **3** (10 of meer) **4**

nooit **0** minder dan maandelijks **1** maandelijks **2** wekelijks **3** dagelijks of bijna dagelijks **4**

Indien patiënt hulp wenst: Nieuwe afspraak

Raadpleging depressie

Indien patiënt geen hulp wenst: vraag na waarom/ bespreek kort en noteer in dossier

Risicofactor	***Risicoscore***	***Geslacht***
Doorgemaakte wervelfractuur	4	M en V
Langdurig gebruik van een hoge dosis corticosteroïden (>3 maanden; >7,5 mg/dag)	4	M en V
Fractuur doorgemaakt na het vijftigste levensjaar	4	V
Leeftijd >70 jaar	2	V
Leeftijd >60 jaar	1	V
Heupfractuur bij een eerstegraads familielid	1	V
Gewicht <60 kg	1	V
Ernstige immobiliteit	1	V

Risicoscore:

(>3: plan DEXA)

DEXA

Aanpassing medicatie:

Indien ja, bespreek kort en plan zo nodig aparte raadpleging

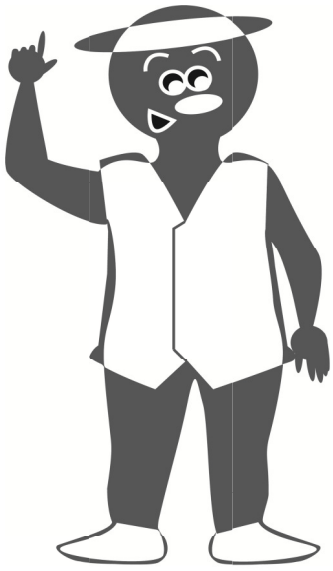
Indien ja: bespreek risico's, effect en noodzaak tot verlenging

Evalueer medicatielijst en pas aan zo nodig.

Aanpassingen medicatie:

Bijlage 3: Informatie brochure patiënt

Preventieplan op uw maat?



Huisartsengroep Arcade
Pastoor Dergentstraat 2A
3200 Gelrode
Tel: 016/567486
Fax: 016/571052
huisartsengroeparcade@gmail.com
www.huisartsengroeparcade.be

Beste patiënt,

In de huidige huisartsgeneeskunde neemt PREVENTIE een zeer belangrijke plaats in.

Preventie betekent: ziektes voorkomen of in een vroegtijdig stadium opsporen zodat er minder ingrijpende behandelingen nodig zijn.

Door het grote aanbod aan onderzoeken en testen, wordt het steeds moeilijker om te bepalen wanneer deze voor u zinvol zijn.

Huisartsengroep Arcade biedt aan om, samen met u, een preventieplan op uw maat uit te werken en dit op een wetenschappelijk verantwoorde manier.

Praktisch:

U vult de preventievragenlijst in die u via mail kan aanvragen of op het secretariaat vindt. Nadien bezorgt u deze terug in de praktijk.

Binnen een termijn van 2 maanden wordt u gecontacteerd om een afspraak te maken voor eventuele technische onderzoeken (bv: bloedname, …) gevolgd door een preventieconsult bij jouw arts.

Dit onderzoek kadert in het GMD-plus (aanvulling bij het **G**lobaal **M**edisch **D**ossier) en wordt via derdebetaler geregeld. Dit betekent dat enkel het remgeld en eventuele technische onderzoeken zullen worden aangerekend, het overige regelen we rechtstreeks met uw ziekenfonds. Breng hiervoor zeker 2 klevers van uw ziekenfonds mee.

Bijlage 4: Informed Consent

Huisartsengroep Arcade

Toestemming tot deelname.



Beste patiënt,

Het invoeren van preventie binnen onze praktijk kadert in een onderzoeksproject van **dokter Stijn Mennes**, onze huisarts in opleiding (HAIO) in de praktijk. De bedoeling van het onderzoek is na te gaan hoe we preventie op een eenvoudige en efficiënte manier tot bij de patiënt kunnen brengen, om zo de uiteindelijke gezondheid van u als patiënt te verbeteren.

Voor het verzamelen en verwerken van uw persoonsgegevens in het kader van onderzoek is uw toestemming nodig. Door dit document te ondertekenen gaat u ermee akkoord dat de ingezamelde persoonsgegevens worden verwerkt voor deze studie. Het is voor de betrouwbaarheid van de onderzoeksgegevens van groot belang dat zoveel mogelijk mensen aan het onderzoek deelnemen. Wij rekenen dan ook stellig op uw medewerking. Toch heeft u het volste recht uw medewerking aan deze studie te weigeren of zelfs om tijdens het onderzoek af te zien van verdere medewerking zonder opgave van reden. U kunt daarbij gerust zijn dat uw eventuele weigering de gewone zorg door uw hulpverleners geenszins zal beïnvloeden.
Verder wensen wij ook te benadrukken dat de verwerking van uw gegevens anoniem zal gebeuren en dat zowel onze artsen als onze paramedische personeelsleden gebonden zijn aan het beroepsgeheim.
Heeft u verder nog vragen, aarzel dan niet om ze te stellen aan uw arts!

Ik (patïent)..... begrijp dat in het kader van deze studie gegevens worden ingezameld en verwerkt, en ga hier vrijwillig mee akkoord.

Opgemaakt op ..... te .....

Handtekening van patiënt

(Bij akkoord, graag dit document ondertekend terug bezorgen in de praktijk)

Huisartsengroep Arcade
Pastoor Dergentstraat 2a
3200 Gelrode

Tel: 016/56 74 86
Fax: 016/57 10 52
huisartsengroeparcade@gmail.com
www.huisartsengroeparcade.be

Dr.Stijn Mennes
Huisarts in Opleiding
stijn.arcade@gmail.com

Bijlage 5: Preventieplan

Aan de hand van de ingevulde vragenlijst van de patiënt en eventueel met behulp van bijlage 2bis stelt de huisarts een preventieplan op voor deze patiënt. Het is dit plan dat als leidraad en werkdocument dient tijdens het preventieconsult zelf.

☐ Patiënt gecontacteerd
1e consult (verpleegkundige) op _____
2e consult (arts) op _____
☐ Preventieplan afgewerkt en besproken

Preventieplan

Patiënt: _____
Geboortedatum: ____ /____ /_____ Arts: _____
Telefoonnr: Datum: / /

Cardiovasculair *Bloeddruk*: ____ / ____ A B C D E F	*Risicoscore*: _____ CV-risico: Laag / Matig / Hoog	☐ Statine ☐ Asaflow ☐ ECG (eenmalig ikv preventie bij matig/hoog risico) ☐ Hoog: Opvolging 4x/j ☐ Matig: Herevaluatie risico: 1x/j ☐ Laag: Herevaluatie risico: 1x/3j
Roken		☐ Rookstopraadpleging
Nieren	☐ Risicopatiënt Nierinsufficiëntie	☐ Jaarlijks GFR en proteïnurie
Voeding *BMI*: _____ kg/m²		☐ Voedingsadvies Streefgewicht: _____ kg
Beweging		☐ Bewegingsadvies
Diabetes *Buikomtrek*: _____ cm	☐ Risicopatiënt Diabetes	☐ Jaarlijks glycemie
Vaccinatie		☐ Booster dT in _____ ☐ dT 0 - 6 ☐ dT 0 - 1 - 12 ☐ Griepvaccin jaarlijks ☐ Pneumokokkenvaccin in ____
Baarmoederhalskanker		Volgend uitstrijkje in: _____
Borstkanker	Risico: Hoog / Bescheiden / Normaal	Planning _____
Colonkanker	☐ Risicopatiënt colonkanker	☐ iFobt in: _____ ☐ Colonoscopie in: _____
Alcohol *Audit-score*: _____		☐ Totale Audit score afnemen
Depressie		☐ Gesprek mbt depressie
Osteoporose *Risicoscore*: _____		☐ Dexa
Plasproblemen		☐ Gesprek mbt plasproblemen PSA-bepaling in _____
Slaap- en kalmeermiddelen		☐ Bespreek risico's, effect en noodzaak tot verlenging
Medicatie		☐ Aanpassing medicatie

Labo	☐ *Gezonde 45-plusser:* Hb, Glc, ALT, yGT, Creatinine (+GFR), TC, HDL, LDL (eenmalig tussen 45 en 50j)
	☐ *Gezonde 50-plusser:* Hb, Glc, ALT, yGT, Creatinine (+GFR), TC, HDL, LDL (Jaarlijks) Urinezuur en TG'en (eenmalig op 50j) ☐ PSA ☐ iFobt ☐ Urine (Microscopie + teststrook) (om de 2 jaar)
	Bijkomend:
Opmerkingen	
Planning Secretariaat	☐ Labo ☐ Urinestaal ☐ iFobt (CMA) ☐ ECG ☐ Raadpleging (ten vroegste 10 dagen na onderzoeken)

Preventieplan:

Tijd nodig om preventieplan op te stellen _____ minuten

Preventieplan opstellen verliep vlot?

helemaal oneens / eerder oneens / neutraal / eerder eens / helemaal eens

Tijd nodig om preventieplan te bespreken met patiënt _____ minuten

Preventieplan bespreken met patiënt verliep vlot?

helemaal oneens / eerder oneens / neutraal / eerder eens / helemaal eens

Patiënt was tevreden met zijn/haar deelname aan het preventieplan?

helemaal oneens / eerder oneens / neutraal / eerder eens / helemaal eens

Bijlage 6: Evaluatieformulier in te vullen door arts

Vragenlijst Arts:

Naam arts: _____

Datum uitvoering preventieplan: ___ / ___ / ___

Naam patiënt: _____ Dossiernr: _____

Leeftijd patiënt: _____ jaar Geslacht: Man / Vrouw

Preventieplan:

Tijd nodig om preventieplan op te stellen		_____ minuten
Tijd nodig om preventieplan te bespreken met patiënt		_____ minuten
Preventieplan opstellen verliep vlot?	helemaal oneens / eerder oneens / neutraal / eerder eens / helemaal eens	
Preventieplan bespreken met patiënt verliep vlot?	helemaal oneens / eerder oneens / neutraal / eerder eens / helemaal eens	
Patiënt was tevreden met zijn/haar deelname aan het preventieplan?	helemaal oneens / eerder oneens / neutraal / eerder eens / helemaal eens	

Cardiovasculair:

Risicoscore van deze patiënt?		score: _____
Indien een verhoogd risico werd vastgesteld, komt dit overeen met de reeds aanwezige gegevens in het dossier?		Ja / Nee
Volgende medicatie werd nieuw opgestart:		Aspirine / Statine / anti-hypertensivum
Heeft u een ECG aangevraagd voor deze patiënt?		Ja / Nee
Ikv preventieplan genomen waardes:	Totaal cholesterol	_____ mg/dl
	HDL	_____ mg/dl
	LDL	_____ mg/dl

Roken:

Rookt deze patiënt	Ja / Nee
Komt de rookstatus van de patiënt overeen met de reeds aanwezige gegevens in het dossier?	Ja / Nee
Indien roker: in welke fase *(Prochaska en DiClemente)* bevindt de patiënt zich?	Pre-contemplatie / Contemplatie / Preparatie / Actie / Consolidatie

---

Voeding/beweging:

Was voedingsadvies noodzakelijk?	Ja / Nee
Was bewegingsadvies noodzakelijk?	Ja / Nee

Diabetes:

Was deze patiënt reeds gekend met Diabetes Mellitus?		Ja / Nee
Indien niet gekend met DM-T2: Werd bij deze patiënt verhoogde nuchtere glycemie (> 100mg/dl) vastgesteld?		Ja / Nee
Ikv preventieplan genomen waardes:	Glc	_____ mg/dl

Vaccins:

Was de tetanus-vaccinatie status van deze patiënt in orde?	Ja / Nee

Baarmoederhalskanker:

Indien deze patiënte in aanmerking komt voor een uitstrijkje: was het laatste uitstrijkje ikv screening > 3 jaar geleden?	Ja / Nee

Borstkanker:

Stelde u een hoger dan normaal (bescheiden of hoog) risico op borstkanker vast?	Ja / Nee
Indien een verhoogd risico werd vastgesteld, komt dit overeen met de reeds aanwezige gegevens in het dossier?	Ja / Nee
Indien patiënte >51j: is haar laatste mammografie meer dan 2j geleden?	Ja / Nee

Colonkanker:

Stelde u een verhoogd risico op colonkanker vast?	Ja / Nee
Indien een verhoogd risico werd vastgesteld, komt dit overeen met de reeds aanwezige gegevens in het dossier?	Ja / Nee
Indien patiënt >51j: was de laatste iFobt ikv screening meer dan 2j geleden?	Ja / Nee
Heeft deze patiënt reeds een coloscopie ondergaan in de voorgeschiedenis?	Ja / Nee

Alcohol:

Audit-score (verkorte vragenlijst):	score: _____
Was een gesprek over alcohol noodzakelijk?	Ja / Nee

Depressie:

Indien deze patiënt niet gekend was met de diagnose "depressie": gaf deze patiënt aan depressief te zijn?	Ja / Nee

Osteoporose:

Werd een dexa-meting aanbevolen?	Ja / Nee

Plasproblemen:

Was er sprake van niet gekende plasproblemen?	Ja / Nee
Werden plasproblemen besproken tijdens het consult?	Ja / Nee

Slaap- en kalmeermiddelen:

Neemt deze patiënt slaap- of kalmeermiddelen?	Ja / Nee
Zo ja, was de patiënt bereid om deze medicatie af te bouwen of te stoppen?	Ja / Nee

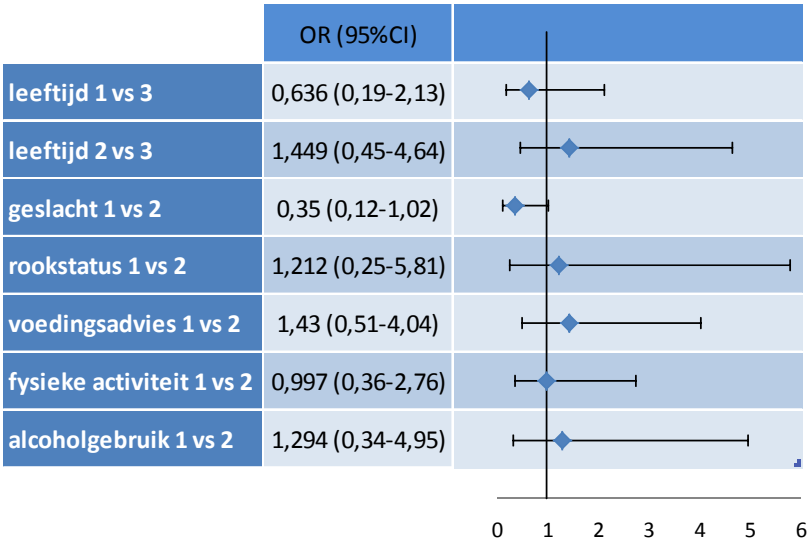
Opmerkingen:

Bijlage 7: Statistische Analyses

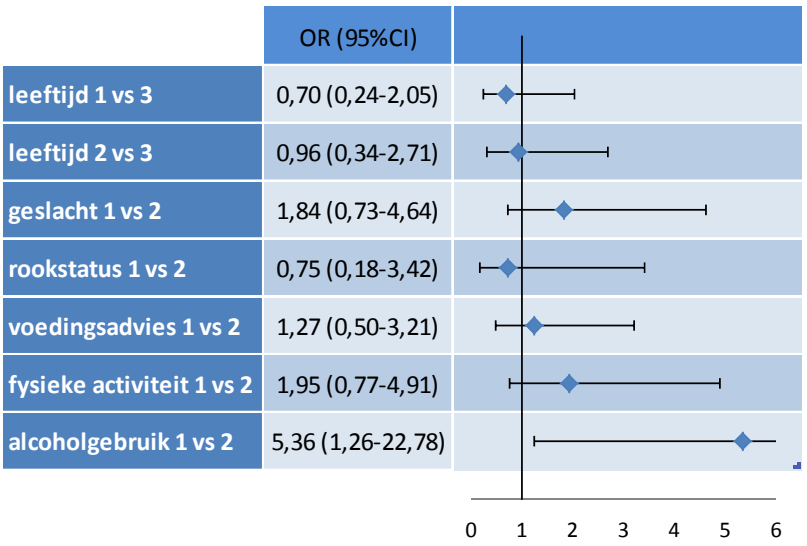
Legende:

	1	**2**	**3**
Leeftijd (jaar)	45-49	50-54	55-59
Geslacht	Man	Vrouw	x
Rookt	ja	nee	x
Voedingsadvies	ja	nee	x
Bewegingadvies	ja	nee	x
Alcoholgebruik (score korte audit)	<5	5 of meer	x

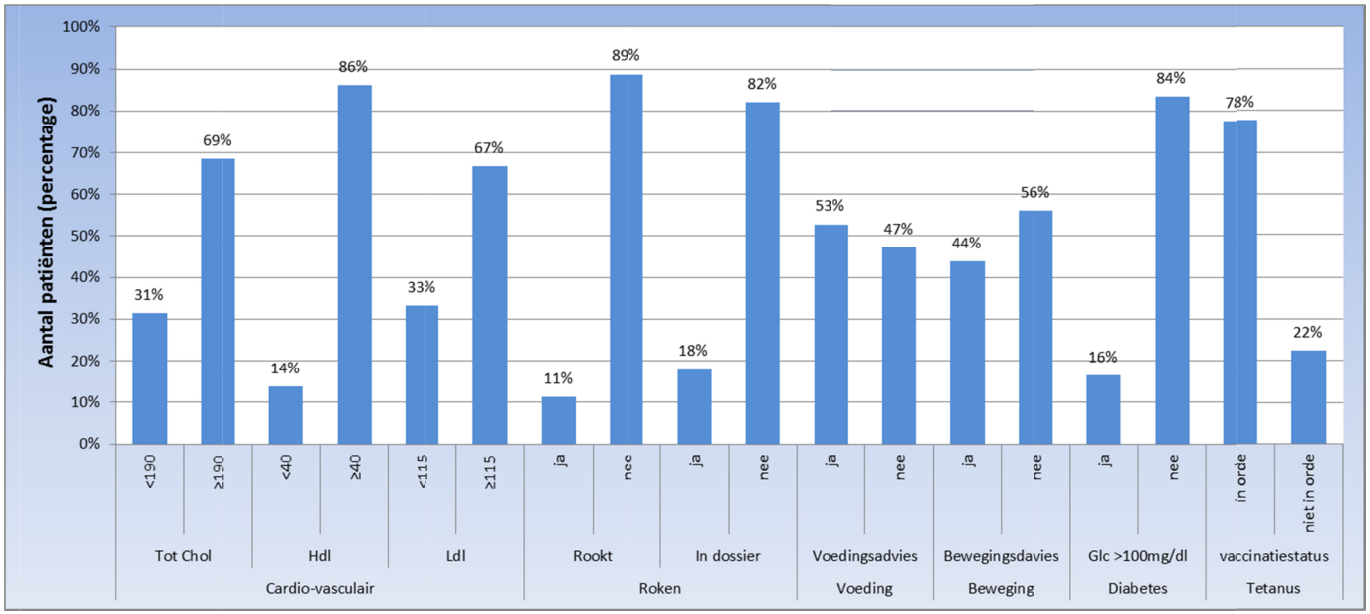
Odds Ratio (OR) met 95% betrouwbaarheidsinterval (95%CI) voor patiëntgebonden factoren in functie van de tijd nodig om een preventieplan op te stellen:

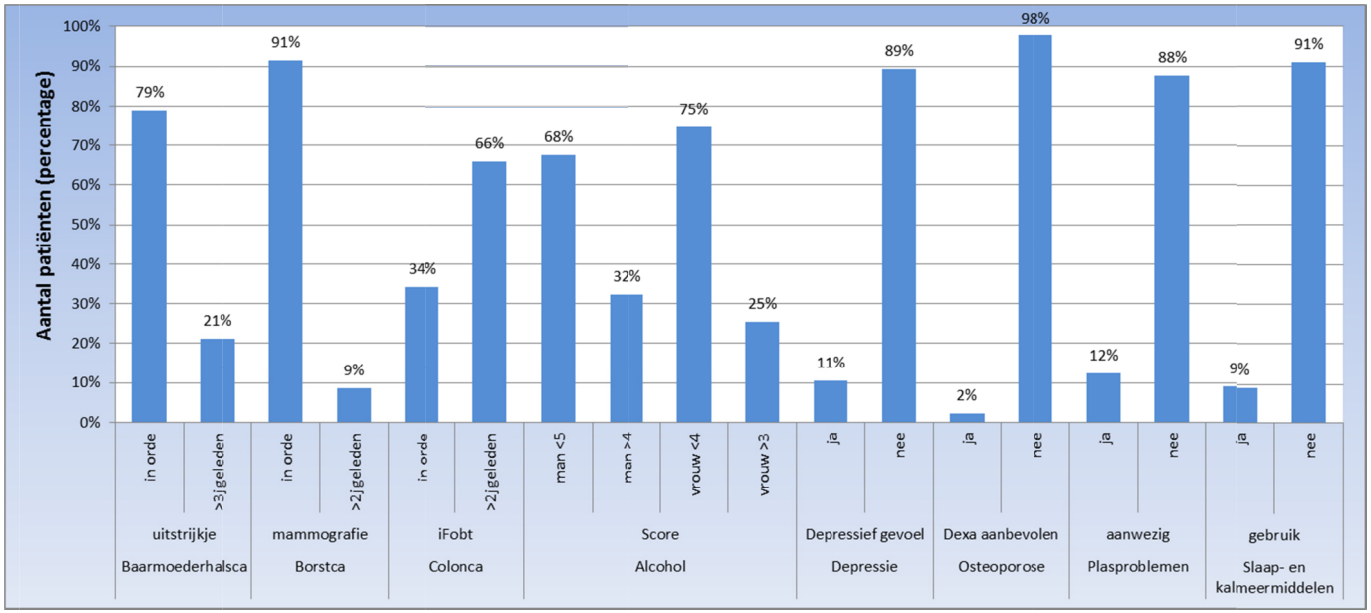


Odds Ratio (OR) met 95% betrouwbaarheidsinterval (95%CI) voor patiëntgebonden factoren in functie van de tijd nodig om een preventieplan te bespreken met een patiënt:



Bijlage 8: (Figuur 2): Resultaten preventieconsult





Bijlage 9: Stappenplan voor implementatie van preventie in de praktijk

Op de eerste plaats moeten huisartsen willen veranderen. Ten tweede is het belangrijk om op voorhand voldoende tijd te investeren in de uitwerking van een plan op praktijkniveau. Hierbij dienen collega's in de praktijk zoveel mogelijk betrokken te worden. Inhoudelijk moet gestreefd worden naar een consensus die wetenschappelijk onderbouwd is, maar waarin iedere arts zich toch kan vinden.



Men begint best met het aanstellen van een arts als preventiecoördinator. Deze arts zal verantwoordelijk zijn voor de organisatie van preventie binnen de praktijk en dient als aanspreekpunt voor de andere artsen. Het is echter niet de bedoeling dat deze arts al het werk op zich neemt. De preventiecoördinator dient eerder gezien te worden als facilitator.
Vervolgens wordt op een aparte vergadering onder de artsen binnen de praktijk besproken wat zij verstaan onder een preventief consult en welke invulling zij hieraan willen geven. De gezondheidsgids van Domus Medica kan hier gebruikt worden als handig vertrekpunt. Van daaruit kan dan gewerkt worden naar een standaard vragenlijst voor de patiënt. Eventueel kan men er ook voor kiezen om geuniformiseerde labobepalingen te voorzien voor bepaalde patiëntenpopulaties. De manier waarop men de patiënten zal uitnodigen en informeren moet afgesproken worden. Ook mogelijke obstakels en knelpunten kan men best op voorhand uitklaren. Van groot belang is dat alle deelnemende artsen zich kunnen vinden in de inkleding van preventie binnen de praktijk.
Alvorens het preventieproject op grotere schaal te introduceren in de praktijk, val het aan te raden eerst een pilootfase uit te voeren. Tijdens deze fase krijgt iedere arts de mogelijkheid om het preventieplan te doorlopen met enkele patiënten. Bijkomende hinderpalen of onderliggende onvolkomenheden kunnen op deze manier aan het licht komen en uitgeklaard worden.
Indien al deze stappen doorlopen zijn, kan men op een vlotte manier beginnen met het uitvoeren van preventie op een gestructureerde en georganiseerde manier in de praktijk. Eens de preventiemodule naar wens verloopt, kan gedacht worden over hoe preventie tot een continu proces kan om omgevormd worden.

Bijlage 10: Aangepaste vragenlijst voor patiënten die in één van voorgaande jaren reeds een uitgebreide preventie-vragenlijst invulden.



Huisartsengroep Arcade Preventiemodule: Vragenlijst

Naam: **Telefoonnr (bij voorkeur gsmnr):** **Datum:**
Geboortedatum:

Schrap wat niet past of vul aan

Werden er bij u, sinds het invullen van uw laatste preventieve vragenlijst, …

nieuwe chronische ziektes vastgesteld?	Ja / Nee
Zo ja, welke?	
één of meerdere operaties uitgevoerd?	Ja / Nee
Zo ja, welke?	
nieuwe geneesmiddelen gestart?	Ja / Nee
Zo ja, welke?	

Bent u gestart of gestopt met roken?	Ja / Nee
Hoeveel eenheden alcohol drinkt u per week?	……
Eet u dagelijks groenten en fruit?	Ja / Nee
Komt u aan 30 minuten extra lichaamsbeweging per dag?	Ja / Nee
Huidige gewicht:	……. kg

Werd u de voorbije twee weken vaak gehinderd door depressieve gevoelens of hopeloosheid?	Ja / Nee
Werd u de voorbije twee weken vaak gehinderd door weinig interesse of plezier in de dingen die u deed?	Ja / Nee
Indien ja op één van bovenstaande vragen, wenst u hiervoor hulp van uw huisarts (of een andere gezondheidsmedewerker)?	Ja / Nee

---

Hebt u plasproblemen? (vb: frequent plassen van kleine hoeveelheden? Ongewenst urineverlies? Frequent (> 2x) 's nacht opstaan om te plassen? Nadruppelen? Zwakke straal? ...)	Ja / Nee

---

Hebt u het voorbije jaar slaap- of kalmeermiddelen genomen?	Ja / Nee

---

Werd er bij één van uw familieleden, sinds het invullen van uw laatste preventieve vragenlijst, één van volgende ziektes vastgesteld?

Een hart- of vaatziekte bij een broer < 55 jaar?	Ja / Nee
Een hart- of vaatziekte bij een zus < 65 jaar?	Ja / Nee
Een nierziekte?	Ja / Nee
Diabetes (suikerziekte)?	Ja / Nee
Borstkanker?	Ja / Nee
Darmkanker?	Ja / Nee

Met welke arts zou u deze vragenlijst liefst bespreken (gelieve twee keuzes op te geven):	1. .....
(In de mate van het mogelijke proberen wij rekening te houden met uw keuze)	2. .....

Opmerkingen:
(gebruik onderstaande ruimte voor uw aanvullende opmerkingen)