# Hoe organiseer je het gebruik van het GMDPlus in een forfaitair werkende groepspraktijk op het platteland?

Kwaliteitsverbeterend praktijkproject.

Inge Cools, KULeuven

Promotor: Prof. Roy Remmen, Universiteit Antwerpen.

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

## Dankwoord

Hierbij wil ik alle medewerkers en patiënten van Praktijkhuis Baarle bedanken van alle steun en hulp. Speciale dank gaat uit naar mijn promoter Prof. Roy Remmen en mijn praktijkopleider Caroline Lesaffer.

Inge Cools

## Inhoud

Hoe organiseer je het gebruik van het GMDPlus in een forfaitair werkende groepspraktijk op het platteland. 4
Samenvatting 4
Context: 4
Onderzoeksvragen: 4
Methode: 4
Resultaten: 4
Conclusies: 4
Inleiding 5
Context 6
Materiaal en methoden 6
Studieopzet en voorbereiding 6
Interventie 7
Uitkomstmaten 7
Resultaten 8
Deelname aan het preventieconsult 8
Respons op uitnodiging van de praktijk. 8
Indicatoren voor en na interventie 9
Kosten-batenanalyse 10
Discussie 10
Samenvatting van de resultaten 10
Was het project de moeite? 10
Procesverloop en extrapolatie 12
Toekomstgericht 12
Conclusie 12
Referenties 13
Bijlage 1: Informed consent 15
Bijlage 2: Uitnodigingsbrief 16
Bijlage 3: Vragenlijst 18
Bijlage 4: Herinneringsbrief 19
Bijlage 5: Geschatte tijdsbesteding per fase van het onderzoek 20
Bijlage 6: Overzicht uitgaven - opbrengsten - infrastructuur 20

## Hoe organiseer je het gebruik van het GMDPlus in een forfaitair werkende groepspraktijk op het platteland.

Haio: Inge Cools
Universiteit: KULeuven
Promotor: Roy Remmen
Praktijkopleider: Caroline Lesaffer

### Samenvatting

**Context:**

De rol van de huisarts bij het uitvoeren van preventieve geneeskunde wordt groter. Preventieve activiteiten vinden vaak nog plaats op een ad-hoc-basis: als de patiënt langskomt en als de arts er aan denkt. Het GMDPlus en de preventiegids van DomusMedica brengen meer eenvormigheid in het preventieve aanbod van huisartsen. Met dit pilootproject willen we onderzoeken of het mogelijk is het GMDPlus op een systematische manier in de praktijkvoering van een forfaitair werkende plattelandspraktijk in te voeren.

**Onderzoeksvragen:**

Hoe groot is de respons bij een systematische en actieve aanschrijving van de doelgroep? Wat is het profiel met betrekking tot zorggebruik van de responders en non-responders? Wat is de winst in termen van de indicatoren van het GMDPlus: cardiovasculaire risicofactoren, baarmoederhals- en borstkankerscreening, darmkankerscreening en vaccinatiestatus? Daarnaast bekijken we procesfactoren zoals: tijdsinvestering, budgettering en nood aan logistieke ondersteuning.

**Methode:**

163 patiënten tussen 50 en 54 jaar werden systematisch uitgenodigd per post. Zij werden gevraagd de bijgevoegde vragenlijst in te vullen en een afspraak te maken in de praktijk. Na drie weken ontvingen de non-responders een herinneringsbrief. In een eerste consult werd het preventiedossier opgesteld door een verpleegkundige. Tijdens het vervolgconsult besprak de huisarts alle items van het preventiedossier, gaf gerichte adviezen en startte, zo nodig, een behandeling op. Na één maand werden de indicatoren van het GMDPlus bekeken in het EMD.

**Resultaten:**

Dit onderzoek leverde een respons op van 65% waarvan ruim één op vier na de tweede oproep bekomen werd. Van de responders kwam 87% minstens eenmaal in de praktijk afgelopen jaar en 56% bij een specialist of huisartsenwachtdienst. 33% gebruikte chronische medicatie. Van de non-responders had 19% geen contact met de praktijk afgelopen jaar. Het screeningspercentage was het grootst bij colorectale kanker (84% en 93% van de responders, respectievelijk non-responders), het hernieuwen van tetanusvaccinatie (60%), gevolgd door baarmoederhalskanker- en borstkankerscreening (29 % en 15% bij de responders versus 77% en 58% bij de non-responders).

**Conclusies:**

De resultaten van ons onderzoek geven aanleiding tot kritische reflecties over het systematisch aanbieden van het preventieconsult. Een belangrijke vraag is hoe we de weinig consulterende populatie kunnen bereiken. Anderzijds onder welke vorm we preventie kunnen aanbieden zodat de gezondheidswinst optimaal is in verhouding met de werkbelasting en financiële-organisatorische investering.

# Hoe organiseer je het gebruik van het GMDPlus in een forfaitair werkende groepspraktijk op het platteland.

Kwaliteitsverbeterend praktijkproject
Inge Cools

## Inleiding

De centrale rol van de huisarts bij preventie wordt groter. Een huisarts is dichtbij, contextgericht en werkt laagdrempelig. Sinds april 2011 voorziet de Belgische overheid extra financiële middelen via de preventiemodule van het Globaal Medisch Dossier Plus (GMDplus). Bij alle patiënten tussen 45 en 75 jaar wordt door middel van een vragenlijst gepeild naar risicofactoren voor verschillende gezondheidsproblemen en nagegaan welk preventief onderzoek zinvol is. De 'Gezondheidsgids' van DomusMedica biedt hiervoor een doordacht instrument.[1] Een vergelijkbaar instrument werd reeds in Canada uitgetest en leidde tot een significante verbetering van de preventiegraad. Er werd gebruik gemaakt van een evidence-based checklist om huisartsen te ondersteunen bij het uitvoeren van preventieve activiteiten. Na de interventie vond men een significant toename bij het uitvoeren van preventieve acties per patiënt in vergelijking met de controle groep voor een faeces occult bloedtest, rookstatus, alcoholgebruik, tandhygiëne en bloeddrukmeting.[2]

Preventieve activiteiten vragen tijd. Hoge werkdruk, tijdsgebrek, een lage organisatiegraad en een tekort aan ondersteuning zorgen er voor dat veel huisartsen onvoldoende aandacht hebben voor preventie.[3-7] Vele preventieactiviteiten vinden plaats op een ad-hoc-basis: als de patiënt langskomt en als de huisarts eraan denkt komt het ter sprake. Toch vinden huisartsen dat preventie in belangrijke mate tot hun takenpakket behoort en groeit ook bij patiënten de vraag naar preventieadvies.[3, 8, 9]

Het GMDPlus en de preventiegids van DomusMedica brengen meer eenvormigheid in het preventieve aanbod van huisartsen. Uit wetenschappelijk onderzoek weten we dat een programmatische aanpak het meest efficiënt is.[8]

De vraag rijst dus hoe we op een efficiënte manier de implementatie van het GMDPlus in onze praktijkvoering kunnen invoeren. Een actieve aanpak kan aanleiding geven tot een grotere respons in vergelijking met een passieve benadering.[10, 11] De meest effectieve manier om patiënten uit te nodigen voor een preventieconsult lijkt het aanspreken van patiënten tijdens het spreekuur, gevolgd door het aanschrijven van patiënten door de huisarts.[11, 12] Het versturen van een reminder doet de respons nog toenemen.[11, 13] Eerdere masterproeven toonden een respons bij een systematische, actieve aanschrijving gaande van 18 tot 33 procent. [11, 14-16]

Met dit pilootproject willen we onderzoeken of het mogelijk is het GMDPlus op een systematische manier in de praktijkvoering in te voeren. We stellen ons volgende vragen:

- Hoe groot is de respons en wat is het profiel van de responders en non-responders?
- Wat is de winst in termen van de indicatoren van het GMDPlus?

Daarnaast bekijken we procesfactoren zoals: tijdsinvestering, budgettering en nood logistieke ondersteuning.

## Context

Het betreft een forfaitair werkende groepspraktijk op het grensgebied van België en Nederland. Hier werken vier huisartsen, één huisarts in opleiding, twee verpleegkundigen en twee praktijkassistentes.[17] In de praktijk is door de jaren heen ervaring opgebouwd met het organiseren van programmatisch preventieve activiteiten, met name een jaarlijkse griepvaccinatiecampagne, het bevolkingsonderzoek naar cervixcarcinoom en in mei 2012 een project naar screening op colorectale kanker.[18]

De praktijkpopulatie bestaat voor 3/5 uit Nederlandse en 2/5 uit Belgische verzekerde patiënten. De verloning voor het Nederlandse deel van de populatie is gemengd. De betalingen gebeuren deels forfaitair op basis van inschrijvingen en deels per verrichting. Voor het Belgische deel van de populatie geldt het forfaitaire betalingssysteem. De praktijk wordt betaald per verzorgde patiënt per tijdseenheid. Dit bedrag wordt berekend aan de hand van de gemiddelde terugbetaling van zorgverstrekkingen per patiëntencategorie in België.[17]

In tegenstelling tot per prestatie werkende artsen, die het GMDPlus eenmaal per jaar als een prestatie aanrekenen, worden forfaitair-werkende centra in één keer betaald voor de hele patiëntenpopulatie die in aanmerking komt. Dit gebeurt op basis van cijfers die aantonen dat de doelgroep werd opgeroepen via het call-recallprincipe. Voor elke responder die deelneemt of expliciet weigert, ontvangt men 7 euro per jaar. Wanneer de respons minstens 70 % bedraagt, ontvangt men bijkomend drie euro per patiënt.
Vanaf mei 2013 wordt de vergoeding binnen het forfaitaire systeem gewijzigd. Praktijken krijgen geld op basis van een formule bepaald door opgemeten gezondheidsindicatoren en in de toekomst mede door bonusbedragen voor outcomerelateerde informatie.

## Materiaal en methoden

### Studieopzet en voorbereiding

Dit onderzoek betrof een prospectieve observationele studie lopende in oktober 2012 waarbij alle 163 patiënten tussen 50 en 54 jaar geïncludeerd werden. De medisch ethische commissie van de Universiteit Antwerpen keurde het onderzoek goed (Belgisch registratienummer: B300201231999) en de deelnemers gaven toestemming door informed consent (bijlage 1).

We werkten planmatig met een draaiboek en stappenplan. De doelgroep werd per post uitgenodigd en de periode waarin het project zou lopen afgebakend tot 1 maand. Administratieve taken bedeelden we toe aan praktijkassistentes. Deze bestonden uit het uitdraaien van de doelgroeplijst, het uitprinten en adresseren van uitnodigingsbrieven, het telefonisch te woord staan van patiënten en maken van afspraken. Verder werd de uitvoering van het eerste consult, bedoeld om het preventiedossier op te stellen, uitbesteed aan een externe zelfstandige verpleegkundige die we per uur betaalden. We kozen voor een externe verpleegkundige om de eigen praktijkvoering niet in gedrang te brengen. Zij werd geïnstrueerd enerzijds over de inhoud van het GMDPlus alsook de werking van de preventiemodule. Deze was geïntegreerd in het elektronisch medisch dossier (Health One©). Door middel van een proefdraaisessie met 3 willekeurige patiënten uit de doelgroep maakten we een inschatting van de duur en efficiëntie van het eerste consult. Alle

huisartsen en praktijkmedewerkers werden ingelicht over hun taak en de werking van het pilootproject.

**Interventie**

De patiënten werden geïnformeerd en uitgenodigd met een uitnodigingsbrief (bijlage 2) en bijgevoegde vragenlijst (bijlage 3). Drie weken later verstuurden we een herinneringsbrief (bijlage 4) naar de non-responders. Door middel van een bijgevoegd antwoordstrookje vroegen we zowel positief als negatief te reageren.

De deelnemers maakten telefonisch een afspraak voor het eerste consult bij de verpleegkundige. Zij inventariseerde bestaande risicofactoren door middel van de ingevulde vragenlijst, een beperkt klinisch onderzoek en voerde zo nodig een laboratoriumonderzoek uit op dat moment. Dit alles werd gecodeerd geregistreerd in een preventiesjabloon, geïntegreerd in het elektronisch medisch dossier. Deze software werd ontwikkeld door Health One©. Via onderliggend stroomdiagram werd een risicoprofiel opgesteld en een behandelplan voorgesteld volgens de richtlijnen van DomusMedica en een voorgaande masterproef in de regio.[1, 19]

Aansluitend op het eerste consult werd de patiënt verwezen naar de praktijkassistente voor het maken van de vervolgafspraak. Hierin besprak de huisarts-in-opleiding alle items van het preventiedossier, gaf gerichte adviezen en startte, zo nodig, een behandeling op.

**Uitkomstmaten**

Na één maand bekeken we het aantal responders en non-responders bij de eerste respectievelijk tweede oproep. Van beide groepen werd door analyse van het elektronisch medisch dossier een profiel opgemaakt van hun zorggebruik het afgelopen jaar. Parameters hiervoor waren het aantal praktijkcontacten met de huisarts of een praktijkmedewerker met de huisartsenwachtpost of een specialist (aan de hand van ontvangen verslagen) en het aantal medicijnen dat de patiënt gebruikte voor cardiovasculaire aandoeningen of chronisch obstructief longlijden (COPD).

Het GMDPlus gaf ons ook informatie over volgende indicatoren op dat moment: bloeddruk, nuchtere glycemiewaarden, rookstatus, alcoholgebruik, body mass index (BMI), cardiovasculaire risicoscore, tetanusvaccinatie, depressieve kenmerken, cervixuitstrijkje, mammografie en faeces occult bloed test (iFOBT). Voor bloeddruk – en glycemiewaarden, alsook voor screening naar cervixcarcinoom, borstcarcinoom en coloncarcinoom werd ook retrospectief gekeken in hoeverre deze bepaald waren afgelopen 3 jaar. Daarnaast gingen we na of door de interventie een afwijkend resultaat gevonden werd. We maakten een onderscheid tussen de responders en non-responders.

Ten slotte werd een schatting gemaakt van de financiële- en tijdsinvestering, de nodige menskracht, infrastructuur en externe, ingehuurde logistieke steun.

## Resultaten

### Deelname aan het preventieconsult

Van de aangeschreven patiënten was de totale respons 65%. Bij de eerste oproep gaf 47.2% aan te willen deelnemen, 0.6% zag af van het preventie-onderzoek. Een tweede oproep genereerde een bijkomende positieve respectievelijk negatieve respons van 16% en 1.2%. Alle positieve responders namen deel aan het voorbereidend consult bij de verpleegkundige. Uiteindelijk kwam 58.9% van de aangeschreven populatie op vervolgconsultatie bij de arts voor het overlopen van het preventieconsult.

### Respons op uitnodiging van de praktijk.

Tabel 1: Verschil in profiel responders (n = 106) versus non-reponders (n = 57)

| **Aantal contacten afgelopen jaar** | **Huisartsenpraktijk** | | **Wachtpost- of 2$^{de}$ lijn** | |
|---|---|---|---|---|
| | **Responders** | **Non-responders** | **Responders** | **Non-responders** |
| **0** | **13.2%** | **19.2%** | **44.3%** | **47.3%** |
| **1** | **14.2%** | **16.7%** | **18.8%** | **26.3%** |
| **2-3** | **22.6%** | **17.3%** | **18.8%** | **12.3%** |
| **>3** | **50%** | **46.8%** | **18.1%** | **14.1%** |

| **Gebruik aantal medicijnen voor chronische aandoeningen** | **Responders** | **Non-responders** |
|---|---|---|
| **0** | **66.9%** | **68.4%** |
| **1** | **16.9%** | **10.5%** |
| **2-3** | **13.2%** | **15.8%** |
| **>3** | **3%** | **5.3%** |

Van de responders bleek dat bijna 9 op 10 minstens één keer in de praktijk kwam het afgelopen jaar, ruim de helft op 10 had minstens één maal contact met een specialist of huisartsenwachtdienst en ruim drie op 10 gebruikte chronische medicatie. Van de non-responders had ruim één op vijf geen contact met de praktijk afgelopen jaar. Het verschil tussen 2$^{de}$ lijns-of wachtpostcontacten en het gebruik van chronische medicatie is klein tussen beide groepen.

**Indicatoren voor en na interventie**
In tabel 2 geven we een overzicht van de indicatoren van het GMDplus opgemeten na de interventie.

Tabel 2: Indicatoren GMDPlus

| **Indicator** | | **Deelnemers** | | **Niet-deelnemers** | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | n | % | n | % |
| **Bloeddruk** | Patiënten bij wie de bloeddruk afgelopen 3 jaar is bepaald. | 56 | 54.3% | 33 | 55% |
| | Patiënten met systolische BD boven 140 mmHg. | 17 | 16.5% | | |
| **Glycemie** | Patiënten bij wie nuchtere glycemie afgelopen 3 jaar is bepaald. | 64 | 62.1% | 28 | 46.6% |
| | Patiënten met nuchtere glycemiewaarde ≥ 6 mmol/l. | 3 | 2.9% | | |
| **Roken** | Patiënten die roken. | 23 | 22.3% | | |
| | Patiënten gemotiveerd tot rookstop. | 5 | 4.8% | | |
| **Alcoholgebruik** | Patiënten met overmatig alcoholgebruik. | 14 | 13.5% | | |
| **BMI** | Patiënten met een BMI hoger dan 30 kg/m². | 31 | 30% | | |
| **Risicoscore** | Patiënten met verhoogde cardiovasculaire risicoscore (≥10). | 8 | 7.7% | | |
| | Patiënten bij wie medicatie werd opgestart of aangepast. | 8 | 7.7% | | |
| **Tetanus** | Patiënten die tetanusvaccin nodig hadden. | 62 | 60.2% | | |
| **Depressie** | Patiënten met depressieve kenmerken. | 7 | 6.7% | | |
| **Mammografie** | Vrouwen die in aanmerking kwamen voor mammografie. | 8 | 14.5% | 15 | 57.6% |
| | Vrouwen met afwijkende mammografie. | 0 | 0% | | |
| **Cervixuitstrijkje** | Vrouwen die in aanmerking kwamen voor cervixuitstrijkje. | 16 | 29% | 20 | 76.9% |
| | Vrouwen met afwijkende cervixuitstrijkje. | 0 | 0% | | |
| **Screening colorectale kanker** | Patiënten die in aanmerking kwamen voor rechtstreeks colonoscopie. | 5 | 4.7% | | |
| | Patiënten die in aanmerking kwamen voor iFOBT. | 89 | 83.9% | 53 | 92.9% |
| | Patiënten met positieve iFOBT. | 6 | 6.7% | | |

Bij analyse van de gezondheidsindicatoren is de opbrengst het grootst bij de screening naar colorectale kanker. Gevolgd door het hernieuwen van tetanusvaccinatie en baarmoederhalskanker- en borstkankerscreening. Ruim 8 op 10 van de deelnemers kwam in aanmerking voor screening door middel van de iFOBT. Eén op zes kreeg een vernieuwing van de tetanusvaccinatie. Ongeveer één op drie van de vrouwen liet een cervixuitstrijkje uitvoeren en één op zes een mammografie. Van de niet-deelnemers kwam ruim 9 op 10 in aanmerking voor een iFOBT, bijna 8 op 10 voor een cervixuitstrijkje en bijna 6 op 10 voor een mammografie. Er werd uiteindelijk weinig pathologie gevonden. Slechts 2.8% (n = 3) van responders had darmpoliepen en 9% (n=1) een APO-bevestigd adenoom. 45% (n = 5) wenste geen colonoscopie. Alle uitstrijkjes en mammografieën waren normaal. Minder dan één op 10 had een verhoogde cardiovasculaire risicoscore en nog minder patiënten hadden nood aan een medicamenteuze behandeling. Als we kijken in hoeverre de glycemie en bloeddrukwaarden reeds geregistreerd waren in het EMD, was er geen verschil tussen de deelnemers en niet-deelnemers voor de bloeddruk. Glycemiewaarden waren beter bekend bij de deelnemers.

**Kosten-batenanalyse**

Bijlage 5 en 6 geven een weergave van de geschatte tijds- en financiële investering voor de uitvoering van het project. Het inhuren van een externe verpleegkundige was de grootste financiële investering.

## Discussie

**Samenvatting van de resultaten**

De schriftelijke uitnodiging levert een respons op van 65%. De grote meerderheid hiervan komt jaarlijks minstens éénmaal bij de huisarts. We slagen er dus niet in de gewenste doelgroep te bereiken. Het lijkt een extra aanbod voor mensen die reeds frequent een zorgverlener consulteren. De opbrengst is het grootst bij de screening naar colorectale kanker. De grootste gezondheidswinst valt vermoedelijk te behalen bij de non-responders waar een aanzienlijk percentage in aanmerking komt voor screening naar colorectale kanker, baarmoederhals- en borstkanker. Hoeveel risicopatiënten er zich onder de non-responders bevinden blijft onbekend. Dit project verhoogde beduidend de werklast in de praktijk. Daarnaast is de grote tijdsinvestering, nood aan logistieke ruimte en praktijkondersteuning niet in verhouding met de financiële opbrengst in een forfaitaire werking. Daartegenover staat dat dit project zowel door patiënten als medewerkers als positief ervaren wordt. Het levert ons inzicht in hoe we systematische preventieactiviteiten kunnen aanpakken op populatieniveau. Het absoluut aantal gevonden pathologieën is laag. Toch werden geïsoleerde risicofactoren gevonden, welke op lange termijn in een schadelijk gezondheidseffect kunnen resulteren. Zo bleek drie op 10 overgewicht te hebben en zes op 10 kwam in aanmerking voor tetanusvaccinatie.

**Was het project de moeite?**

*Opkomst en recall*

In twee vergelijkende onderzoeken in Nederland naar de implementatie van het preventieconsult cardiometabool risico en een gelijkaardig proefproject in 2010 “Vitale Vaten” vond men bij een actieve benadering door de huisarts een respons van 33%,

respectievelijk 57%.[11, 20] Hierbij merken we op dat ons hoge cijfer vermoedelijk mede bepaald wordt door de forfaitaire werking van de praktijk. Daarnaast is de doelgroep reeds vertrouwd met populatiegerichte acties georganiseerd vanuit de praktijk. Eén op vier van de totale respons wordt bekomen door een het versturen van een herinneringsbrief, wat maar een kleine extra inspanning vraagt. Bij het succes van deze tweede oproep kan de mond-aan-mondreclame in deze kleine dorpsgemeenschap een rol gespeeld hebben. Vergelijkbare cijfers werden gevonden in een Nederlands screeningsprogramma naar cervixkanker.[21] Hogere responscijfers zijn te behalen met een telefonische herinnering, maar vragen meer inspanning.[22]

*Frequent attenders*

In dit project bereiken we voornamelijk de mensen die we al kennen. Onderzoek wijst uit dat de waarschijnlijkheid waarmee patiënten deelnemen aan een gezondheidsonderzoek omgekeerd evenredig is met hun cardiovasculaire risicofactoren. [23] Non-responders blijken vaker een relatief ongezondere levensstijl te hebben, sociaal minder begoed te zijn en een lager educatieniveau te hebben.[24] Hoeveel mensen met risicofactoren er zich bevinden onder de non-responders in ons onderzoek blijft onbekend. Wel tonen we aan dat een aanzienlijk deel van de non-responders in aanmerking komt voor kankerscreening. We vragen ons kritisch af of een preventieproject als dit hierdoor tot een suboptimale gezondheidspromotie leidt. We denken dat we goed bezig zijn, maar is dat wel zo? Het extra aanbieden van screeningsprogramma's lijkt op deze manier inefficiënt gezien het de laag-risicopopulatie is, die reeds naar de dokter gaat, die we bereiken.[25]

Een strategie moet gezocht worden hoe we op een meer gerichte manier de juiste doelgroep kunnen benaderen en motiveren. Socio-economische en ethnische verschillen dragen als belangrijkste factor bij tot het verschil in respons bij een gezondheidsinterventie. Daarnaast leert onderzoek ons dat volgende karakteristieken een rol spelen bij een succesvolle interventie om ook risicogroepen te bereiken: een systematische en multidisciplinaire aanpak, laagdrempeligheid, de betrokkenheid van peers bij het aanbieden van zorg en de identificatie van de noden van de doelgroep die je wil bereiken.[26] Dus wat doen we concreet met de risicogroepen die de huisarts nu mist? Via ziekenfondsen, de gemeente en de vernieuwde formule van het forfaitaire systeem op basis van het behoefteprofiel per patiënt kunnen we proberen om deze groep in kaart brengen. Zij kunnen daarnaast ook een hulp zijn bij het uitwerken van kleinschalige lokale campagnes toegespitst op deze doelgroep. Kleine en laagdrempelige projecten die met één preventie-item van start gaan (vb. iFOBT screening) kunnen mogelijks voor een grotere uptake zorgen. Een andere bijkomende manier is het attent maken van deze patiënten tijdens een gewone consultatie. De zogenaamde casefinding, maar dan toegespitst op risicogroepen. Een nobel doel, maar de vraag rijst weer of huisartsen hier voldoende tijd voor kunnen nemen. Samenwerking met een verpleegkundige die de risicopatiënten, geïdentificeerd door de huisarts, verder begeleid is een mogelijk antwoord. Hierin ligt nog een belangrijk thema voor verder onderzoek.

*Gezondheidswinst*

Een Cochrane review toont aan dat een algemene gezondheidscheck-up niet tot verlaging van de morbiditeit of mortaliteit leidt. Hoewel het wel zorgt voor een absolute toename van het aantal nieuwe diagnoses.[27] Als je een interventie uitvoert, moet er voldoende evidence zijn dat deze een positieve impact heeft op gezondheid.

De iFOBT screening levert in termen van gezondheidswinst en direct aantoonbare aandoeningen (4 patiënten met poliepen) het meeste op. De vraag stelt zich dan ook of het niet efficiënter is te focussen op één enkele gezondheidsindicator waar je de grootste opbrengst van verwacht. Op die manier kan je het project kleinschaliger houden en is het organisatorisch-financieel beter beheersbaar. Zo een project, waarbij iFOBT screening op een systematische manier werd aangeboden, werd reeds uitgevoerd in onze praktijk. Patiënten kregen de stoelgangstube thuisgestuurd met een begeleidende brief. Dit was een succes in termen van opkomst en gevonden pathologie.

**Procesverloop en extrapolatie**

Het preventieconsult, zoals wij dit verticaal implementeerden, is praktisch uitvoerbaar en toepasbaar in een goed georganiseerde huisartspraktijk met praktijkondersteuning. Enerzijds softwarematig, anderzijds logistieke ondersteuning door praktijkassistentie en verpleegkundigen. Deze randvoorwaarden zijn niet aanwezig in kleinere huisartspraktijken met een relatief hoge curatieve werkdruk. Groeperen, systematiseren en preventie op bijvoorbeeld regionaal niveau kan een mogelijke oplossing zijn. Een voorbeeld hiervan is de oprichting van het Preventiecentrum in Turnhout. Dit centrum helpt vooral de kleinere praktijken bij de uitvoering van preventieve activiteiten. Huisartsen uit de regio Turnhout kunnen patiënten verwijzen voor het preventieconsult zoals in dit project werd uitgevoerd, met dat verschil dat het niet plaats vindt in de eigen praktijkruimte. Er is geen rechtstreekse gecodeerde koppeling is met het EMD van de huisarts. Een ander nadeel is dat de capaciteit van dit centrum mogelijks te klein is als alle huisartsen uit de regio de intentie hebben hun patiënten te verwijzen. Gezien onze praktijk reeds beschikt over de nodige praktijkorganisatorische factoren besloten wij niet met dit centrum samen te werken. Er was wel overleg en vraag vanuit onze praktijk naar extra praktijkondersteuning, maar dit werd door dit centrum helaas niet gehonoreerd.

**Toekomstgericht**

Wanneer we zouden besluiten verder te werken met deze preventiemodule is de volgende uitdaging om dit gericht en op regelmatige basis (bijvoorbeeld jaarlijks) te organiseren en te integreren in de routinewerking van de praktijk. Hierbij stellen we de vraag hoe we de format nog kunnen verbeteren, met focus op een efficiënte taakverdeling én het bereiken van de gewenste doelgroep. Het door de verpleegkundige laten uitvoeren van het eerste consult wordt als bevorderend ervaren. Een hypothese is dat zij het vervolgconsult ook uitvoert aan de hand van een duidelijke protocol. In de literatuur is er evidence te vinden dat goed opgeleide verpleegkundigen een even hoge of zelfs betere kwaliteitszorg kunnen leveren als artsen. Ze zijn effectief in het begeleiden van chronische aandoeningen, preventieactiviteiten en therapietrouw.[28-30]

**Conclusie**

De resultaten van dit project geven aanleiding tot kritische reflecties over deze manier van implementatie van het preventieconsult. De vraag stelt zich enerzijds hoe we die mensen bereiken die het echt nodig hebben. Anderzijds moeten we nadenken onder welke vorm we preventie kunnen aanbieden zodat de gezondheidswinst in onze populatie in overeenstemming is met de werkbelasting en financiële-organisatorische investering.

## Referenties


1. Baeten R, Govaerts F, Jacobs L. Gezondheidsgids Domus Medica: Handleiding voor preventie in de huisartsenprakijk 2011. Beschikbaar via: www.domusmedica.be/documentatie/gezondheidsgids.html
2. Dubey V, Mathew R, Iglar K, et al. Improving preventive service delivery at adult complete health check-ups: the Preventive Health Evidence-based Recommendation Form (PERFORM) cluster randomized controlled trial. BMC Fam Pract 2006;7:44.
3. Eisner D, Zoller M, Rosemann T, et al. Screening and prevention in Swiss primary care: a systematic review. Int J Gen Med 2011;4:853-70.
4. Mavriplis CA. Should we abandon the periodic health examination?: NO. Can Fam Physician 2011;57:159-61.
5. 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.
6. Dirickx B, Viaene M, Lepeleire JD. Taakdelegatie in de Vlaamse huisarstenpraktijk. Huisarts Nu 2011;10:417-24.
7. Dominique R, Sabine S, Cécile C, et al. Het aanbod van artsen in België. Huidige toestand en toekomstige uitdagingen. Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg 2008;KCE Reports 72A.
8. Drenthen AJM, Assendelft WJJ, Van der Velden J.Preventie in de huisartsenpraktijk: kom in beweging. Huisarts en Wetenschap 2008;51:38-41.
9. Nielen MNJ, Schellevis FG. Preventie in de huisartsenpraktijk anno 2008: De vroege opsporing van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en nierziekten. Utrecht: NIVEL 2008. Beschikbaar via:www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-Preventie-in-huisartsenzorg.pdf
10. Bosmans T, Van Royen P. Introductie van de Gezondheidsgids in de praktijk: vergelijking van een actieve met een passieve aanpak. Masterproef huisartsgeneeskunde 2012. Beschikbaar via: www.icho-info.be/masterproeven
11. Nielen MMJ, Van der Meer J, FG. S. Evaluatie pilot preventieconsult cardiometabool risico. Utrecht: NIVEL 2010. Beschikbaar via: www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-Evaluatie-pilot-PreventieConsult.pdf
12. Saywell RM, Champion VL, Skinner CS, et al. A cost-effectiveness comparison of three tailored interventions to increase mammography screening. J Womens Health (Larchmt) 2004;13:909-18.
13. Stone EG, Morton SC, Hulscher ME, et al. Interventions that increase use of adult immunization and cancer screening services: a meta-analysis. Ann Intern Med United States, 2002:641-51.
14. Tratsaerts E, Christiaens T.Implementatie van de GezondheidsGids van DomusMedica in de praktijk. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2012. Beschikbaar via: www.icho-info.be/masterproeven
15. Musschoot M, Willems S. Is er een toekomst voor een globaal medisch en preventiedossier (GMPD)? Masterproef Huisartsgeneeskunde 2009. Beschikbaar via: www.icho-info.be/masterproeven
16. De Clerck K, Wens J. Invoeren van een "preventie-call" in de huisartsenpraktijk. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2011. Beschikbaar via: www.icho-info.be/masterproeven
17. Vodde C, Remmen R. Een analyse van het overschakelen naar het forfaitaire betalingssysteem in een traditionele praktijk in Vlaanderen. Huisarts Nu 2010;39:313-9.

18. Remmen R, Seuntjens R, Vriens V, et al. Efficacy of influenza immunisation programmes: comparison of two European systems in one practice. The European journal of general practice, 8(2002), p. 159-162
19. Jacobs K, Deroy E, Bastiaens H, et al. Ontwikkeling en eerste evaluatie van een vragenlijst rond levensstijl voor het preventieconsult. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2012: Beschikbaar via: www.icho-info.be/masterproeven
20. Wielaart L, Sterck I. Risicofactoren efficiënter opsporen. Medisch Contact 2012;41:2287-9.
21. Palm BTHM, Kant AC, Bosch WJHM et al - Preliminary results of a general practice based call system for cervical cancer. Br J Gen Pract 1993;43:503-6.
22. Eaker S, Adami HO, Granath F, Wilander E, Sparen P. A large population-based randomized controlled trial to increase attendance at screening for cervical cancer. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2004;13:346-54.
23. Waller D, Agass M, Mant D, Coulter A, et al. Health checks in general practice: another example of inverse care? BMJ 1990;300:1115-8.
24. Griffiths C, Cooke S, Toon P. Registration health checks: inverse care in the inner city? Br J Gen Pract 1994;44:201-4.
25. Dryden R, Williams B, McCowan C, et al. What do we know about who does and does not attend general health checks? Findings from a narrative scoping review BMC Public Health England, 2012:723.
26. Arblaster L, Lambert M, Entwistle V, et al. A systematic review of the effectiveness of health service interventions aimed at reducing inequalities in health. J Health Serv Res Policy 1996;1:93-103.
27. Krogsboll LT, Jorgensen KJ, Gronhoj Larsen C, et al. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ 2012;345:e7191.
28. Keleher H, Parker R, Abdulwadud O, et al. Systematic review of the effectiveness of primary care nursing Int J Nurs Pract Australia, 2009:16-24.
29. Laurant M, Reeves D, Hermens R, et al. Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Database Syst Rev 2005:CD001271.
30. Voogdt-Pruis H, Beusmans G, Gorgels T. CVRM door een praktijkverpleegkundige is effectief. Huisarts en Wetenschap. 2010;7:362-7.

Bijlage 1: Informed consent

**Het preventiecentrum regio Turnhout: Hoe organiseer je het gebruik van het GMD+ in een forfaitair werkende groepspraktijk op het platteland?**

***Master-na-masterproef Inge Cools***

**Toestemmingsformulier Patiënt**

Universiteit Antwerpen
Faculteit Geneeskunde

In samenwerking met
Praktijkhuis Baarle
Pastoor van Herdegomstraat 17
2387 Baarle-Hertog

U bent gevraagd om deel te nemen aan het gezondheidsproject in praktijkhuis Baarle.
Dit onderzoek wordt uitgevoerd door Dr. Inge Cools en Prof. Dr. Roy Remmen in het kader van de opleiding huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Antwerpen.
De bedoeling van dit onderzoek is om per patiënt een correct overzicht te krijgen van zijn of haar gezondheidstoestand om zo ziektes en risicofactoren tijdig op te sporen en te behandelen. Dit aan de hand van wetenschappelijke richtlijnen opgesteld door DomusMedica, de Vlaamse huisartsvereniging.

Er zal u gevraagd worden vragen te beantwoorden over uw gezondheid en leefgewoonten. De verpleegkundige zal ontbrekende gegevens aanvullen en zo nodig een bloedonderzoek uitvoeren. Dit kan een gering risico zoals een blauwe plek met zich meebrengen.

Deelname aan dit onderzoek is vrijwillig. Alle informatie zal strikt vertrouwelijk behandeld worden. U kunt op ieder moment het onderzoek stop zetten en de toestemming alsnog intrekken.
U heeft het recht om aan de onderzoeksarts te vragen welke gegevens er over u worden verzameld in het kader van de studie en wat ervan de bedoeling 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.
Als u na het onderzoek nog vragen heeft kunt u contact opnemen met Dr. Inge Cools.
preventiedossier@praktijkhuisbaarle.be

*Ik heb dit formulier gelezen en stem er mee in,*

| | | | |
|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... |
| Datum | Handtekening deelnemer | Datum | Handtekening onderzoeksarts<br>Dr. I. Cools -<br>huisarts in opleiding<br>Praktijkhuis Baarle-Hertog |

Bijlage 2: Uitnodigingsbrief

**Naam en adres patiënt**

Geachte heer, mevrouw,

Voorkomen is beter dan genezen. Daarom moedigt de Vlaamse overheid huisartsen aan om extra aandacht te schenken aan preventie van een aantal ziektes bij patiënten tussen 45 en 75 jaar.

Graag nodigen wij u uit in onze praktijk op onderstaande data om een aantal thema's die van belang zijn voor uw gezondheid preventief te bespreken.

**Waarom deelnemen?**
Jaarlijks krijgen vele mensen te horen dat ze lijden aan suikerziekte, kanker, hoge bloeddruk of een andere aandoening. Dit kunnen we proberen te voorkomen of er tijdig bij zijn. Wij willen in het Praktijkhuis ook op een preventieve manier aan uw gezondheid werken en u de kans geven aan dit project deel te nemen.
Het is geenszins de bedoeling om u ongerust te maken en deelname is vrijblijvend.

**Wat gaan wij juist doen?**
In een “algemene check-up” gaan we actief op zoek naar het risico op hart- en vaatziekten en suikerziekte. Een tweede luik is screening naar borstkanker, baarmoederhalskanker en dikke darmkanker. Daarnaast gaan we ook kijken of uw vaccinaties nog allemaal in orde zijn.
Dit alles gebeurt op 2 afspraakmomenten. De eerste afspraak vindt plaats bij onze verpleegkundige. Zij zal, samen met u, gegevens verzamelen zoals familiale voorgeschiedenis, lengte, gewicht en zo nodig bloed prikken. *
Het is van belang dat u **NUCHTER** komt, dit wil zeggen: 4u voorafgaand aan uw afspraak niet gegeten of gedronken hebben. Om alles zo vlot mogelijk te laten verlopen willen wij u vragen bijgevoegde vragenlijst alvast op voorhand in te vullen, alsook uw vaccinatiekaart en een klevertje van de mutualiteit mee te brengen.
Daarna krijgt u een vervolgafspraak bij de huisarts om het ganse dossier te overlopen.

Zie ommezijde

**Wat moet u doen?**

- Laat ons weten of u al dan niet wil deelnemen  a.u.b. uiterlijk binnen 2 weken.
- De volgende data zijn beschikbaar:
    - Dinsdag 2 oktober, 9 oktober, 16 oktober, 23 oktober telkens van 10 tot 13u.
    - Donderdag 4 oktober, 11 oktober, 18 oktober, 25 oktober telkens van 16 tot 19u.
- U maakt een afspraak:
    - Telefonisch via de assistente: 014 69 60 48
    - Vul bijgevoegd antwoordstrookje in en bezorg het aan de praktijk

Misschien hebt u een goede reden om niet mee te doen? Ook dan willen wij vragen om dat te laten weten via bijgevoegd antwoordstrookje of telefonisch.

Wij hopen alvast dat u positief reageert.

Met vriendelijk groeten,
Uw huisartsen en praktijkmedewerkers

*Dit is quasi risicoloos en kan uitzonderlijk  een blauwe plek met zich meebrengen.

Dit project kadert in het afstudeerwerk van onze huisarts in opleiding Inge Cools. Zij onderzoekt hoe je het gebruik van het GMD+ in een forfaitair werkende groepspraktijk op het platteland kan organiseren.

Bijlage 3: Vragenlijst

**Vragenlijst in te vullen en meebrengen naar uw afspraak.**

**NAAM:…… Geboortedatum:……/……../……..**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Rookt u / heeft u ooit geraakt?** | | | **Ja** | **Nee** |
| **Zo ja: Hoeveel jaren rookt(e) u?** | | | **…. jaren** | |
| **Hoeveel sigaretten per dag rookt(e) u gemiddeld?** | | | **…. sigaretten / dag** | |
| **Wilt u stoppen met roken?** | | | **Ja** | **Nee** |
| **Drinkt u alcohol?** | | | **Ja** | **Nee** |
| **Werd u de voorbije weken gehinderd door depressieve gevoelens of hopeloosheid?** | | | **Ja** | **Nee** |
| **Werd u in de voorbije 2 weken vaak gehinderd door weinig interesse of plezier in de dingen die u deed?** | | | **Ja** | **Nee** |
| **Hebt u een hart -of vaatziekte (gehad)?** | | | **Ja** | **Nee** |
| **Hebt u diabetes (suikerziekte)?** | | | **Ja** | **Nee** |
| **Hebt u een te hoge bloeddruk?** | | | **Ja** | **Nee** **Onbekend** |
| **Neemt u medicatie voor een te hoge bloeddruk?** | | | **Ja** | **Nee** |
| **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** |
| **Komen er erfelijke nierziekten voor in uw familie?** | | | **Ja** | **Nee** |
| **Wat is uw lengte en gewicht?** | | | **Lengte: ……m** | **Gewicht:……kg** |
| **Heeft uw arts u ooit gesproken over verhoogde suiker in uw bloed?** | | | **Ja** | **Nee** |
| **Had u verhoogde suiker tijdens de zwangerschap of tijdens een ziekenhuisopname?** | | | **Ja** | **Nee** |
| **Heeft uw vader, moeder, broer of zus suikerziekte?** | | | **Ja** | **Nee** |
| **Hoe lang is uw vaccinatie tegen tetanus geleden?** | **< 10 jaar** | **10-20 jaar** **> 20 jaar** | **Onbekend** | |
| **Bent u hart- of longpatiënt?** | | | **Ja** | **Nee** |
| **Hebt u geen milt meer of een ziekte waardoor de milt niet goed werkt?** | | | **Ja** | **Nee** |
| **Komen darmkanker of –poliepen voor bij uw vader, moeder, broer of zus?** | | | **Ja** | **Nee** |
| **Heeft u dikke darmkanker of zijn er darmpoliepen bij u weggenomen?** | | | **Ja** | **Nee** |
| **Heeft u recent een darmonderzoek laten doen?** | | | **Ja** | **Nee** |
| **Heeft u uw stoelgang al eens afgegeven om te controleren op bloed?** | | | **Ja** | **Nee** |
| **Zo ja: Is dit langer dan 2 jaar geleden?** | | | **Ja** | **Nee** |
| **Voor vrouwen:** | **Heeft u borstkanker?** | | **Ja** | **Nee** |
| | **Komt er borstkanker voor in uw familie?** | | **Ja** | **Nee** |
| | **Is uw laatste mammagrafie meer dan 2 jaar geleden?** | | **Ja** | **Nee** |
| | **Komt er eierstokkanker voor in uw familie?** | | **Ja** | **Nee** |
| | **Komt er eierstokkanker én borstkanker voor in uw familie?** | | **Ja** | **Nee** |
| | **Is uw laatste uitstrijkje meer dan 3 jaar geleden?** | | **Ja** | **Nee** |
| | **Heeft u uw baarmoeder nog?** | | **Ja** | **Nee** |

VERGEET NIET DAT U **NUCHTER** MOET ZIJN OP DE AFSPRAAK, ALSOOK UW **VACCINATIEKAART** EN EEN **KLEVERTJE VAN HET ZIEKENFONDS** MEE TE BRENGEN.

Bijlage 4: Herinneringsbrief

**Naam en adres patiënt**

Baarle-Hertog
08-10-2012

Betreft: herinnering preventieve check-up.

Geachte Heer/Mevrouw,

Enkele weken geleden heeft u van ons een uitnodiging ontvangen om deel te nemen aan ons praktijkproject waarin we d.m.v. een algemene check-up enkele thema's die van belang zijn voor uw gezondheid preventief willen bespreken.
Uit onze administratie blijkt dat u nog niet heeft gereageerd op deze uitnodiging.
Misschien is deze brief aan uw aandacht ontsnapt.
Wenst u als nog deel te nemen dan verzoeken wij u te reageren uiterlijk 19 oktober door een afspraak te maken op het nummer 014699048.
Indien u inmiddels al heeft gereageerd kunt u deze brief als niet verzonden beschouwen.

Met vriendelijke groet,
Uw huisartsen en praktijkmedewerkers

Bijlage 5: Geschatte tijdsbesteding per fase van het onderzoek

| Taak | Tijdsinvestering (uren) |
|---|---|
| Fase 0: Ontwikkeling projectvoorstel – werkuren praktijkcoördinator<br><br>– Intern praktijkoverleg<br>– Overleg preventiecentrum Turnhout<br>– Overleg Health One<br>– Overleg laboratorium | <br><br>5 u<br>6 u<br>2 u<br>1 u<br>------<br>14 u |
| Fase 1: Voorbereiding<br><br>– Uitwerking draaiboek - protocol praktijkmedewerkers en verpleegkundige<br>– Opstellen uitnodigingsbrief - herinneringsbrief – vragenlijsten - informed consent<br>– Proefdraai<br>– Instructie – huisartsen – praktijkmedewerkers<br>– Uitdraai doelgroep – uitprinten en adresseren brieven | <br><br>5 u<br><br>4 u<br><br>1 u<br>3.5 u<br>4.5 u<br>------<br>18 u |
| Fase 2: Start project<br><br>– Telefoonbelasting en registratie patiëntengegevens door assistentes<br>– Verpleegkundige: preventieconsult 20min/patiënt<br>– Tussentijdsoverlegverpleegkundige<br>– Artsen: vervolgconsult 15min/patiënt | <br><br>5 u<br><br>35 u<br>1 u<br>24 u<br>------<br>65 u |
| Fase 3: Analyse en registratie data uit EMD | 10 u |
| TOTALE TIJDSINVESTERING | **107 u** |

Bijlage 6: Overzicht uitgaven - opbrengsten - infrastructuur

| | Uitgaven in euro | Opbrengst in euro |
|---|---|---|
| Correspondentie: briefwisseling - portokosten | 95 | |
| Salaris assistentes à 30€/u | 170 | |
| Salaris verpleegkundige 38 €/u | 1330 | |
| Tussenkomst labo 5 €/bloedname | | 445 |
| Werkuren arts | 1920 | |
| Opbrengst in forfait: 7€ per GMD+patiënt | | 742 |
| Infrastructuur: verborgen kost<br>– Spreekkamer verpleegkundige, arts<br>– Kantoorbenodigdheden: printer, telefoon | | |
| TOTAAL | **3515** | **1187** |