Implementatie van het GMD+: een rol voor de verpleegkundige?

Thomas Vernooij, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. Paul de Cort, Katholieke Universiteit Leuven

Praktijkopleiders: Dr. Jan Behets, Dr Ilse Jeurissen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

De implementatie van het GMD+, een rol voor de verpleegkundige?

HAIO:Thomas Vernooij, Katholieke Universiteit Leuven
Promotor:Paul De Cort, Katholieke Universiteit Leuven
Praktijkopleider:Behets Jan, Jeurissen Ilse

Context: Het GMD+ werd in onze praktijk nog niet systematisch gebruikt. Het voornaamste argument was tijdsgebrek tijdens de consultaties. Het werd niet praktisch geacht om tijdens een consultatie bij de aanmeldingsklachten van de patiënt structureel nog extra items op de agenda te moeten zetten.

Onderzoeksvraag: Kan het GMD+ ingevoerd worden met een rol voor de verpleegkundige als tijdsbesparing voor de artsen in onze huisartsenpraktijk? Hebben de patiënten die op deze manier aan het GMD+ deelnemen hier voordeel bij?

Methode: Patiënten tussen de 45 en 75 jaar die in aanmerking kwamen voor een GMD+ kregen een uitnodiging toegestuurd om een afspraak bij de verpleegkundige te maken. De lijst werd door de verpleegkundige samen met de patiënt overlopen en ingevuld. Als het geïndiceerd was kon de verpleegkundige patiënten een tetanusvaccinatie geven of een potje voor een stoelgangsstaal voor een iFOB meegeven. Voor anderepreventieve onderzoeken werd de patiënt doorverwezen naar zijn of haar huisarts.

Resultaten: Er werden 397 patiënten via een brief opgeroepen voor een consultatie bij de verpleegkundige. Hiervan maakten 55 een afspraak waarvan 36 bij de verpleegkundige en 19 bij hun huisarts. De GMD+ modules gaven aanleiding tot 10 vervolgconsultaties bij de huisartsen. Er werden als gevolg van de preventieconsulten 60 interventies gedaan. Dit waren 29 iFOBs, 14 tetanusvaccinaties, 13 bloednames, 3 uitstrijkjes en 1 screenings-mammografie. Bij 14 patiënten waren geen interventies nodig. Na het doorlopen van het GMD+ waren er 13 mogelijke interventies nog altijd niet uitgevoerd. Er werden 6 nieuwe rokers gedetecteerd. In de familiale anamnese werd bij nieuwe 20 patiënten hart- en vaatziekten en bij nieuwe 19 patiënten diabetes mellitus weerhouden terwijl dit tevoren slechts bij 2 respectievelijk 4 patiënten gekend was.

Conclusies: Het implementeren van het GMD+ via de verpleegkundige is praktisch mogelijk. De tijdsdruk voor de artsen bij het afnemen van het GMD+ daalde door de vragenlijst bij de verpleegkundige te laten overlopen of doordat de patiënt zelf een consultatie bij de huisarts maakte die tenminste gedeeltelijk aan preventie kon worden besteed. Het grootste deel van de patiënten werd beter opgevolgd door het invoeren van het GMD+ in onze praktijk. Ook werd er een betere registratie van ziekten bij familieleden bekomen.

Contact: thomas.vernooij@student.kuleuven.be

Inhoudsopgave

Inleiding 4

Onderzoeksvragen 5

Literatuuronderzoek 6

- Het gebruik van een checklist 6
- Preventie en de verpleegkundige 7
- Patienten oproepenvoor een preventieconsult 11

Methode 12

Het GMD+ in de wachtkring Beringen 15

Resultaten 18

- Basismeting 18
- Interventies 20
- Registraties 21
- Aantal interventies per patiënt 23

Bespreking 24

- Opkomst 24
- GMD+ items 25
  - Interventies 25
  - Registraties 27
- Aantal interventies 28
- Beperkingen 29

Conclusie 30

Referenties 32

Bijlage 1: Invulblad verpleegkundige 35

Bijlage 2: Overzichtsblad verpleegkundige 36

Bijlage 3: Oproepbrief 37

Bijlage 4: Rondvraag aan de artsen 39

Inleiding

"Het idee van preventieve geneeskunde is een beetje on-Amerikaans. Het betekent allereerst erkennen dat wij de vijand zijn."

- Chicago Tribune, 1975

Met dit citaat begint het hoofdstuk over de preventie van ziekten in Mukherjee zijn werk 'De keizer aller ziektes'. Hij beschrijft er hoe men langzaam de band tussen roken en longkanker heeft ontdekt. Deze hypothese, en mogelijkheid van preventie als gevolg hiervan, heeft veel hindernissen moeten overwinnen door ongeloof, onwil en pure commerce. Nog altijd is preventie iets dat in de huisartsenpraktijk meer op een hindernissenbaan lijkt dan op dagelijkse routine. In een gezondheidszorg systeem waar patiënten tevredenheid een belangrijk goed is en patiënten gewoonlijk naar de huisarts gaan als *zij* vinden dat daar een reden voor is, is het aanbrengen van preventie als huisarts geen vanzelfsprekendheid. Niet alleen de patiëntgebonden factoren maar ook de tijdsdruk waar artsen onder werken maakt dat preventie vaak op de achtergrond wordt geschoven. Uitgesteld tot een volgende consultatie.

Om preventie aan te moedigen werd door de overheid het GMD+ in het leven geroepen. De implementatie hiervan stuit echter veelal op dezelfde bezwaren als preventie op zich. In onze praktijk werkt een verpleegkundige die zowel verpleegkundige als administratieve taken op zich neemt. Nadat de vorige HAIO haar manama-thesis rond tetanusvaccinatie via de verpleegkundige had gemaakt[1] leek een nieuw praktijkverbeterproject met de verpleegkundige voor de hand te liggen. De keuze voor preventie als verdere uitbouw van tetanus was dan ook een logische keuze.

Onderzoeksvragen

- Kan het GMD+ ingevoerd worden met een rol voor de verpleegkundige als tijdbesparing voor de artsen in onze huisartsenpraktijk?
- Wordt het GMD+ bij de andere artsen in de wachtkring gebruikt?
- Hebben de patiënten die eraan deelnemen voordeel bij het GMD+?

In onze praktijk werd het GMD+ nog niet systematisch gebruikt. Er waren geen standaard methodes voor het selecteren van de patiënten en voor overlopen van het GMD+. Het werd vooral moeilijk te implementeren geacht wegens de al bestaande tijdsdruk tijdens een consultatie. Er werd dan ook voorgesteld de verpleegkundige een rol te laten spelen in het afnemen van de vragenlijst en dit los te koppelen van de gewone consultaties. Het GMD+ biedt structuur bij het opvolgen van preventieve onderzoeken maar sluit niet uit dat deze al goed opgevolgd worden. Als handvat bij de opzet van het consult werd de gezondheidsgids van Domus Medica gebruikt[2].

Literatuuronderzoek

Er werd een literatuuronderzoek gedaan naar de evidence voor het gebruik van een checklist en de rol van de verpleegkundige bij preventie. Er werd gezocht volgens het waterval principe. Via de Pubmed zoekmachine werd gezocht op de MeSH-termen prevention, preventive medicine, preventive health services, nurse practitioners, physician assistants, advanced practice nursing, primairy prevention, risk assessment. Via de functie 'related citations in pubmed' werden ook artikelen weerhouden. Nadien werd in de bibliografiën nog naar artikelen gezocht.

Het gebruik van een checklist

Er blijft voor veel artsen weinig tijd over om aan preventie te denken als patiënten bij hun arts komen op het moment dat ze een (nieuwe) medisch klacht hebben. Een checklist bijhouden van items die nagegaan zouden moeten worden lijkt een simpel systeem om herinnerd te worden.

Kelley et al.[3] onderzochten het effect van het toevoegen van een enkel item op een papieren opnamedossier op de registratie van de status van het uitstrijkje bij een patiënt in het ziekenhuis. Dit bleek effectief: bij 69% van patiënten in de interventiegroep werd dit geregistreerd in tegenstelling tot 2% in de controlegroep. Na 4 maanden werden de patiënten die een uitstrijkje zouden moeten laten doen opgebeld. Van de 22 patiënten die bereikt konden worden had maar 1 een uitstrijkje laten doen.

Ook in de huisartsenpraktijk is dit een werkbare tool. In 2006 werd een onderzoek gedaan naar het introduceren van een papieren checklist in de huisartsenpraktijk voor het gebruik bij een consultatie voor een algemeen preventief onderzoek[4]. Op dit formulier stond een invullijst met de preventieve onderzoeken die aangeraden worden te doen. Dit formulier werd vervolgens in 84% van de preventieve onderzoeken gebruikt met een stijging van 22,8% van de preventieve onderzoeken en adviezen die een patiënt werden aangeboden. De artsen waren vrij in het al of niet gebruiken van de ze lijst en mochten ook zelf kiezen op wat voor manier dit werd gedaan.

Deze aanpasbaarheid van een systeem aan de praktijk is een belangrijk gegeven om gedragsverandering van artsen buiten een onderzoeks-setting vast te houden. Geen enkel kant en klaar systeem is bewezen effectief[5]. Individualisatie van een tool aan de praktijk, het op maat maken, is echter nuttig voor het in stand houden van een gedragsverandering bij zorgverleners[6]. De interventiegroep van de Step-UP trial ter bevordering van preventie in de eerste lijn werd na 1 jaar nog eens ondervraagd over het uitvoeren van preventieve actes. Tijdens de interventie kregen zij hulp van een facilitator om een plan van aanpak te maken voor hun eigen praktijk. Na 12 maanden bleven de preventieve onderzoeken in dezelfde verhoogde mate uitgevoerd als tijdens het onderzoek. De controlegroep werd echter niet opnieuw onderzocht.

Deze conclusie werd daarna bevestigd in een meta-analyse[7]. Bij facilitatie wordt een buitenstaander ingeschakeld om gericht advies te geven over het invoeren van een richtlijn in een praktijk. Als een praktijk gefaciliteerd wordt is de kans dat een ze evidence-guidelines gebruiken 2,76 keer groter (95% CI, 2.18-3.43). Dit effect is het grootst als de implementatie van de richtlijn op maat van de praktijk kan gebeuren. Een publicatie bias werd waargenomen bij de meta-analyse en publicatie van studies waarin geen effect wordt aangetoond is dat ook nodig om tot een juist beeld te komen.

Preventie en de verpleegkundige

Een preventieconsult door een verpleegkundige is niet nieuw. Al in 1987 liet Fullard[8] zien dat een verpleegkundige inzetten om opportunistisch patiënten te screenen leidt tot een verbeterde registratie van risicofactoren in de praktijk. Patiënten tussen de 35 en de 64 jaar die op de dokter die op de dokter wachtten werden gevraagd of ze interesse hadden voor een afspraak om een 'health check' door de verpleegkundige te laten uitvoeren. Na een studieduur van 2,5 jaar hadden ze bij 59% van alle patiënten een preventieconsult kunnen afnemen. Geschat werd dat 90% van de praktijkpopulatie in 5 jaar tijd gescreend kon worden. Dit had vooral een gevolg op een betere registratie van risicofactoren (verdubbeling van bloeddruk registraties, verviervoudiging van registratie van de rookstatus en verzesvoudiging van registratie van het lichaamsgewicht). Hierbij dient opgemerkt te worden dat de studie plaatsvond in een tijdperk zonder pc en vooraf de registratiepercentages laag waren (bloeddruk was bij 35% van de patiënten geregistreerd).

In de jaren ’90 werden 2 grotere trials gehouden naar het nut van een preventieconsult bij een verpleegkundige. Deze onderzoeken werden in het Verenigd Koninkrijk gedaan, waar begin jaren negentig een preventieconsult opgenomen werd het takenpakket dat een huisarts diende uit te voeren.

De Oxcheck[9] studie deed bij 2205 patiënten tussen de 35 en 64 jaar een preventief consult. Een verpleegster ondervroeg de patiënten in de interventiegroep over hun levensstijl, voedingsgewoonte, medische voorgeschiedenis. Ook nam ze de bloeddruk, lengte, gewicht en een bloedname voor cholesterol bepaling. Een helft van de patiënten in de interventiegroep kregen gedurende 4 jaar elk jaar een consult, de andere helft kreeg geen verdere consulten meer. Na 4 jaar werden de patiënten opnieuw opgeroepen voor een controle-consultatie om te zien of er een verschil was. Er werd dan ook een controlegroep opgeroepen die het consult de jaren ervoor niet hadden gehad. In de controle groep kregen de patiënten een consult zoals het preventieconsult maar ging het vooral om de metingen. Dit is een sterk punt van de studie omdat de meting op zich een aanzienlijk deel van de interventie vormt en de resultaten kan vertekenen.

De studie onderzocht een aantal parameters: totaal cholesterol, bloeddruk systolisch en diastolisch, BMI, roken, overmatig alcohol gebruik, minder dan 1x/maand sport, gebruik van volle melk en gebruik van boter. In de interventiegroep was er geen verschil tussen de patiënten die 1 of die meerdere preventieconsulten kregen. Er was een klein verschil in aantal patiënten met fors verhoogde cholesterolwaarden (>8mmol/L) en in gemiddelde cholesterolwaarden in het voordeel van de interventiegroep. De onderzoekers zelf schatten dat dit een vermindering van 6% minder hartinfarcten bij mannen, 13% bij vrouwen zou geven. De bloeddrukdaling werd berekend op 1,5mmHg daling van de diastolische bloeddruk. Een klein verschil maar dit kan mogelijks aanleiding geven tot 7% daling van hartinfarcten.

Ondanks deze positieve resultaten zijn de onderzoekers zelf slechts matig enthousiast. De bloeddruk daling wijten zij aan een gewenning van het nemen van de bloeddruk en daarmee niet significant. Op het gebied van roken en levensstijl werd geen vooruitgang geboekt in deze studie. In deze studie werd veel energie gestoken om patiënten, op vrijwillige basis, een preventieconsult te geven. Gestreefd werd om 80% van de patiënten die in aanmerking

kwamen een onderzoek te laten ondergaan. Uiteindelijk kwam 82% hiervan opdagen. De onderzoekers concluderen niet dat een preventieconsult bij de verpleegkundige werkt, maar vrezen dat het teveel geld kost om de kleine winst te rechtvaardigen. Ondanks dat zij hun resultaten generaliseerbaar vinden voor het Verenigd Koninkrijk zwakken zijn ook hun resultaten af omdat ze de mate kwaliteit en training bij de verpleegkundige niet makkelijk in de dagelijkse praktijk haalbaar achtten.

Ook in de jaren '90 werd de British Heart study[10-11] uitgevoerd. In deze studie bij 12472 patiënten tussen 40 en 59 jaar, waarvan 2984 in de interventiearm, werd een preventieconsult door een verpleegkundige verricht met een anamnese, familieanamnese, rookstatus, bloeddrukmeting, meting van lengte en gewicht en een bloedname voor glucose en cholesterol bepaling. De patiënten werden niet afzonderlijk geselecteerd maar per gezin omdat levensstijl veranderingen volgens de onderzoekers makkelijker in gezinsverband werden uitgevoerd. Ze werden opgebeld om een afspraak te maken of kregen een uitnodiging per post. Het onderzoek werd na 1 jaar herhaald om de effecten van de interventie te kunnen meten. Tussentijds kregen de patiënten ook consultaties bij de verpleegster als zijn een verhoogd cardiovasculair risico hadden. De hoeveelheid raadplegingen was evenredig het de hoogte van het risico. De controlegroep werd vooraf vastgelegd maar pas na 1 jaar onderzocht.

In de interventiegroep daalde het aantal sigarettenrokers met 4%, de bloeddruk van de patiënten die terug op controle kwamen met gemiddeld 7mmHg systolisch en 4mmHg diastolisch en het lichaamsgewicht gemiddeld met 1 kg. Het cholesterolgehalte daalte met gemiddeld 0,1mmol/L maar dit was niet significant. Deze verbetering werd gehaald zonder dat er meer patiënten antihypertensiva of cholesterol verlagende medicatie werd voorgeschreven ten opzichte van de controlegroep. Op basis van deze resultaten berekenden de onderzoekers dat er voor hart en vaatziekten een risicoreductie van 12% mogelijk zou zijn. De lage prevalentie van rokers in de interventiegroep is mogelijk een foutieve weergave van de realiteit omdat van de patiënten die niet terug kwamen op het preventieconsult na 1 jaar er bijna 2 maal zoveel rookten. Als men stelt dat deze patiënten blijven roken is de daling van sigarettenrokers slechts ongeveer 1%. De onderzoekers stellen dat er een gezondheidswinst te behalen is maar vragen zich af of deze in verhouding is met de inspanningen die de verpleegster hiervoor moet doen. Om alle consultaties in dit

onderzoek uit te voeren zou een praktijk met 1000 mannen in de leeftijdscategorie 40-59 maar liefst 4 voltijds verpleegkundigen aan moeten nemen om het programma in 18 maanden af te ronden.

Deze 2 grote studies tonen aan dat een preventieconsult door een verpleegkundige een verlaging kan geven van cardiovasculaire risicofactoren zoals roken, bloeddruk, gewicht en cholesterol.

Zoals in de British Heart study werd aangehaald zijn mensen die niet reageren op een uitnodiging voor een preventief onderzoek vaker lager opgeleid en hebben een lagere socio-economische status. Ook nemen ze minder deel aan andere preventieve onderzoeken zoals uitstrijkjes of een preventief onderzoek bij de tandarts. Ook geloofden ze vaker dan andere personen dat geluk of pech een belangrijke rol in hun gezondheid speelde[12].

Ook het aanvragen van onderzoeken door een verpleegkundigen werd onderzocht. Thompson[13] deed een onderzoek waarin artsen een lijst maakten van patiënten-kenmerken die in aanmerking kwamen voor een FOB test. Patiënten die voor het eerst in de praktijk kwamen werden door de verpleegster onderzocht aan de hand van een vragenlijst over preventie. De verpleegster bepaalde of een patiënt in aanmerking kwam voor een FOB test aan de hand van de lijst van de artsen en de ingevulde vragenlijst. Bij patiënten in de interventie arm van de studie die in aanmerking kwamen voor een FOB test werd in 72% een FOB test gedaan, terwijl in de usual care-arm (FOB test niet door verpleegkundige, maar door arts aangevraagd) slechts 19% van de patiënten bereikt werd.

Koelewijn[14,15] deed een onderzoek in Nederland naar het nut van een consult bij de verpleegkundige bij patiënt met *gekende* hart en vaatziekten met een risicoberekening en educatie hierover aan de patiënt door middel van motivational interviewing (MI). Zij vonden geen verschil tussen de interventie en controlegroep. Beiden groepen hadden een licht gestegen samengestelde risicoscore (significant resp. niet-significant) zonder onderling significant verschil. Vermoed werd dat door de populariteit van MI in Nederland de training hiervan bij de verpleegkundigen een effect had gehad in zowel de interventie als de controlegroep.

Een studie ging nog verder om niet alleen de educatie maar ook het risicomanagement door de verpleegkundige te laten doen. Hierbij bleek dat een verpleegkundige na bijscholing (in deze studie) de richtlijnen voor cardiovasculair risicomanagement zelfs beter volgde dan de huisarts in de controlegroep[16].

Het gebruik van een verpleegster in de huisartsenpraktijk om bepaalde taken voor bijvoorbeeld chronische zorg (bijvoorbeeld een spirometrie afnemen bij astma patiënten) over te nemen van artsen leidt niet tot een vermindering van de werkbelasting voor artsen. In tegendeel, het aantal consultaties stijgt licht doordat de verpleegkundige meer problemen bij de patiënten opmerken. De auteurs van de studie concluderen dan ook dat de verpleegkundigen veeleer supplementair aan de artsen werken en niet als vervanging van de artsen[17].

Patienten oproepenvoor een preventieconsult

In het Verenigd Koninkrijk werd in een relatief arm gebied een onderzoek gedaan naar de opkomst bij een preventieconsult. Patiënten met risico op cardiovasculaire ziekten van meer dan 20% werd per post een uitnodiging gestuurd. Na deze eerste brief werden tot 3 herinneringen gestuurd. Uiteindelijk kwam 43,7% van de aangeschreven patiënten naar de praktijk[18].

Methode

Het praktijkproject is een prospectief niet-gerandomiseerd experiment. De geselecteerde patiënten kregen allen een uitnodiging om op consultatie te komen bij de verpleegkundige. Als het nodig was nog extra onderzoeken te ondergaan of een uitslag te bespreken werd een nieuwe afspraak bij hun huisarts gemaakt of werd geadviseerd deze te maken.

In het patiëntenbestand van de praktijk werden alle patiënten tussen de 45 en de 75 jaar geselecteerd die een GMD hadden (gehad) en sinds 1 januari 2011 op consultatie waren geweest. Per 1 januari 2012 was 1 van de artsen niet langer deel van de praktijk. Patiënten die hoofdzakelijk bij haar op consultatie kwamen werden handmatig uit de selectie verwijderd. Daarna werd de lijst door de artsen in de praktijk overlopen om alle patiënten aan te vinken die in aanmerking kwamen voor een consultatie bij de verpleegkundige. Dit werd handmatig gedaan om patiënten die door omstandigheden (palliatief, rusthuis bewoner, etc.) niet geschikt werden geacht om een brief te ontvangen uit de selectie te laten.

De patiënten werden op vrijwillige basis gevraagd een afspraak te maken bij de verpleegkundige door middel van een brief per post. Na overleg binnen de praktijk werd voor deze methode van recruteren gekozen wegens de tijdswinst voor de artsen en vanwege het feit dat alle patiënten die in aanmerking komen een uitnodiging krijgen. Het rekruteren van patiënten voor een GMD+ tijdens een gewone consultatie werd als moeilijk ervaren. Het aanbrengen van het GMD+ bij een gewone consultatie werd ook niet verkozen omdat men hier veel tijd in zou moeten steken tijdens de consultaties en vreesde het vaak te vergeten. Ook zouden patiënten die slechts zelden bij de huisarts langskomen eerder van het preventieproject horen en geïncludeerd kunnen worden.

In de brief werden patiënten opgeroepen voor een preventief onderzoek bij de verpleeg-kundige. Gevraagd werd de praktijk te bellen op uren dat er een onthaalmedewerkster is om een afspraak vast te leggen. Aangezien de verpleegkundige dagelijks werkte van 1600h tot 1900h werden op deze momenten de afspraken gepland. Tijdens deze uren is er ook altijd een arts aanwezig. De vragenlijst van de gezondheidsgids van Domus Medica werd, in licht aangepaste vorm, op de achterzijde van de brief afgedrukt. De lijst werd aangepast om

jargon te vermijden en om toelichting te geven bij de vragen. Hij werd met de brief mee verzonden zodat patiënten voor de consultatie al na konden nadenken over hun familiale voorgeschiedenis en zodat oude vaccinatiekaarten opgezocht konden worden. Dit om het overlopen van de vragenlijst bij de verpleegkundige vlotter te laten verlopen.

Het consult bij de verpleegkundige werd voor het versturen van de brieven twee maal geoefenend. De verpleegster nam het GMD+-consult af bij de arts-onderzoeker. Na elk consult werd overlopen wat goed ging en wat verbeterd moest worden. In overleg met de verpleegkundige werd de volgorde van de vragen aangepast zodat eerst de items waarbij a) iets opgezocht moest worden in het EMD b) de vragen aan de patiënt en c) de metingen bij de patiënt bij elkaar gebundeld werden om het consult vloeiender te laten verlopen. De bedoeling was het consult bij elke patiënt zo gelijk mogelijk te laten verlopen door middel van een standaard invulblad met de vragen. Als de verpleegkundige een beslissing moest nemen werden alle voorwaarden samengevat op een overzichtsblad. Ook werd hierbij aandacht besteed aan het correct invullen van de vragenlijst op papier en het overbrengen van de informatie naar het EMD.

Als de patiënten bij de verpleegkundigen kwamen werd aan de hand van een invulformulier (zie bijlage) de vragenlijst overlopen. Op de vragenlijst stonden vragen die de patiënt moest beantwoorden, items die moesten worden opgezocht in het EMD en items die door de verpleegkundige gemeten werden (bloeddruk, lengte, gewicht en buikomtrek). Aan het begin van de consultatie zocht de verpleegkundige in het EMD op wanneer de laatste bloedname en ifob of colonoscopie was gebeurd. Alle informatie van het GMD+ werd verzameld op het papieren invulformulier.

Door middel van een stroomschema werd bepaald of de patiënt in aanmerking kwam voor een iFob. Om het stroomschema voor het al of niet meegeven van een iFOB voor de verpleegkundige zo simpel mogelijk te houden werd besloten bij iedereen een iFOB uit te voeren tenzij patiënten aan een exclusiecriterium voldeden. Uitsluitingscriteria waren: a) laatste 2 jaar al iFob gehad b) persoonlijke of familiale voorgeschiedenis van poliepen of darmkanker c) aanwezigheid van Crohn of colitis ulcerosa . Als aan een van de uitsluitingscriteria werd voldaan nam de verpleegkundige contact op met een arts voor verder beleid.

Tetanus-vaccinatie werd na het overlopen van de vragenlijst in orde gemaakt als de patiënt langer dan 10 jaar geen herhalings vaccinatie gekregen had. Eventuele hervaccinatie werd opgestart aan de hand van de Domus Medica richtlijn[19].

De andere preventieve onderzoeken werden niet door de verpleegkundige zelf afgehandeld. Voor een nuchtere bloedname, rookstopraadpleging, pneumokokkenvaccinatie, een uitstrijkje, een screeningsmammografie en tekens van depressie of alcoholmisbruik werd de patiënt verwezen naar zijn huisarts. Waar mogelijk werd tijdens de consultatie een afspraak door de verpleegkundige gemaakt.

Na de consultatie vulde de verpleegkundige alle beschikbare informatie in het EMD. Dit werd op verschillende manieren ingevuld. De aparte GMD+ module in Windoc werd ingevuld. Ook werden de meetwaarden in een consultatie-venster ingevoerd. De familiale voorgeschiedenis werd genoteerd bij voorgeschiedenis. De rookstatus werd bij risicofactoren ingevoerd. Deze wijze van invoeren was een afweging tussen gecodeerd registreren en gebruiksgemak voor de artsen van het GMD+. Gekozen werd de gegevens zo in te voeren dat men tijdens de consultatie zoveel mogelijk informatie in één oogopslag kon zien zonder vensters te moeten openen. Ook werden er werkplannen aangemaakt voor tetanus-vaccinatie, borstkankerscreening, uitstrijkjes en werd een nieuw werkplan voor iFob aangemaakt als de uitslag hiervan bekend (en negatief) was.

Het ingevulde papier was werd in het postvak van de arts gelegd zodat hij te weten kreeg dat de patiënt op consult bij de verpleegkundige was geweest en hij/zij zelf de informatie nog eens kon overlopen om extra notities te maken in het dossier. Als de arts dit document overlopen had werd het centraal geklasseerd om het aantal GMD+ dossier bij te houden. Op het moment dat de patiënt een vervolgafspraak bij de arts had over het GMD+ stond alle informatie in het EMD.

De dossiers van alle patiënten die een oproep ontvingen werden overlopen. In Microsoft Excel 2007 werd een tabel opgemaakt met alle patiënt gegevens. Alle patiënten die op een GMD+ consultatie kwamen werden gekopieerd en in een aparte tabel gevoegd. Op deze manier konden de patiënten in twee groepen worden verdeeld: alle aangeschreven patiënten en degenen die op GMD+ consultatie kwamen. Deze tabellen bevatten de beschikbare gegevens uit het EMD voor de GMD+ consultaties (de basismeting). Als

patiënten volgens deze gegevens niet in orde zijn met hun preventieve interventies betekent dit slechts dat dit niet in het in EMD bekend was. Uitstrijkjes via een gynaecoloog of tetanusvaccinaties op het werk bijvoorbeeld worden niet altijd geregistreerd in het EMD. Hiermee moet rekening gehouden worden bij de interpretatie. Tijdens een GMD+ consultatie kan het zijn dat een patiënt wel in orde blijkt te zijn voor een bepaald item en er dus geen nieuwe interventie hoeft te gebeuren. Bij de patiënten die op GMD+ raadpleging komen geldt dan ook dat het aantal patiënten dat voor een onderzoek niet in orde is (in de basismeting) mogelijks hoger is dan het aantal patiënten dat een interventie krijgt plus het aantal dat er een nodig heeft (gemeten na het GMD+ consult). Ook alle gegevens verkregen uit de GMD+ consultaties werden in een tabel gezet.

Er werden 4 schijven brieven verstuurd te hebben voor het schrijven van deze thesis. Aan de hand van de geklasseerde invulformulieren werden alle dossiers overlopen. Alle gegevens werden verzameld over de patiënten die zich aangemeld hadden voor een consult bij het GMD+. Er werd nagegaan welke onderzoeken van de GMD+ lijst na het consult bij de verpleegkundige werden uitgevoerd. Dit werd vergeleken met de status van de patiënt vóór het GMD+ consult bij de verpleegster.

Het GMD+ in de wachtkring Beringen

Om een indruk te krijgen van het gebruik van het GMD+ in de wachtkring van Beringen werd een vragenlijst per email verstuurd naar alle artsen van het wachtgebied. Gezien de beperkte respons werd ook een herinnering gestuurd. In de vragenlijst werd kort ingegaan op het GMD+. Na enkele korte vragen over de opbouw van de praktijk werd gevraagd naar redenen voor het al of niet gebruik van het GMD+. De vragen waren in multiple choice formaat met steeds een optie ‘anders, namelijk…’. Voor de volledige vragenlijst zie bijlage 4.

De vragenlijst werd aan 29 artsen in 18 praktijken gestuurd. Er kwam eerst respons van 8 artsen in 7 praktijken. Na de herinnering kwam er geen extra respons.

Van de 8 artsen die geantwoord hebben, gaven 3 artsen aan het GMD+ niet te gebruiken, 1 daarvan zonder verdere verklaring. De 2 andere artsen gaven beiden als reden voornamelijk tijdsgebrek. Andere redenen die genoemd werden waren een te lage verloning, weinig

interesse van de patiënten (2x). In deze groep artsen hadden 2 van de 3 ondersteunend personeel in de vorm van een secretaresse.

Van de artsen die het GMD+ gebruikten hadden 4 van de 5 artsen ondersteunend personeel (secretaresse). Het GMD+ werd door 1 arts sporadisch gedaan, de andere artsen probeerden iedereen die in aanmerking kwam te includeren bij het afsluiten van het GMD. Twee artsen lieten patiënten apart terugkomen om te spreken over preventie. Er was een groot verschil in het aantal GMD+ modules dat door de verschillende artsen afgesloten werd. Alhoewel 1 arts invulde 40 GMD+ modules per maand te overlopen lijkt dit getal onjuist.

Selectie patiënt*	
Iedereen die in aanmerking komt	2
Bij het afsluiten van het GMD	3
Sporadisch	1
Aantal per maand	
1-5	2
6-10	1
11-15	0
16-20	1
40 of meer	1

* 1 arts vulde meerdere antwoorden in

Ook de artsen die het GMD+ wel gebruikten werd hun mening gevraagd over het GMD+. Zij vonden de meerwaarde van het GMD+ dat er op deze manier extra aandacht voor risicofactoren en preventieve onderzoeken was (4x) en dat het GMD+ een structuur geeft om deze items af te werken.

De tekortkomingen op administratief vlak waren volgens de artsen die het GMD+ gebruikten problemen op registratie vlak (“module in Health One kan nog beter”). Ook het aanbrengen van het GMD+ bij de patiënt blijft soms moeilijk, extra tools daarvoor zouden een uitkomst kunnen bieden.

Ook werd aangegeven dat preventie eigenlijk nog breder bekeken zou moeten worden. De leeftijdsgrenzen werden in twijfel getrokken met als argument dat ook voor iemand van 30 jaar preventie nuttig is (1 arts). Het laten terugkomen van patiënten voor een een apart consult werd door 1 arts als probleem ervaren. Patiënten zouden niet makkelijk te overtuigen zijn om terug te komen voor een consult alleen over preventie. Een arts vond de waarde van het GMD+ ook beperkt als alle items van de lijst al nagekeken werden.

Een andere tekortkoming die genoemd werd was onduidelijkheid over welke hemocult test men het best gebruikt.

Als conclusie kan men stellen dat van de artsen die de vragenlijst terugstuurden de meerderheid van de artsen het GMD+ gebruikten. Argumenten om het niet te gebruiken waren vooral tijdgebrek, slechte verloning en weinig interesse van de patiënten. De artsen die het wel gebruiken vonden het een handige tool die structuur en extra aandacht aan preventie geeft. Het aanbrengen van preventie bij de patiënten en hiervoor tijd vragen in de vorm van een apart consult werd zelfs bij artsen die het GMD+ gebruikte als moeilijk ervaren.

Resultaten

Ingeschat werd een consultatie bij de verpleegkundige 20 minuten tijd zou kosten maar dat dit korter zou worden naarmate haar ervaring toe zou nemen. De berekende tijd die de verpleegkundige nodig zou hebben bij 100% opkomst was dan ook 132 uur. De verpleegkundige nam deze consultaties boven op haar normale werkbelasting. Deze bestaat voornamelijk uit receptiewerk (telefoon opnamen, patiënten aan de balie helpen die iets komen ophalen) en het afnemen van ECG's en spirometrie. Voor haar taak als baliemedewerkster is het gewenst dat zij zo veel mogelijk aanwezig is achter de balie. Om de werklast voor de verpleegkundige zo laag mogelijk te houden werd het verzenden van de brieven zo goed mogelijk verspreid. Hierdoor werden nog niet alle patiënten aangeschreven die in aanmerking zouden kunnen komen voor een GMD+ bij het schrijven van dit artikel.

Basismeting

Er werden 397 patiënten aangeschreven, gespreid over 4 maanden. De gegevens uit de basismeting worden voor de twee groepen patiënten (alle aangeschreven patiënten versus patiënten met een GMD+) worden apart besproken.

Van de groep aangeschreven patiënten was 53,4% man. Er was 6% geregistreerd als roker in het EMD. De patiënten kwamen frequent op consultatie. Ongeveer 80% was de laatste 6 maanden voor het versturen van de oproep op consultatie geweest. Het laatste jaar voor de oproep was zelfs 88,7% nog op consultatie geweest.

Het percentage patiënten waarbij de tetanusvaccinaties in orde was, is een mogelijks beïnvloed door het praktijk-verbeterproject van de vorige HAIO[1]. De cijfers voor de opvolging van het bevolkingsonderzoek voor borstkanker en voor de uitstrijkjes zijn waarschijnlijk een onderschatting van de hoeveelheid mensen die hiermee in orde zijn. Vooral van uitstrijkjes die bij een gynaecoloog worden afgenomen wordt de uitslag niet altijd in het EMD geregistreerd.

Bij de patiënten die voor een GMD+ afspraak kwamen waren iets meer vrouwen (53% versus 47%). Zij hadden vaker een griepvaccinatie gehad het jaar voordien (36% tegen 25%) en vaker al een iFOB test ondergaan (27% tegen 16%). De patiënten met GMD+ hadden vaker

een recente bloedname gehad met serum cholesterol en nuchter glycemie bepaling. Gemiddeld waren ze ook vaker recent op consultatie geweest.

Tabel 1 Basismeting patiënten

	Aangeschreven patiënten (%)	Patiënten met GMD+ (%)
Totaal	397 (100%)	55 (100%)
Man	212 (53%)	26 (47%)
Leeftijd		
45-49 jaar	70 (18%)	7 (12%)
50-54 jaar	88 (22%)	12 (22%)
55-59 jaar	74 (19%)	10 (18%)
60-64 jaar	65 (16%)	14 (26%)
65-69 jaar	58 (15%)	8 (15%)
70-75 jaar	40 (10%)	4 (7%)
Hypertensie	120 (30%)	12 (22%)
Hart-vaatziekten	16 (4%)	2 (4%)
Diabetes mellitus	18 (5%)	1 (2%)
Gekend tabaksgebruik	24 (6%)	3 (7%)
Tetanusvaccinaties in orde	213 (54%)	30 (55%)
Griepvaccinatie gekregen vorig jaar	99 (25%)	20 (36%)
Gekende opvolging in bevolkingsonderzoek borstkanker	115 (71%)	19 (79% van de vrouwen >50 jaar)
Laatst gekende uitstrijkje 3 of minder jaar geleden	59 (39%)	13 (52% van de vrouwen die in aanmerking komen)
iFob test twee of minder jaren geleden	63 (16%)	15 (27%)
Laatste BMI bepaling minder dan 1 jaar oud	80 (20%)	12 (22%)
Laatste cholesterol bepaling		
Drie of minder jaar geleden	337 (85%)	52 (95%)
Twee of minder jaar geleden	313 (79%)	49 (89%)
In het afgelopen jaar	247 (62%)	44 (80%)
Laatste nuchtere glycemie bepaling		
Vijf of minder jaar geleden	349 (88%)	51 (93%)
Drie of minder jaar geleden	328 (83%)	50 (91%)
In het afgelopen jaar	241 (61%)	39 (71%)
Laatste consultatie in het dossier		
In het afgelopen jaar	352 (89%)	52 (95%)
In het afgelopen half jaar	318 (80%)	48 (87%)

Basismeting patiëntengegevens van alle aangeschreven patiënten en de groep patiënten die op GMD+ consultatie kwamen. De getallen zijn aantallen patiënten met tussen haakjes vermeld het percentage ten opzichte van de desbetreffende groep, tenzij anders vermeld. De cijfers bij cholesterol en glycemie bepaling, en bij laatste consultatie zijn cumulatief.

Er werden in totaal 55 GMD+ modules overlopen waarvoor in totaal 28 consultaties bij de huisartsen (gedeeltelijk) werden gebruikt. Ondanks dat er een uitnodiging verstuurd werd om een afspraak te maken bij de verpleegkundige maakten er 18 patiënten een afspraak bij

hun huisarts. De consultaties bij de artsen voor het overlopen van het GMD+ werden over het algemeen gecombineerd met een gewone consultatie voor een medisch probleem. De vragenlijst op de brief werd daarbij gebruikt als structuur voor het overlopen van de preventie items. Er waren 2 patiënten die een afspraak maakten bij hun huisarts met als enige contactreden het GMD+.

Van de 55 GMD+ modules werden er 36 bij de verpleegkundige doorlopen. De werklast voor de verpleegkundige was ongeveer gemiddeld 2 tot 3 consultaties per week. Dit getal is een schatting. Omwille van niet voorziene problemen waren gegevens uit de agenda van de verpleegkundige verdwenen. De werkzaamheden voor het GMD+ waren goed te combineren met haar overige taken.

Interventies

Bij de patiënten die op GMD+ consultatie kwamen werden in totaal 60 interventies uitgevoerd. Registratie van gegevens werd hierbij niet meegeteld. Er werd bij 23% van de patiënten een nieuwe bloedname verricht. Bij de patiënten met een bloedname meer dan 3 jaar geleden werd in 50% van de gevallen een nieuwe uitgevoerd ter bepaling van het cholesterol en de nuchtere glycemie.

Ondanks het praktijkproject was in ongeveer de helft van de patiënten de tetanusvaccinatie niet in orde. Vaccinatie vond plaats bij 14 van de 16 patiënten die niet in orde waren. Hierbij werd een schema voor hervaccinatie gestart na ooit volledig gevaccineerd te zijn bij alle patiënten. De 2 patiënten die geen vaccinatie kregen kwamen beide bij de verpleegkundige. Hiervan was 1 patiënt die de vaccinatie weigerde. Van 10 patiënten was de vaccinatiestatus niet geregistreerd in het EMD maar zij bleken wel in orde te zijn met hun vaccinaties.

Interventies	**Aantal (%)**
Nieuwe bloedname ter bepaling nuchtere glycemie of cholesterol	13 (23% van alle pt)
Bij patiënten met vorige bloedname > 3 jaar geleden.	2 (50%)
Tetanus vaccinatie toegediend	14 (88%)
Nieuwe screeningsmammografie gepland buiten bevolkingsonderzoek om	2 (50%)
Waarvan uitgevoerd door de patiënte	1 (25%)
Uitstrijkjes sinds GMD+ consult uitgevoerd	3 (38%)
iFOB testen meegegeven en binnengebracht sinds GMD+ consult	29 (71%)
Meegegeven maar niet binnengebracht	9 (22%)

Aantal uitgevoerde interventies met tussen haakjes het percentage uitgevoerde interventies ten opzichte van geïndiceerde interventies, tenzij anders vermeld.

De opvolging van het screeningsprogramma naar borstkanker was bij 19 vrouwen gekend en in orde. Er bleken 4 vrouwen niet in orde met de screening via het bevolkingsonderzoek. Van deze 4 kregen er 2 een verwijsbrief van de huisarts mee op een screeningsmammografie te laten maken. Beide patiënten waren op GMD+ consultatie geweest bij de verpleegkundige. Hiervan liet 1 deze maken. Van de 2 patiënten die geen aanvraag hadden gekregen was er 1 bij de HA op consultatie geweest voor het GMD+ en 1 bij de verpleegkundige. Er waren 5 vrouwen die meededen aan het GMD+ die nog geen 50 jaar waren en daarom niet in aanmerking kwamen voor de screening naar borstkanker.

Bij de patiënten die in aanmerking kwamen voor een uitstrijkje waren er 4 patiëntes in orde maar ongekend en 8 patiënten niet in orde. Er werden 3 uitstrijkjes uitgevoerd bij patiënten naar aanleiding van een GMD+ consult. Hiervan gebeurden er 2 bij de huisarts en 1 bij een gynaecoloog. De uitstrijkjes bij de huisarts konden meteen tijdens het GMD+ consult worden afgenomen omdat deze patiëntes de vragenlijst bij hun huisarts overliepen. Er was slechts 1 patiënte die na consult bij de verpleegkundige een uitstrijkje liet maken. Na het GMD+ was 64% van de vrouwen die een uitstrijkje nodig had in de GMD+ groep hiermee in orde.

Van de patiënten waar het geïndiceerd was een iFOB te doen werd door 71% van de patiënten het potje met een stoelgangstaal ingeleverd. Van de patiënten die een iFOB moesten ondergaan bracht 9% het potje niet terug binnen. Geen enkele iFOB was positief. Er waren 3 patiënten die een iFOB hadden moeten ondergaan maar geen potje hadden meegekregen. Zij kwamen alle drie bij de huisarts ter bespreking van het GMD+.

Registraties

Het totaal aantal rokers onder de patiënten die een GMD+ doorliepen bleek 9 te zijn. Hiervan waren er 6 (66%) nog niet geregistreerd in het EMD. Dit is een verdrievoudiging van de registratie van de rokers. Van alle rokers gaf maar 1 patiënt aan te willen stoppen.

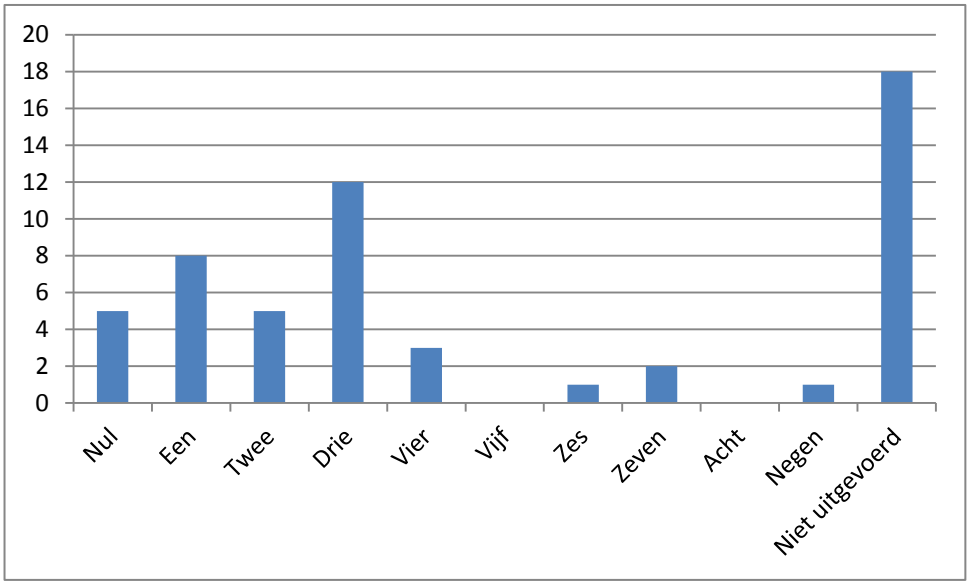
Op het gebied van risicofactoren waren veel gegevens nog niet gekend in ons EMD. Er bleken veel patiënten een positieve familiale anamnese te hebben voor diabetes. Van alle patiënten gaven er 19 (35%) aan dat zij een familielid hadden met diabetes mellitus. Ook waren er 20 patiënten (36%) die aangaven dat zij 1 of meerdere familieleden hadden met cardiovasculaire ziekten (myocardinfarct, cerebrovasculair accident).

Registraties	
Totaal aantal rokers	9 (16%)
Nieuwe rokers geregistreerd	6 (11%)
Rokers die aangaven te willen stoppen	1 (2%)
Patiënten met zwangerschapsdiabetes of boreling van >4,5kg in voorgeschiedenis	1 (2%)
Nog niet gekende diabetes mellitus	19 (35%)
Nog niet gekende familiale cardiovasculaire belasting	20 (36%)
Dagelijks groente en fruit	52 (95%)
Dagelijks 30 minuten beweging	50 (91%)
Screening naar depressie	7 (13%)
Waarvan nog niet gekend bij de huisarts	0 (0%)

Aantal registraties met tussen haakjes het percentage ten opzichte van het aantal GMD+ patiënten.

Opvallend was dat maar liefst 95% respectievelijk 91% van de patiënten aangaf genoeg groenten en fruit te eten en dagelijks > dan 30 min te bewegen.

De Audit registratie werd steeds gedaan bij de verpleegkundige maar werd vaak niet uitgevoerd tijdens de consultaties bij de artsen. Er werd 1 patiënt gevonden met problematisch alcoholgebruik. Van de patiënten die het GMD+ doorliep zei 10% nooit alcohol te gebruiken.



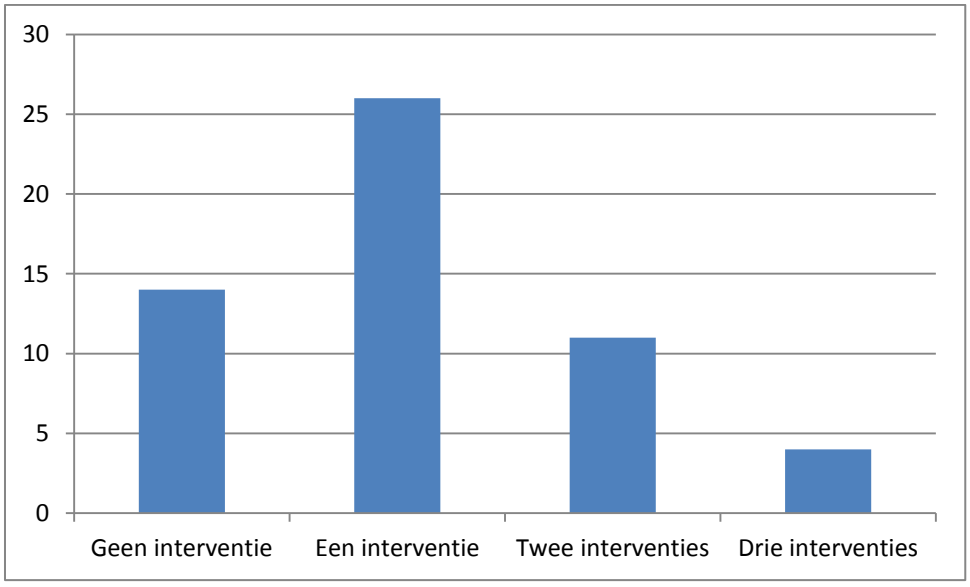
Audit scores. Aantal patiënten per audit-score.

Tijdens de GMD+ afnames gaven 7 patiënten aan zich ongelukkig of depressief te voelen. Al deze patiënten waren hiermee gekend bij hun huisarts.

Aantal interventies per patiënt

Alhoewel de meeste patiënten 1 of meerdere interventies kregen, was er een deel van de patiënten die geen enkele interventie kregen (14 patiënten (25% van het totaal). Van deze patiënten hadden er 11 ook daadwerkelijk geen enkele nood aan een interventie en waren met alles in orde. Er waren 2 patiënten die 1 onderzoek hadden moeten krijgen en 1 patiënte 2.

Bij bijna de helft van de patiënten (26 patiënten) werd 1 interventie gedaan. Dit was in alle gevallen op 4 na een tetanus vaccinatie of het uitvoeren van een iFOB. Bij de overige 4 patiënten die slechts 1 interventie kregen waren dit 3x een bloedname en 1x een uitstrijkje. Van alle patiënten die een GMD+ kregen waren er zodoende 37 patiënten die geen of slechts een beperkte interventie nodig hadden.



Figuur 1 Aantal interventies bij patiënten. In de X-as het aantal patiënten per categorie.

De patiënten maakten in navolging van het GMD+ 10 vervolgafspraken om een interventie te laten doen of een resultaat te bespreken.

De reden voor deze vervolgafspraken was in 6 gevallen een nuchtere bloedname. Zowel een tetanusvaccinatie, een uitstrijkje als de bespreking van het resultaat was elk 1 maal een contactreden voor een vervolgafspraak. Er was 1 patiënte die meerdere vervolgconsultaties kreeg voor toedienen van een tetanusvaccinatie en het plannen van een colonoscopie.

Bespreking

Opkomst

Het doel van dit onderzoek was te onderzoeken of het mogelijk was de verpleegster in te schakelen bij het afnemen van een GMD+ module. Om 55 GMD+ modules af te nemen waren er 28 consultaties nodig bij de artsen. In vergelijking met de vroegere toestand waarbij de artsen voor elk GMD+ tenminste een deel van een consultatie de tijd moesten nemen is er dus zeker een tijdswinst voor artsen waar te nemen. Doordat patiënten na het ontvangen van de oproepbrief zelf het GMD+ aanbrengen tijdens de consultatie moet de arts geen eigen agendapunten opstellen tijdens een consultatie waar de primaire contactreden vanuit de patiënt komt. Het al of niet aanbrengen van preventie door de arts tijdens een gewone consultatie blijft een probleempunt. Enerzijds is er door de tijdswinst en het aanschrijven van de patiënten een verbetering in gemiddeld aantal GMD+ modules dat afgesloten werd. Anderszijds beschreef Dries Rowies in zijn manamathesis dat patiënten die niet komen vaker vinden dat preventie de taak van de arts is tijdens gewone consultaties[20]. Dit is een teken dat er een zekere selectie plaatsvind van de patiënten die op een apart preventieconsult afkomen.

Het afnemen van een GMD+ module heeft als doel preventieve geneeskunde te promoten waar dit nodig is. In onze praktijk bleek een deel hiervan goed in orde te zijn en een deel minder goed.

De patiënten die op de oproep afkwamen waren gemiddeld gezien voor het GMD+ al beter opgevolgd dan gemiddeld ten opzichte van de doelgroep. Ook hadden ze minder hart- en vaatziekten en diabetes mellitus. Het lijkt plausibel dat patiënten die preventie belangrijk vinden niet alleen sneller geneigd zijn om apart op consultatie te komen voor een preventieconsult maar ook bij andere consulten hier meer aandacht voor hebben. Bij een kwart van de patiënten die op het consult kwamen was er geen interventie nodig. Er werden wel veel nuttige gegevens geregistreerd werden over de familiale anamnese wat betreft cardiovasculaire risicofactoren en diabetes mellitus. In onze praktijk was er blijkbaar weinig gekend in het EMD over de familiale anamnese van de patiënt aangezien bijna alle informatie van patiënten over ziekten in de familie nieuw was. De lage registratie van de familiale gegevens voor het globaal cardiovasculair risicoprofiel is in overeenstemming met

de literatuur[21]. Er is echter wel degelijk een meerwaarde bij de detectie van patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico. In de gerefereerde studie werd in meer dan de helft van de gevallen geen informatie in het EMD gevonden over de familiale anamnese. Na de bevraging werden in die studie 4,5% meer patiënten gevonden met een hoog cardiovasculair risico ten opzichte van de controlegroep waarbij dit niet bevraagd werd.

Het invoeren van het oproepsysteem gecombineerd met een consult bij de verpleegkundige leidde tot 55 afgesloten GMD+ modules op 4 maanden tijd. Ongeveer 14% van de aangeschreven patiënten maakte een afspraak voor het overlopen van de vragenlijst. Het opkomstpercentage ligt niet hoog en bij de patiënten die kwamen waren bij 25% alle interventies al in orde. De opkomst van patiënten waarbij een nuttige interventie gedaan kon worden is dan slechts 11% van iedereen die aangeschreven werd.

In een andere manama-thesis vinden we een vergelijkbaar cijfer[22] voor de opkomst, maar in andere literatuur loopt dit percentage soms op tot 33%[23-24]. Een vragenlijst over het GMD+ zonder consult bijhaalde in de manama-thesis van Loretta Tadevosian zelfs een respons van 53%[25], doch hierbij werden ook herinneringen verstuurd en werden patiënten in de praktijk geactiveerd deel te nemen. Onze praktijk ligt in een landelijk gebied. Vandenberghe en Cosyn vonden in hun studie dat patiënten die in een ruraal gebied wonen minder snel voor een preventieconsult naar de praktijk komen[26]. Ook zagen zij dat de kans dat een aangeschreven patiënt naar de praktijk komt voor een preventieconsult groter is naarmate zij vaker op consultatie komen. In een editoriaal in Minerva[27] werd naar aanleiding van een exploratieve studie in Duitsland beschreven wat mogelijke drempels voor patiënten zijn bij het bekomen van preventieve zorgen. Een gebrek aan motivatie en financiële zorgen spelen vaak een rol. Men kan zich in onze context de vraag stellen of het consult bij de verpleegkundige een drempel voor patiënten is of juist faciliterend werkt voor de opkomst. Door de verschillende opkomstcijfers is hier geen eenduidige conclusie te trekken.

GMD+ items

Interventies

De patiënten waren vooral goed in orde op het gebied van persoonlijke biochemische cardiovasculaire risicoinschatting en de opsporing van diabetes mellitus. Ze kwamen regelmatig voor een bepaling van het nuchtere cholesterol en de nuchtere glycemie. Beoogd

werd bij de patiënten jaarlijks een nuchtere bloedname te doen. Alhoewel de richtlijnen[27] toelaten dit in sommige doelgroepen minder dan jaarlijks te doen komen veel patiënten ook uit gewoonte om jaarlijks hun bloed te laten controleren. De doorstroom van het consult bij de verpleegkundige naar een consult bij de huisarts voor een bloedname is dan ook goed. Slechts 2 patiënten kwamen niet op een vervolgconsultatie voor een bloedname.

In onze praktijk loopt een project rond de opvolging van de tetanusvaccinaties[1]. Ondanks dat er voor tetanus een jaarlijks oproepsysteem bestaat was bij bijna de helft van de patiënten de tetanusvaccinatie niet in orde. Het consult bij de verpleegkundige gaf niet alleen een extra kans om patiënten te vaccineren maar ook om de gegevens van het EMD bij te werken als patiënten op een andere plaats in orde waren gemaakt voor hun tetanusvaccinatie.

In literatuur[28] werd beschreven dat de dekking van tetanus-vaccinatie in de leeftijdsgroep 40-65 jaar 87% zou zijn. Dit percentage is gebaseerd op het meten van antistoffen. In de manamathesis van Anneleen Verdonck[29] vond zij echter dat 48% van de patiënten in haar praktijk in orde waren met de tetanusvaccinaties, een cijfer dat aansluit op onze bevindingen. De vraag stelt zich waarom de dekking voor tetanusvaccinaties slechter of gelijk aan andere literatuur is. Bij het praktijkverbeterprojectvan de vorige HAIO werden 3019 patiënten aangeschreven. Tijdens haar project werden 618 patiënten gevaccineerd of administratief in orde gemaakt na vaccinatie elders. Dit project werd vorig jaar herhaald, evenwel zonder registratie van het aantal toegediende vaccinaties. Leeftijdsgegevens ontbreken in haar werk maar het lijkt erop dat patiënten in de leeftijdscategorie 45-75 jaar zich minder hebben laten vaccineren tijdens haar project. De vaccinatie dekking was immers niet hoger dan in een vergelijkbare praktijk zonder oproepsysteem voor tetanusvaccinaties. Aangezien de verpleegkundige bij het consult meteen een tetanusvaccinatie kon toedienen werd bijna iedereen die het nodig had opnieuw gevaccineerd. Ook op dit gebied lijkt het overlopen van het GMD+ via de verpleegkundige goed resultaten te geven.

In onze praktijk was er tot nu toe weinig aandacht voor het systematisch screenen van patiënten op darmkanker door middel van een iFOB. Via het GMD+ kwam hiervoor veel meer aandacht. Bij 75% van de patiënten was een nieuwe iFOB geïndiceerd. In drie gevallen werd vergeten een potje mee te geven aan de patiënt. Dit gebeurde steeds bij een patiënt die op consultatie was geweest bij een arts voor zijn of haar GMD+.

Uiteindelijk bracht van de mensen die een potje hadden meegekregen 71% hun staaltje binnen (29 patiënten). Geen enkele iFOB was positief. Het aantal patiënten dat hun staaltje daadwerkelijk retourneerde ter onderzoek is hoger dan dat Tine Ruymbeke[30] vond in haar onderzoek waar 66% van de patiënten hun FOB test binnenbracht. Bij het uitvoeren van de iFOB testen zijn er in onze praktijk twee zaken waar te nemen: het werd door de verpleegkundige nooit vergeten mee te geven en het percentage patiënten dat het potje terug binnenbracht was hoger dan in vergelijkbare studies in België. Hier kan het inschakelen van de verpleegkundige mogelijks een verschil maken. Dit werd ook al opgemerkt in de studie van Thompson[13] waar een gelijkaardig percentage (72%) FOB tests daadwerkelijk uitgevoerd werden als ze door de verpleegkundige gepland werden.

Van de vrouwen die nog een uitstrijkje moest laten afnemen lieten 2 patiënten dit bij de huisarts doen in kader van de GMD+ consultatie. Zij hadden beiden een afspraak gemaakt bij hun huisarts om de GMD+ vragenlijst te overlopen en tegelijk een uitstrijkje te laten maken. Een afspraak bij de huisarts heeft dan ook als voordeel dat zowel het GMD+ overlopen kan worden en uitgebreidere interventies zoals een uitstrijkje gedaan kunnen worden. Er werd slechts 1 uitstrijkje uitgevoerd na advies door de verpleegkundige. Dit lage aantal is in overeenstemming met de literatuur[3].

Het percentage patiënten dat in orde was met hun uitstrijkjes was merkbaar hoger in de groep die op GMD+ consultatie kwamen. In deze groep patiënten was het percentage patiënten dat in orde was na het GMD+ consult met 64% zelfs hoger dan de 59% die als Belgisch gemiddeld getoond wordt in een internationale studie[31]. De goede cijfers lijken niet door het consult bij de verpleegkundige te komen gezien slechts 1 patiënte een uitstrijkje liet maken na het bezoeken van de verpleegkundige.

Vrouwen die in aanmerking kwamen om mee te doen met het bevolkingsonderzoek voor de screening naar borstkanker werden aangespoord hieraan deel te nemen. Er bleken slechts 4 patiënten niet in orde te zijn. Hiervan kreeg de helft een aanvraag voor screenings-mammografie mee waarvan 1 het onderzoek liet doen nadat ze een aanvraag mee kreeg.

Registraties

Tijdens de GMD+ consultaties werd de registratie van rokers aanmerkelijk verbeterd, het aantal geregistreerde rokers verdrievoudigde. Het nagaan van de rookstatus is een eerste

stap om patiënten te laten stoppen met roken. In ons onderzoek gaf slechts 1 patiënt stappen te willen ondernemen om te stoppen met roken. Het percentage rokers in de groep patiënten die op consultatie kwamen is met 16% iets lager dan de 19,6% van de Belgische bevolking die volgens het WHO onderzoek rookte in 2008[32]. Ook dit kan een teken zijn dat er een bepaalde selectie (bias) plaatsvindt doordat mensen die preventie en gezondheid belangrijk vinden sneller voor een GMD+ consultatie naar de praktijk komen maar minder vaak zullen roken. Het lagere percentage bij de basismeting is waarschijnlijk een vertekening door een slechte registratie in het EMD. Niet het inschakelen van de verpleegkundige op zich maar wel het systematisch overlopen van een vragenlijst biedt een groot voordeel bij de registratie van rokers.

Patiënten interpreteerden hun levensstijl opvallend gezond. Maar liefst 95% beweerde dat ze dagelijks groente en fruit aten en 91% beweerde dagelijks 30 minuten te bewegen. Dit laatste cijfer over dagelijkse beweging werd ook door Feys gevonden[21]. Toch zijn deze cijfers niet realistisch. In het onderzoek van Tadevosian werden veel lagere cijfers gevonden[22]. Zij gebruikten niet de vragen zoals voorgesteld in de gezondheidsgids[27] maar een verfijndere versie. In haar onderzoek vond zij dat slechts 12% van de patiënten 7 maal per week 30 minuten lichaamsbeweging had. Meer dan 5 porties groente en fruit werd slechts door 8 patiënten dagelijks gegeten. Alhoewel het systematisch overlopen van een vragenlijst voordeel biedt bij de registratie van deze levensstijl-elementen is er een betere vraagstelling nodig voor een nauwkeurige meting.

Aantal interventies

Bij de meerderheid van de patiënten werd 1 of meer interventies uitgevoerd. Bij 41 patiënten werd 1 of meer interventies uitgevoerd die zonder de implementatie van het GMD+ via de verpleegkundige in onze praktijk zeer waarschijnlijk niet uitgevoerd waren. Er is dus zeker een verbetering van de opvolging van de preventieve acties bij de patiënten mogelijk door deze bij de verpleegkundige de vragenlijst te laten doorlopen.

Het aantal patiënten die slechts 1 interventie nodig hadden was echter 26 (47% van de patiënten). Bij 22 patiënten (40%) was de interventie een tetanusvaccinatie of het meegeven van materiaal voor een iFOB. Deze interventies waren nodig, dat wil zeggen dat hun huisarts nog niet de mogelijkheid had gezien om ze uit te voeren. Men kan zich de vraag stellen of

deze kleine interventies het rechtvaardigen dat de patiënt hiervoor apart moet terugkomen naar de huisartsenpraktijk. Deze afweging tussen gezondheidswinst en meer kosten werd in literatuur ook al gemaakt bij de Oxcheck[9] en British Heart Study[10-11]. Het betreft vaak patiënten die frequent de huisarts raadplegen. Als men deze kleine interventies zou kunnen integreren in de dagelijkse praktijk blijven er slechts 19 patiënten (35% van degenen die op GMD+ consultatie kwamen) over die een aanzienlijke winst bekomen (2 of meer interventies) door het GMD+ bij de verpleegkundige te doorlopen.

Beperkingen

Deze studie kent een aantal beperkingen. De opzet van het onderzoek was om de haalbaarheid van in te schatten van het afnemen van het GMD+ door de verpleegkundige. Ondanks dat de patiënten gevraagd werd een afspraak te maken bij de verpleegkundige maakte een substantieel deel van de patiënten een afspraak bij hun eigen huisarts. De patiënten in onze praktijk waren niet gewend bij de verpleegkundige op afspraak te komen tenzij voor specifieke onderzoeken zoals spirometrie of een ECG. Patiënten moeten vermoedelijk wennen aan het feit dat de verpleegkundige zelfstandig een consultatie doet in plaats van hun eigen huisarts. Door dit aandeel patiënten dat een afspraak maakte bij de huisarts wordt de informatie over de interventies en het aantal vervolg consultaties duidelijk vertekend. Patiënten konden tijdens deze consultaties een uitgebreidere interventie zoals een uitstrijkje in hetzelfde consult ondergaan terwijl hier anders een aparte afspraak voor gemaakt zou moeten worden. De tijdswinst voor de artsen is hierdoor moeilijk nauwkeurig uit te drukken.

De patiënten die geselecteerd werden in het EMD om opgeroepen te worden konden slechts geselecteerd worden als zij de laatste 2 jaar nog op consultatie in de praktijk geweest waren. Alhoewel deze patiënten handmatige uitgeselecteerd werden, kregen waarschijnlijk toch nog patiënten die niet meer in onze praktijk kwamen een brief gezien 1 van de collega's recent de praktijk had verlaten. Niet alle patiënten die met haar meeverhuisd zijn werden geïnactiveerd in het EMD. De grens tussen patiënten die vermoedelijk nog naar onze praktijk kwamen en zij die vermoedelijk verhuisd waren of een andere huisarts gekozen hebben, werd bepaald door te kijken naar de laatste consultatie datum. De periode van 2 jaar is arbitrair. Patiënten die wel nog in onze praktijk zouden komen bij ziekte, maar heel weinig

bij een dokter komen, kregen daardoor geen oproep. Dit is te verdedigen om mensen die een andere huisarts hebben niet aan te schrijven. Nadeel van deze methode is wel dat er een selectie optreedt waarbij mensen die niet frequent naar de huisarts komen en daarmee mogelijks minder goed in orde zijn met hun preventieve onderzoeken afvallen.

Het oproepsysteem met een brief zorgde ervoor dat bij 14% van de opgeroepen patiënten de GMD+ module overlopen werd. Doordat de verantwoordelijkheid voor het maken van een afspraak bij de patiënt ligt vind hier onvermijdelijk selectie plaats van patiënten die preventie zelf belangrijk vinden. Hierdoor komen vooral mensen die al in orde zijn met hun onderzoeken en interventies op de oproep af om deel te nemen aan een preventief onderzoek.

De winst die gehaald kan worden door het GMD+ bij de verpleegkundige te overlopen is erg afhankelijk van het aantal nieuwe onderzoeken die gepland moeten worden. Als patiënten al in hoge mate in orde zijn met de items van GMD+ lijst is de toegevoegde waarde van het consult bij de verpleegkundige laag. Het biedt vooral voordeel op gebieden waar veel patiënten nog onderzocht moeten worden. In onze praktijk was dat vooral op bij het uitvoeren van iFOBs. Als de patiënten na enige tijd beter in orde zijn met hun GMD+ daalt de waarde van het bijkomend consult bij de verpleegkundige.

Om het afnemen van de vragenlijst te stroomlijnen en in overeenkomst te brengen met de praktijkvoering onze huisartsenpraktijk werden sommige richtlijnen aangepast. Alhoewel het doen van een jaarlijkse bloedname niet altijd strikt nodig wordt dit bij veel patiënten gedaan. Als de richtlijnen over het nemen van serum cholesterol en nuchter glycemie strikt aangehouden werden zouden er minder bloednames nodig geweest zijn.

Conclusie

In dit onderzoek werd nagegaan of het mogelijk was de verpleegkundige in te schakelen bij het afnemen van een GMD+ met een tijdsbesparing voor de artsen als gevolg. Dit is in de praktijk goed mogelijk gebleken. Tijdens 28 consultaties bij de artsen werden door de ondersteuning van de verpleegkundige in totaal 55 GMD+ modules afgenomen.

Er is waarschijnlijk een voordeel bij het uitvoeren van iFOB testen via de verpleegkundige. Na het inschakelen van de verpleegkundige werden meer iFOBs uitgevoerd. In vergelijking met een andere studie in België werden de potjes ook vaker terug binnen gebracht.

Bij de meerderheid van de patiënten waren er 1 of meerdere interventies nodig voor het in orde maken van de lijst van het GMD+. Hierdoor was er een verbetering van de opvolging van de preventieve acties van het GMD+ door deze patiënten op consultatie te laten komen bij de verpleegkundige. Er was echter een deel van de patiënten (25%) die geen interventies nodig had. Bovendien was er een groot deel van de patiënten die geen uitgebreide interventie nodig had (40%). Men kan zich dan ook de vraag stellen of het gerechtvaardigd kan worden patiënten speciaal op bezoek te laten komen voor een enkele interventie of registratie.

Naarmate patiënten beter in orde zijn met hun preventie zal de gemiddelde winst in termen van aantal nieuwe registratie van gegevens en preventie interventies kleiner worden. Het GMD+ consult bij de verpleegkundige lijkt dan ook eerder een manier om patiënten eenmalig in orde te brengen met hun GMD+ checklist. Als de patiënten voor bijna alles in orde zijn kan er beter op een andere manier te werk worden gegaan om de patiënten up to date te houden. Er kan worden nagedacht over betere selectie van de patiënten die opgeroepen worden voor een consult bij de verpleegkundige. Ook zijn er mogelijks andere manieren om de patiënt te bereiken die op een gewone consultatie komt. Alhoewel werkplannen in het EMD een goede herinnering kunnen zijn, wordt er niet altijd tijd gevonden deze werkplannen uit te voeren. Er is verder onderzoek nodig naar hoe preventie het best uitgevoerd wordt om te zien hoe we nog beter de patiënten kunnen bereiken op een manier die werkbaar is voor de artsen.

Referenties

1 Lenders N. Kan de praktijkverpleegkundige een meerwaarde bieden in de preventieve taak van de huisarts? Opstellen van een methode met toetsing in de praktijk door middel van tetanus-vaccinatie. Manama-thesis, 2011.

2 Baeten R, Govaerts F, Jacobs L, Smets A, Smets K, Teughels S, et al. Gezondheidsgids, handleiding voor preventie in de huisartsenpraktijk. Berchem: Domus Medica, 2010.

3 Kelley CG, Daly BJ, Anthony MK, Zauszniewski JA, Stange KC. Nurse Practitioners and Preventive Screening in the Hospital. Clin Nurs Res 2002; 11: 433-449.

4 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.

5 Hulscher ME, Wensing M, van Der Weijden T, Grol R. Interventions to implement prevention in primary care. Cochrane Database Syst Rev. 2001;(1):CD000362.

6 Stange KC, Goodwin MA, Zyzanski SJ, Dietrich AJ. Sustainability of a practice-individualized preventive service delivery intervention. Am J Prev Med. 2003 Nov;25(4):296-300.

7 Baskerville NB, Liddy C, Hogg W. Systematic review and meta-analysis of practice facilitation within primary care settings. Ann Fam Med. 2012 Jan-Feb;10(1):63-74.

8 Fullard E, Fowler G, Gray M. Promoting prevention in primary care: controlled trial of low technology, low cost approach. Br Med J (Clin Res Ed). 1987 Apr 25;294(6579):1080-2.

9 Effectiveness of health checks conducted by nurses in primary care: final results of the OXCHECK study. Imperial Cancer Research Fund OXCHECK Study Group. BMJ. 1995 Apr 29;310(6987):1099-104.

10 British family heart study: its design and method, and prevalence of cardiovascular risk factors. Family heart study group. Br J Gen Pract. 1994 Feb;44(379):62-7.

11 Randomised controlled trial evaluating cardiovascular screening and intervention in general practice: principal results of British family heart study. Family Heart Study Group. BMJ. 1994 Jan 29;308(6924):313-20.

12 Pill R, French J, Harding K, Stott N. Invitation to attend a health check in a general practice setting: comparison of attenders and non-attenders. J R Coll Gen Pract. 1988 Feb;38(307):53-6.

13 Thompson NJ, Boyko EJ, Dominitz JA, Belcher DW, Chesebro BB, Stephens LM, et al. A randomized controlled trial of a clinic-based support staff intervention to increase the rate of fecal occult blood test ordering. Prev Med. 2000 Mar;30(3):244-51.

14 Koelewijn-van Loon MS, van Steenkiste B, Ronda G, Wensing M, Stoffers HE, Elwyn G, et al. Improving patient adherence to lifestyle advice (IMPALA): a cluster-randomised controlled trial on the implementation of a nurse-led intervention for cardiovascular risk management in primary care (protocol). BMC Health Serv Res. 2008 Jan 14;8:9.

15 Koelewijn-van Loon MS, van der Weijden T, van Steenkiste B, Ronda G, Winkens B, Severens JL, et al. Involving patients in cardiovascular risk management with nurse-led clinics: a cluster randomized controlled trial. CMAJ. 2009 Dec 8;181(12):E267-74.

16 Voogdt-Pruis HR, Beusmans GH, Gorgels AP, Kester AD, Van Ree JW. Effectiveness of nurse-delivered cardiovascular risk management in primary care: a randomised trial. Br J Gen Pract. 2010 Jan;60(570):40-6.

17 Laurant MG, Hermens RP, Braspenning JC, Sibbald B, Grol RP. Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners: randomised controlled trial. BMJ. 2004 Apr 17;328(7445):927.

18 Cochrane T, Gidlow CJ, Kumar J, Mawby Y, Iqbal Z, Chambers RM. Cross-sectional review of the response and treatment uptake from the NHS Health Checks programme in Stoke on Trent. J Public Health (Oxf). 2013 Mar;35(1):92-8.

19 DILLEN J.WVVH-Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Preventie van tetanus en difterie bij volwassenen: vaccinatie en profylactische aanpak. Berchem:WVVH,2001.

20 Rowies D. Wat is de tevredenheid van 45-55 jarige patiënten die voor de eerste maal een systematisch preventieconsult aangeboden krijgen? Manamathesis, 2012.

21 De Cort P. Het belang van de familiale voorgeschiedenis bij het inschatten van het globale cardiovasculaire risico. Minerva 2012; 11(10): 125-126.

22 Feys C. Implementatie van de preventiemodule (op basis van de gezondheidsgids): Wat is de responsratio en wat vindt de patiënt hiervan? Manama-thesis, 2012.

23 Nielen MMJ, Van der Meer V, Assendelft WJJ, Schellevis FG. Eerste ervaringen met het PreventieConsult Cardiometabool risico. Huisarts Wet 2011;54(8):414-9.

24 De Clerck K. Optimaliseren van preventie in de huisartspraktijk door gebruik te maken van een "call" en de medische vragenlijst van de gezondheidsgids. Manama-thesis, 2012.

25 Tadevosian L. Hoe kan een call recall methode, vertrekkende van de bekende gegevens in het EMD, de GMD+ status van de patiënt vervolledigen? Registratie van lifestylefactoren en sociale determinanten in een huisartsenpraktijk. Manama-thesis, 2012.

26 Vandenberghe S, Cosyn E. Het algemeen preventieconsult: een zorg voor iedereen? Manamathesis, 2012.

27 De Cort P. De implementatie van preventie in de eerste lijn: drempels en mogelijkheden Minerva 2011; 10(10): 118-118.

28 Theeten H, Hutse V, Hens N, Yavuz Y, Hoppenbrouwers K, Beutels P, et al. Are we hitting immunity targets? The 2006 age-specific seroprevalence of measles, mumps, rubella, diphtheria and tetanus in Belgium. Epidemiol. Infect. (2011), 139, 494–504

29 Verdonck A. Preventie: Hoe goed denkt de patiënt opgevolgd te worden? Kan deze opvolging verbeterd worden door het GMD+? Manama-thesis, 2013.

30 Ruymbeke T. Impact van de invoering van het preventieplan op de screening naar colorectaalkanker. Manamathesis, 2012.

33 Cancer Care Ontario. Ontario Cervical Screening Program Report, 2003–2008.Toronto: October 2011. Beschikbaar via: http://www.cancercare.on.ca/common/pages/ UserFile.aspx?fileId=117127. Geraadpleegd 30 april 2013.

32 Belgium. World Health Organization - NCD Country Profiles, 2011. Beschikbaar via: http://www.who.int/nmh/countries/bel_en.pdf Geraadpleegd 15 april 2013.

Bijlage 1: Invulblad verpleegkundige

NAAM PATIËNT: **DATUM:** **ARTS:**	**GEBOORTEDATUM:**
EMD Laatste bloedname?	.. / .. / ..
ROOKSTATUS	
Roken of niet?	Ja Nee
Iets aan willen doen?	Ja Nee
ADVIES GEZONDE VOEDING EN FYSIEKE ACTIVEITEIT	
Eet u dagelijks groente en fruit?	Ja Nee
Komt u aan gemiddeld 30 minuten lichaamsbeweging per dag?	Ja Nee
OPSPORING VAN DIABETES	
Heeft u suikerziekte?	Ja Nee
Zwangerschaps suikerziekte?	Ja Nee NVT
Baby van meer dan 4,5 kg?	Ja Nee NVT
Vader, moeder, broer of zus suikerziekte? Op welke leeftijd?	Nee Ja,namelijk:
VACCINATIES	
Ooit pneumokokken- vaccinatie gehad?	Ja Nee
Tetanus (spuit tegen de klem) status gekend?	Ja Nee
Indicatie pneumokokkenvaccinatie?	Ja Nee
BORSTKANKER bij vrouwen	
Laatste mammografie in EMD.	
Borstkanker gehad?	Ja Nee
Borstkanker bij familie leden?	
Eierstokkanker bij familie leden?	
Laatste mammografie?	
BAARMOEDERHALSKANKER bij vrouwen	
Laatste uitstrijkje in EMD	
Operaties aan de baarmoeder?	Ja Nee
Uitstrijkjes bij gynaeco of bij HA	GYN HA
Laatste uitstrijkje	.. / .. / ..
COLORECTALE KANKER	
Familieleden met dikkedarm kanker (op welke leeftijd)? Noteer juiste familie band.	
Laatste colonoscopie of iFOB?	.. / .. / ..
GEBRUIK VAN ALCOHOL	Optelsom:

Hoe vaak drink je alcohol?	0 Nooit	1< maandelijks	2 2-4x/mnd	3 2-3x/w	4 4 of meer/w
Wanneer je drinkt, hoeveel glazen meestal per gelegenheid?	0 1 of 2	1 3 of 4	2 5 of 6	3 7-9	4 10 of meer

Hoe vaak meer dan 6 glazen?	0 Nooit	1 Minder dan maandelijks	2 Maandelijks	3 Wekelijks	4 (Bijna) dagelijks

PEILEN NAAR DEPRESSIEVE KLACHTEN	
Voelt u zich laatste tijd depressief of minder goed in uw vel?	Ja Nee
Wilt u hier eens met de dokter over spreken?	Ja Nee
CARDIOVASCULAIR RISICO	
Gebruikt u medicijnen tegen de bloeddruk?	Ja Nee
Mensen in de familie met een hartinfarct, hersenbloeding ? Noteer welke fam band en op welke leeftijd.	
Bloeddruk	..... mmHg

Lengte: ……cm	Lichaamsgewicht: ……..kg	Buikomtrek: …….cm (M 102 V 88)
Chol risicofactor:		

Bijlage 2: Overzichtsblad verpleegkundige

Geen iFob maar overleg arts als:

- Familieleden met dikkedarm kanker
- Ooit al eens poliepen in de darm gehad
- Crohn of colitis ulcerosa

AUDIT-vragen	0	1	2	3	4	Score
Hoe vaak drink je alcohol?	Nooit	Maandelijks of minder	2 à 4 keer per maand	2 à 3 keer per week	4 of meer keer per week	.....
Wanneer je drinkt, hoeveel standaardglazen* drink je dan gewoonlijk op een dag?	1 of 2	3 of 4	5 of 6	7 of 9	10 of meer	.....
Hoe vaak gebeurt het dat je zes of meer standaardglazen drinkt bij één enkele gelegenheid?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	.....
Bij een score ≥5 (mannen <65 jaar) of ≥4 (vrouwen alle leeftijden en mannen ≥65 jaar): ga verder met de volgende vragen:						.....
Hoe vaak had je het afgelopen jaar het gevoel dat je, van zodra je begon, niet meer kon stoppen met drinken?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	.....
Hoe vaak ben je er, door je drinkgedrag, het afgelopen jaar niet in geslaagd te doen wat normaal van je werd verwacht?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	.....
Hoe vaak heb je het afgelopen jaar 's morgens behoefte gehad aan alcohol om jezelf er weer bovenop te helpen nadat je zwaar was doorgezakt?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	.....
Hoe vaak heb je het afgelopen jaar schuld of berouw gevoeld nadat je gedronken had?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	.....
Hoe vaak kon je je het afgelopen jaar de gebeurtenissen van de avond voordien niet herinneren omdat je gedronken had?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	.....
Raakte jij zelf of iemand anders ooit gewond ten gevolge van je drinkgedrag?	Nooit		Ja, maar niet in het laatste jaar		Ja, in het laatste jaar	.....
Heeft een vriend, dokter of andere gezondheidswerker zich ooit zorgen gemaakt over je drinkgedrag of je aangeraden minder te drinken?	Nooit		Ja, maar niet in het laatste jaar		Ja, in het laatste jaar	.....
De optelsom van de cijfers van de antwoorden op alle tien vragen:					**AUDIT-score**	.....

* Een standaardglas alcohol komt overeen met een glas bier van 250 ml met 5% alcohol, 100 ml wijn met 12% alcohol, 40 ml likeur (bijvoorbeeld jenever) met 25% alcohol, 30 ml sterke drank (bijvoorbeeld cognac) met 40% alcohol.

Zo nodig afspraak maken voor:

- Nuchtere bloedname
- Uitstrijkje, mammografie bespreken

Werkplan invullen voor:

- Uitstrijkje
- Screeningsmammografie
- Ifob

Opletten op:

Invullen ziekten in de familie, band familielid en leeftijd bij antecedenten.
Aanmaken apart consult 'gmd+' met meetwaarden.
Als al een colonoscopie gehad: werkplan aanmaken met instructies specialist uit verslag coloscopie.

Bijlage 3: Oproepbrief

Praktijk de Berm

Paal, datum

Preventie

Voorkomen is beter dan genezen. Bij steeds meer ziekten kunnen we in een vroeg stadium ingrijpen om erger te voorkomen.

Van een aantal van deze zaken bent u ongetwijfeld op de hoogte: er wordt al gescreend op borstkanker en bij veel mensen wordt het cholesterol en de bloeddruk gemeten om te kijken of er een verhoogd risico op hart- en vaatziekten is.

Naarmate de lijst langer wordt van ziekten die we in het oog willen houden groeit ook de kans dat bij u nog niet alles van de lijst is afgevinkt. Wanneer was uw laatste uitstrijkje? Hoe lang is het geleden dat uw bloeddruk gemeten is? Komen er bepaalde ziekten voor in uw familie? Is uw spuit tegen de klem in orde?

We willen u dan ook vrijblijvend uitnodigen een afspraak in onze praktijk te maken voor een preventief onderzoek. Hierbij wordt samen met de verpleegster een lijst overlopen met ziekten die we vroegtijdig kunnen opsporen. Voor een aantal ziekten is het erg nuttig om een regelmatige controle uit te voeren.

De overheid heeft voor dit preventieve luik van huisartsgeneeskunde het GMD+ (Globaal medisch dossier +)in het leven geroepen. Dit is een aanvulling op het GMD .

Samengevat:

> We nodigen u uit om een afspraak te maken bij de verpleegster voor een preventief onderzoek voor het GMD+. Dit kan door te bellen naar de praktijk tussen 0800h en 1300h en tussen 1600h en 1900h op het nummer 011-422009.
>
> .

De lijst is afgedrukt op de achterkant van de brief.

Met vriendelijke groet,

Huisartsenpraktijk De Berm

Naam:	Huisarts:
Hoe oud bent u?	……
Neemt u medicatie tegen te hoge bloeddruk?	JA / NEE
Heeft u diabetes (suikerziekte?)	JA / NEE
Heeft u een hart- of vaatziekte gehad? Bijvoorbeeld een hartaanval, beroerte (attack, CVA, TIA).	JA / NEE
Heeft uw vader of broer een hart- of vaatziekte gehad voor zijn 55 jaar?	JA / NEE
Heeft uw moeder of zus een hart- of vaatziekte gehad voor haar 65 jaar?	JA / NEE

Rookt u?	JA / NEE
Eet u dagelijks groenten en fruit?	JA / NEE
Komt u aan 30 minuten lichaamsbeweging per dag?	JA / NEE
Is er ooit een verhoogde suiker gemeten in uw bloed?	JA / NEE / Ongekend
Had u verhoogde suiker tijdens een ziekenhuisopname of de zwangerschap?	JA / NEE/ Ongekend
Bent u bevallen van een baby van meer dan 4,5kg?	JA / NEE / Nvt
Heeft uw vader, moeder, broer of zus diabetes (suikerziekte)?	JA / NEE
Wanneer was uw laatste vaccinatie tegen de klem (tetanus)?	.. / .. / …. Onbekend
Bent u hart of longpatiënt?	JA / NEE
Is uw milt verwijderd met een operatie of heeft u een ziekte waardoor uw milt niet goed meer werkt?	JA / NEE
Voor alle vrouwen: komt er borstkanker of eierstokkanker voor in uw familie?	JA / NEE
Voor vrouwen vanaf 50 jaar: is uw laatste mammografie meer dan 2 jaar geleden?	JA / NEE
Gaat u voor uw uitstrijkjes bij de gynaecoloog of laat u ze bij de huisarts doen?	GYN / HA
Voor vrouwen vanaf 25 tot en met 65 jaar: is uw uitstrijkje meer dan 3 jaar geleden?	JA / NEE

Komt er darmkanker of darmpoliepen voor bij uw vader, moeder, broer of zus?	JA / NEE
Drinkt u alcohol?	Regelmatig / Soms / Nooit

Bijlage 4: Rondvraag aan de artsen

1. Naam: Aantal jaren praktijk:
   Type praktijk: Ondersteunend personeel:
   Merk electronisch dosier:

2. Gebruikt u het GMD? O Ja O Nee
3. Gebruikt u het GMD+? O Ja O Nee
   - Zo ja:
     - Bij welke patiënten gebruikt u het GMD+?
       O Iedereen die in aanmerking komt
       O Sporadisch bij mensen die in aanmerking komen
       O Bij routine bloednames
       O Bij het GMD af te sluiten
       O Anders, nl:
       .....

     - Laat u patiënt apart terug komen voor een (preventie)consult?
       O Ja O Nee
       Opmerkingen:
       .....

     - Wordt ondersteunend personeel betrokken bij het GMD+?
       O Ja O Nee O Nvt
       Opmerkingen:
       .....

     - Gebruikt u ondersteunend materiaal zoals folders bij advies gezonde voeding en beweging?
       O Ja O Nee
       Opmerkingen:
       .....
     - Hoeveel GMD+ modules sluit u per maand ongeveer af?
       - 0
       - 1-5
       - 6-10
       - 11-15
       - 16-20
       - 20-30
       - 30-40
       - Meer dan 40

   - Zo nee:
     - Is er een welbepaalde reden voor het niet gebruiken van het GMD+?
       - Geen tijd

- Voegt medisch gezien niets toe
- Alles of bijna alles van de lijst werd al gedaan
- Anders:

  .....

  .....

4. Welke meerwaarde heeft het GMD+ voor u in de praktijk?

.....
.....
.....
.....

5. Zijn er volgens u de tekortkomingen aan het GMD+?
   - Op administratief vlak

     .....

     .....

     .....
   - Op medisch vlak

     .....

     .....

     .....

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst!