Preventieconsult in de huisartsenpraktijk: rolverdeling tussen arts en verpleegkundige

Joelle Demaerel en Jill Huygens, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dr. Hilde Bastiaens

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2023 – 2026]

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Dankwoord

Na een boeiende en uitdagende periode van onderzoek, analyse en schrijfwerk is deze masterproef succesvol afgerond. Hierbij willen wij graag onze waardering uitspreken aan iedereen die ons tijdens dit proces heeft ondersteund en begeleid.

In de eerste plaats gaat onze dank uit naar onze promotor, Prof. Dr. Hilde Bastiaens, voor haar professionele begeleiding en waardevolle feedback gedurende het volledige traject. Haar expertise en inzichten hebben in belangrijke mate bijgedragen aan de realisatie van deze masterproef.

Daarnaast wensen wij ook onze dank uit te spreken aan de collega's van Huisartsenpraktijk Moveo, met bijzondere vermelding voor Dr. Sofie Belis en Isha Van der Sanden. Dankzij hun medewerking, steun en inzet konden wij dit kwaliteitsverbeterend project tot een goed einde brengen.

Inhoudsopgave

Abstract 5

Inleiding 6

Methode 7-18

1. Introductie 7

1.1 Aanleiding

1.2 Inhoud en doelstellingen

1.3 Onderzoeksvragen

2. Oriënterend literatuuronderzoek 8-18

2.1 Zoekstrategie 8-9

2.2 Resultaten 10-18

a. Belang van preventie in de geneeskunde

b. Richtlijnen en best practices

c. Rol en meerwaarde van de verpleegkundige

d. Uitdagingen bij implementatie

2.3 Slotnota 18

3. Kwaliteitsverbeterproject 19

3.1 Verkennende gesprekken 19

3.2 Kwaliteitsverbeterende aanpak 20-24

a. Context: Huisartsenpraktijk Moveo

b. Onderzoeksopzet en populatie

c. Doelstellingen

d. Model for Improvement met PDCA-cycli

e. Dataverzameling

f. Ethische overwegingen

Resultaten 25-31

1. Doorlopen van de PDCA-cycli 25-28

1.1 Wervingscyclus

1.2 Praktijkprotocol

1.3 Haalbaarheid

1.4 Afronding en vooruitblik

2. Indicatoren voor evaluatie 28-31

Discussie 31-34

Conclusie 35-36

Referenties 37-41

Bijlagen 41-63

Abstract

Context

De toenemende vergrijzing en de stijgende prevalentie van chronische aandoeningen zorgen voor een groeiende druk op de eerstelijnszorg. Preventieve geneeskunde speelt een essentiële rol in het vroegtijdig opsporen en aanpakken van risicofactoren, maar komt in de praktijk vaak onder druk te staan door tijdsgebrek en organisatorische beperkingen. Multidisciplinaire samenwerking, in het bijzonder met praktijkverpleegkundigen, biedt mogelijkheden om preventieve zorg beter te integreren in de dagelijkse werking van de huisartsenpraktijk.

Onderzoeksvraag

Deze thesis onderzoekt hoe preventieconsulten op een haalbare en gestructureerde manier kunnen worden geïmplementeerd in huisartsenpraktijk Moveo, met specifieke aandacht voor de rol van de praktijkverpleegkundige, de taakverdeling binnen het team en de organisatorische haalbaarheid van deze aanpak.

Methode

Er werd een prospectief kwaliteitsverbeterend project uitgevoerd volgens het Model for Improvement met opeenvolgende PDCA-cycli. Op basis van literatuuronderzoek en gesprekken met andere praktijken ontwikkelden we een protocol geïnspireerd op de Gezondheidsgids van Domus Medica. Patiënten van 40-75 jaar werden gerekruteerd voor preventieconsulten die door praktijkverpleegkundige en arts werden uitgevoerd volgens dit protocol, met expliciete aandacht voor taakverdeling. Proces- en resultaatindicatoren werden systematisch geregistreerd en dienden telkens om het protocol bij te sturen

Resultaten

Tijdens vier opeenvolgende PDSA-cycli werden in totaal 28 preventieconsulten uitgevoerd, met een geleidelijke toename en progressief duidelijkere taakverdeling tussen arts en verpleegkundige. De consultduur werd gereduceerd tot gemiddeld 30 minuten en het aantal overlegmomenten daalde. Daarnaast werd een toename gezien in het aantal gedetecteerde risicofactoren, voornamelijk op vlak van levensstijl (n=27), obesitas (n=16) en hypercholesterolemie (n=9). Ook het aantal preventieve interventies nam toe, met leefstijladvies (n=23), bloedafnames (n=19) en vaccinaties (n=12) als meest frequente acties. Het integreren van het preventieconsult bij intakegesprekken voor nieuwe patiënten bleek de meest haalbare aanpak om een brede patiëntenpopulatie te bereiken.

Conclusie

Het project toont dat preventieconsulten succesvol kunnen worden geïmplementeerd in de huisartsenpraktijk, met betere risicodetectie en systematische opvolging. De praktijkverpleegkundige speelt hierin een sleutelrol. Tegelijk moet preventie kritisch benaderd worden, aangezien meer screening niet automatisch leidt tot gezondheidswinst en overdiagnose kan veroorzaken. Daarnaast bereiken preventieconsulten aanvankelijk vooral de “worried well”, wat gezondheidsongelijkheid kan vergroten. Een risicogestuurde aanpak en integratie in bestaande zorgmomenten lijken essentieel om haalbaarheid en rechtvaardigheid te verbeteren. Verdere structurele en beleidsmatige ondersteuning blijft noodzakelijk voor duurzame implementatie.

Inleiding

De vergrijzing van de bevolking en de toename van welvaartsziekten zoals diabetes type 2, obesitas en hart- en vaatziekten vormen een groeiende uitdaging voor onze samenleving en de gezondheidszorg. Deze ontwikkelingen leiden tot een grotere vraag naar zorg en stijgende kosten, waardoor de druk op het zorgsysteem toeneemt (1). In dit licht wordt het belang van preventieve geneeskunde steeds duidelijker: door ziekten te voorkomen in plaats van enkel te behandelen, kunnen we de druk op de zorg verlichten en de levenskwaliteit van mensen verbeteren (2).

De huisarts speelt hierin een cruciale rol. Als eerste aanspreekpunt binnen de gezondheidszorg kan de huisarts vroegtijdig ziektesymptomen herkennen en preventieve maatregelen nemen, zoals gezondheidsvoorlichting, leefstijladvies en het uitvoeren van screenings. Dankzij de vertrouwensband met patiënten is de huisarts goed gepositioneerd om preventie bespreekbaar te maken en patiënten hierin te begeleiden.

Toch blijkt in de praktijk, door de hoge werkdruk en door tijdsgebrek binnen veel praktijken, dat preventieve zorg vaak in het gedrang komt (3). Een mogelijke oplossing hiervoor, en tegelijk een kans om preventie meer structureel te verankeren in de huisartsenpraktijk, ligt in multidisciplinaire samenwerking. De integratie van verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk kan een waardevolle rol spelen bij preventie, bijvoorbeeld door het uitvoeren van screenings, het geven van leefstijladvies en het opvolgen van risicopatiënten. Onderzoek toont aan dat verpleegkundigen effectief kunnen bijdragen aan preventieve zorg en zo de huisarts kunnen ontlasten (4). Toch is het gestructureerd samenwerken tussen huisartsen en verpleegkundigen in de praktijk nog niet vanzelfsprekend. Er is nood aan duidelijke protocollen, taakafspraken en een heldere rolverdeling om deze samenwerking optimaal te laten verlopen.

Deze thesis richt zich op de gestructureerde en praktisch haalbare implementatie van preventieconsulten in huisartsenpraktijk Moveo, met nadruk op de rol van de praktijkverpleegkundige, de taakverdeling in het team en de organisatorische uitvoerbaarheid. Met behulp van de Gezondheidsgids van Domus Medica – een evidence-based instrument met gepersonaliseerde preventieadviezen via risicoprofiel berekening – (5) ontwikkelen we een protocol voor een praktische integratie van preventie in het dagdagelijkse praktijk voeren. We willen zo bijdragen aan een efficiënter zorgproces en de kwaliteit van preventieve geneeskunde binnen de praktijk versterken.

Methode

1. Introductie

1.1 Aanleiding

In huisartsenpraktijk Moveo te Schoten ontbreekt momenteel een gestructureerde preventieaanpak. Er zijn nog geen duidelijke afspraken over de organisatie van preventieconsulten en de taakverdeling tussen artsen en verpleegkundigen.

Er bestaan beperkte Belgische richtlijnen voor de implementatie en taakverdeling van preventieconsulten in de eerstelijnszorg. De Gezondheidsgids biedt inhoudelijke aanbevelingen, maar mist specifieke ondersteuning voor integratie van praktijkverpleegkundigen. Dit vormt de aanleiding voor ons praktijkverbeterend project.

1.2 Inhoud en doelstellingen

Het project focust op de ontwikkeling en implementatie van een systematisch preventieplan voor huisartsenpraktijk Moveo, met bijzondere aandacht voor de taakverdeling tussen arts en verpleegkundige. De methodologie is opgebouwd volgens de principes van kwaliteitsverbeterend onderzoek.

Als eerste stap voeren we oriënterende gesprekken met andere groepspraktijken die preventie reeds systematisch integreren, om hun aanpak en uitdagingen in kaart te brengen. Vervolgens wordt een oriënterend literatuuronderzoek uitgevoerd naar het belang van preventie in de eerstelijnsgeneeskunde, reeds bestaande (inter-)nationale richtlijnen voor de integratie van preventieconsulten en de rol en meerwaarde van verpleegkundigen, evenals de daarmee gepaard gaande uitdagingen. Op basis van deze bevindingen ontwikkelden we een systematisch preventieplan voor huisartsenpraktijk Moveo volgens een kwaliteitsverbeterend traject met opeenvolgende PDCA-cycli.

1.3 Onderzoeksvragen

We gaan in deze scriptie op zoek naar antwoorden op de volgende vragen:
1. Wat zijn de ervaringen van huisartsen en verpleegkundigen met de implementatie van preventieconsulten in groepspraktijken?
2. Wat zijn hierbij de voornaamste implementatie-uitdagingen?
3. Hoe kunnen we, in samenwerking met praktijkverpleegkundigen, preventieconsulten in huisartsenpraktijken implementeren?
4. Is deze implementatie organisatorisch haalbaar binnen de bestaande taaklast en tijdsdruk van een huisartsenpraktijk?

2. Oriënterend literatuuronderzoek

2.1 Zoekstrategie

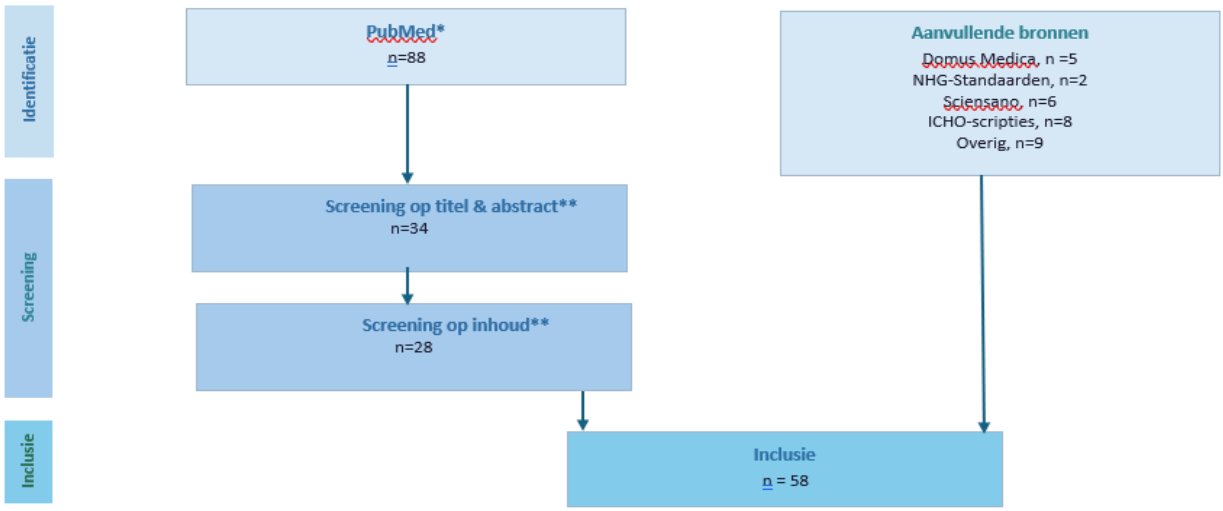
Voorafgaand aan de opstelling en uitvoering van het praktijkverbeterend project werd een oriënterend literatuuronderzoek uitgevoerd volgens een PEO-opzet (Population: huisartsenpraktijken; Exposure: implementatie van preventieconsulten met praktijkverpleegkundigen; Outcome: haalbaarheid en effectiviteit). Dit onderzoek had als doel om inzicht te verkrijgen in de volgende kernvragen:

1. Wat is het belang van preventie binnen de eerstelijnsgeneeskunde?
2. Welke richtlijnen en best practices bestaan er voor de implementatie van preventieconsulten in de eerstelijnszorg?
3. Wat is de rol en meerwaarde van een verpleegkundige binnen de huisartsenpraktijk?
4. Welke uitdagingen worden ervaren bij de implementatie van een preventieconsult in een huisartsenpraktijk?

Voor het beantwoorden van deze vragen werden verschillende bronnen geraadpleegd.
We includeerden 26 wetenschappelijke artikelen verkregen via PubMed . In de eerste fase werden op basis van titel en abstract alleen artikelen geselecteerd die aansloten bij de onderzoeksvragen. In de tweede fase werden de volledige teksten van deze geselecteerde artikelen beoordeeld aan de hand van vooraf vastgestelde in- en exclusiecriteria

Verder includeerden we 5 artikels van Domus Medica, 2 van de NHG-Standaarden en 5 van Scienscano. Ter aanvulling werd de ICHO-databank geraadpleegd, waarin 9 relevante scripties van studenten huisartsgeneeskunde zijn opgenomen. Bovendien werden 9 relevante artikels geïdentificeerd via de referentielijsten van reeds bestudeerde artikels en publicaties.

Onderstaande figuur toont de flowchart van de zoekstrategie:



*: De initiële zoekopdracht in PubMed werd uitgevoerd met behulp van de volgende MeSH-termen: *("Primary Health Care" OR "Family Practice" OR "General Practitioner#")) AND (("Preventive Health Services" OR "Prevention" OR "Primary Prevention" OR "Preventive Medicine")*
Vervolgens werd de zoekstrategie verder verfijnd door aanvullende MeSH-termen toe te voegen: *AND ("Nursing" OR "Advanced Practice Nurse" OR "Advanced Nurse Practitioner" OR "Nurse Practitioner#" OR "Primary Care Nursing" OR "Primary Nursing" OR "Family Nurse Practitioners" OR "Delegation, Professional" OR "Task Delegation")*

**:

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
- Gericht op preventieconsulten binnen de eerstelijnszorg - Bespreking rol van verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk - Engelstalige of Nederlandstalig - Gepubliceerd sinds 2015 - Vrij toegankelijke artikels - Wetenschappelijke artikelen, richtlijnen, standaarden of scripties	- Geen direct relevantie voor de onderzoeksvragen - Niet gericht op eerstelijnszorg - Onvoldoende focus op preventieconsulten of rol van verpleegkundigen - Niet-wetenschappelijke bronnen - Gepubliceerd voor 2015

2.2 Resultaten

Preventieve zorg is een essentieel onderdeel van de eerstelijnszorg, maar de effectieve implementatie ervan blijft een uitdaging. In deze literatuurstudie analyseren we internationale richtlijnen en best practices en onderzoeken we hoe preventieconsulten worden ingevoerd en welke factoren bijdragen aan een succesvolle implementatie.

a. Wat is het belang van preventie in de eerstelijnsgeneeskunde?

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) schrijft 74% van alle sterfgevallen wereldwijd toe aan chronische aandoeningen, waaronder hart- en vaatziekten, COPD, kanker en diabetes (6).
In België zijn deze aandoeningen verantwoordelijk voor minstens 90% van de totale ziektelast. Bovendien wordt verwacht dat het aantal sterfgevallen door chronische ziekten in de komende decennia aanzienlijk zal toenemen (7).

Door de vergrijzing van de bevolking nemen chronische ziekten een steeds grotere plaats in binnen de gezondheidszorg. Deze demografische verschuiving roept wereldwijd bezorgdheid op, vooral in ontwikkelingslanden (8).

Veel risicofactoren voor chronische ziekten, zoals hoge bloeddruk, diabetes en verhoogde cholesterol, zijn sterk gekoppeld aan levensstijlfactoren zoals roken, ongezonde voeding, gebrek aan beweging en overmatig alcoholgebruik. Gezonde levensstijlkeuzes kunnen het risico op deze aandoeningen verlagen, vroegtijdige sterfte verminderen en de progressie van bestaande ziekten vertragen (9-13). Het tijdig herkennen van risicofactoren en het bevorderen van gedragsveranderingen zijn essentieel voor het voorkomen van chronische ziekten (14).

De huisarts speelt hierin een cruciale rol door snel risicofactoren te signaleren en met gerichte adviezen in te spelen op de leefstijl van de patiënt (7). Er is echter nog weinig inzicht in de mate waarin huisartsen leefstijlinterventies aanbieden, en er bestaat discussie over hun rol in preventieve zorg.

Een review in 2021, uitgevoerd in verschillende regio's in de UK, Denemarken en de Verenigde Staten, concludeerde dat algemene gezondheidschecks geassocieerd waren met een betere opsporing van chronische ziekten, verbeterde controle van risicofactoren en een hogere deelname aan preventieve zorgdiensten. Ze concludeerden dat eerstelijnscentra gezondheidscontroles moeten aanbieden, vooral voor risicogroepen die mogelijk belangrijke preventieve zorg missen, ongecontroleerde risicofactoren hebben, een lage zelfbeoordeling van gezondheid vertonen of beperkte toegang tot eerstelijnszorg ervaren (15).

b. Welke richtlijnen en best practices bestaan er voor de implementatie van preventieconsulten in de eerstelijnszorg?

Om een duidelijk beeld te krijgen van hoe preventieconsulten in de eerstelijnszorg worden ingevoerd, is het zinvol om richtlijnen en best practices uit verschillende landen te onderzoeken. In Nederland, de Verenigde Staten en Engeland is er al ervaring opgedaan met gestructureerde preventieve zorg binnen de huisartsenpraktijk. Door deze aanpakken te vergelijken met de situatie in België, kunnen we waardevolle inzichten verzamelen om preventieconsulten binnen de Belgische eerstelijnszorg te optimaliseren.

Engeland:
Sinds 2009 biedt Engeland het NHS Health Check-programma aan, gericht op volwassenen van 40 tot 74 jaar zonder bekende cardiovasculaire aandoeningen. Dit preventieve programma richt zich op het vroegtijdig opsporen van risicofactoren zoals hoge bloeddruk, obesitas, roken, alcoholgebruik en een gebrek aan fysieke activiteit. Het heeft als doel aandoeningen zoals cardiovasculaire ziekten en type 2 diabetes te voorkomen. De gezondheidscheck omvat vragen over leefstijl, metingen zoals bloeddruk en in sommige gevallen bloedtesten (16-18).

Ongeveer 40% van de uitgenodigde mensen neemt deel aan het programma, wat leidt tot betere risicobeheersing en doorverwijzing naar passende interventies. Er is echter ruimte voor verbetering door bijvoorbeeld gepersonaliseerde risicocommunicatie, digitale hulpmiddelen en een betere opvolging na de check te introduceren(18).

Dit programma onderstreept hoe systematische screening en gerichte leefstijladviezen niet alleen de belasting van de gezondheidszorg kunnen verminderen, maar ook de kwaliteit van leven van patiënten kunnen verhogen.

Canada:
De Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC) is een onafhankelijke groep van gezondheidsexperts die evidence-based richtlijnen ontwikkelt voor preventieve zorg in de eerste lijn. Door aanbevelingen te geven over screening, gezondheidschecks en leefstijlinterventies helpt de CTFPHC over- én onderdiagnostiek te voorkomen. Dit draagt bij aan een gerichte en wetenschappelijk onderbouwde implementatie van preventie in de eerstelijnszorg, met aandacht voor haalbaarheid en impact op de gezondheidsuitkomsten van patiënten.

Echter, de richtlijnen kampen met verouderde aanbevelingen en methodologische rigiditeit, waaronder beperkte integratie van real-world data en trage actualisering. Critici benadrukken dat dit kansen mist om recente wetenschap en praktijkervaringen te vertalen naar actuele zorgstandaarden(19).

Verenigde Staten:
De Centers for Disease Control and Prevention (CDC) is een Amerikaanse organisatie die richtlijnen ontwikkelt en implementatiehandleidingen publiceert om preventieve zorg te bevorderen. Deze handleidingen bevatten vaak werkmodellen waarin het inzetten van verpleegkundigen een belangrijke rol speelt, bijvoorbeeld bij het screenen en begeleiden van patiënten in de eerstelijnszorg (20). De richtlijnen van de CDC worden in de Verenigde Staten breed ingezet om preventieve zorg in huisartsenpraktijken vorm te geven. Ze bieden concrete aanbevelingen voor het systematisch screenen van risicofactoren zoals hoge bloeddruk, diabetes en obesitas, en ondersteunen een teamgerichte aanpak. Taken worden vaak verdeeld tussen artsen, verpleegkundigen en praktijkondersteuners om screening en leefstijladvisering efficiënt te organiseren. Elektronische dossiers worden gebruikt om risicopatiënten te identificeren en het verloop van interventies bij te houden.

Initiatieven zoals het Million Hearts Initiative spelen een sleutelrol bij het aanpakken van cardiovasculaire risicofactoren door middel van gestandaardiseerde zorgprotocollen. Ook worden in sommige gevallen community health workers ingezet om moeilijk bereikbare patiënten te ondersteunen, wat een waardevolle aanvulling is op de samenwerking met verpleegkundigen.

De CDC benadrukt dat preventieve zorg maatwerk vereist. Hulpmiddelen zoals de Preventive Services Selector helpen zorgteams om interventies af te stemmen op de specifieke behoeften van patiënten.

Nederland:
Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) ontwikkelde in 2011 het preventieconsult, module cardiometabool risico, gericht op het vroegtijdig opsporen van risicofactoren voor cardiometabole aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten, diabetes type 2 en nierziekten. Dit consult, gebaseerd op NHG-Standaarden zoals de richtlijn voor "Cardiovasculair Risicomanagement", richt zich specifiek op risicogroepen in plaats van de algemene bevolking, geselecteerd op basis van factoren zoals hoge bloeddruk, verhoogde cholesterolwaarden of familiegeschiedenis.

Het consult begint met een vragenlijst die wordt aangeboden aan volwassenen die nog niet worden behandeld voor hypertensie, hypercholesterolemie of diabetes mellitus. Eventueel worden aanvullende fysieke metingen en bloedonderzoek uitgevoerd om hoogrisicopatiënten tijdig door te verwijzen voor verdere behandeling. Hoewel het programma potentieel waardevol is, wordt er ook kritiek geuit op de effectiviteit en kostenefficiëntie van de screeningsmethoden. (21-23)

België:
In België vallen gezondheidspromotie en ziektepreventie onder de bevoegdheid van de gefedereerde deelstaten, maar de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid (IMC) – met vertegenwoordigers van zowel deelstaten als federale overheid – coördineert interfederale doelstellingen. Deze complexe verdeling van verantwoordelijkheden, gecombineerd met recent onderzoek dat wijst op lacunes in de performantie van het gezondheidssysteem, onderstreept de nood aan een versterkt preventiebeleid, waarbij de IMC een centrale rol speelt in het overbruggen van beleids fragmentatie. (24)

In België wordt het belang van preventie benadrukt door overheidsinitiatieven die huisartsen ondersteunen en begeleiden bij het uitvoeren van preventieve zorg. Voorbeelden hiervan zijn het GMD+, diverse bevolkingsonderzoeken en de ‘Gezondheidsgids’ van Domus Medica. (5)

Het tijdelijke GMD+ (2011-2015) was een Belgisch project dat huisartsen extra middelen verstrekte om preventieve zorg en gezondheidsbevordering te versterken. Het richtte zich vooral op risicogroepen en ondersteunde huisartsen financieel bij het uitvoeren van extra preventieve maatregelen, zoals screenings en gezondheidsadvies. Het GMD+ (2011-2015) werd stopgezet vanwege de beperkte kosteneffectiviteit en het gebrek aan duurzame, meetbare gezondheidsverbeteringen. Daarnaast werd de administratieve last voor huisartsen als te zwaar ervaren, waardoor het programma niet verder werd uitgerold (25).

De Vlaamse bevolkingsonderzoeken, die officieel van start gingen in de jaren 2000, zijn georganiseerde screenings voor borstkanker, darmkanker en baarmoederhalskanker, waarbij mensen in de doelgroepen systematisch via brieven worden uitgenodigd om zich te laten

onderzoeken. De huisarts speelt hierbij een cruciale rol door patiënten te informeren, adviseren en begeleiden in het screeningsproces.

De Gezondheidsgids van Domus Medica is een digitaal hulpmiddel dat huisartsen ondersteunt bij het opstellen van risicoprofielen voor hun patiënten. Het biedt zowel informatie over gezondheidspromotie, zoals rookstopbegeleiding, advies over alcoholgebruik, gezonde voeding en fysieke activiteit, als over ziektepreventie, waaronder valpreventie, vaccinaties, diabetes type 2 opsporing, cardiovasculair risicomanagement en bevolkingsonderzoeken voor baarmoederhalskanker, borstkanker en darmkanker (5).

De gids is gericht op volwassenen vanaf 18 jaar, maar legt de nadruk op de leeftijdsgroep van 40 tot 75 jaar, waarin het risico op chronische ziekten het grootst is. Voor jongere volwassenen (18-39 jaar) biedt de gids vooral risicobeheer en leefstijladvies. De gepersonaliseerde gezondheidsadviezen, gegenereerd op basis van een vragenlijst, zijn afgestemd op de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen en zijn bedoeld voor de bredere volwassen populatie, met specifieke aandacht voor risicogroepen.

Deze initiatieven stellen Vlaamse huisartsen met hun centrale positie en laagdrempelig karakter in staat om gepersonaliseerde preventieplannen te maken en te volgen, gericht op het voorkomen van chronische ziekten en het bevorderen van de gezondheid (26).

In haar memorandum formuleerde Domus Medica tien adviezen om de eerstelijnszorg duurzamer en efficiënter te maken. Deze adviezen kregen echter slechts beperkte aandacht in de Vlaamse beleidsnota van eind 2024. Hoewel de nota inzet op multidisciplinaire samenwerking, versterking van de eerstelijnszorg en administratieve lastenverlaging, ontbreken concrete maatregelen, structurele ondersteuning en voldoende middelen om deze ambities waar te maken (28).

Preventie vormt een belangrijk aandachtspunt in Vlaanderen, maar het blijft onvoldoende uitgewerkt. Er is ook geen duidelijke visie op de implementatie van richtlijnen, wat consistentie en kwaliteit van zorg in de praktijk bemoeilijkt. De overheid wordt hierbij uitgedaagd tot het ontwikkelen van geschikte opleidingsprogramma's alsook het verduidelijken en herbekijken van de huidige wetgeving rond het financieren en delegeren van taken naar praktijkassistenten of -verpleegkundigen (27-29).

Deze uitdagingen benadrukken de noodzaak om preventieve zorg binnen de huisartsenpraktijk verder te organiseren en te optimaliseren. De integratie van multidisciplinaire samenwerking, zoals het inzetten van praktijkverpleegkundigen, kan een oplossing bieden voor de groeiende werklast binnen de eerstelijnszorg.

c. Wat is de rol/meerwaarde van de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk?

Door vergrijzing, meer chronische ziekten en de verschuiving van zorg naar de gemeenschap, groeit wereldwijd de interesse om verpleegkundigen in te zetten als vervangers van huisartsen in de eerstelijnszorg. (30)

Interprofessionele samenwerking en opleiding zijn essentieel voor preventie. Een studie van Fowler et al. toont aan dat multidisciplinaire zorg betere preventieve diensten, patiënteneducatie en gezondheidsuitkomsten oplevert dan solopraktijken (31).

Een systematische review in 2023 onderzoekt de rol van verpleegkundigen binnen het huisartsgeneeskundig team. Hier blijkt dat verpleegkundigen, naast directe zorgverlening, een cruciale rol spelen in communicatie, samenwerking, gezondheidsbevordering, preventie, onderwijs, counseling en onderzoek (32).

Het inzetten van een praktijkverpleegkundige in de eerstelijnszorg biedt een kwalitatieve meerwaarde voor zowel de patiënt als de huisartsenpraktijk (29,52). De praktijkverpleegkundige kan technische handelingen verrichten, zoals bijvoorbeeld het meten van de bloeddruk en het toedienen van vaccinaties, maar ook administratieve taken uitvoeren, zoals het bijwerken van het elektronisch medisch dossier. Daarnaast kan de verpleegkundige een rol spelen in het begeleiden van patiënten bij leefstijlveranderingen en het ondersteunen van de naleving van preventieve adviezen (33-34).

• Preventieconsulten en patiëntentevredenheid.

De mening van de patiënt speelt een steeds grotere rol bij het evalueren van de kwaliteit van zorg. Dit perspectief vormt een waardevolle aanvulling op de traditionele focus op klinische en economische uitkomsten. Patiëntentevredenheid verhoogt de therapietrouw en het vertrouwen in de zorgverlener. Het meten van tevredenheid is echter complex, omdat het concept niet eenduidig is gedefinieerd, wat de interpretatie van resultaten bemoeilijkt. Bovendien is een geschikt meetinstrument nodig om de (on)tevredenheid vast te stellen en de resultaten praktisch toe te passen. Er zijn verschillende gestructureerde methoden om inzicht te krijgen in hoe patiënten de zorg ervaren, waarbij surveys het vaakst worden gebruikt. (35)

Dr. Feys en Dr. Fouvry onderzochten in hun thesis de tevredenheid van patiënten die deelnamen aan een preventieconsult in de huisartsenpraktijk, gebaseerd op de Gezondheidsgids van Domus Medica. Voor het onderzoek werden 385 patiënten geselecteerd uit twee West-Vlaamse groepspraktijken. Van de respondenten nam 12% deel aan het consult. De resultaten van een tevredenheidsenquête toonden aan dat alle deelnemers na afloop het begrip preventie goed kenden en vonden dat het consult bijdroeg aan betere zorg voor hun gezondheid. Iedereen vond het een goed idee om dergelijke consulten jaarlijks te organiseren. Daarnaast beschouwde 82% preventie als een taak van de huisarts, en 64% gaf aan na het consult hun levensstijl te willen aanpassen (36).

• Ervaringen van artsen en verpleegkundigen.

Een Cochrane-review onderzocht de barrières en bevorderende factoren voor de implementatie van taakverschuiving van arts naar verpleegkundige in de eerstelijnszorg. Ze concludeerde dat patiënten en zorgverleners gemengde opvattingen hebben over het type taken dat verpleegkundigen mogen uitvoeren. Patiënten geven de voorkeur aan artsen voor medische taken, maar accepteren verpleegkundigen voor preventieve zorg en follow-ups. Verpleegkundigen voelen zich competent om een breed scala aan taken uit te voeren, vooral die met een preventieve focus, maar hebben meer training en middelen nodig. Artsen en verpleegkundigen zien samenwerking als een manier om de toegang tot zorg te verbeteren, maar zowel artsen als verpleegkundigen ondervinden problemen zoals een gebrek aan middelen, communicatie en administratieve lasten. Succesvolle taakverschuiving vereist respect, samenwerking, duidelijke rol omschrijvingen en goede ondersteuning (37,52).

• De meerwaarde van taakdelegatie.

Uit onderzoek blijkt dat het delegeren van taken aan praktijkverpleegkundigen de kwaliteit van zorg aanzienlijk kan verbeteren, met name binnen de diabeteszorg. In een retrospectieve studie in Nederland werd de impact van praktijkverpleegkundigen op de geleverde diabeteszorg onderzocht. De vergelijking tussen de situatie vóór en na hun introductie toonde aan dat verschillende zorgparameters, waaronder HbA1c-waarden, lipidenprofielen, voetonderzoek en jaarlijkse controles, merkbaar verbeterden (38).

Ook binnen de Belgische context is de rol van de praktijkverpleegkundige bestudeerd. In haar MANAMA-thesis analyseerde Dr. Miek Smeets de overdracht van preventieve taken aan praktijkverpleegkundigen en de factoren die dit proces beïnvloeden. Daarbij werden communicatie, taakverdeling, de juridische eindverantwoordelijkheid van de arts, de houding van artsen, infrastructuur, opleiding en werkdruk als cruciale elementen geïdentificeerd. Deze factoren kunnen zowel bevorderend als belemmerend werken, afhankelijk van hoe ze worden ingevuld. Binnen de preventieve zorg bleken tijdgebrek, beperkte interesse en onvoldoende motivatie bij artsen en patiënten uitdagingen te vormen. Tegelijkertijd werd positieve feedback van patiënten als een stimulerende factor ervaren. Volgens Smeets hangt de mate waarin deze factoren als obstakels of kansen worden gezien, af van de manier waarop de gezondheidszorg is georganiseerd en hoe vertrouwd huisartsen zijn met taakdelegatie. In België wordt de implementatie van praktijkverpleegkundigen bemoeilijkt door een onduidelijke taakomschrijving en een juridisch kader. Uit focusgroepgesprekken bleek dat duidelijke afspraken over communicatie, richtlijnen en rolverdeling, evenals een sterke vertrouwensrelatie tussen artsen en verpleegkundigen, essentieel zijn voor een succesvolle implementatie van een verpleegkundig preventieconsult (39).

Internationale studies suggereren dat taakdelegatie een mogelijke strategie is om het groeiende huisartsentekort te compenseren. In landen zoals Nederland, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten is deze aanpak al verder ontwikkeld en draagt ze bij aan een efficiëntere organisatie van de eerstelijnszorg. Gezien de toenemende werkdruk binnen de Belgische huisartsgeneeskunde, is het waarschijnlijk dat ook hier de organisatie van de huisartsenpraktijk zal moeten evolueren. Uit focusgroepanalyses blijkt dat veel huisartsen openstaan voor het delegeren van administratieve taken (zoals telefoongesprekken en preventiedossiers) en eenvoudige medische handelingen (zoals bloedafnames, biometrische metingen en vaccinaties) aan praktijkondersteuners. Toch blijven financiële beperkingen en het gebrek aan beschikbare praktijkruimte belangrijke obstakels. Daarnaast blijkt er geen eenduidigheid te zijn onder huisartsen over de optimale invulling van taakdelegatie (40).

Uit de bevindingen van de masterscriptie van Sarah Van Hulle blijkt dat, ondanks een onvoldoende financiële ondersteuning, de voordelen van een praktijkverpleegkundige voor veel huisartspraktijken zwaarder wegen dan de nadelen. De aanwezigheid van een praktijkverpleegkundige kan bijdragen aan betere zorgkwaliteit en continuïteit, accuratere medische dossiers en een efficiëntere werkorganisatie, hoewel er rekening moet worden gehouden met bijkomende kosten en organisatorische inspanningen (41).

Of de introductie van praktijkverpleegkundigen in de huisartsenpraktijk een effect heeft op de werkdruk van de huisarts zal verder onderzocht moeten worden. Op heden zijn er geen conclusieve studies ter beschikking en voorlopig geldt dan ook dat praktijkverpleegkundigen eerder beschouwd moeten worden als een aanvulling eerder dan een vervanging van de huisarts (40, 42).

• Het effect op de zorg.

Het effect van taakdelegatie van de arts naar de verpleegkundige op de kwaliteit van de zorg voor de patiënt is al uitgebreid onderzocht.

In de jaren '90 werden twee grootschalige onderzoeken uitgevoerd naar de effectiviteit van preventieconsulten bij een verpleegkundige. Deze studies vonden plaats in het Verenigd Koninkrijk. Zowel de Oxcheck als de Britisch heart studie tonen aan dat een preventieconsult door een verpleegkundige een verlaging kan geven van cardiovasculaire risicofactoren zoals roken, bloeddruk, gewicht en cholesterol (43-44).

In Nederland voerde in 2010 Voogdt-Pruis et al. een gerandomiseerde gecontroleerde studie uit naar de effectiviteit van een praktijkverpleegkundige bij het cardiovasculair risicomanagement. Uit de resultaten bleek dat verpleegkundigen minstens een even hoge kwaliteit van zorg leveren als huisartsen. Bovendien volgen zij de protocollen meer consequent op dan huisartsen (45).

Een systematische review in 2017 concludeerde dat zorg door verpleegkundigen waarschijnlijk vergelijkbare of betere gezondheidsresultaten oplevert dan zorg door artsen, met mogelijk iets lagere sterfte en betere bloeddrukcontrole. Dit geldt voornamelijk voor opvolging van chronische aandoeningen. Het effect van verpleegkundigen op preventieve zorg en gezondheidseducatie is minder onderzocht, waardoor hier nog onzekerheid over bestaat (46).

Een studie uit 2021 analyseerde de follow-up van type 2-diabetes in Belgische huisartsenpraktijken, met nadruk op multidisciplinaire teams en zorgprotocollen. Praktijken met een eigen protocol scoorden 5,5 keer beter op opvolging van klinische parameters. Vooral grotere praktijken die huisartsen en praktijkverpleegkundigen inzetten en protocollen hanteren, behaalden betere zorgcontinuïteit en leefstijlbegeleiding. (55)

Dr. Lenders onderzocht in haar MANAMA-project in Vlaanderen wat de impact is van de inzet van praktijkverpleegkundigen op de zorgkwaliteit. Haar conclusie was dat de uitbreiding van taken naar praktijkverpleegkundigen geen negatieve invloed heeft op de kwaliteit van de zorg. (47)

Deze bevindingen worden ondersteund door een review van Laurant et al. (48), waarin geen verschillen werden aangetoond tussen artsen en verpleegkundigen wat betreft de gezondheidsuitkomsten van patiënten, wanneer bepaalde taken van de artsen werden overgenomen door de praktijkverpleegkundige. De studie benadrukte dat de substitutie van deze taken kan bijdragen aan een efficiënter zorgsysteem, mits de rolverdeling goed is afgestemd.

Ook de masterscripties van Dr. Put en Dr. De Cang sluiten hierbij aan. Zij concluderen dat het delegeren van taken aan een praktijkverpleegkundige leidt tot frequentere en kwaliteitsvollere opvolging van diabetespatiënten, zonder extra werkbelasting voor de huisarts (53, 54).

d. Wat zijn de uitdagingen bij het implementeren van een preventieconsult in een huisartsenpraktijk?

Barrières zoals tijdsdruk, middelen en bereik van kwetsbare groepen. Een welgekende uitdaging voor preventie gezondheidsinitiatieven is het bereiken van alle bevolkingsgroepen. Kwetsbare groepen, zoals laagopgeleiden, mensen in armoede, en etnische minderheden, worden minder goed bereikt door preventieve zorg, ondanks dat zij deze vaak het meest nodig hebben. Belemmeringen zoals taalbarrières, lage gezondheidsvaardigheden, culturele verschillen, en inkomensongelijkheid maken het voor zorgverleners uitdagend om hen effectief te bereiken. Praktische obstakels, zoals tijdsgebrek, beperkte financiële ondersteuning, en een gebrek aan patiëntmotivatie, maken preventieve zorg in de dagelijkse praktijk extra moeilijk. (18)

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 (44).

Verder is enige kritiek op de effectiviteit en kostenefficiëntie van screeningsprogramma's, waarbij sommige studies wijzen op beperkte voordelen van de aanpak. Zoals eerder beschreven werd hierdoor het GMD+ eind 2015 stopgezet (25).

Huisartsen in forfaitaire praktijken zetten meer in op preventie, deels doordat zij taken kunnen delegeren aan praktijkmedewerkers en hun financiering niet afhangt van het aantal uitgevoerde prestaties. Daarentegen besteden niet-forfaitaire praktijken vaak alleen aandacht aan preventie wanneer er tijd overblijft na een consult (40).

Momenteel is er nog geen wettelijk kader waarin de praktijkverpleegkundige diens activiteiten, zonder toezicht van een arts, kan laten honoreren.

In bepaalde prestatiegerichte huisartsenpraktijken worden de handelingen uitgevoerd door praktijkverpleegkundigen gedeclareerd via de arts aan wie deze handelingen zijn gedelegeerd en onder wiens verantwoordelijkheid en toezicht zij plaatsvinden. Deze werkwijze vindt haar juridische grondslag in artikel 1, §4bis van de bijlage bij het Koninklijk Besluit van 14 september 1984 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen in het kader van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (49). Niettemin heerst er momenteel een gebrek aan duidelijkheid over de correcte vergoeding van verpleegkundige prestaties binnen huisartsenpraktijken, met name wat betreft het gebruik van de artsennomenclatuur voor handelingen die feitelijk door praktijkverpleegkundigen worden verricht.

Ook een duidelijke omschrijving van het takenpakket van een eerstelijnsverpleegkundige is noodzakelijk (51). De eerste stap hierin is het ontwikkelen van een specifieke opleiding. Sinds meer dan 5 jaar in Vlaanderen is er een opleiding om verpleegkundigen bij te scholen tot professionals in de eerstelijn: "'verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk". Welke bestaat uit een postgraduaat opleiding van 1 jaar die verpleegkundigen en vroedvrouwen kunnen volgen (50). Gezien de recente oprichting hiervan is er in Vlaanderen nog weinig ervaring met de praktische implementatie van een

praktijkrijpe verpleegkundige, wat maakt dat een duidelijk omschrijving van een takenpakket een uitdaging kan zijn.

Tenslotte vormt het juridisch kader momenteel ook een beperking (51). Zo beschikt de praktijkverpleegkundige over een beperkt 'ehealth certificaat' in vergelijking met een arts. Zo hebben zij geen toegang tot COZO. Ze kunnen ook geen directe toegang krijgen tot Vaccinnet om het vaccinatieoverzicht van patiënten te raadplegen, tenzij ze expliciet gemachtigd zijn.

2.3 Slotnota

Uit deze literatuurstudie blijkt dat de succesvolle implementatie van preventieconsulten afhangt van duidelijke richtlijnen, multidisciplinaire samenwerking en een haalbare integratie in de huisartsenpraktijk. Internationale best practices tonen aan dat structurele ondersteuning en een efficiënte taakverdeling essentieel zijn om preventieve zorg effectief in te bedden. Tegelijkertijd is het cruciaal om niet alleen te focussen op verandering, maar ook op meetbare verbetering in termen van gezondheidsuitkomsten en praktijkorganisatie.

Deze inzichten vormen de basis voor ons kwaliteitsverbeterend project, waarin we de implementatie en effectiviteit bij preventieconsulten in huisartsenpraktijk Moveo onderzoeken. Door theoretische kennis uit de literatuurstudie te vertalen naar de praktijk, willen we duurzame en werkbare verbeteringen realiseren. In het volgende deel van deze thesis beschrijven we hoe we deze verworven inzichten gebruiken om een protocol/flowchart te ontwikkelen om preventieconsulten in onze praktijk op een uniforme manier te implementeren, met een duidelijke omschrijving van de rolverdeling van alle betrokken zorgverleners.

3. Kwaliteitsverbeterproject

3.1 Verkennende gesprekken

Zoals in bovenstaande literatuurstudie reeds aangehaald, ontbreken in België duidelijke richtlijnen voor zowel de implementatie als de taakverdeling rond preventieve consulten in de eerstelijnszorg. Om dit gebrek deels op te vangen, voerden we oriënterende gesprekken met twee andere groepspraktijken, die gebruikmaken van vragenlijsten en samenwerken met een praktijkverpleegkundige. Deze informatie vormde mee de basis voor ons kwaliteitsverbeterproject.

Beide multidisciplinaire praktijken startten in 2024 met preventieconsulten voor patiënten van 50 jaar en ouder, die per e-mail worden uitgenodigd voor een intakegesprek bij de praktijkverpleegkundige. De eerste praktijk gebruikt een door een voormalige HAIO ontwikkelde vragenlijst op basis van NHG- en Domus Medica-richtlijnen, terwijl de tweede de gezondheidsgids van Domus Medica hanteert. Op basis van de ingevulde vragenlijst beslist de verpleegkundige over verdere opvolging, met mogelijkheid tot overleg met een arts.

Belangrijke succesfactoren zijn het gebruik van een gestructureerde tool zoals de gezondheidsgids en regelmatig multidisciplinair overleg. Hoewel resultaten en patiëntfeedback nog ontbreken, wordt het potentieel van deze samenwerking erkend.

Tegelijk worden meerdere uitdagingen gesignaleerd, waaronder het bereiken van kwetsbare doelgroepen zoals anderstalige patiënten, het motiveren tot deelname en het gebrek aan financiële ondersteuning voor verpleegkundige consulten in prestatiegerichte systemen. Ook tijdsdruk, technische en administratieve obstakels (zoals EMD-integratie en beperkte toegang tot COZO en Vaccinet) en het ontbreken van evaluatie-instrumenten vormen belangrijke knelpunten. Daarnaast blijft de rolverdeling binnen het team voorlopig onduidelijk.

Deze bevindingen tonen aan dat succesvolle implementatie van preventieve zorg afhankelijk is van zowel technologische als organisatorische ondersteuning, met bijzondere aandacht voor een duidelijke rolverdeling.

3.2 Kwaliteitsverbeterende aanpak

De kwaliteitsverbeterende aanpak vormt de kern van dit project en omvat zowel de theoretische onderbouwing als de praktische uitvoering van de verbeteracties binnen huisartsenpraktijk Moveo. Deze aanpak is gebaseerd op het Model for Improvement, dat de PDSA-cyclus (Plan–Do–Study–Act) combineert met duidelijke doelstellingen en systematische evaluatie. Hieronder worden de doelstellingen, onderzoeksopzet, indicatoren en uitvoering van de PDSA-cyclus verder toegelicht.

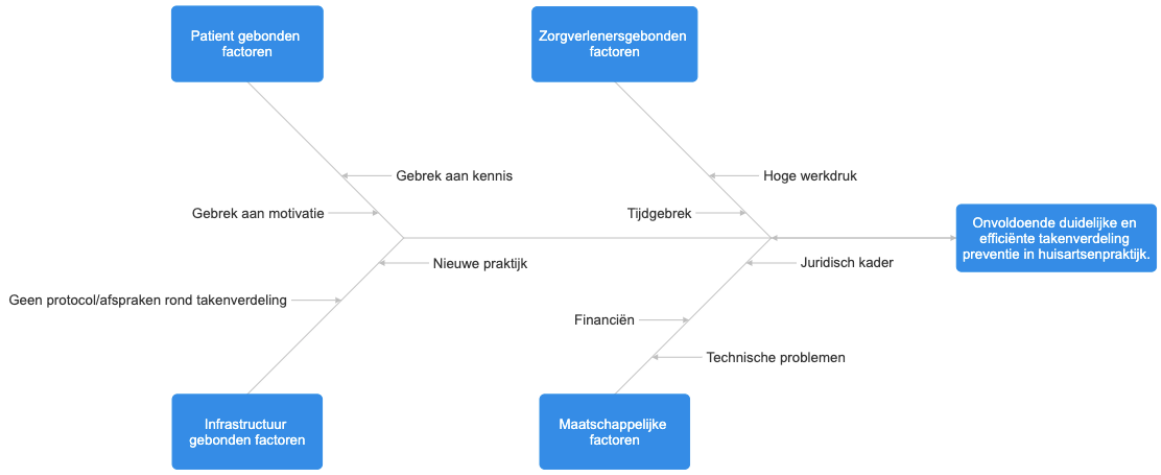
a. Context: Huisartsenpraktijk Moveo

Huisartsenpraktijk Moveo is een jonge en snelgroeiende groepspraktijk met één huisarts, één HAIO en één verpleegkundige. Bij een kennismakingsgesprek werd vastgesteld dat er nood was aan een duidelijke en efficiënte taakverdeling rond preventieve zorg in de praktijk. Er was een gebrek aan structuur en eenduidigheid in de werkwijze bij preventie in de praktijk, vooral over wie welke verantwoordelijkheid opneemt.

Om de oorzaken van dit probleem beter te begrijpen, voerden we met het team een oriënterend gesprek via een visgraatanalyse. De visgraat werd opgebouwd rond vier hoofdgroepen: maatschappelijke, patiënt-, zorgverlener- en infrastructuurgebonden factoren.

Bij de patiëntgebonden factoren kwamen onder meer een gebrek aan motivatie en kennis van preventie aan bod. Binnen de zorgverlenergebonden factoren werden tijdsdruk en administratieve belasting als hinderpalen benoemd. Infrastructuurgebonden factoren omvatten de nieuwheid van de praktijk, het ontbreken van uitgewerkte protocollen en onduidelijkheid over de taakverdeling. Op maatschappelijk niveau blijken financiële, technische en juridische aspecten eveneens invloed te hebben op de manier waarop preventieve zorg wordt georganiseerd: hoe vergoeden we consulten door de verpleegkundige? Wat is het wettelijk kader hier? Hoe kan je als verpleegkundige op Vaccinet?...

Dankzij deze gezamenlijke analyse kreeg het team een helder overzicht van factoren die bijdragen aan het probleem. De visgraatanalyse bood een vertrekpunt om concrete acties te formuleren met als doel een eenduidig protocol uit te werken dat de verantwoordelijkheden binnen het team duidelijk vastlegt en zo de kwaliteit en continuïteit van de zorg versterkt.



b. Onderzoeksopzet en populatie

Het betreft een prospectief observationeel kwaliteitsverbeterend project.

Populatie:
- Inclusiecriteria: patiënten met een globaal medisch dossier (GMD) binnen huisartsenpraktijk Moveo, van 40 tot en met 75 jaar.
- Exclusiecriteria: patiënten woonachtig in een woonzorgcentrum of andere instelling.

c. Doelstellingen

Het doel van dit project is om preventieve zorg systematisch te integreren in Huisartsenpraktijk Moveo door middel van een gestandaardiseerd praktijkprotocol, met een duidelijke rolverdeling tussen arts en verpleegkundige. Dit moet leiden tot een betere sensibilisering van patiënten en vroegtijdige opsporing van gezondheidsproblemen.

Proces- en resultaatindicatoren worden uniform gecodeerd in het EMD en maandelijks geëvalueerd via PDCA-cycli. Het team (huisartsen, verpleegkundige en HAIO) heeft gezamenlijk ingestemd met de voorgestelde werkwijze en rolverdeling, waardoor de implementatie gedragen wordt binnen de praktijk. Implementatie en evaluatie lopen over vier maanden met tussentijdse bijsturing in teamoverleg.

d. Model for Improvement met PDCA-cycli

Voor dit project werd het Model for Improvement (Langley et al., 2009) gebruikt als leidraad voor systematische kwaliteitsverbetering. Dit model beantwoordt drie kernvragen:

1. Doelstelling: wat willen we bereiken?

Het project streeft naar een georganiseerde implementatie van preventieconsulten in de huisartsenpraktijk, met als specifieke doelstellingen:
• Meer aandacht voor preventieve zorg,
zodat patiënten beter worden gesensibiliseerd en gezondheidsproblemen vroeger worden opgespoord.
• Verbetering van de zorgcontinuïteit door integratie van preventie in het reguliere zorgaanbod.
• Een duidelijke en efficiënte rolverdeling tussen arts en verpleegkundige.

2. Hoe weten we dat een verandering een verbetering is?

Voor de evaluatie van het project werden vooraf proces- en resultaatindicatoren vastgelegd.
Als procesindicatoren beschouwden we het aantal uitgevoerde preventieconsulten per maand, de gemiddelde duur van een consult, het aantal overlegmomenten per week en de mate waarin het opgestelde protocol werd gevolgd. Als streefwaarden hanteerden we minstens 8 preventieconsulten per maand, een maximale consultduur van 30 minuten en maximaal 2 overlegmomenten per week.

Als resultaatindicatoren werd gekeken naar het percentage patiënten dat effectief deelnam aan het preventieconsult, het aantal nieuw opgespoorde risicofactoren of aandoeningen, het aantal doorverwijzingen naar de arts na een consult bij de verpleegkundige en het aantal uitgevoerde preventieve interventies.

3. Welke veranderingen kunnen we aanbrengen die tot verbetering leiden?

Na het identificeren van de probleemdefinitie m.b.v. de visgraatanalyse werd tijdens het teamoverleg een gestructureerd verbeterplan opgesteld en doorgevoerd:

• Ontwikkeling van een praktijkrichtlijn met concrete afspraken over preventieconsulten en duidelijker vastleggen van de taakverdeling. Hierbij wordt gebruikgemaakt van een visueel stappenplan waarin per rol (verpleegkundige en arts) de taken en verantwoordelijkheden worden weergegeven, gebaseerd op de Gezondheidsgids van Domus Medica.
• Regelmatige evaluatie en bijsturing tijdens teamoverleg om knelpunten te bespreken, met maandelijkse PDCA-cycli en aanpassingen op basis van feedback van zorgverleners.
• Optimalisering van de registratie in het Elektronisch Medisch Dossier (EMD) door duidelijke afspraken omtrent het coderen van proces- en resultaatindicatoren.
• Vermindering van administratieve lasten voor zorgverleners door afspraken over welke administratieve taken door verpleegkundigen en artsen kunnen worden overgenomen.
• Sensibilisering van patiënten via gerichte communicatie over het belang van preventie en deelname aan preventieconsulten.

De onderstaande tabel geeft een overzicht van de uitgevoerde acties, inclusief een beschrijving van de wijze waarop deze acties zijn geïdentificeerd, gepland en tot stand gekomen in samenwerking met betrokken zorgprofessionals:

Actie	**Wie**	**Wanneer**	**Hoe**
Identificeren van de probleemdefinitie	Vpk, HAIO, huisarts	Kennismakings-gesprek	Visgraatanalyse (obv huidige situatie Moveo, verworven kennis vanuit literatuurstudie en verkennende gesprekken)
Opstellen van praktijk protocol voor preventie met focus op taakverdeling	Vpk, HAIO	Overlegmoment 1	Vertrekkende vanuit gezondheidsgids Domus Medica
Coderen van de proces- en resultaatindicatoren in het EMD	HAIO	Tussen overlegmoment 1 en 2	Contact opnemen met IT CareConnect methode codering formuleren
Overleg hoe te coderen in EMD	Vpk, HAIO, huisarts	Overlegmoment 2	Bespreking methode coderen in team
Patiënten rekruteren	Vpk (1,2), HAIO (2,3), huisarts (2)	Start project + Tijdens project	Schriftelijke uitnodiging via maandelijkse nieuwsbrief (1) + mondeling uitnodigen tijdens contactmomenten (2) + flyer ophangen in wachtzaal (3)
Uitvoeren van de preventie-/intakeconsulten	Vpk, HAIO, huisarts	Start project	Volgens opgesteld praktijkprotocol
Evaluatiemomenten	Vpk, HAIO, huisarts	Maandelijks	PDCA-cycli
Eindgesprek met bespreking resultaten	Vpk, HAIO, huisarts	Slotgesprek	Slotgesprek: wat nemen we mee in de toekomst?

De verbeteracties worden uitgewerkt volgens PDCA-cycli (Plan-Do-Study-Act), een methodiek die toelaat om veranderingen kleinschalig te testen, te evalueren en waar nodig aan te passen. Door de stapsgewijze aanpak van plannen, uitvoeren, beoordelen en bijsturen wordt een systematische en duurzame kwaliteitsverbetering in de praktijk gerealiseerd.

e. Dataverzameling

Per preventieconsult worden de volgende gegevens verzameld: type consult (eerste consult of opvolging), duur van de raadpleging, betrokken zorgverlener(s), uitgevoerde preventieve handelingen (vaccinatie, bevolkingsonderzoek, leefstijladvies…) en eventuele doorverwijzingen of vervolgafspraken. De registratie gebeurt in het Elektronisch Medisch Dossier (EMD) CareConnect, waarin alle verzamelde gegevens zorgvuldig worden gecodeerd.

De verzamelde gegevens werden gepseudonimiseerd: persoonlijke identificatiegegevens werden vervangen door een code, waarvan de koppeling enkel toegankelijk is voor de onderzoekers. Hiervoor werd het programma Excel gebruikt dat enkel toegankelijk is voor de onderzoekers op de beveiligde server van de praktijk.

f. Ethische overwegingen

Het project liep gedurende 4 maanden in 2025 en werd uitgevoerd volgens de ethische richtlijnen van de Universiteit Antwerpen. Het project werd goedgekeurd door het bevoegde ethisch comité (cfr. bijlage).

Resultaten

1. Doorlopen van de PDCA-cycli

Hieronder wordt het proces toegelicht dat stap voor stap werd uitgewerkt op basis van de PDCA-cyclus. De verschillende cycli werden ongeveer maandelijks ingepland en liepen doorheen het volledige project.

1.1 De eerste PDCA-cyclus: de wervingscyclus

PLAN

Tijdens het eerste verkennende teamoverleg werd het concrete probleem gestructureerd geanalyseerd met behulp van een visgraatmodel. Het opmaken van dit model droeg bij tot een beter inzicht in de onderliggende oorzaken en verbeterpunten. Hieruit bleek dat de preventieconsulten binnen Huisartsenpraktijk Moveo systematisch geïntegreerd moesten worden in de dagelijkse werking. Vanuit de verpleegkundige kant kwam een duidelijke nood naar voren aan een preventieconsult en concrete afspraken over de taakverdeling tussen arts en verpleegkundige. Er werd afgesproken om gebruik te maken van de gezondheidsgids van Domus Medica als basisinstrument voor de opzet van de preventieconsulten.

DO

De verpleegkundige nodigt de patiënten binnen de relevante leeftijdscategorie uit via de maandelijkse nieuwsbrief van de praktijk. De eerste versie van een protocol werd uitgewerkt door de HAIO's (cfr. Bijlage: protocol versie 1). Ook werden afspraken gemaakt rond het correct coderen van consulten en indicatoren in het elektronisch medisch dossier (EMD). De eerste versie van het protocol alsook de afspraken rond coderen werden digitaal gedeeld op de server, zodat ze toegankelijk waren voor artsen en verpleegkundigen.

STUDY/CHECK

Tijdens het eerste evaluatieoverleg een maand na start van het project werden zowel de proces- als de resultaatsindicatoren geanalyseerd (cfr. Grafiek 1). Enkele uitdagingen kwamen hierbij aan het licht: de opkomst na de nieuwsbrief bleek beperkt, er was nog maar 1 patiënt op afspraak gekomen voor een preventieconsult. Verder waren er voor het team nog onduidelijkheden rond het correct coderen van de indicatoren in het EMD.

Procesindicatoren:

Aantal uitgevoerde preventieconsulten per maand	1
Percentage uitgenodigde patiënten dat effectief op consult komt	<1%
Gemiddelde duur van een preventieconsult	30 min
Aantal overlegmomenten (wekelijks)	4
Evaluatie van het opgestelde protocol versie 1	Nvt

ACT

De acties binnen deze cyclus focussen op het verbeteren van de patiëntenrekrutering en coderingsduidelijkheid. Er werd gebrainstormd over aanvullende wervingsmethodes, geïnspireerd door literatuuronderzoek en eerdere PDCA-leerpunten. Dit leidde tot de volgende beslissingen voor de tweede cyclus:

- Ontwikkelen en verspreiden van een flyer in de wachtzaal.
- Meegegeven van flyers tijdens andere consultaties.
- Plaatsen van een pop-up bericht op de praktijkwebsite over het preventieconsult.
- Nieuwe afspraken maken rond codering en toelichting voorzien rond bijgewerkte codetabel

1.2 De tweede PDCA-cyclus: optimaliseren van het praktijkprotocol

PLAN

Op basis van de evaluatie uit de eerste cyclus werd het probleem van lage opkomst en onduidelijkheden rond codering verder geanalyseerd. Doelstellingen van deze cyclus zijn het verhogen van de participatiegraad en het bereiken van correcte codering. Concrete acties omvatten actieve werving via flyers (wachtzaal en consultaties), website pop-up en de reeds voorbereide afspraken rond codering. Het protocol (versie 1) wordt geëvalueerd voor aanpassingen naar een eenvoudigere versie van de gezondheidsgids, met duidelijke taakverdeling tussen arts en verpleegkundige.

DO

Naar aanleiding van de vorige PDCA cyclus gaven de HAIO's een nieuwe toelichting aan de verpleegkundige over de afspraken rond codering in het EMD. De informatieve flyer, ontwikkeld door de HAIO's, werd opgehangen in de wachtzaal en ook meegegeven aan patiënten tijdens consultaties. Een pop-up bericht in verband met de preventieconsultaties werd door de verpleegkundige op de praktijkwebsite geplaatst.

STUDY/CHECK

Zowel de proces- als de resultaatindicatoren werden opnieuw geanalyseerd (cfr. grafiek 1). De eerste observaties toonden een verbetering in de rekrutering en registratie: verpleegkundigen rapporteerden 4 preventieconsulten. Uitdagingen bleven bestaan: geen enkele patiënt vulde de vragenlijst in, en de uitvoering nam veel tijd in beslag door de uitgebreidheid van het protocol. Ook was er vaak toch onduidelijkheid rond taakverdeling tussen arts en verpleegkundige en werd regelmatig gebeld tijdens consultaties om hierover af te stemmen.

Procesindicatoren:

Aantal uitgevoerde preventieconsulten per maand	4
Gemiddelde duur van een preventieconsult	40 min
Aantal overlegmomenten (wekelijks)	4
Evaluatie van het opgestelde protocol versie 1	Versie zonder vragenlijst vooraf

ACT

De acties binnen deze cyclus focussen op optimalisatie van het praktijkprotocol. Er werd beslist dit te verduidelijken en aan te passen naar een eenvoudigere, minder tijdsintensieve versie gebaseerd op de gezondheidsgids (cfr. protocol versie 2). Hiervoor werd afgesproken de vragenlijst op voorhand achterwege te laten en het aangepaste protocol volledig met de patiënt te overlopen.

1.3 De derde PDCA-cyclus: haalbaarheid

PLAN

Op basis van de ACT-fase uit de tweede cyclus werd het probleem van de tijdsintensieve protocoluitvoering verder geanalyseerd, met focus op vereenvoudiging van het preventieprotocol. Doelstellingen van deze cyclus zijn: consulttijd reduceren tot maximaal 30 minuten, vragenlijst weglaten en taakverdeling verduidelijken met protocol versie 2 (cfr. protocol versie 2)

DO

Protocol versie 1 werd herschreven tot een eenvoudigere versie en digitaal gedeeld op de server (cfr. Bijlage: protocol versie 2). Er werd geen vooraf ingevulde vragenlijst meer gebruikt.

STUDY/CHECK

Opnieuw werden de proces- en resultaatsindicatoren geanalyseerd. Taakverdeling verbeterde, met minder ad-hoc vragen van verpleegkundigen. Verder nam het aantal preventieconsulten toe, maar het team merkte op dat slechts een select deel van de patiëntenpopulatie bereikt werd met de preventie consultaties, voornamelijk sterk gemotiveerde patiënten, zoals beschreven in literatuuronderzoek.

Procesindicatoren:

Aantal uitgevoerde preventieconsulten per maand	7
Gemiddelde duur van een preventieconsult	30 min
Aantal overlegmomenten (wekelijks)	2
Evaluatie van het opgestelde protocol versie 2	Versie beknopter

ACT

Op basis van de constatatie dat het aanbieden van preventieconsulten bepaalde – mogelijk juist belangrijke – patiënten doen mislopen, werd beslist deze voortaan uitsluitend aan te bieden als geïntegreerd onderdeel van het intakegesprek voor nieuwe patiënten. Dit benut de jonge, groeiende praktijk van huisartsenpraktijk Moveo optimaal en bereikt op lange termijn een breder, representatiever publiek op de meest haalbare en efficiënte manier.

1.4 De vierde PDCA-cyclus: afronding en vooruitblik

PLAN

Tijdens het afsluitende teamoverleg werd de derde PDCA-cyclus besproken en de behaalde verbeteringen bevestigd. Er was nog vraag van de verpleegkundige naar een meer visuele voorstelling van de taakverdeling.

DO

Hiervoor werd protocol versie 2 herschreven tot een meer visuele versie (cfr. protocol versie 3).

STUDY/CHECK

Het aantal preventieconsulten bleef verder toenemen. De verpleegkundige merkte op dat het interessant zou kunnen zijn om in de praktijk enkel nog intake consultaties te organiseren waarin het preventieconsult geïntegreerd is.

Procesindicatoren:

Aantal uitgevoerde preventieconsulten per maand	16
Gemiddelde duur van een preventieconsult	30 min
Aantal overlegmomenten (wekelijks)	1
Evaluatie van het opgestelde protocol	Versie met meer visuele flowchart

ACT

De praktijk beslist tijdens het slotgesprek om vanaf dat moment uitsluitend door te gaan met intakegesprekken waarin preventieconsulten structureel zijn geïntegreerd voor alle nieuwe patiënten. Deze aanpak dekt op lange termijn de volledige populatie, blijkt haalbaar voor de artsen en verpleegkundige, en maximaliseert gezondheidswinst zonder aparte consultaties. Er werd beslist halfjaarlijkse te evalueren en de eerste evaluatie werd gepland.

2. Indicatoren ter evaluatie van het project:

Tijdens de verschillende cycli werden de proces- en resultaatsindicatoren opnieuw geëvalueerd:

2.1 Procesindicatoren:

- Aantal uitgevoerde preventieconsulten per maand
- Percentage uitgenodigde patiënten dat effectief op consult komt
- Gemiddelde duur van een preventieconsult
- Aantal overlegmomenten
- Evaluatie van het opgestelde protocol

Over de vier opeenvolgende PDCA-cycli zien we een duidelijke evolutie in de procesindicatoren. Het aantal preventieconsulten nam geleidelijk toe van 1 in de eerste cyclus tot 16 in de vierde cyclus. Tegelijk werd de gemiddelde consultduur, na een initiële stijging tot 40 minuten, opnieuw gereduceerd tot 30 minuten na vereenvoudiging van het protocol. Ook het aantal overlegmomenten daalde, wat wijst op een toenemende efficiëntie en duidelijkere taakverdeling binnen het team. Deze evolutie suggereert dat de implementatie van het preventieconsult gaandeweg beter werd afgestemd op de praktische werking van de huisartsenpraktijk.

2.2 Resultaatindicatoren:

- Aantal doorverwijzingen naar de arts na een preventieconsult bij de verpleegkundige.

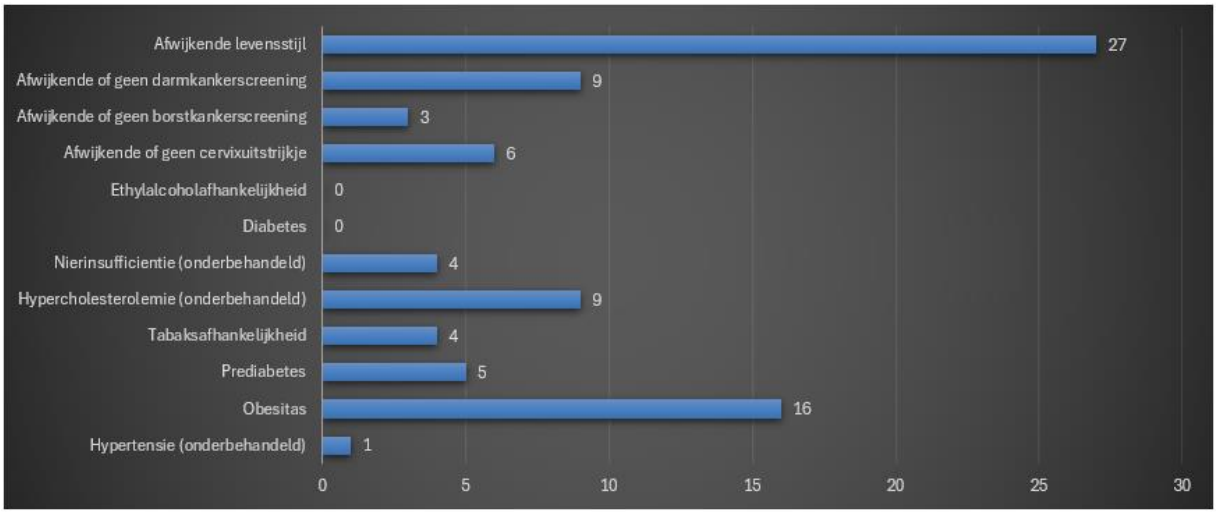
*O*ver de verschillende cycli zagen we dat het aantal consulten met doorverwijzing naar een arts steeg. Dit wijst erop dat het geoptimaliseerde preventieconsult vaker leidde tot concrete vervolgstappen in de zorg, wat suggereert dat risicopatiënten beter geïdentificeerd en opgevolgd werden *(cfr. Tabel 1)*.

Cycli	Aantal doorverwijzingen naar arts
Cyclus 1	1
Cyclus 2	0
Cyclus 3	2
Cyclus 4	14
Totaal	**17**

Tabel 1: aantal doorverwijzingen naar de arts

- Aantal nieuw ontdekte risicofactoren of aandoeningen

Diagnose	Cyclus 1	Cyclus 2	Cyclus 3	Cyclus 4	Totaal
Hypertensie (onderbehandeld)				1	1
Obesitas	1	2	5	8	16
Prediabetes			2	3	5
Tabaksafhankelijkheid		1	1	2	4
Hypercholesterolemie (onderbehandeld)		1	2	6	9
Nierinsufficientie (onderbehandeld)		1	1	2	4
Diabetes					0
Ethylalcoholafhankelijkheid					0
Afwijkende of geen cervixuitstrijkje		1	3	2	6
Afwijkende of geen borstkankerscreening			1	2	3
Afwijkende of geen darmkankerscreening		1	3	5	9
Afwijkende levensstijl	1	6	4	16	27



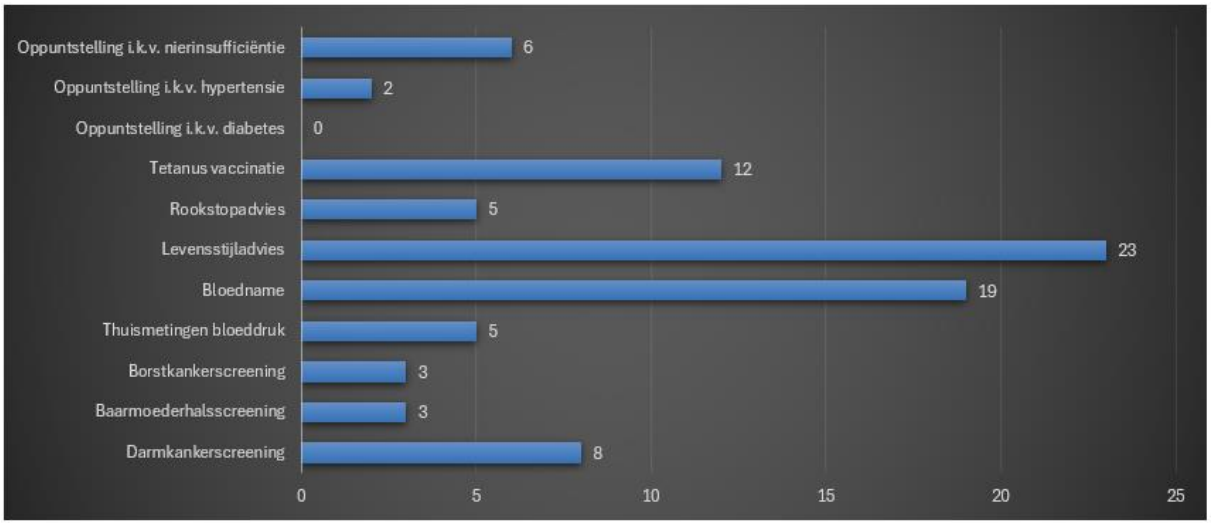
Wat betreft het aantal nieuw ontdekte risicofactoren en aandoeningen werden in totaal meerdere relevante gezondheidsproblemen geïdentificeerd over de verschillende PDCA-cycli. De meest frequent vastgestelde risicofactor was een afwijkende levensstijl, met in totaal 27 gevallen, gevolgd door obesitas (n=16) en hypercholesterolemie (n=9). Daarnaast werden ook afwijkingen vastgesteld in darmkankerscreening (n=9), afwijkende of ontbrekende cervixuitstrijkjes (n=6) en prediabetes (n=5).

Verder werden tabaksafhankelijkheid en nierinsufficiëntie elk vier keer vastgesteld, terwijl afwijkingen in borstkankerscreening drie keer voorkwamen. Hypertensie werd slechts één keer geïdentificeerd en er werden geen nieuwe gevallen van diabetes of ethylalcoholafhankelijkheid vastgesteld.

Over de cycli heen werd een duidelijke toename gezien in het aantal gedetecteerde risicofactoren, met een piek in de vierde cyclus.

- Aantal preventieve interventies uitgevoerd na het consult

Soort	Cyclus 1	Cyclus 2	Cyclus 3	Cyclus 4	Totaal
Darmkankerscreening			2	6	8
Baarmoederhalsscreening		1	2		3
Borstkankerscreening			1	2	3
Thuismetingen bloeddruk			1	4	5
Bloedname	1	1	4	13	19
Levensstijladvies	1	3	4	15	23
Rookstopadvies		1	2	2	5
Tetanus vaccinatie		2	2	8	12
Oppuntstelling i.k.v. diabetes					0
Oppuntstelling i.k.v. hypertensie		1		1	2
Oppuntstelling i.k.v. nierinsufficiëntie		2	1	3	6



Wat betreft het aantal uitgevoerde preventieve interventies na het consult, werden verschillende acties ondernomen over de vier PDCA-cycli. De meest frequent uitgevoerde interventie was het geven van leefstijladvies (n=23), gevolgd door bloedafnames (n=19) en tetanusvaccinaties (n=12). Daarnaast werd darmkankerscreening acht keer uitgevoerd door patiënten en werden zes opvolgtrajecten voor nierinsufficiëntie geïnitieerd.

Andere interventies omvatten het meten van de bloeddruk via thuismetingen (n=5) en rookstopadvies (n=5). Baarmoederhals- en borstkankerscreening werden elk drie keer uitgevoerd . Opvolging in het kader van hypertensie kwam twee keer voor, terwijl er geen opvolgtrajecten of aanpassingen van het huidige traject voor diabetes werden geregistreerd. Over de verschillende cycli heen werd een duidelijke toename gezien in het aantal uitgevoerde interventies, met een uitgesproken stijging in de vierde cyclus.

Discussie

1.Implementatie van preventieconsulten in de praktijken: van theorie naar haalbaarheid

Dit kwaliteitsverbeterend project toont aan dat de implementatie van preventieconsulten binnen een huisartsenpraktijk haalbaar is, mits een gefaseerde aanpak en continue bijsturing via PDCA-cycli. In lijn met internationale literatuur, waarin het belang van structurele en teamgebaseerde preventie wordt benadrukt (31,32), werd in dit project een duidelijke evolutie gezien in zowel proces- als resultaatindicatoren.

De resultaten tonen een geleidelijke toename van het aantal preventieconsulten, van één consult in de eerste cyclus tot zestien consulten in de vierde cyclus. Deze stijging weerspiegelt niet alleen een verbeterde rekrutering, maar ook een toenemende integratie van preventie in de dagelijkse praktijkvoering. Tegelijk werd een optimalisatie gezien van de consultduur, waarbij deze na een initiële stijging opnieuw daalde tot een haalbaar niveau. Dit wijst erop dat het aanpassen en vereenvoudigen van het protocol essentieel is voor een duurzame implementatie.

Daarnaast nam het aantal overlegmomenten af en werd de taakverdeling binnen het team duidelijker. Dit suggereert dat naarmate het project vorderde, de samenwerking tussen arts en praktijkverpleegkundige efficiënter werd, wat aansluit bij bevindingen uit de literatuur die het belang van duidelijke afspraken rond taakverdeling en interprofessionele samenwerking benadrukken (37,52).

Tegelijk vraagt de implementatie van preventieconsulten om een kritische reflectie op de vraag *"to check or not to check"*. Hoewel systematische screening kan leiden tot een betere detectie van risicofactoren en een verhoogde deelname aan preventieve zorg (15), tonen grootschalige studies aan dat dit zich niet noodzakelijk vertaalt in een daling van mortaliteit of majeure cardiovasculaire events (56,57). Bovendien brengen preventieve screenings risico's met zich mee, zoals overdiagnose, vals-positieve resultaten en psychologische belasting voor de patiënt. Deze bevindingen onderstrepen dat preventie niet louter kwantitatief (meer screening), maar vooral kwalitatief (gerichte en zinvolle screening) moet worden benaderd.

2. Detectie van risicofactoren en impact op zorg

Een belangrijk resultaat van dit project is de toename in het aantal gedetecteerde risicofactoren en gezondheidsproblemen. De meest frequent vastgestelde risicofactoren waren afwijkende levensstijl, obesitas en hypercholesterolemie, wat overeenkomt met de belangrijkste determinanten van chronische aandoeningen zoals beschreven in de literatuur (9-13).

Opvallend is dat vooral leefstijlgerelateerde risicofactoren frequent werden geïdentificeerd, wat het belang onderstreept van preventieve interventies gericht op gedragsverandering (14). De duidelijke toename in het aantal gedetecteerde risicofactoren over de cycli, met een piek in de vierde cyclus, suggereert dat het geoptimaliseerde preventieconsult effectiever werd in het systematisch opsporen van gezondheidsproblemen.

Ook het aantal doorverwijzingen naar de arts nam sterk toe, van één doorverwijzing in de eerste cyclus tot veertien in de vierde cyclus. Dit wijst erop dat het preventieconsult niet enkel leidde tot detectie, maar ook tot concrete vervolgstappen in de zorg. Deze bevinding ondersteunt de hypothese dat een gestructureerde aanpak met een praktijkverpleegkundige kan bijdragen aan een betere identificatie en opvolging van risicopatiënten (45,48).

Tegelijk dient deze toegenomen detectie kritisch geïnterpreteerd te worden in het licht van de mogelijke nadelen van screening. Een verhoogde detectie betekent niet automatisch een klinisch relevante winst, en kan in sommige gevallen leiden tot overmedicalisering. Dit benadrukt opnieuw het belang van een selectieve en risicogestuurde aanpak van preventie.

3. Van detectie naar actie: implementatie van preventieve interventies

Naast detectie werd ook een duidelijke toename gezien in het aantal uitgevoerde preventieve interventies. Vooral leefstijladvies, bloedafnames en vaccinaties kwamen frequent voor. Dit toont aan dat het preventieconsult niet louter een screeningsinstrument is, maar ook effectief leidt tot concrete acties binnen de zorg.

De stijgende trend in interventies, met een uitgesproken toename in de laatste cyclus, suggereert dat de implementatie van het preventieconsult niet alleen de detectie van risicofactoren verbeterde, maar ook zorgde voor het voorzien van een behandeling en opvolging. Dit sluit aan bij internationale studies die aantonen dat gestructureerde preventieprogramma's de controle van risicofactoren kunnen verbeteren (43-46).

Tegelijk valt op dat er binnen dit project geen de-novodiagnoses van diabetes werden gesteld, noch een optimalisatie van de bestaande zorg werd vastgesteld. Dit kan erop wijzen dat er in de praktijk reeds een goed functionerend detectie- en opvolgprotocol voor diabetes aanwezig is. Anderzijds is het ook mogelijk dat bepaalde risicogroepen, met name meer kwetsbare populaties, minder goed werden bereikt.

4. Bereiken van de juiste doelgroep: de uitdaging van selectiebias

Een belangrijke bevinding uit dit project is dat de initiële wervingsstrategie voornamelijk gemotiveerde patiënten bereikte, wat wijst op een mogelijke selectiebias. Dit sluit aan bij de literatuur rond de zogenaamde "worried well" (44).

Met de term "worried well" wordt verwezen naar relatief gezonde, vaak hoger opgeleide en gezondheidsbewuste patiënten die proactief deelnemen aan preventieve consulten, ondanks een relatief laag gezondheidsrisico. Deze groep is doorgaans beter geïnformeerd en gemotiveerd om deel te nemen aan preventieve zorg, terwijl net patiënten met een hoger risico — zoals personen met een lagere socio-economische status, beperkte gezondheidsvaardigheden of comorbiditeiten — minder frequent bereikt worden (18).

Huisartsen identificeren hoogrisicopatiënten bovendien vaak al proactief binnen de reguliere zorg, terwijl preventieconsulten relatief vaker worden gebruikt door laagrisicogroepen. Dit leidt tot een paradoxaal effect waarbij preventieve zorg niet noodzakelijk terechtkomt bij de patiënten die er het meeste baat bij hebben. Hierdoor kan de bestaande gezondheidskloof zelfs verder toenemen (58).

De integratie van het preventieconsult in intakegesprekken voor nieuwe patiënten bleek een effectieve strategie om deze bias deels te ondervangen. Deze aanpak leidt tot een bredere en meer representatieve patiëntenpopulatie en kan bijdragen aan een meer rechtvaardige toegang tot preventieve zorg. Toch blijft het bereiken van kwetsbare groepen een belangrijke uitdaging.

5. Organisatorische, juridische en structurele uitdagingen

Hoewel de resultaten van dit project positief zijn, blijven er belangrijke organisatorische en structurele uitdagingen bestaan. De implementatie van preventieconsulten vereist tijd, middelen en duidelijke afspraken, wat niet altijd vanzelfsprekend is binnen de huidige praktijkcontext.

Daarnaast vormt het ontbreken van een duidelijk financieel en juridisch kader voor praktijkverpleegkundigen een belangrijke belemmering (29,51).
België kent geen wettelijk statuut voor praktijkverpleegkundigen in huisartsenpraktijken, waardoor verantwoordelijkheden, facturatie, terugbetaling, artsencodes en aansprakelijkheid per praktijk variëren. Dit geldt in het bijzonder voor prestatiegerichte praktijken. Onderzoek van Marieke Geijsels - in haar lopende doctoraat 'Practice nurses in Belgian primary care practices: context and its influence on primary care' – onderstreept de onduidelijkheid hierover.

Zoals ook in de literatuur beschreven, zorgt deze onzekerheid voor terughoudendheid bij praktijken om taken structureel te delegeren (39,40).

Ook technische en administratieve obstakels, zoals beperkte toegang tot digitale systemen (COZO, Vaccinnet) en de integratie van tools zoals de Gezondheidsgids in het EMD, kunnen de implementatie bemoeilijken (51).

6. Kritische reflectie: sterktes en beperkingen

Een belangrijke sterkte van dit project is de praktijkgerichte aanpak, waarbij via opeenvolgende PDCA-cycli concrete verbeteringen werden gerealiseerd. Hierdoor zijn de resultaten niet alleen relevant, maar ook direct toepasbaar binnen de eerstelijnszorg.

Tegelijk zijn er enkele beperkingen. De studie werd uitgevoerd in één praktijk met een beperkte populatie, wat de generaliseerbaarheid van de resultaten beperkt. Daarnaast was de looptijd relatief kort, waardoor langetermijneffecten op gezondheidsuitkomsten niet konden worden geëvalueerd.

Verder is er mogelijk sprake van registratiebias, aangezien de kwaliteit van de data afhankelijk is van correcte codering in het EMD.

7. Samenvattende interpretatie

Deze scriptie toont aan dat de implementatie van preventieconsulten in de huisartsenpraktijk haalbaar en zinvol is, mits een gestructureerde en gefaseerde aanpak. De resultaten suggereren dat een praktijkverpleegkundige een centrale rol kan spelen in zowel de detectie van risicofactoren als de uitvoering van preventieve interventies, wat in overeenstemming is met eerdere studies (32,46,47).

Tegelijk benadrukken de bevindingen dat preventie steeds kritisch moet worden benaderd. Een evenwicht is nodig tussen het vroegtijdig opsporen van risicofactoren en het vermijden van overdiagnose en overmedicalisering. Een gerichte, risicogestuurde aanpak — waarbij aandacht is voor kwetsbare groepen en een doordachte selectie van patiënten — lijkt hierbij essentieel.

De integratie van preventie in bestaande zorgmomenten, zoals intakeconsultaties, vormt een veelbelovende strategie om zowel de haalbaarheid als het bereik te vergroten. Tegelijk blijven structurele ondersteuning, duidelijke regelgeving en aandacht voor gezondheidsongelijkheid noodzakelijk om deze aanpak duurzaam en rechtvaardig te implementeren.

Conclusie

Deze thesis onderzocht hoe preventieconsulten op een gestructureerde en haalbare manier kunnen worden geïmplementeerd binnen de huisartsenpraktijk, met gebruik van de Gezondheidsgids van Domus Medica en met een centrale rol voor de praktijkverpleegkundige. Aan de hand van een kwaliteitsverbeterend project, opgebouwd volgens opeenvolgende PDCA-cycli, werd een praktijkgericht en iteratief implementatieproces doorlopen.

De resultaten tonen aan dat de implementatie van preventieconsulten haalbaar is binnen de eerstelijnszorg, mits een gefaseerde aanpak en continue bijsturing. Doorheen de verschillende cycli werd een duidelijke evolutie gezien in de procesindicatoren: het aantal preventieconsulten nam toe van één consult in de eerste cyclus tot zestien in de vierde cyclus, terwijl de consultduur na optimalisatie opnieuw werd gereduceerd tot een haalbaar niveau van 30 minuten. Tegelijk verbeterde de taakverdeling binnen het team en daalde het aantal overlegmomenten, wat wijst op een efficiëntere samenwerking tussen arts en praktijkverpleegkundige en een betere integratie van preventie in de dagelijkse praktijkwerking.

Daarnaast leidde de implementatie van het preventieconsult tot een duidelijke toename in de detectie van risicofactoren en aandoeningen, voornamelijk op vlak van levensstijl, obesitas en cardiovasculaire risicofactoren. Deze verhoogde detectie ging gepaard met een sterke stijging in het aantal doorverwijzingen naar de arts en een toename van preventieve interventies, zoals leefstijladvies, bloedafnames en vaccinaties. Dit bevestigt dat het preventieconsult niet enkel een screeningsinstrument is, maar ook effectief leidt tot concrete acties en opvolging binnen de zorg.

Tegelijkertijd tonen de bevindingen dat preventie in de huisartsenpraktijk een kritische benadering vereist. Een toename in screening en detectie vertaalt zich niet automatisch in gezondheidswinst en kan gepaard gaan met nadelen zoals overdiagnose en overmedicalisering. Dit onderstreept het belang van een doordachte en risicogestuurde aanpak, waarbij niet enkel wordt ingezet op méér preventie, maar vooral op gerichte en zinvolle interventies.

Een bijkomende uitdaging is het bereiken van de juiste doelgroep. In dit project bleek dat preventieconsulten initieel voornamelijk gemotiveerde en relatief gezonde patiënten aantrokken, de zogenaamde “worried well”. Aangezien huisartsen hoogrisicopatiënten vaak reeds proactief identificeren binnen de reguliere zorg, maken vooral laagrisicogroepen disproportioneel gebruik van deze consulten. Dit kan paradoxaal genoeg bijdragen tot een verdere vergroting van de gezondheidskloof. De integratie van het preventieconsult in intakegesprekken voor nieuwe patiënten bleek een effectieve strategie om een bredere en meer representatieve populatie te bereiken, maar bijkomende inspanningen blijven noodzakelijk om kwetsbare groepen beter te includeren.

Op organisatorisch vlak blijkt de implementatie vooral haalbaar wanneer preventie geïntegreerd wordt in bestaande zorgmomenten, eerder dan aangeboden als afzonderlijk consult. Deze aanpak laat toe om efficiënt om te gaan met tijd en middelen, zonder de werkdruk onnodig te verhogen. Tegelijk blijven structurele uitdagingen bestaan, zoals het ontbreken van een duidelijk financieel en juridisch kader voor praktijkverpleegkundigen en technische beperkingen binnen digitale systemen.

Tenslotte is gerichte opleiding essentieel. Preventie vraagt competenties in risicocommunicatie, motiverende gespreksvoering en het bereiken van kwetsbare groepen, waaronder anderstaligen en personen met lage gezondheidsvaardigheden. Zonder tijd, middelen en training dreigt taakdelegatie louter een verschuiving van werkdruk te worden.

Samenvattend toont deze studie aan dat preventieconsulten een waardevolle en haalbare aanvulling kunnen vormen binnen de huisartsenpraktijk, mits een gestructureerde, pragmatische en kritisch onderbouwde implementatie. Een teamgebaseerde aanpak, met een duidelijke rol voor de praktijkverpleegkundige en integratie in bestaande zorgmomenten, lijkt hierbij essentieel.

Deze bevindingen bieden een concreet antwoord op de onderzoeksvraag, namelijk dat preventieconsulten, mits gefaseerde implementatie en optimalisatie via PDCA-cycli, haalbaar zijn binnen de huisartsenpraktijk en bijdragen aan een verbeterde detectie en opvolging van risicofactoren.

Voor de toekomst is verdere ontwikkeling nodig, met bijzondere aandacht voor een risicogestuurde toepassing van preventie, het beter bereiken van kwetsbare populaties en het creëren van een ondersteunend beleidsmatig en organisatorisch kader. Enkel op die manier kan preventieve zorg niet alleen efficiënter, maar ook rechtvaardiger worden georganiseerd binnen de eerstelijnszorg.

Referenties

(1): Sciensano. De Pauw, R., Gorasso, V., & Devleesschauwer, B. (2022). Belgian national burden of disease study. Guidelines for the calculation of DALYs in Belgium. https://www.sciensano.be/sites/default/files/bebod-protocol-20220210.pdf

(2): Sciensano. (z.d.). Ziektelast door risicofactoren. Naar een gezond België. Geraadpleegd op 3 december 2024, van https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/ziektelast/ziektelast-door-risicofactoren

(3): Domus Medica. (2023, 20 april). Huisartsen ervaren hoge werkdruk. Geraadpleegd op 3 december 2024, van https://www.domusmedica.be/actueel/huisartsen-ervaren-hoge-werkdruk

(4): Huisarts & Wetenschap. (2005, 10 november). Delegatie van taken van artsen naar verpleegkundigen. Geraadpleegd op 3 februari 2025, van https://www.henw.org/artikelen/delegatie-van-taken-van-artsen-naar-verpleegkundigen

(5): Domus Medica. (2019). Gezondheidsgids. Geraadpleegd op 3 december 2024, van https://www.domusmedica.be/sites/default/files/Gezondheidsgids_2019-2%20.pdf

(6): Wereldgezondheidsorganisatie. (2024). Noncommunicable diseases. Geraadpleegd op 31 januari 2025, van https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

(7): Sciensano. (2024). Chronische ziekte. Geraadpleegd op 31 januari 2025, van https://www.sciensano.be/nl/gezondheidsonderwerpen/chronische-ziekte#wat-is-het-verschil-tussen-chronische-ziekten-en-niet-overdraagbare-ziekten-noa-

(8): Sun, X., & Li, X. (2023). Editorial: Aging and chronic disease: Public health challenge and education reform. Frontiers in Public Health, 11, 1175898. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1175898

(9): Van Eerd, E. A. M., Van der Meer, R. M., Van Schayck, O. C. P., et al. (2016). Smoking cessation for people with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016(8), CD010744. https://doi.org/10.1002/14651858.CD010744.pub2

(10): Glechner, A., Keuchel, L., Affengruber, L., et al. (2018). Effects of lifestyle changes on adults with prediabetes: A systematic review and meta-analysis. Primary Care Diabetes, 12(5), 393-408. https://doi.org/10.1016/j.pcd.2018.05.004

(11): Sheng, Z., Cao, J. Y., Pang, Y. C., et al. (2019). Effects of lifestyle modification and anti-diabetic medicine on prediabetes progress: A systematic review and meta-analysis. Frontiers in Endocrinology, 10, 455. https://doi.org/10.3389/fendo.2019.00455

(12): Janssen, V., De Gucht, V., Dusseldorp, E., et al. (2013). Lifestyle modification programmes for patients with coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. European Journal of Preventive Cardiology, 20(4), 620-640. https://doi.org/10.1177/2047487312462824

(13): Campos SF, Lopes MS, Santos LCD, Freitas PP, Lopes ACS. 2023. "Evaluation of Nutrient Consumption for the Prevention of Chronic Diseases in Health Promotion Services: A Controlled and Randomized Community Trial to Promote Fruits and Vegetables." Int J Environ Res Public Health 20(13):6267. doi:10.3390/ijerph20136267.

(14): Sciensano. (z.d.). Ziektelast door risicofactoren. Gezond België. Geraadpleegd op 3 februari 2025, van https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/ziektelast/ziektelast-door-risicofactoren

(15): Liss, D. T., Uchida, T., Wilkes, C. L., Radakrishnan, A., & Linder, J. A. (2021). General health checks in adult primary care: A review. JAMA, 325(22), 2294-2306. https://doi.org/10.1001/jama.2021.6524

(16): Public Health England. (z.d.) NHS Health Check: Commissioners and Providers – Evidence. London: Public Health England. Geraadpleegd op 31 januari 2025. https://www.healthcheck.nhs.uk/commissioners-and-providers/evidence/

(17): Burns, J., M. Prats, S. Ibrahimi, T. Ryder, R. Jones, G. Evetts, et al. 2020. "Systematic Review of Economic Evaluations of Primary Care Interventions for Patients with Multimorbidity." BMJ Open 10(11):e042963. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042963.

(18): Department of Health and Social Care (UK). 2023. Preventing illness and improving health for all: A review of the NHS Health Check programme and recommendations. London: UK Government. Geraadpleegd op 31 januari 2025. https://www.gov.uk/government/publications/nhs-health-check-programme-review/preventing-illness-and-improving-health-for-all-a-review-of-the-nhs-health-check-programme-and-recommendations

(19): Shimizu T, Bouchard M, Mavriplis C. 2016. "Update on age-appropriate preventive measures and screening for Canadian primary care providers." Can Fam Physician 62(2):131-8

(20): Centers for Disease Control and Prevention. (z.d.). Advancing Team-Based Care Through Collaborative Practice Agreements. Geraadpleegd op 3 februari 2025, van https://www.cdc.gov/high-blood-pressure/media/pdfs/2024/04/CPA-Team-Based-Care.pdf

(21): Nederlands Huisartsen Genootschap. (z.d.) Medische check-ups bij mensen zonder klachten. Utrecht: NHG. Geraadpleegd op 31 januari 2025. https://richtlijnen.nhg.org/medisch-inhoudelijke-nhg-standpunten/medische-check-ups-bij-mensen-zonder-klachten

(22): Medisch Contact. (z.d.) Preventie in de huisartsenpraktijk. Utrecht: Medisch Contact. Geraadpleegd op 31 januari 2025. https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/preventie-in-de-huisartsenpraktijk

(23): Dekker, J. M., M. Alssema, A. N. Goudswaard, et al. 2011. "NHG-Standaard PreventieConsult module Cardiometabool Risico." Huisarts en Wetenschap 54(3):138-155.

(24): Sciensano. (z.d.). Health System in Transition (HiT) – België. Gezond België. Geraadpleegd op 3 februari 2025, van https://www.gezondbelgie.be/nl/hit-nl

(25): ASGB. (2015, november 9). Geen 102395 meer vanaf 1 januari 2016. ASGB. Geraadpleegd op 31 januari 2025, van https://asgb.be/asgb-bericht2015-066geen-102395-meer-vanaf-1-januari-2016

(26): Falke, T., F. Levrau, and E. Piqueray. 2016. Preventie in de eerstelijnszorg: Een kwalitatieve studie naar het gebruik van preventie in een superdiverse samenleving. Steunpunt Inburgering en Integratie. Geraadpleegd op 31 januari 2025. https://www.uantwerpen.be/nl/steunpunten/steunpunt-inburgeringintegratie/publicaties/onderzoeksrapporten/.

(27): Remmen, R., et al. 2013. Er is geen tekort aan huisartsen in Vlaanderen en zij zijn niet burnt-out. Geraadpleegd op 31 januari 2025. https://www.domusmedica.be/documentatie/archief/nieuws/4605-er-is-geen-tekort-aan-huisartsen-in-vlaanderen-en-zij-zijn-niet-burnt-out.html

(28): Domus Medica. 2024. Vlaamse beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: Ambitieus, maar kansen voor huisartsen.Geraadpleegd op 2 december 2024. https://www.domusmedica.be/actueel/vlaamse-beleidsnota-welzijn-volksgezondheid-en-gezin-ambitieus-maar-kansen-voor-huisartsen.

(29): Vantomme, O., and L. Peremans. 2018. "Hoe haalbaar is een verpleegkundige in een niet-forfaitaire groepspraktijk? Onderzoek naar de meerwaarde en financiële impact." Huisarts Nu 47:200-205.

(30): Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ. 2018. "Nurses as substitutes for doctors in primary care." Cochrane Database Syst Rev 7(7):CD001271. doi:10.1002/14651858.CD001271.pub3.

(31): Fowler T, Garr D, Mager NDP, Stanley J. 2020. "Enhancing primary care and preventive services through interprofessional practice and education." Isr J Health Policy Res 9(1):12. doi:10.1186/s13584-020-00371-8.

(32): Heidarzadeh A, Alvandi M, Hedayati B, Rezaei M, Abedi F, Madani ZH, Hekmat SN, Dadgaran I, Mirkazemi R.2023. "The roles of the nurses in family physician team: A qualitative systematic review." Iran J Nurs Midwifery Res28(4):361-370. doi:10.4103/ijnmr.ijnmr_244_22.

(33): Westland H, Bos-Touwen ID, Trappenburg JC, Schröder CD, de Wit NJ, Schuurmans MJ. 2017. "Unravelling effectiveness of a nurse-led behaviour change intervention to enhance physical activity in patients at risk for cardiovascular disease in primary care: study protocol for a cluster randomised controlled trial." Trials 18(1):79. doi:10.1186/s13063-017-1811-0.

(34): Harris MF, Parker SM, Litt J, van Driel M, Russell G, Mazza D, Jayasinghe UW, Smith J, Del Mar C, Lane R, Denney-Wilson E; Preventive Evidence into Practice Partnership Group. 2017. "An Australian general practice based strategy to improve chronic disease prevention, and its impact on patient reported outcomes: evaluation of the preventive evidence into practice cluster randomised controlled trial." BMC Health Serv Res 17(1):637. doi:10.1186/s12913-017-2586-4.

(35): Peersman, W., et al. 2001. "Het meten van patiëntentevredenheid: Het gebruik van gestandaardiseerde vragenlijsten." Huisarts Nu 30(9):398-400.

(36): Feys C, Fouvry J. 2013. Implementatie van de preventiemodule (op basis van de gezondheidsgids): Wat is de responsratio en wat vindt de patiënt hiervan? Masterproef Huisartsgeneeskunde, Katholieke Universiteit Leuven.

(37): Karimi-Shahanjarini, A., E. Shakibazadeh, A. Rashidian, K. Hajimiri, C. Glenton, J. Noyes, et al. 2019. "Barriers and Facilitators to the Implementation of Doctor-Nurse Substitution Strategies in Primary Care: A Qualitative Evidence Synthesis." Cochrane Database of Systematic Reviews (4):CD010412. https://doi.org/10.1002/14651858.CD010412.pub2.

(38): Den Engelsen, C., S. Soedamah-Muthu, N. Oosterheert, and others. 2009. "Improved Care of Type 2 Diabetes Patients as a Result of the Introduction of a Practice Nurse: 2003–2007." Primary Care Diabetes 3(3):165-171.

(39): Smeets M, Aertgeerts B, Ronse J. 2013. Hoe samen met de praktijkverpleegkundigen de uitdagingen van preventie aangaan. Masterproef Huisartsgeneeskunde, Katholieke Universiteit Leuven.

(40): Dirickx, B., M. Viaene, and J. De Lepeleire. n.d. (2011) Taakdelegatie in de Vlaamse huisartsenpraktijk: Een exploratieve studie. Huisarts nu.

(41): Vanhulle S. 2019. Hoe samen met de praktijkassistenten een beter preventiebeleid voeren? Masterproef Huisartsgeneeskunde, Katholieke Universiteit Leuven.

(42): Laurant M, Hermens R, Braspenning J, Sibbald B, Grol R. 2004. "Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners: randomised controlled trial." BMJ 328(7445):927.

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

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

(45): Voogdt-Pruis HR, Beusmans GHMI, Gorgels APM, Kester ADM, van Ree JW. 2010. "Effectiveness of nurse-delivered cardiovascular risk management in primary care: a randomised trial." Br J Gen Pract 60(570):40-6.

(46) Westland H, Bos-Touwen ID, Trappenburg JC, Schröder CD, de Wit NJ, Schuurmans MJ. 2017. "Unravelling effectiveness of a nurse-led behaviour change intervention to enhance physical activity in patients at risk for cardiovascular disease in primary care: study protocol for a cluster randomised controlled trial." Trials 18(1):79. doi:10.1186/s13063-017-1811-0.

(47): Lenders N, Aertgeerts B. 2011. 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 tetanusvaccinatie. Masterproef Huisartsgeneeskunde, Katholieke Universiteit Leuven.

(48): Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. 2005. "Substitution of doctors by nurses in primary care." Cochrane Database Syst Rev (2):CD001271.

(49): Domus Medica. "Samenwerken met een praktijkverpleegkundige." [Internet]. Beschikbaar via: https://www.domusmedica.be/FAQpraktijkverpleegkundige. Geraadpleegd op 8 december 2024.

(50): Universiteit Antwerpen. "Postgraduaat verpleegkundige in de huisartspraktijk." [Internet]. Beschikbaar via: https://www.uantwerpen.be/nl/studeren/aanbod/alle-opleidingen/verpleegkundige-huisartspraktijk/. Geraadpleegd op 8 december 2024.

(51): Fiems Jn Decat P. Integratie van een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk: een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van huisartsen en verpleegkundigen. Masterproef Huisartsgeneeskunde, Universiteit Gent.

(52): Bouckaert S, Pype P. Zorgsubstitutie tussen huisarts en verpleegkundige in eerstelijnspraktijken: wat met het professioneel welbevinden van verpleegkundigen? Een kwalitatief onderzoek. Masterproef Huisartsgeneeskunde, Universiteit Gent.

(53): Put K, Schoenmakers B.Verbetert de kwaliteit van zorg voor de diabetespatiënt wanneer de huisarts taken delegeert naar een praktijkverpleegkundige? Masterproef Huisartsgeneeskunde, Katholieke Universiteit Leuven.

(54): De Cang E, Schoenmakers B. Taakdelegatie naar een praktijkverpleegkundige voor het Zorgtraject Diabetes. Masterproef Huisartsgeneeskunde, Universiteit Gent.

(55): Vanhengel L, De Maeseneer J, Pype P. Evidence-based early stage type 2 diabetes follow-up in Belgian primary care practices: Impact of multi-professional teams and care protocols. Prim Care Diabetes. 2021

(56): Kring T, Tonelli M, Bobrovitz N, Tonelli MT. General health check-ups: to check or not to check? A question of choosing wisely. Can J Public Health. 2023

(57): Kring T, Tonelli M, Bobrovitz N, Tonelli MT. General Health Checks in Adult Primary Care: A Review. JAMA. 2021

(58): Kring T, Tonelli M, Bobrovitz N, Tonelli MT. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality. Cochrane Database Syst Rev. 2021

Bijlagen

Bijlage 1: Goedkeuring ethisch comité



ETHISCH COMITE

Voorzitter

Prof. dr. Peter Michielsen

Secretariaat

03 821 38 97

Professor Hilde Bastiaens

FAMPOP UAntwerpen

Miss Joelle demaerel

Datum: 28/07/2025

Project ID 7608 - EDGE n/a - BUN n/a

Project titel: Preventieconsult in de huisartsenpraktijk: praktijkverbeterend project de rolverdeling tussen arts en verpleegkundige

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte collega

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de universiteit Antwerpen heeft bovenvermelde studie besproken en geeft een gunstig advies dd. 28/07/2025.

Bijlage 2: Uitnodiging flyer



Bijlage 3: Protocol versies

- *Protocol versie 1 cfr. infra*
Vragenlijst + protocol o.b.v. gezondheidsgids
- *Protocol versie 2 cfr. infra*
Versie 1 verduidelijken en aanpassen naar een eenvoudigere, minder tijdsintensieve versie gebaseerd op de gezondheidsgids (cfr. Bijlage: protocol versie 2). Hiervoor werd afgesproken de vragenlijst op voorhand achterwege te laten en het aangepaste protocol volledig met de patiënt te overlopen.
- *Protocol versie 3 cfr. infra*
Taakverdeling vereenvoudigen met visueel taakverdeling, samengevoegd met intakeprotocol

Moveo PROTOCOL

PROTOCOL VERSIE 1:
PREVENTIE CONSULTATIES MOVEO, TAAKVERDELING VIHP EN HA

Deel 1: Voorbereiding

Patiënt krijgt bij uitnodiging voor preventieconsult een link naar de vragenlijst met de vraag om deze voor de consultatie in te vullen. De resultaten worden gedeeld met Dr. Demaerel en opgeslagen in het dossier onder 'Documenten'.

Deel 2: Adviezen obv ingevulde vragenlijst

Volgens protocol:

1. LEEFSTIJLFACTOREN – ALCOHOLGEBRUIK

Type adviezen



➢ VIHP: Bevestigen

-als de patiënt niet (meer) drinkt, kan je hem/haar hierin bevestigen: het is altijd een goede keuze om helemaal geen alcohol te drinken!



➢ VIHP: Bevestigen/informeren

-verwijs naar de richtlijn en bevestig dat het belangrijk is het alcoholgebruik matig te houden, nu en in de toekomst

-herinner eraan dat alcoholgebruik maatschappelijk aanvaard is, maar dat het geen ongevaarlijk product is: alcohol heeft een verdovend effect op de hersenen, voornamelijk die delen die het gedrag en de gevoelens controleren . Bij een grotere hoeveelheid alcohol vermindert het reactievermogen en nog meer alcohol vermindert ook de controle over de bewegingen en het coördinatievermogen.



➢ VIHP: Informeren, sensibiliseren en motiveren

-verwijs naar de richtlijn en maak de patiënt erop attent dat diens alcoholgebruik toch riskant is, dat het beter is voor de gezondheid om minder te drinken ook al is het alcoholgebruik binnen aanvaardbare normen

-herinner eraan dat alcoholgebruik maatschappelijk aanvaard is, maar dat het geen ongevaarlijk product is: alcohol heeft een verdovend effect op de hersenen, voornamelijk die delen die het gedrag en de gevoelens controleren, bij een grotere hoeveelheid alcohol vermindert het reactievermogen en nog meer alcohol vermindert ook de controle over de bewegingen en het coördinatievermogen

-sensibiliseer en motiveer de patiënt om het alcoholgebruik binnen aanvaardbare hoeveelheden te

houden; de patiënt weet wellicht wel dat alcohol in het verkeer een gevaar vormt, maar je kan vb ook wijzen op *gezondheidsrisico's* op korte (black-outs, roekeloosheid, agressie, slechte invloed op werk/sportprestaties...) en op lange termijn (lever, maag, pancreasproblemen, angsten...) en op *sociale/maatschappelijke risico's* (gezins- relatieproblemen, sociaal isolement...)

-



en


➢VIHP: Informeren, sensibiliseren en motiveren
-wijs de patiënt erop dat diens alcoholgebruik problematisch is en verwijs naar de richtlijn (geef aan wat wél aanvaardbare hoeveelheden zijn)
-wijs de patiënt op de risico's (op lichamelijk, psychisch, sociaal/maatschappelijk vlak) die op korte en/of lange termijn gepaard gaan met een problematisch alcoholgebruik
-spreek over stoppen met drinken of minderen
-vraag of de patiënt in de laatste weken, maanden, jaren problemen ervaren heeft die gelinkt zijn aan het alcoholgebruik
-tracht de patiënt op een empathische en niet-veroordelende manier aan te zetten tot verandering, en hierbij te peilen of de patiënt op dit ogenblik voldoende gemotiveerd is om het probleem aan te pakken (vb via technieken van motiverende gespreksvoering)
-indien de patiënt hiervoor open staat, geef dan concrete tips en info mee over hulp

➢ VIHP +HA: Actie
-indien duidelijk is dat de patiënt er klaar voor is om iets aan het alcoholgebruik te doen en hij/zij hiervoor hulp wenst, kan je vb de doorverwijsgids van de VAD gebruiken, waarin je info kan vinden over vroeg-interventie en hulpverlening (https://www.vad.be/doorverwijsgids)
- je maakt hiervan melding aan de arts via een notitie en maak je een notitie in de probleemlijst van het patiëntendossier
- Bespreek dit steeds achteraf met HA op het overleg en beslis samen voor al dan niet laboratorisch onderzoek, follow-up…

2. LEEFSTIJLFACTOREN – ROOKGEDRAG



➢ VIHP: Bevestigen
-Als de patiënt niet rookt, kan je hem/haar hiermee feliciteren en bevestigen dat dit de beste preventie is: door niet te roken of meteen te stoppen na een eventuele experimenteerfase, kan schade aan de gezondheid worden vermeden.







➢ VIHP Informeren, sensibiliseren/motiveren (+ *rookstopadvies*)
- De risico's situeren zich voornamelijk op het gebied van cardiovasculaire ziekten (je kan dit dus ook bij cardiovasculair risico bespreken), bepaalde kankers en de luchtwegen, maar je kan vb ook wijzen op invloed op de vruchtbaarheid (kwaliteit sperma vermindert), verminderde immuniteit (meer kans op infecties)...

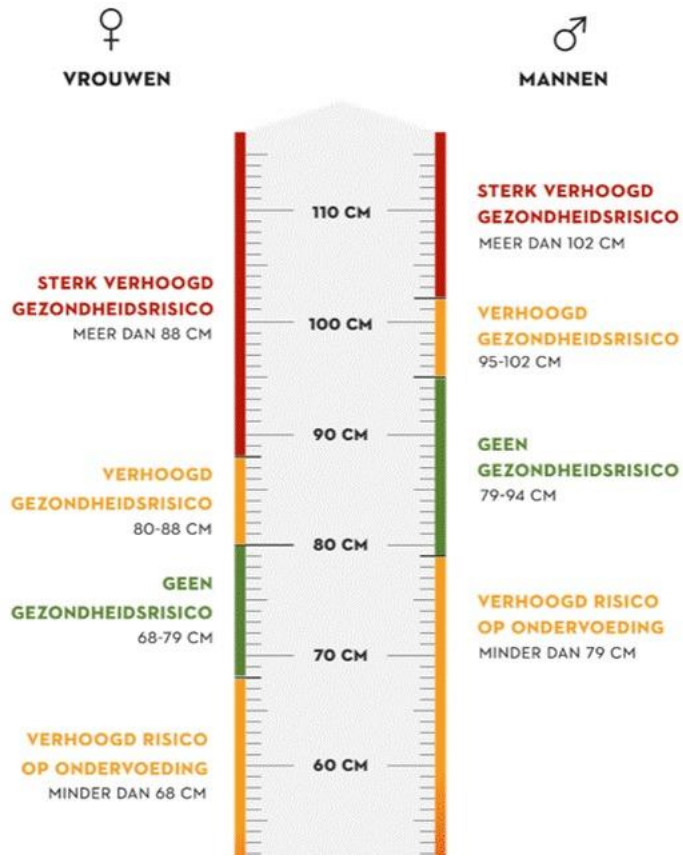
-uitleggen dat roken één van de belangrijkste vermijdbare risicofactoren vormt voor *cardiovasculaire risico's* (tromboses, CVA, beroerte, obstructie van slagaders van de onderste ledematen) waar je zelf invloed op hebt; roken beschadigt de wanden van de bloedvaten en vergroot de kans op vetafzetting aan de wand; bij rokers klitten bloedplaatjes sneller samen waardoor makkelijker bloedklonters worden gevormd; rokers hebben bijna dubbel zoveel risico op een hartaanval in vergelijking met mensen die nooit gerookt hebben
-uitleggen dat er een verband bestaat tussen roken en *bepaalde kankers* zoals vb longkanker, keel -mond en slokdarmkanker, huidkanker, blaaskanker…
-*luchtwegen*: uitleggen dat de 'rokershoest' en kortademigheid kunnen leiden tot de longziekte COPD (chronic obstructive pulmonary disease) en chronische rhinitis waarbij er sprake is van chronische bronchitis (ontsteking van de luchtwegen) en/of longemfyseem (verminderde elasticiteit van de longen en kapotte longblaasjes). Deze ziekte heeft een grote impact op de levenskwaliteit.
-*zwangerschap* [4]: het is belangrijk om te stoppen met roken als men zwanger wil worden; zo heb je meer kans om zwanger te raken, heb je minder kans op een miskraam of een buitenbaarmoederlijke zwangerschap en heb je minder kans op problemen in de zwangerschap of rond de geboorte.
-benadrukken dat er geen enkele "minimale drempel" is waaronder roken onschadelijk is, het is ALTIJD schadelijk, volledig stoppen met roken is de beste actie om de gezondheid te beschermen
-wijzen op de positieve gevolgen op korte en lange termijn van stoppen met roken: je moet minder hoesten en bent minder kortademig, je vingers/handen/tanden zijn frisser, het is beter voor je huid en haar [5], je spaart geld uit, en op langere termijn verminder je het risico op ziekten (vb na 1 jaar stoppen met roken, is je risico op hart- en vaatziekten al gehalveerd; na 15 jaar is je risico hetzelfde als bij iemand die nooit heeft gerookt...)
-wijzen op het feit dat de kans op succes bij het stoppen met roken groter is als men het niet helemaal alleen moet doen en dat het normaal is dat er meerdere pogingen nodig zijn om volledig te stoppen
-rookstopadvies: uitleggen dat er meerdere soorten hulpmiddelen mogelijk zijn zoals *medicatie* (*zonder* voorschrift zoals nicotinepleisters, kauwgom, of *met* voorschrift zoals vb Champix, Zyban – wijs er wel op dat dit geen wondermiddelen zijn, want stoppen met roken gaat niet alleen over ontwenning van nicotine, het gaat ook over gedragsverandering en motivatie); *rookstop apps* (vb Tabakstop-App (NL), Stopstone-App (NL), Smoke Free (Engels), Kwit (NL), Quit Now! (NL), Flamy (NL, Stoppen Met Roken (NL); *rookstopbegeleiding (*zie verder)
- Verwijzen naar nfo op www.vlaanderenstoptmetroken.be en www.tabakstop.be – op deze sites staat ook info over de kosten/terugbetaling
- Je kan ook ademhalingstechnieken aanleren aan de patiënt: deze technieken helpen om het ontspannende effect van het roken te vervangen.
-als duidelijk is dat de patiënt voldoende gemotiveerd is om een poging tot rookstop te wagen en hierbij begeleiding wenst, kan je actie ondernemen en de mogelijkheden tot begeleiding overlopen

➢ VIHP (+HA): Actie
- Consultatie plannen bij VIHP voor rookstopbegeleiding: mits nicotinevervangende hulpmiddelen/tabakoloog/hypnose/tabakstop afhankelijk van voorkeur patiënt

-indien er een voorschrift nodig is voor een bepaald geneesmiddel: je maakt hiervan melding aan de arts via een notitie

3. LEEFSTIJLFACTOREN – BMI

EXTRA TOEVOEGING:
Bij iedereen met BMI <35 -> bepaal middelomtrek !!!
(Bij een BMI>35 heeft bepalen middelomtrek geen meerwaarde meer)



gezond gewicht **of 'geen gezondheidsrisico'**

➢ VIHP: Bevestigen/informeren
- patiënt bevestigen dat hij/zij een gezond gewicht heeft



of 'verhoogd gezondheidsrisico'

➢ VIHP: Informeren, sensibiliseren en motiveren

-patiënt erop wijzen dat het BMI duidt op overgewicht, en dat gewicht dus best niet meer stijgt, en als het minder kan: nog beter

-aandacht hebben voor nadruk op gezonde leefstijl (vb niet streng gaan diëten)

-als de patiënt ervoor open staat, spreken over diens bewegings-en voedingspatronen en enkele tips geven om hier kleine veranderingen in aan te brengen (vb gedurende een week een voedingsdagboek bijhouden om zich bewuster te worden van hoe/wat men eet, de porties verminderen etc)

-uitleggen dat een gezond gewicht ook belangrijk is voor het psychosociaal welzijn en om het risico op comorbiditeiten te verminderen

➢ VIHP + HA: Actie

- Verwijs naar de website gezondleven.be en vraag of de patient hier extra ondersteuning nodig heeft (dietist bijv)

- Bespreek dit steeds achteraf met HA op het overleg en beslis samen voor al dan niet laboratorisch onderzoek, follow-up…



of 'Verhoogd gezondheidsrisico'

➢ VIHP: Informeren, sensibiliseren en motiveren

-patiënt erop wijzen dat het gewicht te laag is volgens de BMI-normen, en het lichaam hierdoor mogelijk onvoldoende brandstof heeft en zichzelf beschadigt

-indien de patiënt hiervoor open staat, het gesprek vragen of er bepaalde oorzaken zouden kunnen zijn voor het ondergewicht, of het al lang is etc.

-bespreken welke verbeteringen mogelijk zijn

➢ VIHP +HA Actie

- Bespreek dit steeds achteraf met HA op het overleg en beslis samen voor al dan niet laboratorisch onderzoek, follow-up…



Of 'sterk verhoogd gezondheidsrisico'

➢ VIHP: Informeren, sensibiliseren en motiveren

-patiënt informeren dat een BMI hoger dan 30 betekent dat men obees is, wat verschillende

gezondheidsrisico's inhoudt (grotere kans op diabetes, hoge bloeddruk, verhoogde cholesterol die dan weer het risico op hart-en vaatziekten verhogen, ook meer risico op sommige kankers)
-peilen in hoeverre de patiënt zich werkelijk bewust is van de gezondheidsrisico's en wat de gewichtsgeschiedenis en houding tegenover eten is (ook om in te schatten of er sprake is van een eetstoornis zoals vb binge-eten)
-informatie geven over manieren om tot gedragsverandering te komen via een gezonde(re) levensstijl
-erop wijzen dat gewichtsvermindering ook belangrijk is voor het psychosociaal welzijn en om risico's op comorbiditeiten te verminderen

➢ VIHP +HA Actie
-als de patiënt voldoende gemotiveerd is om werkelijk actie te ondernemen en tot gewichtsverlies te komen, kan je doorverwijzen naar een diëtist
- Bespreek dit steeds achteraf met HA op het overleg en beslis samen voor al dan niet laboratorisch onderzoek, follow-up…



Of 'sterk verhoogd gezondheidsrisico'

➢ VIHP: Informeren, sensibiliseren en motiveren
-patiënt informeren dat diens BMI/middelomtrek heel laag zijn, en dat hier bepaalde risico's aan verbonden zijn
-met de patiënt het gesprek aangaan over de gewichtsgeschiedenis, de houding tegenover eten etc
-als je vermoedt dat er sprake kan zijn van een stoornis, kan je indien de patiënt hiermee instemt de screeningsvragenlijst van Eetexpert afnemen om een eetstoornis te detecteren (zie fiche van Eetexpert)

➢ VIHP + HA Actie
-als op basis van de vragenlijst/fiche van Eetexpert de kans groot is dat het om een eetstoornis gaat, plan een afspraak bij de huisarts
- Bespreek dit steeds achteraf met HA op het overleg

4. LEEFSTIJLFACTOREN – VOEDING



➢ VIHP: Bevestigen/informeren
-patiënt bevestigen dat hij/zij goed bezig is en dat het belangrijk is om dit vol te houden





➢ VIHP: Informeren, sensibiliseren/motiveren

-de patiënt feliciteren dat hij/zij voldoende fruit/groenten eet, maar erop wijzen dat er nog gezondheidswinst te boeken is door de fruit/groenteconsumptie te vermeerderen omdat beiden belangrijk zijn voor een vitaal leven en bovendien helpen bij het voorkomen van hart- en vaatziektes

-de patiënt aanmoedigen om concreet een grotere portie fruit/groenten te voorzien, frequenter fruit/groenten op het menu te zetten, vb elke dag 2 stukken fruit klaar maken

- -indien de patiënt extra advies/informatie vraagt over andere voedingsmiddelen zoals vb vlees of melkproducten, kan je de voedingsdriehoek van het Vlaams Instituut Gezond Leven erbij halen https://www.gezondleven.be/themas/voeding/voedingsdriehoek



➢ VIHP: Informeren, sensibiliseren/motiveren

- patiënt informeren over het belang van een gezond eetpatroon voor de gezondheid
- aan de patiënt voorstellen om bewust gedurende een week op te schrijven hoeveel groenten/fruit hij/zij eet; aangeven dat best wordt gestreefd naar 2 stukken fruit en 300 gram groenten per dag
- de patiënt motiveren om een kijkje te nemen op de website van Gezond Leven, waar niet alleen de voedingsdriehoek staat, maar ook praktische tips voor het dagelijkse leven om te helpen bij het kiezen voor gezonde voeding



➢ VIHP: Informeren, sensibiliseren/motiveren

-de patiënt informeren dat het eten van voldoende groenten en fruit echt belangrijk is om hart-en vaatziektes te voorkomen en dat groenten en fruit eten bijdragen tot een gezonder en vitaler leven

-de patiënt aanmoedigen om de stap te zetten naar een gezonder voedingspatroon en hiervoor enkele concrete tools aanreiken (zie ook hierboven)

-de patiënt sensibiliseren door te wijzen op het gegeven dat een gezond voedingspatroon ook een gunstige invloed heeft op het mentale functioneren en het algemeen welzijn

5. LEEFSTIJLFACTOREN – BEWEGING



➢ VIHP: Bevestigen/informeren

- patiënt bevestigen dat hij goed bezig is, dat beweging inderdaad heel belangrijk is voor de gezondheid; benadrukken dat *bewegingsmix* ook belangrijk is, en dat sedentair gedrag zoveel mogelijk moet worden tegengegaan



➢ VIHP: Informeren, sensibiliseren/motiveren

-patiënt informeren dat hij/zij niet voldoet aan de beweegnormen van de Vlaamse overheid
-patiënt informeren dat voldoende bewegen grote gezondheidsvoordelen biedt: minder kans op kankers en dementie, hart- en vaatziekten en diabetes type 2; een betere concentratie én beter geheugen, betere bloeddruk, een gezonder gewicht, betere nachtrust, beter in je vel zitten, beter immuunsysteem..
-patiënt aanmoedigen om meer te bewegen in het dagelijkse leven (niet per definitie sporten!), want elke stap telt
-bespreken hoe meer beweging in praktijk kan worden gerealiseerd: concrete tips geven (vb vaker de trap nemen, bewust een lunchwandeling of wandelvergadering plannen op je werk, wandelen terwijl je belt...) Kijken naar de specifieke noden van de patiënt.

➢ VIHP + HA Actie

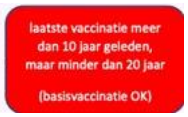
-je informeert over het lokaal preventieaanbod rond bewegen 'Bewegen op Verwijzing', zo de ptn geinteresseerd is, maak je een nota voor de HA en bespreekt het op het overleg (voor doorverwijzing naar BoV is wel een voorschrift nodig van de arts)

6. VACCINATIESTATUS - TETANUS



➢ VIHP: Informeren

- kijk naar de datum van de laatste vaccinatie in het dossier, als de vaccinatie < 10 jaar geleden was: patiënt informeren dat deze momenteel beschermd is, maar dat een tetanusvaccinatie wel om de 10 jaar moet worden herhaald – zet voor het vaccin een datumwaarschuwing klaar in het dossier



➢ VIHP: Informeren + Actie

-de patiënt informeren dat de vaccinatie moet worden hernieuwd
- VIHP doet de vaccinatie en registreert de vaccinatie



➢ VIHP: Informeren + Actie

- de patiënt informeren dat de vaccinatie (3 vaccins) moet worden hernieuwd
- VIHP organiseert de vaccinatie, doet de vaccinatie en registreert de vaccinatie



➢ VIHP: Informeren + Actie

-patiënt informeren dat hij/zij niet meer beschermd is tegen tetanus en dat er een schema zal worden opgesteld om terug beschermd te zijn, doorverwijzing naar verpleegkundige die dit verder zal afhandelen
- VIHP stelt een vaccinatieschema op, regelt de afspraken hiervoor, doet de vaccinaties en registreert deze



➢ VIHP: Informeren + Actie

-de patiënt informeren dat hij/zij niet (meer) beschermd is tegen tetanus en dat er terug een basisschema zal worden opgesteld om terug beschermd te zijn
- VIHP stelt een vaccinatieschema op, regelt de afspraken hiervoor, doet de vaccinaties en registreert deze

7. VACCINATIESTATUS - INFLUENZA EN PNEUMOKOKKEN

➢ VIHP: Informeren/Sensibiliseren:

Informeren over belang vaccinaties, sensibiliseren over jaarlijkse vaccinatie momenten georganiseerd door de praktijk. Als nodig wat meer informatie verschaffen over terugbetalingscriteria etc.

8. DIABETES

De risico's die als resultaat uit de vragenlijst komen, zijn gebaseerd op de FINDRISC-vragenlijst



➢ VIHP: Bevestigen/Informeren

-bevestigen dat de patiënt momenteel een laag risico heeft op diabetes, benadrukken dat een gezonde leefstijl cruciaal is om dit risico laag te houden



➢ VIHP: Informeren, sensibiliseren/motiveren

-de patiënt informeren dat deze momenteel een licht verhoogd risico heeft op diabetes
-de patiënt sensibiliseren en motiveren om actie te ondernemen op vlak van levensstijl (gezonde voeding en voldoende beweging) en aanraden om de FINDRISC test over 3 jaar opnieuw te doen en dit als nota in dossier zetten



➢ VIHP: Informeren, sensibiliseren/motiveren

-de patiënt informeren dat hij/zij een sterk verhoogd risico heeft op diabetes type 2 en dat aanpassingen aan de levensstijl noodzakelijk zijn om de hyperglycemie te corrigeren en de cardiovasculaire risico's te beperken (nuchtere glycemie hoger of gelijk aan 126 mg/dl)
- de patiënt sensibiliseren en motiveren om onmiddellijk actie te ondernemen op vlak van levensstijl (gezonde voeding en voldoende beweging)
-de patiënt motiveren om zich aan te melden voor het HALT2Diabetes-programma, indien dit in je regio bestaat, en waarbij personen met een verhoogd risico op diabetes type 2 en cardiovasculaire aandoeningen begeleid worden bij het aannemen van een gezonde(re) leefstijl

➢ VIHP + HA: Actie

- Bespreek dit steeds achteraf met HA op het overleg en beslis samen voor al dan niet laboratorisch onderzoek, follow-up…



➢ VIHP: Informeren, sensibiliseren/motiveren

- de patiënt eraan herinneren dat het belangrijk is suikerziekte goed op te volgen en onder behandeling van de arts te blijven
-de patiënt motiveren om blijvend inspanningen te doen om een gezonde leefstijl na te streven om eventuele verwikkelingen van de diabetes te vermijden en ook met het oog op het beperken van cardiovasculaire risico's



➢ VIHP: Informeren

-de patiënt informeren dat om het risico op diabetes type 2 te bepalen bepaalde gegevens nodig zijn die momenteel ontbreken

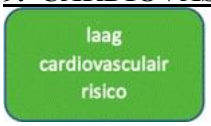
➢ VIHP: Actie

- de patiënt vragen of deze bereid is om buikomtrek, BMI (gewicht -en lengtebepaling) te laten

bepalen om deze gegevens verder aan te vullen

- Bespreek dit steeds achteraf met HA op het overleg en beslis samen voor al dan niet laboratorisch onderzoek, follow-up…

9. CARDIOVASCULAIRE RISICO'S



➢ VIHP: Bevestigen/Informeren

-de patiënt feliciteren met zijn gezond hart, informeren dat het risico op hart-en vaatziekten laag is, benadrukken dat een gezonde leefstijl (gezond eetpatroon, voldoende bewegen, niet roken...) belangrijk blijft om dit risico laag te houden



➢ VIHP: Informeren, sensibiliseren/motiveren

- de patiënt informeren dat roken de kans op hart-en vaatziekten verdubbelt en dat stoppen met roken het risico aanzienlijk zal verlagen en de gezondheid ten goede zal komen
- de patiënt sensibiliseren/motiveren om te stoppen met roken (zie onderdeel Leefstijlfactoren– Roken)





➢ VIHP: Informeren, sensibiliseren/motiveren

- de patiënt informeren dat hij/zij een matig risico heeft op hart -en vaatziekten
- de patiënt motiveren om een gezonde(re) leefstijl aan te nemen om het risico te verminderen en concrete tips geven over voedingspatroon, het inbouwen van voldoende beweging bij de dagelijkse activiteiten etc, verwijzen naar een lokaal aanbod hierrond

➢ VIHP + HA: Actie

- Bespreek dit steeds achteraf met HA op het overleg en beslis samen voor al dan niet laboratorisch onderzoek, follow-up…
- Raadpleging plannen bij arts voor CVR SCORE bepaling en verdere oppuntstelling

10. KANKERSCREENING - COLORECTALE KANKER



➢ VIHP: Bevestigen/Informeren

-bevestigen dat de patiënt momenteel geen hoger risico loopt, en dat hij/zij vanaf 50 jaar kan deelnemen aan het bevolkingsonderzoek naar darmkanker in het kader van preventieve screening
-patiënt informeren dat dikkedarmkanker wel vaker voorkomt bij mensen wiens biologische ouders, kinderen, broers/zussen darmkanker hebben gehad, en dat het goed is de arts hiervan te verwittigen als dit in de toekomst het geval zou zijn



➢ VIHP: Informeren

-de patiënt informeren dat bij een normaal risico een screeningscoloscopie waarvan het resultaat niet afwijkend was, slechts na 10 jaar hoeft te worden herhaald; dit betekent dat de patiënt in de leeftijdsklasse van 50-74 jaar dus pas na 10 jaar (terug) zal worden uitgenodigd om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek



➢ VIHP: Informeren

-aan de patiënt uitleggen dat dikkedarmkanker vaker voorkomt bij mensen wiens biologische ouders, kinderen, broers/zussen darmkanker hebben gehad, en dat hoe jonger dit getroffen familielid was, hoe hoger het risico is
-aanraden aan patiënt om dit bij een volgend consult ter sprake te brengen zodat de arts kan beoordelen of er eventueel een vroeger onderzoek dan het bevolkingsonderzoek aan de orde is, zeker wanneer de patiënt zich zorgen maakt of zegt bepaalde symptomen te hebben (krampen, veranderd stoelgangpatroon)



➢ VIHP: Informeren

- de patiënt informeren dat mensen bij wie deze darmziekte meer dan 8 jaar geleden gediagnosticeerd werd, een hoger risico lopen op darmkanker; de opvolging gebeurt normaal gezien in de tweede lijn



➢ VIHP: Informeren

-de patiënt informeren dat indien al een coloscopie werd uitgevoerd omwille van het familiale risico, de specialist dit normaal gezien verder opvolgt en beoordeelt of/wanneer een nieuw onderzoek nodig is; indien er geen afwijkingen waren moet de screening wellicht pas worden hernomen na 10 jaar



➢ VIHP: Informeren

-de patiënt vragen naar hoe de opvolging door specialist en huisarts gebeur

11. KANKERSCREENING - BORSTKANKER



➢ VIHP: Informeren

- bevestigen dat wanneer er in de familie geen borst-of eierstokkanker voorkomt, er geen verhoogd risico aanwezig is (wat uiteraard niet wil zeggen dat borst-of eierstokkanker niet kan voorkomen)
- de patiënt informeren dat er vanaf 50 jaar tweejaarlijkse screening mogelijk is via het bevolkingsonderzoek (gezien het risico dan stijgt)
-de patiënt informeren dat indien bepaalde symptomen zouden optreden (vb zwelling in een oksel, tepel waaruit waterige vloeistof komt, ingetrokken tepel), best de arts wordt geconsulteerd



➢ VIHP: Informeren

- patiënt aanmoedigen om te blijven deelnemen aan het bevolkingsonderzoek

-patiënt informeren dat wanneer er abnormaliteiten aan de borsten worden vermoed (vb zoals hierboven), advies te vragen aan de arts



➢ VIHP: Informeren, sensibiliseren/motiveren

- patiënt informeren dat als borstkanker in de naaste familie voorkomt, de patiënt zelf een matig tot verhoogd risico loopt
-de patiënt aanraden op een volgend consult met de arts hierover te spreken om te beoordelen of er een andere opvolging nodig is dan het bevolkingsonderzoek
-de patiënt aanraden de arts te consulteren wanneer er abnormaliteiten aan de borsten worden vermoed



➢ VIHP: Informeren, sensibiliseren/motiveren

- de patiënt informeren dat er mogelijkheid is om tweejaarlijks gratis een mammografie te laten uitvoeren via het bevolkingsonderzoek en dat dit een goede keuze is gezien afwijkingen vroeg kunnen worden opgespoord
-patiënt motiveren om (terug) deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek en erop wijzen dat ook de arts eventueel een screeningsmammografie kan voorschrijven



➢ VIHP: Informeren

- patiënt die ouder is dan 69 jaar, niet meer onder het bevolkingsonderzoek valt en toch symptomen/klachten heeft: informeren dat dit best bij een volgend consult bij de arts wordt vermeld zodat kan worden bekeken of een mammografie aangewezen is



➢ VIHP: Informeren, sensibiliseren/motiveren

- wijs de patiënt op het belang van tweejaarlijkse deelname aan het bevolkingsonderzoek gezien afwijkingen hierdoor vroeg kunnen worden opgespoord
- patiënt motiveren om terug deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek en erop wijzen dat ook de arts eventueel een screeningsmammografie kan voorschrijven

12. KANKERSCREENING - BAARMOEDERHALSKANKER

Vragenlijst is niet aangepast aan vernieuwde richtlijnen sinds januari 2025 (!)

➢ VIHP (+HA): Uitwerken

- Mbv huidige richtlijnen nakijken of het in orde is en bij vragen steeds bespreken op overleg met huisarts (met zo nodig inplannen nieuw uitstrijkje)

13. VALPREVENTIE



➢ VIHP (+HA): Uitwerken

-is de patiënt nog nooit gevallen: bevestigen dat de patiënt nog goed op eigen benen staat

-indien het om een éénmalig valincident ging: de oorzaak bespreken, en zo nodig bespreken met arts op overleg voor valrisico te evalueren en te kijken welke multidisciplinaire opvolging aangewezen is (DEXA, valpreventie consult)
- als de patiënt toch problemen zou merken in de toekomst, deze aanmoedigen om dit te melden aan de verpleegkundige of huisarts



➢ VIHP: Informeren, sensibiliseren en motiveren

-de patiënt erop attent maken dat indien hij/zij al meer dan één keer is gevallen, er een verhoogd risico bestaat om terug te vallen, wat ernstige gevolgen kan hebben
-motiveren van de patiënt om te bekijken wat hij/zij zelf kan doen om het risico te verminderen – voorbeelden: fit en actief blijven, het huis veiliger maken (geen loshangende snoeren, schuivende tapijten...), zorg voor de voeten (onaangepast schoeisel, op kousen lopen...), ogen laten nakijken indien nodig, op medicatiegebruik letten, extra oplettenwanneer men snel duizelig is

➢ VIHP + HA Actie

-bespreken met arts op overleg voor valrisico te evalueren en te kijken welke multidisciplinaire opvolging aangewezen is (DEXA, valpreventie consult)

Moveo PROTOCOL



PROTOCOL VERSIE 2:
PREVENTIE CONSULTATIES MOVEO, TAAKVERDELING VIHP EN HA

1. Persoonlijke medische en heelkundige voorgeschiedenis: aanvullen in dossier
   - Suikerziekte of een hart-/vaatziekte?
     -> bespreken op overleg met HA

2. Relevante familiale voorgeschiedenis: aanvullen in dossier
   - Eerstegraadsverwanten met een hart-/vaatziekte voor leeftijd van 60 jaar?
     -> bespreken op overleg met HA
   - Eerste- of tweedegraads verwanten met suikerziekte?
     -> bespreken op overleg met HA

3. Allergieën: aanvullen in dossier

4. Medicatiegebruik: aanvullen in dossier
   - Polyfarmacie (>5 medicamenten, zeker indien geriatrisch profiel met PPI, benzodiazepines, opioïden…)
     -> registratie in dossier als zorgelement 'polyfarmacie'
     -> bespreken met HA op overleg

5. Vaccinatiestatus: overlopen *m.b.v. Vaccinet*

   - Influenza en pneumococcen
     -> Informeren over belang vaccinaties, sensibiliseren over jaarlijkse vaccinatie momenten georganiseerd door de praktijk. Als nodig wat meer informatie verschaffen over terugbetalingscriteria etc.

   - Tetanus:

↙	↓	↘
<10 jaar geleden	*Tussen 10 en 20 jaar geleden*	*>20 jaar geleden*
Volgend vaccin plannen organiseren (3 en registreren	Vaccineren en registreren	Vaccinatie vaccins), uitvoeren

6. Preventieve screenings
   - Darmkanker*: m.b.v. steekkaart domus medica*
   - o Indicatie coloscopie? -> bespreken op overleg met HA

o Indicatie iFOBT? -> uitleggen en meegeven

- Baarmoederhalskanker*: m.b.v. screeningsbeleid sciensano anno 2025*

o Indicatie PAP -> uitleggen en inplannen bij VIHP
o Afwijkende PAP -> bespreken op overleg met HA

- Borstkanker*: m.b.v. steekkaart domus medica*

o Indicatie screening? -> bespreken op overleg met HA

7. Parameters en levensstijl: registreren bloeddruk, gewicht, lengte, beweging, rook- en alcoholgedrag in dossier.

- Bloeddruk: !steeds 2 metingen na elkaar met enkele minuten tussen, alleen tweede meting telt!

↙ >140/90 (boven- of onderdruk) Thuisbloeddrukmetingen en controle bij HA inplannen na 2 weken

↘ >180/120 (boven- of onderdruk) meteen overleg HA

- BMI

↙ BMI 25-30 en/of minimaal bewegen
↓ verwijs naar de website gezondleven.be en vraag of de patiënt hier extra ondersteuning nodig heeft (diëtist), zo ja bespreken op overleg

↘ BMI ≥30 of ≥27 met gewichtsgerelateerde comorbiditeiten
↓ plannen afspraak HA

- Beweging
  -> vraag of de patiënt hier extra ondersteuning nodig heeft (bewegen op verwijzing), zo ja doorverwijzen

- Roken
  -> bij afhankelijkheid patiënt sensibiliseren en aanmoedigen voor traject rookstopbegeleiding bij VIHP

- Alcoholgebruik *m.b.v. AUDIT-C*
  -> bij een score van ≥ 5 (♂) en ≥ 4 (♀) inplannen bij arts

8. Valpreventie: *enkel bij patiënt ≥ 65 jaar.*
-> als ≥ 1 maal gevallen in het afgelopen jaar afspraak maken bij HA

Moveo PROTOCOL

PROTOCOL VERSIE 3:
INTAKEGESPREKKEN MOVEO, TAAKVERDELING VIHP EN HA

Deel 1: Voorbereiding door VIHP

1. In orde maken van patiënten details

Inlezen van identiteitskaart en alle belangrijke gegevens aanvullen (adres controleren, GSM nummer en emailadres aanvullen)

2. Therapeutische relatie in orde brengen
3. Het medisch dossier van de patiënt opvragen.

Deel 2: Intakegesprek door VIHP

1. Medische voorgeschiedenis: registratie in dossier door VIHP

Heeft de patiënt een cardiovasculaire aandoening en/of diabetes?

↙ ↘

Ja Nee

↓ ↓

VIHP bespreekt op overleg met HA

VIHP berekent FINDRISC risico (obv HALT2DIABETES)
en cardiovasculair risico (obv U-Prevent)

↓

Bij FINDRISC >12 of CVR >5%:
VIHP bespreekt op overleg met HA

2. Familiale voorgeschiedenis: registratie in dossier door VIHP

Heeft de patiënt eerstelijns verwanten met suikerziekte en/of een hart- of vaatziekte voor 60 jaar?

↙ ↘

Ja Nee

↓

VIHP bespreekt op overleg met HA

3. Allergieën: registratie in dossier door VIHP

4. Medicatiegebruik: registratie in dossier door VIHP

Gebruikt de patiënt chronisch gelijktijdig vijf of meer verschillende geneesmiddelen?/

Gebruikt de patiënt een benzodiazepine?
VIHP registreert in dossier als zorgelement ‘polyfarmacie’ of ‘benzodiazepine afhankelijkheid’ en bespreekt op overleg met HA

5. Vaccinatiestatus: *m.b.v. Vaccinet*

- Influenza en pneumococcen
  VIHP informeert over belang vaccinaties, sensibiliseren over jaarlijkse vaccinatie momenten georganiseerd door de praktijk. Als nodig wat meer informatie verschaffen over terugbetalingscriteria etc.

- Tetanus: nagaan datum laatste vaccin

↙	↓	↘
<10 jaar geleden	*Tussen 10 en 20 jaar geleden*	*>20 jaar geleden*
↓	↓	↓
VIHP plant volgend vaccin	VIHP vaccineert (1 vaccin), registreert en plant volgend vaccin	VIHP organiseert (3 vaccins), vaccineert, registreert en plant volgend vaccin

6. Preventieve screenings: registratie in dossier (onder ‘Zorgaanpakken’) door VIHP
Colorectale kankerscreening *m.b.v. steekkaart domus medica*
Baarmoederhalskanker*: m.b.v. screeningsbeleid sciensano anno 2025*
Borstkanker*: m.b.v. steekkaart domus medica*

- Colorectale kankerscreening

↙	↘
Afwezig/ Onduidelijk/ Indicatie voor coloscopie? VIHP informeert, registreert en bespreekt op overleg met HA	Indicatie iFOB? VIHP informeert en geeft test mee

- Baarmoederhalskankerscreening

↙	↘
Afwezig/ Onduidelijk/ Afwijkend? VIHP informeert en/of bespreekt op voor overleg met HA	Indicatie PAP? VIHP informeert en plant afspraak in uitvoeren PAP bij VIHP

- Borstkankerscreening

↙	↘

Afwezig/ Onduidelijk/ Indicatie voor beeldvorming? In orde
VIHP informeert, registreert en bespreekt VIHP registreert en plant volgende op overleg met HA screening

7. Parameters en levensstijl: registratie in dossier (in parameterpaneel) door VIHP bloeddruk, gewicht, lengte, beweging, rook- en alcoholgedrag.

- Bloeddruk:
  !steeds 2 metingen na elkaar met enkele minuten tussen, alleen tweede meting telt!

↙ ↘

>180/120 (boven- of onderdruk) >140/90 (boven- of onderdruk)
VIHP overlegt meteen met HA VIHP registreert als zorgelement 'verhoogde bloeddruk zonder diagnose van hypertensie' en informeert over

thuisbloeddrukmetingen en plant controle bij VIHP na 2 weken

- BMI

↙ ↘

BMI ≥30 of ≥27 met gewichtsgerelateerde comorbiditeiten BMI 25-30

↓ ↓

VIHP bespreekt op overleg met HA VIHP verwijst naar de website www.gezondleven.be en vraagt of de patiënt hier extra ondersteuning nodig heeft

- Beweging
  Minimaal/onvoldoende?
  ↓
  VIHP verwijst naar de website www.gezondleven.be en vraagt of de patiënt hier extra ondersteuning nodig heeft (bijv. bewegen op verwijzing)
  Ja?
  ↓
  VIHP bespreekt op overleg met HA

- Roken
  Dagelijks roken?

↓

VIHP sensibiliseert en moedigt aan voor traject rookstopbegeleiding bij VIHP

- Alcoholgebruik *m.b.v. AUDIT-C*

↙ ↘

Score van ≥ 5 (♂) en ≥ 4 (♀) Score<5 (♂) en < 4 (♀)

VIHP sensibiliseert over afhankelijkheids- VIHP informeert
problematiek en vraagt of patiënt
hierbij ondersteuning wilt

Ja?

↓

VIHP plant afspraak bij HA

8. Valpreventie:

!*enkel indien patiënt ≥ 65 jaar!*

↙ ↘

≥ 1 maal gevallen in het afgelopen jaar Niet gevallen in het afgelopen jaar

↓ ↓

VIHP bespreekt op overleg met HA VIHP informeert