Optimalisatie van de GMD+ registratie door introductie van een preventieconsult

Dr. S. Hoorens, UGent

Promotor: Prof. Dr. S. Willems, UGent

Co-promotoren: Dr. D. Schrans, UGent

Praktijkopleider: Dr. F. Dewulf

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde 2013-2014

VOORWOORD

Deze thesis werd geschreven in het kader van een praktijk verbeterend project. Ik ben tevreden dat de interventie in onze praktijk effectief een meerwaarde betekende. Ik hoop dat deze bijdrage ook in de toekomst van belang zal blijven.

Ik had graag mijn promotor Prof. Dr. Sara Willems en in het bijzondere mijn copromotor Dr. Diego Schrans willen bedanken voor de begeleiding gedurende deze periode en het aanreiken van adviezen bij de verwerking van de data gegevens.

Oprechte dank voor de medewerking van mijn praktijkopleider Dr. Flore Dewulf en de overige collega artsen uit de praktijk, Dr. Hubert Dewulf en Dr. Fien Dewulf . Ook voor hen betekende het project een extra werklast en tijdsinvestering.

Speciale dank gaat uit naar onze praktijkassistente Rebecca Pille voor al het administratieve werk zowel tijdens de interventieperiode als bij de verwerking van de gegevens post-interventioneel.

Tenslotte wil ik mijn vrienden en familie bedanken voor hun morele steun en luisterend oor in moeilijkere perioden.

INHOUDSTAFEL

1. ABSTRACT 1

2. INLEIDING 3

2.1. Implementeren van een preventieconsult 3

2.2. Knelpunten in de integratie van een preventieconsult 4

2.3. Context en doelstelling 6

3.2. Patiëntselectie en studiedesign 7

3.3. GMD + module 7

3.4. Aanpak uitnodiging voor een preventieconsult 7

3.5. Pre-interventionele registratie 8

3.6. Afspraken 8

3.7. Interventie 9

3.8. Statistiek 10

4. RESULTATEN 10

4.1. Pre-interventionele analyse 10

4.2. Post-interventionele registratie 12

4.3. Analyse groep 1 versus groep 2 16

4.4. Tevredenheidsenquête 17

5. DISCUSSIE 18

6. CONCLUSIE 23

7. REFERENTIES 25

8. BIJLAGEN 27

1. ABSTRACT

Context

Preventie is een belangrijk onderdeel van de gezondheidzorg geworden. Recentelijk werd de terugbetaling van een GMD+ preventieconsult bij de huisarts ingevoerd. De implementatie ervan blijft echter moeilijk. Op heden wordt in de praktijk preventie opportunistisch aangeboden en uitgevoerd tijdens verschillende routine consulten. Hierdoor zijn de GMD+ dossiers vaak niet volledig ingevuld.

Onderzoeksvraag

Leidt de introductie van een afzonderlijk preventieconsult tot een betere en volledige registratie binnen een GMD+ module? Is er een verschil in respons indien de arts of de praktijkassistente de patiënt uitnodigt? Wat vindt de patiënt van een preventieconsult met gebruik van de GMD+ vragenlijst van Domus Medica?

Methode

Alle patiënten die op consultatie kwamen, een GMD hadden in de praktijk en tussen de 45 en 75 jaar waren, werden uitgenodigd voor een preventieconsult. Bij de uitnodiging kreeg de patiënt uitleg rond preventie, een "informed consent" formulier, de GMD+ vragenlijst van Domus Medica en een tevredenheidsenquête. In de voormiddag werden de patiënten uitgenodigd via de praktijkassistente (groep 1) en in de namiddag en avond via de huisarts (groep 2). De vragenlijst en enquête werd in groep 1 onmiddellijk terug ingediend en in groep 2 tijdens het preventieconsult ingediend. Per preventie-item werd de registratie van afgelopen jaar vergeleken met de registratie na een preventieconsult. De responsratio tussen beide groepen werd vergeleken en de tevredenheidsenquêtes werden besproken.

Resultaten

Van een doelgroep van 912 patiënten werden er 385 uitgenodigd, 276 uit groep 1 en 109 uit groep 2. De gemiddelde leeftijd was 61 jaar en er waren 188 mannen en 197 vrouwen. Er werd een responsratio bekomen van 26,74%, 61 responders uit groep 1 (22,10% respons) en 42 uit groep 2 (38,53% respons). Buiten het significant verschil in respons, waren groep 1 en groep 2 vergelijkbaar in samenstelling. De pre- versus post-interventionele registratie was respectievelijk 40,46% versus 97,14%. Na een

preventieconsult werd er een even goede registratie bekomen bij patiënten die afgelopen jaar al dan niet een GMD+ dossier hadden. De overgrote meerderheid van de patiënten vonden preventie interessant, de vragenlijst begrijpbaar en zouden volgend jaar opnieuw willen meewerken aan preventie met gebruik van de vragenlijst.

Conclusie

Door de introductie van een afzonderlijk preventieconsult kan een GMD+ dossier beter en volledi ger ingevuld worden. De toename van registratie is niet afhankelijk van al dan niet reeds een GMD+ dossier te hebben of van de manier van uitnodigen. De praktijk assistente bereikt meer patiënten, maar de huisarts overtuigt meer patiënten. Een uitnodiging via de praktijkassistente en een herhaling via de huisarts lijkt een optimale aanpak om patiënten op preventieconsult uit te nodigen. Patiënten zijn geïnteresseerd in preventie en willen hier zeker aan meewerken.

2. INLEIDING

De gezondheidszorg is over de laatste decennia sterk veranderd. Waar de nadruk vroeger bijna uitsluitend op curatieve geneeskunde lag, ziet men de laatste jaren een verschuiving waarbij er ook aandacht is voor preventieve geneeskunde. Curatieve geneeskunde probeert gezondheidsproblemen op te lossen wanneer die reeds aanwezig zijn en symptomen veroorzaken. Hiertegenover staat preventieve geneeskunde die mogelijke gezondheidsproblemen in de toekomst tracht te voorkomen of deze in een vroeg en/of beter behandelbaar stadium te detecteren, ook al hebben patiënten hier nog geen klachten van. De bedoeling van de ingestelde gezondheidsmaatregelen is gerelateerde morbiditeit en mortaliteit te voorkomen en de kosten van een eventuele laattijdige aanpak te besparen. Preventie is ondertussen een belangrijk onderdeel in de gezondheidszorg geworden. De groeiende belangstelling ervoor leidde achtereenvolgens tot meer preventieve geneeskunde, de publicatie van de gezondheidsgids van Domus Medica, een terugbetaald preventieconsult vanaf april 2011 en tenslotte een evolutie naar digitale integratie van een preventiemodule.

Domus Medica heeft in de gezondheidsgids, een "GMD plus vragenlijst" opgenomen die de verschillende preventie-items overloopt (1). Met behulp van deze vragenlijst screent de huisarts of de patiënt een risico heeft op bepaalde aandoeningen, probeert hij deze te voorkomen of vroegtijdig op te sporen en indien nodig deze te behandelen. Hierbij worden eventuele leefstijlaanpassingen (roken, alcohol, drugs, voeding, lichaamsbeweging) besproken en wordt de vaccinatiestatus nagegaan. Patiënten tussen 45 en 75 jaar kunnen, bij de arts die hun globaal medisch dossier (GMD) beheert, eenmaal per jaar een preventieconsult terugbetaald krijgen. De informatie bekomen via deze risicoscreening vormt dan het zogenaamde "GMD plus dossier" (GMD+) en de basis waarop het "preventieplan" met de te ondernemen acties wordt opgesteld.

2.1. Implementeren van een preventieconsult

De huisarts kan preventie op verschillende manieren aanbieden. Men kan de preventie-items overlopen over verschillende consulten of in één preventieconsult. Uit onderzoek blijkt dat de preventie-items van de GMD+ lijst meer besproken en

geregistreerd worden tijdens routine consulten (73%) dan tijdens een afzonderlijk preventieconsult (27%) (2). Echter werd ook vastgesteld dat de registratie van de bekomen informatie hierdoor vaak variabel en niet consistent verloopt (2). Het organiseren van een preventieconsult blijkt beter zijn doelstellingen te bereiken. De invulling van de preventie-items in het EMD zou volledediger en correcter zijn en de patiënten lijken de preventieadviezen beter op te volgen (3,4,5). Na het preventieconsult gaven 64% van de patiënten aan dat ze hun levensstijl in overweging zouden nemen (6). Bovendien blijken zowel arts als patiënt de voorkeur te geven aan een afzonderlijk preventieconsult (4). Meeste patiënten die op preventieconsult komen zouden tevreden zijn van het consult, overtuigd zijn van de meerwaarde voor hun gezondheid en in de toekomst opnieuw op preventieconsult willen komen (2, 6).

Om de patiënt uit te nodigen op preventieconsult, kan de huisarts verschillende media gebruiken. Men kan patiënten sensibiliseren via een poster of flyers in de wachtzaal, men kan patiënten systematisch of opportunistisch uitnodigen, dit kan mondeling of schriftelijk, men kan ook kiezen voor een “call-recall systeem”, enzovoort. Uit onderzoek blijkt dat er een hogere respons van de patiënten is indien de patiënten mondeling uitgenodigd werden (35%) dan wanneer ze schriftelijk werden benaderd (18%). De laatste methode bereikte echter meer patiënten (respectievelijk 87 versus 46 patiënten) (7). In een andere studie werd ook een schriftelijke uitnodiging opgestuurd waarbij 35% van de patiënten de vragenlijst ingevuld terug stuurden en waarvan 33% op preventieconsult kwam (slechts 12% van de uitgenodigde populatie) (6). Nog een andere onderzoek toont aan dat het opportunistisch aanbieden van een preventieconsult, een respons geeft van 44% (5). De aanpak waarbij mensen eerst systematisch schriftelijk worden uitgenodigd en de non-responders ter herinnering mondeling worden gecontacteerd, zou volgens de eerste studie de beste oplossing zijn (7).

2.2. Knelpunten in de integratie van een preventieconsult

De impact van de integratie van een preventieconsult is echter vaak moeilijk te meten door een te lage responsratio (2). Dit wordt veroorzaakt door een aantal drempels, enerzijds in de organisatie, anderzijds bij zowel arts als patiënt. Er is reeds veel onderzoek gedaan rond diverse afzonderlijke preventie-items. Zodanig dat het

moeilijk wordt om een overzicht te houden over het volledige preventie aanbod. Bovendien bestaan er geen richtlijnen voor het organiseren van een preventieconsult waar al deze items gecombineerd aan bod komen. De implementatie van preventie wordt verder bemoeilijkt door het huidige gezondheidszorgsysteem. Deze is te zeer gefocust op acute zorg, er wordt te weinig geïnvesteerd in preventie (waardoor er onvoldoende vergoeding mogelijk is), de aanpak is gefragmenteerd en er blijkt onvoldoende interesse te zijn in preventie bij ouderen (8). Verder blijkt het begrip preventie nog onvoldoende gekend te zijn en zijn patiënten moeilijk te overtuigen van het nut ervan (6). De overheid kan de huisarts helpen in het beter informeren van de patiënt door campagnes via 'internet' of de 'media'. Dit bevordert de motivatie van patiënten waardoor ze meer vragende partij worden (8).

Niet enkel bij politici, maar ook bij artsen heerst er een zekere weerstand ten opzichte van preventie. De tijdsinvestering is een van de meest doorwegende factoren. Een preventieconsult duurt inderdaad lang en vraagt veel extra administratie voor de praktijk. Zo duurt een preventieconsult gemiddeld 26 minuten (4) tot 35 minuten (7) en vraagt dit gemiddeld 14 minuten voorbereidingstijd (4). Bovendien ziet de agenda van de patiënt er anders uit dan die van de arts. Een vierde van de patiënten willen namelijk vaak naast het preventieve, ook curatieve (al dan niet acute) zaken bespreken, voorschriften hebben, enzovoort (4,7). Hierdoor loopt het preventieconsult nog extra lang uit. Naast tijdsgebrek, vormen ook het financieel aspect, de klemtoon op acute zorg en het tekort aan kennis over preventiemaatregelen en communicatievaardigheden belemmerende factoren voor de huisarts. Hierbij horen ook het gebrek aan overtuigingskracht en motivatie, onvoldoende aandacht voor individuele preventiestrategieën en twijfels bij het nut van preventie bij ouderen (8,9). Een aantal van deze factoren kunnen echter opgevangen worden. Zo neemt de motivatie van de arts toe naarmate de therapietrouw en motivatie van de patiënt toeneemt en er een betere financiële ondersteuning is (9). Een goede kennis van de motivatie cirkel van Prochaska en Di Clemente kan een beschermende factor vormen, door gerichter preventie aan te bieden volgens het stadium van de patiënt (voorbeschouwing, beschouwing, beslissing, actie, actieve verandering, consolidatie/terugval) (10,11). Dit zorgt bovendien voor een betere respons van de patiënt op de aanbevolen maatregelen en minder frustratie bij de arts (8,11).

Vanuit het standpunt van de patiënt zijn er ook een aantal belemmerende en bevorderende factoren voor de implementatie van preventie. Een lagere sociale klasse, een extra financiële uitgave, het gebrek aan motivatie en onvoldoende stimulatie vanuit de omgeving remmen de deelname aan preventie (9). Zoals reeds aangehaald, kan het informeren van de patiënt helpen om de motivatie te verbeteren. Begrijpen wat de meerwaarde is van een preventieconsult speelt een beslissende rol of patiënten hier al dan niet aan meewerken (2). Ook het doormaken van een crisissituatie stimuleert de patiënt om meer aan (secundaire) preventie deel te nemen en verlaagt de drempel om een meerkost te betalen (8,9).

2.3. Context en doelstelling

Op heden verloopt de GMD+ registratie in de praktijk niet systematisch en eerder verspreid over verschillende routine consultaties. Dit leidt vaak tot onvolledige GMD+ dossiers. Het doel van dit onderzoek is na te gaan indien de registratie van de preventie-items in het elektronisch medisch dossier (EMD) kan geoptimaliseerd worden door introductie van een afzonderlijk preventieconsult. Een secundaire onderzoeksvraag is of de manier waarop de huisarts zijn patiënten uitnodigt om op preventieconsult te komen, een invloed heeft op de responsratio en de invulling van het GMD+.

3. METHODOLOGIE

3.1. Literatuur

De literatuur werd opgezocht in centrale databanken zoals Pubmed en Google. Verder werd ook via de ICHO website gezocht naar relevante thesissen van afgelopen jaren. Bij het opzoeken van artikelen werd gebruik gemaakt van zoektermen zoals: preventie, GMD+, implementatie van een preventie-consult, registratie in het EMD, integratie van een GMD+ module, drempels in preventie… Deze kernwoorden werden onderling gecombineerd om de gewenste artikelen te vinden. De artikelen werden voornamelijk geselecteerd op basis van titel, abstract, jaar van publicatie, studie design, inhoud van het artikel zelf, conclusies en toepasbaarheid binnen de huisartsgeneeskunde.

3.2. Patiëntselectie en studiedesign

Het onderzoek is een prospectieve cohort studie die plaats vindt binnen een groepspraktijk in Sint-Michiels (West-Vlaanderen) waarin drie huisartsen werken, een HAIO en een praktijkassistente. De studie loopt gedurende 6 maanden, van 1 april 2013 tot en met 31 oktober 2013. De doelgroep voor de studiepopulatie zijn alle patiënten tussen 45 en 75 jaar met een GMD, die tijdens de onderzoeksperiode op consultatie komen. Patiënten jonger dan 45 jaar of ouder dan 75 jaar en patiënten die geen GMD in de praktijk hadden, werden niet geïncludeerd in deze studie gezien ze niet voldoen aan de terugbetalingsvoorwaarden voor een GMD+ consult. Verder werden ook patiënten gezien op huisbezoek, geëxcludeerd uit deze studie.

3.3. GMD + module

In de praktijk wordt gewerkt met het software programma Medidoc®. Dit programma bevat een preventiemodule met preventie-items gebaseerd op de Domus Medica vragenlijst. De items van de preventieve module zijn de volgende: familiale anamnese, levensstijl (roken, alcohol, voeding, lichaamsbeweging, depressie, niveau van functioneren), metingen (bloeddruk, lengte, gewicht, buikomtrek), labo (totaal cholesterol, HDL-cholesterol, TC/HDL, creatinine met GFR, nuchter glycemie, proteïnurie), CVR (cardiovasculair risico), behandeling (anti-hypertensiva, anti-aggregantia, griep-, tetanus- en pneumokokken vaccinatie), mammografie, cervix uitstrijkje, FOBT ("faeces occult bloed test") en coloscopie.

3.4. Aanpak uitnodiging voor een preventieconsult

De uitnodiging gebeurt opportunistisch zowel mondeling als schriftelijk. Patiënten tussen 45 en 75 jaar die op consultatie komen, krijgen een mondelinge uitleg over preventie en het nut daarvan. Indien de patiënt hierin geïnteresseerd is, krijgt hij een bundeltje met een schriftelijke uitleg en uitnodiging om op preventieconsult te komen (zie bijlage 1), een informed consent (zie bijlage 2) de Domus Medica vragenlijst met alle preventie-items (zie bijlage 3) en een tevredenheids-enquête die naar de ervaring van de patiënt peilt na invullen van de vragenlijst (zie bijlage 4). De studiepopulatie werd opgedeeld in 2 groepen: patiënten

die op consultatie komen in de voormiddag behoren tot “groep 1” en deze die in de namiddag of avond komen, behoren tot “groep 2”. Patiënten uit de eerste groep krijgen het bundeltje via de praktijkassistente. De vragenlijst dient ingevuld te worden in de wachtzaal en wordt aan de geconsulteerde arts terug afgegeven. Patiënten uit de tweede groep krijgen het bundeltje rechtstreek via de geconsulteerde arts. Zij mogen deze mee nemen om thuis in te vullen maar dienen deze terug mee te brengen indien ze op preventieconsultatie komen.

3.5. Pre-interventionele registratie

Voor beide groepen, gaat de arts na wat reeds gekend en ingevuld is in het EMD en de GMD+ module. Dit doet de arts op het moment van de uitnodiging zodat men de mate van registreren kan inschatten vóór de introductie van een preventieconsult. Hiervoor gebruikt de arts een tabel waarin een aantal parameters worden genoteerd: de naam en voornaam van de patiënt (nadien in database geanonimiseerd), de leeftijd, de datum van de uitnodiging, de items van de preventie module (cf. supra), of de patiënt al dan niet chronische aandoeningen heeft, of de patiënt afgelopen jaar al dan niet reeds een GMD+ module had, of de patiënt het jaar voordien een andere huisarts had. Elke arts houdt zijn eigen tabel bij en bezorgt deze aan de HAIO na afloop van de onderzoeksperiode. Aan de hand van deze tabellen wordt nadien een gemeenschappelijke database opgemaakt waarop de statistische analyse gebaseerd is.

3.6. Afspraken

Volgens onderzoek zou een preventieconsult gemiddeld 26 à 35 minuten duren (4,7). Voor het preventieconsult in deze studie, werd een tijdspanne van 30 minuten voorzien. Die tijd werd enkel benut voor het overlopen van de vragenlijst, het invullen van de registratietabel en de GMD+ module binnen het EMD, een kort klinisch onderzoek (bloeddruk, gewicht, lengte, buikomtrek) en eventueel een bloedafname, een vaccinatie of het meegeven van testen zoals een FOBT of een urinestaal voor proteïnurie. Andere interventies zoals een cervixuitstrijkje werden uitgesteld en in toekomst gepland.

Een preventie-item werd als “niet geregistreerd” beschouwd indien het meer dan één jaar geleden ingevuld werd. Zo is een bloedonderzoek nog geldig indien het plaatsgevonden heeft in het afgelopen jaar. Een uitzondering op deze regel is de lengte gezien dit weinig verandert over de jaren heen: indien nog correct, werd dit ook als “correct geregistreerd”, zoniet werd het als “niet geregistreerd” beschouwd.

Screening naar colorectaal carcinoom met een FOBT test wordt volgens de richtlijnen om de 1 à 2 jaar aanbevolen. Volgens Domus Medica is het kosten-efficiënter en haalbaarder om de test om de 2 jaar uit te voeren. Ook voor de compliance van de patiënt is het beter om een interval van 2 jaar te respecteren. Echter stelt men vast dat indien men patiënten aanbeveelt om zich te laten screenen om het jaar, de respons in werkelijkheid ergens tussen de 12 en 24 maand ligt (1). Daarom werd besloten om voor dit project mensen een FOBT test jaarlijks aan te raden in de hoop inderdaad een deelname te krijgen binnen de 2 jaar. Als test werd gebruik gemaakt van het iFOBT in plaats van het gFOBT. Argumenten hiervoor waren voornamelijk het gebruiksgemak van de patiënt (1 stoelgangstaal versus 3 stalen) en de betere sensitiviteit (65-90% versus 35-67%) zonder afbreuk te doen aan de specificiteit (95% versus 90-98%) (12).

Voor de post-interventionele registratie werden ook een aantal afspraken vastgelegd. Men zou kunnen aannemen dat tijdens een preventieconsult alle items overlopen worden en er dus idealiter voor elke item een 100% registratie bekomen wordt. Ter controle werd een steekproef uitgevoerd, waarbij 20% van dossiers uit de betrokken groep “at random” geopend werden en de invulling van het GMD+ dossier gecontroleerd werd.

3.7. Interventie

Tijdens het preventieconsult overloopt de arts de verschillende preventie items. Sommige zaken kunnen meteen uitgevoerd worden (zoals een vaccin zetten of een bloedstaal afnemen), andere moeten in de toekomst gepland worden (zoals een cervix uitstruikje of een FOBT test). De datum van het preventieconsult en de zaken opgenomen in het actieplan (m.a.w. het besluit van het preventieconsult), worden

uiteindelijk ook genoteerd in het EMD zodat de collega huisartsen op de hoogte zijn van wat reeds gebeurd is en wat nog moet gepland worden in de toekomst.

3.8. Statistiek

Voor de analyse van de database werd gebruik gemaakt van het software programma Excel. Het statistische significantie niveau werd gesteld op $\alpha=0,05$ met een betrouwbaarheidsinterval van 95%. Voor de berekening van de p-waarde werd gekozen voor een Fisher's exact test gezien het soms om kleine waarden gaat en deze altijd geldig en betrouwbaarder is dan een Chi-kwadraat test. Er werd getoetst volgens het "2-sided" principe aangezien de nulhypothese (geen verschil in beide groepen) in beide richtingen kan verworpen worden (de ene groep kan groter of kleiner zijn dan de andere).

4. RESULTATEN

4.1. Pre-interventionele analyse

In de praktijk zijn er 2263 patiënten met een GMD, waarvan 912 tussen de leeftijd van 45 tot en met 75 jaar. Dit zijn kandidaten die in aanmerking komen om een GMD+ dossier te krijgen. Van deze groep zijn er 385 die een uitnodiging kregen om op preventieconsult te komen, waardoor in 6 maanden tijd 42,21% van de doelgroep bereikt werd. Van de 385 deelnemers waren er 276 patiënten (71,69% ; 30,26% van de doelgroep) uit groep 1 en 109 patiënten (28,31% ; 11,95% van de doelgroep) uit groep 2. Echter 10 patiënten (2,60%, 5 uit groep 1 en 5 uit groep 2) weigerden mee te werken aan preventie en vulden de GMD+ vragenlijst niet in.

De gemiddelde leeftijd van de onderzoekspopulatie was 61 jaar met een spreiding van minimum 45 jaar naar maximum 74 jaar. Er waren in totaal 188 mannen (48,83%) en 197 vrouwen (51,17%) uitgenodigd. Van de 74 chronische patiënten (19,22%) waren er 32 vrouwen (43,24%) en 42 mannen (56,76%). Binnen de onderzoekspopulatie bleken er 145 patiënten (37,40%) nog geen GMD+ dossier te hebben. Echter 28 patiënten hadden voordien een andere huisarts en dus ook een GMD elders, waardoor nog geen GMD+ module in de praktijk kon aangemaakt

worden. De overige 117 patiënten (30,39% van de onderzoekspopulatie) voldeden wel aan de GMD+ criteria.

Van alle deelnemers werd nagegaan in hoever de GMD+ module in het afgelopen jaar ingevuld werd. In bijlage 1 wordt de registratie per preventie-item weergegeven. In tabel 1 wordt de registratie per item weergegeven waarbij de 145 patiënten die voordien nog geen GMD+ hadden, weggefilterd werden gezien deze sowieso "niet ingevuld" scoorden. Tabel 1 geeft zodoende een beter inschatting van de reële registratie in de praktijk. *Het veld "niet van toepassing" geldt enkel voor het preventie-item proteïnurie enerzijds en voor mammo en PAP anderzijds gezien dit bij vrouwelijke respectievelijk mannelijke patiënten niet opgenomen werd in de GMD+ module.*

Tabel 1: Registratie per item voor alle patiënten die reeds afgelopen jaar een GMD+ hadden (n = 240)

Item	Ingevuld of ja	Niet ingevuld of nee	Onvolledig	Niet nodig	Niet van toepassing
FA	68	164	8	0	0
Levensstijl	9	213	18	0	0
Metingen	220	9	11	0	0
Buik	8	232	0	0	0
Proteïnurie	6	96	0	30	108
Labo	129	38	73	0	0
CVR	89	151	0	0	0
Behandeling	240	0	0	0	0
Griep	32	97	0	111	0
Tetanos	99	141	0	0	0
Pneumococcen	25	29	0	186	0
Mammo	2	104	0	2	132
PAP	1	107	0	0	132
iFOBT	1	233	0	6	0
Coloscopie	1	233	0	6	0
Chronische pt	64	176	0	0	0
Geen GMD+	0	240	0	0	0

Uit tabel 1 werd per preventie item, geteld hoeveel dossiers er pre-interventioneel 'volledig' (ingevuld of ja) en 'niet volledig' (niet ingevuld of nee, onvolledig) werden ingevuld. Hierbij werd "niet nodig" als correct ingevuld beschouwd en werd het aantal gevallen met "niet van toepassing" in vermindering gebracht van het totale aantal GMD+ dossiers. Zodoende kon een percentage opgemaakt worden van het aantal correct ingevulde dossiers pre-interventioneel (zie linker kolom tabel 2).

4.2. Post-interventionele registratie

Er kwamen in totaal 103 patiënten van de 385 uitgenodigden op preventieconsult, waardoor er een respons was van 26,75%. Van de responders waren er 57 mannen (55,34%), 46 vrouwen (44,66%) en in totaal 20 chronische patiënten (19,42%). De gemiddelde leeftijd van de responders was 62 jaar met een minimum van 45 jaar en maximum van 74 jaar. Tussen de uitnodiging en de afspraak voor het GMD+ consult verliepen gemiddeld 83 dagen.

Om een vergelijking te kunnen maken tussen de registratie pre- en post-interventioneel, werd een steekproef uitgevoerd. Hierbij werden 20 van de 103 responder dossiers geopend en de registratie onderzocht (zie bijlage 2). In tabel 2 wordt het verschil in registratie voor en na een preventieconsult weergegeven, waardoor de impact van een afzonderlijk preventieconsult reeds duidelijk wordt. Verder werd in analogie enkel voor de responder nagegaan hoe volledig het GMD+ dossier afgelopen jaar ingevuld was (zie bijlage 3) en vergeleken met de volledigheid van het GMD+ dossier na een preventieconsult (zie bijlage 4).

Tabel 2: vergelijking van het aantal volledig ingevulde dossiers voor en na introductie van een preventieconsult

Item	Registratie pre-interventie n = 240			Registratie post-interventie n = 20 (steekproef)		
FA	68	-	28,33%	20	-	100%
Levensstijl	9	-	3,75%	20	-	100%
Metingen	220	-	91,67%	20	-	100%

Buik	8	-	3,33%	19	-	95%
Proteïnurie	36	-	15%	17	-	85%
Labo	129	-	53,75%	19	-	95%
CVR	87	-	36,25%	19	-	95%
Behandeling	240	-	100%	20	-	100%
Griep	143	-	59,58%	17	-	85%
Tetanos	99	-	41,25%	20	-	100%
Pneumococcen	211	-	87,92%	20	-	100%
Mammo	4	-	1,67%	20	-	100%
PAP	1	-	0,42%	20	-	100%
iFOBT	5	-	2,08%	20	-	100%
Coloscopie	5	-	2,08%	20	-	100%

De vergelijking volgens tabel 3 toont het verschil in pre-interventionele registratie bij de 240 uitgenodigde patiënten die afgelopen jaar reeds een GMD+ module hadden en de post-interventionele registratie van de 103 patiënten die na de uitnodiging effectief op preventieconsult kwamen. Bijlage 3 toont enkel voor de responders, het verschil in registratie voor en na een preventieconsult. Echter, zoals hierboven reeds vermeld, zijn er in totaal 145 patiënten (31 patiënten van alle responders) die vorig jaar nog geen GMD+ dossier hadden en dus "niet ingevuld" scoorden op alle items. Daarom werd nagegaan hoeveel responders er waren die vorig jaar reeds een GMD+ hadden. Enkel van deze 72 patiënten kan een betrouwbare vergelijking van de pre- en post-interventionele registratie per preventie item gebeuren (zie tabel 3 en 4). Zodoende kan men de reële impact aantonen van de introductie van een afzonderlijk preventieconsult, op de volledigheid van een GMD+ dossier. Voor de post-interventionele registratie werd opnieuw met een steekproef gewerkt waarbij 14 (20%) van de 72 dossiers geanalyseerd werden (zie bijlage 5).

Tabel 3: Pre-interventionele registratie per preventie item voor alle responders die vorig jaar reeds een GMD+ dossier hadden (n = 72)

Item	Ingevuld of ja	Niet ingevuld of nee	Onvolledig	Niet nodig	Niet van toepassing
FA	22	49	1	0	0

Levensstijl	1	66	5	0	0
Metingen	62	5	5	0	0
Buik	3	69	0	0	0
Proteïnurie	5	23	0	12	32
Labo	48	9	15	0	0
CVR	56	16	0	0	0
Behandeling	72	0	0	0	0
Griep	14	17	0	41	0
Tetanos	34	38	0	0	0
Pneumococcen	9	8	0	55	0
Mammo	0	31	0	1	40
PAP	0	32	0	0	40
iFOBT	1	67	0	4	0
Coloscopie	1	67	0	4	0
Chronische pt	18	54	0	0	0
Geen GMD+	0	72	0	0	0

Tabel 4: Vergelijking van het aantal volledig ingevulde dossiers voor en na introductie van een preventieconsult, bij alle responders die vorig jaar reeds een GMD+ hadden

Item	Registratie pre-interventie n = 72	Registratie post-interventie n=14 (steekproef)	Meerwaarde registratie (%)
FA	22 - 30,56%	14 - 100%	69,44
Levensstijl	1 - 1,39%	14 - 100%	98,61
Metingen	62 - 86,11%	14 - 100%	13,89
Buik	3 - 4,17%	14 - 100%	95,83
Proteïnurie	17 - 23,61%	11 - 78,57%	54,96
Labo	48 - 66,67%	14 - 100%	33,33
CVR	56 - 77,78%	14 - 100%	22,22
Behandeling	72 - 100%	14 - 100%	0
Griep	55 - 76,39%	11 - 78,57%	2,18
Tetanos	34 - 47,22%	14 - 100%	53,78

Pneumokok	64 - 88,89%	14 - 100%	11,11
Mammo	1 - 1,39%	14 - 100%	98,61
PAP	0 - 0%	14 - 100%	100
iFOBT	1 - 1,39%	14 - 100%	98,61
Coloscopie	1 - 1,39%	14 - 100%	98,61
Totaal GMD+	29,13 - 40,46%	13,6 - 97,14%	56,68

Er is een toename van gemiddeld 56,68% in registratie per preventie-item na de introductie van een preventieconsult. Zoals verwacht wordt er voor bijna alle preventie-items een 100% post-interventionele registratie bereikt. Enkele afwijkingen worden gezien voor het item buik, labo, proteïnurie, CVR en griep (zie tabel 2 en 4).

Uiteindelijk werd onderzocht of er een verschil is in eindregistratie tussen de 72 responders die reeds vorig jaar een GMD+ dossier hadden en 31 responders die nog geen GMD+ dossier hadden (zie tabel 5). Ook hier werd een steekproef gebruikt waarbij de 14 dossiers (20% van de 72 responders) van bovenstaande tabel vergeleken werd met 6 dossiers (20% van de 31 responders) van responders die voordien geen GMD+ hadden (zie ook bijlage 6).

Tabel 5: Vergelijking van de registratie post-interventioneel tussen responders die wel of niet afgelopen jaar een GMD+ dossier hadden.

Item	Responders met reeds GMD+ n = 14 (steekproef)	Responderds zonder GMD+ n = 6 (steekproef)	Verchil in registratie %
FA	14 - 100%	6 - 100%	0
Levensstijl	14 - 100%	6 - 100%	0
Metingen	14 - 100%	6 - 100%	0
Buik	14 - 100%	5 - 83,33%	- 16,77
Proteïnurie	11 - 78,57%	6 - 100%	+ 21,43
Labo	14 - 100%	5 - 83,33%	- 16,77
CVR	14 - 100%	5 - 83,33%	- 16,77
Behandeling	14 - 100%	6 - 100%	0
Griep	11 - 78,57%	6 - 100%	+ 21,43

Tetanos	14 - 100%	6 - 100%	0
Pneumococcen	14 - 100%	6 - 100%	0
Mammo	14 - 100%	6 - 100%	0
PAP	14 - 100%	6 - 100%	0
iFOBT	14 - 100%	6 - 100%	0
Coloscopie	14 - 100%	6 - 100%	0
Totaal GMD+	13,6 - 97,14%	5,8 - 96,67%	- 0,47

Voor meeste preventie-items is de post-interventionele registratie niet verschillend naargelang al dan niet vorige jaar reeds een GMD+ dossier aangemaakt werd. Voor een aantal items is er wel een verschil: buik, proteïnurie, labo, CVR en griep. Dit verschil is soms in voordeel, soms in nadeel van het al dan niet hebben van een GMD+ afgelopen jaar.

4.3. Analyse groep 1 versus groep 2

Van de 385 patiënten werden er 276 (71,69%) uitgenodigd via de praktijkassistente en 109 (28,31%) via de huisarts. Van de 103 responders waren er 61 patiënten uit groep 1 (59,22%) en 42 patiënten uit groep 2 (40,78%). In groep 1 is er dus een respons van 22,10% en in groep 2 een respons van 38,53%. De samenstelling van groep 1 en groep 2 werd onderling vergeleken (zie tabel 6). Eventuele verschillen in respons kunnen zodoende beter toegelicht worden.

Tabel 6: samenstelling groep 1 versus groep 2 en significantie van de verschillen (SS:statistisch significant ; NS: statistisch niet significant)

	Groep 1	Groep 2	P-waarde
Uitgenodigde patiënten	276	109	-
Responders	61 - 22,10%	42 - 38,53%	0,001 - SS
Tijd tot respons (dagen)	82	84	-
Vrouwen	145 - 52,54%	52 - 47,71%	0,429 - NS
Mannen	131 - 47,47%	57 - 52,29%	0,429 - NS
Gemiddelde leeftijd (jaren)	61	60	-
Chronische patiënten	55 - 19,93%	19 - 17,43%	0,667 - NS

Uit tabel 6 is af te leiden dat de groepen vergelijkbaar zijn gezien er geen significant verschil is in leeftijd, geslacht of chronische pathologie. De respons in beide groepen is wel significant verschillend en dit in het voordeel van groep 2, waar de patiënten werden uitgenodigd door de huisarts in plaats van via de praktijkassistente.

4.4. Tevredenheidsenquête

Van alle 385 uitgenodigde patiënten, werden 284 (73,77%) tevredenheids-enquêtes terug ingediend. Hiervan zijn er 241 (84,86%) van patiënten uit groep 1 en 43 (15,14%) van patiënten uit groep 2. Van alle 103 responders werden 93 (90,29%) enquêtes ontvangen, waarvan 61 (65,59%) uit groep 1 en 42 (45,16%) uit groep 2. In tabel 7 worden de antwoorden per vraag weergegeven volgens verschillende groep en subgroepen.

Tabel 7: Antwoorden van tevredenheidsenquête (R: responder ; NR: niet-responder ; R gr1: responders uit groep 1 ; R gr2: responders uit groep 2)

Vraag	Totaal n = 385	Groep 1 n = 276	Groep 2 n = 109	R n = 103	NR n = 282	R gr1 n = 61	R gr2 n = 42
Aantal enq	285	242	43	94	191	58	36
Interesse	232	194	38	85	148	53	32
Nuttig	237	197	40	89	149	55	34
Begrijpbaar	276	234	42	91	186	56	35
Moeilijk	17	15	2	6	11	4	2
Andere items	10	7	3	9	1	6	3
Te lang	4	3	1	1	3	0	1
Teveel tijd	13	13	0	0	13	0	0
Opnieuw prev	273	231	42	92	181	57	35
Opnieuw lijst	255	218	38	85	171	53	32
Opmerkingen	12	7	5	11	1	6	5

Meeste patiënten bleken geïnteresseerd te zijn in preventie en dit ook nuttig te vinden (81,40% en 83,16%). Opmerkelijk is echter het verschil in interesse voor

preventie voor de verschillende groepen. Het verschil tussen responders en niet responders is significant (p-waarde = 0,024). Daarentegen is het verschil tussen groep 1 en groep 2 (p-waarde = 0,286) of tussen responders uit groep 1 en responders uit groep 2 niet significant (p-waarde = 0,192) is. Dezelfde trend zien we voor de vraag of de patiënt preventie nuttig vindt (respectievelijk p-waarde < 0,001, 0,244 en 0,076).

De Domus Medica vragenlijst was voor bijna iedereen te begrijpen (96,84%) doch voor sommigen moeilijk om in te vullen (5,96%). Van de 17 patiënten die de vragenlijst moeilijk vonden, bleken er 11 zeventig plusser te zijn (gemiddelde leeftijd 69 jaar). Alle patiënten die vonden dat de vragenlijst teveel tijd in beslag nam (4,56%), waren patiënten uit groep 1 en waren niet responders. Tien patiënten vonden dat er nog andere "preventie" items aan bod moesten komen. Dit noteerden ze als volgt, onder de vraag "opmerkingen": prostaatkanker, maagkanker, huidkanker, osteoporose, anti-allergie, stress.

De meerderheid was gemotiveerd om in de toekomst opnieuw mee te werken aan preventie (95,79%) en het grootste deel hiervan zou dit graag terug met de vragenlijst doen (89,82%). Van de 11 patiënten die niet opnieuw willen werken aan preventie, zijn er 7 (63,63%) die aangeven dat het teveel tijd in beslag neemt.

5. DISCUSSIE

De introductie van een afzonderlijk preventieconsult brengt heel wat extra informatie met zich mee en zorgt duidelijk voor een betere registratie. In dit onderzoek leidt dit tot een gemiddelde toename van 56,68% GMD+ dossiers die per preventie-item, volledig en correct ingevuld werden (40,46% pre-interventioneel versus 97,14% post-interventioneel). Volgens een aantal studies is de toename van de registratie vooral merkbaar voor de meting van gewicht, buikomtrek, registratie van overgewicht, diabetesscreening, tetanusvaccinatie, mammografie, cervixuitstrijkje en FOBT (5). Ook in deze studie vinden we deze trend terug, waar er minstens een verdubbeling van de registratie bestaat voor volgende preventie items: familiale anamnese, levensstijl, buikomtrek, proteïnurie, tetanusvaccinatie, mammografie, cervixuitstrijkje, FOBT en coloscopie. De goede pre-interventionele registratie van

behandeling is volledig toe te wijden aan het feit dat het software pakket de medicatie van de patiënt automatisch update in de GMD+ module. Ook metingen en labo-resultaten worden automatisch opgenomen in de module waardoor de routine registratie ook helpt voor de registratie van preventie-items. Verder toont deze studie aan dat een vergelijkbare registratie bekomen wordt na een preventieconsult of de patiënt nu al dan niet een GMD+ dossier had afgelopen jaar (gemiddeld 97,14% versus 96,67%). Dit bevestigt het feit dat een preventie in 1 contact kan besproken worden en dat eventueel voorafgaand besproken items geen garantie zijn tot een betere invulling van het GMD+ dossier.

Toch zijn er nog een aantal punten die verdere aandacht verdienen. De registratie van proteïnurie en griepvaccinatie scoort minder goed dan andere preventie items. Voor griepvaccinatie is dit vermoedelijk vooral een probleem veroorzaakt door het verkeerd registreren van de arts. Indien een arts een vaccinatie geeft, zou de registratie ervan in het EMD niet mogen verschillen of het nu een tetanus of een griep vaccin is. Echter is het toch zo dat vele patiënten hun griepvaccin gekregen hebben maar dat dit niet terug te vinden is in hun dossier. Dit blijft dus een aandachtspunt voor de huisarts. Verder zien we dat de registratie voor griepvaccin beter is in de groep responders die voordien nog geen GMD+ dossier hadden dan bij de responders die wel al een GMD+ dossier hadden. Dit komt wellicht doordat de groep die afgelopen jaar nog geen GMD+ dossier had, een jongere groep is waardoor een griepvaccin nog niet nodig is en deze groep “correct ingevuld” scoorden. Voor de registratie van proteïnurie is er , net zoals bij de registratie van labo-resultaten, voornamelijk een probleem van medewerking van de patiënt. De registratie is namelijk afhankelijk van het al dan niet op consult komen voor een (nuchter) labo of het binnenbrengen van een staal ochtendurine. Dit zou de iets lagere registratie kunnen verklaren van “proteïnurie” en “labo” met het hierop gebaseerde “cardiovasculair risico”. Bijgevolg is het belangrijk dat de huisarts hiervoor attent blijft en de patiënt aan het preventieplan herinnerd wordt. Zodoende kan het GMD+ dossier toch vervolledigd worden binnen het jaar.

De opsplitsing van de onderzoekspopulatie in 2 groepen toont in deze studie dat de manier van uitnodigen belangrijk is doordat het een impact heeft op de responsratio. Een uitnodiging via de praktijkassistente bereikt meer patiënten maar zij

kan deze minder overtuigen om op preventieconsult te komen. Indien de huisarts zelf de patiënten uitnodigt, zijn deze meer geneigd om hier op in te gaan. Echter via deze laatste methode worden minder patiënten bereikt. Een verdedigbare aanpak voor een toekomstige uitnodiging zou zijn om de patiënten in eerste instantie uit te nodigen via de praktijkassistente en om ze op een later tijdstip hieraan te herinneren door een tweede uitnodiging via de huisarts.

Beide groepen bleken vergelijkbaar te zijn volgens leeftijd, geslacht en chronische pathologie. Het verschil in respons is dus niet door een afwijking in deze factoren te verklaren. Een terechte vraag is of de arts al dan niet bewust, een geschikte patiënt "selecteert" die intrinsiek al meer geïnteresseerd is in preventie of beter luistert naar zijn arts. Echter kunnen we uit de enquête besluiten dat er geen verschil is tussen beide groepen voor wat betreft interesse in preventie. Vermoedelijk geldt de hypothese dat patiënten sneller ingaan op een voorstel van hun arts dan van de praktijkassistente.

Er zijn aanzienlijk minder enquêtes uit groep 2 dan uit groep 1. Dit komt doordat patiënten uit groep 2 in principe enkel hun enquête binnen brachten indien ze op preventieconsult kwamen. Patiënten uit groep 1 daarentegen dienden de enquête meteen na het invullen al in, onafhankelijk of ze al dan niet op preventieconsult kwamen. Uit de enquêtes wordt duidelijk dat net die patiënten die geïnteresseerd zijn in preventie of dit nuttig vinden, sneller afkomen op preventieconsult. Hierdoor kan in deze studie sprake kan zijn van een "healthy volunteers bias". Inderdaad is het algemeen geweten dat een responder die op preventieconsult komt een duidelijk ander profiel heeft dan een niet-responder: minder rokers, minder alcoholgebruik, gezonder voedingspatroon, enzovoort (5,6). Dit zorgt voor het zogenaamde "preventieparadox" waardoor patiënten die het meest baat zouden hebben van preventie, onvoldoende bereikt worden.

Wat verder opvalt is dat er meer reacties zijn in groep 1 over de lengte van de vragenlijst en de tijdsinvestering, dan in groep 2. Dit heeft vermoedelijk te maken met het feit dat mensen uit groep 1 de vragenlijst in de wachtzaal moesten invullen en al afgeven bij het consult die dag zelf, waar patiënten uit groep 2 dit op hun gemak thuis konden invullen. Een randbemerking hier is dat diezelfde mensen die de vragenlijst te

lang vonden niet op preventieconsult kwamen. Mogelijke hypotheses hierbij zijn dat deze patiënten ofwel van het begin af aan al minder geïnteresseerd waren en sneller afhaakten, ofwel dat de lengte of de tijdsinvestering demotiverend gewerkt heeft. Het is in elk geval zo dat hoe langer een vragenlijst, hoe minder interesse en dus hoe minder respons (13,14). Verder blijkt uit deze studie ook dat men met verschillende leeftijden rekening moet houden. Patiënten die de vragenlijst moeilijk vonden bleken oudere patiënten te zijn. Bij navraag naar de reden waarom het invullen moeilijk was, bleek het vooral te gaan over het feit dat ze het antwoord nooit geweten hebben omdat er vroeger minder openlijk werd gesproken over gezondheid binnen hun familie. Een studie over colorectaal carcinoom vermeldt inderdaad de hindernissen bij het bekomen van een correcte familiale anamnese (15). Sommige patiënten menen geen familielid te hebben met colorectaal carcinoom, sommigen zeggen van wel, anderen weten het niet en enkele patiënten verzwijgen het uit angst voor de gevolgen. Dit probleem bestaat ook voor andere aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, borstkanker, diabetes… Patiënten vermelden bijvoorbeeld dat hun moeder of vader diabetes had omdat ze "op hun suiker moesten letten", hoewel dit ook een onderdeel kan zijn van algemene cardiovasculaire preventie zonder dat er diabetes aanwezig is. Een andere reden waarom patiënten moeite hadden om de vragenlijst in te vullen, was dat ze de vraag dubbel interpreteerden. Bijvoorbeeld bij de vraag "heeft u een hoge bloeddruk" kwam vaak de reactie "nu niet maar dat is omdat ik medicatie neem, zonder heb ik wel een hoge bloeddruk". Dit zijn de patiënten die de vragenlijst liever samen met de arts overlopen in plaats van die zelfstandig in te vullen.

Tijdens het uitvoerig gebruik van de vragenlijst van Domus Medica zijn er een aantal tekortkomingen duidelijk geworden. Vele mannelijke patiënten blijven vragen naar prostaatkanker screening, vele (voornamelijk vrouwelijke) patiënten hebben ook vragen rond osteoporose. Sommige hadden ook vragen over andere type kankers zoals huid- en maagkanker, of over stress, de gevolgen ervan en de preventie hierrond. Stress wordt inderdaad voor 35% van de patiënten beschouwd als een gezondheidsrisico (6).

Het medisch softwarepakket Medidoc heeft als voordeel dat de GMD+ module duidelijk gebaseerd werd op de Domus Medica vragenlijst, wat de invulling ervan vereenvoudigt. Echter zijn er toch een aantal tekortkomingen aan de module. Zo is er

geen mogelijkheid om proteïnurie bij vrouwen te registreren gezien dit enkel opgenomen is voor de "GMD+ module (man)". Verder wordt het cardiovasculair risico in de module niet berekend volgens de Domus Medica richtlijnen, aangezien hiervoor het totaal cholesterolgehalte wordt gebruikt in plaats van de ratio van totaal cholesterol over HDL-cholesterol. Bij het onderdeel "familiale anamnese" kan de arts enkel aanduiden over welk familielid het gaat maar niet over welk type aandoening het gaat (herseninfarct of hersenbloeding, hartinfarct of hartstilstand…). Een ander knelpunt in de module is dat er geen keuzemogelijkheid "niet nodig" is. Hierdoor wordt het vakje voor de betrokken preventie-item niet ingevuld (bijvoorbeeld voor patiënten onder de 45 jaar die nog niet in aanmerking komen voor een FOBT) en wordt de module als "onafgewerkt" beschouwd. Een laatste en sterk minpunt is dat er geen synchronisatie gebeurt tussen de informatie die reeds vroeger in het EMD opgenomen was en de bekomen informatie na een preventieconsult. Dit is bijvoorbeeld het geval voor de familiale anamnese en risicofactoren of usus. Hierdoor blijft een dubbele invoer steeds nodig, één keer voor de GMD+module en een tweede keer voor de afzonderlijk velden binnen het EMD.

De introductie van een systematische uitnodiging voor een preventieconsult leidt naast een belangrijke meerwaarde aan medische informatie en correct ingevulde modules, ook tot meer GMD+ dossiers. In deze studie werden 145 nieuwe GMD+ dossiers aangemaakt, wat naast het medische belang ook financieel interessant kan zijn voor de praktijk. Een systematische aanpak zorgt dat niet enkel bij de nieuwe patiënten een GMD+ geopend wordt, maar dat ook reeds gekende patiënten opnieuw gecontroleerd worden op het bestaan van een GMD+ dossier (zoals dit voor de 117 patiënten uit deze studie het geval was). Naast het honorarium voor een consultatie (24,48€), kan een arts een extra vergoeding aanrekenen voor een preventieconsult (10,80€). Deze is echter niet evenredig met de nodige tijdsinvestering. In de literatuur zijn reeds vele publicaties verschenen die dit probleem aankaarten (4,6-9,16). In deze studie werd per preventieconsult 30 minuten voorzien wat volgens de literatuur een gemiddeld nodige tijdsinvestering is (4,7). In die tijd kan een geconventioneerde arts 2 consultaties doen (48,96€) waardoor het medisch voordeel van een preventieconsult vaak het onderspit moet delven door de te lage vergoeding en te hoge tijdsinvestering. Een systeem waarbij de arts vergoed wordt volgens prestatie lijkt voor preventie en chronische zorg niet de ideale oplossing te zijn. In wijkgezondheidscentra waar de

arts vergoed wordt volgens een forfaitair systeem, valt dit probleempunt weg gezien de vergoeding voor 2 consultaties of 1 GMD+ gelijk blijft. Dit laatste systeem kent dan natuurlijk ook nadelen zoals onder andere de arts die algemeen een lager inkomen krijgt dan in het prestatiesysteem (17). Een goed alternatief zou zijn dat er gewerkt wordt binnen een systeem volgens prestatie maar dat er een betere vergoeding is voor GMD+ consulten en voor preventie en chronische zorg waarvoor veel gewerkt wordt achter de schermen en buiten de consultaties/huisbezoeken. Een mogelijkheid die de toekomst biedt is een geleidelijke transitie naar de digitale GMD+ vragenlijsten zoals reeds een aantal pilootprojecten aan het uittesten zijn (18). Zodoende zou de vragenlijst en de informatie die ze bevat rechtstreeks kunnen geïmporteerd worden in het EMD en gesynchroniseerd worden met de reeds aanwezige informatie. Dit vraagt natuurlijk een toegankelijk medisch software pakket die de nodige technische ondersteuning biedt.

6. CONCLUSIE

Preventie is nuttig maar moet goed georganiseerd worden om een effect te hebben. In deze studie wordt duidelijk dat het invoeren van een afzonderlijk preventieconsult tot een betere en correctere registratie leidt, met als resultaat een gemiddelde van 97,14% volledig ingevulde dossiers. Of de patiënt al dan niet afgelopen jaar reeds een GMD+ dossier had, maakt geen verschil naar eindregistratie toe gezien voor beide groepen eenzelfde hoge graad van correct ingevulde dossiers bekomen wordt na een afzonderlijk preventieconsult. Na een uitnodiging om op preventieconsult te komen, blijft de responsratio eerder laag. In deze studie werd een respons van 26,75% bekomen, wat overeenkomt met de gangbare responsen uit de literatuur. De praktijkassistente nodigde 71,69% van de patiënten uit waarvan 22,10% op preventieconsult kwamen. De huisartsen nodigden slechts 28,31% van de patiënten uit, waarvan echter 26,75% op preventieconsult kwamen. Men kan stellen dat indien men veel patiënten wilt bereiken, de uitnodiging beter via een praktijkassistente verloopt. Als de huisarts zelf de patiënt vraagt om op preventieconsult te komen, wordt echter een hogere responsratio bekomen. De patiënten uitnodigen via de praktijkassistente en ze hieraan herinneren via de huisarts, lijkt een optimale aanpak te zijn waarbij veel patiënten bereikt worden en een belangrijk deel effectief op

preventieconsult komen. Het grootste aandachtspunt voor wat de registratie betreft, is het bevragen van de familiale anamnese en de levensstijl, het meten van de buikomtrek en het correct noteren van proteïnurie, tetanus vaccinatie, cervixuitstrijkjes, mammografie en iFOBT/colocopie.

Patiënten lijken geïnteresseerd te zijn in preventie en willen hier ook aan meewerken. In deze studie was de overgrote meerderheid tevreden en zou volgend jaar opnieuw met de vragenlijst werken. Men moet de patiënten hiervoor wel voldoende tijd geven en rekening houden met oudere patiënten die wat meer begeleiding nodig hebben bij het invullen van de vragenlijst. Huisartsen zelf zijn geïnteresseerd om preventie aan te bieden. In de toekomst zou er echter meer ondersteuning moeten komen van de overheid, zowel voor wat betreft het organiseren van een preventieconsult, het informeren van de patiënten, als voor de financiële vergoeding. Ook tijdens dit onderzoek bleken de artsen wel gemotiveerd om preventie in één consult aan te bieden, maar was er weerstand omwille van de te hoge tijdsinvestering ten opzichte van de lage financiële compensatie. Een grotere investering in preventie alsook de digitalisatie van de GMD+ vragenlijst zijn zaken die preventie in de toekomst aantrekkelijker kunnen maken.

7. REFERENTIES

1. Domus Medica gezondheidsgids. Internet site, Domus Medica vzw 2010. Geraadpleegd 2013-2014. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/documentatie/gezondheidsgids.html
2. Mannaerts A, Schoenmakers B, Van Den Brandt J. Hoe kunnen we zinvolle preventie beter integreren ? Implementatie van het preventiesjabloon in EMD en toepassing van het preventieconsult in 1e lijn. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2012.
3. Dubey V, Mathew R, Iglar K, Moineddin R, Glazier R. Improving preventive service delivery at adult complete health check-ups: the Preventive health Evidence-based Recommendation Form (PERFORM) cluster randomized controlled trial. BMC Family Practice 2006;7:44.
4. Mennes S, Schoolmeesters B, Schoenmakers B. Invoeren van preventie in de huisartsenpraktijk. Resultaten van een praktijkproject. Huisarst Nu 2013; 42: 245-247.
5. Morreel S, Van Peer W, Verhoeven V. Toepassing van de gezondheidsgids in de praktijk. Resultaten van een pilootstudie. Huisarst Nu 2013; 42:243-244.
6. Feys C, Fouvry J, Schoenmakers B. Implementatie van de preventiemodule in de praktijk. Hoe denkt de patiënt hierover? Huisarts Nu 2013;42:247-9.
7. Tratsaert E, Christiaens T, Provoost S, Degrande P. Implementatie van de GezondheidsGids van Domus Medica in de praktijk. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2012.
8. De Cort P. De implementatie van preventie in de eerste lijn: drempels en mogelijkheden. Editoriaal, Minerva december 2011, vol 10, nr 10.
9. Walter U, Flick U, Neuber A, et al. Putting prevention into practice: qualitative study of factors that inhibit and promote preventive care by general practitioners, with a focus on elderly patients. BMC Fam Pract 2010;11:68.
10. DiClemente C, Prochaska J, Fairhurst S, Velicer W, Velasquez M, Rossi J. The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. Journal Consult Clinical Psychology 1991. 59(2):295-304.
11. Prochaska J, Velicer W. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot. 1997 Sep-Oct;12(1):38-48.

12. Young G, Cole S. New stool screening tests for colorectal cancer. Digestion 2007;76:26-33.
13. Holbrook A, Green M, Krosnick J. Telephone versus Face-to-Face Interviewing of National Probability Samples with Long Questionnaires: Comparisons of Respondent Satisficing and Social Desirability Response Bias. Public Opin Q 2003;67(1):79-125.
14. Kanuk L, Berenson C. Mail Surveys and Response Rates: A Literature Review. Journal of Marketing Research. 1975;12(4):440-453.
15. Church J, McGannon E. Family history of colorectal cancer. Diseases of the Colon & Rectum 2000; 43(11):1540-1544.
16. De Clerck K, Wens J. Invoeren van een preventie-call in de huisartsenpraktijk. Masterproef in de Huisartsgeneeskunde.
17. De Winter S, Avonts D, Ferrant L, Bombeke B. Forfait versus prestatiegeneeskunde. Masterproef in de Huisartsgeneeskunde 2010.
18. De digitale versie van het GMD+ met het kwaliteitslabel van de gezondheidsgids van Domus Medica. Internet site, Science Tribune/Medicale Time Management, 2007-2012. Geraadpleegd 2013 december 16. Beschikbaar via: http://www.gmdplus.be/gmdplusdm.asp?lang=nl&gp_id=

8. BIJLAGEN

Bijlage 1: Schriftelijke uitnodiging om op preventie consult te komen

Preventie-consult

Geachte Mevrouw, Mijnheer,

Als huisarts hebben we de taak om uw gezondheid te behartigen, niet alleen wanneer u ziekt bent maar ook naar de toekomst toe. We proberen uw gezondheid zo lang en zo goed mogelijk te bewaren. Hiervoor trachten we mogelijke gezondheidsproblemen te voorzien en te voorkomen, of deze in een beginstadium op te sporen en te behandelen. Dit heet preventie en hierbij speelt u een cruciale rol ! In het kader van mijn thesis nodig ik u daarom graag uit om hier aan mee te werken.

Hoe pakken we dit aan ?

Eenmaal per jaar heeft iedere patiënt tussen de 45 en 75 jaar, recht op een preventie-consult. Dit is een consultatie waarin uw voorgeschiedenis en uw huidige situatie besproken wordt zodat de mogelijke risico's voor de toekomst kunnen ingeschat en aangepakt worden. Tijdens dit consult worden geen acute gezondheidsproblemen besproken. Gelieve hiervoor een aparte consultatie vast te leggen.

Wanneer en bij wie kunt u hiervoor terecht ?

Vanaf 1 april 2013 en tot eind oktober, kunt u hiervoor een **afspraak** maken bij een van de artsen in onze praktijk, bij voorkeur Dr. Steffie Hoorens. Gelieve steeds te vermelden dat het om een « **preventie-consult** » gaat. Vóór u naar dit preventie-consult komt, vult u de **vragenlijst** in bijlage in. We overlopen die dan samen tijdens het consult.

Indien u hierover nog vragen heeft of extra informatie wilt, kunt u terecht bij de secretaresse of bij een van de artsen.

Met dank voor uw medewerking,

Dr. Steffie Hoorens
HAIO

Dr. Hubert Dewulf
Dr. Flore Dewulf
Dr. Fien Dewulf

Prof. Dr. Sara Willems
Promoter Universiteit Gent

Huisartsen Dewulf
Rijselstraat 181
8200 Sint-Michiels
Tel. 050/38.29.81

Bijlage 2: Informed Consent

Toestemmingsformulier (Informed Consent)

Titel onderzoek: Optimalisatie van de GMD+ registratie door introductie van een preventieconsult.
Verantwoordelijke onderzoeker: Dr. Steffie Hoorens

U staat op het punt mee te werken aan een studie omtrent preventiegeneeskunde. U heeft hiervoor een informatiebrief en een vragenlijst ontvangen. U vult deze vragenlijst in en dient deze in bij een van de artsen in de praktijk.

De bedoeling is om na te gaan of de gegevens in uw globaal medisch dossier geoptimaliseerd kunnen worden door alle preventie-items te bespreken in één preventieconsult. Hiervoor maakt u een afspraak waarin de vragenlijst overlopen wordt.

Enkel de gegevens rond preventie worden geanalyseerd en dit volledig anoniem. Hiervoor hebben we echter uw toestemming nodig. Indien u niet wenst mee te werken aan dit onderzoek, garanderen we u een even goede kwaliteit van zorg.

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode en doel van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgaaf van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

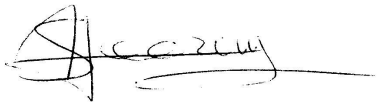
Naam deelnemer: .....

Datum: ..... Handtekening deelnemer: .....

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker: Dr. Steffie Hoorens

Handtekening onderzoeker: 

Huisartsen Dewulf
Rijselstraat 181
8200 Sint-Michiels
Tel. 050/38.29.81

VRAGENLIJST IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT EN HUISARTS

INDIVIDUEEL PREVENTIEPLAN

domus medica

Naam: ..... M/V Geboortedatum: ...../...../..... Datum: ...../...../.....

Vul dit blauwe gedeelte in. Twijfelt u aan een antwoord, vraag dan raad aan uw huisarts.		Dit groene gedeelte vult uw huisarts in.	
Hoe oud bent u? ..... jaar	A	A+ ≥50 jaar	Totaalchol./HDL-bepaling en SCORE ☐
Hebt u een te hoge bloeddruk?	☐ ja ☐ nee ☐ onbekend B	B+	Totaalchol./HDL-bepaling en SCORE ☐
Neemt u medicatie voor een te hoge bloeddruk?	☐ ja ☐ nee		Creatinine ☐ Proteïnurie ☐
Hebt u diabetes (suikerziekte)?	☐ ja ☐ nee D	D+	
Hebt u een hart- of vaatziekte (gehad)?	☐ ja ☐ nee E	E+	Hoog cardiovasculair risico ☐
Heeft uw vader of broer een hart- en vaatziekte voor zijn 55 jaar (gehad)?	☐ ja ☐ nee F	F+	Totaalchol./HDL-bepaling en SCORE ☐
Heeft uw moeder of zus een hart- en vaatziekte voor haar 65 jaar (gehad)?	☐ ja ☐ nee		
Rookt u?	☐ ja ☐ nee C	C+	Rookstop ☐
Eet u dagelijks groenten en fruit?	☐ ja ☐ nee		Voedingsadvies ☐
Komt u aan 30 minuten lichaamsbeweging per dag?	☐ ja ☐ nee		Bewegingsadvies ☐
Wat is uw lengte en gewicht?	lengte ☐ cm gewicht ☐ kg	Buikomtrek ☐ cm	BMI=kg/m² ☐
Heeft uw arts u ooit gesproken over verhoogde suiker in uw bloed?	☐ ja ☐ nee	≥65 jaar	
Had u verhoogde suiker tijdens de zwangerschap of tijdens een ziekenhuisopname?	☐ ja ☐ nee	≥45 jaar en 1x ja of BMI ≥25 of	
Voor vrouwen: bent u bevallen van een baby van 4,5 kg of meer?	☐ ja ☐ nee	buikomtrek: vrouw >88 cm, man >102 cm	
Heeft uw vader, moeder, broer of zus diabetes?	☐ ja ☐ nee		Nuchtere glykemie ☐
Is uw vaccinatie tegen tetanus meer dan 10 jaar geleden?	☐ ja ☐ nee ☐ onbekend	10-20 jaar geleden	Booster dT/10 jaar ☐
		>20 jaar volledig schema	dT 0-6 ☐
		>20 jaar onvolledig schema of onbekend	dT 0-1-12 ☐
Bent u hart- of longpatient?	☐ ja ☐ nee	Ja of 65+ of D+ of nierlijden	Griepvaccinatie/1 jaar ☐
		Ja en 50+ of 50+ en ethylisme	Pneumokokkenvaccinatie 1x/5 jaar ☐
Hebt u geen milt meer of een ziekte waardoor de milt niet goed werkt?	☐ ja ☐ nee	Ja	Pneumokokkenvaccinatie 1x/5 jaar ☐
Voor alle vrouwen: komt er borstkanker of eierstokkanker voor in uw familie?	☐ ja ☐ nee	Ja	Risico-inschatting ☐
Voor vrouwen vanaf 50 jaar: is uw laatste mammografie meer dan 2 jaar geleden?	☐ ja ☐ nee datum ☐	70-75 jaar en lage comorbiditeit	
		50-69 jaar	Screeningsmammografie/2 jaar ☐
Voor vrouwen van 25 tot en met 64 jaar: is uw laatste uitstrijkje meer dan 3 jaar geleden?	☐ ja ☐ nee datum ☐	Ja	Uitstrijkje/3 jaar ☐
Komen darmkanker of -poliepen voor bij uw vader, moeder, broer of zus?	☐ ja ☐ nee	Ja	Risico-inschatting ☐
		Nee en 50-74 jaar	FOBT/1-2 jaar ☐
Drinkt u alcohol?	☐ ja ☐ nee	Ja	Stel de eerste drie vragen van de AUDIT ☐
		Bevraag enkel bij patiënten met risico op depressie:	
		Werd u de voorbije twee weken vaak gehinderd door depressieve gevoelens of hopeloosheid? ☐	
		Werd u de voorbije twee weken vaak gehinderd door weinig interesse of plezier in de dingen die u deed? ☐	
		(1 x ja) Wens tot hulp? ☐	

Uitgave Domus Medica - 2011

Bijlage 4: Tevredenheidsenquête

Tevredenheidsenquête

Naam en voornaam: ……..

1) Heeft u interesse in preventie (het voorkomen of vroegtijdig opsporen van aandoeningen) ?
   - ❑ ja
   - ❑ nee

2) Vindt u het nuttig dat uw huisarts u hier actief in betrekt ?
   - ❑ ja
   - ❑ nee

3) Vond u de vragenlijst begrijpbaar ?
   - ❑ ja
   - ❑ nee

4) Heeft u moeilijkheden gehad met het beantwoorden van bepaalde vragen ?
   - ❑ ja
   - ❑ nee

5) Zijn er nog preventieve zaken die u graag zou willen bespreken met uw arts ?
   - ❑ Ja (gelieve deze te noteren onderaan)
   - ❑ nee

6) Vond u de vragenlijst te lang ?
   - ❑ ja
   - ❑ nee

7) Neemt het invullen van de vragenlijst teveel tijd in beslag ?
   - ❑ ja
   - ❑ nee

8) Zou u volgend jaar opnieuw mee werken aan preventie ?
   - ❑ ja
   - ❑ nee

9) Zou het wenselijk zijn dat we volgend jaar opnieuw de vragenlijst gebruiken ?
   - ❑ ja
   - ❑ nee

10) Heeft u nog opmerkingen rond de vragenlijst of over preventie in het algemeen ?

……
……
……
……
……

Huisartsen Dewulf
Rijselstraat 181
8200 Sint-Michiels
Tel. 050/38.29.81

Bijlage 5: Pre-interventionele registratie per preventie item voor de volledige onderzoekspopulatie (n = 385)

Item	Ingevuld of ja	Niet ingevuld of nee	Onvolledig	Niet nodig	Niet van toepassing
FA	68	309	8	0	0
Levenstijl	9	358	18	0	0
Metingen	220	154	11	0	0
Buik	8	377	0	0	0
Proteïnurie	6	152	0	30	197
Labo	129	183	73	0	0
CVR	151	234	0	0	0
Behandeling	240	145	0	0	0
Griep	32	234	0	119	0
Tetanos	99	286	0	0	0
Pneumokok	25	174	0	186	0
Mammo	2	193	0	2	188
PAP	1	196	0	0	188
iFOBT	1	378	0	6	0
Coloscopie	1	378	0	6	0
Chron pt	74	311	0	0	0
Geen GMD+	145	240	0	0	0

Bijlage 6: Steekproef voor de post-interventionele registratie (n=20 responders)

Item	Ingevuld of ja	Niet ingevuld of nee	Onvolledig	Niet nodig	Niet van toepassing
FA	20	0	0	0	0
Levensstijl	20	0	0	0	0
Metingen	20	0	0	0	0
Buik	19	1	0	0	0
Proteïnurie	4	3	0	3	10
Labo	19	0	1	0	0
CVR	19	1	0	0	0
Behandeling	20	0	0	0	0

Griep	6	3	0	11	0
Tetanos	20	0	0	0	0
Pneumococcen	3	0	0	17	0
Mammo	10	0	0	0	10
PAP	10	0	0	0	10
iFOBT	16	0	0	4	0
Coloscopie	4	0	0	16	0
Chronische pt	64	176	0	0	0
Geen GMD+	0	240	0	0	0

Bijlage 7: Registratie pre-interventioneel per preventie item voor alle responders (n=103)

Item	Ingevuld of ja	Niet ingevuld of nee	Onvolledig	Niet nodig	Niet van toepassing
FA	22	80	1	0	0
Levensstijl	1	97	5	0	0
Metingen	62	36	5	0	0
Buik	3	100	0	0	0
Proteïnurie	5	40	0	12	46
Labo	48	40	15	0	0
CVR	56	47	0	0	0
Behandeling	72	31	0	0	0
Griep	14	46	0	43	0
Tetanos	34	69	0	0	0
Pneumokok	9	39	0	55	0
Mammo	0	45	0	1	57
PAP	0	46	0	0	57
iFOBT	1	98	0	4	0
Coloscopie	1	98	0	4	0
Chron pt	20	83	0	0	0
Geen GMD+	31	72	0	0	0

Bijlage 8: vergelijking van het aantal volledig/correct ingevulde dossiers voor en na introductie van een preventieconsult, voor alle responders)

Item	Registratie pre-interventie n = 103	Registratie post-interventie n = 20
FA	22 - 21,36%	20 - 100%
Levensstijl	1 - 0,97%	20 - 100%
Metingen	62 - 60,19%	20 - 100%
Buik	3 - 2,91%	19 - 95%
Proteïnurie	17 - 29,82%	17 - 85%
Labo	48 - 46,60%	19 - 95%
CVR	56 - 54,37%	19 - 95%
Behandeling	72 - 69,90%	20 - 100%
Griep	57 - 55,34%	17 - 85%
Tetanos	34 - 33,01%	20 - 100%
Pneumokok	64 - 62,14%	20 - 100%
Mammo	1 - 2,17%	20 - 100%
PAP	0 - 0%	20 - 100%
iFOBT	5 - 4,85%	20 - 100%
Coloscopie	5 - 4,85%	20 - 100%

Bijlage 9: Steekproef voor de post-interventionele registratie van responders die reeds vorig jaar een GMD+ dossier hadden (n=14)

Item	Ingevuld of ja	Niet ingevuld of nee	Onvolledig	Niet nodig	Niet van toepassing
FA	14	0	0	0	0
Levensstijl	14	0	0	0	0
Metingen	14	0	0	0	0
Buik	14	1	0	0	0
Proteïnurie	2	2	0	3	7
Labo	14	0	0	0	0
CVR	14	0	0	0	0
Behandeling	14	0	0	0	0
Griep	5	3	0	6	0

Tetanos	14	0	0	0	0
Pneumococcen	3	0	0	11	0
Mammo	7	0	0	0	7
PAP	7	0	0	0	7
iFOBT	11	0	0	3	0
Coloscopie	2	0	0	12	0

Bijlage 10: Steekproef voor de post-interventionele registratie van responders die vorig jaar nog geen GMD+ hadden (n=6)

Item	Ingevuld of ja	Niet ingevuld of nee	Onvolledig	Niet nodig	Niet van toepassing
FA	6	0	0	0	0
Levensstijl	6	0	0	0	0
Metingen	6	0	0	0	0
Buik	5	1	0	0	0
Proteïnurie	2	0	0	1	3
Labo	5	0	1	0	0
CVR	5	1	0	0	0
Behandeling	6	0	0	0	0
Griep	1	0	0	5	0
Tetanos	6	0	0	0	0
Pneumococcen	0	0	0	6	0
Mammo	3	0	0	0	3
PAP	3	0	0	0	3
iFOBT	5	0	0	1	0
Coloscopie	2	0	0	4	0