Preventieconsult bij jongvolwassenen van 18 tot 30 jaar

Emmylou Nelen, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Anselme Derese, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Manamathesis 2012-2014
Emmylou Nelen
Promotor: Prof. Dr. Derese

Preventieconsult bij jongvolwassenen van 18 tot 30 jaar

1.1 Inhoudsopgave

Preventieconsult bij jongvolwassenen van 18 tot 30 jaar 1
1.1 Inhoudsopgave 1
1.2 Dankwoord 2
1.3 Abstract 3
1.4 Inleiding 4
1.4.1 Context 4
1.4.2 Onderzoeksvraag 5
1.5 Literatuuronderzoek 5
1.5.1 Methode 5
1.5.2 Resultaten 5
1.5.3 Conclusie 13
1.6 Praktijkproject 14
1.6.1 Methode 14
1.6.2 Resultaten 19
1.6.3 Bespreking 25
1.6.4 Conclusie 32
1.7 Referenties 34
1.8 Bijlagen 36
1.8.1 Toestemmingsformulier en informatieformulier 36
1.8.2 Preventieconsultformulier 38

1.2 Dankwoord

Deze manamaproef zou niet tot stand gekomen zijn zonder de gewaardeerde hulp, inzichten en snelle communicatie van Prof. Dr. Derese.

In de praktijk kon ik rekenen op de veranderingszin en de enthousiaste medewerking van praktijkopleider Olivier Gernay en collega Stephanie Biot. Dankzij Eva Braet, een laatstejaars geneeskundestudente die stage liep tijdens de periode van het onderzoek kon ik heel wat extra patiënten includeren.

Mijn vriend Thibo Billiet was onmisbaar voor de verwerking van de onderzoeksresultaten en het genereren van de Excel-tabellen.

1.3 Abstract

Context: Jongvolwassenen vragen een specifieke preventieve aanpak. Zij zijn over het algemeen gezond maar lopen toch risico's op vroeg- of laattijdige gezondheidsproblemen. Deze kunnen voorkomen worden door vroege gedragsverandering of door tijdig detecteren van problemen.

Onderzoeksvragen: Leidt het gebruik van een gestructureerd preventieconsult tot een betere kennis en registratie van medische en familiale voorgeschiedenis, medicatiegebruik, risicofactoren en werkplannen in het medisch dossier? Kunnen we een verschil documenteren in registratie en opvolging van risicofactoren tussen mannen en vrouwen of tussen leeftijdsgroepen (18-23 en 24-30)?

Methode: We voerden een prospectief observationeel onderzoek uit, zonder controlegroep. Een preventieve vragenlijst afgestemd op jongvolwassenen werd ontwikkeld aan de hand van bestaande richtlijnen. Deze vragenlijst stelden we opportunistisch voor aan elke patiënt tussen 18 en 30 jaar die voor eender welk probleem kwam consulteren. De vragenlijst en het preventieplan werden tijdens dezelfde consultatie afgenomen en opgesteld. Nadat alle gegevens verzameld waren en ingebracht in het elektronisch medisch dossier, werd gekeken naar een verschil in registratie en opvolging voor en na gebruik van de preventieve vragenlijst.

Resultaten: Van de 51 deelnemende patiënten waren vooraf per patiënt gemiddeld 26% van de risicofactoren aanwezig in het dossier. Na het preventieconsult waren per patiënt gemiddeld 95% van de risicofactoren aanwezig in het dossier. Per patiënt volgden we echter slechts 11% van de risicofactoren onmiddellijk op tijdens het verloop van het onderzoek. Bij geen enkele patiënt zagen we een daling van het aantal risicofactoren die een volgehouden gedragswijziging vragen, zoals rookgedrag, alcoholgebruik, vermagering.

Conclusie: Het preventieconsult leidt bij jongvolwassenen tot een betere registratie van risicofactoren. In de follow up van deze risicofactoren heeft een preventieconsult op korte termijn een plaats in het sensibiliseren van de patiënten over gezondheidsbevorderend gedrag. Er kan verwacht worden dat op lange termijn dan ook een daling van het aantal risicofactoren gezien wordt. Dit konden we nog niet bevestigen in deze manamaproef.

We besluiten dat een preventieve vragenlijst een waardevol hulpmiddel is in de praktijk op voorwaarde dat het ingezet wordt binnen een bredere preventiestrategie voor jongvolwassenen.

1.4 Inleiding

1.4.1 Context

Tijdens de eerste maanden werken als huisarts-in-opleiding in een praktijk in het centrum van een studentenstad kwamen opvallend veel jonge mensen consulteren. De hulpvraag betrof dikwijls relatief banale infecties, soms herhaalvoorschriften voor bijvoorbeeld anticonceptie en zelden ook eens specifiek preventie (“dokter, ik wil een algemene check-up”). In deze consultaties kunnen we telkens in min of meerdere mate ruimte en tijd maken voor het bespreken van een aantal preventieve onderwerpen. Door het wisselend patroon van consulteren bij deze populatie is er echter ook slechts een wisselende aandacht voor preventie zowel van arts als patiënt uit. Er werd, kortom, niet echt een eenduidig beleid gevoerd, gebaseerd op de huidige richtlijnen voor preventie bij deze jonge populatie.

Voor 45-plussers bestaat het GMD+, bij kinderen tot 18 jaar is er een preventieve opvolging via kind & gezin en CLB. De groep 18 tot 45-jarigen kan echter gemakkelijk tussen de mazen van het net vallen en zowel onder- als overonderzocht worden. Onder- of overbevraagd worden op preventieve thema’s lijkt deels bepaald te zijn door eigen vraag van patiënt of door frequentie van consulteren.

Het beleid rond preventie in ons praktijk kan verbeterd worden, enerzijds door een gestructureerd preventieconsult in te voeren, en anderzijds door belangrijke preventieve gegevens zoals risicofactoren goed te registreren. Hiervoor kunnen we het gebruik van het medisch dossier nog optimaliseren. Een aantal luiken worden met succes gebruikt zoals medische en familiale voorgeschiedenis en medicatiegebruik. Risicofactoren en werkplannen echter, worden op verschillende plaatsen in het dossier ingevuld, zodat het overzicht hierover dreigt verloren te gaan.

Een eerste belangrijke voorwaarde om aan preventie te doen, is kennis van risicofactoren die morbiditeit en mortaliteit kunnen beïnvloeden in de beoogde leeftijdscategorie. Verder zal het ook noodzakelijk zijn om de risicofactoren die via de huisarts beïnvloed kunnen worden te onderscheiden van deze die door bredere hulpverlening of maatschappelijke actoren beïnvloed worden. Ten slotte, maar daarom niet minder belangrijk, is ook de interesse en motivatie die de jonge patiënt heeft voor het (laten) detecteren en aanpassen van risicofactoren een bevorderende of belemmerende factor in het preventief beleid. Via literatuuronderzoek zal hierop een antwoord gezocht worden.

Via het praktijkproject nadien, zal worden nagekeken of voor en na invoeren van een gestructureerd preventieconsult het medisch dossier volledieger en duidelijker is ingevuld. Bijkomend wordt ook onderzocht of een toename in registratie ook leidt tot een toename aan opvolging van de risicofactoren.

Hoewel de volledige groep 18 tot 45-jarigen buiten de mazen van het preventienet kan vallen, zal het in dit onderzoek toch enkel gaan over de 18 tot 30-jarigen zodat de leeftijdsverschillen niet te groot worden.

1.4.2 Onderzoeksvraag

Leidt het gebruik van een gestructureerd preventieconsult tot een betere kennis en registratie van medische en familiale voorgeschiedenis, medicatiegebruik, risicofactoren en werkplannen in het medisch dossier? Kunnen we een verschil documenteren in registratie en opvolging tussen man en vrouw of tussen leeftijdsgroepen (18-23 of 24-30 jaar)?

1.5 Literatuuronderzoek

1.5.1 Methode

Initieel werd gezocht in tertiaire bronnen (Minerva, Clinical Evidence), verder aangevuld met informatie uit secundaire bronnen (Cochrane) en primaire (Pubmed). Volgende zoektermen werden gebruikt voor het luik risicofactoren: “sterfecijfers België”, “risk factors young adults”, “morbidity”, “premature mortality young adults”. Voor het luik “motivatie tot gedragsverandering”: “health promotion”, “life style young adults”, “behavorial changes young adults”, “health perception youth”. Voor het luik “karakteristieken van de populatie”: “physician-patient relations”, “delivery of health care”, “organization of prevention”, “patient expectations”. Tevens werden met aandacht de manamaproeven van Kathleen De Helt, Sarah Vanhulsel en Andreas Delanoye nagelezen. De artikels die het meest aanleunden bij de beoogde leeftijdscategorie werden zoveel mogelijk uitgeselecteerd.
Ten slotte werd via quaternaire bronnen per geïdentificeerde risicofactor de bestaande richtlijn in verband met preventie nagekeken. De voorkeur ging naar de Belgische richtlijnen van Domus Medica. Bij ontbreken van een bepaalde richtlijn, of onvoldoende onderbouwing werd in tweede instantie gekeken naar richtlijnen van de hoge gezondheidsraad van België en de Nederlandse NHG-richtlijnen. Richtlijnen die onvoldoende leeftijdsspecifiek waren, werden indien relevant, verder aangevuld met informatie uit tertiaire tot primaire bronnen.

1.5.2 Resultaten

1.5.2.1 Karakteristieken van de onderzoekspopulatie

Algemeen

De gezondheid bij jongvolwassenen is over het algemeen goed, en wordt ook subjectief zo ervaren. Desalniettemin leidt de nieuw ontdekte vrijheid en het gebrek aan verantwoordelijkheden bij pubers en adolescenten dikwijls tot experimenteren met risicogedrag (roken, alcohol, ongezonde voeding, seksueel gedrag…). Dit experimenteel gedrag kan zich nadien verderzetten op latere leeftijd en

gezondheidsproblemen veroorzaken. Naarmate de ongezonde levensstijl langer aanwezig blijft, wordt ze moeilijker aan te passen. Gelukkig ziet men op jongvolwassen leeftijd, met toename van de verantwoordelijkheden zoals job en gezin ook iets meer aandacht voor de aanpassing van het risicogedrag en aannemen van gezondere levensstijlen.

In de literatuur wordt de populatie jongvolwassenen zelden als aparte populatie onderzocht. Zij worden te pas en te onpas wel of niet inbegrepen bij onderzoek naar preventie bij adolescenten enerzijds en oudere volwassenen anderzijds. Toch kan de jongvolwassen populatie beschouwd worden als groep met eigen kenmerken en noden.

Met adolescenten hebben zij de combinatie van een goede gezondheid en gezondheidsbedreigend gedrag gemeen. Het verschil is dat jongvolwassenen hier vaker voorbij de experimenteerfase zijn, met meer verantwoordelijkheidsgevoel en minder excessen maar meer gewoontegetrouw gebruik, met bijhorende voor- en nadelen. Met oudere volwassenen delen zij dan weer het verantwoordelijkheidsgevoel en het vertrouwen in professioneel advies van een arts, wat de communicatie vergemakkelijkt.

Consultatiepatroon

Jongvolwassenen consulteren beduidend minder frequent de huisarts dan oudere patiënten. Dit stemt overeen met hun zelfervaren goede gezondheidstoestand. De groep 15 tot 24-jarigen komen gemiddeld 3.9 maal per jaar in aanraking met de huisarts. Ter vergelijking, bij 75-plussers is dit gemiddeld 16 keer. Uit dezelfde studie blijkt wel dat 71.4% van de 15 tot 24-jarigen over een periode van 12 maand minstens een maal contact had met de huisarts. Van de 25 tot 44 jarigen was dat 75%. Weliswaar is op het moment van het onderzoek de laatste huisartsconsultatie bij 9 tot 12% van de 15 tot 44-jarigen langer dan 2 jaar geleden. Vrouwen in de leeftijdscategorie 15-44 consulteren de huisarts vaker dan mannen en laagopgeleiden zouden frequenter op consultatie gaan bij de huisarts dan hoogopgeleiden.(1,2)

Verwachtingen van huisarts

Waar jonge adolescenten zich voornamelijk richten tot ouders en goede vrienden voor informatie over seksualiteit, relaties en dieet, blijken oudere adolescenten en jongvolwassenen formele hulp zoals artsen te verkiezen. Voor lichamelijke problemen wordt het advies van een arts veel sneller gevraagd dan voor psychische problemen of risicogedrag. Uit onderzoek bij adolescenten wordt gesuggereerd dat de adolescenten verwachten dat de arts initiatief neemt rond informatie en voorstellen rond preventie. (3,4) Dit kan anders liggen bij jongvolwassenen, gezien hun grotere zelfstandigheid en besliskunde.

1.5.2.2 Determinanten van gedragsverandering

Algemeen

Ondanks het wijdverspreid gezegde “voorkomen is beter dan genezen” merkt men bij zowel arts als patiënt verschillende obstakels om aan preventie te doen.

Artsen melden zelf als belemmerende factoren onder andere te hoge werkdruk, te sterke focus op acute zorg zowel vanuit zichzelf als vanuit de patiënt en de overheid, desinteresse in preventie voor de eigen gezondheid en ten slotte gebrek aan overtuigingskracht naar de patiënt. Bij huisartsen die opgeleid zijn over de motivatiecyclus van Prochaska en Di Clementi ziet men weliswaar minder desillusie in verband met overtuigingskracht.

Verschillende patiënt-gerelateerde factoren die elkaar ook onderling beïnvloeden en preventie bemoeilijken, zijn gebrek aan zelfvertrouwen en aan geloof in eigen invloed op de gezondheid. Preventie gebeurt ook minder bij patiënten met een lagere socio-economische status omwille van andere prioriteiten en de financiële drempel. (5)

Invloed van leeftijd en geslacht op gezondheidsbevordering

In onderzoek naar gezondheidsbevordering bij Turkse universiteitsstudenten merkt men bij de oudere studentenpopulatie meer gezondheidsbevorderend gedrag ten opzichte van de jongere studenten. Dit kan onder meer verklaard worden door een sterkere zelfactualisatie en een groter verantwoordelijkheidsbesef bij de oudere studenten.(6) Bij Zweedse universiteitsstudenten wordt gezien dat vrouwen vaker dan mannen geïnteresseerd zijn in aanpassing van de voedingsgewoontes, toename van beweging en het aanleren van relaxatietechnieken. Mannen, noch vrouwen toonden interesse in rookstop of aanpassing van het alcoholgebruik. (7)

Invloed van locus of control op gezondheidsbevordering

De multidimensionale health locus of control theorie stelt dat gezondheid beïnvloed wordt door geloof in controle over de eigen gezondheid. Een interne locus of control betekent geloof dat gezondheid bepaald wordt door persoonlijke beslissingen en eigen keuze tussen gezonde of ongezonde leefstijl. De externe locus of control kan opgedeeld worden in geloof dat toeval de gezondheidstoestand bepaalt of dat aanbevelingen van autoriteiten de gezondheid van een persoon bepalen.

Literatuur die de invloed van de locus of control op gezondheidsgedrag bestudeert, geeft inconsistente resultaten. In een toenemend aantal grote steekproeven ziet men evenwel een positieve correlatie tussen een sterke interne locus of control en gezond gedrag. Geloof in geluk of toeval zou de kans op schadelijk gedrag voor de gezondheid verhogen. Geloof in gezondheid die bepaald wordt door aanbevelingen van autoriteiten geeft ambigue resultaten. Enerzijds zouden preventieve aanbevelingen gemakkelijker opgevolgd moeten worden door deze personen. Anderzijds

kan verondersteld worden dat nadelige gevolgen van risicogedrag alsnog door artsen zal opgelost worden. (8,9)

Bij mensen met een hogere leeftijd, lagere socio-economische status en mensen met een migratieachtergrond, merkt men hogere externe locus of control scores (gebaseerd op vragenlijsten). De totale invloed van de locus of control op gezondheidsbevordering in vergelijking met andere determinanten van gezondheidsgedrag is eveneens tegenstrijdig en gaat van helemaal geen invloed tot een even belangrijke invloed als sociale achtergrond. (10)

Het belang van de locus of control theorie blijkt uit het feit dat informatie over gezondheid meer wordt nageleefd, wanneer die consistent is met de locus of control van de ontvanger. Men kan het geloof over de controle beïnvloeden tot een sterkere interne locus of control, waarna men een positief effect bemerkt op zelfvertrouwen en perceptie van eigen verantwoordelijkheid over gezondheid.(10)

1.5.2.3 Methodes voor preventie

Algemeen

Wanneer men de morbiditeit- en mortaliteitscijfers bij jongvolwassenen gaat bekijken (zie verderop), zal blijken dat preventie van de belangrijkste levensbedreigende risico's op jonge leeftijd (verkeersongevallen, suïcide) voornamelijk een taak is van de overheid.

De huisarts heeft wel een bevoorrechte positie voor preventie van gedrag gestuurde risicofactoren, gezien de laagdrempeligheid en het voordeel van de vertrouwensband. De huisarts kan problemen vroeg detecteren, en bijsturen met advies op maat, waarmee ook de motivatie tot gedragsverandering kan verhogen.

Methodes voor het bereiken van jongvolwassenen

Onderzoek naar effectieve preventieve strategieën om volwassen patiënten te motiveren voor preventie is schaars en te heterogeen om er belangrijke besluiten uit te trekken. Meer specifiek bestaat er te weinig kwalitatief onderzoek dat bestudeert hoe moeilijk te bereiken populaties, zoals socio-economisch benadeelde patiënten, geactiveerd kunnen worden voor preventie. Ook onderzoeken over rekrutering van jongvolwassenen zijn moeilijk te vinden. Bestaande onderzoeksresultaten spreken elkaar dikwijls tegen. (11)

Een review uit het Verenigd Koninkrijk in 2000 evalueert het effect van verschillende interventies gericht op volwassenen. Hieruit blijkt dat het vastleggen van afspraken, het versturen van uitnodigingsbrieven of telefonisch uitnodigen en het verlagen van de financiële drempel effectieve interventies zijn om meer patiënten te doen participeren in preventie.

Nog steeds effectief, maar reeds minder overtuigend, zijn opportunistisch screenen en herinneringen versturen aan non-attenders. Het gebruik van educatiemateriaal, vragenlijsten over risicofactoren en face-to-face counseling zouden daarentegen slechts beperkt werkzaam zijn.

Financiële of andere beloningssystemen of stimulansen blijken helemaal niet nuttig en doen ethische vragen rijzen. Ze beïnvloeden de vrije geïnformeerde keuze van de patiënt om al dan niet deel te nemen aan screeningsprogramma's. (12) Enkele studies suggereren dat financiële stimulansen wel helpen om jongeren te motiveren voor screening naar chlamydia. Kosteffectiviteit en duurzaamheid van het effect staan niet vast. (13)

In een studie van het Nederlandse Huisartsengenootschap over de implementatie van de preventiemodule voor bepalen van het cardiovasculair risico, ziet men dat het actief en persoonlijk uitnodigen van patiënten via een brief een hogere respons teweeg brengt bij patiënten dan de passieve benadering via posters en folders in de wachtzaal. (14)

Methodes tijdens de consultatie

Bij volwassenen is aangetoond dat korte counseling in de consultatieruimte een duidelijke invloed heeft op rookgedrag, bewegingspatroon en overmatig alcoholgebruik. Op korte termijn leidt korte counseling tot verbetering van het gedrag dat het gezondheid beïnvloedt. Het is veel minder duidelijk wat de effectiviteit van dezelfde korte begeleiding geeft bij adolescenten. Er is algemeen weinig gekend over de inhoud, kwaliteit en effectiviteit van gezondheidscounseling ontvangen door adolescenten en nog minder bij jongvolwassenen, die als groep zelden apart onderzocht worden (16).

Amerikaanse richtlijnen raden een preventieconsult aan bij adolescenten tot de leeftijd van 21 jaar aan, waarbij gefocust moet worden op screenen naar stress en risicogedrag terwijl het belang van screenen naar zeldzame biomedische problemen ontkracht moet worden. De frequentie van zo'n preventieconsult is onduidelijk. Bepaalde richtlijnen raden jaarlijkse opvolging aan, anderen geven geen tijdsindicatie (16).

Ondanks deze bestaande richtlijnen ligt het screenen en adviseren over risicofactoren veel lager dan aanbevolen is. Er is ook een duidelijke inconsistentie in screenen, zowel wat betreft frequentie, type patiënt, als welke risicofactor gescreend wordt. De belangrijkste barrières hiervoor zouden gebrek aan kennis en bruikbaar screeningsmateriaal zijn. Screeningsmateriaal is dikwijls te uitgebreid en daardoor niet bruikbaar tijdens een eerstelijnsconsultatie, of anderzijds teveel gefocust op slechts een risicofactor. Opleiding van de hulpverlener, op maat gemaakt materiaal voor screening en registratie en aanwezigheid van ondersteunend personeel leiden tot een hogere ratio van screenen, registreren van risicofactoren en adviseren aan adolescenten(17).

De GAPS-studie van 2003 toont dat implementeren van een preventieve vragenlijst in routinegezondheidszorg leidt tot toegenomen registratie en dus bespreking van risicogedrag bij adolescenten. Na gebruik van de vragenlijst bleek dat beweging, seksualiteit en conflicten met ouders vaker besproken werden met de huisarts. Dit suggereert het klinisch nut van een vragenlijst voor het aanhalen van delicatere thema's. Verandering in verwijzing of follow-upbezoek kon niet gedocumenteerd worden met deze studie.

Te overwegen nadelen van een vragenlijst voor preventie zijn ten eerste een mogelijks beperkte wens tot deelname, en ongemakkelijk gevoel van de patiënt die niet altijd openstaat voor alle aangehaalde thema's. Dit bevestigt het belang van een goede communicatie en het vragen van een mandaat voor men bepaalde thema's aanhaalt. Ten tweede leidt een vragenlijst die men samen invult, net als een semigestructureerde anamnese soms tot sociaal wenselijk antwoorden en verhullen van bepaalde risicofactoren. Gezien de vertrouwensrelatie met de huisarts, lijkt dit in de huisartspraktijk een minder groot probleem. (18)

1.5.2.4 Thema's voor preventie bij jongvolwassenen

Preventie bij de jongvolwassen groep moet zich richten op het voorkomen van problemen op latere leeftijd door beïnvloeden van risicogedrag dat zich op jonge leeftijd inzet, maar ook op het verbeteren van de huidige gezondheidstoestand, waarvoor hetzelfde risicogedrag ook nefast kan zijn.

Uit de sterftecertificaten van alle overlijdens van het Vlaams Gewest in 2010 blijkt dat in theorie ongeveer de helft van de overlijdens voor 75 jaar te vermijden zou zijn. De belangrijkste doodsoorzaken bij mannen en vrouwen in de leeftijdscategorie bestudeerd in deze manamaproef zijn verkeersongevallen en suïcide. Op latere leeftijd zullen bij mannen en vrouwen longkanker respectievelijk borstkanker belangrijkere oorzaken worden, en nog later ischemische hartziekten en cerebrovasculaire aandoeningen. (19)

Uit een evaluatie van de Nederlandse bevolking ziet men dat psychische stoornissen in de jongvolwassen leeftijd het grootste verlies aan DALY's veroorzaken (= disability adjusted life years). Hieronder rekent men angststoornissen, depressie en suïcidepogingen. Op de tweede en derde plaats komen letsels door verkeersongevallen en door privéongevallen. In de leeftijdsgroep 25-44 zijn bijkomend maligniteiten en hart- en vaatziekten verantwoordelijk voor het verlies van DALY's.

In de algemene populatie merkt men in Nederland dat roken het grootste verlies geeft aan totale en gezonde levensverwachting, en obesitas op de tweede plaats komt voor het verlies aan gezonde levensverwachting. (20)

Kortom, rookgedrag, obesitas, alcoholgebruik, mentale gezondheid en verkeersveiligheid zijn relevante thema's voor gezondheidspromotie bij jongvolwassenen.

Thema's die uit gegevens van mortaliteit of DALY's minder makkelijk te extraheren zijn, maar ook een belang hebben op jonge leeftijd zijn screening voor cervixcarcinoom, preventie van SOA's en oppuntstellen van het vaccinatieschema.

Cervixcarcinoom is de tweede meest voorkomende kanker bij vrouwen. Meer specifiek in de leeftijdscategorie 15 tot 44 jaar is cervixkanker in Europa ondanks de screeningsprogramma's de op een na belangrijkste doodsoorzaak en de belangrijkste oorzaak van sterfte door kanker onder de 35 jaar. Het merendeel van de sterfgevallen ten gevolge van cervixcarcinoom wordt aangetroffen bij vrouwen die onvoldoende gescreend werden. In België gaat dit nog over 1.1 miljoen van de vrouwen. (21)

Vroege opsporing, behandeling en counseling rond SOA's bij patiënten met frequent partnerwisseling leidt tot belangrijke beperking van verspreiding van de infecties (22). Het belang van vroegdiagnostiek en behandeling van SOA's als chlamydia en gonorroe ligt in preventie van opstijgende infecties bij deze frequente en zeer besmettelijke aandoeningen die dikwijls lang klachtenvrij verlopen. De kans op infertiliteit bij een vrouw die een PID doormaakte ten gevolge van chlamydia of gonorroe is 13% en kans op een extra-uteriene zwangerschap na PID is 9%. (22)

De incidentie van HIV- en hepatitis B-infecties is gelukkig laag. Hepatitis B is echter een vrij besmettelijke ziekte waarbij geschat wordt dat 16 tot 40% van de seksuele partners van dragers geïnfecteerd raken met het virus. (22) Preventie en/of vroegtijdig detecteren van HIV is uiteraard van belang. Zelfs met de HAART is de mortaliteit gerelateerd aan het hiv-virus 0.97 per 100 persoonsjaren, terwijl dit voor de algemene bevolking slechts 0.29 bedraagt. Uit een Britse studie blijkt tevens dat het te laat stellen van de diagnose waardoor effectieve behandeling niet meer mogelijk is, een van de belangrijkste redenen is van dood door aids (in 40% van de gevallen). Selectie van resistente virusmutaties was slechts in 5% van de gevallen de oorzaak van hiv-sterfte.(23)

Vaccineerbare aandoeningen komen niet (meer) voor in de levensbedreigende aandoeningen, of aandoeningen die verlies van DALY's geven, dankzij hun eigen succes. Het zijn zeldzame ziektes geworden, die desalniettemin bij ongevaccineerde personen nog steeds een hoge mortaliteit geven. Op punt stellen en houden van het vaccinatieschema blijft dus belangrijk, en niet in het minst bij jongvolwassenen. Zij verliezen de systematische opvolging bij het CLB en hebben dikwijls (nog) niet de gewoonte zelf de vaccinatiestatus bij te houden.

1.5.2.5 Ontwikkeling vragenlijst

Specifieke preventieve richtlijnen en daarop gebaseerde vragenlijsten voor de jongvolwassenen als groep, zijn moeilijk te vinden. In de Verenigde Staten zijn verschillende overkoepelende preventieve richtlijnen ontwikkeld. De belangrijkste zijn deze van de US Preventive Services Task Force. Deze handelt echter over alle volwassenen van 18 jaar of ouder en besteedt daarom minder aandacht aan

thema's die specifiek belangrijk zijn voor jongvolwassenen. (24) Allesomvattende richtlijnen of preventieve vragenlijsten van andere landen, eventueel met een gezondheidszorgsysteem dat meer op het Belgische lijkt, werden niet teruggevonden. De meeste bestaande richtlijnen of vragenlijsten handelen slechts over één preventief thema.

De Health Resources and Services Administration's Maternal and Child Health Bureau en American Academy of Pediatrics heeft het "Bright Futures"-consensusdocument ontwikkeld, deels gebaseerd op de USPSTF richtlijnen. Het richt zich tot jongeren van 11 tot 21 jaar, maar kan als belangrijk uitgangspunt beschouwd worden voor vergelijkbare aanbevelingen bij iets oudere jongvolwassenen. De GAPS-vragenlijst is gebaseerd op dit document en lijkt de meest hanteerbare vragenlijst voor een preventieconsult bij de beoogde doelgroep. (18,25) De vragenlijst is weliswaar slechts een "checklist" van aan te halen preventieve thema's. Er ontbreekt ruimte voor het registreren van antwoorden en uitgevoerde counseling of preventieve handelingen.

Verder heeft ook de ACOG (American Congress of Obstetrician's and gynaecologists) richtlijnen met bijhorende vragenlijst ontwikkeld, gericht op vrouwen van 19 tot 39 jaar, vermits men ziet dat voor jonge vrouwen in de VS de gynaecoloog het voornaamste contact vormt met de gezondheidszorg. Deze vragenlijst is echter te uitgebreid om gemakkelijk hanteerbaar te zijn. (26)

De behandelde thema's van de drie bovenvermelde instanties zijn dikwijls overlappend en consistent, en kunnen op die manier een basis vormen voor de ontwikkeling van een nieuwe vragenlijst, toepasbaar in de Belgische huisartspraktijk en waar nodig aangepast naar Belgische richtlijnen. De USPSTF stelt dat er voldoende bewijs van een voordelig effect bestaat voor screenen naar volgende thema's:

- Middelengebruik, met name alcohol en nicotine; de ACOG en "Bright Futures" raden ook screenen naar andere drugs aan.
- Seksuele gezondheid waarbij de 3 richtlijnen consistent aanraden om seksueel actieve volwassenen met verhoogd SOA-risico te screenen op hiv en syfilis; seksueel actieve vrouwen tot de leeftijd van 24 jaar te screenen voor chlamydia, en bij verhoogd risico ook op gonorroe.
- Cervixkankerscreening
- Gemoedstoestand met screening naar depressie. In de ACOG en "Bright Futures" richtlijnen vermeldt men ook specifiek screening naar suïcide.
- Voeding, beweging, obesitas met zo nodig opsporen van hypercholesterolemie en hypertensie
- Vaccinatie

1.5.3 Conclusie

Jongvolwassenen vragen een specifieke preventieve aanpak. Zij zijn over het algemeen gezond maar lopen toch risico's op vroeg- of laattijdige gezondheidsproblemen die voorkomen kunnen worden door vroege gedragsverandering of tijdig detecteren van problemen.

Bovenstaand literatuurnazicht is gebaseerd op verschillende studies over adolescenten tot de leeftijd van 21 jaar en in iets mindere mate over jongvolwassenen tot 30 jaar. Dikwijls zijn de conclusies over de adolescenten te extrapoleren naar de studiepopulatie van deze manamaproef, maar zeker niet altijd. Bijvoorbeeld wat betreft de verwachtingen over de huisarts op vlak van preventie en het belang dat men hecht aan preventie, zijn er te grote verschillen in determinanten van adolescenten en jongvolwassenen. Men kan echter veronderstellen dat ook binnen de groep jongvolwassenen een grote verscheidenheid zal bestaan die veralgemenen sowieso bemoeilijkt. Elke patiënt wordt dus best individueel benaderd met een aanbod aan preventieve mogelijkheden, die men afhankelijk van de motivatie van de patiënt in meer of mindere mate verder opvolgt en begeleidt.

De huisarts is gemakkelijk bereikbaar en wordt ook door jongvolwassenen als belangrijke bron van medische informatie beschouwd. Vermits jongvolwassenen in goede gezondheid weinig op consultatie komen, dienen de weinige consultatiemomenten best zoveel mogelijk aangegrepen te worden voor preventie. Een goede methode hiervoor kan een gestandaardiseerde vragenlijst zijn. Dit heeft voornamelijk een meerwaarde in het bespreekbaar maken van verschillende preventieve thema's met gemakkelijke dossierregistratie en opvolging op maat als aangename nevenwerkingen.

Een hanteerbare vragenlijst voor jongvolwassenen, toepasbaar in een huisartspraktijk binnen het Belgisch gezondheidszorgsysteem, dient nog ontwikkeld te worden. Hiervoor kan men zich baseren op de bestaande Amerikaanse vragenlijst GAPS, die volgens de Belgische richtlijnen kan aangepast worden.

Bij het opstarten van preventieprogramma's dient bijzondere aandacht te gaan naar moeilijk te bereiken risicogroepen die meer nood hebben aan preventie, terwijl zij er minder gemakkelijk om vragen. Het is minder duidelijk of een vragenlijst ook bij deze groepen een meerwaarde kan betekenen.

1.6 Praktijkproject

1.6.1 Methode

1.6.1.1 Opstellen vragenlijst

We ontwikkelden een preventieve vragenlijst naar analogie met het bestaande GMD+ formulier, met telkens twee luiken per onderwerp: een luik detectie van risicofactoren of problemen, en een tweede luik opvolging van aanwezige problemen.

We selecteerden relevante onderwerpen voor bespreking bij jongvolwassenen op basis van literatuurgegevens zoals hogerop beschreven. Per onderwerp keken we vervolgens naar reeds bestaande preventieve richtlijnen in verband met screening en zo nodig opvolging van bepaalde risicofactoren of problemen. Voor de meerderheid van de te bespreken thema's volgden we de bestaande Domus Medicarichtlijn. Meer in het bijzonder gebruikten we deze voor de thema's rookstatus, alcoholgebruik, gewicht/beweging/voeding (gecombineerde richtlijn van obesitas en diabetes mellitus), screening en opvolging voor cervixcarcinoom en screening en opvolging van depressieve klachten. Voor bepalen en opvolging van SOA-risico gebruikten we voor chlamydiascreening de Domus Medicarichtlijn en de NHG-richtlijn voor de andere SOA's. Opvolging van vaccinaties gebeurde volgens de richtlijnen van de Hoge Gezondheidsraad.

Wat betreft persoonlijke/familiale antecedenten en chronische medicatie traden we niet in detail over de noodzakelijke opvolging omwille van de uitgebreidheid van mogelijke thema's. Hierbij geldt dat de arts die het preventieconsult afneemt bij aanwezigheid van problemen zoals astma, diabetes, inname van chronische medicatie etc., de specifieke richtlijnen opzoekt en navolgt samen met de patiënt.

Op het tweede luik van het preventieformulier gaven we in een notendop de noodzakelijke opvolging aan. Daarnaast was er de mogelijkheid om aan te duiden wanneer deze opvolging gepland of uitgevoerd werd. Voor meer uitgebreide informatie in verband met afname van de vragenlijst, registratie in het medisch dossier, en gedetailleerde opvolging per thema, stelden we een praktijkhandleiding op.

1.6.1.2 Praktijkoverleg

De afgewerkte vragenlijst met bijbehorende handleiding werd voorgesteld aan de twee andere collega's in de praktijk. De collega's zouden de gegevens bij de afgenomen preventieconsulten uitsluitend noteren op het papieren formulier, ikzelf verzamelde nadien alle formulieren en liet deze inscannen door de secretaresse. Nadien bracht ik de aparte items onder in het EMD en maakte ik elektronische werkplannen aan.

We kozen ervoor om werkplannen in een apart tabblad onder te brengen, en niet in een pop-up, omdat pop-ups zelden bekeken worden. Ook het vakje risicofactoren zou voorlopig nog niet continu in beeld zijn, en wel slechts na aanklikken, om het overzicht over het dossier niet te verliezen door te veel openstaande vakjes.

Om de drempel tot afname van het preventieconsult en zo nodig verder afname van de AUDIT te verlagen, spraken we af dat in elk kabinet een handleiding en aantal papieren bundeltjes zouden klaarliggen met informatieformulier, informed consent formulier, het preventieformulier zelf en een blanco AUDIT-vragenlijst.

1.6.1.3 Inclusie van patiënten

Het beoogde doel was om gedurende minimaal 4 maand tot minimaal 50 inclusies te komen door aan elke patiënt van 18 tot 30 jaar die op consultatie kwam, ongeacht de aanmeldingsklacht, het preventieconsult aan te bieden, om op die manier selectiebias te verkleinen.

Inclusiecriteria: elke patiënt vanaf 18 tot en met 30 jaar, met of zonder GMD. Ook wie pas de eerste keer op consultatie komt.

Exclusiecriteria: patiënten bij wie het preventieconsult reeds uitgevoerd is.

We lichtten patiënten passief in via een boodschap op een tv-scherm in de wachtzaal, en spraken hen verder actief aan tijdens de consultatie. Bij geïnteresseerde patiënten werd mondeling de informatie aanwezig op het informatieformulier uitgelegd, en gevraagd het informed consentformulier te ondertekenen. Vervolgens werd de vragenlijst overlopen tijdens de consultatie en een follow-up plan opgesteld dat we aan de patiënt voorlegden tijdens de consultatie.

1.6.1.4 Registratie

De antwoorden van patiënten noteerden we op de vooropgestelde papieren vragenlijst tijdens het consult, die we nadien inscanden zodat ze in het dossier bij de binnenkomende brieven terechtkwam.

Eveneens brachten we bepaalde onderwerpen ook nog eens apart onder in het elektronisch dossier op de correcte plaats zoals bij risicofactoren, antecedenten, werkplannen. Op die manier gebeurde dus een dubbelregistratie, schriftelijk en elektronisch. De papieren versie heeft als doel om snel te kunnen noteren tijdens de consultatie en om aan te duiden wanneer een laatste keer een volledig preventieconsult gebeurde met bevraging van elk onderwerp. De elektronische registratie maakt aanpassing gemakkelijker bij wijziging van risicofactoren of uitvoeren van het werkplan.

Risicofactor aanwezig

In de praktijk wordt in het medisch dossier (nog) geen onderscheid gemaakt tussen actieve en passieve zorgelementen. Ook in deze manamaproef worden alle risicofactoren die belangrijk geacht

worden, zowel wanneer verdere opvolging vereist is als wanneer onmiddellijk opvolging niet (meer) nodig blijkt, als even belangrijk aangeduid.

Antecedenten

Een persoonlijk risico werd als aanwezig aangeduid wanneer een patiënt antecedenten heeft zoals een (of meerdere) allergieën, chronische respiratoire aandoeningen, chronische gastro-intestinale aandoeningen, endocrinologische aandoeningen, psychische problematiek, uitgevoerde heelkunde.

Familiale anamnese

Een familiaal risico werd als aanwezig aangeduid bij patiënten wiens eerste- of tweedegraadsfamilieleden een welbepaalde aandoening hebben, die invloed kan hebben op de onmiddellijke of latere gezondheid van de patiënt. Meer specifiek gaat het over cardiovasculaire, respiratoire, endocrinologische, neuromusculaire of reumatische aandoeningen, en bij psychische problematiek.

Chronische medicatie

Bij elke patiënt die chronische medicatie inneemt werd dit aangeduid als risicofactor.

Roken of druggebruik

We maakten een onderscheid tussen rokers, druggebruikers, en patiënten die zowel roken als drugs gebruiken.

BMI, voeding en beweging

We maakten een onderscheid tussen over- en ondergewicht. Een BMI boven de 25 definieerden we als overgewicht. Bij een BMI onder de 20 spraken we van ondergewicht. Ongezonde voeding of bewegingspatroon zonder afwijkende BMI bespraken we wel met de patiënt, maar namen we in dit onderzoek niet apart op als risicofactor.

Alcoholgebruik

Er werd, op basis van afname van de AUDIT-vragenlijst, een onderscheid gemaakt tussen patiënten die overmatig alcoholgebruik vertonen (AUDIT-score 8-19), en deze die problematische alcoholgebruikers blijken (AUDIT-score >19).

Vaccins

Bij patiënten met volledig gekende vaccinatiedata die een of meerdere vaccinaties nodig hebben om in orde te zijn volgens de huidige vaccinatierichtlijnen, werd aangeduid dat deze risicofactor aanwezig is. Patiënten met een onvolledig gekend vaccinatieschema beschouwden we als missing data. Zij werden aangespoord hun vaccinatiedata op te vragen via ouders, CLB of vorige huisarts.

Seksueel risicogedrag

Seksueel risicogedrag werd als aanwezig aangeduid bij patiënten die recente (<6maand) onbeschermde contacten meldden met een of meerdere partners of die een nieuwe relatie hadden (<6 maand).

Uitstrijkje niet in orde

Bij patiënten vanaf 25 jaar bij wie het laatste uitstrijkje meer dan 3 jaar geleden is, nooit gebeurd is of van ongekende datum geleden is, werd aangeduid dat deze risicofactor aanwezig is. Hetzelfde geldt voor patiënten wiens laatste uitstrijkje afwijkend was, ongeacht wanneer dit uitgevoerd werd. We spreken van een afwijkend uitstrijkje bij elk uitstrijkje waarbij moet afgeweken worden van het normaal 3-jaarlijks screeningsschema.

Risico op depressieve klachten

Bij elke patiënt die over de voorbije 6 maand een episode van wanhoop, depressieve klachten of andere psychische problematiek meldt, werd deze risicofactor als aanwezig aangeduid.

Registratie voor en na

Na invullen van het preventieconsult, en voor introductie van de belangrijke gegevens in het gepaste onderdeel van het dossier, keken we welke items voordien reeds bevraagd en/of gekend waren. Hiervoor baseerden we ons op de aanduidingen van de consultvoerende arts, die een risicofactor als nieuw of gekend kon aanduiden tijdens het preventieconsult zelf. Ter controle werd het medisch dossier ook nagekeken.

We maakten een onderscheid tussen volledig gekende factoren, onvolledig gekende factoren en niet gekende factoren. Persoonlijke en familiale antecedenten en vaccinatiedata waren dikwijls onvolledig gekend wegens de uitgebreide mogelijkheden. Bij de registratie voor afname van het preventieconsult was onduidelijk of een risicofactor niet aangeduid is omdat ze nooit bevraagd werd, of omdat ze wel degelijk afwezig is. Vermits afname van het preventieconsult impliceert dat elk onderdeel bevraagd wordt, was deze onduidelijkheid na afname niet meer van toepassing.

Follow up

Follow up was niet van toepassing indien een welbepaalde risicofactor afwezig was, wanneer een risicofactor behalve registratie geen onmiddellijke opvolging vroeg, of wanneer opvolging net gebeurde en pas na enkele jaren opnieuw noodzakelijk zou zijn (bijvoorbeeld uitstrijkje, tetanusvaccinatie).

Algemeen geldt dat noodzakelijke follow up werd aangeduid als gebeurd of gepland wanneer een controleraadpleging van eender welke risicofactor via huisarts of specialist gebeurde of vastgelegd werd in de agenda.

Meer specifiek werd per onderwerp follow up als gebeurd of gepland aangeduid volgens onderstaande aanbevelingen.

Rookstatus

Een opvolgconsult rookstop werd gepland.

Alcohol

De AUDIT-vragenlijst werd volledig ingevuld en besproken.

BMI

Een opvolgconsult voor voedings- en bewegingsadvies en gewichtsevolutie werd gepland.

Een opvolgconsult voor bloedafname in kader van lipiden en glycemie werd gepland.

Patiënt werd doorverwezen naar diëtist.

Vaccinatie

Een vaccin werd onmiddellijk toegediend.

Een opvolgconsult werd gepland voor toediening van noodzakelijke vaccinaties.

Een opvolgconsult werd gepland voor labocontrole hepatitis B.

SOA-risico

Een SOA-screening werd uitgevoerd, voorafgegaan en/of gevolgd door SOA counseling.

Uitstrijkje

Een uitstrijkje werd onmiddellijk afgenomen.

Een opvolgconsult werd gepland voor afname van uitstrijkje.

Een consult bij de gynaecoloog werd vastgelegd voor afname van uitstrijkje of opvolging van afwijkend uitstrijkje.

Gemoed

Een opvolgconsult werd vastgelegd bij de huisarts.

Een opvolgconsult werd vastgelegd bij de psycholoog/psychiater.

Patiënt werd nieuw doorverwezen naar de psycholoog/psychiater.

1.6.1.5 Verwerking resultaten

Voor de verwerking van de resultaten maakten we een Excel-bestand op. In een eerste tabblad noteerden we verschillende variabelen zoals leeftijd, geslacht, aantal jaar in de praktijk, aantal consultaties per jaar, reden van consultatie, en studie of beroep. In een tweede tabblad registreerden we per patiënt welke risicofactoren aanwezig waren. Elke aanwezige parameter die bij

langdurige aanwezigheid of bij gebrek aan opvolging voor onmiddellijke of latere gezondheidsproblemen kon zorgen, werd als aanwezige risicofactor aangeduid.

De thema's waarover vóór uitvoeren van het preventieconsult al gegevens geregistreerd waren in het medisch dossier werden aangeduid in het derde tabblad. Het vierde tabblad verzamelde per thema de gegevens die na uitvoeren van het preventieconsult geregistreerd werden.

Een vijfde tabblad tenslotte toonde per thema welke follow-up – indien nodig - gepland of uitgevoerd werd bij een aanwezige risicofactor.

1.6.1.6 Na afsluiten van het onderzoek

Na afsluiten van het onderzoek zaten we nogmaals samen met de collega's om te bepalen op welke manier we het preventieconsult verder zullen implementeren in de praktijk.

Er werd ook nogmaals in het dossier opgezocht welke werkplannen uitgevoerd zijn in de drie maanden nadien bij patiënten die nogmaals op consultatie kwamen en hoeveel nieuwe preventieconsulten plaatsgevonden hebben.

1.6.2 Resultaten

1.6.2.1 Populatie

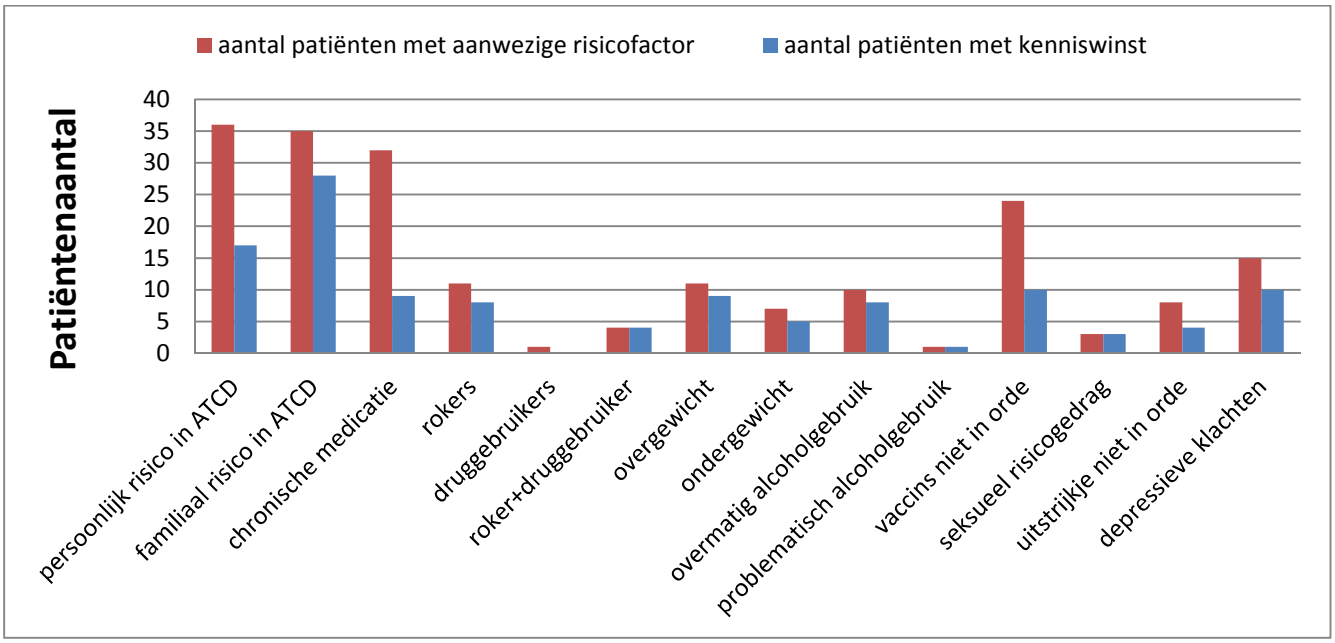
In de praktijk kwamen voor afname van het preventieconsult in totaal 1678 patiënten in aanmerking, waarvan er 546 geconsulteerd hebben tijdens verloop van onderzoek (mei 2013 tot en met november 2013). Met een deelname van 51 patiënten hebben we een deelnamepercentage van 9,34%. In 6 maanden tijd bereikten we op die manier 3,03% van de totale doelpopulatie. Er waren 2 weigeringen van patiënten omwille van tijdsgebrek, de andere missende patiënten werden door de artsen niet aangesproken voor deelname. Redenen hiervoor waren o.a. tijdsgebrek, de veronderstelling dat de patiënt in kwestie mogelijk niet geïnteresseerd was, of de veronderstelling dat er weinig winst te behalen viel uit het preventieconsult. Redenen van niet-deelname van patiënt of arts uit werden echter slechts zelden geregistreerd. Onder de 51 geïncludeerde patiënten bevonden zich 31 mannen en 20 vrouwen. Ongeveer de helft van de geïncludeerde patiënten, namelijk 26 patiënten, waren minder dan 25 jaar oud, de andere 25 patiënten waren minimum 25 jaar oud.

Het preventieconsult werd afgenomen bij 21 patiënten die met een nieuwe medische klacht kwamen, bij 14 patiënten die voor follow-up kwamen van een probleem waarvoor reeds eerder geconsulteerd werd, en bij 16 patiënten die zelf een preventieve vraag als aanmeldingsreden hadden.

Gemiddeld aantal consulten in jaar voorafgaand aan het preventieconsult bedroeg 3.88 en het gemiddeld aantal jaar in de praktijk 1.76.

1.6.2.2 Toegenomen registratie van risicofactoren in het EMD

Om te evalueren of het preventieconsult bij de deelnemende patiënten geleid heeft tot toename van kennis over de aanwezige risicofactoren, keken we via figuur 1 (rood) bij hoeveel patiënten een risicofactor aanwezig was. Bijkomend (blauw) zien we bij welk aantal van de patiëntengroep bij wie de risicofactor aanwezig is, we na afname van het preventieconsult meer weten dan voor afname. Hierbij lieten we de patiënten die slechts de eerste keer in de praktijk consulteerden uiteraard buiten beschouwing. Concreet ziet men bij de rokers dat er 11 patiënten uit de bestudeerde populatie roken. Hiervan zijn er 7 patiënten bij wie dit voordien nooit geregistreerd werd en nu wel.



Figuur 1: Toegenomen registratie van risicofactoren in het EMD

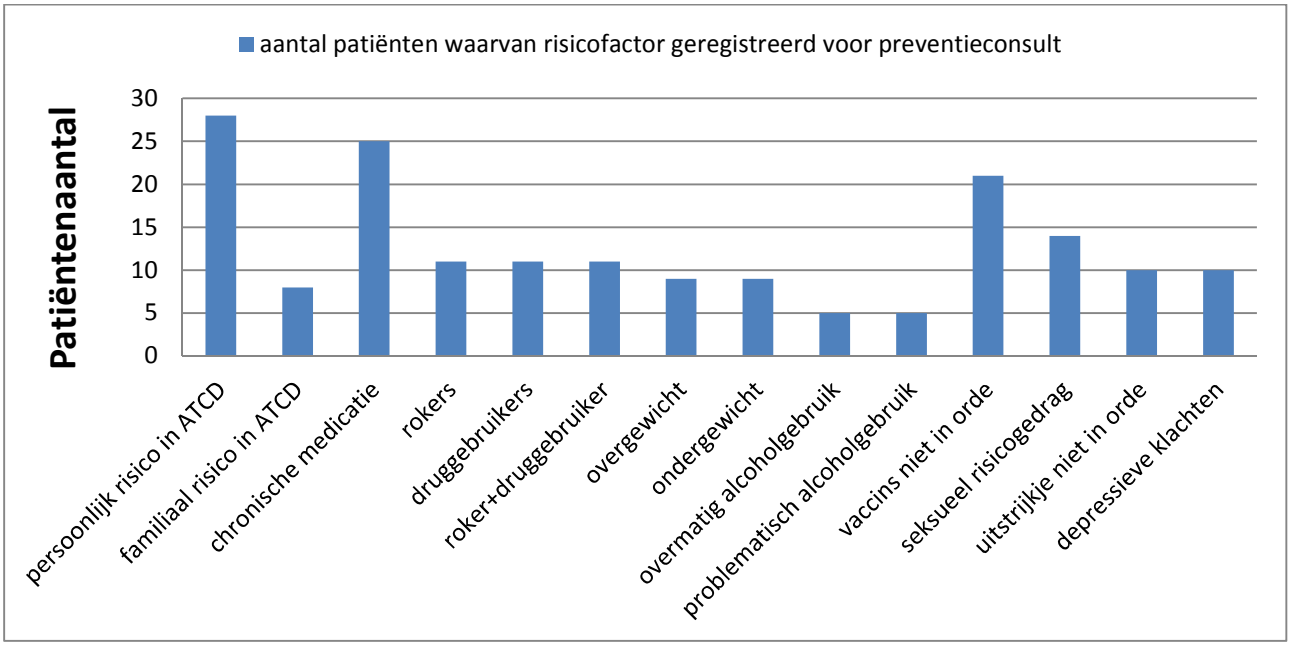
We kunnen hieruit besluiten dat op elk onderdeel op zijn minst een minimale kenniswinst bereikt wordt. Deze winst is meest uitgesproken bij persoonlijke en familiale antecedenten omdat deze variabelen moeilijker af te grenzen zijn. Bijna elke patiënt heeft namelijk een of meerdere persoonlijke en familiale antecedenten. Er is een toename in de registratie van de risicofactoren vanaf dat de patiënt een antecedent kan vernoemen dat nog niet in onze lijst staat. Niet alle antecedenten zijn in realiteit even belangrijk. Doordat er in deze manamaproef hierin geen onderscheid gemaakt wordt, ziet men dus een groot aantal patiënten met een aanwezige risicofactor, net zoals een groot aantal patiënten waarbij we nog meer registreerden dankzij het preventieconsult.

De kenniswinst van deze thema's kan dus niet vergeleken worden met de kenniswinst van de andere, enkelvoudige risicofactoren. Bij courante en belangrijke risicofactoren als roken, chronische medicatie en alcoholgebruik zien we eveneens een niet te verwaarlozen winst. Risicofactoren die moeilijker bespreekbaar zijn, zoals seksueel risicogedrag en depressieve klachten, zijn wel degelijk

aanwezig, en zijn meer gekend na afname van het preventieconsult. Door de kleine patiëntenaantallen per categorie, besloten we geen statistische toetsen uit te voeren.

1.6.2.3 Vóór invoeren van het preventieconsult

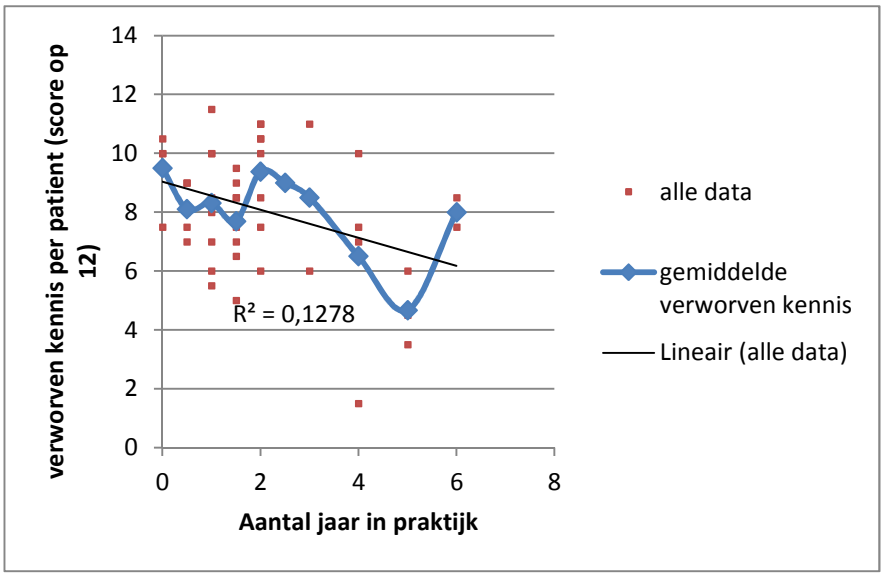
Figuur 2 schetst hoe goed de praktijk vooraf scoort op de geëvalueerde items alvorens we het preventieconsult invoerden. We kijken bij hoeveel patiënten de risicofactoren al vóór de invoering van het preventieconsult gekend waren. De hoge scores bij gekende persoonlijke antecedenten, chronische medicatie en vaccinatiedata zijn, zoals hoger, te verklaren door het feit dat de antwoordmogelijkheden minder gelimiteerd zijn en deze items dus snel 'gedeeltelijk gekend' zijn. Voor de overige factoren zijn de scores matig. Ze tonen aan dat er weliswaar enige aandacht gaat naar preventie bij jongeren, maar dat er via de huidige manier van werken teveel gegevens ontbreken in het dossier.



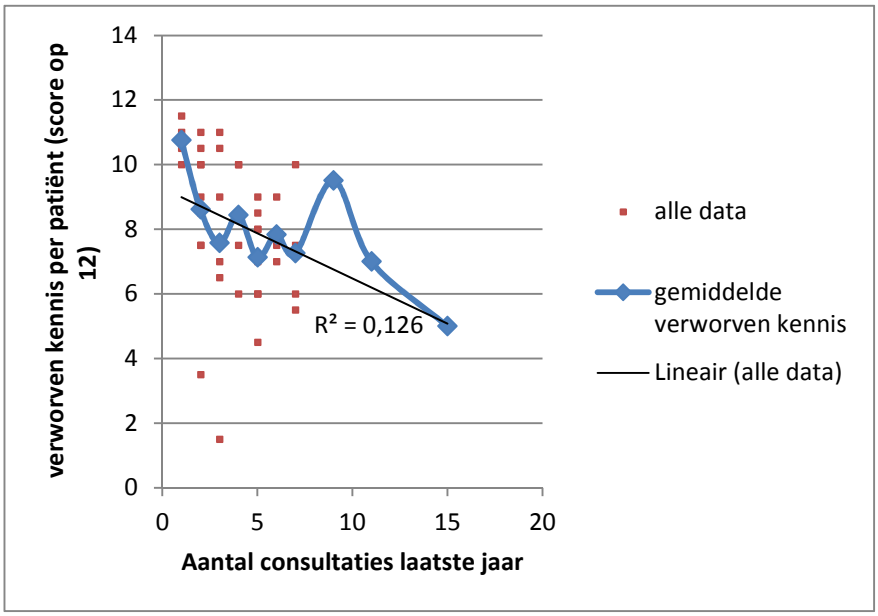
Figuur 2: registratie vóór preventieconsult

In figuren 3 en 4 zien we per patiënt (rode stipjes) het aantal risicofactoren, maximum twaalf, waarbij kenniswinst behaald werd (y-as). We spreken over kenniswinst wanneer bij een patiënt een bepaalde risicofactor van "niet of onvolledig gekend" naar "onvolledig of volledig gekend" gaat. Dit bekijken we respectievelijk in functie van het aantal jaar dat patiënten reeds in de praktijk gekend zijn, en van de frequentie van consulteren in het voorbije jaar. Te verwachten valt dat bij patiënten die frequent consulteren of die reeds lang gekend zijn in de praktijk, minder kenniswinst te behalen valt uit het preventieconsult. Ook hierbij geldt dat patiënten die voor de eerste keer in de praktijk kwamen buiten beschouwing (en buiten de grafiek) gelaten werden.

De trend die zichtbaar is in beide grafieken bevestigt enigszins de verwachtingen. Echter een belangrijke kanttekening die gemaakt moet worden, is dat we over onvoldoende gegevens beschikken waardoor de trends in beide grafieken sterk afhankelijk zijn van outliers. Voorzichtigheid is dus geboden bij het trekken van conclusies uit onderstaande grafieken. Ze zijn dan ook eerder als beschrijvend dan als statistisch interessant te beschouwen.



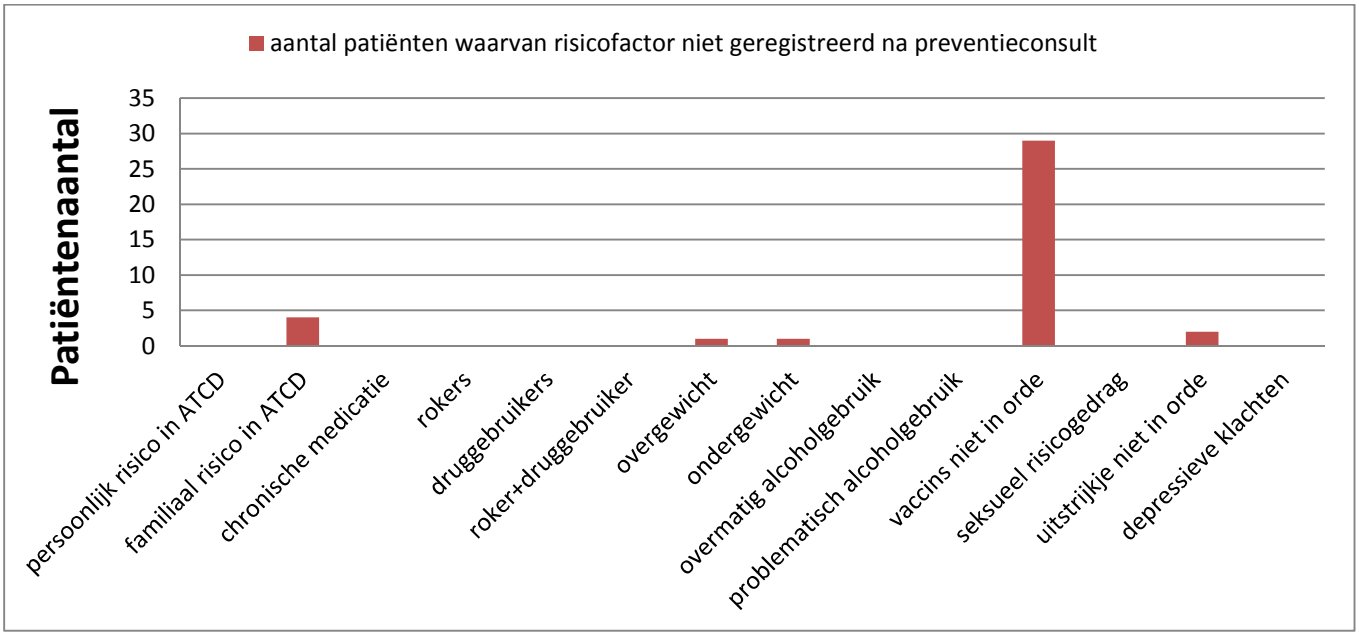
Figuur 3: verworven kennis in functie van tijd in praktijk



Figuur 4: verworven kennis in functie van frequentie van consulteren

1.6.2.4 Na invoeren van preventieconsult

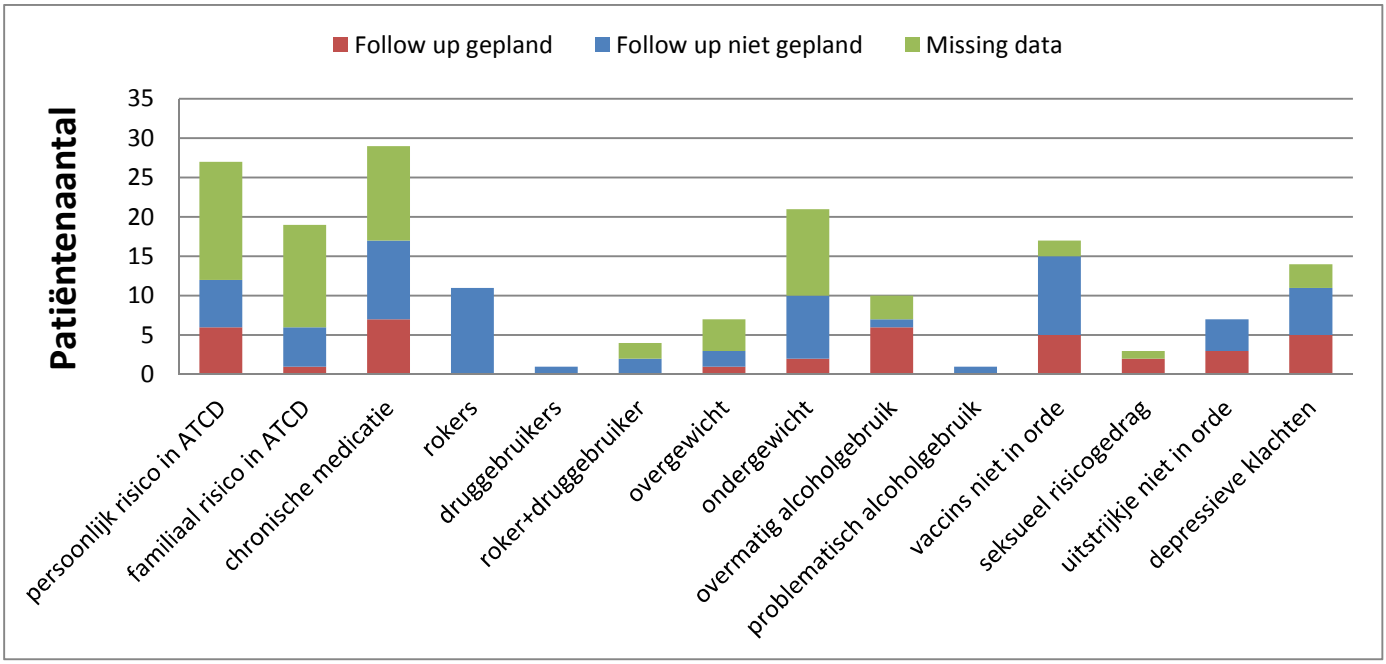
De vraag stelt zich ook op welke punten we nog ondermaats scoren ondanks het preventieconsult. Bij hoeveel patiënten zijn de risicofactoren na uitvoeren van het preventieconsult nog steeds onvolledig of niet gekend? Dit is geïllustreerd in figuur 5. Belangrijkste punten hier zijn de familiale anamnese en de vaccinatie.



Figuur 5: registratie na preventieconsult

Naast het verbeteren van de registratie heeft het preventieconsult uiteraard ook als doel de opvolging van risicofactoren te verbeteren. Dit probeerden we ook te evalueren in deze masterproef. Figuur 6 toont per risicofactor het aantal patiënten waarbij een bepaalde risicofactor aanwezig is waarvoor follow up noodzakelijk is. Per thema zien we dan de onderverdeling van het aantal patiënten waarbij follow up uitgevoerd of gepland werd (rood), niet gepland werd (blauw) en het aantal data die ontbreken (groen).

Opvallend zijn het groot aantal ontbrekende data. We zien ook dat slechts bij een minderheid van de patiënten de noodzakelijke follow-up gepland werd.



Figuur 6: follow up

1.6.2.5 Vergelijking man-vrouw en leeftijdsgroepen

We trachtten een vergelijking te maken tussen het aantal risicofactoren aanwezig bij man versus vrouw, en de uitgevoerde follow up. Uit literatuur is namelijk gebleken dat er een verschil kan bestaan in risicogedrag tussen man en vrouw en in motivatie tot gedragswijziging. Er wordt in de literatuur eveneens een verschil beschreven tussen jongere en oudere jongvolwassenen. In dit onderzoek hebben we te kleine patiëntengroepen om dergelijke verschillen te bevestigen. Daarenboven kampen we met een te groot aantal ontbrekende gegevens in verband met de opvolging van de patiënten om conclusies te kunnen trekken.

1.6.2.6 Implementeren van het preventieconsult na de manamaproef

In de drie maanden na afsluiten van de gegevensverzameling binnen de manamaproef consulteerden 476 patiënten in de leeftijdscategorie 18-30 jaar. Er werden 3 nieuwe preventieconsulten uitgevoerd bij de leeftijd 18-30 jaar (0.63%). Ter vergelijking kwamen in dezelfde periode 244 patiënten tussen de 45 en 70 jaar consulteren, waarbij 25 preventieconsulten werden uitgevoerd met behulp van het GMD-plus (10,24%).

Van de groep jongvolwassenen die een preventieconsult lieten afnemen tussen mei en november 2013, kwamen 32 patiënten nogmaals op consultatie tussen november 2013 en februari 2014. Bij 11 van hen werden een of meerdere thema's van het preventieconsult aangehaald en opgevolgd. Zo zagen we bij twee patiënten daling van alcoholgebruik en gewichtsdaling. Drie patiënten werden teruggezien voor opvolging van psychische problematiek waarvan er een patiënt werd doorverwezen

naar een psycholoog. Een uitstrijkje en SOA-screening werden uitgevoerd. Twee griepvaccins werden toegediend bij risicopatiënten. Een spirometrie werd uitgevoerd. Rookstopadvies werd herhaald weliswaar zonder dat effectieve rookstop volgde. Tenslotte werd bij een patiënte voedingsadvies samen met opvolging van sociale problematiek gegeven.

1.6.3 Bespreking

1.6.3.1 Methode

Vragenlijst

We kozen in deze masterproef voor een papieren vragenlijst omwille van de eenvoud in ontwikkeling en gebruik. Ook het GMD+, dat wel goed ingebed is in de praktijk, wordt op dit moment op dezelfde manier ingevuld en verwerkt.

Het gebruik van een vooropgestelde vragenlijst om preventieve thema's te bespreken heeft als voordeel dat er een uitgebreid aantal thema's bespreekbaar gemaakt worden op een niet veroordelende manier. Er wordt op die manier ook onrechtstreeks de boodschap meegegeven dat de huisarts meer kan bieden dan enkel probleemoplossing. Daarenboven krijgen jongvolwassenen een correcter beeld van welke thema's belangrijk en prioritair zijn voor het verkrijgen en behouden van een goede gezondheid.

Doordat de vragenlijst relatief kort is, kan ze in veel gevallen uitgevoerd worden tijdens de consultatie voor een andere aanmeldingsklacht. Op die manier moet de patiënt niet noodzakelijk terugkomen voor het preventieconsult alleen. Dit voorkomt dat veel patiënten het preventieconsult zouden mislopen, omdat hun subjectieve gezondheid en druk tijdschema hen niet zal aansporen om enkel voor preventieve doeleinde nogmaals op consultatie te komen.

Het bundelen van verschillende thema's in een vragenlijst zorgt ervoor dat er geen essentiële informatie vergeten vragen wordt. Na het invullen van de vragenlijst is ook alle preventieve kennis gegroepeerd op een plaats, en is geregistreerd op welke datum laatst een globaal nazicht van de gezondheid gebeurde.

Het veronderstelt een tijdswinst te bieden ten opzichte van het losweg bevragen van de thema's apart wanneer die op een bepaald moment in de consultatie ter sprake komen. Concrete tijdsmetingen gebeurden echter niet tijdens dit onderzoek.

De patiënten reageerden enthousiast en tevreden op het preventieconsult. Dit werd wegens tijdsgebrek niet gestaafd met een tevredenheidsenquête, en is dus slechts een weergave van de indrukken van de drie artsen.

Bij een minderheid van de patiënten in deze manamaproef zijn meerdere risicofactoren gelijktijdig aanwezig. In de literatuur ziet men echter dat bij veel patiënten wel clusters van risicofactoren

aanwezig zijn, als gevolg van een bepaald risicogedrag. De behandeling van de aanmeldingsklacht, het detecteren van de risicofactoren en bovendien het grondig bespreken van elke risicofactor apart is dan niet haalbaar tijdens een consultatie.

Het risico van de vragenlijst schuilt er dan in dat elk thema kort wordt aangehaald en 'afgevinkt' om geen tijd te verliezen, zonder grondig in te gaan op belangrijke pijnpunten. Op die manier mist de vragenlijst uiteraard zijn doel. Correcter is dat naast het kort aanhalen van elk thema tijdens de consultatie, vervolgafspraken worden vastgelegd om meer tijd en aandacht te kunnen besteden aan de noodzakelijke opvolging. De moeilijkheid schuilt er dan uiteraard in om de jongvolwassen patiënt, met weinig tijd en subjectief goede gezondheid, hiervoor te kunnen motiveren.

Het nadeel van een papieren versie, is dat nadien alle data elektronisch moeten ingevoerd worden om de data ook dynamisch te kunnen blijven aanpassen. Dit vraagt dus dubbel werk, met het risico dat de arts ervoor terugschrikt dergelijke vragenlijsten af te nemen. Bijkomend kunnen registraties op papier ook voor problemen zorgen met leesbaarheid.

Een elektronische vragenlijst kan een alternatief vormen voor de papieren vragenlijst. De vragenlijst kan eventueel online beschikbaar gemaakt worden zodat patiënten deze vooraf kunnen invullen. Een online elektronische vragenlijst sluit meer aan bij de leefwereld van jongvolwassenen. De drempel voor het invullen is minder hoog voor patiënten die niet frequent komen consulteren. Het kan ook een tijdswinst opleveren, waardoor meer tijd vrijkomt om de patiënt te motiveren voor verdere opvolging van de aanwezige risicofactoren.

Het ontwikkelen van dergelijke elektronische vragenlijst, die idealiter mooi geïntegreerd kan worden in het medisch dossier, vraagt uiteraard de nodige knowhow en tijdsinvestering. Verder onderzoek kan uitwijzen of de verwachtingen van zo'n vragenlijst ook in de praktijk bevestigd worden.

Op een praktijkoverleg zullen we bespreken op welke manier we zoveel mogelijk jonge patiënten kunnen bereiken en hoe we de drempel kunnen verlagen voor de artsen om patiënten te blijven aanspreken voor preventie.

Inclusie

Opportunistisch includeren

Omwille van tijdswinst en verlagen van de werkdruk voor de artsen werd ervoor gekozen om patiënten voor deze manamaproef opportunistisch te includeren tijdens een consultatie voor eender welke aanmeldingsklacht. In diezelfde consultatie wordt dan ook onmiddellijk het preventieconsult afgenomen. Het is dus niet noodzakelijk dat de patiënt voor die eerste evaluatie opnieuw op consultatie komt.

Voor de patiënt vraagt deze manier van includeren weinig inspanning. Ze zijn nu eenmaal toch al op consultatie, dus de drempel tot deelname is laag. De persoonlijke aanspreking en toelichting door de

arts werkt ook motiverend. Op deze manier worden patiënten die niet zouden reageren op een telefonische oproep of uitnodiging via brief, maar die wel consulteren omwille van acute problemen, vlot bereikt.

Op niveau van de arts is het belangrijkste nadeel van het opportunistisch includeren dat dit een erg vrijblijvend systeem is. De arts zal dikwijls vergeten een patiënt te includeren, of patiënten niet includeren op drukke momenten, of als men ervan uitgaat dat de patiënt niet geïnteresseerd zal zijn.

Voor de patiënt is het belangrijkste nadeel dat wie weinig consulteert, en zo zijn er veel in de jongvolwassen leeftijdsgroep, uit de boot valt. Een belangrijk deel van de doelpopulatie wordt hierdoor dus gemist.

Ook in deze manamaproef werden we met deze nadelen geconfronteerd. Er werd voorgesteld ook te registreren waarom een patiënt niet geïncludeerd werd, maar dit is uiteindelijk niet in praktijk gebracht. Een derde van de 51 preventieconsulten die uitgevoerd werden, is gebeurd bij patiënten die zelf met een preventieve aanmeldingsvraag op consultatie kwamen. Dit is vermoedelijk proportioneel een groter deel dan in de algemeen consulterende populatie van die leeftijd, hoewel concrete gegevens hierover ontbreken.

Patiënten oproepen via brief/telefonisch

Dit vormt een alternatief voor het opportunistisch includeren. Hiervoor werd niet gekozen in deze manamaproef omwille van het belangrijkste nadeel op niveau van de arts, namelijk de kosten en tijdsinvestering. Voor de patiënten bestaat met deze methode het risico om voornamelijk de “worried well” te bereiken. Patiënten moeten hiervoor namelijk een extra inspanning leveren om op consultatie te komen.

Anderzijds ziet men wel uit voorgaande onderzoeken dat een methode van call/recall tot de hoogste deelnamepercentages leidt en het minst discriminerend is naar sociaaleconomisch benadeelde patiënten. Deze onderzoeken gebeurden weliswaar bij oudere leeftijdsgroepen. Het is daarom niet duidelijk of dit geëxtrapoleerd kan worden naar de jongvolwassenen. Zowel voor arts als patiënt biedt deze manier van preventie aanbieden als bijkomend voordeel dat de preventieve thema’s grondiger besproken zullen worden, vermits de patiënt enkel hiervoor komt consulteren.

1.6.3.2 Resultaten

Populatie

Met deze manamaproef bereikten we slechts een klein deel van onze doelpopulatie. Hiervoor zijn verschillende verklaringen te bedenken. Allereerst is er de opportunistische manier van patiënten aanspreken. Bijkomend, en specifiek voor deze manamaproef, was een van de collega’s gedurende

drie maand in zwangerschapsverlof midden in de periode waarin het onderzoek liep, waardoor de tijdsdruk voor de andere artsen meer doorwoog.

Het deelnamepercentage tijdens de periode van het onderzoek blijkt zelfs een overschatting te zijn van de reële situatie in de praktijk, zoals we zien tijdens de periode na het onderzoek. Patiënten en artsen waren extra welwillend voor het uitvoeren van preventie, om zo mee te helpen aan het onderzoek. De medewerking van een geneeskundestudente zorgde ook voor een stijging van het aantal inclusies tijdens haar stageperiode. Het GMD-plus, dat op een zelfde opportunistische manier wordt aangeboden aan de 45-plussers in deze praktijk, werd in dezelfde periode na het onderzoek duidelijk frequenter uitgevoerd. Mogelijke redenen hiervoor zijn de financiële tegemoetkoming, de gewoonte van de arts, grotere bekendheid bij de patiënten, en het frequenter consulteren van patiënten tussen 45 en 70 jaar.

Hierop voortbouwend kan verwacht worden dat bij aanhoudende aandacht voor en blijvend uitvoeren van het preventieconsult bij jongvolwassenen, samen met bekendmaking ervan via een boodschap in de wachtzaal, ook het preventieconsult voor jongvolwassenen meer ingang kan vinden in de praktijk.

Toegenomen registratie van risicofactoren in het EMD

Zoals verwacht zien we dat we antecedenten, risicofactoren en werkplannen overtuigend beter registreren dankzij de ontwikkeling van een specifiek document hiervoor. De resultaten die deze kenniswinst bevestigen, brengen dus geen verrassing.

Voordat het preventieformulier in gebruik genomen werd, werden de meeste thema's slechts aangehaald in aansluiting met een bepaalde aanmeldingsklacht van de patiënt. Bijvoorbeeld SOA-screening of uitstrijkjes bij vraag naar anticonceptie, navraag naar alcoholgebruik bij surmenageklachten, navraag naar rookgedrag bij luchtweginfecties. Deze manier van het bespreken van risicofactoren brengt zeker een duidelijke boodschap naar de patiënt. De risicofactor wordt op die manier onmiddellijk in verband gebracht met de huidige klacht. De ene methode mag de andere methode echter niet uitsluiten, vermits herhaling ook een belangrijk instrument is in het overbrengen van boodschappen.

We zien dat bij patiënten die relatief frequent consulteren, of langere tijd gekend zijn in de praktijk, geleidelijk aan wel belangrijke informatie bekend geraakt volgens bovenstaande methode. Echter de hoeveelheid aan informatie is wisselend per patiënt, en we merken bij elke patiënt toch nog een toename aan kennis over preventieve thema's.

Opvallend is dat na uitvoeren van het preventieconsult in het bijzonder de vaccinaties nog onvoldoende gekend zijn. Dit omdat de meeste patiënten zelf onvoldoende op de hoogte zijn van welke vaccinaties wel of niet gebeurd zijn en omdat vaccinaties niet altijd even consequent

geregistreerd worden door de arts. Verbetering valt te verwachten dankzij toepassingen als vaccinnet, die nu al in gebruik zijn. In de nabije toekomst kijken we ook uit naar de volledige beschikbaarheid van het EMD via internet. Dit onderwerp is moeilijk te verbeteren wanneer men beperkt is tot de eigen praktijk. Verschillende spelers zoals CLB, collega-huisartsen en kinderartsen dienen samen te werken om het overkoepeld project van vaccinnet zinvol te maken. Door de vaccinaties systematisch na te vragen binnen het preventieconsult, worden jongvolwassenen wel gesensibiliseerd en actief aangespoord om zelf de informatie over vaccinaties na te vragen en te centraliseren.

Follow up

Vooreerst moet opgemerkt worden dat we in verband met de opvolging te kampen hebben met heel wat ontbrekende data. Een reden hiervoor is dat meerdere artsen betrokken waren in het project. Goede communicatie en zo nodig bijsturing over de manier van registreren blijft dan essentieel in alle stadia van het onderzoek.

De follow up van de risicofactoren kan niet onderling vergeleken worden vermits de definiëring van “uitgevoerde” opvolging verschilt per onderwerp. Er werd meestal gekeken naar het proces van de opvolging eerder dan het eindpunt. Bijvoorbeeld wordt bij inplannen van een rookstopconsult aangeduid dat follow up gebeurd of gepland is, en dus niet slechts wanneer de patiënt daadwerkelijk gestopt is met roken.

Desondanks valt op dat slechts bij een minderheid van de patiënten de noodzakelijke follow up onmiddellijk gepland of uitgevoerd werd. Dit is teleurstellend, maar kan verklaard worden doordat veel risicofactoren een bepaalde motivatie vragen om tot gedragswijziging te komen. Ook frequenter de huisarts consulteren om die gedragswijziging tot stand te brengen vraagt een zekere motivatie. Uiteraard ontbreekt tijdens het preventieconsult, dat op zich al vrij uitgebreid is, de tijd om de patiënt ook te motiveren tot gedragswijziging. Het doel van het preventieconsult is naast verbeteren van de registratie, op korte termijn eerder sensibilisering over dan wegwerken van elke risicofactor. Aan de hand hiervan kan dan verwacht worden dat op lange termijn wel een daling van het aantal risicofactoren gezien wordt.

Gezondheidswinst

Van de aangesproken patiënten is 96% op de uitnodiging ingegaan, dit was slechts 9.34% van de bereikbare populatie, en amper 3.03% van de totale doelpopulatie. In de periode na het onderzoek namen we bij slechts 0.63% van de bereikbare populatie een preventieconsult af.

Van de 51 patiënten waren vooraf per patiënt gemiddeld 26% van de risicofactoren aanwezig in het dossier. Na het preventieconsult waren per patiënt gemiddeld 95% van de risicofactoren aanwezig in het dossier. Per patiënt volgden we echter slechts 11% van de risicofactoren onmiddellijk op tijdens

het verloop van het onderzoek. Bij geen enkele patiënt zagen we een daling van het aantal risicofactoren die een volgehouden gedragswijziging vragen, zoals rookgedrag, alcoholgebruik, vermagering.

De uiteindelijke gezondheidswinst is moeilijk te bepalen en op praktijkniveau schijnbaar nihil tijdens de korte termijn van het onderzoek. Om tot gezondheidswinst te komen zijn er namelijk een aantal stappen nodig die tijd vragen. Niettemin zien we op individueel vlak per patiënt wel enige vormen van gedragswijziging na slechts één preventieve consultatie.

Een eerste stap is bewustmaking van arts en patiënt over preventie. Nadien moeten arts en patiënt gemotiveerd worden en blijven om te komen tot een gedragswijziging. De laatste stap is het volhouden van deze gedragswijziging.

Gedragswijziging voor de arts houdt in het actief aanbieden van preventie en het nauwkeurig noteren van risicofactoren en werkplannen in het dossier. Voor de patiënt betekent gedragswijziging het aanpassen van de risicofactoren die door de arts bespreekbaar gemaakt zijn.

We kunnen stellen dat de belangrijkste winst die deze manamaproef opleverde aan de praktijk een bewustmaking van arts en patiënt is. Dit is een eerste noodzakelijke stap die pas een reële gezondheidswinst zal opleveren op praktijkniveau indien ook de verdere stappen blijven volgen.

Kosten voor de patiënt zijn het frequent consulteren om tot een gedragswijziging te komen, voor de arts is het een blijvende tijdsinvestering om preventie in de aandacht de houden. Een beperkt aantal middelen zoals een preventieformulier en een goed functionerend EMD kunnen voldoende zijn voor het uitvoeren van preventieconsulten. Wanneer men meer patiënten wil bereiken om de totale baten te verhogen, zullen ook de kosten verhogen door het versturen van uitnodigingen of patiënten telefonisch op te roepen.

1.6.3.3 Verder onderzoek

Na dit onderzoek blijven we nog met een aantal belangrijke vragen zitten die voer zijn voor verder onderzoek.

Een aspect is kijken hoe we de tijdsinvestering voor arts en patiënt klein kunnen houden door het vervangen van de papieren vragenlijst tijdens het consult door een vragenlijst om in te vullen in de wachtzaal of vooraf elektronisch in te vullen.

Een tweede zinvol aspect om te onderzoeken is de mening van zowel arts als patiënt over het preventieconsult door middel van tevredenheidsenquêtes, registratie van niet-deelnameredenen en indien mogelijk ook een vragenlijst naar interesse en motivatie over preventie bij jongvolwassenen.

Blijvende nood in onderzoek naar preventie is de manier waarop zoveel mogelijk patiënten de kans kan geboden worden om aan preventie te doen. Ook over de kosteffectiviteit van de verschillende manieren is onvoldoende gekend. Voor alle patiënten, en in het bijzonder de jongvolwassenen

patiënten, kan in de toekomst het elektronisch medisch patiëntendossier een manier zijn om meer betrokken te zijn bij hun gezondheid en preventieve acties.

1.6.3.4 Beperkingen

Een aantal beperkingen van deze manamaproef werden reeds hoger vermeld in de bespreking.

Het is belangrijk te noteren dat dit een prospectief observationeel onderzoek is zonder controlegroep. Wij kunnen dus niet concluderen dat de toename in registratie van de risicofactoren enkel te danken is aan het preventieconsult. Er bestaat de mogelijkheid dat de globaal toegenomen alertheid voor preventie tijdens de duur van het onderzoek ook geleid heeft tot beter registreren van risicofactoren.

De opportunistische manier van includeren kan zorgen voor selectiebias door de arts.

Het beter communiceren van de manier van registreren naar de andere betrokken collega's had het aantal ontbrekende data kunnen beperken.

De vragenlijst die gebruikt werd, is gebaseerd op evidence based richtlijnen, maar is op zichzelf geen gevalideerde vragenlijst.

Tot slot kan gesteld worden dat de korte duur van het onderzoek het onmogelijk maakt om na te gaan of het gebruik van een preventieve vragenlijst ook leidde tot een gezondheidswinst voor de patiënt.

1.6.3.5 Implementatie

In de manamaproef verliep de afname van de vragenlijst zelf het vlotst, de vragen waren duidelijk geformuleerd en bondig genoeg. Ook de registratie van de risicofactoren op het papieren formulier stelde geen probleem. Ze konden nadien ook vlot ingevoerd worden in het EMD.

De manier van rekruteren is voor verbetering vatbaar om meer patiënten te kunnen bereiken. Voor patiënten was de deelname laagdrempelig, we stootten zo goed als nooit op weerstand. Bij de artsen merkten we echter dat er heel wat kansen voorbijgingen om patiënten het preventieconsult aan te bieden.

Het grootste struikelblok in deze manamaproef was de registratie en uitvoering van follow up. De registratie kan verbeterd worden door duidelijker te communiceren naar alle deelnemende artsen. Voor uitvoering van follow up dienen zowel arts als patiënt alweer over een drempel heen te komen. De arts moet gemotiveerd zijn om de patiënt opnieuw op consultatie te vragen om bepaalde risicofactoren aan te pakken. De patiënt op zijn beurt moet motivatie vinden om mee te werken aan de gedragswijziging.

We zien dat ondanks de theoretische voordelen van het preventieconsult, die in de praktijk bevestigd werden, er na uitvoeren van het onderzoek toch weinig nieuwe preventieconsulten afgenomen zijn. We kunnen dit onder andere verklaren doordat het onderzoek gedeeltelijk liep tijdens de rustige

zomer/herfstmaanden waarin er meer tijd was om patiënten uit te nodigen, terwijl de re-evaluatie gebeurde over de drukkere herfst/wintermaanden. Een van de artsen was drie maand afwezig tijdens het onderzoek, dus kreeg de gewoonte niet mee van het afnemen van preventieconsult en kon niet kennismaken met de voordelen. De hulp van de stagiaire tijdens de duur van het onderzoek, maakte ook een overschatting van de deelname.

1.6.4 Conclusie

Het gebruik van een preventieve vragenlijst is een nuttig hulpmiddel om aan te bieden aan jongvolwassenen. Meer specifiek leidt de vragenlijst enerzijds tot betere registratie van risicofactoren. Anderzijds kent de vragenlijst haar nut in de sensibilisering over gezondheidsbevorderend gedrag.

Het hanteren van een vragenlijst op zich mag evenwel niet overschat worden. De gekende problemen in de preventieve geneeskunde blijven namelijk bestaan. Vooreerst is er de tijdsdruk die in een opportunistische manier van preventie aanbieden telkens limiterend zal werken.

Specifiek voor jongeren is hun subjectieve (en doorgaans ook objectieve) goede huidige gezondheidstoestand waardoor zij de huisarts minder consulteren, en er mogelijk minder aandacht is voor preventie. De vermeende desinteresse voor preventie bij jongvolwassenen werkt als vooroordeel bij de huisarts echter ook beperkend in het aanbieden van preventie.

Ook de leeftijdsonafhankelijke preventieparadox blijft bestaan, waarbij preventie meest wordt aangeboden aan patiënten die er zelf om vragen maar er minder nood aan hebben, terwijl de belangrijkste doelgroep uit de boot valt.

Ten slotte kan een gebrek aan financiële en praktische ondersteuning om alle patiënten te bereiken en om nadien de resultaten te verwerken ook leiden tot minder tijdsinvestering in preventie bij jongvolwassenen.

Een preventieve vragenlijst is een waardevol hulpmiddel in de praktijk op voorwaarde dat het ingezet wordt binnen een bredere preventiestrategie voor jongvolwassenen.

Mogelijke strategieën om tegemoet te komen aan enkele bovenvermelde struikelblokken zijn het aanbieden van een online-versie van de vragenlijst, een call /recall systeem naar de patiënten telefonisch of via e-mail, vragenlijsten in de wachtzaal… Hierbij mag de meerwaarde van de consultatie bij huisarts om de antwoorden toe te lichten en risicofactoren te bespreken weliswaar niet verloren gaan. De voor- en nadelen van deze voorstellen zijn voer voor verder onderzoek.

Voortbouwend op bovenstaande besluiten zal het zeker een doel blijven van de praktijk om het preventieconsult aan te bieden aan elke patiënt tussen 18 en 30 jaar, zodat min of meer jaarlijks bij elke patiënt in die leeftijdscategorie een preventieconsult gebeurt. Bij uitbreiding kan het ook bij oudere patiënten gebruikt worden die nog niet voor het GMD-plus in aanmerking komen. Bij nieuwe

patiënten kan het preventieconsult onmiddellijk gebeuren, als intake, om van bij het begin al belangrijke basiskennis in het dossier te hebben.

Het blaadje met het tweeluik blijft behouden als registratiedocument om na het preventieconsult ingescand te worden. Na uitvoeren van preventieconsult worden bovendien nog steeds de belangrijke gegevens door de haio in het dossier op de juiste plaats ondergebracht zodat ze gemakkelijk elektronisch terug te vinden zijn (en probleem met onleesbare handschriften vermeden wordt). Tijdens de manamaproef werd nadien een automatische brief in het dossier gegenereerd waar nogmaals alle preventieve gegevens gegroepeerd staan. De brief had geen specifieke bestemmeling, tenzij de behandelende arts, en had voornamelijk als doel om alle preventieve gegevens in een elektronisch document onder te brengen. Dit geeft twee vergelijkbare documenten zonder uitgesproken meerwaarde van een van beide. De automatische brief zal dus niet meer gegenereerd worden.

De vensters die openstaan in het medisch dossier zijn “administratieve gegevens”, “voorgeschiedenis”, “chronische medicatie”, “brieven van specialisten”, “journaal”, en recent toegevoegd “risicofactoren”. Om een overzichtelijk dossier te behouden, waarbij niet teveel vensters openstaan, werd afgesproken om de uitgevoerde en uit te voeren werkplannen ook onder te brengen bij “risicofactoren”. Dezelfde elektronische invoering zal nu ook toegepast worden bij de patiënten tussen 45 en 70 jaar bij wie een GMD-plus werd afgenomen. Doordat deze verandering in het gebruik van het medisch dossier niet enkel beperkt is tot jongvolwassenen, zal ze leiden tot een nieuwe gewoonte en nauwkeuriger kunnen worden voortgezet.

We kunnen besluiten dat deze manamaproef kleine maar belangrijke veranderingen in de praktijk teweeg gebracht heeft dankzij een betere registratie in het medisch dossier. Op deze manier draagt ze bij aan een zorgvuldigere opvolging van onze jongvolwassen patiënten.

1.7 Referenties

1. Lindert H, Droomers M, Westert GP. Tweede Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: een kwestie van verschil: verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik. Utrecht, NIVEL, 2004

2. Callahan ST, Cooper WO. Changes in ambulatory health care use during the transition to young adulthood. J Adolesc Health. 2010;46(5):407-413

3. Klein JD, Wilson KM. Delivering quality care: Adolescent's discussion of health risks with their providers. Journal of adolescent health 2002, 30:190-195.

4. Marcella V, Halpern-Felsher L. Adolescent's beliefs about preferred resources for help vary depending on the health issue. Journal of adolescent health 2007, 41, 61-68.

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

6. Ay S, Yanikkerem E, Çalim SI, Yazici M. Health-promoting lifestyle behaviour for cancer prevention: a survey of Turkish university students. Asian Pac J Cancer Prev. 2012;13(5):2269-77.

7. Margareta IK et al. Gender differences in health habits and in motivation for a healthy lifestyle among Swedish university students. Nursing & Health Sciences. Volume 7, Issue 2, pages 107–118, June 2005

8. Helmer SM, Krämer A, Mikolajczyk RT. Health-related locus of control and health behaviour among university students in North Rhine Westphalia, Germany. BMC Res Notes. 2012 Dec 29;5:703. doi: 10.1186/1756-0500-5-703.

9. Steptoe A, Wardle J. Locus of control and health behaviour revisited: a multivariate analysis of young adults from 18 countries. Br J Psychol. 2001 Nov;92(Pt 4):659-72.

10. Grotz M, Hapke U, Lampert T, Baumeister H. Health locus of control and health behaviour: results from a nationally representative survey. Psychol Health Med. 2011 Mar;16(2):129-40.

11. Harkins C, Shaw R, Gillies M, Sloan H, Macintyre K, Scoular A, et al. Overcoming barriers to engaging socio-economically disadvantaged populations in CHD primary prevention: a qualitative study. BMC public health. 2010;10:391. Epub 2010/07/06.

12. Jepson R, Clegg A, Forbes C, Lewis R, Sowden A, Kleijnen J. The determinants of screening uptake and interventions for increasing uptake: a systematic review. Health Technol Assess 2000, 4(14).

13. Dominik Zenner, Darko Molinar, Tom Nichols, Johanna Riha, Mary Macintosh, Anthony Nardone. Should young people be paid for getting tested? A national comparative study to evaluate patient financial incentives for chlamydia screening. BMC Public Health. 2012; 12: 261. Published online 2012 April 2. doi: 10.1186/1471-2458-12-261

14. Nielen MMJ, Van der Meer V, Schellevis FG. Evaluatie pilot PreventieConsult CardioMetabool Risico. Utrecht: NIVEL, 2010

16. Hedberg VA, Klein JD, Andresen E. Health counseling in adolescent preventive visits: effectiveness, current practices, and quality measurement. J Adolesc Health. 1998 Dec;23(6):344-53.

17. Ozer EM et al. Increasing the screening and counseling of adolescents for risky health behaviors: a primary care intervention. Pediatrics. 2005 Apr;115(4):960-8.

18.Gadomski A et al. Guidelines for Adolescent Preventive Services. The GAPS in Practice. Arch Pediatr Adolesc Med. 2003;157(5):426-432. doi:10.1001/archpedi.157.5.426.

19. Team gegevensverwerking en resultaatsopvolging. Algemene sterftecijfers - 2010 [Online publicatie]. Brussel: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Afd. Informatie en Ondersteuning, 2012 [geraadpleegd op 2/07/2013], Beschikbaar op: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Vorige_Cijfers/GI2010_algemene_sterftecijfers.pdf

20. Berg M van den (RIVM), Schrijvers CTM (RIVM). Wat wordt met preventie gericht op de jeugd beoogd? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Preventie\Gericht op doelgroepen\Jeugd, 8 december 2010.

21. Smeets F et al. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Cervixkankerscreening. Domus Medica vzw. April 2011.

22. Nhg- standaard: Het SOA-consult. 2004. https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/het-soa-consult, geraadpleegd op 20/8/2013

23. Gras l et al Monitoring of Human immunodeficiency Virus (HiV) infection in the Netherlands. amsterdam: stichting HiV Monitoring, 2007.

24. Ozer EM, Urquhart JT, Brindis CD, Park MJ, Irwin CE Jr. Young adult preventive health care guidelines: there but can't be found. Arch Pediatr Adolesc Med. 2012 Mar;166(3):240-7. doi: 10.1001/archpediatrics.2011.794.

25.Montaldo NJ. Implementing the Guidelines for Adolescent Preventive Services. Am Fam Physician. 1998 May 1;57(9):2181-2188. Via http://www.aafp.org/afp/1998/0501/p2181.html, geraadpleegd op 30/8/13.

26. Tool kit for teen care. ACOG Adolescent visit record and ACOG adolescent visit and parent questionnaires. American College of Obstetricians and Gynaecologists. 2010. Via http://www.acog.org/~/media/Departments/Adolescent%20Health%20Care/Teen%20Care%20Tool%20Kit/AdolQuestREVISED-2009.pdf?dmc=1&ts=20130826T0321379607 . Geraadpleegd op 30/8/13.

1.8 Bijlagen

1.8.1 Toestemmingsformulier en informatieformulier

Informatie en Toestemmingsformulier voor de patiënt

TITEL : Preventie, afgestemd op jongeren tussen 18 en 30 jaar.

INFORMATIE VOOR DE PATIËNT

Geachte heer, mevrouw,

van mei 2013 tot en met augustus 2013 zal dr. Emmylou Nelen in het kader van haar master-na-masteropleiding in de huisartsgeneeskunde aan de universiteit Gent een onderzoek uitvoeren in uw huisartspraktijk.

De bedoeling van dit onderzoek is nagaan of het aanbieden van een globaal pakket aan preventieve maatregelen aan jongeren tussen 18-30 jaar leidt tot een beter en overzichtelijker beleid in de praktijk.
Een huisarts heeft namelijk niet enkel als taak om reeds bestaande ziekten te genezen of draaglijk te maken. Wij hebben ook een actieve rol in het voorkomen van bepaalde ziektes. Voor de groep 45-70jarigen bestaat reeds een standaardvragenlijst. Afhankelijk van wat men op welke vraag antwoordt, wordt een plan opgesteld om bij die specifieke patiënt aan preventie te doen. Met het onderzoek van Dr. Nelen willen wij nagaan of onze jongere patiëntengroep voordeel kan ondervinden bij een vergelijkbare vragenlijst, die dan wel meer toegespitst zal zijn op deze specifieke leeftijdsgroep.

Concreet zal u samen met een arts een lijst overlopen met punten die belangrijk zijn in het voorkomen of opsporen van bepaalde ziekten op korte termijn (door bvb het nagaan van uw vaccinatiestatus, of uw risico op seksueel overdraagbare aandoeningen), of op lange termijn (bvb roken, alcoholgebruik). Afhankelijk van uw antwoorden en van een basis klinisch onderzoek, zal dan bekeken worden hoe een voor u aangepast preventieplan eruit zal zien.
Achteraf zal u ook gevraagd worden een korte vragenlijst in te vullen die peilt naar uw eigen interesse in preventie van gezondheidsproblemen.

Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden en anoniem verwerkt, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer.

Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken zonder dat dit gevolgen heeft voor uw verdere behandeling en relatie met uw huisarts.

Deelname aan deze studie zal voor u geen rechtstreeks therapeutisch voordeel met zich meebrengen. Wat u wel een voordeel biedt, is dat de artsen in de huisartspraktijk een nauwkeuriger zicht zullen hebben op uw noden op vlak van preventie van bepaalde ziekten. U zal dan ook beter opgevolgd kunnen worden, zodat geen overbodige bloedcontroles gebeuren, en in tegendeel wel op het juiste moment de juiste controle kan gebeuren.

Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan de studie.
Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u contact opnemen met onderstaande onderzoekers of uw behandelende huisarts.

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten,
Dr. Emmylou Nelen

TOESTEMMINGSFORMULIER

Naam patiënt: ……

1. Ik bevestig dat Dr.....……(naam informerende arts in blokletters) mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.

2. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.

3. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.

4. *Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar het persoonlijke dossier) of gecodeerd (terugkoppeling naar uw persoonlijke dossier door uw behandelende arts is nog mogelijk). In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en bij codering zal ik toegang krijgen tot mijn verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.*

5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

6. Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van UZ Gent en regelgevende instanties toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke medische gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften.

7. Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten. Dit daar de wet voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer.

8. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Door de patiënt te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Datum…… Handtekening……
Patiënt

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de patiënt
Ondergetekende heeft de bijzonderheden van dit klinisch onderzoek, zoals dit beschreven staat in het informatieformulier voor de patiënt, volledig uitgelegd aan bovengenoemde patiënt.

Datum…… Handtekening……..
Informerende arts

Emmylou Nelen
Promotor: Prof. Dr. Derese

1.8.2 Preventieconsultformulier

Vraag	Antwoord	Nieuw	Follow up te plannen	Follow up besproken	Follow up gebeurd of gepland
Medische Voorgeschiedenis Inclusief allergie					
Chronische medicatie					
Familiale voorgeschiedenis (DM, plotse dood, cardiovasculair, maligniteit)					
Rookt u Gebruikt u (soft)drugs	Nee Ja Hoeveelheid Nee Ja Hoeveel/type		Indien ja: Rookstopadvies en hulp bij stoppen afhankelijk van motivatie		
Lengte Gewicht Buikomtrek (bij BMI>25)	cm kg cm		Indien BMI >25 en comorb: peilen naar motivatie + dieetadvies Indien BMI> 30 peilen naar motivatie + dieetadvies Indien BMI> 25 + risico metabool syndroom: nuchtere glycemie + lipiden		
Vindt u dat u zichzelf kan verbeteren op vlak van gezonde voeding?	Nee Ja		Indien Ja: bespreken voedingsdriehoek		
Beweegt u minimum 5 dagen per week 30 min?	Nee Ja		Indien Nee: advies beweging min 5 dagen per week 30 min		
Alcoholgebruik	Nee Ja Hoeveelheid		Indien ja: eerste twee AUDIT-vragen		
Vaccinatiestatus gekend? Tetanus-Difterie Kinkhoest HPV (volgens risico) Hepatitis (volgens risico) Influenza (volgens risico)	Nee Ja Datum laatste Datum laatste Data Data Datum laatste		Vaccinatie volgens richtlijnen		
Wisselende seksuele contacten? nieuwe partner sinds 6m?	Nee Ja		Indien Ja: SOA counseling SOA screening volgens risico		
Laatste uitstrijkje >3 jaar geleden? Afwijkend uitstrijkje?	Nee Ja Datum Nee Ja		Uitstrijkje herhalen indien >3j geleden of volgens risico indien voorheen afwijkend uitstrijkje		
Hebt u zich de laatste 6 maand depressief gevoeld?					