Drie jaar preventieconsult: ervaringen en lessen uit de Vlaamse huisartspraktijk

Dr. Julie Roobroeck, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Sara Willems, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Stijn Vandenberghe, Universiteit Gent

Praktijkopleider: Dr. Kristof Galle

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Dankwoord

Aan het eind gekomen van deze masterproef kijk ik terug op een intensieve, maar leerrijke periode. Het was niet steeds gemakkelijk om mezelf te motiveren tot het schrijven van deze masterproef, naast het praktijkwerk en andere icho-taken. Daarom is het niet meer dan logisch om enkele mensen te bedanken die mij in dit proces geholpen hebben.

Ik wil mijn promotor Prof. Dr. Sara Willems bedanken om mij de kans te geven aan dit project te werken. Het was mijn bedoeling om een nuttig eindwerk te schrijven waar, indien mogelijk, nog meer artsen buiten mezelf en onze praktijk iets aan zouden hebben. Daarom mijn dank om me hierin goed te sturen en te begeleiden. Mijn co-promotor Dr. Stijn Vandenberghe wil ik bedanken voor het vele nalezen en het beantwoorden van al mijn vragen en opmerkingen.

Daarnaast wil ik de vakgroepmedewerkster Amelie Van Pottelberge en mijn vriendin Lisa bedanken voor de tips in verband met de statistische verwerking van mijn resultaten. Deze kennis zat na enkele jaren al diep begraven in mijn brein waardoor bij tijden enige begeleiding zeer welkom was.

Dankjewel aan mijn praktijkopleider Kristof Galle voor het nalezen en aan al mijn collega's voor mij te steunen en mij af en toe wat tijd te gunnen om aan dit werk te schrijven.

Ik wil nogmaals mijn mama bedanken voor de kans die ik heb gekregen om zo lang te kunnen verder studeren. En 'last but not least' wil ik mijn vriend Andries bedanken, niet in het minst voor zijn niet-aflatende steun, maar ook voor zijn kritische oog bij het nalezen.

Inhoudstafel

Abstract....1

Inleiding....3

Waarom gekozen voor dit onderwerp?....6

Doelstellingen en onderzoeksvraag:....6

Literatuurstudie....7

Zoekmethode....7

Literatuuronderzoek....7

Is de gezondheidsgids op zich een goed screeningsinstrument?....7

Hoe scoort het GMD+ of de gezondheidsgids op vlak van effectiviteit?....9

Is de uitvoering van het preventieconsult haalbaar voor de huisartsen en is de gezondheidsgids een goed instrument hiervoor?....11

Besluit....13

Empirische studie....14

Methoden....14

Resultaten....14

Praktijkkenmerken....14

Wijze waarop preventieconsult wordt uitgevoerd....15

De Gezondheidsgids....17

Registratie in dossier....19

Algemene bevindingen....21

Discussie....23

Beperkingen/ limitaties van de studie....23

Bespreking resultaten....24

Mogelijke oplossingen....27

Verder onderzoek....29

Besluit....30

Bibliografie....32

Bijlage 1: online enquête....34

Abstract

Context

De stijgende kosten van de gezondheidszorg en de toenemende vergrijzing zorgen ervoor dat de Vlaamse Overheid meer wil inzetten op preventie. Hiervoor werd in 2011 het Globaal Medisch Dossier Plus (GMD+) ontwikkeld, een preventiemodule gekoppeld aan het GMD voor elke patiënt tussen 45 tot 75 jaar. Eénmaal per jaar kan de huisarts een persoonlijk preventieplan opstellen door de verschillende onderwerpen samen met de patiënt te overlopen. De gezondheidsgids van Domus Medica biedt hiervoor een praktische handleiding.

Onderzoeksvraag

1. Literatuuronderzoek: Zijn de onderwerpen in de gezondheidsgids (en dus deze van het preventieconsult) op zich goede screeningsmethoden? Zijn er gegevens bekend over de effectiviteit? Is de gezondheidsgids een bruikbaar instrument in de praktijk? Wat is er in de internationale literatuur bekend over soortgelijke gecombineerde preventieve of screeningsprogramma's?

2. Empirisch onderzoek: Wordt het preventieconsult uitgevoerd door de Vlaamse huisartsen en op welke manier (systematisch/opportunistisch, met behulp van de gezondheidsgids)? Welke factoren zijn bepalend voor deze wijze? Wat zijn de drempels of de faciliterende factoren die de huisartsen zelf aangeven?

Methodologie (literatuur en registratiewijze)

Voor de literatuurstudie werd gezocht naar internationale studies over gecombineerde screeningsprogramma's in de CEBAM en de Pubmed zoekmachine. Voor data over het GMD+ en de gezondheidsgids werden voornamelijk voorgaande masterproeven geconsulteerd alsook de Belgische vakbladen.

Een online enquête werd rondgestuurd naar 25 huisartsenkringen uit de 5 Vlaamse provincies in de periode juli tot september 2013. Bijkomende respondenten werden gezocht via de huisartsenkringen van collega HAIO's. De huisartsen werden bevraagd over hoe zij preventie uitvoeren in hun praktijk. De verwerking van de gegevens gebeurde met behulp van het statistische programma SPSS.

Resultaten

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat de gezondheidsgids een bruikbaar en efficiënt instrument is om het preventieconsult uit te voeren, met hoge sensitiviteit. Factoren die de implementatie op grote schaal in Vlaanderen nog in de weg staan, zijn tijdsgebrek, onvoldoende financiële tegemoetkoming en te weinig vertrouwen in zowel eigen kunnen, de effectiviteit van de interventies als in de motivatie van de patiënten. Deze resultaten worden internationaal bevestigd. Voorlopig kon het effect van gecombineerde screeningsacties op mortaliteit of morbiditeit nog niet worden aangetoond.

Uit de enquête blijkt dat van de 97 deelnemende huisartsen 4% nooit een preventieconsult uitvoert. Slechts 15% voert het systematisch uit, voornamelijk artsen in groepspraktijken en in praktijken gelegen in stedelijk gebied. De gezondheidsgids zou een bevorderend effect hierop hebben, alsook de medewerking van een praktijkverpleegkundige. De grootste remmende factoren zijn identiek aan deze gevonden in de literatuur, met een gebrek aan tijd als belangrijkste aangegeven barrière. De tarificatie voor het GMD+ van het RIZIV zou voldoende zijn voor de artsen. Velen durven dit echter niet aan te rekenen omdat ze het preventieconsult niet volledig uitvoeren.

Besluit

We kunnen besluiten dat de gezondheidsgids een kwalitatief en bruikbaar instrument is om het preventieconsult uit te voeren zoals het wordt aanbevolen door het GMD+. Er is echter nood aan meer ondersteuning om dit in elke huisartspraktijk systematisch uit te voeren. Het verhogen van de subsidies voor een praktijkverpleegkundige zou de werklast voor de huisartsen kunnen verminderen.

Inleiding

“Beter voorkomen dan genezen”. Als het om gezondheid gaat, blijkt grootmoeders favoriete spreekwoord actueler dan ooit. Hoewel de sterftecijfers in Vlaanderen al decennia lang stelselmatig dalen, blijven de belangrijkste doodsoorzaken bij zowel mannen als vrouwen (kankers zoals long- en borstkanker en cardiovasculaire aandoeningen) grotendeels te voorkomen[1]. Samen met de alsmaar stijgende kosten van de gezondheidszorg (België besteedde in 2011 nog zo’n 10,5% van het bruto binnenlands product aan gezondheidszorg[2]) en een sterk toenemende groep ouderen met chronische ziekten, overtuigde dit de overheid een 15-tal jaar geleden om meer in te zetten op preventie. In 1998 startte de Vlaamse Overheid met het vastleggen van zes gezondheidsdoelstellingen (tabel 1), in navolging van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)[3].

Tabel 1: Gezondheidsdoelstellingen van de Vlaamse Overheid

Gezondheidsdoelstelling	Hoofddoelstelling
Voeding en bewegen	Het realiseren van gezondheidswinst op bevolkingsniveau door een stijging van het aantal mensen dat voldoende fysiek actief is, evenwichtig eet en een gezond gewicht nastreeft
Tabak, alcohol en illegale drugs	Het realiseren van gezondheidswinst op bevolkingsniveau door tegen het jaar 2015 het gebruik van tabak, alcohol en illegale drugs terug te dringen.
Zelfdoding (en depressie)	Tegen 2020 is het aantal suïcides in Vlaanderen met 20% gedaald ten opzichte van het jaar 2000.
Ongevallen in de privésfeer	In het jaar 2002 moet het aantal dodelijke ongevallen in de privésfeer en in het verkeer afnemen met 20 % (voorlopig nog niet vernieuwd)
Vaccinaties	Tegen 2020 moet een kwaliteitsvol vaccinatiebeleid in Vlaanderen erop gericht zijn de bevolking gedurende het hele leven doeltreffend te beschermen tegen vaccineerbare infectieziekten die een ernstige impact kunnen hebben op de levenskwaliteit.
Bevolkingsonderzoek naar kanker	Tegen 2020 zijn de Vlaamse bevolkingsonderzoeken naar kanker van de baarmoederhals, borst, en dikke darm efficiënt georganiseerd, rekening houdend met kosteneffectiviteit en met maatschappelijke en wetenschappelijke evoluties op vlak van bevolkingsonderzoek, en dragen ze bij tot gezondheidswinst voor de bevolking van Vlaanderen.

De huisartspraktijk lijkt de geschikte plaats om de meeste van deze doelstellingen te behalen. Twee derde van de populatie consulteert zijn huisarts minstens één keer per jaar,

90% minstens één keer per 5 jaar[4]. Bovendien verkiest het gros van de mensen de huisarts als instantie om preventieve gezondheidszorg aan te bieden[5]. Anderzijds vindt de meerderheid van de huisartsen dat preventieve en gezondheidsbevorderende activiteiten promoten ook tot zijn takenpakket behoort. Dit omzetten in de praktijk blijkt echter verre van evident, laat staan dat men dit overal systematisch toepast[4]. Nochtans is al meermaals bewezen dat goede planmatige preventiestrategieën efficiënter zijn dan ongecoördineerde case findings of opportunistische screening. Opportunistische screeningacties bieden namelijk niet dezelfde garanties qua kwaliteit. Bovendien leidt niet-systematische opportunistische screening tot weinig eerlijke en weinig efficiënte verdelingen. Opportunistische screening brengt doorgaans overconsumptie teweeg in het ene deel van de bevolking en onderconsumptie in het andere deel[30]. Op economisch vlak zijn de eerste studies ook positief. De meeste systematische bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhals-, borst- en dikkedarmkanker in Europa werden recent als kostenefficiënt geëvalueerd[6]. De voordelen van het aanbieden van systematische preventieve acties aan hun patiënten leken ieder arts wel logisch. Maar met een resem aan mogelijkheden binnen de preventieve onderzoeken en een aparte medische richtlijn voor elke pathologie was het vaak zeer moeilijk om een degelijk gefundeerd aanbod aan te bieden aan telkens de correcte doelgroep. De vraag naar een goed georganiseerd screeningsprogramma dat men systematisch kon aanbieden groeide.

Om aan deze verzuchting tegemoet te komen, werd in 2009 door Dr P. Wyffels en Dr J. Van Herck (destijds huisarts in opleiding (HAIO)) een onderzoek opgestart rond preventie in de huisartspraktijk. Zij ontwikkelden een folder gebaseerd op de Preventiekaart uit 1978 met als doel op systematische wijze een individueel preventieplan voor volwassenen op te stellen dat beantwoordt aan de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen. Na een grondige evaluatie door een werkgroep met onder andere leden uit Domus Medica en VIGeZ (Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie vzw) was de gezondheidsgids geboren. Het was (en is vandaag de dag nog steeds) de bedoeling dat aan de hand van deze gids een individueel preventieplan wordt opgesteld om te bepalen welke gezondheidsrisico's men op langere termijn loopt en welke ziektes vroegtijdig opgespoord en/of voorkomen kunnen worden. Daarvoor dient de patiënt allereerst een vragenlijst in te vullen om de familiale, persoonlijke en preventiegeschiedenis samen met de leefgewoonten in kaart te brengen. Daarnaast bevat de gids ook een module om deze

informatie om te zetten in aanbevolen interventies, een uitgebreide handleiding voor de huisarts met de recentste informatie over preventiestrategieën (gebaseerd op de aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering en/of internationale guidelines), en een afsprakenkaartje met een overzicht van de te plannen preventieve acties. De thema's die aan bod komen zijn de bepaling van het risico op hart- en vaatziekten, de vroegtijdige opsporing van diabetes, het screenen op vaak voorkomende (en behandelbare) kankers zoals borstkanker, baarmoederhalskanker en colorectale kanker. Ook de vaccinatiestatus voor tetanus/difterie, influenza en pneumokokken wordt nagevraagd en indien nodig geüpdatet. Daarnaast peilt men nog naar het gebruik van alcohol en naar de aanwezigheid van depressieve klachten. Indien aangewezen worden adviezen verstrekt omtrent gezonde voeding en fysieke activiteit en wordt rookstopbegeleiding aangeboden.

Alvorens een invoering op grotere schaal kon doorgaan werd een pilootproject opgesteld in de gemeenten Malle en Zoersel, in samenwerking met LOGO Antwerpen Noord, Domus Medica en VIGeZ. Zowel huisartsen als patiënten uit de doelgroep werden vooraf bevraagd over hun verwachtingen en bereidheid tot medewerking aan dit project[5]. Korte tijd na implementatie werd een steekproef uit beide populaties opnieuw gevraagd naar hun bevindingen. Het project werd door alle partijen als succesvol bestempeld en in 2011 werd een herwerkte uitgave verspreid door Domus Medica onder alle huisartsen in Vlaanderen en Brussel.

In april 2011 sprong de Federale Overheid ook financieel mee op de kar en sindsdien wordt door het RIZIV het GMD+, de preventiemodule gekoppeld aan het GMD (Globaal Medisch Dossier) terugbetaald bij patiënten tussen 45-75 jaar. De arts kan aan de patiënt één maal per kalenderjaar dit forfait aanrekenen met de speciale nomenclatuurcode 102395 en ontvangt dan een honorarium van €10,80 (jan 2014) voor het aanbieden van deze welomschreven preventieve zorg[7,8]. De Gezondheidsgids kreeg op 15 maart 2013 van de Vlaamse overheid groen licht om als bevolkingsonderzoek voor de huisartsenpraktijk dienst te doen. Tot op heden kan de gezondheidsgids gebruikt worden als kwalitatief en bruikbaar instrument om op systematische wijze een persoonlijk preventieplan uit te stippelen voor de patiënt, dat beantwoordt aan alle voorwaarden van het GMD+.

Waarom gekozen voor dit onderwerp?

Ook in de groepspraktijk waar ik werk, is de laatste jaren het besef gegroeid dat we met preventie nog verdere gezondheidswinst kunnen boeken. Meestal wordt deze vraag vandaag de dag nog gesteld door de patiënt en gebeuren daarom sommige onderzoeken te frequent en anderen nauwelijks. Ook hier merkt men dat de meeste onderzoeken gebeuren bij de worried well en dat zo de screening een groot deel van zijn effect mist. Ieder van ons is er van overtuigd dat we ons preventiebeleid praktischer en nog meer evidence-based kunnen uitvoeren en de gezondheidsgids lijkt hiervoor een praktisch instrument. Met deze masterproef wordt daarom hopelijk een aanzet geven voor de opstart. Bij het uitpluizen van de masterproeven uit voorgaande jaren bleek dat er al veel inkt gevloeid was omtrent het implementatie-proces. Uit de meeste scripties bleek echter wel dat dit niet altijd van een leien dakje liep (onder andere door tijdsgebrek, moeilijke invulling in het EMD,...) en sommige HAIO's opperden zelfs dat het voortzetten van het GMD+ na afloop van hun praktijk verbeterend project nog geen vaststaand feit was. Daarom willen we deze moeilijkheden en barrières graag in kaart brengen. In eerste instantie om deze problemen bij onze opstart al van op voorhand zoveel mogelijk het hoofd te kunnen bieden, maar ook om op grotere schaal naar oplossingen te zoeken.

Doelstellingen en onderzoeksvraag:

1. Literatuuronderzoek: Is de gezondheidsgids een goed instrument om het preventieconsult zoals voorgeschreven door het GMD+ uit te voeren? Zijn de onderwerpen in de gezondheidsgids (en dus deze van het preventieconsult) op zich goede screeningsmethoden? Zijn er gegevens bekend over de effectiviteit? Is de gezondheidsgids een bruikbaar instrument in de praktijk? Wat is er in de internationale literatuur bekend over soortgelijke gecombineerde preventieve of screenings-programma's?

2. Empirisch onderzoek: Wordt het preventieconsult uitgevoerd door de Vlaamse huisartsen en op welke manier (systematisch/opportunistisch, met behulp van de gezondheidsgids)? Welke factoren zijn bepalend voor deze wijze? Wat zijn de drempels of de faciliterende factoren die de huisartsen zelf aangeven?

1.Literatuurstudie

Zoekmethode

Voor het literatuuronderzoek werd gebruik gemaakt van zowel de CEBAM- als de Pubmed-zoekmachine. Er werd gezocht op combinaties van Mesh-termen zoals ‘multiphasic screening’, ‘mass screening’, ‘preventive health services’, ‘general practitioners’, ‘primary health care’. Ook andere termen zoals ‘implementation’, ‘general health check’, ‘combined health check’, ‘preventive health check’, ‘prevention’, ‘gezondheidsgids’, ‘preventie’ werden gebruikt. Indien uit de titel bleek dat het artikel over algemene preventie ging en niet slechts over 1 enkel deelaspect (bv. enkel borstkanker-screening) werd het abstract gelezen. Bij artikels die op basis hiervan nuttig leken, werd ook steeds gekeken naar de ‘related articles’.
In Huisarts Nu – het medisch wetenschappelijk tijdschrift van Domus Medica - en via de website van Domus Medica kan direct gezocht worden naar Belgische huisartsrelevante literatuur. Hier werden de zoektermen dus nog wat nauwer gemaakt door aan ‘preventie’, ‘GMD+’, of ‘gezondheidsgids’ ook termen als ‘implementatie’, ‘haalbaar’, ‘systematisch’, ‘effect’,... toe te voegen.
Aangezien het GMD+ en de gezondheidsgids nog niet lang het levenslicht hadden gezien, zijn de meeste studies over deze specifieke topics afkomstig van masterproeven van voorgaande huisartsen in opleiding (HAIO’s). Via de zoekfunctie van de ICHO-website voor masterproeven werd gezocht aan de hand van de termen ‘preventie’, ‘GMD+’ en ‘gezondheidsgids’.

Literatuuronderzoek

<u>Is de gezondheidsgids op zich een goed screeningsinstrument?</u>
In een eindwerk aan de KU Leuven werd de gezondheidsgids onder de loep genomen met de vraag of deze een goed screeningsinstrument vormde. Hiervoor werden de verschillende onderwerpen uitgezet tegenover de 10 criteria van Wilson en Jungner die werden opgesteld in 1968 voor de WHO. Deze criteria gelden namelijk tot vandaag de dag nog steeds als dé referentie aangaande de beoordeling van screeningsprogramma’s.

1. De op te sporen ziekte moet tot de belangrijke gezondheidsproblemen behoren.
2. De ziekte moet behandelbaar zijn met een algemeen aanvaarde behandelings-methode.
3. Er moeten voldoende voorzieningen voorhanden zijn om de diagnose te stellen.
4. Er moet een herkenbaar latent stadium bestaan wil opsporing de moeite lonen.
5. Er moet een bruikbare opsporingsmethode bestaan.
6. De opsporingstest moet aanvaardbaar zijn voor de bevolking.
7. Het natuurlijk verloop van de op te sporen ziekte moet bekend zijn.
8. Er moet overeenstemming bestaan over wie als ziek moet worden beschouwd.
9. De kosten dienen evenredig te zijn met de baten.
10. Het proces van opsporing dient continu te zijn.

Tabel 2: Criteria van Wilson en Jungner[9]

Drie thema's werden beoordeeld als uitsluitend positief: rookstop, het vroegtijdig opsporen van diabetes en baarmoederhalsscreening kregen voor alle criteria een positieve beoordeling.

Borstkankerscreening, colorectale screening, vaccinaties en het promoten van gezonde voeding kregen met elk slechts één bemerking nog steeds een sterke aanbeveling. Men vermoedt dat er bij de screening naar borstkanker een overdiagnose gebeurt, voornamelijk bij de ductale carcinoma in situ (DCIS). Aangaande het huidig lopende Vlaams bevolkingsonderzoek naar colorectale kanker werd de opmerking gemaakt dat het soms continuïteit mist (als er een coloscopie is gebeurd na een positieve fecaal occult bloed test (FOBT), wordt daarna de eerstelijnsscreening d.m.v. een FOBT maar terug opgevat na 10 jaar). Wat betreft de pneumococcenvaccinatie werd besloten dat er nog steeds geen evidentie bestaat over de werkzaamheid ervan op het voorkomen van pneumonie en sterfte. De auteurs vinden ook dat voedingdsadvies niet enkel zou moeten gegeven worden aan de mensen die negatief antwoorden op de vraag 'Eet u dagelijks groenten en fruit?', maar zeker ook aan de mensen met overgewicht en obesitas. Dit zou niet veel extra werk vereisen gezien de BMI toch wordt berekend in de topic 'diabetesopsporing'.

De topics aangaande hart- en vaatziektes en fysieke activiteit kregen iets meer opmerkingen. Zo werd over de eerste geconcludeerd dat er nog geen eenduidige richtlijnen bestaan over welke risicogroep dient te worden behandeld en zo ja met welke geneesmiddelen. Wat betreft de aanbeveling voor fysieke activiteit besluit men dat deze

zeker op zijn plaats is in de gezondheidsgids en dat zij een sterke aanbeveling kan worden, mits enkele aanpassingen. Er moeten duidelijke criteria ontwikkeld worden voor de definitie van ‘onvoldoende fysieke activiteit’. De opsporing zou volgens de auteurs beter kunnen met internationaal gevalideerde vragenlijsten i.p.v. enkel de vraag of de patiënt aan dertig minuten lichaamsbeweging per dag komt. Er is ook nood aan verdere implementatie van de richtlijnen voor behandeling van fysieke inactiviteit in de praktijk.
De aanbeveling over alcoholgebruik werd na toepassing van de criteria beoordeeld als zwak. De auteurs besluiten dat dit hoofdstuk terecht thuishoort in de gezondheidsgids, maar dat het nog niet helemaal op punt staat. Alcoholgebruik/-misbruik is moeilijk op te sporen in een vroegtijdig stadium en kent niet bij iedereen hetzelfde natuurlijk verloop. Een meer relevante conclusie is wel dat vooral bijkomend onderzoek noodzakelijk lijkt om betere garanties te kunnen geven over het nut en de effectiviteit van deze screeningsmethode (de AUDIT-vragenlijst) in de huisartsenpraktijk. De aanbeveling over gebruik van slaap- en kalmeermiddelen kreeg ook verschillende opmerkingen, maar is inmiddels geschrapt uit de gezondheidsgids wegens gebrek aan een sluitende vraagstelling voor de doelgroep[8,10].

Ten slotte oordelen de auteurs dat het onderwerp screenen naar nierinsufficiëntie een goede kandidaat zou zijn om de gezondheidsgids aan te vullen[10]. Inmiddels werd de aanbeveling over cardiovasculair risico aangevuld met de bepaling van de proteïnurie en creatinemie bij bepaalde risicogroepen. Het onderwerp ‘screenen naar depressieve klachten’ werd pas in de tweede versie van de gezondheidsgids toegevoegd, waardoor dit niet bestudeerd werd in dit onderzoek[8].

In het pilootproject voorafgaand aan de invoering van de gezondheidsgids werd besloten dat deze een hoge sensitiviteit had. Uit een steekproef bij 222 mensen die de vragenlijsten hadden ingevuld bleek slechts 5% geen enkel probleemgebied aan te geven waarop hun huisarts zou moeten ingaan. Conclusies over de specificiteit konden niet worden getrokken[5].

<u>Hoe scoort het GMD+ of de gezondheidsgids op vlak van effectiviteit?</u>
Verschillende HAIO’s deden in hun ManaMa-project onderzoek naar het effect van de implementatie van de gezondheidsgids op registratie van belangrijke gegevens in het

EMD. Zo vond Dr. E. Tratsaert dat er een significante verbetering was in de registratie van de kwantitatieve én kwalitatieve data. In haar basismeting werd voor bijna geen enkel item een registratie in het EMD van minstens 75% gehaald. Dankzij de preventieconsulten werd dit percentage in de nameting wel voor bijna alle items bereikt met uitzondering van de buikomtrek en laatste mammografie en uitstrijkje. Deze laatste twee waren voornamelijk te wijten aan gebrekkige communicatie met specialisten. Er werden ook in totaal 33 nieuwe aanwezige risicofactoren geregistreerd[11]. Dr. A. Verdonck en Dr. L. Pauwels kwamen tot vergelijkbare bevindingen voor verschillende gezondheidsindicatoren in hun onderzoek[12,13]. Er zijn tussen deze onderzoeken wel verschillen in welke parameters en gegevens waren opgetekend in het EMD zowel in de basismeting als in de nameting. Welke gegevens dan een significante toename in registratie kenden, is natuurlijk heel afhankelijk van de praktijk, welke nadrukken zij leggen en of er al eventuele praktijkprojecten in het verleden zijn geweest.
Dr. S. Mennes vergeleek het percentage van behaalde doelstellingen in zijn praktijk (bv. het percentage van mensen die in orde zijn met hun tetanusvaccinatie) na implementatie van het preventieconsult met de percentages in de algemene Vlaamse bevolking (cijfers uit de gezondheidsenquête van 2008). Deze percentages lagen telkens duidelijk hoger dan het Vlaamse gemiddelde[14]. Dr. K. De Clerck onderzocht naast kennisverhoging ook het aantal gestarte behandelingen en verdere onderzoeken. Zo kwamen de auteurs binnen een groep van 52 preventieconsulten tot 3 nieuwe diagnoses van COPD en daarbij horende behandelingen, 2 diagnoses van diabetes en 11 van een verhoogd cardiovasculair risico. Er werd overgegaan tot 14 tetanusvaccinaties, 9 mammografieën, 7 uitstrijkjes en 11 stoelgangsonderzoeken (Fecaal Occult Bloed Test, FOBT's) (met daaronder 2 patiënten die werden doorverwezen voor coloscopie, en 1 patiënt bij wie een dysplastische poliep werd weggenomen).[15]

Studies naar harde (of zelfs intermediaire) eindpunten na het implementatie van het preventieconsult werden nog niet uitgevoerd. Er werd wel gezocht naar de resultaten van vergelijkbare gecombineerde screeningsprogramma's internationaal. Zo loopt er in het Verenigd Koninkrijk sinds 2012 de NHS Health Check, een programma dat mensen van 40 tot 74 jaar eens per 5 jaar uitnodigt om hun risico op hart- en vaatziekten, CVA, diabetes, nierziekten en sommige vormen van dementie te evalueren. De eerste resultaten na 1 jaar

tonen een significante daling van het cardiovasculair risico van 32,9% naar 29,4% in deze populatie[16].

Een recente grootschalige Cochrane review deed onderzoek naar harde eindpunten van gecombineerde screeningsprogramma's. Een effect op mortaliteit of morbiditeit werd niet gevonden[17]. Aangezien vele van deze interventies al meermaals hun positief effect bewezen hebben (rookstop, interventies om fysieke activiteit op te drijven, screening naar colorectale kanker, cervixkankerscreening, ...[10]), lijkt deze uitslag dus moeilijk te geloven. De auteurs suggereren dat, aangezien de review vele studies bevat uit jaren '60, '70 en '80, er mogelijk een invloed is van de oude, heel brede screeningsregimes (sommigen includeerden scanners of zelfs biopties) en de destijds gebruikte medicijnen op de resultaten in de review. Er wordt met argusogen gekeken naar de toekomstige resultaten van de grote Deense Inter99 studie die een goede kijk zal geven op de moderne aanpak van (cardiovasculaire) screening[17].

<u>Is de uitvoering van het preventieconsult haalbaar voor de huisartsen en is de gezondheidsgids een goed instrument hiervoor?</u>

Bij aanvang van het pilootproject in Malle en Zoersel kreeg de gezondheidsgids door de 16 evaluerende artsen inhoudelijk een gemiddelde score van 8,6 op 10. Een overgrote meerderheid (15/16) vond het een bruikbaar instrument. In een telefonische nabevraging 1 jaar later zeiden 9 van de 22 ondervraagde huisartsen de gezondheidsgids echter nooit te hebben gebruikt. De voornaamste reden die hiervoor werd opgegeven was tijdsgebrek. De praktijkvorm had een zeker effect op het gebruik ervan: Van deze 22 artsen waren er 8 die als solo-arts werkten, 8 in een duopraktijk en 6 in een grotere groepspraktijk. Binnen deze groepen gebruikten er respectievelijk 6, 4 en 3 de gezondheidsgids. Er werd geopperd dat solo-artsen misschien meer nood hadden aan kant-en-klare systemen voor systematische preventie[5].

De ondervraagde huisartsen die de gezondheidsgids wel gebruikten, gaven aan dat vooral EMD-integratie, een nomenclatuurnummer voor een jaarlijks planningsconsult, logistieke steun om patiënten systematisch uit te nodigen en gegevens te verwerken, artsenbezoekers, feedback, het invoeren van het GMD+ en target-payment, hen zouden stimuleren om de gezondheidsgids meer te (blijven) gebruiken[5].

Sinds de officiële invoering van de gezondheidsgids is nog verder onderzoek gebeurd naar de haalbaarheid en bruikbaarheid ervan als instrument voor het preventieconsult. In zijn ManaMa-project besloot Dr. S. Verhaegen dat een gebrek aan tijd en een onvoldoende financiële beloning belangrijke barrières zijn voor de implementatie[18]. Dr. S. Vanhulsel deed in haar literatuurstudie onderzoek naar de gemiddelde tijdsduur van een preventieconsult. In de resultaten van verschillende masterproeven vond zij gemiddelde tijdsduren gaande van 30 minuten tot bijna 1 uur, wat de tijdsduur van een normale consultatie grotendeels overschrijdt. In sommige praktijken werd het preventieconsult gespreid over verschillende raadplegingen. Een grote groep patiënten zou daarenboven niet uitsluitend komen voor de bespreking van hun preventiedossier, maar zou ook vragen hebben over andere klachten. De financiële tegemoetkoming voor dergelijk lange raadpleging is dus volgens velen niet voldoende[19].

Ook internationaal zijn er meerdere studies gebeurd naar de factoren die de huisarts belemmeren bij het uitvoeren van preventie. In een recente Nederlandse studie maakte men de volgende oplijsting van de meest genoemde barrières die een invloed hebben op het uitvoeren van gezondheidsbevorderende activiteiten: tijdsgebrek, te weinig vertrouwen in de eigen vaardigheden om advies te verschaffen of in de effectiviteit van deze interventies, te lage financiële vergoeding en onvoldoende motivatie en compliance van de patiënt. De meest aangehaalde bevorderende factoren waren de beschikbaarheid van een praktijkverpleegkundige, de mogelijkheid tot samenwerking met andere disciplines en de mogelijkheid om alle interventies in eigen praktijk uit te voeren[20]. In de Canadese BETTER studie, ook uit 2013, werd gezocht naar manieren om gecombineerde preventieve zorg beter te implementeren in de huisartspraktijken. Men vond dat een ‘prevention practitioner’ (een zorgverstrekker - zijnde arts, verpleegkundige of praktijkassistent - vanuit de eigen praktijk die hiervoor een speciale opleiding kreeg) deze implementatie kon verbeteren en dit op een kosteneffectieve manier[21].
In de studie van Brotons *et al.* uit 2005 werden huisartsen in 11 verschillende Europese landen bevraagd. De meerderheid vond dat preventie tot het takenpakket van de huisarts behoorde. Als men ging kijken naar hoeveel preventieve acties deze artsen dan effectief uitvoerden, lagen deze cijfers echter een stuk onder de verwachtingen. Dit effect was niet zo uitgesproken voor de onderwerpen waarbij er een onderzoek moest gebeuren (zoals

bloeddruk meten of een bloedafname) maar veel groter voor de topics waarin men adviezen moest geven (zoals rookstop, voedingsadvies,...). De twee drempels die het meest werden aangehaald, waren ook weer tijdsgebrek en een te lage financiële vergoeding. De helft van de huisartsen gaf ook aan eerder sceptisch te staan tegenover de effectiviteit van het promoten van lifestyleveranderingen. Een interessante bevinding is wel dat er een verband werd gevonden tussen het persoonlijk gezondheidsgedrag van deze artsen en hun attitudes ten opzichte van gezondheidsbevordering. Dokters die zelf rookten waren minder geneigd rookstopadvies te geven, dezelfde tendens werd gezien bij huisartsen die regelmatig aan lichaamsbeweging deden[4].

Besluit

Inmiddels is zowel overheid, arts als patiënt het er over eens dat preventieve medische acties in de huisartspraktijk een meerwaarde kunnen bieden voor de gezondheidszorg. Het invoeren van de gezondheidsgids van Domus Medica, waarmee men een individueel preventieplan per patiënt kan opmaken dat beantwoordt aan de vereisten van het GMD+, biedt hiervoor een praktische handleiding, gebaseerd op de laatste *evidence-based* richtlijnen. Als we deze gids meer onder de loep gaan nemen kunnen we concluderen dat alle onderwerpen grotendeels beantwoorden aan de 10 criteria van Wilson en Jungner en dat het dus, mits een paar opmerkingen, een goed screeningsinstrument is. De gids heeft ook een hoge sensitiviteit (95%) als het neerkomt op detecteren van, volgens de patiënt, belangrijke gezondheidsproblemen. Qua effect geeft het gebruik van de gezondheidsgids een meer volledige registratie van belangrijke patiëntgegevens in het EMD én een significante verbetering in de opvolging van meerdere van de preventiethema's. Grote studies op vlak van effectiviteit ontbreken echter. Een grote Cochrane review over gecombineerde screeningsprogramma's kon alleszins (nog) geen effect op mortaliteit of morbiditeit aantonen. De gezondheidsgids wordt over het algemeen beoordeeld als een zeer bruikbaar instrument. Desondanks kent de praktische implementatie ervan hier in Vlaanderen, alsook van soortgelijke preventieprogramma's internationaal, nog vaak barrières zoals tijdsgebrek, onvoldoende financiële tegemoetkoming en te weinig vertrouwen in zowel eigen kunnen, de effectiviteit van de interventies en de motivatie van de patiënten.

2.Empirische studie

Methoden

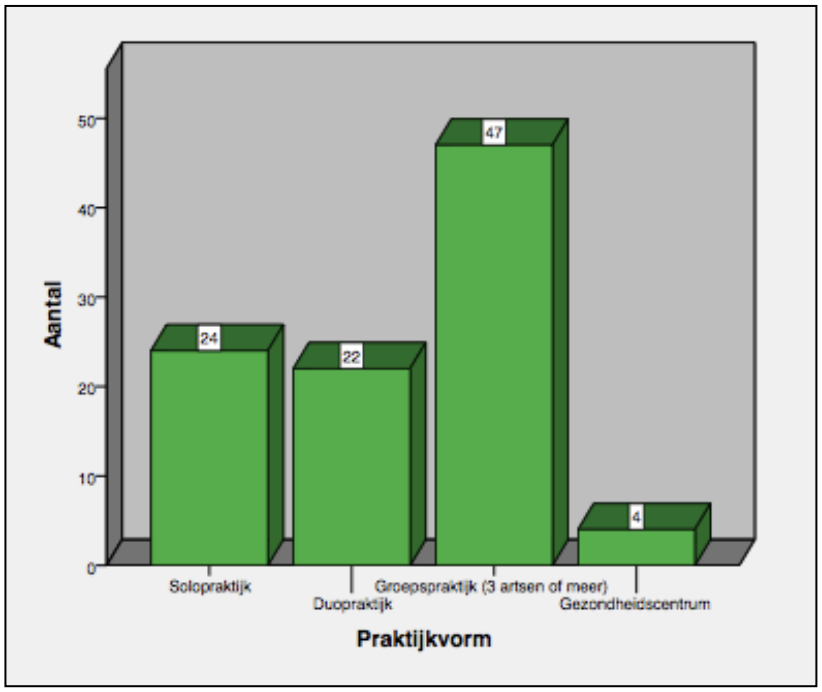
Aan de hand van voorafgaand literatuuronderzoek (cfr. supra) werd een online enquête ontworpen met 20 vragen. Bij het opstellen van dit onderzoeksinstrument werd gebruik gemaakt van de leidraad “7 stappen voor een succesvolle enquête” die beschikbaar werd gesteld door het ICHO. De enquête werd vervolgens onderworpen aan een kleine pilot-studie met 5 artsen uit 3 verschillende huisartspraktijken. Aanpassingen werden gemaakt volgens hun mondeling gegeven feedback. De definitieve vragenlijst werd vervolgens online gezet met behulp van de gratis website www.thesistools.nl (bijlage 1). De enquête werd doorgestuurd naar 25 willekeurig geselecteerde huisartsenkringen verspreid over de 5 Vlaamse provincies. Er werd ook gevraagd aan de collega HAIO’s uit Gent, Antwerpen en Leuven om de link door te sturen naar hun stagepraktijken en indien mogelijk ook hun huisartsenkring. De enquête liep van juli 2013 t.e.m. september 2013. Uiteindelijk vulden 97 huisartsen de enquête in.

De verwerking van de gegevens gebeurde met behulp van het statistische programma SPSS, versie 21. De significantie van de waarnemingen werd nagegaan door middel van een Chi-kwadraat test. Een p-waarde <0,05 werd als significant beschouwd. Indien er geen chi-kwadraat kon berekend worden omwille van te kleine verwachte frequenties werd de fisher’s exact test gebruikt.

Resultaten

Praktijkkenmerken

Ongeveer de helft van de artsen die de enquête hebben ingevuld werken in een groepspraktijk. Er hebben weinig artsen meegedaan die werkzaam zijn in een wijkgezondheidscentrum (4%). De overige respondenten werken solo (25%) of in duoverband (23%).



Grafiek 1: De verschillende praktijkvormen van de respondenten

In de meerderheid van de praktijken (58%) is er een HAIO (huisarts-in-opleiding) aanwezig. Er is een goede demografische verdeling van de deelnemende artsen met een nagenoeg gelijk aandeel van praktijken gelegen in landelijk, voorstedelijk en stedelijk gebied. Het merendeel van de praktijken beschikt over een secretaresse (56%), een kleine minderheid over een verpleegkundige (16%).

Wijze waarop preventieconsult wordt uitgevoerd

Slechts 4 van de 97 deelnemers zegt nooit een **preventieconsult** uit te voeren. Hiervan geven 3 artsen aan dat dit onder andere is omwille van tijdsgebrek. Vijftien percent van de ondervraagde artsen doet aan systematische implementatie van het preventieconsult (actieve uitnodiging van de gehele doelpopulatie). De overgrote meerderheid voert het preventieconsult echter voornamelijk opportunistisch uit (op voorstel van de arts aan de patiënt of omgekeerd, vaak in de context van een consultatie om een andere reden), tien percent zelfs enkel op vraag van de patiënt.

Als we wat verder gaan kijken naar de manier waarop men dit preventieconsult toepast, zien we grote verschillen afhankelijk van de **praktijkvorm**. Van de deelnemende solo-artsen voert niemand op systematische wijze het preventieconsult uit. Vanaf de aanwezigheid van 2, 3 of meerdere artsen gebeurt dit in één op de vijf gevallen op

systematische wijze. In de wijkgezondheidscentra komen we, hoewel de deelnemende groep vrij klein is, aan cijfers van drie op vier. We kunnen dus wel spreken van een verband tussen de praktijkvorm en de manier waarop het preventieconsult wordt uitgevoerd (p=0,003).

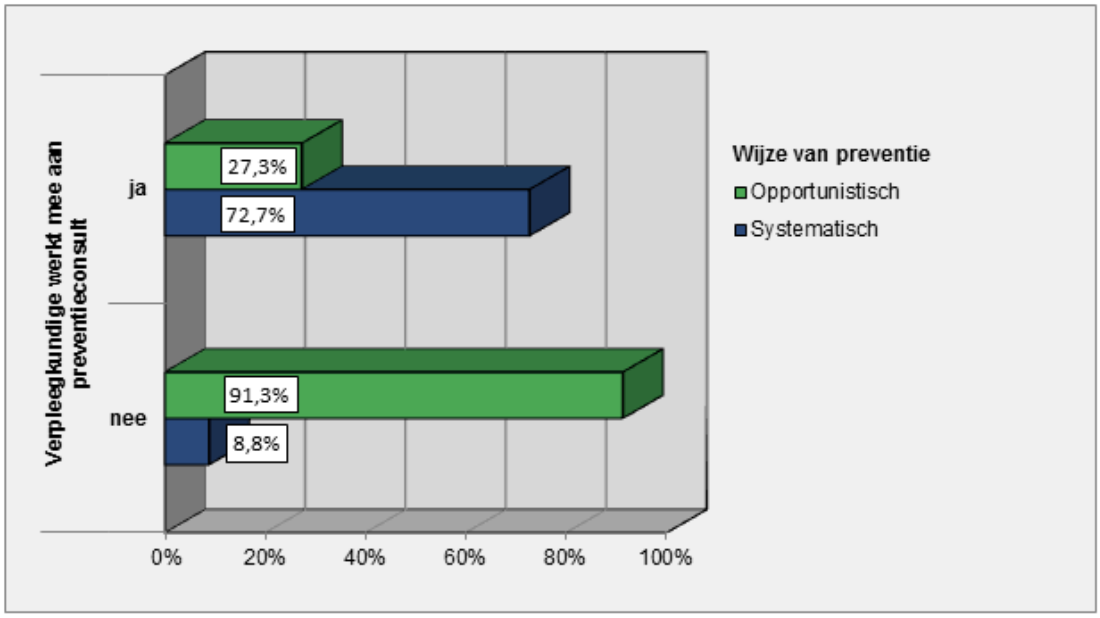
Tabel 2. Praktijkvorm vs. Wijze van screening

			Wijze van screening		Totaal
			Systematisch	Opportunistisch	
Praktijkvorm	Solopraktijk	Aantal	0	21	21
		% binnen 'Praktijkvorm'	0%	100%	100%
	Duopraktijk	Aantal	4	16	20
		% binnen 'Praktijkvorm'	20%	80%	100%
	Groepspraktijk (≥3 artsen)	Aantal	8	38	46
		% binnen 'Praktijkvorm'	17,4%	82,6%	100%
	Wijkgezondheidscentrum	Aantal	3	1	4
		% binnen 'Praktijkvorm'	75%	25%	100%
Totaal		Aantal	15	76	91
		% binnen 'Praktijkvorm'	16,5%	83,5%	100%

Ook wat de **demografische kenmerken** van de huisartsen betreft, kunnen we een verschil in werkwijze optekenen. De 4 artsen die aangaven het preventieconsult niet aan te bieden, zijn gevestigd in een landelijke of voorstedelijke omgeving. Van de artsen hier die deze screening wel uitvoeren doet respectievelijk 10% en 9% het op systematische wijze. Dit in tegenstelling tot de huisartsen in stedelijk gebied waar tot 32% het preventieconsult aanbiedt. Of om het anders te stellen: 60% van alle systematische implementaties van het preventieconsult wordt uitgevoerd in stedelijk gelegen praktijken. Er is dus een significante correlatie tussen de locatie van de praktijk (stedelijk tegenover niet-stedelijk gebied) en de wijze waarop aan screening wordt gedaan (p=0,013).

Hoewel de meerderheid van de artsen beschikt over een **secretariaatsmedewerker**, werkt deze maar in 13 van de 54 gevallen mee aan het preventieconsult. De extra hulp van deze medewerker, in welke vorm ook, heeft echter weinig invloed op de manier waarop men in hun praktijken aan preventie doet. Slechts bij 3 van deze 13 artsen doet men in de praktijk aan systematische preventie (23%), terwijl in de praktijken die het moeten stellen zonder deze hulp er 12 van de 78 (15%) systematisch het preventieconsult uitvoeren. Hier kan dus geen significant verband gevonden worden (p=0,44).

Vervolgens werd gekeken naar de invloed van een **praktijkverpleegkundige**. In de Vlaamse huisartspraktijken is het nog niet vaak de gewoonte dat er een verpleegkundige werkzaam is. Dit bevestigen onze cijfers: bij 16% van de artsen is een verpleegkundige in dienst in de praktijk. In deze praktijken zien we wel dat in de meerderheid van de gevallen hij of zij meewerkt aan het preventieconsult (11/16). Een duidelijke trend wordt ook waargenomen als men gaat kijken hoe er in deze praktijken aan preventie wordt gedaan: 73% van de artsen die samenwerkt met een verpleegkundige, geeft aan dat er aan systematische preventie wordt gedaan. Dit in schril contrast met de praktijken die niet beschikken over een verpleegkundige: als er hier aan screening wordt gedaan, gebeurt het bij 91% opportunistisch, een duidelijk significant verschil ($p<0,001$).



Grafiek 2: Heeft de medewerking van een praktijkverpleegkundige aan het preventieconsult een invloed op de wijze waarop aan preventie wordt gedaan?

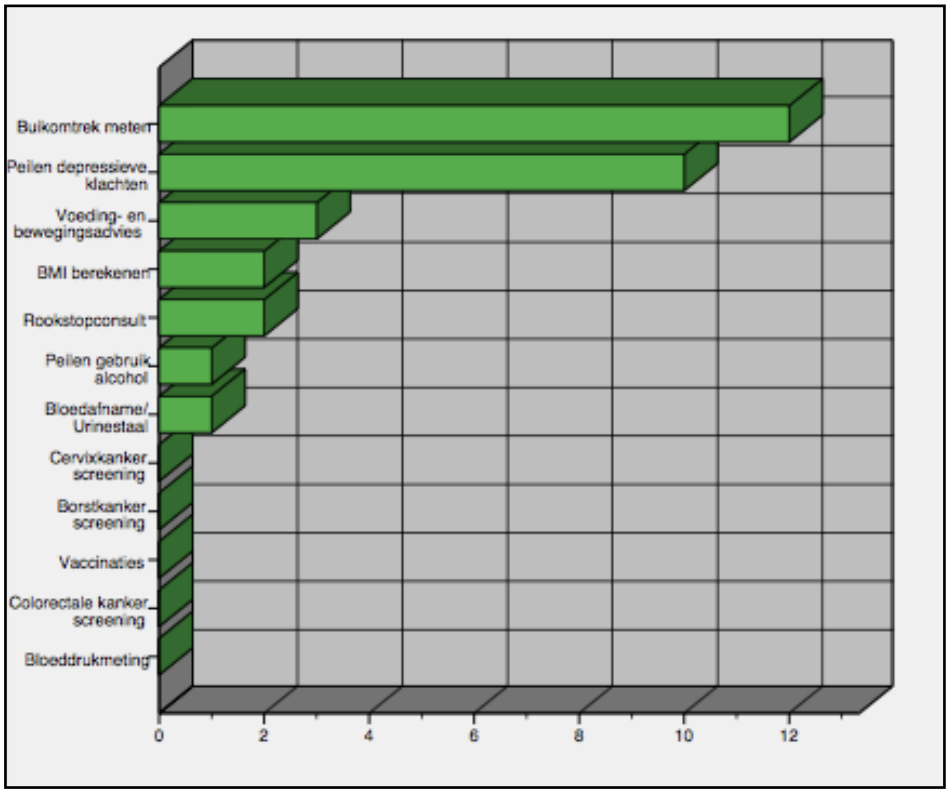
<u>De Gezondheidsgids</u>

De meerderheid van de ondervraagde artsen die aan preventie doen, baseert zich op de gezondheidsgids van Domus Medica om het preventieconsult uit te voeren. Slechts 14% zou hem niet gebruiken, 59% zegt hem volledig te volgen. De overige 27% zegt hem wel te gebruiken, maar niet alle topics te behandelen.

Alle artsen die zeggen het preventieconsult systematisch uit te voeren, maken gebruik van de gezondheidsgids. Tachtig percent volgt hem volledig. Van de artsen die opportunistisch

aan preventie doen gebruikt 53% hem volledig, 28% baseert zich hier wel op, maar laat enkele thema's vallen, 19% gebruikt hem niet. Onder de solo-artsen gebruikt telkens ongeveer een derde de gezondheidsgids respectievelijk volledig, deels en niet. In de duo- en groepspraktijken gebruikt de grote meerderheid hem volledig (69% resp. 65%) en slechts 6% resp. 14% niet.

Achttien procent gebruikt de vragenlijst van de gezondheidsgids niet. De meeste onderwerpen die worden weggelaten zijn het peilen naar depressieve klachten en het meten van de buikomtrek. Items die bij iedereen aan bod komen zijn de bloeddrukmeting, het geven van de benodigde vaccinaties en de screening naar colorectale, cervix- en borstkanker.



Grafiek 3: Topics die niet aan bod komen in het kader van preventie

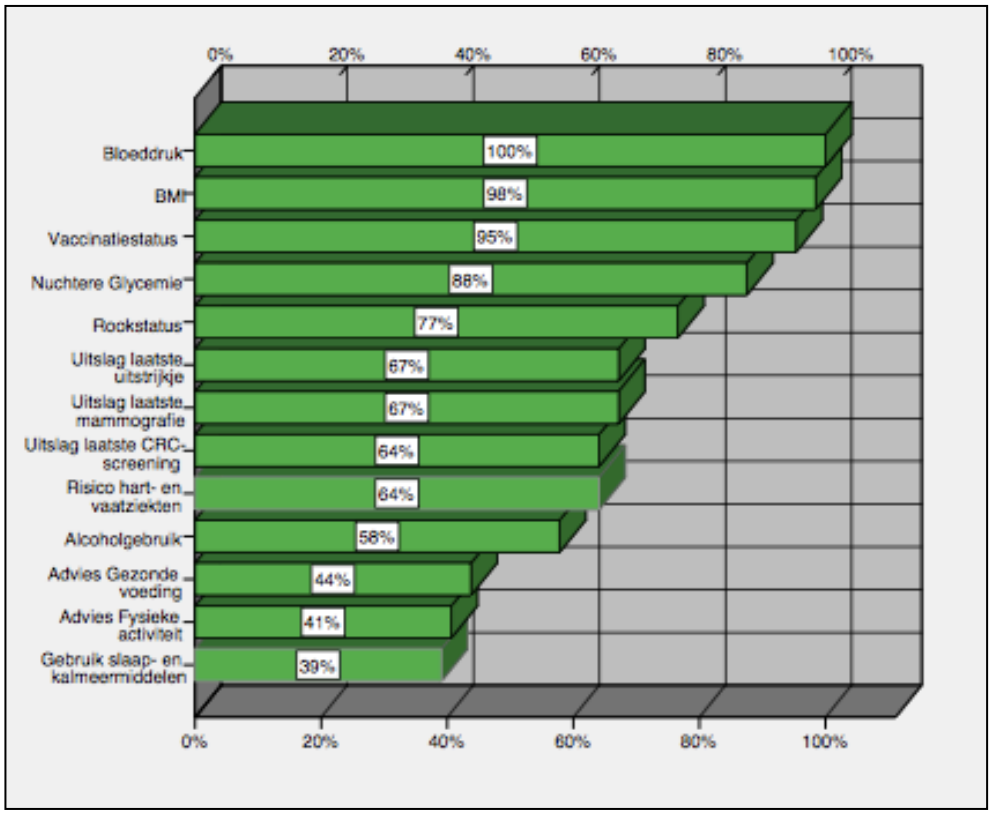
De voornaamste reden om bepaalde topics weg te laten is dat ze te tijdrovend worden bevonden door de artsen, 66% van alle respondenten geeft dit aan. Dit is ook de voornaamste reden waarom de vragenlijst niet wordt gebruikt. Voor het meten van de buikomtrek wordt ook enkele keren aangegeven dat de relevantie ervan in vraag wordt gesteld of dat men hier persoonlijk niet achter staat. Voor het niet bevragen van

depressieve klachten worden dezelfde redenen opgegeven. Daarnaast vermelden sommige artsen dat ze de ervaring missen om dit op te volgen of te behandelen.

Ondanks het feit dat er een speciaal nomenclatuurnummer bestaat om het GMD+ te vergoeden, wordt dit nog niet door alle artsen gebruikt, 21% meldt deze prestatie nooit aan te rekenen. Hiervoor worden verschillende redenen opgegeven. Sommige artsen zeggen dat ze enige schroom voelen om dit (extra) geld te vragen aan de patiënt. De meerderheid vindt echter dat ze dit niet kunnen aanrekenen omdat ze het preventieconsult niet volledig uitvoeren. In de praktijken waar men voor het preventieconsult de gezondheidsgids van Domus Medica volledig volgt, wordt het GMD+ bij 96% wel volgens het boekje aangerekend.

Registratie in dossier

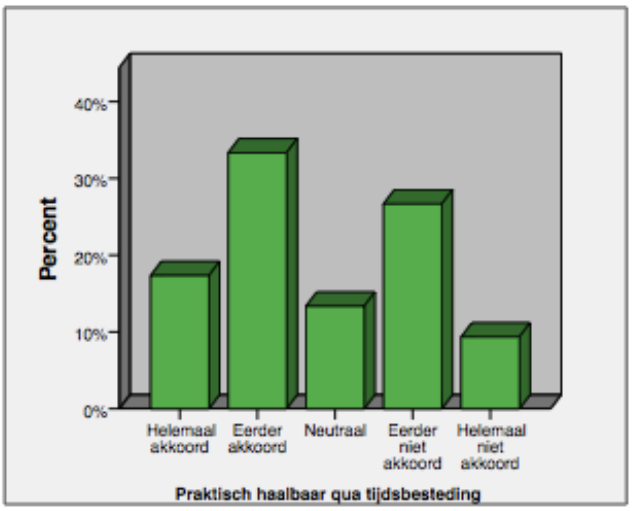
Na de verzameling van zo'n hoop gegevens worden deze idealiter ook in het elektronisch medisch dossier (EMD) bijgehouden. Er werd navraag gedaan naar de mogelijkheid tot registratie van de verschillende preventie-items in de verschillende EMD-software-programma's. De bloeddrukwaarden, BMI-waarden en vaccinatiestatus konden bij quasi alle deelnemers gemakkelijk worden geregistreerd, de nuchtere glycemie bij 88%. De rookstatus kon worden opgetekend in 3/4 van de programma's en ongeveer 2/3 geeft aan de laatste uitslagen van kankerscreening (mammografie, uitstrijkje, FOBT/coloscopie) en het (door de SCORE-tabel berekende) risico op hart- en vaatziekten te kunnen noteren. Al iets moeilijker wordt het systematisch registreren van alcoholgebruik, de huidige situatie en daaraan gekoppeld advies met betrekking tot gezonde voeding en fysieke activiteit en het gebruik van slaap- en/of kalmeermiddelen met respectievelijk 58%, 44%, 41% en 39%.



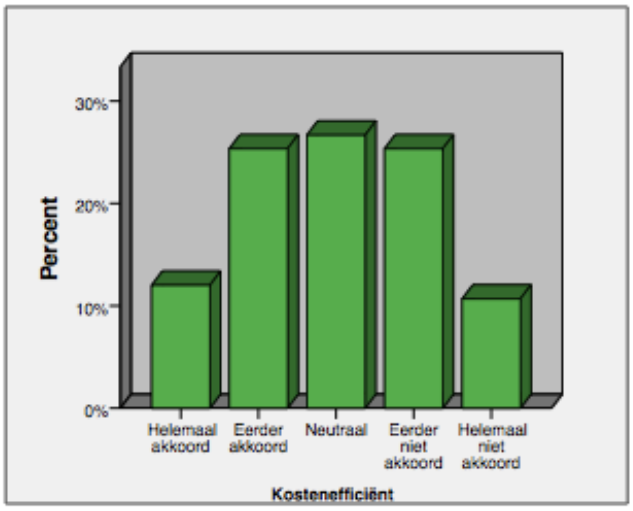
Grafiek 4: Registratie preventie-items in het elektronisch medisch dossier

Wanneer we gaan navragen of deze items ook daadwerkelijk worden genoteerd geeft 66% van de deelnemende artsen aan dit te doen. Als redenen waarom deze niet systematisch worden geregistreerd zien we 2 antwoorden vaak terugkeren: enerzijds geeft men alweer een tijdsgebrek aan, anderzijds vindt men de registratie in de software te omslachtig. Dit laatste wordt ook duidelijk uit de enquête: als we gaan kijken naar artsen die dezelfde softwaresystemen gebruiken, wordt soms per preventie-item een ander antwoord gegeven op de mogelijkheid tot registratie. Dit wil mogelijk zeggen dat deze programma's niet 100% gebruiksvriendelijk zijn of de verschillende modaliteiten niet volledig gekend zijn bij artsen die ze gebruiken.

Algemene bevindingen

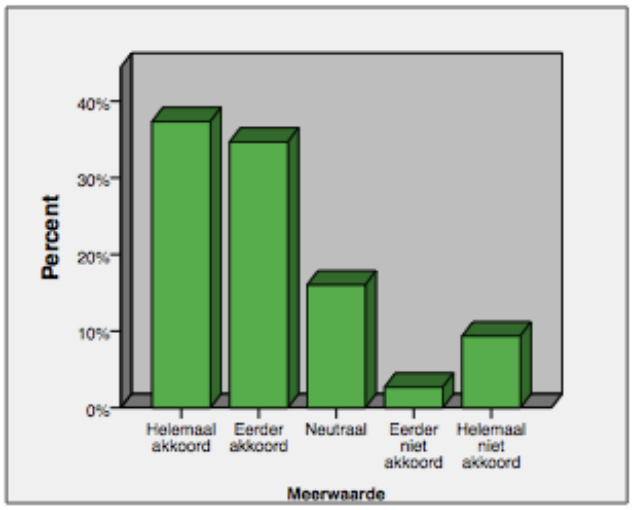


Er werd ook gepolst naar de algemene bevindingen omtrent het preventieconsult (zoals het wordt aanbevolen door Domus Medica) in zijn totaliteit. Op de vraag of de uitvoering van een dergelijk preventie-consult momenteel praktisch haalbaar is qua tijdsbesteding, antwoordt men verdeeld. De helft van de artsen is (helemaal) akkoord met deze stelling, maar meer dan een derde echter deelt deze mening echter niet. Als men deze groepen wat meer onder de loep gaat nemen, ziet men dat de helft van de soloartsen aangeeft dat ze de uitvoering van het preventieconsult zoals het nu wordt opgegeven door het GMD+ niet haalbaar vinden qua tijdsbesteding. Dit is een significant verband (p=0,03). De medewerking van een verpleegkundige of secretaresse aan het preventieconsult is niet bepalend voor de perceptie van de tijdsbesteding (p=1 respectievelijk p=0,76).



Een tweede stelling bevroeg of men akkoord was dat het organiseren en uitvoeren van het preventieconsult in zijn totaal kostenefficiënt is. De meningen bleven hier meer normaal verdeeld met ongeveer een kwart van de deelnemers die neutraal antwoorden, 36% van de artsen die (helemaal) niet akkoord gaan en 37% die wel (helemaal) akkoord gaan. Een opvallende bevinding is dat binnen de groep artsen die het GMD+ met het specifieke nomenclatuurnummer aanrekent, drie kwart vindt dat het preventieconsult een kostenefficiënte onderneming is. Bij diegenen die dit niet aanrekenen vinden we exact het tegenovergestelde, drie kwart is dan niet akkoord met deze stelling (p<0,001).

Een laatste stelling ging over de uitspraak dat het preventieconsult een meerwaarde was voor de moderne huisartspraktijk. Hier zijn de opinies meer eensgezind: 37% zegt helemaal akkoord te gaan, 35% is eerder akkoord, samen goed voor meer dan 2/3 van de deelnemende artsen. De artsen die het geen meerwaarde vinden, bieden het preventieconsult wel nog aan, maar niemand doet het systematisch, enkel bij vermoeden van een klinische relevantie of wanneer de vraag zich stelt binnen een andere consultatie. De groep van artsen die het preventieconsult geen meerwaarde vinden, bestaat voornamelijk uit solo- en duopraktijken (79%). Als we omgekeerd gaan kijken vindt in totaal ongeveer een kwart van de artsen werkzaam in een solo- of duopraktijk dat deze vorm van het preventieconsult geen meerwaarde biedt voor de praktijkvoering, dit in tegenstelling tot de grotere groepspraktijken en de wijkgezondheidscentra, waar slechts 4% niet akkoord is met de stelling (p=0,025). Andere kenmerken van de artsen die niet akkoord zijn, zijn dat er minder vaak een praktijkopleider werkzaam is (p=0,001) en dat ze minder vaak tot niet beschikken over medewerkers in de praktijk zoals een secretaresse (p=0,028) of een diëtiste (p=0,054). Men zou kunnen vermoeden dat de praktijkligging ook correleert met deze zienswijze gezien er 8 van deze 9 ‘tegenstanders’ in een niet-stedelijke omgeving gevestigd zijn of dat de afwezigheid van een verpleegkundige ook een invloed kan hebben (hoewel dit geen significante associaties zijn met respectievelijk p=0,26 en p=0,19) .



Discussie

Beperkingen/ limitaties van de studie

Allereerst werd bekeken of deze groep respondenten representatief is voor de gemiddelde huisartsenpraktijk in Vlaanderen. Een vierde van de deelnemende artsen is werkzaam in een solopraktijk. Dit is een opvallend kleinere groep in vergelijking met het Vlaamse huisartsenlandschap, waarin 72,3% nog solo werkte in 2009[5]. 58% van de respondenten is actief in een opleidingspraktijk (hier is of was een HAIO werkzaam), wat een veel groter percentage is vergeleken met de huisartsenpraktijken in Vlaanderen. Dit kan waarschijnlijk worden verklaard door de uitnodigingsstrategie (cfr. infra). Er is wel een goede spreiding qua locatie van de praktijken met gelijk opgaande aantallen van praktijken in landelijk, voorstedelijk en stedelijk gebied. Cijfers over de spreiding van de huisartspraktijken in Vlaanderen werden niet gevonden.

In de enquête gaf slechts 4,2% van de artsen aan nooit aan preventie te doen. Het is mogelijk dat de huisartsen die minder positief staan tegenover preventieve gezondheidszorg niet hebben deelgenomen aan de enquête en dat deze motivationele bias dus een onderschatting geeft van bv. de mogelijke barrières en een overschatting van de veralgemeenbaarheid van sommige bevindingen omtrent het preventieconsult.

In sommige groepen werden maar lage aantallen bereikt (bv. maar 4 artsen uit wijkgezondheidscentra) en daarom is het soms moeilijk om conclusies te trekken voor deze groepen.

Er is een mogelijke selectiebias: het aanschrijven van de huisartsen gebeurde enkel via het internet. Vijfentwintig willekeurig geselecteerde huisartsenkringen werden aangeschreven, maar gezien de respons hier maar matig was, werden ook collega-haio's aangesproken om de uitnodiging voor deelname aan de enquête door te sturen naar hun opleidingspraktijk en hun huisartsenkringen. Dit geeft mogelijk een groter aandeel opleidingspraktijken en modernere praktijken die gemakkelijk te bereiken zijn via e-mail.

Toekomstig onderzoek zou methodologisch meer inspanningen moeten leveren om de groep artsen te bereiken die het preventieconsult nog niet uitvoert. Ook zouden mogelijk meer solo-artsen en niet-opleidingspraktijken moeten worden geïncludeerd.

We hebben geen idee hoeveel huisartsen uiteindelijk de uitnodigende e-mail hebben ontvangen en dus hoeveel mogelijke respondenten bereikt zijn. Daarom kan geen uitspraak gedaan worden over de relatieve participatie aan de online enquête.

Er was geen plaats voorzien voor vrije tekst. Dit was mogelijk handig geweest om de huisartsen te bevragen over mogelijke suggesties om het preventieconsult te ondersteunen of hoe hun eigen drempels weg te werken.

Bespreking resultaten

Hoewel het al een tijd bekend is dat systematisch georganiseerde screeningsprogramma's efficiënter zijn (ten opzichte van een opportunistische aanpak), slaagt slechts 16% van de artsen in deze studie er in om het preventieconsult zo te organiseren. Allereerst overlopen we welke factoren een **bevorderende invloed** kunnen hebben op een systematische uitvoering.

Een eerste parameter waar een duidelijke samenhang werd gevonden met de wijze waarop het preventieconsult wordt uitgevoerd, is de **praktijkvorm**. De solo-artsen voeren allen het preventieconsult opportunistisch uit. Dit is in overeenstemming met de internationale literatuur[22]. Er wordt tevens meer aan systematische preventie gedaan in de praktijken gelegen in stedelijk gebied.

Niet het hebben van een secretariaat, maar wel de aanwezigheid van een **praktijkverpleegkundige** staat in verband met het systematisch uitvoeren van preventie. In verschillende landen wordt reeds gewerkt met verpleegkundigen voor het uitvoeren van preventieve gezondheidsacties. In een recent praktijkverbeterend project in de forfaitaire groepspraktijk De Bres werd het preventieconsult gedelegeerd naar praktijk-verpleegkundigen en kon men besluiten dat dit een tijdrovende, maar succesvolle interventie was, met grote patiëntentevredenheid[23]. De vraag is maar of dit met de huidige financiële tegemoetkomingen (Impulseo II, dat tussenkomt in de helft van de kosten van een praktijkassistente[24] en de bijkomende tarificatiecode voor het GMD+) een kostenefficiënte onderneming zal blijken voor de niet-forfaitaire praktijken.

Na onze literatuurstudie mogen we besluiten dat de **gezondheidsgids** van Domus Medica een handig hulpmiddel kan zijn voor de arts om het preventieconsult volgens de vereisten van het GMD+ uit te voeren. In deze studie werd gevonden dat van alle artsen die het preventieconsult uitvoeren, 59% de gezondheidsgids volledig gebruiken. Zevenentwintig procent baseert zich hierop, maar laat enkele onderwerpen weg en slechts 11% gebruikt hem niet. Onder de niet-gebruikers zitten voornamelijk solo-praktijken en artsen die opportunistisch screenen. Dit staat in contrast met de bevindingen na het pilootproject in Malle en Zoersel, waar voornamelijk de solo-artsen de grootste groep gebruikers waren. Er werd geopperd dat deze groep misschien het meest nood had aan kant-en-klare systemen[5]. In deze studie werd ook gevonden dat de artsen die het preventieconsult systematisch georganiseerd aanbieden, allen de gezondheidsgids gebruiken, de overgrote meerderheid zelfs volledig. Dit laat ons vermoeden dat de gids inderdaad een zeer goed hulpmiddel is om deze voorgeschreven preventieve zorg systematisch te kunnen aanbieden.

Vervolgens werd nagegaan welke factoren eerder een **inhiberend effect** hebben op het uitvoeren van een (systematisch georganiseerd) preventieconsult. Slechts 4 van de 95 artsen die deelnamen aan de enquête geven aan nooit een preventieconsult uit te voeren, drie van hen verklaren dat dit is omwille van **tijdsgebrek**. Dit is een te laag percentage om harde conclusies uit te trekken, maar het bevestigt wel de bevindingen uit voorgaande internationale onderzoeken[4,20,22]. Als we de artsen bevragen die het preventieconsult wel aanbieden, zij het opportunistisch of systematisch, vindt ook één derde het niet tot helemaal niet haalbaar qua tijdsbesteding, onafhankelijk van de mogelijke hulp waarover men beschikt. Vooral solo-artsen hebben het hier moeilijk mee.

Dezelfde reden staat ook bovenaan bij de verklaring waarom sommige onderdelen worden weggelaten uit de gezondheidsgids. De meest weggelaten onderdelen zijn het meten van de buikomtrek en het peilen naar depressieve klachten. In mindere mate ook het geven van voedings- en bewegingsadvies, het berekenen van de BMI en het rookstopconsult. Telkens wordt hier ook een tijdstekort als voornaamste reden aangehaald. Dit is tevens ook de reden waarom velen de vragenlijst uit de gezondheidsgids niet gebruiken.

Andere redenen die naar voor worden geschoven door deze artsen zijn ook gelijklopend met deze die gevonden werden in de literatuur. Als aanvullende redenen voor het niet meten van de buikomtrek en berekenen van de BMI worden namelijk ook **persoonlijke redenen** opgegeven of dat men de **relevantie** hiervan in twijfel trekt. In deze studie werd geen navraag gedaan naar het persoonlijke gezondheidsgedrag van de artsen, maar dit zou mogelijk kunnen meespelen in hun overtuiging, zoals werd gevonden in het onderzoek van Brotons[4]. Uit de toetsing aan de criteria van Wilson en Jungner blijkt echter wel dat screening naar overgewicht en obesitas waardevol kan zijn. Het is een relevant en toenemend gezondheidsprobleem. Het behandelen van deze risicofactor maakt tevens een belangrijk deel uit van het beleid bij cardiovasculaire risicoreductie en diabetes[10].

Als bijkomende barrière voor het bevragen van depressieve klachten meldt men ook het lage zelfvertrouwen als het neerkomt op de **opvolging** hiervan.

Een andere mogelijke drempel die zowel uit de literatuur als uit deze enquête blijkt, is de **financiële tegemoetkoming.** Met slechts een flink derde van de artsen die het preventieconsult als kostenefficiënt beschouwt, kunnen we besluiten dat hier ook nog werk aan de winkel is. Op dit moment kan de arts éénmaal per jaar een extra tegemoetkoming van € 10 krijgen om het preventieconsult te overlopen met zijn patiënt. Uit de enquête blijkt dat één vijfde van de artsen deze echter nog niet aanrekent, meestal omdat ze niet alle topics overlopen. Vijfennegentig procent van de artsen die de gezondheidsgids wel volledig volgen, rekenen het GMD+ wel aan. Onder de artsen die dit aanrekenen, vindt drie kwart het een kosteneffectieve onderneming. Het omgekeerde zien we bij de artsen die de vergoeding niet aanrekenen: drie kwart beoordeelt het preventieconsult dan als zijnde niet kosteneffectief. Hierdoor kunnen we vermoeden dat de tarificatie dus mogelijk wel voldoende is, op voorwaarde natuurlijk dat men dit durft aan te rekenen. Om deze weerstand weg te werken, zal men dus eerder inspanningen moeten leveren om de tijdsdruk op te lossen.

Om af te sluiten kunnen we wel stellen dat de meerderheid van de deelnemende huisartsen overtuigd zijn dat het preventieconsult een meerwaarde kan zijn voor de huisartsenpraktijk en dus voor de gezondheidszorg in het algemeen.

Mogelijke oplossingen

Winst op het gebied van **tijdsbesteding** zou kunnen geboekt worden door het invoeren van de medische gegevens en resultaten van het persoonlijk preventieplan in het EMD te vergemakkelijken. In 2013 werden reeds door het RIZIV strengere voorwaarden voor de erkenning van softwarepakketten voor het beheer van het EMD in de huisartspraktijk ontwikkeld. Hier zitten ook enkele criteria bij die betrekking hebben op het GMD+. Hierdoor zouden de EMD-programma's in de nabije toekomst het gemakkelijker moeten maken voor de arts om de resultaten van het preventieconsult uniform te registreren. Daarnaast zou het gemakkelijker worden om patiënten die tot een bepaalde doelgroep behoren op te roepen en/of de arts informeren op het moment dat een dossier van dergelijke patiënt wordt geopend[26]. Dit is dus al een goede stap in de juiste richting die hopelijk zal leiden tot een vlottere registratie in het EMD.

Een andere optie om het tijdsgebrek in te perken, zou zijn om meer te werken met (systematische) case finding. In Nederland voert men het 'PreventieConsult Cardiometabool risico' uit. Hier wordt de gehele bevolking opgeroepen om eerst een online risico-inschatting in te vullen. Enkel de hoogrisicogroepen worden hierna geadviseerd met hun uitslag naar de huisartsenpraktijk te gaan. Van de mensen die zich dan aanmelden bij de huisarts bleek in de evaluatie van de pilot één op vijf een cardiometabole aandoening te hebben, wat veel hogere percentages zijn dan in de algemene populatie[27]. Door dergelijke selectieve screening zou de werkbelasting gereduceerd kunnen worden en de opbrengst van het preventieconsult verhoogd. De vraag is wel of deze werkwijze zou kunnen toegepast worden op het GMD+. Gezien het grotere aantal screenings-onderwerpen in ons preventieconsult, rijst de vraag of dit niet te gecompliceerd zou worden.

Een ander probleem dat enkele artsen aangaven was dat ze te weinig vertrouwen hadden in hun **eigen competenties** voor de opvolging van sommige problemen zoals depressie. Hiervoor zijn initiatieven zoals de vaardigheidstraining van Domus Medica voor de LOK-groep voor het gebruik van de gezondheidsgids of het uitvoeren van het GMD+ zeer waardevolle initiatieven[25]. Ook voor diegenen die **twijfelen aan de relevantie** van bepaalde onderwerpen of om persoonlijke redenen topics weglaten kunnen deze initiatieven zeker lonen. Meer intensieve of herhaalde trainingen zoals voorgesteld in de

literatuur zouden waarschijnlijk nog een groter effect hebben. In grotere groepspraktijken zou één iemand kunnen worden aangesteld als een ‘prevention practitioner’ en zo de spilfiguur worden in de organisatie van het preventieconsult[21].

De overheid zou meer initiatieven kunnen nemen om de reeds aangeboden **financiële tegemoetkoming** (de tarificatiecode ‘GMD+’) verder aan te moedigen. De resultaten uit onze studie doen vermoeden dat deze extra vergoeding voor velen voldoende is voor het consult zelf (al dan niet in verschillende raadplegingen). Indien er oplossingen gevonden zouden worden om het preventieconsult minder tijdsintensief te maken, zouden ook meer artsen het volledig kunnen uitvoeren, en dus ook geen terughoudendheid voelen om het GMD+ aan te rekenen. Dit zou nog kunnen verbeteren als dit steeds via de derdebetalersregeling zou kunnen verlopen, aangezien sommige huisartsen wel nog aangeven enige schroom te voelen om de patiënt hiervoor nog extra geld te vragen.

Een maatregel die mogelijk op beide barrières een positief effect zou kunnen hebben, is het verhogen van de subsidies voor een praktijkverpleegkundige, al dan niet op niveau van de huisartsenkringen. Er is namelijk veel tijdswinst te halen met het beter organiseren van huisartsenpraktijken door samenwerking in groep en door het verschuiven van zorg, meer bepaald naar praktijkassistenten en verpleegkundigen. Als we over de grenzen gaan kijken, zien we dat hier al veel mee geëxperimenteerd werd. In Nederland bijvoorbeeld heeft men een opleiding tot ‘doktersassistent’ in het leven geroepen, een 3-jarige MBO-opleiding (Middelbaar Beroepsonderwijs). Het is de bedoeling dat men een combinatie krijgt van secretariaatswerk, administratieve ondersteuning en het uitvoeren van een aantal gestandaardiseerde zorgtaken zoals bloeddruk meten, injecties geven (zoals vaccinaties), cervixuitstrijkjes nemen,... Een verpleegkundige kan zich hier ook verder bekwamen tot ‘Verpleegkundig specialist preventieve zorg’. In Groot-Brittanië staat men hierin nog een stap verder. De ‘nurse practitioner’ neemt hier heel wat procedureel gestuurde taken over en ook een beperkt aantal professioneel gestuurde taken, zoals gezondheidsvoorlichting en zelfs het eerste consult met aansluitend de behandeling van courante milde aandoeningen. Zo bereiken huisartspraktijken in Nederland en het Verenigd Koninkrijk een veel grotere patiëntenpopulatie dan in België (respectievelijk twee- en driemaal zoveel)[31]. In België worden hier sinds kort ook de eerste stappen in gezet met de ontwikkeling in 2010 van een opleiding ‘Praktijkassistent’, voorlopig enkel

georganiseerd in Brussel. Na deze anderhalf jaar durende studie zouden de assistenten de huisartsen kunnen bijstaan bij onthaal, klassement, klaarzetten van medisch materiaal,...[32] Wat ons betreft is dit al een (kleine) stap in de goede richting die, naar het Nederlands of Engelse model, zeker nog verder uitgewerkt kan worden.

Een andere rol voor de overheid zou ook kunnen liggen in het verder **sensibiliseren** van de bevolking. Momenteel neemt de Vlaamse Overheid al het initiatief om de bevolking te informeren en de doelgroepen te motiveren tot deelname aan de bevolkingsonderzoeken naar borst- of darmkankerscreening. Hetzelfde zou kunnen gebeuren voor het gehele preventieconsult. Promotie van deelname hieraan zou extra kunnen gebeuren via internet of andere media zodat de patiënt zelf meer vragende partij wordt en beter gemotiveerd is[28]. Hier dient zeker wel gelet te worden op het feit dat de uitnodigingsstrategieën laagdrempelig en verstaanbaar genoeg moeten zijn om alle groepen - ongeacht socio-economische status - genoeg te motiveren. Het is namelijk vaak zo dat de groepen die het meest baat zouden kunnen hebben bij preventie, het minst worden bereikt, de zogenaamde 'preventie-paradox'. Er moet meer ondersteuning komen voor de preventieve interventies met specifieke aandacht voor minder bereikte doelgroepen op gemeenschapsniveau, maar ook op lokaal niveau, bv. in samenwerking met LOGO's en andere eerstelijnspartners[29].

<u>Verder onderzoek</u>

Verder onderzoek dient nog te gebeuren naar het uiteindelijk effect op mortaliteit en morbiditeit van dergelijke gecombineerde screeningsacties en in het bijzonder van het GMD+ en de gezondheidsgids. Het resultaat van dergelijk onderzoek zal een belangrijke invloed hebben op de voorlopige aanbevelingen die we hierboven gedaan hebben. Indien een klinisch belangrijk effect kan worden aangetoond, zal dit naar de overheid toe een sluitend argument vormen om meer geld vrij te maken om het preventieconsult te stimuleren.

Er zouden ook studies gevoerd moeten worden naar de kosteneffectiviteit van een praktijkverpleegkundige die het preventieconsult binnen de Vlaamse huisartspraktijk kan ondersteunen. Zij zouden mogelijk enkele preventieve en routinetaken gemakkelijk kunnen overnemen zonder aan kwaliteit in te boeten.

Besluit

Het is reeds geruime tijd bewezen dat veel preventieve acties in de gezondheidszorg hun nut hebben. De huisartsenpraktijk lijkt hier ook de meest aangewezen plaats voor vanwege de laagdrempeligheid en de continuïteit van de contacten. De gezondheidsgids van Domus Medica is een instrument dat de huisarts helpt met het opstellen van een persoonlijk preventieplan, conform de aanbevelingen voor het GMD+ door het RIZIV. De meerderheid van de thema's krijgen een positieve beoordeling als ze worden uitgezet tegenover de criteria voor screeningsprogramma's van Wilson en Jungner, sommigen mits enkele opmerkingen. De gezondheidsgids heeft ook een grote sensitiviteit in het opsporen van gezondheidsproblemen. Als we gaan kijken naar de effectevaluatie van het gebruik van de gezondheidsgids kunnen we besluiten dat deze zorgt voor een duidelijke bevordering van de preventiestatus alsook voor een betere registratie van patiëntkenmerken in het EMD. Uit internationale studies over de effectiviteit van gecombineerde screeningsacties kunnen we leren dat deze een verbetering kunnen geven van de cardiovasculaire risicostatus van de bevolking. Een positief effect op mortaliteit of morbiditeit kon echter nog niet worden aangetoond. De gezondheidsgids wordt beschouwd als een zeer bruikbaar instrument voor het preventieconsult uit te voeren, over de haalbaarheid er van is men het echter nog niet eens. Voornamelijk worden bezwaren gegeven over de tijdsbesteding en de ontoereikende financiële compensaties.

Uit het onderzoek gevoerd in deze ManaMa kunnen we besluiten dat de meerderheid van de deelnemende Vlaamse huisartsen het preventieconsult nog niet systematisch uitvoert. Kenmerkend voor praktijken die dit wel zo doen is dat er voornamelijk twee of meer artsen werkzaam zijn en dat ze stedelijk gelegen zijn. Een mogelijk faciliterende factor is de aanwezigheid van een praktijkverpleegkundige. Als er systematisch gescreend wordt, wordt steeds gebruik gemaakt van de gezondheidsgids, bij de meerderheid wordt hij dan volledig gevolgd. Indien er bepaalde topics worden weggelaten is dit voornamelijk omwille van tijdsgebrek, een reden die in de literatuur ook vaak terugkomt. Andere argumenten zijn twijfel aan de relevantie van het onderwerp (hoewel dit uit de literatuur onterecht blijkt), gebrek aan kennis voor de opvolging en persoonlijke redenen.
Uit de bevraging van het financiële aspect kunnen we stellen dat de jaarlijkse vergoeding per patiënt voor het GMD+ mogelijk voldoende is, alleen durven vele artsen dit niet

aanrekenen aangezien ze het consult niet volledig volgens het boekje afwerken. De overheid zou dus meer kunnen inzetten op ondersteuning van het preventieconsult. Een mogelijk efficiënte oplossing zou een hogere financiële vergoeding voor een praktijkverpleegkundige kunnen zijn. Andere voorstellen voor de overheid zijn het opzetten of ondersteunen van grootschalige uitnodigingsstrategieën (met speciale aandacht voor demografisch en socio-economisch moeilijk bereikbare doelgroepen) en het verder aanmoedigen van bruikbare preventiemodules in het EMD. De arts wordt aangeraden bijscholingen of vaardigheidstrainingen te volgen zoals Domus Medica er één aanbiedt. Een andere mogelijke aanpak voor het tijdstekort zou ook kunnen liggen in een selectieve screening. Zo zouden enkel de hoogrisicogroepen worden aangeraden de huisarts op te zoeken voor het preventieconsult.

We kunnen besluiten dat de gezondheidsgids een goed instrument is om het preventieconsult uit te voeren zoals het wordt aanbevolen door het GMD+. Er is echter nood aan meer ondersteuning om dit in elke huisartsenpraktijk systematisch uit te voeren. De belemmerende factoren zijn duidelijk. Als de positieve gevolgen van gecombineerde screeningsacties zoals het preventieconsult groot genoeg blijken te zijn, dient de overheid bovengenoemde barrières zeker aan te pakken. Onder andere het verhogen van de subsidies voor een praktijkverpleegkundige zou de werklast voor de huisartsen kunnen verminderen.

Bibliografie

1. VLAAMS AGENTSCHAP ZORG EN GEZONDHEID. Gestandaardiseerde sterfte: invloed van verschillende doodsoorzaken 2001-2010.
2. OESO. OECD Health Data (juni 2013).
3. VLAAMS AGENTSCHAP VOOR ZORG EN GEZONDHEID. Beleid Preventieve Gezondheidszorg. Online te raadplegen via: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/.
4. BROTONS C., BJORKELUND C., BULC M., CIURANA R., GODYCKI-CWIRKO M., JURGOVA E., et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. Prev Med. 2005 May;40(5):595-601.
5. BAETEN R. PILOOTPROJECT GEZONDHEIDSGIDS IN DE GEMEENTEN MALLE EN ZOERSEL. Februari 2009 - Maart 2010 EVALUATIE.
6. PIL L., FOBELETS, M, PUTMAN K., ANNEMANS L.. De kosteneffectiviteit van bevolkingsonderzoek naar baarmoederhals-, borst- en dikkedarmkanker: een systematische review van de internationale literatuur. Een studie voor de Vlaamse Overheid (november 2013)
7. Online te raadplegen via: http://www.riziv.be/care/nl/doctors/collaboration/dmg-gmd/index.htm. o.a. “Checklist van de preventiemodule GMD” Laatst geraadpleegd januari 2014
8. BAETEN R., GOVAERTS F., JACOBS L. DOMUS MEDICA. De gezondheidsgids. Handleiding voor preventie in de huisartsenpraktijk (laatste update 2014).
9. WILSON JMG, JUNGNER G. Principles and practice of screening for disease. Public Health Papers nr 34. Geneva: WHO, 1968.
10. DE CORT P., De gezondheidsgids van Domus Medica: een kritische beschouwing [eindwerk] KU Leuven. 2011
11. TRASTAERT E., Implementatie van de Gezondheidsgids van Domus Medica in de praktijk. . Masterproef huisartsgeneeskunde. Universiteit Gent, 2012
12. VERDONCK A., Preventie: Hoe goed denkt de patiënt opgevolgd te worden? Kan deze opvolging verbeterd worden door het GMD+? Masterproef huisartsgeneeskunde. KU Leuven, 2013
13. PAUWELS L., Introductie van de Gezondheidsgids in de praktijk. Masterproef huisartsgeneeskunde. 2011
14. MENNES S., GMD-plus: een recept voor de praktijk. Masterproef huisartsgeneeskunde. KU Leuven, 2013
15. DE CLERCK K., Invoeren van een "Preventie-call" in de huisartsenpraktijk. . Masterproef huisartsgeneeskunde. Universiteit Antwerpen, 2012
16. COCHRANE T., DAVEY R., IQBAL Z., GIDLOW C., KUMAR J., CHAMBERS R., et al. NHS health checks through general practice: randomised trial of population cardiovascular risk reduction. BMC public health. 2012;12:944.
17. KROGSBOLL L.T., JORGENSEN K.J., GRONHOJ LARSEN C., GOTZSCHE P.C. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ. 2012;345:e7191.
18. VERHAEGEN S., Is de implementatie van de preventiemodule kwaliteitsverbeterend voor een huisartsenpraktijk? Blik op de implementatie van de preventiemodule in een Belgische huisartsenpraktijk. Masterproef huisartsgeneeskunde. KU Leuven, 2012
19. VANHULSEL S., Het GMD+ in onze praktijk. Masterproef huisartsgeneeskunde. KU Leuven,

20. GEENSE W.W., VAN DE GLIND I.M., VISSCHER T.L., VAN ACHTERBERG T. Barriers, facilitators and attitudes influencing health promotion activities in general practice: an explorative pilot study. BMC family practice. 2013;14:20.

21. GRUNFELD E., MANCA D., MOINEDDIN R., THORPE K.E., HOCH J.S., CAMPBELL-SCHERER D., et al. Improving chronic disease prevention and screening in primary care: results of the BETTER pragmatic cluster randomized controlled trial. BMC family practice. 2013;14:175.

22. WALTER U., FLICK U., NEUBER A., FISCHER C., HUSSEIN R.J., SCHWARTZ F.W. Putting prevention into practice: qualitative study of factors that inhibit and promote preventive care by general practitioners, with a focus on elderly patients. BMC family practice. 2010;11:68.

23. SMEETS M, RONSE J, VAN LINDEN A, SEUNTJENS L, AERTGEERTS B. Het verpleegkundig preventieconsult. Resultaten van een praktijkverbeterend project. Huisarts Nu 2013;42:249-53

24. RIZIV. Impulseo II - Financiering bediende voor huisartsgroeperingen. Te raadplegen via: http://www.riziv.be/care/nl/doctors/specific-information/impulseo/index_impulseoII.htm

25. DOMUS MEDICA. Vaardigheidstraining gezondheidsgids/GMD+ voor de LOK-vergadering. Te raadplegen via: http://www.domusmedica.be/documentatie/gezondheidsgids/4039-gratis-vaardigheidstraining-gezondheidsgidsgmd-voor-uw-lok.html

26. Criteria voor de registratie van softwarepakketten voor huisartsen in 2013. Te raadplegen via: https://www.ehealth.fgov.be/nl/registratie-van-de-medische-softwarepakketten

27. NIELEN MMJ, VAN DER MEER V, SCHELLEVIS FG, NIVEL. Evaluatie pilot PreventieConsult cardiometabool risico.

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

29. VANDENBERGHE, AVONTS D., WILLEMS S. Preventieve interventies door een equity-bril. Een gelijke gezondheidswinst voor iedereen? Huisarts Nu 2013;42(5)

30. FEDERAAL KENNISCENTRUM VOOR DE GEZONDHEIDSZORG. KCE Reports 11A: Borstkankerscreening. 2005

31. HOERÉE T, GROUWELS D, CUYPERS R, HEYRMAN J. De huisartspraktijk herbekeken: een visiedocument. Berchem: Domus Medica, project HUSAM; 2006.

32. Artikel online te raadplegen via: http://universitaireassociatiebrussel.be/opleiding-huisartsenpraktijkassistent-een-must-in-brussel/ Publicatie 05/03/2012

Bijlage 1: online enquête

Geachte dokter,

In het kader van onze opleiding tot huisarts dienen wij een ManaMa-scriptie te maken. Wij zouden graag een onderzoek voeren naar het gebruik van het GMD+ (de preventiemodule) in de Vlaamse huisartspraktijken en de mogelijke manieren om zo'n preventieconsult te implementeren. Dit onderzoek wordt uitgevoerd dmv vragenlijsten, en dit is dan ook de reden waarom wij u vandaag aanschrijven.

Het invullen van de vragenlijst zal maximaal een vijftiental minuten van uw tijd in beslag nemen. Alhoewel uw deelname niet verplicht is, is ze van onschatbare waarde voor de dataverzameling van dit onderzoek. Wij zouden u uiterst dankbaar zijn voor uw medewerking.

Vanzelfsprekend is uw anonimiteit strikt gewaarborgd. Bovendien worden de bekomen resultaten enkel door de onderzoekers ingekeken.
Alhoewel de kans zeer klein is dat u door het invullen van deze vragenlijst enige schade oploopt, verplicht de wet van 7 mei 2004 (inzake experimenten op de menselijke persoon) ons een foutloze aansprakelijkheidsverzekering af te sluiten. Ook voor deze eenvoudige gegevensverzameling werd deze plicht vervuld.

Van harte hopend op uw positieve respons, danken wij u alvast oprecht voor uw interesse.

Met collegiale hoogachting,

Dr. Jessie Delaere, Universiteit Leuven
Dr. Peter Smet, Universiteit Antwerpen
Dr. Julie Roobroeck, Universiteit Gent

Wij zouden graag beginnen met u enkele vragen te stellen omtrent u en uw praktijk.

Uw praktijk is een: *

- ○ Solopraktijk
- ○ Duopraktijk
- ○ Groepspraktijk (3 artsen of meer)
- ○ Gezondheidscentrum

In uw praktijk werkt een PraktijkOpleider, al dan niet met HAIO: *

- ○ Ja
- ○ Neen

Werken er nog andere mensen in uw praktijk buiten de arts(en):

- ☐ Secretaresse/Secretaris
- ☐ Diëtiste
- ☐ Verpleegkundige
- ☐ Psycholoog
- ☐ Kinesist
- ☐ Tabacoloog
- ☐ Andere:

Werken er andere mensen buiten de arts(en) mee aan het preventieconsult*?
(*met preventieconsult bedoelen we gelijk welke consultatie met het oog op preventie, dit is ook o.a. een nuchtere glycemiebepaling zonder klachten, een SCORE-bepaling,...)

- ☐ Secretaresse/Secretaris
- ☐ Diëtiste
- ☐ Verpleegkundige
- ☐ Psycholoog
- ☐ Kinesist
- ☐ Tabacoloog
- ☐ Extern labo
- ☐ Andere:

Uw praktijk is gelegen: *

- ◯ Op het platteland
- ◯ In voorstedelijk gebied
- ◯ In een stad

Uw praktijk is gelegen: *

- ◯ Op het platteland
- ◯ In voorstedelijk gebied
- ◯ In een stad

Het aantal patiënten uit de doelgroep van de preventiemodule (45-75 jaar) in uw praktijk bedraagt ongeveer: *

- ◯ <500
- ◯ 500-1000
- ◯ 1000-2000
- ◯ 2000-3000
- ◯ >3000

Nu volgen er enkele vragen omtrent het preventieconsult.

Hoe past u preventie toe in uw praktijk: *

- ◯ Systematisch preventieconsult op actieve uitnodiging
- ◯ Opportunistisch preventieconsult (in de context van een andere consultatie, bij vermoeden van klinische relevantie)
- ◯ Enkel op vraag van de patiënt
- ◯ Nooit

Hoe worden de patiënten uitgenodigd voor het preventieconsult?

- ☐ Mondeling, bij vernieuwen GMD
- ☐ Mondeling, tijdens een ander consult
- ☐ Schriftelijke uitnodigingsbrief
- ☐ Telefonisch (eventueel door secretaresse)
- ☐ Tablet in wachtzaal
- ☐ Brochure / folder /poster/ ... in wachtzaal
- ☐ Online
- ☐ Andere: [ ]

Werkmethode preventieconsult

Volgt u de gezondheidsgids, zoals opgesteld door Domus Medica? *

- ◯ ja, volledig
- ◯ nee, ik baseer mij hier op maar behandel niet alle topics
- ◯ nee

Met de volgende tabel proberen we te onderzoeken hoe het volledige preventieconsult praktisch in z'n werk gaat en of dit mogelijks gespreid wordt over meerdere consultaties.
Gelieve dus in te vullen wat er wanneer gebeurt bij een patiënt waar u een preventieconsult bij voert (indien aangewezen voor deze desbetreffende patiënt).
Indien u een item wel uitvoert/ter sprake brengt, maar niet in het kader van een gesystematiseerd preventieconsult, klikt u op 'apart'.

	Voor het eerste contact met de arts (eventueel door verpleging, labo, praktijkassistent, secretariaat)	Tijdens eerste consult	Tijdens tweede consult	Komt in de latere planning	Apart	Gebeurt niet ikv preventie	andere/opmerkingen:
Invullen vragenlijst	○	○	○	○	○	○	
Bloeddrukmeting	○	○	○	○	○	○	
Bloedafname	○	○	○	○	○	○	
Urinestaal	○	○	○	○	○	○	
Rookstopconsult	○	○	○	○	○	○	
Berekenen BMI	○	○	○	○	○	○	
Buikomtrek meten	○	○	○	○	○	○	
Voedings- en bewegingsadvies	○	○	○	○	○	○	
Vaccinaties (tetanus/influenza/...)	○	○	○	○	○	○	
Mammografie	○	○	○	○	○	○	
Uitstrijkje	○	○	○	○	○	○	
Colonrectale kanker-screening	○	○	○	○	○	○	
Peilen naar gebruik alcohol	○	○	○	○	○	○	
Peilen naar depressieve klachten	○	○	○	○	○	○	
Enkel/arm index	○	○	○	○	○	○	
EKG	○	○	○	○	○	○	
Longfunctiemeting	○	○	○	○	○	○	

Wat zijn uw redenen om bepaalde topics weg te laten?

- ☐ Te tijdrovend
- ☐ Niet klinisch relevant
- ☐ Gebrek aan ervaring voor de opvolging/behandeling
- ☐ Sta ik persoonlijk niet achter
- ☐ Andere:

Rekent u na een preventieconsult het GMD+ aan (met specifieke tarificatiecode 102395)? *

- ◯ Altijd
- ◯ Nooit, omdat: _____
- ◯ Soms. Wanneer wel/niet: _____

Welk medisch software-systeem wordt in uw praktijk gebruikt? *

- ◯ HealthOne
- ◯ Epicure
- ◯ MediDoc
- ◯ OmniWin
- ◯ MedSoft
- ◯ Accrimed
- ◯ SoSoeMe
- ◯ Medigest
- ◯ Le Généraliste
- ◯ OmniPro
- ◯ Medinote
- ◯ Pricare
- ◯ Prodoc
- ◯ iCure
- ◯ MediWin
- ◯ Socrate
- ◯ Windoc
- ◯ Andere: _____

Bestaan er bij uw huidig software-systeem mogelijkheden om de verschillende preventie-items systematisch te registreren?

- ☐ Bloeddruk
- ☐ Bepaling van het procentueel risico op hart- en vaatziekten (obv SCORE-tabel)
- ☐ Rookstatus
- ☐ Advies gezonde voeding
- ☐ Advies fysieke activiteit
- ☐ BMI
- ☐ Nuchtere glycemie
- ☐ Vaccinaties tegen tetanus/difterie, influenza en pneumokokken
- ☐ (Uitslag) laatste mammografie
- ☐ (Uitslag) laatste uitstrijke
- ☐ (Uitslag) laatste screening colorectale kanker (occult bloedbepaling/ coloscopie)
- ☐ Alcoholgebruik
- ☐ Gebruik van slaap- en kalmeermiddelen
- ☐ Opmerkingen: _____

Zo ja, worden deze in uw praktijk systematisch geregistreerd?

- ◯ Ja
- ◯ Nee, omdat: _____

Bestaat er in uw huidig software-systeem de mogelijkheid om kattebelletjes/herinneringen in te stellen mbt preventie. *

- ◯ Ja
- ◯ Nee

Geef uw mening over volgende stellingen:

Het preventieconsult in zijn totaliteit (zoals aanbevolen door domus medica) is praktisch haalbaar voor de huisarts qua tijdsbesteding *

- ○ Helemaal akkoord
- ○ Eerder akkoord
- ○ Neutraal
- ○ Eerder niet akkoord
- ○ Helemaal niet akkoord.

Het preventieconsult in zijn totaliteit (zoals aanbevolen door domus medica) wordt door u als kostenefficiënt ervaren (honoraria GMD+ versus kosten uitnodiging,...) *

- ○ Helemaal akkoord
- ○ Eerder akkoord
- ○ Neutraal
- ○ Eerder niet akkoord
- ○ Helemaal niet akkoord.

Het preventieconsult in zijn totaliteit (zoals aanbevolen door domus medica) is voor uw praktijk een meerwaarde: *

- ○ Helemaal akkoord
- ○ Eerder akkoord
- ○ Neutraal
- ○ Eerder niet akkoord
- ○ Helemaal niet akkoord.

Wat zijn voor u redenen om niet mee te doen aan screening?

- ☐ Te tijdrovend
- ☐ Niet klinisch relevant voor mijn populatie patiënten
- ☐ Gebrek aan ervaring voor de opvolging/behandeling
- ☐ Sta ik persoonlijk niet achter
- ☐ Andere

Van harte bedankt voor het invullen van deze vragenlijst. Indien u nog vragen heeft of geïnteresseerd bent in de resultaten van onze studie, aarzel dan niet contact op te nemen dmv een e-mailtje: julie.roobroeck@UGent.be

Dr. Jessie Delaere, Universiteit Leuven

Dr. Peter Smet, Universiteit Antwerpen

Dr. Julie Roobroeck, Universiteit Gent