Gebruik van het GMD+ in een solopraktijk

Dr. Michael Bosschaerts, Universiteit Antwerpen

Promotor: Sibyl Anthierens, Universiteit Antwerpen

Co-promotor: Dr. Niels Adriaenssens, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Context:

Het preventieve luik maakt in toenemende mate deel uit van het takenpakket van de huisarts. Met het GMD+-project probeert de overheid de preventie in alle praktijken te stimuleren. In onze praktijk wordt daar momenteel weinig gebruik van gemaakt, voornamelijk wegens tijdsgebrek en onvoldoende administratieve ondersteuning. In dit kwaliteitsverbeterproject willen we aan de hand van de gezondheidsgids de preventie in onze praktijk opwaarderen.

Onderzoeksvraag:

In dit project hebben we vier doelstellingenvragen uitgekozen waarmee we zullen werken.

1) Wat is volgens de huidige literatuur de meest effectieve manier om de GMD+ vragenlijst in te laten vullen. Kan de tablet met de GMD+ vragenlijst die we in onze praktijk voorhanden hebben een meerwaarde bieden?
2) Hoe staat het momenteel met preventie in onze praktijk en in welke mate staat het genoteerd in het EMD?
3) Hoe evolueert de preventie en de mate waarin het in het EMD genoteerd staat na een periode van intensief werken met de GMD+ vragenlijst?
4) Wat heeft het GMD+ project concreet betekent voor onze solopraktijk?

Methode:

Via een literatuuronderzoek wordt gezocht naar een antwoord op onze eerste vraag. Er wordt in de praktijk een nulmeting uitgevoerd waarbij de noodzakelijke gegevens bij aanvang van het project uit het EMD van de praktijk gefilterd worden. Nadien gaat de actieperiode van start waarin we opportunistisch de patiënten uitnodigen voor het invullen van de GMD+ vragenlijst; ook worden de patiënten uitgenodigd voor een preventieconsult waarin de vragenlijst individueel besproken wordt. In de laatste fase worden dezelfde parameters in het EMD opgezocht om de evolutie van deze parameters tijdens ons project na te gaan.

Resultaten:

Uit de literatuur blijkt dat een preventieconsult de hoogste respons krijgt als het door de arts opportunistisch aangeboden wordt. Wel staat er een belangrijke tijdsinvestering tegenover.

De gegevens omtrent preventie in de praktijk waren bij aanvang beperkt. Vele gegevens stonden op foutieve plaatsen in het EMD.

In dit praktijkproject zien we een toename voor alle gekozen parameters.

Conclusies:

Het stelselmatig opportunistisch aanbieden van de GMD+ vragenlijst is nuttig geweest voor de preventie in deze praktijk. We bereikten een hoge respons met onze aanpak, namelijk 218 patiënten vulden tijdens dit praktijkproject de GMD+ vragenlijst in. 80% van deze patiënten kwam nadien op preventieconsultatie.

Het doel van dit kwaliteitverbeterproject werd bereikt; voor alle uitgekozen preventieparameters werd tijdens dit project een vooruitgang gezien in het EMD.

ICPC: A 98 Preventie

Email: bosschaerts.michael@gmail.com

Inhoudstafel

Inleiding 4

Literatuurstudie 6

Inleiding 6
Methode 6
Resultaten 6
Bespreking 6
Besluit 8

Methode 10

a. Nulmeting 10
b. Actie 11
c. Nameting 12
d. Analyse resultaten 12
e. Extra analyse PREV2014 12

Resultaten 13

Nulmeting 13
Nameting 14
Extra analyse (bijlage 5) 15

Bespreking 17

Algemeen 17
Exclusiecriteria 17
Nulmeting en Nameting 17
Extra analyse 20
Korte vergelijking met studie Morreel S. (3) uit Huisarts NU 22

Persoonlijke beschouwing 23

Bronnen 25

Bijlagen 26

Inleiding

De huisarts staat als gezondheidswerker op de eerstelijn centraal in de gezondheidszorg. Het doel van de huisartsgeneeskunde is om, in samenspraak met de patiënt en rekening houdend met de volledige context van de patiënt, het beleid voor die patiënt te bepalen.

Uiteraard is een belangrijk onderdeel van de huisartsgeneeskunde het curatieve aspect, maar ook het preventieve aspect maakt in toenemende mate deel uit van het takenpakket van de huisarts, onder meer omdat ook het deel van chronische zorg steeds verder groeit in de eerste lijn. Verscheidene aandoeningen komen pas tot uiting op latere leeftijd, maar kunnen door het tijdig opsporen en behandelen van risicofactoren voorkomen worden of sneller gestabiliseerd worden. Dankzij deze preventieve maatregelen kan de levensverwachting en levenskwaliteit van de populatie sterk stijgen en zullen ook de gezondheidskosten voor deze populatie verminderen.

Met het GMD (Globaal Medisch Dossier) en het GMD+ project probeert de overheid de preventie in alle praktijken te stimuleren. Het GMD met preventiemodule, het zogenaamde GMD+, is vanaf 1 april 2011 mogelijk voor alle patiënten die bij de huisarts een GMD hebben en die tussen de 45 en 75 jaar zijn (nomenclatuurnummer 102395).

De huisarts moet hiervoor een door het RIZIV vastgelegde checklist overlopen en in het EMD (Elektronisch Medisch Dossier) opnemen.

In onze praktijk, een in Wuustwezel gelegen solopraktijk met HAIO, wordt daar momenteel zeer weinig gebruik van gemaakt, voornamelijk wegens tijdsgebrek en onvoldoende administratieve ondersteuning. Uit mijn ondervindingen uit stages en coschappen blijkt onze situatie hierin geen alleenstaand geval en kunnen ook vele andere (solo)praktijken onvoldoende preventie aanbieden aan de eigen patiëntenpopulatie.

Om hierin tegemoet te komen heeft Domus Medica een gezondheidsgids ontwikkeld die dient als instrument om het GMD+ kwaliteitsvol in te vullen. Het effect van deze vragenlijst werd in andere masterproeven al bestudeerd en hier kon men besluiten dat deze gemakkelijk in gebruik was en ook nuttig bleek om mee te werken om een betere preventie in de praktijk te verkrijgen. Wel stond er dan steeds een belangrijke tijdsinvestering tegenover. Op deze moment werd er voornamelijk gekeken naar de voordelen van het gebruik van het GMD+ in groepspraktijken. Momenteel is er veel minder informatie te vinden over het gebruik van het GMD+ in de solopraktijk.

In dit kwaliteitsverbeterproject zouden we aan de hand van de gezondheidsgids de preventie in onze praktijk willen opwaarderen. Als basis om ons kwaliteitsverbeterproject rond op te bouwen maken we gebruik van het “IHI model for Improvement” (1). Via dit model kiezen we om in dit kwaliteitsverbeterproject rond drie kernvragen te werken.

A .Wat proberen we te bereiken?

Doel van dit verbeterproject is het verhogen van de preventiegraad in de praktijk.

B .Hoe gaan we weten dat een verandering een verbetering is?

Vermits het verhogen van de preventiegraad de doelstelling is, zal een verbetering duidelijk worden door een toename van preventieve parameters in elk EMD afzonderlijk. Elke toename van preventieve parameters kan dusdanig als verbetering tellen.

C .Welke verandering kunnen we uitvoeren die zal leiden tot een verbetering?

We verwachten dat het stelselmatig invoeren van de GMD+ vragenlijst die ons aangereikt wordt door Domus Medica een tijdsefficiënte methode is om aan preventie te doen in een praktijk.

Om dit verder concreet na te gaan hebben we vier doelstellingenvragen uitgekozen waarmee we in dit project zullen werken.

1) Wat is volgens de huidige literatuur de meest effectieve manier om de GMD+ vragenlijst in te laten vullen. Kan de tablet met de GMD+ vragenlijst die we in onze praktijk voorhanden hebben een meerwaarde bieden?
2) Hoe staat het momenteel met preventie in onze praktijk en in welke mate staat het genoteerd in het EMD?
3) Hoe evolueert de preventie en de mate waarin het in het EMD genoteerd staat na een periode van intensief werken met de GMD+ vragenlijst?
4) Wat heeft het GMD+ project concreet betekent voor onze solopraktijk?

Als eerste stap willen we nagaan welke methodes in de literatuur beschreven staan om gebruik te maken van het GMD+ in de huisartsenpraktijk. Op basis van deze informatie zullen we een keuze maken van welke techniek we zullen gebruiken in ons praktijkverbeterproject, rekening houdend met onze praktijkstructuur. Vervolgens zullen we nagaan of we door middel van deze preventie-interventie een toename zien van de preventieve parameters in ons EMD.

Ook zullen we in deze studie kort nagaan of we in onze solopraktijk dezelfde resultaten kunnen bekomen als andere voorafgaande onderzoeken in groepspraktijken.

Literatuurstudie

Inleiding

Via een literatuurstudie willen we een antwoord formuleren op de eerste onderzoeksvraag namelijk: "Wat is de meeste efficiënte manier om een GMD+- vragenlijst door patiënten te laten invullen?". Vermits we in deze praktijk een GMD+ tablet hebben zouden we gebruik kunnen maken van de digitale vragenlijsten op de tablet; als we in de literatuur ook gegevens terugvinden die een meerwaarde aantonen van het gebruik van de digitale GMD+ vragenlijsten op tablet zullen we ook deze artikels doornemen.

Methode

Het opzoeken van relevante artikels begint op 19/12/2013 via CEBAM in de COCHRANE databank. Ik gebruik de zoektermen "GMD" ("globaal medisch dossier"), "CMR" ("centralised medical record") en "DMG" ("dossier médical global") zowel in afkorting als in volledige omschrijving.

Nadien zoek ik op Pubmed met de zoektermen "GMD" ,"Globaal Medisch Dossier","Centralised Medical Record" en "Dossier Médical Global".

Op de site van Domus Medica zoeken we met de zoekterm "GMD+ gebruik".

Bij het zoeken op 26/12/2013 in de masterproeven van de voorbije jaren op de site van het ICHO werken we met de zoektermen "GMD" , "GMD+" en "GMDplus" 35 .

Uit al de gevonden artikels op de site van het ICHO hebben we de interessante artikels geselecteerd op basis van titel en abstract.

Resultaten (overzicht zie bijlage1)

Via CEBAM in de COCHRANE databank vinden we voor de vermelde zoektermen "GMD" ("globaal medisch dossier"), "CMR" ("centralised medical record") en "DMG" ("dossier médical global") geen artikels.

Op Pubmed vinden we voor "GMD" 297 artikels, voor "Globaal Medisch Dossier" geen artikels, voor "Centralised Medical Record" 57 artikels en voor "Dossier Médical Global" 1 artikel. Geen van de gevonden artikels bleek, na het lezen van de titel, relevant voor ons project.

Op de site van Domus Medica vinden we met de zoekterm "GMD+ gebruik" 53 artikels. Geen enkel gaat over resultaten in de praktijk. Wel vinden we hier het interessante artikel "**Tabletcomputer Gezondheidsgids wint award**" (2) over het gebruik van de vragenlijsten op de tablet.

Bij het zoeken op 26/12/2013 in de masterproeven van de voorbije jaren op de site van het ICHO vinden we met de zoekterm "GMD" 188 resultaten, met de zoekterm "GMD+" 77 resultaten en met de zoekterm "GMDplus" 35 resultaten.

Bespreking

Uit de literatuur blijken vooral de MANAMA thesissen van de voorbije jaren interessant en relevant voor ons praktijkverbeterproject. In deze thesissen wordt materiaal aangereikt waarmee we kunnen vergelijken en waaruit we verder kunnen werken. Het enige artikel dat niet aan een MANAMA thesis gelinkt is, is het hierboven vermelde artikel over het gebruik van de tablet.

In de studie van Morreel S. (3) werd een preventieconsult aangeboden op opportunistische basis aan patiënten tussen 50 en 65 jaar in een multidisciplinaire groepspraktijk in Boechout. In de praktijk werkten op deze moment van de studie drie huisartsen en één huisarts in opleiding. In deze studie

werd nagegaan in welke mate het aantal preventieve items in het EMD na het gebruik van de gezondheidsgids toenam. Ook werd er gekeken wat de respons was van het opportunistisch aanbieden van de Gezondheidsgids. Na exclusie van enkele patiënten werd er verder gewerkt met een aantal van 104 patiënten. Aan deze 104 patiënten werd een vragenlijst meegegeven, 58 hiervan maakten geen vervolgafspraak, 46 patiënten maakten wel een vervolgafspraak. Wat een respons opleverde in deze studie van 44%. Bijgevoegd aan de studie zit een overzichtstabel (Bijlage 2) van welke gegevens al gekend waren in het EMD voor de preventieconsulten en welke er genoteerd waren in het EMD na de preventieconsulten. Voor bepaalde items zoals lengte, gewicht , cardiovasculaire screening, borstkankerscreening en alcoholgebruik kon worden vastgesteld dat deze goed geregistreerd waren in het EMD, er was relatief weinig verschil op deze parameters tussen nulmeting en nameting. Andere parameters , zoals geplande FOB-testen en tetanusscreening waren initieel veel minder goed geregistreerd in het EMD Op deze parameters kon een grote stijging gezien worden in het aantal registraties. De werkbelasting in de praktijk nam lichtjes toe tijdens dit project.

Mennes S. (4) evalueerde in zijn masterproef het invoeren van een uitgebreide vragenlijst gebaseerd op de Gezondheidsgids van Domus Medica. Het project vond plaats in een grote landelijke groepspraktijk in Vlaams-Brabant. Patiënten tussen de 45 en 59 jaar konden deelnemen aan het project. In deze studie namen 86 patiënten deel, wat neerkwam op een respons van 8,6%. Er werd ook gekeken naar de tijd die geïnvesteerd werd voor het preventieconsult. Gemiddeld duurde het voorbereiden van het preventiegesprek 14 min, het gesprek zelf duurde gemiddeld 26 min. Ook hier kon men concluderen dat bepaalde gegevens op voorhand goed genoteerd waren in het EMD (oa. tetanusvaccinatie), daar waar er andere veel minder goed bijgehouden werden (oa. rookgedrag). Men merkte op dat een op vier van de patiënten tijdens het preventiegesprek nog om voorschriften vroeg en dat een vierde van de patiënten nog met een bijkomend acuter probleem kwam. Geconcludeerd werd dat implementatie van preventie effectief was, maar dat er wel een belangrijke tijdsinvestering tegenover staat.

In de masterthesis van Feys C. en Fouvry J. (5) werden 385 patiënten tussen 45 en 75 jaar geselecteerd uit twee groepspraktijken. Aan de geselecteerde patiënten een vragenlijst opgestuurd gebaseerd op de Gezondheidsgids. Bij deze vragenlijst werd een uitnodiging toegevoegd om op preventieconsultatie te komen bij de huisarts. 136 patiënten stuurden de vragenlijst terug (35%), Van deze 136 patiënten kwamen er 45 ook effectief op raadpleging (11,6%).

Schippers W. (6) kon in zijn masterproef een verschil in respons vaststellen op twee verschillende rekruteringsmethodes in een groepspraktijk in Turnhout. Voor alle patiënten tussen 45 en 75 jaar werd een preventieve screening aangeboden wanneer zij op consult kwamen in de praktijk. Hierop werd een respons vastgesteld van 4,5%. Voor de groep tussen 50 en 55 jaar werd een brief opgestuurd naar het thuisadres. Hierop werd een respons vastgesteld van 11,2%

In de studie van Tratsaert E. (7) werden vergelijkbare rekruteringsmethodes gebruikt. De respons op de opportunistische screening was in deze studie 35%, de respons op de opgestuurde brief bedroeg hier 18%.

Lambrechts T. (8) werkte in zijn studie met een opportunistische verwijzing naar het nabije preventiecentrum. Deze methode werd vergeleken met de passieve methode waar een brief naar het thuisadres opgestuurd werd. De respons op de verwijzing naar het preventiecentrum bedroeg hier 42,6%, waar de respons op de per post verstuurde brief 29,4% was.

Musschoots M. (9) beschreef in haar masterproef het verschil in respons bij het aanbieden van een preventieve screening bij consultatie en het daarbovenop sturen van een brief, met enkel het opsturen van een brief. In de combinatiemethode kon zij een respons vaststellen van 46%, in de

methode met enkel de brief kreeg ze een respons van 22,2%. Belangrijke kanttekening in deze studie was wel dat de patiënten die uitgenodigd werden eerst al uitgefilterd waren uit de populatie. Enkel patiënten met verhoogd risico werden uitgenodigd.

In de studie van Cosyn E. en Vandenberghe S. (10) werd enkel gerekruteerd met een schriftelijke uitnodiging. De uitgenodigde patiënten waren tussen de 50 en de 75 jaar oud. Er kon een respons vastgesteld worden van 20,19%.

Kavalevich N. (11) werkte in haar studie ook enkel met schriftelijke oproep. 200 patiënten tussen de 45 en 75 werden willekeurig in 2 groepen van 100 verdeeld. De eerste groep kreeg een uitnodigingsbrief om op consult te komen met een vragenlijst opgestuurd, de tweede groep kreeg enkel een uitnodigingsbrief om op consult te komen. Uit de eerste groep werd een respons gekregen van 57%, in de tweede groep kreeg ze een respons van 60%. De 83 patiënten die nog niet gereageerd hadden na 6 maanden kregen onafhankelijk of ze in groep 1 of groep 2 hadden gezeten een tweede uitnodigingsbrief met vragenlijst. Hierop reageerden 15 patiënten (18%).

In het onderzoek van Pauwels L. (12) werd een folder in de praktijk meegegeven aan 100 patiënten tussen de 45 en de 75 jaar. Bij deze folder werd verder geen uitleg gegeven. Een deel van deze patiënten werd nadien telefonisch gecontacteerd voor verdere uitleg en uitnodiging voor consultatie. Uit de patiëntengroep waar zowel de folder als het telefonisch contact werden gebruikt werd een respons van 41% verkregen, daar waar enkel de folder meegeven een respons van 26% gaf.

Bosmans T. (13) gebruikte in haar onderzoek ook een praktijkfolder die meegegeven werd zonder verdere uitleg, de respons hierop werd vergeleken met de respons op een opportunisch aangeboden vragenlijst. Ook hier betrof de doelgroep patiënten tussen 45 en 75 jaar. De respons op de folder bedroeg 4,2%, de opportunistische vragenlijst gaf een respons van 20%.

Vanhulsel S. (14) kon in haar studie besluiten dat werken met de gezondheidsgids evidence-based is. De grootste struikelblokken die worden aangegeven om aan preventie te doen in een drukke huisartsenpraktijk zijn het tijdsgebrek en de hoge werkdruk. In haar vergelijkende studie vond ze dat er zelfs tot 1u consult gevoerd werd voor een uitgebreid preventiegesprek. Vaak blijken de preventieconsulten de 30 minuten te overschrijden. Het is in de realiteit niet haalbaar om zoveel tijd aan één preventiegesprek te spenderen. Zo stelden een grote groep HAIO's zich de vraag of de preventieprojecten die zij in verschillende praktijken opgestart hadden, wel konden volgehouden worden wanneer de HAIO de praktijk verliet. In deze studie constateerde men ook dat naast tijd, ook een gebrek aan kennis, een gebrek aan skills en de attitude van de arts ten opzichte van preventie belangrijke barrières zijn voor het invoeren van screeningsprogramma in de huisartsenpraktijk.

Besluit

Uit de literatuur blijkt dat al veel verschillende methodes beproefd werden. De ene duidelijk met meer respons dan de andere. Toch zien we in de verschillende studies nog zeer uiteenlopende resultaten, zelfs indien er met dezelfde of vergelijkbare methodes werd gewerkt. Hieruit moeten we besluiten dat niet enkel de methodes van rekrutering belangrijk zijn maar dat er ook nog andere factoren essentieel zullen zijn in het verkrijgen van een goede respons. Factoren waarvan we zelf vermoeden dat ze een invloed uitoefenen op het responspercentage, zijn de attitude van de arts ten opzichte van screening en preventie en de structuur achter het studieopzet; met onder andere de inschakeling van verpleegkundigen en secretariaat. Ook factoren van de populatie zouden van belangrijke invloed kunnen zijn. Hierbij denken we dan aan de attitude van de patiënten ten aanzien van preventie, de socio-economische status van de patiënt en het consultatiegedrag . Vermoedelijk

zal ook taalvaardigheid en eigen financiële inbreng effect hebben op het al dan niet deelnemen aan preventieconsultaties.

Algemeen zien we dat opportunistisch screenen van de arts uit op consultatie de beste responsresultaten kan behalen. Wel staat hier de geïnvesteerde tijd als tegengewicht op de weegschaal. Combinatiemethodes lijken ook beter te werken, maar zijn administratief moeilijker en vragen verschillende investeringen (tijd, overleg, financieel,...). Minst effectief blijken over het algemeen de passievere, meer vrijblijvende methodes.

Op de site van Domus Medica vonden we het artikel over de digitale vragenlijst van Domus Medica die aangereikt kan worden op een tablet (2). Momenteel is dit gegeven weinig wetenschappelijk onderbouwd, doch naar ons aanvoelen kan dit de tijdsinvestering in beperkte mate ten goede komen. Financieel is het eenmalig wel een grotere investering, op termijn hopen we deze investering te compenseren door minder papier en inkt te moeten verbruiken. Ecologisch gezien lijkt het ook een milieubewustere keuze.

Methode

De interventie die we in dit kwaliteitsverbeterproject gebruikt hebben bestaat uit 5 onderdelen.

Eerst werd er een nulmeting gedaan waarbij gecontroleerd werd of alle gekende factoren ook correct en voldoende duidelijk in het EMD (Elektronisch Medisch Dossier) van de praktijk terug te vinden waren.

In een tweede fase werd gestart met het actief aanbieden van de GMD+ vragenlijst en het uitnodigen van patiënten om op consultatie te komen in kader van preventie.

Het derde onderdeel was de nameting waarbij opnieuw gecontroleerd werd of alle gekende factoren ook correct en voldoende duidelijk in het EMD (Elektronisch Medisch Dossier) van de praktijk terug te vinden waren.

Als laatste stappen in dit kwaliteitsverbeterproject werden alle resultaten geanalyseerd. In een eerste analyse werd vooral nagegaan wat de respons was geweest en hoe het EMD beter aangevuld was ten opzichte van voorheen.

In een extra analyse werd nagegaan wat voor onze praktijk de concrete resultaten waren van deze preventiestudie, hiervoor werden alle "PREV2014"-consulten herbekeken en in een Exceltabel opgesomd.

a. Nulmeting (januari 2014)

Voor alle patiënten, die tijdens het onderzoek tussen de 45 en 75 jaar waren en die op dat moment hun GMD in onze praktijk hadden, werd een Excel tabel aangemaakt waarin de parameters Tetanusvaccinatie, Pneumokokkenvaccinatie (voor risicopatiënten), COPD, Obesitas, Rookgedrag, Hypercholesterolemie, Hypertensie en Diabetes nagegaan werden.

Als algemene inclusiecriteria bij de nulmeting gebruikten we voor deze studie dat de patiënten geboren moesten zijn tussen 31/12/1939 en 01/01/1969 en dat ze in onze praktijk met GMD geregistreerd moesten staan op 01/01/2014.

Als exclusiecriteria hanteerderen we in deze studie patiënten in een RVT, patiënten met een levensprognose van minder dan 2 jaar en patiënten die uitsluitend gezien werden op huisbezoeken.

De hele patiëntenpopulatie kon snel geselecteerd worden met de zoekfunctie van ons EMD (Windoc) aan de hand van de gekozen geboortedata.

Heel de lijst werd handmatig door de HAIO overlopen om na te gaan of er geen sprake was van exclusie. Diegenen bij wie de exclusiecriteria van toepassing waren, werden van de lijst geschrapt.

Bij de anderen werd per parameter nagegaan of deze bij elke patiënt afzonderlijk van toepassing was. In dit proces werden routinematig de antecedenten, risicofactoren, labo-uitslagen, vaccinaties en meetwaarden van alle geïncludeerden doorlopen.

In de Excel tabel werd genoteerd in welke mate deze parameters per patiënt gekend waren en in welke mate deze ook correct aangevuld waren in het EMD.

b. Actie (gestart 1 april 2014 en beëindigd op 31 augustus 2014)

Elke patiënt die op dit moment (3 maand later dan de nulmeting) tussen de 45 jaar en 75 jaar was (GD: 1940-1968) en zijn of haar GMD op dat moment in onze praktijk had, rekening houdend met de exclusie van RVT-patiënten, van patiënten die enkel op huisbezoek gezien werden en van patiënten met een levensprognose van minder als 2 jaar, werd op het einde van een spontane consultatie aangeboden om de door Domus Medica ontwikkelde GMD + vragenlijst op een tablet in te vullen.

De tablet lag bij de HAIO in de spreekkamer. De HAIO werd verantwoordelijk gesteld om de tablet aan geïnteresseerden mee te geven. Om dit geheel vlot te laten verlopen werd er een doorschuifsysteem ontwikkeld in de wachtkamer van de praktijk. In de hal werd een stoel geplaatst waarboven een blad met "GMD+-stoel" werd opgehangen. Deze stoel kon enkel gebruikt worden door patiënten die aan het wachten waren op het invullen van de preventieve vragenlijst.

Patiënten die bij de praktijkopleider op consult waren geweest mochten na dit consult op de "GMD + stoel" plaatsnemen, zodat de HAIO hen de tablet kon aanbieden. Om te voorkomen dat de patiënt te lang zou moeten wachten werd onderling tussen de artsen een kort telefoonsignaal gegeven ter kennisgeving dat er iemand op de tablet aan het wachten was.

Patiënten die bij de HAIO op consult kwamen kregen, mits extra uitleg en indien gewenst, de tablet ineens mee na het consult.

Indien de HAIO niet aanwezig was in de praktijk werd het aanreiken en ontvangen van de tablet door de echtgenote van de praktijkopleider gedaan. De procedure werd hier dan op dezelfde manier doorlopen.

We poogden om elke patiënt in grote mate dezelfde informatie mee te geven. Om dit te bereiken maakten we een document op waarop de zinnen die we zouden gebruiken bij elke patiënt letterlijk geschreven stonden (zie bijlage 3).

Indien de patiënt niet geïnteresseerd was, werd in het EMD bij risicofactoren "wil geen gmd+ 2014" genoteerd. Dit om nadien de resultaten makkelijker uit het EMD te halen, maar ook om te onthouden wie zich voor de preventieve maatregels niet interesseerde en zo bij deze persoon niet bij elke consultatie opnieuw de vragenlijst te moeten aanbieden.

Indien de patiënt wel geïnteresseerd was, werd de tablet meegegeven naar de wachtkamer. De tablet werd dan in de wachtkamer ingevuld en terug afgegeven aan de HAIO na het invullen. Bij vragen of opmerkingen kon er steeds bij de HAIO op de deur geklopt worden voor verdere informatie.

Bij het afgeven van de tablet werd voor iedereen vrijblijvend een preventieconsult aangeboden door de HAIO. In dit preventieconsult werden de voornaamste preventie-items per persoon door genomen.

In het EMD werd bij elk individueel preventieconsult onder contact "PREV2014" geschreven zodat deze consulten nadien gemakkelijk met de zoekfunctie teruggevonden konden worden. In dit consult werd steeds duidelijk genoteerd wat er gedaan werd, wat er uitgelegd werd tijdens het consult en wat er voor verdere stappen of opvolging gepland werd.

c. Nameting (september 2014)

5 maanden nadat de actie met het GMD+ van start ging werd voor dezelfde patiëntengroep als bij het begin van de actie gecontroleerd in welke mate dezelfde parameters (Tetanusvaccinatie, Pneumokokkenvaccinatie, COPD, Obesitas, Rookgedrag, Hypercholesterolemie, Hypertensie en Diabetes) gekend waren en in welke mate deze correct in het EMD genoteerd stonden.

Ook hier werd de hele lijst handmatig door de HAIO doorgenomen en werden de resultaten in een Excel tabel neergeschreven.

Daarenboven hebben we op dit moment nagegaan wie van de geselecteerde patiëntengroep op consultatie was gekomen. Dit aantal werd opgeteld om de responsratio te berekenen. Patiënten die op dat moment wel op consultatie waren geweest, maar die op die moment nog geen GMD+ ingevuld hadden, werden tot de non-responders gerekend. Dus zowel de patiënten die expliciet hadden aangegeven niet geïnteresseerd te zijn als diegene die nog niet op de vraag waren ingegaan werden vanaf nu beschouwd als non-responders. Enkel wie op dit moment wel de vragenlijst had ingevuld werd beschouwd als responder.

d. Analyse resultaten (gestart op 1 oktober 2014 en beëindigd op 15 oktober 2014)

In deze analyse berekenen we de responsratio en zien we hoe het EMD geëvolueerd is met dit praktijkproject. Om de responsratio te berekenen werden alle GMD+ vragenlijsten opgeteld. Dit getal werd dan vergeleken met het aantal patiënten dat in aanmerking kwam. De uiteindelijke responsratio werd nog gecorrigeerd met het aantal patiënten dat wel in aanmerking kwam om deel te nemen aan het praktijkproject maar die in de studieperiode niet op consultatie kwamen en die dus ook geen kans tot deelname hadden gekregen.

Voor het EMD deden we een kwantitatieve vergelijking voor alle gecontroleerde parameters van de resultaten van de nulmeting ten opzichte van de resultaten van de nameting.

Voor alle tabellen en berekeningen werd gewerkt in Excel en op afzonderlijk papier bij de manuele berekeningen.

Zowel de absolute aantallen als de percentages werden aangegeven. Ook werd er steeds een aparte berekening van vrouwen, mannen en totaal aan toegevoegd.

e. Extra analyse PREV2014 (gestart op 16 oktober 2014 en beëindigd op 31 oktober 2014)

Initieel was deze analyse niet voorzien, doch uit interesse naar wat deze studie voor de praktijk betekend had werden ook alle preventieconsultaties (“PREV2014”-consultaties) volledig uitgepluisd. In deze analyse werden alle ondernomen acties en resultaten van de deelnemers neergeschreven en in tabellen genoteerd.

Net zoals in de vergelijkende analyse werd er voor alle tabellen en berekeningen gewerkt in Excel en op afzonderlijk papier bij de manuele berekeningen.

Ook hier werd er steeds een aparte verdeling van vrouwen, mannen en totaal aan toegevoegd.

Resultaten (Bijlage 4 Overzichtstabel resultaten)

Nulmeting

In totaal kwamen 673 patiënten (296 vrouwen en 377 mannen) in aanmerking voor een GMD+ consultatie. Van deze 673 patiënten moesten er omwille van de gekozen exclusiecriteria 40 (19 vrouwen en 21 mannen) uit de studie geweerd worden. Zo bleven er 633 patiënten (277 vrouwen en 356 mannen) over die gecontroleerd werden op aanwezigheid van preventieve parameters in het EMD.

Bij 37 patiënten (13 vrouwen en 24 mannen) was al een GMD+ vragenlijst ingevuld de voorbije jaren.

Initieel waren er 16 patiënten (5 vrouwen en 11 mannen) rokers die ook zo in het dossier teruggevonden konden worden. Na de nulmeting werden er 20 (7 vrouwen en 13 mannen) rokers teruggevonden in het dossier.

Bij de start stond er voor 7 (2 vrouwen en 5 mannen) patiënten een alcoholmisbruik genoteerd. Na de nulmeting waren dit er 8 (2 vrouwen en 6 mannen).

Obesitas (gedefinieerd als BMI boven 30) stond voor 15 patiënten (9 vrouwen en 6 mannen) correct in het dossier. Na de nulmeting bedroeg het 112 patiënten (52 vrouwen en 60 mannen).

Een gekende hypercholesterolemie stond initieel correct genoteerd voor 41 patiënten (20 vrouwen en 21 mannen). Na de nulmeting waren er 436 (191 vrouwen en 245 mannen) correct genoteerd.

Voor de factoren uit de familiale anamnese werd weinig verschil gevonden in deze eerste meting: familiaal Diabetes Mellitus type 2 kwam bij 15 patiënten (5 vrouwen en 10 mannen) voor, familiaal borstcarcinoom was gekend voor 11 patiënten (5 vrouwen en 6 mannen), familiaal ovariumcarcinoom stond genoteerd voor 3 patiënten (2 vrouwen en 1 man) en familiaal coloncarcinoom kwam bij 7 patiënten (3 vrouwen en 4 mannen) voor. Slechts bij 1 man stond de diagnose van familiale colonkanker niet correct in het dossier.

	Voor nulmeting	Na nulmeting
Reeds GMD+	37	37
Tetanusvaccinatie in orde	134	134
Pneumovaccinatie in orde	11	11
Roken	16	20
Alcoholmisbruik	7	8
COPD	15	18
Obesitas	15	112
Hypercholesterolemie	41	436
Hypertensie	58	231
Diabetes Mellitus	34	39
FA: Coloncarcinoom	7	8
FA: Borstcarcinoom	11	11
FA: Ovariumcarcinoom	3	3
FA: Diabetes Mellitus	15	15

Nameting

Bij de meting na de interventie kwamen in totaal 691 patiënten (306 vrouwen en 385 mannen) in aanmerking voor het GMD+ consult. Van de 691 patiënten moesten er 38 (18 vrouwen en 20 mannen) uit de studie geweerd worden wegens de exclusiecriteria. In onze nameting werden de preventieve parameters voor 653 patiënten (286 vrouwen en 367 mannen) in het EMD gecontroleerd.

Na het praktijkproject hadden 218 patiënten (105 vrouwen en 113 mannen) een GMD+ vragenlijst ingevuld.

Bij 253 patiënten (118 vrouwen en 135 mannen) was de tetanusvaccinatie in orde en stond deze correct vermeld in het dossier.

Bij 49 patiënten (24 vrouwen en 25 mannen) was de pneumokokkenvaccinatie in orde en stond deze correct vermeld in het dossier.

Voor 451 patiënten (196 vrouwen en 255 mannen) stond hypercholesterolemie correct genoteerd in het dossier bij de nameting.

Diabetes Mellitus stond correct genoteerd voor 42 patiënten (16 vrouwen en 26 mannen).

Voor de factoren uit de familiale anamnese werd er voor 25 patiënten (12 vrouwen en 13 mannen) een coloncarcinoom teruggevonden. 22 patiënten (16 vrouwen en 6 mannen) hadden een verhoogd familiaal risico op borstcarcinoom. 4 patiënten (2 vrouwen en 2 mannen) hadden in de familiale anamnese een ovariumcarcinoom vermeld. Diabetes Mellitus in de familie kwam bij 50 patiënten (25 vrouwen en 25 mannen) voor.

	Na nameting
Reeds GMD+	218
Tetanusvaccinatie in orde	253
Pneumovaccinatie in orde	49
Roken	62
Alcoholmisbruik	14
COPD	27
Obesitas	133
Hypercholesterolemie	451
Hypertensie	244
Diabetes Mellitus	42
FA: Coloncarcinoom	25
FA: Borstcarcinoom	22
FA: Ovariumcarcinoom	4
FA: Diabetes Mellitus	50

Extra analyse (bijlage 5)

Van de 218 patiënten die de tablet in de praktijk invulden, maakten er 174 patiënten (75 vrouwen en 99 mannen) een vervolgafspraak. Dit komt neer op een respons van 80%.

Van de 174 gemaakte afspraken zijn er 6 (4 vrouwen en 2 mannen) niet komen opdagen, zodat er in totaal 168 preventie consultaties plaatsvonden.

In deze preventieconsultaties werd voor 103 patiënten (54 vrouwen en 49 mannen) een tetanusrappel gegeven. Niemand weigerde de tetanusvaccinatie.

Het pneumokokkenvaccin werd voorgeschreven voor 52 patiënten (24 vrouwen en 28 mannen). Hiervan werden uiteindelijk 42 vaccins ook effectief gezet. 7 vrouwen en 3 mannen weigerden de vaccinatie of brachten het pneumokokkenvaccin niet mee bij een volgende consultatie.

Voor 25 patiënten (10 vrouwen en 15 mannen) bleek uit de vragenlijst dat ze in aanmerking kwamen voor een spirometrietest. 23 spirometrietesten werden afgenomen bij 9 vrouwen en 14 mannen. Uit de spirometrietesten bleek 1 man een matige restrictief beeld te vertonen. 16 patiënten hadden een normale spirometrie-uitslag. Bij 2 vrouwen en 3 mannen werd een milde vorm van COPD vastgesteld. Bij 1 man werd een matige vorm van COPD vastgesteld.

Bij alle patiënten werd een gewichtsmeting uitgevoerd. Bij 2 patiënten (1 vrouw en 1 man) werd morbide obesitas vastgesteld. Bij 49 patiënten (21 vrouwen en 28 mannen) merkten we obesitas op. 61 anderen (26 vrouwen en 35 mannen) kampten met overgewicht. Slechts 56 patiënten hadden een normale BMI. Niemand in deze groep kampte met ondergewicht (BMI onder 18).

Ook de bloeddruk werd voor alle patiënten gecontroleerd. 141 patiënten (58 vrouwen en 83 mannen) hadden een normale bloeddruk. Bij 27 patiënten (13 vrouwen en 14 manen) merkten we een te hoge bloeddruk op.

Voor 48 patiënten (16 vrouwen en 32 mannen) werd een vervolgafspraak gemaakt voor een nuchtere bloedname. 1 vrouw en 1 man kwamen niet opdagen op deze afspraak. Voortvloeiend uit de bloednames werd bij 1 vrouw Diabetes Mellitus gedocumenteerd, waarvoor medicamenteuze therapie gestart werd.

In het kader van preventie voor coloncarcinoom werden bij 104 patiënten (40 vrouwen en 64 mannen) IFOBT's meegegeven. 75 patiënten (31 vrouwen en 44mannen)hebben deze ook effectief thuis uitgevoerd en laten opsturen naar het labo. 1 man had de stoelgang verkeerd in het staaltje gebracht waardoor deze test niet te interpreteren viel. 68 patiënten (30 vrouwen en 38 mannen) hadden een negatief resultaat. 6 patiënten (1 vrouw en 5 mannen) hadden een positieve stoelgangtest en werden doorgestuurd voor een colonoscopie.

Uiteindelijk werden 10 patiënten verwezen voor een colonoscopie omdat 4 patiënten (3 vrouwen en 1 man) wegens familiale anamnese of voorgeschiedenis al voor een colonoscopie in aanmerking kwamen. 3 mannen weigerden de colonoscopie of maakten zelf geen afspraak bij de gastro-enteroloog. Van de 7 uitgevoerde colonoscopies was er 1 normaal en werden er bij 3 patiënten divertikels gevonden. Bij 1 patiënt werd een goedaardige poliep geresecteerd. Bij 1 patiënt werd een tubulair adenoom gevonden. Wegens de lange wachttijd voor colonoscopie kon op het einde van de studie bij 1 patiënt nog geen resultaat opgevraagd worden.

Aan 22 patiënten (10 vrouwen en 12 mannen) werd tijdens het preventieconsult voedingsadvies gegeven. 19 patiënten (8 vrouwen en 11 mannen) kregen bewegingsadvies aangeboden in de consultatie.

De depressievragenlijst werd afgenomen in 15 consultaties (7 vrouwen en 8 mannen). 1 man zat in een voorstadium van depressie, bij 3 vrouwen en 4 mannen werd een lichte depressie aangetoond, bij 4 vrouwen en 3 mannen vonden we een matige depressie.

Aan 6 vrouwen werd in het preventieconsult een uitstrijkje voorgesteld. 4 maakten later ook effectief een afspraak voor een uitstrijkje.

Screeningsonderzoek naar borstkanker werd bij 15 vrouwen aangehaald. Slechts 6 lieten ook een mammografie en/ of echografie uitvoeren.

Bij 1 man werd naar aanleiding van het preventiegesprek met rookstop gestart.

19 patiënten(3 vrouwen en 16 mannen) werden tijdens de preventieconsultatie opgestart met een medicamenteuze behandeling ter preventie van cardiovasculaire pathologie.

Bij 4 vrouwen werd een medicamenteuze behandeling gestart in het kader van osteoporose preventie.

	Uitgevoerd in praktijkproject
Consult	168
Tetanusvaccinatie	103
Pneumokokkenvaccinatie	42
Spirometrie	23
Obesitas	49
Hypertensie	27
IFOBT	75
Colonoscopie	7
Voedingsadvies	22
Bewegingsadvies	19
Uitstrijkje	4
Mammografie	6

Bespreking

Algemeen

Aan de hand van een literatuuronderzoek stelden we vast dat de GMD+ vragenlijst door meerdere HAIO's afzonderlijk als waardevol en nuttig werd beschouwd om aan gestructureerde preventie te kunnen doen.

Het doel van dit kwaliteitverbeterproject was het verhogen van de preventiegraad in deze solopraktijk. Het bepalen van de preventiegraad hebben we gedaan aan de hand van preventieve parameters die we in het EMD van elke patiënt konden opzoeken. Vermits verhoging van preventie een toename in aantal preventieve parameters betekent kunnen we stellen dat we met verve in ons projectopzet geslaagd zijn. Er werd namelijk voor alle uitgekozen preventieparameters een vooruitgang gezien in het EMD over het verloop van het praktijkverbeterproject. Zoals verder in dit onderdeel meer in detail besproken zal worden, zagen we uiteraard sommige parameters sterker toenemen dan andere.

Exclusiecriteria

In kader van dit praktijkkwaliteitverbeterproject hebben we steeds nauwgezet bewaakt dat we onze uiteindelijk taak als huisarts voor een groep van patiënten nooit uit het oog verloren. Er was in dit project uiteraard extra aandacht voor preventie en resultaten, doch het merendeel van de tijd bleven we gewoon spenderen aan onze taak als huisarts voor onze patiëntpopulatie. Het is ook in deze filosofie dat we de exclusiecriteria hebben gekozen. Bij het opstellen van de exclusiecriteria voor dit kwaliteitverbeterproject werd met name gekeken naar de patiënten waar een preventiemaatregel zoals het GMD+ geen nut zou hebben of waar de praktische invulling van de afname als onmogelijk of te belastend werd aanzien. Zo kwamen we tot drie grote groepen die geexcludeerd werden. Patiënten met een levensprognose van minder dan 2 jaar wilden we logischerwijs niet belasten met preventiemaatregels die pas voordeel zouden opleveren op termijn langer dan 2 jaar. De patiënten die we enkel op huisbezoek zagen of zij die in een RVT verbleven werden meer om praktische redenen geexcludeerd; sowieso is een bezoek in een RVT of aan huis al tijdrovender daarbovenop kwam dan nog eens dat de arts zou moeten wachten terwijl de patiënt de tabletvragenlijst zou moeten invullen; dit werd door alle artsen als niet tijdsefficiënt beschouwd en zodoende vermeden.

Nulmeting en Nameting

We zien een verschil van 18 personen die in aanmerking komen voor het GMD+ consult tijdens de nulmeting en de nameting. In een ideale situatie had dit gegeven uiteraard gelijk moeten blijven maar vermits de patiëntenpopulatie in een huisartsenpraktijk geen vast gegeven is, was het onmogelijk om hetzelfde aantal patiënten dat bij de nulmeting in aanmerking kwam ook te behouden in de nameting. Tijdens het verloop van deze studie zijn er nieuwe GMD's afgesloten bij patiënten die zodoende in aanmerking kwamen voor het praktijkproject. Ook zijn er tijdens de studieperiode patiënten overleden en gewisseld van huisartsenpraktijk waardoor het absolute aantal bij de nameting niet alle 673 patiënten van de nulmeting includeert. Idem dito wat betreft het aantal geëxcludeerde patiënten. In absoluut aantal zijn er 2 patiënten minder geëxcludeerd, maar in de praktijk zijn ook hier patiënten bijgekomen en weggevallen. De verhouding vrouwen (44%) en mannen (56%) bleven zowel in de totale patiëntenpopulatie als in de geïncludeerde studiepopulatie behouden.

Voor de studie waren er slechts 37 patiënten (6%) die een GMD+ vragenlijst hadden ingevuld. Dit getal bevestigt inderdaad er bij aanvang relatief weinig patiënten al uitgenodigd waren om de GMD+ vragenlijst in te vullen. Na onze studie is dit aantal sterk toegenomen en hebben 218 patiënten (33%)

deze vragenlijst ingevuld. Uiteraard werd verwacht dat dit aantal met het praktijkproject zou stijgen, vermits het invullen van de vragenlijst een basisonderdeel van het praktijkproject bedroeg. Ook hier zien we de grootte van impact die dit praktijkverbeterproject voor deze praktijk heeft gehad. De verhouding tussen vrouwen en mannen is in de loop van de studie wat gelijkgetrokken (48% ten opzichte van 52%) waar we bij aanvang van de studie meer mannelijke deelnemers (65%) noteerden. Wegens het kleine absolute getal van deelnemers bij aanvang van de studie veronderstellen we dat de ongelijkheid tussen mannen en vrouwen bij aanvang eerder op toeval berustte.

Voor de tetanusvaccinatie en de pneumokokkenvaccinatie zagen we in de nulmeting geen toename wat logisch is omdat in deze fase enkel het dossier nagekeken werd en dus geen vaccins toegediend werden. We kunnen hieruit besluiten dat de vaccinaties altijd op de juiste plaats genoteerd worden in het dossier. Of altijd alle vaccinaties genoteerd werden is op deze manier natuurlijk niet te controleren. Bij de nameting zien we voor de tetanusvaccinatie een toename van 89%. Voor de pneumokokkenvaccinatie is er zelfs een toename met 345%.

Initieel waren er relatief meer mannen gevaccineerd voor tetanus dan vrouwen (58%-42%), na de studie stond deze verhouding eerder wat in het voordeel van de vrouwen(53%-48%). We zien wel dat deze verhouding schommelt rond de verhouding mannen-vrouwen in de populatie waardoor we kunnen besluiten dat het geslacht geen invloed heeft voor het al dan niet laten vaccineren tegen tetanus.

Bij de pneumokokkenvaccinatie was er initieel wel een opvallend verschil in verhouding tussen mannen en vrouwen (27%-73%). Na de studie merkten we voor deze parameter bijna geen verschil meer op tussen de mannen en vrouwen (51%-49%). We vermoeden dat een verklaring voor de initiële ongelijkheid terug te vinden is in de gelinkte parameter COPD; namelijk COPD patiënten zouden idealiter om de 5 jaar een nieuwe pneumokokkenvaccinatie moeten laten zetten volgens de preventieve aanbevelingen van Domus Medica. Alsnog blijft dan de vraag bestaan waarom COPD in onze praktijk beter gekend was bij de vrouwen dan bij de mannen. Een duidelijk antwoord hebben we hier in dit project niet op kunnen vinden. Uiteraard kan dit ook een toevallig gegeven zijn vermits de absolute aantallen eerder klein zijn.

Ondanks het rookgedrag van de patiënt gekend was zagen we dat dit in 25% van de gevallen op een foute plaats in het dossier genoteerd werd. Het systematisch bevragen bracht 42 extra rokers aan het licht. Goed voor een toename van 210% ten opzichte van de nulmeting. In de populatie zaten we eerst met 3% rokers, maar door de studie weten we dat dit er minstens 9,5% zijn. Dit is logisch te verklaren daar patiënten, althans bij de huisarts, zelden te koop lopen met hun rookgedrag. Ik vermoed dat, indien dit frequenter aan de patiënten gevraagd zou worden, er nog meer rokers hun rookgedrag aan ons als huisartsen zouden toegeven. Doch dit steeds opnieuw vragen, vraagt ook een tijdinvestering van de arts en soms zal de patiënt zich op de vingers getikt voelen, wat de consultatiesfeer niet altijd ten goede zal komen. Weliswaar wordt het aangeraden in de preventiegids van Domus Medica om de roker hier vaker over aan te spreken. Enerzijds geeft dit de arts inzicht of de roker overweegt om te stoppen, anderzijds maakt elke benoeming van het probleem hem/haar iets attenter op de verslavingsproblematiek. De verhouding mannen-vrouwen leek bij de nulmeting wat uiteenlopend met 69% zijnde mannen en 31% zijnde vrouwen, doch bij de nameting stond deze verhouding op 58% mannen en 42% vrouwen, waarbij we dus kunnen stellen dat er relatief gezien ongeveer evenveel vrouwelijke als mannelijke patiënten roker zijn. Dit is een bevestiging van het gegeven dat we in het huidige beeld van de samenleving meer en meer zien, vroeger rookten de mannen meer dan de vrouwen, de laatste tijd zien we binnen beide geslachten

nagenoeg evenveel rokers. De reden dat er initieel meer mannen gekend waren in het dossier zou kunnen zijn dat mannen gemakkelijker toegeven dat ze roken of dat dit gemakkelijker ter sprake komt op de raadpleging bij mannen.

COPD werd hierboven al kort aangehaald; in dit project vonden we bij 9 mensen een nieuwe diagnose van COPD . Percentueel gezien was dit een toename van 50%. Bij 3 gekende COPD patiënten stond hun diagnose niet correct weergegeven in het dossier. De verhouding van gekende vrouwelijke COPD patiënten verschoof van 67% naar 52%. Zoals hierboven vermeld bleek bij de nameting de verdeling over de geslachten nagenoeg gelijk terwijl dit voordien duidelijk meer aanwezig was bij de vrouwen in onze populatie. 4% van de populatie is nu gekend met COPD. Vermits er in onze populatie 9,5% rokers aanwezig waren, kunnen we verwachten dat, indien deze patiënten ook in de toekomst blijven roken, het percentage patiënten met COPD nog zal toenemen.

In verband met alcoholmisbruik stond dit gegeven voor 1 patiënt niet op de correcte plaats. In de studie zijn er 7 gevallen (toename van 100%) van alcoholmisbruik gekend geraakt. Zeer opvallend voor deze parameter is dat het verschil tussen mannen en vrouwen bij het begin van de studie ook behouden werd op het einde van de studie. Bij de nulmeting lag de verhouding op 71% voor de mannen tegenover 29% voor de vrouwen. Bij de nameting waren 79% van de gekende alcoholmisbruikers mannen. Een mogelijke verklaring is dat de maatschappij nog steeds iets gemakkelijker het drinkgedrag van mannen tolereert waardoor zij gemakkelijker in alcoholmisbruik vallen, anderzijds zou het kunnen dat door de gangbare maatschappelijke visie vrouwen nog steeds moeilijk voor hun alcoholmisbruik durven uitkomen.

Voor de parameter obesitas zien we een enorme toename over de hele studie (787% toegenomen). Opvallend is dat bij 97 mensen ondanks dat BMI bekend was geen diagnose van diabetes in het dossier terug te vinden was. In de meting zelf werd er voor 21 patiënten een nieuwe diagnose van obesitas gesteld. Ook in de verhouding tussen mannen en vrouwen konden we een verschuiving terugvinden. Voor de nulmeting hadden de vrouwen met 60% vaker de diagnose obesitas gekregen dan mannen. Bij stelselmatig wegen en meten merken we dat deze verhouding minder opvallend wordt, maar dat een licht verschil tussen mannen en vrouwen blijft bestaan, alwaar de vrouwen relatief iets vaker obees zijn.

Voor de parameter hypercholesterolemie zien we een toename over de hele studie van 1000%. Net zoals dit het geval was bij obesitas werd ook hier de grootste vooruitgang geboekt in de nulmeting. Bij het stelselmatig overlopen van de bloeduitslagen werden 395 diagnoses van hypercholesterolemie in het medisch dossier genoteerd. In de studieperiode kwamen hier nog eens 15 nieuwe diagnoses van hypercholesterolemie bij. Voor deze parameter zien we zowel in nulmeting (mannen 51% en vrouwen 49%) als in nameting geen opvallend verschil tussen het percentage mannen (57%) en het percentage vrouwen (43%). In de totale studiepopulatie heeft 69% last van een te hoog cholesterol.

Bij de nulmeting zagen we 58 patiënten bij wie de diagnose van hypertensie correct genoteerd stond. Er waren iets meer mannen (53%) met een hoge bloeddruk. Op het einde van de studie vonden we bij 244 mensen (60% mannen en 40% vrouwen) de diagnose hypertensie terug. Net zoals bij de hypercholesterolemieparameter bleek ook hier de grootste toename te verklaren door het stelselmatig doorlopen van de bloeddrukmetingen. Bij 13 patiënten werd een nieuwe diagnose gesteld. Een hoge bloeddruk komt voor bij 37% van onze studiepopulatie.

Voor de drie bovenvermelde parameters zagen we hetzelfde patroon weerkeren in ons EMD. Vaak waren de patiënten al gekend met hun probleem, doch meestal stond het niet correct in het dossier aangegeven. Voor deze parameters heeft dus het doorwerken van het dossier meer bijgebracht dan de eigenlijke GMD+ vragenlijst. Toch opvallend is dat in absolute getallen de toename van obesitas meer uitgesproken is dan deze van hypertensie en hypercholesterolemie. Naar mijn aanvoelen ligt een verhoogd gewicht nog steeds iets gevoeliger dan verhoogd cholesterol en verhoogde bloeddruk in de huidige maatschappij. Zo zien we in de praktijk zelden mensen vragen om zich nog eens te mogen wegen; terwijl een bloeddrukcontrole of een cholesterolbepaling in een nuchtere bloedname wel frequent gevraagd worden door de patiënt zelf.

Diabetes Mellitus was met 24% toename over de hele studie de parameter waar relatief het minste verschil op werd gevonden. Toch werd er ook hier in de studie voor 3 mensen een nieuwe diagnose van Diabetes Mellitus gesteld. Na de studie waren er 42 patiënten (6%) uit de populatie die gekend waren met Diabetes Mellitus. De verhouding tussen mannen en vrouwen bleef tijdens de studie nagenoeg gelijk. Met deze bevinding moeten we eigenlijk binnen de praktijk tevreden zijn. Diabetes Mellitus, wat toch tegenwoordig in onze gebieden een belangrijke pathologie is en steeds meer toeneemt met de huidige leefgewoontes, blijkt goed opgevolgd en gekend in onze praktijk. Ook het noteren in het EMD blijkt voor Diabetes Mellitus weinig vergeten te worden.

Met de studie konden we voor veel patiënten de familiale anamnese beter invullen. Over de hele studie waren er 18 nieuwe patiënten bij wie in de familie coloncarcinoom vastgesteld was. Dit gaf ons een toename van 257% voor deze parameter. Voor het borstcarcinoom waren er 11 nieuwe patiënten met een positieve familiale anamnese. Dit zorgde voor een verdubbeling van deze gegevens in het EMD. Voor het ovariumcarcinoom werd 1 nieuw geval gemeld. Diabetes Mellitus kwam in 35 nieuwe gevallen in de familie voor. Opvallend voor deze parameters waren de verschuivingen die deze nieuwe gevallen teweegbrachten in de verhouding tussen mannen en vrouwen. Voor coloncarcinoom ging deze verhouding van 43% vrouwen naar 48% op het einde van de studie. Bij het borstcarcinoom stond de verhouding mannen vrouwen bij het begin op 55% tegenover 45%. Op het einde van de studie was deze verhouding gekanteld naar 28% mannen tegenover 72% vrouwen. Ovariumcarcinoom verschoof van 67% vrouwen naar 50% vrouwen over het verloop van de studie. Diabetes Mellitus verschoof van 33% vrouwen initieel naar 50% op het einde. We moeten hierin rekening houden met de praktische achtergrond van de GMD+ vragenlijst. Bij mannen werd er in de vragenlijst niet gevraagd naar familiale borstcarcinomen en ovariumcarcinomen, waardoor de verhouding van gekende familiale diagnose niet noodzakelijk de verhouding is van voorkomen in de familie. Logischerwijze zien we dan ook de verhouding van borstcarcinoom verschuiven naar de kant van de vrouwen. Opvallend genoeg is dat niet het geval met ovariumcarcinoom. De verklaring hiervoor blijkt uit de resultatentabel waar we zien dat deze absolute getallen zeer klein zijn, waardoor een verhouding weinigzeggend is en waar we ook kunnen terugvinden dat er voor ovariumcarcinoom slechts bij één man een nieuwe diagnose in de familie aangehaald werd. Deze man had dit ook eerder terloops medegedeeld vermits er zoals gezegd geen aparte vraag gesteld was over dit onderdeel in de mannenpopulatie.

Extra analyse

Zeer opvallend in de preventieconsultaties was de grote deelname. 80% van de patiënten die de vragenlijst had ingevuld kwam ook op bespreking. Het mag geen verrassing blijken dat de gewichtsmeting en bloeddrukmeting het frequentst werden uitgevoerd vermits dit in elke preventieconsult standaard werd inbegrepen. Wat dan wel meer opvalt is dat er 103 patiënten een tetanusvaccinatie lieten zetten en deze nooit geweigerd werd. In vergelijking daarmee werden 52 pneumokokkenvaccinaties voorschriften meegegeven en slechts 42 (80%) lieten deze ook effectief bij

een volgend consult plaatsen. We zagen hierin 3 logische verklaringen. Ten eerste merkten we dat tetanus beter gekend was bij de mensen waardoor er minder terughoudendheid was om hiertegen te vaccineren. Ten tweede speelde het gemak een rol: omdat de tetanusvaccinatie aangeboden werd op het moment zelf lieten alle mensen deze ter plaatse ook ineens gebeuren. Voor de pneumokokkenvaccinatie werd verwacht dat ze eerst langs de apotheker zouden gaan en dan terugkomen. Ten derde zal ook het financiële aspect meegespeeld hebben; de tetanus vaccinatie wordt namelijk gratis door de overheid voorzien, de pneumokokkenvaccinatie wordt deels door de patiënt zelf betaald.

Vermits bij iedereen het gewicht gemeten werd konden we en mooi beeld schetsen van onze populatie. Hier zagen we dat percentueel gezien 33% een normaal gewicht had, 36% met overgewicht kampte en dat een klein derde (29%) obees was. Gelukkig werd morbide obesitas slechts bij een kleine minderheid (1%) vastgesteld. Opvallend was dat de verhouding vrouw-man nagenoeg gelijk bleef voor alle gewichtklassen.

De bloeddrukmeting toonde weinig bijzonderheden. 84% had een normale bloeddruk en 16% toonde op het moment van consulteren een verhoogde bloeddruk. We weten dat uit een eenmalige bloeddrukmeting ook niet teveel besluiten mogen en kunnen getrokken worden.

Voor de meeste parameters merkten we een redelijk evenredige verhouding tussen de vrouwen en mannen uit onze populatie. Logischerwijs zagen we daar uitzonderingen op in de preventie naar osteoporose en de screeningsonderzoeken naar baarmoederhalskanker en borstkanker omdat deze delen enkel in de vragenlijst bij vrouwen aan bod kwamen.

Bij 2 andere onderzoeksparameters merkten we een verhouding die meer mannen bedroeg als vrouwen. Namelijk bij de opstart van medicatie ik het kader van cardiovasculaire preventie zagen we dat er 16 mannen moesten starten met de medicatie ten opzichte van slechts 3 . Vermoedelijk heeft dit te maken met de huidige preventierichtlijnen voor cardiovasculaire mortaliteit waarin we zien dat de mannen sneller in de gevarenzone belanden als vrouwen. Hoewel de vrouwen helaas in dit kader aan een opmars bezig zijn, zien we in het huidige preventiesysteem dat de focus voor cardiovasculaire preventie nog nadrukkelijker gelegd wordt in de mannelijke populatie.

Ook bij de positieve IFOBT's was de verhouding meer naar de mannen gekanteld. Een duidelijke verklaring hiervoor hebben we niet kunnen vinden. Wegens de kleine absolute waarde, namelijk 1 ten opzichte van 5 zou dit ook gewoon op toeval kunnen berusten.

We merkten duidelijk dat bepaalde screeningstesten of maatregels beter in de smaak vielen bij de mensen dan andere. Het voorbeeld van de vaccinaties was hierboven al te lezen, doch ook andere testen gaven duidelijke verschillen aan.

In absoluut getal werd de IFOBT het meeste vergeten of geweigerd. Er waren namelijk 29 mensen die, ondanks het belang van de test was uitgelegd, deze niet binnenbrachten. Op de tweede plaats stond het pneumokokkenvaccin waar 10 mensen dit niet lieten zetten, gevolgd door screeningsonderzoek voor borstkanker waar 9 vrouwen dit niet lieten gebeuren.

Als we gaan kijken naar percentages , liggen de verhoudingen iets anders. Dan is de absolute koploper naar vergeten of geweigerde screeningstest duidelijk deze voor borstkanker met 60%. Dan zijn er twee testen waar 30% niet uitgevoerd werd: namelijk het uitstrijkje en de colonoscopie. Daarachter komen dan de IFOBT (28%) en het pneumokokken vaccin (19%).

Het lijkt ons dat de percentuele volgorde van geweigerde testen zoals hierboven vermeld wel eens duidelijk richtingaangevend kan zijn naar wat de patiënten als minst geliefde testen ervaren in het screeningsonderzoek. De screeningstesten naar kanker staan namelijk op de eerste plaatsen.

Hier zie ik als mogelijke verklaring dat kanker nog steeds voor velen taboe is en liefst zo lang mogelijk verzwegen wordt. De link tussen kanker en dood lijkt voor velen afschrikwekkend genoeg om hier niet teveel onderzoek naar te laten gebeuren. Ook het praktische aspect speelt hierin een grote rol. Vanaf het ogenblik dat er een afspraak of doorverwijzing is voor een ander specialisme zien we het deelnemerspercentage afnemen. Ook mogen we niet onderschatten dat bijna al deze onderzoeken (mammografie, uitstrijkje, colonoscopie) als zeer onaangename procedures worden ervaren. Mogelijks kunnen we, als de testen verder ontwikkeld worden naar minder invasieve of minder lastige procedures, op dat vlak nog een groot deel van de patiënten overtuigen om toch deel te nemen aan kankerscreening.

Korte vergelijking met studie Morreel S. (3) uit Huisarts NU.(vergelijkende tabel zie bijlage 6)

Vermits we in het literatuuronderzoek veel praktijkprojecten met het GMD+ tegenkwamen vonden we het ook interessant om onze resultaten kort te vergelijken met andere projecten in deze categorie. We zijn gaan vergelijken met de resultaten van het onderzoek van Morreel S. dat onder andere ook terug te vinden was in Huisarts Nu van september- oktober 2013. We kozen dit onderzoek omdat hij een duidelijke overzichtstabel gebruikte met vergelijkbare parameters als de parameters die wij in ons project gebruikten, daarenboven waren de resultaten die in dit project behaald werden algemeen genomen bij de beteren die we konden terugvinden in de literatuur.

Opvallend in deze vergelijking is de responsratio die bij ons enorm hoogt ligt met 80% van de patiënten die op hun preventieafspraak kwamen. Vermoedelijk hebben we deze hoge respons kunnen bereiken door bij de uitnodiging tijdens een gewone consultatie toch even de tijd te nemen om de voordelen van een preventieraadpleging uit te leggen en ook de procedure naar de patiënten toe zeer duidelijk voor te stellen. Ook onze eigen motivatie omtrent het project zal tot deze hoge respons geleid hebben.

Voor dezelfde vier parameters zagen we de hoogste absolute getallen na de studie. Met name hypertensie, obesitas, tetanusvaccinatie en IFOBT geven na het project de hoogste waardes. Een opmerkelijk resultaat doch op zich redelijk voorspelbaar omdat, zeker in deze leeftijdscategorie, hypertensie en obesitas bij veel van de patiënten voorkomen en naar preventie toe belangrijke pathologieën zijn waar met de GMD+ vragenlijst extra nadruk op gelegd wordt. Evenzeer zijn tetanusvaccinatie en IFOBT in kader van preventie belangrijke maatregelen die ook duidelijk in de GMD+ preventie besproken worden. Hieruit mogen we voornamelijk concluderen dat het gebruik van de GMD+ vragenlijst bepaalde focussen legt in de preventie en dat we die focussen ook terugvinden in onze resultaten.

Algemeen zien we voor elke parameter een grotere toename in onze studie in vergelijking met de studie van Morreel S. We vinden dat we met deze resultaten van een geslaagd kwaliteitverbeterproject kunnen spreken.

Persoonlijke beschouwing

Over de hele lijn ben Ik zeer tevreden met dit kwaliteitverbeterproject. Ik vind dat we mooie resultaten behaald hebben en dat ons uiteindelijke doel (wat verbeteren van preventie in deze praktijk was) zeker bereikt is.

Dit praktijkproject heb ik gekozen als masterproefonderwerp omdat ik naar mijn gevoel hierin een persoonlijke invloed kon hebben in de praktijk waar ik als HAIO aan de slag was. Mijn praktijkopleider (PO) Dr. Denissen F. heeft me van in het begin de vrijheid gegeven om zelf een weg uit te stippelen over het ganse project.

De meerwaarde die dit project voor mezelf heeft gehad, is dat ik meer in contact ben kunnen komen met patiënten die anders meer op consultatie bij de PO zouden blijven gaan zijn en die ik dus mogelijks niet had leren kennen. Dit heeft voor mezelf een absolute meerwaarde betekent daar ik mezelf nu ook heb kunnen voorstellen aan al deze patiënten en ik hierdoor veel meer inzicht heb gekregen in de familiale banden tussen al onze patiënten. Ik merkte ook op dat veel van deze patiënten nadien niet meer twijfelde om op de vrije raadpleging bij mij op consultatie te komen. Het heeft mij ook de kans gegeven om mijn communicatievaardigheden naar een preventief consult verder uit te diepen. Iets wat ik zelf als doelstelling had voorgenomen daar preventieconsultaties mij als stagiair of coassistent zelden te beurt zijn gevallen.

Persoonlijk ben ik nogal voorstander van een goede preventie omdat ik meen dat dit op lange termijn meer baat zal kunnen hebben dan enkel curatief te werk te gaan. Ik zag op mijn stages en in mijn coschappen eigenlijk weinig consultaties waar preventie het grootste onderwerp was binnen het gesprek. Zoals hierboven in de masterproef al aan bod kwam, merkten we in deze praktijk op dat we vaak wegens tijdsgebrek niet of onvoldoende aan preventie konden doen. Door hier een volledig project rond te bouwen hebben we aan de hand van de Gezondheidsgids van Domus Medica een gestructureerd preventieconsult kunnen uitwerken. Aan de hand van vele preventieconsultaties heb ik dit onderdeel voor mezelf kunnen verfijnen.

Tijdens het project zag ik stelselmatig de preventieve parameters toenemen in de dossiers, maar bij de nameting merkte ik pas hoe groot de impact van de project voor onze praktijk geweest is. Bij het doorwerken van de resultaten voelde ik de meerwaarde en de verbetering die dit project had teweeggebracht en dit gaf me ook op persoonlijk vlak het gevoel dat ik als HAIO onder andere met dit project een meerwaarde voor de praktijk kan zijn.

Vermits dit project liep in een solopraktijk kan ik enkel uitspraak doen over de preventiemaatregelen in een solopraktijk. Daarin lijkt het me zo goed als onhaalbaar dat een solo-arts met een bloeiende praktijk en zodoende een drukke agenda steeds deze tijd kan investeren om aan goede preventie te doen. Moesten er meer administratieve en/of financiële ondersteuningen zijn om de patiënten meer te informeren en te contacteren zou er naar mijn mening al een groot deel van de tijd van de arts beter gespendeerd kunnen worden.

Naar de toekomst toe wil ik zeker nog met mijn volle enthousiasme vele preventieconsultaties blijven doen. Helaas heb ook ik, net zoals vele HAIO's voor mij en zoals hierboven al even aangehaald, moeten vaststellen dat het volledig uitwerken van een preventieraadpleging volgens de GMD+ vragenlijst van Domus Medica ontzettend veel tijd vergt van de artsen en dat het bijna onmogelijk is om dit gestructureerd uit te voeren zonder administratieve ondersteuning.

Ik merkte dat er enorm veel extra tijd sluipt in uitleg geven, praktische afspraken maken en in het voorbereiden van de preventieconsultatie zelf. Naar andere (solo)praktijken raad ik aan om vooraleer men van start gaat met een groot preventiegesprek hier duidelijke afspraken over te maken met alle

betrokken artsen. Hierin de verantwoordelijkheid wat delen lijkt aangewezen. Zowel het administratieve luik, het financiële luik en het luik tot praktische uitwerking moeten op voorhand afgesproken worden.

In dit praktijkproject heeft de HAIO bijna alle administratie rond het project gedaan, dit betekende dat hij gedurende de weken van het project minder beschikbaar was voor de andere raadplegingen en huisbezoeken. Ik ben ook van mening dat dit luik volledig uit de handen van de artsen genomen moet worden. Een administratief medewerk(st)er kan zich hier volop op focussen terwijl de artsen hun tijd nuttig kunnen spenderen aan het opvolgen van de patiënten.

Qua kosten-baten investering lijkt de GMD+ vragenlijst van Domus Medica zeker een goede optie voor alle praktijken. Hoewel we de kosten niet zijn gaan vergelijken met andere projecten kunnen we toch zeggen dat onze kosten in dit project zeer beperkt gebleven zijn; namelijk de eenmalige aanschaf van de tablet. Papier, inkt en postzegels konden met deze methode tot een minimum beperkt blijven. Mogelijks een idee voor een volgende masterproef is om in dit kader de kosten-baten analyse van onze werkwijze na te gaan.

Naar praktische uitwerking in andere praktijken zou ik zeker adviseren om niet één arts alle preventieconsultaties te laten doen en altijd een aparte consultatie af te spreken om de preventiemaatregels te overlopen. Ik merkte dat het een gemakkelijke manier kan zijn om een extra aantal consultaties te creëren die zowel voor arts als patiënt nuttig worden ervaren. Ook voor een nieuwe arts of HAIO kan dit een gemakkelijke manier zijn om op korte termijn met veel patiënten uit de populatie in contact te komen.

Bronnen

(1) www.ihi.org/resources/Pages/HowtoImprove/default.aspx

(2) www.domusmedica.be/documentatie/archief/nieuws/4766-tabletcomputer-gezondheidsgids-wint-award.html

(3) Morreel S, Van Peer W, Verhoeven V. Toepassing van de gezondheidsgids in de praktijk: resultaten van een pilootstudie. Huisarts Nu 2013; 42:243-4

(4) Mennes S, Schoolmeesters B, Schoenmakers B. Invoeren van preventie in de huisartsenpraktijk. Resultaten van een praktijkproject. Huisarts Nu 2013; 42:245-7

(5) Feys C, Fouvry J, Schoenmakers B. Implementatie van de preventiemodule in de praktijk. Hoe denkt de patiënt hierover? Huisarts Nu 2013; 42:247-9

(6) Schippers W. Het GMD+ in een groepspraktijk met behulp van het Preventiecentrum regio Turnhout. Extra aandacht voor vroegtijdige opsporing COPD dmv spirometrie. Masterproef huisartsgeneeskunde. Universiteit Antwerpen; 2013.

(7) Tratsaert E. Implementatie van de Gezondheidsgids van Domus Medica in de praktijk. Masterproef huisartsgeneeskunde. Universiteit Gent; 2012.

(8) Lambrechts T. Hoe organiseer je het gebruik van het GMD+ in een stedelijke groepspraktijk met ondersteuning van het Preventiecentrum regio Turnhout? Speciale aandacht voor cardiovasculair management. Masterproef huisartsgeneeskunde. Universiteit Antwerpen; 2012.

(9) Musschoots M. Is er een toekomst voor een globaal medisch en preventie dossier (GMPD)? Masterproef huisartsgeneeskunde. Universiteit Gent; 2009.

(10) Cosyn E, Vandenberghe S. Het algemeen preventieconsult: een zorg voor iedereen? Masterproef huisartsgeneeskunde. Universiteit Gent; 2012.

(11) Kavalevich N. Actief aanbieden van een preventieconsult, onder de vorm van GMD plus. Masterproef huisartsgeneeskunde. Universiteit Gent; 2013.

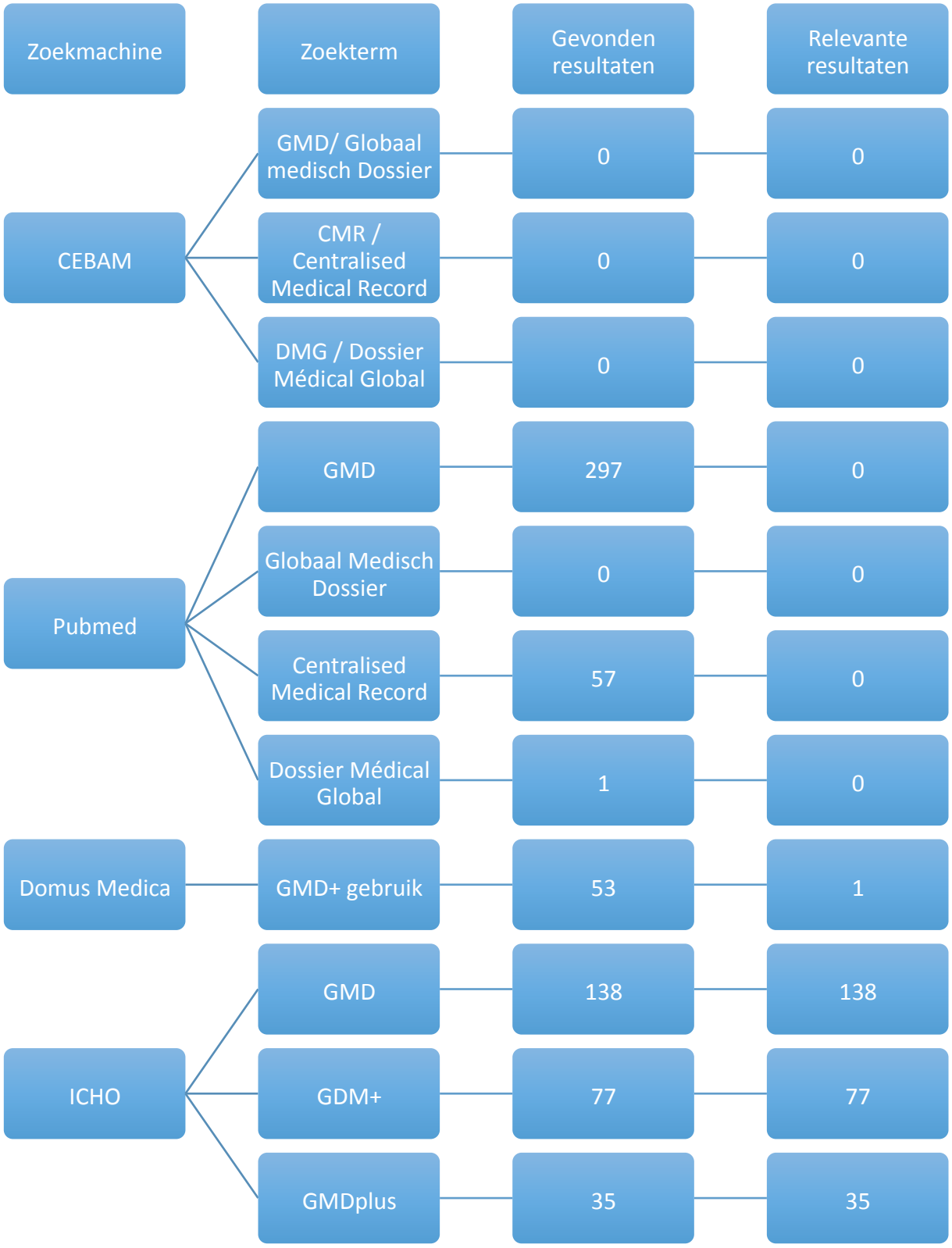
(12) Pauwels L. Introductie ven de Gezondheidsgids in de praktijk. Masterproef huisartsgeneeskunde. Universiteit Antwerpen; 2010

(13) Bosmans T. Introductie van de Gezondheidsgids in de praktijk: vergelijking van een actieve met een passieve aanpak. Masterproef huisartsgeneeskunde. Katholieke Universiteit Leuven; 2012

(14) Vanhulsel S. Het GMD+ in onze praktijk. Masterproef huisartsgeneeskunde. Katholieke Universiteit Leuven; 2013.

Bijlagen

Bijlage 1 Flowchart Literatuurstudie



Bijlage 2 Registratietabel studie Morreel S.

	Geregistreerd voor interventie	Geregistreerd na interventie
Hypertensie geregistreerd als actief probleem	10	11
Bloeddrukmeting in het laatste jaar	37	43
Antihypertensiva in medicatielijst	12	12
Diabetes geregistreerd als actief probleem	5	5
Cardiovasculaire ziekte geregistreerd bij voorgeschiedenis	8	8
Cardiovasculaire ziekte geregistreerd bij familiale voorgeschiedenis	3	6
Roker	3	5
Geplande cardiovasculaire screening	21	38
Lengtemeting	37	43
Gewichtsmeting in het laatste jaar	28	41
Meting buikomtrek	1	39
Overgewicht geregistreerd als actief probleem	3	17
Gestoorde glucosetolerantie geregistreerd bij voorgeschiedenis	0	3
Macrosomaal kind geregistreerd bij voorgeschiedenis	0	1
Diabetes geregistreerd bij familiale voorgeschiedenis	2	8
Geplande diabetesscreening	5	18
Geplande tetanusvaccinatie	3	43
Hart-, long-, of nierziekte geregistreerd bij familiale voorgeschiedenis	9	10
Geplande griepvaccinatie	21	21
Borst-, of ovariumcarcinoom geregistreerd bij familiale voorgeschiedenis	0	4
Geplande mammografie	9	24
Gepland cervixuitstrijkje	5	19
Colorectaal carcinoom geregistreerd bij familiale voorgeschiedenis	1	5
Geplande FOB-test (Fecaal Ocult Bloed-test	0	38
Geplande colonoscopie	3	5
Alcoholmisbruik geregistreerd als actief probleem	1	3

Bijlage 3 Uitleg patiënten GMD+

“We gaan dit jaar proberen de preventie in de praktijk wat dieper uit te werken. U komt in aanmerking voor een preventieconsult. Zo’n preventieconsult bestaat uit 2 delen. Eerst laten we U een vragenlijst invullen op de tablet, dit duurt ongeveer 10min.

In 2e instantie kan u dan een afspraak maken bij Dr. Bosschaerts of Dr. Denissen om de belangrijkste preventieve maatregelen voor u te overlopen.

Wilt u graag zo’n gratis preventieconsult of doet u daar liever niet aan mee?”