Preventie in de eerste lijn: Doen !?

Hauwaerts Karolien, K.U.Leuven

Promotor: Dr. Rudi Bruyninckx, K.U.Leuven

Master of Family Medicine 2013-2015

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Inhoudstafel

ABSTRACT 2

1. INLEIDING 3

2.METHODE 4

2.1.Literatuuronderzoek 4

2.2 Veldonderzoek 4

2.2.1 Interventie in de praktijk 4

2.2.2 Vragenlijst artsen 5

3. RESULTATEN 6

3.1 Literatuuronderzoek 6

3.2 Veldonderzoek 9

3.2.1 Praktijkonderzoek 9

3.2.2 Tevredenheid artsen 11

4. DISCUSSIE 13

4.1 Samenvatting resultaten, interpretatie en vergelijking met bestaande literatuur 13

4.2 Zwaktes en sterktes van het onderzoek 14

4.3 Verder onderzoek 15

5. BESLUIT 15

REFERENTIES 16

DANKWOORD 18

BIJLAGEN 19

Bijlage 1. Flyer/Poster wachtzaal 19

Bijlage 2. Informatiebrief patiënt 20

Bijlage 3. Vragenlijst GMD 21

Bijlage 4. Informed consent 22

Bijlage 5. Preventieplan patiënt 23

Bijlage 6. Vragenlijst patiënt 24

Bijlage 7. Vragenlijst arts 25

Bijlage 8. Oorspronkelijk protocol ethisch comité 27

Bijlage 9. Goedkeuring ethisch comité 28

ABSTRACT

Context: Preventie in de eerstelijnsgeneeskunde wordt steeds belangrijker. In de Vlaamse huisartsenpraktijk wordt hiervoor gebruik gemaakt van het GMD-plus, een gestructureerd preventieconsult op basis van de gezondheidsgids van Domus Medica. Door mijn persoonlijke interesse hiervoor zet ik een praktijkproject op waarbij ik het GMD-plus invoer in de praktijk met als bijkomend doel de tevredenheid van de patiënten hierover na te gaan. Ook worden artsen uit de omgeving bevraagd over hun tevredenheid over het GMD-plus.

Onderzoeksvraag: Wat vindt men in de literatuur terug over de voor-en nadelen van het invoeren van een preventieconsult in de eerste lijn? Zijn patiënten en artsen tevreden over de invoering van het preventieconsult in de huisartspraktijk?

Methode: Via een gestructureerde literatuurstudie in twee grote databanken, Medline en Cochrane, gaan we op zoek naar de voor-en nadelen van een preventieconsult in de eerste lijn. Enkel systematische reviews van de laatste 10 jaar worden geïncludeerd.

Tijdens het praktijkproject wordt het GMD-plus ingevoerd in de praktijk en wordt er naar de tevredenheid van patiënten gepeild. Bijkomend gaan we via vragenlijsten bij omgevende praktijken na wat de artsen als voor-en nadeel zien bij de invoering van het preventieconsult.

Resultaten: In de literatuur vinden we 3 grote systematische reviews die aan de zoekcriteria voldoen. Zij hebben niet allen dezelfde outcome. De twee recentste reviews zien geen daling van mortaliteit. Over andere klinische parameters vinden we heterogene resultaten.

Uit het praktijkproject blijkt dat patiënten die deelnemen, tevreden zijn over het preventieconsult. Artsen uit de omgeving staan ook positief tegenover dergelijk preventieconsult, zij zien systematische aanbieding van preventie als belangrijkste voordeel en de tijdsinvestering als belangrijkste nadeel.

Conclusie: Er is weinig in de literatuur geschreven over preventieconsulten en er bestaat geen consensus over welk nu de beste outcomeparameter is om de resultaten ervan te meten. Er is tot op heden geen daling van mortaliteit bewezen. Over andere klinische parameters vinden we heterogene resultaten. Uit ons praktijkonderzoek blijkt dat patiënten die deelnemen aan het consult en artsen die het in hun praktijk gebruiken tevreden zijn over het preventieconsult en dus intuïtief voorstander zijn van deze vorm van preventie.

Het gebruik van een preventieconsult zoals het GMD-plus moet grootschalig en op lange termijn verder bestudeerd worden om een goede kosten-baten balans te kunnen maken.

Email: karolien.hauwaerts@gmail.com

IPCP-code: A98 Preventie

1. INLEIDING

Preventiegeneeskunde kent een opmars de laatste jaren. Zowel patiënt als gezondheidswerker hebben meer aandacht voor preventie. De eerstelijnsgeneeskunde speelt hierbij een belangrijke rol (1). In 2011 werd het GMD-plus (bijlage 3) ingevoerd op basis van de Gezondheidsgids van Domus Medica. Met dit instrument tracht men een individueel preventieplan voor de patiënt op te stellen. Op 27 februari 2014 verscheen de herwerkte versie ervan. De Gezondheidsgids kreeg van Vlaams minister van Welzijn, Jo Vandeurzen, de erkenning om als bevolkingsonderzoek voor de huisartsenpraktijk te dienen. Hiermee erkent Vlaanderen de Gezondheidsgids als zinvolle richtlijn voor preventie door de huisarts, aansluitend op de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen. De Gezondheidsgids zou gezondheidswinst voor de patiënt, maar ook winst voor de samenleving door besparingen op het gezondheidsbudget opleveren (2). Het aanmaken van het GMD-plus wordt volledig terugbetaald aan de patiënt. De vraag rijst dan ook of er inderdaad een gezondheidswinst voor de patiënt is. Over verschillende onderdelen van het GMD-plus verschenen alvast recent nog hoopvolle zaken. Zo bewees bijvoorbeeld een recent artikel in het tijdschrift British Medical Journal (BMJ), dat een dagelijkse portie van 5 stukken groenten en fruit het mortaliteitsrisico doet dalen (3) - één van de vragen van het GMD-plus peilt hier naar. Zo ook stelt Lieven Annemans, gezondheidseconoom van het UZ Gent in studies, dat Vlaanderen goed bezig is inzake screening voor kanker - ook een belangrijk onderdeel van het GMD-plus . Toch zegt hij dat waakzaamheid geboden is en goede opvolging nodig is van alle gescreende personen, om net beter de baten, de kosten, en de risico's in kaart te brengen (4). Is het zinvol om het GMD-plus als preventie-instrument te gebruiken? Is dit voldoende onderzocht? Wat zijn de voor- en nadelen van dergelijke preventieconsulten?

Reeds vele Masterproeven handelden over de implementatie van het GMD-plus en onderdelen ervan. Daaruit bleek dat het merendeel van de praktijken voordelen ziet in de invoering hiervan. Doch waren er nog grote struikelblokken zoals tijdsgebrek, hoge werkdruk, lage organisatiegraad en tekort aan ondersteuning (5). Slechts enkele thesissen deden onderzoek naar tevredenheid van patiënten over dit consult. Hier werd besloten dat patiënten die deelnemen over het algemeen tevreden zijn van het preventieconsult (6-8). Patiëntentevredenheid is een belangrijke parameter van kwaliteitsvolle gezondheidszorg (9). Om de kwaliteit van zorg te verbeteren is het een meerwaarde de patiënt actief te betrekken bij beslissingen zowel op het niveau van de praktijk en zijn organisatie als op het niveau van de zorg voor zijn gezondheid en gezondheidsproblemen (10). Zijn patiënten in de praktijk tevreden over de invoering van dergelijk preventieconsult ?

In mijn opleidingspraktijk werd nog geen gebruik van het GMD-plus gemaakt. In combinatie met mijn eigen interesse in preventie werd voor dit onderwerp gekozen. Er is geen gestructureerde preventie binnen de praktijk, wel worden preventieve acties gedaan op vraag van patiënt of op toeval berustend. Met deze thesis wil ik ingaan op deze nood binnen de praktijk. Dit werk is een praktijk-verbeterend project met als extra doel de haalbaarheid na te gaan van de gestructureerde invoering van het GMD-plus in mijn opleidingspraktijk. Bijkomend gingen we daarom bij collega-artsen de tevredenheid na over de invoering van dit consult. Zijn artsen tevreden over de invoering van het preventieconsult in hun praktijk ?

We besluiten tot volgende onderzoeksvragen :

1)Wat vindt men in de literatuur terug over voor-en nadelen van het invoeren van een preventieconsult in de eerste lijn ?

2) Zijn patiënten tevreden over de invoering van het preventieconsult in de huisartspraktijk ?

3) Zijn artsen tevreden over de invoering van het preventieconsult in de huisartspraktijk?

2.METHODE

2.1.Literatuuronderzoek

Via onlinedatabanken gingen we in de literatuur op zoek naar de voor- en nadelen van het invoeren van een preventieconsult in de praktijk. Als uitgangsbasis gingen we er vanuit dat elk onderdeel van het GMD-plus voldoende wetenschappelijk gefundeerd is. Er werd gezocht naar relevante artikels over preventieconsulten/gezondheidscheck-ups[1]. Om de literatuurzoektocht zo homogeen mogelijk te houden en het overzicht te bewaren werden enkel systematische reviews geïncludeerd. De gebruikte zoektermen, in- en exclusiecriteria en limieten vind je samengevat in tabel 1. Ook referenties van gevonden artikels werden aan de zoekopdracht toegevoegd om geen artikels te missen.

Tabel 1: Overzicht zoekopdracht medische databanken

Gebruikte databanken	Medline (via Pubmed), Cochrane database
Gebruikte Mesh- en zoektermen	Prevention, Preventive medicine, Primary care, Health check, Mass screening
Inclusiecriteria	health-check[1] in zijn geheel en geen apart onderdeel ervan, artikel in Engels, Nederlands of Frans
Exclusiecriteria	artikels die enkel over 1 onderdeel gaan van preventie, jongeren en kinderen, health-checks buiten de dokterspraktijk (bv. op internet of op de werkvloer)
Limieten artikels	10 jaar oud, systematische review, mensen

2.2 Veldonderzoek

Het veldonderzoek is een prospectief observationeel onderzoek. Het bestaat uit 2 delen. Het eerste deel is een interventie in de praktijk, met name de invoering van het preventieconsult volgens het GMD-plus met nadien een tevredenheidsenquête. Deel 2 is een vragenlijst voor artsen uit de omgeving over hun ervaringen met het GMD-plus.

2.2.1 Interventie in de praktijk

Het grootste deel van het veldonderzoek gebeurt in de eigen praktijk. Dit is een landelijke groepspraktijk met twee artsen, twee huisartsen in opleiding (HAIO) en twee praktijkassistentes. Vanaf 1 september 2014 werden de patiënten van de praktijk uitgenodigd voor het preventieconsult. Er kwam een affiche in de wachtzaal, in de kabinetten van de dokters en op het secretariaat. Ook konden de patiënten een flyer meenemen (bijlage 1).

Wanneer de patiënten interesse toonden om deel te nemen kregen zij een informatiebrief (bijlage 2) en de GMD-plus vragenlijst (bijlage 3) mee naar huis. Ze werden nadien telefonisch gecontacteerd om een afspraak met de HAIO te maken. Wegens drukte in de praktijk werd tijdens dit proefproject voor aparte consultmomenten geopteerd, buiten de raadplegingsuren. De consultaties startten op 1 oktober 2014 en liepen tot 20 december. Aanvankelijk werden 40 minuten voor het preventieconsult gepland. Dit kon nadien nog aangepast worden. Het preventieconsult werd door de HAIO op enkele

[1] De termen preventieconsult, gezondheidscheck(-up), health-check(-up) zullen door mekaar gebruikt worden. Indien geen verdere specificering in de tekst mogen de termen als gelijkwaardig beschouwd worden.

proefpersonen geoefend om de module vlot te leren doorlopen. Wekelijks werden de onderdelen van de Gezondheidsgids in de praktijk besproken om het gebruik van het GMD-plus juist aan te leren aan de collega-artsen met oog op implementatie in de toekomst.

Na het doorlopen van de originele preventiemodule volgens Domus Medica met bijhorend preventieplan (bijlage 5) kregen de patiënten een tevredenheidsenquête van het preventieconsult. Er werd gekozen voor een korte vragenlijst. De belangrijkste vragen werden gehaald uit voorgaande Masterproeven (6-8) die respectievelijk hun vragenlijsten baseerden op een combinatie van literatuuronderzoek en eigen inbreng. De vragenlijst is opgesteld met ordinale antwoorden in multiple choice vorm (bijlage 6). De tijdsduur van het consult wordt ook gemeten en nadien geanalyseerd met de statistische functies van Excel.

Er zijn geen exclusiecriteria voor de deelnemende patiënten omdat we de praktijkpopulatie in zijn geheel willen bekijken en een steekproef doen. Geslachten en andere criteria zoals bijvoorbeeld rookstatus of diabetes werden niet gelijkmatig verdeeld.

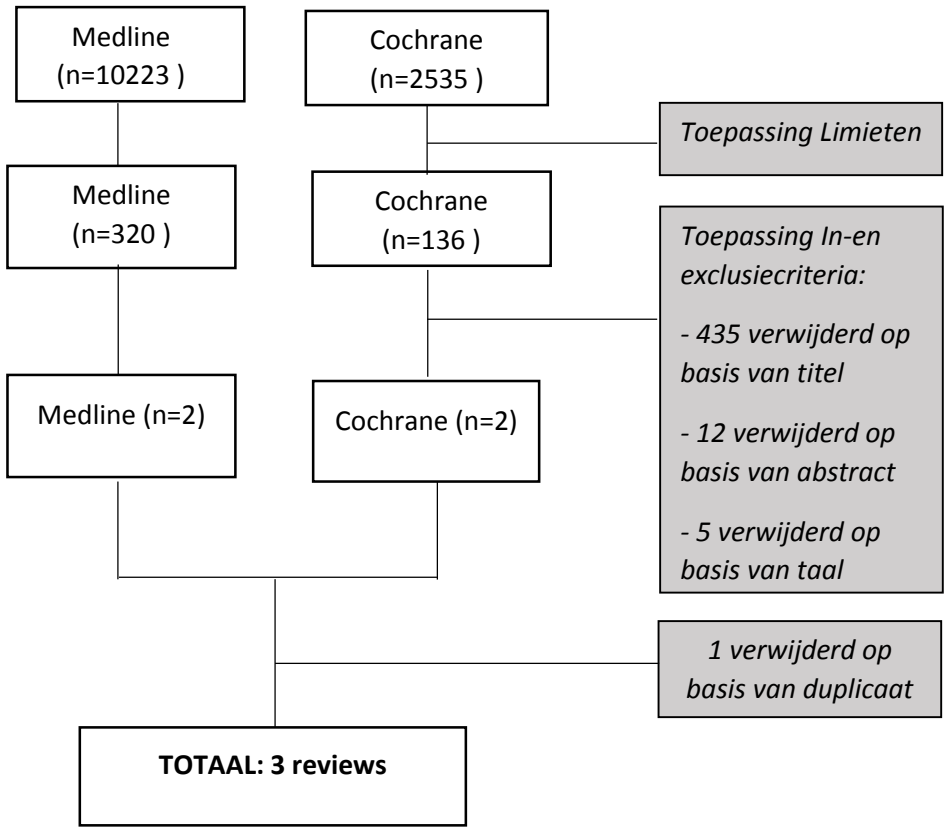
2.2.2 Vragenlijst artsen

De tevredenheid van artsen over het gebruik van het GMD-plus in hun praktijk werd bevraagd via een vragenlijst (bijlage 6) opgesteld na literatuuronderzoek. De belangrijkste voor- en nadelen van een preventieconsult werden vertaald naar de Vlaamse praktijken en in vraagvorm omgezet. Dit gebeurde tijdens de maanden december 2014 en januari 2015. Wegens praktische overweging werden de huisartsen opgezocht via de seminariegroep en de wachtpost van de HAIO. Er waren geen exclusiecriteria. De deelnemers moesten enkel huisarts van beroep zijn. De vragenlijst is opgesteld met nominale en ordinale antwoorden in multiple choice vorm (bijlage 7).

3. RESULTATEN

3.1 Literatuuronderzoek

Uit de literatuur weerhouden we 3 grote reviews die de voor- en nadelen van georganiseerde preventieconsulten tegen mekaar afwegen. In figuur 1 staat samengevat hoe we tot deze selectie kwamen. In tabel 2 worden de belangrijkste elementen van de 3 artikels samengevat en vergeleken.



Figuur 1: Studyflowchart

In de systematische review 'The value of the periodic health evaluation' van Boulware et al. uit 2007 gaat men de voor- tegen de nadelen afwegen om te kijken of een preventieconsult gerechtvaardigd is in de praktijk (11). Er wordt systematisch naar studies gezocht die handelen over een periodische gezondheidscheck waarin een vergelijking gemaakt wordt met een controlegroep die deze preventieve check-up niet ondergaat. Omdat er geen algemene definitie van een dergelijke gezondheidscheck bestaat maken zij er één en ontwerpen zo een conceptueel kader om studies te includeren. De 'periodic health evaluation' wordt gedefinieerd als één of meerdere consultaties bij een gezondheidsmedewerker met als primair doel het risico en de gezondheidsfactoren bij patiënten te evalueren voor aandoeningen die voorkomen kunnen worden door een vroege interventie. De uitvoering van preventieve acties is bijgevolg niet geïncludeerd in deze definitie. Er werden in deze review 21 studies geïncludeerd, uitgegeven tussen 1973 en 2004. In deze systematisch review wordt de periodische gezondheidscheck al positief beschouwd omwille van de verhoogde aanbieding van preventieve acties zoals het cervixuitstrijkje en de immunochemische fecaal occult bloed test (iFOBT). Ook zou de angst bij de patiënten worden weggenomen. De belangrijkste beperkingen van dit

onderzoek zijn de heterogeniteit van de deelstudies, de datering van sommige richtlijnen gehanteerd in sommige trials en ten derde de beperkte mogelijkheid tot lange termijn-follow-up.

Een grote Cochrane review 'General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease' van Krogsbøll et al. uit 2013 waarin 182.880 patiënten geïncludeerd werden deed eveneens een kosten-batenanalyse van de gezondheidscheck (12) . Zij definiëren de check-up als een screening bij de algemene bevolking naar meer dan één ziekte of naar risicofactoren in meer dan één orgaansysteem. Mortaliteit en morbiditeit waren de uitkomstmaten in hun onderzoek. Deze uitgangspunten worden door de auteurs als relevant beschouwd voor de patiënt in de plaats van surrogate uitkomsten zoals bijvoorbeeld bloeddruk en cholesterol, die in andere artikels aangehaald worden. Zij concluderen dat er geen absolute mortaliteitdaling is. Wat specifieke ziektegebonden mortaliteitsdaling betreft, zijn de resultaten hier zeer heterogeen en is er geen duidelijke daling wat kanker- en cardiovasculaire sterfte betreft. Ook is er geen morbiditeitsdaling, maar werden wel een verhoogd aantal patiënten geïdentificeerd met risicofactoren en zijn er meer nieuwe diagnoses. Er worden ook meer antihypertensiva voorgeschreven. Er wordt geen vermindering van angst bij patiënten gemeten. Ten slotte wordt gezien dat gezondere patiënten met een laag mortaliteitsrisico aan de health check deelnemen en dat hoog-risico patiënten reeds op voorhand gescreend worden waardoor mogelijke baten teniet gedaan worden. Het feit dat de gezonde deelnemers positief bevestigd worden is wel een pluspunt. Enkele studies toonden een verbeterde 'self-reported' gezondheid. De sterkte van deze studie is de omvang, de zwakte is de heterogeniteit van de onderzochte studies. De geïncludeerde studies zijn oud, dus mogelijk zijn de toen gebruikte behandeling en drempelwaarden anders dan vandaag. De mortaliteitscijfers van de recentste Deense trial 'Inter99', geïncludeerd in de review, zijn nog niet gekend en hun toevoeging aan de analyse zou van belangrijke waarde kunnen zijn. Deze trial onderzocht de invloed van screening en herhaaldelijke levensstijladvies op risico op hart- en vaatziekten op termijn.

De recentste review van Si et al. uit Australië weerlegt bovenstaande grote Cochrane review omdat zij er vanuit gaan dat surrogate uitkomsten goede voorspellers van chronische ziekten of hun complicaties zijn (13). In hun review: 'Effectiveness of general practice-based health checks' hanteren zij als definitie van de gezondheidscheck : een complete beoordeling om risicofactoren en chronische ziekten op te sporen en te managen, de meesten cardiovasculair gerelateerd. Als resultaat vinden zij via een meta-analyse dat surrogate eindpunten - totaalcholesterol, systolische en diastolische bloeddruk en BMI- statistisch significante, doch klinisch kleine verschillen opleveren ten voordele van de patienten die een health check ondergaan. Het gaat hier voornamelijk over risicoverlaging bij hoog-risicopatiënten. De studie kan geen conclusies trekken wat totale mortaliteit betreft. Zij vinden wel een verhoogde cardiovasculaire mortaliteit, maar wijten deze bevinding aan bias door te grote invloed van 1 studie. De zwakten van deze review zijn dezelfde als bij voorgaande reviews, met name de heterogeniteit van de studies, de ouderdom en het ontbreken van lange termijn follow-up. Het feit dat surrogate outcomeparameters gebruikt worden maakt het geheel bovendien moeilijk interpreteerbaar.

De 3 studies besluiten onafhankelijk van mekaar dat verder onderzoek nodig is en de interpretatie van deze gegevens met enige voorzichtigheid moet gebeuren.

Tabel 2: Samenvatting systematisch reviews

Artikel	***Boulware et al**, The value of the periodic health evaluation*	***Krogsboll et al**, General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease*	***Si et al,** Effectiveness of general practice-based health checks*
Definitie gezondheidscheck	Eén of meerdere consultaties bij een gezondheidsmedewerker met als primair doel het risico en gezondheidsfactoren bij patiënten te evalueren die voorkomen kunnen worden door een vroege interventie	Screening bij de algemene bevolking naar meer dan één ziekte of naar risicofactoren in meer dan één orgaansysteem	Een complete beoordeling om risicofactoren en chronische ziekten op te sporen en te managen, de meesten cardiovasculair gerelateerd
Aantal geïncludeerde studies	21 studies (2 cohort-,9 cross-sectionele studies en 10 RCT's)	16 gerandomiseerde trials	6 gerandomiseerde trials
Resultaten	-Verhoogde aanbieding preventieve acties zoals uitstrijkje, IFOBT en cholesterolscreening -Afname zorgen patiënten -Gemengd effect op andere klinische uitkomsten kosten	- Geen totale mortaliteitsdaling -Geen ziektespecifieke mortaliteitsdaling - Geen morbiditeitsdaling - Geen angstwegname -Meer diagnoses en risico-factoren geïdentificeerd -Meer anti-hypertensiva	-Risicoverlaging hoog-risico patiënten -Verbetering in surrogate uitkomsten (cholesterol, bloeddruk, BMI) -Geen verschil in totale mortaliteit -Verhoogde cardiovasculaire dood bij health-check groep
Sterkte		-Bias zo laag mogelijk door Cochrane protocol -Relatief groot aantal studies geïncludeerd	
Zwakte	- Heterogeniteit -Verouderde richtlijnen gebruikt in oudere studies -Moeilijke follow-up	- Heterogeniteit zowel qua outcome als methodiek tussen de verschillende studies -Inclusie oude studies	- Geen dubbelblinde studies - Surrogate uitkomsten moeilijk interpreteerbaar indien geen lange follow-up -Heterogeniteit -Oude studies geïncludeerd -Bias mogelijk

3.2 Veldonderzoek

3.2.1 Praktijkonderzoek

Er zijn 3808 actieve GMD's in de praktijk, opgemaakt de laatste 24 maanden. Hiervan zijn 1353 patiënten tussen 45 en 75 jaar oud. Deze leeftijdscategorie bestaat uit 626 mannen en 727 vrouwen. Er werden 30 patiënten geïncludeerd in de studie (tabel 3). Dit is 2,2 % van de totale doelgroep van dit consult binnen de praktijk. Tijdens de studie stapten er 2 mensen uit wegens andere gezondheidsproblemen en 1 persoon stopte wegens desinteresse. Deze personen werden door 3 nieuwe proefpersonen vervangen. De gemiddelde duur van een consult was 30.33 minuten (met een range van 25 minuten; 40-15 en een standaarddeviatie van 6,4). De tijd van registratie in het elektronisch dossier werd niet meegerekend.

Tabel 3: Demografische kenmerken patiënten (n=30)

Geslacht	mannen (n=11) vrouwen (n=19)
Leeftijd	45-49 jaar (n=9) 50-54 jaar (n=6) 55-59 jaar(n=5) 60-64 jaar(n=9) 65-70 jaar(n=1) 71-75 jaar (n=0)

a) Outcome consult

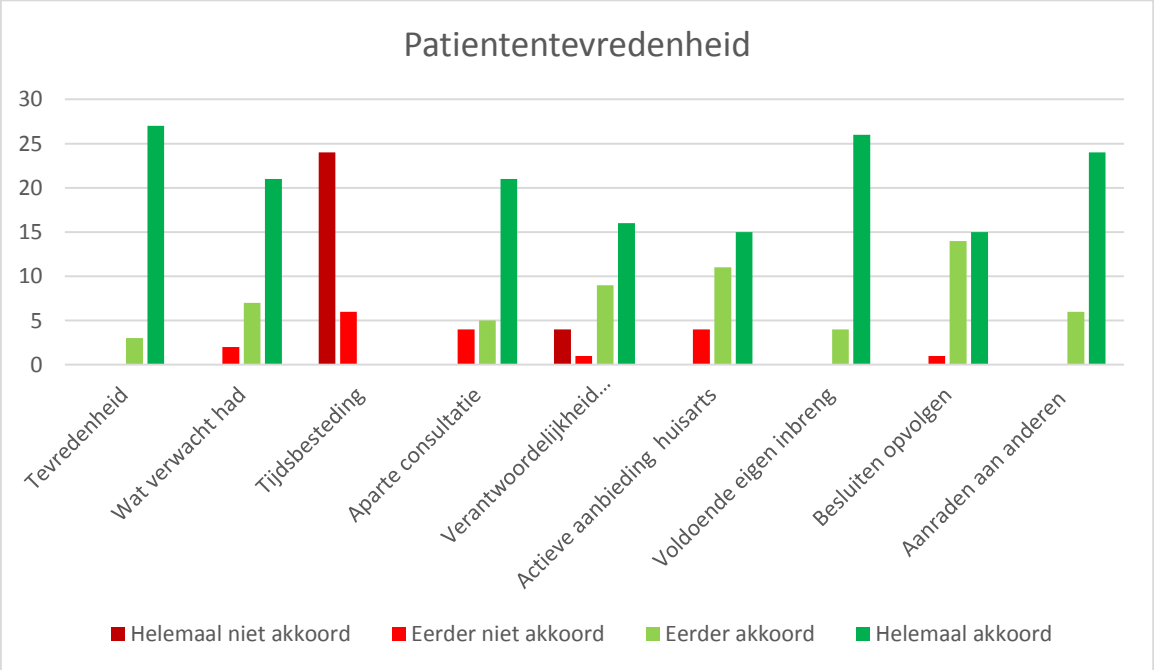
In tabel 4 staat samengevat wat het consult in de praktijk teweeggebracht heeft bij de patiënten die deelnamen. Met name het aantal adviezen bij patiënten die met bepaalde zaken niet in orde waren volgens de richtlijnen van de Gezondheidsgids. De uitvoering was in sommige gevallen een nieuw consult ter uitvoering vastleggen (bv. bij rookstop, verwijzing mammografie, labo, IFOBT meegegeven) Ter plaatse werd bewegings-en voedingsadvies volgens de Gezondheidsgids verstrekt, alsook vaccins gegeven indien de patiënt daarmee akkoord was. Bij patiënten die in orde waren werd follow-up, indien nodig, in de planning gezet.

b) Patiëntentevredenheid

In figuur 1 vindt u de antwoorden van de patiënten in een grafiek samengevat. In bijlage 6 ziet u de volledige vragenlijst. Er is een duidelijke overwegende tevredenheid (3 op 30 eerder tevreden, 27 op 30 helemaal tevreden). Omwille van omgekeerde vraagstelling werd vraag 3 omgekeerd gescoord. Bij enkele vragen zien we tegenstanders: apart op raadpleging komen (4 op 30), actieve aanbieding door huisarts (5 op 30) en dat patiënt zelf verantwoordelijk is voor eigen gezondheid (4 op 30).

Tabel 4: Outcome preventieconsult

ACTIE	***Adviezen***	***Uitvoering***	***Follow-up***
Labo	*5 adviezen*	*4 uitgevoerd*	*In planning gezet*
Medicatieaanpassing volgens SCORE tabel	*7 adviezen*	*0 uitgevoerd*	*In planning gezet*
Bewegingsadvies	*9 adviezen*	*9 adviezen gegeven*	*Geen*
Voedingsadvies	*11 adviezen (10 ivm groenten en/of fruit)1 ivm alcocholverbruik*	*11 adviezen gegeven*	*Geen*
Rookstopconsult	*6 adviezen*	*0 uitgevoerd*	*In planning gezet*
Griepvaccin	*2 adviezen*	*2 vaccins*	*Geen*
Boostrix	*12 adviezen*	*11 uitgevoerd*	*In planning gezet*
Pneumokokkenvaccin	*2 adviezen*	*0 uitgevoerd*	*In planning gezet*
iFOBT	*7 adviezen*	*5 uitgevoerd, 2 geweigerd*	*In planning gezet*
Uitstrijkje	*2 adviezen*	*0 uitgevoerd*	*In planning gezet*
Mammografie	*0 adviezen*	*0 uitgevoerd*	*In planning gezet*



Figuur 1: Patiëntentevredenheid (n=30). Zie bijlage 6 voor de volledige antwoorden.

3.2.2 Tevredenheid artsen

22 van de 40 bevraagde artsen (tabel 5) gebruikt het GMD-plus in de praktijk. De 18 praktijken waar het GMD-plus nog niet gebruikt werd, haalden tijdsgebrek aan als belangrijkste reden.

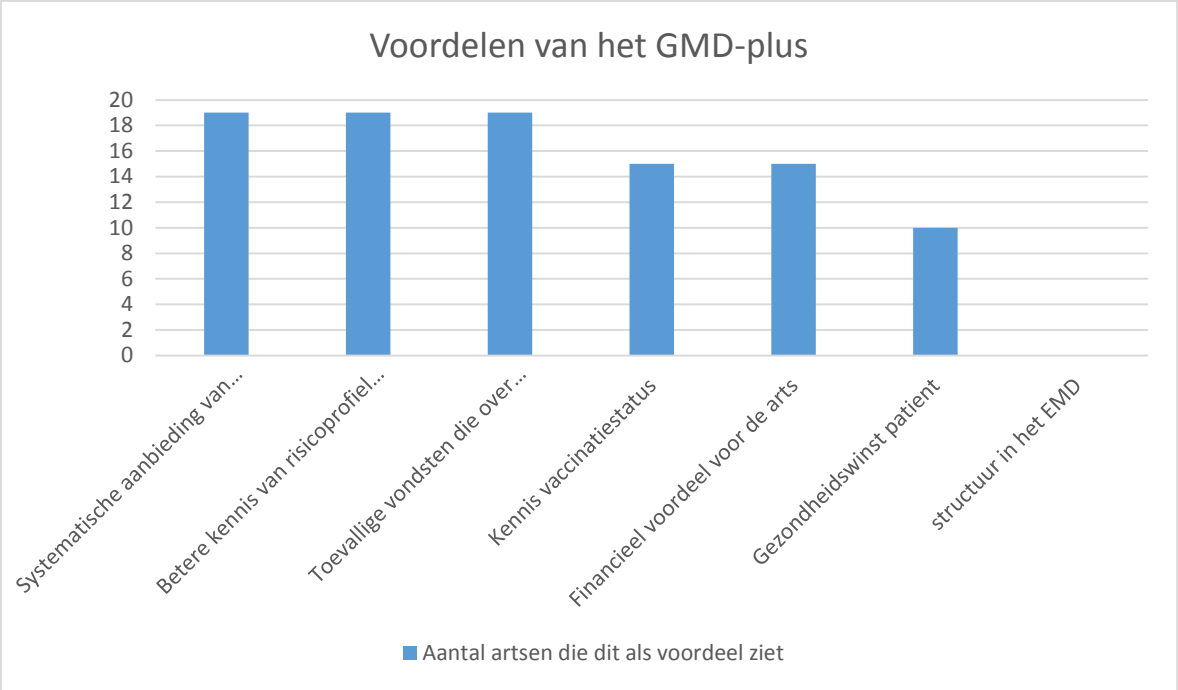
Tabel 5: Demografische kenmerken artsen (n=40)

Geslacht	mannen (n=16) vrouwen (n=14)
Leeftijd	25-35 jaar (n=24) 35-45 jaar (n=5) 45-55 jaar (n=5) +55 jaar (n=4)
Praktijkvorm	Solopraktijk (n=5) Duopraktijk (n=14) Groepspraktijk (n=21)
Opleidingspraktijk	HAIO's (n=20) Niet-HAIO's (n=20) PO's (n=0)

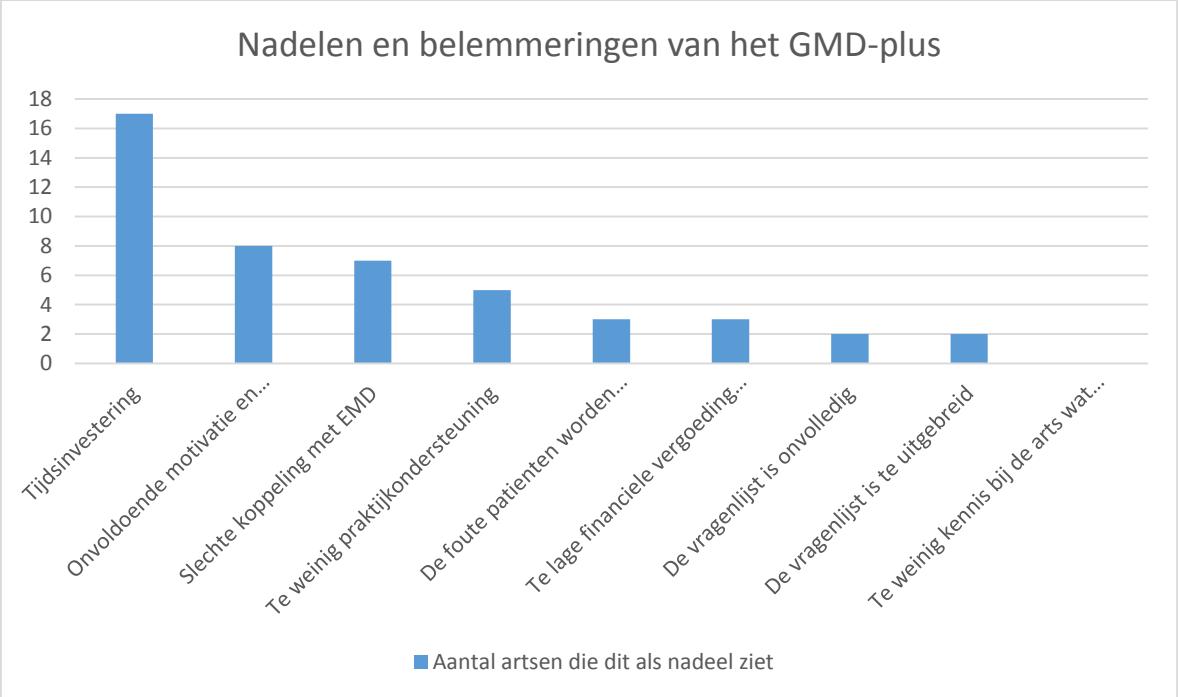
De 22 artsen die het GMD-plus wel gebruikten vulden de rest van de vragenlijst in, een overzicht van de voor- en nadelen wordt respectievelijk samengevat in figuur 2 en figuur 3. Globaal waren 5 van de 22 artsen zeer tevreden, 17 eerder tevreden.

De voordelen die het meest gekozen werden waren de systematische aanbieding van preventie, een betere kennis van het risicoprofiel en toevallige vondsten die over het hoofd gezien worden. Gezondheidswinst werd het minst aangeduid (10 op 22) en structuur in het elektronisch medisch dossier (EMD) werd nooit gezien als een voordeel voor de arts.

Bij de nadelen was tijdsinvestering het belangrijkste knelpunt (17 op 22). Motivatie en compliance bij patiënt, link met het EMD en onvoldoende praktijkondersteuning werden bij bijna de helft van de artsen ook als belemmeringen gezien.



Figuur 2: Voordelen van het GMD-plus volgens artsen (n=22). Zie bijlage 7 voor de volledige antwoorden.



Figuur 3: Nadelen en belemmeringen van het GMD-plus volgens artsen (n=22). Zie bijlage 7 voor de volledige antwoorden.

4. DISCUSSIE

4.1 Samenvatting resultaten, interpretatie en vergelijking met bestaande literatuur

Literatuurstudie

Uit de literatuurzoektocht blijkt dat er tot op heden weinig grootschalig onderzoek naar preventieconsulten gebeurd is. Onze zoektocht resulteert in 3 grote reviews die een kosten-baten analyse maken van gezondheidscheck-ups. De eerste studie pleit eerder voor het behoud van de check-up na het vinden van verhoogde aanbieding van preventieve acties zoals het uitstrijkje, de iFOBT en cholesterolscreening (11). Er is ook afname van zorgen van patiënten. Er is een heterogeen effect op andere klinische uitkomsten en kosten. De tweede review focust vooral op morbiditeit en mortaliteit en heeft als resultaat dat de mortaliteit niet significant verschilt, noch de totale, als de ziekte-specifieke (12). Ten slotte vindt onze derde review eveneens geen verschil in mortaliteit, dat surrogate uitkomsten verschillen en dat het risico-profiel bij hoog-risicopatiënten daalt (13). De 3 studies zijn het oneens over wat nu de beste outcome is van zo'n preventieconsult. In een editorial van Harold C. Sox die in 2013 in de Journal of the American Medical Association (JAMA) verscheen als reactie op de Cochranereview, wordt de vraag gesteld of de mortaliteit wel een goede outcomeparameter is voor een gezondheidscheck waar verschillende screeningtests en preventieve acties gebundeld zijn (14). Zij pleitten enkel voor een meting van oorzaak-specifieke mortaliteit om de gezondheidswinst van zo'n preventieconsult na te gaan en stellen dat er grootschalig onderzoek in de toekomst moet gebeuren. Daartegenover pleit een editorial in de BMJ voor het afschaffen van health checks en benadrukt het de nood aan gericht onderzoek naar de specifieke onderdelen in de algemene health check die wel veelbelovend lijken(15). Zo vonden Senore et a.l wel een dat een multipele risico benadering van kankerscreening kosteneffectief zou kunnen zijn (16).

Zoals de eerste review aanhaalt ziet men op praktijkniveau ook een betere aanbieding van preventieve acties. In een samenvattende Manamathesis van Simon Viaene (5) die 52 andere masterproeven over het GMD-plus includeerde, besloot de auteur dat de introductie van het GMD-plus algemeen een positieve invloed had binnen de praktijk onder andere door een betere aanbieding van preventieve acties.

Tevredenheid patiënten

Uit onze tevredenheidsenquête kan geconcludeerd worden dat patiënten die deelnemen tevreden zijn over het aangeboden preventieconsult in de praktijk. Enkelingen vinden dat dit niet op een aparte consultatie moet gebeuren en niet elk jaar actief moet aangeboden worden. De meerderheid vindt dat wel en vindt zichzelf verantwoordelijk voor zijn eigen gezondheid.

In de literatuur wordt niet zoveel teruggevonden over de tevredenheid van patiënten wat betreft een preventieconsult. Ook zien we tegenstrijdigheden. De review van Boulware et al. toont aan dat de angst van de patiënten vermindert (11) terwijl de Cochrane review geen verschil in angstwegname. Wel zien ze dat gezonde mensen worden bekrachtigd door deelname aan een preventieconsult (12).

In enkele oudere masterproeven werd de tevredenheid ook onderzocht, zij concludeerden eveneens dat patiënten tevreden zijn over de invoering van het preventieconsult (6,7,8).

Tevredenheid artsen

De bevraging van de artsen toont eveneens een tevredenheid bij artsen die het preventieconsult in de praktijk gebruiken. De systematische aanbieding van preventie, een betere kennis van het risicoprofiel en toevallige vondsten die over het hoofd worden gezien, worden het vaakst als voordeel gezien. Gezondheidswinst werd het minst aangeduid en structuur in het EMD werd nooit gezien als voordeel. Tijdsgebrek was de grootste belemmering.

In een kwalitatief onderzoek bij Nederlandse artsen waren de grootste belemmeringen van de artsen de kennis van de betrokken gezondheidswerkers, de integratie in de dagelijkse praktijk, de benadering van de 'gezonde' patiënt en het voorzien van adequate follow-up programma (17) In een pilootstudie van Sondergaar et al. zien we dat de kwaliteit van de preventieconsulten verschilt van arts tot arts en vaak gebaseerd is op eigen attitude tegenover preventie. Artsen lijken onzeker over de beste aanpak en hebben schrik voor negatieve reacties van gezonde patiënten (18).

We sluiten met de resultaten van onze bevraging aan bij de Masterproef van Julie Roobroeck (20).

4.2 Zwaktes en sterktes van het onderzoek

Literatuurstudie

Het klein aantal reviews in de literatuurstudie is een zwakte. Er zijn slechts 3 reviews geïncludeerd en bovendien zijn ze onderling heterogeen. Er zijn ook de zwaktes van de desbetreffende artikels, met name heterogeniteit qua type onderzoek, periode, geografie en setting. Eveneens is er de moeilijke follow-up van de onderzoekspopulatie en het is niet evident een causaal verband te leggen met een voorgaand preventieconsult. Niet alle studies gebeurden in de eerste lijn, ondanks de term in de zoekfunctie. De trials onderzocht in de reviews zijn mogelijk gedateerd omdat er verouderde richtlijnen van toepassing zijn. Zouden recentere studies misschien toch andere mortaliteitscijfers opleveren ? Hoe betrouwbaar zijn deze resultaten ?

Tevredenheid patiënten

Het praktijkproject toont verschillende zwakten en mogelijke bias. Patiënten moesten zich spontaan aanbieden en de eerste 30 werden geselecteerd voor deelname. Daardoor zijn geslacht, leeftijd, co-morbiditeit en andere parameters niet gelijk verdeeld en zijn er waarschijnlijk ook meer frequente huisartsbezoekers binnen de studiepopulatie. Het is een beperkte groep patiënten zonder controlegroep wegens tijdsgebrek. Patiënten vullen de vragenlijst vlak na de consultatie in waardoor zij mogelijk door de aanwezigheid van de onderzoeker beïnvloed zouden kunnen worden, hoewel dit anoniem gebeurt. Het preventieconsult werd telkens door dezelfde onderzoeker uitgevoerd, wat ook de resultaten kan beïnvloeden. De vragenlijst is niet gestandaardiseerd.

Dat enkel patiënten die spontaan interesse vertoonden deelnamen, is een zeer grote zwakte van dit onderzoek. Logischerwijs zijn deze patiënten meer tevreden over dergelijk consult. Uit de literatuur blijkt bovendien dat niet-deelnemers meer klinische nood of risicofactoren hebben en er ook een ongelijke verdeling qua socio-economische status bestaat (12,19,21).

Tevredenheid artsen

Eveneens is hier slechts een kleine groep bevraagd zonder gestandaardiseerde vragenlijst. De helft van de bevraagde artsen zijn HAIO's. Mogelijk zijn opleidingspraktijken actievere praktijken en zou dit de antwoorden kunnen beïnvloeden. Bovendien waren er meerdere antwoordmogelijkheden die aangeduid mochten worden wat interpretatie moeilijker maakt.

4.3 Verder onderzoek

Literatuur

Uit de literatuurstudie blijkt dat er nood is aan grootschalige, homogene, lange termijnstudies over preventieconsulten. Er moet onderzocht worden wat de beste outcomeparameter is om deze studies te kunnen uitvoeren. Ook moet het GMD-plus verder onderzocht worden. Moeten we nog andere zaken introduceren in het GMD-plus zoals een bevraging over het risico op huidkanker en osteoporose of een urineonderzoek zoals ze in sommige andere landen wel doen (22). Of moeten we net bepaalde dingen uit de gezondheidsgids halen? Het is van belang dat de verschillende onderdelen van screening evidence based zijn (23). Ook zou verder onderzoek moeten gebeuren naar wat patiënten- en artsentevredenheid bijdraagt aan de kwaliteit van zorg en wat hun belang is.

Praktijkproject toekomst

Of en wanneer het preventieconsult in onze groepspraktijk definitief zal worden ingevoerd, is nog niet duidelijk. Persoonlijk vond ik de invoering van het preventieconsult een zeer positieve ervaring. Orde en structuur in het EMD, kennen van vaccinatiestatus en familiale anamnese zag ik als pluspunten. Overbodige bloedafnames en onaangepaste medicatie bij secundaire preventie werden ook opgespoord. Ook vond ik de sensibilisatie over de richtlijnen uit de Gezondheidsgids bij zowel arts als patiënt nuttig. Het was een moment voor extra uitleg voor de patiënt waar in de gewone consultatie geen tijd voor is. Voorlopig lijkt tijdsgebrek in onze praktijk de grootste belemmerende factor voor de definitieve invoering. Vermits er interesse voor het GMD-plus bij patiënten en artsen gewekt is lijkt de invoering zeker een optie. In afwachting van een praktisch kader kunnen in tussentijd bijvoorbeeld de richtlijnen uit de Gezondheidsgids zo goed mogelijk toegepast worden. Uit onderzoek lijkt de invoering van het GMD-plus in een drukke praktijk enkel haalbaar met de hulp van een praktijkassistent(e)(24,25). Deze optie moet verder onderzocht worden in de praktijk.

5. BESLUIT

Ondanks het feit dat preventie in de eerste lijn in de lift zit, vinden we in de literatuur geen duidelijke consensus over het nut van een preventieconsult. Er zijn weinig studies en er is onenigheid wat de beste outcomeparameter is voor deze studies. Er bestaan te weinig recente en lange termijn studies en de heterogeniteit van bestaande studies is te groot. Geen enkele studie kan een mortaliteits- of morbiditeitsdaling aantonen. Een preventieconsult zoals het GMD-plus moet grootschalig en op lange termijn verder bestudeerd worden om een goede kosten-baten balans te maken.

In contrast met de literatuurstudie vinden we wel duidelijke bevindingen wat arts- en patiëntentevredenheid betreft. Zowel arts als patiënt zijn over de grote lijn tevreden over het GMD-plus. Het belangrijkste voordeel voor de arts is de systematische aanbieding van preventie. Om deze intuïtieve bevindingen een plaats te geven in de kosten-batenanalyse en hun belang hierbij na te gaan, is verder onderzoek nodig.

REFERENTIES

1. Peckham S, Hann A, Boyce T. Health promotion and ill-health prevention: the role of general practice. Qual Prim Care. 2011;19(5):317-23.

2. Domus Medica. De nieuwe Gezondheidsgids 2014. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/documentatie/archief/nieuws/5209-de-nieuwe-gezondheidsgids-2014.html. Geraadpleegd op 24 januari 2014.

3. Wang X, Ouyang Y, Liu J, Zhu M, Zhao G, Bao W, Hu FB. Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. BMJ 2014; 349 g4490

4. Annemans Lieve. De zin en onzin van kankerscreening. De Morgen; 23 januari 2014. Beschikbaar via: http://www.demorgen.be/nieuws/de-zin-en-onzin-van-kankerscreening-a1779386/. Geraadpleegd op 24 januari 2014.

5. Viaene Simon. Gmd +. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2014.

6. De Loecker Yves. Wat is de invloed van de implementatie van het 'Globaal Medisch Dossier plus' op de patiëntentevredenheid? Masterproef Huisartsgeneeskunde 2010.

7. Rowies Dries. Wat is de tevredenheid van 45-55 jarige patiënten die voor de eerste maal een systematisch preventieconsult aangeboden krijgen? Masterproef Huisartsgeneeskunde 2012.

8. Bosmans Tine. Introductie van de gezondheidsgids in de praktijk: vergelijking van een actieve met een passieve aanpak. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2012.

9. Van Haecke Carmen. Praktijk ondersteunend project: onderzoek naar de patiëntentevredenheid in de individuele huisartsenpraktijk. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2013.

10. Grouwels D, Seuntjens L, Vanden Bussche P.Dokteren met kwaliteit.Antwerpen: Standaard Uitgeverij nv, 2008: 248 blz.

11. Boulware LE, Marinopoulos S, Phillips KA, Hwang CW, Maynor K, Merenstein D, Wilson RF, Barnes GJ, Bass EB, Powe NR, Daumit GL. Systematic review: the value of the periodic health evaluation. Ann Intern Med. 2007 Feb 20;146(4):289-300

12. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhøj Larsen C, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ. 2012 Nov 20;345:e7191.

13. Si S, Moss JR, Sullivan TR, Newton SS, Stocks NP. Effectiveness of general practice-based health checks: a systematic review and meta-analysis Br J Gen Pract. 2014 Jan;64(618):e47-53. doi: 10.3399/bjgp14X676456.

14. Harold C. Sox, MD. The Health Checkup: Was It Ever Effective? Could It Be Effective? JAMA. 2013;309(23):2496-2497. doi:10.1001/jama.2013.5040

15. Gøtzsche PC, Jørgensen KJ, Krogsbøll LT. General health checks don't work. BMJ. 2014 Jun 9;348:g3680. doi: 10.1136/bmj.g3680.

16. Senore C, Giordano L, Bellisario C, Di Stefano F, Segnan N. Population based cancer screening programmes as a teachable moment for primary prevention interventions. A review of the literature. Front Oncol. 2012 May 8;2:45. doi: 10.3389/fonc.2012.00045. eCollection 2012.

17. Godefrooij M, Spigt M, van der Minne W, Jurrissen G, Dinant GJ, Knottnerus A. Implementing cardiometabolic health checks in general practice: a qualitative process evaluation. BMC Fam Pract. 2014 Jul 6;15:132. doi: 10.1186/1471-2296-15-132.

18. Søndergaard A, Christensen B, Maindal HT. Implementing cardiometabolic health checks in general practice: a qualitative process evaluation Diversity and ambivalence in general practitioners attitudes towards preventive health checks - a qualitative study.

19. Brunner-Ziegler S, Rieder A, Stein KV, Koppensteiner R, Hoffmann K, Dorner TE. Predictors of participation in preventive health examinations in Austria. BMC Public Health. 2013 Dec 5;13:1138. doi: 10.1186/1471-2458-13-1138.

20. Roobroeck Julie. 3 jaar preventieconsult. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2013.

21. Dryden R, Williams B, McCowan C, Themessl-Huber M. What do we know about who does and does not attend general health checks? Findings from a narrative scoping review. BMC Public Health. 2012 Aug 31;12:723. doi: 10.1186/1471-2458-12-723.

22. Royal Australian College of General Practitioners. National Preventive and Community Medicine Committee. Guidelines for preventive activities in general practice. Aust Fam Physician. 2001 Oct;Spec No:S1i-xvi, S1-1-61.

23. Grønhøj Larsen C, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC Regular Health Checks: Cross-Sectional Survey. PLoS ONE 2012; 7(3): e33694. doi:10.1371/journal.pone.0033694

24. Mennes Stijn. GMD + een recept voor de praktijk. Masterproef huisartsgeneeskunde 2013.

25. Cools I, Remmen R, Lesaffer C, Seuntjens R, Vermeirssen R. Preventie in een forfaitaire huisartsenpraktijk op het platteland. Hoge respons, maar hoe bereiken we de juiste doelgroep? Huisarts Nu 2014;43:201-5.

DANKWOORD

Graag wil ik mijn promotor bedanken voor de hulp bij de invulling van het thema, de correcties en bijsturingen waar nodig.

Ook wil ik mijn collega's in de praktijk bedanken. Mijn drie collega-artsen en de twee secretaresses omwille van de hulp bij de zoektocht naar proefpersonen en de mede-interesse en steun bij het werk. Bovendien dank ik ook de patiënten en artsen die deelnamen aan de studie.

Ten slotte bedank ik mijn ouders en mijn vriend Jan voor het nalezen en voor de steun wanneer er moeilijkheden of frustraties waren.

BIJLAGEN

Bijlage 1. Flyer/Poster wachtzaal



Bijlage 2. Informatiebrief patiënt

September 2014, Heist-op-den-Berg

Beste patiënt,

Alvast bedankt voor de interesse in deelname aan de preventieraadpleging. In het kader van mijn Manamathesis doe ik een studie naar de invoering van dit preventieconsult in onze praktijk.

Dit consult kadert in het **GMD+ (zie infobrochure in bijlage)** , een gestructureerde preventiecampagne van de Vlaamse overheid voor patiënten **tussen 45 en 75 jaar**. Deze preventieraadpleging omvat **een vragenlijst (zie vragenlijst in bijlage)** die u op voorhand dient in te vullen. Op basis daarvan wordt een risicoprofiel en een preventieplan op uw maat opgesteld. Dit wil zeggen dat er wordt nagegaan wanneer het voor u nuttig zou zijn om aan bepaalde onderzoeken deel te nemen en welke preventieve informatie voor u persoonlijk belangrijk is. Deze preventiecampagne omvat onder andere cardiovasculaire risicoberekening, screening naar darmkanker, screening naar baarmoederhalskanker, oppuntstelling van vaccinaties, ..

Via **preventie** wordt er ingespeeld op risicofactoren en daardoor ziekten voorkomen. Bij **screening** kunnen er bij een klachtenvrije patiënt ziekten, die frequent voorkomen, in een vroeg stadium gedetecteerd worden.

Na de preventieraadpleging wordt met een **korte vragenlijst** uw tevredenheid van het verloop van dit consult nagegaan.

U zal telefonisch gecontacteerd worden om een **afspraak** te maken. Mogen wij u vragen **de ingevulde vragenlijst** in bijlage **mee te brengen** op deze raadpleging! Voor deze consultatie in het kader van mijn thesis zal u niets aangerekend worden.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking.

Dr. Karolien Hauwaerts

Huisarts in opleiding

Drs. Van Aerde – Van den Bergh

Bijlage 3. Vragenlijst GMD

Het GMD –plus

Het GMD-plus (globaal medisch dossier – plus) is een onderdeel van het globaal medisch dossier van een patiënt bij zijn huisarts, zoals beschreven volgens het RIZIV. Het is een onderdeel van het globaal medisch dossier dat preventie aanbelangt. Bij elke patiënt tussen 45 en 75 jaar met een GMD bij en welbepaalde arts, kan deze die 1 keer per jaar een preventiemodule overlopen en aanrekenen. Dit betekent dat een huisarts 1 keer per jaar met de patiënt, op basis van een checklist (zie hieronder), overloopt welke preventieve gezondheidsmaatregelen nuttig kunnen zijn. Er wordt een persoonlijk preventieplan voor de patiënt opgesteld.

VRAGENLIJST VOOR DE PATIËNT

domus medica

Naam: ☐ vrouw ☐ man

Geboortedatum: ../../.. Datum: ../../..

Vragenlijst in te vullen door de patiënt. Twijfelt u aan een antwoord, vraag dan raad aan uw huisarts.

1	Bent u 50 jaar of ouder?	☐ Ja ☐ Nee	A
2	Neemt u medicatie voor een te hoge bloeddruk?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	B
3	Hebt u diabetes (suikerziekte)?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	D
4	Hebt u een hart- of vaatziekte (gehad)? (hartinfarct, beroerte, vaatvernauwing)	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	E
5	Heeft uw vader of broer een hart- of vaatziekte voor 55 jaar (gehad)?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	F
6	Heeft uw moeder of zus een hart- of vaatziekte voor 65 jaar (gehad)?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	F
7	Rookt u?	☐ Ja ☐ Nee	C
8	Gebruikt u alcoholische dranken? (bier, wijn, sterke drank)	☐ Ja ☐ Nee	
9	Eet u dagelijks groenten?	☐ Ja ☐ Nee	
10	Eet u dagelijks fruit?	☐ Ja ☐ Nee	
11	Komt u aan 30 minuten lichaamsbeweging per dag?	☐ Ja ☐ Nee	
12	Heeft een arts u ooit gesproken over verhoogde suiker in uw bloed?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	
13	Heeft uw vader, moeder, broer of zus diabetes (suikerziekte)?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	
14	Had u verhoogde suiker tijdens een ziekenhuisopname?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	
15	Is uw vaccinatie tegen tetanus meer dan tien jaar geleden?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	
16	Bent u longpatiënt?	☐ Ja ☐ Nee	
17	Bent u hartpatiënt?	☐ Ja ☐ Nee	
18	Bent u leverpatiënt?	☐ Ja ☐ Nee	
19	Bent u nierpatiënt?	☐ Ja ☐ Nee	
20	Komt er darmkanker voor bij uw vader, moeder, broer of zus?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	

Enkel voor vrouwen

21	Bent u bevallen van een baby van 4,5 kg of meer?	☐ Ja ☐ Nee	
22	Had u verhoogde suiker tijdens uw zwangerschap?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	
23	Komt er borst- of eierstokkanker voor in uw familie?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	
24	Voor vrouwen vanaf 50 jaar: is uw laatste mammografie meer dan twee jaar geleden?	☐ Ja Datum ☐ Nee ☐ Weet niet	
25	Voor vrouwen vanaf 25 jaar: is uw laatste uitstrijkje meer dan drie jaar geleden?	☐ Ja Datum ☐ Nee ☐ Weet niet	

© 2014 Domus Medica - Gezondheidsgids

Bijlage 4. Informed consent

Beste patiënt,

Het invoeren van een preventieconsultatie binnen onze praktijk kadert in het MANAMA-thesisproject van Dr. Karolien Hauwaerts, HAIO (huisarts in opleiding) in onze praktijk. Na de preventieconsultatie zal uw tevredenheid hierover bevraagd worden. Alle gegevens zullen anoniem verwerkt worden. Door dit document te ondertekenen gaat u ermee akkoord dat u voldoende geïnformeerd werd en uw medewerking hieraan volledig vrijwillig verloopt.

Ik, ……. ben ingelicht over het opzet van dit en onderzoek en werk hieraan vrijwillig mee.

Opgemaakt op …….. te ……

Handtekening

Bijlage 5. Preventieplan patiënt

PREVENTIEPLAN

Naam:

Voornaam:

Geboortedatum:

Geslacht: M / V

ACTIE	DATUM
CARDIOVASCULAIR RISICO	
O Bloedafname (**O** Cholesterol/**O** Suiker)	
O Rookstop	
O Bloeddrukmeting thuis	
O Voedingsadvies	
O Bewegingsadvies	
VACCINATIE	
O Tetanus	
O Griep	
O Pneumokokken	
SCREENING NAAR KANKER	
O iFOBT (test op bloed in stoelgang)	
O Uitstrijkje (enkel voor vrouwen)	
O Screeningsmammografie (enkel voor vrouwen)	

Bijlage 6. Vragenlijst patiënt

Beste patiënt,

Bedankt voor uw medewerking aan dit preventieonderzoek !
In het kader van mijn Manamathesis zou ik u nog enkele vragen willen stellen over het verloop van dit consult:

<u>Duid aan wat u vindt van onderstaande stellingen:</u>

1. Ik ben tevreden dat het preventieconsult in de huisartspraktijk aangeboden wordt.
o helemaal eens **o** eerder eens **o** eerder oneens **o** helemaal oneens

2. Dit preventieconsult is wat ik er van verwacht had.
o helemaal eens **o** eerder eens **o** eerder oneens **o** helemaal oneens

3. Ik vind dit preventieconsult tijdrovend voor mij.
o helemaal eens **o** eerder eens **o** eerder oneens **o** helemaal oneens

4.Ik vind dit consult de moeite waard om op een aparte consultatie voor langs te komen.
o helemaal eens **o** eerder eens **o** eerder oneens **o** helemaal oneens

5.Ik vind dat ik zelf verantwoordelijk ben voor mijn eigen gezondheid.
o helemaal eens **o** eerder eens **o** eerder oneens **o** helemaal oneens

6. Ik vind het de taak van de huisarts elk jaar opnieuw dit consult actief aan te bieden aan elke patiënt.
o helemaal eens **o** eerder eens **o** eerder oneens **o** helemaal oneens

7.Ik had voldoende eigen inbreng in dit consult. De verschillende opties werden met mij besproken zodat ik zelf kon beslissen waaraan ik wil werken.
o helemaal eens **o** eerder eens **o** eerder oneens **o** helemaal oneens

8. Ik ga de besluiten van het preventieconsult opvolgen.
o helemaal eens **o** eerder eens **o** eerder oneens **o** helemaal oneens

9. Ik zou het preventieconsult aanraden aan anderen.
o helemaal eens **o** eerder eens **o** eerder oneens **o** helemaal oneens

10. Vrije opmerkingen:
……
……
……

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Dr. Karolien Hauwaerts
Drs. Van Aerde – Van den Bergh

Bijlage 7. Vragenlijst arts

VRAGENLIJST MANAMA THESIS

De tevredenheid over het GMD + bij arts en patiënt – vragenlijst arts

Profiel arts

O Man O Vrouw

O 25-35 j O 35-45j O 45-55 j O + 55 j

O Solo O Duo O Groepspraktijk

O Ik ben O heb een HAIO O geen van beide

Vragenlijst arts

1.Ik gebruik het GMD + in de praktijk

0 ja 0 nee

1a. Zo nee, waarom niet ? (De vragenlijst stopt hier indien u nee antwoordde op vraag 1.)

O Tijdsgebrek

O Geen meerwaarde voor de patiënten in de praktijk

O Geen meerwaarde voor de arts(en) in de praktijk

O Ik ken het GMD + niet

O Andere ……..

1b. Zo ja, sinds wanneer ?

Sinds ……

2. Welk van volgende items ziet u als een voordeel van het gebruik van het GMD + in uw praktijk ?

O Systematische aanbieding screening en preventie aan de patiënt

O Betere kennis risicoprofiel patiënt

O Gezondheidswinst patiënt

O Structuur in het EMD

O Toevallige vondsten die over het hoofd gezien worden tijdens de consultatie

O Kennis vaccinatiestatus

O Financieel voordeel voor de arts

O Andere: ……..

3.Welk van volgende items ziet u als een nadeel van het gebruik van het GMD + in uw praktijk ?

O Tijdsinvestering

O De foute patiënten worden aangetrokken

O De vragenlijst is onvolledig

O De vragenlijst is te uitgebreid

O Te weinig kennis bij de arts wat betreft vervolgadviezen

O Onvoldoende motivatie en compliance van de patiënt wat betreft de vervolgadviezen

O Te lage financiële vergoeding voor de arts

O Slechte koppeling met EMD

O Te weinig praktijkondersteuning (bv. hulp van een verpleegkundige, ..)

O Andere: ……

4. Ik ben tevreden dat het GMD + in de praktijk gebruikt wordt
(met andere woorden: 'de voordelen wegen op tegen de nadelen')

O Helemaal eens **O** Eerder eens **O** Eerder oneens **O** Helemaal oneens

5. Vrije opmerkingen

……
……
……...

Alvast bedankt voor uw medewerking

Bijlage 8. Oorspronkelijk protocol ethisch comité

In deze Manamathesis onderzoeken we de voor- en nadelen van een preventieconsult in de huisartsenpraktijk. Daarvoor zetten we een praktijkverbeterend project op en gaan we vervolgens via een bevraging bij arts en patiënt de voor-en nadelen van dit preventieconsult na.

Er wordt gestart met een *literatuurstudie* naar preventie in de huisartsgeneeskunde en meer in het bijzonder naar het gebruik van het GMD+ *(zie bijlage 1*) daarbij. Vervolgens wordt er een *vooronderzoek* gedaan. Door middel van een vragenlijst gaan we bij enkele huisartspraktijken in de omgeving na wat hun ervaring met het GMD+ is en hoe het preventieconsult in hun praktijk opgestart werd (*zie bijlage 2*). De praktijken worden opgezocht via de seminariegroep van de HAIO (huisarts in opleiding) en de lokale huisartsenkring. Op basis van de resultaten van de literatuurstudie en het vooronderzoek wordt een nieuw protocol opgesteld voor de implementatie van het GMD+ in de opleidingspraktijk. De concrete werkwijze zal dus bepaald worden na het vooronderzoek.

Vervolgens gaan we in de tweede fase over tot het veldonderzoek. De *doelpopulatie* zijn patiënten uit de opleidingspraktijk tussen 45 en 75 jaar. Eerst wordt het preventieconsult ingevoerd en vervolgens onderzoeken we de voor- en nadelen ervan door middel van een bevraging van arts en patiënt (*zie bijlage 3*). Daarbij kijken we zowel naar de organisatorische consequenties voor de praktijk als naar de voor- en nadelen ervan voor het opstellen van een persoonlijk preventieplan voor de patiënt. We meten ook de responsratio van de uitgenodigde patiënten en de tevredenheid van de patiënt over dit consult.

Via de verzamelde gegevens kan een beslissing genomen worden over de definitieve invoering van het preventieconsult volgens het GMD + in de praktijk in de toekomst.

Planning:

April-Mei 2014: vooronderzoek met vragenlijst voor huisartspraktijken uit de omgeving

Mei-juni 2014 : opstellen preventieconsult + uitnodigen patiënten

Juli-december 2014: Uitvoering consult + gegevensverzameling

Januari –april 2015 : dataverwerking, analyse en interpretatie. Scriptie + presentatie maken.

Bijlage 9. Goedkeuring ethisch comité

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK VAN DE UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN KULEUVEN
U.Z. GASTHUISBERG
HERESTRAAT 49
B-3000 LEUVEN (BELGIUM)

KATHOLIEKE
UNIVERSITEIT
LEUVEN

Professor Bert Aertgeerts
Diensthoofd vakgroep Huisartsgeneeskunde
Academisch centrum voor Huisartsgeneeskunde
Kapucijnenvoer 33 blok 1 bus 7001
3000 Leuven

ONS KENMERK ML10541
LEUVEN, 18 juni 2014

PRAKTIJKVERBETEREND PROJECT: IMPLEMENTATIE VAN DE GMD PLUS-PREVENTIEMODULE IN MIJN OPLEIDINGSPRAKTIJK.

S56644

Geachte Collega,

De Commissie Medische Ethiek van de Universitaire Ziekenhuizen K.U.Leuven/Onderzoek heeft vermeld protocol onderzocht en besproken.

Dit project valt niet onder het toepassingsgebied van de wet van 7/5/2004. De Commissie heeft echter geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Een ledenlijst wordt bijgevoegd.

Met collegiale groeten,

Prof. Dr. Walter VAN DEN BOGAERT
Voorzitter Commissie Medische Ethiek
UZ K.U.LEUVEN

Prof. dr. W. Van den Bogaert
Voorzitter
Commissie Medische Ethiek van de UZ KULeuven

Cc Promotor Prof. R. Bruyninckx
Cc Student Hauwaerts Karolien

Cc Mevr. An Stockmans, Administratieve coordinator ICHO vzw

SECRETARIAAT:
Tel +32 16 34 86 00 Fax +32 16 34 86 01 ec@uzleuven.be ec-submission@uzleuven.be www.uzleuven.be/ec