Implementatie van een aangepast GMD+: preventie op maat voor iedereen?

Katrien Van Schandevyl, Universiteit Gent

2013 - 2015

Promotor: Prof. Sara Willems

Co-promotoren: Dr. Stijn Vandenberghe, Dr. Peter Decat

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

VOORWOORD

Deze thesis kwam mede tot stand door vele mensen rondom mij. Bewust of onbewust leverden zij kleine en grote bijdragen om tot dit eindproduct te komen. Bij deze wil ik een woordje tot hen richten om hen te bedanken voor hun steun, inzet en vertrouwen.

Graag zou ik alle patiënten willen bedanken die deelgenomen hebben aan het aangepast preventieconsult en alle patiënten die tijd maakten om hun mening over preventie te geven in de enquête.

Bijzondere dank gaat uit naar mijn co-promotor Dr. Peter Decat en mijn stage-coördinator Dr. Leo Pas voor hun begeleiding en steun. Deze laatste bedank ik vooral voor zijn expertise en hulp bij het opstellen van de enquête.

Ik wil ook graag mijn praktijkopleiders, Dr. Annelies De Vuyst en Dr. Liesbet Stulens, bedanken. Zij gaven mij de kans om te proeven van het prachtige beroep van huisarts. Steeds waren zij bereid om mij waar nodig met raad en daad bij te staan. Ook mijn oprechte dank aan mijn andere collega's en secretaresses van de twee groepspraktijken waar ik huisarts-in-opleiding geweest ben.

Tenslotte wil ik graag ook de andere mensen rondom mij bedanken. Alle vrienden die een luisterend oor waren. En niet te vergeten: mijn ouders. Ik bedank hen voor hun onvoorwaardelijk vertrouwen in mijn kunnen en een succesvolle afloop van dit project, alsook de warme thuis die zij mij bieden.

ABSTRACT

IMPLEMENTATIE VAN EEN AANGEPAST GMD+: PREVENTIE OP MAAT VOOR IEDEREEN?
HAIO: Katrien Van Schandevyl, Universiteit Gent
Promotor: Prof. Sara Willems
Co-promotoren: Dr. Stijn Vandenberghe, Dr. Peter Decat
Praktijkopleiders: Dr. Annelies De Vuyst, Dr. Liesbet Stulens

Context: Door de vergrijzing van de bevolking neemt het aantal chronisch zieken in de Westerse wereld toe. Preventie is hierbij belangrijker geworden, om zo de te voorkomen morbiditeit en mortaliteit te reduceren. Dit is ook een belangrijke taak van de huisarts. In Vlaanderen bestaat er sinds 2010 de GezondheidsGids of het GMD+ ("globaal medisch dossier plus"). Dit is een initiatief dat de huisarts ondersteunt om op een meer gestructureerde manier aan preventie te doen. Hiermee wordt "preventie op maat van de patiënt" beoogd: via een vragenlijst worden individuele risico's en aandoeningen opgespoord en kan een preventieplan opgesteld worden. De toepassing van dit GMD+ blijkt in de praktijk echter niet eenvoudig. In de drukke huisartsenpraktijk is er vaak tijdsgebrek en ontbreken de kennis en vaardigheden over hoe deze GezondheidsGids te implementeren. Bij dit preventief consult lijkt het aangewezen om vooral de patiënten met een hoogrisicoprofiel te bereiken, waarbij de meeste gezondheidswinst zou kunnen behaald worden. Deze groep van patiënten is evenwel meestal het moeilijkst te bereiken voor deelname aan preventie.

Onderzoeksvraag: Hoe kan voor iedere patiënt in een voorstedelijke groepspraktijk het best aan preventie op maat van de patiënt worden gedaan, met toepassing van de GezondheidsGids?

Methoden: Via twee onderzoeken in twee voorstedelijke groepspraktijken: een eerste implementatie van de GezondheidsGids in Denderleeuw en een tweede semi-kwantitatief onderzoek (een enquête naar de stimuli en barrières voor preventie) in Beersel. In het eerste onderzoek van deze manama bestuderen we hoe een eerste implementatie van het GMD+ het best kan verlopen. Hierbij werd een aangepaste versie van het GMD+ en een specifieke uitnodigingsstrategie gehanteerd. In het tweede onderzoek wordt bestudeerd welke stimuli en/of barrières patiënten drijven om al dan niet deel te nemen aan preventie, teneinde hierop te kunnen inspelen.

Resultaten: In een periode van drie maanden kwamen er 15 patiënten op preventieconsult, waarvan één patiënt met verhoogde terugbetaling. De afnametijd bedroeg gemiddeld 31 minuten.
Wij bevroegen 51 patiënten in de enquête. De patiënten gaven als belangrijkste stimuli voor preventie aan: "voorkomen is beter dan genezen", een gesprek met de huisarts over het onderzoek en overtuigd worden over het nut van het onderzoek en hierover meer informatie krijgen. De voornaamste reden bij alle sociale klassen om niet in te gaan op een uitnodiging voor preventie was het idee reeds goed opgevolgd te worden door de huisarts, zonder noodzaak aan een extra consultatie. Patiënten uit de lagere klasse gaven vaker aan bang te zijn dat men iets erg zal vinden en dat er angst bestaat om geconfronteerd te worden met ziekte in vergelijking met de andere klassen. Niet weten hoeveel een preventief onderzoek kost zou voor hen ook een drempel zijn om niet in te gaan op een uitnodiging. Enkel de hogere klassen antwoordden dat "er geen tijd voor hebben" een reden kan zijn om niet op een uitnodiging voor preventie in te gaan. De hogere klasse gaf ook als barrières voor deelname aan preventie aan nog nooit ernstig ziek te zijn geweest en dat ze nog niet bij preventie stilstonden.

Conclusie: De aangepaste versie van het GMD+ werd positief onthaald. Het lijkt haalbaar om dit GMD+ verder voort te zetten in de praktijk. De implementatie ervan kende slechts een lage participatiegraad. De gekozen mondelinge uitnodigingsstrategie en tijdsdruk zijn hiervoor mogelijke verklaringen. Verder onderzoek is aangewezen om na te gaan wat de beste manier is om het GMD+ in de praktijkorganisatie te doen inpassen. Tijd kunnen maken voor preventie blijkt hierbij een essentiële voorwaarde. Er bestaat ook een noodzaak om doelgroepspecifieke richtlijnen voor de lagere sociale klasse te ontwikkelen. We concludeerden immers dat de verschillende socio-economische klassen een andere visie op preventie hebben. Vooral patiënten uit de lagere socio-economische klasse lijken actief gestimuleerd en opgevolgd te moeten worden door de huisarts, die adequate informatie over preventie kan aanbieden. De preventieve rol van de huisarts zou, zowel organisatorisch in de huisartsenpraktijk als naar de patiënt toe, meer in de verf moeten gezet worden.

E-mail: katrien.vanschandevyl@ugent.be

INHOUDSTAFEL

VOORWOORD 2
ABSTRACT 3
INHOUDSTAFEL 4
INLEIDING 5
ORIËNTEREND LITERATUURONDERZOEK 7
I. Welke preventie-items dienen in het aangepast GMD+ geïncludeerd te worden? 7
II. Uitnodigingsstrategie 10
III. Stimuli en barrières voor preventie 12
METHODE 14
I. Interventie: invoering van een aangepast GMD+ 14
II. Enquête naar stimuli en barrières voor preventie 19
RESULTATEN 22
I. Interventie: invoering van een aangepast GMD+ 22
II. Enquête naar stimuli en barrières voor preventie 24
DISCUSSIE 33
I. Interpretaties 33
II. Limitaties 37
BESLUIT 38
REFERENTIELIJST 39
BIJLAGEN I

INLEIDING

De doelstelling van deze thesis bestaat erin een antwoord te formuleren op de vraag: hoe kan voor iedere patiënt in een voorstedelijke groepspraktijk het best aan preventie op maat van de patiënt worden gedaan, door gebruik te maken van de GezondheidsGids?

Deze onderzoeksvraag kwam tot stand door het vaststellen van een concreet probleem in de dagdagelijkse praktijk. In mijn eerste opleidingspraktijk als huisarts-in-opleiding werd er reeds aan preventie gedaan, maar op een niet-systematische manier. De artsen in de praktijk stelden vast dat er te weinig aandacht werd geschonken aan bepaalde preventieve items, zoals vaccinatie. Een mogelijke oplossing voor dit probleem zochten wij in het invoeren van systematische screening bij patiënten tussen de 45 en 75 jaar, zoals reeds wordt voorgesteld in de GezondheidsGids (1). Dit resulteerde in een interventie waarbij de GezondheidsGids in deze praktijk voor het eerst werd toegepast.
Hiermee spelen wij in op de huidige tendens dat de focus meer op preventie komt te liggen, naast het zuivere curatieve aspect van de gezondheidszorg. Door de vergrijzing van de bevolking wordt de Westerse gezondheidszorg immers onder druk gezet door een stijging van het aantal chronische ziekten. Stijgende gezondheidsuitgaven en nieuwe zorgmodellen voor chronisch zieken vragen nieuwe manieren om de gezondheidszorg te organiseren en te financieren (2). Preventie is hierbij belangrijker geworden, om op die manier de te voorkomen morbiditeit en mortaliteit te reduceren (3). Ook de huisartsen worden hiermee geconfronteerd: zij dienen hun focus van zorg voor de individuele patiënt te verleggen naar zorg op populatieniveau (2).

De “GezondheidsGids” of “GMD+” (globaal medisch dossier plus) wordt reeds sinds september 2010 door Domus Medica (een vereniging voor Vlaamse huisartsen) verspreid, waarbij een herziening van deze eerste versie in 2011 gebeurde (1). Het GMD+ werd ingevoerd om de implementatie van preventie in de huisartsenpraktijk gemakkelijker te maken en meer gestructureerd uit te voeren. De bedoeling van het GMD+ is om samen met de patiënt een individueel preventieplan op te stellen aan de hand van een vragenlijst en gegevens uit zijn medisch dossier. Bij patiënten tussen de 45 en 75 jaar met een globaal medisch dossier (GMD) kan de huisarts sinds 1 april 2011 éénmaal per jaar dergelijk preventieconsult aanrekenen. Het honorarium bedraagt 10,80 euro en wordt volledig terugbetaald aan de patiënt. Ondanks deze financiële compensatie voor het preventief consult blijven er barrières bestaan bij huisartsen voor de invoering ervan in hun praktijk. Uit de literatuur en de mamana-thesis van Tratsaert E. uit 2012, blijken de voornaamste drempels hiervoor tijdsgebrek, een moeilijke integratie in het elektronisch medisch dossier en onvoldoende kennis en vaardigheden om de voorgestelde guidelines bij de patiënten aan te brengen en om de gids om te zetten in een preventieplan (3,4).
Er stellen zich inderdaad een aantal problemen als huisartsen het GMD+ in hun praktijk willen toepassen. De GezonheidsGids geeft niet aan op welke manier patiënten dienen uitgenodigd te worden voor de consultatie.

Bijkomend voelden de artsen binnen onze groepspraktijk intuïtief ook aan dat vooral de zogenaamde “worried-well”-patiënten naar dit preventief consult zouden vragen. Dit is het fenomeen waarbij gezonde, goed opgeleide en begoede patiënten met een hoog gezondheidsbewustzijn een grotere neiging hebben om deel te nemen aan screeningsprogramma’s in vergelijking met patiënten met een lager opleidingsniveau, lagere socio-economische status en ongezonde levensstijl (2). Bij deze ”worried-well”-patiënten kan doorgaans de minste gezondheidswinst geboekt worden. De patiëntengroep met het hoogste risicoprofiel is meestal diegene die het moeilijkste te bereiken is. Dit concluderen ook diverse studies in verschillende landen die de kenmerken van patiënten die al dan niet deelnamen aan preventieve diensten onderzochten (5–7).
Men zou uit de voorgaande gedachte kunnen concluderen dat het implementeren van een GMD+ in de praktijk tijd en energie kost, met weinig gezondheidswinst voor de praktijkpopulatie. Met deze gedachte in het achterhoofd, wilden wij eerst bestuderen hoe de toepassing van de GezondheidsGids in onze praktijk optimaal georganiseerd kon worden. Wij hadden het idee om een aangepaste versie van het klassiek GMD+ te maken, die adequater inspeelt op de noden van de artsen en de praktijkpopulatie. Teneinde dit aangepast GMD+ voor iedereen toegankelijk te maken (ook voor patiënten uit een lagere sociale klasse en met een hoog risicoprofiel), diende een optimale uitnodigingsstrategie bestudeerd te worden. Wij probeerden bij deze interventie dus niet enkel de “worried-well”, maar ook patiënten uit de lagere sociale klasse te bereiken. Om dit te bekomen, werd de focus gelegd op een aantal patiënten met een OMNIO-statuut, d.w.z patiënten met een laag inkomen die recht hebben op een verhoogde terugbetaling.

De invoering van de aangepaste versie van het GMD+ leverde weinig resultaten op, gezien het lage aantal deelnemers. Om de participatiegraad te verhogen, vonden wij het belangrijk om te weten welke motivatie en barrières de patiënten aanhalen om deel te nemen aan preventie, teneinde hierop in te kunnen spelen (8). Om die reden werd er in tweede instantie een bijkomend onderzoek verricht. In een tweede voorstedelijke groepspraktijk werd er nagegaan of er een aantal factoren bestaan die patiënten weerhouden of stimuleren om deel te nemen aan preventie, zij het deelname aan preventie bij de huisarts of deelname aan screeningsprogramma’s op bevolkingsniveau. Bijkomend wilden we bestuderen of deze factoren verschillend zijn tussen de lagere sociale klasse en andere sociale klassen. De studie vond plaats in een gelijkaardige setting als de eerste praktijk: een voorstedelijke groepspraktijk met een relatief weinig patiënten met een OMNIO-statuut. Er werd gekozen om een semi-kwantitatieve studie uit te voeren, aan de hand van enquêtes binnen de praktijkpopulatie, met toetsing van de bekomen resultaten aan de bestaande literatuur.
Uit de interventie en dit bijkomend onderzoek werd uiteindelijk getracht een antwoord te formuleren op de onderzoeksvraag.

ORIËNTEREND LITERATUURONDERZOEK

Voor het uitvoeren van onze interventie, met name het invoeren van een aangepast GMD+, diende eerst in de literatuur bestudeerd te worden welke preventie-items we in het aangepast GMD+ zouden includeren en wat een goede uitnodigingsstrategie is voor het preventieconsult, waarmee we ook patiënten uit een lagere sociale klasse kunnen bereiken. In de volgende secties I en II van dit hoofdstuk wordt hierop verder ingegaan.
Literatuuronderzoek werd verricht uitgaande van de aanbevelingen van de GezondheidsGids en standaardrichtlijnen voor de preventieve items, alsook vanuit voorgaande manama-thesissen over de GezondheidsGids.

I. Welke preventie-items dienen in het aangepast GMD+ geïncludeerd te worden?

De aangepaste versie van het GMD+ werd opgesteld op basis van de 11 onderdelen zoals voorgesteld in de GezondheidGids (1): cardiovasculair risicoprofiel, rookstopbegeleiding, advies gezonde voeding en fysieke activiteit, opsporing van diabetes, vaccinaties tegen tetanus/difterie, influenza en pneumococcen, vroegtijdige opsporing van borstkanker, screening op baarmoederhalskanker, screening op colorectale kanker, peilen naar het gebruik van alcohol en peilen naar depressieve klachten. Bijkomend gingen wij na of het nuttig zou zijn om te peilen naar het risico voor osteoporose in dit aangepast GMD+, omdat we vaststelden dat hiervoor in de praktijk bijzonder weinig aandacht voor was.
In de volgende alinea's volgen de actuele aanbevelingen over de verschillende onderdelen. In het hoofdstuk "methode" wordt uitgelegd op welke manier de onderdelen uiteindelijk in de aangepaste vragenlijst werden geïncludeerd.

1. Cardiovasculair risicoprofiel

Hart- en vaatziekten zijn de belangrijkste oorzaak van vroegtijdige sterfte en van verminderde levenskwaliteit of invaliditeit in Vlaanderen (9). In de zoektocht naar een vlotte en efficiënte manier om het risico in te schatten werd de richtlijn voor cardiovasculair risico van Domus Medica uit 2007 en de standaard van het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) uit 2012 geraadpleegd (9,10).
Domus Medica stelt voor om bij alle patiënten tussen de 40 en 75 jaar een cardiovasculair risicoprofiel op te stellen aan de hand van 6 risicofactoren (1,10): de leeftijd, de bloeddruk of gebruik van bloeddrukverlagende medicatie, één sigaret per dag of meer roken, diabetes type II, een voorgeschiedenis van een persoonlijk ischemisch event en de familiale cardiovasculaire voorgeschiedenis. Omdat het cardiovasculaire risico wordt bepaald door de onderlinge relatie tussen verschillende risicofactoren, wordt in deze aanbeveling het gebruik van SCORE-risicotabellen aangeraden. Hiermee kan het globaal risico op hart- en vaatziekten worden berekend. De meeste gezondheidswinst kan daarbij geboekt worden bij patiënten met een hoog globaal risico; in deze aanbeveling werd dit vastgelegd op 10%. Dit is de drempel voor intensieve medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandeling. Het zijn dus vooral deze hoogrisicopatiënten die via screening bereikt dienen te worden. De aanbeveling wijst op de belangrijke rol van de huisarts hierbij.

De manama-thesis van De Loecker Y. uit 2010 onderstreept het belang van het gebruik van deze SCORE-tabel (11). Het is belangrijk voor huisartsen om niet enkel een bloedname uit te voeren, maar het cardiovasculair risico ook te bespreken samen met de patiënt aan de hand van deze SCORE-tabel.
In aanbeveling van Domus Medica omtrent hypertensie wordt een ECG afname bij patiënten met hypertensie geadviseerd. Een ECG hoort bij de oppuntstelling van een van de belangrijke doelstelling na de diagnose van hypertensie, namelijk zicht krijgen op de reeds aanwezige en/of dreigende orgaanschade. Het ECG wordt aangeraden om eventuele linkerventrikelhypertrofie voortijdig op te sporen (12).

2. Rookstopbegeleiding

Tijdens het preventieconsult dient bij alle rokers de mate van motivatie om te stoppen te worden ingeschat. Uit een studie van Walter et al. blijkt motivatie één van de belangrijkste factoren die preventie in de weg staat (13). Ook veel huisartsen geven de moed op om rokers te helpen met rookstop omdat vroegere pogingen niet succesvol bleken. Een vicieuze cirkel kan ontstaan: noch de patiënt, noch de huisarts is gemotiveerd om te praten over rookstop. Toch is belangrijk dat de huisarts hiervoor initatief neemt en de cirkel tracht te doorbreken (11). Uit studies blijkt dat zelfs een kort advies over rookstop succesvol is. Een meer uitgebreid advies heeft slechts een klein additioneel effect op het aantal patiënten dat stopt met roken (14).

3. Advies gezonde voeding en fysieke activiteit

De GezondheidsGids geeft een aantal concrete aanbevelingen voor voedings- en bewegingsadvies (1). Uit onderzoek blijkt dat de deelnemers aan een GMD+ de adviezen omtrent gezonde voeding en beweging vaak wel al kennen. Het is de omzetting in de praktijk die niet altijd eenvoudig is, omdat het levensstijlaanpassingen betreft waarbij er vooral een gedragsverandering op lange termijn moet ontstaan (11).

4. Opsporing van diabetes

Volgens de GezondheidsGids wordt gerichte opportunistische screening aangeraden bij personen met een duidelijk verhoogd risico op diabetes type II (1).

5. Vaccinaties

5.1 Tetanus

De GezondheidsGids werd hiervoor geraadpleegd. Sinds juni 2014 veranderde de richtlijn en wordt er geen Tedivax (vaccinatie tegen tetanus en difterie) meer gegeven, maar wel het gecombineerde vaccin Boostrix (tegen tetanus, difterie en kinkhoest), daar actueel ook de 10-jaarlijkse hervaccinatie voor kinkhoest wordt aanbevolen.

5.2 Influenza

De GezondheidsGids werd hiervoor geraadpleegd.

5.3 Pneumococcen

De incidentie van invasieve pneumococceninfecties neemt toe vanaf de leeftijd van 50 jaar. Deze is beduidend hoger bij personen ouder dan 65 jaar (35 à 50 op 100.000/jaar) en bij patiënten met chronische aandoeningen.

Twee derde van alle pneumococcenbacteriëmieën komt voor bij personen ouder dan 50 jaar. De mortaliteit van pneumokokkenbacteriëmie bedraagt 20 % bij 65-jarigen en 40 % bij 85-plussers (15). Volgens de GezondheidsGids van Domus Medica is deze vaccinatie sterk aanbevolen bij patiënten met asplenie. De huisarts dient de mogelijkheid tot vaccinatie bij immunocompetente volwassenen, die een verhoogd risico hebben op invasieve pneumokokkeninfecties, te bespreken (1). De aanbeveling volgens de Hogere Gezondheidsraad uit 2013 stelt de doelgroepen voor, alsook een aangepast vaccinatieschema met Prevenar (PCV13) (15).

6. Vroegtijdige opsporing van borstkanker

Vrouwen zonder verhoogd risico tussen 50 en 69 jaar wordt aangeraden om deel te nemen aan het Vlaams programma voor borstkankeropsporing.

7. Screening op baarmoederhalskanker

De GezondheidsGids raadt aan om alle vrouwen tussen de 25 en 64 jaar die ooit seksueel actief geweest zijn, een uitstrijkje aan te bieden (1). Bij vrouwen ouder dan 65 jaar die niet regelmatig werden gescreend, wordt voortgegaan met screenen (om de drie jaar) tot twee normale uitstrijkjes.

8. Screening op colorectale kanker

Het is aangetoond dat het op eigen initiatief aanbieden van FOB-test (d.w.z “faecaal occult bloedtest”) door de huisarts een positief effect heeft op de screeningsgraad (16). Deze screening door middel van een 2-jaarlijkse FOB-test kadert actueel binnen een bevolkingsonderzoek, dat van start ging in oktober 2013 (17).

9. Peilen naar het gebruik van alcohol

Om te screenen naar alcoholgebruik, stelt de GezondheidsGids stelt de AUDIT -vragenlijst voor (1).

10. Peilen naar depressieve klachten

Wij raadpleegden de aanbeveling van Domus Medica voor de behandeling van depressie door de huisarts. Depressie is een frequent voorkomend probleem: in België is de prevalentie per jaar 5 à 6%. Eén op vijf vrouwen en één op tien mannen ervaren minstens gedurende een beperkte periode in hun leven depressieve problemen. Het belang van de huisarts bij depressie wordt in de aanbeveling benadrukt: meer dan 80% van de behandelde depressies wordt zelfstandig door de huisarts gediagnosticeerd en behandeld (18).
Het GMD+ blijkt een goed instrument uit de literatuur om te peilen naar depressieve klachten. Hiervoor pleit ook De Loecker Y. in zijn manama-thesis uit 2010. Men argumenteert daarbij ook dat veel psychische aandoeningen de oorzaak kunnen zijn van een brede waaier van fysieke aandoeningen (11).

11. Peilen naar het risico op osteoporose

Het peilen naar het risico op osteoporose werd voorgesteld in de manama-thesis van Gielen F. uit 2011 (19).

Deze haalt de frequente problematiek van vallen aan bij ouderen - met vaak als ernstig gevolg een heupfractuur - als argument om te peilen naar het risico op osteoporose. Immers, een belangrijke factor bij het oplopen van fracturen is het verminderen van de botdichtheid (19).

Het percentage patiënten met osteoporose is in België tussen 1997 en 2008 gestegen van 2,5 % naar 3,7 %. Het percentage personen met osteoporose hangt duidelijk samen met de leeftijd en begint toe te nemen vanaf de leeftijdsgroep 45-54 jaar (20).

Systematische screening naar osteoporose, onder de vorm van een botdensiometrie bij gezonde vrouwen rond de menopauze, wordt niet aanbevolen. Er is immers een grote overlap tussen de botdichtheid van vrouwen die wel en die geen heupfractuur krijgen op latere leeftijd. Identificatie van mensen met een sterk toegenomen fractuurkans zou wel kunnen plaatsvinden. Hierbij worden personen met een toegenomen fractuurkans geselecteerd op basis van risico's (21). In de Nederlandse richtlijn “Fractuurpreventie” uit 2012 raadt men een pro-actief beleid aan bij patiënten ouder dan 50 jaar met een wervelfractuur of een recente (korter dan 2 jaar geleden) niet-wervelfractuur en een vraaggestuurd beleid bij patiënten zonder fractuur:

- *Pro-actief beleid: patiënten met een wervelfractuur of recente niet-wervelfractuur*

  Dit beleid dient gevoerd te worden bij patiënten die op consultatie komen na een recente fractuur, of bij wie melding wordt gemaakt van een niet-wervelfractuur of wervelinzakking uit een ontslagbrief van het ziekenhuis of röntgenverslag. Er dient te worden nagegaan of het fractuurrisico bij deze patiënten reeds werd geëvalueerd en indien nodig uitgevoerd.
- *Vraaggestuurd beleid: bij patiënten zonder wervelfractuur of geen recente niet-wervelfractuur*

  Er wordt afgeraden om deze patiënten actief op te sporen. Men kan als arts zelf inschatten of risico-inventarisatie nodig is als de patiënt op raadpleging komt, of als de patiënt zelf met een vraag over osteoporose komt. Hierbij kan een afweging worden gemaakt volgens een vooropgesteld algoritme (22).

Domus Medica heeft geen richtlijn rond osteoporose.

II. Uitnodigingsstrategie

De GezondheidsGids geeft geen adviezen hoe het preventieconsult aan te bieden: mondeling, schriftelijk, passief, actief, opportunistisch of gestructureerd? Voor de start van de interventie wilden we nagegaan wat uit onderzoek de meest adequate methode voor uitnodigen van patiënten gebleken is, alsook hoe we het best patiënten uit de lagere sociale klasse kunnen bereiken. Hiervoor werden voornamelijk voorgaande manama-thesissen over het preventieconsult geraadpleegd.

1. Welke manier is het meest efficiënt om patiënten uit te nodigen voor een GMD+?

Intuïtief kan verwacht worden dat mondelinge motivatie een hogere respons zou geven dan het uitnodigen van patiënten per brief. Delanoye A. kon dit in zijn manama niet bevestigen: er bleek geen verschil te bestaan tussen beide recruteringsgroepen (23). Het is wel bewezen dat het mondeling uitnodigen van patiënten tijdens een standaardconsultatie, zelfs zonder toepassen van extra motivatietechnieken, een positief effect heeft op deelname aan screening (16).

Meer zelfs: de laagste non-responderratio's worden gezien in programma's met een meer actieve en persoonlijke aanpak, waarbij er contact is tussen de patiënt, huisarts en/of verpleegster (8). Tratsaert E. besluit in haar studie uit 2012 dat in een eerste ronde systematisch schriftelijk uitnodigen en de non-responders in tweede tijd mondeling (telefonisch) uitnodigen de meest aangewezen aanpak lijkt (4). Mondelinge uitnodiging wordt in de studie van Tratsaert E. als tijdrovend ervaren: het kan worden vergeten of niet toegepast bij tijdsgebrek. Vandaar dat zij pleit om de patiënten initieel schriftelijk uit te nodigen (4). Uit de studie van Bosmans blijkt eveneens de mondelinge motivatie door de huisarts belangrijk, in vergelijking met het louter aanbieden van de consultatie door een affiche of folder (24). Een passieve aanpak door middel van enkel posters en flyers in de wachtzaal van de huisartsenpraktijk resulteert in een bescheiden deelname (8). Kavalevich N. besluit met een onderzoeksproject uit 2013 dat een schriftelijke oproep een goede manier is om patiënten te motiveren voor een preventieconsult. Zij behaalde hiermee een hoge reponsgraad. Een tweede schriftelijke oproep binnen een periode van drie maanden zou echter weinig zin hebben (25).

De manier waarop de patiënten schriftelijk worden uitgenodigd is ook van belang. Het zou niet aangewezen zijn om reeds te vermelden dat er levenstijladvies zal worden gegeven bij het vinden van een gezondheidsrisico tijdens het preventieconsult. Het vooruitzicht van een levensstijlverandering kan sommige mensen ontmoedigen om deel te nemen. Dit was een mogelijke verklaring voor de lage particaptiegraad in de APHRODITE-studie in Nederland uit 2010, waarbij men actief hoogrisicopatiënten voor een levensstijlprogramma wou recruteren ter preventie van diabetes type II (8,26).

2. Welke uitnodigingsstrategie bereikt het best de lagere sociale klasse?

In de literatuur wordt in meerdere studies in verschillende landen aangetoond dat preventieve diensten minder worden gebruikt door patiënten met een lage socio-economische status (5–7). Het is voorlopig nog onduidelijk hoe deze groep beter bereikt kan worden tot deelname aan preventie. Een voorbeeld van de mammografiescreening kan hierbij aangehaald worden. Diverse Europese studies suggereerden dat het opportunistisch aanbieden van een mammografie vooral vrouwen met een midden tot hoog niveau van educatie aantrekt, terwijl georganiseerde screeningsprogramma's vooral vrouwen van een lagere sociale klasse bereiken. Andere studies rapporteerden geen educatie-gerelateerde verschillen in deelname (27). Een studie uit Duitsland uit 2014 onderstreept het belang om patiënten met een lage socio-economische status op een aangepaste wijze te benaderen. Er bestaat een noodzaak om hiervoor doelgroepspecifieke richtlijnen te ontwikkelen, teneinde gezondheidswinst te boeken en de sociale ongelijkheid in de gezondheidszorg weg te werken (5). Het lijkt alvast nuttig om bij de uitnodiging, gericht naar patiënten uit een lagere sociale klasse, de onmiddellijke voordelen van het preventief consult te onderstrepen (8).

Om te bestuderen hoe patiënten uit een lagere sociale klasse het best uitgenodigd kunnen worden, dient evenwel eerst gedefiniëerd te worden welke patiënten tot deze klasse behoren. In de manama-thesis van Vandenberghe en Cosyn wordt als variabele voor socio-economische klasse geopteerd voor het OMNIO-statuut (28). Hiervoor wordt ook in onze interventie geopteerd. Het onderzoek werd uitgevoerd in een voorstedelijke praktijk met een laag percentage aan patiënten met een verhoogde tegemoetkoming, zoals dit ook in onze eigen interventie het geval is.

In deze studie bleek er geen verschil te bestaan tussen de verschillende socio-economische groepen bij schriftelijke uitnodiging (28). Ook Kavalevich N. onderzocht in 2013 de responsratio van patiënten met OMNIO-statuut na schriftelijke uitnodiging. De responsgraad lag lager in deze groep ten opzichte van de groep "gewoon verzekerden", doch enige statische significantie kon niet aangetoond worden (25).

Delanoye A. kon in zijn manama-thesis uit 2013 geen significante verschillen aantonen tussen respondenten en niet-respondenten van verschillende socio-economische status, onafhankelijk van de recruteringsmethode (23).

3. Deelbesluit

Er bestaan meerdere aanwijzingen dat schriftelijke uitnodiging tot een hoge responsgraad zou leiden. In tweede instantie non-responders telefonisch contacteren zou de responsrate nog kunnen verhogen. Uit de aangehaalde literatuur konden we geen optimale uitnodigingsstrategie voor de lagere sociale klasse afleiden.

III. Stimuli en barrières voor preventie

Zoals reeds werd aangehaald, wilden we in een bijkomend onderzoek achterhalen wat volgens de patiënten bevorderende en belemmerende factoren zijn om deel te nemen aan preventie. Om de participatiegraad te verhogen, vooral van patiënten die minder geneigd zijn voor deelname aan het GMD+, is het belangrijk om te weten wat deze factoren zijn (8).

In twee manama-thesissen werd reeds nagegaan wat patiënten weerhoudt of juist motiveert om op preventieconsult bij de huisarts te komen (29,30). Ook in de literatuur werden mogelijke barrières en stimuli voor preventie reeds bestudeerd, ook bij de lagere sociale klasse.

In volgende alinea's wordt opgelijst welke belangrijke stimuli en barrières voor deelname aan preventief onderzoek er kunnen worden weerhouden. Literatuuronderzoek werd verricht vertrekkende vanuit de twee voorgaande manama-thesissen en aangevuld met een *PubMed* search.

1. Stimuli

Uit de manama van Van Dierdonck S. blijken de belangrijkste beweegredenen die patiënten motiveren om op preventieconsult te komen: vertrouwen in de huisarts, veel belang hechten aan eigen gezondheid en verantwoordelijkheid hiervoor, interesse in preventie en behouden van een gezonde levensstijl (29). Ze besluit dat vooral de arts een belangrijke rol speelt. Er dient een goede arts-patiëntrelatie te bestaan, waarbij de arts de patiënt voldoende moet informeren, op een aangepast wijze aan de persoon die voor hem zit. De patiënt is ook meer geneigd om deel te nemen aan preventieve campagnes als zijn arts deze steunt en aanraadt aan zijn patiënt (29). Patiënten met een sociaal netwerk waarin screening de norm is, zijn ook meer geneigd om zelf aan screening deel te nemen (31). Men zal sneller een onderzoek herhalen indien het de vorige keer goed verlopen is en/of als mensen uit de omgeving van de patiënt hierover enthousiast zijn (29,31).

2. Barrières

Uit de manama van Priem M. blijken belangrijke factoren die patiënten weerhouden om op preventief consult te komen: geen uitnodiging of reminder ontvangen voor het consult, reeds goed zorg dragen voor het eigen lichaam of voldoende opgevolgd worden door de arts en niet weten wat een preventieconsult is of wat het precies inhoudt (30).

3. Preventie bij de lagere socio-economische klasse (31)

Een studie uit het Verenigd Koninkrijk van 2011 bestudeerde de psychosociale determinanten van socio-economische ongelijkheid bij kankerscreening. Lagere socio-economische status is geassocieerd met minder bewust zijn van de voordelen van deelname aan screening, meer bezorgd zijn na een uitnodiging voor screening en meer fatalistische overtuigingen over kanker. Patiënten uit de lagere socio-economische klasse zijn ook meer bezorgd over het kankerscreeningsonderzoek zelf (angst, pijn, schaamte) en de gevolgen van een positieve screeningstest of de diagnose van kanker. Patiënten met negatieve overtuigen over kankerscreening gaan ook minder in op een uitnodiging voor screening en zoeken minder hulp bij symptomen van kanker.

Personen met een lagere socio-economische status hebben ook minder emotionele "reservecapaciteit" omwille van stressvolle life events en hebben doorgaans een meer pessimistische kijk op de toekomst.

Gezondheidspromotie bij mensen met een lagere socio-economische status zou niet effectief zijn, omdat zij andere en grotere uitdagingen hebben: voorzien in hun basisbehoeften en een thuis voor zien voor zichzelf en hun familie. Gezondheid kan voor hen als een luxe worden gezien. Mensen met een laag inkomen en een lage educatiegraad ontbreken ook vaker de kennis en het inzicht van de noodzaak aan screening.

Lage educatiegraad is een barrière om informatie over gezondheid op te zoeken en deze informatie te begrijpen.

METHODE

In het volgende hoofdstuk I volgt de beschrijving van de methode die werd gehanteerd voor de interventie, zijnde de invoering van een aangepaste versie van het GMD+ in een voorstedelijke groepspraktijk.
In hoofdstuk II volgt daarna een beschrijving van de methode die we hanteerden voor het tweede onderzoek dat werd verricht in een andere groepspraktijk. Het betreft de enquête naar stimuli en barrières voor preventie.

I. Interventie: invoering van een aangepast GMD+

1. Setting

De interventie vond plaats in een voorstedelijke groepspraktijk in Denderleeuw (Oost-Vlaanderen). Hier wordt samengewerkt met vier artsen, waaronder één huisarts-in-opleiding (HAIO), die gestart is in de praktijk begin september 2013. Het is de eerste keer dat de praktijk met een HAIO samenwerkt. De artsen beschikken over een halftijdse secretaresse. Er is geen praktijkassistente.
In de praktijk werd enkel niet-systematisch gescreend, zonder gebruik te maken van het GMD+. In de periode van september 2013 tot en met januari 2014 - voor de start van onze interventie - werd via een poster in de wachtzaal en een aankondiging op de website van de praktijk opgeroepen tot een preventieve “check-up” voor mannen en vrouwen vanaf 45 tot 75 jaar. Hierbij werd het klassiek GMD+ afgenomen.

2. Onderzoeksvragen

Wordt de lagere sociale klasse ook bereikt door middel van het aangepast GMD+ en uitnodigingsstrategie?
Is de voortzetting van deze aangepaste versie van het GMD+ haalbaar in onze praktijk?

3. Onderzoeksgroep

Tot deze groep behoren alle mannen en vrouwen tussen de 45 en 75 jaar die over een GMD beschikken. Ook patiënten die over geen GMD beschikken, kunnen deelnemen, indien zij de dag van het GMD+ zelf een GMD afsluiten.
Exclusie-criteria: patiënten die niet op raadpleging kunnen komen (omdat het voorgestelde GMD+ op huisbezoek te beperkt kan worden uitgevoerd), patiënten bij wie reeds een klassiek GMD+ werd afgenomen in de periode van september tot en met januari 2014 en anderstalige patiënten.

4. Interventie

4.1 Patiëntenselectie en uitnodiging

Uit literatuuronderzoek bleek de meest adequate uitnodigingsstrategie een schriftelijke uitnodiging met mondelinge recall bij non-responders. Onze groepspraktijk vond de financiële drempel voor het versturen van brieven echter te groot. Wij kozen ervoor om enkel vooraf geselecteerde patiënten met een OMNIO-statuut een brief te sturen en bij non-respons binnen een periode van twaalf weken telefonisch te contacteren. Deze patiënten beschouwen we immers als hoogrisicopatiënten, die we zeker willen bereiken.

Bij hen denken we ook de meeste gezondheidswinst te kunnen boeken. De overige patiënten werden mondeling uitgenodigd tijdens een standaardconsultatie.

- Mondeling

  Elke arts werkzaam in de praktijk nodigde elke eerste patiënt van de dag, die binnen de inclusie-criteria viel, uit tot deelname. Een aangepaste vragenlijst en begeleide brief werd meegegeven (zie bijlage 1 en 2A).

- Schriftelijk

  Via de medische database "Health-One" werden een aantal patiënten met OMNIO-statuut die binnen de inclusie-criteria vielen door de artsen geselecteerd, waarop de focus wordt gelegd. Een begeleidende brief en de aangepaste vragenlijst werd opgestuurd via de post (zie bijlage 1 en 2B).

Tevens bleef de poster in de wachtzaal en de uitnodiging op de website van de praktijk behouden, zij het in een aangepaste versie met meer uitleg (zie bijlage 3).

De uitnodiging tot deelname is gestart in de periode maart 2014.

4.2 Vragenlijst

Er wordt een aangepaste vragenlijst voor afname van het GMD+ voorzien. De vragenlijst werd opgesteld naar analogie met de vragenlijst van Mennes uit 2013, met de aanvullingen uit het eigen literatuuronderzoek (32).

De patiënt antwoordde voor de eigenlijke vragen van het GMD+ op een aantal vragen waarin naar de socio-economische status werd gepeild. Zo konden de populatiekenmerken van de steekproef bepaald worden.

Na een eerste proefpersoon werd het lettertype vergroot, teneinde de leesbaarheid voor slechtziende patiënten te verhogen.

4.2.1 Aanpassingen aan de klassieke vragenlijst en implementatie volgens preventie-item

4.2.1.1 Cardiovasculair risicoprofiel

Gezien het belang van dit preventief item, werd het cardiovasculaire risico als prioritair beschouwd door de artsen van de groepspraktijk. Bij de afname van het aangepaste GMD+ zal de nadruk liggen op bepaling van het cardiovasculaire risico bij alle bevolkingsklassen, met specifieke aandacht voor de SCORE-tabel.

Tijdens het preventieconsult wordt een meting van de bloeddruk uitgevoerd, alsook het meten van gewicht en lengte, teneinde de BMI te kunnen berekenen. Er wordt een hart- en longauscultatie verricht. Een bloedafname voor cholesterolbepaling gebeurt volgens indicatie. Een ECG wordt uitgevoerd bij hypertensiepatiënten. De bedoeling is om hiervoor een extra consult te voorzien, daar onze groepspraktijk niet over een praktijkassistente beschikt en de afname tijdrovend kan zijn.

4.2.1.2 Rookstopbegeleiding

In correlatie met het item cardiovasculair risico, wordt rookstop door onze praktijk als zeer belangrijk ingeschat bij alle sociale klassen. Een praktische uitvoering van de minimale interventiestrategie in onze praktijk lijkt haalbaar onder de vorm van volgende vragen in de aangepaste vragenlijst:

- rookt u?

  Ja: wat rookt u? … hoeveel per dag? … hoelang al? … / Neen: nooit gerookt – gestopt met roken sinds …

- indien roker:
  - heeft u al gedacht aan te stoppen met roken? ja – neen
  - bent u gemotiveerd om te stoppen met roken? gemotiveerd – ik overweeg het – ongemotiveerd

Als de patiënt aangeeft gemotiveerd te zijn om te stoppen met roken, zullen in een eerste preventief consult namen van websites worden meegegeven, zoals www.vlaanderenstoptmetroken.be en www.tabakstop.be, waar alle nodige informatie kan teruggevonden worden. Indien de patiënt hierbij professionele ondersteuning wenst, kan meteen een opvolgconsult worden vastgelegd.

Indien de patiënt overweegt om misschien te stoppen, wordt deze kort aangemoedigd en gemotiveerd. Indien de patiënt aangeeft ongemotiveerd te zijn om te stoppen, kan eventueel voorgesteld worden of hier in verder contacten nogmaals verder navraag over mag worden gedaan. Het lijkt ook nuttig om in de desbetreffende gevallen, de NHG-patiëntenbrieven "Ik wil misschien stoppen met roken", "Ik wil nu stoppen met roken" of "ik ben gestopt met roken" mee te geven met de patiënt, zodat deze de informatie thuis nog kan nalezen. Deze brieven zijn terug te vinden op de website www.thuisarts.nl.

4.2.1.3 Gezonde voeding en fysieke activiteit

Er wordt gepeild naar de mate van gezonde voeding en fysieke activiteit bij de patiënt; bij hoogrisico patiënten (patiënten met diabetes type II, na een doorgemaakt myocardinfarct, hartfalen, COPD, obesitas en patiënten met verhoogd valrisico) wordt hier dieper op ingegaan en indien nodig worden zij doorverwezen.

4.2.1.4 Screening naar diabetes

Via een aantal specifieke vragen wordt gepeild naar het risico op diabetes type II en indien nodig wordt hiervoor een labo verricht. Een aantal extra vragen werden toegevoegd aan de vragenlijst: zwangerschapsdiabetes, bevallen van een baby van meer dan 4,5kg, aanwezigheid van diabetes bij eerstegraadsverwanten, reeds verhoogd bloedsuikergehalte vastgesteld, langdurig gebruik van corticoïden of middelen tegen epilepsie en symptomen van opvallende dorst, vermageren zonder dieet, veel plassen, vaak urineweginfecties.

4.2.1.5 Vaccinaties

De vaccinatiegraad van de patiënten binnen de groepspraktijk werd als laag ingeschat. Vaak weet noch de arts, noch de patiënt of deze al dan niet de nodige vaccins kreeg. Dit onderdeel wordt bijgevolgd door onze praktijk als belangrijk ingeschat bij een eerste preventieconsult bij alle sociale klassen. Indien nodig wordt de patiënt tijdens dat consult gevaccineerd. Er wordt bevraagd in de vragenlijst of het laatste vaccin voor tetanus langer dan tien of langer dan twintig jaar geleden werd gegeven. De vaccinatie voor influenza gebeurde in onze praktijk bij (risico)groepen reeds georganiseerd. Dit valt buiten het bestek van het preventief consult. Bij risicogroepen wordt tijdens het preventieconsult de noodzaak benadrukt om zich jaarlijks te laten vaccineren. Aan de patiënt wordt uitgelegd hoe de praktijk dit organiseert. De recenste aanbeveling voor de vaccinatie voor pneumococcen is die van de Hogere Gezondheidsraad en bijgevolg werd deze gevolgd.

4.2.1.6 Screening naar borstcarcinoom

De screening naar borstcarcinoom kadert binnen een bevolkingsonderzoek. Toch vinden wij het belangrijk de deelname te bevragen in de vragenlijst, om de patiënte hiervoor bewust te maken.

4.2.1.7 Screening naar cervixcarcinoom

Er wordt in de vragenlijst het jaartal van het laatste uitstrijkje bevraagd en aangeduid in het dossier. Wanneer de laatste PAP-smear langer dan 3 jaar geleden is, zal een uitstrijkje gebeuren of een afspraak worden gemaakt voor afname.

4.2.1.8 Screening op colorectale kanker

De screening naar coloncarcinoom kadert binnen een bevolkingsonderzoek. De deelname wordt bevraagd in de vragenlijst om de patiënt hiervan bewust te maken. Er wordt echter niet dieper ingegaan op het onderzoek zelf, behalve bij individuele vragen of een familiale anamnese van coloncarcinoom.

4.2.1.9 Screening naar alcoholgebruik

Dit onderdeel wordt door onze praktijk als belangrijk ingeschat, zowel bij de hogere als lagere sociale klasse. Een vragenlijst lijkt de ideale ingangspoort om het gebruik na te vragen. Wij vermoedden dat het meest aan preventie kan gedaan worden bij patiënten die dagelijks uit "gewoonte" alcohol gebruiken, maar die (nog) niet verslaafd zijn aan alcohol. Bewustwording van het probleem kan hier problematisch gebruik op langere termijn voorkomen. De eerste drie vragen van de AUDIT-vragenlijst worden opgenomen in het aangepast GMD+, in plaats van één vraag in het klassiek GMD+ (met name of de patiënt al dan niet alchoholische dranken gebruikt). Bij het overlopen van de vragenlijst vraagt de arts eerst of deze wat meer vragen over het gebruik mag stellen. Bij een score van minder dan 5 voor mannen en minder dan 4 bij vrouwen is er vermoedelijk geen problematisch alcoholprobleem en worden de overige zeven AUDIT-vragen niet gesteld. Er kunnen dan korte adviezen worden gegeven of er kan op korte termijn een nieuwe afspraak worden gemaakt voor verdere bespreking.

4.2.1.10 Peilen naar depressieve klachten

Het staat vast dat het belangrijk is om als huisarts te screenen naar depressie. Het GMD+ is hiervoor een uitgelezen instrument. Er werd echter, na overleg met de artsen in onze groepspraktijk, geopteerd om de twee vragen die peilen naar depressie uit het klassiek GMD+ weg te laten. Er werd door ons gevreesd dat hierdoor de aandacht binnen het GMD+ naar depressie zou verschuiven. Onze bedoeling met het aangepaste GMD+ was de nadruk leggen op de andere preventieve items, waar daarvoor te weinig aandacht naartoe ging. Wij beschouwen depressieve klachten dermate belangrijk dat ze tijdens een aparte consultatie dienen te worden behandeld. Wij pleiten voor aparte preventieve strategieën specifiek gericht op de depressie, die naast het GMD+ worden toegepast. Na het uitvoeren van de interventie realiseerden wij ons dat het toch aangewezen geweest was om de vragen te includeren. Bij een positief antwoord konden eerst de overige vragen van het GMD+ behandeld worden en voor de depressieve klachten op korte termijn een aparte, uitgebreidere consultatie voorzien worden.

4.2.1.11 Peilen naar het risico op osteoporose

Bij patiënten zonder wervelfractuur of geen recente niet-wervelfractuur wordt volgens de Nederlandse richtlijnen een vraaggestuurd beleid voorgesteld, d.w.z enkel op vraag van de patiënt of als de arts een risico-inschatting nodig acht. De vragen voor het berekenen van een risicoscore worden opgenomen in onze aangepaste vragenlijst, teneinde een risico-inventarisatie te maken bij de patiënten die op preventieconsult komen. Bij een risicoscore ≥ 4 volgens de risicotabel in het algoritme is er aanvullend onderzoek geïndiceerd (22). Bij een laag fractuurrisico (score < 4) of patiënten onder de 50 jaar die meer informatie wensen, kan informatie over de preventie van osteoporose worden meegegeven aan de patiënt op het einde van het preventieconsult.

Wij vonden dit toen een logische keuze, omdat het stellen van enkele bijkomende vragen ons weinig extra tijd en moeite zou kosten. Hoogrisicopatiënten kunnen zo snel geïdentificeerd worden en een aangewezen behandeling kan worden opgestart; de overige patiënten worden bewust gemaakt van het probleem, waaraan dieet- en bewegingsadvies kan gekoppeld worden.

Na het uitvoeren van de interventie realiseerden wij ons echter dat, mede door de lage prevalentie van osteoporose, screening ervoor minder relevant is ten opzichte van screening voor de andere preventieve items. Screening wordt ook niet aangeraden in Belgische guidelines.

4.3 Uitvoering en verloop van de preventieve consultaties

4.3.1 Tijdstip

Het aangepaste GMD+ zal enkel door de onderzoeker worden afgenomen en zal zoveel als mogelijk op woensdagvoormiddag plaatsvinden.

4.3.2 Invullen van de vragenlijst

De vragenlijst dient voorafgaand aan het preventieconsult te worden ingevuld, teneinde het consult vlotter te laten verlopen. Bij schriftelijk uitnodigen van de patiënt kan deze vragenlijst reeds mee opgestuurd worden. Als de patiënt mondeling wordt uitgenodigd, wordt de vragenlijst meegegeven. Als de patiënt opportunistisch (door informatie op de website of poster in de wachtzaal) het consult heeft aangevraagd en telefonisch een afspraak heeft gemaakt, of de patiënt om elke andere reden nog niet over de vragenlijst beschikt, kan de vragenlijst 10 minuten voor het consult in de wachtzaal worden ingevuld.

4.3.3 Uitvoering van het GMD+

De afname gebeurt via een aangepaste module in het elektronisch medisch dossier (softwarepakket Health One). De duur van het preventieconsult werd vastgelegd op 30 minuten en gemeten. Wanneer meer tijd nodig blijkt om op bepaalde problemen verder in te gaan, zal een extra consult worden voorgesteld kort na afname van het GMD+.

4.3.4 Meegeven van een persoonlijk preventieplan

De module in het elektronisch medisch dossier blijkt niet gebruiksvriendelijk naar de patiënt toe (12). Het zou handiger zijn om de patiënt een persoonlijk preventieplan mee naar huis te kunnen geven, zodanig dat de informatie nagelezen en bewaard kan worden door de patiënt. De manama-thesis van Mennes uit 2013 stelde een gelijkaardig document voor (32). Hier werd geopteerd voor een eenvoudig document op maat van de patiënt, dewelke tijdens de consultatie kan overlopen en ingevuld worden (zie bijlage 4).

4.4 Evaluatie

Onmiddellijk na de afname van het GMD+ zal de arts een korte vragenlijst invullen, de zogenaamde “checklist” (zie bijlage 5), teneinde de haalbaarheid van deze aangepaste versie binnen onze praktijk te evalueren.

- Kwantitatieve resultaten

  De gemiddelde benodigde tijd voor het consult kan worden berekend. Ook wordt nagegaan of de vaccinatiegraad werd verbeterd. De uitgevoerde onderzoeken tijdens het consult worden genoteerd, alsook of er al dan niet aanpassingen zijn doorgevoerd aan het beleid en of er een vervolgafspraak werd gemaakt. Er wordt ook berekend hoeveel van de uitgenodigde patiënten uit de lagere sociale klasse deelnamen aan het preventieconsult.

- Kwalitatieve resultaten

  Er wordt gepeild naar de vlotheid van de consultatie en de patiëntentevredenheid onmiddellijk na deelname. De patiëntentevredenheid wordt mondeling bevraagd door de arts.

II. Enquête naar stimuli en barrières voor preventie

1. Setting

Het onderzoeksproject vindt plaats in een voorstedelijke groepspraktijk in Beersel (Vlaams-Brabant). Hier wordt samengewerkt met drie artsen, waaronder één huisarts-in-opleiding (HAIO) die gestart is in de praktijk begin september 2014. Het is de derde keer dat de praktijk met een HAIO samenwerkt. Het betreft een zogenaamd "medisch huis", waar ook enkele onafhankelijke paramedici (twee psychologen, een podoloog en een diëtiste) samenwerken. De artsen beschikken over een deeltijdse secretaresse. Er is geen praktijkassistente. In de praktijk wordt niet-systematisch gescreend, met slechts occasioneel gebruik van de GezondheidsGids.

2. Onderzoeksvragen

Wat zijn bevorderende en/of belemmerende factoren voor deelname aan preventie bij patiënten vanaf 45 tot en met 75 jaar?

Bestaat er een verschil in deze bevorderende en/of belemmerende factoren bij patiënten uit de lagere sociale klasse en de andere sociale klassen?

2.1 Probleemstelling

Er is een beperkte deelname van patiënten uit de lagere sociale klasse bij uitnodiging voor het GMD+, alsook voor preventie in het algemeen.

- Relatie met bestaande literatuur

  De kenmerken van patiënten die deelnemen aan preventieve onderzoeken werden reeds uitvoerig onderzocht. Uit recente studies blijkt dat vooral jongere, mannelijke patiënten, uit een lagere sociale klasse, patiënten die werkloos zijn of laag opgeleid, alleenstaanden, rokers, patiënten van andere etnische achtergrond en patiënten die minder waarde hechten aan gezondheid (en niet geloven in de waarde van preventief onderzoek) minder deelnemen aan gezondheidscheck-ups (6). Een hogere participatiegraad werd gezien bij oudere patiënten, uit een hogere socio-economische klasse, niet-rokers en gehuwden (5).

- Relevantie onderzoek

  Er is onderzoek is nodig naar de mogelijke redenen voor deze socio-economische ongelijkheid voor preventie, teneinde de participatiegraad in de lagere socio-economische klasse te kunnen verhogen (8).

2.2 Vraagstelling

Welke factoren belemmeren en/of bevorderen dat patiënten uit de lagere sociale klasse al dan niet deelnemen of zouden deelnemen aan een preventief onderzoek? Dit onderzoek kan in het kader zijn van georganiseerde screening door de overheid of een preventief onderzoek bij de huisarts. Bijkomend kan vergeleken worden of er een verschil bestaat met de andere sociale klassen.

3. Onderzoeksmethode

Het antwoord op de onderzoeksvragen werd verkregen via semi-kwantitatief onderzoek (enquête met gesloten vragen en sporadisch open vragen). Het betrof een beschrijvende en tegelijk toetsende studie. De enquête werd uitgevoerd in de huidige groepspraktijk van de onderzoeker te Beersel. De patiëntenpopulatie is vergelijkbaar met die van de praktijk van het onderzoeksproject uitgevoerd in het voorjaar van 2014. Alle artsen van de groepspraktijk spoorden de patiënten aan om de enquête in te vullen als zij op consultatie komen. Er werd eerst informatie gegeven over de studie en toestemming gevraagd via een informed consent formulier (zie bijlage 7). De enquête kon ter plaatste worden ingevuld en achteraf gedeponeerd worden in de daartoe bestemde bus in de wachtzaal. Via een systeem van codering konden de gegevens achteraf anoniem verwerkt worden.

4. Onderzoeksgroep

Alle patiënten vanaf 45 tot en met 75 jaar, uitgenodigd door de artsen in de groepspraktijk van de onderzoeker (Medisch Huis Beersel), ongeacht of zij al dan niet reeds een klassiek GMD+ gehad hebben of aangeboden gekregen hebben door de huisarts.

4.1 Motivatie en argumentatie keuze onderzoeksgroep en –setting

De patiëntenpopulatie is vergelijkbaar met deze in de voorgaande studie.

De patiënten zijn vertrouwd met de praktijk en zijn artsen; zo wordt een hogere participatiegraad beoogd.

4.2 Selectiecriteria

A. Inclusie-criteria: alle patiënten vanaf 45 tot en met 75 jaar; patiënten die consulteren op de raadpleging
B. Exclusie-criteria: patiënten die de enquête reeds hebben ingevuld; patiënten op huisbezoek; anderstalige patiënten

4.3 Inschatting haalbaarheid

De medewerking van de artsen wordt voor de recrutering gevraagd. Zij verklaarden zich hiermee voor akkoord en vinden dit onderzoeksproject haalbaar.

4.4 Informed consent procedure

Alle in het onderzoek participerende personen werden vooraf adequaat geïnformeerd over het onderzoek en diende schriftelijk hun instemming met deelname te geven (zie bijlage 7).

5. Dataverzameling

5.1 Artsen

- uitdelen van 60 vragenlijsten gedurende de vooropgestelde tijdsperiode van één maand

5.2 Patiënten

- enquête rond preventie, in twee versies: voor mannen (zie bijlage 8) en voor vrouwen (zie bijlage 9)
- bijkomende vragen rond socio-economische status (onderdeel van de enquête)
- ingedeeld in 4 categorieën: lagere, lagere-midden, hogere-midden en hogere sociale klasse; op basis van de socio-economische indicatoren in de enquête, samen met de inschatting van de artsen binnen de groepspraktijk

5.3 Opbouw Enquête

5.3.1 Indicatoren van socio-economische status (SES)

In de voorgaande interventie bemerkten we dat het niet interessant is om het OMNIO-statuut als indicator van lagere sociale klasse te gebruiken. Wij denken dat we hiermee enkel patiënten uit de allerlaagste sociale klasse bereiken. In deze enquête zal er getracht worden om ook patiënten uit een lagere sociale klasse, zonder OMNIO-statuut, te bevragen. Het leek aangewezen om eerst de manier, waarop socio-economische status in diverse studies wordt gedefinieerd, na te gaan. In een studie die we onder andere bestudeerden, werd gebruik gemaakt van het beroep van de patiënt om de SES te bepalen. Het beroep wordt verondersteld de merker te zijn van educatie, salaris, sociale status en niveau van verantwoordelijkheid op het werk (33). In een andere studie werd de SES bepaald op basis van de beroepscategorie, het opleidingsniveau en de mate van een adequaat inkomen om comfortabel te kunnen leven (34). Op basis daarvan werd er beslist om in onze enquête met de volgende drie vragen te peilen naar de SES:

- beroep (actueel of voorgaand beroep indien gepensioneerd): werkloos / arbeider / bediende / zelfstandige
- hoogst gevolgde opleiding: lagere school / algemeen middelbaar onderwijs / middelbaar technisch onderwijs / beroepsonderwijs / hogeschool / universiteit
- is uw inkomen voldoende om zonder geldzorgen elke maand rond te komen?: ja / neen

We maakten een indeling van “sociale klasse” in vier klassen: lagere, lagere midden, hogere midden en hogere sociale klasse. In overleg met de collega’s van de praktijk werd op basis van de drie gestelde vragen in de enquête verder subjectief beslist in welke van de vier categorieën de patiënt zich bevond. De sociale status werd dus door de artsen van de praktijk ingeschat. De arts kent tenslotte zijn patiënt het beste (door zijn opgebouwde vertrouwensband met de patiënt, door reeds op huisbezoek geweest te zijn bij de patiënt, door zijn familie te kennen en dergelijke).

5.3.2 Levensstijl van de patiënt

Wij wilden peilen naar de levensstijl van de patiënten die de enquête invulden. De patiënt werd ook bevraagd naar roken, alcoholinname en het aantal consultaties bij de huisarts in het afgelopen jaar (diezelfde consultatie erbij gerekend).

5.3.3 Vragen over preventie

De vragen werden opgesteld aan de hand van een brainstorm met de artsen binnen de groepspraktijk.

De artsen werden bevraagd welke belemmerende en/of bevorderende factoren zij zelf aanvoelen bij hun patiënten. Ook werd de reeds bestaande literatuur over dit onderwerp bestudeerd (zie hoofdstuk “oriënterende literatuur”).

6. Evaluatie

Analyse van de uitgevoerde enquêtes gebeurt met gebruik van Microsoft Excel en SPSS statistics 21.

7. Ethisch comité

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke comissie voor medische ethiek verbonden aan het universitair ziekenhuis van Gent op 12/02/2015.

RESULTATEN

I. Interventie: invoering van het aangepast GMD+

Het project ging van start begin maart 2014 en liep tot einde mei 2014. In onderstaande alinea's volgt een uiteenzetting over de opstart en verloop van het project en worden de resultaten gerapporteerd. Details kunnen teruggevonden worden in bijlage 6.

1. Opstart project en verloop

1.1 Patiënten

Wij kozen ervoor om de focus te leggen op negen patiënten met een OMNIO-statuut. Deze patiënten werden door de onderzoeker en praktijkopleider geselecteerd uit de medische database "Health One". Het betrof drie mannen en zes vrouwen, waaronder één getrouwd koppel. De eerste week van het project werd hen de uitnodigingsbrief en vragenlijst opgestuurd. Eén vrouw met OMNIO-statuut kwam twee maand later op preventief consult na een persoonlijk contact met de onderzoeker tijdens een standaardconsultatie. De overige patiënten reageerden niet op de oproep, ook niet na telefonisch contact.

In totaal namen in het verloop van de drie maanden 15 patiënten deel aan de interventie, waaronder één patiënt met een OMNIO-statuut.

1.2 Artsen

De artsen van de groepspraktijk vergaten soms elke eerste patiënt van de dag binnen de inclusiecriteria uit te nodigen. De redenen die zij hiervoor aangaven waren "tijdsdruk" en "er gewoon niet aan gedacht hebben". Er werd daarom in de loop van de interventie een post-it met een herinnering aan elke computerscherm van de artsen bevestigd.

1.3 Persoonlijk preventieplan

Het persoonlijk preventieplan werd nauwelijks meegegeven wegens de beperkte tijdsduur voor het uitvoeren van het GMD+. Er werd snel afgestapt van het idee. Er werd de voorkeur gegeven aan het zo goed mogelijk aanvullen van het elektronisch medisch dossier.

2. Onderzoeksresultaten

2.1 Populatiekenmerken

De verdeling volgens geslacht was gelijklopend: 53% man en 47% vrouw. De gemiddelde leeftijd bedroeg 58,3 jaar, met een mediaan van 59 jaar. Negen patiënten (60% van de populatie) waren gehuwd. De meerderheid (11 van de 15 patiënten of 73.3%) genoot een opleiding tot het middelbaar onderwijs. Twee patiënten gingen naar de hogeschool. Geen enkele van de patiënten ging naar de universiteit. Ruim 25 procent van de patiënten was gepensioneerd (vier op de 15 patiënten). Eén van de 15 patiënten stond op invaliditeit.

2.2 Kwantitatieve en kwalitatieve resultaten

2.2.1 Kwantitatieve resultaten

2.2.1.1 Bestede tijdsduur

De gemiddelde tijdsduur van het preventief consult bedroeg 31 minuten, met een mediaan van 30 minuten.

2.2.1.2 Uitgevoerd onderzoek tijdens het preventief consult en aanpassing in het beleid

Zeven patiënten werden gevaccineerd voor tetanus door middel van Tedivax. Bij zeven patiënten werd er levensstijladvies gegeven. Bij vier patiënten werd specifiek het cardiovasculaire risico besproken. Bij zeven patiënten werd een ECG uitgevoerd, waarvan één op vraag van de patiënt. Er werd zeven keer een labo uitgevoerd. Eén patiënt bleek bijzonder gemotiveerd voor rookstop en afbouw van benzodiazepines. Hij werd hiervoor teruggezien op twee vervolgconsulten. Gezien de familiale voorgeschiedenis van één patiënt werd een iFobt via het labo van de praktijk uitgevoerd. Deze bleek negatief. De overige patiënten kregen het advies deel te nemen aan het screeningsprogramma van de overheid voor coloncarcinoom. Gezien diezelfde patiënt een cardiovasculaire hoogrisicopatiënt was, werd ook een nuchter labo, een urinecontrole en ECG (in een opvolgconsultatie) uitgevoerd. Bij één patiënt kwam een onverwerkt rouwproces aan het licht. Deze patiënt wenste hiervoor geen opvolgconsult. Geen enkele patiënt had risicofactoren voor osteoporose. Eén patiënt kwam met vragen over de menopauze als reason for encounter.

2.2.1.3 Vervolgafspraken

Aan zes patiënten (40%) werd een vervolgconsult aangeraden. Er was een opvolgconsult voor een nuchtere bloedafname bij één patiënt. Eén patiënt werd verder opgevolgd door een collega voor het verder bespreken van het cardiovasculaire risico. Bij één patiënt werd een opvolgconsult verricht in het kader van overgewicht. Eén patiënt werd verder opgevolgd voor rookstop en afbouw van zolpidem. Eén opvolgconsult werd verricht voor het uitvoeren van een ECG. Bij één patiënt werd een hypertensie vastgesteld waarvoor hij verder werd opgevolgd. Twee patiënten (13,3%) werden achteraf telefonisch gecontacteerd voor de resultaten van hun bloedafname.

2.2.2 Kwalitatieve resultaten

2.2.2.1 Vlotheid van de consultatie

De vlotheid van de consultatie werd door de onderzoeker beter ingeschat als de vragenlijst op voorhand werd ingevuld, als er reeds recent een labo was uitgevoerd, als de patiënt zelf zeer vlot was in omgang en als de patiënt reeds goed opgevolgd werd. De onderzoeker ervaarde het vlotter worden van de consultatie naarmate het uitvoeren ervan meer een routine werd.

De vlotheid van de consultatie werd door de arts slechter ingeschat als het een nieuwe patiënt betrof voor de onderzoeker of een nieuwe patiënt voor de praktijk (waar de voorgeschiedenis nog onvoldoende over bekend was), als de patiënt zelf niet vlot in omgang was, als de patiënt teveel items wou behandelen in één consult, als een naaste van de patiënt onverwacht ook meekomt op het consult met de vraag naar een standaardconsult voor zichzelf en als de vragenlijst niet op voorhand werd ingevuld.

2.2.2.2 Tevredenheid van de patiënt

De onderzoeker schatte de tevredenheid bij vier patiënten als “erg goed” in en bij negen patiënten als “goed”. Bij navraag door de onderzoeker na het consult gaven vijf op de 15 patiënten (33,3%) aan zich gerustgesteld te voelen. Twee patiënten vermelden expliciet dat ze een dergelijk preventief consult nuttig vonden. Twee patiënten vermeldden dat ze door het preventief consult een goed overzicht kregen van alle preventieve onderzoeken die voor hen noodzakelijk waren.

Eén patiënt vermeldde: “wegens nog sportief te zijn voor mijn leeftijd, wil ik een jaarlijkse check-up”. Eén patiënt gaf aan de navraag naar osteoporose niet verwacht te hebben en stond niet open voor algemeen voedings- en bewegingsadvies. Eén patiënt zag het preventief consult eerder als preoperatief consult voor een ingreep enkele maanden later. Drie patiënten hadden geen specifieke opmerkingen.

II. Enquête naar stimuli en barrières voor preventie

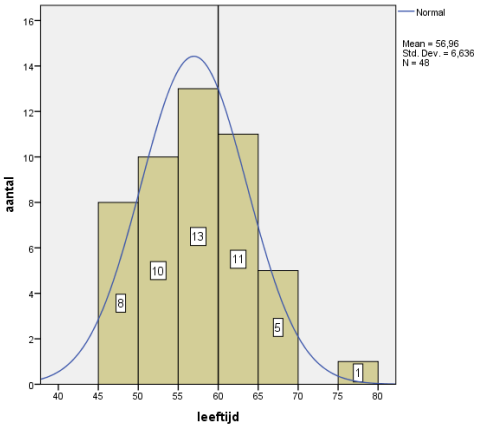
1. Populatiekenmerken

1.1 Populatiegrootte, geslacht, leeftijd en socio-economische klasse (SES)

Er werden 58 enquêtes uitgedeeld[1]. Van de 58 tekenden zeven patiënten het informed consent formulier en beloofden de enquête thuis in te vullen en terug te brengen. Deze enquêtes werden echter nooit teruggebracht en konden niet in deze studie worden opgenomen. In totaal vulden dus 51 patiënten van de 58 uitgenodigde patiënten de enquête in, waarvan 20 mannen (39,2%) en 31 vrouwen (60,8%).

Veertien personen (27,5%) bevonden zich in de lagere klasse, 14 (27,5%) in de lagere middenklasse, 14 (27,5%) in de hogere middenklasse en 9 (17,6%) in de hogere klasse.

De leeftijden waren normaal verspreid, met een kleine verschuiving naar links; met een gemiddelde leeftijd én mediaan van 57 jaar (zie onderstaand histiogram).



1.2 Beroep

Bij vijf patiënten ontbraken de gegevens. Eén persoon gaf aan werkloos te zijn. Eén persoon had bij de enquête geschreven huisvrouw te zijn. Zeven personen (15,2%) gaven aan arbeider te zijn. Drieëndertig personen (71,7%) gaven aan werkzaam te zijn als bediende. Vier personen (8,7%) bleken een zelfstandig beroep uit te oefenen.

1.3. Hoogst gevolgde opleiding

Bij vier patiënten ontbraken de gegevens. Vier personen (8,5%) gingen tot de lagere school naar school. Vijf personen (10,6%) volgden beroepsonderwijs. Veertien personen (29,8%) genoten hun opleiding tot het algemeen technisch onderwijs. Zes personen (12,8%) genoten een opleiding tot het algemeen middelbaar onderwijs. Tien personen (21,3%) volgden hogeschool. Acht personen (17,0%) gingen naar de universiteit.

[1] Door de beperkte duur van de studie (één maand) was het aantal haalbaar uit te delen vragenlijsten noodgedwongen gelimiteerd tot 58, wat beperkingen impliceert voor de statistisch representatieve interpretatie van de resultaten. Dit leidt enkel tot het vaststellen van (mogelijke) tendensen.

Deze laatste twee beroepscategoriëen kunnen als “hogeropgeleiden” gedefinieerd worden en vormden dus 38,3% van onze patiëntpopulatie.

1.4. Inkomen

Drie personen gaven geen antwoord op deze vraag, allen afkomstig uit de lagere middenklasse. Zowel in de lagere, lagere midden en hogere middenklasse gaven twee personen aan maandelijks niet rond te komen zonder geldzorgen. In de hogere klasse waren er geen personen die dit rapporteerden.

1.5. Roken en alcohol

In de lagere klasse rookten acht personen (57,1%), waarvan één iemand niet zwaar verslaafd. Eén patiënt rapporteerde een risico voor alcoholafhankelijkheid en twee patiënten rapporteerden alcoholverslaafd te zijn.

In de lagere midden klasse rookten twee personen (16,7%). Twee patiënten rapporteerden een risico voor alcoholafhankelijkheid en één patiënt rapporteerde alcoholverslaafd te zijn.

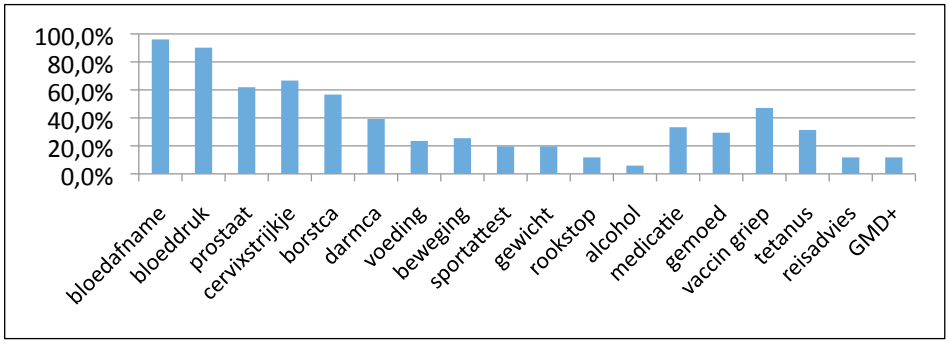
In de hogere midden klasse rookten drie personen (21,4%). Eén patiënt rapporteerde een risico voor alcoholafhankelijkheid en één patiënt rapporteerde alcoholverslaafd te zijn. In de hogere klasse waren er geen rokers. Eén patiënt rapporteerde een risico voor alcoholafhankelijkheid; geen enkele persoon rapporteerde alcoholverslaafd te zijn.

1.6. Aantal gerapporteerde consultaties bij de huisarts in het afgelopen jaar

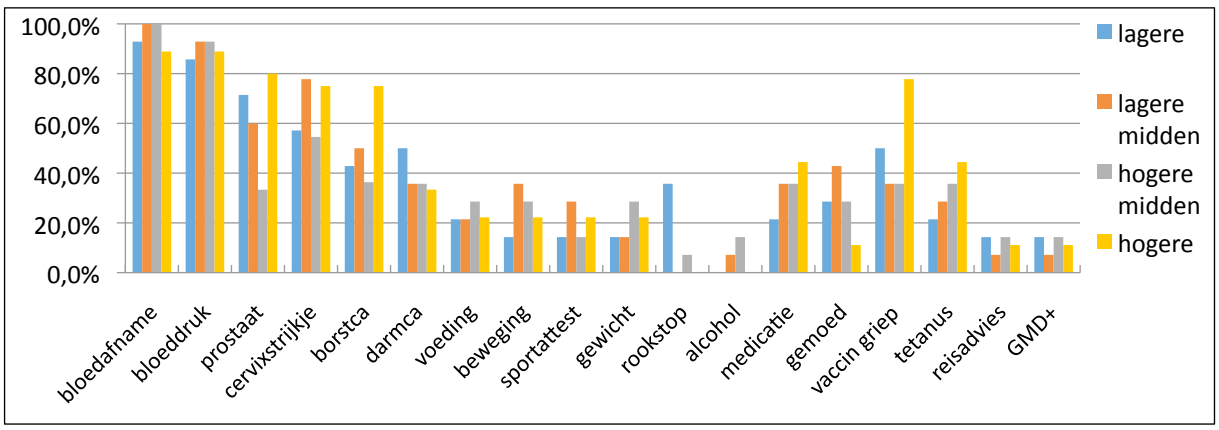
Gemiddeld rapporteerde de studiepopulatie 4,5 keer in het afgelopen jaar geconsulteerd te hebben. De mediaan lag op vier consultaties. Dit resultaat was gelijklopend over de vier klassen.

1.7. Voor welke preventieve maatregelen komen de patiënten naar onze praktijk?

(zie onderstaande grafieken 1 en 2)



Grafiek 1. Voor welke preventieve maatregelen komt de patiënt naar de praktijk?



Grafiek 2. Voor welke preventieve maatregelen komt de patiënt naar de praktijk per sociale klasse?

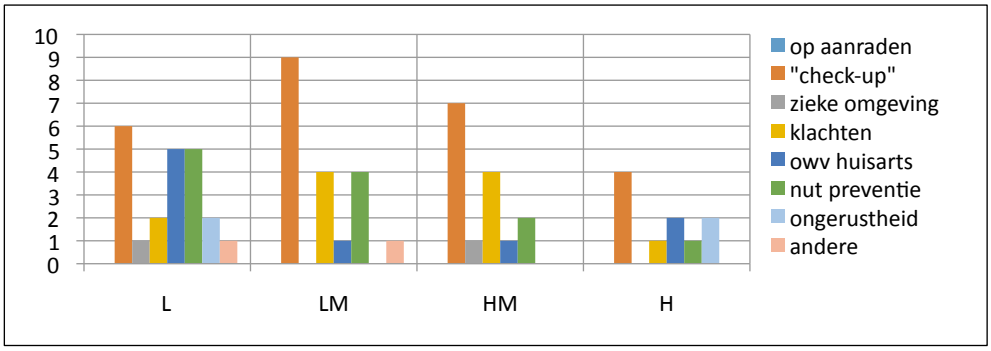
De overgrote meerderheid van de patiënten gaven aan reeds naar de praktijk te komen voor een bloedafname (49 patiënten of 96,1%) en voor bloeddrukmeting (46 patiënten of 90,2%). Hierbij was geen opvallend verschil tussen de vier klassen. Dertien van de 20 mannen gaven aan geraadpleegd te hebben om prostaatkanker op te sporen, dit is 65%. Het percentage lag lager in de hogere middenklasse. Twintig van de 31 vrouwen (64,5%) rapporteerden de praktijk te raadplegen voor een cervixuitstrijkje, met de hoogste percentages in lagere middenklasse (77,8%) en de hogere klasse (75%). Het percentage lag lager in de lagere klasse (57,1%) en de hogere middenklasse (54,5%). Zeventien van de 31 vrouwen (54,8%) rapporteerden naar de praktijk gekomen te zijn voor het opsporen van borstkanker; het percentage lag het hoogst in de hogere klasse (75%). Twintig patiënten (39,2%) kwamen voor het opsporen van darmkanker; het percentage lag het hoogst in de lagere klasse (50,0%). Twaalf patiënten (23,5%) kwamen voor voedingsadvies, met een gelijkaardige spreiding over alle klassen. Dertien patiënten (25,5%) gaven aan te raadplegen voor bewegingsadvies, met het laagste percentage in de lagere klasse (14,3%). Tien patiënten (19,6%) kwamen voor een sportattest. Tien patiënten (19,6%) raadpleegden om gewicht te verliezen; met lagere percentages in de lagere klasse (14,3%) en lagere middenklasse (14,3%). Drie patiënten (5,9%) gaven aan geraadpleegd te hebben om alcoholgebruik te bespreken (één van de lagere middenklasse en twee van de hogere middenklasse, er waren geen patiënten uit de andere klassen). Zeventien van 51 patiënten (33,3%) antwoorden om voor preventieve medicatie te komen, in de hogere klasse was het percentage bijna dubbel zo groot dan in de lagere klasse. Vijftien patiënten (29,4%) kwamen voor het bespreken van hun gemoedstoestand, waarvan de meeste uit de lagere middenklasse (42,9%). Slechts één patiënt (11,1%) hiervan kwam uit de hogere klasse. Vierentwintig patiënten (31,4%) kwamen voor griepvaccinatie, waarvan het hoogste percentage uit de hogere klasse (77,8%), gevolgd door 50% in de lagere klasse. Zestien patiënten (31,4%) kwamen voor tetanusvaccinatie; waarvan een meer dan dubbel percentage in de hogere klasse versus de lagere klasse. Zes mensen (11,8%) kwamen voor reisadvies; met een gelijklopende spreiding over alle klassen. Zes mensen (11,8%) rapporteerden reeds deelgenomen te hebben aan een GMD+, met een gelijklopende spreiding over de verschillende klassen.

2. Redenen om al dan niet bij de huisarts te gaan voor preventie

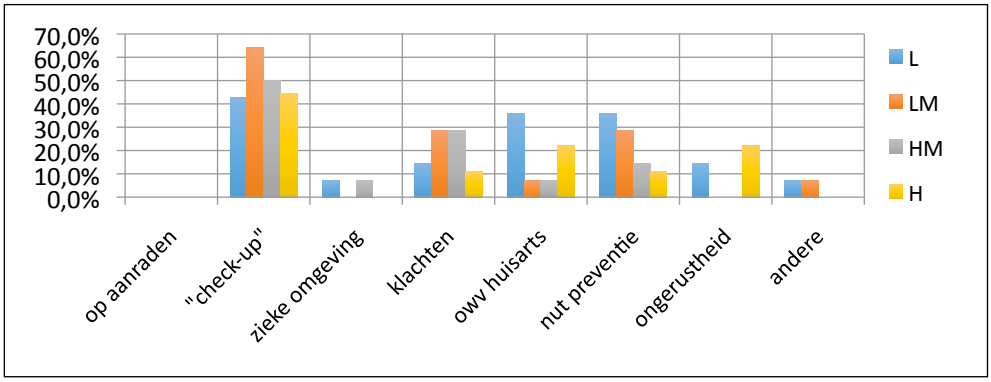
2.1. Om welke redenen komt de patiënt voor de preventieve items?

Wij kozen ervoor om bij de volgende preventieve items de redenen te bestudeerden waarom de patiënten kwamen: bloedafname, bloeddrukcontrole, cervixuitstrijkje en het GMD+.

2.1.1 Redenen voor bloedafname (zie onderstaande grafiek 3 en grafiek 4 op de volgende bladzijde)



Grafiek 3. Redenen voor bloedafname per sociale klasse volgens aantal



Grafiek 4. Redenen voor bloedafname per sociale klasse volgens percentage

legende: L= lagere SES, LM= lagere midden SES, HM= hogere midden SES, H= hogere SES

De meest voorkomende reden voor bloedafname is in het kader van een jaarlijkse "check-up" (26 keer geantwoord in totaal). Visueel kijkend naar de grafiek valt op dat de lagere sociale klasse vaker aangeeft een bloedafname op aanraden van de huisarts te doen (vijf patiënten of 55,6% van de patiënten die dit als reden antwoorden), in vergelijking met de andere klassen. Niemand deed het op aanraden van de omgeving.

2.1.2 Redenen voor bloeddrukcontrole

De meest voorkomende reden voor bloeddrukcontrole is in het kader van een jaarlijkse "check-up" (14 keer geantwoord in totaal), gevolgd door "ik had klachten" (12 keer geantwoord in totaal).

Patiënten kwamen ook op aanraden van de huisarts, omdat ze preventie nuttig vinden, bij ongerustheid en één enkel iemand op aanraden van iemand anders. Er waren hierbij geen opvallende verschillen tussen de vier sociale klassen.

2.1.3 Cervixuitstrijkje

De meest voorkomende reden die werd aangegeven voor een uitstrijkje bij de huisarts is "omdat het nuttig is" (zeven keer geantwoord in totaal), gevolgd door in het kader van een "check-up" (zes keer geantwoord in totaal). Patiënten kwamen ook bij klachten (twee keer geantwoord) en op aanraden van de huisarts (twee keer geantwoord). Er waren hierbij geen opvallende verschillen tussen de vier sociale klassen.

2.1.4 GMD+

Patiënten kwamen voor een preventieconsult omdat de huisarts het voorstelde (één uit de lagere en één uit de lagere middenklasse), in het kader van een jaarlijkse check-up (één uit de lagere en één uit de hogere middenklasse) en omdat ze preventie nuttig vinden (één uit de hogere middenklasse en één patiënt uit de hogere klasse).

2.2. Wat weerhoudt de patiënt om voor de preventieve maatregelen naar de huisarts te gaan?

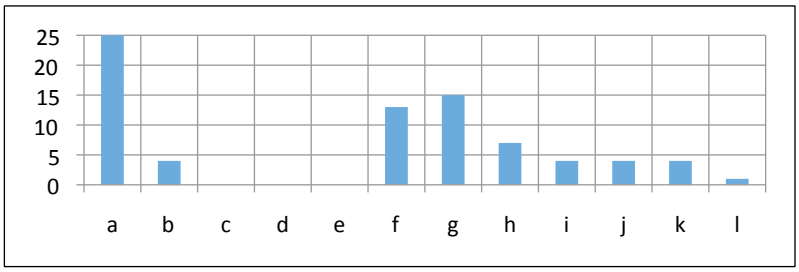
(zie tabel 1 in bijlage 10 en grafieken 5 en 6 op de volgende pagina)

De frequentste reden bij alle sociale klassen was een reeds een goede opvolging bij de huisarts zonder noodzaak aan een extra consultie. Vijfentwintig personen, 49% van onze studiepopulatie, hebben dit geantwoord. De tweede meest voorkomende reden was "ik pak de problemen pas aan als zij zich voordoen", gevolgd door "ik ga voor bepaalde items bij een specialist". De meest voorkomende specialist die hierbij werd genoteerd was de gynaecoloog, vermoedelijk in het kader van een cervixuitstrijkje.

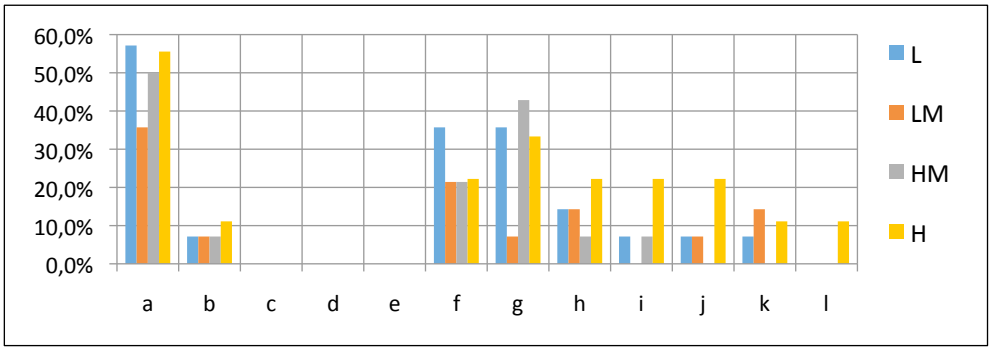
Als we de grafiek met de percentages per sociale klasse per reden bekijken, vallen visueel een aantal verschilpunten tussen de sociale klassen op. De lagere sociale klasse geeft vaker aan voor bepaalde items bij een specialist te gaan ten opzichte van de andere sociale klassen. Vijf personen of 35,7% van de lagere klasse heeft dit geantwoord.

De reden "problemen aanpakken als zij zich voordoen" werd slechts éénmaal aangegeven in de lagere middenklasse, terwijl dit voor de andere klassen welk frequent een reden als reden werd opgegeven.

Zoals opvalt in grafiek 6, zijn de redenen die meer worden aangegeven door de hogere sociale klasse: "hiervoor nog nooit uitgenodigd zijn", "nog nooit ernstig ziek geweest zijn" en "hier nog nooit bij stil gestaan hebben".



Grafiek 5. Barrières voor preventie bij de huisarts voor de gehele studiepopulatie (in aantallen)



Grafiek 6. Barrières voor preventie bij de huisarts per sociale klasse

legende:

a. reeds goede opvolging; b. andere bezigheden; c. moeilijke verplaatsing; d. al teveel kosten; e. de huisarts niet goed kennen; f. bij de specialist gaan; g. problemen pas aanpakken als ze zich voordoen; h. nog nooit uitgenodigd zijn; i. nog nooit ernstig ziek geweest zijn; j. hier nog nooit bij stil gestaan hebben; k. de huisarts heeft het niet gezegd; l. andere redenen; L= lagere SES, LM= lagere midden SES, HM= hogere midden SES, H= hogere SES

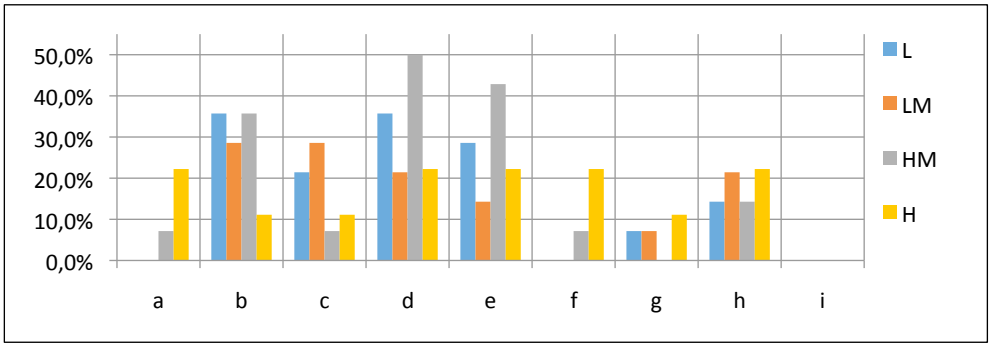
2.3. Wat zou de patiënt stimuleren om voor de preventieve maatregelen wel naar de huisarts te gaan?

(zie tabel 2 in bijlage 10 en grafiek 7 op de volgende bladzijde)

Een uitnodiging van de huisarts bleek de voornaamste stimulans. Zeventien patiënten (33,3% van de totale studiepopulatie) hebben dit geantwoord. De tweede meest aangegeven stimulans was meer informatie krijgen over het nut van preventie (15 keer geantwoord, 29,4% van de studiepopulatie). Een derde veel voorkomende stimulans was jaarlijks een uitnodigingsbrief krijgen (14 keer geantwoord, 27,5% van de studiepopulatie).

Als we de grafiek met de percentages per sociale klasse per reden bekijken, vallen visueel een aantal verschilpunten tussen de sociale klassen op.

Zo gaven enkel de hogere klassen aan dat meer tijd hebben en reclame in de pers (krant, tv, radio) hun zou stimuleren tot deelname. Telkens één patiënt uit de hogere middenklasse en twee uit de hogere klasse hebben dit geantwoord. Meer informatie krijgen over het nut van preventie werd opvallend minder vaak geantwoord in de hogere sociale klasse (slechts één persoon) ten opzichte van de andere klassen. De hogere middenklasse gaf het vaakst aan dat een uitnodiging door de huisarts en een jaarlijkse uitnodigingsbrief krijgen een stimulans zou zijn voor deelname, gevolgd door de lagere sociale klasse. Een volledige terugbetaling van de consultatie bleek vooral belangrijk voor de lagere en lagere midden sociale klasse. Verlof krijgen op het werk bleek voor enkele patiënten eveneens een stimulans. De huisarts goed genoeg kennen, werd door alle sociale klassen als belangrijke stimulans ingeschat.



Grafiek 7. Stimuli voor preventie bij de huisarts per sociale klasse

legende: a. meer tijd hebben; b. meer informatie over het nut van preventie krijgen; c. een volledige terugbetaling van de consultatie; d. een uitnodiging van mijn huisarts; e. jaarlijks een uitnodigingsbrief krijgen; f. aangespoord worden door reclame in de pers (krant, tv, radio); g. hiervoor verlof krijgen op het werk; h. mijn huisarts goed genoeg kennen; i. andere; L= lagere SES, LM= lagere midden SES, HM= hogere midden SES, H= hogere SES

3. Redenen om al dan niet op een uitnodiging voor een preventief onderzoek door de huisarts of de overheid in te gaan.

3.1 Argumenten om op de uitnodiging in te gaan

3.1.1 Belang van de argumenten voor de totale studiepopulatie

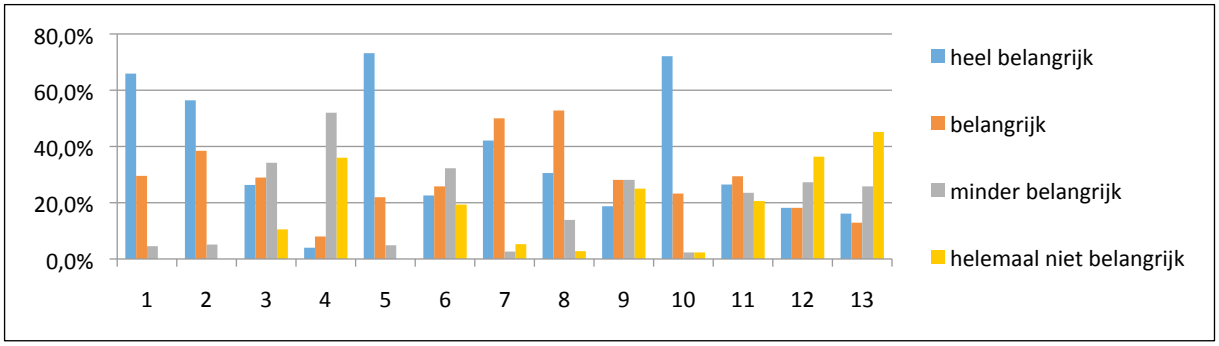
(zie tabel 3 in bijlage 10 en grafiek 8 op de volgende bladzijde)

De totale studiepopulatie vond “dat de huisarts de resultaten van het onderzoek krijgt” het frequentst (heel) belangrijk (samen antwoorden 41 patiënten dit; dit is 95,4% van de patiënten die deze stelling hebben beantwoord).

Het tweede frequentste (heel) belangrijk argument vond de totale studiepopulatie dat het nut van het onderzoek aangetoond wordt (42 patiënten antwoorden dit; dit is 95,1% van de patiënten die deze stelling antwoorden).

Een derde (heel) belangrijk argument dat wordt aangehaald, is “voorkomen is altijd beter dan genezen”.

Een vierde (heel) belangrijk argument is dat men meer informatie wil krijgen over het onderzoek (samen antwoorden 37 patiënten dit; dit is 94,3% van de patiënten die deze stelling beantwoorden).



Grafiek 8: Belang van de drijfveren om in te gaan op een uitnodiging voor de totale studiepopulatie

legende: 1. dat men het nut van het onderzoek aantoont; 2. meer informatie krijgen over het onderzoek; 3. het is gratis; 4. ik heb meer geld om het te betalen; 5. voorkomen is altijd beter dan genezen; 6. mijn familie of kennissen raden het aan; 7. een gesprek over het onderzoek met mijn arts; 8. het onderzoek gaat van mijn eigen huisarts uit; 9. het onderzoek gaat uit van de overheid; 10. mijn huisarts krijgt de resultaten; 11. het onderzoek is verplicht; 12. vrije tijd hebben om deel te nemen; 13. verlof krijgen op het werk om deel te nemen

3.1.2 Belang van de argumenten per sociale klasse

(zie tabel 4 in bijlage 10 en grafieken 9.1, 9.2, 9.3, 9.4 op de volgende bladzijde)

De hogere sociale klasse vond het vaker belangrijk dan heel belangrijk dat men meer informatie krijgt over het onderzoek. De overige klassen vinden dit argument overwegend heel belangrijk.

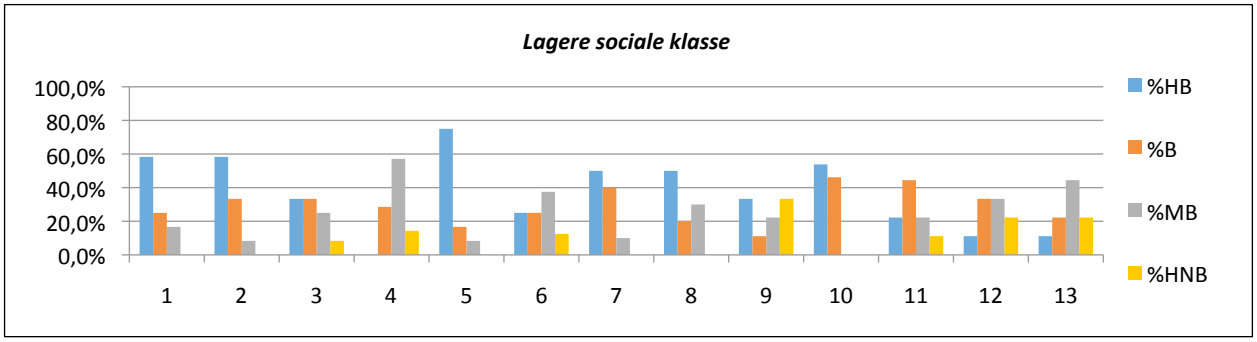
Dat het onderzoek gratis is, vond de hogere klasse vooral een minder belangrijk argument. In de overige klassen zijn de meningen verdeeld, maar vooral de lagere sociale klassen vonden dit vaker belangrijk. Meer geld hebben om het onderzoek te betalen vonden de hogere midden en hogere klasse overwegend helemaal niet belangrijk; een aantal patiënten uit de lagere midden en lagere klasse vonden dit wel belangrijk en heel belangrijk.

Dat vrienden of kennissen het onderzoek aanraden, vond de hogere klasse vooral minder belangrijk; in de overige klassen zijn de meningen verdeeld. Daarnaast blijkt een gesprek met de arts een belangrijk en heel belangrijk argument voor alle klassen, maar de lagere sociale klassen vonden dit frequenter heel belangrijk.

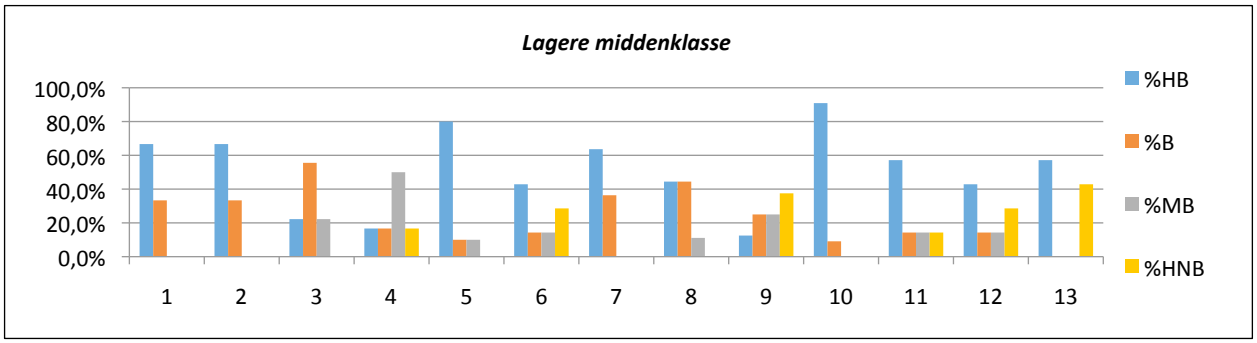
Dat het onderzoek van de overheid uitgaat, werd door iets minder dan de helft van alle patiënten, die deze stelling hebben beantwoord, als belangrijk en heel belangrijk aanzien. Dat het onderzoek van de huisarts uitgaat, werd door ruim vier vijfden van alle patiënten, die hierop hebben geantwoord, als belangrijk en heel belangrijk aanzien. Alle klassen zouden het dus vaker (heel) belangrijk vinden dat het onderzoek van de huisarts uitgaat ten opzichte van de overheid. In de lagere sociale klassen ligt dit grootste verschil in percentage bij het argument “heel belangrijk” ten opzichte van “belangrijk”. Een omgekeerde situatie geldt voor de hogere sociale klassen.

Dat de huisarts de resultaten krijgt, vond specifiek de lagere middenklasse (met 90,9%) heel belangrijk.

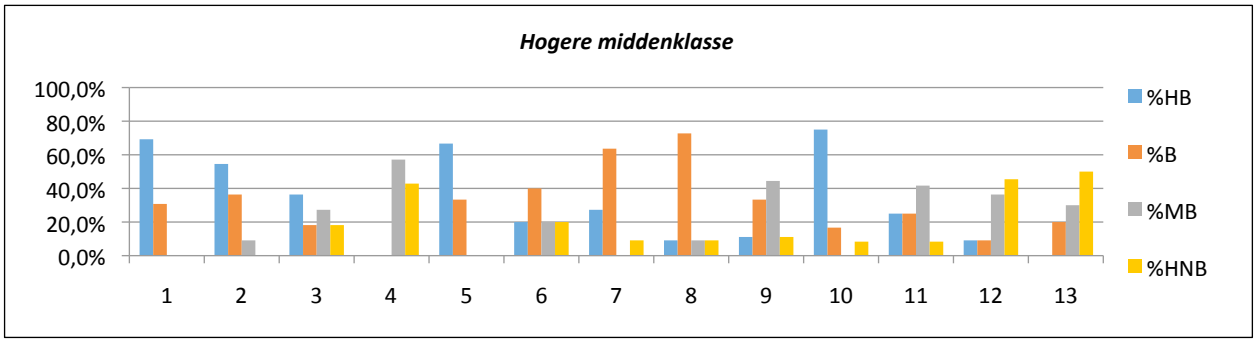
Dat het onderzoek verplicht is en vrije tijd hebben om deel te nemen, leek belangrijker te zijn voor de lagere klassen ten opzichte van de hogere klassen. Vrijaf krijgen op het werk om deel te nemen was vooral voor de lagere middenklasse heel belangrijk (57,1% onder hen heeft dit geantwoord). Dit was veel minder belangrijk voor de hogere midden en hogere klasse.



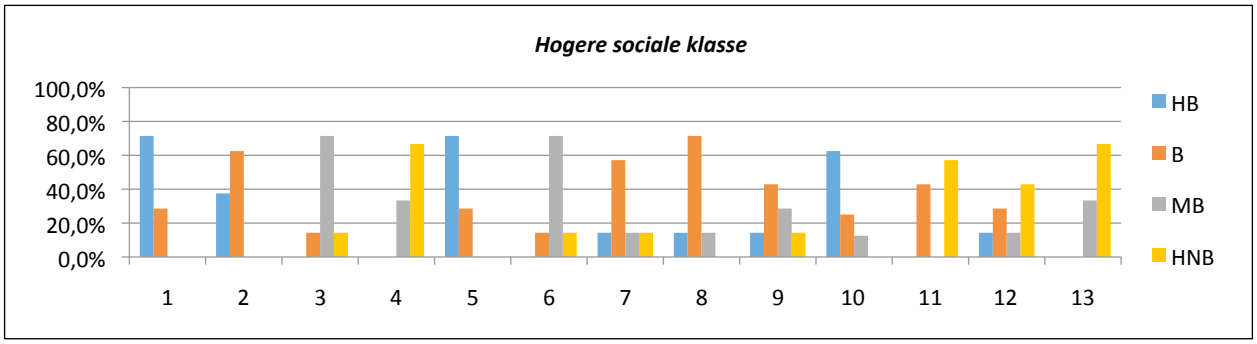
Grafiek 9.1: Belang van de drijfveren om in te gaan op een uitnodiging voor de lagere sociale klasse



Grafiek 9.2: Belang van de drijfveren om in te gaan op een uitnodiging voor de lagere middenklasse



Grafiek 9.3: Belang van de drijfveren om in te gaan op een uitnodiging voor de hogere middenklasse



Grafiek 9.4: Belang van de drijfveren om in te gaan op een uitnodiging voor de hogere klasse

legende: 1. dat men het nut van het onderzoek aantoont; b. meer informatie krijgen over het onderzoek; 3. het is gratis; 4. ik heb meer geld om het te betalen; 5. voorkomen is altijd beter dan genezen; 6. mijn familie of kennissen raden het aan; 7. een gesprek over het onderzoek met mijn arts; 8. het onderzoek gaat van mijn eigen huisarts uit; 9. het onderzoek gaat uit van de overheid; 10. mijn huisarts krijgt de resultaten; 11. het onderzoek is verplicht; 12. vrije tijd hebben om deel te nemen; 13. verlof krijgen op het werk om deel te nemen; HB= heel belangrijk, B= belangrijk, MB= minder belangrijk, HNB= helemaal niet belangrijk

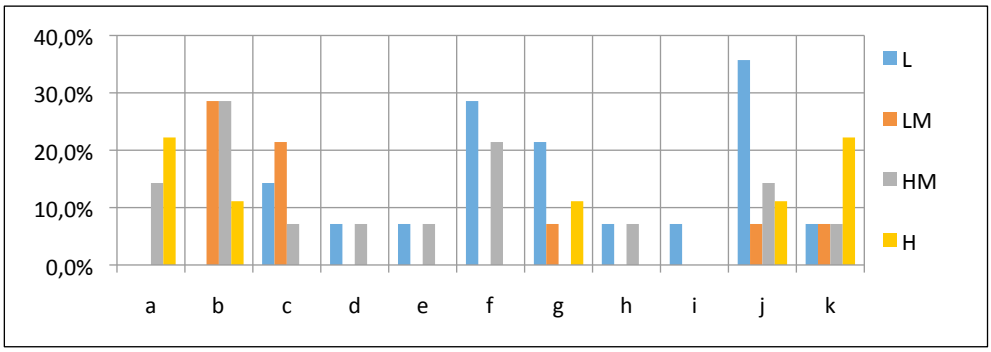
3.2. Argumenten om niet op de uitnodiging in te gaan (zie onderstaande grafiek 10 en tabel 5 in bijlage 10)

De frequentste redenen waren: "onvoldoende weten hoe het onderzoek verloopt" (9 patiënten of 17,6% van de studiepopulatie) en "bang zijn dat men iets ergs zal vinden" (9 patiënten of 17,6% van de studiepopulatie). Dit laatste argument speelt vooral een rol in de lagere sociale klasse (aangegeven door 5 patiënten of 35,7% van de lagere sociale klasse).

Deze meest voorkomende redenen worden gevolgd door: "niet naar een vreemde arts of dienst willen" (7 patiënten of 13,7% van de studiepopulatie) en "niet weten hoeveel het onderzoek kost" (6 patiënten of 11,8% van de studiepopulatie). Niet weten hoeveel het onderzoek kost werd vooral gerapporteerd in de lagere klassen.

In grafiek 10 valt visueel op dat enkel de hogere klassen aangeven dat "er geen tijd voor hebben" een reden kan zijn om niet deel te nemen.

Het onderzoek te lastig vinden en gegeneerd zijn om het onderzoek uit te voeren werd slechts door twee patiënten vermeld. Bang zijn om geconfronteerd te worden met een ziekte bleek een argument voor drie patiënten uit de lagere klasse, één uit de lagere middenklasse en één uit de hogere klasse. Moeilijk kunnen praten over een ziekte bleek voor twee patiënten een argument. Eén patiënt uit de lagere klasse haalde aan "dat men toch altijd allerlei problemen vindt". Vijf patiënten hadden andere redenen: twee patiënten (uit de lagere en hogere klasse) vermelden de uitnodiging te vergeten, één patiënt (uit de hogere klasse) zegt nonchalant om te springen met de uitnodiging, één patiënte (uit de hogere middenklasse) vermelde expliciet "angst voor pijn" als reden en nog één patiënt (uit de lagere middenklasse) wou geen onderzoeken met straling of nevenwerkingen.



Grafiek 10. Redenen om niet in te gaan op een uitnodiging voor preventie per sociale klasse

legende: a. ik heb er geen tijd voor; b. ik weet onvoldoende over hoe het onderzoek verloopt; c. ik weet niet hoeveel het onderzoek kost; d. ik vind het onderzoek te lastig; e. ik ben gegeneerd om het onderzoek uit te voeren; f. ik wil niet naar een vreemd arts of dienst; g. ik ben bang om geconfronteerd te worden met een ziekte; h. ik kan moeilijk praten over een ziekte; i. men vindt toch altijd allerlei problemen; j. ik ben bang dat men iets ergs vindt; k. andere redenen;

L= lagere SES, LM= lagere midden SES, HM= hogere midden SES, H= hogere SES

DISCUSSIE

I. Interpretaties

Implementatie van de GezondheidsGids

De interventie waarbij we een aangepaste versie van de GezondheidsGids voor het eerst in een voorstedelijke groepspraktijk implementeerden, kende een lage participatiegraad voor alle patiënten. Er namen in een periode van drie maanden slechts 15 patiënten deel.

Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de patiënt enkel bij de huisarts-in-opleiding op preventieconsult kon komen. De HAIO was nog niet zolang werkzaam in de praktijk en bijgevolg onbekend voor de meeste patiënten. Het feit dat enkel de HAIO het preventieconsult deed, kan een remmende factor geweest zijn. Delanoye E. formuleerde in zijn manama-thesis een zelfde hypothese (23). Het is mogelijk dat in zijn studie de hogere responsgraad (die vergelijkbaar was met de participatie aan borstkankerscreening na het versturen van een uitnodigingsbrief), in vergelijking met andere implementatieprojecten waarbij men enkel bij de HAIO terecht kon, te danken was aan het feit dat de patiënt bij zijn vertrouwde arts op preventieconsult kon komen (23). Een bijkomende verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de interventie slechts drie maanden werd uitgevoerd. Dit is een relatief korte periode. Wij vermoeden dat er meer patiënten zouden deelnemen naarmate de interventie meer bekendheid binnen de praktijk zou krijgen.

Wij stellen ons bijkomend de vraag of onze gekozen uitnodigingsstrategie de lage participatiegraad kan verklaren. Mondelinge uitnodiging bleek in deze drukke groepspraktijk minder interessant, omdat het uitnodigen van patiënten soms werd vergeten. Bovendien worden op deze manier enkel patiënten uitgenodigd die reeds op raadpleging bij de huisarts komen. Het alternatief, schriftelijke uitnodiging, vormt echter een grote financiële belasting. Nog andere mogelijkheden tot uitnodiging vormen misschien een oplossing. Is het in deze praktijksetting beter haalbaar om mondeling enkel de hoogrisico-patiënten uit alle bevolkingslagen uit te nodigen voor het GMD+? Of is het eerder aangewezen dat de overheid het initiatief neemt en alle patiënten tussen de 45 en 75 jaar jaarlijks een uitnodigingsbrief voor een preventief consult bij de huisarts stuurt?

Bereiken van de lagere sociale klasse

Wij wilden tijdens de interventie ook de focus op patiënten uit de lagere sociale klasse leggen en niet enkel “worried-well”-patiënten bereiken. Zo hoopten wij ook patiënten te bereiken waarvan wij dachten dat zij de meeste gezondheidswinst met een preventieconsult zouden kunnen boeken. Hiertoe werd de focus gelegd op negen patiënten met een OMNIO-statuut. Slechts één patiënte onder hen kwam op preventieconsult.

Hierbij dienen enkele kanttekeningen gemaakt te worden. Ten eerste hadden weinigen onder de geselecteerde patiënten, zoals eerder aangehaald, een vertrouwensband met de onderzoeker. Dit zou de lage participatiegraad onder hen kunnen verklaren. Ten tweede kwamen er ook patiënten op het preventieconsult die door de artsen als behorende tot de lagere sociale klasse werden ingeschat, maar geen recht hadden op verhoogde terugbetaling. Het OMNIO-statuut als determinant voor de lage sociale klasse hanteren, leek voor ons onderzoek dus minder interessant.

Een meetbare variabele vinden om socio-economische klasse te definiëren is echter moeilijk, gezien deze vele deeldomeinen bevat (inkomen, opleidingsniveau, tewerkstelling, invaliditeit enzovoort). Dat was ook de bedenking die Vandenberghe S. en Cosyn E. zich in hun manama-thesis maakten (28).

Praktijkorganisatie voor preventie

Er werd eveneens bestudeerd of het invoeren van een aangepast GMD+ haalbaar was binnen de groepspraktijk. Voor het preventieconsult werden op woensdagvoormiddag per patiënt 30 minuten voorzien. In de praktijk bleek de gemiddelde tijdsbesteding 31 minuten te bedragen. Dit wijst erop dat de consulten zelden de voorziene tijd overschreden. Hierbij merken we op dat binnen deze tijd de voorkeur werd gegeven aan het aanvullen van het medisch dossier. Het idee om een persoonlijk preventieplan mee te geven, werd verlaten. Het zou nuttig zijn dat vanuit het EMD het persoonlijk preventieplan automatisch ingevuld zou worden na het aanvullen van de gegevens verkregen uit de vragenlijst, waarna het onmiddellijk afgeprint kan worden.

Als het praktijkproject door een volgende huisarts-in-opleiding zou voortgezet worden, lijkt tijdsinvestering voor het uitvoeren van het aangepast GMD+ geen barrière. Zoals eerder aangegeven, zou het echter wel interessant zijn dat de patiënt ook bij zijn vertrouwde arts terecht zou kunnen voor het preventieconsult. De artsen worden echter met een overvolle agenda geconfronteerd. Voor het succesvol implementeren van het GMD+ blijkt tijd vrij maken een essentiële voorwaarde. Een volgende vraag zou kunnen zijn: welke organisatorische maatregelen in de groepspraktijk kunnen toegepast worden om meer tijd vrij te maken voor preventie?

Onderzoek met betrekking tot het nut van het preventieconsult

Ook al was de participatiegraad van onze interventie laag, het preventieconsult had klaarblijkelijk wel zijn nut voor de deelnemers. De meeste patiënten reageerden ook enthousiast op de vraag of het consult aan de verwachtingen voldeed. Men kan zich hierbij uiteraard ook de vraag stellen of er niet sociaal wenselijk werd geantwoord. We hadden evenwel het gevoel dat we een hoge investering voor preventie deden in de praktijk, met een lage opbrengst als outcome. Wij kunnen ons bij dit alles de vraag stellen of via deze vorm van screening de te voorkomen morbiteit en mortaliteit op populatieniveau gereduceerd kan worden. Met andere woorden: zijn onze inspanningen de moeite waard?

Een systematische review en meta-analyse van Cochrane uit 2012 spreekt dit alvast tegen. De onderzoekers besluiten dat gestructuurde preventie (onder de vorm van regelmatige “gezondheidscheck-ups”) zowel de totale als de cardiovasculaire en carcinogene morbiditeit en mortaliteit niet reduceert. Screening zorgt wel voor een gestegen aantal nieuwe diagnoses (35). Deense onderzoekers weerleggen de stelling in 2014 en argumenteren met bevindingen uit recent onderzoek dat de regelmatige gezondheidscheck-up’s wel zouden kunnen werken, vooral voor diabetes en het cardiovasculair risico (36). Andere onderzoekers maken kanttekeningen rond het nut van de gezonheidscheck-ups. In research wijst men op het gevaar van translatie van populatierisico’s naar persoonlijke risico’s bij screening. Ten eerste zullen een aantal van de gescreende patiënten die nog niet ziek zijn, gemedicaliseerd worden met mogelijke bijwerkingen tot gevolg (2).

Ten tweede wijzen zij erop dat in het debat van screening ook steeds uitgegaan wordt van het absolute causale effect tussen een gezonde levensstijl en het risico op het ontwikkelen van ziekten. Dit suggereert dat gezondheid kan "gecreëerd" worden. Deze stelling strookt slechts partieel met de waarheid (2). Het nut van gestructureerde preventie, onder de vorm van regelmatige "gezondheids-checkups", is dus nog niet onomweerlegbaar aangetoond en wordt blijvend onderzocht.

Stimuli en barrières bij de patiënt voor deelname aan preventie

Om verdere verklaringen te vinden voor het feit dat de interventie een lage participatiegraad kende, werd een tweede onderzoek uitgevoerd. Wij bevroegen patiënten in een enquête in een tweede voorstedelijke groepspraktijk naar mogelijke stimuli en barrières voor deelname aan preventie.

We wilden hierbij een adequate indeling van de patiëntenpopulatie in vier socio-economische klassen bekomen (lagere, lagere midden, hogere midden en hogere sociale klasse). Hiervoor bestudeerden wij vooraf hoe "socio-economische status" het best kon gedefiniëerd worden. In een studie die een associatie tussen jicht en de socio-economische status onderzocht, vonden wij de vraag "is uw inkomen voldoende om zonder geldzorgen elke maand rond te komen?" als determinant voor socio-enomische klasse zeer treffend (34). De vraag werd dan ook opgenomen in de enquête. Achteraf bekeken vroegen we ons af of deze vraag betrouwbaar werd in gevuld, zowel in de lagere als de hogere sociale klassen.

De socio-economische status werd op basis van deze vragen en het oordeel van de artsen, die in de meeste gevallen de socio-economische achtergrond van hun patiënten relatief goed kennen, ingedeeld. Dit zorgt ervoor dat niet enkel de patiënten met een OMNIO-statuut onder "lagere sociale klasse" werden gecategoriseerd. Het blijft nog steeds een subjectieve indeling. Om harde conclusies te kunnen trekken, dient de betrouwbaarheid van deze selectiemethode verder onderzocht te worden.

Desondanks viel een aantal tendensen binnen onze studiepopulatie op. Voor de patiënten bleken de volgende argumenten belangrijk om op een uitnodiging van de huisarts of de overheid voor preventie in te gaan: de leuze "voorkomen is beter dan genezen", overtuigd worden over het nut van het onderzoek, een gesprek met de huisarts over het onderzoek en meer informatie krijgen over een onderzoek. Dit komt ook terug in de manama-thesis van Van Dierdonck S. als belangrijke beweegredenen die patiënten motiveren om op preventieconsult te komen: vertrouwen in de huisarts en interesse in preventie. Zij besloot dat er een goede arts-patiëntrelatie dient te bestaan, waarbij de arts de patiënt voldoende moet informeren (29). Dit zouden wij ook uit onze resultaten kunnen besluiten.

Een voornaamste reden bij alle sociale klassen om niet in te gaan op een uitnodiging voor preventie was het idee reeds goed opgevolgd te worden door de huisarts, zonder noodzaak aan een extra consultatie. Priem M. kwam in haar manama-thesis tot eenzelfde conclusie: al voldoende opgevolgd worden door de arts kan een mogelijke barrière zijn voor preventie (30). We kunnen daarbij de bedenking maken wat patiënten verstaan onder "reeds goede opvolging door de huisarts". Wij vonden het opvallend dat het idee van een "jaarlijkse check-up" reeds leeft bij onze patiëntenpopulatie, maar dat zij dit (nog) niet zien onder de vorm van een preventieconsult.

De meest voorkomende reden voor bloedafname is als onderdeel van een jaarlijkse “check-up” (26 keer geantwoord in totaal). Het zou kunnen dat bij de patiënten het idee leeft dat door een jaarlijkse bloedafname, meteen alle noodzakelijke preventie wordt verricht.
De patiënten gaven aan dat een (jaarlijkse) uitnodiging van de huisarts hen zou stimuleren tot deelname aan preventie bij de huisarts. Alle patiënten tussen de 45 en 75 jaar jaarlijks een brief sturen als individuele huisarts lijkt echter geen goede oplossing. Er bestaat hiervoor een financiële drempel en het kost tijd. Mondelinge uitnodiging tijdens de consultaties wordt over het hoofd gezien net omdat het tijdrovend is. Bovendien worden zo enkel patiënten bereikt die al (regelmatig) op consultatie komen. We kunnen daarom nogmaals de bedenking maken of het misschien aangewezen is dat de overheid het initiatief neemt en alle patiënten tussen de 45 en 75 jaar jaarlijks een uitnodigingsbrief voor een preventief consult bij de huisarts stuurt?

Wij wilden ook nagaan of er verschillen tussen de socio-economische klassen bestonden inzake barrières en stimuli voor preventie. Er vielen in het onderzoek een aantal elementen op.
Zo gaven de lagere sociale klasse en de hogere middenklasse minder vaak aan op consultatie bij de huisarts te komen voor een cervixuitstrijkje ten opzichte van andere sociale klassen. Opvallend hierbij was dat de lagere sociale klasse vaker aangaf een specialist te raadplegen voor preventief onderzoek en vaker werd de gynaecoloog hierbij genoteerd. Zou het kunnen dat vooral de lagere sociale klasse zich niet bewust is van de mogelijkheid tot screening voor cervixcarcinoom bij de huisarts? Allicht dienen wij dit in de praktijk meer in de verf te zetten. De lagere sociale klasse kwam blijkbaar wel vaker op aanraden van de huisarts voor een bloedafname ten opzichte van de andere klassen. Misschien leggen de artsen van de praktijk hier wel al de nadruk op, vooral bij risicopatiënten die ook in de lagere sociale klasse teruggevonden worden.
Patiënten uit de lagere klasse gaven ook meer aan dat ze bang zijn dat men iets ergs zal vinden en dat er angst bestaat om geconfronteerd te worden met ziekte. Niet weten hoeveel een preventief onderzoek kost zou voor hen ook een drempel zijn om niet in te gaan op een uitnodiging. Deze laatste vaststellingen, met name fatalisme en gebrek aan informatie over preventie, vonden we ook terug in de literatuur (31). Patiënten uit de lagere sociale klassen vonden het vaker heel belangrijk ten opzichte van de hogere klassen dat preventief onderzoek uitgaat van de huisarts in vergelijking met onderzoek dat uitgaat van de overheid. Een gesprek met de arts voorafgaand aan het onderzoek werd door hen ook als heel belangrijk vermeld. De invloed van de huisarts lijkt dus nog belangrijker dan bij de andere klassen. Dit alles zou erop kunnen wijzen dat vooral patiënten uit de lagere sociale klasse actief gestimuleerd en opgevolgd moeten worden door de huisarts, die adequate informatie over preventie kan aanbieden. Uit onze enquête bleek ook dat daarnaast een volledige terugbetaling van de consultatie vooral voor de lagere klasse een stimulans zou kunnen zijn tot deelname.
Ook voor de hogere sociale klassen vielen een aantal elementen op. Zo gaven enkel de hogere klassen aan dat “er geen tijd voor hebben” een reden kan zijn om niet op een uitnodiging in te gaan. Is dat een aanwijzing dat patiënten uit de hogere klasse andere prioriteiten stellen dan preventie? Zij gaven ook als enige sociale klasse aan dat reclame in de pers hen zou kunnen stimuleren tot deelname. Misschien worden zij hierdoor nogmaals aan het belang van preventie herinnerd?

De hogere klasse geeft ook als barrières voor deelname aan preventie aan nog nooit ernstig ziek zijn geweest en dat ze nog niet bij preventie stilstonden. Dit zou dan ook de groep van patiënten zijn met het minste risicofactoren (o.a. niet-rokers, geen overmatig alcoholgebruik). Deze patiënten gaven frequent aan op consultatie te komen voor preventieve medicatie en vaccinaties. Slechts één van de vijftien patiënten die aangaven te komen om hun gemoedstoestand te bespreken, kwam echter uit de hogere klasse. Het zou kunnen dat deze patiënten dit niet durven toe te geven of dat dergelijke problematiek bij deze patiënten zich ook daadwerkelijk minder stelde. We zouden kunnen stellen dat we deze sociale klasse op een andere manier dienen te benaderen in vergelijking met dan de andere klassen.

II. Limitaties

De belangrijkste limitatie van de interventie (invoering van een aangepast GMD+) lijkt ons de beperkte studietijd (3 maanden), het feit dat het preventieconsult nog niet bekend was onder de patiënten, dat het GMD+ werd uitgevoerd door de huisarts-in-opleiding en de mondelinge uitnodigingsstrategie. Ook bleek de keuze van OMNIO-statuut als determinant voor lagere sociale klasse voor ons minder doeltreffend.

Het bijkomend onderzoek (enquête) kende eveneens een aantal limitaties. De tijdspanne waarin de studie werd uitgevoerd, bedroeg één maand en leverde een steekproef van 51 patiënten op.

Dit is volgens ons de grootste limitatie van de studie: ze heeft te weinig power heeft om statistische conclusies te kunnen trekken. De studie geeft enkel een tendens aan van mogelijke stimuli en barrières voor patiënten binnen deze praktijk.

Men kan zich ook de vraag stellen of de steekproef representatief is voor de gehele patiëntenpopulatie van de praktijk. Door echter te zorgen voor een goede verdeling van de patiënten om de enquête in te vullen, nodigden de artsen alvast niet alleen de “worried-well”-patiënten uit.

Wat betreft de enquête zelf, valt de uitgebreidheid van de vragen op. Dit kan volgens ons tegelijk een sterkte en zwakte zijn. Het lijkt weinig waarschijnlijk dat alle patiënten alle vragen even aandachtig hebben ingevuld, maar anderszijds laten deze vragen wel toe om een uitgebreid inzicht te krijgen over hoe de patiënten in deze praktijk over preventie denken.

We merken op dat de invloed van de huisarts belangrijk is en dat het nut van preventie door de patiënt wordt ingezien. Men kan zich ook daar de vraag stellen of de patiënten niet de neiging hadden om sociaal wenselijk te antwoorden. De enquête ging immers uit van hun eigen huisarts.

BESLUIT

Wij stelden ons de vraag hoe voor iedere patiënt in een voorstedelijke groepspraktijk het best aan preventie op maat van de patiënt kan worden gedaan, door gebruik te maken van de GezondheidsGids.

Wij stelden voor dit te doen in de praktijk aan de hand van een aangepaste versie van het GMD+. Deze aangepaste vragenlijst zelf werd postief geëvalueerd en lijkt haalbaar voor verdere voortzetting in de praktijk. Tijd vrijmaken voor de implementatie ervan in de praktijk blijkt hierbij echter een essentiële voorwaarde.
De interventie kende een lage participatiegraad voor alle patiënten en de participatie bij de lagere sociale klasse was zeer laag. Onze gekozen mondelinge uitnodigingsstrategie kan hier onder andere een verklaring voor zijn. Verder onderzoek is aangewezen om na te gaan wat de beste manier is om het GMD+ in de praktijkorganisatie te doen inpassen.

Er bestaan ook nog geen specifieke richtlijnen over hoe patiënten uit een lagere sociale klasse dienen benaderd te worden. Het staat vast dat patiënten uit de lagere socio-economische klasse minder deelnemen aan preventie (6). Teneinde de sociale ongelijkheid in de gezondheidszorg weg te werken, bestaat er dus een noodzaak om doelgroepspecifieke richtlijnen te ontwikkelen (5). Wij onderzochten daarom ook bijkomend wat patiënten stimuleert of weerhoudt voor deelname aan preventie, teneinde hierop te kunnen inspelen. Er vielen hierbij een aantal verschillen op tussen de lagere en hogere sociale klasse. De verschillende klassen hebben een andere visie op preventie en een doelgroepspecifieke aanpak lijkt inderdaad aangewezen.
Algemeen kunnen we concluderen dat de huisarts een zeer belangrijke rol lijkt te spelen bij preventie. Vooral voor de lagere socio-economische klasse lijkt actief gestimuleerd en opgevolgd te moeten worden door de huisarts, die adequate informatie over preventie kan aanbieden.

De preventieve rol van de huisarts zou, zowel organisatorisch in de huisartsenpraktijk als naar de patiënt toe, meer in de verf moeten gezet worden.

REFERENTIELIJST

1. Baeten R, Jacobs L, Smets K, Govaerts F, Smets A, Teughels S, et al. GezondheidsGids. Handleiding voor preventie in de huisartsenpraktijk. Domus Medica 2011.
2. Godefrooij MB, van de Kerkhof RM, Wouda PJ, Vening RA, Knottnerus JA, Dinant G-J, et al. Development, implementation and yield of a cardiometabolic health check. Family Practice 2012;29(2):174–81.
3. Dubey V, Mathew R, Iglar K, Moineddin R, Glazier R. Improving preventive service delivery at adult complete health check-ups: the Preventive health Evidence-based Recommendation Form (PERFORM) cluster randomized controlled trial. BMC Family Practice 2006;7.
4. Tratsaert E. Implementatie van de GezondheidsGids van Domus Medica in de praktijk. Masterpoef 2012. Beschikbaar via: www.icho.be.
5. Hoebel J, Starker A, Jordan S, Richter M, Lampert T. Determinants of health check attendance in adults: findings from the cross-sectional German Health Update (GEDA) study. BMC Public Health 2014;14.
6. 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;12.
7. 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;13.
8. Koopmans B, Nielen MMJ, Schellevis FG, Korevaar JC. Non-participation in population-based disease prevention programs in general practice. BMC Public Health 2012;12.
9. NHG-standaard Cardiovasculair risicomanagement. Tweede herziening. Huisarts Wet 2012;55(1):14-28.
10. Globaal cardiovasculair risicobeheer. Huisarts Nu 2007;(01).
11. De Loecker Y. Wat is de invloed van de implementatie van het “Globaal Medisch Dossier plus” op de patiëntentevredenheid? Masterproef 2010. Beschikbaar via: www.icho.be
12. Mannaerts A. Hoe kunnen we zinvolle preventie beter integreren? Implementatie van het preventiesjabloon in EMD en toepassing van het preventieconsult in eerste lijn. Masterproef 2012. Beschikbaar via: www.icho.be
13. Walter U, Flick U, Neuber A, Fischer C, Hussein RJ, Schwartz FW. Putting prevention into practice: qualitative study of factors that inhibit and promote preventive care by general practitioners, with a focus on elderly patients. BMC Family Practice 2010;11:68.
14. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013;5.
15. Vaccinatie tegen pneumokokken bij volwassenen. Internet site Hogere Gezondheidsraad 2013. Beschikbaar via: www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/NLsite_vs/Ziekten/Vaccinaties/Informatie_voor_vaccinatoren/vaccinatie%20fiche%20tegen%20pneumokokken%2003072013%202%20url%20ok.pdf
16. Govaerts F, Deturck L, Wyffels P. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Screenen op colorectale kanker bij personen zonder verhoogd risico. Huisarts Nu 2008;(37):341–61.
17. Internet site Bevolkingsonderzoek dikkedarmkanker. Beschikbaar via: www.bevolkingsonderzoek.be/dikkedarmkanker/bevolkingsonderzoek

18. Heyrman J, Declercq T, Rogiers R, Pas L, Michiels J, Goetinck M. Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts. Huisarts Nu 2008;(37:284-317).
19. Gielen F. Screening(folder) in de huisartspraktijk. Masterproef 2011. Beschikbaar via: www.icho.be
20. Voeding uitgedokterd op maat van de huisartsenpraktijk. Internet site NICE 2014. Beschikbaar via: www.voedinguitgedokterd.be/dossiers?dossierId=5 (inloggen vereist)
21. Osteoporose. Internet site Farmacotherapeutisch Kompas. Beschikbaar via: www.farmacotherapeutischkompas.nl/inleidendeteksten/i/inl%20middelen%20bij%20osteoporose.asp
22. Elders P, Dinant G, Van Geel T, Maartens L, Merlijn T, Geijer R, et al. NHG-standaard Fractuurpreventie. Huisarts en Wetenschap 2012;55(10):452–8.
23. Delanoye A. Implementatie van het GMD+ in de huisartspraktijk. Masterproef 2013. Beschikbaar via: www.icho.be
24. Bosmans T. Introductie van de gezondheidsgids in de praktijk: vergelijking van een actieve met een passieve aanpak. Masterproef 2012. Beschikbaar via: www.icho.be
25. Kavalevich N. Actief aanbieden van een preventieconsult onder de vorm van GMD plus. Masterproef 2013. Beschikbaar via: www.icho.be
26. Vermunt PWA, Milder IEJ, Wielaard F, van Oers JAM, Westert GP. An active strategy to identify individuals eligible for type 2 diabetes prevention by lifestyle intervention in Dutch primary care: the APHRODITE study. Family Practice 2010;27(3):312–9.
27. Dundar PE, Ozyurt BC, Erdurak K. Sociodemographic determinants of nonattendance in a population-based mammography screening program in the city of Manisa, Turkey. ScientificWorldJournal 2012.
28. Vandenberghe S, Cosyn E. Het algemeen preventieconsult: een zorg voor iedereen? Masterproef 2012. Beschikbaar via: www.icho.be
29. Van Dierdonck S. Wat motiveert patiënten op preventieconsult te komen? Masterproef 2013. Beschikbaar via: www.icho.be
30. Priem M. Wat weerhoudt patiënten ervan om deel te nemen aan het preventieconsult? Masterproef 2010. Beschikbaar via: www.icho.be
31. Von Wagner C, Good A, Whitaker KL, Wardle J. Psychosocial determinants of socioeconomic inequalities in cancer screening participation: a conceptual framework. Epidemiologic Reviews 2011;33(1):135–47.
32. Mennes S. GMD-plus: een recept voor de praktijk. Masterproef 2013. Beschikbaar via: www.icho.be
33. Stringhini S, Tabak AG, Akbaraly TN, Sabia S, Shipley MJ, Marmot MG, et al. Contribution of modifiable risk factors to social inequalities in type 2 diabetes: prospective Whitehall II cohort study. BMJ 2012;345.
34. Hayward RA, Rathod T, Roddy E, Muller S, Hider SL, Mallen CD. The association of gout with socioeconomic status in primary care: a cross-sectional observational study. Rheumatology 2013;52(11):2004–8.
35. Krogsboll LT, Jorgensen KJ, Gronhoj Larsen C, Gotzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ 2012;345.
36. Lauritzen T, Sandbaek A, Borch-Johnsen K. General health checks may work. BMJ 2014;349.

BIJLAGEN

1. Vragenlijst aangepast GMD+

Artsenpraktijk De Dender

Vragenlijst Preventieve Check-up *(GMD+)*

Gelieve voor aanvang van consultatie 10 min. rustig de tijd te nemen om deze vragenlijst in te vullen. Dank u wel.

Tijdens deze consultatie zal enkel een preventief plan opgesteld en besproken worden. Hiervoor wordt maximaal 30 minuten voorzien. Voor andere klachten kan u steeds terecht op een van onze raadplegingen.

NAAM: …….. Telefoonnummer *(voorkeur GSM)*:…….
VOORNAAM: …….. Datum: …. / …. / ….

Geslacht? man / vrouw
Hoe oud bent u? ….. jaar
Burgelijke stand? gehuwd/samenwonend/alleenstaand/weduwe(naar) – andere: ……
Opleidingsniveau? lagere school/middelbaar onderwijs/hogeschool/universiteit
Beroep (of gehad)? ……

Hart- en bloedvaten *Omcirkel wat past of vul aan*

Werd onlangs nog bij u een te hoge bloeddruk gemeten? Ja – Neen
Neemt u medicatie voor een te hoge bloeddruk? Ja – Neen – Ik weet het niet
Hebt u diabetes (=suikerziekte)? Ja – Neen – Ik weet het niet
Gebruikt u medicatie om cholesterol te verlagen? Ja – Neen – Ik weet het niet
Hebt u een hart- of vaatziekte (gehad)? (*) Ja – Neen – Ik weet het niet
(*) bijvoorbeeld: ritmestoornissen, bloedklonter, hersenbloeding, hartinfarct, water op de longen...
Heeft uw vader of broer een hart- of vaatziekte voor zijn 55 jaar gehad? Ja – Neen – Ik weet het niet
Heeft uw moeder of zus een hart- of vaatziekte voor haar 65 jaar gehad? Ja – Neen – Ik weet het niet
Zijn er in uw familie personen met nierproblemen? Ja – Neen – Ik weet het niet
Heeft u zelf nierproblemen (gehad)? Ja – Neen – Ik weet het niet

Middelengebruik

Rookt u momenteel? Ja – Neen
→ Indien **ja**, - wat rookt u? sigaretten – sigaren – cannabis
- hoeveel per dag? … x dag of … pakje per dag
- hoelang rookt u al? … jaar
→ heeft u ooit al gedacht aan te stoppen met roken? Ja - Neen
→ bent u nu gemotiveerd om te stoppen met roken? gemotiveerd – ik overweeg het - ongemotiveerd
→ Indien **neen**, - heeft u ooit gerookt? Ja – Neen
- datum rookstop …. /…. /….

Hoe vaak drinkt u alcohol?
Nooit – Maandelijks of minder – 2à4x per maand – 2à3x per week – 4 of meer keer per week
Wanneer u drinkt, hoeveel glazen alcohol drinkt u dan gewoonlijk op één dag?
Nooit – 1 of 2 – 3 of 4 – 5 of 6 – 7 of 9 – 10 of meer
Hoe vaak gebeurt het dat u zes of meer glazen alcohol drinkt bij één enkele gelegenheid?
Nooit – minder dan maandelijks – maandelijks – wekelijks – dagelijks of bijna dagelijks

Dikkedarmkanker

Komen er darmkanker of poliepen voor bij uw vader/moeder/broer/zus? Ja – Neen – Ik weet het niet
Heeft u in de voorbije 10 jaar in uw darmen laten kijken? Ja, op …. / …. / …. – Neen
→ indien ja, om welke reden? ……

Preventieve vragenlijst (zie keerzijde !) 1/2

Ouderdomsdiabetes (of "suikerziekte")

Heeft uw arts ooit een verhoogd suikergehalte in het bloed vastgesteld?	Ja – Neen – Ik weet het niet
Heeft uw vader, moeder, broer of zus diabetes (suikerziekte)?	Ja – Neen – Ik weet het niet
Gebruikt(e) u langdurig cortisone of middelen tegen epilepsie?	Ja – Neen – Ik weet het niet
Heeft u een opvallende dorst, vermagert u zonder dieet, moet u veel plassen, heeft u vaak urineweginfecties?	Ja – Neen
VOOR VROUWEN: had u een verhoogd suikergehalte in het bloed tijdens de zwangerschap of tijdens een opname in het ziekenhuis?	Ja – Neen – Ik weet het niet
VOOR VROUWEN: bent u ooit bevallen van een baby van 4,5 kg of meer?	Ja – Neen – Ik weet het niet

Voeding en beweging

Kent u uw huidige lengte en gewicht?	Ja: ….. cm; ….. kg – Neen
Eet u dagelijks groeten en/of fruit, bij elke maaltijd?	Ja – Neen
Gebruikt u dagelijks melkproducten?	Ja – Neen
Drinkt u dagelijks minstens 1 liter water, naast koffie/thee?	Ja – Neen
Doet u minimum aan 30 minuten lichaamsbeweging per dag?	Ja – Neen

Vaccinaties (inentingen)

Is uw vaccinatie voor tetanus (=klem) meer dan 10 jaar geleden?	Ja – Neen – Ik weet het niet
Is uw vaccinatie voor tetanus meer dan 20 jaar geleden?	Ja – Neen – Ik weet het niet
Laatste datum vaccinatie (indien gekend):	…. / …. / ….
Lijdt u aan een hart-, lever-, long- of nierziekte?	Ja – Neen – Ik weet het niet
Heeft u geen milt meer of een ziekte waardoor de milt niet goed werkt?	Ja – Neen – Ik weet het niet

Borst- en baarmoederhalskanker (enkel voor vrouwen)

Is uw laatste uitstrijkje van de baarmoederhals meer dan 3 jaar geleden?	Ja – Neen – Ik weet het niet
Indien gekend, datum laatste uitstrijkje:	…. / …. / ….
Komt er borstkanker voor in uw familie?	Ja – Neen – Ik weet het niet
Komt er eierstokkanker voor in uw familie?	Ja – Neen – Ik weet het niet
VOOR VROUWEN vanaf 50 jaar: is uw laatste mammografie meer dan 2 jaar geleden?	Ja – Neen – Ik weet het niet

Osteoporose (of "botontkalking")

Onderging u reeds een botdichtheidsmeting (= DEXA-meting)?	Ja – Neen – Ik weet het niet
Heeft u reeds een breuk van een wervel doorgemaakt?	Ja – Neen
→ indien ja, wanneer?	jaartal: ……
Heeft u langdurig een hoge dosis cortisone ingenomen? (dit is: een dosis van meer dan 7,5 mg per dag, gedurende minstens 3 maanden)	Ja – Neen – Ik weet het niet
Heeft u iets gebroken (fractuur gehad) na uw 50ste levensjaar?	Ja – Neen
→ indien ja, is dit al meer dan 2 jaar geleden?	Ja – Neen – Ik weet het niet
Bent u het afgelopen jaar meer dan 2 keer ernstig gevallen?	Ja – Neen
Heeft uw vader/moeder een heupfractuur doorgemaakt?	Ja – Neen
VOOR VROUWEN: bent u in de menopauze? Zo ja, sinds wanneer?	Ja, sinds …… – Neen

Vragen/opmerkingen

Welk onderdeel wil u graag zeker met uw arts bespreken? ……

Heeft u nog vragen of opmerkingen? ……

……

Einde van de vragenlijst. Breng deze ingevuld mee naar uw afspraak.

ARTSENPRAKTIJK DE DENDER
Elf Dagwand 53 A
9473 Welle
tel. 053/66.92.44
email: *artsenpraktijkdedender@telenet.be*

Uitnodiging tot uw persoonlijk preventieplan

Beste patiënt,

zoals u weet kan u bij ons steeds terecht wanneer er zich een probleem met uw gezondheid voordoet. Wij danken u bij deze voor het vertrouwen dat u reeds in ons hebt gesteld.

Maar als huisarts doen wij veel meer dan dat. Zo vinden wij ook **preventie** bij al onze patiënten zeer belangrijk. Preventie betekent: op voorhand ingrijpen vooraleer er problemen ontstaan. Veel ziekten kunnen voorkomen of in een vroeg stadium opgespoord worden om erger te voorkomen.

Preventie houdt meer in dan een controle van uw bloed. Wij stellen voor om samen met u na te gaan welke testen en onderzoeken voor u zinvol zijn. Op die manier kunnen wij een **persoonlijk plan op uw maat** samenstellen.

Zo zullen wij met u, indien nodig, onder andere bespreken: gezonde voeding en beweging, roken, risico op hartziekten, risico op borst- en baarmoederhalskanker en of u wel de juiste vaccinaties gekregen heeft… Alle thema's kan u terugvinden in de bijgevoegde vragenlijst.

Praktisch

- Het plan is enkel bedoeld voor alle patiënten tussen de **45 en 75 jaar**.
- U kan een afspraak maken bij **Dr.Van Schandevyl Katrien** om dit plan met u te bespreken. Deze consultatie in onze praktijk duurt ongeveer **30 minuten**. Een afspraak maken kan door te bellen op bovenstaand nummer of u kan ook elke voormiddag op onze praktijk bij onze secretaresse terecht om een afspraak te maken.
- Vooraf moet u de **vragenlijst** bij deze brief invullen en meebrengen op de afspraak.
- Deze consultatie is volledig **gratis**. Wij regelen de betaling via de derdebetalerregeling. Breng dus zeker 2 klevers mee van het ziekenfonds. Enkel technische onderzoeken (bijvoorbeeld een bloedafname) zullen u worden aangerekend; de factuur wordt u achteraf opgestuurd.
- Deze consultatie is enkel bedoeld voor preventie. Voor alle andere problemen kan u steeds op een van onze afspraakmomenten of vrije raadpleging terecht.
- Heeft u nog vragen? **Aarzel niet om ons te contacteren!**

Alvast bedankt en graag tot binnenkort!

ARTSENPRAKTIJK DE DENDER
Elf Dagwand 53 A
9473 Welle
tel. 053/66.92.44
email: *artsenpraktijkdedender@telenet.be*

Uitnodiging tot uw persoonlijk preventieplan

Beste patiënt,

zoals u weet kan u bij ons steeds terecht wanneer er zich een medisch probleem voordoet. Wij danken u bij deze voor het vertrouwen dat u reeds in ons hebt gesteld.

Als huisarts omvat onze taak veel meer dan dat. In de huidige huisartsgeneeskunde neemt **PREVENTIE** een zeer belangrijke plaats in. Veel ziekten kunnen immers voorkomen of in een vroeg stadium opgespoord worden zodat er minder ingrijpende behandelingen nodig zijn.

Preventie houdt meer in dan enkel een bloedafname. Wij stellen voor om samen met u na te gaan welke testen en onderzoeken voor u zinvol zijn. Op die manier kunnen wij op een wetenschappelijk verantwoorde manier een **PERSOONLIJK PLAN op uw maat** samenstellen.

Indien aangewezen, zullen onder andere volgende items besproken worden: gezonde voeding en beweging, roken, risico op hart- en vaatziekten, risico op borst- en baarmoederhalskanker en of u wel de juiste vaccinaties gekregen heeft. Alle thema's kan u terugvinden in de bijgevoegde vragenlijst.

Praktisch

- Het plan is enkel bedoeld voor alle patiënten tussen de **45 en 75 jaar**.
- U kan een afspraak maken bij **Dr. Van Schandevyl Katrien** om dit plan met u te bespreken. Deze consultatie in onze praktijk duurt ongeveer **30 minuten**. U kan telefonisch een afspraak maken op bovenstaand nummer of u kan tevens elke voormiddag op onze praktijk terecht bij onze secretaresse om een afspraak te maken.
- Vooraf moet u de **vragenlijst** bij deze brief invullen en meebrengen op de afspraak.
- Voor deze consultatie zal 11 euro extra aangerekend worden. Dit bedrag is echter **volledig terugbetaald** door het ziekenfonds.
- Graag **2 klevers** van het ziekenfonds meebrengen op de afspraak (dit in geval van eventuele bloedafname ed.).
- Deze consultatie is **enkel bedoeld voor preventie**. Voor alle andere problemen kan u steeds op een van onze afspraakmomenten of vrije raadpleging terecht.
- Heeft u nog vragen? **Aarzel niet om ons te contacteren!**

Alvast bedankt en graag tot binnenkort!

3. Poster/folder wachtzaal aangepast GMD+

PATIËNTENINFORMATIE

Kent u het globaal medisch dossier plus (GMD+)?

domus medica

Wat is een GMD+?

Een GMD+ of **individuele preventieplan** is een reeks preventieve maatregelen die u helpen om gezond te blijven.
Uw huisarts houdt rekening met uw persoonlijke en familiale voorgeschiedenis uit uw globaal medisch dossier (GMD).
Dit bijkomend preventieplan bepaalt welke gezondheidsrisico's u op langere termijn loopt, welke ziektes vroegtijdig opgespoord kunnen worden en of levensstijlaanpassingen en vaccinaties nodig zijn.

Voor wie?

Iedereen tussen de **45 en 75 jaar**
die een globaal medisch dossier heeft afgesloten bij zijn huisarts.



Hoeveel kost een GMD+?

Voor het opmaken van het persoonlijk preventieplan zal 11 euro extra worden aangerekend. Dit bedrag wordt u echter **volledig door het ziekenfonds terugbetaald**.
Voor de raadpleging betaalt u evenveel als een normale raadpleging.

Hoelang blijft een GMD+ geldig?

Omdat uw gezondheidstoestand en die van uw familie kan wijzigen, zal u **jaarlijks** met uw huisarts uw individueel preventieplan vernieuwen.
U hebt elk jaar recht op de terugbetaling van het preventieplan.

U wenst deze **check-up** van uw gezondheidstoestand?

Elke woensdag op afspraak mogelijk bij **Dr. Van Schandevyl Katrien**

Vraag raad aan uw arts of onze secretaresse

4. Persoonlijk preventieplan

ARTSENPRAKTIJK DE DENDER
Elf Dagwand 53 A
9473 Welle
tel. 053/66.92.44

Arts: Dr. Van Schandevyl Katrien
Datum: …/…/2014
Patiënt: ….
Leeftijd: … jaar

Persoonlijk preventieplan

Hart- en bloedvaten	*te doen:*
bloeddruk: …/…	➢ opstart asaflow / statine … ✓
cholesterol: …	➢ filmpje van het hart (ECG) / te plannen …. ✓
risico = laag / matig / hoog	➢ opvolging 4x/jaar – herevaluatie risico 1x/j -- 1x/3j
Roken	*te doen:*
status: (ex-)roker	➢ houden zo! – advies om te stoppen ✓
(niet/nu niet) gemotiveerd stoppen	➢ begeleiding rookstop ✓
Alcohol	*te doen:*
status:	➢ houden zo! – voorzichtigheid geboden – begeleiding ✓
Dikkedarmkanker	*te doen:*
familiaal:	➢ 2-jaarlijkse deelname bevolkingsonderzoek (iFobt) aangeraden
risicopatiënt:	
Ouderdomsdiabetes (of "suikerziekte")	*te doen:*
suikergehalte in het bloed:	➢ volgende bloedafname voor suiker: 20.. ✓
risicopatiënt:	
Voeding en beweging	*te doen:*
lengte: … cm ⇨ BMI = ... kg/m^2	➢ dieetadvies: meer water/melkproducten/fruit ✓
gewicht: … kg	➢ bewegingsadvies ✓
Vaccinaties (inentingen)	*te doen:*
vaccinatie klem:	✓ booster vaccinatie / te plannen: 0 – 6; of 0 – 1 – 12 ✓
vaccinatie pneumococcen:	➢ op … / te plannen: …. ✓
vaccinatie griep:	➢ te plannen jaarlijks, volgend: midden oktober 2015 ✓
Borst- en baarmoederhalskanker	*te doen:*
risico borstkanker:	➢ deelname 2-jaarlijkse bevolkingsscreening in …. ✓
risico baarmoederhalskanker:	➢ uitstrijkje: / te plannen: …. ✓
Osteoporose (of "botontkalking")	*te doen:*
risico:	➢ DEXA / voedings- en bewegingsadvies ✓
Bloedafname	*te doen:*
screening 45+	➢ eenmalig tot 50 jaar - volgende afname in …. ✓
screening 50+	➢ jaarlijks - volgende afname in …. ✓

5. Checklist arts en patiënt

Checklist arts en patiënt na afname GMD+

Naam patiënt:
Leeftijd: … jaar
Burgelijke stand: gehuwd – samenwonend – alleenstaand – weduwe/weduwenaar - andere
Opleidingsniveau: lagere school – middelbaar onderwijs – hogeschool - universiteit
Beroep: ……

1. Tijd nodig om het preventieplan op te stellen
   …… minuten

2. Vlotheid van de consultatie volgens arts
   helemaal niet goed – niet goed – neutraal – goed – uitstekend vlot verlopen
   wat liep er goed/fout?
   ……..

3. Vaccinatiestatus
   Vooraf bekend:
   - bij patiënt: ja / neen
   - in dossier: ja / neen

   Nu aangepast in dossier? ja / neen

4. Gevoerd beleid arts
   Welke onderzoeken uitgevoerd: …
   Aanpassingen aan het beleid: …
   Vervolgafspraak?

5. Was de patiënt tevreden met zijn deelname?
   Indruk van de patiënt na afname:
   “het was meer dan ik verwacht had, heel erg tevreden” – “goed, tevreden” – neutraal – “niet tevreden” – “helemaal niet tevreden”
   andere reacties: …….

6. Resultaten checklist na afname aangepast GMD+

	leeftijd	geslacht	burgerlijke stand (*)	opleidings-niveau (**)	beroep	vaccinatiestatus patiënt	vaccinatiestatus arts
1.	61	vrouw	4	3	gepensioneerd	ja	neen
2.	60	man	2	3	bediende	neen	ja
3.	58	vrouw	1	2	bediende	neen	ja
4.	69	vrouw	1	2	secretaresse	neen	ja
5.	54	man	1	2	technicus	neen	neen
6.	45	man	1	2	bewaker	ja	ja
7.	72	man	3	2	gepensioneerd	neen	neen
8.	59	vrouw	1	1	invaliditeit	ja	ja
9.	47	man	1	2	bouwvakker	ja	neen
10.	60	man	5	2	fotozetter	neen	neen
11.	57	vrouw	1	2	export/import bedrijf	neen	neen
12.	69	man	1	2	gepensioneerd	neen	ja
13.	60	vrouw	1	2	gepensioneerd	ja	neen
14	53	vrouw	2	1	verzorgende	neen	neen
15.	50	man	3	2	garagist	neen	neen

(*) burgerlijke stand: 1: gehuwd, 2: samenwonend, 3: alleenstaand, 4: weduwe(naar), 5: gescheiden

(**) opleidingsniveau: 1: lagere school, 2: middelbaar onderwijs, 3: hogeschool, 4: universiteit

	opmerkingen patiënt
1.	geruststelling
2.	geen opmerkingen
3.	desinteresse om levensstijl aan te passen, ziet noodzaak niet in
4.	geruststelling
5.	geruststelling
6.	wou volledige check-up na vaststelling tachycardie arbeidsgeneesheer, geruststelling
7.	"heeft wel zijn nut"
8.	goed overzicht alle preventieve onderzoeken
9.	geen opmerkingen
10.	consulteerde wegens motivatie voor rookstop en afbouw zolpidem
11.	volledige "controle" geeft geruststelling
12.	wil jaarlijkse check-up, nog sportief voor zijn leeftijd
13.	goed overzicht screening, “vragen gesteld die ze anders niet zou durven stellen”
14	zeer nuttig, aangezien risicopatiënt
15.	geen opmerkingen

	tijd (min)	uitgevoerde onderzoeken / aanpassingen	vervolg-afspraak	tevreden-heid	OMNIO
1.	30	vaccinatie, bloeddruk, auscultatie; opvolgconsult voor nuchter labo	ja	goed	neen
2.	30	ECG (ondanks laag CV risico)	neen	goed	neen
3.	30	CV risico beleid, labo, levensstijl, bloeddruk, auscultatie; afhankelijk labo: statine	neen	goed	neen
4.	25	levenstijladvies, ECG, bloeddruk, auscultatie; uitleg over menopauze	neen	goed	neen
5.	30	vaccinatie, auscultatie	neen	neutraal	neen
6.	25	ECG, CV risico beleid	neen	goed	neen
7.	30	vaccinatie, ECG, bloeddruk, auscultatie, CV risico beleid, gewicht/lengte; afhankelijk van opvolgconsult bij collega opstart asaflow	ja	neutraal	neen
8.	30	levenstijladvies, ECG, gewicht/lengte, bloeddruk, auscultatie; noodzaak diëtiste en beweging besproken	neen	erg goed	ja
9.	25	levenstijladvies, labo, auscultatie, gewicht/lengte; opvolgconsult voor overgewicht	ja	goed	neen
10.	30	vaccinatie, labo, auscultatie, bloeddruk; opvolgafspraak voor rookstop/afbouw zolpidem	ja	goed	neen
11.	40	ECG, labo, auscultatie, bloeddruk, gewicht/lengte; eventueel spirometrie te plannen/rookstop bespreken; achteraf opgebeld voor resultaten van het labo	ja	goed	neen
12.	30	ECG, labo, bloeddruk, auscultatie; achteraf opgebeld voor resultaten van het labo	ja	erg goed	neen
13.	40	levenstijladvies/rouwproces, labo, bloeddruk, auscultatie; bilaterale infiltratie ritzartrose	neen	erg goed	neen
14	40	iFOBT, vaccinatie, labo, urine, levensstijl, CV risicobeleid; opvolgconsult voor ECG, hercontrole urine, iFOBT	ja	erg goed	neen
15.	30	levensstijladvies, bloeddruk, auscultatie; opvolgconsult voor vastgestelde hypertensie	ja	goed	neen

7. Toestemmingsformulier enquête

INFORMED CONSENT - TOESTEMMINGSFORMULIER

TOESTEMMINGSFORMULIER voor het gebruik van gegevens voor wetenschappelijk onderzoek.

De vragenlijst die gevraagd wordt om in te vullen kadert binnen een studie van de universiteit Gent. Mogen wij u vragen uw toestemming hiervoor te geven via dit formulier.
Uw gegevens worden naamloos verwerkt.

Naam patiënt: .....

1. Ik bevestig dat Dr. ……. mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.
2. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.
3. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.
4. Ik begrijp dat mijn gegevens tijdens deze studie gecodeerd worden verzameld (terugkoppeling naar uw persoonlijke dossier door uw behandelende arts is mogelijk). In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd.
5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het universitair ziekenhuis van Gent en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.
6. Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van het universitair ziekenhuis van Gent en regelgevende instanties toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke medische gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften.
7. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

door de patiënt te ondertekenen en persoonlijk te dateren:	
Datum:	Handtekening:

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de patiënt.

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

Datum:	Handtekening:

Code: …….

ENQUÊTE ROND PREVENTIE

voor mannen vanaf 45 tot en met 75 jaar

Wanneer u ziek bent kunt steeds bij de huisarts terecht. Daarnaast kunt u nog voor een aantal andere taken bij uw huisarts terecht. Wij zijn er ook voor u om ziekten te helpen voorkomen. Dit heet "**preventie**". Wij willen graag weten hoe u hierover denkt.

Deze vragenlijst kadert binnen een studie van de **Universiteit Gent**.
Het invullen ervan **duurt maximum 10 minuten**.
Wij waarderen ten zeerste dat u hiervoor even rustig de tijd neemt: dit zal helpen onze zorg beter aan te passen aan uw behoeften.

U krijgt **2 vragen** waarbij u telkens één of meerdere vakjes kunt aankruisen. Heeft u een andere mening, graag invullen bij het vakje "andere:…". Daarna wordt u gevraagd een aantal **algemene gegevens** in te vullen.
Plaats de vragenlijst na invullen **in de doos die zich in de wachtzaal** bevindt.

U hoeft uw naam niet te vermelden. De gegevens worden **naamloos** verwerkt.

Wij bedanken u alvast voor uw tijd en medewerking!

Dr. Katrien Van Schandevyl
Dr. Laurien Tilley
Dr. Liesbet Stulens

8. Enquête preventie mannen

Vragenlijst:

1. **Kruis in volgende tabel aan voor welke items u in de afgelopen drie jaar bij uw huisarts ging. Combineer dit met welke reden(en) u hiervoor naar de huisarts ging.**
   Meerdere antwoorden mogen aangekruist worden. U kunt in het vakje "andere reden" ook een ander antwoord noteren.

ITEMS \ REDEN(EN)	ik doe dat o.a. ook bij de huisarts, maar niet in de afgelopen 3 jaar	iemand raadde het aan	een jaarlijkse "check-up"	een zieke in mijn omgeving	ik had klachten	mijn huisarts stelde het voor	ik vind preventie nuttig	ik was ongerust over mijn gezond-heid	andere reden:
een bloedafname (*)									.....
controle van de bloeddruk									.....
om prostaatkanker op te sporen									.....
om darmkanker op te sporen									.....
voor voedingsadvies									.....
om lichaamsbeweging te bespreken									.....
een geschiktheidsattest voor deelname aan sport									.....
om gewicht te verliezen									.....
hulp om te stoppen met roken									.....
om alcoholgebruik te bespreken									.....
voor preventieve geneesmiddelen (*$_2$)									.....
om mijn gemoedstoestand te bespreken									.....
griepvaccin									.....
vaccinatie tegen klem (= tetanus)									.....
voor reisadvies									.....
een vragenlijst over preventie met de huisarts te overlopen (= GMD plus)									.....

(*) een nuchtere bloedafname om o.a. verhoogde cholesterol, suikerziekte of schildklierlijden op te sporen
(*$_2$) vitaminen, cholesterolverlagers, calcium en vitamine D voor het bot, bloedverdunners of andere …

1.1 Wat zijn voor u belangrijke redenen om hiervoor NIET bij de huisarts te gaan?
(u kan één of meerdere items aankruisen en aanvullen waar nodig)

ik word al goed opgevolgd door mijn huisarts en vind een extra consult niet nodig
ik heb andere, dringendere bezigheden
ik kan mij hiervoor moeilijk verplaatsen
ik heb al teveel kosten
ik ken mijn huisarts niet goed genoeg
ik ga voor een bepaald item / bepaalde items bij een specialist, zijnde: .....
ik pak problemen aan als ze zich voordoen
ik werd hiervoor nog nooit uitgenodigd
ik ben nog nooit ernstig ziek geweest
ik stond hier nog niet bij stil
mijn huisarts heeft niet gezegd dat dit nodig is
u kunt hier nog andere redenen opgeven:.....

1.2 Wat zou u kunnen helpen om hiervoor WEL bij de huisarts te gaan?
(u kan één of meerdere items aankruisen)

meer tijd hebben
meer informatie over het nut van preventie krijgen
een volledige terugbetaling van de consultatie
een uitnodiging van mijn huisarts
jaarlijks een uitnodigingsbrief krijgen
aangespoord worden door reclame in de pers (krant, tv, radio)
hiervoor verlof krijgen op het werk
mijn huisarts goed genoeg kennen
andere:.....

2. Voor een preventief onderzoek (bijvoorbeeld voor darmkanker) kan u uitgenodigd worden door een brief van de overheid of door uw huisarts.

2.1 Hoe belangrijk vindt u volgende argumenten om hierop in te gaan?

	heel belangrijk	belangrijk	minder belangrijk	helemaal niet belangrijk
1. men toont het nut van het onderzoek aan				
2. meer informatie te krijgen over het onderzoek				
3. het is gratis				
4. ik heb meer geld om het te betalen				
5. voorkomen is altijd beter dan te genezen				
6. mijn familie of kennissen raden het aan				
7. een gesprek over het onderzoek met mijn arts				
8. het onderzoek gaat van mijn eigen huisarts uit				
9. het onderzoek gaat uit van de overheid				
10. mijn huisarts krijgt de resultaten				
11. het onderzoek is verplicht				
12. vrije tijd hebben om deel te nemen				
13. verlof op het werk krijgen om deel te nemen				

2.2 Wat zijn voor u belangrijke redenen om hier NIET op in te gaan?
(u mag meerdere antwoorden aankruisen)

ik heb er geen tijd voor
ik weet onvoldoende over hoe het onderzoek verloopt
ik weet niet hoeveel het onderzoek kost
ik vind het onderzoek te lastig (te moeilijk om uit te voeren)
ik ben gegeneerd om het onderzoek uit te voeren
ik wil niet naar een vreemde arts of dienst
ik ben bang om geconfronteerd te worden met een ziekte
ik kan moeilijk praten over een ziekte
men vindt toch altijd allerlei problemen
ik ben bang dat men iets erg vindt
u kunt hier nog andere redenen opgeven: .....

Algemene gegevens: (omcirkel wat past of vul aan)

leeftijd:	…. jaar
beroep (of beroep dat u vroeger uitgeoefend heeft):	werkloos – arbeider – bediende – zelfstandige
hoogste gevolgde opleiding:	lagere school – algemeen middelbaar onderwijs – middelbaar technisch onderwijs – beroepsonderwijs – hogeschool – universiteit
is uw inkomen voldoende om zonder geldzorgen elke maand rond te komen?:	ja / neen
rookt u?: ENKEL indien ja: * rook je de eerste sigaret binnen het eerste uur dat je opstaat? * hoeveel sigaretten rook je per dag?	ja / neen * ja / neen * …… sigaretten
1) hoeveel dagen in de week drinkt u alcohol? 2) wanneer u drinkt, hoeveel glazen drink je dan op één dag? 3) hoe vaak drinkt u meer dan 6 glazen op één enkele gelegenheid?	1) minder dan 4 dagen / 4 dagen of meer per week 2) minder dan 4 glazen / meer dan 4 glazen per dag 3) nooit / maandelijks of minder / wekelijks of meer
hoeveel keer heeft u bij u huisarts geconsulteerd in het afgelopen jaar? (deze raadpleging erbij gerekend):	…… keer

Einde van deze vragenlijst. Bedankt voor uw tijd en medewerking.
Gelieve dit formulier in bus in de wachtzaal te steken!

ENQUÊTE ROND PREVENTIE

voor vrouwen vanaf 45 tot en met 75 jaar

Wanneer u ziek bent kunt steeds bij de huisarts terecht. Daarnaast kunt u nog voor een aantal andere taken bij uw huisarts terecht. Wij zijn er ook voor u om ziekten te helpen voorkomen. Dit heet "**preventie**". Wij willen graag weten hoe u hierover denkt.

Deze vragenlijst kadert binnen een studie van de **Universiteit Gent**.
Het invullen ervan **duurt maximum 10 minuten**.
Wij waarderen ten zeerste dat u hiervoor even rustig de tijd neemt: dit zal helpen onze zorg beter aan te passen aan uw behoeften.

U krijgt **2 vragen** waarbij u telkens één of meerdere vakjes kunt aankruisen. Heeft u een andere mening, graag invullen bij het vakje "andere:…". Daarna wordt u gevraagd een aantal **algemene gegevens** in te vullen.
Plaats de vragenlijst na invullen **in de doos die zich in de wachtzaal** bevindt.

U hoeft uw naam niet te vermelden. De gegevens worden **naamloos** verwerkt.

Wij bedanken u alvast voor uw tijd en medewerking!

Dr. Katrien Van Schandevyl
Dr. Laurien Tilley
Dr. Liesbet Stulens

Vragenlijst:

1. **Kruis in volgende tabel aan voor welke items u in de afgelopen drie jaar bij uw huisarts ging. Combineer dit met welke reden(en) u hiervoor naar de huisarts ging.**
   Meerdere antwoorden mogen aangekruist worden. U kunt in het vakje "andere reden" ook een ander antwoord noteren.

ITEMS \ REDEN(EN)	ik doe dat o.a. ook bij de huisarts, maar niet in de afgelopen 3 jaar	iemand raadde het aan	een jaarlijkse "check-up"	een zieke in mijn omgeving	ik had klachten	mijn huisarts stelde het voor	ik vind preventie nuttig	ik was ongerust over mijn gezond-heid	andere reden:
een bloedafname (*)									……
controle van de bloeddruk									……
een uitstrijkje van de baarmoederhals									……
om borstkanker op te sporen									……
om darmkanker op te sporen									……
voor voedingsadvies									……
om lichaamsbeweging te bespreken									……
een geschiktheidsattest voor deelname aan sport									……
om gewicht te verliezen									……
hulp om te stoppen met roken									……
om alcoholgebruik te bespreken									……
voor preventieve geneesmiddelen ($*_2$)									……
om mijn gemoedstoestand te bespreken									……
griepvaccin									……
vaccinatie tegen klem (= tetanus)									……
voor reisadvies									……
een vragenlijst over preventie met de huisarts te overlopen (= GMD plus)									……

(*) een nuchtere bloedafname om o.a. verhoogde cholesterol, suikerziekte of schildklierlijden op te sporen
($*_2$) vitaminen, cholesterolverlagers, calcium en vitamine D voor het bot, bloedverdunners of andere …

1.1 Wat zijn voor u belangrijke redenen om hiervoor NIET bij de huisarts te gaan?
(u kan één of meerdere items aankruisen en aanvullen waar nodig)

ik word al goed opgevolgd door mijn huisarts en vind een extra consult niet nodig
ik heb andere, dringendere bezigheden
ik kan mij hiervoor moeilijk verplaatsen
ik heb al teveel kosten
ik ken mijn huisarts niet goed genoeg
ik ga voor een bepaald item / bepaalde items bij een specialist: .....
ik pak problemen aan als ze zich voordoen
ik werd hiervoor nog nooit uitgenodigd
ik ben nog nooit ernstig ziek geweest
ik stond hier nog niet bij stil
mijn huisarts heeft niet gezegd dat dit nodig is
u kunt hier nog andere redenen opgeven:.....

1.2 Wat zou u kunnen helpen om hiervoor WEL bij de huisarts te gaan?
(u kan één of meerdere items aankruisen)

meer tijd hebben
meer informatie over het nut van preventie krijgen
een volledige terugbetaling van de consultatie
een uitnodiging van mijn huisarts
jaarlijks een uitnodigingsbrief krijgen
aangespoord worden door reclame in de pers (krant, tv, radio)
hiervoor verlof krijgen op het werk
mijn huisarts goed genoeg kennen
andere:.....

2. Voor een preventief onderzoek (bijvoorbeeld een mammografie) kan u uitgenodigd worden door een brief van de overheid of door uw huisarts.

2.1 Hoe belangrijk vindt u volgende argumenten om hierop in te gaan?

	heel belangrijk	belangrijk	minder belangrijk	helemaal niet belangrijk
1. dat men het nut van het onderzoek aantoont				
2. meer informatie te krijgen over het onderzoek				
3. het is gratis				
4. ik heb meer geld om het te betalen				
5. voorkomen is altijd beter dan te genezen				
6. mijn familie of kennissen raden het aan				
7. een gesprek over het onderzoek met mijn arts				
8. het onderzoek gaat van mijn eigen huisarts uit				
9. het onderzoek gaat uit van de overheid				
10. mijn huisarts krijgt de resultaten				
11. het onderzoek is verplicht				
12. vrije tijd hebben om deel te nemen				
13. verlof op het werk krijgen om deel te nemen				

2.2 Wat zijn voor u belangrijke redenen om hier NIET op in te gaan?
(u mag meerdere antwoorden aankruisen)

ik heb er geen tijd voor
ik weet onvoldoende over hoe het onderzoek verloopt
ik weet niet hoeveel het onderzoek kost
ik vind het onderzoek te lastig (te moeilijk om uit te voeren)
ik ben gegeneerd om het onderzoek uit te voeren
ik wil niet naar een vreemde arts of dienst
ik ben bang om geconfronteerd te worden met een ziekte
ik kan moeilijk praten over een ziekte
men vindt toch altijd allerlei problemen
ik ben bang dat men iets erg vindt
u kunt hier nog andere redenen opgeven: .....

Algemene gegevens: (omcirkel wat past of vul aan)

leeftijd:	.... jaar
beroep (of beroep dat u vroeger uitgeoefend heeft):	werkloos – arbeider – bediende – zelfstandige
hoogste gevolgde opleiding:	lagere school – algemeen middelbaar onderwijs – middelbaar technisch onderwijs – beroepsonderwijs – hogeschool – universiteit
is uw inkomen voldoende om zonder geldzorgen elke maand rond te komen?:	ja / neen
rookt u?: ENKEL indien ja: * rook je de eerste sigaret binnen het eerste uur dat je opstaat? * hoeveel sigaretten rook je per dag?	ja / neen * ja / neen * ..... sigaretten
1) hoeveel dagen in de week drinkt u alcohol? 2) wanneer u drinkt, hoeveel glazen drink je dan op één dag? 3) hoe vaak drinkt u meer dan 6 glazen op één enkele gelegenheid?	1) minder dan 4 dagen / 4 dagen of meer per week 2) minder dan 3 glazen / meer dan 3 glazen per dag 3) nooit / maandelijks of minder / wekelijks of meer
hoeveel keer heeft u bij u huisarts geconsulteerd in het afgelopen jaar? (deze raadpleging erbij gerekend):	..... keer

Einde van deze vragenlijst. Bedankt voor uw tijd en medewerking.
Gelieve dit formulier in bus in de wachtzaal te steken!

10. Resultaten enquête

Tabel 1

	SES	**a**	**B**	**c**	**d**	**e**	**f**	**g**	**h**	**i**	**j**	**k**	**l**
percentages per sociale klasse	**L**	57,1%	7,1%	0,0%	0,0%	0,0%	35,7%	35,7%	14,3%	7,1%	7,1%	7,1%	0,0%
	LM	35,7%	7,1%	0,0%	0,0%	0,0%	21,4%	7,1%	14,3%	0,0%	7,1%	14,3%	0,0%
	HM	50,0%	7,1%	0,0%	0,0%	0,0%	21,4%	42,9%	7,1%	7,1%	0,0%	0,0%	0,0%
	H	55,6%	11,1%	0,0%	0,0%	0,0%	22,2%	33,3%	22,2%	22,2%	22,2%	11,1%	11,1%
totale aantallen per sociale klasse	**L**	8	1	0	0	0	5	5	2	1	1	1	0
	LM	5	1	0	0	0	3	1	2	0	1	2	0
	HM	7	1	0	0	0	3	6	1	1	0	0	0
	H	5	1	0	0	0	2	3	2	2	2	1	1
totaal aantal (percentage)	51	**25** (49,0%)	**4** (7,8%)	**0** (0,0%)	**0** (0,0%)	**0** (0,0%)	**13** (25,5%)	**15** (29,4%)	**7** (13,7%)	**4** (7,8%)	**4** (7,8%)	**4** (7,8%)	**1** (2,0%)

Tabel 1. Barrières voor preventie bij de huisarts per sociale klasse

legende: a. reeds goede opvolging; b. andere bezigheden; c. moeilijke verplaatsing; d. al teveel kosten; e. de huisarts niet goed kennen; f. bij de specialist gaan; g. problemen pas aanpakken als ze zich voordoen; h. nog nooit uitgenodigd zijn; i. nog nooit ernstig ziek geweest zijn; j. hier nog nooit bij stil gestaan hebben; k. de huisarts heeft het niet gezegd; l. andere redenen; L= lagere SES, LM= lagere midden SES, HM= hogere midden SES, H= hogere SES

Tabel 2

	SES	**a**	**b**	**c**	**d**	**e**	**f**	**g**	**h**	**i**
percentages per sociale klasse	**L**	0,0%	35,7%	21,4%	35,7%	28,6%	0,0%	7,1%	14,3%	0,0%
	LM	0,0%	28,6%	28,6%	21,4%	14,3%	0,0%	7,1%	21,4%	0,0%
	HM	7,1%	35,7%	7,1%	50,0%	42,9%	7,1%	0,0%	14,3%	0,0%
	H	22,2%	11,1%	11,1%	22,2%	22,2%	22,2%	11,1%	22,2%	0,0%
totale aantallen per sociale klasse	**L**	0	5	3	5	4	0	1	2	0
	LM	0	4	4	3	2	0	1	3	0
	HM	1	5	1	7	6	1	0	2	0
	H	2	1	1	2	2	2	1	2	0
totaal aantal (percentage)	51	**3** (5,9%)	**15** (29,4%)	**9** (17,6%)	**17** (33,3%)	**14** (27,5%)	**3** (5,9%)	**3** (5,9%)	**9** (17,6%)	**0** (0,0%)

Tabel 2. Stimuli voor preventie bij de huisarts per sociale klasse

legende: a. meer tijd hebben; b. meer informatie over het nut van preventie krijgen; c. een volledige terugbetaling van de consultatie; d. een uitnodiging van mijn huisarts; e. jaarlijks een uitnodigingsbrief krijgen; f. aangespoord worden door reclame in de pers (krant, tv, radio); g. hiervoor verlof krijgen op het werk; h. mijn huisarts goed genoeg kennen; i. andere; L= lagere SES, LM= lagere midden SES, HM= hogere midden SES, H= hogere SES

Tabel 3 *(zie legende bij tabel 4 op de volgende bladzijde)*

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**
HB	29	22	10	1	30	7	16	11	6	31	9	6	5
	65,9%	56,4%	26,3%	4,0%	73,2%	22,6%	42,1%	30,6%	18,8%	72,1%	26,5%	18,2%	16,1%
B	13	15	11	2	9	8	19	19	9	10	10	6	4
	29,5%	38,5%	28,9%	8,0%	22,0%	25,8%	50,0%	52,8%	28,1%	23,3%	29,4%	18,2%	12,9%
MB	2	2	13	13	2	10	1	5	9	1	8	9	8
	4,5%	5,1%	34,2%	52,0%	4,9%	32,3%	2,6%	13,9%	28,1%	2,3%	23,5%	27,3%	25,8%
HNB	0	0	4	9	0	6	2	1	8	1	7	12	14
	0,0%	0,0%	10,5%	36,0%	0,0%	19,4%	5,3%	2,8%	25,0%	2,3%	20,6%	36,4%	45,2%

Tabel 3. Belang van de drijfveren om in te gaan op een uitnodiging voor de totale studiepopulatie

Tabel 4

L	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
%HB	58,3	58,3	33,3	0,0	75,0	25,0	50,0	50,0	33,3	53,8	22,2	11,1	11,1
%B	25,0	33,3	33,3	28,6	16,7	25,0	40,0	20,0	11,1	46,2	44,4	33,3	22,2
%MB	16,7	8,3	25,0	57,1	8,3	37,5	10,0	30,0	22,2	0,0	22,2	33,3	44,4
%HNB	0,0	0,0	8,3	14,3	0,0	12,5	0,0	0,0	33,3	0,0	11,1	22,2	22,2
LM	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**
%HB	66,7	66,7	22,2	16,7	80,0	42,9	63,6	44,4	12,5	90,9	57,1	42,9	57,1
%B	33,3	33,3	55,6	16,7	10,0	14,3	36,4	44,4	25,0	9,1	14,3	14,3	0,0
%MB	0,0	0,0	22,2	50,0	10,0	14,3	0,0	11,1	25,0	0,0	14,3	14,3	0,0
%HNB	0,0	0,0	0,0	16,7	0,0	28,6	0,0	0,0	37,5	0,0	14,3	28,6	42,9
HM	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**
%HB	69,2	54,5	36,4	0,0	66,7	20,0	27,3	9,1	11,1	75,0	25,0	9,1	0,0
%B	30,8	36,4	18,2	0,0	33,3	40,0	63,6	72,7	33,3	16,7	25,0	9,1	20,0
%MB	0,0	9,1	27,3	57,1	0,0	20,0	0,0	9,1	44,4	0,0	41,7	36,4	30,0
%HNB	0,0	0,0	18,2	42,9	0,0	20,0	9,1	9,1	11,1	8,3	8,3	45,5	50,0
H	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**
%HB	71,4	37,5	0,0	0,0	71,4	0,0	14,3	14,3	14,3	62,5	0,0	14,3	0,0
%B	28,6	62,5	14,3	0,0	28,6	14,3	57,1	71,4	42,9	25,0	42,9	28,6	0,0
%MB	0,0	0,0	71,4	33,3	0,0	71,4	14,3	14,3	28,6	12,5	0,0	14,3	33,3
%HNB	0,0	0,0	14,3	66,7	0,0	14,3	14,3	0,0	14,3	0,0	57,1	42,9	66,7

Tabel 4. Belang van de drijfveren om in te gaan op een uitnodiging per sociale klasse

legende: 1. dat men het nut van het onderzoek aantoont; 2. meer informatie krijgen over het onderzoek; 3. het is gratis; 4. ik heb meer geld om het te betalen; 5. voorkomen is altijd beter dan genezen; 6. mijn familie of kennissen raden het aan; 7. een gesprek over het onderzoek met mijn arts; 8. het onderzoek gaat van mijn eigen huisarts uit; 9. het onderzoek gaat uit van de overheid; 10. mijn huisarts krijgt de resultaten; 11. het onderzoek is verplicht; 12. vrije tijd hebben om deel te nemen; 13. verlof krijgen op het werk om deel te nemen; HB= heel belangrijk, B= belangrijk, MB= minder belangrijk, HNB= helemaal niet belangrijk; L= lagere SES, LM= lagere midden SES, HM= hogere midden SES, H= hogere SES

Tabel 5

	SES	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k
percentages per sociale klasse	**L**	0,0%	0,0%	14,3%	7,1%	7,1%	28,6%	21,4%	7,1%	7,1%	35,7%	7,1%
	LM	0,0%	28,6%	21,4%	0,0%	0,0%	0,0%	7,1%	0,0%	0,0%	7,1%	7,1%
	HM	14,3%	28,6%	7,1%	7,1%	7,1%	21,4%	0,0%	7,1%	0,0%	14,3%	7,1%
	H	22,2%	11,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	11,1%	0,0%	0,0%	11,1%	22,2%
totale aantallen per sociale klasse	**L**	0	0	2	1	1	4	3	1	1	5	1
	LM	0	4	3	0	0	0	1	0	0	1	1
	HM	2	4	1	1	1	3	0	1	0	2	1
	H	2	1	0	0	0	0	1	0	0	1	2
totaal aantal (percentage)	51	**4** (7,8%)	**9** (17,6%)	**6** (11,8%)	**2** (3,9%)	**2** (3,9%)	**7** (13,7%)	**5** (9,8%)	**2** (3,9%)	**1** (2,0%)	**9** (17,6%)	**5** (9,8%)

Tabel 5. Percentages en aantallen per sociale klasse

legende: a. ik heb er geen tijd voor; b. ik weet onvoldoende over hoe het onderzoek verloopt; c. ik weet niet hoeveel het onderzoek kost; d. ik vind het onderzoek te lastig; e. ik ben gegeneerd om het onderzoek uit te voeren; f. ik wil niet naar een vreemd arts of dienst; g. ik ben bang om geconfronteerd te worden met een ziekte; h. ik kan moeilijk praten over een ziekte; i. men vindt toch altijd allerlei problemen; j. ik ben bang dat men iets erg vindt; k. andere redenen;
L= lagere SES, LM= lagere midden SES, HM= hogere midden SES, H= hogere SES

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Sara WILLEMS
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0173	17-feb-15	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Preventie op maat met een aangepast GMD+? - enquête (Manama Katrien Van Schandevyl)

Belgisch Registratienummer: B670201523746

* Antwoord onderzoekers dd. 12/02/2015 op opmerkingen EC dd. 09/02/2015
* Adviesaanvraagformulier (versie 3) dd. 10/02/2015
* Toestemmingsformulier (bijlage 3) dd. 10/02/2015
* Vragenlijsten
  - enquête man (bijlage 1) - versie 3 dd. 10/02/2015
  - enquête vrouw (bijlage 2) - versie 3 dd. 10/02/2015

Advies werd gevraagd door:

Prof. dr. S. WILLEMS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 12/02/2015. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 12/02/2016, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.

A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 12/02/2015. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 12/02/2016, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 17/02/2015

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 17/02/2015

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

./.