

Preventie in de huisartsenpraktijk anno 2008

De vroege opsporing van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en nierziekten

M.M.J. Nielen
F.G. Schellevis



ISBN 978-90-6905-915-0

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2008 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	5
Samenvatting	7
1 Inleiding	9
2 Vraagstellingen	11
3 Methode	13
3.1 Samenstelling van de vragenlijst	13
3.2 Steekproeftrekking en gegevensverzameling	13
3.3 Statistische analyse	14
4 Resultaten	15
5 Discussie	27
Referenties	31
Bijlage 1: Vragenlijst	33
Bijlage 2: Subgroepanalyses met statistisch significante bevindingen	43

Voorwoord

Dit rapport is een verslag van een onderzoek naar de opvattingen, attitude en werkwijze van Nederlandse huisartsen anno 2008 t.a.v. de primaire preventie van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en nierziekten. Het onderzoek vond plaats voor de realisatie van het z.g. preventieconsult en is daarmee te beschouwen als een beschrijving van de uitgangssituatie voorafgaand aan de implementatie van nieuwe preventieve activiteiten in de huisartsenpraktijk.

Het onderzoek is op verzoek en met subsidie van de Nederlandse Hartstichting, het Diabetesfonds en de Nierstichting Nederland door het NIVEL uitgevoerd.

Een commissie, bestaande uit prof.dr. W.J.J. Assendelft, dr. A.J.M. Drenthen, dr. P. van den Hombergh, en mw. Ir. I. van Dis heeft het onderzoeksproject begeleid. De auteurs danken de commissieleden voor hun waardevolle inbreng.

Utrecht, juli 2008

Samenvatting

Uit de preventienota “Gezond zijn, Gezond blijven” blijkt dat de overheid prioriteit geeft aan het voorkomen, respectievelijk uitstellen, van ziekten door maatregelen op het gebied van leefstijl, voeding en beweging. Het ministerie van VWS heeft aangegeven dat preventie een meer vanzelfsprekend onderdeel moet gaan uitmaken van de reguliere zorgverlening. De drempel naar de eerste lijn, waaronder de huisarts, is laag en daarom kan de huisarts een belangrijke rol spelen in het vroegtijdig signaleren van mensen die vanwege hun risicoprofiel in aanmerking (moeten) komen voor preventieve maatregelen. Gezamenlijk met de Nederlandse Hartstichting, het Diabetesfonds en de Nierstichting Nederland werken het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) aan de invulling van een ‘preventieconsult’ voor mensen die vragen hebben over hun gezondheid. Binnen het preventieconsult is de module hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en chronische nierziekten (voorlopig ‘cardiometabole module’ genoemd) een belangrijk onderdeel. De Nederlandse Hartstichting, het Diabetesfonds en de Nierstichting Nederland hebben het initiatief genomen om een dergelijke cardiometabole module te ontwikkelen. Het doel van deze module is actieve opsporing via de reguliere zorg van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en chronische nierziekten. Om de kansen op een succesvolle implementatie van deze preventieve activiteiten goed in te schatten is het relevant om inzicht te hebben in de huidige attitude en werkwijze van huisartsen ten aanzien van (hun rol in) preventieve activiteiten. Het doel van dit onderzoek was inzicht krijgen in de mening van huisartsen over primaire preventie van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en chronische nierziekten en in hoeverre de primaire preventie momenteel al uitgevoerd wordt in de huisartspraktijk.

De vraagstellingen van dit onderzoek werden beantwoord met behulp van een vragenlijst onder huisartsen, samengesteld in samenwerking met de Nederlandse Hartstichting, de LHV en het NHG. De vragenlijst werd verzonden naar een aselechte steekproef van 1.100 huisartsen uit het NIVEL-register van momenteel praktiserende huisartsen.

Van de 1.100 verstuurde vragenlijsten, werden er 330 ingevuld teruggestuurd (respons 30%). Vanwege de geringe verschillen tussen de kenmerken van de totale populatie huisartsen in Nederland en de respondenten in dit onderzoek, kunnen de resultaten in dit onderzoek beschouwd worden als een representatieve afspiegeling van de populatie praktiserende huisartsen in Nederland.

Ongeveer een kwart van de huisartsen roept patiënten actief op voor preventieve metingen voor het inschatten van het risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en chronische nierziekten. Preventieve metingen worden voornamelijk uitgevoerd als de patiënt hier tijdens het consult zelf om vraagt of wanneer mensen voor andere klachten op het spreekuur komen. Het preventief testen van de bloeddruk, het lipidenprofiel en het glucosegehalte wordt op grotere schaal uitgevoerd dan het testen van albuminurie. De meeste huisartsen zijn van mening dat opsporing met name gericht dient te zijn op de groep patiënten met het hoogste risico op het krijgen van de betreffende aandoeningen. De belangrijkste aanleiding voor preventief testen bleek het hebben van eerstegraads familieleden met hart- en vaatziekten voor het 60^e levensjaar en/of diabetes mellitus. Ook

bij mensen met overgewicht en bij rokers wordt relatief vaak een preventieve test uitgevoerd. Daarentegen voeren huisartsen relatief weinig preventieve metingen uit op basis van een lage sociaaleconomische status of allochtone afkomst.

Voor de responderende huisartsen is de huisartsenpraktijk de aangewezen plaats om mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of chronische nierziekten op te sporen, al kunnen preventieve activiteiten goed uitgevoerd worden door een praktijkondersteuner op HBO-niveau (POH). Toch wordt het grootste gedeelte van de preventieve activiteiten door de huisarts zelf uitgevoerd, met uitzondering van bijvoorbeeld het uitvoeren van laboratoriumtesten. Bij vervolggconsulten wordt een groot deel van de taken uitgevoerd door de POH. Een gesprek met de patiënt om de uitslagen te bespreken en verwijzingen voor beweegadvies worden in het grootste gedeelte van de gevallen door de huisarts zelf gedaan, maar het geven van leefstijladvies, het meegeven van voorlichtingsbrochures, verwijzing naar een diëtist(e) en verwijzingen naar programma's voor leefstijlbevordering worden vaak ook door de POH gedaan. Dit geldt ook voor herhalingscontroles en het bespreken van eventuele vorderingen met de patiënt.

De cardiometabole module blijkt een nuttig onderdeel van het toekomstig preventieconsult, aangezien voor dit onderdeel meer belangstelling blijkt te zijn onder huisartsen dan bijvoorbeeld preventie van kanker en psychische klachten. Voorwaarde is dat de cardiometabole module dan wel uitgevoerd moet worden bij mensen die een verhoogd risico lopen. De meningen zijn verdeeld over de andere settings waarbinnen de cardiometabole module ook kan worden uitgevoerd. Het meest positief zijn de respondenten over het uitvoeren van de module bij de GGD, een ziekenhuis, het diagnostisch centrum/huisartsenlaboratorium of de arbodienst. Indien de cardiometabole module in een andere setting zou plaatsvinden geeft de overgrote meerderheid van de huisartsen aan dat er dan eerst afspraken gemaakt dienen te worden over een gemeenschappelijk protocol.

Huisartsen doen op het gebied van preventie nog veel zelf, waardoor er mogelijk capaciteitsproblemen kunnen gaan ontstaan. Voor een goede implementatie van de cardiometabole module lijkt er nog winst te behalen in de organisatie:

- a. De meerderheid van de huisartsen geeft aan dat in de huisartsenpraktijk taken overgenomen kunnen worden door een POH-er. Het is van belang dat de POH-er de tools en voldoende tijd en gelegenheid krijgt om dit te kunnen doen.
- b. Mogelijkheden voor meer samenwerking met relevante professionals en organisaties moeten verder verkend worden.
- c. De programmatische, pro-actieve aanpak van preventie dient verder gestimuleerd te worden.

1 Inleiding

Preventie is “in”. De recentelijk uitgebrachte nota van het ministerie van VWS over preventie “Gezond zijn, gezond blijven” laat zien dat de overheid prioriteit geeft aan het trachten te voorkomen, respectievelijk uitstellen, van ziekten door maatregelen op het gebied van leefstijl, voeding en beweging. Ook de opsporing van mensen met een verhoogd risico op ziekten en gerichte preventieve maatregelen om het risico te verlagen, respectievelijk het ontstaan van ziekten uit te stellen, krijgt aandacht [1].

Historisch gezien is er in Nederland sprake van een scheiding tussen de preventieve en curatieve gezondheidszorg. In toenemende mate realiseren partijen in het veld van de volksgezondheid en de gezondheidszorg dat deze scheiding niet realistisch en niet productief is. Recente evaluaties van initiatieven op het gebied van de opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten [2] en chronische nierziekten [3] laten ook zien dat de effectiviteit van deze initiatieven hoger zou kunnen zijn bij een betere inbedding in de curatieve zorg. Tijdens een *invitational conference* op 1 november 2007, georganiseerd door de Nederlandse Hartstichting, het Diabetesfonds, en de Nierstichting Nederland, bleek hiervoor zeker ook draagvlak te bestaan. Parallel aan de historische scheiding tussen preventie en curatie hebben huisartsen zich lange tijd terughoudend opgesteld in het uitvoeren van preventieve activiteiten. Sinds een jaar of tien is daarin geleidelijk verandering gekomen. De jaarlijkse griepvaccinatiecampagne en de screening op baarmoederhalskanker zijn voorbeelden van succesvolle preventieve activiteiten vanuit de huisartsenpraktijk.

Op het gebied van de preventie van hart- en vaatziekten is er al het nodige voorwerk gedaan in het kader van het landelijke project “Preventie Maatwerk” [4]. Uit eerder onderzoek bleek dat 80% van de huisartsen van mening is dat verbeteringen mogelijk zijn wat betreft de behandeling van hypertensie, o.a. door een betere screening van patiënten [5]. Het ministerie van VWS heeft aangegeven dat preventie een meer vanzelfsprekend onderdeel moet gaan uitmaken van de reguliere zorgverlening. De drempel naar de eerste lijn, waaronder de huisarts is laag: zo’n 75% van de mensen bezoekt jaarlijks de huisartsenpraktijk [6]. De huisarts kan daarom een belangrijke rol spelen in het vroegtijdig signaleren van mensen die vanwege hun risicoprofiel in aanmerking (moeten) komen voor preventieve maatregelen. Zorgverleners in de eerste lijn staan dicht bij de mensen, en mensen blijken gevoelig voor gezondheidsadviezen van bijvoorbeeld huisartsen of verpleegkundigen. Wel is volgens het Ministerie een betere verbinding nodig tussen de huidige eerste lijn (huisartsen, gezondheidscentra) en de instanties die zich meer met publieke gezondheid bezighouden, zoals gemeenten, GGD-en en thuiszorgorganisaties [1].

De preventienota “Gezond zijn, Gezond blijven” is door de huisartsenberoepsorganisaties (het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)) positief ontvangen. In een gezamenlijk schrijven aan de minister hebben zij laten weten dat het nieuwe beleid op het gebied van gezondheid en preventie hen zeer aan-

spreekt [7]. Zij delen het voornemen van het kabinet om preventie een meer vanzelfsprekend onderdeel van de reguliere zorgverlening te maken. De beroepsorganisaties geven aan het initiatief te zullen nemen voor een betere samenwerking met andere instanties als de GGD-en. Gezamenlijk met de Nederlandse Hartstichting, het Diabetesfonds en de Nierstichting Nederland werken NHG en LHV aan de invulling van een 'preventieconsult' voor mensen die vragen hebben over hun gezondheid.

De eerste opzet voor het preventieconsult is gepresenteerd tijdens een minisymposium voorafgaand aan de Algemene Ledenvergadering van het NHG op 13 december 2007. Binnen het preventieconsult is de module hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en chronische nierziekten (voorlopig 'cardiometabole module' genoemd) een belangrijk onderdeel. In deze module gaat het om primaire preventie, d.w.z. opsporing van mensen die deze aandoeningen (nog) niet hebben (in deze rapportage wordt verder met de term 'preventie' primaire preventie bedoeld). De Nederlandse Hartstichting, het Diabetesfonds en de Nierstichting Nederland hebben het initiatief genomen om een dergelijke cardiometabole module te ontwikkelen. Deze module omvat een gestandaardiseerde anamnese, lichamelijk onderzoek, laboratoriumonderzoek, leefstijladvisering en follow-up. Het doel van deze module is actieve opsporing via de reguliere zorg van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en chronische nierziekten, met speciale aandacht voor mensen in de lagere sociaal-economische klasse, 45-plussers en mensen met twee of meer bestaande risicofactoren. De cardiometabole module bestaat uit een aantal vragen en testen die tot doel hebben het risicoprofiel in kaart te brengen. Gezien de laagdrempeligheid van de huisartsenpraktijk zullen huisartsen hierin een centrale rol krijgen, maar ook thuiszorgmedewerkers, bedrijfsartsen, GGD-en en andere partijen kunnen deze testen uitvoeren. Een werkgroep bestaande uit relevante professionals gaat een richtlijn voor de uitvoering van de cardiometabole module ontwikkelen en het is denkbaar dat deze onderdeel gaat uitmaken van het aanbod van huisartsen in het kader van het preventieconsult.

Teneinde de kansen op een succesvolle implementatie van deze preventieve activiteiten goed in te schatten is het relevant om inzicht te hebben in de huidige attitude en werkwijze van huisartsen ten aanzien van (hun rol in) preventieve activiteiten. Het onderhavige onderzoek heeft tot doel dit inzicht te bieden en kan tevens gezien worden als de vaststelling van de Ausgangssituation (nulmeting) voordat nieuwe preventieactiviteiten als de cardiometabole module op grote schaal worden geïntroduceerd. De resultaten van dit onderzoek zullen o.a. worden gebruikt bij de voorbereiding van het implementatieplan van de module. Bij de voorbereiding van de gegevensverzameling zal daarom rekening worden gehouden met de mogelijkheid van herhaalde metingen om de implementatie van preventieve activiteiten in het algemeen en van de cardiometabole module in het bijzonder te monitoren.

2 Vraagstellingen

Het onderhavige onderzoek geeft antwoord op drie vragen:

1. Wat is anno 2008 de stand van zaken in huisartsenpraktijken in Nederland met betrekking tot de vroege opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus of chronische nierziekten?
2. Welke opvattingen hebben huisartsen anno 2008 over het nut van preventie van deze ziekten, van de vroege opsporing van mensen met een verhoogd risico, en welke taak zien zij daarin voor zichzelf?
3. Hoe kijken huisartsen aan tegen de z.g. cardiometabole module, respectievelijk de verschillende testen die tezamen de cardiometabole module vormen?

3 Methode

De vraagstellingen van dit onderzoek werden beantwoord met behulp van een vragenlijst onder huisartsen. In de onderstaande paragrafen zullen de samenstelling van de vragenlijst, de steekproeftrekking en de statistische analyses beschreven worden.

3.1 Samenstelling van de vragenlijst

Bij het samenstellen van de vragen in de vragenlijst werd bekeken of er eerder gebruikte vragenlijsten op het gebied van preventieve activiteiten in de huisartsenpraktijk gebruikt konden worden, zoals peilingen onder huisartsen van de Nederlandse Hartstichting (Duursma Healthcare Research, 2006 en TNS/NIPO in opdracht van het NHG, 1999 en 2006) en het Nationaal Preventie Onderzoek 2006 van NOC*NSF en Pfizer [8, 9]. Het bleek echter dat de vragen in deze vragenlijsten niet bruikbaar waren voor het beantwoorden van de vraagstellingen in dit onderzoek, omdat deze vragenlijsten gaan over preventie in het algemeen, terwijl dit onderzoek specifiek gericht is op de primaire preventie van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en chronische nierziekten. Derhalve is besloten om een nieuwe vragenlijst samen te stellen in samenwerking met de Nederlandse Hartstichting, de LHV en het NHG. De vragen in deze vragenlijst zijn echter wel geïnspireerd op de eerder genoemde vragenlijsten, zodat vergelijking met eerdere onderzoeken mogelijk blijft. De volledige vragenlijst staat vermeld in bijlage 1.

3.2 Steekproeftrekking en gegevensverzameling

De vragenlijst werd verzonden naar een aselechte steekproef van 1.000 huisartsen, getrokken uit het NIVEL-register van momenteel praktiserende Nederlandse huisartsen (inclusief Huisartsen In Dienst van een Huisarts (HIDHA's)). Van een aantal kenmerken mag verwacht worden dat deze de attitude en werkwijze van huisartsen met betrekking tot preventie beïnvloeden, zoals leeftijd, geslacht, praktijkvorm en de stedelijkheidsgraad van de vestigingsplaats van de huisarts. Bij een niet-selectieve respons werd vooraf verwacht dat er te weinig huisartsen onder de 40 jaar zouden responderen om zinvolle analyses uit te voeren in deze leeftijdsgroep. Derhalve werd de aselechte steekproef uitgebreid met een aselechte steekproef van 100 huisartsen onder de 40 jaar. De totale steekproef bedroeg hierdoor 1.100 huisartsen.

De vragenlijst werd verzonden per post aan de steekproef van huisartsen met een aanbevelingsbrief van het NHG en de LHV. Twee weken na de verzending van de vragenlijst werd een herinnering verzonden aan de huisartsen die op dat moment nog geen ingevulde vragenlijst hadden teruggestuurd.

Bij wijze van *incentive* is onder de respondenten een boek verloot.

3.3 Statistische analyse

Een non-respons analyse werd uitgevoerd door de respondenten en de non-respondenten te vergelijken op kenmerken waarover gegevens in het NIVEL-register van huisartsen beschikbaar zijn, namelijk leeftijd, geslacht, urbanisatiegraad van de vestigingsplaats en het onderscheid tussen huisartsen met een eigen praktijk en HIDHA's.

De gegevens uit de geretourneerde vragenlijsten zijn na data-entry geanalyseerd met frequentietabellen en gemiddelden met standaarddeviaties. Daarnaast werden in sub-groepanalyses verschillen getoetst tussen diverse groepen huisartsen met chi-kwadraat toetsen, t-toetsen en ANOVA's, afhankelijk van de gebruikte schaal. Per vraag werden verschillen getoetst tussen huisartsen in verschillende leeftijdscategorieën (< 40 jaar, 40-49 jaar, 50-59 jaar en 60 jaar en ouder), verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen, verschillen tussen huisartsen in verschillende praktijkvormen (solopraktijk, duopraktijk, groepspraktijk en gezondheidscentrum) en verschillen tussen huisartsen die werkzaam zijn in (zeer) sterk stedelijke, matig stedelijke en weinig/niet stedelijke gebieden. Bij de meeste subgroepanalyses werd een p-waarde kleiner dan 0,05 beschouwd als statistisch significant. Bij een aantal subgroepanalyses werd een p-waarde van kleiner dan 0,01 gehanteerd; dit is in de tekst aangegeven. Alleen de statistisch significante verschillen tussen subgroepen zijn vermeld in de tekst en weergegeven in tabellen, deels in bijlage 2.

4 Resultaten

Respons

Van de 1.100 verstuurde vragenlijsten, werden er 330 ingevuld teruggestuurd en 14 onbestelbaar retour afzender gestuurd, wat een netto respons opleverde van 30%. Na de start van de data-analyse kwamen nog 32 vragenlijsten binnen (bruto respons van 33%).

In tabel 4.1 staan de kenmerken van de representatieve steekproef van 1000 huisartsen en de kenmerken van de respondenten vermeld.

Tabel 4.1: Kenmerken van de respondenten

	Representatieve steekproef (n=1.000)	Respondenten (n=330)
Leeftijd		
< 40 jaar (%)	18,6	21,5
40-49 jaar (%)	30,8	26,7
50-59 jaar (%)	39,9	44,5
60 jaar en ouder (%)	10,7	7,3
Geslacht		
Man (%)	62,9	61,2
Vrouw (%)	37,1	38,8
Functie		
Zelfstandig (%)	86,1	87,3
HIDHA (%)	13,9	12,7
Stedelijkheid vestiging		
(Zeer) sterk (%)	43,9	43,5
Matig (%)	18,5	18,3
Weinig/Niet (%)	35,3	38,2
Praktijkvorm		
Solopraktijk (%)	---	30,8
Duopraktijk (%)	---	34,1
Groepspraktijk (%)	---	24,1
Gezondheidscentrum (%)	---	11,0
Ondersteunend personeel		
Praktijkassistent (%)	---	92,1
Praktijkondersteuner op HBO-niveau (POH)/Praktijkverpleegkundige (%)	---	82,4
Nurse practitioner (%)	---	4,0
Disciplines gevestigd op het praktijkadres		
Fysiotherapie/Oefentherapie (%)	---	33,7
Diëtiek (%)	---	31,9

De kenmerken van de respondenten en de kenmerken van de 1000 huisartsen in de representatieve steekproef verschilden niet wat betreft geslacht, functie van de huisarts en stedelijkheid van de vestiging van de praktijk. Er bleken relatief veel huisartsen in de leeftijdscategorie 50-59 jaar de vragenlijst te hebben ingevuld ($p < 0,001$). Ook waren er relatief meer respondenten in de leeftijdscategorie onder de 40 jaar ($p < 0,05$), wat veroorzaakt wordt door de extra steekproef van 100 huisartsen in deze leeftijdscategorie.

Vanwege de geringe verschillen tussen de kenmerken van de totale populatie en de respondenten, kunnen de resultaten in dit onderzoek beschouwd worden als een representatieve afspiegeling van de populatie praktiserende huisartsen in Nederland.

Bij 92% van de responderende huisartsen is er een praktijkassistent in de huisartspraktijk aanwezig, in 82% van de gevallen een praktijkondersteuner op HBO-niveau (POH) of een praktijkverpleegkundige en bij 4% een nurse practitioner. Bij 34% van de responderende huisartsen is op het praktijkadres fysiotherapie gevestigd en 32% heeft op het praktijkadres diëtetiek.

De werkwijze van huisartsen ten aanzien van opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus of chronische nierziekten

Aan de hand van vier stellingen werd de huisartsen gevraagd naar de werkwijze binnen de huisartsenpraktijk ten aanzien van opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en chronische nierziekten. De antwoorden op deze stellingen staan vermeld in tabel 4.2.

Tabel 4.2: Werkwijze van huisartsen ten aanzien van de opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en chronische nierziekten (n=330; percentages)

	Helemaal onze werkwijze				Helemaal niet onze werkwijze
In mijn huisartspraktijk worden mensen actief opgeroepen om naar de praktijk te komen voor een preventieve meting	11,6	11,9	12,2	18,3	45,9*
In mijn huisartspraktijk worden preventieve metingen uitgevoerd als mensen er zelf tijdens het consult naar vragen	53,8	36,2	7,3	2,1	0,6
In mijn huisartspraktijk worden er op ons initiatief preventieve metingen uitgevoerd bij mensen die voor andere klachten dan hart- en vaatziekten, diabetes mellitus of nierziekten op het spreekuur komen	22,9	32,7	19,6	17,1	7,6
In mijn huisartspraktijk worden er op ons initiatief preventieve metingen uitgevoerd bij mensen die al bekend zijn met één of meer risicofactoren voor hart- en vaatziekten, diabetes mellitus of een nierziekte	79,0	17,1	2,4	0,6	0,9

* Meest frequent gegeven antwoord is **vet** gedrukt.

Bijna de helft van de huisartsen roept patiënten niet actief op voor een preventieve meting. Wel worden in de meeste gevallen preventieve metingen uitgevoerd als de patiënt tijdens het consult hier zelf om vraagt. Ook worden er op initiatief van de huisarts in een groot deel van de gevallen preventieve metingen uitgevoerd op het gebied van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en chronische nierziekten wanneer mensen voor andere klachten op het spreekuur komen of bij patiënten die al bekend zijn met één of meer risicofactoren voor deze aandoeningen.

Actief oproepen voor preventieve metingen wordt vaker gedaan door huisartsen jonger dan 40 jaar in vergelijking met de andere leeftijdscategorieën ($p=0,02$, zie tabel A1 in bijlage 2). Wat betreft geslacht, leeftijd en praktijkvorm werden er geen verschillen gevonden in de werkwijze.

De leeftijd van de patiënt als trigger voor preventieve metingen

Voor de primaire preventie van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en chronische nierziekten kunnen door de huisarts respectievelijk de bloeddruk, het lipidenprofiel, het glucosegehalte en albuminurie getest worden. Aan de huisartsen werd gevraagd op welke leeftijd deze metingen bij patiënten uitgevoerd worden, uitgesplitst naar het geslacht van de patiënt (tabel 4.3). 53% van de huisartsen voert nooit een albuminurie test uit als onderdeel van primaire preventie. Dit percentage ligt lager voor de andere drie testen (28% bij lipidenprofiel, 22% bij glucose en 16% bij bloeddruk). Het percentage huisartsen dat het lipidenprofiel nooit meet als onderdeel van primaire preventie lag hoger in de leeftijdsgroep 50-59 jaar in vergelijking met de leeftijdsgroep jonger dan 40 jaar (36% versus 16%, $p=0,03$). Verder werden er geen statistisch significante verschillen gevonden tussen de verschillende subgroepen.

Alle testen worden bij vrouwelijke patiënten gemiddeld op hogere leeftijd uitgevoerd in vergelijking met mannelijke patiënten. De gemiddelde leeftijd van de patiënten lag het hoogste voor het testen op albuminurie en het laagste voor het testen van het lipidenprofiel. Mannelijke huisartsen meten het lipidenprofiel, de bloeddruk en het glucosegehalte bij jongere patiënten in vergelijking met vrouwelijke huisartsen (zie tabel A2 in bijlage 2). Huisartsen onder de 40 jaar meten bij mannelijke patiënten het lipidenprofiel op een gemiddeld oudere leeftijd in vergelijking met oudere huisartsen (zie tabel A3 in bijlage 2).

Tabel 4.3: Gemiddelde leeftijd van patiënten bij meting van bloeddruk, lipidenprofiel, glucose en albuminurie voor primaire preventie (n=330)

	Preventieve metingen			
	bloeddruk	lipidenprofiel	glucose	albuminurie
Nooit uitgevoerd, %	15,5	28,4	21,9	52,8
Indien wel uitgevoerd:				
- leeftijd mannelijke patiënten, gemiddelde (SD)	45,6 (9,1)	43,8 (9,5)	45,8 (9,2)	47,4 (8,5)
- leeftijd vrouwelijke patiënten, gemiddelde (SD)	47,3 (9,5)	45,8 (9,8)	46,7 (9,4)	48,7 (8,6)

Risicofactoren een trigger voor preventieve metingen?

In tabel 4.4 staat het percentage van de huisartsen vermeld dat een preventieve meting uitvoert bij de aanwezigheid van risicofactoren voor hart- en vaatziekten, diabetes mellitus of chronische nierziekten. Alle vier testen worden het vaakst uitgevoerd bij patiënten met eerstegraads familieleden met hart- en vaatziekten voor het 60^e levensjaar en/of diabetes mellitus. Preventief meten van de bloeddruk, het lipidenprofiel en het glucosegehalte wordt bij mensen met deze risicofactor door meer dan 90% van de huisartsen uitgevoerd. Het preventief meten van albuminurie wordt daarentegen maar door 39% van de huisartsen gedaan. Andere risicofactoren waarbij huisartsen relatief vaak een preventieve test

uitvoeren zijn overgewicht en roken, maar ook indien een patiënt erom vraagt, ongeacht de aanwezigheid van risicofactoren.

Huisartsen die werkzaam zijn in (zeer) sterk stedelijke gebieden voeren vaker preventieve metingen uit bij diverse etnische groepen. Bij Creoolse Surinamers wordt vaker bloeddruk en glucosegehalte getest, bij Turken vaker de bloeddruk, het lipidenprofiel en het glucosegehalte, bij Marokkanen de bloeddruk en het glucosegehalte en bij Hindoestanen worden alle vier testen vaker uitgevoerd door de huisarts (alle $p < 0,01$). Daarnaast meten huisartsen in (zeer) sterk stedelijke gebieden vaker preventief het lipidenprofiel bij overmatig alcoholgebruik ($p < 0,01$). Vanwege de vele statistische toetsen in deze sub-groep analyses, is er voor gekozen om alleen de resultaten te noemen met een p-waarde kleiner dan 0,01 om toevalsbevindingen uit te sluiten (zie tabel A4 in de bijlage).

Tabel 4.4: Aantal huisartsen dat een preventieve meting (bloeddruk, lipidenprofiel, glucose en albuminurie) uitvoert bij de aanwezigheid van risicofactoren voor hart- en vaatziekten, diabetes mellitus of chronische nierziekten (n=330, percentages)

	Preventieve metingen			
	bloeddruk	lipidenprofiel	glucose	albuminurie
Patiënten met eerste graads familieleden met hart- en vaatziekten voor het 60 ^e jaar en/of diabetes mellitus	96,1	94,5	92,4	38,5
Als de patiënt erom vraagt, ongeacht de aanwezigheid van andere kenmerken	92,4	72,4	79,7	27,9
Overgewicht	83,6	68,5	79,1	14,2
Roken	73,9	47,3	36,1	10,3
Overmatig alcoholgebruik	57,9	41,8	38,2	4,8
Weinig lichaamsbeweging	40,3	21,2	23,9	1,8
Ongezonde voeding	31,8	30,6	28,2	2,1
Lage sociaal economische status	20,0	9,4	12,4	1,2
Specifieke etnische groepen:				
- Creoolse Surinamers	29,7	14,8	29,4	5,2
- Turken	14,2	8,2	17,9	2,7
- Marokkanen	14,2	9,7	20,9	3,3
- Hindoestanen	34,2	27,6	51,5	10,9

Wie voert de preventieve metingen uit?

De huisartsen is gevraagd wie meestal in de praktijk metingen uitvoert om een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of chronische nierziekten vast te stellen. Bij deze vraag werd aangegeven dat per meting slecht één antwoordcategorie mogelijk was. Toch werd er door 59% van de respondenten meerdere antwoordcategorieën aangekruist, waardoor de resultaten gebaseerd zijn op de antwoorden van de respondenten die deze vraag wel op de juiste manier hebben ingevuld (n=137). De resultaten staan vermeld in tabel 4.5.

Het grootste gedeelte van de preventieve activiteiten in de huisartsenpraktijk worden door de huisarts zelf uitgevoerd, met uitzondering van meting van de BMI (vooral door de POH) en het uitvoeren van laboratoriumtesten (testen op lipidenprofiel, micro-albuminurie, macro-albuminurie en glucose), die met name door het diagnostisch centrum of het

laboratorium worden uitgevoerd. Het afnemen van de familieanamnese en de leefstijl-anamnese wordt bij 20-40% van de huisartsen door een POH uitgevoerd. Het aanvragen van testen op lipidenprofiel, micro-albuminurie, macro-albuminurie en glucose wordt bij ruim 20% van de huisartsen door de POH uitgevoerd.

Gezien het beperkte aantal respondenten dat deze vraag op de juiste manier heeft ingevuld (n=137), zijn er voor deze vraag geen subgroepanalyses uitgevoerd.

Deze vraag is tevens op een andere manier geanalyseerd, zodat de gegevens van alle respondenten gebruikt konden worden. In deze analyse zijn alle antwoordcategorieën beschouwd als dichotome variabelen (zie tabel A5 in de bijlage). De resultaten van deze analyse zijn vergelijkbaar met de resultaten in tabel 4.5.

Tabel 4.5: Wie voert welke preventieve activiteit uit in de huisartspraktijk? (n=137; percentages)

	Huis- arts	Praktijk- assistente	POH/praktijk- verpleeg- kundige	Diagnostisch centrum/lab	Wordt nooit gedaan
Afnemen familieanamnese	74,5*	3,6	20,4	0,0	1,5
Afnemen leefstijlanamnese					
- roken	61,3	8,0	30,7	0,0	0,0
- lichaamsbeweging	51,8	8,8	38,7	0,0	0,7
- voeding	47,4	8,0	41,6	0,0	2,9
- alcoholgebruik	59,1	8,0	32,1	0,0	0,7
Bloeddrukmeting	52,6	27,7	19,7	0,0	0,0
Meting BMI	39,4	19,7	40,9	0,0	0,0
Aanvraag test lipidenprofiel	73,7	7,3	19,0	0,0	0,0
Uitvoeren test lipidenprofiel	16,1	4,4	8,8	61,3	9,5
Aanvraag test op micro-albuminurie	62,0	5,8	25,5	0,0	6,6
Uitvoeren test op micro-albuminurie	11,7	5,1	8,0	62,0	13,1
Aanvraag test op macro-albuminurie	59,1	6,6	20,4	0,0	13,9
Uitvoeren test op macro-albuminurie	11,7	18,2	7,3	44,5	18,2
Aanvraag test op glucose	70,8	6,6	22,6	0,0	0,0
Uitvoeren test op glucose	16,1	35,0	14,6	34,3	0,0
Bespreken van de uitslag van de metingen met de patiënt	82,5	0,7	16,8	0,0	0,0

* Meest frequent gegeven antwoord is **vet** gedrukt.

Handelen naar aanleiding van een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of chronische nierziekten

Wanneer een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of chronische nierziekten is vastgesteld bij een patiënt, kunnen er naar aanleiding van deze uitslag een aantal handelingen uitgevoerd worden. In tabel 4.6 staat per handeling beschreven wie deze handelingen meestal uitvoert.

Tabel 4.6: Door wie worden welke handelingen uitgevoerd in de huisartspraktijk na vaststelling van een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of chronische nierziekten? (n=330; percentages)

	Meestal de huisarts	Soms de huisarts/soms de POH	Meestal de POH	Wordt nooit gedaan
Gesprek met de patiënt ter bespreking van de uitslagen	58,2*	36,7	5,2	0,0
Geven van leefstijladvies	26,4	41,0	32,5	0,0
Meegeven van een NHG-patiëntenbrief	29,5	35,4	21,2	13,8
Meegeven voorlichtingsbrochures van andere organisaties	12,8	21,3	49,1	16,9
Verwijzing naar diëtist(e)	33,5	47,1	19,4	0,0
Verwijzing naar een fysiotherapeut voor beweegadviezen	40,0	28,9	14,2	16,9
Verwijzing naar een programma voor bevordering van een gezonde leefstijl:				
- stoppen met roken	28,2	38,4	29,1	4,3
- beweegprogramma's	26,0	35,1	28,9	10,1
Vervolggesprek om herhalingscontroles te doen en eventuele vorderingen met patiënt te bespreken	23,7	31,1	45,2	0,0

* Meest frequent gegeven antwoord is **vet** gedrukt

Een gesprek met de patiënt om de uitslagen te bespreken en verwijzingen naar de fysiotherapeut voor beweegadvies worden, volgens de meeste huisartsen, door de huisarts zelf gedaan. Het geven van leefstijladvies, het meegeven van een NHG-patiëntenbrief, verwijzing naar een diëtist(e) en verwijzingen naar programma's voor leefstijlbevordering worden soms door de huisarts en soms door de POH gedaan. De POH geeft bij de meeste huisartsen voorlichtingsbrochures van andere organisaties (zoals van Hartstichting, Diabetesfonds en Nierstichting) mee en bespreekt herhalingscontroles en eventuele vorderingen met de patiënt.

In solopraktijken worden alle handelingen (met uitzondering van het bespreken van de uitslagen) vaker uitgevoerd door de huisarts, terwijl in duo- en groepspraktijken deze handelingen vaker door de POH worden uitgevoerd (alle $p < 0,01$, zie tabel A6 in bijlage 2).

Samenwerkingsafspraken op gebied van preventie

In tabel 4.7 staat het percentage huisartsen vermeld dat samenwerkingsafspraken heeft met andere zorgverleners of instanties op het gebied van opsporing en/of behandeling van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of chronische nierziekten.

Tabel 4.7: Aantal huisartsen met samenwerkingsafspraken met andere zorgverleners of instanties op het gebied van opsporing en/of behandeling van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of chronische nierziekten (n=330)

Soort zorgverlener of instantie	% huisartsen met samenwerkingsafspraken
Diëtist(e)	48,4
Diagnostisch centrum/laboratorium	39,7
Collega-huisartsen buiten de eigen praktijk	38,7
Fysiotherapeut/Bewegingsadviseur	36,1
Ziekenhuis	25,6
Zorgverzekeraar(s)	15,8
Thuiszorg	13,1
Sportschool	3,6
GGD/Gemeente	2,0
Leefstijladviseur	1,7
Arbodienst	1,7

Huisartsen hebben op het gebied van opsporing en/of behandeling van mensen met een verhoogd risico op de eerder genoemde aandoeningen met name samenwerkingsafspraken met diëtisten (48%), het diagnostisch centrum/het laboratorium (40%) en collega-huisartsen buiten de eigen praktijk (39%). Vrouwelijke huisartsen hebben vaker samenwerkingsafspraken met collega-huisartsen buiten de eigen praktijk, een ziekenhuis, het diagnostisch centrum/lab, de thuiszorg en zorgverzekeraars vergeleken met mannelijke huisartsen (alle $p < 0,05$, zie tabel A7 in de bijlage). Daarnaast hebben huisartsen onder de 40 jaar vaker afspraken met collega's buiten de eigen praktijk en ziekenhuizen in vergelijking met oudere huisartsen ($p < 0,05$, zie tabel A8 in de bijlage). Aangezien er weinig samenwerking plaatsvindt met sportscholen, de GGD/Gemeente, de leefstijladviseur en arbodiensten, was het niet mogelijk om hiervoor verschillen tussen subgroepen betrouwbaar te schatten.

Verwijzing naar andere zorgverleners

In tabel 4.8 staat in welke mate huisartsen patiënten verwijzen naar andere zorgverleners in het kader van de primaire preventie van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of chronische nierziekten. Er wordt door de responderende huisartsen zelden verwezen naar collega-huisartsen buiten de eigen praktijk en de leefstijladviseur (respectievelijk 96% en 82% geeft aan dit nooit te doen). Wel wordt er met regelmaat verwezen naar de diëtist(e), het ziekenhuis, de fysiotherapeut en de sportschool.

Tabel 4.8: Verwijzing van patiënten naar andere zorgverleners naar aanleiding van primaire preventie van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of chronische nierziekten (n=330; percentages)

	Nooit				Altijd
Collega-huisartsen buiten de eigen praktijk	95,6*	2,5	0,9	0,9	0,0
Ziekenhuis	19,4	33,5	38,2	8,5	0,3
Diëtist(e)	3,1	3,7	35,8	46,6	10,8
Fysiotherapeut/bewegingsadviseur	13,0	23,1	39,8	21,9	2,2
Leefstijladviseur	81,9	7,7	2,6	3,2	4,5
Sportschool	18,4	24,6	33,0	20,6	3,4

* Meest frequent gegeven antwoord is **vet** gedrukt.

Vrouwelijke huisartsen verwijzen vaker naar de fysiotherapeut en de sportschool ($p < 0,01$, zie tabel A9 in de bijlage) in vergelijking met mannelijke huisartsen. In (sterk) stedelijke gebieden wordt vaker verwezen naar de fysiotherapeut ($p < 0,01$, zie tabel A10 in de bijlage) dan in minder stedelijke gebieden.

Rol van de huisarts bij primaire preventie

Aan de hand van 10 stellingen werd gevraagd naar opvattingen over de rol van de huisarts en het ondersteunend personeel bij primaire preventie bij mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of chronische nierziekten. De resultaten staan vermeld in tabel 4.9.

Uit de antwoorden op de stellingen komt naar voren dat de meeste huisartsen de te leveren inspanning van het opsporen van deze aandoeningen de moeite waard vinden (78% (helemaal) mee eens) en dat de meesten ook vinden dat vroege opsporing kan leiden tot verbeterde kwaliteit van leven van de patiënt (76% (helemaal) mee eens)). Wel dient de opsporing met name gericht te zijn op de groep patiënten met het hoogste risico op het krijgen van de aandoeningen (87% (helemaal) mee eens). De meningen zijn echter verdeeld over de kosteneffectiviteit van de vroege opsporing van deze aandoeningen (41% niet mee eens/niet mee oneens).

Aangegeven werd dat de huisartsenpraktijk de aangewezen plaats is om mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of chronische nierziekten op te sporen (94% (helemaal) mee eens) en dat preventieve activiteiten uitgevoerd kunnen worden door de POH (87% (helemaal) mee eens). Het geven van een goed leefstijladvies blijkt alleen te kunnen als er genoeg tijd is tijdens het consult (89% (helemaal) mee eens). Tenslotte geven de respondenten aan dat de huisarts en/of zijn praktijkmedewerkers ook de patiënten zouden moeten stimuleren om verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid te nemen (96% (helemaal) mee eens).

Tabel 4.9: Rol van de huisarts en het ondersteunend personeel bij primaire preventie bij mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of nierziekten (n=330; percentages)

	Helemaal mee eens			Helemaal mee oneens		
De te leveren inspanning om mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of nierziekten volgens de huidige richtlijnen vroeg op te sporen is de moeite waard	33,9	43,7*	14,4	7,6	0,3	
Door vroege opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of nierziekten leven patiënten langer met een betere kwaliteit van leven	28,7	46,8	18,3	5,8	0,3	
Vroege opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of nierziekten is kosteneffectief	14,7	28,2	40,5	13,8	2,8	
Vroege opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of nierziekten wordt door patiënten gewaardeerd	40,2	46,6	11,3	1,8	0,0	
De huisartspraktijk is de aangewezen plaats om mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of nierziekten op te sporen	67,5	26,1	4,3	1,5	0,6	
De huisarts is de bewaker van de integrale gezondheid en behandelt niet alleen ziek(t)en	59,2	31,6	6,7	1,8	0,6	
Een goed leefstijladvies is alleen te geven als er genoeg tijd is tijdens het consult	64,5	24,5	6,1	3,4	1,5	
Preventieve activiteiten lenen zich bij uitstek om te worden uitgevoerd door de praktijkondersteuner	52,9	33,9	9,5	3,4	0,3	
De huisarts of zijn praktijkmedewerkers moeten patiënten stimuleren om meer eigen verantwoordelijkheid voor hun gezondheid te nemen.	67,9	27,8	2,8	0,9	0,6	
Activiteiten ter opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of nierziekten moeten zich vooral richten op mensen bij wie de kans groot is dat zij daadwerkelijk een verhoogd risico lopen	54,1	32,7	8,3	4,0	0,9	

* Meest frequent gegeven antwoord is **vet** gedrukt.

Vanwege de vele statistische toetsen in de subgroepanalyses van deze vraag, is er voor gekozen om een p-waarde kleiner dan 0,01 te hanteren voor het vaststellen van statistisch significante verschillen om toevalsbevindingen uit te sluiten. Er werden bij de subgroep-analyses geen verschillen met een p-waarde < 0,01 gevonden tussen de verschillende subgroepen.

Cardiometabole module

In tabel 4.10 staan de meningen van de huisartsen vermeld over een cardiometabole module als onderdeel van het toekomstig preventieconsult. Volgens de responderende huisartsen is de cardiometabole module een nuttig onderdeel van het toekomstig preventieconsult (85% (helemaal) mee eens), al dient de module alleen uitgevoerd te worden bij mensen die daadwerkelijk een verhoogd risico lopen (73% (helemaal) mee eens). De meningen zijn verdeeld over wie de cardiometabole module uit mag voeren. Het meest positief zijn de respondenten over het uitvoeren van de module bij de GGD,

een ziekenhuis, het diagnostisch centrum/huisartsenlaboratorium of de arbodienst. De apotheek, de thuiszorg, buurthuizen en gecertificeerde commerciële instellingen worden hiervoor minder geschikt gevonden. Indien de cardiometabole module in een andere setting zou plaatsvinden geeft de meerderheid van de huisartsen aan dat er dan eerst afspraken gemaakt dienen te worden over een gemeenschappelijk protocol (89% (helemaal) mee eens). Vanwege de vele statistische toetsen in de subgroepanalyses van deze vraag, is er voor gekozen om alleen de resultaten te noemen met een p-waarde kleiner dan 0,01 om toevallsbevindingen uit te sluiten. Huisartsen in de leeftijdscategorie 40-49 jaar vonden relatief vaker dat de cardiometabole module ook in een ziekenhuis uitgevoerd kan worden in vergelijking met de andere leeftijdscategorieën ($p=0,01$, zie tabel A11 in bijlage 2). Verder werden er geen verschillen gevonden wat betreft leeftijd, geslacht, praktijksoort en stedelijkheid van de vestiging.

Tabel 4.10: Meningen van huisartsen over het preventieconsult en een cardiometabole module (n=330; percentages)

	Helemaal mee eens			Helemaal mee oneens	
Een cardiometabole module is nuttig als onderdeel van het toekomstig preventieconsult	44,6*	40,0	10,8	3,1	1,5
Een cardiometabole module dient alleen uitgevoerd te worden bij mensen bij wie de kans groot is dat zij daadwerkelijk een verhoogd risico lopen	31,6	41,2	13,3	10,5	3,4
Een cardiometabole check mag alleen uitgevoerd worden door huisartsen	20,6	23,4	29,6	17,4	9,0
Een cardiometabole check mag ook uitgevoerd worden in andere settings (mits de resultaten aan de huisarts worden gerapporteerd, de organisatie gecertificeerd is en zorgt voor follow-up):					
- GGD	8,9	24,9	20,3	20,3	25,6
- ziekenhuis	9,4	21,1	21,4	18,8	29,2
- diagnostisch centrum/huisartsenlaboratorium	10,7	23,0	29,4	16,2	20,7
- arbodienst	6,5	18,6	21,9	21,6	31,4
- apotheek	3,3	3,6	8,5	19,0	65,6
- thuiszorg	3,6	7,2	12,4	20,5	56,4
- buurthuizen	4,6	2,0	4,9	16,0	72,5
- gecertificeerde commerciële instellingen	5,6	5,3	14,5	16,1	58,6
Wanneer de cardiometabole check in een andere setting plaatsvindt, dienen er eerst afspraken gemaakt worden over een gemeenschappelijk protocol	71,9	16,7	5,0	2,3	4,0

* Meest frequent gegeven antwoord is **vet** gedrukt.

Preventie van andere aandoeningen binnen het preventieconsult

Tenslotte werd de huisartsen in dit onderzoek gevraagd naar het nut van preventie van andere aandoeningen binnen het preventieconsult (tabel 4.11). Met name preventie van osteoporose en valpreventie bij ouderen werden nuttig gevonden door de respondenten. Huisartsen onder de 40 jaar bleken preventie van kanker minder nuttig te vinden ten opzichte van oudere huisartsen ($p<0,01$, zie tabel A12 in bijlage 2). Verder vinden

vrouwelijke huisartsen preventie van osteoporose, valpreventie bij ouderen en pre-conceptionele advisering nuttiger als onderdeel van het preventieconsult in vergelijking met de mannelijke huisartsen ($p < 0,05$, zie tabel A13 in bijlage 2).

Tabel 4.11: Het nut van andere aandoeningen binnen een preventieconsult (n=330; percentages)

	Niet nuttig				Wel nuttig
Kanker	13,5	13,2	23,4	28,0*	21,8
Psychische aandoeningen	15,2	19,5	30,0	26,3	9,0
Osteoporose	3,7	8,0	16,6	45,7	26,1
Valpreventie bij ouderen	2,8	4,9	16,4	41,7	34,3
Gehoorscreening	7,7	17,5	28,9	32,6	13,2
Preconceptionele advisering	7,7	10,5	26,5	38,9	16,4

* Meest frequent gegeven antwoord is **vet** gedrukt.

5 Discussie

Samenvatting van de resultaten

Het doel van dit onderzoek was inzicht krijgen in de mening van huisartsen over primaire preventie van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en chronische nierziekten en in hoeverre de primaire preventie momenteel al uitgevoerd wordt in de huisartsenpraktijk. Gebleken is dat ongeveer een kwart van de huisartsen patiënten actief oproept voor preventieve metingen voor het inschatten van het risico op deze aandoeningen. Preventieve metingen worden voornamelijk uitgevoerd als de patiënt hier tijdens het consult zelf om vraagt of wanneer mensen voor andere klachten op het spreekuur komen. Ook worden er op initiatief van de huisarts in een groot deel van de gevallen preventieve metingen uitgevoerd op het gebied van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en chronische nierziekten bij patiënten die al bekend zijn met één of meer risicofactoren.

Minder dan de helft van de huisartsen voert een albuminurie test uit als onderdeel van primaire preventie. Andere preventieve testen worden door de overgrote meerderheid van de huisartsen uitgevoerd (72% bij lipidenprofiel, 78% bij glucose en 84% bij bloeddruk). Bij vrouwelijke patiënten wordt gemiddeld op een hogere leeftijd preventief getest in vergelijking met mannelijke patiënten. De belangrijkste ‘trigger’ voor preventief testen bleek het hebben van eerstegraads familieleden met hart- en vaatziekten voor het 60^e levensjaar en/of diabetes mellitus. Andere ‘triggers’ waarbij huisartsen relatief vaak een preventieve test uitvoeren zijn overgewicht en roken. Huisartsen voeren relatief weinig preventieve metingen uit op basis van een lage sociaaleconomische status of allochtone afkomst, al worden in (zeer) sterk stedelijke gebieden door een hoger percentage huisartsen preventieve metingen uitgevoerd bij diverse etnische minderheidsgroepen. De meeste huisartsen vinden de te leveren inspanning van het opsporen van deze aandoeningen de moeite waard, maar opsporing dient met name gericht te zijn op de groep patiënten met het hoogste risico op het krijgen van de aandoeningen. Aangegeven werd dat de huisartsenpraktijk de aangewezen plaats is om mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of chronische nierziekten op te sporen en dat preventieve activiteiten uitgevoerd kunnen worden door de POH.

Het grootste gedeelte van de preventieve activiteiten in de huisartsenpraktijk wordt door de huisarts zelf uitgevoerd, met uitzondering van bijvoorbeeld het uitvoeren van laboratoriumtesten, die met name door het diagnostisch centrum of het laboratorium worden uitgevoerd. Bij vervolgsconsulten wordt een groot deel van de taken van de huisarts overgenomen door de POH. Een gesprek met de patiënt om de uitslagen te bespreken en verwijzingen naar de fysiotherapeut voor bewegadvies worden in het grootste gedeelte van de gevallen door de huisarts zelf gedaan, maar het geven van leefstijladvies, het meegeven van een voorlichtingsbrochures, verwijzing naar een diëtist(e) en verwijzingen naar programma's voor leefstijlbevordering worden vaak ook door de POH gedaan. Dit geldt ook voor herhalingscontroles en het bespreken van eventuele vorderingen met de patiënt.

Op het gebied van opsporing en/of behandeling van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of chronische nierziekten hebben huisartsen met name samenwerkingsafspraken met diëtisten, het diagnostisch centrum/het laboratorium en collega-huisartsen buiten de eigen praktijk. Daarnaast wordt er met regelmaat verwezen naar de diëtist(e), het ziekenhuis, de fysiotherapeut en de sportschool.

De cardiometabole module blijkt een nuttig onderdeel van het toekomstig preventieconsult. Voor dit onderdeel blijkt namelijk meer belangstelling te zijn onder huisartsen dan bijvoorbeeld preventie van kanker en psychische klachten. De cardiometabole module dient dan wel uitgevoerd te worden bij mensen die daadwerkelijk een verhoogd risico lopen. De meningen zijn verdeeld over de andere settings waarbinnen de cardiometabole module ook kan worden uitgevoerd. Het meest positief zijn de respondenten over het uitvoeren van de module bij de GGD, een ziekenhuis, het diagnostisch centrum/huisartsenlaboratorium of de arbodienst. Indien de cardiometabole module in een andere setting zou plaatsvinden geeft de overgrote meerderheid van de huisartsen aan dat er dan eerst afspraken gemaakt dienen te worden over een gemeenschappelijk protocol. Naast de cardiometabole module wordt aangegeven dat met name preventie van osteoporose en valpreventie bij ouderen nuttig gevonden worden als mogelijk onderdeel van een preventieconsult.

Beperkingen van het onderzoek

Vanwege de geringe verschillen tussen de kenmerken van de totale huisartsenpopulatie in Nederland en de respondenten in dit onderzoek, kunnen de resultaten in dit onderzoek beschouwd worden als representatief voor de populatie praktiserende huisartsen in Nederland. Toch zijn er ook een aantal beperkingen van het onderzoek. Zo is een selectieve respons in dit onderzoek niet uit te sluiten. Het mogelijk dat met name voorstanders van preventie in de huisartsenpraktijk hebben gereageerd op dit onderzoek. Het is onbekend in hoeverre een dergelijke selectieve respons heeft plaatsgevonden. Verder is in dit onderzoek gebruik gemaakt van zelfrapportage, waardoor het gevaar van sociaal wenselijke antwoorden bestaat. Het is onbekend in hoeverre dit de resultaten van het onderzoek heeft beïnvloed.

De vraag over wie welke preventieve activiteiten uitvoert in de huisartsenpraktijk bleek niet goed ingevuld te zijn door de respondenten. Meer dan de helft van de respondenten had meer dan een antwoordcategorie ingevuld, terwijl bij deze vraag werd aangegeven dat per meting slecht één antwoordcategorie mogelijk was. Dit heeft echter niet tot vertekening geleid aangezien in een alternatieve analyse vergelijkbare resultaten werden gevonden.

In de subgroepanalyses werden bij verschillende vragen verschillen gevonden tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen en tussen oudere en jongere huisartsen. De groep jongere huisartsen (onder de 40 jaar) bestaat voornamelijk uit vrouwen, waardoor verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen deels verklaard zouden kunnen worden door de leeftijd en verschillen tussen leeftijdscategorieën deels verklaard kunnen worden door geslachtverschillen. Dit is ook gebleken uit multivariate analyses (niet opge-

nomen in dit rapport), maar de gevonden effecten in de subgroepanalyses bleven ook na correctie bestaan, al werden de verschillen wel kleiner.

De inhoud van dit onderzoek was voornamelijk gericht op primaire preventie van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en chronische nierziekten. Dit maakt vergelijking met eerder onderzoek naar preventie in de huisartspraktijk niet goed mogelijk. Wel sluiten de resultaten aan bij het Nationaal Preventie Onderzoek 2006 van NOC*NSF en Pfizer, waarin geconcludeerd werd dat huisartsen preventie zeer belangrijk vinden en dit ook als taak van de huisarts zien [9].

Conclusies en aanbevelingen

Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat huisartsen een positieve houding hebben ten aanzien van primaire preventie van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en chronische nierziekten. Wel dient de preventie met name gericht te zijn op patiënten met een verhoogd risico op deze aandoeningen. Vooral jongere huisartsen zijn positief over preventieve activiteiten, wat het makkelijker maakt om de komende jaren het preventieconsult, en in het bijzonder de cardiometabole module, te implementeren in de huisartsenpraktijk. Binnen een breder preventieconsult blijkt er nog weinig belangstelling te zijn voor de preventie van onder andere kanker en psychische problemen. De keuze om met de implementatie van de cardiometabole module te starten sluit goed aan op de voorkeur van huisartsen.

De brede spreiding in de antwoorden geeft aan dat er veel variëteit is in de manier van aanbod van preventie. Dat geeft aan dat er een gevarieerd implementatieaanbod moet komen. Daarnaast geeft het de mogelijkheid om nu reeds “best practices” te identificeren en deze bij de implementatie te betrekken.

Over een aantal onderdelen van een cardiometabole module (zoals het meten van albuminurie) bestaat nog onvoldoende consensus. Er is daarom behoefte aan een breed gedragen, evidence-based richtlijn voor de inhoud van de cardiometabole module.

Anders dan bij zorg voor chronisch zieken, waarbij er een toenemende taakdelegatie plaatsvindt, doen huisartsen op het gebied van preventie nog veel zelf, waardoor er mogelijk capaciteitsproblemen kunnen gaan ontstaan. Voor een goede implementatie van de cardiometabole module lijkt er nog winst te behalen in de organisatie:

- a. De meerderheid van de huisartsen geeft aan dat in de huisartsenpraktijk taken overgenomen kunnen worden door een POH-er. Het is van belang dat de POH-er de tools en voldoende tijd en gelegenheid krijgt om dit te kunnen doen.
- b. Meer samenwerking met relevante professionals en organisaties, zoals samenwerking met bijvoorbeeld bedrijfsgezondheidsdiensten, huisartsenlaboratoria, GGD'en en de thuiszorg moet verder verkend worden.
- c. De programmatische, pro-actieve aanpak van preventie dient verder gestimuleerd te worden.

Het lijkt verstandig om een jaar na implementatie van de cardiometabole module een vervolgmeting uit te voeren om veranderingen in de houding en werkwijze van huisartsen ten aanzien van preventie te kunnen meten. Om de resultaten daarvan goed te kunnen vergelijken met de gegevens van dit onderzoek is het van belang om hetzelfde meetinstrument te gebruiken.

Referenties

1. Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2007.
2. Jongh D de, Dijk L van, Schellevis FG. Vroege opsporing en behandeling van mensen met risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Evaluatie van initiatieven. Utrecht: NIVEL, 2007.
3. Nielen MMJ, Schellevis FG, Verheij RA. Evaluatie campagne 'Stop beginnende nierziekte'. Utrecht: NIVEL, 2007.
4. Frijling B, Hulscher M, Drenthen T, Leest L van, Braspenning J, Hoogen Hvd, Grol R. Preventie van hart- en vaatziekten. Resultaten van het LHV/NHG-project 'Preventie: maatwerk'. Huisarts Wet 2004;47:449-454.
5. Dijk van L, Hermans I, Jansen J, Bakker D de. Voorschrijven bij hypertensie in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 2004.
6. Cardol M, Dijk L van, Jong J de, Bakker DH de, Westert GP. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter? Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.
7. Nederlands Huisartsen Genootschap en Landelijke Huisartsenvereniging. Brief aan Minister Klink. Reactie NHG/LHV op VWS-preventienota. Utrecht: NHG & LHV, 29 november 2007.
8. Duursma Healthcare Research. Omnibusonderzoek bij huisartsen: hartstilstand, cardiovasculair risicomanagement, cholesterolttest. Rapportage aan de Hartstichting, 2006.
9. NOC*NSF en Pfizer. Nationaal Preventie Onderzoek Huisartsen, 2006.

Bijlage 1: Vragenlijst



Otterstraat 118-124
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Telefoon 030 2 729 700

Vragenlijst

Preventie in de huisartsenpraktijk anno 2008:

**de vroege opsporing van hart- en vaatziekten,
diabetes mellitus en nierziekten**

Toelichting

De vragen in deze vragenlijst gaan over de opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of nierziekten. Het gaat daarbij om primaire preventie, d.w.z. opsporing van mensen die deze aandoeningen (nog) niet hebben. Het doel van dit onderzoek is om een indruk te krijgen van het beeld dat huisartsen hebben van de primaire preventie van deze aandoeningen en de rol van de huisarts daarin.

Wilt u de vragenlijst invullen met een zwarte of blauwe pen?
Zet duidelijk een kruisje in het vakje van uw keuze, bijvoorbeeld:

Wat is uw geslacht ?

- ☐ man
☒ vrouw

Bij sommige vragen kunt u zelf iets opschrijven. Wilt u dat dan op de stippellijn doen?

Wilt u de ingevulde vragenlijst **binnen 14 dagen** in de bijgevoegde antwoordenenvelop terugsturen?
Een postzegel is niet nodig.

Als u meer over dit onderzoek wilt weten, dan kunt u contact opnemen met het secretariaat:
Mieke van Leeuwe, telefoon 030-2729 848 (dinsdag tot vrijdag).

De eerste vragen gaan over opsporing van risicofactoren voor hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of nierziekten in uw praktijk. Onder deze preventieve metingen worden bijvoorbeeld verstaan het meten van de bloeddruk, het bepalen van het cholesterol- en het glucosegehalte in het bloed en het testen op (macro-)albuminurie bij mensen die niet bekend zijn met deze aandoeningen.

1. Geef bij onderstaande punten aan in hoeverre dit overeen komt met de werkwijze binnen uw huisartspraktijk ten aanzien van de opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus of nierziekten.

(Per stelling is slechts 1 antwoordcategorie mogelijk)

	Helemaal onze werkwijze			Helemaal niet onze werkwijze		
In mijn huisartspraktijk worden mensen actief opgeroepen om naar de praktijk te komen voor een preventieve meting	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In mijn huisartspraktijk worden preventieve metingen uitgevoerd als mensen er zelf tijdens het consult naar vragen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In mijn huisartspraktijk worden er op ons initiatief preventieve metingen uitgevoerd bij mensen die voor andere klachten dan hart- en vaatziekten, diabetes mellitus of nierziekten op het spreekuur komen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In mijn huisartspraktijk worden er op ons initiatief preventieve metingen uitgevoerd bij mensen die al bekend zijn met één of meer risicofactoren voor hart- en vaatziekten, diabetes mellitus of een nierziekte	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Vanaf welke leeftijd voert u (bij benadering) in uw praktijk als onderdeel van primaire preventie bij mannen en vrouwen preventief de volgende metingen uit?

	Mannen	Vrouwen	Nooit
Bloeddruk	Vanaf jaar	Vanaf jaar	☐
Lipidenprofiel	Vanaf jaar	Vanaf jaar	☐
Glucose	Vanaf jaar	Vanaf jaar	☐
Albuminurie	Vanaf jaar	Vanaf jaar	☐

3. Bij welke van de onderstaande kenmerken voert u bij een patiënt preventief een bloeddrukmeting en/of een meting van het lipiden profiel, glucose of albuminurie uit?

(Per kenmerk zijn meerdere antwoorden mogelijk)

	Bloeddruk	Lipiden profiel	Glucose	Albuminurie
1. Patiënten met eerste graadsfamilieleden met hart- en vaatziekten voor het 60ste jaar en/of diabetes mellitus	☐	☐	☐	☐
2. Roken	☐	☐	☐	☐
3. Overmatig alcoholgebruik	☐	☐	☐	☐
4. Ongezonde voeding	☐	☐	☐	☐
5. Weinig lichaamsbeweging	☐	☐	☐	☐
6. Overgewicht	☐	☐	☐	☐
7. Lage sociaal economische status	☐	☐	☐	☐
8. Specifieke etnische groepen:				
a. Creoolse Surinamers	☐	☐	☐	☐
b. Turken	☐	☐	☐	☐
c. Marokkanen	☐	☐	☐	☐
d. Hindoestanen	☐	☐	☐	☐
9. Als de patiënt erom vraagt, ongeacht de aanwezigheid van andere kenmerken	☐	☐	☐	☐
10. Ik voer een preventieve meting uit bij mensen met de volgende combinatie van risicofactoren:				

(Gelieve combinaties van de bovenstaande nummers te gebruiken)

4. Wie voert meestal in uw praktijk de onderstaande activiteiten uit voor de vaststelling van een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of nierziekten?
(Per activiteit is slechts 1 antwoordcategorie mogelijk)

	U zelf	Praktijk- assistente	POH / praktijk- verpleeg- kundige	Diagnostisch centrum / lab	Wordt nooit gedaan
Afnemen familieanamnese	☐	☐	☐	☐	☐
Afnemen leefstijl-anamnese:					
- roken	☐	☐	☐	☐	☐
- lichaamsbeweging	☐	☐	☐	☐	☐
- voeding	☐	☐	☐	☐	☐
- alcoholgebruik	☐	☐	☐	☐	☐
Bloeddrukmeting	☐	☐	☐	☐	☐
Meting BMI (lengte, gewicht)	☐	☐	☐	☐	☐
Aanvraag test lipidenprofiel	☐	☐	☐	☐	☐
Uitvoeren test lipidenprofiel	☐	☐	☐	☐	☐
Aanvraag test op micro-albuminurie	☐	☐	☐	☐	☐
Uitvoeren test op micro-albuminurie	☐	☐	☐	☐	☐
Aanvraag test op macro-albuminurie	☐	☐	☐	☐	☐
Uitvoeren test op macro-albuminurie	☐	☐	☐	☐	☐
Aanvraag test op glucose	☐	☐	☐	☐	☐
Uitvoeren test op glucose	☐	☐	☐	☐	☐
Bespreking van de uitslag van de metingen met de patiënt	☐	☐	☐	☐	☐

5. Door wie worden de onderstaande handelingen meestal uitgevoerd na de vaststelling van een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of nierziekten door preventieve metingen, naast de eventuele medische behandeling?

(Per activiteit is slechts 1 antwoordcategorie mogelijk)

	Meestal de huisarts/ikzelf	Soms huisarts / soms de POH	Meestal de POH	Wordt nooit gedaan
Gesprek met de patiënt ter bespreking van de uitslagen	☐	☐	☐	☐
Geven van leefstijladvies	☐	☐	☐	☐
Meegeven van een NHG-patiëntenbrief	☐	☐	☐	☐
Meegeven voorlichtingsbrochures van andere organisaties (bijv. Hartstichting, Diabetesfonds, Nierstichting)	☐	☐	☐	☐
Verwijzing naar een diëtist(e)	☐	☐	☐	☐
Verwijzing naar een fysiotherapeut voor beweegadviezen	☐	☐	☐	☐
Verwijzing naar een programma voor bevordering van een gezonde leefstijl:				
- stoppen met roken	☐	☐	☐	☐
- beweegprogramma	☐	☐	☐	☐
- anders, nl.	☐	☐	☐	☐
Vervolggesprek om herhalingscontroles te doen en eventuele vorderingen met patiënt te bespreken	☐	☐	☐	☐

6. Met welke andere zorgverleners of instanties hebt u vaste samenwerkingsafspraken over de opsporing en/of behandeling van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of nierziekten?

(Per zorgverlener / instantie is 1 antwoordcategorie mogelijk)

	Ja	Nee
Collega-huisartsen buiten de eigen praktijk	☐	☐
GGD / gemeente	☐	☐
Ziekenhuis	☐	☐
Diagnostisch centrum / laboratorium	☐	☐
Diëtist(e)	☐	☐
Fysiotherapeut / bewegingsadviseur	☐	☐
Leefstijladviseur	☐	☐
Sportschool	☐	☐
Arbodienst	☐	☐
Thuiszorg	☐	☐
Zorgverzekeraar(s)	☐	☐
Andere, nl.	☐	☐

7. Worden patiënten in uw praktijk wel eens naar aanleiding van primaire preventie van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of chronische nierziekten verwezen naar de volgende zorgverleners?

(Per zorgverlener / instantie is 1 antwoordcategorie mogelijk)

	Nooit			Altijd		
Collega-huisartsen buiten de eigen praktijk	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ziekenhuis	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Diëtist(e)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fysiotherapeut / bewegingsadviseur	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Leefstijladviseur	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sportschool	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Andere, nl.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8. Hieronder staan enkele stellingen over primaire preventie bij mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of nierziekten en de rol van de huisarts en het ondersteunend personeel daarbij. Wilt u aangeven in hoeverre u het met onderstaande stellingen eens bent?

(Per stelling is 1 antwoordcategorie mogelijk)

	Helemaal mee eens			Helemaal mee oneens		
De te leveren inspanning om mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of nierziekten volgens de huidige richtlijnen vroeg op te sporen is de moeite waard	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Door vroege opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of nierziekten leven patiënten langer met een betere kwaliteit van leven	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vroege opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of nierziekten is kosteneffectief	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vroege opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of nierziekten wordt door patiënten gewaardeerd	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De huisartspraktijk is de aangewezen plaats om mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of nierziekten op te sporen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De huisarts is de bewaker van de integrale gezondheid en behandelt niet alleen ziek(t)en	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Een goed leefstijladvies is alleen te geven als er genoeg tijd is tijdens het consult	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Preventieve activiteiten lenen zich bij uitstek om te worden uitgevoerd door de praktijkondersteuner	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De huisarts of zijn praktijkmedewerkers moeten patiënten stimuleren om meer eigen verantwoordelijkheid voor hun gezondheid te nemen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Activiteiten ter opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of nierziekten moeten zich vooral richten op mensen bij wie de kans groot is dat zij daadwerkelijk een verhoogd risico lopen	☐	☐	☐	☐	☐	☐

9. Zoals u mogelijk weet worden voorbereidingen getroffen om patiënten in staat te stellen om bij de huisarts een z.g. preventieconsult te vragen. In het preventieconsult kan de patiënt vragen stellen over de preventie van ziekten; daarnaast kan de huisarts *evidence based* preventieve activiteiten uitvoeren. Een belangrijk onderdeel daarvan is de module hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en nierziekten (voorlopig “cardiometabole module” genoemd). Deze omvat een gestandaardiseerde anamnese, lichamelijk onderzoek, laboratoriumonderzoek, leefstijladvisering en follow-up. Wilt u aangeven in hoeverre u het eens bent met onderstaande stellingen over het preventieconsult en een cardiometabole module?

(Per stelling is 1 antwoordcategorie mogelijk)

	Helemaal mee eens		Helemaal mee oneens	
Een cardiometabole module is nuttig als onderdeel van het toekomstig preventieconsult	☐	☐	☐	☐
Een cardiometabole module dient alleen uitgevoerd te worden bij mensen bij wie de kans groot is dat zij daadwerkelijk een verhoogd risico lopen	☐	☐	☐	☐
Een cardiometabole check mag alleen uitgevoerd worden door huisartsen	☐	☐	☐	☐
Een cardiometabole check mag ook uitgevoerd worden in andere settings (mits de resultaten aan de huisarts worden gerapporteerd, de organisatie gecertificeerd is en zorgt voor follow-up):				
- GGD	☐	☐	☐	☐
- ziekenhuis	☐	☐	☐	☐
- diagnostisch centrum/huisartsenlaboratorium	☐	☐	☐	☐
- arbodienst	☐	☐	☐	☐
- apotheek	☐	☐	☐	☐
- thuiszorg	☐	☐	☐	☐
- buurthuizen	☐	☐	☐	☐
- gecertificeerde commerciële instellingen	☐	☐	☐	☐
- andere, nl.	☐	☐	☐	☐
Wanneer de cardiometabole check in een andere setting plaatsvindt, dienen er eerst afspraken gemaakt worden over een gemeenschappelijk protocol	☐	☐	☐	☐

10. De onderstaande vraag gaat over preventie van andere aandoeningen binnen een preventieconsult. Geef per aandoening aan of u preventie van deze aandoeningen nuttig vindt als onderdeel van het preventieconsult:

(Per aandoening is 1 antwoordcategorie mogelijk)

	Niet nuttig		Wel nuttig	
Kanker	☐	☐	☐	☐
Psychische aandoeningen	☐	☐	☐	☐
Osteoporose	☐	☐	☐	☐
Valpreventie bij ouderen	☐	☐	☐	☐
Gehoorscreening	☐	☐	☐	☐
Preconceptionele advisering	☐	☐	☐	☐

Tenslotte willen we u nog een aantal algemene vragen stellen over de praktijk waarin u werkzaam bent.

11. In wat voor soort praktijk bent u werkzaam?

- ☐ Solopraktijk
- ☐ Duopraktijk
- ☐ Groepspraktijk
- ☐ Gezondheidscentrum

12. Welk ondersteunend personeel werkt er in uw praktijk? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Doktersassistent
- ☐ Praktijkondersteuner op HBO-niveau / Praktijkverpleegkundige
- ☐ Nurse practitioner

13. Welke van de onderstaande (eerstelijns)disciplines en voorzieningen zijn gevestigd/werkzaam op het praktijkadres/in het gebouw waar uw praktijk is gevestigd?

- ☐ Fysiotherapie / Oefentherapie
- ☐ Diëtitiek

Hartelijk dank voor het invullen van de enquête.
Wilt u de enquête in de bijgevoegde envelop aan het NIVEL retourneren?
Heeft u de envelop niet meer, dan kunt u de vragenlijst zonder postzegel sturen naar:
NIVEL, Antwoordnummer 4026, 3500 VB UTRECHT

Bijlage 2: Subgroepanalyses met statistisch significante bevindingen

Tabel A1: Gemiddelde somscores in verschillende leeftijdscategorieën van huisartsen op de stelling 'In mijn huisartspraktijk worden mensen actief opgeroepen om naar de praktijk te komen voor een preventieve meting'*

	Gemiddelde score (SD)	p-waarde
Leeftijd huisarts		
<40 jaar (n=71)	3,3 (1,4)	0,02
40-49 jaar (n=88)	3,9 (1,3)	
50-59 jaar (n=145)	3,8 (1,5)	
60 jaar en ouder (n=23)	4,2 (1,2)	

* Schaal loopt van 'helemaal onze werkwijze' (score 1) tot 'helemaal niet onze werkwijze' (score 5).

Tabel A2: Gemiddelde leeftijd voor preventieve metingen bij patiënten, uitgesplitst naar het geslacht van de huisarts*

	Geslacht huisarts		p-waarde
	man	vrouw	
Gemiddelde leeftijd meting bloeddruk mannelijke patiënten (SD)	44,3 (9,6)	47,5 (7,9)	< 0,01
Gemiddelde leeftijd meting bloeddruk vrouwelijke patiënten (SD)	45,9 (10,2)	49,2 (8,1)	< 0,01
Gemiddelde leeftijd meting lipidenprofiel mannelijke patiënten (SD)	42,4 (9,9)	45,9 (8,6)	< 0,01
Gemiddelde leeftijd meting lipidenprofiel vrouwelijke patiënten (SD)	44,5 (10,3)	47,7 (8,9)	0,02
Gemiddelde leeftijd meting glucose mannelijke patiënten (SD)	44,7 (9,8)	47,5 (8,2)	0,02
Gemiddelde leeftijd meting glucose vrouwelijke patiënten (SD)	45,5 (9,9)	48,4 (8,3)	0,02

* De n van het aantal huisartsen is niet gegeven, aangezien dit per test afhankelijk is van het aantal huisartsen wat nooit de betreffende test uitvoert.

Tabel A3: Gemiddelde leeftijd voor het preventief meten van het lipidenprofiel bij mannelijke patiënten, uitgesplitst naar leeftijd van de huisarts

	Gemiddelde leeftijd mannelijke patiënten (SD)	p-waarde
Leeftijd huisarts		
<40 jaar (n=60)	47,3 (8,6)	0,01
40-49 jaar (n=61)	42,4 (9,9)	
50-59 jaar (n=91)	42,6 (9,3)	
60 jaar en ouder (n=16)	43,4 (10,0)	

Tabel A4: Aantal huisartsen dat een preventieve meting uitvoert bij de aanwezigheid van risicofactoren voor hart- en vaatziekten, diabetes mellitus of chronische nierziekten, uitgesplitst naar stedelijkheid van de vestigingsplaats (percentages).

	Stedelijkheid vestigingsplaats			p-waarde
	zeer sterk/sterk (n=140)	matig (n=59)	weinig/niet (n=123)	
Meting bloeddruk bij Creoolse Surinamers	43,6	23,7	17,1	<0,001
Meting bloeddruk bij Turken	21,4	6,8	9,8	<0,01
Meting bloeddruk bij Marokkanen	21,4	8,5	8,9	<0,01
Meting bloeddruk bij Hindoestanen	49,3	27,1	20,3	<0,001
Meting lipidenprofiel bij overmatig alcoholgebruik	51,4	35,6	33,3	<0,01
Meting lipidenprofiel bij Turken	14,3	3,4	4,1	<0,01
Meting lipidenprofiel bij Hindoestanen	42,1	20,3	14,6	<0,001
Meting glucose en Creoolse Surinamers	39,3	25,4	20,3	<0,01
Meting glucose bij Turken	27,1	10,2	11,4	<0,01
Meting glucose bij Marokkanen	30,7	11,9	14,6	<0,01
Meting glucose bij Hindoestanen	71,4	42,4	33,3	<0,001
Meting albuminurie bij Hindoestanen	18,6	6,8	4,1	<0,001

Tabel A5: Wie voert welke preventieve activiteit uit in de huisartspraktijk? (n=330; percentages)

	U zelf (% ja)	Praktijk- assistente (% ja)	POH/praktijk- verpleegkundige (% ja)	Diagnostisch centrum/lab (% ja)	Wordt nooit gedaan (% ja)
Afnemen familieanamnese	78,8	6,4	35,2	0,0	0,9
Afnemen leefstijlanamnese					
- roken	68,1	11,9	45,3	0,3	0,3
- lichaamsbeweging	57,1	10,0	49,5	0,3	1,2
- voeding	53,5	10,4	49,2	0,6	2,1
- alcoholgebruik	66,3	8,8	41,3	0,3	1,5
Bloeddrukmeting	64,1	41,0	39,8	0,6	0,3
Meting BMI	47,6	24,2	55,8	0,3	0,9
Aanvraag test lipidenprofiel	77,6	11,5	37,3	1,2	0,3
Uitvoeren test lipidenprofiel	15,5	4,9	12,2	61,0	8,5
Aanvraag test op micro-albuminurie	65,5	9,5	43,0	4,0	4,6
Uitvoeren test op micro-albuminurie	11,2	7,0	9,7	63,2	11,2
Aanvraag test op macro-albuminurie	56,4	8,9	31,9	2,8	14,4
Uitvoeren test op macro-albuminurie	12,3	16,6	9,5	46,0	16,9
Aanvraag test op glucose	73,6	19,4	42,7	3,0	0,3
Uitvoeren test op glucose	21,8	44,5	30,3	40,0	0,6
Bespreken van de uitslag van de metingen met de patiënt	83,6	13,9	40,3	0,0	0,3

Tabel A6: Door wie worden welke handelingen uitgevoerd in de huisartspraktijk na vaststelling van een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of chronische nierziekten, uitgesplitst naar praktijkvorm (percentages)

	Praktijkvorm			p-waarde
	solo (n=101)	duo (n=111)	groep (n=115)	
Geven van leefstijladvies				
Meestal de huisarts	42,6	21,6	17,4	< 0,001
Soms huisarts/Soms POH	38,6	36,9	47,0	
Meestal de POH	18,8	41,4	35,7	
Nooit	0,0	0,0	0,0	
Meegeven NHG patiëntenbrief				
Meestal de huisarts	37,8	25,2	26,3	< 0,01
Soms huisarts/Soms POH	23,5	36,9	44,7	
Meestal de POH	18,4	20,7	24,6	
Nooit	20,4	17,1	4,4	
Meegeven brochures andere organisaties				
Meestal de huisarts	21,4	11,8	6,4	< 0,001
Soms huisarts/Soms POH	20,4	18,2	25,5	
Meestal de POH	32,7	50,9	61,8	
Nooit	25,5	19,1	6,4	
Verwijzen naar een diëtist(e)				
Meestal de huisarts	50,0	30,6	21,9	< 0,001
Soms huisarts/Soms POH	34,7	45,0	59,6	
Meestal de POH	15,3	24,3	18,4	
Nooit	0,0	0,0	0,0	
Verwijzen naar fysiotherapie voor beweegadviezen				
Meestal de huisarts	48,5	39,1	33,3	< 0,01
Soms huisarts/Soms POH	20,2	22,7	42,1	
Meestal de POH	9,1	19,1	14,0	
Nooit	22,2	19,1	10,5	
Verwijzen naar een programma voor stoppen met roken				
Meestal de huisarts	48,0	23,9	14,9	< 0,001
Soms huisarts/Soms POH	27,6	38,5	47,4	
Meestal de POH	19,4	31,2	36,0	
Nooit	5,1	6,4	1,8	
Verwijzen naar beweegprogramma's				
Meestal de huisarts	38,9	23,8	15,7	< 0,001
Soms huisarts/Soms POH	30,5	31,4	41,7	
Meestal de POH	15,8	31,4	38,0	
Nooit	14,7	13,4	4,6	
Vervolggesprek				
Meestal de huisarts	42,3	16,7	13,5	< 0,001
Soms huisarts/Soms POH	30,9	30,4	32,4	
Meestal de POH	26,8	52,9	54,1	
Nooit	0,0	0,0	0,0	

Tabel A7: Aantal huisartsen met samenwerkingsafspraken met andere zorgverleners of instanties op het gebied van opsporing en/of behandeling van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of chronische nierziekten, uitgesplitst naar geslacht van de huisarts (percentages)

	Geslacht huisarts		p-waarde
	man (n=185)	vrouw (n=121)	
Collega-huisartsen buiten de eigen praktijk	33,2	47,5	0,01
Ziekenhuis	20,9	33,1	0,02
Diagnostisch centrum/Laboratorium	35,4	46,7	0,05
Thuiszorg	10,1	18,1	0,04
Zorgverzekeraar(s)	12,2	21,7	0,03

Tabel A8: Aantal huisartsen met samenwerkingsafspraken met andere zorgverleners of instanties op het gebied van opsporing en/of behandeling van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en/of chronische nierziekten, uitgesplitst naar leeftijd van de huisarts (percentages)

	Leeftijd huisarts				p-waarde
	<40 jaar (n=67)	40-49 jaar (n=81)	50-59 jaar (n=137)	≥ 60 jaar (n=21)	
Collega-huisartsen buiten de eigen praktijk	52,9	40,0	32,4	29,2	0,03
Ziekenhuis	40,3	29,8	17,9	12,5	<0,01

Tabel A9: Verwijzing van patiënten naar andere zorgverleners, uitgesplitst naar geslacht van de huisarts (percentages)

	Geslacht huisarts		p-waarde
	man (n=185)	vrouw (n=121)	
Verwijzing naar fysiotherapeut/bewegingsadviseur			
1 (nooit)	14,1	11,2	<0,01
2	27,6	16,0	
3	42,2	36,0	
4	15,1	32,8	
5 (altijd)	1,0	4,0	
Verwijzing naar sportschool			
1 (Nooit)	22,6	11,9	<0,01
2	28,2	19,0	
3	31,3	35,7	
4	15,4	28,6	
5 (Altijd)	2,6	4,8	

Tabel A10: Verwijzing van patiënten naar andere zorgverleners, uitgesplitst naar stedelijkheid van de vestigingsplaats van de huisarts (percentages)

	Stedelijkheid vestigingsplaats			p-waarde
	zeer sterk/sterk (n=140)	matig (n=59)	weinig/niet (n=123)	
Geven van leefstijladvies				
1 (Nooit)	11,6	13,8	14,2	< 0,01
2	17,4	32,8	25,8	
3	36,2	46,6	40,0	
4	33,3	5,2	16,7	
5 (Altijd)	1,4	1,7	3,3	

Tabel A11: Gemiddelde somscores in verschillende leeftijdscategorieën van huisartsen op de stelling ‘Een cardiometabole check mag ook uitgevoerd worden in een ziekenhuis’*

	Gemiddelde score (SD)	p-waarde
Leeftijd huisarts		
<40 jaar (n=68)	3,4 (1,3)	0,01
40-49 jaar (n=80)	3,0 (1,3)	
50-59 jaar (n=138)	3,6 (1,3)	
60 jaar en ouder (n=22)	3,2 (1,5)	

* Schaal loopt van ‘helemaal mee eens’ (score 1) tot ‘helemaal niet mee eens’ (score 5).

Tabel A12: Gemiddelde somscores in verschillende leeftijdscategorieën van huisartsen over het nut van kanker binnen een preventieconsult*

	Gemiddelde score (SD)	p-waarde
Leeftijd huisarts		
<40 jaar (n=68)	2,8 (1,5)	<0,01
40-49 jaar (n=86)	3,4 (1,2)	
50-59 jaar (n=147)	3,4 (1,3)	
60 jaar en ouder (n=24)	3,5 (1,2)	

* Schaal loopt van ‘niet nuttig’ (score 1) tot ‘wel nuttig’ (score 5).

Tabel A13: Gemiddelde somscores over het nut van andere aandoeningen binnen een preventieconsult, uitgesplitst naar geslacht van de huisarts*

	Geslacht huisarts		p-waarde
	man (n=185)	vrouw (n=121)	
Osteoporose	3,7 (1,0)	4,0 (1,0)	< 0,01
Valpreventie bij ouderen	3,9 (1,0)	4,2 (0,9)	0,02
Preconceptionele advisering	3,3 (1,2)	3,6 (1,0)	0,02

* Schaal loopt van ‘niet nuttig’ (score 1) tot ‘wel nuttig’ (score 5).