



# LIMBURGSE HUISARTSEN EN PREVENTIE

JEROEN MEGANCK  
*SEIN - GEZONDHEIDSPSYCHOLOGIE*  
*LIMBURGS UNIVERSITAIR CENTRUM*

GABIE THIJS  
ARLETTE WERTELAERS  
HANS BAMELIS  
*LOGO'S LIMBURG*





# INHOUDSTAFEL

## Inhoudstafel

Inleiding	2
Studie 2000	3
Studie 2003	4
Resultaten: Algemeen	8
Beschrijving respondenten	8
<i>Vergelijking respondenten 2000 vs. 2003</i>	13
Preventiegerichtheid	14
Totale groep	14
Geslachtsverschillen	15
Leeftijdverschillen	16
<i>Vergelijking preventiegerichtheid 2000 vs. 2003</i>	17
Redenen om wel / niet aan preventie te doen	19
Samenwerking met de Logo's	21
Resultaten: Vaccinatie	24
Resultaten: Voeding	33
Resultaten: Roken	36
Resultaten: Borstkanker	39
Resultaten: Veiligheid	42
Samenvatting	46
Algemeen	46
Gezondheidsdoelstellingen	49
Tot slot	52
Bijlagen	53





***INLEIDING***

*RESULTATEN*

*SAMENVATTING*

*TOT SLOT*

*BIJLAGEN*

## INLEIDING

De huisartsen krijgen vanuit de Vlaamse overheid een actieve en centrale rol toebedeeld in het opzetten en uitvoeren van de preventie in Vlaanderen. Dit is ook niet verwonderlijk: huisartsen staan op de eerste lijn in de gezondheidszorg en zijn voor de meeste bevolkingsgroepen erg toegankelijk. Meestal volgen zij hun patiënten gedurende lange periodes en zijn er geregeld contacten. Dit biedt kansen aan de huisarts om op herhaalde en continue basis rond gezondheids promotie en ziektepreventie te werken.

Daartegenover staat dat het werk én de opleiding van Vlaamse huisartsen traditioneel eerder de nadruk leggen op het optimaliseren van gezondheid, vertrekkende vanuit de ziekte of klacht van een individuele patiënt. Hierbij gaat vaak prioritaire aandacht naar curatie en het vermijden van schade. Het preventieve gezondheidswerk van een huisarts is echter moeilijk af te lijnen van dit eerder curatieve werk. Er is een brede grijze zone waarin beide aspecten gelijktijdig aan bod komen. Diverse handelingen, zoals bijvoorbeeld het meten van de bloeddruk, kunnen als een primaire preventieboodschap beschouwd worden. Ze hebben dan eenzelfde "eye-opener" effect tot doel als een bevolkingsgerichte gezondheidsboodschap (een affiche bijvoorbeeld). Deze zelfde acten kunnen echter ook gekaderd worden in het vroegtijdig opsporen van ziekte (secundaire preventie), en vaak worden ze gesteld om "erger leed en ziekte" te voorkomen (tertiaire preventie).<sup>1</sup>

Preventie in de praktijk van de huisarts verdient dus duidelijk meer aandacht.

---

<sup>1</sup> Terzijde moet hier opgemerkt worden dat deze terminologie (primaire, secundaire en tertiaire preventie) niet of minder gebruikt wordt door bevolkingsgerichte preventiewerkers. Vanuit bevolkingsoogpunt opteert men eerder voor de begrippen "ziektepreventie" en "gezondheids promotie". Dit leidt soms wel tot verwarring in de communicatie vermits de huisarts zich toch op beide niveaus begeeft. Hoewel traditioneel sterk gericht op de individuele patiënt, behoort de verantwoordelijkheid voor de gezondheid van het geheel van de eigen 'patiënten-bevolking' toch zeker ook tot de aspiraties van de modale huisarts.

## *Studie 2000*

In 2000 werd daarom in samenwerking tussen de Limburgse Logo's en het Limburgs Universitair Centrum een eerste maal onderzoek gedaan bij de Limburgse huisartsen naar hun attitudes ten opzichte van preventie en de mate waarin zij actief zijn op preventief vlak. Verder werd er ook gekeken naar verschillende factoren die mogelijks samenhangen met deze preventieve focus: demografische kenmerken, praktijkkenmerken en het rookgedrag van de huisarts zelf.

Dit onderzoek had een tweeledig doel. Vooreerst wilde men een nulmeting krijgen van de stand van zaken op dat moment. Tezelfdertijd beoogde men ook de doelgroep te sensibiliseren rond het belang van de gezondheidsdoelstellingen van de Vlaamse Gemeenschap zoals deze aan de Logo's waren gecommuniceerd.

In het onderzoek werd gebruik gemaakt van een schriftelijke bevraging. Deze vragenlijst werd opgesteld in samenspraak tussen de artsen van de Logo-equipen in Limburg en de onderzoeksgroep Gezondheidspsychologie van het Limburgs Universitair Centrum (LUC). Aan de hand van een adressenbestand, ter beschikking gesteld door de afdeling Volksgezondheid van de Provincie Limburg, werd deze enquête in februari 2000 opgestuurd naar 1012 huisartsen. Uiteindelijk werden 385 ingevulde vragenlijsten terug gestuurd (response rate: 38%) en verwerkt.

De resultaten hiervan werden door Colémont & Vinck (2002) gepubliceerd in 'Tijdschrift voor Geneeskunde' ('De inzet van Limburgse huisartsen in preventie', vol.58, p.371-378).

## *Studie 2003*

Drie jaar na het eerste onderzoek besloten de Limburgse Logo's een nieuwe bevraging te organiseren. Sensibilisatie van de huisartsen was opnieuw één van de doelen van deze actie. Daarnaast wilde men ook nagaan of er verschuivingen konden vastgesteld worden ten opzichte van de nulmeting in 2000.

De vragenlijst uit het vorig onderzoek werd op sommige punten aangepast om dieper in te kunnen gaan op bepaalde thema's. Daarenboven werd er geopteerd voor een actievere benadering van de huisartsen. In plaats van een mailing werd via de preventie-artsen contact gelegd met de voorzitters van de lokale huisartsenkringen en Lokale Kwaliteitskringen van huisartsen (LOK's). Aan hen werd gevraagd tijdens een vergadering de vragenlijsten uit te delen én deze op het einde terug te verzamelen. Zo werden er 363 ingevulde enquêtes verzameld op een totaal van 744 actieve huisartsen in Limburg (aangepast adressenbestand). Dit is een response rate van 48.8%.

De resultaten van het onderzoek in 2003 worden in het vervolg van dit rapport voorgesteld. Waar mogelijk werden vergelijkingen met de resultaten van het onderzoek in 2000 geïntegreerd in het verslag. Deze staan dan steeds cursief gedrukt en omkaderd, zodat zij gemakkelijk terug te vinden zijn. Het dient wel opgemerkt te worden dat zeker niet voor alle items een dergelijke bespreking mogelijk was, dit als gevolg van de aanpassingen in de vragenlijst.

Dit verslag wordt afgesloten met een beknopte samenvatting van de belangrijkste resultaten en enkele slotbemerkingen.

In bijlage is ook nog de huidige versie van de vragenlijst toegevoegd. Bij elke vraag staat telkens aangegeven op welke pagina in het verslag de antwoorden besproken worden, dit om het terugzoeken van resultaten te



vergemakkelijken. Tot slot worden ook nog de hand-outs van twee presentaties en een poster toegevoegd: deze zijn gebaseerd op de verwerking van (een deel van) de gegevens van dit rapport en werden reeds gepubliceerd voor het ter perse gaan van het eindrapport.





*INLEIDING*

***RESULTATEN***

*SAMENVATTING*

*TOT SLOT*

*BIJLAGEN*

## RESULTATEN: ALGEMEEN

### *Beschrijving respondenten*

In totaal werden 363 ingevulde enquêtes verzameld. Bij controle bleken echter niet alle vragenlijst volledig ingevuld. Dit verklaart waarom de totaalaantallen kunnen verschillen van tabel tot tabel.

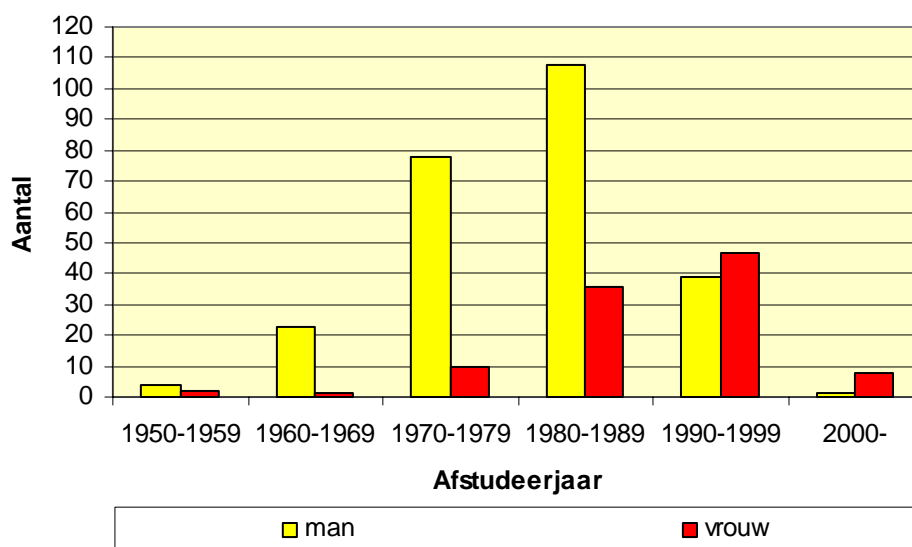
Ongeveer 7 op 10 respondenten waren mannen (70.9%), tegenover 1 op 3 vrouwen (29.1%) (tabel 1 & figuur 1). De seksen zijn echter niet gelijk verdeeld over de afstudeerjaren ( $\chi^2=64.640$ ,  $df=5$ ,  $p=.000$ ): van de vrouwelijke respondenten behaalde ongeveer de helft (52.9%) haar diploma in of na 1990, terwijl meer dan 8 op 10 van de mannelijke respondenten (84.2%) afstudeerden voor 1990. Gemiddeld studeerden de mannen (1981) bijna 10 jaar eerder af dan de vrouwen (1989) ( $t=-7.770$ ,  $df=355$ ,  $p=.000$ ).

**Tabel 1. Verdeling van huisartsen per geslacht en per afstudeerjaar**

	man	vrouw	totaal
<b>1950-1959</b>	4	2	6
<b>1960-1969</b>	23	1	24
<b>1970-1979</b>	78	10	88
<b>1980-1989</b>	108	36	144
<b>1990-1999</b>	39	47	86
<b>2000-</b>	1	8	9
<b>totaal</b>	253	104	357

$\chi^2=64,640$ ,  $df=5$ ,  $p=,000$

**Figuur 1. Verdeling van huisartsen per afstudeerjaar**



Alle respondenten geven aan een dossier te gebruiken (tabel 2). Bijna 1 op 5 van de respondenten werkt met een manueel standaarddossier (17.2%), terwijl een kleine minderheid nog gebruik maakt van blanco bladen (6.4%). De overgrote meerderheid houdt de dossiers bij op computer (76.4%). De computerprogramma's die hiervoor het meest gebruikt worden, zijn: Pro doc, Medidoc, Health-one, en Windoc (zie tabel 3 voor een volledig overzicht).

**Tabel 2. Het type dossier dat door de respondenten gebruikt wordt**

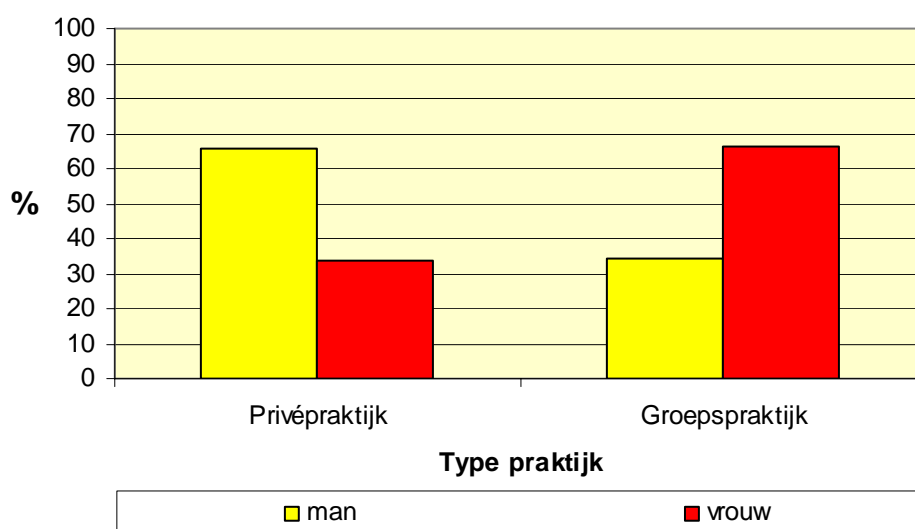
	n	%
Witte bladen	23	6,4
Standaard bladen	62	17,2
Computer	275	76,4

**Tabel 3. Overzicht van het aantal huisartsen per gebruikt computerprogramma voor dossierbeheer**

	<b>n</b>		<b>n</b>
Pro doc	73	Sosoeme	3
Medidoc	46	Medicon	3
Health-one	33	Medar	3
Windoc	28	Medsoft	2
Omniwin	10	Medicis	1
Accrimed	8	Practidoc	1
Pipers / basis	7	Omnidoc	1
Eigen systeem	7	Datamed	1
Medus	6	Praktis	1
EZ-win	4	HOMP	1
Medicard	4		

Algemeen genomen zijn er iets meer respondenten die een privé-praktijk hebben (56.4%). Ook hier is er een opvallend geslachtsverschil ( $\chi^2=30.739$ ,  $df=1$ ,  $p=.000$ ) (tabel 4 & figuur 2): bij de mannen werkt slechts 1 op 3 samen met collega's (34.4%), bij de vrouwen is dit 2 op 3 (66.3%).

**Figuur 2. Percentage huisartsen per type praktijk**



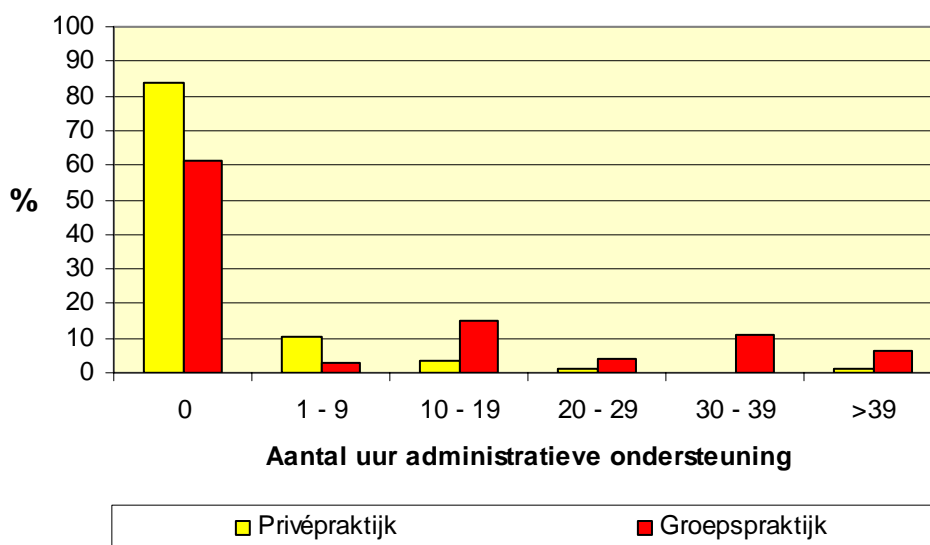
**Tabel 4. Percentage huisartsen gevestigd in een privé- of een groepspraktijk**

	man	vrouw	totaal
<b>Privépraktijk</b>	65,6	33,7	56,4
<b>Groepspraktijk</b>	34,4	66,3	43,6

chi<sup>2</sup>=30,739, df=1, p=,000

De grote meerderheid van de respondenten (74.1%) geeft aan praktijk te voeren zonder iemand voor administratieve ondersteuning (tabel 5 & figuur 3). Dit blijkt echter sterk afhankelijk van het type praktijk: huisartsen met een privé-praktijk kunnen gemiddeld 1.6 uur per week rekenen op hulp bij administratieve taken, versus 9.6 uur per week voor huisartsen in een groepspraktijk (t=-6.358, df=173.857, p=.000).

**Figuur 3. Percentage huisartsen per uren administratieve ondersteuning**



**Tabel 5. Percentage huisartsen per aantal uur administratieve ondersteuning en per type praktijk**

	aantal uur administratieve ondersteuning					
	0	1 - 9	10 - 19	20 - 29	30 - 39	>39
<b>Privépraktijk</b>	84,0	10,3	3,6	1,0	0,0	1,0
<b>Groepspraktijk</b>	61,0	2,7	15,1	4,1	11,0	6,2
<b>Totaal</b>	74,1	7,1	8,5	2,4	4,7	3,2

chi<sup>2</sup>=56,969, df=5, p=,000

Ongeveer 1 op 3 respondenten (32.3%) geeft aan naast de eigen praktijk nog andere betaalde medische activiteiten uit te oefenen (tabel 6). Ongeveer 1 op 7 (13.9%) verwijst naar de uitoefening van onbezoldigde medische activiteiten op het vlak van preventieve gezondheidszorg.

**Tabel 6. Aantal huisartsen dat bijkomende bezoldigde medische activiteiten uitoefent**

	n	%
<b>Geen</b>	241	67,7
<b>Jeugdgezondheidszorg/ arts bij consultatiebureau voor het jonge kind</b>	22	6,2
<b>Arbeidsgeneeskunde</b>	3	0,8
<b>Controle-arts</b>	25	7
<b>Verzekeringsgeneeskunde</b>	6	1,7
<b>Andere</b>	59	16,6



### Vergelijking respondenten 2000 vs. 2003

*In vergelijking met de vorige studie zijn er enkele verschillen wat betreft de samenstelling en karakteristieken van de groep respondenten:*

- *In de huidige studie zijn er meer vrouwelijke respondenten (2000: 22% vs. 2003: 29%);*
- *De steekproef omvat meer jongere huisartsen: in 2000 studeerde 43% af tussen '70 en '79, in 2003 was dit nog maar 25% van de groep, en studeerde het merendeel af tussen '80 en '89;*
- *Er wordt nu meer gebruik gemaakt van computerdossiers om patiëntengegevens bij te houden: in 2000 deed 62.8% dit, nu 76.4%, een stijging met bijna 1 op 7;*
- *Wat betreft het uitoefenen van andere bezoldigde medische activiteiten zijn de verschillen zeer klein: in vergelijking met 2000 zijn er nu 4% minder huisartsen die nog een andere betaalde medische functie opnemen. Voor de verschillende functies (zie tabel 6) zijn de verschillen telkens kleiner dan 3%.*

## *Preventiegerichtheid*

Analoog met de vorige studie (Colémont & Vinck, 2002) werd ook in deze studie de preventiegerichtheid van de deelnemende huisartsen nagegaan met twee vragen: het belang dat zij hechten aan preventie als taak van huisartsen enerzijds, en de tijd die zij in de eigen praktijk besteden aan preventie, anderzijds. Eerst worden de resultaten van de totale groep gepresenteerd, vervolgens wordt ingegaan op geslachts- en leeftijdsverschillen in de resultaten. Ten slotte wordt afgesloten met een overzicht van de redenen die huisartsen opgeven om wel en om niet aan preventie te doen.

### Totale groep

Uit de gegevens blijkt (tabel 7) dat ongeveer 8 op 10 respondenten (82.3%) oordelen dat preventie een belangrijke taak is voor huisartsen. Slechts 4 huisartsen (1.1%) hechten aan preventie als taak van huisartsen een geringe belangrijkheid.

Wat tijdsbesteding betreft, geeft de meerderheid van de respondenten (56.8%) aan dat ze 10 tot 25% van hun tijd aan preventie besteden. Daarnaast zijn er nog twee groepen met elk ongeveer 1 op 5 van de huisartsen die aangeven minder dan 10% (20.6%), respectievelijk 25 tot 50% (19.7%) van hun tijd voor preventie te gebruiken. Ten slotte is er nog een kleine groep (2.9%) die aangeeft meer dan 50% van de tijd bezig te zijn met preventie

Zoals te verwachten is er een duidelijke positieve samenhang tussen 'belangrijkheid van preventie' (gemid.=1.81, sd=.420) en 'tijdsbesteding aan preventie' (gemid.=1.05, sd=.720) ( $r=.357$ ,  $p=0.000$ ). Huisartsen die preventie een belangrijke taak vinden, besteden er dus ook meer tijd aan, en vice versa.

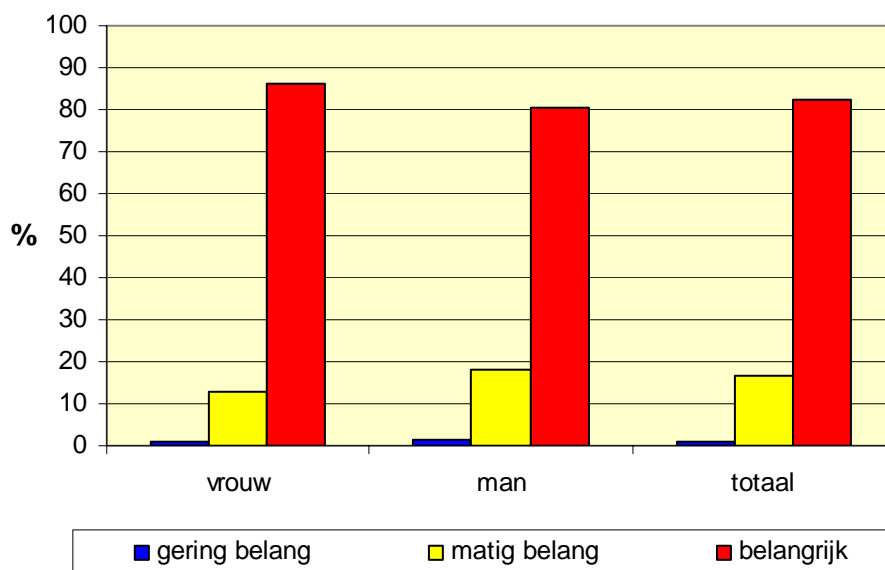
Tabel 7. Frequentie en percentage voor belangrijkheid van en tijdsinvestering in preventie volgens Limburgse huisartsen; chi<sup>2</sup> voor crosstabs geslacht \* belangrijkheid en voor geslacht \* tijdsinvestering

		totaal		man		vrouw	
		n	%	n	%	n	%
Belangrijkheid van preventie	geringe	4	1,1	3	1,2	1	1,0
	matig belangrijke	59	16,6	46	18,3	13	12,9
	belangrijke	292	82,3	202	80,5	87	86,1
% tijd besteed aan preventie	<10%	71	20,6	61	25,2	9	8,9
	10-25%	196	56,8	135	55,8	60	59,4
	25-50%	68	19,7	40	16,5	28	27,7
	>50%	10	2,9	6	2,5	4	4,0
				chi <sup>2</sup>	df	sig.	
<u>Crosstabs: geslacht *</u>		belangrijkheid van preventie		1,587	2	0,452	
		% tijd besteed aan preventie		14,477	3	0,002	

### Geslachtsverschillen

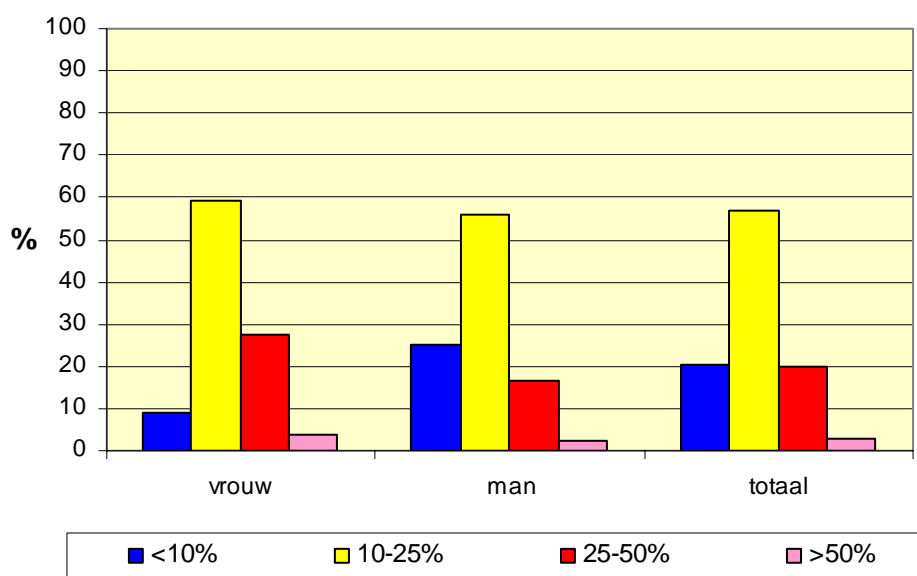
Een vergelijking tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen leert dat beide groepen preventie even belangrijk vinden (figuur 4 & tabel 7).

Figuur 4. Het belang dat huisartsen hechten aan preventie



Er is wel een verschil wat betreft tijdsinvestering: vrouwelijke huisartsen besteden significant meer tijd aan preventieve activiteiten (figuur 5; tabel 7).

**Figuur 5. De tijd die huisartsen besteden aan preventie (uitgedrukt als percentage van hun totale werktijd)**



De positieve correlatie tussen 'belangrijkheid' en 'tijdsbesteding' wordt ook gevonden apart voor mannelijke ( $r=.371$ ,  $p=.000$ ) en apart voor vrouwelijke ( $r=.314$ ,  $p=.002$ ) huisartsen.

### Leeftijdsverschillen

Zoals hoger aangegeven (tabel 1) is de verdeling van mannelijke en vrouwelijke huisartsen niet dezelfde voor de verschillende afstudeerjaren. Daarom wordt ook per geslacht gekeken naar leeftijdsverschillen.

Er wordt geen correlatie gevonden tussen 'belangrijkheid van preventie' en afstudeerjaar, ook niet wanneer opgesplitst wordt naar geslacht. Met andere

woorden, het aantal jaren ervaring heeft geen invloed op het belang dat gehecht wordt aan preventie.

Tussen 'tijdsbesteding' en 'afstudeerjaar' wordt daarentegen wel een positieve correlatie gevonden ( $r=.153$ ,  $p=.005$ ). Dit kan er op wijzen dat recenter afgestudeerde huisartsen meer tijd besteden aan preventie.

Deze correlatie verdwijnt echter wanneer de analyses uitgevoerd worden per geslacht. Waarschijnlijk betekent dit dat de samenhang tussen 'tijdsbesteding' en 'afstudeerjaar' een gevolg is van het feit dat er de laatste jaren meer vrouwen afstudeerden (tabel 1) en vrouwen meer tijd besteden aan preventie dan mannen (tabel 7).

De correlatie tussen 'belangrijkheid' en 'tijdsbesteding' blijft behouden binnen de meeste leeftijdsgroepen afzonderlijk, en varieert tussen  $r=.496$  en  $r=.251$ . De uitzonderingen zijn de twee extreme categorieën (afgestudeerd tussen 1950 en 1959, en afgestudeerd na 1999). Dit kan waarschijnlijk verklaard worden door het erg lage aantal respondenten in deze twee groepen (tabel 1).

#### Vergelijking preventiegerichtheid 2000 vs. 2003

*Een vergelijking van de gegevens verzameld rond preventiegerichtheid in 2000 en in 2003 levert volgende bemerkings op als resultaat:*

- *Wat tijdsbesteding betreft zijn deze resultaten sterk vergelijkbaar met de vorige studie: het grootste verschil is te vinden in de categorie '25 tot 50%' en bedraagt slechts 4.8%. In 2000 werden volgende percentages genoteerd:*

*<10%: 22.1%      10 - 25%: 59.3%      25 - 50%: 14.9%      >50%: 3.7%;*

- *De resultaten in verband met toegeschreven belangrijkheid van preventie kunnen niet betrouwbaar vergeleken worden omdat in 2000 nog een vierde antwoordcategorie gebruikt werd. Volgende percentages werden toen gevonden:*

<i>geringe belangrijkheid:</i>	<i>1.5%</i>
<i>matig belangrijk:</i>	<i>6.2%</i>
<i>belangrijk:</i>	<i>77.7%</i>
<i>belangrijk mits ondersteuning:</i>	<i>14.7%</i>
  
- *De positieve samenhang tussen 'belangrijkheid van preventie' en 'tijdsbesteding aan preventie' is nog iets sterker geworden in 2003 ten opzichte van 2000;*
  
- *Gelijklopend met 2000 maakt het geslacht geen verschil in het belang dat gehecht wordt aan preventie, maar blijken vrouwen er wel meer tijd aan te besteden;*
  
- *Net als in 2000 wordt dit ook behouden voor de mannelijke huisartsen apart, maar in 2003 is er ook een significante positieve correlatie voor de vrouwelijke huisartsen, waar dit niet significant was in 2000;*
  
- *In 2000 werd enkel voor vrouwelijke huisartsen gevonden dat langer afgestudeerd zijn gepaard ging met preventie belangrijker vinden. In 2003 heeft het aantal jaren ervaring echter geen invloed meer op de belangrijkheid voor geen enkele groep;*
  
- *De huidige gegevens geven enkel voor de totale groep een indicatie dat recenter afgestudeerd zijn samen gaat met meer tijd besteden aan preventie. In 2000 werd geen correlatie gevonden, niet voor de totale groep, en niet voor subgroepen naar geslacht.*

## *Redenen om wel/niet aan preventie te doen*

‘Voor het goed van de patiënt’ is de meest (119 respondenten) vermelde reden om aan preventie te doen: voorkomen is beter dan genezen is de uitspraak die hier het meest gebezigd wordt. Vele huisartsen (85) vinden dat hun positie bij uitstek geschikt is voor preventie: ze zien de patiënten vaak en kunnen dus voor continuïteit zorgen, ze zijn laagdrempelig en kennen de patiënt vaak vrij goed, en soms zijn ze de enige partij met een dergelijke toegang tot de patiënt. Het maatschappelijk nut wordt door 64 huisartsen vermeld: een betere en goedkopere gezondheidszorg, uitroeien van bepaalde ziektes, verhogen van levenskwaliteit en –duur....

Achttien huisartsen merken op dat patiënten opgevoed moet worden rond hun eigen gezondheidsgedrag en dat de mensen zelf de verantwoordelijkheid voor hun gezondheid moeten (kunnen) opnemen. Een interne motivatie wordt geuit door 17 respondenten: preventie is interessant en belangrijk, menslievendheid.... Voor 8 huisartsen speelt de vraag van de patiënt een belangrijke factor.

De twee voornaamste redenen om niet aan preventie te doen zijn ‘tijd’ en ‘geld’, welke respectievelijk door 70 en 30 respondenten werden neergeschreven. Een aantal huisartsen (31) twijfelt aan het nut van preventieve acties binnen hun praktijk: zij merken dat dit slechts zelden een vraag is van de patiënt, dat de respons vaak minimaal is, en dat er vaak geen echte effecten vast te stellen zijn. Voor 29 huisartsen was het gebrek aan structurele ondersteuning een belangrijke hinderpaal, waarbij verwezen werd naar de administratie die preventie met zich brengt en het beleid dat niet op preventie gericht is.

Acht huisartsen verwezen naar 'onvoldoende kennis', wat zowel betrekking had op onvoldoende wetenschappelijke evidentie voor een goede preventie bij sommige problemen, als naar de eigen kennis die ontoereikend zou zijn. Vijf respondenten verwezen naar een mogelijke overlap met andere actoren die zich met preventie bezig houden. Twee huisartsen verwezen naar het onnodig ongerust maken van patiënten als mogelijk negatief gevolg van preventieve actie.

Tenslotte vermelden vijf huisartsen expliciet dat er 'geen' redenen zijn om niet aan preventie te werken.



## *Samenwerking met de Logo's*

Het onderzoek ging ook na in welke mate huisartsen voor 6 thema's (vaccinatie, rookpreventie, ongevallenpreventie, gezonde voeding, borstkankerscreening, beweging) hun werking afstemmen op de Logo's. In de antwoordmogelijkheden werden 3 categorieën voorzien: 1° de huisarts heeft kennis van de werking van de Logo's voor het desbetreffende thema; 2° de huisarts besteedt meer aandacht aan het thema wanneer de Logo's hieromtrent activiteiten organiseren; 3° de huisarts werkt rond dit thema expliciet samen met de Logo's.

Bij de analyse van de gegevens (tabel 8 & figuur 6) valt op dat een grote groep huisartsen deze vraag blanco laat. Afhankelijk van het thema schommelt dit aantal van 1 op 4 (mammografie: 23.4%) tot de helft (beweging: 52.1%).

**Tabel 8. Frequentie en percentage huisartsen per niveau van afstemming op de werking van de Logo's**

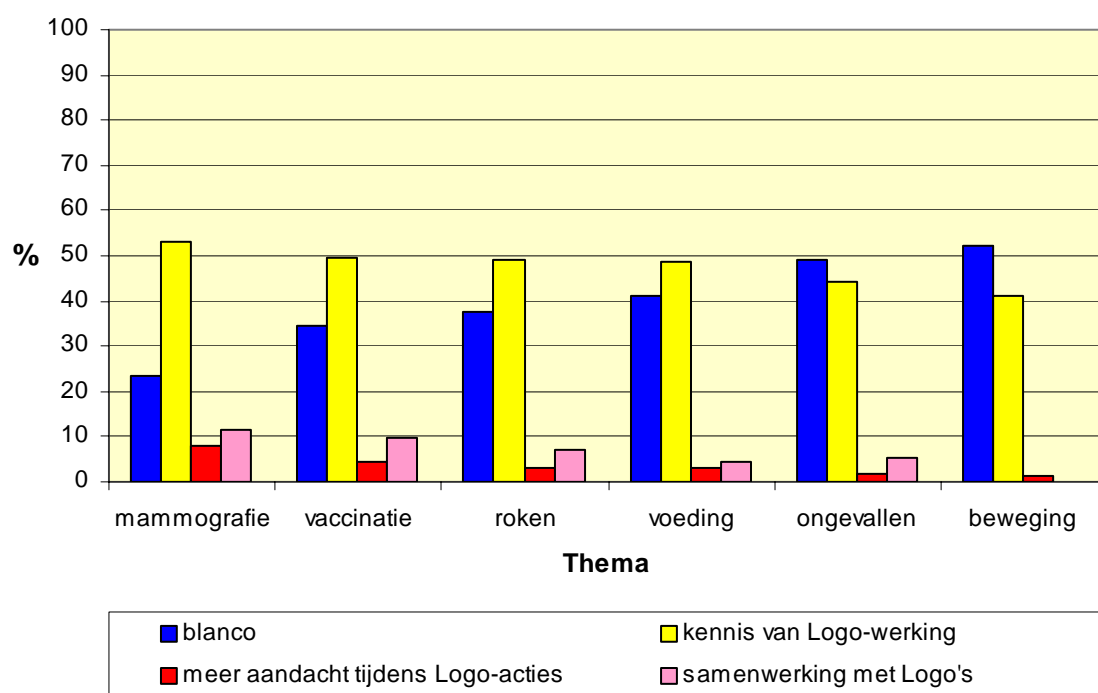
	blanco		kennis		aandacht		samenwerking	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Mammografie</b>	85	23,4	193	53,2	56	15,4	29	8,0
<b>Vaccinatie</b>	126	34,7	180	49,6	41	11,3	16	4,4
<b>Roken</b>	137	37,7	178	49,0	36	9,9	12	3,3
<b>Voeding</b>	149	41,0	177	48,8	26	7,2	11	3,0
<b>Ongevallen</b>	179	49,3	181	44,4	16	4,4	7	1,9
<b>Beweging</b>	189	52,1	150	41,3	19	5,2	5	1,4

Daar tegenover staat dat voor alle thema's er ook een grote groep huisartsen is die aangeeft kennis te hebben van de inbreng en de werking van de Logo's. De groep huisartsen die tijdens acties van de Logo's meer aandacht besteedt aan het behandelde thema is beduidend kleiner. De drie thema's die hierin

nog het beste scoren zijn borstkankerscreening (15.4%), vaccinatie (11.3%), en roken (9.9%).

De expliciete samenwerking tussen huisarts en Logo's, tenslotte, is nog beperkter. Ze komt nog het best tot uiting in het kader van de mammografieën (8.0%).

**Figuur 6. Afstemming van de huisartsen op de Logo-werking per thema**



Er blijkt voor geen enkel thema een significant verschil te zijn tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen wat betreft de afstemming op de Logo's. Ook het jaar van afstuderen blijkt geen verschil te maken.

Het belang dat huisartsen in het algemeen hechten aan preventie blijkt evenmin gecorreleerd met het niveau van afstemming op de Logo-werking. Huisartsen die preventie belangrijk vinden zijn dus niet meer afgestemd op de Logo's dan hun collega's die preventie slecht een matige of geringe belangrijkheid toekennen.

Daartegenover staat de tijd die huisartsen spenderen aan preventie voor alle thema's wel (weliswaar slechts in lichte mate) gecorreleerd is met de mate waarin deze huisartsen afgestemd zijn op de werking van de Logo's. Dit is het geval bij veiligheid ( $r=.208$ ,  $p=.000$ ), beweging ( $r=.188$ ,  $p=.001$ ), vaccinatie ( $r=.148$ ,  $p=.012$ ), roken ( $r=.141$ ,  $p=.018$ ), en voeding ( $r=.118$ ,  $p=.047$ ). Voor deze thema's geldt dus: hoe meer tijd besteedt wordt aan preventie, hoe hoger het niveau van afstemmen op de Logo-werking en omgekeerd.

## RESULTATEN: VACCINATIE

In de enquête werd onder meer nagegaan aan wie de huisartsen de taak van de opvolging van de vaccinatiestatus toeschrijven: Kind & Gezin, Centra voor LeerlingenBegeleiding, de huisartsen zelf,... Om tot een verfijning van de gegevens te komen werd deze vraag gesteld voor 7 verschillende doelgroepen. Figuur VA1 geeft een grafische representatie van de resultaten.

Bij de interpretatie van deze resultaten dient er wel rekening mee gehouden te worden dat per doelgroep meerdere actoren deze opdracht kunnen opnemen. Dit blijkt inderdaad vaak zo te zijn volgens de bevraagde huisartsen (tabel VA1).

**Tabel VA1. Frequentie en percentage huisartsen dat vindt dat bepaalde actoren de opdracht hebben de vaccinatiestatus op te volgen per doelgroep**

	Kind & Gezin		CLB		huisarts		andere	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>0 tot 2 jaar</b>	275	78,1	16	4,5	237	67,3	8	2,3
<b>2 tot 3 jaar</b>	200	56,8	54	15,3	243	69,0	6	1,7
<b>Kleuterschool</b>	37	10,5	224	63,6	248	70,5	4	1,1
<b>Primair onderwijs</b>	21	6,0	248	70,7	248	70,5	4	1,1
<b>Secundair onderwijs</b>	14	4,0	233	66,2	255	72,4	3	0,9
<b>18+</b>	4	1,1	25	7,1	336	95,2	16	4,5
<b>Kansarme gezinnen</b>	57	16,3	55	15,7	397	84,9	15	4,3

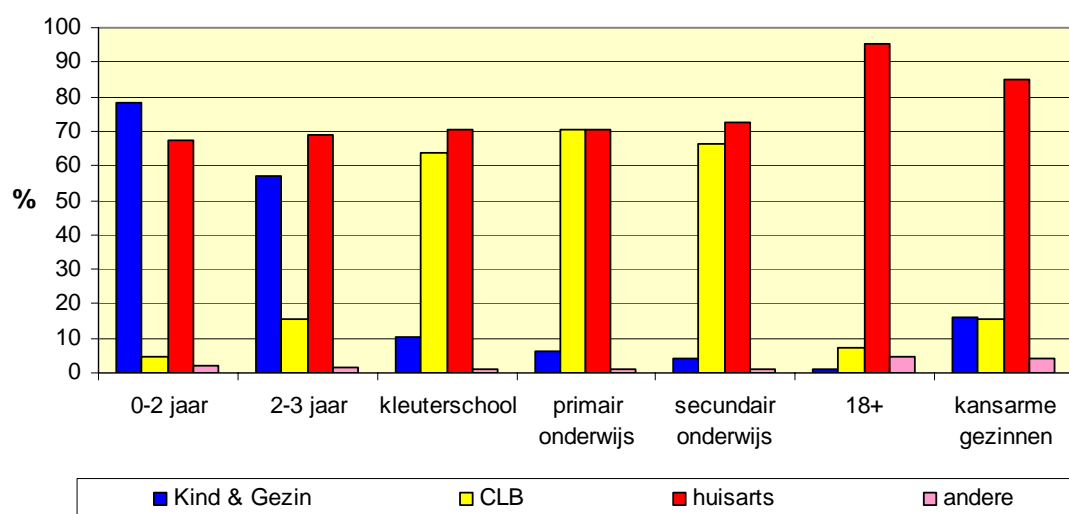
Ongeveer 70% van de huisartsen ziet het als zijn / haar taak om de vaccinatiestatus op te volgen bij minderjarigen in de verschillende leeftijdscategorieën. Zodra de patiënten volwassen zijn, blijken bijna alle huisartsen dit als hun taak te zien (95.2%).

Daarnaast schrijven huisartsen een erg belangrijk rol toe aan Kind en Gezin voor baby's tot 2 jaar na de geboorte (78.1%). Deze groep huisartsen is zelfs groter dan de groep huisartsen die het tot de eigen taak ziet om deze doelgroep op te volgen (67.3%). Ook voor jongeren kinderen tussen 2 en 3 jaar vindt een ruime helft van de huisartsen dat Kind en Gezin de vaccinatiestatus nog moet opvolgen.

Centra voor leerlingenbegeleiding hebben volgens de huisartsen vooral de taak om de vaccinatiestatus op te volgen tijdens de schoolleeftijd: in de kleuterschool (63.3%), in het primair onderwijs (70.7%), en in het secundair onderwijs (66.2%).

Volgens sommige respondenten (aantallen tussen haakjes) dragen ook volgende actoren nog een verantwoordelijkheid bij het opvolgen van de vaccinatiestatus: de werkgever / arbeidsgeneesheer (10), de pediater (2), en specifiek voor kansarmen het OCMW (2). Tenslotte wezen 5 huisartsen er expliciet op dat de patiënten (of de ouders) zelf hun vaccinatiestatus moeten opvolgen.

**Figuur VA1. Percentage huisartsen dat per doelgroep verschillende actoren een rol toebedeelt in de opvolging van de vaccinatiestatus**



Kansarmen lijken een speciale doelgroep te zijn. In vergelijking met de doelgroep volwassenen vindt 10% minder huisartsen het zijn / haar taak om de vaccinatiestatus van deze doelgroep op te volgen. Uit de analoge vergelijking blijkt dat het CLB en zeker Kind en Gezin terug een belangrijkere rol toegeschreven krijgen.

Aansluitend bij de vorige vaststelling geven bijna alle huisartsen inderdaad aan te controleren of de vaccinatiestatus van hun patiënten in orde is (91.6%). De helft van de huisartsen kijkt dit wel enkel na bij risicogroepen (50.4%). Ongeveer 4 op 10 ziet dit na bij elke patiënt (41.2%) (tabel VA2). Het is dan ook niet te verwonderen dat bijna alle huisartsen (95.8%) aangeven de vaccinatiestatus te noteren in het dossier van de patiënt.

**Tabel VA2. Frequentie en percentage huisartsen dat de vaccinatiestatus van patiënten controleert**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Niet</b>	30	8,4
<b>Enkel bij risicogroepen</b>	180	50,4
<b>Bij alle patiënten</b>	147	41,2

Specifiek voor de doelgroep van 2- en 3-jarigen werd gevraagd of de huisarts nagaat of de basisvaccinatie voor mazelen, bof, en rubella in orde is (tabel VA3). Uit de resultaten blijkt dat een kwart van de huisartsen dit altijd doet (25.3%). Ongeveer 2 op 5 geven aan dit in sommige gevallen wel te doen (39.9%), terwijl bijna 1 op 3 dit niet doet omdat ze er van uitgaan dat andere actoren (bv Kind en Gezin) dit opvolgen (29.9%). Tenslotte geeft 1 op 20 huisartsen aan hier geen aandacht aan te besteden (4.9%).

**Tabel VA3. Frequentie en percentage huisartsen dat bij 2- tot 3-jarigen nagaat of de basisvaccinaties in orde zijn**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Gaat niet na</b>	17	4,9
<b>Neen, want andere actoren doen dit al</b>	104	29,9
<b>Ja, in sommige gevallen</b>	139	39,9
<b>Ja, altijd</b>	88	25,3

*In vergelijking met 2000 zijn er slechts enkele kleine veranderingen in de percentages van het aantal huisartsen dat nagaat of de basisvaccinaties bij 2- tot 3- jarigen in orde zijn. In 2000 werden volgende waarden gevonden:*

<i>geen aandacht:</i>	<i>3.0%</i>	<i>nee, want PMS (=CLB):</i>	<i>32.0%</i>
<i>in sommige gevallen:</i>	<i>36.4%</i>	<i>altijd:</i>	<i>28.7%.</i>

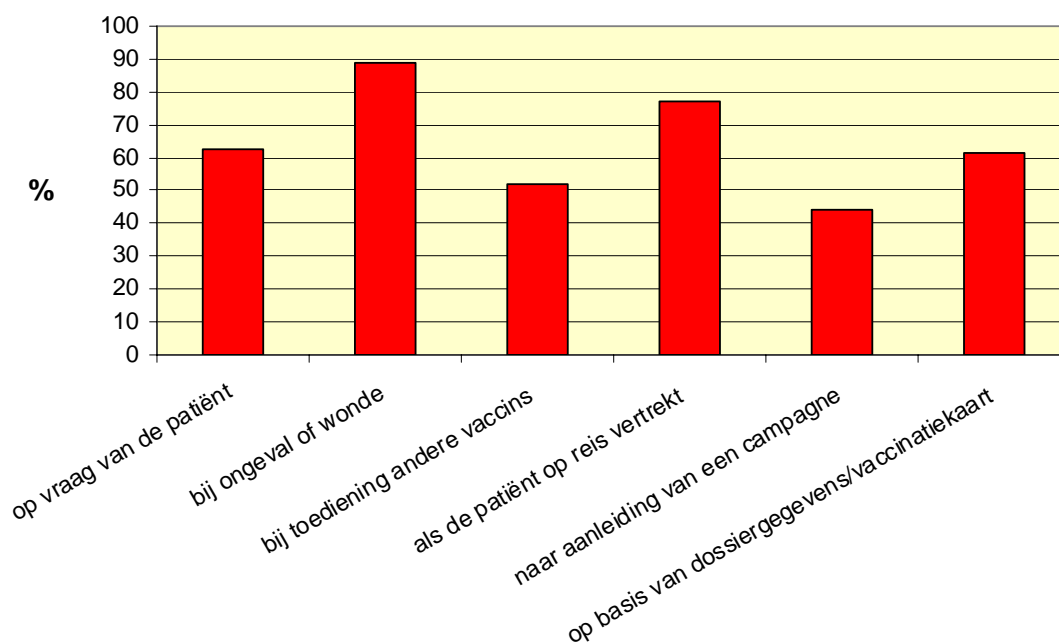
In verband met vaccinatie tegen tetanus werd nagegaan in welke situaties huisartsen nakijken of een herhaling nodig is (tabel VA4). Een grafische voorstelling van de resultaten wordt gegeven in figuur VA2.

**Tabel VA4. Frequentie en percentage huisartsen dat nagaat of een herhaling van het tetanusvaccin nodig is in bepaalde specifieke omstandigheden**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Nooit</b>	0	0,0
<b>Op vraag van de patiënt</b>	226	62,6
<b>Bij ongeval of wonde</b>	321	88,9
<b>Bij toediening van andere vaccins</b>	188	52,1
<b>Als de patiënt op reis vertrekt</b>	278	77,0
<b>Naar aanleiding van een campagne</b>	160	44,3
<b>Op basis van dossiergegevens/vaccinatiekaart</b>	221	61,2

Geen enkele huisarts gaf aan dit 'nooit' na te kijken. 'Ongeval of wonde' wordt door de meeste huisartsen vermeld als reden om een herhalingsvaccinatie toe te dienen (88.9%). Ook het op reis vertrekken van de patiënt blijkt voor meer dan 3 op 4 huisartsen een reden tot herhaling (77.0%). Andere redenen die door meer dan de helft van huisartsen werden onderschreven zijn: 'op vraag van de patiënt' (62.6%), 'op basis van dossiergegevens / vaccinatiekaart' (61.2%), en 'bij toediening van andere vaccins' (52.1%). Minder dan de helft van de huisartsen laat zich hierin beïnvloeden door campagnes (44.3%).

**Figurr VA2. Percentage huisartsen dat bij bepaalde situaties nakijkt of een herhalingsvaccin voor tetanus nodig is**



*Hoewel niet alle antwoordalternatieven opgenomen werden in 2000, kan voor sommige toch een vergelijking gemaakt worden. Deze leren dat er niet zo heel veel veranderd is aan de manier waarop huisartsen de noodzakelijkheid van een herhaling van het tetanusvaccin bepalen. Ter informatie de percentages zoals ze in 2000 werden gevonden:*



<i>bij ongeval of wonde:</i>	93.6%
<i>bij toediening van andere vaccins:</i>	59.6%
<i>als patiënt op reis vertrekt:</i>	75.6%
<i>naar aanleiding van een campagne:</i>	38.1%.

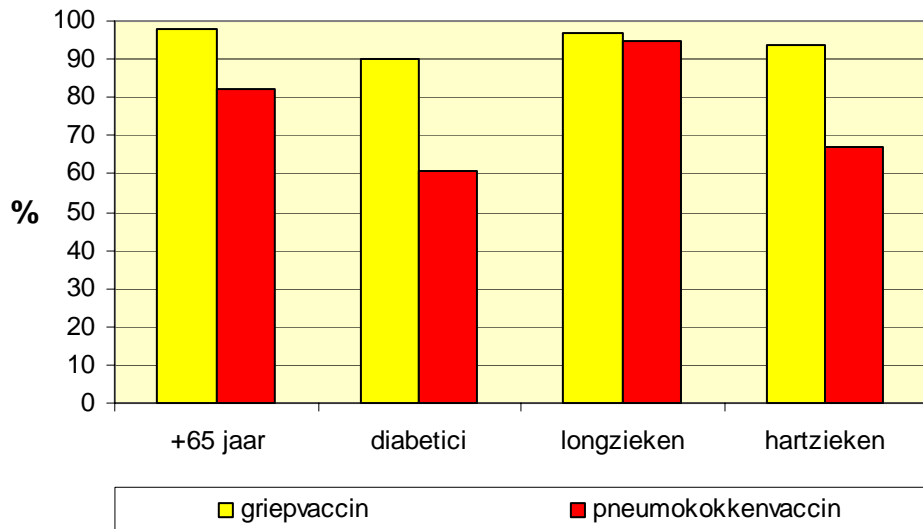
Voor het griepvaccin en het pneumokokkenvaccin werd nagegaan naar welke doelgroepen (+65 jaar, diabetici, longzieken, hartzieken) de huisartsen zelf het initiatief nemen om het gebruik ervan aan te bevelen.

**Tabel VA5. Frequentie en percentage huisartsen dat voor bepaalde doelgroepen zelf initiatief neemt voor het griepvaccin en het pneumokokkenvaccin**

	<b>+65 jaar</b>		<b>diabetici</b>		<b>longzieken</b>		<b>hartzieken</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Griepvaccin</b>	348	98,0	320	90,1	343	96,6	333	93,8
<b>Pneumokokkenvaccin</b>	291	82,2	215	60,9	336	94,9	238	67,2

Uit de resultaten (tabel VA5 - figuur VA3) blijkt dat het griepvaccin door praktisch alle huisartsen aanbevolen wordt aan ouderen boven de 65 jaar (98.0%). Ook voor de andere doelgroepen neemt meer dan 9 op 10 huisartsen zelf het initiatief: longzieken (96.6%), hartzieken (93.8%), en diabetici (90.1%). Algemeen genomen blijken huisartsen iets minder proactief in verband met het pneumokokkenvaccin. De longzieken zijn de doelgroep die het meest benaderd wordt (94.9%), gevolgd door de +65 jarigen (82.2%), de hartzieken (67.2%), en de diabetici (60.9%).

**Figuur VA3. Percentage huisartsen dat voor het griep- en het pneumokokkenvaccin zelf initiatief neemt naar verscheidene doelgroepen**



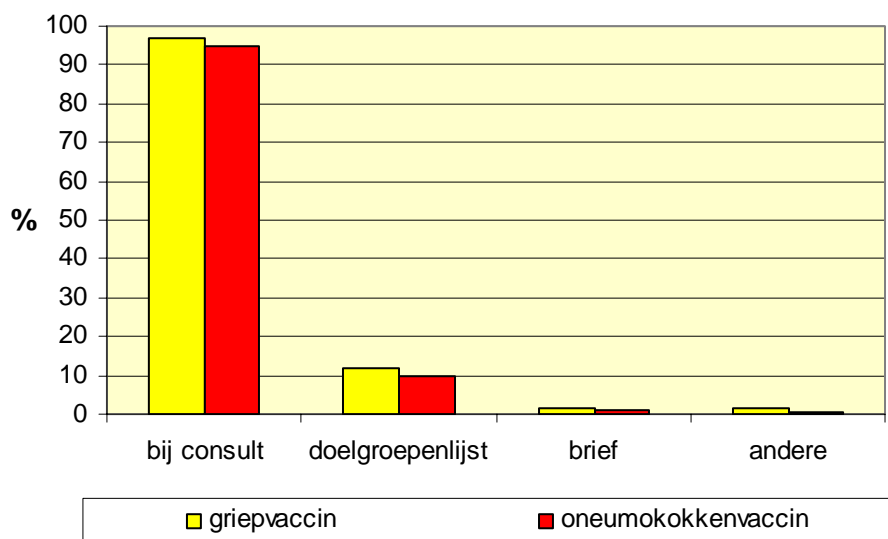
Er werd ook nagegaan op welke wijze huisartsen dit initiatief nemen voor deze twee vaccins. Uit de gegevens (tabel VA6 - figuur VA4) blijkt duidelijk dat dit voor beide vooral gebeurt naar aanleiding van consultaties. Ongeveer 1 op 10 huisartsen werkt met een doelgroeplijst, terwijl slechts enkele huisartsen hun patiënten schriftelijk uitnodigen. Als andere methode werd nog vermeld het gebruik van affiches in de wachtzaal.

Er moet wel opgemerkt worden dat er blijkbaar onenigheid bestaat over de wettelijke toegestane acties: zo vermelde twee respondenten dat uitnodigen per brief bij wet verboden is.

**Tabel VA6. Frequentie en percentage huisartsen dat een bepaalde methode gebruikt om patiënten aan te spreken over het griepvaccin en het**

	bij consult		doelgroeplijst		brief		andere	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Griepvaccin</b>	344	96,9	42	11,8	5	1,4	6	1,7
<b>Pneumokokkenvaccin</b>	336	94,6	35	9,9	4	1,1	2	0,6

**Figuur VA4. Percentage huisartsen per methode die zij gebruiken om hun patiënten aan te spreken over het griep- en pneumokokkenvaccin**

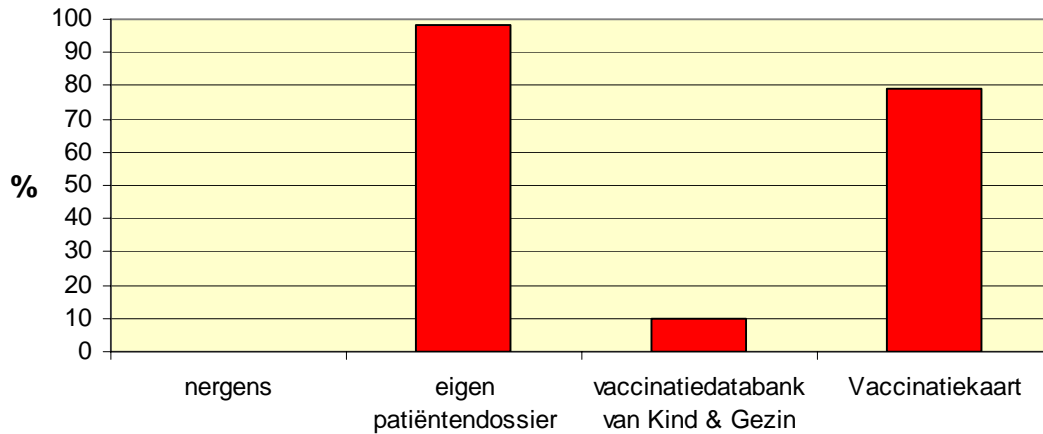


Uit de enquête blijkt verder dat alle huisartsen het toedienen van vaccins ergens noteren (tabel VA7 – figuur VA5). Bijna alle huisartsen noteren deze gegevens in hun eigen patiëntdossier (98%), en bijna 8 op 10 huisartsen noteren het op een vaccinatiekaart (79,3%). De vaccinatiedatabank van Kind en Gezin wordt slechts door ongeveer 1 op 10 huisartsen vermeld (9,8%)

**Tabel VA7. Frequentie en percentage huisartsen per plaats waar zij het toedienen van vaccins noteren**

	n	%
Nergens	0	0,0
Eigen patiëntdossier	351	98,0
Vaccinatiedatabank van Kind & Gezin	35	9,8
Vaccinatiekaart	284	79,3

**Figuur VA5. Percentage huisartsen per plaats waar zij het toedienen van vaccins noteren**



Tenslotte blijkt slechts 1 op 4 huisartsen specifieke richtlijnen te volgen bij het preventief werken rond infectieziekten (25.6%). Hierbij werd dan verwezen naar officiële richtlijnen (circulaires van het ministerie, vaccinatiekaart van de World Health Organization, ...), en naar informatie die huisartsen krijgen van ondersteuningsorganen (Wetenschappelijke Vereniging Vlaamse Huisartsen, Logo, Nederlandse Hoge Gezondheidsraad, ...). Beide mogelijkheden werden door telkens 16 respondenten aangegeven.

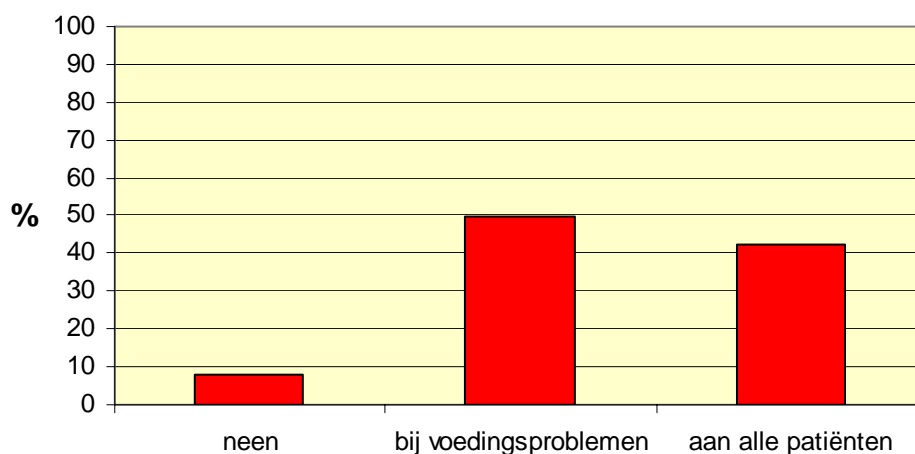
## RESULTATEN: VOEDING

Wat betreft het preventief werken van de huisarts rond de voeding van zijn / haar patiënten, worden in de enquête 3 vragen gesteld: 1) is het geven van voedingsadvies een taak voor huisarts, 2) worden er specifieke richtlijnen gevolgd, 3) op welke wijze wordt voedingsadvies gegeven.

**Tabel VO1. Frequentie en percentage huisartsen dat voedingsadvies een taak vindt voor huisartsen**

	n	%
Neen	27	8,0
Ja, bij voedingsproblemen	167	49,6
Ja, aan alle patiënten	143	42,4

**Figurr VO1. Percentage huisartsen dat voedingsadvies een taak voor huisartsen vindt**



Zoals blijkt uit tabel VO1 vinden bijna alle huisartsen dat voedingsadvies tot hun takenpakket behoort (92.0%). Volgens de helft van de huisartsen is dit wel beperkt tot patiënten met een specifieke voedingsproblematiek (49.6%). Ruim 4 op 10 vindt voedingsadvies toch een taak bij alle patiënten. Figuur VO1 geeft een grafische voorstelling van de resultaten.

*In 2000 werd een gelijkaardige vraag gesteld: 'Spreekt u met patiënten over gezonde voeding'. De antwoordmogelijkheden waren toen:*

*Neen: 0.3%*

*Bij ziektebeelden: 72.4%*

*Bij iedereen: 27.3%*

Van de groep volgens wie voedingsadvies niet tot de taak van de huisarts behoort, oordelen de meeste huisartsen dat dit een taak is voor diëtisten. Volgens 1 huisarts is dit de taak van 'iedereen uit de gezondheidszorg', en volgens een andere van de scholen.

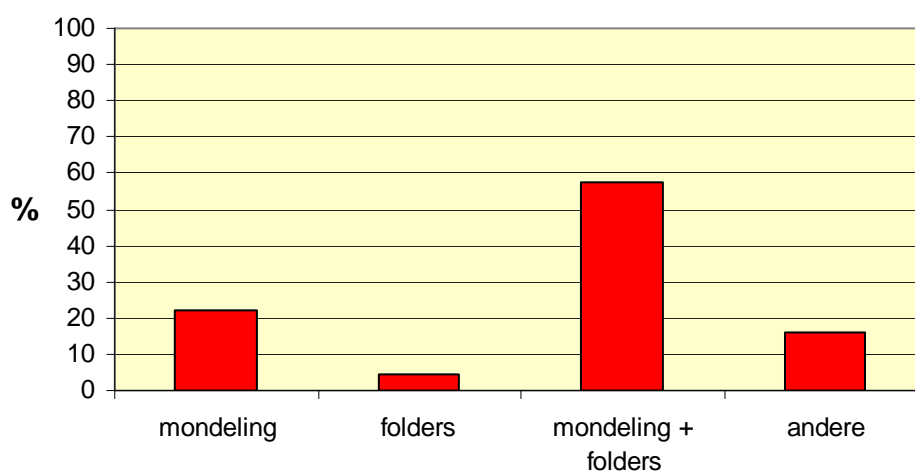
Uit de gegevens komt naar voor dat 30% (n=106) van de huisartsen specifieke richtlijnen volgt bij het preventief werken rond voeding. Het meest gebruikt hierbij zijn de voedingsdriehoek (44 huisartsen), en folders allerhande (32 huisartsen).

Van de huisartsen die voedingsadvies geven, gebruiken meer dan de helft een combinatie van mondelinge informatie en folders (57.4%). Ongeveer 1 op 5 houdt het uitsluitend bij mondelinge informatie (22.2%), terwijl iets minder dan 1 op 20 enkel gebruik maakt van folders (4.6%). Tenslotte is er nog een groep (15.9%) die op nog andere methodes steunt bij het geven van het voedingsadvies. De meest voorkomende actie binnen deze groep is de doorverwijzing naar een diëtist(e) (29 huisartsen). (zie tabel VO2 - figuur VO2)

**Tabel VO2. Frequentie en percentage huisartsen per methode van voedingsadvies**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Mondeling</b>	77	22,2
<b>Folders</b>	16	4,6
<b>Mondeling + folders</b>	199	57,4
<b>Andere</b>	55	15,9

**Figuur VO2. Percentage huisartsen dat gebruik maakt van bepaalde methoden bij het geven van voedingsadvies**



Tenslotte dient nog opgemerkt te worden dat een grote meerderheid van de respondenten (86.5%) het gewicht opneemt in de patiëntdossiers.

## RESULTATEN: ROKEN

In verband met preventief werken rond roken werden in de enquête twee vragen gesteld: aan welke groepen de huisarts expliciet rookstopadvies geeft, en welke methode de huisarts gebruikt als hij / zij rookstop adviseert.

De resultaten van deze bevraging worden gepresenteerd in tabel R1 en R2, respectievelijk. Figuren R1 en R2 vormen op hun beurt de grafische weergave van de gegevens.

**Tabel R1. Frequentie en percentage huisartsen dat rookstopadvies geeft per doelgroep**

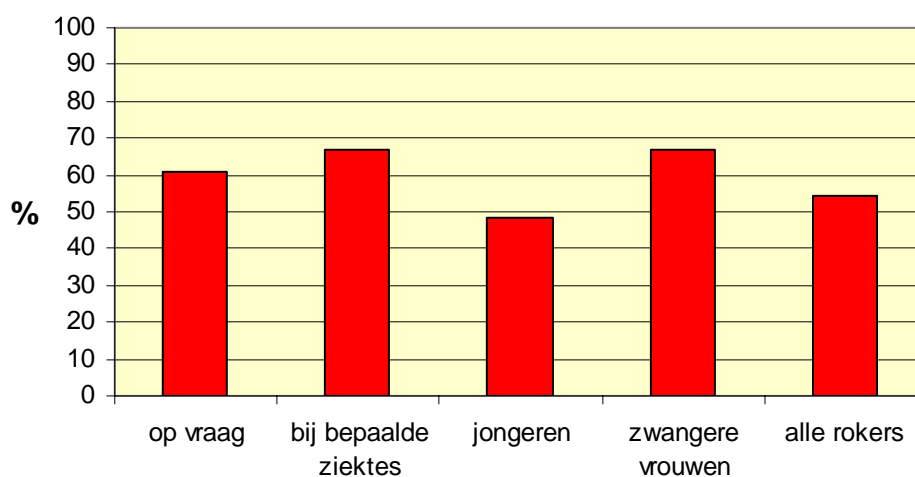
	n	%
Op vraag	220	61,1
Bij bepaalde ziektes	241	66,9
Aan jongeren	174	48,3
Aan zwangere vrouwen	240	66,7
Aan alle rokers	195	54,2

Uit de gegevens per doelgroep blijkt dat huisartsen vooral rookstopadvies geven bij een specifieke medische conditie die negatief beïnvloed zou kunnen worden door roken, met name zwangerschap (66.9%) en bepaalde ziektes (66.9%). Slechts 1 op 6 huisartsen geeft rookstopadvies aan patiënten die hier om vragen. De reden waarom niet alle huisartsen ingaan op deze vraag kon niet in de huidige gegevens teruggevonden worden. Ongeveer de helft van de respondenten geeft rookstopadvies aan alle rokers. Het is trouwens opvallend dat slechts iets meer dan de helft van de huisartsen (58.0%) de rookstatus noteert in het dossier van de patiënt.



Het percentage huisartsen dat in 2003 rookstopadvies geeft is voor drie doelgroepen duidelijk veranderd ten opzichte van 2000. In 2000 gaven meer huisartsen dan nu aan dat ze rookstopadvies gaven op vraag van de patiënt (2000: 69.2% vs. 2003: 61.1%), en bij bepaalde ziektes (2000: 82.0% vs. 2003: 66.9%). Daartegenover staat dat er nu beduidend meer huisartsen aangeven aan alle rokers rookstopadvies te geven (2000: 37.8% vs. 2003: 54.2%). Binnen de twee overige doelgroepen zijn de veranderingen verwaarloosbaar klein (jongeren: 2000: 48.6% vs. 2003: 48.3% en zwangere vrouwen: 2000: 66.9% vs. 2003: 66.7%).

**Figuur R1. Percentage huisartsen dat rookstopadvies geeft (per doelgroep)**



Indien huisartsen rookstopadvies geven, blijkt ongeveer 3 op 4 huisartsen het gebruik van nicotinevervangende middelen voor te schrijven (74.3%). Iets meer dan de helft geeft een folder of een brochure mee aan de patiënt (53.4%). Bijna 2 op 5 huisartsen voorziet geen verdere begeleiding na het advies om te stoppen met roken (39.1%). Rookstopcursussen worden relatief weinig geadviseerd (15.4%).

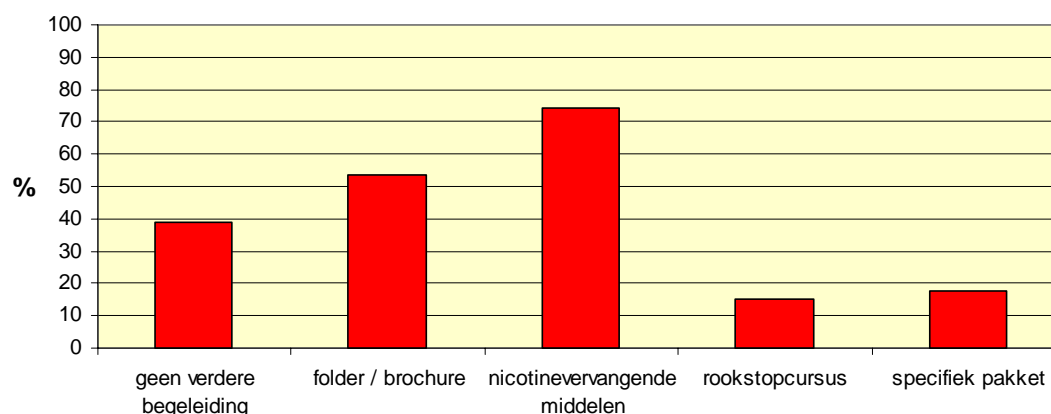
Bijna 1 op 5 van de huisartsen blijkt gebruik te maken van een van specifieke pakketten rond rookpreventie (17.6%). Het Minimale Interventie Stappenplan

wordt het meest vermeld (10 huisartsen), gevolgd door ZYBAN (8 huisartsen) en het pakker van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (3 huisartsen).

**Tabel R2. Frequentie en percentage huisartsen bepaalde methoden gebruikt als ze patiënten rookstop adviseren**

	n	%
Geen verdere begeleiding	140	39,1
Folder / brochure	191	53,4
Nicotinevervangende middelen	266	74,3
Rookstopcursus	55	15,4
Specifiek pakket	63	17,6

**Figuur R2. Percentage huisartsen dat gebruik maakt van een specifieke methode bij het geven van rookstopadvies**



*Doordat de vraag en de antwoordmogelijkheden anders geformuleerd werden in 2000, kunnen slechts twee methoden gebruikt bij het adviseren van een rookstop vergeleken worden. Hieruit blijkt een duidelijke stijging van het gebruik van folders en brochures (2000: 45.9% vs. 2003: 53.4%) en een kleine toename van nicotinevervangende middelen (2000: 72.4% vs. 2003: 74.3%).*

## RESULTATEN: BORSTKANKER

In de enquête werden aan alle huisartsen enkele vragen rond de mate waarin en de wijze waarop zij preventief werken rond borstkanker. In eerste instantie werd nagegaan welke mogelijkheden (klinisch onderzoek, verwijzing voor een diagnostische mammografie en echografie, en / of een verwijzing voor een preventieve mammografie in een erkende mammografische eenheid) zij aanbieden aan vrouwen in drie verschillende doelgroepen: 40 tot 49 jaar, 50 tot 69 jaar, en +70 jaar.

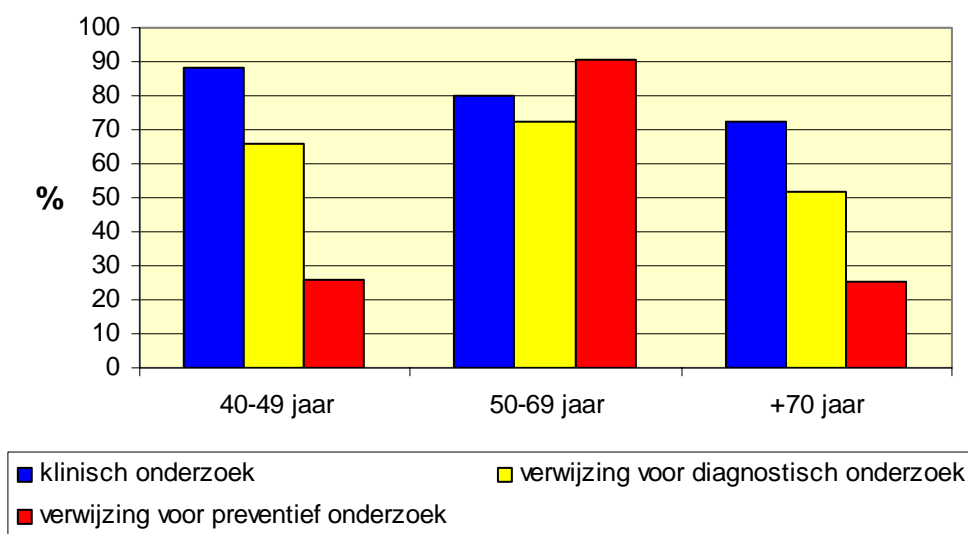
In tabel BK1 wordt het aantal huisartsen weergegeven dat positief antwoordde. Een visuele voorstelling wordt gepresenteerd in figuur BK1.

**Tabel BK1. Frequentie en aantal huisartsen dat per doelgroep bepaalde borstkankeronderzoeken aanbiedt**

	40-49 jaar		50-69 jaar		+70 jaar	
	n	%	n	%	n	%
<b>Klinisch onderzoek</b>	316	88,0	267	79,9	259	72,1
<b>Verwijzing voor diagnostisch onderzoek</b>	237	66,0	260	72,6	186	51,8
<b>Verwijzing voor preventief onderzoek</b>	92	25,6	325	90,5	90	25,1

Enkele zaken springen in het oog. Zo geven 9 op 10 huisartsen een verwijzing voor preventief onderzoek aan vrouwen tussen 50 en 69 jaar. Bij jongere en oudere vrouwen doet slechts 1 op 4 huisartsen dit. Eveneens valt op dat de doelgroep van de vrouwen van 70 jaar en ouder de drie onderzoeken door minder huisartsen krijgt aangeboden dan de twee jongere doelgroepen.

**Figuur BK1. Percentage huisartsen dat per doelgroep bepaalde borstkankeronderzoeken aanbiedt**



Parallel met bovenstaand resultaat, blijkt dat vrouwen tussen 50 en 69 jaar door meer dan 3 / 4 van de huisartsen systematisch worden verwezen voor een preventieve mammografie. Daarnaast wacht iets meer dan 1 / 10 huisartsen op het tweede spoor. Bijna 1 / 20 huisartsen blijkt deze doelgroep toch niet systematisch te verwijzen. (tabel BK2)

**Tabel BK2. Frequentie en Percentage van huisartsen dat systematisch vrouwen van 50 tot 69 jaar doorverwijst voor een preventieve mammografie**

	n	%
Neen	16	4,5
Wacht op 2de spoor	42	11,8
Ja: op eigen initiatief	278	77,9
Ja: eigen initiatief & 2de spoor	21	5,9

*Door een andere formulering van de antwoordkeuzes in 2000 kan enkel een vergelijking gemaakt worden voor het percentage huisartsen dat vrouwen tussen de 50 en de 69 jaar niet systematisch doorverwijst voor een preventieve mammografie., waaruit dan blijkt dat dit niet noemenswaardig veranderde (2000: 4.1% vs. 2003: 4.5%).*

De datum van de laatste mammografie en van het laatste uitstrijkje wordt wel door de meeste huisartsen (respectievelijk 91.7% en 90.9%) genoteerd in het dossier van de patiënten.

Vrouwen met een verhoogd familiaal risico op borstkanker worden door huisartsen gemiddeld vanaf hun 32 à 33 gescreend op borstkanker. Toch is er een vrij grote diversiteit in deze beginleeftijd: ongeveer 1 op 3 huisartsen start met de screening bij deze doelgroep als hun patiënte 30 jaar is (32.1%), 1 op 4 vanaf 40 jaar (34.4%), bijna 1 op 5 vanaf 35 jaar (17%), en ongeveer 1 op 10 reeds op 25 jarige leeftijd (11.9%).

Op de vraag of specifieke richtlijnen gevolgd worden bij het preventief werken rond borstkanker geven slechts 3 op 10 huisartsen een bevestigend antwoord (31%). Zij verwijzen hierbij naar de WVVH (22 huisartsen), de Nederlandse standaarden (11 huisartsen), en de Logo's (7 huisartsen).

## RESULTATEN: VEILIGHEID

In de enquête werden aan alle huisartsen enkele vragen gesteld over preventie op het vlak van de veiligheid in de privé-sfeer. Meer in het bijzonder werd er gevraagd of zij preventieve acten stelden ten aanzien van: brandwonden, CO-vergiftiging, vallen, verdrinking, verkeersongevallen, en vergiftiging, en voor welke van 5 doelgroepen dit gebeurde: peuters en kleuters, kinderen, jongeren, volwassenen, en / of ouderen.

In tabel V0 wordt het aantal huisartsen weergegeven dat positief antwoordde. Een visuele voorstelling wordt gepresenteerd in figuur V0.

**Tabel VE1. Frequentie en percentage van huisartsen dat per doelgroep aan preventie doet rond verschillende aspecten van veiligheid in de privésfeer**

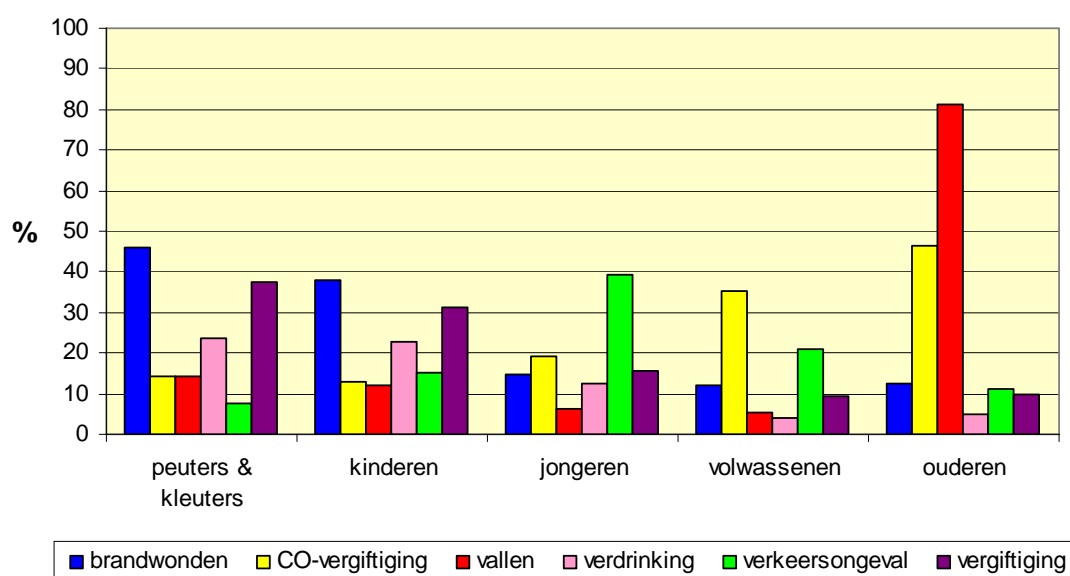
	peuters & kleuters		kinderen		jongeren		volwassenen		ouderen	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Brandwonden</b>	109	46,2	90	38,1	35	14,8	28	11,9	29	12,3
<b>CO-vergiftiging</b>	34	14,4	31	13,1	45	19,1	83	35,2	110	46,6
<b>Vallen</b>	34	14,4	28	11,9	15	6,4	13	5,5	192	81,4
<b>Verdrinking</b>	56	23,7	54	22,9	30	12,7	10	4,2	11	4,7
<b>Verkeersongeval</b>	18	7,6	36	15,3	93	39,4	49	20,9	26	11,0
<b>Vergiftiging</b>	86	37,3	74	31,4	37	15,7	22	9,3	23	9,7

Er zijn duidelijke enkele uitschieters. Zo werkt meer dan 4/5 huisartsen bij ouderen rond valpreventie, hoewel slechts 8% van de respondenten aangeeft een verhoogd valrisico te noteren in het patiëntdossier.

Preventie van brandwonden krijgt vooral aandacht bij peuters & kleuters (46.2%) en bij kinderen (38.1%). Ook preventie van verdrinking en van vergiftiging gebeurt voornamelijk ten aanzien van peuters & kleuters (23.7%, en 37.3% respectievelijk) en van kinderen (22.9%, en 31.4% respectievelijk).

CO-vergiftiging wordt dan weer vooral preventief benaderd ten aanzien van ouderen (46.6%) en volwassenen (35.2%). Voor preventie van verkeersongevallen, ten slotte, richten huisartsen zich vooral naar jongeren (39.4%) en naar volwassenen (20.9%).

**Figuur VE1. Percentage huisartsen dat preventief werkt rond zes gevaren (opgespitst naar doelgroep)**



Een laatste vraag rond veiligheid ging na of huisartsen specifieke richtlijnen volgen bij het preventief werken rond dit thema. Dit is duidelijk zeer uitzonderlijk: slechts 3.3% geeft aan zich op specifieke richtlijnen te baseren. Drie huisartsen verwijzen hierbij naar de Logo's, twee naar de WVVH. Daarnaast wordt nog het Rode Kruis en de Nederlandse Hoge Gezondheidsraad vermeld, beide door één huisarts.







*INLEIDING*

*RESULTATEN*

***SAMENVATTING***

*TOT SLOT*

*BIJLAGEN*

## SAMENVATTING

### *Algemeen*

Bijna de helft van de actieve huisartsen heeft zijn medewerking verleend aan de huidige studie. Dit wijst er op dat een schriftelijke bevraging via de kringverantwoordelijken een verbetering is ten opzichte van de klassieke postenquête. Het lijkt dan ook aan te raden dezelfde werkwijze te hanteren bij een eventuele volgende meting.

Wat betreft de samenstelling van de groep respondenten stellen we enkele verschuivingen vast: zo participeerden in 2003 meer vrouwelijke huisartsen en werd de groep ook jonger. Tenslotte is er ook een duidelijke stijging van het aantal huisartsen dat een computerdossier gebruikt om de patiëntengegevens bij te houden.

Bijkomende analyses in 2003 tonen daarenboven aan dat huisartsen die gebruik maken van een computerdossier significant meer (1.85) belang hechten aan preventie dan huisartsen die enkel met losse bladen (1.57) werken ( $F=5.717$ ,  $df=2$ ,  $p=.004$ ). Het type dossiersysteem blijkt echter geen invloed te hebben op de tijd die huisartsen besteden aan preventie. Verschillende interpretaties zijn denkbaar. Misschien werd (dossier)registratie (administratie) niet gezien als 'te rapporteren tijd' in het kader van het preventieve werk. Misschien is werken met een computersysteem efficiënter, zodat op dezelfde tijd meer gedaan wordt. Misschien is er inderdaad geen invloed. Verder onderzoek is nodig om dit uit te klaren.

Er blijkt geen opvallende verandering te zijn wat betreft de tijd die huisartsen aangeven te besteden aan preventie. Hier zijn echter twee belangrijke bedenkingen bij te maken. Vooreerst is er het blijvende probleem aangaande

de interpretatie van 'preventief werken'. Men heeft veelal elk anamnestic- of inspectiegegeven voor ogen, iedere act van klinisch of bijkomend onderzoek, advies, voorschrift of verwijzing, met als doel het optimaliseren van de gezondheid en het voorkomen van ziekte. Dit is zeer moeilijk eenduidig te verklaren en in beeld te brengen, en kan ook door diverse huisartsen anders geïnterpreteerd worden. Daarenboven gaat het hier om een - vrij ruwe - zelfrapportage door de huisarts van zijn eigen tijdsgebruik. Zelfs al kon gewerkt worden met een duidelijke definitie, dan nog zou het onzeker blijven of deze methode een perfect betrouwbaar beeld kon geven.

In het wetenschappelijk concours wordt voorgesteld om de eerste bedenking te ondervangen door vooral te focussen op specifieke gedragingen (b.v. noteren van gegevens, voorschrijven van borstkankerscreening...), eerder dan het werken met het algemeen begrip 'preventie'. Dit komt dus neer op het verwerven van een zicht op het beheer van de praktijkpopulatie met betrekking tot preventieve zorg. Het tweede luik van de vragenlijst, waar per gezondheidsdoelstelling verschillende vragen gesteld worden, speelt hier op in. De problemen van zelfrapportage zouden opgelost kunnen worden door het gebruik van een andere methodiek, zoals bijvoorbeeld observatie, maar dit brengt vaak heel wat praktische problemen met zich. Zo zou het wellicht erg moeilijk zijn om de complexiteit van het klinisch en relationeel gebeuren, de wisselwerking van diverse factoren en de evolutie in de tijd, te herleiden tot registreerbare gegevens, al dan niet beperkt tot een momentopname.

Door een herformulering van de vraag in 2003 ten opzichte van 2000, is het niet mogelijk om de evolutie over deze tijdsperiode na te gaan voor het belang dat huisartsen hechten aan preventie. Wel kan gesteld worden dat in beide onderzoeken het merendeel van de respondenten preventie een belangrijke taak vonden voor huisartsen.

Deze positieve attitude wordt ook bevestigd door de redenen die opgegeven werden om wel aan preventie te werken. Ongeveer 1 op 3 huisartsen verwijst hier specifiek naar het belang van de patiënt, en 1 op 6 naar het maatschappelijk belang. Daarenboven vindt bijna 1 op 4 dat de huisarts in een positie staat die bij uitstek geschikt is voor preventief werken.

De opgegeven bezwaren tegen preventief werken, in absoluut aantal veel minder frequent vermeld dan de voordelen, zijn veeleer van praktische aard: de vereiste tijdsinvestering ligt vrij hoog, er is eigenlijk geen degelijk systeem van financiële vergoeding (voor de vergadermomenten, tijdsinvestering in het projectmatig werken...), en er is gebrek aan structurele ondersteuning. Slechts 1 op 12 huisartsen geeft aan te twifelen aan het nut van preventieve acties (in hun praktijk).

De afstemming tussen Logo's en huisartsen lijkt nog niet optimaal. In 40 tot 50% van de gevallen kent de huisarts wel de werking van de Logo's rond een bepaald thema, maar is er geen verdere afstemming. Aan de andere kant moet de vraag gesteld worden of deze afstemming inderdaad moet toenemen om van een goede preventie te kunnen spreken. Zo hoeft bijvoorbeeld een huisarts die in zijn dagelijkse praktijk reeds optimaal preventief werkt rond roken geen extra aandacht meer te besteden aan dit thema wanneer de Logo's een anti-tabak-actie organiseren. En streven naar een samenwerking voor elk thema tussen alle 744 huisartsen en de Logo's, zou ongetwijfeld tot een overrompeling van deze laatsten leiden. Tenslotte is sowieso het streefdoel voor Logo's en deze hulpverleners hetzelfde, namelijk het optimaliseren van de volksgezondheid. Er dient dan ook opgemerkt te worden dat er binnen de bevraagde gezondheidsdoelstellingen weldegelijk positieve verschuivingen te vinden zijn tussen 2000 en 2003, overeenkomstig de aandachtspunten binnen de Logo-werking. En dat is wat uiteindelijk belangrijk is.

## *Gezondheidsdoelstellingen*

Het thema 'Vaccinatie' werd uitgebreid bevraagd in deze enquête. Enkel de meest markante resultaten zullen hier vermeld worden. Zo blijken bijna alle huisartsen het hun taak te vinden om de vaccinatiestatus van volwassenen op te volgen. Dit percentage blijft weliswaar nog hoog wat betreft de minderjarigen, maar hier zien zij ook een taak weggelegd voor andere actoren, zoals Kind & Gezin, en de CLB's. Toch stelt ongeveer de helft van de respondenten de vaccinatiestatus enkel na te gaan bij risico-groepen; iets meer dan 4 op 10 gaat dit na bij alle patiënten. Bijna alle huisartsen noteren de vaccinatiestatus in het eigen dossiersysteem, en bijna 80% maakt eveneens gebruik van de vaccinatiekaart van de patiënt.

Voedingsadvies is volgens de meeste respondenten een taak van de huisarts, al zijn ze wel verdeeld over de vraag of dit voor alle patiënten dient te gebeuren, of enkel voor die patiënten met een voedingsprobleem. Het valt trouwens op dat in 2003 15% meer huisartsen dan in 2000 zich richten op de algemene patiëntengroep. Zij die dit geen taak vonden voor huisartsen vermelden diëtisten als de meest geschikte actor.

Voor sommige doelgroepen is er een duidelijke evolutie wat betreft het percentage huisartsen dat rookstopadvies geeft. Zo geven ongeveer 16% meer huisartsen nu rookstopadvies aan al hun rokende patiënten. Daartegenover staat een daling van 8% bij 'op vraag van de patiënt', en van 15% bij 'bij bepaalde ziektes'. Het is niet duidelijk of deze daling bij specifieke doelgroepen te verklaren valt door de stijging in de benadering van alle rokende patiënten. Het dient trouwens benadrukt te worden dat, ondanks de stijging sinds 2000, in 2003 slechts 54% van de huisartsen alle rokende patiënten aanspreekt over dit gedrag. Bij rookstopadvies vermelden  $\frac{3}{4}$  van de huisartsen het gebruik van nicotinevervangende middelen; rookstopcursussen worden slechts door 15% vermeld. (Over de gepastheid van deze

methoden kan geen uitspraak gedaan worden, daar er geen gegevens gevraagd werden over de patiënten bij wie ze gebruikt werden.)

Bijna alle huisartsen (90%) blijken de doelgroep van 50- tot 69-jarige vrouwen te verwijzen voor een preventief onderzoek in het kader van borstkankerscreening. Het merendeel van de respondenten (bijna 85%) geeft aan dit te doen op eigen initiatief.

Wat veiligheid betreft is er maar een uitschieter: ongeveer 80% probeert bij ouderen te werken rond valpreventie. De andere thema's komen beduidend minder aan bod. Toch kunnen we daarin nog een leeftijdsgebonden evolutie herkennen: voor peuter, kleuters en kinderen wordt voornamelijk gewerkt rond brandwonden, vergiftiging en verdrinking; bij jongeren vooral rond verkeersongevallen; en bij volwassenen en ouderen rond CO-vergiftiging.



*INLEIDING*

*RESULTATEN*

*SAMENVATTING*

***TOT SLOT***

*BIJLAGEN*

## TOT SLOT

Dit was de tweede meting rond het thema preventie bij de Limburgse huisartsen. De resultaten zullen langs verschillende wegen bekend gemaakt worden:

- het volledig rapport wordt algemeen beschikbaar gemaakt op de site van de Limburgse Logo's
- verantwoordelijken van de lokale kringen krijgen een samenvatting
- resultaten in de nieuwsbrief van de preventie-artsen
- presentatie op de Limburgse Preventieve Gezondheidsraad
- verschillende artikels in (lokale) tijdschriften
- presentaties en posters op (internationale) studiedagen
- ...

De feedback naar de huisartsen heeft eveneens een belangrijke sensibiliserende rol. Even belangrijk is echter dat op basis van de verzamelde gegevens werkpunten aangereikt kunnen worden. Het spreekt dan ook voor zich dat deze enquête een blijvend instrument zal zijn om richting te geven aan de werking van Logo's ten aanzien van de huisartsen.

In dat opzicht nemen we onder meer volgende bedenkingen mee voor een eventuele volgende bevraging:

- het gebruik van een actieve methode om huisartsen te bevragen;
- de focus leggen op specifieke acties die gesteld worden, opgesplitst naar de verschillende gezondheidsdoelstellingen;
- het behoud van zoveel als mogelijk dezelfde formulering van vragen zodat vergelijking mogelijk blijft;
- de ruimte creëren voor open commentaar en reflectie van de arts met betrekking tot het geheel van zijn preventief werken, los van specifieke acties.





*INLEIDING*

*RESULTATEN*

*SAMENVATTING*

*TOT SLOT*

***BIJLAGEN***

Vragenlijst

Presentatie Limburgse Preventieve Gezondheidsraad

Presentatie congres 'Psychology & Health'

Poster congres 'European Health Psychology Society'



## Preventie bij huisartsen

### *Personalia & Algemene vragen*

1. **Postcode:** .....
2. **Geslacht:** M / V p.8
3. **In welk jaar bent u afgestudeerd?** ..... p.9
4. **Werkt u alleen of maakt u deel uit van een groepspraktijk (= op 1 locatie)?** p.10
  - Ik werk alleen
  - Ik werk in een groepspraktijk met ..... artsen, en ..... andere deskundigen,  
nl. ....
5. **Beschikt u over iemand voor de administratieve ondersteuning?** p.11
  - Ja, ..... uren per week
  - Neen
6. **Beoefent u, buiten uw huisartspraktijk, nog andere betaalde medische activiteiten?** p.12
  - Neen
  - Jeugdgezondheidszorg, arts bij een consultatiebureau voor het jonge kind
  - Arbeidsgeneeskunde
  - Controlearts
  - Verzekeringsgeneeskunde
  - Andere, nl. ....
7. **Beoefent u onbezoldigde medische activiteiten op het vlak van preventieve gezondheidszorg? Zo ja, welke?** p.12
  - Neen
  - Ja, nl. ....
8. **Welk dossiersysteem gebruikt u momenteel? (U mag meerdere antwoorden aanduiden)** p.9
  - Geen dossier
  - Blanco bladen
  - Manueel standaarddossier
  - Computerdossier, nl. ....

9. Gelieve aan te duiden welke van volgende gegevens u noteert in het patiëntendossier.

Vaccinatiestatus  p.26  
 Gewicht  p.35  
 Rookstatus  p.36

Datum uitstrijkje  p.41  
 Datum mammografie  p.41  
 Verhoogd valrisico  p.42

10. Hoeveel tijd besteedt u maandelijks aan preventie tijdens uw klinische praktijk als huisarts? p.14

Minder dan 10%   
 Tussen 10% en 25%   
 Tussen 25% en 50%   
 Meer dan 50%

11. In welke mate is preventie volgens u een taak voor huisartsen? p.14

Ik vind preventie een geringe taak voor de huisartsen   
 Ik vind preventie slechts een matig belangrijke taak voor de huisartsen   
 Ik vind preventie een belangrijke taak voor de huisartsen

12. Wat zijn voor u redenen om wel / niet specifiek aan preventie te werken? p.19

Redenen om aan preventie te werken	Redenen om <u>niet</u> aan preventie te werken

13. Gelieve in de tabel aan te kruisen voor welke thema's u: p.21

- kennis hebt van de inbreng en de werking van de LOGO's,
- meer aandacht heeft in de eigen praktijk als de LOGO's hierrond actie voeren
- expliciet samenwerkt met de LOGO's

	Kennis van de werking van de LOGO's	Bij activiteiten geef ik er meer aandacht aan	Ik werk samen met de LOGO's voor
Beweging			
Borstkankerscreening			
Gezonde voeding			
Ongevallenpreventie			
Rookpreventie			
Vaccinatie			

## Vaccinatie

14. Controleert u bij uw patiënten of hun vaccinatiestatus in orde is?

p.26

- Neen
- Ja, enkel bij risicogroepen
- Ja, bij al mijn patiënten

15. Wie heeft volgens u de taak om de vaccinaties op te volgen en bij welke groepen?

p.24

(U mag meerdere antwoorden aanduiden)

	Kind & Gezin	CLB	Huisarts	Andere, nl. ...
0 tot 2 jaar				
2 tot 3 jaar				
kleuterschool				
primair onderwijs				
secundair onderwijs				
+ 18 jaar				
kansarme gezinnen				

16. Gaat u bij 2- tot 3-jarigen na of hun basisvaccinatie voor mazelen, bof en rubella in orde is?

p.26

- Ja, altijd
- Ja, in sommige gevallen
- Neen: ik ga er van uit dan externen dit doen (CLB, K&G, ...)
- Neen, ik besteed er geen aandacht aan

17. Wanneer kijkt u na of een herhaling van het tetanusvaccin nodig is?

p.27

(U mag meerdere antwoorden aanduiden)

- Nooit
- Op verzoek van de patiënt
- Bij een ongeval of een wonde
- Bij toediening van andere vaccins (bv griepvaccin)
- Wanneer de patiënt op reis vertrekt
- Naar aanleiding van een campagne
- Op basis van dossiergegevens / vaccinatiekaart (bv data laatste inenting)

18. Gelieve in de tabel aan te duiden voor welke risicogroepen u zelf initiatief neemt met betrekking tot het griepvaccin en het pneumokokkenvaccin. p.29

	65+-ers	diabetici	longzieken	hartzieken
Griepvaccin				
Pneumokokkenvaccin				

19. Op welke manier doet u dit? p.30

	Bij consult	Doelgroeplijst	Uitnodiging per brief	Andere:
Griepvaccin				
Pneumokokkenvaccin				

20. Waar noteert u de vaccins die u zelf toedient bij een patiënt? p.31

(U mag meerdere antwoorden aanduiden)

- Nergens
- In het eigen patiëntdossier
- In de vaccinatiedatabank van Kind & Gezin
- Op een vaccinatiekaart

21. Volgt u specifieke richtlijnen bij het preventief werken rond infectieziekten? p.32

- Neen
- Ja, nl. ....

### Voeding

22. Is voedingsadvies volgens u een taak voor de huisarts? p.33

- Neen, dit is een taak voor .....
- Ja, enkel aan patiënten met een voedingsproblematiek
- Ja, aan alle patiënten

23. Volgt u specifieke richtlijnen of gebruikt u specifieke instrumenten (bv de voedingsdriehoek) bij het preventief werken rond voeding? p.34

- Neen
- Ja, ik maak gebruik van .....

**24. Indien u voedingsadvies geeft, op welke wijze doet u dit dan?**

p.34

Niet van toepassing

Mondeling

Folders

Andere:.....

***Roken***

**25. Aan wie geeft u expliciet rookstopadvies? (U mag meerdere antwoorden aanduiden)**

p.36

Aan patiënten die er om vragen

Aan patiënten met bepaalde ziektebeelden

Aan jongeren die roken

Aan zwangere vrouwen die roken

Aan al mijn rokende patiënten

**26. Gebruikt u een specifieke methode als u patiënten rookstop adviseert?**

p.37

(U mag meerdere antwoorden aanduiden)

Ik geef rookstopadvies, maar zonder verdere begeleiding

Ik geef een folder of brochure mee

Ik schrijf nicotinevervangende middelen voor

Ik adviseer een rookstopcursus

Ik maak gebruik van een specifiek pakket (bv: minimale interventie stappenplan, pakket van de WVVH, ...), nl. ....

***Borstkankerscreening***

**27. Gelieve aan te duiden welke onderzoeken u aanbiedt aan vrouwen in de volgende leeftijdscategorieën. (U mag meerdere antwoorden aanduiden)**

p.39

	40-49 jaar	50-69 jaar	+70 jaar
<b>Klinisch onderzoek</b>			
<b>Verwijzing voor diagnostische mammografie en echografie</b>			
<b>Verwijzing voor preventieve mammografie naar erkende mammografische eenheid</b>			

28. Vanaf welke leeftijd begint u te screenen bij vrouwen met een familiaal verhoogd risico? p.41

.....

29. Verwijst u vrouwen tussen 50 en 69 jaar systematisch voor een preventieve mammografie? p.40

- Ja, ik neem zelf het initiatief
- Ik wacht op het tweede spoor
- Neen

30. Volgt u specifieke richtlijnen bij het preventief werken rond (borst)kanker? p.41

- Neen
- Ja, ik maak gebruik van .....

***Veiligheid***

31. Gelieve in de tabel aan te duiden voor welke doelgroep u aan preventie doet op het vlak van veiligheid in de privé-sfeer. p.42

	peuters & kleuters	kinderen	jongeren	volwassenen	ouderen
brandwonden					
CO-vergiftiging					
vallen					
verdrinking					
verkeersongevallen					
vergiftiging					

32. Volgt u specifieke richtlijnen bij het preventief werken rond veiligheid? p.43

- Neen
- Ja, ik maak gebruik van .....

*Hartelijk dank voor uw medewerking*



## DE HUISARTSENENQUETE 2003

Jeroen Meganck.

De Logo –artsen:  
Gaby Thijs, Arlette Wertelaers, Hans Bamelis




## DE HUISARTSENENQUETE 2003

- 1. Algemene gegevens over huisarts en preventie
- 2. Per doelstelling

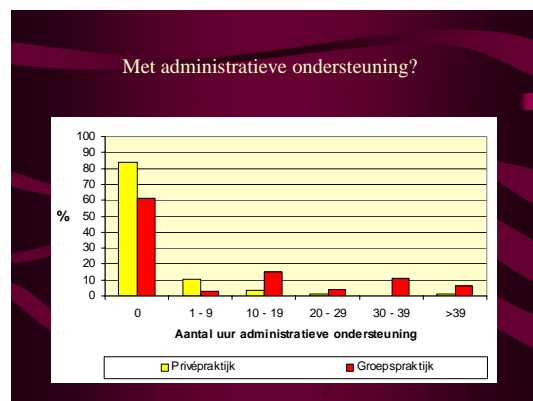
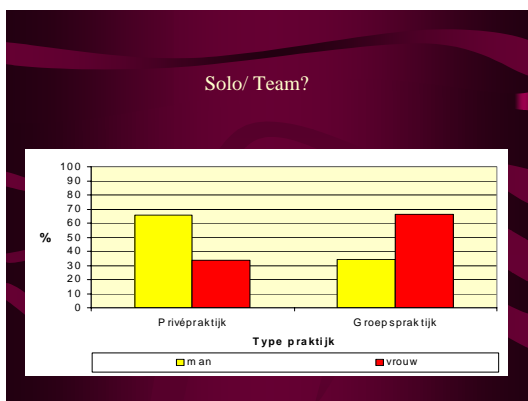
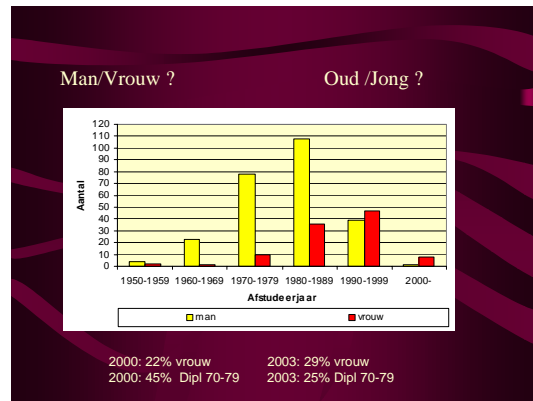
### DOEL en METHODE

HERHALING 2000  
SENSIBILISATIE VOOR PREVENTIE

SCHRIFTELIJK VIA  
KRINGVERANTWOORDELIJKEN

### RESPONDENTEN

363 VAN DE 742 LIMBURGSE HUISARTSEN



Tabel 6. Aantal huisartsen dat bijkomende bezoldigde medische activiteiten uitoefent

	n	%
Geen	241	67,7
Jeugdgezondheidszorg/ arts bij consultatiebureau voor het jonge kind	22	6,2
Arbeidsgeneeskunde	3	0,8
Controle-arts	25	7
Verzekeringsgeneeskunde	6	1,7
Andere	59	16,6

Tabel 2. Het type dossier dat door de respondenten gebruikt wordt

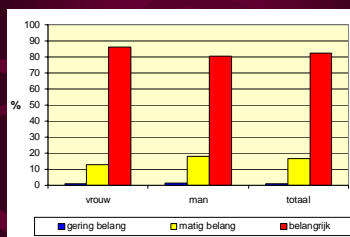
	n	%
Witte bladen	23	6,4
Standaard bladen	62	17,2
Computer	275	76,4

2000: 62.8%

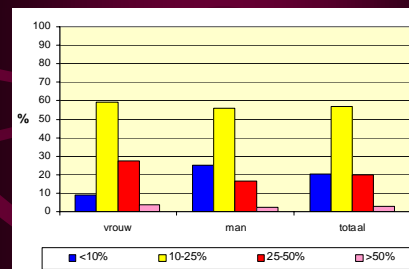
Tabel 3. Overzicht van het aantal huisartsen per gebruikt computerprogramma voor dossierbeheer

n		n	
Pro doc	73	Sosoeme	3
Medidoc	46	Medicon	3
Health-one	33	Medar	3
Windoc	28	Medsoft	2
Omnwin	10	Medicis	1
Accrimed	8	Practidoc	1
Pipers / basis	7	Omnidoc	1
Eigen systeem	7	Datamed	1
Medus	6	Praktis	1
EZ-win	4	HOMP	1
Medicard	4		

Hoe belangrijk vindt U preventie?



Hoeveel % van de tijd bezig met preventie?



### Redenen om WEL aan preventie te doen

- Belang van de patiënt (n=119)
- Positie meest geschikt (n=85)
- Maatschappelijk nut (n=64)
- Respons van patiënt (n=18)
- Eigen interesse (n=17)
- Vraag van de patiënt (n=8)

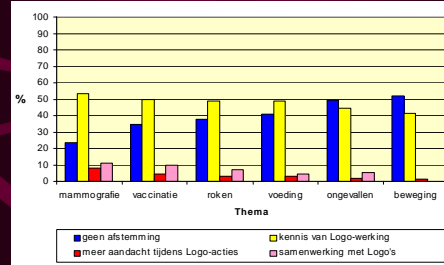
### Redenen om NIET aan preventie te doen

- Tijd (n=70)
- Geld (n=30)
- Twijfel aan het nut binnen praktijk (n=31)
- Gebrek aan structurele ondersteuning (n=29)
- Gebrek aan EBM-gegevens (n=8)
- Overlapping door andere actoren (n=5)
- Negatieve gevolgen bij vals pos (n=2)

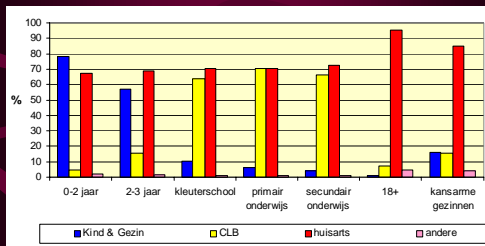
## DE HUISARTSENENQUETE 2003

- 1. Algemeen
- 2. Per doelstelling

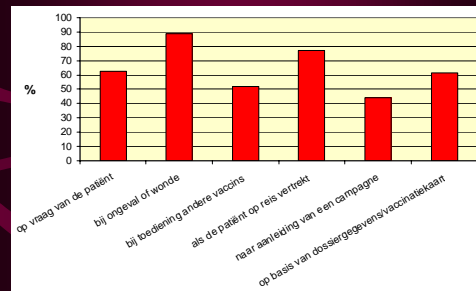
### Is de preventie-activiteit afgestemd op de Logo-werking?



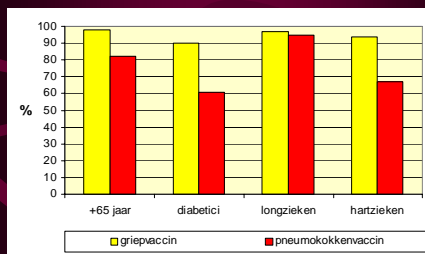
### Opvolgen van de vaccinatiestatus: uw taak? Wiens opdracht ook?



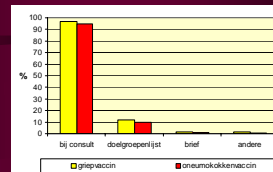
### % Huisartsen dat in deze situatie nakijkt of herhalingsvaccin tetanus nodig is



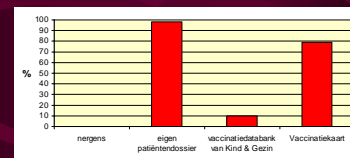
### % artsen dat zelf initiatief neemt voor deze groepen



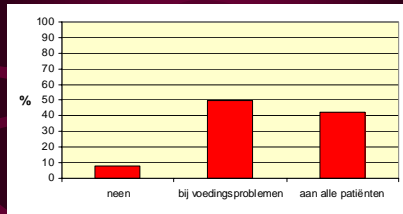
### Hoe?



### Waar genoteerd?

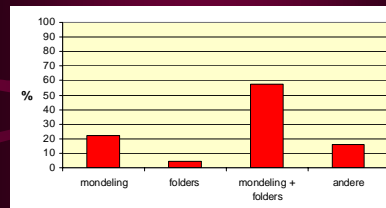


### Is voedingsadvies geven een taak voor de huisarts?



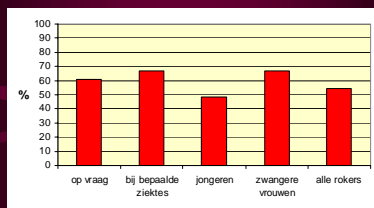
49,6 %  
2000: 72,4 %  
42,4 %  
2000: 27,3 %

### Methodes voor voedingsadvies



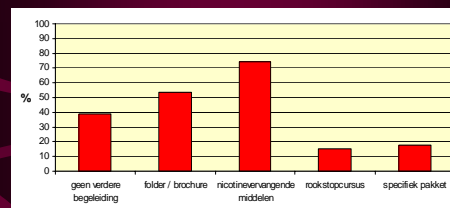
DOSSIERREGISTRATIE GEWICHT 86,5 %

### % Huisartsen dat rookstopadvies geeft, wanneer?



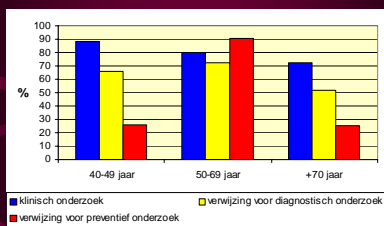
2003: 61% 67% 48% 67% 54%  
2000: 69% 82% 49% 67% 38%

### Rookstopadvies: hoe?



DOSSIERREGISTRATIE ROOKSTATUS: 58%

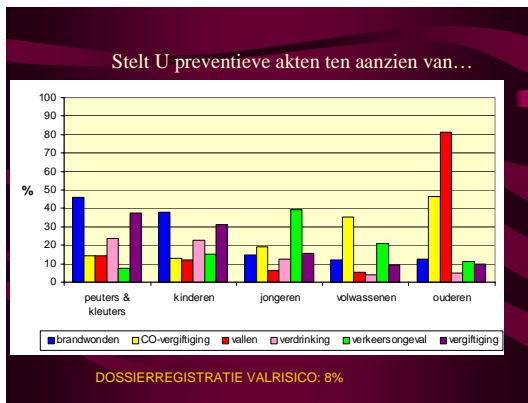
### BORSTKANKER: welke onderzoeken bied je aan?



### Tabel BK2. Frequentie en Percentage van huisartsen dat systematisch vrouwen van 50 tot 69 jaar doorverwijst voor een preventieve mammografie

	n	%
Neen	16	4,5
Wacht op 2de spoor	42	11,8
Ja: op eigen initiatief	278	77,9
Ja: eigen initiatief & 2de spoor	21	5,9

DOSSIERREGISTRATIE LAATSTE MAMMO: 91,7%



## DOSSIERREGISTRATIE

- VACCINATUM 98 %
- GEWICHT 86.5 %
- ROOKSTATUS 58 %
- LAATSTE MAMMO 91.7 %
- VALRISICO 8 %



## Prevention & General Practitioners in Limburg

Jeroen Meganck  
Jan Vinck  
Bie Nielandt  
Limburgs Universitair Centrum

## GPs & prevention policy

- Flemish policy
- Limburg policy: LOGO's
- Professional organisations

## Research aim

Identify relationships between

Demographic variables  
Practice characteristics  
&  
Importance attached to  
Time spend on prevention

- Demographic variables:
  - Gender \*
  - Seniority \*
- Practice characteristics:
  - Type of file-keeping \*
  - Individual vs. group practice
  - Socio-economic hierarchy of location

\* : included in 2000 study

## Hypotheses (1)

- Gender:
  - Importance: female = male
  - Time: female > male
- Seniority:
  - Importance: no difference
  - Time: no difference

## Hypotheses (2)

- Type of file-keeping
  - Importance: no difference
  - Time: no difference
- Other variables: exploration

## Methods

- Questionnaire
- Subjects (n=363 = R.R. 48.8%)
- Data collection
- Data processing

## Results (1)

	<u>Importance</u>		<u>Time</u>
Minor imp.:	1.1%	< 10%	20.6%
Average imp.:	16.6%	10 - 25%:	56.8%
Important:	82.3%	25 - 50%:	19.7%
		> 50%:	2.9%

Positive correlation ( $\rho = .378$ ,  $p = 0.000$ )

## Results (2)

- Gender
  - Importance: male = female
  - Time: female > male

		% of GPs		
		female	male	total
Importance	low	1,0	1,2	1,1
	average	12,9	18,3	16,6
	high	86,1	80,5	82,3
Time	<10%	8,9	25,2	20,6
	10-25%	59,4	55,8	56,8
	25-50%	27,7	16,5	19,7
	>50%	4,0	2,5	2,9
		chi <sup>2</sup>	df	sig.
gender * importance		1,587	2	0,452
gender * time		14,477	3	0,002

## Results (3)

- Seniority
  - Importance: no correlation ( $\rho = .035$ ,  $p = .430$ )
  - Time: more time if younger ( $\rho = .148$ ,  $p = .006$ )

## Results (4)

- Type of file-keeping
  - Importance: more importance if more sophisticated ( $\rho = .142$ ,  $p = .008$ )
  - Time: no correlation ( $\rho = .084$ ,  $p = .120$ )



## Results (5)

- Individual vs. group practice
  - Importance: more important if more GPs  
( $\rho = .200$ ,  $p = .014$ )
  - Time: no correlation  
( $\rho = -.055$ ,  $p = .510$ )

## Results (6)

- Socio-economic hierarchy of location
  - Importance: farming community = lowest
  - Time: industrial community = lowest

	% of GPs			
	<10%	10-25%	25-50%	>50%
<b>Industrial</b>	41,2	41,2	17,6	0,0
<b>Farming</b>	34,8	43,5	13,0	8,7
<b>Urbanized</b>	17,7	56,6	23,5	2,2
<b>Living</b>	20,3	64,6	11,4	3,8
<b>Total</b>	20,6	56,8	19,7	2,9
<b>Statistics</b>	$\chi^2 = 17,641$ , $df = 9$ , $p = .040$			

	% of GPs		
	importance of prevention		
	low	average	high
<b>Industrial</b>	11,8	11,8	76,5
<b>Farming</b>	0,0	41,7	58,3
<b>Urbanized</b>	0,4	15,6	84,0
<b>Living</b>	1,2	13,3	85,5
<b>Total</b>	1,1	16,6	82,3
<b>Statistics</b>	$\chi^2 = 30,283$ , $df = 6$ , $p = .000$		

## Comparison with previous study

- Gender:
  - Importance & Time: 2000 = 2003
- Seniority:
  - Importance: 2000 = 2003
  - Time: 2000 ? 2003
- Type of file-keeping:
  - Importance: 2000 ? 2003
  - Time: 2000 = 2003

## Discussion

- Limitations of this study
- Suggestions to increase time GPs spend on prevention (?)



# Prevention in Flanders: How are GPs doing?

Jeroen Meganck, Jan Vinck  
Limburgs Universitair Centrum, Belgium

## Introduction & Aims

Flemish health policy = general practitioners (GPs) central role in prevention → Aim = identify relationships between Perceived importance of & Time spend on prevention and Demographic variables & Practice characteristics.

## Methods

- Subjects** - All GPs in the province of Limburg, Flanders (N=744).  
- Contacted at meetings of local professional organisations → response rate = 48,8%, n=363.
- Questionnaire** - Developed in collaboration with GPs of local governmental prevention agency.

## Results

- Most GPs find prevention an important part of their task (table 1).
- Male & female GPs attach equal importance to prevention, but female GPs spend more time on it (table 1).
- The socio-economic hierarchy of the community of the practice has an effect on perceived importance and time spend on prevention (table 2).

**Table 1.** Distribution of GPs over perceived importance of and time spend on prevention.

		female	male	total
Importance	low	1,0	1,2	1,1
	average	12,9	18,3	16,8
	high	86,1	80,5	82,1
Time	<10%	8,9	25,2	20,4
	10-25%	59,4	55,8	56,9
	25-50%	27,7	16,5	19,8
	>50%	4,0	2,5	2,9
		chi <sup>2</sup>	df	sig.
gender * importance		1,587	2	0,452
gender * time		14,477	3	0,002

**Table 2.** Distribution of GPs by perceived importance of and time spend on prevention over socio-economic hierarchy of the type of community.

	time spend on prevention				importance of prevention		
	<10%	10-25%	25-50%	>50%	low	average	high
<b>Industrial</b>	41,2	41,2	17,6	0,0	11,8	11,8	76,5
<b>Farming</b>	34,8	43,5	13,0	8,7	0,0	41,7	58,3
<b>Urbanized</b>	17,7	56,6	23,5	2,2	0,4	15,6	84,0
<b>Living</b>	20,3	64,6	11,4	3,8	1,2	13,3	85,5
<b>Total</b>	20,6	56,8	19,7	2,9	1,1	16,6	82,3
<b>Statistics</b>	chi <sup>2</sup> =17,641, df=9, p=,040				chi <sup>2</sup> =30,283, df=6, p=,000		

- The more important prevention is perceived to be, the more time is spend on it ( $\rho=.378$ ,  $p=.000$ ).
- The younger the GP, the more time is spend on prevention ( $\rho=.148$ ,  $p=.006$ ).
- The more sophisticated the filing-system, the higher the perceived importance of prevention ( $\rho.142$ ,  $p=.008$ ).
- The more GPs working in the practice, the more importance is given to prevention ( $\rho=.200$ ,  $p=.014$ ).

## Discussion

Limitations:- No clear definition of prevention in GP-practice → alternative = inventory of specific preventive actions?  
- Only 1 province in Flanders → limited generalisability.

Remark: - Feminisation of study may result in increased preventive actions by GPs in future.



