



Het PreventieConsult en 'moeilijk bereikbare' patiënten

Samenvatting

Groenenberg I, Crone MR, Van Dijk S, Ben Meftah J, Hettinga DM, Middelkoop BJC, Stiggelbout AM, Assendelft WJ. *Het PreventieConsult en 'moeilijk bereikbare' patiënten. Huisarts Wet* 2016;59(8):338-42.

ACHTERGROND Cardiometabole screeningsprogramma's schieten hun doel voorbij als zij bepaalde kwetsbare bevolkingsgroepen niet goed weten te bereiken. Wij onderzochten in hoeverre huisartspatiënten met een lage sociaal-economische status (SES) of een migrantenachtergrond deelnamen aan het PreventieConsult. Wij keken welk percentage van degenen bij wie de risicotest op een verhoogd risico wees ook daadwerkelijk naar het praktijkconsult kwam, welke risicofactoren de huisarts registreerde en wat de follow-up was.

METHODE Dwarsdoorsnedeonderzoek in de dossiers van zes huisartsenpraktijken in achterstandswijken in Den Haag en omgeving. Dit onderzoek werd uitgevoerd in het kader van CHECK'D, een onderzoek naar een aangepaste uitnodigingsstrategie voor het PreventieConsult onder 1645 huisartspatiënten van 45-70 jaar met een lage SES of een Turkse, Marokkaanse of Surinaamse achtergrond (leeftijdsgrens voor Hindoestaanse Surinamers 35-70 jaar). In dit deelonderzoek includeerden we deelnemers met een risicoscore boven het afkappunt ($n = 208$). De onderzochte dossiergegevens hadden betrekking op het CVRM-protocol, laboratoriumwaarden en het journaal.

RESULTATEN Van de 208 geïndiceerde praktijkconsulten werden er 148 (71%) daadwerkelijk uitgevoerd; autochtone Nederlanders kwamen relatief het minst vaak. De dossiers van deze consulten waren zeer onvolledig; in slechts vier dossiers (3%) had de huisarts alle risicotestwaarden geverifieerd – deze lagen inderdaad steeds boven het afkappunt. Voor 66 (44%) deelnemers konden we het cardiovasculair risico berekenen: bij 26 van hen (39%) was dit licht verhoogd of verhoogd (geel of rood in de risicotabel). De huisartsen schreven medicatie voor aan 29 deelnemers (20%): 7 (5%) kregen een oraal antidiabeticum, 12 (8%) een antihypertensivum en 17 (11%) een statine. In totaal 53 deelnemers (36%) kregen een leefstijladvies over voeding of beweging. Van de 64 rokers kregen er 44 (69%) een stoppen-met-roken-advies.

CONCLUSIE Met een aangepaste uitnodigingsstrategie is ook bij 'moeilijk bereikbare' groepen een vergelijkbaar of zelfs hoger deelnamepercentage te bereiken dan bij de algemene bevolking. De huisarts zou niet alleen risicofactoren uit de klassieke zorg-

standaarden moeten registreren, maar ook de andere risicofactoren die geassocieerd zijn met cardiometabole aandoeningen, zoals familiale belasting, en de gegeven leefstijladviezen. In de aanpak van deze risicofactoren vervult de huisarts een belangrijke rol, juist voor deze groepen. Die rol wordt alleen maar belangrijker nu het PreventieConsult is geïntegreerd in de Persoonlijke Gezondheidscheck, die breder wordt ingezet dan alleen in de eerste lijn.

ACHTERGROND

De NHG-Standaard Het PreventieConsult module Cardiometabool risico beschrijft de actieve en systematische opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, type-2-diabetes en chronische nierschade.¹ Begin 2015 is het PreventieConsult, samen met andere algemene screeningsinstrumenten zoals de COPD-risicotest en het PreventieKompas, opgegaan in de Persoonlijke Gezondheidscheck, een website waarop alle Nederlanders boven de 18 jaar hun gezondheid in kaart kunnen brengen.²

Het PreventieConsult en de Persoonlijke Gezondheidscheck hebben een stapsgewijze opbouw: deelnemers vullen een online risicotest in en diegenen van wie de risicoscore boven het afkappunt ligt, krijgen het advies zich nader te laten onderzoeken (praktijkconsult). Of deze benadering uiteindelijk leidt tot lagere kosten voor de gezondheidszorg, is niet aangetoond. Enkele internationale onderzoeken hebben laten zien dat stapsgewijze screening kosteneffectief kan zijn,^{3,4} maar ook dat niet-westerse afkomst en lage sociaal-economische status zijn geassocieerd met een lagere deelname aan gezondheidschecks, zodat de gezondheidswinst die met screenings te behalen is, ongelijk verdeeld is.⁵ Een onderzoek naar het PreventieConsult in de praktijkpopulatie van Neder-

Wat is bekend?

- De actieve en systematische opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2 en chronische nierschade levert gezondheidswinst op, al is de kosteneffectiviteit nog niet aangetoond.
- Die gezondheidswinst wordt onevenwichtig verdeeld doordat de screening sommige hoogrisicogroepen, waaronder mensen met een lage SES of een migrantenachtergrond, moeilijk bereikt.

Wat is nieuw?

- Een aangepaste, trapsgewijze uitnodigingsstrategie kan het deelnamepercentage ook onder groepen met een lage SES of een migrantenachtergrond verhogen.
- Huisartsen besteden meer aandacht aan de registratie van risicofactoren uit de 'klassieke' zorgstandaarden voor hart- en vaatziekten en diabetes dan aan cardiometabole risicofactoren en leefstijladviezen.

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, Hippocratespad 21, 2300 RC Leiden: I. Groenenberg, MSc, gezondheidswetenschapper; dr. M.R. Crone, universitair hoofddocent Public Health; dr. J. Ben Meftah, gezondheidswetenschapper; prof.dr. B.J.C. Middelkoop, arts maatschappij en gezondheid-epidemioloog. Universiteit Leiden, instituut Psychologie, Gezondheids-, Medische en Neuropsychologie, Leiden: dr. S. van Dijk, gezondheidspsycholoog. Diabetes Fonds, Amersfoort; dr. D.M. Hettinga, hoofd Kennis & Informatie, LUMC, afdeling Medische Besliskunde; prof.dr. A.M. Stiggelbout, epidemioloog. Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Nijmegen: prof.dr. W.J.J. Assendelft, afdelingshoofd • Correspondentie: i.groenenberg@lumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven; het CHECK'D onderzoek is gesubsidieerd door de Hartstichting, het Diabetes Fonds en de Nierstichting in het kader van het samenwerkingsverband LekkerLangLeven (2008.20.005).

landse huisartsen liet substantiële uitvalpercentages zien; bij groepen die moeilijk bereikbaar zijn, zijn de uitvalpercentages mogelijk nog hoger.⁶

In het CHECK'D-onderzoek is nagegaan of een cultureel aangepaste, trapsgewijze uitnodigingsstrategie de deelname van moeilijk bereikbare hoogrisicogroepen aan het PreventieConsult zou kunnen vergroten.⁷ In dit artikel beschrijven we een deelonderzoek van CHECK'D, waarin we op basis van de dossiers nagingen welke risicofactoren waren gevonden bij deelnemers met een verhoogd cardiometabool risico, en welke acties op de testuitslag waren gevolgd. Onze onderzoeksvragen waren: (1) wat is de opkomst van hoogrisicopatiënten bij het praktijkconsult? (2) welke risicofactoren registreert de huisarts? en (3) bij welk deel van de patiënten wordt tot vervolgacties overgegaan?

METHODE

CHECK'D

In het kader van CHECK'D zijn tussen mei 2012 en december 2013 patiënten van zes huisartspraktijken in achterstandswijken in Den Haag en omgeving uitgenodigd deel te nemen aan het PreventieConsult. De uitnodiging was gericht aan in totaal 1645 patiënten: autochtone Nederlanders met een lage SES en mensen van niet-westerse herkomst (Turkije, Marokko en Suriname). Die laatste groep werd door ons geselecteerd op basis van achternaam en geverifieerd door de huisarts; patiënten met een lage SES werden geselecteerd door de deelnemende huisartsen en op groepsniveau door ons geverifieerd op basis van postcode.⁸ Geïnccludeerd werden huisartspatiënten van 45-70 jaar; voor mensen van Hindoestaans-Surinaamse herkomst lag de ondergrens bij 35 jaar vanwege hun verhoogde kans om op jonge leeftijd type-2-diabetes te krijgen. Exclusiecriteria waren: bekende cardiometabole aandoening, gebruik van antihypertensiva, cholesterolverlagers of antidiabetica, of een cardiometabool risicoprofiel dat minder dan een jaar tevoren compleet was opgesteld.

Op deze doelgroep pasten wij een trapsgewijze, aangepaste en gepersonaliseerde uitnodigingsstrategie toe: (1) alle patiënten ontvingen een schriftelijke uitnodiging, (2) schriftelijke non-responders werden telefonisch benaderd, (3) telefonische non-responders werden door hun huisarts benaderd tijdens een (niet-gerelateerd) consult. Schriftelijk materiaal werd zowel in het Nederlands als in het Turks en Arabisch verstuurd en patiënten van Turkse of Marokkaanse herkomst werden gebeld door Turks, Arabisch en Berbers sprekende onderzoeksassistenten. De opzet en resultaten van dit onderzoek zijn elders gedetailleerd beschreven.⁷

Tijdens het eerste praktijkconsult controleerde de huisarts de antwoorden op de risicotest, mat gewicht, lengte en bloeddruk van de patiënt en gaf een verwijzing voor het prikken van nuchter glucose en cholesterolwaarden. Tijdens het tweede praktijkconsult werden de laboratoriumuitslagen besproken, het tienjaarsrisico op een cardiometabole aandoening berekend en leefstijladviezen gegeven, en schreef de huisarts

zo nodig medicatie voor. Het onderzoek had een 'opt-outprocedure' waarbij patiënten een antwoordstrook konden insturen als zij niet wilden meedoen.

Het CHECK'D-onderzoek is goedgekeurd door de medisch-ethische toetsingscommissie van het LUMC.

Deelonderzoek

Van de 1645 uitgenodigde mensen vulden er 713 de risicotest in; van hen hadden er 208 (29%) een score boven het afkappunt. Deze 208 hoogrisicopatiënten vormen de populatie van dit deelonderzoek. Zij kregen direct de uitslag en het advies om de huisarts te bezoeken voor een praktijkconsult.

De eerste auteur deed begin 2014 in de deelnemende huisartsenpraktijken dossieronderzoek naar het aantal vermeende hoogrisicopatiënten dat naar het praktijkconsult was geweest, inclusief hun CVRM-protocol (mits bijgehouden), laborato-

Abstract

Groenenberg I, Crone MR, Van Dijk S, Ben Meftah J, Heting DM, Middelkoop BJC, Stiggelbout AM, Assendelft WJ. The PreventieConsult and hard-to-reach patients. *Huisarts Wet* 2015;59(8):338-42.

BACKGROUND Cardiometabolic screening programmes fail if they do not succeed in reaching vulnerable groups. We investigated to what extent general practice patients with a low socioeconomic status (SES) or immigrant background participated in a prevention consultation, the 'PreventieConsult' – what proportion of patients assessed as having an increased risk actually came to the consultation, which risk factors the general practitioner recorded, and follow-up outcomes.

METHOD Cross-sectional study of the patient records of six general practices in deprived areas of The Hague and surroundings. This study was part of CHECK'D, a study regarding a adapted invitation strategy for the PreventieConsult involving 1645 patients aged 45-70 years with a low SES or a Turkish, Moroccan, or Surinamese background (the age range for the Hindostani-Surinamese participants was 35-70 years). Participants with a high risk score (above the cut-off value) were included in this sub-study (n = 208). The data were derived from the cardiovascular risk management protocol, laboratory data, and the GP log.

RESULTS Of the theoretical 208 consultations for the high-risk patients, 148 (71%) were actually carried out; native Dutch patients were least likely to attend. The patient records for these consultations were incomplete, so that the risk assessment score could be established for only 4 participants (3%) – the score was indeed higher than the cut-off in all cases. The cardiovascular risk score could be calculated for 66 (44%) participants and was raised (in the yellow or red area in the risk table) in 26 (39%) participants. Medication was prescribed for 29 (20%) participants: 7 (5%) an oral antidiabetic agent, 12 (8%) an antihypertensive, and 17 (11%) a statin. In total, 53 participants (36%) were given lifestyle advice (nutrition, physical activity), and 44 of the 64 smokers (69%) were advised to stop smoking.

CONCLUSION With an adapted invitation strategy, it is possible to achieve a participation rate among hard-to-reach groups comparable to or even higher than that among the general population. It is important that GPs should not only record classic risk factors for cardiovascular disease and diabetes, but also other risk factors associated with cardiometabolic disorders, such as family history, and the lifestyle advice given. The GP has an important role in the management of these risk factors, especially in hard-to-reach patient groups. This role has become even more important now that the PreventieConsult has been incorporated into a personal health check, which is being implemented in primary care and elsewhere.

riumwaarden en journaal. Genoteerd werden de datum van het praktijkconsult en de relevante cardiometabole gegevens: rookstatus, lengte, gewicht, buikomtrek, familiale belasting voor hart- en vaatziekte en/of type-2-diabetes, bloeddruk, cholesterolratio, nuchter glucose, voorgeschreven cardiometabole medicatie (antihypertensiva, statines, orale antidiabetica) en gegeven adviezen (stoppen met roken, leefstijl).

Aan de hand van deze gegevens gingen we na bij hoeveel deelnemers de huisarts tijdens het praktijkconsult de antwoorden op de risicotest had gecheckt, en bij hoeveel deelnemers ook het cardiovasculair risico en het risico op type-2-diabetes volgens de relevante protocollen in het dossier was gedocumenteerd.

Analyse

Met behulp van T-toetsen en variantieanalyses hebben we geanalyseerd of er verschillen waren tussen deelnemers en niet-deelnemers aan het praktijkconsult op het gebied van etniciteit, leeftijd, SES-score en uitslag van de risicotest. In frequentietabellen hebben we de risicofactoren weergegeven voor cardiometabool risico, cardiovasculair risico en type-2-diabetes, conform de geldende standaarden.^{1,9,10} Vervolgacties, in de vorm van medicatie en adviezen, hebben we beschrijvend weergegeven.

RESULTATEN

Van de 208 vermeende hoogrisicopatiënten kwamen er 148 (71%) naar het praktijkconsult. Autochtone Nederlanders met een lage SES gingen significant minder vaak naar het praktijkconsult dan patiënten van niet-westerse herkomst ($p < 0,001$).

Risicobepalingen

In [tabel 1] staan de cardiometabole risicofactoren (volgens de NHG-Standaard Het PreventieConsult) van de patiënten die naar het praktijkconsult kwamen, zoals zij die hadden ingevuld bij de risicotest – en die de huisarts dus zou moeten checken. Opvallend is dat veel van die gegevens niet gecheckt zijn, althans niet geregistreerd in het dossier. Dat varieert van de rookstatus, die ontbreekt bij 52 deelnemers (35%), tot de buikomtrek, die ontbreekt in 129 dossiers (87%). Daardoor konden we voor slechts 4 deelnemers (3%) de formele risicoscore berekenen volgens de normen van het PreventieConsult. Bij alle vier werd de score boven het afkappunt bevestigd.

In [tabel 2] staan de cardiovasculaire risicofactoren en de risicofactoren voor diabetes type 2 die vermeld worden in de twee 'klassieke' NHG-Standaarden.^{9,10} Ook hier ontbraken veel gegevens: van 29 deelnemers (20%) ontbraken de glucosewaarden, van 34 (23%) de cholesterolratio en van 37 (25%) de bloeddrukwaarden.

De cardiovasculaire risicoscore liet zich berekenen voor iets minder dan de helft van de deelnemers; van hen hadden er 26 (39%) een (licht) verhoogd risico: een geel of rood vakje in de risicotabel.⁹

Een afwijkende glucosewaarde of zelfs diabetes werd geconstateerd bij 27 deelnemers (23%).

Tabel 1 Cardiometabole risicofactoren bij 148 huisartspatiënten met een lage SES of van niet-westerse herkomst, geregistreerd volgens NHG-Standaard Het PreventieConsult

Risicofactor	n	%
Leeftijd*		
■ 30-45 jaar	0	0
■ 45-49 jaar	23	16
■ 50-54 jaar	38	26
■ 55-59 jaar	37	25
■ 60-64 jaar	31	21
■ ≥ 65 jaar	16	11
■ geen gegevens	3	2
Rookstatus*		
■ niet rokend	32	22
■ rokend	64	43
■ geen gegevens	52	35
BMI		
■ te laag gewicht	3	2
■ gezond gewicht	14	9
■ overgewicht	31	21
■ ernstig overgewicht	30	20
■ geen gegevens	70	47
Buikomtrek		
■ gezond	2	1
■ ongezond	17	11
■ geen gegevens	129	87
Familiaire belasting voor hart- en vaatziekten		
■ nee	35	24
■ ja	19	13
■ geen gegevens	94	64
Familiaire belasting voor type-2-diabetes		
■ nee	9	6
■ ja	26	18
■ geen gegevens	113	76
Risicoscore volgens het PreventieConsult		
■ geen verhoogd risico	0	0
■ licht verhoogd risico	0	0
■ verhoogd risico	4	3
■ geen conclusie te trekken	144	97

* Leeftijd en rookstatus zijn ook van toepassing op het cardiovasculair risico (zie tabel 2).

Vervolgacties tijdens het praktijkconsult

Van de 148 deelnemers die het praktijkconsult bezochten, kregen er 29 (20%) een medicatievoorschrift: 7 (5%) kregen een oraal antidiabeticum, 12 (8%) een antihypertensivum en 17 (11%) een statine. In totaal kregen 53 deelnemers (36%) een leefstijladvies over voeding of beweging, dan wel een verwijzing naar diëtist of beweegcoach. Van de 64 patiënten die in de dossiers als roker geregistreerd stonden, kregen er 44 (69%) het advies te stoppen met roken.

CONCLUSIE

Uitkomsten

Tweederde van de patiënten bij wie de risicotest wees op een verhoogd cardiometabool risico bezocht daadwerkelijk het praktijkconsult bij de huisarts. Veel items van de risicotest

Tabel 2 Cardiovasculaire risicofactoren en glucosewaarden bij 148 huisartspatiënten met een lage SES of van niet-westerse herkomst, geregistreerd volgens de NHG-Standaarden Cardiovasculair risicomanagement en Diabetes mellitus type 2

Risicofactor	n	%
Leeftijd*		
Rookstatus*		
■ Systolische bloeddruk		
■ < 120 mmHg	22	15
■ 120-140 mmHg	51	34
■ 140-160 mmHg	23	16
■ 160-180 mmHg	11	7
■ ≥ 180 mmHg	4	3
■ geen gegevens	37	25
Ratio totaal cholesterol/HDL		
■ ≤ 4	62	42
■ 5	24	16
■ 6	16	11
■ 7	6	4
■ ≥ 8	6	4
■ geen gegevens	34	23
Cardiovasculaire risicoscore		
■ geen verhoogd risico	40	27
■ licht verhoogd risico	17	12
■ verhoogd risico	9	6
■ geen conclusie te trekken	82	56
Glucose nuchter		
■ normaal	92	62
■ gestoord	15	10
■ diabetes	12	8
■ geen gegevens	29	20

* Zie tabel 1.

werden op dit consult niet gecontroleerd, of in ieder geval niet geregistreerd. Daardoor ontbraken er in de dossiers bijzonder veel risicogegevens. De weinige patiënten van wie alle gegevens bekend waren, hadden allen een risicoscore boven het afkappunt. Het best geregistreerd waren de risicofactoren die vermeld staan in de NHG-Standaarden Cardiovasculair risicomanagement en Diabetes mellitus type 2, hoewel ook in deze dossiers een kwart van de gegevens ontbrak. Volgens de criteria van deze beide standaarden had meer dan een kwart van de 148 deelnemers die het praktijkconsult bezochten een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en bijna een kwart een verhoogd risico op type-2-diabetes.^{9,10} Een vijfde van alle deelnemers kreeg medicatie, eenderde kreeg een leefstijladvies of een doorverwijzing naar een diëtist of beweegcoach, en van de rokers kreeg meer dan tweederde een stopadvies.

Sterke punten en beperkingen

Een sterk punt van dit onderzoek is dat de logistiek volledig is opgezet conform de praktijkwijzer van het PreventieConsult, en daardoor ook bruikbaar is voor de Persoonlijke Gezondheidscheck. Een ander sterk punt is dat de aanpak en de bijbehorende materialen goed waren afgestemd op de specifieke doelgroepen.⁷

Een beperking is dat we de herkomst hebben afgeleid uit de achternaam, waardoor mensen met een gemengd huwelijk ten onrechte kunnen zijn geëxcludeerd. Doordat de huisartsen onze selectie verifieerden aan de hand van hun volledige patiëntenlijst, was deze bias waarschijnlijk gering.

Een volgende beperking is inherent aan dossieronderzoek: het dossier zou een feitelijke afspiegeling moeten zijn van de uitvoering van het praktijkconsult, maar we vermoeden dat niet alle onderdelen die zijn uitgevoerd of besproken ook geregistreerd zijn. De kwaliteit van de registratie verschilde sterk tussen de huisartsenpraktijken.

Een laatste beperking is de grote variatie in aantallen deelnemers die de verschillende huisartsenpraktijken includeerden, met name doordat de praktijken een zeer verschillende grootte hadden. De aantallen waren te klein om de gegevens te stratificeren naar huisartsenpraktijk.

Consequenties uitkomsten en uitkomsten eerder onderzoek

De deelname aan het praktijkconsult lag in ons onderzoek aanmerkelijk hoger dan in een eerder pilotonderzoek,¹¹ maar in twee andere onderzoeken naar het PreventieConsult in de huisartsenpraktijk bleek ook ongeveer tweederde van de hoogrisicopatiënten naar het praktijkconsult te gaan.^{12,13} In de twee laatstgenoemde onderzoeken kregen hoogrisicopatiënten een uitnodiging voor het praktijkconsult; in het pilotonderzoek en in ons onderzoek moest de patiënt zelf die afspraak maken. Wij denken dan ook dat het haalbaar is om voor het PreventieConsult, en ook voor de Persoonlijke Gezondheidscheck, in 'moeilijk bereikbare' groepen een deelnamepercentage te bereiken dat vergelijkbaar is met dat in de algemene bevolking.

Opvallend is dat de registratie van risicogegevens zoals aangegeven in de NHG-Standaarden Cardiovasculair risicomanagement en Diabetes mellitus type 2 completer is dan de registratie die uitsluitend plaatsvindt in het kader van het PreventieConsult. Een mogelijke verklaring is dat adequate vastlegging van gegevens binnen de twee eerstgenoemde standaarden rechtstreeks financiële gevolgen heeft. Een Nederlands onderzoek heeft laten zien dat cardiovasculaire risicofactoren beter werden gemonitord in de gecontracteerde diabeteszorg dan in de destijds nog niet gefinancierde COPD-zorg.¹⁴ Een extra financiële stimulans voor een goede follow-up van de Persoonlijke Gezondheidscheck zal de kwaliteit van die nazorg waarschijnlijk verbeteren. Dat huisartsen in het Verenigd Koninkrijk leefstijladviezen beter registreren dan in andere Europese landen, wordt in de literatuur verklaard door het feit dat zij hiervoor financieel worden beloond.¹⁵ In Nederland bleken de belangrijkste barrières voor implementatie van het PreventieConsult de onzekerheid over de financiële vergoeding, het gebrek aan wetenschappelijk bewijs en de als hoog ervaren tijdsinvestering.¹⁶ Uit een nu lopend groot-schalig onderzoek zal moeten blijken of het PreventieConsult kosteneffectief is.¹⁷ Ons deelonderzoek maakt duidelijk dat bij de implementatie van een dergelijk systeem goede afspraken gemaakt moeten worden over onder andere de verslaglegging en de follow-up van non-responders.



Foto: markusz/Shutterstock

Ten tijde van ons onderzoek was er nog geen protocol voor leefstijladviezen en waren de inhoud en de verantwoordelijkheden daarbij nog onduidelijk belegd. Inmiddels zijn echter de NHG-Zorgmodules Leefstijl verschenen, die modules bevatten over alcohol, bewegen, roken en voeding, en richtlijnen over de algemene aspecten van leefstijladvisering: zelfmanagement, migranten en laaggeletterden, sociale kaart en samenwerking.¹⁸ Met name het tweede en het derde aspect kan een belangrijke rol spelen bij de implementatie van de Persoonlijke Gezondheidscheck bij moeilijk bereikbare groepen.

Aanbevelingen

Een belangrijke implicatie van ons onderzoek is dat de patiëntendossiers omtrent leefstijladvisering en aanwezige risicofactoren beter bijgehouden moeten worden, zeker als deze buiten de klassieke zorgstandaarden vallen. De gebrekkige verslaglegging belemmert niet alleen het wetenschappelijk onderzoek, maar hindert zeker ook de begeleiding van patiënten met bekende risicofactoren. Uit de resultaten van ons onderzoek valt verder af te leiden dat een actieve rol van huisartsen in het opsporen en begeleiden van kwetsbare mensen met een verhoogd risico aanvullende financiering vergt.

DANKWOORD

De auteurs danken alle deelnemende huisartsenpraktijken voor hun medewerking aan het CHECK'D-onderzoek, en vooral ook hun patiënten voor deelname aan het onderzoek. ■

LITERATUUR

- 1 Dekker JM, Alsema M, Janssen PGH, Van der Paardt M, Festen CCS, Van Oosterhout MJW, et al. NHG-Standaard Het PreventieConsult module Cardiometabool Risico. Huisarts Wet 2011;54:138-55.
- 2 Drenthen T. Dossier Persoonlijke gezondheidscheck. Utrecht: NHG, 2015. www.nhg.org.
- 3 Pandya A, Weinstein MC, Salomon JA, Cutler D, Gaziano TA. Who needs

laboratories and who needs statins? Comparative and cost-effectiveness analyses of non-laboratory-based, laboratory-based, and staged primary cardiovascular disease screening guidelines. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2014;7:25-32.

- 4 Khunti K, Gillies CL, Taub NA, Mostafa SA, Hiles SL, Abrams KR, et al. A comparison of cost per case detected of screening strategies for Type 2 diabetes and impaired glucose regulation: modelling study. *Diabetes Res Clin Pract* 2012;97:505-13.
- 5 Dryden R, Williams B, McCowan C, Themessl-Huber M. What do we know about who does and does not attend general health check? Findings from a narrative scoping review. *BMC Public Health* 2012;12:723.
- 6 Assendelft WJ, Nielen MM, Hettinga DM, Van der Meer V, Van Vliet M, Drenthen AJ, et al. Bridging the gap between public health and primary care in prevention of cardiometabolic diseases; background of and experiences with the Prevention Consultation in The Netherlands. *Fam Pract* 2012; 29:i126-31.
- 7 Groenenberg I, Crone MR, Van Dijk S, Ben Meftah J, Middelkoop BJ, Assendelft WJ, et al. Response and participation of underserved populations after a three-step invitation strategy for a cardiometabolic health check. *BMC Public Health* 2015;15:854.
- 8 Statusscores. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2014.
- 9 NHG-Standaard Cardiovasculair risicomangement (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:14-28.
- 10 Rutten G, De Grauw W, Nijpels G, Houweling B, Van de Laar F, Bilo H, et al. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 (derde herziening). Huisarts Wet 2013;56:512-25.
- 11 Nielen MMJ, Van der Meer V, Assendelft WJ, Schellevis FG. Eerste ervaringen met het PreventieConsult Cardiometabool risico. Huisarts Wet 2011;54:414-9.
- 12 Meulepas M, Klomp M, Anema B, Harms L. PreventieConsult in praktijk: een pilot. *Medisch Contact* 2011;66:659-61.
- 13 Van de Kerkhof R, Godefrooij MB, Wouda PJ, Vening RA, Dinant GJ, Spigt MG. Cardiometabole risicofactoren opgespoord met preventieconsult. *Ned Tijdschr Geneesk* 2010;154:A1860.
- 14 Nouwens E, Van Lieshout J, Wensing M. Comorbidity complicates cardiovascular treatment: is diabetes the exception? *Neth J Med*. 2012;70:298-305.
- 15 Ludt S, Petek D, Laux G, Van Lieshout J, Campbell SM, Kunzi B, et al. Recording of risk-factors and lifestyle counselling in patients at high risk for cardiovascular diseases in European primary care. *Eur J Prev Cardiol* 2012;19:258-66.
- 16 Vos HM, Van Delft DH, De Kleijn MJ, Nielen MM, Schellevis FG, Lagro-Janssen AL. Selective prevention of cardiometabolic diseases in general practice: attitudes and working methods of male and female general practitioners before and after the introduction of the Prevention Consultation guideline in the Netherlands. *J Eval Clin Pract* 2014;20:478-85.
- 17 Badenbroek IF, Stol DM, Nielen MM, Hollander M, Kraaijenhagen RA, De Wit GA, et al. Design of the INTEGRATE study: effectiveness and cost-effectiveness of a cardiometabolic risk assessment and treatment program integrated in primary care. *BMC Fam Pract* 2014;15:90.
- 18 Van Balen JAM, Van Binsbergen JJ, Borkus R, Bornebroek K, Chavannes NH, Van Emst AJ, et al. NHG-Zorgmodules Leefstijl. Utrecht: NHG, 2015.