GMD+: de zoektocht naar (risico)patiënten

Gorissen Sarah, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: prof. dr. Birgitte Schoenmakers, Katholieke Universiteit Leuven
Co-promotor: dr. Annelies Delrue

Master of Family Medicine 2017
Masterproef Huisartsgeneeskunde 2017

Abstract

Context: Preventie neemt binnen de gezondheidszorg een steeds belangrijkere plaats in. Preventie speelt een rol in een aantal factoren, zoals obesitas en diabetes, die de levensverwachting en -kwaliteit nadelig beïnvloeden. Door zijn unieke rol in het zorglandschap bevindt de huisarts zich in een optimale positie om patiënten te begeleiden op vlak van preventie. Met het Globaal Medisch Dossier plus (GMD+) beschikt de huisarts over een methode om preventie evidence based toe te passen, bijvoorbeeld onder de vorm van een preventieconsult. Het is van belang dat de motivatie voor deelname aan een preventieconsult van de patiënt zelf komt. Het rekruteren van patiënten is echter moeilijk. Dit is zeker het geval voor patiënten die zelf weinig met hun gezondheid bezig zijn.

Onderzoeksvraag: De opzet van het onderzoek is nagaan of personen uitnodigen en informeren buiten de huisartsenpraktijk effectief is om patiënten uit alle lagen van de bevolking te doen deelnemen aan een preventieconsult. Bijkomend wordt nagegaan of de volledige doelgroep wordt bereikt of voornamelijk de personen die erg begaan zijn met hun gezondheid. Er wordt ook onderzocht welke factoren een rol spelen in de deelname aan een preventieconsult.

Methode: De informatie over het preventieconsult en de vragenlijst werden verspreid via de apotheken in de gemeente, de kantoren van twee grote ziekenfondsen en adviesraden van de gemeente. De doelgroep waren alle inwoners van de gemeente tussen 45 en 75 jaar. Binnen één huisartsenpraktijk werd deze doelgroep bijkomend geïnformeerd via de wachtzaal, de praktijkwebsite en een uitnodigingsbrief.

Resultaten: De rekruteringsstrategieën buiten de huisartsenpraktijk leverden geen bruikbare resultaten op. Binnen de huisartsenpraktijk vulden 256 van de 1122 patiënten uit de doelgroep de vragenlijst in en 208 van de 256 patiënten namen deel aan een preventieconsult. Van deze 208 patiënten was de reden van deelname bij 198 de oproepbrief en bij 10 de informatie in de wachtzaal. De screeningsgraad van de bevolkingsonderzoeken bedraagt 195/248 bij coloncarcinoom, 91/130 bij cervixcarcinoom en 121/135 bij borstcarcinoom. De reden van deelname was geen statistisch significante voorspellende factor. Leeftijd (odds ratio 1,163; betrouwbaarheidsinterval 1,101-1,229) en de aanwezigheid van een chronische aandoening (odds ratio 3,454; betrouwbaarheidsinterval 1,447-8,245) waren wel statistisch significante voorspellers van deelname aan een preventieconsult.

Conclusie: De respons op de rekruteringsstrategieën buiten de huisartsenpraktijk is zeer laag. De personen die deelnemen aan een preventieconsult zijn over het algemeen erg begaan met hun gezondheid. De volledige doelgroep bereiken blijft moeilijk. Er moet dus gezocht worden naar een manier om patiënten te sensibiliseren. Een sleutelrol is hiervoor weggelegd voor de huisarts. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen op welke manieren de patiënten meer gesensibiliseerd kunnen worden en of deze strategieën haalbaar zijn in de huisartsenpraktijk.

Inhoudstabel

Abstract 2
Inleiding 4
Methode 5
Onderzoeksvraag en uitkomstmaten 5
Design 5
Populatie 6
Resultaten 7
Respons 7
Kenmerken van de deelnemers 7
Primaire analyses 9
Secundaire analyses 10
Multivariaat analyses 10
Discussie 12
Respons 12
Resultaten preventieconsult 12
Limitaties onderzoek 13
Besluit 14
Dankwoord 15
Referenties 16
Bijlagen 18
Bijlage 1: Poster 18
Bijlage 2: Vragenlijst 19
Bijlage 3: Tekst website 20
Bijlage 4: Tekst wachtzaal 21
Bijlage 5: Oproepbrief 22
Bijlage 6: Informed consent 23
Bijlage 7: Registratieformulier 24
Bijlage 8: Goedkeuring ethische commissie 25
Bijlage 9: Protocol 26

Inleiding

De geneeskunde en gezondheidszorg evolueren constant en binnen deze evolutie neemt preventie een steeds belangrijkere plaats in. De toenemende vergrijzing van de bevolking is een enorme uitdaging die voor ons ligt. De gezondheidszorg moet erover waken dat de vooruitgang in de geneeskunde en de toenemende levensverwachting die ermee gepaard gaat ook resulteert in reële gezondheidswinst, berekend als kwaliteitsvolle gewonnen levensjaren (1). Er is immers een heel aantal aandoeningen die deze kwaliteit sterk kunnen inperken, zoals diabetes, hypertensie, chronisch obstructieve longziekten (COPD), etc. Deze aandoeningen zijn vaak multifactorieel, maar een aantal factoren speelt een rol in het ontstaan ervan: obesitas, alcohol en roken (2). Voor al deze factoren kan preventie een grote rol spelen. Als bepaalde factoren gunstig kunnen beïnvloed worden, zal de prevalentie van deze aandoeningen dalen en blijven mensen langer gezond leven.

Om op lange termijn een goede kans op slagen te hebben, dient de motivatie van de patiënt zelf te komen inzake preventie, deelname aan screeningsprogramma's en aanpassing van de levensstijl. Dit maakt dat preventiestrategieën best zo laagdrempelig mogelijk worden aangeboden. Een cruciale rol is hierin weggelegd voor de huisarts, door de unieke positie die hij/zij in het zorglandschap inneemt. De huisarts is binnen de medische sector immers de vertrouwenspersoon bij uitstek en naast een medisch specialist in huisartsgeneeskunde tevens de beheerder van het Globaal Medisch Dossier (GMD) van de patiënt. Met behulp van dit GMD kan de huisarts de patiënt opvolgen, ondersteunen en zo nodig gerichte adviezen geven ter preventie van een aantal aandoeningen In de praktijk zijn er echter veel moeilijkheden om als huisarts deze sleutelpositie te vervullen (1).

Preventie moet ook evidence based zijn, met een meerwaarde op gebied van mortaliteit, morbiditeit en de algemene volksgezondheid. Een voorbeeld hiervan is het preventieconsult van het Nederlandse huisartsengenootschap (2). In België volgde op 1 april 2011 de invoering van het Globaal Medisch Dossier plus (GMD+). Dit is een evidence based aanvulling op het globaal medisch dossier, specifiek bedoeld voor preventie, op basis van de Gezondheidsgids van Domus Medica (3). Het GMD+ wordt erkend door de overheid en werd in de beginjaren gefinancierd door een apart nomenclatuurnummer. Sinds 1 januari 2016 is dit nomenclatuurnummer echter afgeschaft (4,5). De implementatie van preventie in de huisartsenpraktijk bleef op alle niveaus namelijk moeizaam verlopen, ondanks het financiële voordeel.

De voorbije jaren zijn er reeds veel masterproeven verschenen over preventie en GMD+. Een steeds wederkerende conclusie was dat alle rekruteringsstrategieën binnen de huisartsenpraktijk slechts een beperkt aantal patiënten bereiken (6,7,8,9,10,11,12,13). In dit onderzoek wordt nagegaan of het informeren en uitnodigen van patiënten buiten de huisartsenpraktijk tot een hogere responsgraad leidt. Wordt hiermee de hele doelgroep bereikt of enkel de 'healthy volunteers' die reeds heel erg om hun gezondheid bekommerd zijn?

Methode

Onderzoeksvraag en uitkomstmaten

De opzet van het onderzoek is nagaan of personen uitnodigen en informeren buiten de huisartsenpraktijk effectief is om patiënten uit alle lagen van de bevolking te doen deelnemen aan een preventieconsult.

De primaire uitkomstmaat van dit onderzoek is de screeningsgraad van colon-, borst- en cervixcarcinoom bij patiënten in de huisartsenpraktijk die deelnemen aan het preventieconsult in vergelijking met de gekende screeningsgraad van colon-, borst- en cervixcarcinoom in Vlaanderen.

De secundaire uitkomstmaat is het aantal patiënten per rekruteringsstrategie die deelnemen aan het preventieconsult in vergelijking met het totaal aantal patiënten uit de doelgroep.

Covariabelen zijn geslacht, leeftijd, inkomen, etniciteit, aantal consultaties bij de huisarts in het laatste jaar, morbiditeiten, deelname aan bevolkingsonderzoek (colon-, borst- en cervixkankerscreening).

Design

Het onderzoek werd uitgevoerd in Hechtel-Eksel, een landelijke gemeente in Noord-Limburg. Alle inwoners werden geïnformeerd over het preventieconsult en gemotiveerd om een vragenlijst, gebaseerd op de vragenlijst van het voormalige GMD+, in te vullen en te bespreken met hun huisarts. Het informeren gebeurde op verschillende manieren.

In de apotheken in de gemeente werd een informatieve poster opgehangen (bijlage 1). Er werd ook een papieren versie van de vragenlijst ter beschikking gesteld (bijlage 2), zodat geïnteresseerde personen deze konden meenemen, invullen en vervolgens konden bespreken met hun huisarts. Aan de apothekers werd de opzet van het onderzoek en hun rol hierin door middel van een bezoek duidelijk gecommuniceerd.

In de dichtstbijzijnde kantoren van twee grote ziekenfondsen, namelijk Christelijke Mutualiteit en De Voorzorg, werd dezelfde strategie als in de apotheken gehanteerd.

De informatie over het preventieconsult werd ook kenbaar gemaakt aan de verantwoordelijke en het college van Welzijn en Sociale Zaken van de gemeente. Het college besliste om de informatie, de posters en de vragenlijsten te verspreiden onder de verantwoordelijken van de verschillende adviesraden (cultuurraad, sportraad, seniorenadviesraad, gehandicaptenadviesraad, lokaal gezondheidsoverleg, milieuraad) in de gemeente. Deze verantwoordelijken hebben vervolgens deze informatie tijdens hun activiteiten en onder hun leden verspreid.

Via de lokale kwaliteitsgroep (LOK) werden alle huisartsen van de regio Hechtel-Eksel-Peer gecontacteerd en via mail op de hoogte gebracht van de opzet en hun bijdrage aan het onderzoek.

In één groepspraktijk met drie artsen en één huisarts in opleiding (HAIO) werd de informatie op drie bijkomende manieren aangeboden aan de patiënten. Er werd een informatieve tekst met een verwijzing naar de vragenlijst op de praktijkwebsite geplaatst (bijlage 3).

In de wachtzaal werd dezelfde informatieve poster die gebruikt werd bij de apotheken en ziekenfondsen opgehangen, met hierbij ook een verklarende tekst (bijlage 4) en een papieren versie van de vragenlijst.

Een subgroep van patiënten, met een leeftijd tussen 45 en 75 jaar, met een GMD in deze praktijk kreeg ook een uitnodigingsbrief met in bijlage de vragenlijst toegestuurd (bijlage 5).

De informatie werd verspreid in juni en juli 2016. Personen die bereid waren om tijdens een preventieconsult hun ingevulde vragenlijst te overlopen, konden hiervoor een afspraak maken van augustus tot en met december 2016.

Na informed consent (bijlage 6) werden de antwoorden op de vragenlijst van de patiënten verzameld, samen met bijkomende informatie over de covariabelen (bijlage 7). De resultaten werden geregistreerd en verwerkt met een univariaat analyse en logistische regressie-analyse door middel van Excel en SAS.

Populatie

De doelgroep van het onderzoek waren alle inwoners van de gemeente Hechtel-Eksel tussen 45 en 75 jaar oud. Dit waren tevens de leeftijdsgrenzen die door Domus Medica gehanteerd werden in het GMD+ (3). Door de rekruteringsstrategieën werden ook inwoners buiten deze leeftijdsgroep bereikt, maar deze werden geëxcludeerd uit het onderzoek. Dit was eveneens het geval voor personen die niet zelfstandig de vragenlijst konden invullen of die niet op consultatie konden komen bij hun huisarts om de ingevulde vragenlijst te bespreken.

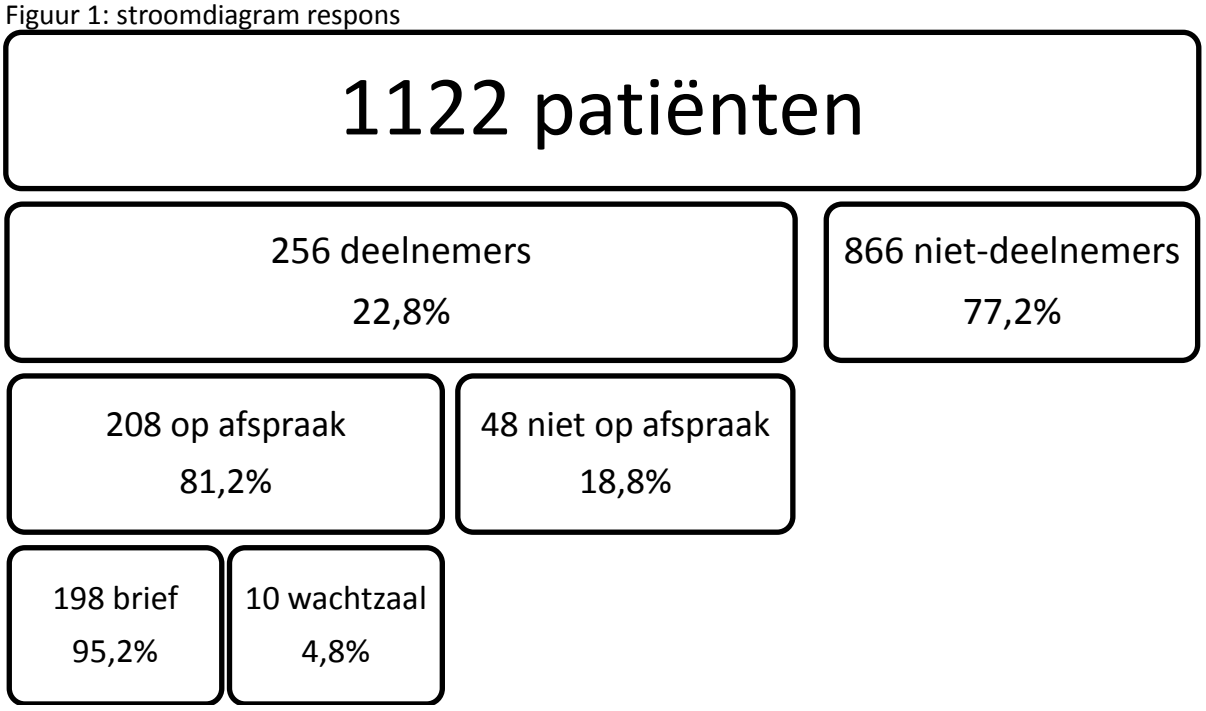
In de huisartsenpraktijk werden met de oproepingsbrief alle patiënten tussen 45 en 75 jaar gerekruteerd.

Resultaten

Respons

De rekruteringsstrategieën buiten de huisartsenpraktijk leverden geen bruikbare resultaten op. Er werden in de huisartsenpraktijken ofwel geen vragenlijsten binnengebracht ofwel vragenlijsten waarbij de naam van de patiënt niet ingevuld was waardoor de gegevens niet bruikbaar waren.
Binnen de huisartsenpraktijk waren er 1122 patiënten tussen 45 en 75 jaar met een GMD in deze praktijk. 256 patiënten vulden de vragenlijst in en 208 van hen kwamen op afspraak in de praktijk voor een preventieconsult. Van deze 208 patiënten reageerden 198 op de brief en 10 maakten een afspraak door de poster in de wachtzaal (figuur 1).

Figuur 1: stroomdiagram respons



Kenmerken van de deelnemers

256 patiënten vulden de vragenlijst in (tabel 1).
De gemiddelde leeftijd van de deelnemers bedroeg 61,2 jaar en de deelnemers kwamen gemiddeld 5 keer op consultatie in het jaar 2015. 138 deelnemers (53,9%) waren vrouwen en 118 mannen (46,1%).
33 personen gaven aan te roken (12,9%) in vergelijking met 23,0% in Vlaanderen (14). 158 personen dronken minstens 1 keer per maand alcohol (61,7%). 215 personen bewogen minstens 30 minuten per dag (84,0%) in vergelijking met 40,0% in Vlaanderen (15). 238 personen aten dagelijks groenten (83,0%) in vergelijking met 79,0% in Vlaanderen (16). 125 personen waren niet in orde met hun tetanusvaccinatie (48,9%).
195 personen hadden al ooit deelgenomen aan het bevolkingsonderzoek coloncarcinoom. Aan het bevolkingsonderzoek cervixcarcinoom namen 117 vrouwen al ooit deel en 129 vrouwen namen al ooit deel aan het bevolkingsonderzoek borstcarcinoom.

Tabel 1: synthese resultaten

1. Sociodemografisch (n = 256)	
Gemiddelde leeftijd	61,2 jaar
45-54 jaar	60 (23,4%)

55-64 jaar	98 (38,3%)
65-75 jaar	98 (38,3%)
Geslacht	138 vrouw (53,9%) 118 man (46,1%)
Omniostatuut	43 ja (16,8%) 213 neen (83,2%)
Familiale situatie	64 gehuwd met kinderen ten laste (25,0%) 159 gehuwd zonder kinderen ten laste (62,1%) 3 alleenstaand met kinderen ten laste (1,2%) 17 alleenstaand zonder kinderen ten laste (6,6%) 6 weduwe/weduwnaar (2,3%) 7 andere (2,7%)
Werksituatie	103 werkend (40,2%) 5 werkzoekend (2,0%) 135 gepensioneerd (52,7%) 13 andere (5,1%)
Werkstatuut	71 arbeider (27,7%) 159 bediende (62,1%) 7 zelfstandige (2,7%) 19 andere (7,4%)
Etniciteit	230 Belgisch (89,8%) 22 Westers (8,6%) 2 Arabisch (0,8%) 2 Zuid-Amerikaans (0,8%)
Chronische pathologie	184 ja (71,9%) 72 neen (28,1%)
Gemiddeld aantal consultaties bij huisarts in 2015	5,2
2. GMD+ vragenlijst	
Hypertensie	101 ja (39,5%) 155 neen (60,5%)
Diabetes	30 ja (11,7%) 226 neen (88,3%)
Cardiovasculair event persoonlijk	36 ja (14,1%) 220 neen (85,9%)
Cardiovasculair event vader/broer < 55 jaar	59 ja (23,0%) 197 neen (77,0%)
Cardiovasculair event moeder/zus < 65 jaar	44 ja (17,2%) 212 neen (82,8%)
Roken	33 ja (12,9%) 223 neen (87,1%)
Alcohol	158 ja (61,7%) 98 neen (38,3%)
Dagelijks groenten	238 ja (93,0%) 18 neen (7,0%)
Dagelijks fruit	201 ja (78,5%) 55 neen (21,5%)
Dagelijks lichaamsbeweging	215 ja (84,0%) 41 neen (16,0%)
Diabetes familiaal	70 ja (27,3%) 186 neen (72,7%)
Coloncarcinoom familiaal	37 ja (14,5%)

	219 neen (85,5%)
Gestegen glycemie in voorgeschiedenis	41 ja (16,0%) 215 neen (84,0%)
Tetanusvaccinatie > 10 jaar geleden	125 ja (48,8%) 131 neen (51,2%)
Longpatiënt	22 ja (8,6%) 234 neen (91,4%)
Hartpatiënt	34 ja (13,3%) 222 neen (86,7%)
Leverpatiënt	2 ja (0,8%) 254 neen (99,2%)
Nierpatiënt	12 ja (4,7%) 244 neen (95,3%)
Bevallen van baby van >4,5 kg	5 ja (2,0%) 129 neen (50,4%) 122 niet van toepassing (47,7%) *
Zwangerschapsdiabetes	9 ja (3,5%) 125 neen (48,8%) 122 niet van toepassing (47,7%) *
Mamma/ovariumcarcinoom familiaal	36 ja (14,1%) 102 neen (39,8%) 118 niet van toepassing (46,1%) *
3. Deelname bevolkingsonderzoeken	
Coloncarcinoom (iFOB)	195 ja (76,2%) 53 neen (20,7%) 8 niet van toepassing (3,1%) *
Cervixcarcinoom (uitstrijkje)	117 ja (45,7%) 12 neen (4,7%) 127 niet van toepassing (49,6%) *
Borstcarcinoom (mammografie)	129 ja (50,4%) 9 neen (3,5%) 118 niet van toepassing (46,1%) *
Uitstrijkje > 3 jaar geleden	39 ja (15,2%) 91 neen (35,6%) 126 niet van toepassing (49,2%)
Mammografie > 2 jaar geleden	14 ja (5,5%) 121 neen (47,3%) 121 niet van toepassing (47,3%) *

* Niet van toepassing: op basis van geslacht, leeftijd, inclusiecriteria bevolkingsonderzoeken, afwezigheid zwangerschap in voorgeschiedenis, hysterectomie in voorgeschiedenis

Primaire analyses

De screeningsgraad van het bevolkingsonderzoek coloncarcinoom bedraagt in dit onderzoek 195/248 (78,6%) (tabel 2), in vergelijking met 35,5% voor Vlaanderen en 44,7% voor Hechtel-Eksel (17). De screeningsgraad van het bevolkingsonderzoek cervixcarcinoom bedraagt in dit onderzoek 91/130 (70,0%), in vergelijking met 54,8% voor Vlaanderen en 54,6% voor Hechtel-Eksel (17). De screeningsgraad van het bevolkingsonderzoek borstcarcinoom bedraagt in dit onderzoek 121/135 (89,6%), in vergelijking met 47,4% voor Vlaanderen en 63,2% voor Hechtel-Eksel (17).

Tabel 2: screeningsgraden

	Onderzoek	Vlaanderen	Hechtel-Eksel
Coloncarcinoom	78,6%	35,5%	44,7%
Borstcarcinoom	89,6%	47,4%	63,2%
Cervixcarcinoom	70,0%	54,8%	54,6%

Secundaire analyses

256 van 1122 doelgroeppatiënten in deze praktijk namen deel aan het preventieconsult. Dit komt neer op een responsgraad van 22,8%. 208 patiënten (17,6% van de totale doelgroep) namen deel op basis van de brief. 10 patiënten namen deel op basis van de poster in de wachtzaal (0,9% van de totale doelgroep). Bij de patiënten die de vragenlijst indienden in de praktijk maar niet op het preventieconsult kwamen, was de reden van deelname uiteraard niet te achterhalen.

Multivariaat analyses

Door middel van logistische regressie-analyse werd onderzocht welke variabelen een statistisch significante voorspellende waarde hadden in het maken van een afspraak voor een preventieconsult (tabel 3).

Het maken van een afspraak was een statistisch significante voorspeller van de respondentengroep op een betrouwbaarheidsniveau van 95% (P-waarde 0,048), de reden van deelname niet (P-waarde 0,101).

Van alle parameters waren de volgende statistisch significante voorspellers van de respondentengroep: omniostatuut (P-waarde 0,047), diabetes (P-waarde 0,040), cardiovasculair event persoonlijk (P-waarde 0,043), cardiovasculair event moeder (P-waarde 0,047), roken (P-waarde 0,041), dagelijks groenten (P-waarde 0,032), dagelijks lichaamsbeweging (P-waarde 0,045), coloncarcinoom familiaal (P-waarde 0,043), gestegen glycemie in voorgeschiedenis (P-waarde 0,045), longpatiënt (P-waarde 0,035), hartpatiënt (P-waarde 0,042), leverpatiënt (P-waarde 0,011), nierpatiënt (P-waarde 0,026).

Leeftijd en de aanwezigheid van een chronische aandoening waren statistisch significante voorspellers van het maken van een afspraak voor het preventieconsult. Oudere mensen deden vaker mee aan het preventieconsult dan jongere (odds ratio 1,163; betrouwbaarheidsinterval 1,101-1,229). Mensen zonder een chronische aandoening kwamen vaker op afspraak dan mensen met een chronische aandoening (odds ratio 3,454; betrouwbaarheidsinterval 1,447-8,245).

Bij deelname aan het bevolkingsonderzoek borstcarcinoom is leeftijd een statistisch significante voorspeller: oudere vrouwen laten vaker een screeningsmammografie maken dan jongere (odds ratio 1,162; betrouwbaarheidsinterval 1,074-1,257).

Ook bij deelname aan het bevolkingsonderzoek cervixcarcinoom is leeftijd een statistisch significante voorspeller: oudere vrouwen laten vaker een uitstrijkje maken dan jongere (odds ratio 1,161; betrouwbaarheidsinterval 1,074-1,256).

Tabel 3: resultaten multivariaat analyse

	Odds ratio	Betrouwbaarheidsinterval (95%)
Afhankelijke variabele = afspraak		
Leeftijd	1,163	1,101-1,229
Geslacht	0,684	0,340-1,373
Chronische pathologie	3,454	1,447-8,245
iFOB	0,739	0,379-1,441
Afhankelijke variabele = deelname aan bevolkingsonderzoek borstcarcinoom		
Leeftijd	1,162	1,074-1,257
Chronische pathologie	2,600	0,871-7,763
Afhankelijke variabele = deelname aan bevolkingsonderzoek cervixcarcinoom		

Leeftijd	1,161	1,074-1,256
Chronische pathologie	2,599	0,874-7,731

Bij de screeningsmammografie deden 7 vrouwen mee die op afspraak kwamen door de poster in de wachtzaal (7/7 = 100%), 99 vrouwen die op afspraak kwamen door de brief (99/106 = 93,4%) en 22 vrouwen die niet op afspraak kwamen (22/25 = 88%).
Bij het screeningsuitstrijkje deden 7 vrouwen mee die op afspraak kwamen door de poster in de wachtzaal (7/7 = 100%), 90 vrouwen die op afspraak kwamen door de brief (90/106 = 84,9%) en 19 vrouwen die niet op afspraak kwamen (19/25 = 76%).
Bij het bevolkingsonderzoek coloncarcinoom deden 7 personen mee die op afspraak kwamen door de poster in de wachtzaal (7/10 = 70%), 159 personen die op afspraak kwamen door de brief (159/198 = 80,3%) en 29 personen die niet op afspraak kwamen (29/48 = 60,4%).

Discussie

Respons

Uit dit onderzoek blijkt dat 256 van 1122 doelgroeppatiënten deelnamen aan het preventieconsult. Dit komt neer op een responsgraad van 22,8%. Dit resultaat ligt in de lijn van andere voorgaande onderzoeken (6,7,10,12,13).

Het grote verschil tussen dit onderzoek en andere gelijkaardige masterproeven is dat bij dit onderzoek zowel binnen als buiten de huisartsenpraktijk werd gerekruteerd om zo personen te bereiken die anders niet zouden deelnemen aan een preventieconsult. Er was echter geen respons op de strategieën buiten de huisartsenpraktijk, ondanks forse inspanningen van alle betrokken actoren. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de patiënt een extra stap moet zetten om een afspraak te maken voor een preventieconsult. Uit onderzoek (18,19,20,21,22,23) en voorgaande masterthesissen komen de volgende hinderpalen voor deelname aan screeningsprogramma's of preventie duidelijk naar voren: vergetelheid of uitstelgedrag, gebrek aan motivatie of het niet inzien van het persoonlijk risico, andere prioriteiten, toegankelijkheid en angst. In vergelijking met de rekruteringsstrategieën binnen de huisartsenpraktijk lijken vooral uitstelgedrag en toegankelijkheid hier van toepassing te zijn. Doordat er een extra stap gezet dient te worden, is de kans op vergetelheid groter. Gezien de andere praktijken in de regio wel op de hoogte gesteld werden, maar niet actief betrokken werden, is het mogelijk dat ze geen georganiseerd preventieconsult aanboden. Een andere verklaring kan zijn dat de strategieën buiten de huisartsenpraktijk niet persoonlijk genoeg waren. Hierdoor voelt de patiënt zich minder aangesproken. Bij alle strategieën binnen de praktijk stonden de namen van alle artsen op de documenten. Bovendien werd concreet aangegeven hoe men hiervoor in onze praktijk een afspraak kon maken. Deze informatie stond uiteraard niet op de documenten buiten de huisartsenpraktijk.

De overgrote meerderheid van de patiënten, namelijk meer dan 95%, nam deel dankzij de oproepbrief. Een aantal patiënten gaf aan dat ze één van de andere rekruteringsstrategieën wel opgemerkt hadden, maar dat het de brief was die hen motiveerde om een afspraak te maken. Een veelgehoord argument was: "Als mijn eigen huisarts dit zo belangrijk vindt om mij persoonlijk een brief te sturen, dan zal het wel echt belangrijk zijn." Dit illustreert het belang van een persoonlijke aanpak om de patiënt te motiveren en het belang van een preventieconsult te doen inzien. Een dergelijke brief illustreert ook het engagement van de huisartsenpraktijk wat preventie betreft. Dit maakt het onderwerp makkelijker bespreekbaar voor de patiënt en doet de patiënt beseffen dat preventie ook een reden is om een huisarts te consulteren. Alle bovengenoemde redenen tonen aan dat de brief in dit onderzoek duidelijk het meest doeltreffend was om patiënten te motiveren.

Resultaten preventieconsult

De screeningsgraden van de bevolkingsonderzoeken voor colon-, borst- en cervixcarcinoom liggen in dit onderzoek beduidend hoger dan in Vlaanderen en Hechtel-Eksel (tabel 2). Ook op andere parameters, zoals roken, dagelijks eten van groenten en dagelijks lichaamsbeweging scoren de deelnemers in dit onderzoek beter. Een mogelijke verklaring voor deze resultaten is het sociaal wenselijk antwoorden van de patiënten. Hierdoor probeert men zijn levensstijl optimistischer voor te stellen dan deze in werkelijkheid is. Omdat echter ook de screeningsgraden van de bevolkingsonderzoeken in dit onderzoek hoger liggen, bevestigen deze resultaten waarschijnlijk het vermoeden dat personen die erg bezig zijn met hun gezondheid en bewust leven eerder zullen deelnemen aan een preventieconsult dan personen met een ongezonde levensstijl. In de literatuur worden deze personen aangeduid met de term 'worried well' (23,24).Vermoedelijk waren patiënten die al begaan zijn met hun gezondheid ook in dit onderzoek oververtegenwoordigd. Patiënten die het meeste baat hebben bij een preventieconsult werden minder bereikt. Deze preventieparadox kan leiden tot een overschatting van de gezondheidswinst door het preventieconsult zoals opgezet in dit onderzoek. De gezondheidswinst van preventie in het algemeen wordt misschien ook overschat.

Ondanks de toenemende prevalentie van obesitas, diabetes type 2, arteriële hypertensie en andere chronische ziekten blijft de levensverwachting toenemen. Deze toename is eerder te verklaren door de vooruitgang in de geneeskunde.
Bepaalde factoren bleken een goede voorspeller te zijn voor het maken van een afspraak voor het preventieconsult. Personen zonder een chronische aandoening kwamen 3,5 keer vaker op afspraak dan personen met een chronische aandoening. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat personen zonder een chronische aandoening de uitnodiging aangrijpen om naar de huisarts te gaan. Ze kunnen bezorgd zijn dat ze misschien toch een aandoening hebben die niet gediagnosticeerd is, omdat ze minder vaak naar de huisarts gaan. Chronische patiënten zouden kunnen redeneren dat ze vaak genoeg naar de huisarts gaan en zijn hierdoor minder gemotiveerd om een aparte afspraak voor preventie te maken.
Oudere personen deden vaker mee aan het preventieconsult. Hoe ouder, hoe meer belang de patiënt dus blijkbaar hecht aan preventie. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat oudere personen meer kans hebben om in hun eigen omgeving te zien wat de gevolgen kunnen zijn van onvoldoende aandacht voor preventie. De patiënt zelf heeft op oudere leeftijd meer kans om de diagnose hypertensie of diabetes te hebben dan op jongere leeftijd. Bovendien kent hij misschien iemand in de naaste omgeving met een dergelijke diagnose.

Limitaties onderzoek
De rekrutering vond voornamelijk plaats in de zomermaanden. Dit leek zowel qua timing in de uitvoering van de masterthesis als qua belasting voor de praktijk de optimale periode. Toch stelt zich de vraag of hierdoor niet een aanzienlijk aantal patiënten gemist werden. Personen komen in de zomer minder vaak in de huisartsenpraktijk en in de apotheek dan in de winter. Hierdoor hadden ze minder kans om in aanraking te komen met de rekruteringsstrategieën. Dit geldt evenzeer voor de rekrutering via de gemeente, gezien er in de zomermaanden minder bijeenkomsten van de adviesraden waren. Tijdens de vakantieperiode is het te verwachten dat de kans op vergetelheid bij de brief groter is en de motivatie van de patiënt lager is. Het was misschien zinvoller om de periode van rekrutering te koppelen aan een periode waarin er meer aandacht is, ook in de media, voor preventie, zoals tijdens 'Tournée Minerale' of tijdens de borstkankermaand.
In de periode waarin de preventieconsulten plaatsvonden, was de werkdruk in de huisartsenpraktijk onverwacht hoog. Dit kwam doordat één collega acuut volledig uitgevallen was en één collega deeltijds werkte na ziekte. Patiënten konden hierdoor moeilijker dan normaal in de praktijk terecht. Ze konden hierdoor mogelijk geen tijd innemen voor een preventieconsult, dat volgens hen niet dringend, belangrijk of ernstig was. Een oplossing hiervoor was het inplannen van het preventieconsult op vaste momenten in de week die enkel voor het preventieconsult en niet voor gewone consultaties voorzien werden. Via de oproepbrief zijn niet alle patiënten uit de doelgroep bereikt omwille van foutieve contactgegevens.
Het uitvoeren van een recall na enkele weken had kunnen leiden tot een grotere responsgraad. Een mogelijkheid was om alle patiënten in de doelgroep binnen de praktijk door de secretaresse telefonisch te herinneren aan het preventieconsult. Dit zou echter kunnen leiden tot een oververtegenwoordiging van de rekruteringsstrategieën binnen de praktijk in vergelijking met de strategieën buiten de huisartsenpraktijk. Bij de strategieën buiten de huisartsenpraktijk is immers geen recall mogelijk.
Tot slot was de onderzoeksperiode te kort om na te gaan of de implementatie van het preventieconsult in deze huisartsenpraktijk resulteert in daadwerkelijke gezondheidswinst voor de deelnemers.

Besluit

De respons op het informeren over een preventieconsult buiten de huisartsenpraktijk is zeer laag. Binnen de huisartsenpraktijk reageren personen vooral op de uitnodiging via brief.
De screeningsgraden van colon-, borst- en cervixcarcinoom liggen in dit onderzoek hoger dan in de algemene populatie. Personen die deelnemen aan een preventieconsult zijn over het algemeen personen die erg begaan zijn met hun gezondheid. De personen bij wie er veel winst mogelijk is, worden met de huidige strategieën niet bereikt.

Binnen de huisartsenpraktijk heeft het preventieconsult bijgedragen tot een toenemende bewustwording van het belang van preventie bij zowel artsen als patiënten. De artsen zijn meer vertrouwd met de GMD+ module in het EMD. Dit verlaagt de drempel om de GMD+ module ook tijdens gewone consultaties te gebruiken. Patiënten maken ook na het verstrijken van de registratieperiode een afspraak voor een preventieconsult. Het preventieconsult wordt dus stilaan binnen de gewone consultatie en in het EMD geïntegreerd.
Het voornaamste doel voor de praktijk is om deze integratie te consolideren. Zo proberen alle artsen de gegevens van de personen die aan het preventieconsult hebben deelgenomen up to date te houden. In tweede instantie wordt getracht de preventieve acties uit te breiden, te beginnen bij het overlopen van de vragenlijst bij de personen in de doelgroep die geen afspraak voor een preventieconsult gemaakt hebben. Ook is het de bedoeling preventie bij patiënten buiten de doelgroep aan te kaarten, zoals het uitstrijkje bij jonge vrouwen, de vaccinatiestatus bij alle patiënten en het bevragen van levensstijl.
Een nieuw praktijkbevorderend project zou deze consolidatie kunnen nagaan.

Er zal dus een manier gezocht moeten worden om de patiënt te sensibiliseren, zodat deze het belang van preventie inziet. Deze sleutelrol is weggelegd voor de huisarts. Dit maakt dat huisartsen aandacht moeten hebben voor preventie tijdens elke consultatie. Om dit mogelijk te maken, moeten het rendement en de tijdsinvestering geoptimaliseerd worden. Nieuwe technologische ontwikkelingen kunnen hierbij een belangrijke rol spelen. Bijvoorbeeld de mogelijkheid voor de patiënt om thuis zijn eigen medisch dossier te beheren en de vragenlijst in te vullen met integratie in het EMD van de huisarts.
Verder onderzoek zal moeten uitwijzen op welke manieren de patiënten meer gesensibiliseerd kunnen worden en of deze strategieën haalbaar zijn in de huisartsenpraktijk.

Dankwoord

Mijn oprechte dank gaat uit naar mijn promotor, prof. dr. Birgitte Schoenmakers, voor de feedback, ondersteuning, statistische verwerking en motiverende woorden. Vervolgens wil ik alle patiënten en medewerkers in de praktijk bedanken die hebben meegewerkt aan dit onderzoek. In het bijzonder gaat mijn dank uit naar mijn praktijkopleider, dr. Annelies Delrue, voor de steun, de logistieke en organisatorische ondersteuning bij de veldstudie, de feedback en schouderklopjes. Tot slot wil ik mijn moeder, Sofie en Liesbeth bedanken voor hun aanmoedigingen en het nalezen van deze masterproef.

Referenties

1. Annemans L. Je geld of je leven in de gezondheidszorg: Van Halewyck; 2016.
2. Dekker JM, Alssema M, Janssen PGH, Van der Paardt M†, Festen CCS, Van Oosterhout MJW, Van Dijk JL, Van der Weijden T, Gansevoort RT, Dasselaar JJ, Van Zoest F, Drenthen T, Walma EP, Goudswaard AN. NHG-Standaard Het PreventieConsult module Cardiometabool Risico. Huisarts en Wetenschap. 2011;(54(3):138-55).
3. Domus Medica. Gezondheidsgids 2014. [Online].; 2014 [cited 2017 februari 9. Available from: ggids.domusmedica.be/download/104/.
4. Riziv. [Online]. [cited 2017 februari 9. Available from: http://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/kwaliteit/Paginas/globaal-medisch-dossier.aspx#Preventiemodule_(nomenclatuurcodenummer_102395).
5. Tarieven geneesheren. [Online].; 2015 [cited 2016 november 15. Available from: http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/tarief_artsen_deel01_20160101.pdf.
6. Delanoye A. Implementatie van het GMD+ in de huisartsenpraktijk. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2012-2013.
7. Mennes S. GMD-plus: een recept voor de praktijk. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2012-2013.
8. Kavalevich N. Actief aanbieden van een preventieconsult, onder de vorm van GMD plus. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2012-2013.
9. Carnol L. Heeft de organisatie van een preventieconsult in kader van het GMD-plus een invloed op het cardiovasculair risicobeheer in de praktijk? Masterproef Huisartsgeneeskunde 2012-2013.
10. Van Rumst K. Preventie: U komt toch ook? Evaluatie van de implementatie van het GMD+ in onze groepspraktijk. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2014-2015.
11. De Cock S. Praktische implementatie van een preventiebeleid en GMD+ in de praktijk met behulp van pop-ups. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2014-2015.
12. Feys C. Implementatie van de preventiemodule (op basis van de gezondheidsgids): Wat is de responsratio en wat vindt de patiënt hiervan? Masterproef Huisartsgeneeskunde 2011-2012.
13. Lamaire T. Starten met het GMD+: Oproepen van de patiënten na het invullen van de vragenlijst op een tablet. Effect op detectie van depressie. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2014-2015.
14. Gisle L. Gezondheidsenquête Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. [Online].; 2013 [cited 2017 maart 10. Available from: https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/TA_NL_2013.pdf.
15. Drieskens S. Gezondheidsenquête Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. [Online].; 2013 [cited 2017 maart 10. Available from: https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/PA_NL_2013.pdf.
16. Drieskens S. Gezondheidsenquête Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. [Online].; 2013 [cited 2017 maart 10. Available from: https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/NH_NL_2013.pdf.
17. Kankeropsporing Cv. Bevolkingsonderzoek.be. [Online]. [cited 2017 maart 20. Available from: bevolkingsonderzoek.incijfers.be.
18. Smith SG, McGregor LM, Raine R, Wardle J, von Wagner C, Robb KA. Inequalities in cancer screening participation: examining differences in perceived benefits and barriers. Psycho-oncology. 2016 Oktober;(25(10): 1168-1174).
19. Hall NJ, Rubin GP, Dobson C, Weller D, Wardle J, Ritchie M, Rees CJ. Attitudes and beliefs of non-participants in a population-based screening programme for colorectal cancer. Health Expectations. 2015 Oktober;(18(5):1645-57).

20. Koopmans B, Nielen MJ, Schellevis FG, Korevaar JC. Non-participation in population based prevention programs in general practice. BMC Public Health. 2012;(12:856).
21. Assendelft W, Nielen MM, Hettinga DM, van der Meer V, van Vliet M, Drenthen AJ, Schellevis FG, van Oosterhout MJ. 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. Family Practice. 2012 April;(29(1): 126-131).
22. Nielsen KDB, Dyhrb L, Lauritzen D, Malterud K. You can't prevent everything anyway: a qualitative study of beliefs and attitudes about refusing health screening in general practice. Family Practice. 2004 Februari;(21(1):28-32).
23. de Koning JS, Klazinga N, Koudstaal PJ, Prins A, Borsboom GJ, Peeters A, Mackenbach JP. Deprivation and systematic stroke prevention in general practice. European Journal of Public Health. 2003 December;(13(4):340-6).
24. Nielen M, van der Meer V, Assendelft P, Schellevis F. Eerste ervaringen met het PreventieConsult Cardiometabool Risico. Huisarts en Wetenschap. 2011 Augustus;(54(8):414-9).

Bijlagen

Bijlage 1: Poster



Voorkomen…

is beter dan genezen!

Bent u **tussen 45 en 75 jaar**?

Wilt u graag weten wat uw risico is op een aantal aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten en bepaalde vormen van kanker?

Of uw vaccinaties nog in orde zijn?

En wat u kunt doen om deze aandoeningen in een vroeg stadium op te sporen?

Bent u geïnteresseerd?

Neem dan de vragenlijst mee en bespreek het met uw huisarts.

Bijlage 2: Vragenlijst

Naam:

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

<u>Enkel voor vrouwen</u>

21. Bent u bevallen van een baby van 4,5 kg of meer?	Ja - neen
22. Had u verhoogde suiker tijdens uw zwangerschap?	Ja - neen - weet niet
23. Komt er borst- of eierstokkanker voor in uw familie?	Ja - neen - weet niet
24. Vanaf 50 jaar: is uw laatste mammografie meer dan 2 jaar geleden?	Ja - neen - weet niet Datum:
25. Vanaf 25 jaar: is uw laatste uitstrijkje meer dan 3 jaar geleden?	Ja - neen - weet niet Datum:

Bijlage 3: Tekst website

Beste,

Als huisarts is het niet enkel onze taak om u te genezen als u ziek bent. Het is ook onze taak om u te helpen bepaalde ziektes te voorkomen. Dit kunnen we doen door u juiste en wetenschappelijk onderbouwde informatie te geven en onderzoeken uit te voeren.
U denkt misschien dat preventie ver van uw bed of overbodig is. Maar wanneer is uw bloeddruk voor het laatst gemeten? Wanneer was uw laatste bloedname of uitstrijkje? Zijn uw vaccinaties nog in orde?
Indien u tussen 45 en 75 jaar bent, komt u in aanmerking om al deze vragen te bespreken en deel te nemen aan ons **'preventieconsult'**.

Indien u geïnteresseerd bent, vult u een **vragenlijst** thuis in (te vinden onder informatie) en kunt u een afspraak maken via het telefoonnummer 011/73 18 95 om de ingevulde lijst te bespreken. Zo kunnen wij voor u een **persoonlijk preventieplan** opmaken.
Dit 'preventieconsult' is een **aparte raadpleging** en duurt ongeveer **30 minuten**. Zo kunnen wij voldoende tijd vrijmaken om al uw vragen te beantwoorden. Daarom willen wij u ook vragen om voor het bespreken van de vragenlijst een aparte afspraak te maken. Gelieve dit bij het maken van de afspraak te vermelden.
Bij dit 'preventieconsult' is de zogenaamde **derdebetalersregeling** van toepassing. Het enige wat u dient mee te brengen is een **klevertje van het ziekenfonds**.

Wij hopen u binnenkort te mogen verwelkomen.
Als u nog vragen heeft, stel ze gerust aan één van ons!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Annelies Delrue
Dr. Freddy Rogiers
Dr. Joke Bertels
Dr. Sarah Gorissen

Bijlage 4: Tekst wachtzaal

Beste,

Als huisarts is het niet enkel onze taak om u te genezen als u ziek bent. Het is ook onze taak om u te helpen bepaalde ziektes te voorkomen. Dit kunnen we doen door u juiste en wetenschappelijk onderbouwde informatie te geven en onderzoeken uit te voeren.
U denkt misschien dat preventie ver van uw bed of overbodig is. Maar wanneer is uw bloeddruk voor het laatst gemeten? Wanneer was uw laatste bloedname of uitstrijkje? Zijn uw vaccinaties nog in orde?
Indien u tussen 45 en 75 jaar bent, komt u in aanmerking om al deze vragen te bespreken en deel te nemen aan ons **'preventieconsult'**.

Indien u geïnteresseerd bent, vult u onderstaande **vragenlijst** thuis in en kunt u een afspraak maken via het secretariaat om de ingevulde lijst te bespreken. Zo kunnen wij voor u een **persoonlijk preventieplan** opmaken.
Dit 'preventieconsult' is een **aparte raadpleging** en duurt ongeveer **30 minuten**. Zo kunnen wij voldoende tijd vrijmaken om al uw vragen te beantwoorden. Daarom willen wij u ook vragen om voor het bespreken van de vragenlijst een aparte afspraak te maken. Gelieve dit bij het maken van de afspraak te vermelden.
Bij dit 'preventieconsult' is de zogenaamde **derdebetalersregeling** van toepassing. Het enige wat u dient mee te brengen is een **klevertje van het ziekenfonds**.

Wij hopen u binnenkort te mogen verwelkomen.
Als u nog vragen heeft, stel ze gerust aan één van ons!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Annelies Delrue
Dr. Freddy Rogiers
Dr. Joke Bertels
Dr. Sarah Gorissen

Bijlage 5: Oproepbrief

Beste,

Als huisarts is het niet enkel onze taak om u te genezen als u ziek bent. Het is ook onze taak om u te helpen bepaalde ziektes te voorkomen. Dit kunnen we doen door u juiste en wetenschappelijk onderbouwde informatie te geven en onderzoeken uit te voeren.
U denkt misschien dat preventie ver van uw bed of overbodig is. Maar wanneer is uw bloeddruk voor het laatst gemeten? Wanneer was uw laatste bloedname of uitstrijkje? Zijn uw vaccinaties nog in orde?
Via deze brief willen wij u uitnodigen om al deze vragen te bespreken en deel te nemen aan ons **'preventieconsult'**.

Indien u geïnteresseerd bent, vult u bijgevoegde **vragenlijst** thuis in en kunt u een afspraak maken via het telefoonnummer 011/73 18 95 om de ingevulde lijst te bespreken. Zo kunnen wij voor u een **persoonlijk preventieplan** opmaken.
Dit 'preventieconsult' is een **aparte raadpleging** en duurt ongeveer **30 minuten**. Zo kunnen wij voldoende tijd vrijmaken om al uw vragen te beantwoorden. Daarom willen wij u ook vragen om voor het bespreken van de vragenlijst een aparte afspraak te maken. Gelieve dit bij het maken van de afspraak te vermelden.
Bij dit 'preventieconsult' is de zogenaamde **derdebetalersregeling** van toepassing. Het enige wat u dient mee te brengen is een **klevertje van het ziekenfonds**.

Wij hopen u binnenkort te mogen verwelkomen.
Als u nog vragen heeft, stel ze gerust aan één van ons!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Annelies Delrue
Dr. Freddy Rogiers
Dr. Joke Bertels
Dr. Sarah Gorissen

Bijlage 6: Informed consent

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar hierbij op een voor mij begrijpelijke wijze mondeling en schriftelijk te zijn ingelicht over de aard, de methode en het doel van deze studie.

Ik stem erin toe deel te nemen aan het wetenschappelijk onderzoek.

Ik ben er mij van bewust dat dit project ter beoordeling en controle aan het Ethisch Comité werd voorgelegd en ik deze goedkeuring niet moet beschouwen als een motivatie tot deelname aan deze studie.

Ik ben ervan op de hoogte dat deelname aan deze studie geen bijkomende kosten meebrengen en dat er geen financieel voordeel aan verbonden is.

Ik ben op de hoogte dat ik mij op elk moment kan terugtrekken tot op het ogenblik dat de gegevens in de database worden bewaard zonder hiervoor een verklaring te hoeven afleggen en zonder dat dit op enigerlei wijze invloed zal hebben op de verdere behandeling en de relatie met de arts.

Gelezen en goedgekeurd,

Naam patiënt:

Datum:

Handtekening

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik, ondergetekende, … (naam) bevestig dat ik mondeling de nodige informatie heb gegeven over deze klinische studie, dat ik een kopie heb gegeven van het informatie- en toestemmingsformulier dat door de verschillende partijen werd getekend, dat ik bereid ben om zo nodig alle aanvullende vragen te beantwoorden en dat ik geen druk op de patiënt heb uitgeoefend om aan de studie deel te nemen. Ik verklaar dat het reguliere zorg betreft. Ik verklaar dat ik werk volgens de ethische principes die worden beschreven in de Verklaring van Helsinki, volgens de richtlijnen van ICH/GCP en de Belgische wet van 7/5/2004 over proeven op mensen."

Naam arts/onderzoeker:

Datum:

Handtekening

Bijlage 7: Registratieformulier

Geslacht: M - V

Leeftijd: ……. jaar

Omnio-statuut: ja - neen

Familiale situatie: gehuwd/samenwonend met kinderen
gehuwd/samenwonend zonder kinderen
alleenstaand met kinderen
alleenstaand zonder kinderen
weduwe/weduwnaar
andere
niet gekend

Werksituatie: werkend werkzoekend gepensioneerd
arbeider bediende zelfstandige
niet gekend

Etniciteit: Belgisch Westers (West-Europa, VS, Canada…)

Zuid-Europees (Italië, Spanje, Griekenland…) Oost-Europees (Rusland, Polen…)

Arabisch (Turkije, Marokko, Syrië, Irak…) Afrikaans

Zuid-Amerikaans Aziatisch

Gekend met chronische aandoening (diabetes, hypertensie, CVA…): ja - neen

Aantal consultaties bij de huisarts (wachtdienst niet inbegrepen) in 2015: ……

Eerdere deelname aan ifobt: ja - neen

Eerdere deelname aan screeningsmammografie: ja - neen - niet van toepassing

Eerdere deelname aan screeningsuitstrijkje: ja - neen - niet van toepassing

Reden tot deelname: via poster apotheek - via poster ziekenfonds - via gemeentehuis - via tekst website - via poster wachtzaal - via brief - andere

Bijlage 8: Goedkeuring ethische commissie

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "GMD+: de zoektocht naar (risico)patiënten" onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "GMD+: de zoektocht naar (risico)patiënten" and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

Methodologische vraag: moet het niet incidentie ipv prevalentie zijn bij de uitkomstmaten?

Met vriendelijke groeten

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Bijlage 9: Protocol

Student(en): Sarah Gorissen
Promotor: Birgitte Schoenmakers (birgitte.schoenmakers@med.kuleuven.be - u0031684 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)
Faculteit: Geneeskunde
Opleiding: Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is: multicentrisch
De opdrachtgever is: academisch (universiteit,...)
Het onderzoek is: Het onderzoek is praktijkverbeterend.

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:
Preventie neemt een steeds belangrijkere plaats in de gezondheidszorg in. Door de unieke positie die de huisarts in het zorglandschap inneemt, is deze in staat om een belangrijke rol in de preventieve geneeskunde op te nemen. De huisarts is immers naast een medisch specialist in huisartsgeneeskunde tevens de beheerder van het Globaal Medisch Dossier (GMD) van de patiënt. Met behulp van dit GMD kan de huisarts gerichte onderzoeken voorschrijven ter preventie van een aantal aandoeningen. Dit heeft een enorme impact op de gezondheidswinst en mortaliteit van de patiënt tot gevolg. In de praktijk zijn er echter veel moeilijkheden om als huisarts deze sleutelpositie te vervullen.

Om als huisarts de rol in preventie beter te kunnen opnemen werd op 1 april 2011 het Globaal Medisch Dossier plus (GMD+) ingevoerd. Dit is een evidence-based aanvulling op het globaal medisch dossier, specifiek bedoeld voor preventie op basis van de Gezondheidsgids van Domus Medica. Het GMD+ wordt erkend door de overheid en werd in de beginjaren gefinancierd door een apart nomenclatuurnummer. Sinds 1 januari 2016 is dit nomenclatuurnummer echter afgeschaft. Hierdoor valt een belangrijke factor ter bevordering van implementatie voor huisartsen, namelijk het financiële voordeel, grotendeels weg. Het is dan ook interessant om na te gaan in hoeverre de patiënten zelf vragende partij zijn voor een preventieconsult en met een concrete medische vraag op gebied van preventie naar de huisarts komen.
De voorbije jaren zijn er reeds veel masterproeven verschenen over preventie en GMD+. Een steeds wederkerende conclusie was dat alle rekruteringsstrategieën binnen de huisartsenpraktijk slechts een beperkt aantal patiënten bereiken. De hypothese die met dit onderzoek getoetst wordt, is of het informeren en uitnodigen van patiënten buiten de setting van de huisartsenpraktijk leidt tot een hogere responsgraad.

Een bijkomende vraag stelt zich dan welke patiënten zullen antwoorden op de oproepen. Zijn het enkel de 'healthy volunteers' die reeds heel erg om hun gezondheid bekommerd zijn en regelmatig op controle komen en meedoen aan de bestaande bevolkingsonderzoeken? Of is er een manier om de volledige doelgroep te bereiken? In dit onderzoek wordt nagegaan wat de responsratio is van de verschillende oproepstrategieën voor deelname aan een preventieconsult.
Vraagstelling:
Wat zijn effectieve manieren om patiënten uit alle lagen van de bevolking te doen deelnemen aan een preventieconsult?

Methodologie:
Design
De patiënten worden geïnformeerd over het preventieconsult en hiervoor uitgenodigd bij hun huisarts. Dit gebeurt in praktijk op de klassieke manieren: via een informatieve poster in de wachtzaal, een informatieve tekst op de praktijkwebsite en een actieve uitnodiging per brief.

Daarnaast wordt de informatie ook verspreid buiten de huisartsenpraktijk. Zo wordt een informerende tekst in het gemeenteblad gepubliceerd en de informatieve poster ook geplaatst in de apotheken in de buurt, in het gemeentehuis en in de dichtstbijzijnde kantoren van de grote ziekenfondsen. In de apotheken en de ziekenfondsen wordt bovendien een papieren versie van de GMD+ vragenlijst ter beschikking gesteld die de geïnteresseerde patiënten kunnen meenemen en invullen om dan te bespreken met hun huisarts.
Deelnemende patiënten maken een afspraak bij een huisarts naar keuze voor het eigenlijke preventieconsult. Na afloop van het preventieconsult worden eventuele bijkomende onderzoeken gepland. De huisarts vult een registratieformulier in met epidemiologische gegevens van de patiënt en de rekruteringsstrategie die de patiënt aanzette tot deelname aan het preventieconsult.
Het betreft dus een praktijkverbeterend onderzoek met aanbod van usual care.

Populatie
Het onderzoek wordt uitgevoerd in een landelijke groepspraktijk met 3 huisartsen en 1 huisarts in opleiding (HAIO) en in de andere huisartsenpraktijken in de gemeente.
Alle patiënten uit de gemeente tussen 45 en 75 jaar worden gerekruteerd.
Exclusiecriteria zijn: patiënten die niet zelfstandig de vragenlijst kunnen invullen, patiënten die niet op consultatie kunnen komen bij hun huisarts om de ingevulde vragenlijst te bespreken.

Uitkomstmaten
De primaire uitkomstmaat van dit onderzoek is de prevalentie van colon-, borst- en cervixcarcinoom bij patiënten in onze praktijk die deelnemen aan het preventieconsult en nooit eerder gescreend werden in vergelijking met de gekende prevalentie van colon-, borst- en cervixcarcinoom.
De secundaire uitkomstmaten zijn de volgende:
1) het aantal patiënten die in onze praktijk deelnemen aan het preventieconsult in vergelijking met het aantal patiënten tussen 45 en 75 jaar met een GMD in onze praktijk
2) het aantal patiënten per rekruteringsstrategie in vergelijking met het totaal aantal patiënten uit de doelgroep en het aantal patiënten dat al deelnam aan het preventieconsult, zowel in onze praktijk als in naburige praktijken
Covariabelen zijn: geslacht, leeftijd, inkomen, etniciteit, aantal consultaties bij de huisarts in het laatste jaar, morbiditeiten, deelname aan bevolkingsonderzoek (colon-, borst- en cervixkankerscreening)

Referenties:
1. Domus Medica, Gezondheidsgids 2014: Handleiding voor preventie in de huisartsenpraktijk, beschikbaar op www.ggids.be
2. Masterproef 'Implementatie van het GMD+ in de huisartspraktijk', Delanoye Andreas
3. Masterproef 'GMD-plus: een recept voor de praktijk', Mennes Stijn
4. Masterproef 'Actief aanbieden van een preventieconsult, onder de vorm van GMD plus, Kavalevich Nadzeya
5. Masterproef 'Heeft de organisatie van een preventieconsult in kader van het GMD-plus een invloed op het cardiovasculair risicobeheer in de praktijk?', Carnol Laure
6. Masterproef 'Preventie: U komt toch ook?!', Van Rumst Kirsten
7. Masterproef 'Praktische implementatie van een preventiebeleid en GMD+ in de praktijk met behulp van pop-ups', De Cock Sanne
8.http://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/kwaliteit/Paginas/globaal-medisch-dossier.aspx#Preventiemodule_(nomenclatuurcodenummer_102395)
9. http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/tarief_artsen_deel01_20160101.pdf

Informed consent / vragenlijsten / interviewprotocols:

98301_1455445998_0581_Patientenbrieven_pdf.pdf
57453_1455445998_3892_Registratieformulier_pdf.pdf
20717_1455445999_0336_Informed_consent_toestemmingsverklaring_pdf.pdf
17367_1455445999_0573_Informed_consent_patientenbrief_pdf.pdf
61308_1455445999_0916_Poster_pdf.pdf
83458_1455445999_3065_Vragenlijst_pdf.pdf