GMD+ als tool voor het vervolledigen van het dossier en ter ondersteuning van preventie in de huisartsgeneeskunde

Rosiers Dorien, Ugent

Promotor: Prof. Dr. Hilde Bastiaens, UZA

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract:

Context: Tot op heden blijf sterfte ten gevolge van kanker, cardiovasculaire en pneumologische aandoeningen de meest voorkomende doodsoorzaak in Vlaanderen. Er moet dus dringend ingezet worden op primaire preventie. De huisarts speelt hierin een centrale rol. Enerzijds in het tijdig identificeren en aanpakken van risico's per individuele patiënt(e) en anderzijds om predisponerende factoren te bewaken en eventueel te elimineren. We zien echter dat preventie vaak moeizaam verloopt in de huisartspraktijk omdat dit een brede waaier aan onderwerpen omvat en een tijdrovende bezigheid is. In dit praktijkverbeterproject wordt het GMD+ geherintroduceerd om het EMD aan te vullen en preventie te faciliteren en optimaliseren.

Onderzoeksvraag: Is het GMD+ tot op heden voldoende wetenschappelijk onderbouwd om te blijven fungeren als basis van preventieconsult? Hoe verloopt preventie in andere landen? Kunnen we aan de hand van de GMD+ vragenlijst de hiaten in onze medische dossiers identificeren en aanvullen? Kan het GMD+ bijdragen tot het optimaliseren van de preventie voor elke individuele patiënt(e) op gestandaardiseerde wijze?

Methode (literatuur en registratiewijze): Ter voorbereiding van de literatuurstudie werd een PICO opgesteld. Vervolgens werd via zowel de CEBAM- als de PubMed zoekmachine onderzocht of alle preventieve aanbevelingen van het GMD+ voldoen aan de meest recente EBM richtlijnen. Bovendien werd het GMD+ vergeleken met de preventieve aanpak in de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Alvorens het praktijkverbeterproject te starten werd de doelstelling bepaald via het SMART principe, namelijk: preventie optimaliseren per patiënt én het EMD aanvullen met behulp van de GMD+ vragenlijst. Tijdens een registratieperiode van 8 maanden, 01/05/2016-31/12/2016, werd de GMD+ lijst opportunistisch aangeboden aan alle patiënten tussen 18 en 75 jaar door mezelf, mijn praktijkopleider en de secretaresse. Om de 2 maanden werd de aanpak van het verbeteringsproject geherevalueerd volgens het model for improvement en de PDSA cyclus.

Resultaten: In totaal werden 187 GMD+ vragenlijsten afgenomen waarbij 181 preventieve acties uitgevoerd werden en 90 dossiers werden aangevuld. De voornaamste gezondheidsrisico's situeerden zich in de vaccinatiestatus van de patiënt (37 patiënten werden gevaccineerd voor tetanus, pneumokokken of influenza), het cardiovasculair risico (bij 31 patiënten werd een bloedafname gepland of medicatie gestart/gewijzigd) en in de levensstijl (35 patiënten werden aangesproken op hun sedentaire levensstijl). Wat kankerpreventie betreft, ondergingen 24 vrouwen een uitstrijkje en 11 werden doorverwezen voor een screeningsmammografie. Bovendien werden 18 patiënten doorverwezen voor iFobt of colonoscopie. Vervolgens werden 7 patiënten gescreend voor diabetes en 12 patiënten aangesproken op hun nicotine en/of alcohol gebruik. Tenslotte verhoogden we de waakzaamheid bij 3 patiënten voor depressie. Slechts 3 patiënten weigerden elke vorm van preventie.

Conclusies: Het GMD+ blijft een sterke tool in de huisartsgeneeskunde om preventie te optimaliseren. Deze gestandaardiseerde aanpak leidt immers tot een betere outcome én de mogelijkheid om het EMD aan te vullen. Aangezien de huisarts de centrale figuur is in primaire preventie dient men ofwel het GMD+ te herintroduceren én overtuigend financieel te ondersteunen, ofwel te investeren in toekomstig onderzoek naar alternatieve manieren om de huisartsen actief te laten participeren in preventiegeneeskunde.

Inhoudstafel

Abstract……1

1. Inleiding……3

2. Methode……6

2.1 Literatuurstudie ……6

2.2 Kwaliteitsverbeterende aanpak……13

3. Resultaten……16

4. Discussie……21

5. Conclusie……22

Referenties……23

Bijlagen……24

1. Inleiding:

Bij het bekijken van de sterftecijfers in Vlaanderen tijdens de periode van 1999 tot 2014, bemerken we zowel bij mannen als bij vrouwen een daling van de absolute cijfers van sterfte ten gevolge van hart- en vaatziekten, kankers en andere nieuwvormingen en ziekten van het ademhalingsstelsel. (cf. fig. 1). Desondanks blijft sterfte ten gevolge van bovengenoemde aandoeningen anno 2014 nog steeds de meest voorkomende doodsoorzaak. [1]

Het betreft hier echter *theoretisch* vermijdbare sterfte, preventief te voorkomen (vb. ischemische hartziekten) of behandelbaar mits vroegtijdige opsporing (vb. colorectale kanker, borstkanker).

'Health at a Glance: Europe 2016', een nieuw gezamenlijk verslag van de OESO en de Europese Commissie, verschenen op 23/11/2016, stelt dat er jaarlijks 550 000 mensen, van werkende leeftijd, vroegtijdig sterven in landen van de Europese Unie omwille van chronische ziekten. Dit verlies kost 115 miljard euro per jaar of 0,8% van het bruto binnenlands product. Verlies aan inkomsten omwille van een lagere participatie op de arbeidsmarkt is hier nog niet in rekening gebracht. [2]

Er moet dus dringend ingezet worden op primaire preventie om de huidige morbiditeit en mortaliteit zo snel mogelijk aan te pakken en op deze manier ook de kosten voor de maatschappij te drukken. De Europese bevolking vergrijst dus kostenefficiënte gezondheidszorg wordt belangrijker dan ooit. Sterke eerstelijns gezondheidssystemen laten ons toe vroegtijdig in te grijpen en predisponerende factoren te bewaken en eventueel te elimineren. De huisarts speelt hier een cruciale rol in het tijdig identificeren van risico's per individuele patiënt(e). Naast het takenpakket van curatieve arts dient de huisarts nu ook op te treden als gezondheidspromotor en –bewaker.

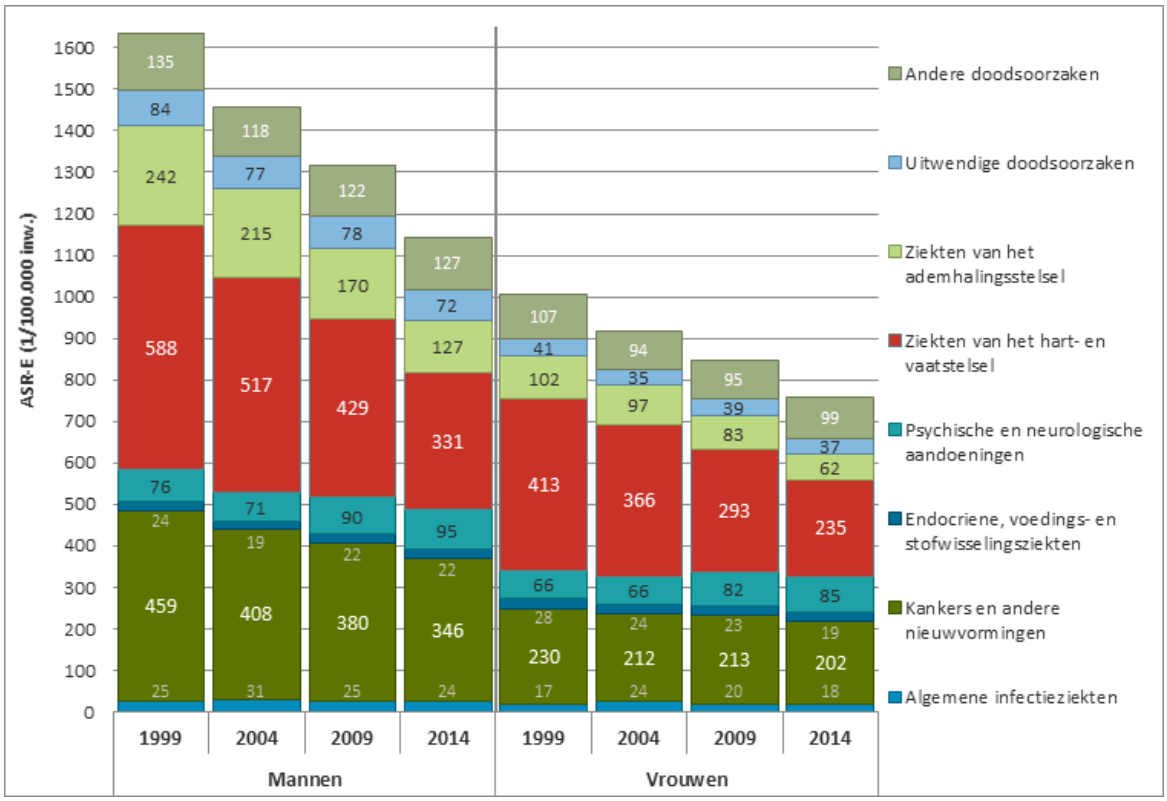


Fig. 1. Evolutie sterftecijfers 1999 - 2014

Preventiegeneeskunde vereist een grondig klinisch onderzoek maar ook een uitgebreide anamnese, zowel persoonlijk als familiaal. Het globaal medisch dossier dient dus adequaat in- en aangevuld te worden, wilt men het als tool kunnen gebruiken om gezondheidsrisico's in kaart te brengen. Dit vereist inspanning en voornamelijk tijdsinvestering.

Bovendien worden artsen reeds sedert jaren overspoeld met therapeutische richtlijnen. Belgische, Nederlandse, Europese of Amerikaanse guidelines, evidence based vs. expert opinions, een overvloed aan informatie, nooit 100% gelijklopend.

Uit het gebrek aan tijd en eenduidige aanpak ontstond de vraag naar een gestandaardiseerde en tijdsefficiënte wijze voor systematische screening en preventie.

In 2008 startte een werkgroep van Domus Medica en VIGeZ (Vlaams Instituut voor gezondheidspromotie en Ziektepreventie vzw) met de herwerking van de Preventiekaart (1978) tot de Gezondheidsgids op basis van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen. De gezondheidsgids geeft de essentie van de preventierichtlijnen van Domus Medica weer en is een instrument dat de huisarts helpt bij het opmaken van een persoonlijk preventieplan voor de patiënt. [3] Het omvat een vragenlijst die door de patiënt, alleen of samen met de huisarts, dient ingevuld te worden. De thema's cardiovasculair risico, levensstijl (roken, alcohol, voeding en beweging), diabetes, vaccinatiestatus (tetanus/difterie/kinkhoest, griep en pneumokokken), maligniteit (colorectale- en borstkanker), depressie en suïcidaliteit komen aan bod aan de hand van, voor de vrouw 21 en voor de man 18 vragen. Met behulp van de verwerkingsmodule en handleiding zal de arts een geïndividualiseerd preventieplan opstellen voor de patiënt(e).

De aard en datum van de geplande preventieve activiteiten wordt vervolgens in het medisch dossier genoteerd en op het afsprakenkaartje.

In april 2011 werd door het RIZIV en de Federale Overheid beslist om het GMD+, de preventiemodule gekoppeld aan het GMD (Globaal Medisch Dossier), terug te betalen bij patiënten tussen 45 en 75 jaar. Eenmaal per jaar kon een forfait van €10,80 met de nomenclatuurcode 102395 aangerekend worden aan de patiënt voor het aanbieden van preventieve zorg.

In maart 2013 werd de Gezondheidsgids goedgekeurd door de Vlaamse Overheid als bevolkingsonderzoek voor de huisartsenpraktijk.

Op woensdag 27 januari 2016 werd in het Belgisch Staatsblad het Nationaal Akkoord Geneesheren-Ziekenfondsen 2016-2017 gepubliceerd. [4] Hierin werd voorgesteld om het GMD+ niet verder te verlengen maar te integreren in het GMD.

Vanuit de toenemende maatschappelijke nood aan primaire preventie en het gebrek aan overheidsinitiatief hieromtrent werd beslist om in dit kwaliteitsverbeterproject het GMD+ terug in te voeren. Bijgevolg dienen de preventieve aanbevelingen van het GMD+ in de literatuurstudie getoetst te worden aan de meest recente richtlijnen. Bovendien wordt er een vergelijkende studie uitgevoerd met de preventieve aanpak van de Verenigde staten, het Verenigd Koninkrijk en Zweden.

Het doel van het praktijkverbeterproject is tweevoudig. Enerzijds trachten we op basis van de GMD+ vragenlijst de hiaten in onze medische dossiers te identificeren en aan te vullen. Anderzijds trachten we aan de hand van een correct aangevuld medisch dossier de preventie voor elke individuele patiënt(e) op gestandaardiseerde wijze te optimaliseren.

2. Methode:

2.1 Literatuurstudie:

Zoekmethode:

Voor de literatuurstudie werd gebruik gemaakt van zowel de CEBAM- als de Pubmed-zoekmachine. Als zoektermen werden de Mesh-termen 'preventive medicine', 'mass screening AND Europe', 'general practice AND preventive care', 'primary health care', 'primary care', 'colorectal/cervical/breast cancer screening'... gebruikt. Er werd ook steeds gekeken naar 'related articles' en de geciteerde bronnen per artikel werden telkens doorgenomen.

De database van het ICHO met de masterproeven van de voorbije jaren werd geraadpleegd om kwaliteitsverbeterende projecten rond preventie en het GMD+ te bekijken. Als zoekterm werd hier de ICPC code 'A98 preventie' en 'G01 gezondheidscoach (GVO en preventie)' gehanteerd.

Wat betreft specifieke vaktijdschriften werd the British Journal of General Practice en International Journal of Epidemiology geraadpleegd. De zoektermen 'health checks' en 'screening' leverde het merendeel van de bruikbare resultaten op.

Wat Belgische vakliteratuur voor de huisarts betrof, werd gebruik gemaakt van de online database van Huisarts Nu, het wetenschappelijk tijdschrift van Domus Medica, en Huisarts en Wetenschap. Zoektermen werden hier nog gespecifiëerd door termen als 'GMD+', 'gezondheidsgids' 'systematische screening' toe te voegen.

Literatuuronderzoek:

Wanneer we artsen trachten te overtuigen om het GMD+ weer te gebruiken dan moeten we eerst en vooral onderzoeken of de preventieve aanbevelingen nog evidence based zijn. Er is immers de laatste jaren veel kritiek gekomen op de huidige screeningsprogramma's. Het nut van preventie staat niet ter discussie, dan wel de manier waarop screening systematisch wordt aangeboden. In deze literatuurstudie worden de voornaamste preventieve interventies, aanbevolen in het GMD+, getoetst aan de meest recente richtlijnen en wetenschappelijke literatuur. Bovendien wordt er een vergelijkende studie gemaakt van de preventieve aanpak in de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk, Zweden en België.

P	Patiënt	Patiënten tussen 45 en 75 jaar
I	Interventie	GMD+ preventieplan
C	Controle	-Preventierichtlijnen EBM -Preventieve overheidsinitiatieven globaal
O	Outcome (=de uitkomst die betrekking heeft op het effect dat met de interventie beoogd wordt)	Mortaliteit

In het Verenigd Koninkrijk verscheen op 7 september 2016 een artikel van Volksgezondheid 'Opting out of the NHS population screening programmes'. [5] Via deze publicatie biedt de overheid de optie aan de patiënt om zich te onttrekken aan screening. Zo zal de patiënt niet meer uitgenodigd worden voor de screening naar darmkanker, cervixkanker, borstkanker, diabetische oogscreening of screening voor abdominale aorta aneurysma, indien hij/zij dit zo wenst. Deze leidraad is dus een stilzwijgende erkenning van het feit dat de huidige screeningsrichtlijnen en de manier waarop ze toegepast worden in de praktijk onderhevig zijn aan ernstige en gegronde kritiek. (cf. infra)

Voorzichtigheid is echter geboden... De patiënt moet voldoende inzicht hebben in de gevolgen van zijn/haar beslissing om een weloverwogen keuze te kunnen maken. Bovendien varieert het vermogen van elke individuele patiënt om deze informatie te interpreteren echter heel sterk. [6] In hoeverre is de hierboven beschreven beslissing nog verenigbaar met de huidige tendens in de gezondheidszorg om af te stappen van het paternalistische model en de nadruk te leggen op de geïnformeerde keuze van de patiënt? Valt deze mate van responsabilisering van de patiënt nog ethisch te verantwoorden?

De interpretatie van klinische onderzoeken en diagnostiek dient immers te gebeuren door opgeleide artsen/specialisten, niet door de patiënt zelf. De kwaliteit van de beslissing van de patiënt kan namelijk aangetast worden door niet enkel hun gebrek aan inzicht in de materie maar ook door het feit dat ze mogelijks onderhevig zijn aan vooroordelen, foutieve informatie en beïnvloeding van

derden (vb internet, patiëntenverenigingen,..) [7] Bijgevolg ligt de uitdaging in het correct en begrijpelijk communiceren van deze informatie naar een leek. Arts en patiënt moeten komen tot 'shared decision making', waarbij het recht van de patiënt op autonomie gerespecteerd wordt. [8]

Dit houdt dan ook in dat tijdens een preventieconsult niet enkel de voordelen van preventie maar ook de nadelen dienen belicht te worden. Zo is er overbehandeling door overdiagnose, vals positieve resultaten, psychische stress en voor enkele screeningsmethoden zelfs het gebrek aan bewijskracht. [9-11]

GMD+, evidence based?

Colorectale kanker

Screening voor darmkanker is gerechtvaardigd omdat de meeste colorectale tumoren langzaam groeiende tumoren zijn. Dit biedt dus de mogelijkheid tot vroegtijdige detectie vooraleer er metastasering kan ontstaan. Bovendien hebben chirurgische en chemotherapeutische behandelingen hun voordeel bewezen. [12] Aan de hand van het GMD+ wordt de iFobt aanbevolen als screeningsinstrument voor patiënten tussen 50 en 74 jaar om de 2 jaar. Er werd immers een daling van het relatief risico voor mortaliteit ten gevolge van colorectale kanker aangetoond van 15% bij vergelijking van iFobt ten opzichte van geen screening.[13] In vergelijkende studies tussen colonoscopie en iFobt als screeningsinstrument, bemerkte men een hogere sensitiviteit en specificiteit voor colonoscopie. Echter, nadelen van colonoscopie omvatten fysiek ongemak, tijdverlies, hogere kostprijs en het risico van de procedure. Het risico op darmperforatie, bloeding, hospitalisatie en zelfs overlijden bedraagt 2,8 per 1000 screeningscolonoscopieen. [11]

Borstkanker

Uit recent onderzoek is gebleken dat het risico op mortaliteit door borstkanker slechts borderline statistisch significant daalt door middel van screeningsmammografiëen. De reductie in absoluut risico bedroeg 0,05 %. [11] Bovendien is er het risico op overdiagnose en overbehandeling. De National Health Service in het Verenigd Koninkrijk stelt dat er voor elke vrouw, wiens leven gered wordt door screeningsmammografie, drie vrouwen overgediagnosticeerd en overbehandeld worden. [15]

Bovendien dient men rekening te houden met vals positieve resultaten. Deze zijn niet onfrequent (11-22%) in alle leeftijdsgroepen maar komen voornamelijk voor bij jonge vrouwen tussen 40 en 49 jaar en vrouwen met risicofactoren.

Deze risicofactoren kunnen hoofdzakelijk opgedeeld worden in twee categorieën. Enerzijds een hoge blootstelling aan oestrogenen en de hieraan gerelateerde veranderingen in borstweefsel (premenopauze, menopauzale hormoontherapie) en anderzijds verhoogd individueel risico (positieve familiale voorgeschiedenis of benigne biopt in eigen voorgeschiedenis). Vrouwen met een sterk verhoogde densiteit aan borstweefsel hebben het meeste kans op vals negatieve resultaten. [14]

In het GMD+ wordt de screeningsmammografie aanbevolen bij alle vrouwen tussen 50 en 75jaar om de 2jaar.

Cervixkanker

Ter preventie van cervixkanker wordt in België (en dus in de GMD+ handleiding) een uitstrijkje aanbevolen bij vrouwen tussen 25 en 65 jaar om de 3 jaar. Wanneer men vroeger zou screenen, op tienerleeftijd, bemerken we dat dit resulteert in een hoger aantal colposcopiëen met echter weinig winst wat betreft levensverwachting. Immers, een groot deel van de hooggradige letsels zijn CIN2 en deze laesie zal vaak spontaan regresseren bij jonge vrouwen. Bijgevolg zal het vaststellen van CIN2-3 laesies resulteren in overdiagnose en overbehandeling.

Conisatie bij vrouwen van reproductieve leeftijd is bovendien geassocieerd met een hoger risico op zwangerschapsverwikkelingen. [16]

Cardiovasculair risico

Met de Europese SCORE-tabel, aangepast aan de Belgische bevolking, kan het cardiovasculair risico berekend worden bij alle patiënten tussen 40 en 75 jaar.

In het GMD+ wordt aangeraden de vragenlijst aan te vullen met een bloeddrukmeting.
Zo vergaart men informatie over de zes belangrijke risicofactoren voor hart- en vaatziekten: ≥50 jaar, hoge bloeddruk, roken, diabetes type 2, persoonlijk en/of familiaal ischemisch event. Hiermee kan de huisarts het risiconiveau van de patiënt bepalen. De patiënten worden vervolgens in vier risicogroepen ingedeeld volgens het voorkomen van één of meerdere risicofactoren. Afhankelijk van het risico wordt dan gekozen om met de SCORE tabel te werken of een aangepast algoritme (cf. bijlagen)

Preventie globaal:

Verenigde Staten:

In de Verenigde Staten worden evidence-based screeningsrichtlijnen gereviseerd en opgesteld door het USPSTF, The US Preventive Services Task Force. De primaire doelgroep voor de gepubliceerde richtlijnen van het USPSTF zijn de eerstelijns artsen maar de informatie is in de meest up-to-date versie ook toegankelijk voor patiënten online. (https://www.uspreventiveservicestaskforce.org)

Hieronder een schematisch overzicht van alle screeningsinitiatieven aangeboden door het USPSTF: (voor een meer gedetailleerd overzicht omtrent de indicatiestelling en leeftijd per aanbeveling, verwijs ik naar 'the guide to clinial preventive services' [17])

Screeningsaanbeveling	Man	Vrouw	Zwangere vrouwen	Kinderen/ adolescenten
Aorta abdominalis aneurysma screening	x			
Alcohol misbruik	x	x	x	
Arteriële hypertensie	x	x		
Aspirine gebruik in de preventie van cardiovasculaire aandoeningen	x	x		

Bacteriurie			x	
Borstkanker		x		
Borstvoeding		x	x	
Cervixkanker		x		
Chlamydia infectie		x	x	
Colorectale kanker	x	x		
Congenitale hypothyreoïdie				x
Depressie	x	x		
Diabetes Mellitus	x	x		
Fenylketonurie				
Ferriprieve anemie				
Foliumzuur supplement		x	x	
Gonorroe		x		
Gehoortest bij pasgeborenen				x
Hepatitis B, zwangerschapsscreening			x	
Hepatitis C	x	x	x	x
Arteriële hypertensie	x	x		
HIV infectie	x	x	x	x
Huidkanker	x	x	x	x
Interrelationeel en intrafamiliaal geweld		x		
Lipiden screening	x	x		
Longkanker screening	x	x		
Neonatale conjunctivitis				x
Obesitas	x	x		x
Oogscreening (1-5j)				x
Osteoporose		x		
Seksueel overdraagbare aandoeningen	x	x		x
Sikkelcelziekte				x
Nicotine abusus	x	x	x	x
Valpreventie	x	x		
Zwangerschapsdiabetes			x	

[17]

Verenigd Koninkrijk:

In het Verenigd Koninkrijk wordt screening georganiseerd via de National Health Service (NHS). Deze gezondheidsinstelling wordt geadviseerd door een groep van onafhankelijke experts, UK National Screening Committee (UK NSC), omtrent welke screeningsprogramma's aangeboden dienen te worden. In 2017 worden de volgende programma's aangereikt (aan mensen die geregistreerd staan bij een huisarts én geen verhoogd risico hebben op bepaalde tumoren):

- Zwangerschapsscreening: infecties (hepatitis B, HIV en syfilis), genetische aandoeningnen (Down syndroom, Patau syndroom, Edward syndroom), sikkelcelziekte, thalassemie en fysieke afwijkingen

- Screening bij pasgeborenen: oog-, hart-, heup- en testis onderzoek, gehoortest, hielprik

- Diabetische oogscreening: aan diabeten vanaf 12 jaar wordt jaarlijks onderzoek naar diabetische retinopathie aangeboden

- Screening naar cervixkanker: vrouwen tussen 25 en 49 jaar worden om de 3 jaar uitgenodigd voor een uitstrijkje en vrouwen tussen 50 en 64 jaar om de 5 jaar. Wanneer het uitstrijkje laaggradige celafwijkingen vertoont, wordt het automatisch ook getest op HPV infectie. Indien HPV positief blijkt, wordt er doorverwezen voor colposcopie. Bij hooggradige celafwijkingen wordt onmiddellijk doorverwezen voor colposcopie zonder HPV test.

- Borstkankerscreening: tussen 50 en 70 jaar worden vrouwen om de 3 jaar uitgenodigd voor een screeningsmammografie. Op oudere leeftijd kunnen vrouwen ook nog participeren maar dan op eigen initiatief. Op heden loopt er een proefproject in enkele regio's van Engeland waar de screening wordt uitgebreid naar vrouwen tussen 47 en 73 jaar. Resultaten hiervan zijn echter nog niet vrijgegeven.

- darmkankerscreening: afhankelijk van de regio in Engeland wordt screening naar colorectale kanker aangeboden op twee verschillende manier. In bepaalde regio's wordt een zelftestkit opgestuurd naar mannen en vrouwen tussen 60 en 74 jaar, in andere regio's wordt colonoscopie aanbevolen vanaf 55 jaar.

- screening naar aorta abdominalis aneurysma: op 65-jarige leeftijd wordt een abdominale echografie aangeboden aan mannen [18]

Zweden:

Het Zweedse agentschap voor volksgezondheid adviseert geen routinematige screening naar borst-, colorectale of cervixkanker. Overheidsinitiatieven beperken zich tot vaccinatieprogramma's, gezondheidspromotie (beweging, gezonde eetgewoonten, mentale en seksuele gezondheid) en laagdrempelige, eenduidige informatie omtrent frequente gezondheidsproblemen. [19] Het Zweedse gezondheidssysteem, zowel publiek als privaat, is gebaseerd op gezondheidscentra. De patiënt meldt zich hier aan bij de 'district nurse' of 'assistent nurse'. De wijkverpleegkundigen zijn specifiek opgeleid voor het triëren van de aanmeldingsklacht (dient de patiënt al dan niet doorverwezen te worden naar de huisarts), het toedienen van vaccinaties, wondzorg én ze zijn bevoegd om bepaalde geneesmiddelen en behandelingen voor te schrijven. Assistentverpleegkundigen werken nauw samen met de wijkverpleegkundigen en huisartsen. Zij zijn verantwoordelijk voor de bloedafnames, ECG's, wondzorg en vele gezondheidscentra sturen deze assistent verpleegkundigen ook op huisbezoek. [20] Concreet betekent dit dat het Zweedse systeem gebaseerd is op een zeer strikte echelonnering, waarbij het risico tot overconsumptie van dokterconsulten, laboratoriumdiagnostiek en medische beeldvorming tot een minimum herleid wordt. [21]

België (Vlaanderen):

De Vlaamse overheid organiseert en financiert bevolkingsonderzoek naar aangeboren aandoeningen en drie bevolkingsonderzoeken naar kanker. Deze sporen respectievelijk borstkanker, baarmoederhalskanker en dikkedarmkanker op.

Het Vlaams Bevolkingsonderzoek nodigt vrouwen van 50 tot en met 69 jaar elke twee jaar uit om gratis een kwaliteitsvolle screeningsmammografie te laten nemen, vrouwen van 25 tot en met 64 jaar de kans om elke drie jaar een uitstrijkje te laten nemen en biedt mannen en vrouwen van 56 tot en met 74 jaar de kans om elke twee jaar gratis een stoelgangtest te doen.

In de secundaire preventie zijn er multipele overheidsprojecten zoals bijvoorbeeld de zorgpaden voor diabetes mellitus, chronische nierinsufficiëntie en nu ook de integratie van het GMD+ in het GMD voor patiënten met het statuut 'chronisch zieke'.

Conclusie literatuuronderzoek:

Uit het literatuuronderzoek kunnen we concluderen dat het GMD+ tot op heden voldoende wetenschappelijk onderbouwd is om de basis te vormen van het preventieconsult. Alle preventieve aanbevelingen voldoen nog aan de meest recente EBM guidelines tenzij de screeningsrichtlijn voor borstkanker. Hierbij dient de huisarts het risico op overdiagnose en overbehandeling te communiceren met de patiënt.

Wat de globale aanpak van preventie betreft, bemerken we dat de aanbevelingen van het GMD+ gelijklopend zijn met de overheidsinitiatieven in de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk, mits lichte variaties in de leeftijdsgrens.

2.2 Kwaliteitsverbeterende aanpak:

Model for improvement

Wat proberen we te bereiken?

De doelstelling van dit onderzoek is tweevoudig. Enerzijds trachten we aan de hand van de GMD+ vragenlijst de hiaten in onze medische dossiers te identificeren en aan te vullen. Een correct aangevuld medisch dossier, dit betreft bijvoorbeeld familiale anamnese en persoonlijke voorgeschiedenis, is immers essentieel om aan goede preventiegeneeskunde te doen. Anderzijds trachten we dus op deze manier de preventie voor elke individuele patiënt(e) op gestandaardiseerde wijze te optimaliseren

De reden voor deze inspanning is dat preventiegeneeskunde vaak moeizaam verloopt omwille van multipele redenen. We voerden in de praktijk een visgraatanalyse uit (cf. Infra) om alle oorzaken in kaart te brengen:

- *Mens:* Eerst en vooral is er de tijdsdruk. Een grondige anamnese en inschatting van het individueel risico vereist tijd. Binnen het tijdsbestek van 1 consult dient de aanmeldingsklacht van de patiënt eerst behandeld te worden en vaak schiet er hierna nog weinig tijd over. Bovendien moet de arts voldoende interesse en motivatie vertonen om in preventiegeneeskunde te willen investeren. Tenslotte moet ook de patiënt gemotiveerd om zich te engageren tot preventieve inspanningen.

- *Methode:* Preventiegeneeskunde omvat een waaier aan onderwerpen (de levensstijl, het cardiovasculair risico, het familiale risico, het kanker risico,…). Per onderwerp bestaan er richtlijnen omtrent de preventie en aanpak van het risico, doch deze zijn niet altijd gelijklopend (vb mammografie).

- *Materiaal:* GMD+ wordt sedert januari 2016 niet langer financieel vergoed. (Het wordt geïntegreerd in het GMD, door een verhoging van het GMD bedrag toe te kennen tot €55 voor patiënten met het statuut chronisch zieke in de leeftijdscategorie 45-74 jaar) Dit betekende in vele praktijken dan ook het einde van de toepassing van het GMD+.

- *Machine:* Om aan adequate preventie te doen moeten een aantal parameters en gegevens genoteerd worden in het EMD. Op heden is er nog altijd geen uniformiteit tussen de verschillende softwarepakketten die huisartspraktijken in België gebruiken (vb Medidoc, Windoc, Health One,…). Dit maakt de uitwisseling van gegevens tussen artsen soms niet evident. Tenslotte beschikken heel veel patiënten zelf over apparatuur om hun gezondheid te monitoren. Een brede waaier van gezondheidsapp's en bloeddrukmeters tot digitale weegschalen en stappentellers. De kwaliteit en accuraatheid van deze toestellen valt niet altijd te controleren.

- *Meting*: Een correct en volledig ingevuld EMD vraagt tijd én inspanning. Onderdelen zoals de vaccinatiestatus, de familiale anamnese, het gewicht en de usus worden vaak ondergerapporteerd in het dossier. Deze gegevens zijn mogelijks wel gekend bij de huisarts,

doch worden niet altijd neergeschreven in het EMD. In het bijzonder in groepspraktijken of praktijken waar HAIO's werken, is het van groot belang alle gekende informatie van patiënten te noteren en zo beschikbaar te stellen voor alle collega's om zo de continuïteit van kwaliteitsvolle zorg te kunnen garanderen.

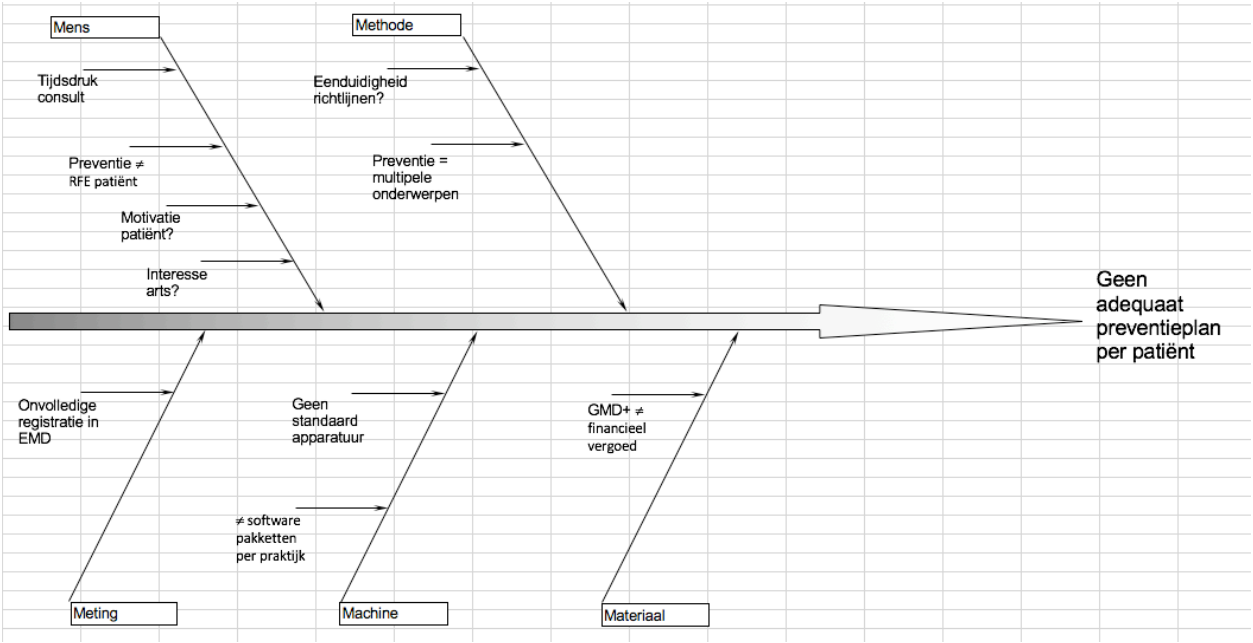


Fig. 2: Visgraatanalyse

In dit praktijkverbeterproject planden we om de GMD+ vragenlijst te gebruiken om samen met de collega's het dossier op punt te stellen. In elk dossier werd het individueel opgestelde actieplan (vb. jaarlijks glycemie bepalen/ cardiologische controle/...) genoteerd zodat onze inspanningen blijvend effectief kunnen zijn. Op deze manier hoop ik de artsen van de praktijk te stimuleren om het GMD+ te herintroduceren.

Hoe gaan we weten dat een verandering een verbetering is?

Het meten van verbetering zal gebeuren door middel van het aantal afgenomen GMD + lijsten uit te zetten ten opzichte van het aantal interventies/aanvullingen op basis hiervan. Wanneer het aantal interventies en/of dossieraanvullingen laag is, betekent dit dat de patiënt reeds voldoende opgevolgd was en er weinig verbetering gerealiseerd werd door de implementatie van de GMD+ lijst. Tijdens een voormeting nam ik, als HAIO alleen, 11 GMD+ vragenlijsten af op 1 maand. Er werd dan ook gezamenlijk besloten om als procesindicator +- 20 dossiers per maand te reviseren.

Als resultaatsindicator neem ik dus het aantal interventies en/of dossieraanvullingen én hoe deze zich verhouden ten opzichte van het aantal afgenomen GMD+ lijsten. Op vaste tijdstippen zal de aanpak van het verbeteringsproject geherevalueerd worden volgens het model for improvement en de PDSA cyclus.

Welke veranderingen kunnen we allemaal uitvoeren die zullen leiden tot verbetering?

Initieel werd een voormeting uitgevoerd waarbij 11 GMD+ lijsten werden afgenomen. Vervolgens werd op 1mei van start gegaan met het praktijkverbeterproject. Elke 2 maanden werd een PDSA cyclus doorlopen (cf infra) waarbij een nieuwe interventie geïntroduceerd en een vorige interventie geëvalueerd werd aan de hand van de winst in het aantal afgenomen GMD+ lijsten.

-Interventie 1: Patiënt wordt op passieve wijze reeds geïnformeerd over het GMD+ door middel van een poster in de wachtzaal. Bovendien zal de secretaresse GMD+ lijsten meegeven aan patiënten waarbij het preventieconsult omwille van tijdsgebrek niet aan bod kon komen.

-Interventie 2: De leeftijdsgrens voor deelname werd verlaagd van 45 jaar naar 18 jaar. Gezien het wegvallen van de financiële vergoeding voor het GMD+, dienden de officiële leeftijdsgrenzen waarbinnen GMD+ diende afgenomen te worden, niet meer gehanteerd te worden. Preventie moet zich niet beperken tot 45+'ers, preventie dient reeds te starten op jonge leeftijd. De leeftijd van 18 jaar werd gekozen omdat dit de leeftijd is waarop de preventieve opvolging van het CLB wegvalt. Kinderen worden van bij de geboorte reeds gemonitord via Kind en Gezin. Nadien neemt het CLB deze taak over, maar na het verlaten van de middelbare school valt deze georganiseerde en gestandaardiseerde wijze van preventie weg.

-Interventie 3: Bovenop een poster in de wachtzaal, worden nu ook de GMD+ vragenlijsten in de wachtzaal gelegd. Tijdens de vrije raadpleging kan de wachttijd oplopen en op deze manier kan de patiënt zijn/haar tijd nuttig besteden door de vragenlijst in te vullen. Tenslotte wordt de GMD+ vragenlijst vanaf nu gebruikt als deel het 'intake'-consult bij elke nieuwe patiënt.

3 Resultaten:

Zoals hierboven reeds beschreven, is de doelstelling van dit praktijkverbeterproject tweevoudig. Enerzijds trachten we aan de hand van de GMD+ vragenlijst de hiaten in onze medische dossiers te identificeren en aan te vullen. Anderzijds trachten we dus op deze manier de preventie voor elke individuele patiënt(e) op gestandaardiseerde wijze te optimaliseren.

De specifieke doelstelling was om:

Specifiek	-Wat: Met behulp van de GMD+ vragenlijst: Preventie optimaliseren per patiënt én EMD aanvullen -Wie: Alle patiënten (18-75 jaar) die op consultatie komen -Waarom: Preventiegeneeskunde faciliteren en optimaliseren
Meetbaar	Procesindicator: 20 dossiers per maand aanpassen Resultaatsindicator: het aantal interventies en/of dossieraanvullingen én hoe deze zich verhouden ten opzichte van het aantal afgenomen GMD+lijsten
Acceptabel en Realistisch	Doelstelling is acceptabel voor beide praktijken en wordt behaald met de hulp van de collega's en secretariaat.
Tijdsgebonden	Registratieperiode van 8 maanden: 01/05/2016-31/12/2016

Om de 2 maanden werd de aanpak van het verbeterproject geherevalueerd volgens de PDSA cyclus (cf. infra)

Gedurende 8 maanden (01/05/2016-31/12/2016) werden GMD+ lijsten opportunistisch aangeboden door artsen tijdens een consult. De voorwaarden om deel te nemen aan het praktijkverbeterproject waren een GMD hebben bij de huisartspraktijk én leeftijd tussen 18 en 75 jaar. Initieel (01/05/2016-31/08/2016) werden enkel patiënten tussen 45 en 75 jaar geïncludeerd. Vanaf 1 september 2016 werd echter beslist om patiënten te includeren vanaf 18 jaar. Aangezien de financiële vergoeding voor het GMD+ weggevallen was, dienden de officiële leeftijdsgrenzen waarbinnen het GMD+ moest afgenomen worden, niet meer gehanteerd te worden. De bovengrens van 75 jaar werd wel nog gerespecteerd, gezien de wetenschappelijke onderbouwdheid van farmacotherapeutische interventies meestal tot en met 75 jaar loopt.

In totaal werden 187 GMD+ vragenlijsten afgenomen tijdens deze registratieperiode en dus 187 preventieplannen opgesteld en dossiers op punt gesteld.

Concreet, de procesindicator (20 dossiers per maand) werd tijdens de registratieperiode in mijn 1^{e} HAIO jaar niet behaald omdat ik dit als HAIO alleen opnam en omwille van de jeugdige leeftijd van de patiëntenpopulatie die mij consulteerde. In september 2016 veranderde ik van praktijk en pasten we de leeftijdsgrens voor inclusie van patiënten aan. Bijgevolg werd de procesindicator vanaf toen

ruimschoots behaald en kon ik op het einde van de 8 maanden het praktijkverbeterproject afsluiten met 187 afgenomen GMD+ lijsten. Als resultaatsindicator werden voor alle risico's samen 181 acties uitgevoerd en 90 dossieraanvullingen op een totaal van 187 GMD+ lijsten. De verschillende veranderingen/interventies, doorlopen in de registratieperiode, worden hieronder besproken in de PDSA cylci en de resultaten grafisch weergegeven in onderstaande grafieken.

PDSA

- *Plan:* Vanaf 1 mei 2016 tot en met 31 december 2016 wordt de GMD+ lijst opportunistisch aangeboden door de artsen van de praktijk tijdens een consultatie. De doelgroep is alle patiënten tussen 45 en 75 jaar die op afspraak komen. Afhankelijk van de resterende tijd in het consult wordt de lijst samen met de patiënt overlopen of meegegeven opdat de patiënt(e) deze ingevuld terugbrengt. Wekelijks bekijk en evalueer ik de nieuwe GMD+ lijsten gedurende een 2-tal uur. Indien er interventies noodzakelijk zijn, bel ik de patiënten op om dit te bespreken. In het medisch dossier wordt genoteerd bij wie en wanneer het GMD+ werd inorde gesteld. Mijn doelstelling is om zelf per maand gemiddeld 15 vragenlijsten te vervolledigen en met de hulp van de collega's hoop ik dit aantal naar 20 à 30 vragenlijsten per maand te kunnen brengen. Om de vooruitgang te meten werd een excell file gemaakt waarin per maand het aantal én type interventies genoteerd wordt ten opzichte van het aantal afgenomen vragenlijsten.

- *Do:* Alle afgenomen GMD+ lijsten worden ingescand in het medisch dossier van de patiënt en de papieren versie wordt centraal bewaard in een map,die wekelijks bekeken wordt. Bovendien wordt in elk dossier het individueel opgestelde actieplan genoteerd onder het luik 'planning' in Medidoc en 'preventief plan' in Windoc.

- *Study:* Het opzet van dit verbeteringsproject is de preventie voor elke individuele patiënt te optimaliseren en hierbij de medische dossiers aan te vullen. Het meten van verbetering gebeurt door het aantal GMD+ lijsten uit te zetten ten opzichte van het aantal interventies/aanvullingen op basis hiervan. Concreet werd, na het uitvoeren van een 'voormeting', op 1 mei 2016 aangevat met het praktijkverbeterproject.

  - Fase 1 (mei en juni 2016): Het beoogde doel wordt niet behaald. In mei worden slechts 17 GMD+ lijsten ingevuld, in juni 14. De patiënten zijn gemotiveerd om 'deel te nemen' en geïnteresseerd om hun persoonlijke gezondheidsrisico's te identificeren. Echter, enkel wanneer dit actief wordt aangeboden in de consultatie. Vragenlijsten die meegegeven worden zonder veel informatie hier omtrent, worden slechts zelden vervolledigd en aan mij terug bezorgd. De participatie van de collega's is ook gering nu de financiële vergoeding voor het GMD+ weggevallen is.

  - Fase 2 (juli en augustus 2016): In juli worden 12 GMD+ vragenlijsten afgenomen, in augustus 21. Het passief informeren van de patiënt via een poster in de wachtzaal heeft voorlopig weinig effect. We behouden deze interventie toch omdat er geen nadelige effecten aan verbonden zijn. De vragenlijsten die werden meegegeven door de secretaresse kunnen ook geen significante verbetering teweegbrengen. Op deze manier krijgt de patiënt immers geen rechtstreekse informatie van de arts omtrent de lijst en blijkt hij/zij niet zo gemakkelijk te

engageren voor deze 'opdracht'. Bovendien blijkt mijn patiëntenpopulatie vaak te jong om in aanmerking te komen voor dit praktijkverbeterproject.

- Fase 3 (september en oktober 2016): De aanpassing van de leeftijdsgrens naar 18 jaar veroorzaakt een vlotte toename in het aantal GMD+ lijsten. In september worden er 23 afgenomen en in oktober 34. Bovendien ben ik gestart in een nieuwe praktijk waarbij de persoonlijke motivatie van de PO voor preventiegeneeskunde ook direct zichtbaar bijdraagt tot het aantal GMD+ lijsten die afgenomen worden in deze derde fase.

- Fase 4 (november en december 2016): Het recente pensioen van een collega huisarts in het dorp leidt tot een toestroom van nieuwe patiënten. De beslissing om deze patiënten bij wijze van 'intake' de GMD+ vragenlijst te laten invullen, zorgt niet enkel voor een toename in het aantal lijsten. Het biedt ook onmiddellijk een vlot overzicht van de persoonlijke en familiale voorgeschiedenis en een inschatting van de levensstijl en gezondheidsrisico's. De respons van de nieuwe patiënten is positief. Ze voelen zich direct goed opgevolgd. Het effect van de vragenlijsten reeds in de wachtkamer te leggen, blijkt geen succes. Slechts 3 vragenlijsten worden op deze manier door de patiënten zelf vervolledigd. In november worden 35 GMD+ lijsten afgenomen en in december 31. In totaal worden er dus 66 vragenlijsten afgenomen in de vierde fase, waarvan 17 bij patiënten tussen 18 en 45 jaar, 9 bij nieuwe patiënten en 3 door de patiënt zelf in de wachtkamer.

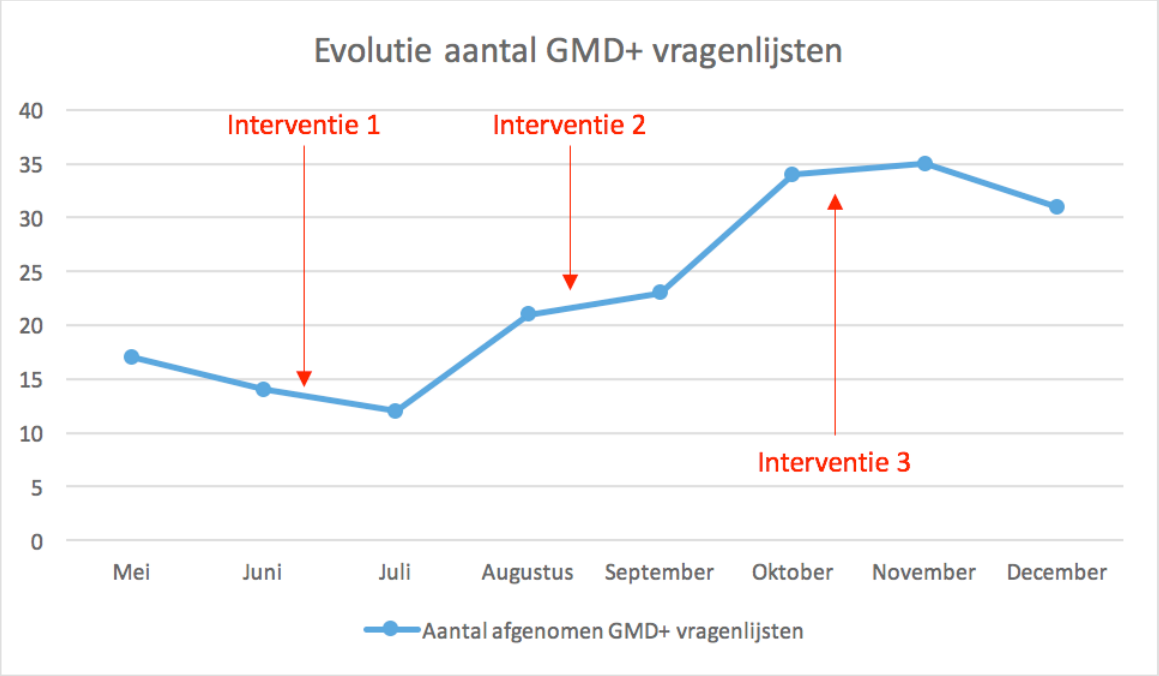
- *Act:* Elke 2 maanden wordt de PDSA cyclus doorlopen. Hierbij wordt vastgesteld welke veranderingen hebben geleid tot verbetering en waar er toch nog nood is aan een interventie.

  - Interventie 1 (1 juli 2016): Een eerste poging tot tijdswinst wordt uitgevoerd door middel van een poster in de wachtzaal. Op deze manier wordt de patiënt reeds op passieve wijze reeds geïnformeerd over het GMD+ en het praktijkverbeterproject. Ik heb hiermee twee doeleinden voor ogen. Ofwel zal de informatie de patiënt triggeren om deel te nemen en zelf actief naar een preventieconsult te vragen. Ofwel zal het passief informeren tot tijdswinst leiden aangezien de artsen het hele praktijkproject niet meer volledig dienen toe te lichten. Ik hoop met de tijdswinst het gebrek aan motivatie door het wegvallen van de financiële vergoeding te compenseren. Bovendien zal de secretaresse GMD+ lijsten meegeven aan patiënten waarbij het invullen van de vragenlijst omwille van tijdsgebrek niet aan bod kon komen.

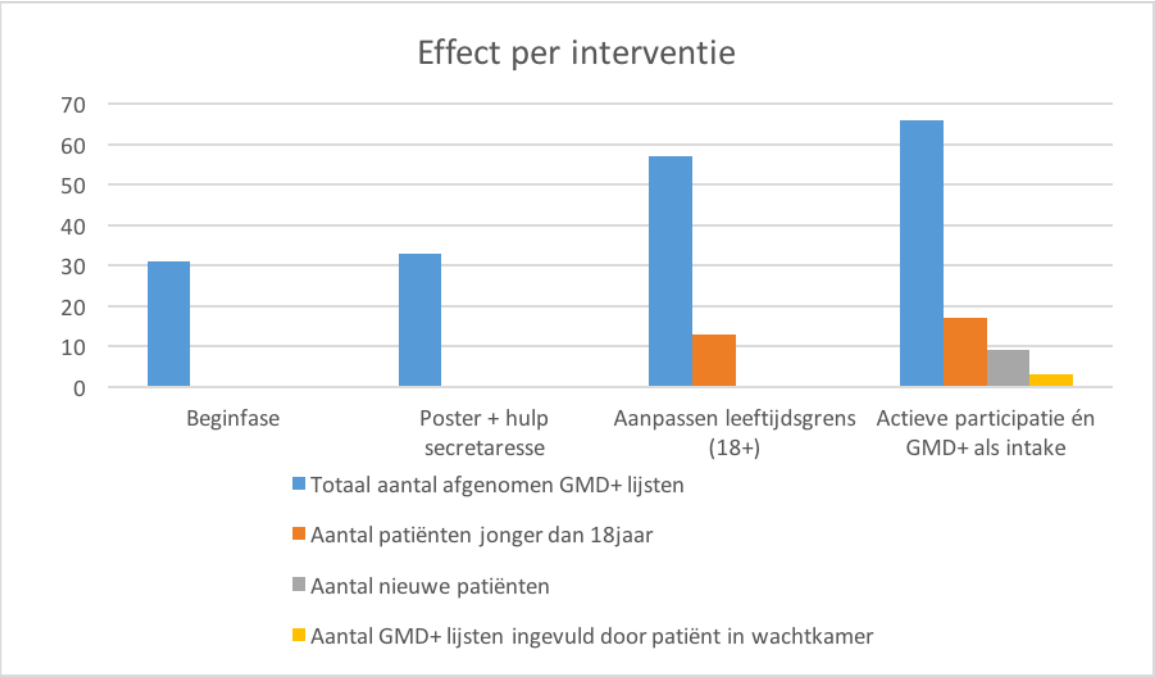
  - Interventie 2 (1 september 2016): Mijn patiëntenpopulatie blijft, ook in de nieuwe praktijk, jonger dan deze van de PO. Er wordt dan ook gezamenlijk beslist om de leeftijdsgrens voor deelname te verlagen van 45 jaar naar 18 jaar. Gezien het wegvallen van de financiële vergoeding voor het GMD+, dienden de officiële leeftijdsgrenzen waarbinnen GMD+ diende afgenomen te worden, niet meer gehanteerd te worden.

  - Interventie 3 (1november 2016): Gezien de recente toestroom van nieuwe patiënten wordt beslist om de GMD+ vragenlijst als deel van het 'intake'-consult te gebruiken. Ik hoop zo een snel overzicht van een nieuw dossier te krijgen en een nieuwe toepassing te vinden voor het GMD+. Bovendien worden de GMD+ vragenlijsten nu ook in de wachtzaal gelegd. Tijdens de vrije raadpleging kan de wachttijd vaak oplopen en op deze manier kan de patiënt zijn/haar tijd nuttig besteden door de vragenlijst in te vullen.

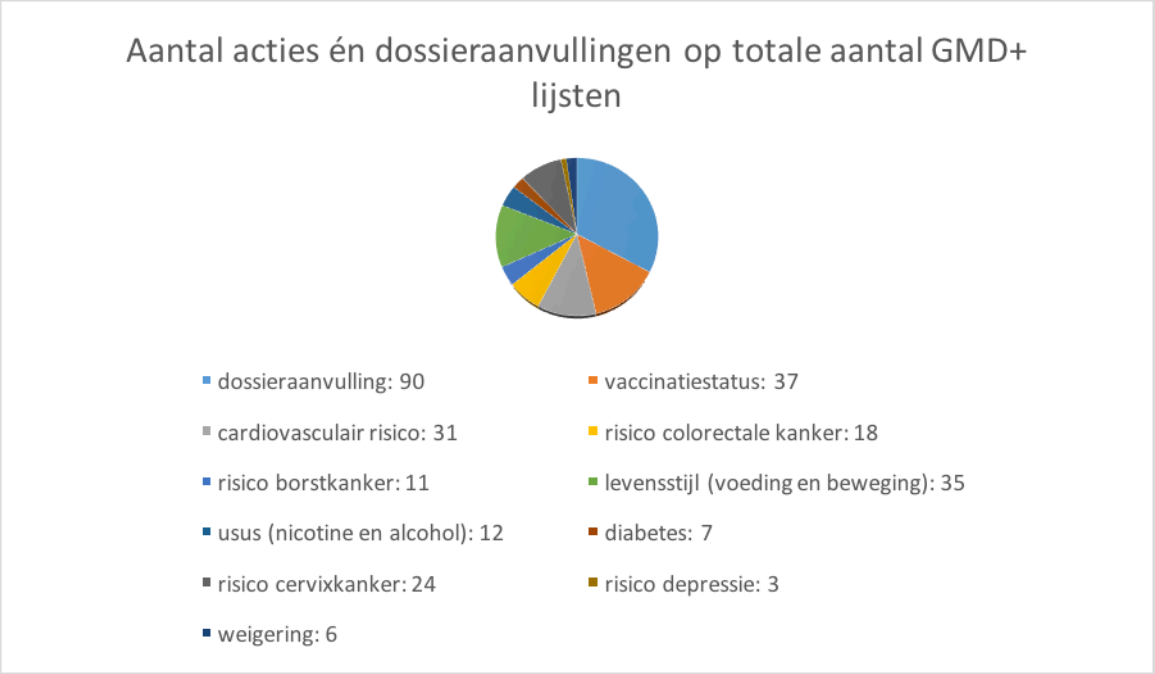
Op het einde van het praktijkproject werden alle interventies nog eens geherevalueerd. Hieronder wordt een overzicht gegeven van de resultaten en het effect per interventie. Op basis hiervan werd beslist om de GMD+ vragenlijst actief te blijven gebruiken in onze praktijk voor patiënten tussen de 18 en 75 jaar én voor nieuwe patiënten.



Grafiek 1: Toename in aantal GMD+ lijsten na elke interventie. Interventie 1: poster + secretaresse, Interventie 2: leeftijdsgrens verlaagd, Interventie 3: GMD+ in wachtkamer + als intake



Grafiek 2: Grafische weergave van de winst in GMD+ vragenlijsten per interventie



Grafiek 3: Aantal ondernomen acties, onderverdeeld per type risico, én de dossieraanvullingen op het totale aantal van 187 GMD+ lijsten.

4 Discussie:

Bij aanvang van dit praktijkverbeterproject wilden we via het afnemen van de GMD+ vragenlijst de preventieve aanpak in onze praktijk optimaliseren en standaardiseren. Bovendien gaf het de opportuniteit om het EMD van de patiënt aan te vullen en zo werd voor elke arts die deelnam ook duidelijk waar zijn/haar 'blinde vlekken' lagen; welke preventieve onderdelen consequent onderbevraagd en/of ondergenoteerd werden. De GMD+ vragenlijst werd grondig onder de loep genomen. Elke preventieve handeling werd getoetst aan de meest recente richtlijnen en vergeleken met de aanpak in andere landen. Uit mijn literatuuronderzoek kon geconcludeerd worden dat het GMD+ wetenschappelijk verantwoord als gouden standaard voor het preventieconsult en dit praktijkverbeterproject kon fungeren.

Wanneer we terugkoppelen naar de sterftecijfers in Vlaanderen tijdens de periode van 1999-2014, bemerken we dat sterfte ten gevolge van hart- en vaatziekten, kanker en ziekten van het ademhalingsstelsel nog steeds de meest voorkomende doodsoorzaak in Vlaanderen blijft. Het is dan ook van primordiaal belang om in te zetten op deze drie type aandoeningen. Kankerpreventie wordt reeds georganiseerd door de Vlaamse overheid en het Centrum voor Kankeropsporing voor de preventie van borst-, cervix-, en colorectale tumoren. Cardiovasculaire en pneumologische aandoeningen vallen echter op eerstelijnsniveau volledig onder de verantwoordelijkheid van de huisarts. Bij diepere analyse van de resultaten van dit praktijkproject blijkt dat de voornaamste risico's zich ook net in deze topics situeren; namelijk in de cardiovasculaire preventie, vaccinatiestatus van de patiënt (dit omvat ook pneumokokkenvaccinatie) en levensstijl. Door het gebruik van de GMD+ vragenlijst konden deze risico's alsnog tijdig geïdentificeerd en aangepakt worden.

De sterkte van dit praktijkverbeterproject blijft de idee om preventie ook in de huisartspraktijk te standaardiseren. De vragenlijst biedt de mogelijkheid van een up-to-date en tijdsefficiënte aanpak van het individuele risico per patiënt. Aangezien tot op heden de tijdsinvestering de enige, doch niet te onderschatten, achillespees van preventiegeneeskunde blijft. Over een registratieperiode van 8 maanden werden op basis van 187 GMD+ vragenlijsten 181 preventieve acties ondernomen en 90 medische dossiers aangevuld. Deze winst in preventie werd door alle artsen van de praktijk als zeer waardevol ervaren. Wij zullen in de toekomst de GMD+ vragenlijst dan ook actief blijven gebruiken in onze praktijk voor patiënten tussen de 18 en 75 jaar én bij wijze van 'intake' voor nieuwe patiënten.

Helaas, in januari 2016 werd van overheidswege beslist om het GMD+ 'af te schaffen' en te integreren in het GMD, omwille van het beperkt gebruik van het GMD+. Het GMD kreeg een uitbreiding voor de patiënten met het statuut 'chronisch zieke' in de leeftijdscategorie 45-74 jaar. Aan deze patiënten werd een verhoging van het GMD bedrag toegekend van € 30 naar € 55 euro. In mijn opinie, werd op deze manier de focus verlegd van primaire naar secundair preventie. Een beslissing die op lange termijn zowel op financieel als gezondheidsniveau nadelig zal uitdraaien. Er moet blijvend ingezet worden op primaire preventie, daar dit de meest kosteneffectieve vorm van preventie is. Hetzij door de bestaande manier (het GMD+) te promoten én overtuigend financieel te ondersteunen, hetzij door te investeren in research naar alternatieve manieren die wel de beoogde participatiegraad behalen in de praktijk.

5 Conclusie:

Concluderend kunnen we stellen dat dit praktijkverbeterproject aantoont dat het GMD+ een sterke tool blijft in de huisartsgeneeskunde om preventie te optimaliseren. Deze gestandaardiseerde aanpak leidt immers tot een betere outcome én de mogelijkheid om het EMD aan te vullen.

Naar de toekomst toe bemerken we dat kostenefficiëntie een steeds belangrijker aspect van onze huidige gezondheidszorg vormt. Dit vereist dan ook een uniforme en efficiënte aanpak van primaire preventie. Dit is enkel realiseerbaar met de hulp van een sterke eerste lijn. Preventie behoort immers tot het dagdagelijkse takenpakket van de huisarts. Ik pleit dan ook voor een afdoende financiële ondersteuning van de huisarts in diens preventieve taak. De participatiegraad van de patiënt staat of valt immers bij de motivatie van de huisarts die de patiënt hierin begeleidt en adviseert.

Toekomstig onderzoek wordt dus best gericht op twee domeinen. Enerzijds een tijdsefficiënte, gestandaardiseerde aanpak van het preventieconsult en anderzijds alternatieve projecten en/of manieren om de deelnamegraad van de huisarts aan preventiegeneeskunde te verhogen.

Bibliografie:

1. Vlaamse Overheid Agentschap Zorg & Gezondheid. *Cijfers over doodsoorzaken 2014.*
2. OESO en Europese Commissie. *Health at a Glance: Europe 2016*.
3. Domus Medica. *De Gezondheidsgids.* (2016).
4. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. *Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2016-2017.* (2016).
5. Public Health England. *Guidance Opting out of screening.* (06-09-2016).
6. The Lancet. *Balancing the benefits and risks of choice*. 2016 Sep 17;388(10050):1129.
7. Levy N. *Forced to be free? Increasing patient autonomy by constraining it.* Journal of Medical Ethics. 2014 May;40(5):293-300.
8. Mark Sheehan. *The concise argument. Reining in patient and individual choice.* Journal of Medical Ethics. 2014. ;40:291-292.
9. Jong-Myon Bae, Marc Jamoulle. *Primary Care Physicians' Action Plans for Responding to Results of Screening Tests Based on the Concept of Quaternary Prevention.* J Prev Med Public Health 2016; 49(6): 343-348.
10. Gates TJ. *Screening for cancer: evaluating the evidence*. Am Fam Physician 2001;63(3):513-522.
11. Barrett B, McKenna P. *Communicating benefits and risks of screening for prostate, colon, and breast cancer.* Fam Med 2011;43(4):248-253.
12. Walsh JM, Terdiman JP. *Colorectal cancer screening: clinical applications*. JAMA 2003;289:1288-1302.
13. Hewitson P, Glaziou P, Irwig P, Towler B, Wat-son E. *Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, hemoccult*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007.
14. Nelson HD, Cantor A, Humphrey L, Fu R, Pappas M, Daeges M, Griffin J. *Screening for Breast Cancer: A Systematic Review to Update the 2009 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation.* Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2016 Jan. Report No.: 14-05201-EF-1.
15. NHS. *Breast cancer screening. http://www.nhs.uk/Conditions/breast-cancer-screening/Pages/why-its-offered.aspx.*
16. Kulasingam SL, Havrilesky L, Ghebre R, Myers ER. *Screening for Cervical Cancer: A Decision Analysis for the U.S. Preventive Services Task Force.* Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2011 May. Report No.: 11-05157-EF-1.U.S.
17. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2014 May. Report No.: 14-05158. *The Guide to Clinical Preventive Services 2014: Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force.*
18. Public Health England. Screening and quality assurance (all programmes). 1 January 2014. *Evidence and recommendations: NHS population screening*
19. www.folkhalsomyndigheten.se
20. www.1177.se
21. Sánchez-Sagrado T. Semergen. *Primary care in Sweden*. 2016 Sep;42(6):408-11.

Bijlagen:

Bijlage 1: Goedgekeurd protocol

Bijlage 2: Gunstig advies Ethisch Comité

Bijlage 3: Poster in wachtkamer

Bijlage 4: Algoritme ter bepaling van het cardiovasculair risico

Bijlage 5: SCORE-tabel

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS
IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

GMD+ ALS TOOL VOOR HET VERVOLLEDIGEN VAN HET MEDISCH DOSSIER EN HET ONDERSTEUNEN VAN PREVENTIE IN DE HUISARTSPRAKTIJK

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR
- NAAM: ...HILDE BASTIAENS
- FUNCTIE: DOCENT
- UNIVERSITEIT: ...UNIVERSITEIT ANTWERPEN
- FACULTEIT/VAKGROEP: ...FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN; VAKGROEP EERSTELIJNS EN INTERDISCIPLINAIRE ZORG
- TELEFOONNUMMER: ...032651825
- FAX: ...
- E-MAIL: ...HILDE.BASTIAENS@UANTWERPEN.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: ...PROF. DR. REMMEN ROY

CO-PROMOTOR
- NAAM: ...
- FUNCTIE: ...
- UNIVERSITEIT (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): ...
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: ...
- TELEFOONNUMMER: ...
- FAX: ...
- E-MAIL: ...
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): ...

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: ...DORIEN ROSIERS
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: ...UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: ...0472598128
- E-MAIL: ...DORIENROSIERS@GMAIL.COM

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: ...PHILIP CHRISTIAENS
- ADRES: ...MEIRBEEKSTRAAT 144, GIJZEGEM 9308
- TELEFOONNUMMER: ...053705591
- E-MAIL: ...PHILIP.CHRISTIAENS@TELENET.BE
- TYPE-PRAKTIJK (SOLO-DUO-GROEPSPRAKTIJK-MULTIDISCIPLINAIR CENTRUM-ZIEKENHUISDIENST): ...

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: ...
- NAAM ONDERZOEKER: ...
- DATUM GOEDKEURING: ... (KOPIE TOEVOEGEN)

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: 01/04/2016 (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: ...31/12/2016

7. SOORT ONDERZOEK

- [X] PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK
  - [X] XVERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
  - [X] VRAGENLIJSTEN
  - [ ] INTERVIEW
- [ ] RETROSPECTIEF ONDERZOEK
  - [ ] GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
  - [ ] GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR

U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
- ☐ WELKE PERIODE: ....

☐ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK
- ☐ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
  - ☐ FASE I
  - ☐ FASE II
  - ☐ FASE III
  - ☐ FASE IV
  - ☐ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
  - ☐ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
  - ☐ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN
- ☐ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE, BLOEDAFNAME, RX,...)
  - ☐ MEDICAL DEVICE
  - ☐ BLOEDAFNAME, RX,...

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

DE DOELSTELLING VAN DIT PRAKTIJKVERBETERPROJECT IS TWEEVOUDIG. ENERZIJDS TRACHTEN WE AAN DE HAND VAN DE GMD+ VRAGENLIJST DE PREVENTIE VOOR ELKE INDIVIDUELE PATIËNT(E) TE OPTIMALISEREN EN ANDERZIJDS VULLEN WE OP DEZE MANIER DE HIATEN IN ONZE KENNIS OVER DE PATIENT EN DE MEDISCHE DOSSIERS AAN.

DE GMD+ VRAGENLIJST MAAKT DEEL UIT VAN DE GEZONDHEIDSGIDS VAN DOMUS MEDICA. DEZE LAATSTE DIENT ALS INSTRUMENT VOOR DE HUISARTS OM OP EEN SYSTEMATISCHE EN EVIDENCE BASED WIJZE EEN GEÏNDIVIDUALISEERD PREVENTIEPLAN AAN TE BIEDEN AAN DE PATIËNT(E). DE GMD+ LIJST OMVAT 20 VRAGEN (UIT TE BREIDEN NAAR 25, INDIEN VROUWELIJKE PATIËNTE) WAARIN DE VOLGENDE GEZONDHEIDSTHEMA'S AAN BOD KOMEN: RISICO OP HART-EN VAATLIJDEN, ROOKSTATUS, ALCOHOL, ADVIES LICHAMELIJKE ACTIVITEIT, RISICO OP COLORECTALE KANKER, OPSPORING DIABETES MELLITUS TYPE 2, RISICO OP BORST- EN EIERSTOKKANKER EN VACCINATIESTATUS VOOR TETANUS/DIFTERIE/KINKHOEST. DE VRAGENLIJST ZAL AANGEBODEN WORDEN AAN ALLE CONSULTERENDE PATIËNTEN TUSSEN 45 EN 75 JAAR GEDURENDE 8 MAANDEN.

EEN CORRECT AANGEVULD MEDISCH DOSSIER, DIT BETREFT BIJVOORBEELD FAMILIALE ANAMNESE EN PERSOONLIJKE VOORGESCHIEDENIS, IS ESSENTIEEL OM AAN GOEDE PREVENTIE TE KUNNEN DOEN. OP HEDEN MERKEN WIJ ECHTER DAT OMWILLE VAN TIJDSGEBREK ENKEL DE REASON FOR ENCOUNTER GENOTEERD EN BEHANDELD WORDT. VELE FACTOREN ZULLEN ONGETWIJFELD GEKEND ZIJN BIJ DE VASTE ARTSEN, DOCH NIET GENOTEERD. ONZE PRAKTIJK WERKT ECHTER MET JAARLIJKS (OF TWEE JAARLIJKS) NIEUWE HAIO'S. DAAR DEZE DE PATIËNTEN NOG MAAR NET LEREN KENNEN DIENT HET DOSSIER ADEQUAAT AANGEVULD TE WORDEN OM DE CONTINUÏTEIT VAN KWALITEITSVOLLE ZORG TE KUNNEN GARANDEREN. EEN RISICOSTRATIFICATIE NAAR DE TOEKOMST TOE IS ONMOGELIJK MET ZOVEEL BLINDE VLEKKEN IN HET ELEKTRONISCH MEDISCH DOSSIER.

DE TOENEMENDE PREVALENTIE VAN OA. HART- EN VAATZIEKTEN, OBESITAS EN DIABETES IS ALARMEREND. ER MOET DRINGEND INGEZET WORDEN OP PRIMAIRE PREVENTIE OM DE STIJGENDE MORBIDITEIT EN MORTALITEIT ZO SNEL MOGELIJK AAN TE PAKKEN EN ZO DE KOSTEN VOOR DE MAATSCHAPPIJ TE DRUKKEN. HET TIJDIG IDENTIFICEREN VAN RISICO'S PER INDIVIDUELE PATIËNT(E) LAAT ONS TOE VROEGTIJDIG IN TE GRIJPEN EN PREDISPONERENDE FACTOREN TE BEWAKEN EN EVENTUEEL AAN TE PAKKEN.

OP BASIS VAN DE GMD+ VRAGENLIJST HOOP IK 15 DOSSIERS PER MAAND OP PUNT TE STELLEN EN DIT MET DE HULP VAN DE COLLEGA'S EVENTUEEL TE KUNNEN OPDRIJVEN NAAR 20 À 30 PER MAAND. IN HET LUIK 'PLANNING' ZAL IK IN ELK DOSSIER HET INDIVIDUEEL OPGESTELDE ACTIEPLAN (VB. JAARLIJKS GLYCEMIE BEPALEN/ CARDIOLOGISCHE CONTROLE/...) NOTEREN ZODAT MIJN INSPANNINGEN BLIJVEND EFFECTIEF KUNNEN ZIJN. HET PRAKTIJK VERBETER PROJECT ZAL LOPEN VAN 01/04/2016 TOT EN MET 31/12/2016.
ALS PROCESINDICATOR NEEM IK HIER DUS +- 20 DOSSIERS PER MAAND EN ALS RESULTAATSINDICATOR HET AANTAL INTERVENTIES EN/OF DOSSIERAANVULLINGEN ÉN HOE DEZE ZICH VERHOUDEN TEN OPZICHTE VAN HET AANTAL AFGENOMEN GMD+ LIJSTEN. MAANDELIJKS ZAL DE AANPAK VAN HET VERBETERINGSPROJECT GEHEREVALUEERD WORDEN VOLGENS HET MODEL FOR IMPROVEMENT EN DE PDSA CYCLUS (CF. PROTOCOL IN BIJLAGE).

9. IS HET ONDERZOEK

- ☐ DIAGNOSTISCH
- ☐ FYSIOLOGISCH
- ☐ MORFOLOGISCH
- ☐ THERAPEUTISCH
- ☐ FYSIOPATHOLOGISCH
- ☐ EPIDEMIOLOGISCH
- ☒ KWALITEITSVERBETEREND PROJECT

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ☒ JA
- ☐ NEEN

INDIEN JA

- ☐ 1 ZIEKENHUISDIENST
- ☐ MEERDERE ZIEKENHUISDIENSTEN
  - ☐ NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN HET CENTRAAL ETHISCH COMITÉ: ...
  - ☐ NAAM, ADRES,TEL, FAX EN E-MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITÉ(S) DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK + NAAM VAN DE LOKALE ONDERZOEKER: ...

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE (VUL UNIVERSITEIT AAN) UNIVERSITEIT ANTWERPEN..... (= FACULTEIT PROMOTOR)

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

☒ JA
☐ NEEN

PATIËNTEN LIJDEND AAN : ...

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

☐ JA
☒ NEEN (45+, ZEER ONWAARSCHIJNLIJK)

C. AANTAL PROEFPERSONEN: ...15 À 20/MAAND, 100-TAL

D. LEEFTIJD : ...45-75JAAR

E. GESLACHT : ...MAN EN VROUW

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? ...OPPORTUNISTISCH TIJDENS DE CONSULTATIE

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

☒ JA
☐ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

☐ JA
☐ NEEN

MONDELING :

☒ JA, DE TOESTEMMING WORDT MONDELING GEVRAAGD NA EEN MONDELINGE TOELICHTING VAN DE INHOUD EN HET OPZET VAN HET GMD+ (BOVENDIEN WORDT ER OOK SCHRIFTELIJKE INFORMATIE AANGEBODEN IN DE WACHTKAMER IN DE VORM VAN EEN POSTER EN INFORMATIEBROCHURE. DIT BETREFT DE ORIGINELE VERSIE ZOALS DEZE TER BESCHIKKING WORDT GESTELD DOOR DOMUS MEDICA VIA DE GEZONDHEIDSGIDS. CF. BIJLAGE.)
☐ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? ...

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

☒ JA
☐ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ? ...

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? ...

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, ...)

☐ JA
☒ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

☐ JA
☐ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

☒ JA
☐ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

☐ JA
☐ NEEN

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

☐ JA
☐ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

☒ JA, DE INFORMATIEBROCHURE EN POSTER WORDEN IN BIJLAGE TOEGEVOEGD. DE INFORMATIE ZAL ECHTER MONDELING HERHAALD WORDEN EN DE TOESTEMMING WORDT OOK OP DEZE MANIER VERKREGEN. HET BETREFT HIER IMMERS DE GMD+ VRAGENLIJST, EEN TOOL DIE TIJDENS DAGDAGELIJKSE PRAKTIJKVOERING GEBRUIKT WORDT. DE GEGEVENS, VERZAMELD VOOR DE EVALUATIE, ZULLEN VOLLEDIG ANONIEM ZIJN.

☐ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ?

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

☐ JA
☒ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? DE AANPASSINGEN DIE DOORGEVOERD ZULLEN WORDEN BEHOREN TOT DE DAGDAGELIJKS ZORG DOOR DE HUISARTS. DE GEBRUIKTE RESULTATEN ZULLEN VOLLEDIG ANONIEM ZIJN....

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.
WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

ZO JA, WAAR ? WAT WAS HET RESULTAAT ? WAAROM WORDT HET IN DEZE STUDIE HERNOMEN ?

HET GMD + HEEFT IN HET VERLEDEN REEDS VERSCHEIDENE MALEN DE BASIS GEVORMD VOOR EEN PRAKTIJKVERBETERPROJECT. HET BIEDT IMMERS DE MOGELIJKHEID OM OP EEN GESYSTEMATISEERDE WIJZE PREVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG TE INTRODUCEREN IN DE PRAKTIJK. DE DOELSTELLING VAN DE MASTERPROEF IS NIET OM HET NUT VAN HET GMD+ TE HEREVALUEREN, INTEGENDEEL. VOORGAANDE STUDIES HEBBEN DIT VOLDOENDE ONDERBOUWD EN IK BASEER MIJ HIEROP OM HET GMD+ TE IMPLEMENTEREN IN EEN PRAKTIJK WAAR NOG VEEL RUIMTE IS OM AAN PREVENTIE TE DOEN.

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

☒ JA
☐ NEEN

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

☒ JA
☐ NEEN

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

☒ JA
☐ NEEN

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

☒ WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT
EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : ...

☐ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : ...

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

....

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

☐ JA
☒ NEEN

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ?

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?

☐ JA
☐ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?

☐ JA
☐ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? ...

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

☐ JA
☐ NEEN

ZO JA: ...

A. LANGS WELKE WEG ? ...

B. NAAM EN OORSPRONG VAN DE SUBSTANTIE : ...

C. AAN WIE WORDT DE ONTVANGST, OPSLAG, VERDELING EN TERUGSTUREN VAN NIET-GEBRUIKTE CHEMISCHE SUBSTANTIES TOEVERTROUWD ? ...

D. ZULLEN RADIO-ISOTOPEN TOEGEDIEND WORDEN ?

☐ JA

WELKE ? ...

☐ NEEN

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

☐ JA
☐ NEEN

ZO NEEN, LEG UIT : ...

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

A. ZUIVER KLINISCHE EVALUATIES, OM DE .....

B. FUNCTIETESTS OF DYNAMISCHE PROEVEN

WELKE .....

OM DE .....

C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES

WELKE .....

OM DE .....

D. BLOEDAFNAMEN : .....

.....

.....

E. WEEFSELAFNAME : .....

F. ANDERE : .....

25 . FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

☐ NIET VAN TOEPASSING
☐ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:

☐ ERELOON:
☐ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

F. ANDERE : .....

25. FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

☐ **NIET VAN TOEPASSING**
☐ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:

☐ ERELOON:
☐ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 28/12/16
NAAM : DORIEN ROSIERS
HANDTEKENING :

Dr. DORIEN ROSIERS
Meirbeekstraat 144
9308 AALST-GIJZEGEM
tel: 053 70 55 91
RIZIV Nº 1-82030-39-006

PROMOTOR

DATUM : 28/02/16
NAAM : HILDE BASTIAENS
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 28/12/16
NAAM : PHILIP CHRISTIAENS
HANDTEKENING :

BVBA Dr. PHILIP CHRISTIAENS
Meirbeekstraat 144
9308 AALST - GIJZEGEM
TEL. 053 70 55 91
RIZIV Nr. 1-82064-18-004

CO-PROMOTOR

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

Prof. dr. H. Bastiaens
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

GMD+ als tool voor het vervolledigen van het medisch dossier en het ondersteunen van preventie in de huisartspraktijk. (Manama huisartsgeneeskunde Dorien Rosiers)

Belgisch Registratienummer: B300201628707

datum	ons kenmerk	contactpersoon
23/05/2016	16/9/89	Marleen Bolens Annelies Van Looy Anniek Leeraert ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 23/05/2016.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  dr. Rosiers
- Protocol dd. 29/02/2016
  versie 1
- Vragenlijst(en) dd. 29/02/2016
  versie 1
- Diverse
  - GMD+ poster
  - GMD+ informatiefolder

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

datum
23/05/2016

ons kenmerk
16/9/89

contactpersoon
Marleen Bolens
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
ethisch.comite@uza.be

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:
-Startdatum inclusie patiënten
-Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
- o Nooit opgestart
- o Vroegtijdig stopgezet
- o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk

VRAGENLIJST VOOR DE PATIËNT

Naam: ..... ☐ vrouw ☐ man

Geboortedatum: ..../..../..... Datum: ..../..../.....

Vragenlijst in te vullen door de patiënt. Twijfelt u aan een antwoord, vraag dan raad aan uw huisarts.

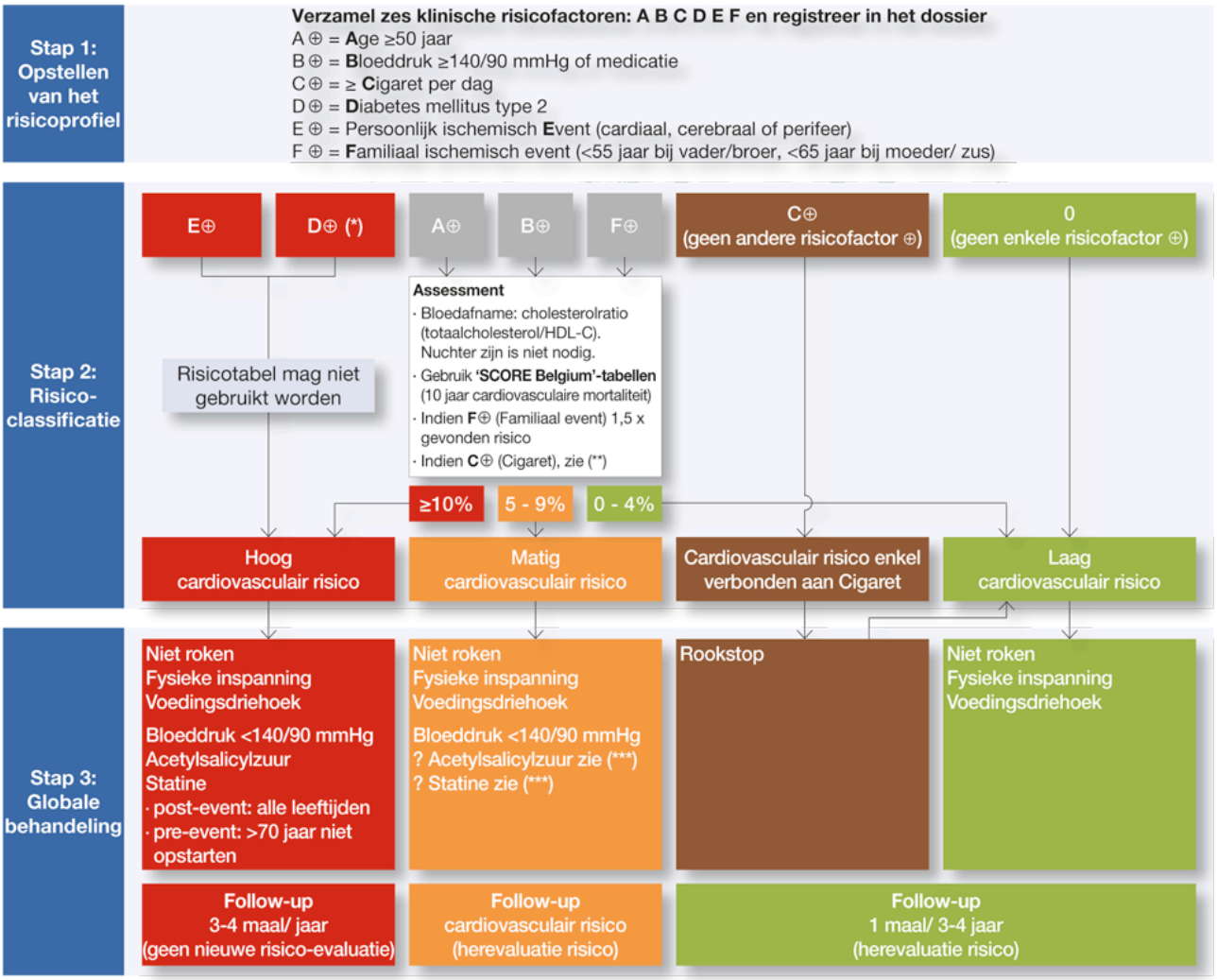
1	Bent u 50 jaar of ouder?	☐ Ja ☐ Nee	A
2	Neemt u medicatie voor een te hoge bloeddruk?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	B
3	Hebt u diabetes (suikerziekte)?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	D
4	Hebt u een hart- of vaatziekte (gehad)? (hartinfarct, beroerte, vaatvernauwing)	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	E
5	Heeft uw vader of broer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

Enkel voor vrouwen

21	Bent u bevallen van een baby van 4,5 kg of meer?	☐ Ja ☐ Nee	
22	Had u verhoogde suiker tijdens uw zwangerschap?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	
23	Komt er borst- of eierstokkanker voor in uw familie?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet niet	
24	Voor vrouwen vanaf 50 jaar: is uw laatste mammografie meer dan twee jaar geleden?	☐ Ja Datum ..... ☐ Nee ☐ Weet niet	
25	Voor vrouwen vanaf 25 jaar: is uw laatste uitstrijkje meer dan drie jaar geleden?	☐ Ja Datum ..... ☐ Nee ☐ Weet niet	

© 2014 Domus Medica - Gezondheidsgids

Cardiovasculair algoritme bij elke persoon tussen 40 en 75 jaar.



(*) In het uitzonderlijke geval dat uw diabetes type 2-patiënt jonger is dan 50 jaar en geen andere risico-factoren heeft (B, C, F negatief en ook geen microalbuminurie), zal hij ingedeeld worden in de oranje groep.

(**) Rookstopadvies bij rokers is in alle gevallen dé prioritaire maatregel. Het cardiovasculaire risico verbonden aan roken is na twee jaar rookstop verdwenen. Soms kan rookstop medicamenteuze behandeling overbodig maken of uitstellen.

(***) Overweeg het opstarten van medicamenteuze therapie. De beslissing hangt daarbij af van de aan- of afwezigheid van bijkomende factoren (zoals obesitas, sedentarisme), wens en motivatie van de patiënt, alsook comorbiditeit die impact heeft op de levensverwachting.

Risicotabel voor sterfte aan hart- en vaatziekte (HVZ) binnen tien jaar. SCORE België.

