Wat is de invloed van de implementatie van het 'Globaal Medisch Dossier plus' op de patiëntentevredenheid?

Yves De Loecker, Universiteit Antwerpen

Promotor: Dr. Philips Hilde, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

ABSTRACT- Wat is de invloed van de implementatie van het 'Globaal Medisch Dossier plus' op de patiëntentevredenheid?

Haio: Yves DE LOECKER

Universiteit Antwerpen

Promotor: Hilde PHILIPS

Praktijkopleider: Ingbert BIJNENS (jaar 8) & Ludo DHONDT (jaar 9)

Context:
Als beginnende huisarts merk ik dat een goed opgesteld GMD onmisbaar is om aan preventie te doen binnen de huisartsgeneeskunde. De introductie van het GMD + is een grote stap vooruit, maar de omzetting naar de praktijk verloopt vaak nog moeizaam. Zeker in solo-praktijken ontbreekt vaak de tijd om aparte consultaties voor het GMD + in te plannen. De vraag moet daarom gesteld worden of de tijdsinvestering voor arts en patiënt wel degelijk iets opbrengt voor beide partijen?

Onderzoeksvraag:
Er is reeds veel onderzoek gebeurd rondom het GMD (+) waarbij voornamelijk de kant van de arts wordt belicht. Daarom wil ik graag onderzoeken wat de patiënt nu eigenlijk zelf vindt van het GMD +. Is de patiënt vragende partij voor zo'n preventie-consult? Zo ja, is hij tevreden van het GMD + zoals het nu bestaat? Moeten er elementen aan toegevoegd worden of is het eerder te uitgebreid? Merkt de patiënt een verschil voor en na het opstellen van het GMD + en zo ja, hoe?

Methode (literatuur & registratiewijze):
De bedoeling is om een interventie-onderzoek op te stellen waarbij we willen werken met groep bestaande uit 10 mannen en 10 vrouwen met als leeftijdscategorie 45-75 jaar en een controlegroep uit dezelfde leeftijdscategorie. Door middel van voor- en nametingen willen we de tevredenheid controleren tussen de twee groepen met behulp van een enquête.

Resultaten:
In totaal konden 40 patiënten gerekruteerd worden voor deelname aan deze studie, bestaande uit 20 vrouwen en 20 mannen. Er werd een interventiegroep en controlegroep opgesteld, telkens bestaande uit 10 vrouwen en 10 mannen, met in elke groep 8 rokers. Tussen de twee groepen onderling konden bij de voormeting geen statistisch significante verschillen gevonden worden (Kolmogorov-Smirnov toets, p-waarden >0,05). Er werd na de implementatie van het GMD+ een significante toename gezien van de gemiddelde kennis en tevredenheid in de interventiegroep ten opzichte van de controlegroep, en dit voor alle categorieën, uitgezonderd tevredenheid omtrent gebruik van alcohol (Wilcoxon Singed Ranks-toets, p-waarde 0,102). De grootste z-scores vinden we terug in de categorieën vaccinaties en bepaling risico hart- en vaatziekten inzake kennis en tevredenheid (-3,783 en -3,646 resp. -3,880 en -3,684). De kleinste z-scores vinden we terug in de categorieën gebruik van alcohol en gebruik van slaap- en kalmeermiddelen inzake kennis en tevredenheid (-2,640 en -1,633 resp. -3,064 en -2,264).

Conclusies:
Samenvattend kan gesteld worden dat de implementatie van het GMD+ een significante toename kon teweegbrengen inzake kennis en tevredenheid van de verschillende onderdelen van de preventiemodule bij de deelnemers in de interventiegroep in vergelijking met de controlegroep. Gezien patiënten ook duidelijk aangeven dat zij verwachten dat dit aanbod voor preventie van de huisarts komt, is het ook onze taak om deze rol als preventieve zorgverlener op ons te nemen. Toch mogen we niet uit het oog verliezen dat patiënten hierover autonoom moeten kunnen beslissen of het GMD+ effectief mag (moet) uitgevoerd worden.

E-mail: yvesdeloecker@gmail.com

ICPC-code: A97.01

INHOUDSTAFEL

I. INLEIDING 5
1.1 ALGEMEEN 5
1.2 GEZONDHEIDSGIDS 6
1.3 WAAROM GEKOZEN VOOR DIT THEMA? 8
1.4 DOELSTELLING EN ONDERZOEKSVRAAG 8

II. LITERATUURONDERZOEK 9
2.1 ZOEKSTRATEGIE 9
2.2 VERWACHTINGEN 9
2.3 TIJDSINVESTERING 11
2.4 PATIËNTENTEVREDENHEID 13

III. ONDERZOEKSMETHODIEK 15
3.1 PRAKTISCH 15
3.2 ENQUETES 16
3.3 IN- EN EXCLUSIECRITERIA 16
3.4 ETHISCH COMITÉ 16

IV. RESULTATEN 17
4.1 GEZONDHEIDSENQUÊTE: DE VOORMETING 17
4.1.1 VERDELING VARIABELEN 18
4.1.2 BESCHRIJVING VAN DE GROEPEN 19
4.1.3 TOETSEN VAN DE VERSCHILLEN 22
4.2 TEVREDENHEIDSENQUÊTE: DE NAMETING 24
4.2.1 BESCHRIJVING VAN DE GROEPEN 24
4.2.2 TOETSEN VAN DE VERSCHILLEN 27

V. DISCUSSIE 30
5.1 INTERPRETATIE VAN DE VRAGENLIJSTEN EN VERGELIJKING MET LITERATUUR 30
5.2 KRITISCHE REFLECTIES EN LIMITATIES 36

VI. BESLUIT 38

VII. REFERENTIES 40

VIII. BIJLAGEN 42
8.1 PROTOCOL 42
8.2 INFORMATIEBROCHURE 45
8.3 TOESTEMMINGSFORMULIER 49
8.4 GEZONDHEIDSENQUÊTE 50
8.5 TEVREDENHEIDSENQUÊTE 58
8.6 RESULTATENVERWERKING 63

I. INLEIDING

1.1 Algemeen

Iedereen kent waarschijnlijk wel de uitdrukking ‘voorkomen is beter dan genezen’, en slechts een minderheid zou dit ontkennen. Echter zijn er veel barrières om een effectieve preventie te bekomen, voor zowel de arts als de patiënt. Enerzijds reiken deze barrières voor de patiënten van gedragsfactoren en graad van educatie tot culturele en economische overwegingen. Anderzijds zijn de barrières bij artsen vooral bepaald door een tekort aan praktische richtlijnen en tijdsinvestering.

Een volledig overzicht omtrent de medische conditie waarin de patiënt verkeert is onmisbaar om een effectieve preventie te bekomen. De introductie van het GMD (Globaal Medisch Dossier) betekende op dit gebied een grote stap vooruit in de huisartsgeneeskunde. Zo hebben huisartsen een compleet overzicht van de gezondheidsgegevens van de patiënt en is op die manier de opvolging van de gezondheidstoestand vereenvoudigd[1]. Die centralisatie geeft huisartsen de mogelijkheid om een stap verder te gaan in de individuele zorg voor zijn patiënten door preventieve geneeskunde te kunnen uitvoeren.

Echter was er tot voor kort vooral een gebrek aan praktische richtlijnen omtrent preventieve geneeskunde, waardoor het voor veel huisartsen onduidelijk was welke onderzoeken zinvol waren om uit te voeren. Zo waren er wel richtlijnen gekend voor aparte onderwerpen, zoals tetanusvaccinatie en cervixkankerscreening, echter richtlijnen voor het bepalen van een globaal risico bleef afwezig. Recent werd er dan ook door Domus Medica een Gezondheidsgids opgesteld met als doel om huisartsen een praktijkinstrument aan te reiken dat hen ondersteunt in het voeren van een gepersonaliseerd en zinvol preventiebeleid.

Deze preventiemodule is momenteel operationeel onder de benaming GMD+ (Globaal Medisch Dossier plus), gezien het gaat om een uitbreiding van het gekende GMD. Het GMD+ formaliseert dat de huisarts een aantal thema's (zoals roken, stress, detectie van kanker, enz.) preventief bespreekt met een patiënt die tussen de 45 en de 75 jaar oud is. Deze bespreking moet gebeuren aan de hand van een checklist (individueel preventieplan), die de huisarts ingevuld toevoegt aan het GMD van de patiënt.

1.2 De gezondheidsgids

Preventie wordt algemeen beschouwd als een belangrijk deel van de huisartsgeneeskunde. In de praktijk echter blijkt het niet evident om deze taak consequent op te nemen. Het blijft moeilijk om in de huidige setting, die vooral gestuurd wordt door vragen van patiënten, voldoende tijd en energie te vinden om een geprogrammeerde preventie te implementeren. De gezondheidsdoelstellingen opgesteld door de Wereldgezondheids-organisatie (WHO) zijn vooral gericht op een algemene bevolking. Het vertalen van deze bevolkingsdoeleinden naar individuele doelen voor een specifieke persoon is geen eenvoudige opdracht. Hiervoor is er nood aan een eenvoudig registratiedocument dat snel aanpasbaar is en vlot geconsulteerd kan worden.

In de gemeenten Malle en Zoersel en meer bepaald van uit hun gemeenschappelijke preventieraad werd in het voorjaar van 2009 een pilootproject opgestart rond "De gezondheidsgids". De gezondheidsgids moest een instrument worden om op systematische wijze een individueel preventieplan aan volwassen patiënten aan te bieden. De gezondheidsgids kent zijn oorsprong in de preventiekaart die in 1978 voor de Geneeskundige Dagen van Antwerpen werd ontwikkeld door Dr. Patrick Wyffels. Later werd deze preventiekaart overgenomen door de commissie preventie van de toenmalige Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Huisartsen (WVVH). In 2002 herwerkte Dr. Joke Van Herck[2] de preventiekaart met als belangrijkste vernieuwing de bevraging van de patiënt, de planning in de tijd en de implementatie van de toen bestaande aanbevelingen. Dit project werd gekend onder de naam 'preventiefolder'.

De huidige gezondheidsgids werd opgemaakt in 2008 door een samenwerking tussen de Huisartsengroep Halledorp, Domus Medica en VIGeZ (Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie), waarbij ze konden rekenen op de inbreng van Dr. Lenie Jacobs[3], huisarts in opleiding in de praktijk van Dr Wyffels, die in 2009 haar master na master eindproef over de gezondheidsgids maakt. De belangrijkste vernieuwingen waren een grotere gebruiksvriendelijkheid, de ontwikkeling van een handleiding en zowel de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen als de Aanbevelingen voor Goede Medische Praktijkvoering van Domus Medica als basis.

De inhoud van de gezondheidsgids behandelt minstens alle zes de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen in zover ze naar de volwassen bevolking gericht zijn en er een specifieke taak voor de huisarts bestaat. De gezondheidsgids wordt aangevuld met die thema's waarover de auteurs in consensus beslissen op basis van de ziektelast in Vlaanderen, de specifieke preventieve taak voor de huisarts en het bestaan van evidenced-based "richtlijnen" hierover in Vlaanderen of internationaal. Waar mogelijk steunen de gestelde vragen en de planningsadviezen op de "Vlaamse aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering". Bij gebrek aan Vlaamse richtlijnen, werden andere internationale guidelines geraadpleegd en de vragen en adviezen in consensus bepaald binnen de werkgroep van de auteurs en na overleg met de expertengroep.

Volgende thema's werden weerhouden.

- Uit de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen
    - Rookstop
    - Voeding en fysieke activiteit
    - Borstkankeropsporing
    - Vaccinatie tegen influenza, difterie en tetanus
    - Preventie van depressie
- Aanvullingen uit aanbevelingen
    - Cardiovasculair risicobeheer
    - Diabetes mellitus type 2 vroegopsporing
    - Dikke darmkankeropsporing
    - Cervixkankerscreening
- Aanvulling uit internationale guidelines
    - Alcohol en tranquillizermisbruik

1.3 Waarom gekozen voor dit thema?

De huisarts heeft een kerntaak in het aanbieden van preventie. In de praktijk blijft dit een grote uitdaging die de jonge huisartsen zeker moeten aangaan. Tijdens de huisartsstages in jaar 6 en 7 van de opleiding tot arts, wordt het duidelijk dat er bitter weinig aan preventie wordt gedaan en dat het preventieve beleid verschilt van streek tot streek en van praktijk tot praktijk. Een masterproef besteden aan dit onderwerp is geen overbodige zaak en heeft tot doel om van in het begin van de artsencarrière een duidelijk inzicht en beleid te hebben wat betreft preventie in een huisartsenpraktijk. Gelukkig lijken de tijden te veranderen en groeit de interesse voor preventie. Dit blijkt onder andere uit: de publicatie van richtlijnen voor de huisartsen, de projecten in verband met preventie en het GMD+.

1.4 Doelstelling en onderzoeksvraag

De introductie van het GMD+ is een grote stap vooruit, maar de omzetting naar de praktijk verloopt vaak nog moeizaam. Zeker in solo-praktijken ontbreekt vaak de tijd om het GMD+ te overlopen tijdens een opportunistisch ziektebezoek, laat staan om hiervoor aparte consultaties in te plannen. Een aantal onderzoeksgroepen hebben zich dan ook gestort op de vraag of deze tijdsinvestering voor de arts rendeert, echter vergeten ze hierbij vaak de patiënt te betrekken in dit hele verhaal.

Daarom wil ik in mijn onderzoek de patiëntentevredenheid nagaan van preventieve zorgen in de huisartsenpraktijk. In de medische literatuur wordt er al jaren gediscussieerd over de inhoud van zo'n preventieplan, maar wat wenst de patiënt zelf? Is de patiënt tevreden met het huidige preventieplan zoals beschreven in de Gezondheidsgids van Domus Medica, of zijn er nog tekortkomingen? Moeten er elementen aan toegevoegd worden of is het eerder te uitgebreid? Merkt de patiënt een verschil voor en na het opstellen van het GMD + en zo ja, hoe?

Mijn onderzoeksvraag is dan ook de volgende: 'Wat is de invloed van de implementatie van het 'Globaal Medisch Dossier plus' op de patiëntentevredenheid?'

II. LITERATUURONDERZOEK

2.1 Zoekstrategie

Via literatuurstudie werd er gepoogd om op 3 onderzoeksvragen een antwoord te formuleren:

- Wat zijn de verwachtingen van een preventief onderzoek?
- Wat is de tijdsinvestering voor arts en patiënt?
- Hoe tevreden is de patiënt met het aangeboden preventiepakker?

Hiervoor werden zowel Cebam (cochrane en tripdatabank) als pubmed gebruikt. Er werden verschillende combinaties van volgende zoektermen gebruikt: general practioner, family physician, general practice, family practice, prevention, guidelines, implementation, preventive tool, questionnaire, barriers, clinical practice guidelines, promote, implementation strategy, health checks en patient satisfaction.

Er werd eveneens contact opgenomen met Dr. Stefan Teughels, medisch coördinator van het pilootproject 'Preventiecentrum' in samenwerking met de commissie preventie van Domus Medica, het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ), de preventieraad van de gemeenten Malle en Zoersel en de huisartsenkring Malle-Zoersel. Dit project heeft als doel de meer dan 165 huisartsen in het noordelijke deel van het arrondissement Turnhout te ondersteunen in hun praktijkvoering op het vlak van preventie en chronische patiëntenzorg. Hij bezorgde me het jaarverslag van 2011, gezien de eindresultaten van het project nog niet gekend zijn.

2.2 Verwachtingen

Eerst en vooral ben ik in de literatuur gaan uitzoeken wat zoal de verwachtingen zijn van patiënten ten opzichte van preventieve maatregelen. Wat moet de inhoud zijn van een preventief onderzoek volgens patiënten? Zijn zij bereid om hiervoor op een aparte consultatie te komen? Zo ja, moet dit dan gebeuren onder de vorm van een jaarlijkse check-up? En zijn patiënten ook bereid om hiervoor extra te betalen?

In een studie uitgevoerd door Oboler *et al*[4] werden bovengenoemde vragen onderzocht in twee fasen door middel van telefonische enquêtes. Tijdens fase I werd er in totaal aan 603 deelnemers gevraagd naar hun noden voor jaarlijkse onderzoeken en naar de verwachtingen omtrent de inhoud van deze jaarlijkse onderzoeken. Tijdens fase II werd er in totaal aan 600 deelnemers gevraagd naar dezelfde items, echter werd er nu ook gepeild naar hun bereidheid tot betaling hiervoor.

Van de 1203 deelnemers geloofden 66% dat een jaarlijks fysiek onderzoek noodzakelijk was, waarbij 90% een controle wensten van bloeddruk, hart, longen, abdomen, reflexen en bij mannen prostaat. Slechts 89% van de vrouwen wensten een borstonderzoek en 78% een uitstrijkje.

Bij navraag over welke testen dienden te gebeuren wensten 92% van de deelnemers in fase I een controle van hun cholesterol, en meer dan 80% verwachtten een controle van hun glucose, hemoglobine (bloedarmoede), lever-, nier- en schildklierfunctie. Fecaal occult bloed testen werd slechts verwacht door 58%, terwijl 78% wel een urineonderzoek wenste. Een jaarlijkse RX thorax werd door 36% gewenst.

Opvallend was dat bij navraag in fase II, waarbij de kosten vermeld werden voor deze onderzoeken, er een significante daling was in het verlangen van de patiënten tot het uitvoeren van een jaarlijks fysiek onderzoek en specifieke testen (zie tabel 1).

FASE II	**Geen vermelding kostprijs**	**Wel vermelding kostprijs**
Jaarlijks fysiek onderzoek en specifieke testen	63%	33%
Uitstrijkje	75%	38%
Mammografie	71%	38%
PSA test	66%	43%

Tabel 1. Weergave van enkele dalingen in de noden van patiënten met betrekking tot bereidheid van betaling.

Gezien het kostenplaatje voor de meeste patiënten een duidelijke weerslag heeft op hun keuzes, is het per definitie ook logisch dat patiënten moeilijk te motiveren zijn tot het maken van een aparte (betalende) afspraak voor het aanbod tot preventieve zorgen. Dit in combinatie met de reeds grote werkdruk van artsen maakt dat er dikwijls gebruik wordt gemaakt van ziektebezoeken die dienen als gelegenheden tot het leveren van preventieve interventies[5].

2.3 Tijdsinvestering

Aansluitend op de vorige paragraaf moet dan ook de vraag gesteld worden wat de toename is in tijdsduur van een ziektebezoek bij het leveren van zo'n opportunistische preventieve zorgverlening? In een studie uitgevoerd door Stange *et al*[6] werden opeenvolgende patiëntencontacten van 138 huisartsen rechtstreeks geobserveerd. Patiënten die minstens één preventieve interventie hadden verkregen werden vergeleken met patiënten die geen extra interventies hadden verkregen. In totaal werden 3547 ziektebezoeken geregistreerd, waarbij preventieve zorgen werden verleend aan 39% van de chronische en 30% van de acute ziektebezoeken. Adviezen omtrent leefgewoonten werden doorgaans meer gegeven dan adviezen omtrent screening of immunisatie. De duur van de ziektebezoeken was voor de bezoeken met preventieve zorgen gemiddeld 2,1 minuten langer dan de ziektebezoeken zonder preventieve zorgen.

Russel en Roter[7] gingen in hun studie aan de slag met audiotapes van ziektebezoeken bij chronisch zieke patiënten in de eerstelijnszorg. In totaal werden bij 53% van deze contacten preventieve maatregelen ondernomen met een gemiddelde extra tijdsduur van ongeveer 4,5 minuten per ziektebezoek.

Rafferty[8] onderzocht in zijn studie deze tijdsduur bij behoeftige patiënten (kansarmen, niet-verzekerden, etc.) in eerstelijns ziekenhuizen. Zijn besluit was dat ongeveer 11% van de tijd werd gespendeerd aan preventie (ongeveer 7 minuten per patiënt per jaar), waarvan de helft van deze 7 minuten gebruikt werd voor screening naar borst- en cervixcarcinoom.

De tijdsduur beschreven in de hierboven vermelde artikels staat in fel contrast met het onderzoek uitgevoerd door Yarnall *et al*[9] In deze studie ging men voornamelijk op zoek naar de totale tijdsduur die een arts in de eerste lijn nodig had om te voldoen aan de aanbevolen

preventieve zorgverlening zoals opgesteld door de US Preventive Services Task Force (USPSTF). Men zocht in de literatuur naar de gemiddelde tijd per preventieve taak, om zo een berekening te kunnen maken van de totale tijdsduur die een arts nodig zou hebben om aan alle aanbevolen preventieve taken tegemoet te komen. Dit alles aan de aanbevolen frequentie aangeboden aan een totale patiëntenpopulatie van 2500 patiënten met een normale leeftijds- en geslachtsverdeling. De berekening leverde een jaarlijkse tijdsduur op van 1773 uren die een arts moet vrijmaken om aan alle USPSTF aanbevelingen te voldoen, of 7,4 werkuren per dag.

De studie toont aan dat het niet eenvoudig is voor artsen om alle preventieve zorgen te verlenen aan al zijn volwassen patiënten. Want hoewel een aantal van deze interventies slechts weinig tijd in beslag nemen, zorgen zelfs de kleinste toevoegingen ervan voor een significante toename van de werkbelasting van de arts, gezien deze moeten toegepast worden op de grote aantallen van patiënten waarover een arts beschikt in zijn praktijk.

Yarnall *et al*[9] besluit dan ook dat het de taak is van elke arts om hun verantwoordelijkheid op te nemen om zorg te verlenen voor acute en chronische medische problemen. Echter komen artsen in de problemen omdat zij moeten balanceren tussen continue zorgverlening en preventieve zorgverlening, dit alles in de zeer gelimiteerde hoeveelheid tijd die ze hebben met hun patiënten. Op die manier komen artsen tekort aan de doelen vooropgesteld door de evidence-based richtlijnen. Zelfs indien zij hiervoor wel voldoende tijd nemen zullen ziektebezoeken significant verlengen in tijd, dit ten koste van andere soorten zorgverlening.

Verder publiceerden Brotons *et al*[10] een internationaal onderzoek naar de mening van huisartsen uit 11 verschillende Europese landen over preventie en gezondheidspromotie in de praktijk. In het totaal namen 2082 huisartsen uit 11 verschillende landen deel. De informatie werd bekomen uit vragenlijsten die per post werden opgestuurd. Deze studie had 3 doelstellingen, waaronder het ontdekken van de knelpunten bij de implementatie van preventieve aanbevelingen in de praktijk. Meer dan de helft van de ondervraagde artsen ervaart moeilijkheden om preventie te promoten bij hun patiënten ten gevolge van een te grote werklading, een gebrek aan tijd en een gebrek aan financiële tegemoetkoming als belangrijkste knelpunten.

In een recent onderzoek uitgevoerd door Dr. Lenie Jacobs[3] werd de haalbaarheid van het project gezondheidsgids onderzocht. Van de 16 participerende huisartsen noteerden 13 huisartsen de tijdsduur die ze nodig hadden om de gezondheidsgids met de patiënt te overlopen en vervolgens een individueel preventieplan op te stellen. De snelste huisarts deed er 5 minuten over en de traagste huisarts deed er 30 minuten over. Dit leverde een gemiddelde tijdsduur op van 12,5 minuten en een mediaan van 10 minuten. Dit vraagt natuurlijk om een aparte consultatie. Ongeveer de helft van de huisartsen vonden de verloning voor hun werk onvoldoende om op systematische wijze aan preventie te doen.

In 2009 heeft de Huisartsen Vereniging Regio Turnhout (HVRT) hier een oplossing voor proberen te bedenken onder de vorm van een Preventiecentrum[11]. Het is een proefproject van vier jaar dat huisartsen uit de regio ondersteuning moet bieden inzake gezondheidspreventie. Het Preventiecentrum zal daar alle tijdrovende administratieve en technische klussen in het preventieconsult voor zijn rekening nemen, dit na doorverwijzing van de huisarts. Na afloop van de analyse kan de patiënt voor de resultaten terecht bij zijn huisarts. De huisarts maakt met zijn patiënt een opvolgplanning en vult de afspraken in op zijn afsprakenkaartje. De resultaten van dit proefproject zijn echter momenteel nog niet gekend, en we zullen dus de efficiëntie en haalbaarheid van zulk project nog moeten afwachten.

2.4 Patiëntentevredenheid

Vervolgens ben ik in de literatuur op zoek gegaan naar studies die de patiëntentevredenheid zijn nagegaan omtrent preventieve zorgverlening. Een eerste interessant onderzoek opgesteld door Stange *et al*[6] concludeerde dat de patiëntentevredenheid niet verschillend bleek te zijn tussen de groepen met of zonder preventieve zorgen. In een aanvullend artikel hierop beschrijft Laine[12] echter het conflict tussen de evidence-based richtlijnen en de verlangens van de patiënt. Er is namelijk grote kans dat een patiënt zich niet tevreden voelt na een jaarlijks onderzoek uitgevoerd volgens de evidence-based richtlijnen.

Laine[12] benadrukt dat er meer is aan een jaarlijkse check-up dan enkel de vroege detectie en diagnose van specifieke ziekten. Om een goede therapeutische relatie met hun arts te bekomen en te onderhouden hebben blijkbaar veel patiënten vooral nood aan een relatie met hun arts die gebaseerd is op vertrouwen en geloofwaardigheid. Dit vraagt tijd en enig bewijs

dat de arts inderdaad bezorgd is om de gezondheid van zijn patiënten en hierbij vooral ook op de hoogte is van hun huidige gezondheidsstatus. De vraag kan dan ook gesteld worden of men meer tijd moet inplannen voor jaarlijkse onderzoeken? Niet om extra onderzoeken te kunnen uitvoeren die onnodig zijn volgens de evidence-based richtlijnen, maar juist wel om te kunnen uitleggen waarom die extra onderzoeken niet zinvol zijn. Op die manier kunnen we de vertrouwensband met de patiënt opbouwen en verkrijgen we patiënten die meer geneigd zijn tot het volgen van adviezen omtrent gewichtsverlies, voeding en fysieke activiteit.

Systematische reviews over gezondheidsgids gelijkende strategieën die pogen om de huisarts te helpen om tot systematische preventie te komen ontbreken tot op heden. Zeker inzake de patiëntentevredenheid van zo'n preventieve strategieën dient er nog verder onderzoek te gebeuren. Een recent uitgevoerd onderzoek dat zich enigszins durft uitspreken over de patiëntentevredenheid inzake de gezondheidsgids betreft het onderzoek van Dr. Lenie Jacobs[3]. Hierbij werd gevraagd aan de artsen, die betrokken waren in het onderzoek, om de tevredenheid over het project bij hun patiënten in te schatten. Daaruit bleek dat de tevredenheid hoog wordt ingeschat, gezien 6/16 antwoordde met neutraal, 6/16 met tevreden, 1/16 met uitermate tevreden en 1/16 liet de vraag blanco. Met andere woorden kan men zeggen dat artsen denken dat er geen patiënten waren die ontevreden waren over het onderzoek. Echter is dit slechts een inschatting van de artsen over de mening van hun patiënten, en kan men dus geen conclusie trekken uit deze gegevens omtrent de patiëntentevredenheid.

Om patiëntentevredenheid omtrent de gezondheidsgids te kunnen evalueren is het natuurlijk belangrijk om even stil te staan bij de vraag wie de aangewezen persoon zou moeten zijn om preventieve zorgen aan te bieden volgens patiënten. Vinden patiënten dat zij hier zelf voor verantwoordelijk zijn, of vinden zij dat de huisartsen of de gemeenschap hier hun taak tot het aanbieden van preventieve zorgen moeten opnemen? Een interessant onderzoek omtrent deze vraagstelling betreft het evaluatieproject omtrent de gezondheidsgids uitgevoerd door Dr. Rik Baeten[13]. In deze studie zeggen meer dan 95% van de 40 en 50 jarigen dat de huisarts het aangewezen kanaal is om de gezondheidsgids aan te bieden. Het succes van de implementatie van de gezondheidsgids hangt dus in grote mate af van het initiatief van de huisarts. Dat ligt in de verwachtingslijn van zijn patiënten en wordt bewezen door het grotere aantal bereikte patiënten bij huisartspraktijken die de gezondheidsgids actief aanboden.

III. ONDERZOEKSMETHODIEK

3.1 Praktisch

Door middel van een interventie-onderzoek zullen we een interventiegroep bestaande uit 10 mannen en 10 vrouwen uit de leeftijdscategorie 45-75 jaar vergelijken met een controlegroep van 10 mannen en 10 vrouwen uit dezelfde leeftijdscategorie. De interventiegroep zal een volledige uitwerking krijgen van het GMD+. Door middel van een enquête worden voor- en nametingen verricht, waarmee we de tevredenheid willen controleren tussen de twee groepen.

Ter uitwerking van het GMD+ zal gebruik gemaakt worden van het individueel preventieplan zoals aangehaald in de 'Gezondheidsgids 2011' van Domus Medica. Het blauwe gedeelte van de vragenlijst dient om de familiale, de persoonlijke en preventiegeschiedenis samen met de leefgewoonten in kaart te brengen. De onderzoeker zal dan het groene gedeelte van de vragenlijst gebruiken om deze informatie om te zetten in aanbevolen interventies.

In totaal zullen 40 patiënten deelnemen aan deze studie. De selectie van de deelnemers zal starten op willekeurig gekozen dagen. Op deze dagen komen patiënten op de raadpleging met verschillende willekeurige aanmeldingsklachten. Op het einde van de consultatie zal aan de patiënten die behoren tot de juiste leeftijdscategorie, in afwezigheid van exclusiecriteria (zie verder 3.3), gevraagd worden om deel te nemen aan de studie tot een populatie bereikt is van 20 mannen en 20 vrouwen.

Uiteindelijk zullen 10 mannen en 10 vrouwen, die instemmen tot deelname, de gezondheidsenquête én een vragenlijst krijgen zoals uitgelegd in paragraaf 1 (individueel preventieplan gezondheidsgids). De overige deelnemers krijgen enkel de eerste enquête. Op een vervolgafspraak krijgen alle deelnemers de tweede enquête.

De selectie voor wie behoort tot een bepaalde steekproefpopulatie (met of zonder uitwerking van het GMD+) gebeurt door middel van een quotasteekproef. Er werden quota opgesteld in eerste instantie voor geslacht (mannen/vrouwen) en rookstatus (rokers/niet-rokers) en in tweede instantie voor leeftijdscategorie.

3.2 Enquêtes

De eerste enquête (gezondheidsenquête), gebaseerd op de gezondheidsenquête 2008 van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, zal bestaan uit algemene vragen omtrent de persoonlijke gezondheid. Een tweede enquête (tevredenheidsenquête) zal peilen naar eventuele veranderingen omtrent de gezondheidstevredenheid bij het tweede patiëntencontact, 3 maanden na het eerste contact. De respondent moet enkel vragen beantwoorden in de beide enquêtes, waarbij volgende onderwerpen behandeld zullen worden: gezondheidsbeleving, risico op hart- en vaatziekten, rookstopbegeleiding, gezonde voeding, fysieke activiteit, diabetes mellitus, vaccinaties, kankeropsporing, alcohol, slaap- en kalmeermiddelen en gemoedstoestand. Het invullen van de eerste enquête zal ongeveer een 15-tal minuten in beslag nemen, de tweede enquête zal ongeveer een 5-tal minuten in beslag nemen. De respondent zal enkel vragen moeten beantwoorden. De enquêtes zullen verwerkt worden aan de hand van SPSS Statistics – version 20 – Release 20.0.0.

3.3 In- en exclusiecriteria

In theorie komen alle patiënten tussen 45-75 jaar in aanmerking voor deze studie. Gezien echter de kleinschaligheid van deze studie, zullen patiënten met volgende voordien gekende chronische pathologieën geëxcludeerd worden uit deze studie: diabetes mellitus, chronisch nierfalen, malnutritie, IBD (ziekte van Crohn, colitis ulcerosa) en hartfalen. Deze patiënten hebben namelijk vaak een andere vorm van preventieve zorg nodig (secundaire preventie), zoals deze aan bod komt in het zorgtraject diabetes, diabetesconventie, diabetespas, zorgtraject chronisch nierlijden, enz. Dit zou mogelijks de resultaten van deze studie kunnen beïnvloeden gezien deze patiënten een andere visie zullen hebben op preventieve zorgverlening in de huisartsgeneeskunde.

3.4 Ethisch Comité

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigden dat deze studie voldeed aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en gaf een voorlopig gunstig advies op 30/04/2012. Na het uitvoeren van de nodige aanpassingen werd er een definitief gunstig advies gegeven op 22/10/2012.

IV. RESULTATEN

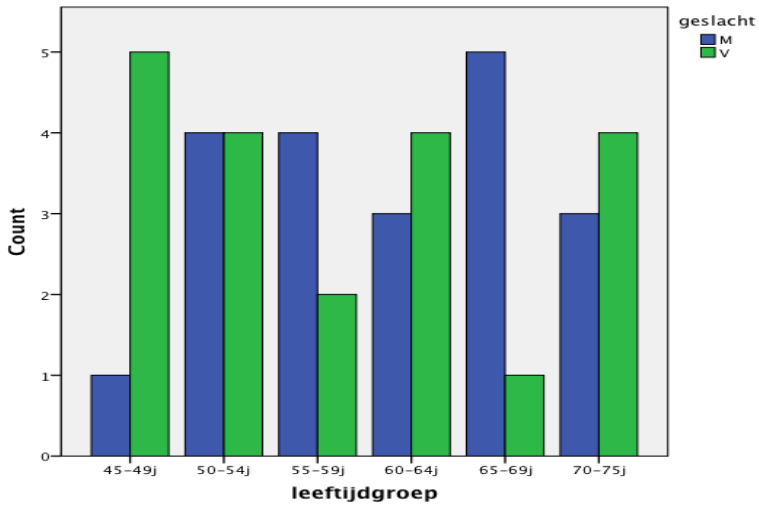
4.1 Gezondheidsenquête: de voormeting

In totaal konden 40 patiënten gerekruteerd worden voor deelname aan deze studie, bestaande uit 20 vrouwen en 20 mannen. Aan de deelnemers werd gevraagd om de gezondheidsenquête in te vullen (de voormeting; gedetailleerde resultatenverwerking: zie bijlage 6). De populatie werd onderverdeeld in twee steekproefpopulaties aan de hand van de vooropgestelde quota geslacht en rookstatus: een groep met uitwerking van het GMD+ (interventiegroep, GMD1) en een groep zonder uitwerking van het GMD+ (controlegroep, GMD0). In totaal waren er 16 deelnemers met een actieve rookstatus; 6 vrouwen en 10 mannen (zie tabel 2). Bijgevolg bevatte elke steekproefpopulatie 3 vrouwen en 5 mannen met een actieve rookstatus. De overige 12 deelnemers in de steekproefpopulatie werden eerder op basis van leeftijdscategorie gekozen (zie tabel 3).

geslacht * rookstatus

		nu roker		Total
		J	N	
geslacht	M	10	10	20
	V	6	14	20
Total		16	24	40

Tabel 2. Steekproefquota rookstatus in functie van geslacht.



sex	Mean	N	Std.
M	61,70	20	7,435
V	58,65	20	9,178
Total	60,18	40	8,388

Figuur 1. Geslacht in functie van leeftijdscategorieën met vermelding van gemiddelde leeftijd in jaren.

Op het einde van elke categorie werd aan de deelnemer gevraagd om een inschatting te maken over zijn kennis en tevredenheid omtrent die categorie. Als voorbeeld werd de categorie gezonde voeding gegeven: heeft de deelnemer kennis van de richtlijnen omtrent gezonde voeding? Is hij tevreden over zijn eigen dagelijkse voedingsgewoonten? De meeste zaken werden verduidelijkt in de vragenlijsten, waardoor de deelnemers een referentiekader kregen aangeboden om deze inschatting beter te kunnen maken.

4.1.1 Verdeling variabelen

Kennis	Normal Parameters		Most Extreme Differences			Kolmogorov -Smirnov Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
	Mean	Std.	Absolute	Positive	Negative		
hart- en vaatziekten	6,85	1,272	,242	,158	-,242	1,531	,018
rookstopbegeleiding	7,38	1,720	,142	,088	-,142	,897	,397
gezonde voeding	6,83	1,279	,179	,121	-,179	1,135	,152
fysieke activiteit	6,03	1,165	,234	,234	-,216	1,477	,025
diabetes mellitus	7,00	1,710	,225	,179	-,225	1,423	,035
vaccinatie	5,93	1,607	,194	,127	-,194	1,224	,100
kankeropsporing	6,60	1,446	,239	,141	-,239	1,512	,021
alcohol	8,35	1,051	,207	,155	-,207	1,308	,065
gebruik van benzo's	7,45	2,195	,185	,123	-,185	1,170	,130

Tevredenheid	Normal Parameters		Most Extreme Differences			Kolmogorov -Smirnov Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
	Mean	Std.	Absolute	Positive	Negative		
gezondheidsbeleving	7,10	,871	,279	,271	-,279	1,766	,004
hart- en vaatziekten	6,75	,981	,201	,178	-,201	1,269	,080
rookstopbegeleiding	7,68	2,212	,250	,147	-,250	1,584	,013
gezonde voeding	6,95	1,377	,202	,173	-,202	1,279	,076
fysieke activiteit	5,88	1,588	,181	,139	-,181	1,147	,144
diabetes mellitus	6,90	1,692	,222	,208	-,222	1,406	,038
vaccinatie	5,90	1,878	,171	,109	-,171	1,081	,193
kankeropsporing	6,85	1,578	,195	,133	-,195	1,234	,095
alcohol	8,73	1,154	,319	,181	-,319	2,018	,001
gebruik van benzo's	8,35	1,369	,249	,167	-,249	1,576	,014
depressie	7,50	1,132	,229	,229	-,229	1,451	,030

Tabel 3 & 4. Gemiddelden en standaarddeviaties van de kennis en tevredenheid (score op basis van 10), met vermelding van de resultaten van de KS-toets en p-waarden.

Eerst en vooral is het belangrijk is om te bepalen of de gegevens in de steekproef overeenkomen met de normale verdeling. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de one-sample Kolmogorov-Smirnov toets (KS-toets, zie tabel 3 en 4).

We zien dat de verdeling van een aantal variabelen niet overeenkomen met de normaalverdeling, gezien de desbetreffende p-waarden kleiner zijn dan 0,05. Inzake kennis is dit zo voor de categorieën: hart- en vaatziekten, fysieke activiteit, diabetes mellitus en kankeropsporing. In zake tevredenheid is dit zo voor de categorieën: gezondheidsbeleving, rookstopbegeleiding, diabetes mellitus, alcohol, gebruik van benzo's en depressie. We zullen om die reden steeds gebruik maken van niet-parametrische toetsen.

4.1.2 Beschrijving van de groepen

Op gebied van algemene gezondheid geven de deelnemers zichzelf gemiddeld een score van 7,10/10. In totaal stelden 36/40 deelnemers dat hun gezondheidstoestand goed was of redelijk, 2/40 vond deze zeer goed en 2/40 vonden hun gezondheidstoestand slecht. Het waren ook deze laatste twee deelnemers die de laagste scores gaven aan hun algemene gezondheidsbeleving (score van 5/10). In totaal waren er 28 patiënten die aangaven om hun gezondheid te willen verbeteren in de komende 3 maanden, met als voornaamste reden om gezond en fit te blijven, een minderheid om langer te leven. 26/28 wilden hierbij hulp krijgen van hun huisarts.

In tabel 3 en 4 vinden we inzake kennis en tevredenheid de hoogste scores terug in de categorieën gebruik van alcohol (8,35 resp. 8,73) en gebruik van slaap- en kalmeermiddelen (7,45 en 8,35). Bij het gedetailleerder bekijken van de antwoorden in de betreffende categorieën, konden volgende resultaten worden teruggevonden:

- 36/40 zeggen nooit of slechts 1 keer per maand of minder alcohol gebruiken
- 4/40 zeggen 4 tot 6 keer per week alcohol te gebruiken
- er is geen enkele deelnemer die zegt elke dag te gebruiken
- 32/40 zeggen nooit slaap- of kalmeermiddelen gebruikt te hebben
- 8/40 zeggen de afgelopen 30 dagen slaap- of kalmeermiddelen gebruikt te hebben, waarbij er slechts op 1 – 3 dagen in deze periode effectief gebruik was

Daar tegenover vinden we de laagste scores terug in de categorieën fysieke activiteit en vaccinatie die als de twee zwakste categorieën worden aangegeven, zowel op gebied van kennis als tevredenheid. Bij het gedetailleerder bekijken van de antwoorden in de betreffende categorieën, konden volgende resultaten worden teruggevonden:

- slechts 4/40 zeggen regelmatig zware lichamelijke inspanningen te leveren
- als we spreken van matige lichamelijke inspanningen komen daar 8 deelnemers bovenop (12/40)
- 18/40 zegt nooit langer dan 10 minuten te wandelen
- 14/40 zeggen een tetanus vaccinatie gekregen te hebben minder dan 10j geleden en nog eens 14/40 zeggen deze gekregen te hebben meer dan 10j geleden, maar minder dan 20j geleden
- 12/40 weten niet wanneer ze voor het laatst gevaccineerd zijn geweest voor tetanus
- 16/40 patiënten zeggen ook nog nooit gevaccineerd te zijn geweest tegen influenza/pneumokokken

Op gebied van hart- en vaatziekten en opsporing van diabetes mellitus lijken patiënten relatief tevreden te zijn. Uit de vragenlijst konden we zien dat 40 deelnemers hun cholesterolgehalte en bloeddruk regelmatig laten meten en dat ze ook adviezen hadden gekregen van hun arts indien de gemeten waarden te hoog werden geacht. Wat betreft suikergehaltemeting waren er 4 deelnemers die dit nog nooit hadden laten bepalen. Onder de deelnemers is er ooit sprake geweest van een verhoogd cholesterolgehalte bij 30 deelnemers, een hoge bloeddruk bij 24 deelnemers en een verhoogd suikergehalte bij 8 deelnemers (echter zonder dat er sprake was van diabetes; cfr. exclusiecriterium). Hiervan zitten er telkens respectievelijk 15, 12 en 4 deelnemers in beide groepen.

Zoals reeds gemeld waren er in totaal 16 deelnemers met een actieve rookstatus. Alle deelnemers hebben reeds pogingen ondernomen om te stoppen met roken, voornamelijk omwille van ziekte, bezorgdheid omtrent de nadelige gevolgen en onder invloed van de omgeving. Van de rokers zijn er 8 deelnemers die 15 sigaretten of meer per dag roken, de overige 8 deelnemers roken minder dan 15 sigaretten per dag. We zien in tabel 5 dat actieve rokers zichzelf 6,25/10 geven inzake kennis omtrent de schadelijke effecten van tabak en 5,25/10 inzake tevredenheid over hun persoonlijke rookstatus. De niet-rokers of ex-rokers geven zichzelf respectievelijk 8,12/10 en 9,29/10 .

rookstatus		kennis RB	tevredenheid RB
0	Mean	8,12	9,29
	N	24	24
	Std. Deviation	1,361	,690
1	Mean	6,25	5,25
	N	16	16
	Std. Deviation	1,612	1,238
Total	Mean	7,38	7,68
	N	40	40
	Std. Deviation	1,720	2,212

Tabel 5. Gemiddelden inzake kennis en tevredenheid voor rookstopbegeleiding uitgezet voor niet-rokers/ex-rokers (rookstatus = 0) en actieve rokers (rookstatus = 1).

We zien dat de deelnemers denken voldoende kennis te hebben omtrent de adviezen tot gezonde voeding en tevreden te zijn over hun huidige voedingsgewoonten. Zo worden groenten en fruit voor minstens 5 dagen per week gegeten door respectievelijk 38/40 deelnemers en 24/40 deelnemers, en wordt door 26/40 deelnemers dagelijks ontbeten. Verder geven 16/40 patiënten aan dat ze iets willen veranderen aan hun eetpatroon in de komende 3 maanden, voornamelijk om gezond en fit te blijven, en willen daarbij graag geholpen worden door hun huisarts. De overige 24 deelnemers die hun voedingsgewoonten niet willen veranderen doen dit voornamelijk omdat ze van mening zijn dat ze al gezond eten.

Betreffende de categorie kankeropsporing zien we een score van 6,60/10 en 6,85/10 voor respectievelijk kennis en tevredenheid. 22 deelnemers hebben nog nooit een test laten uitvoeren voor het vroegtijdig opsporen van darmkanker. Inzake baarmoederhalskanker en borstkanker moet opgemerkt worden dat alle vrouwelijke deelnemers zich hier reeds hebben op laten screenen, met uitzondering van het uitvoeren van een mammografie bij de vrouwelijke deelnemers jonger dan 50 jaar.

We zien in tabel 6 dat mannen zichzelf evenveel punten geven voor kennis en tevredenheid, namelijk 6,40/10, terwijl de vrouwen zichzelf 6,80/10 geven inzake kennis en 7,30/10 inzake tevredenheid.

geslacht		kennis CA	tevredenheid CA
M	Mean	6,40	6,40
	N	20	20
	Std. Deviation	1,789	1,847
V	Mean	6,80	7,30
	N	20	20
	Std. Deviation	1,005	1,129
Total	Mean	6,60	6,85
	N	40	40
	Std. Deviation	1,446	1,578

Tabel 6. Gemiddelden inzake kennis en tevredenheid voor kankeropsporing ifv geslacht.

De laatste categorie betreft de bevraging naar een depressieve gemoedstoestand. De gemiddelde score in deze categorie bedraagt 7,5/10. In totaal geven 22/40 zichzelf een score van 8 of meer, nog eens 14/40 geven zichzelf een score van 7/10, echter 4/40 geven zichzelf een score van 5. We zien in tabel 7 dat er evenveel mannen als vrouwen zijn die zichzelf een score hebben gegeven van 5/10.

		geslacht		Total
		M	V	
tevredenheid DE	5	2	2	4
	7	8	6	14
	8	8	10	18
	9	0	2	2
	10	2	0	2
Total		20	20	40

Tabel 7. Uiteenzetting van de scores voor tevredenheid inzake gemoedstoestand ifv geslacht.

4.1.3 Toetsen van de verschillen

Verder is het nuttig om te controleren of er grote verschillen zijn in de gemiddelden voor kennis en tevredenheid tussen de twee groepen onderling. Stel dat de steekproefpopulatie met uitvoering van het GMD+ een grotere kennis of tevredenheid vertoont bij de voormeting, zal dit waarschijnlijk tot andere resultaten leiden bij de nameting ten opzichte van de steekproefpopulatie zonder uitvoering van het GMD+. Om vast te stellen of de gemiddelden

van deze twee groepen aan elkaar gelijk zijn werd gebruik gemaakt van een Kolmogorov-Smirnov toets, dewelke de voorkeur geniet boven de Mann-Whitney toets gezien de erg kleine steekproeven (zie tabel 8 en 9).

Kennis	Most Extreme Differences			Kolmogorov-Smirnov Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
	Absolute	Positive	Negative		
hart- en vaatziekten	,150	,150	,000	,474	,978
rookstopbegeleiding	,150	,150	,000	,474	,978
gezonde voeding	,150	,150	,000	,474	,978
fysieke activiteit	,150	,150	-,050	,474	,978
diabetes mellitus	,200	,200	,000	,632	,819
vaccinatie	,150	,150	-,050	,474	,978
kankeropsporing	,000	,000	,000	,000	1,000
alcohol	,150	,150	,000	,474	,978
gebruik van benzo's	,050	,050	,000	,158	1,000

Tevredenheid	Most Extreme Differences			Kolmogorov-Smirnov Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
	Absolute	Positive	Negative		
gezondheidsbeleving	,150	,050	-,150	,474	,978
hart- en vaatziekten	,100	,100	,000	,316	1,000
rookstopbegeleiding	,100	,100	,000	,316	1,000
gezonde voeding	,150	,150	,000	,474	,978
fysieke activiteit	,100	,100	,000	,316	1,000
diabetes mellitus	,200	,200	,000	,632	,819
vaccinatie	,100	,100	-,050	,316	1,000
kankeropsporing	,000	,000	,000	,000	1,000
alcohol	,150	,150	,000	,474	,978
gebruik van benzo's	,000	,000	,000	,000	1,000
depressie	,000	,000	,000	,000	1,000

Tabel 8 en 9. Vergelijking van gemiddelden tussen de twee steekproefpopulaties inzake kennis en tevredenheid door middel van de Kolmogorov-Smirnov toets voor twee groepen.

De nulhypothese luidt dat er geen verschillen zijn tussen de gemiddelden van de twee steekproefpopulaties inzake kennis en tevredenheid. In dit geval is voor alle onderdelen van de voormeting voor zowel kennis als tevredenheid een overschrijdingskans aangetroffen van meer dan 0,05 waaruit we kunnen concluderen dat we in dit geval de nulhypothese van gelijke gemiddelden moeten accepteren.

4.2 Tevredenheidsenquête: de nameting

Alle 40 deelnemers werden na ongeveer 3 maanden opnieuw uitgenodigd voor het invullen van de tevredenheidsenquête (de nameting; gedetailleerde resultatenverwerking: zie bijlage 6). We weten dat de twee steekproefpopulaties geen statistisch significante verschillen vertoonden bij de resultaten van de voormeting.

4.2.1 Beschrijving van de groepen

Kennis nameting	GMD								
	0			1			Total		
	Mean	N	Std.	Mean	N	Std.	Mean	N	Std.
hart- en vaatziekten	6,80	20	1,361	8,70	20	,733	7,75	40	1,446
rookstopbegeleiding	7,75	20	1,618	8,65	20	,988	8,20	40	1,400
gezonde voeding	7,25	20	1,333	8,15	20	1,040	7,70	40	1,265
fysieke activiteit	6,55	20	1,504	7,80	20	1,361	7,18	40	1,551
diabetes mellitus	6,90	20	1,744	8,40	20	,503	7,65	40	1,477
vaccinatie	6,35	20	1,663	8,40	20	,598	7,38	40	1,612
kankeropsporing	6,70	20	1,625	8,20	20	,523	7,45	40	1,413
alcohol	8,30	20	1,031	9,05	20	,605	8,68	40	,917
gebruik van benzo's	7,25	20	2,197	8,80	20	,834	8,03	40	1,819

Tevredenheid nameting	GMD								
	0			1			Total		
	Mean	N	Std.	Mean	N	Std.	Mean	N	Std.
gezondheidsbeleving	7,05	20	,887	8,05	20	,887	7,55	40	1,011
hart- en vaatziekten	6,65	20	,988	8,40	20	,940	7,53	40	1,301
rookstopbegeleiding	8,00	20	2,000	8,85	20	1,137	8,43	40	1,662
gezonde voeding	7,35	20	1,309	8,30	20	,923	7,82	40	1,217
fysieke activiteit	6,50	20	1,906	7,00	20	2,026	6,75	40	1,958
diabetes mellitus	7,15	20	1,814	8,20	20	,696	7,68	40	1,457
vaccinatie	6,15	20	1,872	8,50	20	,607	7,33	40	1,817
kankeropsporing	6,85	20	1,663	8,05	20	,759	7,45	40	1,413
alcohol	8,65	20	1,182	9,05	20	,759	8,85	40	1,001
gebruik van benzo's	8,10	20	1,619	8,85	20	,813	8,47	40	1,320
depressie	7,45	20	1,234	8,20	20	1,005	7,82	40	1,174

Tabel 10 en 11. Weergave van de gemiddelden en standaarddeviaties inzake kennis en tevredenheid bij de nameting. Controlegroep = GMD 0. Interventiegroep = GMD 1.

Op gebied van gezondheidsbeleving zijn er in beide groepen evenveel deelnemers die om persoonlijke redenen hun gezondheid wilden verbetering in de voorbije 3 maanden (16/20). Een opvallend verschil is dat de interventiegroep hiervoor gebruik maakte van adviezen van de arts, terwijl patiënten in de controlegroep vooral op zichzelf aangewezen waren (advies arts 15/16 resp. 7/16). We zien dat in de interventiegroep deelnemers meer het gevoel hadden dat ze hierdoor gezonder zijn gaan leven (15/16 resp. 1/16).

Wat betreft de bepaling van het risico op hart- en vaatziekten en opsporing van diabetes mellitus is er een duidelijke trend te zien van toegenomen gedragsverandering in de interventiegroep ten opzichte van de controlegroep om cholesterol (12/20 resp. 6/20), bloeddruk (8/20 resp. 4/20) en suikergehalte (2/20 resp. 2/20) te willen verbeteren met als belangrijkste reden het advies van de huisarts. Gezien uit de voormeting verhoogde waarden gemeld werden door de deelnemers voor cholesterol (15/20), bloeddruk (12/20) en suiker (4/20) hebben we bij ongeveer 50-75% van deze deelnemers een gedragsverandering kunnen teweeg brengen in de interventiegroep. Hierdoor werden in deze laatste groep kennis- en tevredenheidsscores gegeven gaande van 7/10 tot 10/10, terwijl de helft van de scores in de controlegroep minder dan 7/10 betrof.

Zoals reeds aangehaald waren er in totaal 16 deelnemers met een actieve rookstatus. Alle deelnemers hebben reeds pogingen ondernomen om te stoppen met roken, echter tot op heden zonder succes. Na uitvoering van het GMD+ in de interventiegroep is het gelukt om 5/8 deelnemers gemotiveerd te krijgen om te stoppen met roken, zodat op het moment van de nameting deze deelnemers niet meer actief rookten. Er waren nog twee deelnemers die hadden geprobeerd te stoppen met roken, echter zonder geslaagd resultaat. Eén deelnemer was niet te spreken over rookstop. In de controlegroep is het gelukt om één deelnemer gelukt om te stoppen met roken.

Er werden heel wat onvolledige vaccinatiestatussen vastgesteld bij het uitvoeren van het GMD+ in de interventiegroep (14/20). In de controlegroep waren dit slechts 3/20, gezien er vaak maar sporadisch gedacht wordt aan het opvolgen van de vaccinatiestatus van de patiënten. Het is dan ook logisch dat de interventiegroep meer kennis heeft kunnen verwerven en zich een stuk meer tevreden voelden omtrent hun persoonlijke vaccinatiestatus.

Hetzelfde geldt voor de opsporing van colorectaal carcinoom, waarbij er vaak maar sporadisch gedacht wordt om dit voor te stellen aan de patiënten. In dit onderzoek werd bij de helft van de patiënten in de interventiegroep een onderzoek opgestart voor screening op colorectaal carcinoom (mammacarcinoom en cervixcarcinoom waren reeds in orde bij alle patiënten bij de voormeting). In de controlegroep is dit bij slechts 4 patiënten gebeurd. Er was dan ook in deze categorie een duidelijke discrepantie te zien inzake tevredenheid en kennis.

Patiënten waren minder geneigd om adviezen te volgen omtrent gezonde voeding en fysieke activiteit: in de interventiegroep wilden 11/20 geen veranderingen aanbrengen in hun voeding of fysieke activiteit. Echter scoorden de deelnemers die de adviezen wel hebben proberen toe te passen deze categorieën een heel stuk hoger in vergelijking met de scores die gegeven werden bij de voormeting.

De kleinste toenamen in gemiddelden tussen de voor- en nameting werden vastgesteld in de categorieën gebruik van alcohol en slaap- en kalmeermiddelen. Voor beide categorieën waren veel patiënten reeds tevreden bij de voormeting, gezien er geen gebruik was van deze middelen. De stijging inzake de kennis en tevredenheid kan men voornamelijk terugvinden in de toename van de kennis omtrent de schadelijke effecten en daardoor ook een toename in tevredenheid gezien de deelnemers ontdekten dat hun aantal alcoholische eenheden binnen de vooropgestelde grenzen vielen. Daarnaast werd er ook hoger gescoord in de interventiegroep inzake kennis omtrent slaap met secundair een verbetering van de slaap.

De laatste categorie betreft de bevraging naar een depressieve gemoedstoestand. Er kon één deelnemer in de interventiegroep tijdens de studie geholpen worden door een psycholoog. Hierdoor werd een score van 2 omgezet naar 9. Daarnaast valt het op dat de andere deelnemers in deze groep ook een lichte toename kennen van hun tevredenheid over hun persoonlijke gemoedstoestand.

4.2.2 Toetsen van de verschillen

Interessanter om te weten natuurlijk is of het implementeren van het GMD+ bij de betreffende steekproefpopulatie een significante toename (of eventuele daling) van de gemiddelde kennis en tevredenheid zou kunnen veroorzaken in vergelijking met de groep zonder implementatie van het GMD+. Dit kunnen we onderzoeken aan de hand van het uitvoeren van een Wilcoxon Singed Ranks-toets (zie tabel 12-15).

Kennis GMD 0	Ranks							Z	Sig.
	-	+	=	Mean		Sum			
				-	+	-	+		
hart- en vaatziekten	5	5	10	5,00	6,00	25,00	30,00	-,277	,782
rookstopbegeleiding	1	8	11	3,50	5,19	3,50	41,50	-2,326	,020
gezonde voeding	1	9	10	4,00	5,67	4,00	51,00	-2,495	,013
fysieke activiteit	0	7	13	,00	4,00	,00	28,00	-2,460	,014
diabetes mellitus	0	2	18	,00	1,50	,00	3,00	-1,342	,180
vaccinatie	0	3	17	,00	2,00	,00	6,00	-1,633	,102
kankeropsporing	4	4	12	3,75	5,25	15,00	21,00	-,427	,669
alcohol	0	3	17	,00	2,00	,00	6,00	-1,732	,083
gebruik van benzo's	3	0	17	2,00	,00	6,00	,00	-1,732*	,083

Tevredenheid GMD 0	Ranks							Z	Sig.
	-	+	=	Mean		Sum			
				-	+	-	+		
gezondheidsbeleving	8	5	7	6,50	7,80	52,00	39,00	-,500*	,617
hart- en vaatziekten	6	6	8	6,50	6,50	39,00	39,00	,000	1,000
rookstopbegeleiding	2	3	15	2,00	3,67	4,00	11,00	-,962	,336
gezonde voeding	2	8	10	3,50	6,00	7,00	48,00	-2,145	,032
fysieke activiteit	0	8	12	,00	4,50	,00	36,00	-2,558	,011
diabetes mellitus	0	6	14	,00	3,50	,00	21,00	-2,232	,026
vaccinatie	3	4	13	3,00	4,75	9,00	19,00	-,877	,380
kankeropsporing	6	4	10	4,50	7,00	27,00	28,00	-,052	,959
alcohol	0	1	19	,00	1,00	,00	1,00	-1,000	,317
gebruik van benzo's	5	1	14	3,60	3,00	18,00	3,00	-1,667*	,096
depressie	4	2	14	3,00	4,50	12,00	9,00	-,333*	,739

*Tabel 12 en 13. WSR-toets inzake kennis en tevredenheid tussen de voormeting en de nameting in de controlegroep. Z-scores gebaseerd op negatieve ranks (*gebaseerd op positieve ranks).*

We zien in tabel 12 dat inzake kennis bij de controlegroep tussen de voor- en nameting er een significante toename is voor de categorieën rookstopbegeleiding, gezonde voeding en fysieke activiteit, gezien de overschrijdingskansen kleiner zijn dan 0,05 en een negatieve z-score (gebaseerd op negatieve ranks).

Voor de andere categorieën zien we enkel een niet-significante stijging, met als uitzondering kennis omtrent slaap- en kalmeermiddelen, dewelke een niet-significante daling vertoont bij de nameting ten opzichte van de voormeting (negatieve z-score op basis van de positieve ranks).

Gelijkaardige bevindingen zien we in tabel 13 inzake tevredenheid bij de controlegroep tussen de voor- en nametingen. Ook hier zijn de categorieën gezonde voeding en fysieke activiteit significant toegenomen, echter in plaats van rookstopbegeleiding is nu de categorie opsporing van diabetes mellitus significant gestegen.

Alle andere categorieën vertonen een niet-significante toename, met als uitzonderingen: bepaling risico voor hart- en vaatziekten, dewelke gelijke waarden vertonen, en de categorieën gezondheidsbeleving, gebruik van slaap- en kalmeermiddelen en gemoedstoestand, dewelke een niet-significante afname vertonen (negatieve z-scores op basis van de positieve ranks).

Kennis GMD 1	Ranks							Z	Sig.
	-	+	=	Mean		Sum			
				-	+	-	+		
hart- en vaatziekten	0	19	1	,00	10,00	,00	190,00	-3,880	,000
rookstopbegeleiding	0	13	7	,00	7,00	,00	91,00	-3,269	,001
gezonde voeding	0	15	5	,00	8,00	,00	120,00	-3,487	,000
fysieke activiteit	0	16	4	,00	8,50	,00	136,00	-3,752	,000
diabetes mellitus	0	11	9	,00	6,00	,00	66,00	-3,002	,003
vaccinatie	0	18	2	,00	9,50	,00	171,00	-3,783	,000
kankeropsporing	0	16	4	,00	8,50	,00	136,00	-3,580	,000
alcohol	0	8	12	,00	4,50	,00	36,00	-2,640	,008
gebruik van benzo's	0	11	9	,00	6,00	,00	66,00	-3,064	,002

Tevredenheid GMD 1	Ranks							Z	Sig.
	-	+	=	Mean		Sum			
				-	+	-	+		
gezondheidsbeleving	0	15	5	,00	8,00	,00	120,00	-3,542	,000
hart- en vaatziekten	0	17	3	,00	9,00	,00	153,00	-3,684	,000
rookstopbegeleiding	0	6	14	,00	3,50	,00	21,00	-2,214	,027
gezonde voeding	0	10	10	,00	5,50	,00	55,00	-2,871	,004
fysieke activiteit	0	12	8	,00	6,50	,00	78,00	-3,111	,002
diabetes mellitus	0	11	9	,00	6,00	,00	66,00	-3,002	,003
vaccinatie	0	17	3	,00	9,00	,00	153,00	-3,646	,000
kankeropsporing	0	14	6	,00	7,50	,00	105,00	-3,372	,001
alcohol	0	3	17	,00	2,00	,00	6,00	-1,633	,102
gebruik van benzo's	0	6	14	,00	3,50	,00	21,00	-2,264	,024
depressie	0	9	11	,00	5,00	,00	45,00	-2,754	,006

Tabel 14 en 15. WSR-toets inzake kennis en tevredenheid tussen de voormeting en de nameting in de interventiegroep. Z-scores gebaseerd op negatieve ranks.

We zien in tabel 14 en 15 dat inzake kennis en tevredenheid bij de interventiegroep tussen de voor- en nameting er een significante toename is voor alle categorieën, met uitzondering van de tevredenheid omtrent gebruik van alcohol. Alle overschrijdingskansen zijn namelijk kleiner dan 0,05 en de z-scores zijn negatief indien gebaseerd op de negatieve ranks. De z-scores zijn ook beduidend hoger dan deze in vergelijking met de controlegroep.

De grootste z-scores vinden we terug in de categorieën vaccinaties en bepaling risico hart- en vaatziekten inzake kennis en tevredenheid (-3,783 en -3,646 resp. -3,880 en -3,684). De kleinste z-scores vinden we terug in de categorieën gebruik van alcohol en gebruik van slaap- en kalmeermiddelen inzake kennis en tevredenheid (-2,640 en -1,633 resp. -3,064 en -2,264).

V. DISCUSSIE

5.1 Interpretatie van de vragenlijsten en vergelijking met literatuur

Beide vragenlijsten die gebruikt werden in deze masterproef geven persoonlijke inschattingen van patiënten omtrent hun gezondheidsbeleving weer. Ze weerspiegelen wat de patiënten denken dat ze doen. Bijgevolg komen de antwoorden op deze vragen niet altijd overeen met de realiteit.

In totaal konden 40 patiënten gerekruteerd worden voor deelname aan deze studie, bestaande uit 20 vrouwen en 20 mannen. Aan alle deelnemers werd gevraagd om 2 enquêtes in te vullen: een gezondheidsenquête (de voormeting) en een tevredenheidsenquête (de nameting). Beide enquêtes peilden naar de verschillende categorieën van de gezondheidsgids, waarbij de deelnemers op het einde van elke categorie gevraagd werden om een inschatting te maken over zijn/haar kennis en tevredenheid omtrent die categorie. Na het invullen van de gezondheidsenquête konden de deelnemers ingedeeld worden in twee gelijkwaardige steekproefpopulaties zoals beschreven in de resultaten: een controlegroep waarbij er geen uitwerking was van het GMD+, en een interventiegroep waarbij er wel een uitwerking was van het GMD+ in de 3 maanden tussen het invullen van beide enquêtes.

Er werd gecontroleerd of er grote verschillen bestonden in de gemiddelden voor kennis en tevredenheid tussen de twee groepen onderling bij het uitvoeren van de voormeting, echter konden we vaststellen dat er voor alle onderdelen vergelijkbare gemiddelden werden teruggevonden voor beide groepen.

Uit de voormeting blijkt dat de deelnemers een relatief hoog cijfer geven aan de tevredenheid over hun algemene gezondheidsbeleving. In totaal stelden 36/40 deelnemers dat hun gezondheidstoestand goed was of redelijk, 2/40 vond deze zeer goed en 2/40 vonden hun gezondheidstoestand slecht. Het waren ook deze laatste twee deelnemers die de laagste scores gaven aan hun algemene gezondheidsbeleving (score van 5/10). Het bleek te gaan om patiënten met polypathologie (1 deelnemer met ernstige reumatoïde artritis, 1 patiënt met recent ingreep voor hyperthyroïdie met een aantal post-operatieve complicaties). De overige 38 deelnemers betroffen patiënten met een relatieve blanco voorgeschiedenis. Nochtans is het gevaarlijk om net deze groep te missen bij het uitvoeren van preventieve zorgen. Het is

namelijk niet omdat er zich geen klachten stellen, dat er geen noodzaak is aan preventie. Dit probleem wordt ook aangekaart in de literatuur. Zo beschrijft Walter *et al*[5] dat huisartsen geneigd zijn om hun rol in primaire preventie te bagatelliseren: 'Als je een gezonde patiënt hebt, dewelke niet veel risicofactoren bezit en veel aan sport doet, kan je niet voor hem doen'. Daarnaast is er vaak een gebrek aan motivatie bij de patiënt omdat een aantal risicofactoren, zoals hypertensie en hoog cholesterolgehalte, geen symptomen geven.

In totaal waren er 28 patiënten die aangaven om hun gezondheid te willen verbeteren in de komende 3 maanden. Hun voornaamste reden was om gezond en fit te blijven en bij een minderheid om langer te leven. In totaal wilden 26/28 hierbij hulp krijgen van hun huisarts. Dit wordt ook bevestigd in de studie van Dr. Rik Baeten[13], waarbij de veertig- en vijftigjarigen van de onderzoekspopulatie wensen dat de huisarts hen uitnodigt tot een gesprek over preventie.

Toch moet de kanttekening gemaakt worden bij het aanbieden van al deze preventieve onderzoeken. De Booys[14] stelt in haar artikel de bedenking of de afnemer van de 'health check' bereid en in staat is om de consequenties van de uitslag te doorzien en deze te aanvaarden? En geldt dat ook voor zijn omgeving en de maatschappij? Zo wordt als voorbeeld gegeven de prenatale screening op het syndroom van Down: de afweging voor dit aanbod kan vanuit het perspectief van de overheid voor de gehele groep vrouwen positief uitvallen, echter voor de individuele vrouw en haar eventuele partner kan screening tot gevolg hebben dat zij (soms onvoldoende voorbereid) geconfronteerd worden met de optie om de zwangerschap af te breken. En als mensen er voor kiezen om dit niet te doen, worden zij geconfronteerd met een soms negatieve houding van de omgeving dat zij een kind met het Downsyndroom geboren laten worden, terwijl dit niet had gehoeven. Dit verhaal kan natuurlijk geëxtrapoleerd worden naar de verschillende onderdelen van de gezondheidsgids. Ook in deze studie stelden 12 deelnemers dat ze geen interesse toonden om hun gezondheid te willen verbeteren. Een aantal van deze deelnemers schreven de vermelding dat ze niet willen weten hoe slecht of hoe goed hun gezondheid is uit angst om geconfronteerd te worden met ingrijpende behandelingen die niet gewenst zijn door de patiënt.

Op gebied van hart- en vaatziekten en opsporing van diabetes mellitus lijken patiënten relatief tevreden te zijn. Zo bleek uit de vragenlijst dat alle 40 deelnemers hun cholesterolgehalte en bloeddruk regelmatig laten meten en kregen ze ook adviezen van hun arts indien de gemeten

waarden te hoog werden geacht. Wat betreft suikergehaltemeting waren er 4 deelnemers die dit nog nooit hadden laten bepalen. Onder de deelnemers is er ooit sprake geweest van een verhoogd cholesterolgehalte bij 30 deelnemers, een hoge bloeddruk bij 24 deelnemers en een verhoogd suikergehalte bij 8 deelnemers (echter zonder dat er sprake was van diabetes; cfr. exclusiecriterium). Hiervan zitten er telkens respectievelijk 15, 12 en 4 deelnemers in beide groepen. Een verklaring voor de hoge cijfers inzake kennis en tevredenheid kan men waarschijnlijk vinden in het feit dat deze onderzoeken redelijk eenvoudig te bepalen zijn met weinig nadelige effecten voor de patiënt (bloedname). Toch is het opvallend dat weinig deelnemers kennis hadden van de SCORE-tabellen. Met deze tabellen kan het individuele risico van een patiënt worden afgelezen om binnen de komende tien jaar het slachtoffer te worden van een fataal cardiovasculair incident. Het is dus belangrijk voor huisartsen om niet enkel de bloedname uit te voeren maar deze ook te bespreken met de patiënten aan de hand van deze SCORE-tabellen.

Rookstopbegeleiding is zowel voor de arts als voor de rokende patiënt een moeilijk onderdeel in de gezondheidsgids. Eerst en vooral moet de patiënt gemotiveerd zijn om zijn rookgedrag aan te passen. Het gebrek aan motivatie wordt door Walter *et al*[5] gezien als één van de belangrijkste factoren die preventie in de weg staan. Daarnaast kunnen de eigen gewoonten en attitudes van de huisarts een grote invloed uitoefenen op het aanbieden van preventieve zorgen; zo zal een huisarts die zelf rookt, mogelijks minder belang hechten aan het onderdeel rookstopbegeleiding dan een huisarts die zelf niet rookt. Veel huisartsen geven ook de moed op om rokers te helpen met rookstop omdat vroegere pogingen niet succesvol bleken. Er ontstaat als het ware een vicieuze cirkel waarbij beide partijen met de vinger naar elkaar wijzen. Het is echter belangrijk om dan als huisarts het initiatief te nemen, en deze cirkel proberen te doorbreken. Zo zijn namelijk in deze studie 6 van de 16 deelnemers erin geslaagd om te stoppen met roken. Persoonlijk vind ik dit een heel hoog cijfer, gezien de literatuur spreekt over veel lagere slaagpercentages bij rookstopbegeleiding. Een bevorderende factor voor rookstop is de ondersteuning van een arts, wat ook in deze studie duidelijk is geworden: van de 6 deelnemers waren namelijk 5 deelnemers afkomstig uit de groep met uitvoering van het GMD+. Natuurlijk moet de bemerking gemaakt worden dat deze studie slechts een periode van 3 maanden omvat, en de studies in de literatuur meestal over langere periodes gespreid zijn (1 jaar of langer).

Fysieke activiteit werd in deze studie relatief laag gescoord, zowel op gebied van kennis als tevredenheid. Bij het gedetailleerder bekijken van de antwoorden in de betreffende categorieën konden we effectief opmerken dat er slechts 6 deelnemers waren die voldeden aan de vooropgestelde doelen door de gezondheidsgids. Dit in tegenstelling tot de adviezen omtrent gezonde voeding, waaruit bleek dat de huidige voedingsgewoonten van de deelnemers vaak wel voldeden aan de vooropgestelde doelen door de gezondheidsgids. Dit verklaart waarschijnlijk waarom 24 deelnemers geen noodzaak zagen om veranderingen aan te brengen in hun dagelijkse voedingsgewoonten. Toch opvallend is dat de deelnemers van interventiegroep die wel adviezen kregen gemiddeld een stuk hoger scoorden in vergelijking met deze bij de voormeting (meer kennis omtrent de aanbevolen duur, frequentie en intensiteit van de fysieke activiteiten).

Uit de persoonlijke notities van de patiënten bleek dat de deelnemers de adviezen omtrent gezonde voeding en beweging vaak wel kennen, maar dat het omzetten in de praktijk niet altijd eenvoudig lijkt te zijn. Het betreft dan ook levensstijlaanpassingen waarbij er vooral een gedragsverandering op lange termijn moet ontstaan. Dit is bijvoorbeeld in schril contrast met een Tedivax vaccinatie die slecht éénmalig moet gegeven worden per tien jaar. Deelnemers melden soms ook barrières te ondervinden bij het uitvoeren van deze levensstijlaanpassingen: kostprijs van gezonde voeding vermeld, lange werkdagen waardoor weinig tijd voor sport en slechte weersomstandigheden (zeer koude winter 2012-2013). Deze barrières worden ook beschreven in een artikel van Draper[15]. Voeding met als label ‘organisch’ is substantieel duurder, maar hij besluit dat gezonde voeding niet steeds duur hoeft te zijn. ‘Junk food’ is vaak ook duur en vers fruit of groenten zijn vaak goedkoper dan vlees van zelfs slechte kwaliteit. Ook inzake beweging kan men recreaties zoeken die zowel gezond zijn als goedkoop. Hierbij doet hij de suggestie van te gaan werken met de fiets, echter zijn hier natuurlijk ook een aantal problemen te bemerken: aanvaardbare afstand thuis-werk, wagen hoeft niet vereist te worden voor het werk en er moeten faciliteiten zijn om te douchen.

De categorie vaccinatie vertoonde de grootste toename in kennis en tevredenheid tussen de voor- en nameting. Uit de voormeting bleek dan ook dat 14 deelnemers zeggen een tetanus vaccinatie gekregen te hebben meer dan 10j geleden, en zelfs 12 deelnemers weten niet wanneer ze voor het laatst gevaccineerd zijn geweest. Daarnaast lijken de deelnemers geen kennis te hebben omtrent de richtlijnen voor influenza- of pneumokokken vaccinatie. Logischerwijs werden dan ook de grootste toenames teruggevonden in de interventiegroep.

De laatste tijd wordt er veel aandacht gegeven vanuit media en campagnes van de overheid om actief deel te nemen aan kankeropsporing. Dit is ook te merken in de huisartspraktijk, waar er relatief vaak op initiatief van de patiënt wordt gevraagd naar de mogelijke preventieve onderzoeken. Daarom was het opmerkelijk voor mezelf dat er in totaal 22 deelnemers nog nooit een test had laten uitvoeren voor het vroegtijdig opsporen van darmkanker. Nochtans staat dit resultaat in fel contrast met het feit dat alle vrouwelijke deelnemers volledig in orde waren met de screening op baarmoederhalskanker en vroegtijdige opsporing van borstkanker. Is het door het moeilijk uitvoeren van de FOBT voor patiënten? Of is er discussie bij de huisartsen over de lage sensitiviteit/specificiteit? Of wordt het gewoon vergeten? Verder onderzoek naar hoe we deze overdracht kunnen optimaliseren dient zeker te gebeuren.

Uit de resultaten van de voormeting kon weerhouden worden dat de categorieën gebruik van alcohol en gebruik van slaap- en kalmeermiddelen zeer hoog scoorden, zowel op gebied van kennis als tevredenheid. Zoals reeds besproken werd er bij geen enkele deelnemer misbruik omtrent deze middelen vastgesteld, wat waarschijnlijk de verklaring biedt voor de hoge scores die de deelnemers zichzelf toekennen. Dit maakt het bijgevolg moeilijk om conclusies te trekken uit deze twee categorieën.

Uit de laatste categorie kunnen we concluderen dat er een relatief klein aandeel van de deelnemers te kampen had met depressieve gevoelens. Bij twee van de vier deelnemers bleek het te gaan om een rouwproces door het recent verliezen van hun echtgenoten. De gezondheidsgids kan hierbij zeker een hulp zijn voor de huisarts om deze gevoelens tijdig op te sporen, of op te volgen in tijd (bv rouwproces korter of langer dan 6m?). Zo werd er bij één van de deelnemers een pathologisch rouwproces vastgesteld, waarna psychologische ondersteuning werd opgestart. Dit verklaart mogelijks waarom deze deelnemer zichzelf een hogere score heeft gegeven inzake tevredenheid bij de nameting.

Graag zou ik willen afsluiten met een bespreking omtrent de verwachtingen en de tijdsinvestering inzake preventieve onderzoeken, waarbij ik graag een terugkoppeling wil bieden naar de literatuurstudie uitgezet bij de start van mijn onderzoek. Hoewel niet specifiek bevraagd, werd in de vrije ruimten door verschillende patiënten de vraag gesteld naar onderzoek van levertesten, nierfunctie, schildkliertesten en screening naar prostaatkanker. Veel van deze zaken werden ook vermeld in de studie van Oboler *et al*[4] en sluit ook aan bij wat men ondervindt in de huisartspraktijk: ‘Dokter, ik wil mijn bloed graag op ‘alles’ laten

testen. Wetenschappelijk onderzoek heeft echter reeds aangetoond dat dit geen zin heeft, en er een specifieke indicatiestelling dient te gebeuren[19]. Het is dan als huisarts belangrijk om goede informatie te geven waarom bepaalde testen geen zin hebben: overdiagnostiek met onnodige behandelingen en nodeloze ongerustheid tot gevolg, niet 'alles' is terug te vinden in het bloed, de meeste kankers geven pas laattijdig aanleiding tot gestoorde labotests. Omtrent de screening naar prostaatcarcinoom is in de literatuur ook nog geen eenduidigheid terug te vinden. De verslaggevers van Minerva oktober 2009 besluiten dat een systematische screening naar prostaatkanker niet aan te bevelen is in de huisartsenpraktijk[16].

In de studie van Walter *et al*[5] werden als inhiberende patiënt gerelateerde factoren weerhouden: lagere sociale klasse, aanmoediging door de onmiddellijke omgeving, gebrek aan ondersteuning en extra meerkost, tijd vrijmaken (voor de gezondheidsgids betreft dit minimum 2 contacten), en de psychische stress (wil de patiënt geconfronteerd worden met bv rookgedrag, hoge bloeddruk). Voor de huisarts vond met als drempels: tijdsgebrek, focus op acute zorg, financiële overwegingen en gebrek aan overtuigingskracht.
Zowel arts als patiënt houden dus rekening met de financiële aspecten en tijdsinvestering die preventieve zorgen vereisen. Dit komt overeen met het onderzoek van Oboler *et al*[4] waaruit bleek dat patiënten hun verlangens omtrent bepaalde preventieve onderzoeken aanpassen in functie van de meerkost die dit met zich zou meebrengen. Daarnaast toonde de studie van Dr. Lenie Jacobs[3] aan dat ongeveerde de helft van de huisartsen de verloning onvoldoende vonden om op systematische wijze aan preventie te doen. Echter is er sinds 2010 een aparte nomenclatuurcode gekomen die het mogelijk maakt voor huisartsen om één keer per jaar een GMD+ aan te rekenen bij patiënten tussen de 45 en 75 jaar.
De tijdsinvestering voor het invullen van de gezondheidsgids werd reeds onderzocht door Dr. Lenie Jacobs[3], waarbij een gemiddelde tijdsbesteding van 12,5 minuten werd vastgesteld. Indien dus een aparte consultatie wordt voorzien voor de opstelling, moet dit haalbaar zijn voor elke huisarts. Aanvankelijk had ik zelf meer tijd nodig, maar na enkele consultaties kom je snel in de buurt van deze 12,5 minuten: 'oefening baart kunst'!

5.2 Kritische reflecties en limitaties

De twee vragenlijsten uit deze masterproef peilen naar de perceptie van de deelnemers omtrent hun persoonlijke gezondheidsbeleving. Deze perceptie komt niet altijd overeen met wat er in de realiteit daadwerkelijk gebeurt. Zo kan een patiënt zeggen dat hij 3u per week gaat sporten, echter de vraag is of dit effectief ook zo is?

Het betreft een eerste ervaring met het opstellen van vragenlijsten voor onderzoeksdoeleinden. Bij de verwerking werd ik geconfronteerd met beperkingen:

- onvoldoende genuanceerde vragen, zoals bv de twee vragen omtrent het eten van fruit
- geen mogelijkheid voor andere opties te geven bij bepaalde vragen, zoals bv de vraag over adviezen van artsen omtrent bloeddruk (1 patiënte die slechts éénmalig een hoge bloeddruk had omwille van een recent gebeurde carjacking waardoor het advies was om deze stressperiode te verwerken met een psycholoog)
- onvolledige ingevulde vragenlijsten, waarvoor telefonisch contact werd opgenomen na de studie, echter zijn deze telefonisch gegeven antwoorden mogelijks niet in vergelijkbaar met de ingevulde antwoorden

Daarnaast kan men ook de bedenking maken dat er bij het invullen van de tevredenheidsenquête de suggestie wordt gegeven om aan te duiden dat hun gezondheid verbeterd is. Namelijk, als patiënten gevraagd worden of het geven van bepaalde informatie of het toedienen van een Tedivax een verbetering oplevert omtrent hun kennis of tevredenheid, is het aannemelijk dat patiënten zullen antwoorden dat dit effectief ook zo zal zijn.

De doelstelling van het project was om 40 deelnemers te betrekken in de studie. Dit betreft dus een relatief beperkte populatie. Gezien de kleinschaligheid van dit onderzoek met de daarbijbehorende beperkte steekproef, kan men natuurlijk vragen stellen omtrent de reproduceerbaarheid en validiteit van dit onderzoek naar een uitgebreidere populatie. Om dit met zekerheid te kunnen weerleggen, zouden de deelnemersaantallen moeten uitgebreid worden om op deze manier de betrouwbaarheidsintervallen te verkleinen. Pas dan kan men met zekerheid zich uitspreken over de klinische relevantie van de conclusies.

Aanvankelijk was het ook mijn bedoeling om allochtonen te betrekken in de studie, zodoende meer inzicht te krijgen rondom preventie in andere culturen. Het bleek echter niet zo evident te zijn om deelnemers te rekruteren hiervoor gezien de kwaliteit van het Nederlands vaak onvoldoende was om de vragenlijsten te kunnen invullen. Ook is er nog steeds een relatief groot aantal van de allochtonen tussen de 45-75 jaar met analfabetisme. Daarnaast bemerkte ik ook een zekere drempel om mee te werken aan een onderzoek bij allochtonen. Een aantal van deze drempels worden ook beschreven in de studie van De Cort[17] en Walter *et al*[5] waarbij gezocht werd naar remmende en bevorderende factoren voor de implementatie van preventie. Als inhiberende factoren vond men: lagere sociale klasse, laag geletterdheid, extra meerkost en gebrek aan ondersteuning en aanmoediging door de onmiddellijke omgeving. Veel van deze factoren komen meer voor in de allochtone bevolking en kan om deze redenen verklaring geven aan de weerstandigheid tot deelname aan het onderzoek. Echter vind ik dit persoonlijk een zeer interessant gegeven om deze inhiberende factoren proberen weg te werken bij een allochtone bevolking, waar naar mijn gevoel zeker nog verder onderzoek naar moet gebeuren. Een vertaling van het individuele preventieplan naar verschillende talen en informatiesessies op lokaal niveau zouden een eerst stap kunnen zijn in die richting.

VI. BESLUIT

Alhoewel het gezondheidszorgbeleid in België tot nu toe vooral investeerde in curatieve geneeskunde, groeit meer en meer de overtuiging dat preventie op langere termijn rendabel kan zijn. Daarnaast is reeds lange tijd geweten dat goede planmatige primaire preventiestrategieën efficiënter zijn voor de volksgezondheid dan vele, ongecoördineerde routinematige onderzoeken. De implementatie van preventiestrategieën kan echter nog beter en sedert een tiental jaren zijn er verschillende studies opgezet die zoeken naar drempels voor preventie bij huisartsen en patiënten[5,1,15,17]. De voorbije jaren echter zijn er al heel wat factoren die een systematisch aanbod van een preventieplan belemmeren, weggewerkt. Dankzij het Globaaal Medisch Dossier (GMD) krijgen de huisartsen zicht op hun patiëntenpopulatie. Andere voordelen zijn de mogelijkheid tot praktijkassistentie en de vorderingen op IT-gebied en dossierbeheer. Ook de mogelijkheid voor het apart aanrekenen van het GMD+ probeert tegemoet te komen aan de financiële onderwaardering die zich tot dan stelde bij het uitvoeren van preventieve zorgverlening. Aan al deze randvoorwaarden is al gewerkt, en recent is er dankzij de gezondheidsgids een instrument gekomen dat eenvoudige registratie van preventieve zorgen mogelijk maakt.

Zoals reeds aangehaald ontbreken tot op heden reviews over gezondheidsgids gelijkende strategieën die pogen om de huisarts te helpen om tot systematische preventie te komen. Zeker inzake de patiëntentevredenheid van zo'n preventieve strategieën dient er nog verder onderzoek te gebeuren. Deze studie toont aan dat er toch nog heel wat preventie gemist wordt als er niet systematisch een aanbod gegeven wordt door, bij voorkeur, de huisarts. Zo werden er heel wat onvolledige vaccinatiestatussen vastgesteld en bleek de opsporing van darmkanker slechts sporadisch te gebeuren. Anderzijds zijn er een aantal categorieën die wel goed scoorden, zoals bepaling van het risico op hart- en vaatziekten en opsporing van diabetes mellitus. Bemoedigend in deze studie zijn de grote succespercentages voor rookstop-begeleiding, en toch ook een toename van de kennis en tevredenheid inzake de categorieën voeding en beweging. Deze laatste twee blijven moeilijke categorieën voor patiënten om de kennis om te zetten in praktijk, maar het loont toch de moeite om de adviezen aan te reiken aan de patiënten. De categorieën gebruik van alcohol en slaap- en kalmeermidelen konden geen misbruikers weerhouden, waardoor het niet zinvol is om hieromtrent uitspraken te doen. Daarnaast lijkt het preventieconsult een goed moment te zijn om te peilen naar depressieve

gevoelens, gezien er hierdoor toch vier deelnemers konden weerhouden worden en waarvoor verdere begeleiding kon opgestart worden. Dit is voor mij persoonlijk een zeer belangrijk gegeven dat er in de gezondheidsgids ook aandacht wordt gegeven aan psychische preventie, louter dan zich enkel te focussen op de meer voor de hand liggende fysieke preventie. We weten namelijk dat veel psychische aandoeningen de oorzaak kunnen zijn van een brede waaier van fysieke aandoeningen. Of zoals de volgende uitdrukking het mooi samenvat: 'Mens sana in corpore sano'.

Samenvattend kan gesteld worden dat de implementatie van het GMD+ een groot verschil kon teweegbrengen bij de deelnemers inzake de kennis en tevredenheid van de verschillende onderdelen van de preventiemodule. Gezien patiënten ook duidelijk aangeven dat zij verwachten dat dit aanbod voor preventie van de huisarts komt, is het ook onze taak om deze rol als preventieve zorgverlener op ons te nemen. Toch mogen we niet uit het oog verliezen dat patiënten hierover autonoom moeten kunnen beslissen of het GMD+ effectief mag (moet) uitgevoerd worden.

Om te eindigen wil ik graag ook nog even benadrukken dat ik door het uitvoeren van deze studie een aantal nieuwe competenties heb kunnen verwerven:

- Opstellen van vragenlijsten.
- Studie uiteenzetten.
- Wetenschappelijke bronnen raadplegen.
- Resultaten interpreteren.
- Kritisch nadenken over verkregen resultaten.
- Leren werken met de gezondheidsgids.
- Inzicht over hoe preventie te organiseren met kennis van obstakels.

VII. REFERENTIES

1. RIZIV. Het globaal medisch dossier: een centraal concept in de verzekering voor geneeskunde verzorging?. *Internet site Rijksinstituut voor ziekte en invaliditeitsverzekering.* Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study22/pdf/study22.pdf. Geraadpleegd 12 maart 2012.

2. Van Herck J. Ontwikkeling en testen gebruiksvriendelijkheid van een preventietest in de huisartspraktijk. *Praktijkproject* 2002.

3. Jacobs, L. De Gezondheidsgids. Perceptie en ervaring bij de huisartsen te Malle en Zoersel. *Praktijkproject* 2010.

4. Oboler SK, Prochazka AV, Gonzales R, Xu S, Anderson RJ. Public expectations and attitudes for annual physical examinations and testing. *Ann Intern Med.* 2002; 136: 652-659.

5. Walter U, Flick U, Neuber A, Fischer C, Hussein RJ, Schwartz FW. Putting prevention into practice: qualitative study of factors that inhibit and promote prevetive care by general practitioners, with a focus on elderly patients. *BMC Fam Pract*. 2010; 11: 68.

6. Stange KC, Flocke SA, Goodwin MA. Opportunistic preventive services delivery: are time limitations and patiënt satisfaction barriers? *J Fam Pract*. 1998; 46: 419-424.

7. Russell NK, Roter DL. Health promotion counseling of chronic-disease patients during primary care visits. *Am J Public Health.* 1993; 83: 979-982.

8. Rafferty M. Prevention services in primary care: taking time, setting priorities. *West J Med.* 1998; 169: 269-275.

9. Yarnall KSH, Pollak KI, Østbye T, Krause KM, Lloyd Michener J. Primary Care: Is there enough time for prevention? *Am J of Pub Health.* 2003; 93-4: 635-641.

10. Brotons C. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Preventive Medicine.* 2005; 40: 595 - 601.

11. Hoorick K van. Turnhout lanceert het preventieconsult. *De Huisarts.* 13 oktober 2011; 1028: 5.

12. Laine C. The annual physical examination: Needless ritual or necessary routine? *Ann Intern Med.* 2002; 136: 701-703.

13. Baeten R. Pilootproject gezondheidsgids in de gemeenten Malle en Zoersel. Evaluatierapport feb 2009 – ma 2010.

14. De Booys M. Health Checks: wordt de patiënt er beter van? *Spectrum.* 2010; 3: 88: 101.

15. Draper R. Promoting prevention – and barriers to prevention. Beschikbaar via: http://www.patient.co.uk/doctor/Promoting-Prevention-and-Barriers-to-Prevention.htm. Geraapleegd 10 februari 2013.

16. Spinnewijn B, Van den Bruel A. Prostaatkanker: to screen or not to screen. *Minerva.* 2009 okt; 8(8): 112-113.

17. De Cort P. De implementatie van preventie in de eerste lijn: drempels en mogelijkheden. *Minerva*. dec 2011; 10: 10.

18. Van Herck J. De preventie-test. Een folder als hulpmiddel in programmatische preventie. Abstract vierde eerstelijnssymposium 2003. Beschikbaar via: Internet site *Domus Medica vzw*. Geraadpleegd 10 februari 2013.

19. Avonts M, Cloetens H, Leyns C, Delvaux N, Dekker N, Demulder A, De Sutter A, Gossens M, Leysen P, Koeck P, Michels J, Philips H, Saegeman V, Van de Vyver N, Van Royen P, Verstraete A. Aanvraag van laboratoriumtests door huisartsen Deel 1 & 2. *Huisarts nu.* juli-augustus 2012; 41.

VIII. BIJLAGEN

8.1 Protocol

Wat is de invloed van de implementatie van het GMD+ op de patiëntentevredenheid?

Doel

Meting van de patiëntentevredenheid omtrent hun persoonlijke gezondheid voor en na het overlopen van het GMD+. Door middel van een interventie-onderzoek zullen we een interventiegroep bestaande uit 10 mannen en 10 vrouwen uit de leeftijdscategorie 45-75 jaar vergelijken met een controlegroep van 10 mannen en 10 vrouwen uit dezelfde leeftijdscategorie. De interventiegroep zal een volledige uitwerking krijgen van het GMD+.

Door middel van een enquête worden voor- en nametingen verricht, waarmee we de tevredenheid willen controleren tussen de twee groepen. Met andere woorden, heeft het uitvoeren van het GMD+ een effect op hun persoonlijke gezondheidstevredenheid?

1. *GMD+ individueel preventieplan*

Ter uitwerking van het GMD+ zal gebruik gemaakt worden van het individueel preventieplan zoals aangehaald in de 'Gezondheidsgids 2011' van Domus Medica. Het blauwe gedeelte van de vragenlijst dient om de familiale, de persoonlijke en preventiegeschiedenis samen met de leefgewoonten in kaart te brengen. De onderzoeker zal dan het groene gedeelte van de vragenlijst gebruiken om deze informatie om te zetten in aanbevolen interventies.

2. *De enquêtes*

De eerste enquête (gezondheidsenquête) zal bestaan uit algemene vragen omtrent hun persoonlijke gezondheid. Een tweede enquête (tevredenheidsenquête) zal peilen naar eventuele veranderingen omtrent hun gezondheidstevredenheid in de periode tussen de twee patiëntencontacten.

Beide enquêtes zullen volgende onderwerpen behandelen: de persoonlijke gezondheidsbeleving, bepaling van het risico op hart- en vaatziekten, rookstopbegeleiding, advies gezonde voeding, advies fysieke activiteit, opsporing van diabetes mellitus, vaccinaties tegen tetanus/difterie, influenza en pneumokokken, kankeropsporing, gebruik van alcohol, gebruik van slaap- en kalmeermiddelen en de persoonlijke gemoedstoestand.

3. *In- en exclusiecriteria van de te onderzoeken personen*

In theorie komen alle patiënten tussen 45-75 jaar in aanmerking voor deze studie. Gezien echter de kleinschaligheid van deze studie, zullen patiënten met volgende voordien gekende chronische pathologieën geëxcludeerd worden uit deze studie:

- Diabetes mellitus
- Chronisch nierfalen
- Malnutritie
- IBD (ziekte van Crohn, colitis ulcerosa)
- Hartfalen

4. *Biometrie*

Bij alle deelnemers worden volgende parameters gemeten:

- Lengte
- Gewicht
- Waist-hip ratio

5. *Intra-observer variabiliteit*

In totaal zullen 40 patiënten deelnemen aan deze studie. De selectie van de deelnemers zal starten op willekeurig gekozen dagen. Op deze dagen komen patiënten op de raadpleging met verschillende willekeurige aanmeldings-klachten.

Op het einde van de consultatie zal aan de patiënten die behoren tot de juiste leeftijdscategorie, in afwezigheid van exclusiecriteria, gevraagd worden om deel te nemen aan de studie tot een populatie bereikt is van 20 mannen en 20 vrouwen. Op deze manier wordt de studiepopulatie volledig willekeurig bepaald.

De eerste 10 mannen en eerste 10 vrouwen die instemmen tot deelname krijgen op het einde van de consultatie de eerste enquête én een vragenlijst zoals uitgelegd in paragraaf 1 (individueel preventieplan gezondheidsgids).
De overige deelnemers krijgen enkel de eerste enquête. Op een vervolgafspraak krijgen alle deelnemers de tweede enquête.

Gezien de deelnemers dezelfde gestandaardiseerde vragenlijsten meekrijgen, kan op deze manier de intra-observer variabiliteit geminimaliseerd worden.

6. *Inter-observer variabiliteit*

De variabiliteit tussen verschillende onderzoekers zal niet nagegaan kunnen worden gezien slechts één arts de studie zal uitwerken. Om de variabiliteit te minimaliseren wordt er gebruik gemaakt van een vaste vragenlijst en worden patiënten willekeurig geselecteerd zoals besproken in paragraaf 5 (intra-observer variabiliteit).

7. *Verdere investigaties/interventies*

Er zullen enkel verdere investigaties/interventies uitgevoerd worden die passen in het kader van het GMD+ en die in overleg met de patiënt afgesproken werden.

Deze kunnen inhouden:

- Vaccinatie
- Uitstrijkje
- Bloeddrukmeting
- Bloedafname
- Screeningsmammografie
- Test op bloed in de stoelgang
- Rookstopconsult
- Voedingsadvies
- Bewegingsadvies

8. *Vertrouwelijkheid*

Om de anonimiteit en vertrouwelijkheid van de gegevens te waarborgen krijgt elke deelnemende patiënt bij aanvang van de studie een code. De verwerking van de medische informatie die verzameld wordt gedurende dit klinisch onderzoek wordt geregeld door nationale en internationale voorschriften inzake gegevensbescherming en het medisch beroepsgeheim.

De gegevens zullen worden gecodeerd en overgebracht naar een databank van de studie en verder verwerkt worden zodat de resultaten van deze studie geanalyseerd en voor wetenschappelijke doeleinden bekendgemaakt of gepubliceerd worden.
De deelnemers kunnen steeds toegang krijgen tot de medische informatie die hen persoonlijk aanbelangt.

In België is de Nationale Wet betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van 8 december 1992, aangepast dor de wet van 11 december 1998 die de directieve van 95/45/EC van 24 oktober 1995 toepast.

8.2 Informatiebrochure

Informatie voor de deelnemers

Wat is de invloed van de implementatie van het 'Globaal Medisch Dossier plus' (GMD+) op de patiëntentevredenheid?

Een studie om de patiëntentevredenheid na te gaan inzake het individueel preventieplan zoals opgesteld in de "Gezondheidsgids 2011" (Domus Medica) ter uitbreiding van het GMD naar het GMD+ voor patiënten tussen 45-75 jaar.

Deze studie kreeg op 30/04/2012 een voorlopig gunstig positief advies van de Commissie Medische Ethiek van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen.

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoeksstudie naar de patiëntentevredenheid omtrent het GMD+.
De studie kadert in de opleiding master na master in de huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen.
In deze informatiebundel vindt u uitleg over waarom en hoe de studie zal worden uitgevoerd.
Indien u na het lezen van deze bundel toch nog vragen hebt, kan u steeds terecht bij één van de verder vermelde verantwoordelijke contactpersonen.
Als u instemt om deel te nemen aan deze studie, dient u bijgevoegd toestemmingsformulier te ondertekenen. Er zal u een ondertekende kopie worden bezorgd.

1. *Waarom wordt de studie uitgevoerd?*

De introductie van het GMD (Globaal Medisch Dossier) betekende een grote stap vooruit in de huisartsgeneeskunde. Zo hebben huisartsen een compleet overzicht van de gezondheidsgegevens van de patiënt en is op die manier de opvolging van de gezondheidstoestand vereenvoudigd. Die centralisatie geeft huisartsen de mogelijkheid om een stap verder te gaan in de individuele zorg voor zijn patiënten door preventieve geneeskunde te kunnen uitvoeren.

Tot voor kort was er een gebrek aan praktische richtlijnen omtrent preventieve geneeskunde, waardoor het voor veel huisartsen onduidelijk was welke onderzoeken zinvol waren om uit te voeren. Recent werd er dan ook door Domus Medica (huisartsenorganisatie) een Gezondheidsgids opgesteld met als doel om huisartsen een praktijkinstrument aan te reiken dat hen ondersteunt in het voeren van een gepersonaliseerd en zinvol preventiebeleid.

Deze preventiemodule is momenteel operationeel onder de benaming GMD+, gezien het gaat om een uitbreiding van het gekende GMD. Het GMD+ formaliseert dat de huisarts een aantal thema's (zoals roken, stress, detectie van kanker, enz.) preventief bespreekt met een patiënt die tussen de 45 en de 75 jaar oud is. Deze bespreking moet gebeuren aan de hand van een checklist (individueel preventieplan), die de huisarts ingevuld toevoegt aan het GMD van de patiënt.

De introductie van het GMD + is een grote stap vooruit, maar de omzetting naar de praktijk verloopt vaak nog moeizaam. Zeker in solo-praktijken ontbreekt vaak de tijd om aparte consultaties voor het GMD + in te plannen. De vraag moet daarom gesteld worden of de tijdsinvestering voor arts en patiënt wel degelijk iets opbrengt voor beide partijen?

Er is reeds veel onderzoek gebeurd rondom het GMD (+) waarbij voornamelijk de kant van de arts wordt belicht. Daarom wil ik graag onderzoeken wat de patiënt nu eigenlijk zelf vindt van het GMD +. Is de patiënt vragende partij voor zo'n preventie-consult? Zo ja, is hij tevreden van het GMD + zoals het nu bestaat? Moeten er elementen aan toegevoegd worden of is het eerder te uitgebreid? Merkt de patiënt een verschil voor en na het opstellen van het GMD + en zo ja, hoe?

2. *Hoe wordt de studie uitgevoerd?*

Door middel van een interventie-onderzoek zullen we een interventiegroep bestaande uit 10 mannen en 10 vrouwen uit de leeftijdscategorie 45-75 jaar vergelijken met een controlegroep van 10 mannen en 10 vrouwen uit dezelfde leeftijdscategorie. De interventiegroep zal een volledige uitwerking krijgen van het GMD+. Door middel van een enquête worden voor- en nametingen verricht, waarmee we de tevredenheid willen controleren tussen de twee groepen.

Ter uitwerking van het GMD+ zal gebruik gemaakt worden van het individueel preventieplan zoals aangehaald in de 'Gezondheidsgids 2011' van Domus Medica. Het blauwe gedeelte van de vragenlijst dient om de familiale, de persoonlijke en preventiegeschiedenis samen met de leefgewoonten in kaart te brengen. De onderzoeker zal dan het groene gedeelte van de vragenlijst gebruiken om deze informatie om te zetten in aanbevolen interventies.

In totaal zullen 40 patiënten deelnemen aan deze studie. De selectie van de deelnemers zal starten op willekeurig gekozen dagen. Op deze dagen komen patiënten op de raadpleging met verschillende willekeurige aanmeldings-klachten. Op het einde van de consultatie zal aan de patiënten die behoren tot de juiste leeftijdscategorie, in afwezigheid van exclusiecriteria, gevraagd worden om deel te nemen aan de studie tot een populatie bereikt is van 20 mannen en 20 vrouwen.

De eerste 10 mannen en eerste 10 vrouwen die instemmen tot deelname krijgen op het einde van de consultatie de eerste enquête én een vragenlijst zoals uitgelegd in paragraaf 1 (individueel preventieplan gezondheidsgids). De overige deelnemers krijgen enkel de eerste enquête. Op een vervolgafspraak krijgen alle deelnemers de tweede enquête.

Bij alle deelnemers worden volgende parameters gemeten:

- Lengte
- Gewicht
- Waiste-hip ratio

3. *De enquêtes*

De eerste enquête (gezondheidsenquête) zal bestaan uit algemene vragen omtrent de persoonlijke gezondheid. Een tweede enquête (tevredenheids-enquête) zal peilen naar eventuele veranderingen omtrent de gezondheids-tevredenheid in de periode tussen de twee patiëntencontacten. Beide enquêtes zullen volgende onderwerpen behandelen: de persoonlijke gezondheidsbeleving, bepaling van het risico op hart- en vaatziekten, rookstopbegeleiding, advies gezonde voeding, advies fysieke activiteit, opsporing van diabetes mellitus, vaccinaties tegen tetanus/difterie, influenza en pneumokokken, kankeropsporing, gebruik van alcohol, gebruik van slaap- en kalmeermiddelen en de persoonlijke gemoedstoestand. Het invullen van de eerste enquête zal ongeveer een 15-tal minuten in beslag nemen, de tweede enquête zal ongeveer een 5-tal minuten in beslag nemen.

4. *Wie mag wel deelnemen en wie niet?*

In theorie komen alle patiënten tussen 45-75 jaar in aanmerking voor deze studie. Gezien echter de kleinschaligheid van deze studie, zullen patiënten met volgende voordien gekende chronische pathologieën geëxcludeerd worden uit deze studie:

- Diabetes mellitus
- Chronisch nierfalen
- Malnutritie
- IBD (ziekte van Crohn, colitis ulcerosa)
- Hartfalen

5. *Zijn er risico's verbonden aan deze studie?*

Er zijn geen merkelijke risico's verbonden aan deze studie. De onderzoeken die uitgevoerd zullen worden in de loop van de studie gebeuren enkel op indicatie bepaald door het GMD+. De deelnemers worden dus niet onderworpen aan extra onderzoeken; bijgevolg houdt de studie geen verhoogd risico in voor de deelnemers. Er zal verder een lengte, gewicht en buikomtrek worden gemeten.

Deze studie valt onder de supervisie van Dr. Philips Hilde (promotor van het onderzoek) en is op deze manier verzekerd.

6. Betaling

Er is geen betaling voor deelname voorzien. Consultaties uitgelokt door de studie worden niet aangerekend aan de deelnemer. Gezien er geen extra onderzoeken gebeuren als gevolg van de studie, moeten er geen extra kosten aangerekend worden.

7. Vertrouwelijkheid

De verwerking van de medische informatie die verzameld wordt gedurende dit klinisch onderzoek wordt geregeld door nationale en internationale voorschriften inzake gegevensbescherming en het medisch beroepsgeheim. De medische informatie die tijdens deze studie wordt verzameld, zal eerst worden nagekeken om zeker te zijn dat alle gegevens juist en nauwkeurig zijn.
Daarna zullen de gegevens gecodeerd en overgebracht worden naar een databank van de studie en verder verwerkt worden zodat de resultaten van deze studie geanalyseerd en voor wetenschappelijke doeleinden bekendgemaakt of gepubliceerd worden.

U kunt toegang krijgen tot uw eigen persoonlijke medische informatie.

In België is de Nationale Wet betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van 8 december 1992, aangepast door de wet van 11 december 1998 die de directieve van 24 oktober 1995 toepast.

Ik, ondergetekende, Yves De Loecker, bevestig dat ik monderling 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 ik werk volgens de ethische principes die worden beschreven in de Verklaring van Helsinki en de Belgische Wet van 07/05/2004 over proeven op mensen.

8. Contactinformatie

Indien u nog vragen hebt omtrent de studie kan u terecht bij de onderstaande contactpersoon.

Dr. De Loecker	Dr. Bijnens	Dr. Dhondt
HAIO	Praktijkopleider	Praktijkopleider

Contactgegevens :	Dr. Bijnens	Dr. Dhondt
	Stoffezandstraat 8	Borsbeekstraat 57
	2990 Loenhout	2140 Borgerhout
	03/669.96.60	03/235.06.03

8.3 Toestemmingsformulier

Toestemmingsformulier

Wat is de invloed van de implementatie van het 'Globaal Medisch Dossier plus' (GMD+) op de patiëntentevredenheid?

Een studie om de patiëntentevredenheid na te gaan inzake het individueel preventieplan zoals opgesteld in de "Gezondheidsgids 2011" (Domus Medica) ter uitbreiding van het GMD naar het GMD+ voor patiënten tussen 45-75 jaar.

Door dit toestemmingsformulier te ondertekenen, stem ik in met het volgende:

Ik heb de informatiebundel betreffende bovenvermelde studie ontvangen en gelezen. Ik ontvang een ondertekend kopie van het toestemmingsformulier en begrijp dat het origineel bewaard wordt in het studiedossier.
Ik begrijp dat de deelname aan deze studie vrijwillig is.

Goedkeuring en gebruik van medische informatie
Deze klinische studie kan alleen maar worden uitgevoerd door medische informatie te verzamelen en te gebruiken. Nationale in internationale voorschriften inzake gegevensbescherming geven u het recht om het gebruik van uw persoonlijke medische informatie te controleren.
Deze studie valt onder de supervisie van Dr. Philips Hilde (promotor van het onderzoek) en is op deze manier verzekerd.

Als u echter dit formulier ondertekent, geeft u specifiek de machtiging dat uw persoonlijke medische informatie die noodzakelijk is voor deze studie op geanonimiseerde wijze nagekeken, overgebracht en verwerkt mag worden. De studiegegevens zullen verwerkt en gepubliceerd worden.
Hierbij stem ik in om deel te nemen aan deze klinische studie.

Handtekening deelnemer
_____

Datum _____

Naam in drukletters
_____

Handtekening onderzoeker
Dr. De Loecker

Handtekening praktijkopleider
Dr. Bijnens / Dr. Dhondt

8.4 Gezondheidsenquete

Gezondheidsenquête

De gezondheidsenquête is onderverdeeld in volgende hoofdstukken:

1. Uw gezondheidsbeleving (GB)
2. Bepaling van het risico op hart- en vaatziekten (HV)
3. Rookstopbegeleiding (RB)
4. Advies gezonde voeding (GV)
5. Advies fysieke activiteit (FA)
6. Opsporing van diabetes mellitus (DM)
7. Vaccinaties tegen tetanus/difterie, influenza en pneumokokken (VA)
8. Kankeropsporing (CA)
9. Gebruik van alcohol (AL)
10. Gebruik van slaap- en kalmeermiddelen (SK)
11. Gemoedstoestand (DE)

Geselecteerde persoon:

Nummer van de persoon: | | | | | | | | |

Voornaam: _____

Datum van de enquête: . . / . . / . . . .

1. Uw gezondheidsbeleving

GB.01. Hoe is uw gezondheidstoestand in het algemeen?
- ☐ Zeer goed
- ☐ Goed
- ☐ Gaat wel (redelijk)
- ☐ Slecht
- ☐ Zeer slecht

GB.02. Hebt u een langdurige ziekte of aandoening (gezondheidsprobleem)?
- ☐ Ja
- ☐ Neen

GB.03. Bent u, vanwege een gezondheidsprobleem, sinds 6 maanden of langer beperkt in activiteiten die mensen gewoonlijk doen?
- ☐ Ja, erg beperkt
- ☐ Ja, beperkt
- ☐ Neen, niet beperkt

GB.04. Zou u uw gezondheid willen veranderen in de komende 3 maanden?
- ☐ Ja → ***Ga naar vraag GB.05.***
- ☐ Ik twijfel → ***Ga naar vraag GB.05.***
- ☐ Nee → ***Ga naar vraag GB.07.***

GB.05. Wat is voor u de belangrijkste reden om uw gezondheid te verbeteren?
- ☐ Om gezond en fit te blijven
- ☐ Om langer te leven
- ☐ Op advies van mijn arts/ diëtiste
- ☐ Mijn partner wil graag dat ik langer/gezonder ga leven
- ☐ Een andere reden, ***omschrijf***:_____

GB.06. Bij het verbeteren van uw gezondheid, wilt u dan dat uw arts u daarbij ondersteunt?
- ☐ Ja → ***Ga naar vraag GB.08.***
- ☐ Ik twijfel → ***Ga naar vraag GB.08.***
- ☐ Nee → ***Ga naar vraag GB.08.***

GB.07. Wat is voor u de belangrijkste reden om uw gezondheid niet te willen verbeteren?
- ☐ Ik voel me reeds gezond
- ☐ Gebrek aan tijd
- ☐ Mijn gezondheid is voor mij geen probleem
- ☐ Ik weet niet hoe ik mijn gezondheid kan veranderen
- ☐ Ik weet niet of ik mijn gezondheid kan veranderen
- ☐ Eerdere poging is mislukt
- ☐ Ik heb te veel spanningen
- ☐ Niemand steunt me hierbij
- ☐ Ik weet het niet
- ☐ Een andere reden, ***omschrijf*** :_____

GB.08. Hoe tevreden bent u over uw algemene gezondheid?

(Omcirkel het juiste cijfer: 1 = zeer ontevreden, 10 = zeer tevreden)



Extra commentaar:_____

2. Bepaling van het risico op hart- en vaatziekten

HV.01. Heeft men ooit uw cholesterolgehalte gemeten?

- ☐ Ja
- ☐ Neen ➔ ***Ga naar vraag HV.05.***
- ☐ Ik weet het niet ➔ ***Ga naar vraag HV.05.***

HV.02. Wanneer werd voor **het laatst** uw cholesterolgehalte gemeten?

- ☐ Minder dan 1 jaar geleden
- ☐ 1 jaar geleden of langer, maar minder dan 2 jaar
- ☐ 2 jaar geleden of langer, maar minder dan 3 jaar
- ☐ 3 jaar geleden of langer, maar minder dan 5 jaar
- ☐ 5 jaar geleden of langer
- ☐ Ik weet het niet

HV.03. Heeft men u ooit, bij het meten van uw cholesterolgehalte, gezegd dat dit te hoog was?

- ☐ Ja
- ☐ Neen ➔ ***Ga naar vraag HV.05.***
- ☐ Ik weet het niet ➔ ***Ga naar vraag HV.05.***

HV.04. Gaf een arts u de raad om, omwille van uw verhoogd cholesterolgehalte:

(Meer dan één antwoord mogelijk)

- ☐ geneesmiddelen te gebruiken?
- ☐ gewicht te verliezen?
- ☐ uw voedingsgewoonten aan te passen?
- ☐ meer aan lichaamsbeweging te doen?
- ☐ Ik weet het niet.

HV.05. Heeft men ooit uw bloeddruk gemeten?

- ☐ Ja
- ☐ Neen ➔ ***Ga naar vraag HV.09.***
- ☐ Ik weet het niet ➔ ***Ga naar vraag HV.09.***

HV.06. Wanneer werd voor **het laatst** uw bloeddruk gemeten?

- ☐ Minder dan 1 jaar geleden
- ☐ 1 jaar geleden of langer, maar minder dan 2 jaar
- ☐ 2 jaar geleden of langer, maar minder dan 3 jaar
- ☐ 3 jaar geleden of langer, maar minder dan 5 jaar
- ☐ 5 jaar geleden of langer
- ☐ Ik weet het niet

HV.07. Heeft men u ooit, bij het meten van uw bloeddruk, gezegd dat dit te hoog was?

- ☐ Ja
- ☐ Neen ➔ ***Ga naar vraag HV.09.***
- ☐ Ik weet het niet ➔ ***Ga naar vraag HV.09.***

HV.08. Gaf een arts u de raad om, omwille van uw verhoogde bloeddruk:

(Meer dan één antwoord mogelijk)

- ☐ geneesmiddelen te gebruiken?
- ☐ gewicht te verliezen?
- ☐ uw voedingsgewoonten aan te passen?
- ☐ meer aan lichaamsbeweging te doen?
- ☐ Ik weet het niet.
- ☐ Nooit advies gehad.

HV.09. Denkt u voldoende kennis te hebben omtrent uw persoonlijke risico op hart- en vaatziekten? Geef uzelf een score van 1 tot 10.

(Omcirkel het juiste cijfer: 1 = geen enkele kennis, 10 = zeer duidelijk kennis)



Extra commentaar:_____

3. Rookstopbegeleiding

RB.01. Hebt u al minstens 100 sigaretten (ongeveer 5 pakjes) of een gelijkwaardige hoeveelheid tabak gerookt tijdens uw leven?

- ☐ Ja
- ☐ Neen ➔ ***Ga naar vraag RB.05.***

RB.02. Hoe oud was u toen u regelmatig begon te roken?

- ☐ . . jaar
- ☐ Ik heb nooit regelmatig gerookt ➔ ***Ga naar vraag RB.05.***

RB.03. Hebt u ooit dagelijks of bijna dagelijks gerookt (sigaretten, sigaren, pijpen,…), voor minstens één jaar?

- ☐ Ja
- ☐ Neen ➔ ***Ga naar vraag RB.05.***

RB.04. Hoeveel jaar hebt u dagelijks gerookt?

Tel de verschillende periodes waarin u dagelijks rookte op. Als u zich het precieze aantal jaren niet meer herinnert, geef dan een schatting.

- ☐ . . jaar *(indien minder dan 1 jaar, noteer "0")*

RB.05. Rookt u nu?

- ☐ Ja ➔ ***Ga verder met vraag RB.06.***
- ☐ Ja, af en toe
- ☐ Neen, helemaal niet

- ➢ *Indien u in het verleden **al** dagelijks hebt gerookt, ga naar vraag RB.11.*
- ➢ *Indien u in het verleden **nooit** dagelijks hebt gerookt, ga naar vraag RB.13.*

Vragen voor personen die MOMENTEEL dagelijks roken:

RB.06. Hoeveel sigaretten, sigaren, pijpen… rookt u gemiddeld elke dag?
(Meer dan één antwoord mogelijk)

- ☐ . . Industrieel vervaardigde sigaretten (uit pakjes)
- ☐ . . Zelfgerolde sigaretten (zonder filter)
- ☐ . . Zelfgerolde sigaretten (met filter)
- ☐ . . Sigaren/cigarillos
- ☐ . . Pijptabak
- ☐ . . Andere, ***omschrijf*** : _____

RB.07. Wanneer rookt u uw eerste sigaret, sigaar, pijp… na het ontwaken?

- ☐ Binnen de 5 minuten
- ☐ Tussen de 6 en 30 minuten
- ☐ Tussen de 31 en 60 minuten
- ☐ Na 60 minuten

RB.08. Hebt u al ooit geprobeerd te stoppen met roken (gestopt voor minstens 24 uur)?

- ☐ Ja, meer dan 1 keer
- ☐ Ja, 1 keer
- ☐ Neen → ***Ga naar vraag RB.13.***

RB.09. Waarom wou u stoppen met roken? (*Meer dan één antwoord mogelijk*)

- ☐ Omdat u ziek was
- ☐ Om uw sportprestaties te verbeteren
- ☐ Wegens zwangerschap / geboorte van een kind
- ☐ Omdat u bang bent voor de gevolgen van tabak voor uw gezondheid
- ☐ Onder invloed van uw omgeving
- ☐ Om financiële redenen (prijs van tabak)
- ☐ Omdat roken sociaal minder aanvaard is
- ☐ Onder invloed van anti-tabakscampagnes
- ☐ Andere redenen, ***omschrijf*** : _____

RB.10. Tijdens uw laatste consultatie met de huisarts, heeft deze het met u over tabaksgebruik gehad?

- ☐ Ja, op uw initiatief
- ☐ Ja, op zijn initiatief
- ☐ Neen

→ ***Dagelijkse rokers: ga naar vraag RB.13.***

Vragen voor de ex-rokers die dagelijks gerookt hebben

RB.11. Wanneer bent u gestopt met roken (dagelijks)?

- ☐ Minder dan 1 maand geleden
- ☐ 1 maand geleden of langer, maar minder dan 6 maanden
- ☐ 6 maanden geleden of langer, maar minder dan 1 jaar
- ☐ 1 jaar geleden of langer, maar minder dan 2 jaar
- ☐ 2 jaar geleden of langer

RB.12. Waarom bent u gestopt met roken (dagelijks)?
(*Meer dan één antwoord mogelijk*)

- ☐ Omdat u ziek was
- ☐ Om uw sportprestaties te verbeteren
- ☐ Wegens zwangerschap / geboorte van een kind
- ☐ Omdat u bang bent voor de gevolgen van tabak voor uw gezondheid
- ☐ Onder invloed van uw omgeving
- ☐ Om financiële redenen (prijs van tabak)
- ☐ Omdat roken sociaal minder aanvaard is
- ☐ Onder invloed van anti-tabakscampagnes
- ☐ Andere redenen, ***omschrijf*** : _____

Vragen voor alle respondenten: blootstelling aan tabaksrook

RB.13. Hoe vaak bent u binnen bij u thuis blootgesteld aan tabaksrook?

- ☐ Nooit of bijna nooit
- ☐ Minder dan 1 uur per dag
- ☐ 1 tot 5 uur per dag
- ☐ Meer dan 5 uur per dag

RB.14. Hoe vaak bent u blootgesteld aan tabaksrook binnen uw eigen werkplaats?

- ☐ Nooit of bijna nooit
- ☐ Minder dan 1 uur per dag
- ☐ 1 tot 5 uur per dag
- ☐ Meer dan 5 uur per dag

RB.15. Hoe vaak bent u blootgesteld aan tabaksrook binnen in openbare plaatsen en openbaar vervoer (bars, restaurants, winkelcentra, bowlingbanen, lunaparken, openbare hallen, trein, metro, bus)?

- ☐ Nooit of bijna nooit
- ☐ Minder dan 1 uur per dag
- ☐ 1 tot 5 uur per dag
- ☐ Meer dan 5 uur per dag

RB.16. Denkt u voldoende kennis te hebben van de schadelijke effecten van roken? Geef uzelf een score van 1 tot 10.
(Omcirkel het juiste cijfer: 1 = geen enkele kennis, 10 = zeer duidelijk kennis)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

RB.17. Bent u tevreden over uw persoonlijke rookstatus?
(Omcirkel het juiste cijfer: 1 = zeer ontevreden, 10 = zeer tevreden)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Extra commentaar:_____

4. Advies gezonde voeding

GV.01. Groenten eet ik:
- ☐ Elke dag
- ☐ 5 of zes dagen per week
- ☐ Hooguit 4 dagen per week of minder vaak

GV.02. Als ik op een dag groenten eet, dan is dat bij elkaar:

Rauwkost en groenten op brood of tussendoor tellen ook mee. Een schaaltje rauwkost is ongeveer 50 gram groenten

- ☐ Ongeveer 2 opscheplepels (=100 gram of minder)
- ☐ Ongeveer 3 opscheplepels (=150 gram)
- ☐ Ongeveer 4 opscheplepels (=200 gram of meer)

GV.03. Fruit eet ik:
- ☐ Elke dag
- ☐ 5 of zes dagen per week
- ☐ Hooguit 4 dagen per week of minder vaak

GV.04. Als ik fruit eet, dan is dat
- ☐ Twee of meer keer fruit per dag
- ☐ Eén keer fruit per dag
- ☐ Ik eet (bijna) nooit fruit

GV.06. Ik ontbijt:
- ☐ Ja, altijd
- ☐ Ja, vaak
- ☐ Soms
- ☐ Nee, (bijna) nooit

GV.07. Wilt u uw eetpatroon veranderen in de komende 3 maanden?
- ☐ Ja → ***Ga naar vraag GV.08.***
- ☐ Ik twijfel → ***Ga naar vraag GV.08.***
- ☐ Nee → ***Ga naar vraag GV.10.***

GV.08. Wat is voor u de belangrijkste reden om uw eetpatroon te veranderen?
- ☐ Om gezond en fit te blijven
- ☐ Om esthetische redenen
- ☐ Op advies van mijn arts/ diëtiste
- ☐ Mijn partner wil graag dat ik gezonder ga eten
- ☐ Een andere reden, ***omschrijf*** :_____

GV.09. Bij het veranderen van uw eetpatroon, wilt u dan dat uw arts u daarbij ondersteunt?
- ☐ Ja → ***Ga naar vraag GV.11.***
- ☐ Ik twijfel → ***Ga naar vraag GV.11.***
- ☐ Nee → ***Ga naar vraag GV.11.***

GV.10. Wat is voor u de belangrijkste reden om uw eetpatroon niet te willen veranderen?
- ☐ Ik eet al gezond
- ☐ Gebrek aan tijd
- ☐ Mijn gewicht is voor mij geen probleem
- ☐ Ik weet niet hoe ik mijn eetpatroon kan veranderen
- ☐ Ik weet niet of ik mijn eetpatroon kan veranderen
- ☐ Eerdere poging is mislukt
- ☐ Ik heb te veel spanningen
- ☐ Niemand steunt me hierbij
- ☐ Ik weet het niet
- ☐ Een andere reden, ***omschrijf*** :_____

GV.11. Denkt u voldoende kennis te hebben van de adviezen omtrent gezondevoeding?
(Omcirkel het juiste cijfer: 1 = geen enkele kennis, 10 = zeer duidelijk kennis)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

GV.12. Bent u tevreden over uw huidige voedingsgewoonten?
(Omcirkel het juiste cijfer: 1 = zeer ontevreden, 10 = zeer tevreden)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Extra commentaar:_____

5. Advies fysieke activiteit

Denk aan de lichaamsbeweging die u doet op uw werk, in huis en in de tuin, tijdens verplaatsingen, en in uw vrije tijd als ontspanning, lichaamsbeweging of sport.

Zware lichamelijke inspanningen

*Zware lichamelijke activiteiten vragen een intense lichamelijke inspanning en maken dat u **veel** sneller en dieper ademt dan gewoonlijk.*

FA.01. Op hoeveel dagen deed u tijdens de afgelopen 7 dagen activiteiten die een zware lichamelijke inspanning vereisen zoals zwaar tilwerk, spitten, aerobics, joggen, voetbal,…?
- ☐ . dag(en) per week → ***Indien uw antwoord "0 dagen" is, ga naar vraag FA.03.***

FA.02. Hoeveel tijd besteedt u op zo een dag gewoonlijk aan zware lichamelijke activiteiten?
- ☐ . . uur . . minuten per dag
- ☐ Ik weet het niet

Matige lichamelijke inspanningen

*Zware lichamelijke activiteiten vragen een matige lichamelijke inspanning en maken dat u **iets** sneller en dieper ademt dan gewoonlijk.*

FA.03. Op hoeveel dagen deed u tijdens de afgelopen 7 dagen activiteiten die een matige lichamelijke inspanning vereisen zoals het dragen van lichte lasten, het fietsen op een normal tempo, lichte sporten zoals dubbelspel bij tennis, zwemmen,…?

!!! Wandelen of stappen rekenen we NIET bij deze activiteiten !!!
- ☐ . dag(en) per week

→ ***Indien uw antwoord "0 dagen" is, ga naar vraag FA.05.***

FA.04. Hoeveel tijd besteedt u op zo een dag gewoonlijk aan matige lichamelijke activiteiten?

☐ . . uur . . minuten per dag
☐ Ik weet het niet

Wandelen

*Denk nu aan de tijd die u besteed aan **wandelen of stappen**, zowel op het werk en thuis, als stappen om u van de ene plaats naar de andere te verplaatsen en elke andere vorm van wandelen (of stappen) die u doet voor recreatie, sport, oefening of vrije tijd.*

FA.05. Op hoeveel dagen deed u tijdens de afgelopen 7 dagen gedurende minstens 10 minuten aan één stuk gewandeld of gestapt?

☐ . dag(en) per week

→ ***Indien uw antwoord "0 dagen" is, ga naar vraag FA.08.***

FA.06. Hoeveel tijd besteedt u op zo een dag gewoonlijk aan wandelen of stappen?

☐ . . uur . . minuten per dag
☐ Ik weet het niet

FA.07. Op welk tempo wandelt of stapt u dan meestal? Is dit…

☐ hoog, waarbij u veel sneller dan normal gaat ademen
☐ middelmatig, waarbij u een beetje sneller dan normal gaat ademen
☐ laag, waarbij er geen verandering van uw ademhaling is
☐ ik weet het niet

Lichaamsbeweging tijdens uw vrije tijd

*De volgende twee vragen gaan alleen maar **over lichaamsbeweging tijdens uw vrije tijd.***

FA.08. Hoe kan u het best uw vrijetijdsbesteding in het afgelopen jaar omschrijven?

☐ Harde training en competitiesport meer dan 1 keer per week
☐ Joggen, andere recreatiesporten of tuinieren, tenminste 4 uur/week
☐ Joggen, andere recreatiesporten of tuinieren, minder dan 4 uur/week
☐ Wandelen, fietsen of andere niet-inspannende activiteiten, tenminste 4 u/week
☐ Wandelen, fietsen of andere niet-inspannende activiteiten, minder dan 4 u/week
☐ Lezen, TV-kijken of andere zittende activiteiten
☐ Ik weet het niet

FA.09. Bent u gedurende uw vrije tijd tenminste 1 keer per week lang genoeg met een lichaamsbeweging bezig (zoals joggen, fietsen, enz. …) zodat u ervan zweet?

☐ Ja → verklaar nader . dag(en) per week
☐ Neen
☐ Ik weet het niet

FA.10. Denkt u voldoende kennis te hebben van de adviezen omtrent de aanbevolen fysieke activiteit/lichaamsbeweging?

(Omcirkel het juiste cijfer: 1 = geen enkele kennis, 10 = zeer duidelijk kennis)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FA.11. Bent u tevreden over uw huidige fysieke activiteit/lichaamwbeweging?

(Omcirkel het juiste cijfer: 1 = zeer ontevreden, 10 = zeer tevreden)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Extra commentaar:_____

6. Opsporing van diabetes mellitus

DM.01. Heeft men ooit het suikergehalte in uw bloed gemeten?

☐ Ja
☐ Neen → ***Ga naar vraag DM.05.***
☐ Ik weet het niet → ***Ga naar vraag DM.05.***

DM.02. Wanneer werd voor **het laatst** uw suikergehalte gemeten?

☐ Minder dan 1 jaar geleden
☐ 1 jaar geleden of langer, maar minder dan 2 jaar
☐ 2 jaar geleden of langer
☐ Ik weet het niet

DM.03. Heeft men u ooit, bij het meten van uw suikergehalte, gezegd dat dit te hoog was?

☐ Ja
☐ Neen → ***Ga naar vraag DM.05.***
☐ Ik weet het niet → ***Ga naar vraag DM.05.***

DM.04. Gaf een arts u de raad om, omwille van uw verhoogd suikergehalte:

(Meer dan één antwoord mogelijk)

☐ geneesmiddelen te gebruiken?
☐ gewicht te verliezen?
☐ uw voedingsgewoonten aan te passen?
☐ meer aan lichaamsbeweging te doen?
☐ Ik weet het niet.

DM.05. Denkt u voldoende kennis te hebben omtrent uw persoonlijk risico op suikerziekte? Geef uzelf een score van 1 tot 10.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Extra commentaar:_____

7. Vaccinaties

VA.01. Wanneer bent u voor het laatst gevaccineerd tegen tetanus/difterie (=klem/kroep)?

☐ Minder dan 10 jaar geleden
☐ Meer dan 10 jaar geleden, maar minder dan 20 jaar geleden
☐ Meer dan 20 jaar geleden
☐ Ik ben nooit gevaccineerd geweest tegen tetanus/difterie
☐ Ik weet het niet

VA.02. Heeft u zich ooit laten vaccineren tegen influenza (=griep) of pneumokkoken?

- ☐ Ja
- ☐ Neen → ***Ga naar vraag VA.04.***
- ☐ Ik weet het niet

VA.03. Waarom heeft u zich laten vaccineren tegen influenza/pneumokokken?
(Meer dan één antwoord mogelijk)

- ☐ Op aanraden van mijn arts
- ☐ Op het werk aangeboden
- ☐ Door mediaberichten
- ☐ Op eigen initiatief
- ☐ Op aanraden van partner/familie
- ☐ Andere redenen, ***omschrijf*** : _____

*Volgende vraag dient enkel beantwoord te worden indien nog **nooit** gevaccineerd geweest voor influenza/pneumokokken/klem-kroep.*

VA.04. De reden waarom u zich niet laat vaccineren:
(Meer dan één antwoord mogelijk)

- ☐ Omwille van geloofsovertuiging
- ☐ Ik voel me reeds gezond en heb het niet nodig
- ☐ Ik geloof niet in de werking van vaccins
- ☐ Omwille van financiële overwegingen
- ☐ Angst voor prikken
- ☐ Schadeijke gevolgen van vaccinaties
- ☐ Ik weet het niet
- ☐ Een andere reden, ***omschrijf*** :_____

VA.05. Denkt u voldoende kennis te hebben omtrent uw persoonlijke vaccinatiestatus? Geef uzelf een score van 1 tot 10.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Extra commentaar:_____

8. Kankeropsporing

CA.01. Er bestaat een test voor het vroegtijdig opsporen van darmkanker door de aanwezigheid van bloed in de stoelgang na te gaan. Hebt u ooit zo een onderzoek ondergaan?

- ☐ Ja
- ☐ Neen
- ☐ Ik weet het niet

- ➢ ***VROUWEN, ga naar vraag CA.03.***
- ➢ ***MANNEN, ga naar vraag CA.13.***

CA.02. Wanneer hebt u voor het laatst een stoelgangonderzoek gehad om de aanwezigheid van bloed op te sporen?

- ☐ Minder dan 2 jaar geleden
- ☐ 2 jaar geleden of langer, maar minder dan 3 jaar
- ☐ Ik weet het niet

Let op! De volgende vragen van deze module richten zich enkel tot vrouwen. Mannen kunnen rechtstreeks naar vraag CA.13. gaan.

CA.03. Hebt u ooit een mammografie (radiografie van de borsten) gehad?

- ☐ Ja
- ☐ Neen → ***Ga naar vraag CA.07.***
- ☐ Ik weet het niet → ***Ga naar vraag CA.07.***

CA.04. Wanneer heb u voor het laatst een mammografie gehad?

- ☐ Minder dan 2 jaar geleden
- ☐ 2 jaar geleden of langer, maar minder dan 3 jaar
- ☐ Ik weet het niet

CA.05. Is er ter gelegenheid van dit onderzoek ook een echografie van de borsten uitgevoerd?

- ☐ Ja
- ☐ Neen
- ☐ Ik weet het niet

CA.06. Om welke redden hebt u deze laatste mammografie gehad?
(Meer dan één antwoord mogelijk)

- ☐ Op aanraden van uw huisarts/gynaecoloog, zonder dat er een klacht of abnormaliteit was
- ☐ Borstkanker(s) bij familieleden
- ☐ U hebt reeds zelf een borstcyste, een borsttumor, borstkanker of een operatie aan de borsten gehad
- ☐ Opvolging van een vorig onderzoek
- ☐ Pijn aan de borsten
- ☐ U hebt zelf een abnormaliteit in uw borst vastgesteld (bv een knobbeltje)
- ☐ Uw arts heeft een abnormaliteit in uw borst vastgesteld tijdens een onderzoek
- ☐ Naar aanleiding van een uitnodigingsbrief
- ☐ Andere reden, ***omschrijf*** : _____

CA.07. Hebt u de afgelopen 2 jaar een uitnodigingsbrief gekregen voor een gratis (mammografisch) onderzoek voor de opsoring van borstkanker?

- ☐ Ja
- ☐ Neen → ***Ga naar vraag CA.10.***
- ☐ Ik weet het niet → ***Ga naar vraag CA.10.***

CA.08. Hebt u naar aanleiding van deze uitnodigingsbrief een (mammografisch) borstonderzoek laten uitvoeren?

- ☐ Ja → ***Ga naar vraag CA.10.***
- ☐ Neen
- ☐ Ik weet het niet → ***Ga naar vraag CA.10.***

CA.09. Waarom hebt u geen (mammografisch) borstonderzoek laten uitvoerennaar aanleiding van deze uitnodigingsbrief?

- ☐ Omdat ik kort ervoor al een mammografisch onderzoek had ondergaan
- ☐ Omdat ik geen tijd had
- ☐ Omdat zo een onderzoek te veel kost
- ☐ Omdat ik dit niet nodig vind
- ☐ Omdat ik zo een onderzoek onaangenaam vind
- ☐ Omdat ik reeds een chirurgische ingreep van een borst heb ondergaan
- ☐ Omdat een arts me een borstkankeronderzoek heeft afgeraden
- ☐ Andere reden, ***omschrijf*** : _____

CA.10. Hebt u ooit een uitstrijkje van de baarmoederhals laten uitvoeren?

- ☐ Ja
- ☐ Neen → ***Ga naar vraag CA.13.***
- ☐ Ik weet het niet → ***Ga naar vraag CA.13.***

CA.11. Wanneer hebt u voor het laatst een uitstrijkje laten uitvoeren?

- ☐ Minder dan 2 jaar geleden
- ☐ 2 jaar geleden of langer, maar minder dan 3 jaar
- ☐ 3 jaar geleden of langer
- ☐ Ik weet het niet → ***Ga naar vraag CA.13.***

CA.12. Wat was de reden voor het uitvoeren van het laatste uitstrijkje van de baarmoederhals?

- ☐ Op aanraden van uw huisarts/gynaecoloog, zonder dat er een klacht of abnormaliteit was
- ☐ Opvolging van een voorgaand onderzoek
- ☐ Wegens abnormaal bloeden
- ☐ U had zelf een andere abnormaliteit vastgesteld
- ☐ Uw arts heeft een abnormaliteit vastgesteld tijdens een onderzoek
- ☐ U hebt reeds een gezwel aan de baarmoederhals gehad
- ☐ Naar aanleiding van een uitnodigingsbrief
- ☐ Andere reden, ***omschrijf*** : _____

CA.13. Denkt u voldoende kennis te hebben van de verschillende preventie-mogelijkheden voor kankeropsporing?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

CA.14. Bent u tevreden over uw huidige kennis omtrent kankeropsporing?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Extra commentaar:_____

9. Gebruik van alcohol

AL.01. Hoe vaak hebt u de afgelopen 12 maanden eender welke alcoholische dranken (zoals bier, wijn, likeuren, sterke drank of andere) gedronken?

- ☐ Nooit → ***Ga naar vraag AL.09.***
- ☐ 1 keer per maand of minder → ***Ga naar vraag AL.04.***
- ☐ 2 tot 4 keer per maand
- ☐ 2 tot 3 keer per week
- ☐ 4 tot 6 keer per week
- ☐ Elke dag

AL.02. Hoeveel glazen alcohol drinkt u **per dag** in een **doorsnee week**?

	Licht bier	Zwaar bier	Wijn	Aperitief	Likeur	Sterke drank	Cocktails
ma							
di							
wo							
do							
vr							
za							
zo							
Totaal							

AL.03. Hoe vaak hebt u de afgelopen 12 maanden 6 of meer glazen alcohol gedronken bij eenzelfde gelegenheid?

- ☐ Nooit
- ☐ Minder dan1 keer per maand
- ☐ 1 keer per maand
- ☐ 1 keer per week
- ☐ Dagelijks of bijna dagelijks

AL.04. De kleine slokjes niet meegerekend, hoe oud was u toen u alcoholische dranken begon te drinken?

- ☐ . . jaar

AL.05. Hebt u ooit het gevoel gehad te moeten minderen met drinken?

- ☐ Ja
- ☐ Neen

AL.06. Hebt u zich ooit geïrriteerd gevoeld door kritiek op uw drinken?

- ☐ Ja
- ☐ Neen

AL.07. Hebt u zicht ooit schuldig gevoeld over uw drinken?

- ☐ Ja
- ☐ Neen

AL.08. Hebt u ooit direct na het opstaan alcohol gedronken om echt wakker te worden (of van een later af te komen)?

- ☐ Ja
- ☐ Neen

AL.09. Denkt u voldoende kennis te hebben van de schadelijke effecten van alcohol? Geef uzelf een score van 1 tot 10.

(Omcirkel het juiste cijfer: 1 = geen enkele kennis, 10 = zeer duidelijk kennis)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

AL.10. Bent u tevreden over uw persoonlijke alcoholstatus?

(Omcirkel het juiste cijfer: 1 = zeer ontevreden, 10 = zeer tevreden)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Extra commentaar:_____

10. Gebruik van slaap- en kalmeermiddelen (= SK)

SK.01. Hebt u ooit een slaap- of kalmeermiddel (=SK) gebruikt?

- ☐ Ja
- ☐ Neen ➔ ***Ga naar vraag SK.06.***

SK.02. Op welke leeftijd hebt u voor het eerst een SK gebruikt?

- ☐ . . jaar

SK.03. Hebt u de afgelopen 12 maanden een SK gebruikt?

- ☐ Ja
- ☐ Neen ➔ ***Ga naar vraag SK.06.***

SK.04. Hebt u de afgelopen 30 dagen een SK gebruikt?

- ☐ Ja
- ☐ Neen ➔ ***Ga naar vraag SK.06.***

SK.05. Hoe vaak hebt u de afgelopen 30 dagen een SK gebruikt?

- ☐ 20 dagen of meer
- ☐ 10 – 19 dagen
- ☐ 4 – 9 dagen
- ☐ 1 – 3 dagen

SK.06. Denkt u voldoende kennis te hebben van de neveneffecten van slaap- en kalmeermiddelen? Geef uzelf een score van 1 tot 10.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SK.07. Bent u tevreden over uw persoonlijke slaapstatus?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Extra commentaar:_____

11. Gemoedstoestand

*Hoe voelde u zich **de afgelopen weken**? Duid uw **huidige** klachten aan, niet die klachten die u in het verleden hebt gehad.*

De laatste tijd…:

DE.01. Hebt u zich kunnen concentreren op uw bezigheden?

- ☐ Beter dan gewoonlijk
- ☐ Net zo goed als gewoonlijk
- ☐ Slechter dan gewoonlijk

DE.02. Bent u door zorgen veel slaap tekort gekomen?

- ☐ Helemaal niet
- ☐ Niet meer dan gewoonlijk
- ☐ Meer dan gewoonlijk

DE.03. Hebt u het gevoel gehad zinvol bezig te zijn?

- ☐ Zinvoller dan gewoonlijk
- ☐ Net zo zinvol als gewoonlijk
- ☐ Minder zinvol dan gewoonlijk

DE.04. Hebt u het gevoel gehad dat u voortdurend onder druk stond?

- ☐ Beter dan gewoonlijk
- ☐ Net zo goed als gewoonlijk
- ☐ Slechter dan gewoonlijk

DE.05. Hebt u het gevoel gehad dat u uw moeilijkheden niet de baas kon?

- ☐ Helemaal niet
- ☐ Niet meer dan gewoonlijk
- ☐ Meer dan gewoonlijk

DE.06. Hebt u plezier kunnen beleven aan uw gewone, dagelijkse bezigheden?

- ☐ Meer dan gewoonlijk
- ☐ Evenveel als gewoonlijk
- ☐ Minder dan gewoonlijk

DE.07. Hebt u zich ongelukkig en neerslachtig gevoeld?

- ☐ Helemaal niet
- ☐ Niet meer dan gewoonlijk
- ☐ Meer dan gewoonlijk

DE.08. Bent u het vertrouwen in uzelf kwijtgeraakt?

- ☐ Helemaal niet
- ☐ Niet meer dan gewoonlijk
- ☐ Meer dan gewoonlijk

DE.09. Hebt u zich als een waardeloos iemand beschouwd?

- ☐ Helemaal niet
- ☐ Niet meer dan gewoonlijk
- ☐ Meer dan gewoonlijk

DE.10. Hebt u zich alles bij elkaar redelijk gelukkig gevoeld?

- ☐ Gelukkiger dan gewoonlijk
- ☐ Even gelukkig als gewoonlijk
- ☐ Minder gelukkig dan gewoonlijk

DE.11. Bent u tevreden over uw persoonlijke gemoedstoestand?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Extra commentaar:_____

8.5 Tevredenheidsenquete

Tevredenheidsenquête

De tevredenheidsenquête is onderverdeeld in volgende hoofdstukken:

1. Uw gezondheidsbeleving (GB)
2. Bepaling van het risico op hart- en vaatziekten (HV)
3. Rookstopbegeleiding (RB)
4. Advies gezonde voeding (GV)
5. Advies fysieke activiteit (FA)
6. Opsporing van diabetes mellitus (DM)
7. Vaccinaties tegen tetanus/difterie, influenza en pneumokokken (VA)
8. Kankeropsporing (CA)
9. Gebruik van alcohol (AL)
10. Gebruik van slaap- en kalmeermiddelen (SK)
11. Gemoedstoestand (DE)

Geselecteerde persoon:

Nummer van de persoon: | | | | | | | | |

Voornaam: _____

Datum van de enquête: . . / . . / . . .

1. Uw gezondheidsbeleving

GB.01. Heeft u uw gezondheid willen verbeteren in de afgelopen 3 maanden?

☐ Ja
☐ Nee ➔ ***Ga naar vraag GB.05.***

GB.02. Wat was voor u de belangrijkste reden om uw gezondheid te verbeteren?

☐ Op eigen advies of omgeving
☐ Op advies van mijn arts

GB.03. Waarop heeft u zich gebaseerd om uw gezondheid te verbeteren in de afgelopen 3 maanden?

☐ Eigen kennis of omgeving (partner, familie, vrienden, media, etc.)
☐ Door adviezen van mijn arts

GB.04. Heeft u het gevoel dat u hierdoor gezonder bent gaan leven in de afgelopen 3 maanden?

☐ Ja
☐ Nee
☐ Ik weet het niet

GB.05. Hoe tevreden bent u over uw algemene gezondheid in vergelijking met 3 maanden geleden?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Extra commentaar:_____

2. Bepaling van het risico op hart- en vaatziekten

HV.01. Heeft u uw cholesterolgehalte willen verbeteren in de afgelopen 3 maanden?

☐ Ja
☐ Nee ➔ ***Ga naar vraag HV.05.***

HV.02. Wat was voor u de belangrijkste reden om uw cholesterolgehalte te verbeteren?

☐ Op eigen advies of omgeving
☐ Op advies van mijn arts

HV.03. Waarop heeft u zich gebaseerd om uw cholesterolgehalte te verbeteren in de afgelopen 3 maanden?

☐ Op eigen advies of omgeving
☐ Op advies van mijn arts

HV.04. Heeft u het gevoel dat u hierdoor gezonder bent gaan leven in de afgelopen 3 maanden?

☐ Ja

☐ Nee
☐ Ik weet het niet

HV.05. Heeft u uw bloeddruk willen verbeteren in de afgelopen 3 maanden?
☐ Ja
☐ Nee ➔ ***Ga naar vraag HV.09.***

HV.06. Wat was voor u de belangrijkste reden om uw bloeddruk te verbeteren?
☐ Op eigen advies of omgeving
☐ Op advies van mijn arts

HV.07. Waarop heeft u zich gebaseerd om uw bloeddruk te verbeteren in de afgelopen 3 maanden?
☐ Op eigen advies of omgeving
☐ Op advies van mijn arts

HV.08. Heeft u het gevoel dat u hierdoor gezonder bent gaan leven in de afgelopen 3 maanden?
☐ Ja
☐ Nee

HV.09. Denkt u meer kennis te hebben omtrent uw persoonlijk risico op hart- en vaatziekten in vergelijking met 3 maanden geleden? Geef uzelf een score van 1 tot 10.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

HV.10. Hoe tevreden bent u over uw persoonlijk risico op hart- en vaatziekten in vergelijking met 3 maanden geleden?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Extra commentaar:_____

3. Rookstopbegeleiding

RB.01. Rookt u nu?
☐ Ja
☐ Neen, gestopt in de afgelopen 3 maanden
☐ Neen, gestopt langer dan 3 maanden geleden ➔ ***Ga naar vraag RB.06.***
☐ Neen, nooit gerookt ➔ ***Ga naar vraag RB.06.***

RB.02. Heeft u uw rookgedrag willen verbeteren in de afgelopen 3 maanden?
☐ Ja
☐ Nee ➔ ***Ga naar vraag RB.06***

RB.03. Wat was voor u de belangrijkste reden om uw rookgedrag te verbeteren?
☐ Op eigen advies of omgeving
☐ Op advies van mijn arts

RB.04. Waarop heeft u zich gebaseerd om uw rookgedrag te verbeteren in de afgelopen 3 maanden?
☐ Op eigen advies of omgeving
☐ Op advies van mijn arts

RB.05. Heeft u het gevoel dat u hierdoor gezonder bent gaan leven in de afgelopen 3 maanden?
☐ Ja
☐ Nee
☐ Ik weet het niet

RB.06. Denkt u meer kennis te hebben van de schadelijke effecten van roken in vergelijking met 3 maanden geleden? Geef uzelf een score van 1 tot 10.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

RB.07. Hoe tevreden bent u over uw rookstatus in vergelijking met 3 maandengeleden?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Extra commentaar:_____

4. Advies gezonde voeding

GV.01. Heeft u uw voeding willen verbeteren in de afgelopen 3 maanden?
☐ Ja
☐ Nee ➔ ***Ga naar vraag GV.05.***

GV.02. Wat was voor u de belangrijkste reden om uw voeding te verbeteren?
☐ Op eigen advies of omgeving
☐ Op advies van mijn arts

GV.03. Waarop heeft u zich gebaseerd om uw voeding te verbeteren in de afgelopen 3 maanden?
☐ Op eigen advies of omgeving
☐ Op advies van mijn arts

GV.04. Heeft u het gevoel dat u hierdoor gezonder bent gaan leven in de afgelopen 3 maanden?
☐ Ja
☐ Nee
☐ Ik weet het niet

GV.05. Denkt u meer kennis te hebben omtrent gezonde voeding in vergelijking met 3 maanden geleden? Geef uzelf een score van 1 tot 10.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

GV.06. Hoe tevreden bent u over uw voeding in vergelijking met 3 maanden geleden?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Extra commentaar:_____

5. Advies fysieke activiteit

FA.01. Heeft u uw fysieke activiteit willen verbeteren in de afgelopen 3 maanden?

☐ Ja
☐ Nee → ***Ga naar vraag FA.05.***

FA.02. Wat was voor u de belangrijkste reden om uw fysieke activiteit te verbeteren?

☐ Op eigen advies of omgeving
☐ Op advies van mijn arts

FA.03. Waarop heeft u zich gebaseerd om uw fysieke activiteit te verbeteren innde afgelopen 3 maanden?

☐ Op eigen advies of omgeving
☐ Op advies van mijn arts

FA.04. Heeft u het gevoel dat u hierdoor gezonder bent gaan leven in de afgelopen 3 maanden?

☐ Ja
☐ Nee
☐ Ik weet het niet

FA.05. Denkt u meer kennis te hebben van de adviezen omtrent de aanbevolenfysieke activiteit in vergelijking met 3 maanden geleden? Geef uzelf een score van 1 tot 10.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FA.06. Hoe tevreden bent u over uw fysieke activiteit in vergelijking met 3 maanden geleden?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Extra commentaar:_____

6. Opsporing van diabetes mellitus

DM.01. Heeft u uw suikergehalte willen verbeteren in de afgelopen 3 maanden?

☐ Ja
☐ Nee → ***Ga naar vraag DM.05.***

DM.02. Wat was voor u de belangrijkste reden om uw suikergehalte te verbeteren?

☐ Op eigen advies of omgeving
☐ Op advies van mijn arts

DM.03. Waarop heeft u zich gebaseerd om uw suikergehalte te verbeteren in de afgelopen 3 maanden?

☐ Op eigen advies of omgeving
☐ Op advies van mijn arts

DM.04. Heeft u het gevoel dat u hierdoor gezonder bent gaan leven in de afgelopen 3 maanden?

☐ Ja
☐ Nee
☐ Ik weet het niet

DM.05. Denkt u meer kennis te hebben omtrent uw persoonlijk risico op suikerziekte in vergelijking met 3 maanden geleden? Geef uzelf een score van 1 tot 10.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

DM.06. Hoe tevreden bent u over uw persoonlijk risico op suikerziekte in vergelijking met 3 maanden geleden?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Extra commentaar:_____

7. Vaccinaties

VA.01. Is er een onvolledige vaccinatiestatus vastgesteld in de afgelopen 3 maanden?

☐ Ja
☐ Nee → ***Ga naar vraag VA.05.***

VA.02. Heeft u uw vaccinatiestatus willen verbeteren in de afgelopen 3 maanden?

☐ Ja
☐ Nee → ***Ga naar vraag VA.05.***

VA.03. Waarop heeft u zich gebaseerd om uw vaccinatiestatus te verbeteren in de afgelopen 3 maanden?

☐ Op eigen advies of omgeving
☐ Op advies van mijn arts

VA.04. Heeft u het gevoel dat u hierdoor gezonder bent gaan leven in de afgelopen 3 maanden?

☐ Ja
☐ Nee
☐ Ik weet het niet

VA.05. Denkt u voldoende kennis te hebben omtrent uw persoonlijke vaccinatiestatus? Geef uzelf een score van 1 tot 10.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

VA.06. Hoe tevreden bent u over uw vaccinatiestatus in vergelijking met 3 maanden geleden?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Extra commentaar:_____

8. Kankeropsporing

CA.01. Heeft u zich laten onderzoeken op kanker in de afgelopen 3 maanden?

☐ Ja
☐ Nee → ***Ga naar vraag CA.05.***

CA.02. Wat was voor u de belangrijkste reden om dit te doen?

☐ Op eigen advies of omgeving
☐ Op advies van mijn arts

CA.03. Heeft u het gevoel dat u hierdoor gezonder bent gaan leven in de afgelopen 3 maanden?
☐ Ja
☐ Nee

CA.04. Denkt u meer kennis te hebben van de verschillende preventie-mogelijkheden voor kankeropsporing in vergelijking met 3 maanden geleden?



CA.05. Hoe tevreden bent u over uw persoonlijke kankeropsporing in vergelijking met 3 maanden geleden?



Extra commentaar:_____

12. Gebruik van alcohol

AL.01. Drinkt u nu alcohol?
☐ Ja
☐ Neen, gestopt in de afgelopen 3 maanden
☐ Neen, gestopt langer dan 3 maanden geleden → ***Ga naar vraag AL.06.***
☐ Neen, nooit gerookt → ***Ga naar vraag AL.06.***

AL.02. Heeft u uw alcoholstatus willen verbeteren in de afgelopen 3 maanden?
☐ Ja
☐ Nee → ***Ga naar vraag AL.06***

AL.03. Wat was voor u de belangrijkste reden om uw alcoholstatus te verbeteren?
☐ Op eigen advies of omgeving
☐ Op advies van mijn arts

AL.04. Waarop heeft u zich gebaseerd om uw alcoholstatus te verbeteren in de afgelopen 3 maanden?
☐ Op eigen advies of omgeving
☐ Op advies van mijn arts

AL.05. Heeft u het gevoel dat u hierdoor gezonder bent gaan leven in de afgelopen 3 maanden?
☐ Ja
☐ Nee
☐ Ik weet het niet

AL.06. Denkt u meer kennis te hebben van de schadelijke effecten van alcohol in vergelijking met 3 maanden geleden? Geef uzelf een score van 1 tot 10



AL.07. Hoe tevreden bent u over uw alcoholstatus in vergelijking met 3 maanden geleden?



Extra commentaar:_____

13. Gebruik van slaap- en kalmeermiddelen (= SK)

SK.01. Gebruikt u nu SK (=slaap- en kalmeermiddelen)?
☐ Ja
☐ Neen, gestopt in de afgelopen 3 maanden
☐ Neen, gestopt langer dan 3 maanden geleden → ***Ga naar vraag SK.06.***
☐ Neen, nooit gebruikt → ***Ga naar vraag SK.06.***

SK.02. Heeft u uw slaappatroon willen verbeteren in de afgelopen 3 maanden?
☐ Ja
☐ Nee → ***Ga naar vraag SK.06***

SK.03. Wat was voor u de belangrijkste reden om uw slaappatroon te verbeteren?
☐ Op eigen advies of omgeving
☐ Op advies van mijn arts

SK.04. Waarop heeft u zich gebaseerd om uw slaappatroon te verbeteren in de afgelopen 3 maanden?
☐ Op eigen advies of omgeving
☐ Op advies van mijn arts

SK.05. Heeft u het gevoel dat u hierdoor gezonder bent gaan leven in de afgelopen 3 maanden?
☐ Ja
☐ Nee
☐ Ik weet het niet

SK.06. Denkt u meer kennis te hebben van de schadelijke effecten van SK in vergelijking met 3 maanden geleden? Geef uzelf een score van 1 tot 10.



SK.07. Hoe tevreden bent u over uw slaappatroon in vergelijking met 3 maanden geleden?



Extra commentaar:_____

14. Gemoedstoestand

DE.01. Bent u van mening dat er bij u persoonlijk momenteel sprake is van een depressieve gemoedstoestand?
☐ Ja
☐ Neen, depressie 'verdwenen' in de afgelopen 3 maanden
☐ Neen, depressie langer dan 3 m geleden → ***Ga naar vraag DE.06.***
☐ Neen, nooit depressieve gevoelens gehad → ***Ga naar vraag DE.06.***

DE.02. Heeft u uw gemoedstoestand willen verbeteren in de afgelopen 3 maanden?

☐ Ja
☐ Nee → ***Ga naar vraag DE.06***

DE.03. Wat was voor u de belangrijkste reden om uw gemoedstoestand te verbeteren?

☐ Op eigen advies of omgeving
☐ Op advies van mijn arts

DE.04. Waarop heeft u zich gebaseerd om uw gemoedstoestand te verbeteren in de afgelopen 3 maanden?

☐ Op eigen advies of omgeving
☐ Op advies van mijn arts

DE.05. Heeft u het gevoel dat u hierdoor gezonder bent gaan leven in de afgelopen 3 maanden?

☐ Ja
☐ Nee
☐ Ik weet het niet

DE.06. Hoe tevreden bent u over uw persoonlijke gemoedstoestand in vergelijking met 3 maanden geleden?



Extra commentaar:_____

8.6 Resultatenverwerking

respondentnr	eftijd	gorie	geslat	atus	GMD	B.01	GB.0	GB.0	GB.0	B.05	GB.0	B.07	B.08	TGB	B.02	B.03	TGB	B.05	HV.0	V.02	HV.0	V.04	HV.0	V.06	HV.0	V.08	V.09	V.10	THV	V.02	V.03	THV	THVV.06	V.07	THVV.09	V.10	RB.0	B.02	RB.0	B.04
19630221	49	1	M	0	1	2	N	N	J	1	J		8	J	1	2	J	9	J	1	J	2	J	1	J	1	8	7	J	2	2	J	J	2	2	J	9	9	N			
19620810	49	1	V	0	1	2	N	N	J	1	J		7	J	2	2	J	8	J	1	N		J	1	N		5	7	N				N				8	9	N			
19600303	52	1	M	0	1	3	J	N	J	2	J		6	J	1	2	J	8	J	1	J	1	J	1	J	1	8	7	J	2	2	J	J	2	2	J	9	8	N			
19641030	47	1	V	1	1	2	N	N	J	1	J		7	J	1	2	J	9	J	1	J	2	J	1	N		7	7	J	2	2	J	N				9	9	J	16	J	31
19581128	53	1	M	1	1	2	N	N	J	2	J		7	J	1	2	N	8	J	1	J	1	J	1	J	1	6	6	J	2	2	J	J	2	2	J	8	9	J	20	J	33
19580430	54	1	V	0	1	3	N	N	N			5	7	J	1	2	J	7	J	1	N		J	1	J	4	9	9	N				N				10	10	J	18	J	2
19560707	56	2	M	0	1	2	N	N	N			1	7	N				7	J	2	J	4	J	1	N		8	8	J	2	2	J	N				10	9	N			
19531111	59	2	M	0	1	2	N	N	J	2	J		7	J	2	2	J	8	J	1	J	1	J	1	J	1	6	6	J	2	2	J	J	2	2	J	8	7	J	19	J	30
19590620	53	1	V	0	1	2	N	N	J	1	J		7	J	1	2	J	8	J	2	N		J	2	N		5	5	N				N				8	10	N			
19630402	49	1	V	1	1	2	N	N	J	1	J		7	J	1	2	J	8	J	1	J	3	J	1	N		8	8	J	2	2	J	N				9	9	J	19	J	30
19400124	73	3	M	0	1	3	N	J	N			1	7	N				7	J	1	J	1	J	1	J	1	8	8	N				N				8	8	N			
19411116	71	3	V	0	1	3	N	N	N			1	7	N				7	J	1	J	1	J	1	J	1	8	8	J	2	2	J	J	2	2	J	9	9	N			
19390413	73	3	M	1	1	3	J	J	N			4	7	N				7	J	1	J	1	J	1	J	1	7	7	N				N				8	7	J	15	J	50
19371229	75	3	V	0	1	1	N	N	N			1	9	J	2	2	J	10	J	1	J	1	J	1	J	1	8	7	N				N				10	7	N			
19470811	65	3	V	1	1	2	J	N	J	1	J		8	J	1	2	J	9	J	1	N		J	1	J	1	6	6	N				J	2	2	J	8	8	J	16	J	45
19461205	66	3	M	1	1	2	N	N	J	1	J		7	J	1	2	J	9	J	1	J	3	J	1	N		6	6	J	2	2	J	N				9	7	J	18	J	47
19590619	53	1	V	0	1	3	J	J	J	1	J		6	J	1	2	J	8	J	1	N		J	1	N		4	5	N				N				8	8	N			
19480721	64	2	V	0	1	3	N	N	J	1	J		7	J	2	2	J	8	J	1	J	1	J	1	N		8	7	J	2	2	J	N				9	9	N			
19480305	65	3	M	1	1	2	N	N	J	1	N		8	J	1	1	J	9	J	1	J	1	J	1	J	1	6	7	J	1	1	J	J	1	1	J	8	8	J	18	J	47
19440221	69	3	M	1	1	4	J	J	J	1	J		5	J	1	2	J	7	J	1	J	1	J	1	J	1	8	6	J	2	2	J	J	1	2	J	9	8	J	17	J	52
19590619	53	1	M	0	0	2	N	N	J	1	J		8	J	1	1	N	8	J	1	J	2	J	1	J	1	7	6	N				N				6	6	N			
19490507	63	2	M	0	0	2	N	N	J	2	J		7	J	2	2	J	8	J	1	J	1	J	1	J	1	6	6	J	1	1	N	J	2	2	J	8	7	J	19	J	30
19480805	64	2	V	0	0	3	N	N	J	1	J		8	J	2	2	N	7	J	1	J	1	J	1	N		8	7	N				N				7	7	N			
19530814	59	2	M	0	0	2	N	N	N			1	7	N				6	J	2	J	4	J	1	N		8	8	J	2	2	J	N				8	8	N			
19511023	61	2	V	0	0	3	J	J	J	1	J		6	J	1	1	N	6	J	1	N		J	1	N		4	5	N				N				4	4	N			
19550901	57	2	M	1	0	2	N	N	J	2	J		7	J	1	2	J	8	J	1	J	1	J	1	J	1	6	6	J	1	2	J	J	2	2	J	7	7	J	20	J	33
19570426	55	2	V	0	0	3	N	N	N			5	7	J	1	1	N	7	J	1	N		J	1	J	4	8	8	N				N				8	7	J	18	J	2
19440616	68	3	M	0	0	3	N	J	N			1	7	N				6	J	1	J	1	J	1	J	1	8	8	N				N				7	7	N			
19500208	63	2	V	1	0	2	J	N	J	1	J		8	J	1	1	N	7	J	1	N		J	1	J	1	6	6	N				N	2	2	J	7	7	J	16	J	45
19450207	68	3	M	1	0	4	J	J	J	1	J		5	J	1	2	J	7	J	1	J	1	J	1	J	1	8	6	J	2	2	N	J	2	2	N	8	7	J	17	J	52
19421005	70	3	V	0	0	3	N	N	N			1	7	N				7	J	1	J	1	J	1	J	1	7	7	N				N				6	6	N			
19490218	64	2	M	1	0	2	N	N	J	1	N		8	J	1	1	N	7	J	1	J	1	J	1	J	1	6	7	N				N				6	7	J	18	J	47
19600801	52	1	V	0	0	2	N	N	J	1	J		8	J	1	2	J	9	J	2	N		J	2	N		5	5	N				N				4	5	N			
19590808	53	1	M	0	0	3	J	N	J	2	J		6	J	1	1	N	6	J	1	J	1	J	1	J	1	8	7	J	1	1	J	J	2	2	J	9	8	N			
19390317	74	3	V	0	0	1	N	N	N			1	9	J	2	2	N	8	J	1	J	1	J	1	J	1	7	6	N				N				7	6	N			
19490409	64	2	M	1	0	2	N	N	J	1	J		7	J	1	1	N	7	J	1	J	3	J	1	N		6	6	N				N				6	6	J	18	J	47
19651206	47	1	V	1	0	2	N	N	J	1	J		8	J	1	1	N	7	J	1	J	2	J	1	N		7	7	J	1	2	J	N				8	8	J	16	J	31
19630807	49	1	V	0	0	2	N	N	J	1	J		7	J	2	2	J	8	J	1	N		J	1	N		5	7	N				N				5	6	N			
19420516	70	3	M	1	0	3	J	J	N			4	7	N				6	J	1	J	1	J	1	J	1	7	7	N				N				7	7	J	15	J	50
19550123	58	2	V	1	0	2	N	N	J	1	J		6	J	1	1	N	6	J	1	J	3	J	1	N		8	8	N				N				8	7	J	19	J	30

RB.0	B.06	B.07	RB.0	B.09	RB.1	B.11	B.12	B.13	B.14	B.15	B.16	B.17	B.01	TRB	B.03	B.04	TRB	B.06	B.07	V.01	V.02	V.03	V.04	V.05	GV.0	GV.0	GV.0	V.09	V.10	V.11	TGV	V.02	V.03	TGV	V.05	V.06	A.01	A.02	A.03	A.04	A.05	A.06	A.07
N								1	1	1	10	10	4					10	10	2	3	1	1	1	J	1	J		9	7	J	1	2	J	9	9	4	420	4	120	5	60	2
N								1	1	1	6	8	4					8	8	2	2	1	2	1	N			1	7	8	N				8	8	4	300	4	300	4	30	2
N								1	1	1	9	10	4					10	10	1	1	1	2	1	J	4	N		8	6	J	1	2	J	9	8	2	60	7	120	7	180	2
J	15	4	J	5	N			3	4	2	3	3	2	J	1	2	J	8	8	2	2	2	2	3	J	1	J		6	6	N				8	8	0		0		0			
J	20	2	J	5	N			2	1	1	6	6	2	J	1	2	J	8	9	3	1	3	3	3	N			9	5	7	N				7	7	0		0		0			
N						5	2	1	1	1	10	10	3					10	10	1	2	1	1	1	N			1	9	10	J	1	2	J	10	10	0		4	30	5	30	2
N								1	1	2	10	10	4					10	10	1	2	3	2	1	N			1	8	8	J	2	2	J	10	10	0		1	30	5	5	3
N						5	4	1	1	1	9	10	3					9	10	2	2	1	2	2	J	1	J		7	6	J	2	2	J	9	10	1	30	2	30	4	30	2
N								1	1	1	8	9	4					9	9	2	1	3	2	1	J	1	J		4	4	J	1	2	J	6	7	0		0		1	30	4
J	12	3	J	9	J			2	2	1	5	4	2	J	1	2	J	8	9	1	1	1	2	1	J	1	J		7	8	N				8	8	0		0		0			
N								1	1	1	9	9	4					9	9	1	1	3	3	4	N			9	7	7	N				7	7	0		0		2	60	3
N								1	1	1	7	9	4					8	9	1	1	1	1	4	N			9	6	7	N				8	9	0		0		2	60	2
J	2	4	1	4	N			1	1	1	6	7	1	N				6	7	1	2	1	1	1	N			1	7	8	N				7	8	0		0		0			
N								1	1	1	9	9	4					9	9	1	2	1	1	1	N			1	7	8	J	1	1	J	8	9	0		0		0			
J	10	4	J	1	J			2	3	2	8	5	1	J	2	2	N	9	7	1	2	1	2	1	N			1	8	8	N				8	8	0		0		0			
J	15	4	J	1	N			1	1	1	8	6	2	J	1	1	J	9	9	1	1	1	2	1	N			1	8	8	N				9	8	0		0		0			
N								1	1	1	8	10	4					9	10	1	1	3	2	1	N			1	8	8	N				9	8	0		0		3	60	3
N								1	1	1	6	9	4					8	9	1	1	3	2	4	J	1	J		5	4	J	2	2	J	8	8	0		0		0			
J	15	3	J	5	N			1	1	1	7	6	1	J	2	1	N	8	6	1	2	3	3	1	N			9	7	8	N				7	8	0		0		2	30	3
J	4	4	J	4	N			2	1	1	7	5	2	J	1	2	J	8	9	1	2	3	3	4	J	1	J		6	6	J	1	2	J	8	8	0		0		0			
N								1	1	1	8	10	4					8	10	2	3	1	1	1	J	1	J		8	6	J	1	1	N	7	6	4	360	4	90	5	30	2
N						5	4	1	1	1	7	9	3					7	9	2	2	1	2	2	J	1	J		7	6	J	2	2	J	8	7	1	30	2	60	4	30	2
N								1	1	1	6	9	4					8	9	1	1	3	2	4	J	1	J		5	4	N				5	4	0		0		0			
N								1	1	2	10	10	4					10	10	1	2	3	2	1	N			1	8	8	J	2	2	J	9	9	0		1	30	5	5	3
N								1	1	1	8	10	4					9	10	1	1	3	2	1	N			1	8	8	N				8	8	0		0		3	60	3
J	15	2	J	5	N			2	1	1	6	6	1	N				6	6	3	1	3	3	3	N			9	5	7	N				5	6	0		0		0			
N						5	2	1	1	1	9	9	3					9	9	1	2	1	1	1	N			1	9	9	J	1	1	N	9	9	0		4	60	5	30	2
N								1	1	1	9	9	4					9	9	1	1	3	3	4	N			9	7	7	N				7	7	0		0		2	60	3
J	8	4	J	1	J			2	3	2	8	5	1	J	1	1	N	8	6	1	2	1	2	1	N			1	6	6	N				6	6	0		0		0			
J	8	4	J	4	N			2	1	1	7	5	1	N				8	9	1	2	3	3	4	J	1	J		6	6	J	1	1	N	6	7	0		0		0			
N								1	1	1	7	9	4					8	9	1	1	1	1	4	N			9	6	7	N				8	9	0		0		2	60	2
J	20	3	J	5	N			1	1	1	7	6	1	N				6	5	1	2	3	3	1	N			9	6	7	N				6	7	0		0		2	30	3
N								1	1	1	8	9	4					9	9	2	1	3	2	1	J	1	J		4	4	J	1	1	N	6	7	0		0		1	30	4
N								1	1	1	9	10	4					10	10	1	1	1	2	1	J	4	N		8	6	N				9	8	2	30	7	60	7	180	2
N								1	1	1	7	8	4					7	8	1	2	1	1	1	N			1	7	8	J	1	1	J	8	9	0		0		0			
J	18	4	J	1	N			1	1	1	8	6	1	N				8	5	1	1	1	2	1	N			1	8	8	N				9	8	0		0		0			
J	15	4	J	5	N			3	4	2	3	3	1	N				3	3	2	2	2	2	3	J	1	J		6	6	N				8	8	0		0		0			
N								1	1	1	6	8	4					8	8	2	2	1	2	1	N			1	7	8	N				8	8	4	300	4	150	4	30	2
J	4	4	1	4	N			1	1	1	6	7	1	N				6	7	1	2	1	1	1	N			1	7	8	N				7	8	0		0		0			
J	10	3	J	9	J			2	2	1	5	4	2	J	1	2	J	8	9	1	1	1	2	1	J	1	J		6	7	N				6	6	0		0		0			

A.08	FA.0	A.10	A.11	TFA	A.02	A.03	TFA	A.05	A.06	DM	M.02	DM	M.04	M.05	M.06	TDM	M.02	M.03	TDM	M.05	M.06	A.01	VA.0	A.03	A.04	A.05	A.06	TVA	TVA	A.03	TVA	A.05	A.06	CA.0	A.02	CA.0	A.04	CA.0	A.06	CA.0	CA.0	A.09	CA.1
4	N	7	8	N				9	8	J	1	J	1	9	7	J	2	2	J	9	9	1	J	3		8	8	N				8	8	N									
5	N	6	6	J	1	2	J	8	7	N				6	6	N				8	8	1	N		2	5	7	N				8	8	N		J		1	J	2	N		J
5	N	4	7	N				8	8	N				1	1	N				8	8	2	N		7	1	1	J	J		2	N	8	8	N								
6	N	5	5	N				7	5	J	1	N		8	8	N				8	8	2	N		7	4	4	J	J		2	N	8	8	N		N			N			J
6	N	5	5	N				7	5	J	1	N		8	8	N				8	8	1	J	2		8	9	N					9	9	J	1							
3	J	9	9	N				10	10	J	1	N		7	7	N				9	8	1	N		2	8	8	N					10	10	J	1	J		1	J		N		1	J
6	N	6	6	J	2	2	J	9	8	J	2	N		6	6	N				8	7	1	N		2	7	7	J	J		2	N	9	8	J	1							
4	N	7	6	J	2	2	N	9	7	J	1	N		7	7	N				8	7	1	J	2		7	8	N					9	9	N								
5	N	4	2	N				4	2	J	1	N		7	7	N				9	9	2	N		3	6	5	J	J		2	J	8	8	N		J		4	N		8	J	N		2	J
5	N	6	6	J	1	2	J	8	9	J	1	J	3	8	8	J	2	2	J	9	9	2	N		7	5	5	J	J		2	J	8	8	J	1	J		1	N		7	J	N		1	J
6	N	6	7	N				6	7	J	1	N		9	9	N				9	9	5	J	1		6	7	J	J		2	N	8	9	N										
5	N	7	6	J	2	2	J	9	9	J	1	J	2	9	9	N				9	9	5	1	1		6	7	J	J		2	J	9	9	J	1	J		1	J		7	J	J		1	J
6	N	7	7	N				7	7	J	1	N		6	6	N				8	8	5	J	1		7	6	J	J		2	N	9	9	J	1									
6	N	7	7	J	2	2	J	9	10	J	1	N		9	8	N				9	9	5	J	1		7	6	J	J		2	J	9	9	N		J		1	N		1	J	J		J
5	N	6	5	N				8	5	J	1	N		7	8	N				8	8	5	J	1		6	5	J	J		2	J	8	9	J	1	J		1	N		1	J	J		J
6	N	6	5	J	2	2	J	8	7	J	1	N		6	6	N				8	7	2	J	1		4	4	J	J		2	J	8	8	J	1								
5	N	6	3	N				8	4	J	1	N		8	8	N				8	8	5	N		8	7	4	J	J		2	J	8	8	N		J		2	J		8	J	J		J
6	N	6	6	J	1	2	J	8	8	J	1	J	3	8	8	N				9	9	2	J	1		5	4	J	J		2	J	8	8	N		J		1	N		1	J	J		J
6	N	6	7	J	1	1	J	8	8	J	1	N		8	8	N				8	8	1	J	2		8	8	N					8	8	N									
6	N	6	6	N				6	6		1	N		8	8	N				8	8	2	J	1		6	6	J	J		2	J	8	9	J	2								
4	N	8	8	N				8	8	J	1	J	1	8	6	J	2	2	J	9	9	1	J	3		7	8	N					7	8	N									
4	N	7	7	N				7	7	J	1	N		6	6	N				6	6	1	J	2		6	7	N					6	7	N									
6	N	6	6	J	1	2	J	8	8	J	1	J	3	8	6	N				8	6	2	J	1		5	4	N					5	4	N		J		1	N		1	J	J		J
6	N	5	5	N				5	5	J	2	N		6	6	N				6	6	1	N		2	5	7	J	J		2	N	9	8	J	1								
5	N	6	3	N				6	3	J	1	N		8	8	N				8	8	5	N		8	7	4	N					7	4	N		J		2	J		8	J	J		J
6	N	5	5	N				5	5	J	1	N		7	8	N				7	8	1	J	2		8	9	N					8	9	J	1								
3	J	9	9	N				9	9	J	1	N		7	7	N				7	8	1	N		2	7	7	N					7	6	J	1	J		1	J		1	J	N		1	J
6	N	6	7	N				6	7	J	1	N		8	8	N				8	9	5	J	1		6	7	N					6	7	N									
5	N	5	5	N				5	5	J	1	N		7	8	N				7	8	5	J	1		6	5	N					6	5	J	1	J		1	N		1	J	J		J
6	N	6	6	N				6	6		1	N		8	8	N				8	8	2	J	1		5	5	N					5	5	J	2								
5	N	7	6	J	2	2	J	9	9	J	1	J	2	7	6	N				7	8	5	1	1		6	7	N					6	6	J	1	J		1	J		7	J	J		1	J
6	N	6	7	J	1	1	J	8	8	J	1	N		8	8	N				8	8	1	J	2		7	8	N					7	7	N									
5	N	4	2	N				4	2	J	1	N		7	7	N				7	7	2	N		3	6	5	N					6	5	N		J		4	N		8	J	N		2	J
5	N	4	7	N				5	7	N				1	1	N				1	1	2	N		7	1	1	N					1	1	N									
6	N	5	4	N				5	5	J	1	N		7	8	N				7	8	5	J	1		7	6	N					7	6	N		J		1	N		1	J	J		J
6	N	6	5	J	2	2	J	8	7	J	1	N		6	6	N				6	6	2	J	1		4	4	J	J		2	J	8	8	J	1								
6	N	5	5	N				6	6	J	1	N		8	8	N				8	8	2	N		7	6	5	N					6	5	N		N			N			J
5	N	6	6	N				6	7	N				5	5	N				5	6	1	N		2	5	7	N					5	7	N		J		1	J		2	N		J
6	N	7	7	N				7	7	J	1	N		6	6	N				6	6	5	J	1		7	6	N					7	7	J	1								
5	N	6	6	J	1	2	J	8	9	J	1	J	3	7	7	J	2	2	J	9	9	2	N		7	5	5	J	J		2	J	8	8	J	1	J		1	N		7	J	N		1	J

A.11	A.12	A.13	A.14	TCAA.02	A.03	TCA	A.05	A.06	L.01	L.02	L.03	L.04	AL.0	AL.0	AL.0	AL.0	L.09	L.10	L.01	TAL	L.03	L.04	TAL	L.06	L.07	SK.0	K.02	SK.0	SK.0	K.05	K.06	K.07	K.01	TSK	K.03	K.04	TSK	K.06	K.07	E.01	E.02	E.03
		8	8	J	2	2	J	9	9	5	8	4	13	J	N	N	N	9	9	1	N				9	9	N					10	10	4					10	10	2	2	2
3	1	6	6	J	2	2	J	8	8	4	9	3	16	J	N	J	N	6	6	1	N				8	8	J	43	J	J	4	5	5	2	J	2	2	J	8	9	2	2	2
		2	2	N				7	6	3	3	3	16	N	N	N	N	8	9	1	N				8	9	N					1	8	4					7	8	2	2	2
1	1	6	6	J	2	2	J	8	8	1								9	9	4					9	9	N					9	9	4					9	9	2	2	2
		7	8	N				8	8	3	2	1	16	N	N	N	N	7	8	1	N				8	8	N					6	8	4					8	8	2	2	2
1	1	9	9	N				9	9	3	3	1	18	N	N	N	N	10	10	1	N				10	10	N					9	9	4					9	9	2	1	2
		8	8	N				8	8	3	1	1	20	N	N	N	N	10	10	1	N				10	10	N					10	8	4					10	9	2	2	2
		6	6	J	2	2	J	9	8	5	20	2	18	N	N	N	N	8	6	1	N				9	7	N					6	8	4					8	9	2	2	2
1	1	6	7	J	2	2	J	8	8	4	2	1	18	N	N	N	N	9	9	1	N				9	9	N					8	9	4					9	9	2	2	2
1	1	8	8	N				8	8	2			16	N	N	N	N	8	9	4	N				9	9	N					9	9	4					9	9	3	3	3
		6	6	J	2	2	J	8	8	1								10	10	4					10	10	N					10	10	4					10	10	2	2	2
1	1	7	9	N				9	9	1								10	10	4					10	10	N					10	10	4					10	10	2	2	2
		8	8	N				8	8	1								9	9	4					9	9	N					9	9	4					9	9	2	2	2
1	1	7	7	J	2	2	J	8	8	1								9	9	4					9	9	N					7	9	4					9	9	2	2	2
3	1	7	8	N				8	9	2	2	1	18	N	N	N	N	9	9	1	N				9	9	N					7	9	4					9	9	2	2	2
		5	5	N				8	7	2	2	1	17	N	N	N	N	9	9	1	N				9	9	2					7	8	4					9	9	2	2	2
1	8	6	7	J	2	2	J	8	8	4	3	1	28	N	N	N	N	8	10	1	N				9	10	J	35	J	J	4	9	9	1	J	1	2	J	9	9	3	1	3
3	1	6	6	J	2	2	J	8	8	3	2	1	24	N	N	N	N	7	9	1	N				9	9	J	60	J	J	4	6	5	2	J	2	2	J	8	7	2	2	2
		7	6	J	2	2	N	8	7	2	2	1	16	N	N	N	N	8	8	1	N				9	9	N					6	8	4					8	9	3	3	2
		7	7	N				9	9	3	2	1	22	N	N	N	N	8	9	1	N				9	9	J	65	J	J	4	6	7	1	J	2	2	N	8	7	2	2	2
		8	8	N				7	7	5	8	4	13	J	N	N	N	9	9	1	N				9	9	N					8	10	4					8	10	2	2	2
		6	6	J	2	2	J	9	8	5	20	2	18	N	N	N	N	8	6	1	N				8	6	N					6	8	4					6	8	2	2	2
3	1	6	6	N				6	6	3	2	1	24	N	N	N	N	7	9	1	N				7	9	J	58	J	J	4	6	5	2	N				6	6	2	2	2
		8	8	N				8	7	3	1	1	20	N	N	N	N	9	9	1	N				9	9	N					10	8	4					10	8	2	2	2
1	8	6	7	N				6	6	4	3	1	28	N	N	N	N	8	10	1	N				9	10	J	32	J	J	4	9	9	1	J	1	2	J	9	9	3	1	3
		7	8	N				7	8	3	2	1	16	N	N	N	N	7	8	1	N				7	8	N					6	8	4					6	8	2	2	2
1	1	9	9	N				9	9	3	3	1	18	N	N	N	N	9	10	1	N				9	10	N					9	9	4					9	9	2	1	2
		6	6	J	2	2	J	8	8	1								7	10	4					7	10	N					10	10	4					10	10	2	2	2
3	1	7	8	N				6	6	2	2	1	18	N	N	N	N	9	9	1	N				9	9	N					7	9	4					7	9	2	2	2
		7	7	N				7	7	3	2	1	22	N	N	N	N	8	9	1	N				8	9	J	60	J	J	4	6	7	1	N				6	6	2	2	2
1	1	7	9	N				7	9	1								10	10	4					10	10	N					10	10	4					10	10	2	2	2
		7	6	J	2	2	N	8	7	2	2	1	16	N	N	N	N	8	8	1	N				9	9	N					6	8	4					6	8	3	3	2
1	1	6	7	N				6	7	4	2	1	18	N	N	N	N	9	9	1	N				9	9	N					8	9	4					8	9	2	2	2
		2	2	N				2	2	3	3	3	16	N	N	N	N	7	8	1	N				7	8	N					1	8	4					1	8	2	2	2
1	1	7	7	N				5	5	1								8	7	4					8	7	N					7	9	4					7	8	2	2	2
		5	5	N				5	5	2	2	1	17	N	N	N	N	9	9	1	N				9	9	2					7	8	4					7	8	2	2	2
1	1	6	6	N				6	6	1								8	8	4					8	8	N					9	9	4					9	9	2	2	2
3	1	6	6	J	2	2	J	8	9	4	9	3	16	J	N	J	N	6	6	1	N				6	6	J	40	J	J	4	5	5	1	N				4	3	2	2	2
		8	8	N				6	7	1								9	9	4					9	9	N					9	9	4					8	8	2	2	2
1	1	8	8	N				8	8	2			16	N	N	N	N	8	9	4	N				9	9	N					9	9	4					8	8	3	3	3

ÐE.04	ÐE.05	ÐE.06	E.07	ÐE.08	ÐE.09	ÐE.10	E.11	ÐE.01	TDÐE.03	ÐE.04	TDÐE.06
2	2	2	2	1	1	2	10	4			10
2	2	2	2	2	1	2	7	4			8
2	2	2	2	2	1	2	7	4			7
2	1	2	1	1	1	2	8	4			8
2	2	2	1	1	1	2	8	4			8
1	2	2	2	2	2	2	8	4			8
2	2	2	1	2	1	2	7	4			7
2	2	2	1	1	1	2	8	4			8
2	2	2	1	1	1	2	8	4			8
2	3	3	3	2	2	2	5	2 J	1	2 J	9
2	2	2	1	1	1	2	8	4			8
2	2	2	1	1	1	2	8	4			9
2	1	2	1	1	1	2	8	4			8
2	2	2	1	1	1	2	9	4			10
2	1	2	1	1	1	1	8	4			9
1	1	2	1	1	1	2	7	4			7
1	2	3	3	1	1	3	7	2 J	1	2 J	9
1	1	2	1	1	1	2	7	4			8
2	3	3	3	2	2	3	5	1 J	2	2 N	6
1	1	2	1	1	1	2	7	4			9
2	2	2	2	1	1	2	10	4			9
2	2	2	1	1	1	2	8	4			8
1	1	2	1	1	1	2	7	4			7
2	2	2	1	2	1	2	7	4			7
1	2	3	3	1	1	3	7	2 J	1	2 J	9
2	2	2	1	1	1	2	8	4			8
1	2	2	2	2	2	2	8	4			7
2	2	2	1	1	1	2	8	4			7
2	1	2	1	1	1	1	8	4			8
1	1	2	1	1	1	2	7	4			7
2	2	2	1	1	1	2	8	4			8
2	3	3	3	2	2	3	5	1 J	2	2 N	4
2	2	2	1	1	1	2	8	4			8
2	2	2	2	2	1	2	7	4			7
2	2	2	1	1	1	2	9	4			9
1	1	2	1	1	1	2	7	4			7
2	1	2	1	1	1	2	8	4			8
2	2	2	2	2	1	2	7	4			8
2	1	2	1	1	1	2	8	4			8
2	3	3	3	2	2	2	5	1 J	1	2 N	5