Effect van gepersonaliseerde uitnodigingen voor preventie, screening en opvolging op de patiëntentevredenheid, participatie en praktijkvoering

dr. Gianni Faelens, Universiteit Gent
dr. Valerie Verhulst, Universiteit Leuven

Promotor: dr. Barbara Michiels PhD., Universiteit Antwerpen
Praktijkopleider: dr. Egbert van Wijk, Huisartsenpraktijk de Pretlei

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2019 – 2022

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

1 Abstract

Effect van gepersonaliseerde uitnodigingen voor preventie, screening en opvolging op de patiëntentevredenheid, participatie en praktijkvoering.

dr. Gianni Faelens, Universiteit Gent en dr. Valerie Verhulst, Universiteit Leuven
Promotor: dr. Barbara Michiels PhD., universiteit Antwerpen

Context: Preventie is een belangrijk onderdeel van de huisartsengeneeskunde. Met de huidige informatie- en communicatiemiddelen, de digitaliseren en de uitgebreide functies van het EMD is er volgens ons op vlak van preventieve geneeskunde meer mogelijk dan wat er op heden gebruikt wordt. We kunnen deze zaken aanreiken om het preventieve luik beter en efficiënter aan te pakken. Het is ook een ideaal aanknopingspunt om na te gaan wat patiënten van deze manier van werken vinden. Dit onderwerp is eens te meer belangrijk in pandemietijden, waarin vele huisartsen met enorme druk kampen en waardoor dit stuk geneeskunde sneller naar de achtergrond geschoven of uitgesteld wordt. Aan de hand van twee preventiecampagnes, met name het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker en de tetanusvaccinatie, analyseren we dit in deze masterproef.

Onderzoeksvragen: Wij willen onderzoeken of het elektronisch verzenden van gepersonaliseerde uitnodigingen in kader van preventieve acten een waardevol initiatief is. Hoe stel je een agogisch verantwoorde uitnodiging op? Wat is de participatiegraad na die uitnodiging? Wat vinden patiënten van deze uitnodigingen? Hoe ervaart de huisarts dit proces? Verder willen we te weten komen welke elementen essentieel zijn om dergelijk project op poten te zetten zodat dit eventueel ook elders geïmplementeerd kan worden.

Methodologie: Het betreft een praktijkverbeterend project binnen de huisartsenpraktijk de Pretlei. Allereerst werden via literatuuronderzoek in combinatie met praktijkervaring zowel gestandaardiseerde als praktijk-specifieke uitnodigingen opgesteld voor het Bevolingsonderzoek Dikkedarmkanker en de tetanusvaccinatie. Deze werden in CareConnect via Helena elektronisch verzonden naar de desbetreffende populatie. Na twee maanden werd de participatiegraad nagegaan. Vervolgens werden patiënten via een semigestructureerd diepte-interview bevraagd naar hun ervaring omtrent de uitnodigingen, dit tot we data-verzadiging uitvoerden. Ook de huisarts werd via dezelfde methode geïnterviewd. Tot slot maakten we een protocol op dat als leidraad kan dienen om dergelijk project uit te werken in een andere praktijk.

Resultaten: In totaal werden 52 van de 459 uitgenodigde patiënten gevaccineerd voor tetanus, goed voor een participatiegraad van 11%. 18 van de 198 patiënten die een uitnodiging kregen voor het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker zijn ingegaan op deze uitnodiging, goed voor een participatiegraad van 9%. In vergelijking met voor het versturen van de uitnodigingen zien we in beide groepen een beperkte stijging aan participatie van 3%. Alle 12 geïnterviewde patiënten gaven aan dat de uitnodigingen een meerwaarde waren op de gewoonlijke consultaties, dat het een voordeel is om er aan herinnerd te worden en dat ze in de toekomst relevante (herhalings)uitnodigingen wensen te ontvangen. Ook raadden ze het aan om in andere praktijken te gebruiken. Er werd een gemiddelde van 8,2 op 10 gegeven aan deze manier van werken. Enkele patiënten gaven aan dat de uitnodiging teveel informatie bevatte. Zowel bij enkele patiënten als bij de huisarts rees de vraag of het haalbaar is voor iedereen; wat bij beperkte digitale mogelijkheden of anderstaligen? Essentieel voor deze werkwijze is dat het patiëntendossier goed georganiseerd en geüpdatet is.

Conclusie: Hoewel er slechts een beperkte stijging in participatie is, merken we dat er zowel bij de patiënten als bij de huisarts een grote tevredenheid is over deze manier van werken. Tijdens het proces zijn we op valkuilen gebotst die in de toekomst verholpen kunnen worden en hebben we kernelementen kunnen bepalen die nodig zijn om dergelijk project in een andere praktijk uit te voeren.

2 Inhoudsopgave

1 Abstract 3

2 Inhoudsopgave 4

3 Inleiding 6
3.1 Wat is screening? 6
3.2 Wat zijn de criteria voor een zinvol screeningsprogramma? 7
3.3 Preventiebeleid in België 7
3.4 Keuze van preventie, screening en opvolging 8
3.5 Gepersonaliseerde elektronische uitnodigingen 11
3.6 Beheren globaal medisch dossier (GBM) 15
3.7 Onderzoeksvraag 15

4 Methodologie 15
4.1 Type onderzoek 15
4.2 Opstellen van de uitnodigingen 15
4.3 Verzenden van uitnodigingen 18
4.4 Onderzoekspopulatie 18
4.5 Selectieprocedure 18
4.6 Tijdstip van verzending 20
4.7 Plaats 21
4.8 Sample size 21
4.9 Semigestructureerd diepte-interview 21
4.10 Ethisch comité 21

5 Resultaten 22
5.1 Respons 22
5.2 Karakteristieken van de deelnemers 22
5.3 Primaire analyse 23
5.4 Systeemanalyse 26
5.5 Vergelijking elementen literatuuronderzoek 27
5.6 Interview huisarts dr. Egbert Van Wijk 31

6 Discussie 33
6.1 Participatie 33
6.2 Satisfactie 34
6.3 Werkbelasting 35
6.4 Voordelen van gepersonaliseerde uitnodigingen 36
6.5 Nadelen van gepersonaliseerde uitnodigingen 36
6.6 Struikelblokken tijdens gebruik 36
6.7 Bias en limitaties 37
6.8 Belang van een uitstekend GMD 37
6.9 Invloed van de COVID-pandemie 38
6.10 Potentiële toekomst voor de preventieve werking binnen de huisartsenpraktijk 38
6.11 Toekomst 38

7 Conclusie 39

8 Referenties 40

9 Bijlagen 42
Bijlage 1 – Initiële uitnodigingsbrief tetanus 42
Bijlage 2 – Initiële uitnodigingsbrief BVO DDK 43
Bijlage 3 – Praktijk-specifieke uitnodiging tetanus 44
Bijlage 4 – Praktijk-specifieke uitnodiging BVO DDK 45
Bijlage 5 – Semigestructureerd diepte-interview 46
Bijlage 6 – 'How to start' 48
Bijlage 7 – Goedkeuring Ethisch comité 54

3 Inleiding

Met de huidige informatie- en communicatietechnologie is op vlak van preventieve geneeskunde volgens ons méér mogelijk in de gemiddelde Belgische huisartsenpraktijk dan men op heden doet.

Bij het starten van deze masterproef, vertrokken we vanuit de kernvraag: “Hoe kunnen we meer patiënten bereiken voor preventieve maatregelen binnen de setting van de huisartsenpraktijk.”

Huidige elektronische medische patiëntendossiers kunnen gebruikt worden om een zeer volledig beeld te krijgen van de gezondheidsstatus van een patiënt. Zo kan men ook zien wie bijvoorbeeld in aanmerking komt voor een (herhalings)vaccinatie of (herhalings)screening.

In de Huisartsenpraktijk de Pretlei van dr. Egbert van Wijk wordt reeds jaren gebruikt gemaakt van gepersonaliseerde elektronische uitnodigingen voor preventie, screening en follow-up. Zo zijn er uitnodigingen voor borstkankerscreening, baarmoederhalsuitstrijkjes, colonkankerscreening, vaccinaties (tetanus, pneumokokken, HPV, hepatitis, influenza, …), bloedonderzoek, controle bij een specialist, enzovoorts.

We willen onderzoeken wat de impact is van deze gepersonaliseerde uitnodigingen op de participatiegraad. Daarnaast willen we onderzoeken hoe de patiënt en de arts deze gepersonaliseerde elektronische uitnodigingen ervaren, in de breedst mogelijke zin van het woord.

Aan de hand van twee preventiecampagnes, met name het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker en de tetanusvaccinatie, analyseren we dit in deze masterproef.

3.1 Wat is screening?

Screening betekent het opsporen van (het risico op) een aandoening bij mensen die geen klachten hebben. De bedoeling is om de aandoening in een vroeg stadium te kunnen detecteren en behandelen, voor ze in een moeilijker te behandelen of onbehandelbaar stadium is gekomen. Screening heeft met andere woorden tot doel kwaadaardige letsels of aandoeningen te vinden op een moment waarop genezing nog mogelijk is.

- Bij opportunistische screening wordt naar een aandoening gezocht bij patiënten die de arts raadplegen omwille van andere klachten. Zo kan een arts bijvoorbeeld personen boven de 50 jaar die hun bloeddruk laten controleren, ook voorstellen om op darmkanker te screenen.
- Bij systematische screening wordt een volledige bevolkingsgroep uitgenodigd voor een bepaald onderzoek. Zo worden bijvoorbeeld alle vrouwen tussen 50 en 69 jaar uitgenodigd voor een borstonderzoek (mammografie). (1–3)

In de meeste huisartsenpraktijken in Vlaanderen wordt aan opportunistische screening gedaan. Daarnaast draagt de overheid haar steentje bij door middel van systematische screening met de colonkanker-, cervixkanker en borstkankerscreeningscampagnes.

In Huisartsenpraktijk de Pretlei wordt zowel aan opportunistische als systematische screening gedaan. Tijdens een consult wordt er gekeken naar de planning en wordt er een eventuele afspraak voor een onderzoek gepland (opportunistische screening). Op regelmatige basis worden er elektronische uitnodigingen voor een preventief onderzoek zoals uitstrijkje gestuurd naar de desbetreffende populatie uit de praktijk (systematische screening).

3.2 Wat zijn de criteria voor een zinvol screeningsprogramma?

Een nationaal bevolkingsonderzoek moet voldoen aan enkele criteria. Het onderzoek moet wetenschappelijk onderbouwd, nuttig en vrijwillig zijn voor de deelnemers. Reeds in 1968 stelden Wilson en Jungner tien criteria op, bedoeld om gericht en efficiënt te analyseren of een screening op populatieniveau verantwoord is.

De criteria van Wilson en Jungner:

1. Het moet gaan om een ernstig en vaak voorkomend gezondheidsprobleem.
2. Een algemeen aanvaarde behandeling voor opgespoorde gevallen dient het beloop gunstig te beïnvloeden.
3. Er moeten voldoende voorzieningen beschikbaar zijn voor screeningsonderzoeken en eventuele behandeling.
4. Het natuurlijk beloop van de aandoening moet bekend zijn.
5. Er moet een herkenbaar latent stadium zijn.
6. Er moet een algemeen geaccepteerde definitie beschikbaar zijn van wie men zal behandelen.
7. Er moet een kwalitatief goede opsporingsmethode beschikbaar zijn.
8. De test moet aanvaardbaar zijn voor brede groepen in de bevolking.
9. De kosten moeten acceptabel zijn tegen de achtergrond van de baten en de middelen die voor de gezondheidszorg beschikbaar zijn.
10. Er moet een zekere mate van continuïteit van het programma voorzien kunnen worden.

In 2008 is door de World Health Organisation (WHO) een lijst met aanvullende criteria opgesteld:

1. Het screeningsprogramma moet inspelen op een erkende behoefte.
2. Het doel van de screening moet bij aanvang zijn vastgesteld.
3. De doelgroep van de screening moet zijn vastgesteld.
4. De effectiviteit van het screeningsprogramma moet wetenschappelijk bewezen zijn.
5. Het programma moet een samenhangend geheel zijn van opleiding, scholing, testpraktijk, zorg en programmamanagement.
6. De kwaliteit van het programma moet geborgd zijn om de potentiële risico's van screening te minimaliseren.
7. Het programma moet garanties bieden voor geïnformeerde keuze en de privacy en de autonomie van het individu respecteren.
8. De toegankelijkheid van de screening moet gewaarborgd zijn voor de hele doelgroep.
9. Het programma moet vanaf het begin geëvalueerd worden.
10. De voordelen van de screening moeten opwegen tegen de mogelijke nadelen van de screening. (4,5)

3.3 Preventiebeleid in België

In totaal wordt er ongeveer 2% van de totale uitgaven aan gezondheidszorg gespendeerd aan preventie. Als we deze uitgaven afzetten tegen het BBP (bruto binnenlands product) van België, maken de uitgaven voor preventie 0,17% van het BBP uit, terwijl de totale gezondheidsuitgave 10,3% van het BBP bedraagt.

De uitgaven voor preventie in België liggen onder het Europese gemiddelde (3,1%). De Belgische uitgaven voor preventie zijn bijvoorbeeld lager dan die in Duitsland (3%) en Nederland (3%), maar zijn vergelijkbaar met die van Frankrijk (2%) en Luxemburg (2%). (6)

In België zijn de gemeenschappen bevoegd voor de gezondheidsopvoeding, alsook voor de activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg. Preventie behoort tot het bevoegdheidsdomein gezondheid, maar behoort daarnaast ook tot andere bevoegdheidsdomeinen die zowel beheerd worden op het federale niveau als op het niveau van de gefedereerde entiteiten. (7)

Sinds 2011 bestaat een Europese richtlijn om dikkedarmkanker vroegtijdig op te sporen in een georganiseerd screeningsprogramma. Sinds eind 2013 is er ook een Vlaams bevolkingsonderzoek, waarvoor momenteel 50- t.e.m. 74-jarigen uitgenodigd worden. Het Centrum voor Kankeropsporing nodigt alle mannen en vrouwen van 50 tot en met 74 jaar elke twee jaar uit om een stoelgangstaal af te nemen. (2)

Er bestaat geen georganiseerde campagne voor de tetanusvaccinatie. Echter vermeld Domus Medica al in 2001 dat de huisarts moet instaan voor de continuïteit van de tetanusvaccinatie en dat de huisarts patiënten moet (durven) uitnodigen voor een herhalingsvaccinatie. (8)

3.4 Keuze van preventie, screening en opvolging

Ter onderzoek naar de participatiegraad van de patiënt en ter onderzoek naar de satisfactiegraad van de patiënt en huisarts hebben we gekozen ons toe te spitsen op twee verschillende preventiecampagnes, zijnde:

1. Colonkankerscreening
2. Tetanusvaccinatie

Elk van deze topics wordt verder nader toegelicht.

3.4.1 Colonkankerscreening

Elk jaar krijgen iets meer dan 8.000 Belgen te horen dat ze dikkedarmkanker hebben. De ziekte is daarmee de vierde meest voorkomende kanker bij zowel mannen als vrouwen. Deelname aan het bevolkingsonderzoek zorgt voor vroegtijdige opsporing in een asymptomatisch stadium, met een betere overleving en minder ingrijpende behandelingen tot gevolg.

Op 5 oktober 2015 publiceerden de Universiteit Gent en de Vrije Universiteit Brussel hun gezamenlijk rapport over de kosteneffectiviteit van het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker in Vlaanderen. De resultaten tonen aan dat het huidige bevolkingsonderzoek vanuit maatschappelijk perspectief kosteneffectief is en resulteert in een significante mortaliteitsreductie. Door het bevolkingsonderzoek zou de sterfte door dikkedarmkanker met 15 % gedaald zijn. (9)

Het screeningsonderzoek kan eenvoudig thuis gebeuren. De testcapaciteit voor iFOB-stalen is voldoende groot. In de screeningsjaren 2017 t.e.m. 2019 konden alle noodzakelijke colonoscopieën na een positieve iFOB-test doorgaan binnen de 90 dagen. Het natuurlijke beloop is gekend. Er is een herkenbaar latent stadium, met name een ‘poliep’. Deze kan op termijn dysplastisch worden en ontaarden in een darmkanker. Er bestaan degelijke wetenschappelijke werkkaders over welke darmkankers behandeld worden en op welke manier. Er is een goede opsporingmethode van darmkanker, met name de colonoscopie. De test is aanvaardbaar voor alle groepen uit de bevolking. Het bevolkingsonderzoek naar darmkanker door middel van iFOB-test en consecutieve colonoscopie is kosteneffectief. De criteria van Wilson en Jungner zijn hiermee voldaan. (2,5,9,10)

3.4.1.1 Waarom onderzoeken we dikkedarmkankerscreening?

Momenteel wordt via het 'Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkankerscreening' een uitnodigingsbrief, een eerste herinneringsbrief en een tweede herinneringsbrief verzonden.
Uit het jaarrapport van het bevolkingsonderzoek 2020 halen we dat van de 851.778 uitgenodigden in 2019 er 435.515 deelnamen binnen de 12 maanden na de uitnodiging, wat resulteert in een responsgraad van 51,1%. Dit is gelijkaardig aan de jaren 2017 en 2018, met een respectievelijke respons 51,7% en 51,6%. Na een eerste herinneringsbrief werd een extra respons van 9,1% gezien. De totale dekkingsgraad bedraagt hiermee 64,4% in 2019.

De totale participatiegraad is bij vrouwen hoger dan bij mannen (66,6% tegenover 62,2%). De participatiegraad stijgt ook met de leeftijd, van 54% bij de 51-54-jarigen, 60,5% bij 55-59, 67,4% bij 60-64 en 71,5% bij 65-69 en 70,5% bij de 70-74-jarigen.

Elk jaar zijn er 5% deelnemers met een afwijkende stoelgangstest. Een participatiegraad van 64,4% in 2019 betekent dat maar liefst 713.668 mannen en vrouwen niet participeren in het Bevolkingsonderzoek. In absolute aantallen zijn dat bijna 70.000 personen meer vergeleken met 2018.

In 2019 werd vanuit het centrum voor kankeropsporing een online onderzoek uitgevoerd naar wat de beweegredenen waren voor het alsnog deelnemen (instappers) aan het 'Bevolkingsonderzoek dikkedarmkankerscreening' en wat de beweegredenen waren om niet deel te nemen (uitstappers). De resultaten van dit onderzoek kunnen als aanknopingspunten dienen voor aangepaste sensibilisatie en communicatie naar de doelgroep. Hiermee zullen we dan ook rekening houden bij het opstellen van de uitnodiging. Dit komt verder aan bod. (11)

Het colonkankerscreeningsprogramma is bij vele Belgen boven 50 jaar bekend. Er is echter 'slechts' een participatie van om en bij de 60%, wat betekent dat er nog veel mensen niet correct worden aangeschreven en op een juiste wijze worden aangemoedigd. Volgens zowel de Europese richtlijnen, Domus Medica en het Centrum voor Kankeropsporing is opportunistische screening door middel van een stoelgangsstaal via de huisarts niet aan te bevelen. Dit is een overbodig parallel circuit dat de efficiëntie van het Bevolkingsonderzoek kan ondermijnen. Door een elektronische uitnodigingsbrief te versturen aan die patiënten die momenteel (nog) niet deelgenomen hebben aan de darmkankerscreening werkt men verder op een systematische manier.

Uit het onderzoek blijkt ook dat het advies van de huisarts voor patiënten doorslaggevend kan zijn in het al dan niet verder deelnemen aan het bevolkingsonderzoek. 30 à 45% gaf aan om eerder te hebben deelgenomen mocht de huisarts dit zo geadviseerd hebben. Een tiende geeft aan dat de niet-deelname ook te maken heeft met het feit dat de huisarts het niet met hen heeft besproken. Een vijfde van de instappers geeft aan toch te hebben deelgenomen bij de herhaalde uitnodiging omdat de huisarts het adviseerde. (11)

3.4.1.2 Rationale voor inclusie

In het licht van de aanbeveling van Domus Medica en het onderzoek van het Centrum voor Kankeropsporing stellen wij voor om te onderzoeken wat de screeningsgraad is in Huisartsenpraktijk de Pretlei, om een analyse te maken hoe we efficiënt patiënten kunnen opsporen die het 2-jarige termijn hebben overschreden, en om te onderzoeken hoe een agogisch verantwoorde en efficiënte uitnodiging voor dikkedarmkankerscreening er uitziet.

3.4.2 Tetanus

Een tetanusinfectie wordt gekenmerkt door focale of veralgemeende spastische spiercontracties, veroorzaakt door het neurotoxine van de Clostridium tetani. Deze bacterie is wijdverspreid onder de vorm van resistente sporen in de bodem. In ongeveer 60% van de gevallen is de ingangspoort een miniem huidwondje.

Een tetanusinfectie veroorzaakt in meer dan 80% van de gevallen een ernstig algemeen ziektebeeld met koorts, veralgemeende spierspasmen waaronder de typische trismus, laryngospasme en hartaritmie. De mortaliteit is nog steeds 20-70 % ondanks intensieve zorgen. Het vaccin is een toxoïd (door formaldehyde gedenatureerd tetanustoxine), geadsorbeerd op aluminiumhydroxyde als adjuvans (immunologische co-stimulans).

Er wordt geschat dat tetanus 200 000 – 300 000 sterfgevallen wereldwijd veroorzaakt en dat het verantwoordelijk is voor 5-7% van alle neonatale sterfte en 5% van alle moedersterfte. Zonder behandeling sterft 25 à 75% van de personen aan tetanus. Met behandeling, namelijk een opname op intensieve zorgen en antibiotica, is de mortaliteit 10 tot 20%. Personen die de ziekte hebben doorgemaakt, hebben geen immuniteit. Tetanus komt nog nauwelijks voor in Europa, dankzij doorgedreven vaccinatie. In 2007 zou er een totaal van 144 tetanus gevallen bekend zijn uit een totaal van 25 EU-landen.

De ongevaccineerde bejaardenpopulatie en intraveneuze druggebruikers hebben het grootste risico op tetanusinfectie. Immuniteit door vaccinatie daalt bij veroudering, wat de hogere incidentie bij bejaarden verklaart. Vaccinatie is de enige effectieve preventiemaatregel. Tetanus-toxoïd is een effectief, veilig en goedkoop vaccin, dat aan alle leeftijdsgroepen kan gegeven worden en inclusief aan zwangere of immuungecompromitteerde patiënten. (12)

Het vaccin bestaat enkel nog in gecombineerde vorm met difterie en kinkhoest. In 1959 werd in België met de veralgemeende tetanus-difterievaccinatie gestart. Tetanusvaccinatie wekt geen groepsimmuniteit op. Bescherming kan enkel bekomen worden door individuele vaccinaties.

3.4.2.1 Vaccinatiegraad

In België was tussen 2000 en 2008, 62% van de bevolking gevaccineerd tegen tetanus. 58% van de vrouwen en 67% van de mannen is tegen tetanus gevaccineerd. De vaccinatiegraad is bevredigend voor de leeftijdsgroep 15 – 54 jaar, maar daalt daarna. Bij diegenen van 75 jaar en ouder gaat het nog maar om 30% van deze bevolkingsgroep.
Hoe hoger het opleidingsniveau, hoe hoger de vaccinatiegraad. De bevolkingsgroep met een diploma lager onderwijs is voor 45% tegen tetanus gevaccineerd. Bij de bevolkingsgroep met een diploma hoger onderwijs gaat het om 70%. De vaccinatiegraad daalt doorheen de tijd: van 68% in 1997 tot 62% in 2008. De vaccinatiegraad is het hoogst in het Waals Gewest (70%) en lager in het Vlaams en het Brussels Gewest (respectievelijk 59% en 63%). (13)

3.4.2.2 Rol van de huisarts

Volgens Domus Medica heeft de huisarts zowel een preventieve als een curatieve taak. De huisarts is goed geplaatst om de vaccinatiestatus van zijn patiënten te bewaken en zo nodig te vervolledigen.

Personen die voor 1959 zijn geboren, zijn vaak niet- of onvolledig gevaccineerd voor tetanus en dragen daarom het grootste risico voor complicaties na besmetting. De huisarts moet in deze groep nagaan of zijn patiënten hun primaire vaccinatie hebben gekregen en/of ze volledig is. Hij moet dan uiteraard voorstellen de primaire vaccinatie op te starten en/of te vervolledigen. Hij

moet er ook over waken of de boosters zijn gegeven en indien nodig de boosters toedienen. Voor personen geboren na 1959 bewaakt de huisarts de vaccinatiestatus en geeft primo- of boostervaccinaties waar nodig.

Al in anno 2001 raadt Domus Medica aan huisartsen om systematisch patiënten op te sporen en uit te nodigen voor een tetanusvaccinatie. (8)

3.4.2.3 Rationale voor inclusie

In het licht van de aanbeveling van Domus Medica stellen wij voor om te onderzoeken wat de tetanus-vaccinatiegraad is in Huisartsenpraktijk de Pretlei, om een analyse te maken hoe we efficiënt patiënten opsporen die de beschermingstermijn hebben overschreden, en om te onderzoeken hoe een agogisch verantwoorde en efficiënte uitnodiging voor een tetanusvaccinatie er uitziet.

In onze thesis maken we een selectie van patiënten vanaf 25 jaar, ervan uitgaande dat de basisvaccinaties gegeven werden.

3.5 Gepersonaliseerde elektronische uitnodigingen

Het groeiend gebruik van e-mail in arts-patiënt communicatie, de ontwikkeling van specifieke richtlijnen over het gebruik van elektronische communicatie en de tevredenheid en gebruiksvriendelijkheid van e-mail zorgt ervoor dat dit medium de geschikte kandidaat lijkt om systematische screening vanuit de huisarts mogelijk te maken. (14)

3.5.1 Helena

Helena is een patiëntenplatform die een beveiligde communicatie tussen zorgverlener en patiënt garandeert. Helena wordt gehost in een ISO27001 gecertifieerde omgeving met geëncrypteerde gegevens. Helena is geïntegreerd in CareConnect General Practitioner en CareConnect Specialist en is GDPR-goedgekeurd. Als zorgverlener is het mogelijk documenten te publiceren naar het Helena-account van de patiënt. Zo kunnen elektronische voorschriften, medicatieschema's, vaccinatieschema's, SumEhrs en verslagen verstuurd worden naar de patiënt op een veilige manier.

3.5.2 Hoe een agogische uitnodigingsbrief versturen?

Voor het opstellen van onze uitnodiging haalden we informatie uit onder andere onderstaande bronnen.

3.5.2.1 Centrum voor kankeropsporing

Binnen het Centrum voor Kankeropsporing (CvKO) wordt er rekening gehouden met vier aspecten waarop de toegankelijkheid van informatie beoordeeld dient te worden: (2)

1. Inhoudelijke toegankelijkheid: is de informatie begrijpelijk voor alle gebruikers uit de doelgroep en beheersen zij de techniek om toegang te krijgen tot het medium (eenvoudig en leesbaar)?
2. Fysieke toegankelijkheid: is de doelgroep in staat het medium te gebruiken (lezen, horen, bedienen)?

3. Materiële toegankelijkheid: zijn de mensen uit de doelgroep in de gelegenheid om toegang tot het medium te krijgen?
4. Mentale toegankelijkheid: herkennen mensen uit de doelgroep het medium als een voor hen waardevolle mogelijkheid. Mentale toegankelijkheid geeft het gevoel dat er rekening gehouden is met mensen met een beperking.

Ook al is een tekst eenvoudig te begrijpen, een slechte vormgeving kan de informatie toch ontoegankelijk maken. Vanuit het CvKO wordt er steeds rekening gehouden volgende factoren van een duidelijke vormgeving: (2) Duidelijk lettertype met een minimale grootte van 11pt. Een goed contrast tussen de achtergrond en de tekst. Voldoende rustpunten binnen de opmaak. Een zichtbare structuur in de tekst, met korte zinnen. Geen afleiding binnen de vormgeving, dus geen gebruik van elementen die niets te maken hebben met het onderwerp. Het gebruik van sjablonen.

3.5.2.2 Online survey Centrum voor Kankeropsporing (CvKo)

Ook de hogergenoemde online survey van het CvKo bracht interessante zaken aan het licht wat betreft de inhoud van de uitnodigingen. Er werd gekeken naar de beweegredenen van het al dan niet deelnemen aan het BVO DDK van de deelnemers na de herhalings uitnodiging (instappers) en van niet-deelnemers (uitstappers).

Onderstaande tabel geeft een overzicht weer van de redenen waarom patiënten *niet* deelgenomen hebben en de triggers tot uiteindelijk *wél* deelname na herhaalde uitnodiging.

	Redenen niet deelname	**Triggers wél deelname**
Uitnodiging	Test opzij gelegd, geen tijd, andere prioriteiten (50%) Geen test ontvangen, was in buitenland (25%)	
Angst	Angst voor resultaat (10%)	Angst om kanker te krijgen
Belang	Niet overtuigd van belang	Bezorgdheid/belang gezondheid en preventie
Test	Vervelend onderzoek Geen 100% zekerheid test	Gemak thuis uitvoeren en eenvoudigheid van de test
Klachten	Geen klachten, zich niet ziek voelen Op dat moment andere klachten hebben (10-20%).	
Voorkomen	Het komt niet voor in de familie	Het is een veelvoorkomende kanker
Kost	Niet op de hoogte dat een nieuwe gratis test aangevraagd kan worden (30%)	
Herhaling	Niet nodig achten om de test na 2 jaar de herhalen	
Rol huisarts	Huisarts heeft dit niet met mij besproken	Advies huisarts

Rol omgeving		Invloed directe omgeving
Rol media/bekendheid		Zichtbaarheid in media en straatbeeld

Tabel 1 – Redenen al dan niet deelname aan het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkankerscreening

Zoals reeds vermeld, gaf 30-45% van de in- en uitstappers aan eerder deelgenomen te hebben mocht de huisarts het geadviseerd hebben. Ook het meer bekend maken van het 'Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker' (zichtbaarheid in media en straatbeeld) kan een trigger zijn tot deelname. (9,15)

3.5.2.3 Informatie- en sensibiliseringsplan CvKo

In 2015 werd er een informatie- en sensibiliseringsplan uitgewerkt door het CvKO in opdracht van de Vlaamse overheid. Hierbij werd gekozen om te communiceren, gestoeld op twee fundamentele pijlers. (9)
Ten eerste met behulp van geïnformeerde motivatie, met name motiveren tot deelname en ondersteunen deelname door die makkelijk toegankelijk, eenvoudig en laagdrempelig te maken en door te wijzen op sociaal draagvlak en zinbeleving, met heldere en open erkenning van de keuzemogelijkheid en de implicaties die zowel deelname als niet-deelname met zich meebrengen.
Ten tweede met behulp van geoptimaliseerde geïnformeerde keuze, met name motiveren tot kiezen, met heldere en open erkenning van de implicaties die zowel deelname als niet-deelname met zich meebrengen.
Beide houdingen bieden 'geoptimaliseerde informatie'; de informatieverstrekking houdt rekening met keuze- en informatiestress en biedt de informatie aan volgens de EAST-principes: eenvoudig, aantrekkelijk, sociaal en tijdig.

Verder kunnen we een maatregelstructuur en een probleemstructuur hanteren, waarbij we kiezen voor de maatregel-aanpak. Het accent ligt niet op de bezorgdheid maar op het gedrag. Bijvoorbeeld: de verwachting is het doen van de test, eerder dan naar het krijgen van kanker en hopen dat je het voor bent.

Tegenwoordig is het probleem van 'informatiestress' groter dan ooit voorheen. Wanneer je de patiënt overlaadt met informatie, ga je de informatiestress opwekken en kan de patiënt de neiging hebben om het net niet te lezen en afhaken. Daarom moeten we informatie gefaseerd aanbieden. Enkel de informatie die nodig is om het gestelde doel te bereiken, moet aangeboden worden.

Er wordt gewerkt met 4 informatieniveaus. In onze uitnodigingsbrief maken we gebruik van de verwijzende-, basis- en verdiepende informatieniveaus. Elk niveau heeft zijn eigen accenten zoals weergegeven in onderstaande tabel.



Figuur 2 – Verschillende niveaus van wanneer welke informatie beschikbaar te stellen.
Bron: informatie- en sensibiliseringsplan CvKo.

3.5.2.4 Literatuur over vaccinaties

In de literatuur vinden we volgende redenen die gegeven worden om een vaccin te weigeren. Bezorgdheden/angst over nevenwerkingen. Het gebrek aan aanbevelingen van de hulpverleners. Het gebrek aan herinnering. Vekeerde veronderstellingen die de patiënt maakt ('ik ben gezond, ik heb geen vaccin nodig'). Beperkte financiële mogelijkheden. (16,17)

3.5.2.5 NHS Health check

In het Verenigd Koninkrijk is een uitnodigingsbrief, die door de huisarts wordt verstuurd, de meest gebruikte manier voor het uitnodigen van patiënten die in aanmerking komen voor het 'NHS Health Checks'-programma. De NHS Health Check is een preventieve check-up voor volwassenen in Engeland tussen 40 en 74 jaar. Deze check-up is bedoeld als primaire en secundaire screening voor beroerte, nierfalen, cardiovasculaire events, type 2 diabetes en dementie. Een studie onderzocht hoe ze de participatie voor NHS Health Check konden vergroten door enkel en alleen de inhoud van de uitnodigingsbrief aan te passen.

De uitnodigingsbrief kende vier grote veranderingen:

1. Vereenvoudiging. De brief werd verkort naar slechts 2 zinnen, met een 'call to action' om de leesbaarheid te bevorderen en complexiteit te verminderen.
    - Men ondervond dat mensen meer geneigd waren om eenvoudige informatie te lezen. Deze vereenvoudiging zorgt dat patiënten minder inspanning moeten leveren om informatie te begrijpen.
    - Informatie die werd weggelaten stond in de begeleidende 'meer info-brochure' zodat de patiënt een betere geïnformeerde beslissing konden maken.
2. Een tweede set van veranderingen was erop gericht om mensen aan te zetten een afspraak te maken. De actie, bellen voor het inboeken van een afspraak, was prominent aanwezig in vet lettertype in de eerste zin van de brief.
3. De derde verandering was het personaliseren van de timing van de brief. 'you are due to attend your NHS Health Check'. De intentie door het gebruiken van 'due to' ('het is tijd om') in plaats van 'invited' ('u wordt uitgenodigd') brengt persoonlijke relevantie voor de timing van de brief.
4. De laatste toevoeging betreft een afscheurbaar kaartje waar patiënten de datum, uur en locatie van hun afspraak konden opschrijven.

Patiënten die de aangepaste uitnodiging kregen, kwamen gemiddeld 26% meer naar een NHS Health Check afspraak dan patiënten die de originele controle-uitnodiging kregen. Vrouwen waren 50% meer geneigd in te gaan op de uitnodiging dan mannen. De participatiegraad steeg met elke leeftijdscategorie van 10 jaar. (18)

3.5.3 Effect herhaalde uitnodigingen

Los van hoe een uitnodiging opgesteld wordt, zien we in de eerstelijnszorg een verhoogde participatie in preventieve geneeskunde bij herhaalde uitnodigingen. (9,11,16,17,19–21)

3.5.4 Toepassing in onze thesis

Wij denken dat in de sensibilisatie bij preventieve geneeskunde in het algemeen elementen uit de bovenstaande onderzoeken gehaald en toegepast kunnen worden bij het maken van uitnodigingen voor verschillende onderwerpen. Via deze onderzoeken en literatuurstudie

probeerden we een meer uniforme uitnodiging op te stellen die ook opnieuw gebruikt kan worden voor andere preventieve onderzoeken/vaccinaties.

3.6 Beheren globaal medisch dossier (GBM)

De overheid en de Orde der Artsen stelt verschillende criteria op voor het beheren van een GMD, zoals het noteren en onderhouden van de socio-administratieve gegevens, maar ook de medische antecedenten, de huidige problemen, én de preventieve maatregelen die genomen worden.

Volgens de criteria van de overheid kan een GMD dus pas worden afgesloten door de huisarts als die zich ertoe verbindt om colorectale kanker, borstkanker en baarmoederhalskanker op te sporen, alsook om vaccinaties zoals tetanus toe te dienen.

Daarnaast is het onze taak om patiënten te informeren en aan te moedigen om het welzijn voorop te stellen en om te participeren in de screening campagnes en andere preventieve handelingen.(22)

3.7 Onderzoeksvraag

In Huisartsenpraktijk de Pretlei wordt reeds jaren aan gepersonaliseerde preventie gedaan door middel van elektronische uitnodigingen.

Wij willen onderzoeken of dit een waardevol initiatief is vanuit de huisarts. Wat is de participatiegraad na een uitnodiging? Wat vinden patiënten van deze gepersonaliseerde elektronische uitnodigingen? Wat vindt de huisarts van dergelijke aanpak?

Daarnaast willen we onderzoeken wat nodig is om als huisartsenpraktijk een dergelijke campagne zelf uit te rollen. Hoe stelt de huisarts een agogisch verantwoorde uitnodiging op, die gericht is en aangepast is aan de eigen patiëntenpopulatie? Waar liggen de struikelblokken in het management van een dergelijke initiatief? Kunnen we een checklist maken waar de preventiecampagne aan moet voldoen om de kans op een slagen te vergroten.

4 Methodologie

4.1 Type onderzoek

Onze thesis valt onder de vorm van een praktijkverbeterend project binnen de huisartsenpraktijk de Pretlei te Brasschaat.

4.2 Opstellen van de uitnodigingen

De uitnodigingen kenden verschillende vormen. De eerste versies werden opgesteld aan de hand van de aanbevelingen van de online survey van 2019 en vanuit het jaarrapport 2020 van het Kenniscentrum voor Kankeropsporing in combinatie met de resultaten van de Britse studie die aanbevelingen gaf voor de ‘NHS Health Check’.

4.2.1 Initiële uitnodigingen Tetanusvaccinatie en Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker

De uitnodigingen die voor het starten van deze thesis werden gebruikt zijn te vinden in *bijlage 1* en *bijlage 2*.

4.2.2 Praktijk-specifieke uitnodigingen

Na uitgebreide contactmomenten met zowel onze promotor dr. Barbara Michiels als dr. Egbert van Wijk werden de uitnodigingen bijgeschaafd om een praktijk-specifieke uitnodiging te produceren. Deze zijn te vinden in *bijlage 3* en *bijlage 4*.

Belangrijk in het opstellen van een uitnodigingsbrief is dat deze persoonlijk en relevant is voor de patiënt, dat de uitnodiging duidelijk aangeeft waarom deze interventie nuttig is voor de patiënt en hoe ze precies kunnen deelnemen. Stijlfiguren en opmaak fungeren om deze boodschappen duidelijk over te brengen aan de patiënt. We zijn er in geslaagd om een duidelijke uitnodigingsbrief op te stellen aan de hand van de richtlijnen die naar voor gebracht worden door de verschillende besproken studies.

Aan de andere hand vinden we het belangrijk dat de verzender van de uitnodiging, in dit geval de huisarts, een persoonlijke en praktijk specifieke toets kan leggen in de uitnodiging. Zo kent de huisarts zijn patiëntenpopulatie het best, heeft hij al dan niet ervaring met uitnodigingen, hebben zijn patiënten reeds ervaring met dergelijke uitnodigingen, en heeft de arts mogelijks al feedback van patiënten verkregen. Vanuit deze holistische kijk op praktijkvoering laten we de keuze vrij aan de huisarts om de uitnodiging aan te passen naar haar of zijn voorkeur, in functie van de te bereiken patiëntenpopulatie.

Zo wenst dr. Egbert van Wijk, bijvoorbeeld, om aan zijn patiënten een uitgebreidere uitleg te geven over het nut van tetanusvaccinatie en het nut van darmkankerscreening, met vermelding van concrete sterftecijfers. Zijn patiëntenpopulatie is bovengemiddeld geletterd en hij verwacht dan ook dat deze vermelding zijn patiënten extra informeert en dat er winst wordt geboekt op de participatiegraad. Er wordt dus gebruik gemaakt van alle informatieniveaus.

4.2.3 Vergelijking initiële- en praktijk-specifieke uitnodigingen

Wanneer we de kernelementen van de uitnodiging vergelijken zien we voornamelijk grote overeenkomsten. We pleiten ervoor om de overeenkomst zo groot mogelijk te houden, aangezien de template gebaseerd is op literatuurstudie en implementatie hiervan. Een praktijk-specifieke toets lijkt ons zinvol, maar zou de algemene structuur van de uitnodiging slechts in beperkte mate mogen beïnvloeden. We willen de verschillen tussen de praktijk-specifieke uitnodiging en de state-of-the-art agogiek van een medische uitnodiging beperken.

In onderstaande tabel worden de kernelementen vanuit het literatuuronderzoek voor het opstellen van een uitnodiging weergeven. Er wordt een vergelijking gemaakt tussen de initiële uitnodiging (template) en praktijk-specifieke uitnodiging, welke elementen komen waar al dan niet terug?

Kernelementen	Template	Praktijk-specifiek
Duidelijke vormgeving/structuur	✓	✓
Toegankelijkheid • inhoudelijk • fysiek • materieel • mentaal	• te onderzoeken • ✓ • ✓ • ✓	• te onderzoeken • ✓ • ✓ • ✓
Herkenbare beelden	✓	X
Rekening houdend met informatieniveaus	✓	X
Maatregel aanpak	✓	✓
EAST-principes	✓	✓
Persoonlijke aanspreking	✓	✓
Call-to-action	X	X
Persoonlijke relevantie	✓	✓
Gebruik citaten/slogans (vb. Maak van uitstel geen afstel)	✓	X
Vermelding naar een eventueel overkoepelend bevolkingsonderzoek	✓	✓
Anticipatie op redenen van niet-deelname	✓	✓
Klemtoon op belang van gezondheid	✓	✓
Klemtoon op snelle en eenvoudige testing	✓	✓
Klemtoon op vrije keuze	✓	✓
Mogelijkheid tot melding foutieve uitnodiging	✓	X
Beknopte, duidelijke uitleg over waarom de uitnodiging	✓	✓
Klemtoon op gebruiksvriendelijkheid	✓	✓
Nadruk op herhalingsinterval	✓	✓
Uitleg hoe deel te nemen	✓	✓
Klemtoon op kosteloosheid	✓	✓
Nogmaals klemtoon op vrije keuze en mogelijkheid tot opting-out	X	X
De uitnodiging zelf is een signaal vanuit de huisarts	✓	✓
Klemtoon op veiligheid	✓	✓

Tabel 2 – Vergelijking initiële- en praktijkspecifieke uitnodiging

4.3 Verzenden van uitnodigingen

De uitnodigingen worden elektronisch verstuurd naar de patiënt via Helena in de Huisartsenpraktijk de Pretlei.

In de uitnodigingsbrief voor de tetanusvaccinatie krijgt de patiënt de mogelijkheid om bij vragen de huisarts (telefonisch) te contacteren of om direct een afspraak in te plannen voor de tetanusvaccinatie.

In de uitnodigingsbrief voor colorectale kankerscreening wordt de patiënt aangeraden om ofwel het staal te gebruiken die hen is toegestuurd door het bevolkingsonderzoek, het bevolkingsonderzoek te contacteren om een nieuw staal toegestuurd te krijgen, of om ons te contacteren zodat wij dit voor de patiënt in orde kunnen brengen.

In de uitnodiging informeren we de patiënt op een concrete wijze waarover het gaat, waarom zij/hij in aanmerking komt en wat de evidentie is rond het onderwerp. Er worden ook weblinks toegevoegd waar de patiënt de meest recente, evidence-based en patiëntgerichte informatie kan nalezen.

Via retrograde registratie hebben wij de participatiegraad en de satisfactiegraad van de patiënt onderzocht. De actieve bevraging volgens een semigestructureerd interview, na de consultatie of via een telefoongesprek vond plaats zowel met patiënten die hebben deelgenomen na een uitnodigingsbrief, als met patiënten die niet hebben deelgenomen hebben. De selectie van de te interviewen patiënten werd gerandomiseerd georganiseerd.

De satisfactiegraad en de feedback over de organisatie en werkbelasting voor de huisartspraktijk zal onderzocht worden door het actief bevragen van de praktijkopleider, dr. Egbert van Wijk in de Pretlei door middel van een semigestructureerd interview. Dit interview zal peilen naar hoe de huisarts de werkvreugde, patiëntvriendelijkheid, werkbelasting, praktijkmanagement- en organisatie ervaren.

4.4 Onderzoekspopulatie

1. Tetanusvaccinatie: Personen ouder dan 25 jaar waarbij tetanusvaccinatie status onbekend is of waar tetanusvaccinatie > 10 jaar geleden is.
2. Colonkankerscreening: Personen vanaf 50 tot en met en 74 jaar, waarbij de iFOB-status onbekend is, of > 2 jaar geleden is, en die niet onder exclusiecriteria vallen (zijnde erfelijke of familiale vorm, chronische darmaandoening of colonoscopie < 10 jaar geleden)

Voor beiden geldt dat bij een onbekende status de desbetreffende titel reeds in de planning van elk patiëntendossier vermeldt staat (zie verder).

4.5 Selectieprocedure

Via het elektronisch medisch dossier CareConnect is het mogelijk om via de module ‘statistiek’ alle patiënten te selecteren bij wie een dikkedarmkankerscreening langer dan twee jaar geleden is en waarbij de herhalingsvaccinatie voor tetanus meer dan tien jaar geleden is.

CareConnect geeft een vooropgestelde zoekfunctie voor dikkedarmkankerscreening. Deze zoekterm omvat echter ook niet-GMD patiënten (zoals bijvoorbeeld verhuisde patiënten,

patiënten die je eenmalig op een wachtdienst hebt gezien, …). Daarnaast is er in de Huisartsenpraktijk de Pretlei een zorgvuldige, uniforme registratie gedaan op basis van specifieke kernwoorden in de planning van elk patiëntendossier. Zo wordt de colorectale kankerscreening aangeduid met 'faeces onderzoek op occult bloed' en de tetanus vaccinatie met 'tetanus' in de planning van elke patiënt. Wanneer we de voorgeprogrammeerde zoekstring van CareConnect zelf gebruiken (genaamd: 'Patiënten die in aanmerking komen voor colorectale kankerscreening') krijgen we als resultaat dat in dit EMD hiervoor meer dan 5000 patiënten in aanmerking komen, terwijl er 'slechts' 2671 GMD's zijn. Er bestaat geen voorgeprogrammeerde zoekstring voor de tetanusvaccinatie.

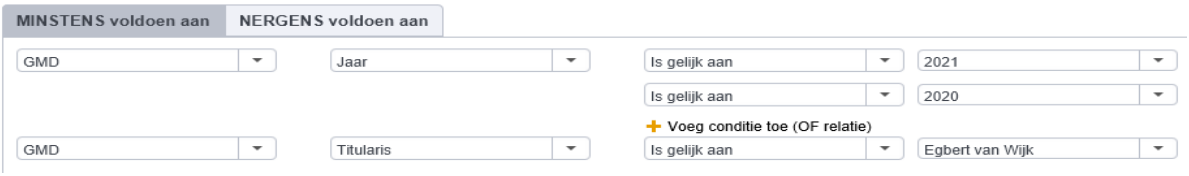
Door de doorgedreven data-vergaring en -input in de planning van het EMD kunnen we heel gemakkelijk zelf 'search strings' aanmaken. Een doorsnee planning van een 55-jarige patiënt ziet er als volgt uit. Men ziet hierbij dat de tetanusvaccinatie gepland (=oranje) staat in 2031 omdat deze uitgevoerd is op 29/11/2021 (=blauw), het faeces onderzoek in uitvoering is (=geel) en dat de influenzavaccinatie geweigerd is (=rood) door de patiënt.

Titel	Type	Geplande …
Tetanus	Vaccinatie	21/11/2031
Cardiologie	Verwijzing	21/11/2022
advies betreffende roken	Handeling	21/11/2021
faeces onderzoek op occult bloed	Handeling	11/2021
Tetanus	Vaccinatie	29/11/2021
Seizoengebonden influenza	Vaccinatie	15/10/2019
FINDRISC-score	Handeling	22/02/2019

Figuur 5 - Een doorsnee planning van een 55-jarige patiënt ziet er als volgt uit. Men ziet hierbij dat de tetanusvaccinatie gepland (=oranje) staat in 2031 omdat deze gebeurd is op 29/11/2021 (=blauw), het faeces onderzoek in uitvoering is (=geel) en dat de influenzavaccinatie geweigerd werd door de patiënt.

Omwille van deze uitgebreide data-input in de planning van elke patiënt kiezen we er dan ook voor om een eigen 'search string' aan te maken. Deze wordt als volgt opgesteld.

Allereerst is het van belang enkel de GMD-geregistreerde patiënten te includeren.



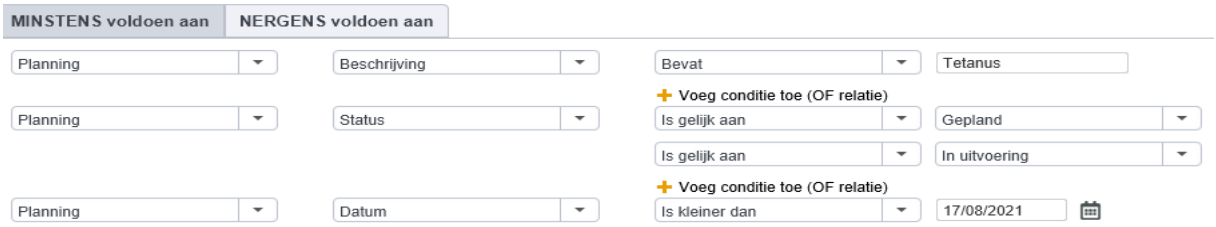
Figuur 6 - In de statistiek module van EMD CareConnect kan er geselecteerd worden op patiënten die een GMD hebben bij een bepaalde arts.

Vervolgens includeren we alle patiënten die in de planning een topic hebben genaamd 'faeces onderzoek op occult bloed' of 'tetanus'. Deze twee afbeeldingen maken deel uit van twee verschillende zoekstrings, met als gezamenlijk onderdeel bovenstaande zoekterm over actieve GMD-patiënten.



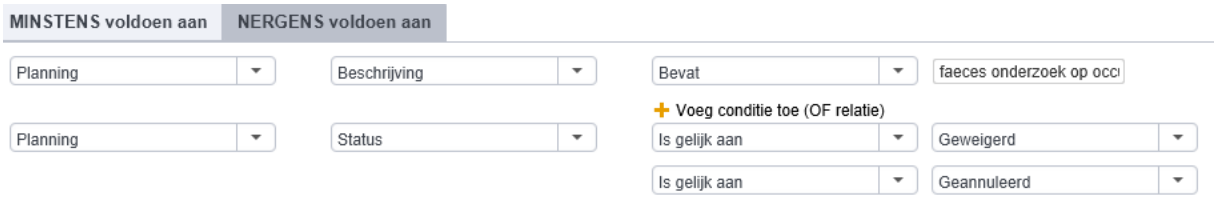
Figuur 7 - We selecteren via de statistiek module patiënten bij wie in de planning 'faeces onderzoek op occult bloed' staat, in de status 'in uitvoering' of 'gepland', en dit met een datum voor 17/08/2021.

of:



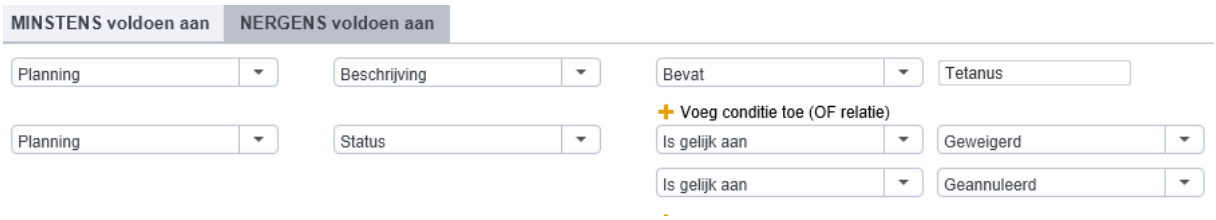
Figuur 8 - We selecteren via de statistiek module patiënten bij wie in de planning 'Tetanus' staat, in de status 'in uitvoering' of 'gepland', en dit met een datum voor 17/08/2021.

Ten slotte sluiten we alle patiënten uit die geen tetanusvaccinatie wensen of die geen faeces onderzoek op occult bloed wensen. Deze zoekterm kan op de volgende manier worden ingevoerd.



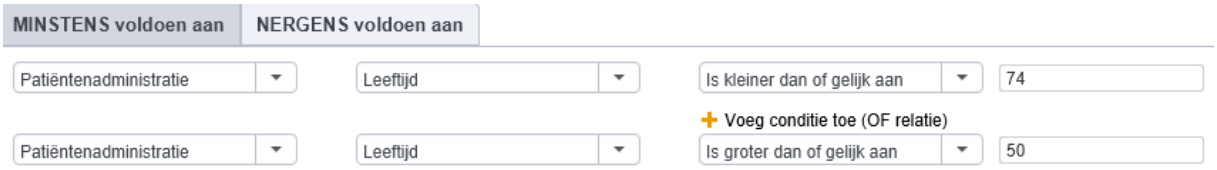
Figuur 9 - Patiënten die geen tetanusvaccinatie wensen of die geen faeces onderzoek op occult bloed wensen worden weerhouden uit de search string.

of:



Figuur 10 - Patiënten die geen tetanusvaccinatie wensen of die geen faeces onderzoek op occult bloed wensen worden weerhouden uit de search string.

We maken ten slotte een selectie op basis van leeftijd. We nodigen, conform met het bevolkingsonderzoek, enkel patiënten uit in de leeftijdscategorie 50-74 jaar. Voor tetanusvaccinatie gaan we uit van een basisvaccinatie die in orde is. We nodigen enkel patiënten ouder dan 25 jaar uit.



Figuur 11 - Er wordt een selectie gemaakt op basis van leeftijd. We nodigen patiënten uit voor een stoelgangsstaal in de leeftijdscategorie 50 t.e.m. 74 jaar. Voor tetanusvaccinatie nodigen we patiënten ouder dan 25 jaar uit.

4.6 Tijdstip van verzending

Er wordt gekozen om de uitnodigingen te versturen op het einde van de dag, na de consultaties, en dit op vraag van CareConnect om zo het online systeem niet overmatig te belasten.

4.7 Plaats

In Huisartsenpraktijk de Pretlei (de Pretlei 5, 2930 Brasschaat). Deze praktijk is reeds vertrouwd met het elektronisch uitnodigen van patiënten voor preventie, screening en follow-up. Door de zorgvuldige registratie van zorgelementen en het optimaal gebruik van de planning in het CareConnect-EMD is deze praktijk bijzonder geschikt voor deze acties en dit onderzoek.

4.8 Sample size

We gebruiken twee maanden als afkappunt na de uitnodiging om na te gaan hoeveel patiënten ingegaan zijn op de uitnodiging voor een tetanusvaccinatie of stoelgangsonderzoek.

Per topic zullen we de participatiegraad berekenen. Op basis van het onderwerp zullen de uitnodigingen naar de gehele specifieke praktijkpopulatie verstuurd worden. We nemen het interview af bij patiënten die in de praktijk langskomen. Enerzijds bij patiënten die als reden voor consultatie een tetanusvaccinatie of dikkedarmkankerscreening aangeven, en anderzijds bij patiënten die consulteren voor een ander probleem en die niet ingegaan zijn op de uitnodiging.

4.9 Semigestructureerd diepte-interview

4.9.1 Patiënten

We kozen ervoor geen gesloten vragenlijsten te gebruiken, maar een semigestructureerd interview aan de hand van een vragenlijst, waar zo nodig van kan worden afgeweken en dieper ingegaan kan worden op wat de patiënt op dat moment vertelt. Door middel van semigestructureerde interviews verkrijgt men een hogere betrouwbaarheid van de antwoorden door een betere inschatting van de ernst van de antwoorden en is er de mogelijkheid om met de respondenten een onderwerp uit te diepen. Een interview kan verdieping leveren op belangrijke thema's, maar kan ook inzicht in nieuwe thema's opleveren.

De vragen van het interview zijn opgesteld aan de hand van de PSQ18NL, de EUROPEP en QUALICOPC vragenlijst. De EUROPEP vragenlijst is een instrument ontwikkeld voor de evaluatie van de eerstelijnsgezondheidszorg door patiënten. Deze is gevalideerd en internationaal gestandaardiseerd. De QUALICOPC studie evalueert het eerstelijnsgezondheidszorg in Europa op drie gebieden, namelijk kwaliteit, gelijkheid en kosten, en de PSQ18NL vragenlijst peilt naar de satisfactie van uitgevoerde medische zorgen.

Het uiteindelijke semigestructureerde diepte-interview is terug te vinden in *bijlage 5*.

4.9.2 Huisarts

Na het interviewen van de patiënten zal Dr. Van Wijk, de huisarts van de praktijk waar het onderzoek uitgevoerd wordt, geïnterviewd worden. Vragen worden gesteld die peilen naar hoe hij het werken met elektronische uitnodigingen ervaart, wat zijn ervaringen er reeds mee zijn – zowel persoonlijk als met betrekking op de patiënten en hoe zijn toekomstvisie hierover is.

4.10 Ethisch comité

Dit onderzoeksproject werd goedgekeurd door het Ethisch comité van het universitair ziekenhuis Antwerpen (UZA).

5 Resultaten

5.1 Respons

5.1.1 Tetanusvaccinatie

In totaal werden 52 van de 459 uitgenodigde patiënten gevaccineerd voor tetanus tijdens de periode tussen 17/08/2021 en 17/10/2021, goed voor een participatiegraad van 11%.

In 2019 werden in totaal 133 patiënten met een EMD gevaccineerd voor tetanus. In 2020 waren het er 135. Op twee maanden tijd werd met behulp van de uitnodiging dus 52 patiënten gevaccineerd, wat goed is voor ongeveer 39% van de volledige tetanusvaccinaties in het volledige jaar 2019 of 2020.

De Vlaamse vaccinatiegraad voor tetanus lag in 2006 op 62%. Voor Huisartsenpraktijk de Pretlei ligt dit voor het versturen van de uitnodiging op 77%, en na de uitnodiging op 80%.

5.1.2 Dikkedarmkanker screening

In totaal werden 198 uitnodigingen verzonden. Om na te gaan hoeveel patiënten zijn ingegaan op de uitnodiging voor dikkedarmkankerscreening onderzochten we hoeveel verslagen van het bevolkingsonderzoek we kregen in de periode tussen 17/08/2021 en 17/10/2021. In totaal kregen we 27 resultaten binnen van het CvKO, waarvan 18 rechtstreeks konden gelinkt worden met onze uitnodiging.
In totaal vroegen nog 5 patiënten extra rechtstreeks via een mail naar dr. Gianni Faelens een stoelgangstaal aan. Vervolgens werd een aanvraag naar het Centrum voor Kankeropsporing verstuurd om een nieuwe afnameset af te leveren bij deze patiënten.

Als we kijken naar de 18 patiënten, is dit goed voor een participatiegraad van 9%.

Wanneer we deze periode vergelijken met dezelfde periode van vorig jaar zien we geen stijging in de participatie van het bevolkingsonderzoek. Toen namen namelijk 31 patiënten deel.

De volledige participatiegraad in Vlaanderen ligt op 57.5%. Voor Huisartsenpraktijk de Pretlei ligt dit voor het versturen van de uitnodiging op 58%, en na de uitnodiging op 61%.

5.2 Karakteristieken van de deelnemers

De bevraagde patiëntenpopulatie voor het semi-getructureerde interview over de uitnodiging van ofwel het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker ofwel de tetanusvaccinatie bestond uit 5 vrouwen en 7 mannen. De jongste deelnemer was 31 jaar, en de oudste 85 jaar. Het merendeel van de deelnemers was vertrouwd met het systeem van gepersonaliseerde uitnodigingen. Vier deelnemers kregen voor het eerst een uitnodiging. De deelnemende patiënten zijn tussen 1 jaar en 15 jaar patiënt in de praktijk. De laatste huisartsenbezoeken dateren van 1 week geleden tot 1 jaar geleden. Zes van de twaalf patiënten was ingegaan op een uitnodiging, waarvan twee op de uitnodiging van het bevolkingsonderzoek voor dikkedarmkankerscreening, en vier op de tetanusvaccinatie uitnodiging. Doorheen de semigestructureerde interviews kwamen bepaalde antwoorden heel frequent terug zodoende we aan een data-saturatie bekwamen.

5.3 Primaire analyse

5.3.1 Manier van werken

Op de vraag: "U kreeg recent een uitnodiging voor een tetanus vaccinatie of voor het bevolkingsonderzoek dikkedarmkanker. Waarschijnlijk krijgt u vaker dit soort uitnodigingen van ons. Wat vindt u van deze manier van werken?" antwoordden alle deelnemers dat het krijgen van gepersonaliseerde uitnodigingen voor preventie, screening en follow-up een meerwaarde was. De meest voorkomende reden hiervoor blijkt te zijn dat mensen zonder deze uitnodiging het onderzoek of vaccinatie zouden vergeten. Elke geïnterviewde patiënt haalt aan dat herinnerd worden het grootste voordeel is aan deze manier van uitnodigen.

> *INTV1: "Voor het bevolkingsonderzoek krijg je ook een uitnodiging thuis, maar toch is de uitnodiging van de huisarts nuttig omdat je het anders dreigt te vergeten. Je weet direct waar je staat, hoe lang het geleden is, en je krijgt nog eens extra informatie over het onderzoek."*
>
> *INTV2: "Dat ik herinnerd wordt aan de onderzoeken die ik moet doen. Dat je alert blijft, bijvoorbeeld voor kankeropsporing. Ik ben er wel mee bezig, maar soms verlies je die toch uit het oog."*
>
> *INTV3: "Ik vind dit een hele goeie manier van werken, want ik vergeet er gewoon aan te denken. Ik vind dit zeer handig als herinnering voor de tetanusvaccinatie."*
>
> *INTV4: "Ik vind dit een zeer goede manier van werken. Ik krijg er niet zoveel maar ik vind dat ze goed zijn omdat je er aan herinnerd wordt wat er nog moet gebeuren voor je gezondheid. Ik heb het gevoel dat iemand samen met mij let op mijn gezondheid. Dat is voor mij een heel groot pluspunt. Zelf vergeet ik sowieso de noodzakelijke onderzoeken of dingen die ik moet doen. Ik heb het vertrouwen in de dokters hier dat ze alles mee goed opvolgen en als het nodig is dat ze mij een bericht zullen sturen."*
>
> *INTV10: "Goed initiatief! Zelf zou ik zo'n dingen vergeten."*

Daarnaast haalde de oudste deelnemer (85 jaar) aan dat hij zich gerust voelt dat de huisarts alles goed opvolgt door deze uitnodigingsbrief.

> *INTV9: "Geruststelling dat de dokter alles opvolgt"*

Alle deelnemers vinden het prettig om deze uitnodigingen te krijgen en willen in de toekomst nog uitnodigingsbrieven ontvangen. Enkele deelnemers maken echter volgende kanttekeningen.

> *INTV4: "Jawel, als het voor zinvolle dingen is, zie ik hier geen graten in."*
>
> *INTV3: "Ik vind het oké zo, ik zou er nog willen krijgen in de toekomst. Ik heb liever wel enkel de zinvolle dingen. Uitnodigingen voor bijvoorbeeld niet-noodzakelijke vaccins krijg ik liever niet."*
>
> *INTV2: "Op zich wel, maar ik vind een ding lastig. Soms krijg ik het gevoel dat dit een fabriek of 'marchandisering' aan het worden is. Dit is niet alleen kritiek op de huisartsenpraktijk, maar op het algehele systeem op zich. Uitstrijkjes, darmonderzoeken, mammografieën, vaccinaties, het stopt allemaal niet. Ik ben graag bezig met mijn gezondheid en met preventie, maar zijn al die zaken*

eigenlijk wel nodig? Ik denk dat vele mensen afhaken door de vele zaken die ze moeten bijhouden en doen."

INTV10: "Ja, als het belangrijke thema's zijn tenminste. Ligt eraan welke uitnodigingen dit zijn. Voor belangrijke vaccinaties of bvb. voor een uitstrijkje mag dit altijd."

INTV11: "Jawel, ik ontvang wel graag uitnodigingen, als ze relevant voor me zijn."

5.3.2 Taal en overzicht

Alle responders vonden de uitnodigingen duidelijk en overzichtelijk. Alle responders behalve twee vonden dat er mogelijks te moeilijke woorden gebruikt werden voor laaggeschoolden of anderstalige patiënten.

INTV3: "Was simpel en duidelijk. Erg overzichtelijk, ook gemakkelijk om je afspraak in te plannen door de link die erbij stond. Voor anderstaligen lijkt het me misschien iets te moeilijk te zijn soms? Maar voor de doorsnee Vlaming moet dit zeker voldoende zijn."

INTV4: "Ik vind dat er geen overbodige info instaat, maar ik denk dat voor iemand die laag opgeleid is dat er te veel moeilijke info instaat."

5.3.3 Hoeveelheid informatie

Het merendeel van de deelnemers was tevreden met de hoeveelheid informatie die zij/hij kreeg. Een deelneemster vond de uitnodigingsbrief duidelijk en overzichtelijk, maar wel te lang. Zij wenst een beknoptere uitleg met eventueel links naar meer informatie indien je dat wenst.

INTV2: "De uitnodigingsbrieven zijn perfect leesbaar met duidelijk verstaanbare woorden, maar de brieven zijn heel lang. Ze zouden beknopter moeten zijn. De boodschap komt wellicht soms moeilijk over omdat de brief een ellenlange uitleg is. Mensen die extra informatie willen moeten op een link kunnen klikken waar ze duidelijk meer uitleg kunnen vinden. Dit moet niet allemaal in de brief staan. Ik wil kort en bondig en daarna referenties als ik het nodig acht."

INTV2: " Uitnodigingen veel beknopter maken."

Een andere deelnemer wilde minder informatie over hoe je kon inplannen, maar was wel tevreden dat de kostprijs (gratis) vermeld werd.

INTV3: "Was wel te veel uitleg over bij wie je kon inplannen. De verpleegkundige en de dokter staat erbij, en dan nog eens de assistente. Mag gewoon allemaal weg. De meeste mensen hier zijn wel gekend met de procedure hoe ze een afspraak moeten inplannen. Ook handig dat erbij staat dat het gratis is, dit is toch een extra gemakkelijkheid."

Alle deelnemers vinden dat de uitnodiging duidelijk weergeeft waarom het onderzoek of vaccinatie nodig wordt geacht, behalve één deelnemer.

INTV3: "Ik vind dat het er niet specifiek instaat waarom de herhalingsvaccinatie na 10 jaar écht nodig is – staat niet echt waarom het een waardevol iets zou zijn."

5.3.4 Medische handeling

Alle deelnemers vinden de onderzoeken in de uitnodiging een meerwaarde op de gewone consulten.

> *INTV1: "Ik vind het wel goed omdat het toch een extra reminder is. De dokter zegt dit wel in de consultatie maar je bent daar niet helemaal mee bezig op dat moment. Het is goed dat je het achteraf eens kan doorlezen."*

5.3.5 Satisfactie

Vervolgens onderzochten we of onze patiënten deze uitnodigingen soms als te veel of storend zouden ervaren. Sommige deelnemers kregen nog maar voor de eerste keer een uitnodiging. Geen enkele van onze deelnemers ervaart de uitnodigingen als storend.

> *INTV2: "Nee, ik heb me nog nooit gestoord aan het te veel van uitnodigingen. Als de uitnodigingen zinvol zijn, beknopt zijn en persoonlijk zijn, dan kunnen er nooit te veel uitnodigingen zijn voor mij. Ik voel me hier thuis en ik vertrouw de artsen."*

> *INTV4: "Nee, ik heb er enkel nog maar gekregen voor mijn tetanusvaccinatie."*

> *INTV6: "Het is nog niet te veel geweest, naargelang de noodzaak mogen ze gestuurd worden."*

> *INTV7: "Neen, als ik voel dat het er te veel zouden worden, dan delete ik die gewoon. Zou me dus niet echt storen. We zijn gewend geraakt aan spam in onze mailbox dezer tijden. Zolang het per mail is, is dat niet erg. Als het mij niet aanstaat delete ik dat gewoon."*

5.3.6 Frequentie van uitnodigingen

Wanneer we bevragen hoeveel uitnodigingen per jaar te veel zouden zijn, dan zien we dat dit nogal varieert onder de patiënten. Sommigen vinden dat er nooit teveel kunnen zijn zolang ze relevant zijn.

> *INTV1: "Een uitnodiging om de twee maanden lijkt mij voldoende, meer dan dat en ik zou het te storend vinden en de efficiëntie zou er afgaan. Ik zou niet meer kijken."*

> *INTV3: "Liefst maar een paar uitnodigingen per jaar, ik zou zeggen om de 3-4 maand een uitnodiging zou ik ok vinden."*

> *INTV5: "Een maand tussen twee uitnodigingen."*

> *INTV9: "Zes op een jaar maximaal."*

> *INTV10: "Dat ligt er aan welke uitnodigingen dit zijn. Voor belangrijke vaccinaties of bvb. voor een uitstrijkje mag dit gewoon altijd. Onbepaald, als het belangrijke dingen zijn zoals vaccinaties of PAP-smears."*

> *INTV11: "Geen limiet zolang het nuttig is voor mijn leeftijdscategorie."*

> *INTV12: "Ongelimiteerd."*

We onderzochten wat de ideale frequentie van herhalingsuitnodigingen zou zijn. Op de vraag: "Hoeveel tijd mag er tussen twee dezelfde uitnodigingen zitten?" werd van 10 dagen tot enkele maanden geantwoord.

INTV3: "Een herhalingsuitnodiging mag wel sneller, bijvoorbeeld na 1 maand."

INTV4: "Driemaal een herhaling van een uitnodiging vind ik voldoende, meer dan dat en ik denk dat het een teken is dat je gewoon echt niet wilt meedoen."

INTV9: "Twee maanden tussentijd."

INTV10: "Om de 3 maanden."

INTV11: "Maanden, indien relevant."

INTV15: Elke dag 2 mails zou wat veel zijn. Na 10 dagen een reminder zou zinvol zijn. Er moet geen derde gestuurd worden als ik na 2 maal niet op ingegaan ben na die 10 dagen.

5.4 Systeemanalyse

5.4.1 Voordelen

Als groot voordeel van deze manier van werken werd door meerdere patiënten aangegeven dat ze het op deze manier niet vergeten. Ook is het een geruststelling dat iemand mee hun gezondheid opvolgt.

INTV1: "...toch is de uitnodiging van de huisarts nuttig omdat je het anders dreigt te vergeten."

INTV2: "Dat ik herinnerd wordt aan de onderzoeken die ik moet doen. Dat je alert blijft, bijvoorbeeld voor kankeropsporing. Ik ben er wel mee bezig, maar soms verlies je die toch uit het oog."

INTV4: "Ik heb het gevoel dat iemand samen met mij let op mijn gezondheid. Dat is voor mij een heel groot pluspunt. Zelf vergeet ik sowieso de noodzakelijke onderzoeken of dingen die ik moet doen. Ik heb het vertrouwen in de dokters hier dat ze alles mee goed opvolgen en als het nodig is dat ze mij een bericht zullen sturen."

INTV9: "Geruststelling dat de dokter alles opvolgt."

5.4.2 Nadelen

Het grote merendeel van de deelnemers kon geen nadelen bedenken. 2 Patiënten gaven wel aan dat als er teveel uitnodigingen zouden verzonden worden, dat ze er niet meer zouden naar kijken. 3 Responders hadden bedenkingen bij de technische kant.

INTV1: "Als er te veel zouden verstuurd worden dan zou ik er niet meer naar kijken."

INTV4: "Dat als ik niet-noodzakelijke uitnodigingen zou krijgen, ik niet meer zou ingaan op de uitnodigingen in het algemeen."

INTV3: "Via mail de uitnodiging krijgen, in plaats van via Helena."

INTV3: "Sommige mensen zullen niet bereikt worden denk ik? Liever een mail dan via Helena, of een SMS met een link om een afspraak te maken? Voor laaggeschoolden / migranten lijkt het me soms moeilijk voor deze mensen om Helena te openen / access te hebben."
INTV11: "Moest dit systeem vastlopen/programma niet werken."

5.4.3 Manier van werken

Bij de vraag wat er beter zou kunnen aan deze manier van werken gaf slechts 1 iemand aan dat de uitnodiging kwam net na het uitvoeren van het BVO DDK. Verder hadden alle patiënten hier geen opmerkingen over.

INTV5: "Dat de uitnodiging soms komt nadat de het onderzoek al is uitgevoerd (bevolkingsonderzoek darmkanker)."

5.4.4 Satisfactiescore

We vroegen de deelnemers hoeveel ze dit systeem van elektronische uitnodigingen zouden scoren op een schaal van 0 tot 10, waar 0 gelijk is aan absoluut niet tevreden en 10 heel tevreden. De cijfers die gegeven werden gaan van 7 tot 9 op 10 met een gemiddelde van 8,2 op 10.

5.4.5 Implementatie andere praktijken

Alle deelnemers zouden aan alle huisartsen in België aanraden om dit systeem te implementeren en zouden ook alle patiënten aanraden hier aan mee te doen. Een patiënt zei specifiek dat als het elektronisch is, dat het aan te raden is.

INTV1: "Ja, ik zou dit aanraden aan andere huisartsen, maar ik denk dat er vele dit niet zullen doen. Mijn oude huisarts was niet zo ICT-minded als hier en die had het veel te druk om zich bezig te houden met deze dingen."

INTV2: "Ik zou dit zeker aanraden aan alle huisartsen! Als dit beknopt is en ze hebben tijd dan gaan ze veel mensen doen herinneren aan een onderzoek die ze moeten doen."

INTV4: "Zeker en vast. Het lijkt een ideale manier om mensen aan te moedigen voor bepaalde dingen, zeker de dingen die mensen snel vergeten."

INTV5: "Ja, voor het welzijn van andere patiënten is dit zeker een goed idee."

INTV7: "Zo lang het per mail en elektronisch is, zou ik het zeker aanraden aan andere huisartsen."

INTV10: "Dit lijkt mij zeer nuttig voor alle patiënten, dus ja."

5.5 Vergelijking elementen literatuuronderzoek

De uitnodiging is mede met behulp van de Online survey van het CvKo opgesteld. Als we kijken naar de antwoorden van de geïnterviewde patiënten, zien we elementen terug uit de survey. In onderstaande tabel worden enkele antwoorden ter verduidelijking weergegeven.

	Redenen niet deelname	**Triggers wél deelname**	**Interviews**
Uitnodiging	Test opzij gelegd, geen tijd, andere prioriteiten (50%). Geen test ontvangen, was in buitenland (25%).		*INTV10: "Goed initiatief! Zelf zou ik zo'n dingen vergeten."*
Angst	Angst voor resultaat (10%)	Angst om kanker te krijgen	*INTV9: "Geruststelling dat de dokter alles opvolgt"*
Belang	Niet overtuigd van belang	Bezorgdheid/belang gezondheid en preventie	*INTV12: "Ja, ik ben al meermaals ingegaan op een uitnodiging, omdat de voorgestelde onderzoeken nuttig zijn om te doen."*
Test	Vervelend onderzoek Geen 100% zekerheid test	Gemak thuis uitvoeren en eenvoudigheid van de test	
Klachten	Geen klachten, zich niet ziek voelen. Op dat moment andere klachten hebben (10-20%).		
Voorkomen	Het komt niet voor in de familie	Het is een veelvoorkomende kanker	
Kost	Niet op de hoogte dat een nieuwe gratis test aangevraagd kan worden (30%)		*INTV3: "Ook handig dat erbij staat dat het gratis is, dit is toch een extra gemakkelijkheid."*
Herhaling	Niet nodig achten om de test na 2 jaar de herhalen		*INTV3: "Ik vind dat het er niet specifiek instaat waarom de herhalingsvaccinatie na 10 jaar écht nodig is – staat niet echt in waarom het een waardevol iets zou zijn."*
Rol huisarts	Huisarts heeft dit niet met mij besproken	Advies huisarts	*INTV1: "Voor het bevolkingsonderzoek krijg je ook een uitnodiging thuis, maar toch is de uitnodiging van de huisarts nuttig omdat je het anders dreigt te vergeten."*
Rol omgeving		Invloed directe omgeving	
Rol media/bekendheid		Zichtbaarheid in media en straatbeeld	

Tabel 3 – Overeenkomsten Online survey – antwoorden geïnterviewde patiënten

Voor het opstellen van de uitnodiging hadden we reeds een tweede tabel met kernelementen gemaakt, elementen die gehaald werden uit een literatuuronderzoek. Ook hierbij zien we verschillende elementen terugkomen in de antwoorden van de patiënten. Onderstaande tabel geeft enkele van deze antwoorden weer.

Kernelementen	Template	Praktijk-specifiek	Interviews
Duidelijke vormgeving/structuur	✓	✓	
Toegankelijkheid • inhoudelijk • fysiek • materieel • mentaal	● ✓ ● ✓ ● ✓ ● ✓	● ✓ ● ✓ ● ✓ ● ✓	*Inhoudelijk:* *Teveel info: INTV2: " Uitnodigingen veel beknopter maken."* *Genoeg info: INTV4: "Ik vind dat er geen overbodige info instaat."* *Materieel:* *INTV11: "Moest dit systeem vastlopen/programma niet werken."* *Mentaal:* *INTV4: "ik denk dat voor iemand die laag opgeleid is dat er te veel moeilijke info instaat.*
Herkenbare beelden	✓	X	
Rekening houdend met 4 informatieniveaus	✓	X	*INTV2: "Mensen die extra informatie willen moeten op een link kunnen klikken waar ze duidelijk meer uitleg kunnen vinden. Dit moet niet allemaal in de brief staan. Ik wil kort en bondig en daarna referenties als ik het nodig acht."*
Maatregel aanpak	✓	✓	
EAST-principes	✓	✓	
Persoonlijke aanspreking	✓	✓	
Call-to-action	X	X	
Persoonlijke relevantie	✓	✓	*INTV7: "Ik vind dit belangrijk."*

Gebruik citaten/slogans (vb. Maak van uitstel geen afstel)	✓	X	
Vermelding naar een eventueel overkoepelend bevolkingsonderzoek	✓	✓	*INTV1: "Voor het bevolkingsonderzoek krijg je ook een uitnodiging thuis, maar toch is de uitnodiging van de huisarts nuttig omdat je het anders dreigt te vergeten."*
Anticipatie op redenen van niet-deelname	✓	✓	
Klemtoon op belang van gezondheid	✓	✓	*"Omdat ik het nodig vind dat dit onderzoek gebeurt"*
Klemtoon op snelle en eenvoudige testing	✓	✓	
Klemtoon op vrije keuze	✓	✓	*INTV2: "Voor mij persoonlijk niets, want ik beslis zelf."*
Mogelijkheid tot melding foutieve uitnodiging	✓	X	
Beknopte, duidelijke uitleg over waarom de uitnodiging	✓	✓	
Klemtoon op gebruiksvriendelijkheid	✓	✓	
Nadruk op herhalingsinterval	✓	✓	*INTV3: "Ik vind dat het er niet specifiek instaat waarom de herhalingsvaccinatie na 10 jaar écht nodig is – staat niet echt waarom het een waardevol iets zou zijn."*
Uitleg hoe deel te nemen	✓	✓	*INTV3: "Was wel te veel uitleg over bij wie je kon inplannen. De verpleegkundige en de dokter staat erbij, en dan nog eens de assistente. Mag gewoon allemaal weg. De meeste mensen hier zijn wel gekend met de procedure hoe ze een afspraak moeten inplannen."*

Klemtoon op kosteloosheid	✓	✓	*INTV3: "Ook handig dat erbij staat dat het gratis is"*
Nogmaals klemtoon op vrije keuze en mogelijkheid tot opting-out	X	X	
De uitnodiging zelf is een signaal vanuit de huisarts	✓	✓	*INTV4: "Ik heb het gevoel dat iemand samen met mij let op mijn gezondheid. "* *INTV9: "Geruststelling dat de dokter alles opvolgt"*
Klemtoon op veiligheid	✓	✓	

Tabel 4 – Overeenkomsten kernelementen literatuurstudie – antwoorden patiënten

5.6 Interview huisarts dr. Egbert Van Wijk

Voordelen die dr. Van Wijk aanhaalt is meer tijd hebben tijdens het consult en het gevoel hebben dat er 'patient satisfaction' is.

> *"Een betere screening, een betere kwaliteit van leven, en een betere overleving. Ik heb het gevoel dat er 'patient satisfaction' is."*
>
> *"Daarnaast is werktevredenheid een belangrijke uitkomst. Ik ben tevreden dat ik het op deze manier efficiënt kan doen."*
>
> *"Je krijgt meer tijd in een consultatie."*
>
> *"En ikzelf ben enthousiast over wat het oplevert en ik heb werkvreugde. Het geeft voldoening om op een kwaliteitsvolle manier te werken."*
>
> *"Een ander voordeel is dat je tijdens de consultatie minder uitleg hoeft geven over bepaalde onderzoeken. De patiënt heeft het nl. al kunnen lezen in de uitnodigingsbrief. Daardoor is het laagdrempeliger en minder tijdsintensief om het aan te kaarten en uit te voeren in het consult op mijn initiatief (pro-actief)."*

Daarnaast kan je mensen overtuigen om een preventieve act te doen, zonder dat je die hoeft te zien in de praktijk.

> *"Een ander probleem bij opportunistische screening of preventie is dat je mensen mist, waarvan je het dossier nauwelijks opent, omdat je geen resultaten ontvangt of zij niet op consultatie komen. Daarom is het belangrijk om systematisch, op regelmatige tijdstippen uitnodigingen te sturen 'in groep', dus niet alleen voor de griepvaccinatie."*

Het nadeel dat hij aanhaalt, is dat het initieel tijdrovend is.

> *"Je moet tijd steken om dit systeem op de rails te krijgen."*

Tijdens de ontwikkeling van dergelijk systeem, botste hij ook op problemen. Je moet handmatig de planning telkens aanpassen, anders worden uitnodigingen telkens opnieuw verzonden.

"Als je de actie in de planning niet afvinkt als je het uitvoert, dan nodig je die patiënt opnieuw uit voor hetzelfde. Dan wordt het systeem onbetrouwbaar en wordt de drempel hoger om het te gebruiken."

Wat betreft werkbelasting haalt hij aan dat er een routine ontwikkeld moet worden, dat er verschillende uitnodigingen aangemaakt moeten worden en dat deze up-to-date moeten blijven. De werkbelasting voor de medische assistentes in dan weer erg laag.

"De grootste werkbelasting is dat je de routine moet ontwikkelen om, zoveel mogelijk op het moment dat een dossier open gaat, je de planning gaat bekijken."

"Je moet voor elke preventieve act documenten maken, en deze moet je updaten indien nodig. Dit is werk dat moeilijk te delegeren valt."

"De assistente krijgt héél af en toe een mail van een patiënt die liever geen uitnodigingen wenst. Maar komt zelden voor. Zij verwerkt dit in de planning door aan het item de status 'geweigerd' toe te kennen en evt. de motivering te noteren bij omschrijving."

Er zijn bepaalde elementen die essentieel zijn om dergelijk project te kunnen uitvoeren in de praktijk. Zoals een optimaal gebruik van het EMD, de planning die in orde moet zijn. Ook hangt het deels af van de patiëntenpopulatie of het al dan niet gebruikt kan worden.

"Het staat en valt eigenlijk allemaal met het up to date houden van de planning in CareConnect. Als die niet goed onderhouden wordt, kan je geen adequate selecties maken van jouw patiënten van wie een uitnodiging moet ontvangen."

"Laaggeletterden en mensen met beperkte digitale vaardigheden worden moeilijker bereikt. In deze praktijk heeft quasi elke patiënt een e-mailadres, dus dat is minder een probleem. Dit is niet bij elke praktijkpopulatie het geval."

Op de vraag of hij dit aan collega-huisartsen zou aanraden antwoordt Dr. Van Wijk:

"Preventie moet eigenlijk door elke huisarts gedaan worden om het tarief dat gekoppeld is aan het afsluiten van een GMD te mogen verdienen!

Ik vind het eigenlijk wel essentieel dat een huisarts aan dit thema aandacht besteed, omdat het een integraal onderdeel vormt van huisartsgeneeskunde. Enkel curatie is eigenlijk niet voldoende als huisarts."

Hij geeft daarnaast enkele tips over hoe een collega huisarts dit kan implementeren, en op welke valkuilen er gelet moet worden.

"Motivatie moet er ten eerste zijn."

1. *Stap voor stap werken*
2. *Keep it small and simple (kiss-principe)*
3. *Kijk wat haalbaar is*
4. *Je moet aan seizoensgeneeskunde doen.*
5. *In de winter heb je hier geen tijd voor*
6. *In de zomer kan je extra tijd investeren in preventie*
7. *Concreet protocol volgen*
8. *Het begint bijvoorbeeld bij het noteren van een e-mailadres.*

"Hou de uitnodigingen beknopt. Individualiseer zo goed mogelijk. Je moet je zoekfuncties goed uitvoeren, anders ga je patiënten uitnodigen die eigenlijk niet moeten uitgenodigd

worden, of je gaat net patiënten missen. Het staat en valt eigenlijk allemaal met het up-to-date houden van de planning in CareConnect. Als die niet goed onderhouden wordt, kan je geen adequate selecties maken van jouw patiënten van wie een uitnodiging moet ontvangen."

Ook overheidsinstanties en beslissingsorganen kunnen op dit vlak een steentje bijdragen.

"Er zijn nieuwe nomenclatuurnummers nodig, zodat er meer geld kan stromen naar preventie. Enerzijds zit dit al in het GMD, maar dit zou volgens mij nog meer uitgebreid mogen worden. Of er zou een vergoeding naar performance, naar kwaliteit kunnen zijn. Vroeger was er het GMD+. Hiervoor kreeg je als arts een vergoeding als je enkele preventieve luiken kon afvinken. Dit werd echter in 2017 afgeschaft.

De overheid mag ook eisen stellen aan de EMD-fabrikanten, zodat ze bijvoorbeeld voldoen aan bepaalde voorwaarden om accreditatie te kunnen krijgen."

6 Discussie

6.1 Participatie

6.1.1 Tetanus

Uit literatuur weten we dat de vaccinatiegraad voor tetanus daalt met het stijgen van de leeftijd, alsook daalt met een lagere scholingsgraad. (8,12,17) Huisartsenpraktijk de Pretlei heeft een jongere patiëntenpopulatie, waarbij de leeftijdscategorie 25-64 jarigen 63,5% van alle patiënten uitmaken, terwijl dit in Vlaanderen 61.1% bedraagt. In deze praktijk is 13% 65 jaar of ouder, terwijl dit in Vlaanderen 19.5% bedraagt. Dit gegeven kan mogelijk de hogere vaccinatiegraad verklaren. We vermoeden, maar kunnen dit niet met volledige zekerheid vermelden dat ook het gemiddelde opleidingsniveau hoger ligt in Brasschaat dan het Vlaamse gemiddelde, wat hiermee ook een verklarende factor kan betekenen voor een hogere vaccinatiegraad voor tetanus in Huisartsenpraktijk de Pretlei.

Ten slotte werkt dr. van Wijk in Huisartsenpraktijk de Pretlei reeds jarenlang met gepersonaliseerde elektronische uitnodigingsbrieven voor tetanus en gaat er grote aandacht naar preventieve acts, wat mede de hoge vaccinatiegraad voor tetanus bepaalt.

6.1.2 Dikkedarmkankerscreening

De uitnodiging voor het stoelgangonderzoek werkt dus mogelijks onvoldoende aansporend om een extra effect teweeg te brengen, bovenop de uitnodigingsbrieven van de overheid. Dit is echter in tegenstelling met de positieve feedback van de bevraagde patiënten. Elke geïnterviewde vermeldt dat deze uitnodiging een uitstekende manier is om zich te doen herinneren aan preventieve 'to-do's'.

Zijn alle patiënten die wensen mee te doen reeds voldoende overtuigd door de uitnodigingbrief van het Bevolkingsonderzoek, en is de marge om nog extra patiënten te overtuigen door de huisarts eerder klein? Is de rek er uit? Meer onderzoek lijkt nodig om te onderzoeken of een uitnodigingsbrief van de huisarts een effectieve aanvulling is op de reeds bestaande uitnodigingsbrieven vanuit het Bevolkingsonderzoek.

Een andere verklaring is dat een groepsuitnodiging patiënten wél aanspoort tot deelname, maar dat overheen de andere maanden de praktijk meer individueel uitnodigt. Zo worden in Huisartsenpraktijk de Pretlei vaak patiënten uitgenodigd als een EMD geopend wordt en tijdens een consultatie wanneer de arts ziet dat het aan de orde is. Doorheen de maanden wanneer de uitnodiging verstuurd werd, hebben de artsen mogelijks minder gefocusseerd op individueel uitnodigen, waardoor het aantal deelnemers niet hoger was in de twee maanden na het versturen van de uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek dikke darmkanker, dan het jaar daarvoor wanneer nog niet 'en masse' werd uitgenodigd.

Geen enkele patiënt geeft aan dat het aanvragen van een stoelgangsstaal ingewikkeld, moeilijk of lastig is (als ze het initiële verkregen staal niet meer hebben), hoewel zij hier zelf een mail voor moeten sturen naar het Bevolkingsonderzoek. Dit lijkt een extra drempel en lijkt de participatiegraad niet ten goede te komen.

6.2 Satisfactie

6.2.1 Patiënt

Alle bevraagde patiënten vermelden dat deze manier van werken een meerwaarde is op de gewoonlijke consultaties. De meest voorkomende reden hiervoor blijkt te zijn dat mensen zonder deze uitnodiging het onderzoek of vaccinatie zouden vergeten. Elke geïnterviewde patiënt haalt aan dat herinnerd worden het grootste voordeel is aan deze manier van werken.

Alle deelnemers vinden het prettig deze uitnodigingen te krijgen en willen in de toekomst nog uitnodigingen krijgen, mits deze relevant zijn voor de patiënt in kwestie. Enkele ondervraagden wensen echter liever geen uitnodigingen voor niet-noodzakelijke vaccinaties. Hiermee wordt het belang onderstreept in het navragen aan welke preventieve onderzoeken of handelingen, zoals vaccinaties, patiënten wensen deel te nemen en aan welke niet. Hiermee blijkt ook het belang om in de uitnodigingsbrief te vermelden dat iemand zich kan uitschrijven voor deze welbepaalde preventieve handeling.

Alle geïnterviewde patiënten vonden de uitnodigingen duidelijk en overzichtelijk. Ook de beide 85-jarige patiënten, al hadden zij het eerder moeilijk met het vinden van de uitnodiging. Zij moesten geholpen worden door een mantelzorger. Enkele bevraagde patiënten gaven aan dat anderstalige patiënten of laaggeschoolden mogelijks moeite zouden hebben met het begrijpen van de uitnodiging. Twee bevraagde patiënten vonden dat de uitnodiging te lang was en te veel informatie verschafte. Zij willen de uitnodiging beknopter zien en willen kunnen doorklikken op hyperlinks voor verdere informatie, mochten ze dat echt willen. Zo wordt de uitnodiging kort en beknopt, maar blijven ze volledig geïnformeerd.

Om bovenstaande redenen pleiten wij ervoor dat de gestandaardiseerde uitnodiging (zie methode) aangepast wordt naar de noden van de patiëntenpopulatie. Zo kan de uitnodiging een eenvoudigere woordenschat bevatten en een eenvoudigere uitleg geven over waarom de preventieve act zinvol is. Voor een oudere patiëntenpopulatie kan bijvoorbeeld gevraagd worden om telefonisch contact op te nemen om een afspraak in te plannen, in plaats van hen aan te raden via de website een consultatie in te plannen.

Het gewenste aantal uitnodigingen per jaar varieert heel erg per patiënt. Sommigen vinden dat er nooit teveel kunnen zijn, zolang deze relevant blijven. Enkele patiënten wensen graag minimaal twee tot vier maanden tussen twee verschillende uitnodigingen. Dit blijft een moeilijke balans tussen effectiviteit en patiëntentevredenheid. Een te veel aan uitnodigingen op een te korte termijn kan resulteren in een verlies van interesse en dus verlies van participatie door de patiënt.

Wij geven hierbij het voorstel om de mediaan van twee maanden te gebruiken tussen uitnodigingen voor twee verschillende preventieve acties.

Daarnaast onderzochten we de gewenste frequentie tussen twee herhalingsuitnodigingen. De respons varieerde tussen tien dagen en enkele maanden, met een maximum van drie herhalingsuitnodigingen. Wij hanteren opnieuw dezelfde logica en stellen voor om opnieuw de mediaan van twee maanden te gebruiken als herhalingstermijn, met een maximum van drie herhalingsuitnodigingen.

Elke patiënt zou het gebruik van uitnodigingen voor preventie, screening en follow-up aanraden aan andere patiënten én aan andere huisartsen in België. Patiënten geven scores van 7/10 tot 9/10 aan deze manier van werken, met een gemiddelde score van 8,2/10. Dit geeft ons vertrouwen dat het uitnodigen van patiënten voor preventie, screening en follow-up enthousiast onthaald wordt. Een mogelijke bias zit erin dat deze patiëntenpopulatie vertrouwd is met deze manier van werken, en dat mensen die uitnodigingsbrieven niet prettig vinden reeds een andere huisarts hebben gezocht. Dit lijkt ons weinig waarschijnlijk, aangezien vier bevraagde patiënten voor het eerst een uitnodigingsbrief ontvingen, en dat ook zij tevreden zijn over deze manier van werken én dat ook zij dit zouden aanraden aan andere patiënten en huisartsen.

Op basis van deze antwoorden kunnen we stellen dat alle patiënten tevreden zijn met gepersonaliseerde uitnodigingen en dat zij dit ook zouden aanraden in andere huisartsenpraktijken. Patiënten zouden tevreden zijn met een maximum aan drie herhalingsuitnodigingen met een tussentijd van twee maanden. Ook twee verschillende uitnodigingen krijgen best een tussentijd van twee maanden.

6.2.2 Huisarts

Gepersonaliseerde uitnodigingen versturen naar de geschikte patiëntenpopulatie is een eenvoudige en tijdbesparende handeling, die daarbovenop heilzaam is voor de patiënt. Op deze manier stijgt de kwaliteit van zorg. Dit lijkt het ideale recept om een huisarts tevreden te stellen.

6.3 Werkbelasting

Zonder een degelijke 'planning' op te bouwen in het EMD, die gekoppeld kan worden aan een zoekfunctie (zoals bij CareConnect), is het uitnodigen van een specifieke patiëntenpopulatie niet mogelijk. Daarom moet de planning up-to-date gehouden worden. Dit betekent dat alle nieuwe informatie zoals uitslagen van labo's en beeldvorming en verslagen van specialisten moeten worden geïncorporeerd in de planning. Heeft een patiënt aan het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker deelgenomen, dan moet de planning aangepast worden zodat de patiënt pas opnieuw uitgenodigd worden binnen 2 jaar.

Zonder doorgedreven data-archivering en datarapportering is dit systeem niet mogelijk. Op heden is er geen automatisatie van inkomende uitslagen en verslagen, waardoor dit handmatig moet gebeuren door huisarts of praktijkmedewerker.

De tweede grootste tijdsrover is het uitschrijven van uitnodigingsbrieven voor de verschillende preventieve acts. Echter, dit hoeft slechts eenmaal per topic te gebeuren, die daarna wel up-to-date moeten gehouden worden. We pleiten ervoor om een template op te stellen, die men daarna aanpast naargelang de specifieke preventieve handeling. Daarnaast zou er een centrale database moeten komen zodat ook andere huisartsen gebruik kunnen maken van reeds bestaande uitnodigingsbrieven. Wanneer nieuwe evidentie ontstaat, moet men de uitnodiging daarnaar aanpassen.

6.4 Voordelen van gepersonaliseerde uitnodigingen

Zoals reeds aangehaald bij hoofdstuk 'satisfactie bij de huisarts' is werkvreugde een belangrijk voordeel aan deze manier van werken. Dit is eens te meer belangrijk in pandemietijden, waarin vele huisartsen met enorme druk kampen en waar burn-out frequenter is dan voor voorheen.

Door het verzenden van uitnodigingen informeer je de patiënt alvorens ze eventueel op consultatie komen. Op deze manier hoef je minder tijd besteden aan het informeren tijdens de consultatie. De patiënt heeft op voorhand vaak al beslist of hij het onderzoek wenst of niet. Daarnaast kan je, als een patiënt meer uitleg wenst, verwijzen naar de uitnodigingsbrief indien nodig. Als een patiënt tijdens een consultatie nog niet overtuigd is en meer informatie vraagt, kan je ook de uitnodiging versturen op dat moment. Dit alles zorgt ervoor dat je meer ruimte hebt in de consultatie waarin preventie maar al te vaak op de achtergrond belandt door een te volle wachtkamer.

6.5 Nadelen van gepersonaliseerde uitnodigingen

Alles staat en valt bij data-archivering en datarapportering, die kan gelinkt worden met een zoekfunctie. Wanneer deze niet geüpdatet wordt, kan de patiënt een uitnodiging krijgen voor een preventieve act die hij of zij recent heeft uitgevoerd. We vermoeden dat de satisfactiegraad, en uiteindelijk hierdoor ook mogelijk de participatiegraad van de patiënt daalt.

Het tijdrovende karakter van de datarapportering kan een afschrikkende factor zijn in het starten van een soortgelijk systeem. Daarom hebben we een protocol 'How to start' voorbereid om huisartsen te ondersteunen in de opstartfase van dit systeem. Dit protocol is terug te vinden in *bijlage 8*.

6.6 Struikelblokken tijdens gebruik

Ondanks het overleg tussen de onderzoekers, dr. van Wijk, en de statistici slopen er alsnog fouten in ons systeem. Er werden per abuis patiënten uitgenodigd die wél in orde waren met de tetanusvaccinatie. Zo werden ook kinderen uitgenodigd, aangezien we per abuis geen leeftijdscategorie hadden gespecifieerd in de zoekmodule van CareConnect. Er werden ook patiënten uitgenodigd ouder dan 74 jaar omdat in hun planning nog een 'faeces op occult bloed' topic aanwezig was. Dit leert ons om leeftijdscategorieën in te stellen bij elke zoekopdracht.

Om patiënten op te sporen die een vernieuwing van de tetanusvaccinatie nodig hebben, bestaan er twee mogelijke zoekfuncties. Enerzijds kan je de zoekfunctie laten zoeken naar tetanusvaccinaties via de integratie van Vaccinnet in CareConnect. Anderzijds kan je via een kwaliteitsvolle planning van het patiëntendossier gaan zoeken naar wie zijn/haar vaccinatietermijn heeft overschreden. Wij zagen in enkele gevallen dat er uitnodigingen werden verstuurd naar mensen waarbij Vaccinnet leeg was, waar een vaccinatie niet werd ingevoerd (bvb. tetanusvaccinatie op dienst spoedgevallen), of waar geen link met Vaccinnet kon gemaakt worden.

Ons advies is om de weg te volgen van de planning, als die kwalitatief is en voldoende frequent wordt geüpdatet.

Een ander struikelblok is dat je patiënten met een contra-indicatie voor een tetanusvaccinatie of iFOB-test moet opsporen. Je kan hiervoor een deel van de search string wijden aan het wegfilteren van patiënten met 'colo(no)scopie' in de planning, of kiezen om patiënten in woonzorgcentra niet meer te vaccineren tegen tetanus. Dit werd duidelijk aan de hand van een vraag vanuit het woonzorgcentrum om een mutistische paraplege patiënt te vaccineren tegen tetanus, omdat zij

een uitnodigingsbrief via e-mail hadden ontvangen. Dit toont nog maar eens het belang om bij elk patiëntendossier stil te staan en om zo nodig de status bij te werken naar 'geweigerd'.

6.7 Bias en limitaties

Dr. van Wijk in Huisartsenpraktijk de Pretlei werkt reeds jarenlang met gepersonaliseerde elektronische uitnodigingsbrieven voor tetanus en voor het opsporen van occult bloedverlies via een iFOB-test. Vanuit de praktijk gaat er grote aandacht naar preventieve handelingen, wat mogelijk mee de hoge vaccinatiegraad voor tetanus bepaalt. De antwoorden van de patiënten kunnen hierdoor een 'confirmation bias' vertonen.

Via het werken met een semigestructureerd diepte-interview kunnen we als interviewer routinematig te werk gaan en hebben hierdoor mogelijks te weinig oog voor belangrijke signalen van de geïnterviewde persoon. Er kan sprake zijn van bias vanuit de interviewer, maar ook de patiënt kan zijn antwoorden aanpassen aan de verwachtingen van de arts/interviewer. De te verwachten voordelen wegen voor ons op tegen de mogelijke nadelen.

We hebben in onze interviews geen onderscheid gemaakt tussen patiënten die wel/niet ingegaan zijn op de uitnodigingen. Hoewel beide groepen vertegenwoordigd zijn en de antwoorden gelijkaardig zijn, was het misschien aangewezen om beide groepen uiteen te trekken en de antwoorden te vergelijken.

De geselecteerde patiënten voor het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker hebben uiteraard ook reeds een uitnodiging ontvangen vanuit het Bevolkingsonderzoek. Bij de uitnodigingen voor de tetanus vaccinatie is dit niet het geval. We kunnen ons de vraag stellen of dit invloed heeft op het minimale verschil van de participatie (9% - 11%) tussen beide preventieve acts.

Deze thesis gaat enkel over het EMD CareConnect en de werkwijze is dus niet van toepassing op andere medische programma's.

Zoals reeds vermeld, is deze manier van uitnodigen niet mogelijk in elke praktijk. Dan denken we bijvoorbeeld aan praktijken met vooral anderstalige patiënten, patiënten die geen toegang hebben tot een eigen mailadres/computer, patiënten met beperkte digitale mogelijkheiden. De manier van werken is dus regio- en populatiegebonden.

Een andere vraag die in ons opkomt is 'wat als Helena betalend zal worden?'. Zal het dan nog mogelijk zijn om elke patiënt via deze manier te bereiken als patiënten ervoor zullen moeten betalen? Dit kan ook één van de redenen zijn waarom niet alle praktijken die CareConnect als EMD hebben, ook Helena willen gebruiken. Een kernelement in dit onderzoek is het gebruik van Helena. Indien Helena niet geactiveerd is in alle patiëntendossiers, kan de werkwijze gebruikt in onze thesis niet in de praktijk omgezet worden.

6.8 Belang van een uitstekend GMD

Zoals reeds meermaals aangehaald staat en valt alles met een uitstekende datacaptatie. Het is noodzakelijk om een patiëntendossier goed bij te houden, aan te vullen waar nodig, en om handelingen 'af te vinken' eenmaal ze zijn uitgevoerd. Je loopt het risico om mensen uit te nodigen voor preventieve acts die al gebeurd zijn, met natuurlijke potentiële onnodige onderzoeken of handelingen tot gevolg. De efficiëntie en elegantie kan hierdoor dalen.

6.9 Invloed van de COVID-pandemie

Dit onderzoek werd verricht middenin de COVID-19 pandemie. Een impact op de preventieve takken van de huisartsgeneeskunde lijkt hiermee onvermijdelijk. In 2020 werden de drie Bevolkingsonderzoeken in België tijdelijk on hold geplaatst. Een inhaalbeweging werd vervolgens ingezet. De eerste 8 maanden van 2021 zien we nog steeds een lichte tot matige daling in diagnoses tegenover dezelfde periode in 2019, voor Dikkedarmkanker is dit 8%. (23,24)

De COVID-19 epidemie in België gaf dus ook mogelijks een neerwaartse druk op de responsgraad op de individuele uitnodigingen in Huisartsenpraktijk de Pretlei. We kunnen dit niet met zekerheid beoordelen.

6.10 Potentiële toekomst voor de preventieve werking binnen de huisartsenpraktijk

Men schat dat 86% van de sterftes in België te wijten zijn aan niet-overdraagbare ziekten zoals kanker, diabetes en hart- en vaatziekten. Preventieve geneeskunde kan dit verminderen. (20) Het wordt daarom belangrijk om in de toekomst nog meer in te zetten op de preventieve tak van huisartsgeneeskunde. Preventieve geneeskunde vergt tijd en ruimte tijdens een consultatie. Daarom pleiten we ervoor om deze handvaten te gebruiken, om op een efficiënte en doeltreffende manier aan preventie te doen. Een handleiding vind je in het onderdeel 'How To Start'.

Er komt daarnaast een golf van gepersonaliseerde geneeskunde op ons af, waar rekening zal gehouden worden met de individuele genetische make-up van de patiënt en met zijn of haar specifieke levensstijlfactoren om zo een gerichtere en betere therapie te kunnen aanbieden. (25) Wij voelen aan dat deze manier van werken, omschreven in deze masterproef, een eerste stap is naar deze gepersonaliseerde geneeskunde.

Zoals reeds vermeld, hebben we in *bijlage 8* een protocol 'How to start' uitgeschreven dat als leidraad kan dienen voor andere praktijken die deze manier van werken willen uitproberen.

6.11 Toekomst

Na het schrijven van onze thesis zijn er verschillende zaken die verder onderzocht moeten worden.

Is deze manier van werken ook haalbaar in andere praktijken? Deze uitnodigingen worden reeds geruime tijd verstuurd naar de patiëntenpopulatie van huisartsenpraktijk De Pretlei, maar kan het ook in andere praktijken die nog nooit uitnodigingen hebben verstuurd? Is deze tijdsinvestering mogelijk voor de huisarts? Wat zijn de struikelblokken bij de opstartfase? Wat is de satisfactiegraad en de participatiegraad van de patiënt in de andere huisartsenpraktijken die nét beginnen met gepersonaliseerde uitnodigingen?

Daarnaast is er meer overleg nodig tussen de huisarts, de verschillende EMD-systemen, en de overheidsorganen om nog efficiënter aan preventie te kunnen doen. Kan er een incentive of beloning gekoppeld worden aan doorgedreven preventie, screening en follow-up binnen de huisartsenpraktijk?

7 Conclusie

Hoewel er slechts een beperkte stijging in participatie is, kunnen we dankzij dit onderzoeksproject besluiten dat het gebruik van persoonlijke elektronische uitnodigingen een meerwaarde is voor de satisfactie van zowel patiënt als huisarts.

We hebben gebruik kunnen maken van de huidige informatie- en communicatietechnologie om aan preventieve geneeskunde doen in de huisartsenpraktijk. De huisarts speelt een belangrijke rol het proces van preventieve geneeskunde.

Alle deelnemers ervaren het krijgen van gepersonaliseerde uitnodigingen voor preventie als meerwaarde en willen in de toekomst dergelijke uitnodigingen nog ontvangen. Ook is het merendeel tevreden met de hoeveelheid informatie die in de uitnodiging staat. Alle deelnemers raden aan om deze manier van werken ook te implementeren in andere huisartsenpraktijen. Op een tevredenheidsschaal scoorde het systeem van elektronische gepersonaliseerde uitnodigingen een gemiddelde van 8,2 op 10. Met deze waarnemingen kunnen we besluiten dat er een goede patiëntentevredenheid is.

Deze tevredenheid wordt ook gedeeld door de bevraagde huisarts. Verder ervaart de huisarts als voordeel van dit systeem een grote werkvreugde. Informatie wordt op voorhand gegeven waardoor er een tijdwinst is tijdens de consultatie.

Om dergelijk systeem op poten te zetten is een goed georganiseerd patiëntendossier essentieel. Er is kennis van het EMD nodig, er moet een hoog percentage gebruik van Helena zijn, en de planning in het patiëntendossier moet doorlopen geüpdatet worden. Ook hangt het al dan niet toepassen van dit systeem mede af van de patiëntenpopulatie (digitale mogelijkheden, taal).

Een belangrijke kanttekening is dat deze thesis enkel over het EMD CareConnect gaat en dat Helena geactiveerd moet zijn in alle dossiers. Ook het EMD Daktari verzekerde ons dat een dergelijke aanpak mogelijk is binnen hun aanbiedingspakket.

Tot slot hopen we dat deze masterproef huisartsen warm kan maken om deze manier van werken te implementeren binnen hun eigen praktijk. Daarom hebben we een stappenplan opgesteld genaamd ‘How to start’ (bijlage 6) om huisartsen te ondersteunen bij de opstart van dit project. We hopen zo ons steentje bij te dragen aan de huisarts van morgen en om zo een nog betere eerstelijnszorg te kunnen bieden aan onze patiënten.

8 Referenties

1. Buntinx F. Screening versus diagnostiek: Complexe problemen. Huisarts Wet. 2004;47(5):230–5.

2. Centrum voor Kankeropsporing. Draaiboek Bevolkingsonderzoeken naar kanker. 2021;1–170.

3. Joke Van Herck, dr. Jos Van Hoof, dr. Nathalie Van de Vyver dr. PW, dr. Joke Van Herck, dr. Jos Van Hoof, dr. Nathalie Van de Vyver dr. PW. GEZONDHEIDSGIDS 2016. 2016;

4. Andermann A, Blancquaert I, Beauchamp S, Déry V. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: A review of screening criteria over the past 40 years. Bull World Health Organ. 2008;86(4):317–9.

5. Wilson J, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva, Switzerland: Wold Health Organization; 1968;34. Public Heal Pap No 34. 1968;168.

6. OESO. State of Health in the EU België Landenprofiel gezondheid 2019. OESO/European Obs Heal Syst Policies. 2019;

7. Sholokhova S. Preventie en gezondheidsbevordering: Visie, structuur en financiering van de preventie en gezondheidsbevordering in België. 2021;(2020).

8. Dillen J. Preventie van tetanus en difterie bij volwassenen : vaccinatie en profylactische aanpak. 2001;30(4):146–54.

9. Fobelets M, Pil L. De kosteneffectiviteit van het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker in Vlaanderen : gezondheidseconomische evaluatie. 2015;1–26. Available from: http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1139414

10. Bond JH. Fecal occult blood test screening for colorectal cancer. Vol. 12, Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America. 2002. 11–21 p.

11. CvKO vzw, Belgian Cancer Registry. Bevolkingsonderzoek Borstkanker: Jaarrapport 2020. 2020;73.

12. RIVM. Tetanus Richtlijn. 2021;1–14.

13. Tafforeau J. Gezondheidsenquête 2008: Vaccinatie. 2008; Available from: https://www.wiv-isp.be/epidemio/epinl/crospnl/hisnl/his08nl/r2/9.vaccinatie_r2.pdf

14. Muller D, Logan J, Dorr D, Mosen D. The effectiveness of a secure email reminder system for colorectal cancer screening. AMIA Annu Symp Proc. 2009;2009:457–61.

15. Hoeck S, Hoste J, Vandeputte L, Dekker Richtlijn N, Goede V, Praktijkvoering M. Dikkedarmkankerscreening. 2017;

16. Pich J. Patient reminder and recall interventions to improve immunization rates: A Cochrane review summary. Int J Nurs Stud. 2019;91(3):144–5.

17. Johnson DR, Nichol KL, Lipczynski K. Barriers to Adult Immunization. Am J Med. 2008;121(7 SUPPL. 2).

18. Sallis A, Bunten A, Bonus A, James A, Chadborn T, Berry D. The effectiveness of an enhanced invitation letter on uptake of National Health Service Health Checks in primary care : a pragmatic quasi-randomised controlled trial. BMC Fam Pract [Internet]. 2016;1–8. Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s12875-016-0426-y

19. Pich J. Patient reminder and recall interventions to improve immunization rates: A Cochrane review summary. Int J Nurs Stud. 2019;91:144–5.

20. Renard F, Devleesschauwer B. Health Status Report 2019. 2019;D/2019/14.:48.

21. Martens P. Kankerscreening: 3 bevolkingsonderzoeken.

22. Ordomedic. Globaal Medisch Dossier (GMD) – Regelgeving en beheer.

23. Kankerregister, In 2020 werden er in België 4000 minder kankerdiagnoses gesteld dan verwacht , maar de inhaalbeweging is hoopvol. 2021;2019(april 2020):2020–3.

24. Peacock HM, Tambuyzer T, Verdoodt F, Calay F, Poirel HA, De Schutter H, et al. Decline and incomplete recovery in cancer diagnoses during the COVID-19 pandemic in Belgium: a year-long, population-level analysis. ESMO Open [Internet]. 2021;6(4):100197. Available from: https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100197

25. Mathur S, Sutton J. Personalized medicine could transform healthcare (Review). Biomed Reports. 2017;7(1):3–5.

9 Bijlagen

Bijlage 1 – Initiële uitnodigingsbrief tetanus

Beste @{Voornamen} @{Naam},



Voorkomen is beter dan genezen.

We zien dat het tijd is voor (een herhaling van) jouw **tetanus vaccinatie**.

Je gezondheid is belangrijk en daarom nodigen we je hiervoor uit.
Je beslist zelf of je de vaccinatie al dan niet laat toedienen.

Heb je de laatste 10 jaar toch je vaccin gehad? Laat het ons even weten via assistente@hupr.org

Wat is tetanus en waarom heb je een vaccin nodig?

- Tetanus of 'klem' is een ernstige bacteriële infectieziekte die de spieren aantast en kan leiden tot krampen en verstikking. Je raakt besmet via (kleine) huidwonden. Zonder behandeling kan tetanus dodelijk zijn. Via de tetanusvaccinatie ben je **beschermd** tegen deze ziekte.
- Het vaccin maakt deel uit van het **basisvaccinatieschema** waarbij de eerste vaccinatie op zuigelingenleeftijd gebeurt en de laatste op 14-16 jarige leeftijd. Nadien is **elke 10 jaar** een herhaling nodig om beschermd te blijven.
- Het vaccin is **efficiënt** en **veilig**. Het kan op elke leeftijd gegeven worden, alsook aan zwangere vrouwen en mensen met een verminderde weerstand.
- Momenteel wordt het toegediend onder de vorm van een **combinatievaccin** (Boostrix of Triaxis). Dit vaccin beschermt je naast tetanus ook tegen pertussis ('kinkhoest') en difterie ('kroep'), 2 andere infectieziekten. Dankzij de vaccinatie komen deze ziekten in België bijna niet meer voor.

Wens je het vaccin te nemen?

- Maak een afspraak in de praktijk:
    - bij onze verpleegkundige Anneleen of dr. Gianni Faelens, via www.hupr.org of telefonisch 03 650 1000.

Kosten?

Het vaccin wordt vanuit de overheid aangeboden en is **gratis**. Je betaalt enkel de consultatie bij ons.

Wil je meer informatie over het vaccin of heb je vragen, twijfels?

- https://www.laatjevaccineren.be/tetanus-klem
- https://www.zorg-en-gezondheid.be/folder-vaccinaties-zijn-belangrijk-ook-voor-jou
- Welkom om dit tijdens een consultatie te bespreken!

Kies je ervoor om het vaccin niet te nemen?

Laat het ons even weten via assistente@hupr.org.

*In kader van een **wetenschappelijk onderzoek (masterproef)** geleid door dr. Gianni Faelens en dr. Valerie Verhulst wordt er dit jaar een onderzoek uitgevoerd over de deelname en tevredenheid aan deze gepersonaliseerde elektronische uitnodiging.*

Hartelijke groeten,
dr. Gianni Faelens, dr. Valerie Verhulst en dr. Egbert Van Wijk
Huisartsenpraktijk de Pretlei - www.hupr.org

- de Pretlei 5 - 2930 Brasschaat
- tel. 03 650 10 00 - @{Gebruiker_email}

Bijlage 2 – Initiële uitnodigingsbrief BVO DDK

Beste @{Voornamen} @{Naam},



Voorkomen is beter dan genezen.

We zien dat je niet (opnieuw) hebt deelgenomen aan het **Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker** voor mannen en vrouwen van **50 tot en met 74 jaar**. Misschien had je er een reden voor of had je iets anders aan je hoofd? Ben je het vergeten?

Je gezondheid is belangrijk en daarom nodigen we je uit om deel te nemen.
Deelnemen gaat sneller dan je denkt en je beslist zelf of je al dan niet deelneemt.

Heb je de laatste 2 jaar toch deelgenomen? Laat het ons even weten via assistente@hupr.org.

Wat is dikkedarmkanker, de stoelgangstest en het bevolkingsonderzoek?

- Dikkedarmkanker is een kwaadaardig gezwel in de dikke darm. Het is de tweede meest voorkomende kanker bij vrouwen en de derde meest voorkomende kanker bij mannen.
- Dikkedarmkanker begint vaak met poliepen en **het ontstaan voel je niet**. Daarom wordt de ziekte vaak laat ontdekt. De stoelgangstest spoort bloed in de stoelgang op. Dat bloed kan wijzen op poliepen. Hoe vroeger dikkedarmkanker ontdekt wordt, hoe groter de kans op genezing. Door het bevolkingsonderzoek kunnen we er op tijd bij zijn!
- De stoelgangstest kan je eenvoudig **thuis** doen en wordt **elke 2 jaar** herhaald.

Wens je deel te nemen? Je hebt 2 keuzes:

- Je vraagt een nieuwe stoelgangstest aan via het bevolkingsonderzoek:
  - via mail: info@bevolkingsonderzoek.be of telefonisch: 0800 60 160

    - Laat bij deze optie ons dit weten via assistente@hupr.org.
- Je maakt een afspraak bij ons de praktijk zodat wij dit voor jou in orde brengen.
    - Bij voorkeur bij dr. Gianni Faelens, via www.hupr.org of telefonisch 03 650 1000. Je betaalt dan een gewone consultatie.

Kosten?

De stoelgangstest wordt vanuit de overheid aangeboden en is **gratis**.

Wil je meer informatie over het bevolkingsonderzoek of heb je twijfels, vragen?

- https://www.zorg-en-gezondheid.be/folder-bevolkingsonderzoek-dikkedarmkanker
- https://dikkedarmkanker.bevolkingsonderzoek.be
- Welkom om dit tijdens een consultatie te bespreken!

Kies je ervoor om niet deel te nemen?

Laat het ons even weten via assistente@hupr.org.

*In kader van een **wetenschappelijk onderzoek (masterproef)** geleid door dr. Gianni Faelens en dr. Valerie Verhulst wordt er dit jaar een onderzoek uitgevoerd over de deelname en tevredenheid aan deze gepersonaliseerde elektronische uitnodiging.*

Hartelijke groeten,
dr. Gianni Faelens, dr. Valerie Verhulst en dr. Egbert Van Wijk
Huisartsenpraktijk de Pretlei - www.hupr.org
- de Pretlei 5 - 2930 Brasschaat
- tel. 03 650 10 00 - @{Gebruiker_email}

Bijlage 3 – Praktijk-specifieke uitnodiging tetanus

Beste @{Voornamen} @{Naam},

We zien dat het tijd is voor (een herhaling van) het combinatievaccin **tetanus, kinkhoest en difterie**.
Je gezondheid is belangrijk en daarom nodigen we je uit.

Elders dit vaccin gekregen in de afgelopen 10 jaar of wil deze vaccinatie niet? Laat het ons weten, via assistente@hupr.org.

- Klik hier voor je afspraak bij
    - **Anneleen Van de Laar, verpleegkundige**
        - indien mogelijk na 10.30 uur
        - **kosteloos**
- Lukt het nooit op een dinsdag, woensdag of donderdag?
    - maak dan een afspraak bij dr. Gianni Faelens
    - € 4,00 remgeld.

Kostprijs?

- Het vaccin is **gratis** en op voorraad in de praktijk.

Waarom dit vaccin?

- Dit vaccin is deel van het basisvaccinaties in de kindertijd. Nadien is **elke 10 jaar** een herhaling nodig.
- Het vaccin is **efficiënt** en **veilig**.
- **Tetanus**
  - Tetanus of 'klem' is een ernstige ziekte, die de spieren aantast en kan leiden tot krampen en verstikking. Je raakt besmet via (kleine) huidwonden. Zonder behandeling kan tetanus dodelijk zijn. Via de tetanusvaccinatie ben je **beschermd** tegen deze ziekte.
  - Voor de invoering van deze vaccinatie overleden er ca. 40 mensen per jaar (in Nederland). Na de invoering is dat gedaald naar 0 tot 1 persoon per jaar.
  - Vaccineren op het moment van een (vuile) wond is zinvol, maar biedt onvoldoende bescherming. Na de vaccinatie is er tijd nodig is om voldoende antistoffen aan te maken.
  - thuisarts.nl/tetanus/ik-wil-tetanus-voorkomen en gezondheidenwetenschap.be - tetanus

- **Kinkhoest**
  - Kinkhoest kan hevige hoestklachten geven gedurende 2 tot 4 maanden.
  - Kinkhoest is een gevaarlijke ziekte voor zuigelingen. Zij zijn nog onvoldoende gevaccineerd. Daarom worden de mensen in de omgeving van hoogzwangeren en zuigelingen ook gevaccineerd.
  - thuisarts.nl/kinkhoest en gezondheidenwetenschap.be - kinkhoest
- **Difterie**
  - Difterie of 'kroep' is een zeldzame, ernstige en besmettelijke ziekte.
  - thuisarts.nl/difterie/ik-wil-meer-weten-over-difterie en gezondheidenwetenschap.be - kroep-difterie

Hartelijke groeten,
@{Gebruiker_voornaam} @{Gebruiker_naam}, huisarts

- www.moetiknaardedokter.be? - kijk eens hier voor je een afpsraak maakt.
- Telefonisch spreekuur: 8.00 - 8.40 & 14.30 - 15.10 uur, tel. 03 650 10 00, keuzetoest 3.
- Klik hier voor een afspraak in de praktijk of via telefoon of video.
- Onze praktijk is Virusveilig / Covid-19.

Bijlage 4 – Praktijk-specifieke uitnodiging BVO DDK

Beste @{Voornamen} @{Naam},

Volgens de informatie in je dossier heb je niet (opnieuw) mee gedaan aan het **Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker** (voor vrouwen & mannen, van 50 t.e.m. 74 jaar). Met het **2-jaarlijks stoelgangonderzoek** kan **dikkedarmkanker** vroegtijdig ontdekt en zelfs voorkomen worden. Je gezondheid is beangrijk, daarom nodigen wij je uit.

Wil je deelnemen?

1. Gebruik het uitnodigingspakket (met de stoelgangstest) van het Bevolkingsonderzoek als je die nog hebt.
   - Je kunt de test eenvoudig thuis doen en versturen in de retouromslag.
2. Of vraag een een nieuw uitnodigingspakket aan:
   - info@bevolkingsonderzoek.be of
   - bel gratis tel. 0800 60 160 (9.00 - 12.00 & 13.00 - 16.00 uur).

3. Of bel ons
    - in het telefonisch spreekuur, 8.00 - 8.40 & 14.30 - 15.10 uur, tel. 03 650 10 00, keuzetoets 3.
    - of klik hier om een afspraak te maken, voor een telefonische consultatie of bel daarvoor met de assistente, 8.00 - 12.00 uur, tel. 03 650 10 00, keuzetoets 2.
    - Wij sturen je het aanvraagformulier met de nodige uitleg.

Kostprijs?

- Dit onderzoek is **gratis**.

Wil je niet deelnemen?

- Laat het ons weten: arzu@hupr.org. Dan nodigen wij jou voor dit onderwerp niet meer uit.

Waarom dit onderzoek?

- Dikkedarmkanker is een kwaadaardig gezwel. Het is de 2de meest voorkomende kanker bij vrouwen en de 3de bij mannen.
- Het begint met een poliep en **het ontstaan voel je niet**. Daarom wordt deze kanker vaak laat ontdekt.
- Deze test spoort (verborgen) bloed op in de stoelgang. Als er bloed aanwezig is, heb je 50% kans op goedaardige poliepen en 4% kans op dikkedarmkanker.
- Hoe vroeger dikkedarmkanker ontdekt wordt, hoe groter de kans op genezing. En door het verwijderen van poliepen kun je deze kanker voorkomen.
- Dit onderzoek wordt elke **2 jaar** herhaald.

Meer informatie

- Heb je familieleden met dikke darmkanker? Laat het ons weten. Dan wordt dit onderzoek mogelijk eerder ingezet of vervangen door een coloscopie.
- dikkedarmkanker.bevolkingsonderzoek.be

Hartelijke groeten,
@{Gebruiker_voornaam} @{Gebruiker_naam}, huisarts

- www.moetiknaardedokter.be? - kijk eens hier voor je een afpsraak maakt.
- Telefonisch spreekuur: 8.00 - 8.40 & 14.30 - 15.10 uur, tel. 03 650 10 00, keuzetoest 3.
- Klik hier voor een afspraak in de praktijk of via telefoon of video.
- Onze praktijk is Virusveilig / Covid-19.

Bijlage 5 – Semigestructureerd diepte-interview

Globale vragen: (zelf in te vullen uit EMD)

1. Wat is uw geslacht?
2. Wat is uw leeftijd?
3. Wanneer bent u de laatste keer bij de huisarts geweest?
4. Hoelang bent u al patiënt in deze praktijk?

Vragen over de uitnodiging

5. U kreeg recent een uitnodiging voor een tetanus vaccinatie of voor het bevolkingonderzoek dikkedarmkanker. Waarschijnlijk krijgt u vaker dit soort uitnodigingen van ons. Wat vindt u van deze manier van werken?
6. Had de uitnodiging te veel moeilijke woorden of medische termen?
7. Was de uitnodiging overzichtelijk?
8. Bent u tevreden over de hoeveelheid informatie of wenst u die liever beknopter?
9. Vindt u dat deze uitnodigingen klaar en duidelijk uitleggen waarom dit onderzoek of handeling waardevol kan zijn voor u als patiënt?
10. Vindt u het prettig om deze uitnodigingen te krijgen?

Participatie

11. Bent u ooit al ingegaan op een dergelijke uitnodiging?
    1. waarom wel of waarom (nog) niet?

Medische handeling

12. Vindt u de onderzoeken in de uitnodiging meerwaarde op de gewone consulten?

Satisfactie

13. Vindt u deze uitnodigingen een meerwaarde?
14. Vindt u dat u te veel uitnodigingen krijgt?
15. Ontvangt u liever geen uitnodigingen?
16. Hoeveel uitnodigingen per jaar zou u teveel vinden?

We willen de uitnodigingen aanpassen naar de wens van de patiënten

17. Hoeveel tijd mag er tussen twee dezelfde uitnodigingen zitten?
18. Heeft het u soms gestoord dat u dat u te snel opnieuw dezelfde uitnodiging ontving?
    1. Zo ja: vraag naar interval: hoe snel was dit na elkaar?
19. Wat zou voor u een prettige tussentijd zijn?
    1. Indien ja : Mocht de uitnodiging aanzienlijk beknopter zijn: zou het dan niet te veel zijn?

Systeemanalyse

20. Deze manier van werken brengt voor- en nadelen met zich mee. Wat is voor u een groot voordeel?
21. Wat ziet u als nadeel van deze manier van werken?
22. Wat kan er beter aan deze manier van werken?
23. Op schaal van 0 tot 10, hoe tevreden bent u met dit systeem? Waar 0 gelijk is aan absoluut niet tevreden en 10 heel tevreden? Wat is voor jou van doorslaggevende factor om deze score te geven?
24. Zou u deze manier van werken aanraden aan andere huisartsen?
25. Zou u in de toekomst meer van dergelijke uitnodigingen op uw maat willen ontvangen?
26. Zal u in de toekomst nog ingaan op een dergelijke uitnodiging?
27. Vindt u dat dit systeem zou moeten worden geïmplementeerd door alle huisartsen in België?

Bijlage 6 – 'How to start'

Hieronder voorzien we een protocol/handvaten voor andere huisartsen. Het beschrijft hoe men ons onderzoek kan implementeren in de eigen praktijk.

How To Start?

Voorbereiding

a. KISS

'Keep it small and simple'. Start met één preventieve handeling als proefproject en breidt daarna uit indien alles vlot verloopt. Je kan bijvoorbeeld jouw eerste statistische zoekopdracht maken voor de influenzavaccinatie in november.

b. Wat willen we realiseren? Waarom (voor- en nadelen)? Wie doet wat? Is iedereen mee?

Zorg dat iedereen vanuit het team enthousiast is en op één lijn staat. Met welke preventieve handeling willen jullie starten? Merk je in jouw huisartsenpraktijk een lacune op voor het afnemen van uitstrijkjes en vermoed je een lage participatiegraad, dan kan je hierop je aandacht focussen als eerste uitnodiging.

c. Realiseer dat ploegen en zaaien een voorwaarde is om kunnen oogsten.

Er zijn enkele vereisten om gepersonaliseerde uitnodigingen te kunnen versturen naar jouw patiëntenpopulatie.

Zo is een notitie van het mailadres van jouw patiënt vereist om de uitnodiging te kunnen versturen. Participatie met Helena wordt nóg meer aanbevolen wegens huidige privacy-richtlijnen. Benut hiervoor elk patiëntencontact, met eender welke praktijkmedewerker.

d. Plaatsen van zorgelementen in de planning

Eenmaal je gekozen hebt om op een (of meerdere) preventieve acts te focussen, kan je overgaan naar het invullen van de patiëntenplanning. Voor baarmoederhals-, borstkanker- en colonkankerscreening zijn er automatische zorgaanpakken die in de planning terechtkomen met één klik. Activeer ze door op het driehoekje (rechts achter de tekst) te klikken in het tabblad 'Zorgaanpakken'.

Daarnaast kan je tijdens of na elk contact met een patiënt andere preventieve handelingen noteren in de planning (zoals bvb. controle van de huid op (pre-)maligne letsels).

Je kan er daarnaast voor kiezen dit in groep in elk patiëntendossier te plaatsen aan de hand van de statistiekmodule van CareConnect.

1. **Voorbereiding** - brainstorm en overleg met alle medewerkers in de praktijk:
   a. 'Keep it small and simple'
   b. Wat willen we realiseren? Waarom (voor- en nadelen)? Wie doet wat? Is iedereen mee?
   c. Realiseer dat ploegen en zaaien en een voorwaarde is om kunnen oogsten.

2. Nog geen **e-mailadressen** in je dossiers?
   a. Noteer het e-mailadres (zoals het GSM-nummer) van iedere patiënt.

b. Benut ieder patiëntencontact met iedere praktijkmedewerker.
c. Stel je vraag voor het e-mailadres op je prikbord in de wachtkamer en op je website.

3. **Kies** je items die je in de planning wilt.
   a. Maak een **protocol** met welke items je start.

4. Zet items in je **planning**:
   a. **Dashbord** – waarschuwingen:
      a. De zorgaanpakken Baarmoederhalskankerscreening, Borstkankerscreening en Colorectale kankerscreening staan hier klaar (geslacht en leeftijd specifiek). Activeer ze door op het driehoekje (rechts achter de tekst) te klikken.
      b. Aanmaken **via een groep**? Ga naar statistiek:
         i. Doe dit zorgvuldig! Fouten kun je alleen handmatig achteraf in elk dossier apart corrigeren.
         ii. Vraag hulp aan de helpdesk van CareConnect, doe het (de eerste keren) samen met hen. Maak een (doel)groep aan voor het betreffende items in de planning.
            1. Selecteer 'type', bijv. handeling en vervolgens 'titel', bijv. bloedonderzoek.
            2. Selecteer zoveel als mogelijk uit de keuzelijst, beperk het gebruik van vrije tekst.
            3. 'Extra' = toelichting (voor de artsen en je argumenten om je patiënt te motiveren) te geven
            4. Hoe hou je dit up-to-date, bijv. voor de nieuwe patiënten in je praktijk?
      c. **Handmatig** in de dossiers (die de huisarts en andere praktijkmedewerkers openen).

   b. Hou je protocol (elektronisch) bij de hand en in je achterhoofd. Gebruik de Domus Medica Gezondheidsgids - www.ggids.be en denk in **geslacht en leeftijd**sgroepen:

Tabel 1: leeftijdsgroepen en de preventie, screening en follow-up onderzoeken

man & 25 t/m 49 jaar	vaccinatie: tetanus
vrouw & 25 t/m 49 jaar	uitstrijkje, vaccinatie: tetanus
man & 50 t/m 64 jaar	i-FOBT, vaccinatie: tetanus & griep
vrouw & 50 t/m 64 jaar	mammo, uitstrijkje, i-FOBT, vaccinatie: tetanus & griep
man & > 65 jaar	i-FOBT (t/m 74 jaar), vaccinatie: tetanus, griep & pneumokokken (65 + 70 jaar), screening diabetes (glucose nuchter, jaarlijks)

vrouw & > 65 jaar	mammo (t/m 74 jaar), i-FOBT (t/m 74 jaar), vaccinatie: tetanus, griep & pneumokokken (65 + 70 jaar), screening diabetes (glucose nuchter, jaarlijks)

c. **Individualiseer indien nodig**, enkele voorbeelden
    a. Griepvaccinatie: patiënten > 6 maanden met co-morbiditeit
    b. Cardiovasculair risicomanagement (CVRM)
    c. Doelgroep: de patiënt die medicatie voor (preventie) van hart- en vaatziekten (HVZ) gebruikt:
        i. Bloedonderzoek, jaarlijks
        ii. Albumine-creatinine ratio (ACR), 3-jaarlijks
    d. Opvolging bij specialisten of andere zorgverleners (planning: 'verwijzing')
    e. Leefstijl aanbevelingen
        i. Roken (analoog voor beweging, gewicht, stress, …)

5. Afvinken in de **planning!**

Tabel 2: de verschillende mogelijke statussen in de planning van CareConnect

Licht blauw	Voltooid
Oranje	Gepland
Grijs	Geannuleerd
Rood	Geweigerd
Paars	Uitgesteld
Geel	In uitvoering
Donker blauw	Voorgeschreven

a. Licht blauw = voltooid
    i. Als jij of de specialist iets realiseert **vink het af** = licht blauw
    ii. Iedereen in de praktijk **moet consequent afvinken**. Dit een absolute voorwaarde voor dit project!
    iii. Het springt nu automatisch op de vervolgdatum als een er een herhaling gekozen is.
b. Rood = geweigerd
    i. Patiënt kan weigeren in contact met een zorgverlener in de praktijk of kan dat via e-mail antwoorden op de uitnodiging (die laatste gebeurt zelden).

ii. Vermeld evt. bij Extra de reden.

c. Paars = uitgesteld
   i. Bijv. uitstrijkje, vanwege zwangerschap of borstvoeding.

d. Geel = in uitvoering
   i. Na uitnodiging in een persoonlijke contact of via een uitnodiging, waarbij het nog niet gerealiseerd is.
   ii. Verzend een uitnodiging via de planning. Je krijgt daardoor overzicht wanneer je wat verstuurd hebt.

e. Donker blauw = voorgeschreven
   i. Deze status geeft o.i. verwarring. Het item gaat al direct op nieuwe datum staan. Daarom gebruiken wij status geel en niet donker blauw.

6. Maak een **standaard sjabloon** in je documenten.
   a. Maak het persoonlijk: gebruik voornaam en achternaam van de patiënt.
   b. Groepspraktijk? Gebruik dan de gegevens van de betreffende arts.
   c. Vermeld contactgegevens (en logo).
   d. Denk aan privacy wetgeving.

   Voorbeeld:

Huisartsenpraktijk de Pretlei - www.hupr.org

Beste @{Voornamen} @{Naam},

- ###

Hartelijke groeten,
@{Gebruiker_voornaam} @{Gebruiker_naam}, huisarts

- www.moetiknaardedokter.be? - kijk eens hier voor je een afpsraak maakt.
- Telefonisch spreekuur: 8.00 - 8.40 & 14.30 - 15.10 uur, tel. 03 650 10 00, keuzetoets 3.
- Klik hier voor een afspraak in de praktijk of via telefoon of video.
- Onze praktijk is virusveilig.

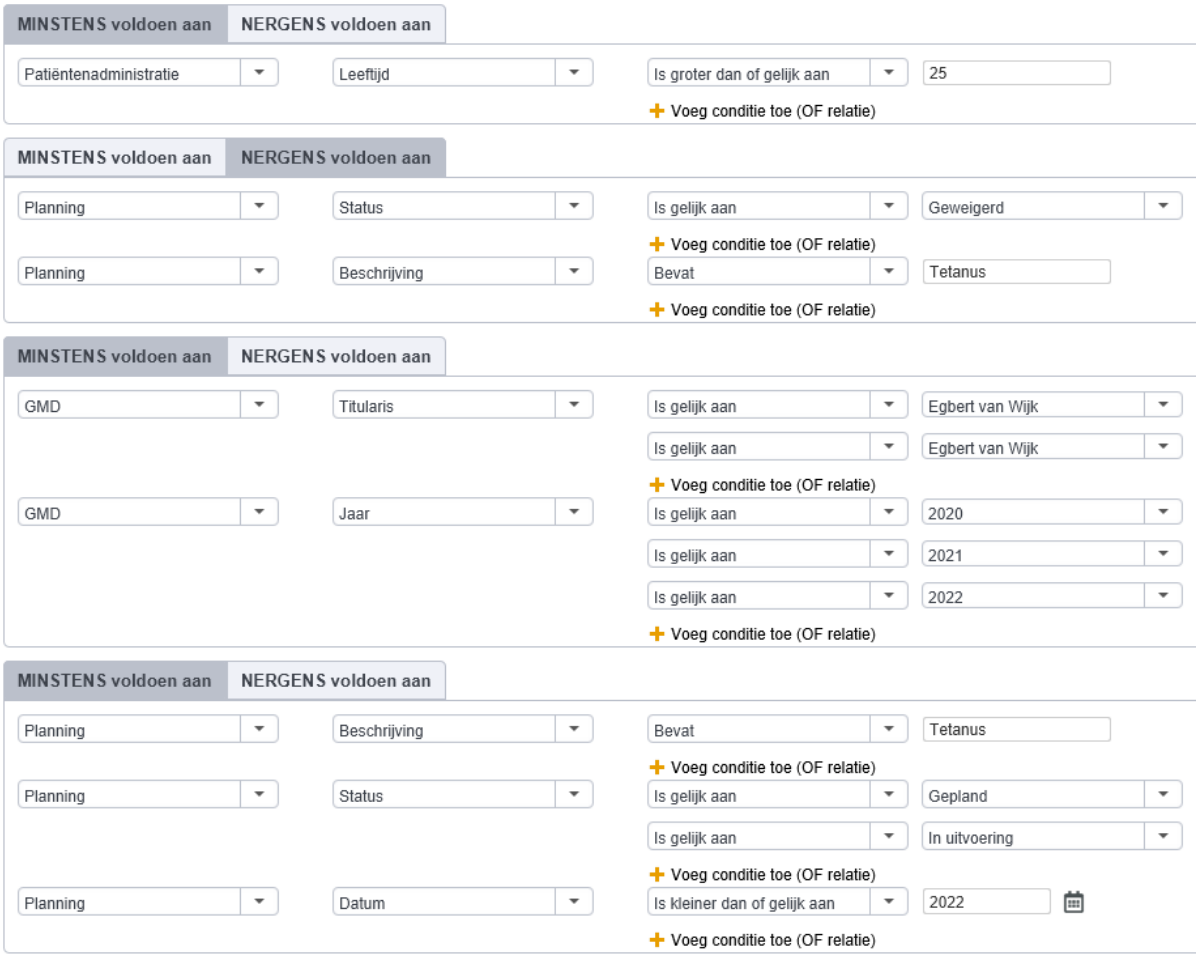
Het is belangrijk dat wij resultaten en uitnodigingen kunnen versturen en dat jij je dossier kunt inzien. Dat kan privacy-veilig met helena.care. Je kunt je aanmelden met itsme of een ID-kaartlezer. Ons privacybeleid - www.hupr.org/privacy.

7. Maak een **uitnodiging**
   a. Kopieer je standaard sjabloon.
   b. Geef het een titel, bijv. 'uitnodiging – vaccinatie tetanus, difterie, kinkhoest (1 injectie)'. De titel in je document = het onderwerp van de e-mail, die je patiënt ontvangt. Omschrijf je titel zodanig dat je het document op het gewenste trefwoord gemakkelijk kunt terug vinden.
   c. Maak de inhoud van je uitnodiging.

   Voorbeeld cfr. bijlage 1.

8. **Versturen** van uitnodigingen in groep
   a. Zie onder 4 b. in dit hoofdstuk. Maak een groep aan op de volgende manier.

Wij geven hier het voorbeeld van tetanus, maar dit kan geëxtrapoleerd worden voor elke preventieve handeling.



Figuur 1 Statistische zoekopdracht in CareConnect. Enkele belangrijke onderdelen: (1) zorg dat je enkel actieve GMD-patiënten includeert, (2) neem de juiste deelpopulatie, in dit specifieke geval worden enkel patiënten ouder dan 25 jaar uitgenodigd voor de herhalingsvaccinatie van tetanus, difterie en pertussis, (3) zorg dat patiënten die een tetanusvaccinatie weigeren, uit de zoekterm worden gefilterd, en (4) zorg dat enkel patiënten geïncludeerd worden die een tetanusvaccinatie nodig hebben dit jaar, of reeds eerder.

b. Eenmaal je een selectie hebt gemaakt, kan je via het aanklikken van 'Zend uitnodiging' een uitnodigingsbrief versturen naar alle geselecteerde patiënten.



Figuur 2 Eenmaal je een selectie hebt gemaakt, kan je via het aanklikken van 'Zend uitnodiging' een uitnodigingsbrief versturen naar alle geselecteerde patiënten.

c. Maak een protocol wanneer je welke uitnodiging en in welke frequentie verstuurd en wie dat doet. Tip: zorg dan voor voldoende voorraad, bijv. tetanus vaccinaties.
d. Als je niet consequent afvinkt (zie 5.) krijgen patiënten uitnodigingen voor zaken die al gerealiseerd zijn. Gênant.

9. **Versturen** van uitnodigingen in groep
    a. Volg je planning op via dashbord of door consequent naar planning te gaan.
    b. Een handmatige uitnodiging versturen vanuit de planning.
        1. Gebruik de knop 'Verzend brief'.
        2. Je krijgt daardoor overzicht wanneer je wat verstuurd hebt.
        3. Je kunt dan de afweging maken:
            1. Stuur ik voor deze patiënt, voor dit item een 2de of 3de uitnodiging?
            2. En zo ja, met welk interval?
            3. Hier missen we de technische mogelijkheid om met vertraging te versturen. CareConnect heeft ook gemeld dit niet te zullen implementeren.

10. Succes met de implementatie!

Bijlage 7 – Goedkeuring Ethisch comité

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

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

Dr. B. Michiels

UA
Huisartsgeneeskunde

Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Peter Michielsen

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Effect van gepersonaliseerde uitnodigingen voor preventie, screening en opvolging, op patiëntentevredenheid, participatie en praktijkvoering (ManaMa HA geneeskunde Faelens Gianni - Verhulst Valerie)

Belgisch Registratienummer: B3002020000296

datum	ons kenmerk	contactpersoon
4/01/2021	20/49/652	Secretariaat Ethisch Comité ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 4/01/2021.

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

- CV onderzoeker
  Dr. Verhulst Valerie, dr. Gianni Faelens
- Informatie- en toestemmingsformulier NL dd. 24/11/2020
  Versie 1.0
- Protocol aangepaste versie dd. 22/12/2020
  Versie 2.0
- Diverse
  Format uitnodigingsbrief vaccins versie dd. 24/11/2020
  Format uitnodigingsbrief algemeen versie dd. 24/11/2020

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

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 20/49/652

Universiteit Antwerpen

datum	ons kenmerk	contactpersoon
4/01/2021	20/49/652	Secretariaat Ethisch Comité ethisch.comite@uza.be

Deze goedkeuring is geldig tot een jaar na bovenvermelde datum. Wij verzoeken u ons te melden wanneer de eerste deelnemer werd geïncludeerd, wanneer en waarom de studie (vroegtijdig) werd stopgezet of nooit werd opgestart.
Indien de studie nog loopt na een jaar verwachten we een follow-up rapport waarin eventuele voorvallen worden gemeld.
Tot slot wijzen we er op dat voor in het UZA lopende studies de ernstige ongewenste voorvallen dienen gerapporteerd via het incidentenmeldingssysteem.

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Michielsen
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk
Dr. V. Verhulst, Universiteit Antwerpen - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk
Dr. G. Faelens, Universiteit Antwerpen - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk

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

Vervolg blz. 3 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 20/49/652

datum
4/01/2021

ons kenmerk
20/49/652

contactpersoon
Secretariaat Ethisch Comité
ethisch.comite@uza.be

Samenstelling Ethisch Comité sinds 1/11/2020.
Deze studie werd besproken op vergadering van 4/01/2021.

	Functie	M/V	Aanwezig
Voorzitter			
MICHIELSEN Peter	Voorzitter/Gastro-enteroloog	M	+
Ondervoorzitter			
CRAS Patrick	Ondervoorzitter/Neuroloog	M	+
IEVEN Greet	Ondervoorzitter/Klinisch Bioloog	F	+
Leden EC UZA			
BLAUMEISER Bettina	Medisch geneticus	F	+
DE BAETSELIER Elyne	Verpleegkundige	F	+
FIERENS Lina	Verpleegkundige	F	+
HENS Kristien	Ethicus	F	-
KWAKKEL-VAN ERP Hanneke	Pneumoloog	F	+
MICHIELS Barbara	Huisarts	F	+
PAELINCK Bernard	Cardiochirurg	M	-
SCHOETERS Veerle	Verpleegkundige	F	-
VAN DE WIELE Miranda	Patiëntenbegeleiding	F	-
VAN DEN BRANDE Jan	Oncoloog	M	+
VAN DEN EEDE Filip	Psychiater	M	+
VAN DYCK Pieter	Radioloog	M	+
VAN PRAAG Dominique	Psychologe	F	-
VANSWEEVELT Thierry	Jurist	M	-
VERLOOY Joris	Pediater	M	-
WYERS Griet	Apotheker	F	-
Toegevoegde leden UA			
BORTIER Hilde	Arts, emerita hoogleraar UA	F	+
DE MEESTER Ingrid	Farmacoloog / Onderzoeker UA	F	+
GRANAAS Kristina	Medewerkster Dep. Onderzoek	F	-
Uitgenodigde Experten			
IDES Kris	Kinesitherapeut	M	-
LUYTEN Leon	Arts in het beheer van gezondheidsgegevens	M	-
MICHIELSENS Inge	Jurist	F	-
MOONS Pieter	Coördinator bio- en weefselbank	M	+
POSSEL Michael	Gezonde vrijwilliger	M	-
VAN DE WILDEBERGH Daphné	Jurist	F	+
VAN HONSTE Guy	Patiëntenvertegenwoordiger	M	+
VANDERMOTTEN Yves	Gezonde vrijwilliger	M	-

The Ethics Committee states that no individual member of the Ethics Committee who may have an affiliation with the study or sponsor, has voted in the deliberations for this trial.
The Ethics Committee states that it is organised and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, an their own written operating procedures.

Naslagwerk masterproef
Persoonlijke evolutie

Effect van gepersonaliseerde uitnodigingen voor preventie, screening en opvolging op de patiëntentevredenheid, participatie en praktijkvoering

dr. Valerie Verhulst, universiteit Leuven
In samenwerking met dr. Gianni Faelens, universiteit Antwerpen
Promotor: dr. Barbara Michiels PhD., universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2019 – 2022

Het maken van de masterproef was een bijzonder avontuur.
Ik heb het samen met een collega HAIO gedaan en achteraf gezien zou ik het niet opnieuw doen. Ik naar mijn aanvoelen een 'verkeerde' beslissing genomen om mee in het onderwerp van mijn eerste PO te stappen. Toen hij voorstelde om een praktijkverbeterend project te doen in zijn praktijk, had ik eigenlijk reeds een idee waarover ik een thesis wou schrijven, een onderwerp waar naar mijn idee nog veel te weinig over geweten is bij artsen in het algemeen; autisme bij vrouwen.
Wegens het enthousiasme van mijn toenmalige PO heb ik toch de beslissing genomen om het project uit te voeren, samen met de HAIO die na mij in de praktijk zou komen staan. De thesis zou uit 2 delen ontstaan, waar we beide een deel van zouden opnemen. Uiteindelijk zijn de delen in elkaar overgelopen en hebben we beide aan elk van de delen gewerkt. Het is niet evident om aan een praktijkverbeterend project te werken als je zelf nog niet of niet meer in de praktijk werkzaam bent.
Tijdens de uitvoering, voelde ik onvoldoende vrijheid vanuit de PO om 'onze stempel' op de thesis te drukken. Via verschillende gesprekken met onze promotor, zijn we uiteindelijk elkaar tegemoet gekomen maar het was een enorm intense periode. Van september 2021 tot en met januari 2022 ben ik in ziekte geweest waardoor mijn energie op een laag niveau stond. Het was moeilijker dan gedacht om aandachtig met de thesis bezig te zijn. Gelukkig hadden we reeds een groot stuk achter de rug wat betreft het onderzoek en ik ben dankbaar dat we het uiteindelijk tot een mooi einde gebracht hebben.
Het eerste anderhalf jaar stond ik in de praktijk waar het project uitgevoerd werd, de volgende anderhalf jaar mijn collega HAIO. Aanvankelijk dachten we om het project zowel in de praktijk waar we beide zouden staan als in de praktijk waar mijn collega zijn eerste anderhalf jaar deed uit te voeren en een vergelijking te maken. Gedurende het proces merkten we dat het al een redelijk groot werk was om het in één praktijk op poten te zetten dus beslisten we om de vergelijking niet te maken. Bijkomende redenen waarom we de vergelijking niet gemaakt hebben, zijn dat er in de andere praktijk een ander EMD gebruikt werd en dat een deel van het werk er uitgevoerd zou moeten worden als mijn collega er niet meer werkzaam zou zijn, wat praktisch niet haalbaar was. Wel zou het interessant zijn om een volgende thesis hieraan te wijden.
In het aantal onderwerpen waarover we een uitnodiging wilden versturen werd geknipt aangezien het anders teveel informatie zou worden, zowel voor de patiënten als voor ons. We bereikten snel een akkoord welke twee onderwerpen we zouden gebruiken.

De literatuurstudie omtrent de onderwerpen en hoe een agogisch verantwoorde uitnodiging opstellen en het maken van de uitnodigingen nam ik op mij, de literatuurstudie over het semigestructureerde diepte-interview en de vragenlijsten nam mijn collega voor zijn rekening.
Toen we de uitnodigingen wilden versturen ondervonden we moeilijkheiden wegens onenigheid tussen onze PO en onszelf. We hebben erg veel tijd besteed/'verloren' aan het telkens opnieuw opstellen van de uitnodigingen. Met ondersteuning van onze promotor zijn we tot een aanvaardbare uitnodiging gekomen. De oorspronkelijke uitnodigingen hebben we toegevoegd als bijlage in onze thesis. Ergens vind ik het een gemiste kans om de op literatuur gebaseerde uitnodigingen niet gebruikt te hebben aangezien dit één van onze onderzoeksvragen was. De praktijk-specifieke uitnodigingen bevatten uiteraard ook elementen die gebaseerd zijn op de literatuur.
Aangezien mijn collega ondertussen in de praktijk werkzaam was, nam hij de interviews af bij zowel de patiënten als de PO. De analyse hiervan werd door ons beiden uitgevoerd.
Het schriftelijke gedeelde gebeurde gezamenlijk, ieder schreef het deel van de literatuurstudie, de rest gebeurde in onderling overleg.
Het maken van de Powerpoint nam ik voor mijn rekening.

Tijdens het onderzoek ben ik op interne knelpunten gebotst. Ik vond het niet gemakkelijk om deels 'afhankelijk' te zijn van een medeauteur. Van mezelf weet ik dat ik gestructureerd en perfectionistisch ben en ik mag niet verwachten dat anderen dezelfde manier van werken hebben. Met de hulp van mijn auticoach heb ik geleerd om er beter mee om te gaan en om meer innerlijke rust te creëren.

Ondanks de benoemde woelige momenten tijdens het proces, ben ik zeer tevreden met wat we bereikt hebben met onze thesis. Ik denk dat het een mooie opstap is naar de meer gepersonaliseerde geneeskunde. Dit is één van de vele mogelijkheden van het EMD. Deze manier van werken is niet enkel toepasbaar op het preventieve luik. Via het protocol 'How to start' kan je met je patiëntenpopulatie ook over andere zaken communiceren. Ik werk nu in een Wijkgezondheidscentrum, wat een heel andere populatie is in vergelijking met de praktijk waar het onderzoek plaatsvond. We hebben essentiële kenmerken beschreven zoals het gebruik van Helena/digitale mogelijkheden en in het WGC heeft niet iedereen toegang tot een computer/internet. Ik kijk er naar uit om uit te zoeken op welke manier we dergelijke project, op een aangepaste manier, uiteindelijk wel kunnen implementeren in het WGC.