ACTIEF AANBIEDEN VAN EEN PREVENTIECONSULT, ONDER DE VORM VAN GMD PLUS

Dr. Kavalevich Nadzeya, UGent.

Promotor: Prof. Dr. Sara Willems, UGent.

Co-promotor: Dr. Diego Schrans, UGent.

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde 2012-13

1. ABSTRACT

1.1. Context

Door de invoering van het GMD Plus heeft de huisarts een vragenlijst die kan gebruikt worden om een individueel preventieplan op te maken voor een patiënt.

Om het individueel preventieplan voor zoveel mogelijk patiënten uit te werken, is het actief aanbieden van een preventieconsult een mogelijke stap.

1.2. Onderzoeksvragen

Het uiteindelijk doel van deze MANAMA is op de volgende vragen een antwoord te vinden:

1. Hoeveel patiënten nemen contact op met de onderzoeker om deze preventieve vragenlijst te overlopen en te bespreken?
2. Is de meegestuurde vragenlijst een barrière of een stimulans om in te gaan op uitnodiging naar een preventieconsult?
3. Welke barrière is er bij de patiënten die een eerste oproep niet hebben beantwoord, en die wel reageren op een tweede schriftelijke oproep?

1.3. Methode (literatuur & registratiewijze)

Verscheidene grote richtlijndatabanken werden gescreend.

De meest interessante informatie werd gevonden in de Gezondheidsgids 2011 van Domus Medica en via een zoektocht in de databank van Medline.

Algemene methode: patiënten bevragen door middel van een vragenlijst van de Gezondheidsgids 2012 van Domus Medica.

1.4. Soort onderzoek

Prospectief observationeel onderzoek.

Verzamelen van patiëntengegevens, die klinische standaardgegevens zijn.

Er werden statistische analyses uitgevoerd (chi-kwadraattest; bepalen van statistisch significant verschil of $p < 0.05$).

1.5. Onderzoekspopulatie

De leeftijd van de populatie is dezelfde als deze die bedoeld wordt door het GMD Plus dossier, namelijk mensen tussen 45 en 75 jaar oud, die een GMD hebben in de huisartspraktijk.

Aantal: 200 patiënten, die bij toeval worden geselecteerd.

Voorwaarden:
1. een GMD hebben bij de huisartspraktijk
2. leeftijd tussen 45-75 jaar

Inclusiecriteria

200 willekeurig door de huisarts- praktijkopleider geselecteerde patiënten, die een GMD hebben in de huisartspraktijk van dr. Van de Velde Dirk, en behorend tot de leeftijdsgroep van 45 tot 75 jaar. Zowel mannen als vrouwen.

Exclusiecriteria

Mensen die sinds april 2011 al een vragenlijst in het kader van GMD Plus hebben ingevuld. Dit is een zeer beperkt aantal, namelijk 22 personen.

Directe familie van de huisarts, omdat de kans op een niet neutrale houding ten opzichte van de uitnodigingsbrief groter is.

1.6. Proces van het onderzoek:

Onderzoeksopzet: er wordt een oproepingsbrief opgesteld; 200 willekeurig geselecteerde patiënten worden ingedeeld in 2 groepen:

Groep a: 100 personen krijgen een oproepingsbrief met de preventievragenlijst van Domus Medica. Er wordt in het schrijven gevraagd om de vragenlijst in te vullen, en dan Dr. Nadzeya Kavalevich te contacteren voor het overlopen van deze vragenlijst, én het aanvullen van de gegevens, om een individueel preventieplan op te stellen.

Groep b: 100 personen krijgen een oproepingsbrief zonder preventievragenlijst met de vraag om telefonisch een afspraak te maken met Dr. Nadzeya Kavalevich, om samen die lijst in te vullen.

Drie maanden na het versturen van de eerste oproepingsbrief wordt er een tweede oproepingsbrief gestuurd naar de patiënten, die niet hebben gereageerd op het eerste schrijven. Zes maanden na de start van het onderzoek wordt de onderzoeksfase gestopt.

1.7. Onderzoeksmiddelen

- Schriftelijke uitnodigingsbrief.
- Gesprek met de patiënt over de inhoud van de vragenlijst.
- Gesprek met de patiënten, die pas reageren op een tweede oproepingsbrief, om na te gaan welke barrière ze hebben ondervonden bij de eerste schriftelijke uitnodiging.
- Literatuurgegevens over oproep tot preventieve onderzoeken.

1.8. Resultaten

1.8.1. Resultaten van de eerste oproep:

200 mensen werden schriftelijk uitgenodigd.

100 mensen kregen een brief en een GMD Plus vragenlijst.

100 mensen kregen een brief zonder GMD Plus vragenlijst.

Bij de eerste oproep in juni 2012 is de responsgraad 117 op 200. (= 58,5%.)

57 mensen die een brief kregen met preventievragenlijst.

60 mensen die een brief kregen zonder preventievragenlijst.

In de groep 'Omnio'patiënten is de respons iets lager, namelijk 50%.

1.8.2. Resultaten van de tweede oproep:

De tweede oproep, uitsluitend onder de vorm van een brief met GMD Plus vragenlijst, werd gestuurd naar 83 personen. Slechts 15 mensen hebben deze tweede oproep beantwoord. De responsgraad is 18%.

1.8.3. Resultaten na twee oproepen:

De totale responsgraad op de twee oproepen samen is 66%.

1.9. Conclusies

1.9.1. Hoe wordt een actieve, schriftelijke oproep tot preventieconsult beantwoord door de bedoelde populatie?

De schriftelijke oproep blijkt een goede manier te zijn om de patiënten te informeren en te motiveren voor een preventieconsult. De totale responsgraad is 132 op 200 mensen of 66%.
Dit is een hoge responsgraad.

1.9.2. Hoeveel mensen, die niet reageerden op een eerste schriftelijke oproep, hebben een tweede oproep wel beantwoord?

De responsgraad op de tweede oproep is laag: 18%. De tweede schriftelijke oproep binnen een korte periode van 3 maanden heeft weinig zin, gelet op de lage responsgraad.

1.9.3. Wat is de verklaring van de mensen die antwoordden op de tweede oproep voor het feit dat zij niet hebben gereageerd op de eerste oproep?

Bijna de helft van de personen was de eerste oproep vergeten. Anderen verklaarden niets te hebben ontvangen, of waren de uitnodiging kwijt, of wilden in eerste instantie niet deelnemen.

Door dit onderzoek wordt preventie nu structureel toegepast in deze huisartspraktijk, met extra aandacht voor de 'omnio' patiënten.

Trefwoorden.

Preventieplan, GMD Plus, preventie, uitnodigingsbrief, responsgraad, huisartsgeneeskunde.

1.INHOUDSTAFEL

1. Abstract 1

2. Inhoudstafel 4

3. Inleiding 6

3.1 Themakeuze 6

3.2 Opzoekmethode voor de literatuurstudie 7

4. Literatuurstudie 8

4.1. Hoe kan ik het best patiënten uitnodigen naar een preventieconsult, en wat zijn de bevorderende factoren voor een hoge responsgraad?

Een uitnodigingsbrief versus een poster of folder in de wachtzaal.

Mondelinge uitnodiging en overhandigen van een brochure

Uitnodigen via brief, overzicht responsgraad studies

4.2 Welke factoren bepalen de respons bij een schriftelijke oproep 10

4.3 Welke factoren bepalen het toepassen van preventie? 11

4.3.1 Zorgverleners weten dat preventie belangrijk is 12

4.3.2 Hoe kan de responsgraad verhoogd worden? 12

4.3.3 Wat is het effect van communicatie op het gedrag van de patiënt?

4.4. Invloed van sociale ongelijkheid op de gezondheidstoestand van het individu 13

5. Onderzoeksmethodiek 16

5.1 Voorbereiding

5.2 Timing

5.3 Bijhouden van de resultaten

5.4 Evaluatie

6. Resultaten 18

6.1 Eerste oproep 18

6.2 Tweede oproep 22

6.3 Responders na twee oproepen 23

6.4 Uitbreiding van het onderzoeksproject 24

7. Discussie 36

7.1. Interpretatie van de cijfers 36

7.2. Positieve resultaten van het onderzoek voor de praktijk 38

7.3. Negatieve resultaten van het onderzoek voor de praktijk 39

8. Besluiten 40
9. Referenties 42

10.Bijlagen 45
1.Verzoek ethisch comité 45
2. Onderzoeksprotocol 47
3. Informed consent 48
4. Toestemmingsformulier 49
5. Eerste oproepingsbrief met GMD Plus formulier 50
6. Eerste oproepingsbrief zonder formulier 51
7. Tweede oproepingsbrief 52
8. Vragenlijst GMD Plus 53

3. INLEIDING

3.1 Themakeuze

Preventie en screening zijn belangrijke taken voor de huisarts.
Op 1 april 2011 werd aan het globaal medisch dossier een preventiemodule toegevoegd, het zogenaamde GMD Plus. Deze module formaliseert het toevoegen van een preventieconsult voor GMD-patiënten tussen 45 en 75 jaar. Patiënten vullen een vragenlijst in met betrekking tot hun gezondheid en op basis daarvan wordt een preventiestrategie voorgesteld *(1).* Met de Gezondheidsgids van Domus Medica werd nagegaan hoe dit in zijn werk ging in de huisartspraktijk waarin ik Haio ben. Zo werd vastgesteld dat er slechts sporadisch vragenlijsten van de Gezondheidsgids worden ingevuld en er bestaan zeer weinig GMD Plus dossiers in deze praktijk.

Ik ben Haio in een moderne drukke solopraktijk. Er zijn ongeveer 1200 GMD dossiers, maar er zijn bijna geen GMD Plus dossiers geopend. De omstandigheden zijn dus gunstig om te kijken hoe de actieve uitnodiging voor het individueel preventieplan hier kan verlopen en welke barrières er zijn.
Het interesseert me ook hoe de patiënten in onze huisartsenpraktijk zelf reageren op een schriftelijk uitnodiging voor een preventief consult.

De motivatie van de themakeuze is uitstekend verwoord in het artikel “Op de grens tussen cure en care” (2005): “*Als huisarts worden we dagelijks geconfronteerd met vragen van patiënten over voedingsadvies, dieetbegeleiding, rookstop, lichaamsbeweging en dergelijke meer. Hiermee drukken zij de wens uit om zo gezond mogelijk te leven.*
Vanuit zijn kennis en ervaring ziet de arts bepaalde risico’s waaraan individuele of groepen van patiënten zich blootstellen.
Vanuit de vertrouwensrelatie die we met hen hebben, laten ze ons overigens meestal toe hen aan te spreken over persoonlijke of globale gezondheidsrisico’s” (2).

Het onderwerp werd samen met de praktijkopleider gekozen om na te kijken hoe de schriftelijke oproep tot een preventieconsult wordt geaccepteerd door de patiënten in onze drukke solopraktijk**.**

3.2 Opzoekmethode voor de literatuurstudie.

3.2.1 Medline search

Ik deed Medline search via Cebam. Volgende PICO werd gebruikt:

P (alle patiënten tussen 45 en 75jaar),

I (schriftelijke uitnodiging voor preventieconsult),

C (mondeling uitnodiging door de huisarts, folders),

O (responsgraad).

Ik deed een zoektocht tot 30 maart 2012. Alle abstracten werden overlopen en beoordeeld op mogelijke relevantie voor de vraag. Er werd geen restrictie gebruikt, maar er zijn wel aanvullende onderzoeken gezocht en gevonden uit de maatschappelijke wereld, aangezien mijn onderwerp het puur medische overschrijdt.

3.2.2 Zoektocht in de belangrijkste richtlijndatabanken

Er werd ook informatie gezocht over richtlijnen bij Domus Medica, bij het Nederlandse Huisartsengenootschap (NHG) en bij het Centraal Begeleidingsorgaan (CBO). Domus Medica bracht een nieuwe handleiding voor preventie in de huisartspraktijk -de Gezondheidsgids 2011. Deze Gezondheidsgids is wetenschappelijk onderbouwd.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft sinds maart 2011 een eigen 'NHG health check': "Het preventieconsult module cardiometabool risico". Het preventieconsult vertrekt vanuit een vragenlijst die actief wordt aangeboden aan alle volwassenen die nog niet worden behandeld voor hypertensie, hypercholesterolemie of diabetes mellitus, om de patiënten met een hoog risico op hart en vaatziekten te identificeren *(3)(4).*

3.2.3 Cochrane library search

Zoektocht met het sleutelwoord 'schriftelijke oproep tot preventieconsult'.

3.2.4 Webresearch via Google

Via Google heb ik gezocht naar reviews, met als trefwoorden "preventie/ prevention" en zo vond ik interessante links naar wetenschappelijke tijdschriften en publicaties. Dankzij deze reviews konden ook de eerder gevonden publicaties beter in hun context gebracht worden.

4. LITERATUURSTUDIE

4.1. Hoe kan ik het best patiënten uitnodigen naar een preventieconsult, en wat zijn de bevorderende factoren voor een hoge responsgraad?

Verschillende onderzoeken gingen na hoe patiënten worden uitgenodigd voor een consult, en wat de responsgraad was. De uitnodigingen verliepen ofwel via poster of folder, of mondeling, of schriftelijk of gecombineerd. Sommige onderzoeken vergeleken de responsgraad van verschillende uitnodigingsvormen.

Een uitnodigingsbrief versus een poster of folder in de wachtzaal.

Het Nederlands onderzoek over een preventieconsult noteerde een respons van 33% indien een uitnodigingsbrief werd gestuurd en een respons van 1% indien de patiënten uitsluitend werden opgeroepen via een poster en folders in de wachtzaal.

In dit onderzoek, het Pilot Preventie Consult (CMR), waren de patiënten tussen 45 en 70 jaar oud. Hen werd gevraagd een risicoschatting in te vullen, via internet.

1583 mensen werden 'actief' gevraagd, en ze kregen persoonlijk een uitnodigingsbrief, die ze anoniem konden terugsturen in een al gefrankeerde enveloppe. 8313 personen werden 'passief' uitgenodigd, door folders en een poster in de wachtzaal van de huisarts. Dit onderzoek leert dat het schriftelijk uitnodigen van een patiënt veel efficiënter is dan een uitnodiging via poster of folder in de wachtzaal *(3)-(5).*

Mondelinge uitnodiging en overhandigen van brochure.

Het Familie Screening Project onderzocht hoe de actieve screening van eerstegraadsverwanten van patiënten met een prematuur coronair lijden kan verbeteren. In de studie vraagt men mondeling aan een patiënt, die in het ziekenhuis ligt met een acuut coronair probleem, of een verpleegkundige een infobrochure mag geven aan zijn directe familie. Deze brochure handelt over het familiaal voorkomen van prematuur coronair lijden, en vraagt om de huisarts te contacteren. De tussenkomst van de verpleegkundige heeft succes als het familielid met de brochure naar de huisarts gaat om zich te laten screenen op coronaire risicofactoren. Er was een interventiegroep, met een respons van 63,9% en een controlegroep met een respons van 25% *(6).*

Uitnodiging tijdens consultatie, en tweede oproep via telefoon. In een huisartsenpraktijk werden 100 opeenvolgende patiënten uit de doelgroep, tijdens de consultatie, uitgenodigd om naar een preventieconsult te komen, dit zonder extra motivatie. 26% van de patiënten kwam op preventieconsult. De patiënten die niet reageerden op de uitnodiging kregen een tweede oproep via de telefoon met de vraag alsnog deel te nemen aan een preventieconsultatie.

Op de telefonische uitnodiging gingen 15 mensen in. Dit is 20% van de non- responders op de eerste oproep. Het totaal van deelnemende patiënten, na 2 oproepen, is 43% *(7).*

Uitnodiging via brief

De responsgraad op uitnodigingsbrieven is wisselend. Een overzicht van de literatuur toont studies met een hoge responsgraad en studies met een lage tot zeer lage responsgraad.

Overzicht studies	Responsgraad %	Referentie literatuur
1. Nederland Pilot Preventie Consult CMR		*(3)*
Respons na uitnodigingsbrief	33%	
Respons na oproep via folder of poster in wachtzaal	1%	
2. Familie Screening Project		*(6)*
Brochure waarin gevraagd wordt de huisarts te contacteren		
Interventiegroep	63,9%	
Controlegroep	25%	
3. Preventieconsult middelgroot Nederlands Gezondheidscentrum	75%	*(8)*
4. Schriftelijke uitnodiging naar tweejaarlijkse borstkankerscreening in Oost- en West- Vlaanderen	41,6%	*(9)*
5. Proefonderzoek dikdarmscreening Nederland		*(10)*
Schriftelijke uitnodiging van 20623 personen		
10322 in groep iFOBt	59,6%	
10301 in groep gFOBt	46,9%	
6. Dikdarmscreening in Antwerpen		*(11)*
Uitnodigingsbrief en infobrochure en iFOBt		
Respons na eerste oproep	38,1%	
Respons na tweede oproep	64,3%	
7. Uitnodiging naar een preventieconsult (Dr. Musschoot)		*(12)*
Patiënt wordt aangesproken en krijgt brief	45,8%	
Patiënt wordt niet aangesproken en krijgt brief	22,2%	
8. Schriftelijke uitnodiging naar een preventieconsult		*(13)*

Overzicht studies	Responsgraad %	Referentie literatuur
(Dr. Feys en Dr. Fouvry): 385 patiënten		
Patiënt antwoordt alleen schriftelijk	35%	
Patiënt komt naar het consult	23%	
9. Schriftelijke bevraging van 3296 artsen in Duitsland	34%	*(14)*
10. Schriftelijke bevraging van 1012 Limburgse artsen	38%	*(15)*

4.2. Welke factoren bepalen de respons bij een schriftelijke oproep? Wat leert de niet- medische literatuur?

Een aantal factoren bepalen de respons op een schriftelijke oproep. Het jaarboek van de Nederlandse Vereniging van Marktonderzoekers 1993- 1994 bevat een literatuuroverzicht over schriftelijke enquêtes. Deze literatuurgegevens zijn ook interessant voor de medische wereld.

Volgende factoren hebben een invloed op het responspercentage van schriftelijke enquêtes:

4.2.1. Samenstelling van de onderzoekspopulatie. Mensen uit de middenklasse antwoorden meer dan mensen uit de lagere klassen. Studenten, werknemers en militairen sturen duidelijk meer schriftelijke vragenlijsten terug dan het algemene publiek. Landelijke steekproeven hebben een lagere respons dan lokale steekproeven.

4.2.2 Het onderwerp. Een begeleidende brief met uitleg over het belang voor de respondent geeft een significant hogere respons. Interesse of affiniteit met het onderwerp verhoogt de respons.

4.2.3. Personalisatie. De gepersonaliseerde benadering kan een lagere respons geven omdat de responder anoniem wil blijven.

4.2.4. De begeleidende brief. Een 'appeal' is een beroep dat op de respondent wordt gedaan op basis van een psychologisch motief. De verschillende studies laten wisselende resultaten zien van het effect van de appeals.

4.2.5. Lengte van de vragenlijst. Het aantal pagina's heeft niet of nauwelijks invloed op de responsgraad. Meer dan 10 pagina's geeft wel een negatief effect. Een korte vragenlijst kan de indruk wekken niet belangrijk te zijn, iets dat vooral bij zakelijke respondenten van belang lijkt. Een kleiner aantal vragen leidt wel tot een hogere respons. Een korte tijdsindicatie geeft een hogere respons.

4.2.6. Timing. Het tijdstip van verzending kan de respons beïnvloeden. Onjuiste timing kan leiden tot een lage respons. Er zijn hierover echter weinig studies *(16).*

4.3. Welke factoren bepalen het toepassen van preventie?

Een Duitse studie zocht via gestandaardiseerde interviews bij 16 huisartsen in Berlijn en 16 huisartsen in Hannover naar remmende en bevorderende factoren voor het toepassen van preventie.

Remmende factoren zijn:

Voor de patiënt: behoren tot een lagere sociale klasse, en het gebrek aan ondersteuning en aanmoediging door de onmiddellijke omgeving zijn remmende factoren. De kostprijs van een consult is ook een rem. Op vlak van het invullen van een enquête via internet vreest 24% van de mensen dat dit de privacy schaadt. 21% zegt geen tijd te hebben om een internetvragenlijst in te vullen. En sommige patiënten willen de taal van de uitnodigingsbrieven voor preventieconsult eenvoudiger *(17).*

Voor de arts: de extra tijdsinvestering en het moeten inzetten van extra personeel voor het uitvoeren van een studie is een remmende factor. Ook remmend zijn de te grote focus op acute zorg, het financieel aspect (tijd nodig voor preventie versus honorarium), het tekort aan overtuigingskracht, en een te geringe aandacht voor de preventie van de eigen gezondheid. Bovendien zijn niet alle artsen overtuigd van het nut van preventie bij ouderen *(17).* Een gebrek aan motivatie is ook een remmende factor.

Als de patiënt slecht meewerkt en slecht gemotiveerd is vermindert de motivatie van de arts en de inspanningen die hij doet voor preventie. Artsen blijken, indien ze zelf bevraagd worden, een matige responsgraad te tonen (*14)-(15):*

* In Niedersaksen (Duitsland) werden 3296 artsen bevraagd over hun job voldoening. De responsgraad was 34%. Het onderzoek was aangekondigd in een medisch vakblad. Deelnemers kregen 20 euro, en niet- deelnemers werden tweemaal herinnerd *(14).*
* 1012 Limburgse huisartsen werden in 2000 bevraagd over preventie. De responsgraad was 38% op een schriftelijke vragenlijst, die gestuurd werd zonder herinnering *(15).*

Bevorderende factoren zijn:

Indien de patiënt informatie krijgt via internet of media, dan wordt hij meer vragende partij en is hij beter gemotiveerd. Grijpt de huisarts een crisismoment in de gezondheid van de patiënt aan als start voor (secundaire) preventie, dan verhoogt de bereidheid van de patiënt tot het betalen van een meerkost.

De huisarts is meer gemotiveerd indien er een betere therapietrouw en betere motivatie is bij de patiënt, en als de arts een financiële ondersteuning krijgt voor het preventieve werk *(18).*

4.3.1 Zorgverleners weten dat preventie belangrijk is

76% van de Limburgse huisartsen vindt de preventieve taak belangrijk. 55% van de huisartsen besteedt 10-25 % van hun werktijd aan preventie, en 24% besteedt er nog meer tijd aan *(15).* Artsen vinden het een deel van hun takenpakket om informatie te geven en patiënten te motiveren en hen te steunen om de leefstijl te veranderen. Maar iets meer dan de helft van de artsen vindt zich daarvoor niet bekwaam genoeg. Toch vindt twee derde van de artsen dat ze veel patiënten hebben kunnen helpen hun leefstijl gezonder te maken *(19).*

4.3.2 Hoe kan de responsgraad verhoogd worden?

Huisartsen zijn goed geplaatst om hun patiënten aan te spreken en te motiveren, omdat ze hun patiënten regelmatig zien. In Duitsland ging in 2007 een 45-jarige man gemiddeld zesmaal, en een 45-jarige vrouw achtmaal per jaar naar de huisarts *(17)*. Ook in de huisartspraktijk waar dit manamaproject werd uitgevoerd zag de huisarts een patiënt gemiddeld zes keer per jaar.
(Riziv, profielgegevens voor het jaar 2011).

In een Vlaamse huisartspraktijk werden patiënten, met GMD en die voldoen aan inclusiecriteria, tijdens de consultatie mondeling uitgenodigd naar een preventiegericht consult. Enkele weken later (februari 2008) kregen ze nog een uitnodigingsbrief, met de vraag een telefonische afspraak te maken voor dit extra consult. 51 patiënten kwamen in aanmerking voor het preventieconsult. 24 patiënten werden aangesproken over het preventieconsult. 27 andere werden niet mondeling aangesproken. Beide groepen ontvingen een uitnodigingsbrief. De responsgraad was 45,8% bij de patiënten die werden aangesproken én een brief kregen. Van de patiënten die niet werden aangesproken en wel een brief kregen was de responsgraad 22,2% *(12).*

Een huisarts heeft veel invloed op de deelname van de patiënten aan een screening. Door die screening aan te bevelen en de patiënt regelmatig er aan te herinneren, is de patiënt meer geneigd deel te nemen *(20).* Zo is de aanbeveling van de huisarts de sterkste voorspeller van zowel het initieel aanzetten van vrouwen tot een mammografie, als het in de toekomst trouw blijven participeren aan die screening *(21).* Uit een studie bleek dat de meerderheid van de vrouwen, die niet deelnemen aan de screening, in de voorbije twee jaar geen vaste huisarts had bezocht, en ook geen gesprek hadden gevoerd met hun huisarts over een mammografisch onderzoek. Ze waren door hun arts niet aangespoord om deel te nemen aan een screeningsonderzoek *(22).*

4.3.3. Wat is het effect van communicatie op het gedrag van de patiënt?

Een goede communicatie tussen de arts en patiënt geeft meer voldoening bij de patiënt, en zorgt ook voor een betere medewerking *(23).* Communicatie over persoonlijke risico's van de patiënt blijkt een gering effect te hebben op de toename van screeningtesten, en er is maar een beperkte zekerheid dat die communicatie het geïnformeerd beslissen door patiënten bevordert *(24).*

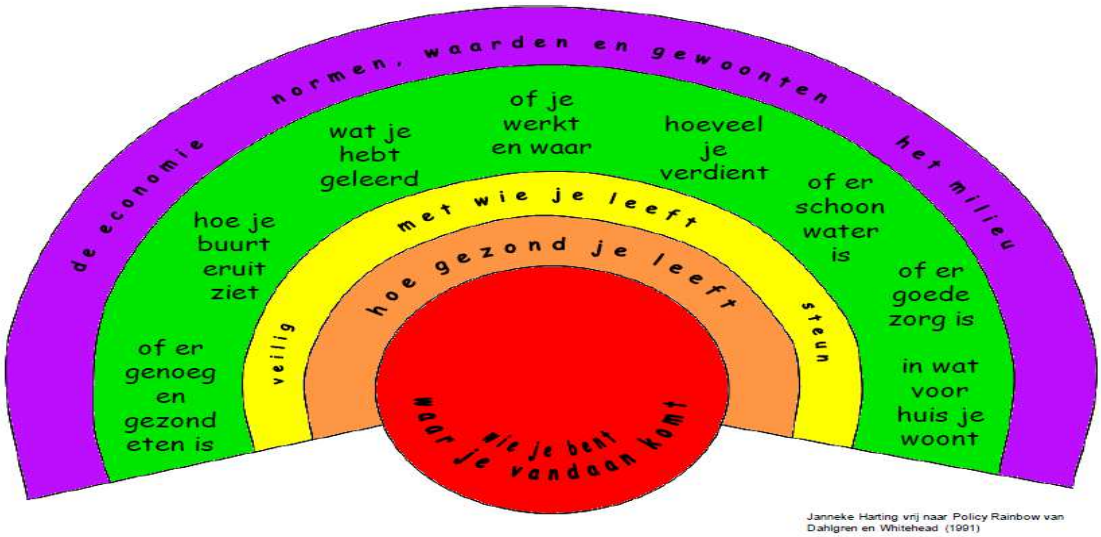
4.4. Invloed van sociale ongelijkheid op een individu

Hoe lager iemand op de sociale ladder staat, hoe meer kans die persoon loopt op ziekte en op een lagere levenskwaliteit of zelfs op vroegtijdig overlijden. Dit is de gezondheidskloof. Beleidsmakers kennen de gezondheidskloof, maar toch bestaat er nog geen gecoördineerd en geïntegreerd beleid. Er worden veel inspanningen gedaan om gezondheid financieel toegankelijk te maken. Maar gezondheid heeft niet enkel te maken met betaalbare gezondheidszorg maar ook met levensstijl, woon- en werkomstandigheden en sociale cohesie. De negatieve invloed bij lagere sociale klassen is niet een louter financiële zaak, volgens Prof. Sara Willems *(25).*

Niet alleen in België, maar ook elders stelde men deze gezondheidskloof vast. In de USA hebben niet- verzekerden meestal een slechtere uitkomst op vlak van gezondheid dan mensen die wel verzekerd zijn *(26).*

Gezondheid is niet uitsluitend een individuele verantwoordelijkheid van de persoon zelf, maar ze wordt door veel meer factoren, de zogenaamde determinanten, beïnvloed.

Whitehead en Dahlgren (1991) ontwikkelden een regenboogmodel dat een overzicht geeft van deze determinanten. Dit regenboogmodel is nog steeds actueel.



Dahlgren en Whitehead (1991) onderscheiden vijf mechanismen:

- de plaats van een persoon op de sociale ladder,
- een hogere blootstelling aan gezondheidsrisico's,
- eenzelfde blootstelling aan gezondheidsrisico's maar met verschillende gevolgen,
- levensloopeffecten,
- verschillen in de sociale en economische gevolgen van ziekten.

Iemand uit een lage sociale klasse komt met meer negatieve factoren van de verschillende niveaus in aanraking dan iemand uit een hogere klasse. Zo heeft hij een minder gezonde levensstijl, woont in een minder gezonde buurt, en werkt op een ongezondere manier *(27).* Mensen uit lagere sociaaleconomische klassen kunnen ook minder rekenen op hun sociaal netwerk *(28).*

In cijfermateriaal ziet de ongelijkheid in gezondheid er indrukwekkend uit.

In België zijn er meer cardiovasculaire aandoeningen in de lage sociale klassen.

Mensen uit de laagste sociale klasse zijn minder preventief beschermd.

In 2006 waren CM-leden uit de laagste sociale klasse 6% minder gevaccineerd dan mensen uit de hoogste sociale klasse. De laagste sociale klasse had 13% minder een uitstrijkje laten uitvoeren dan de referentiepopulatie, en 21% minder dan de hoogste sociale klasse. Bij borstkankerscreening was het verschil 17% tussen de laagste en hoogste klasse *(29).*

Hoe ervaren mensen uit verschillende sociale klassen hun eigen gezondheid?

Het subjectieve gezondheidsgevoel, waarbij men zijn gezondheid als (zeer) goed beoordeelt, is bij de KANS-populatie 45,4% en bij de algemene populatie van 15 tot 64 jaar 84.2%.

(KANS staat voor Kwetsbaarheid Aanpakken in de Samenleving).

In de KANS- populatie lijdt 60,6% aan minstens 1 chronische aandoening; in de algemene populatie is deze 20,4%.

En toch is de toegang tot de huisarts goed, want 93,1% van de KANS- groep consulteerde in de afgelopen zes maanden de huisarts, tegen 78,7% van de algemene populatie.

Het is belangrijk dat de toegang tot de gezondheidszorg laagdrempelig is, want het uitstellen van gezondheidszorg heeft belangrijke gevolgen. Zo is er meer risico op langdurige en ernstige aandoeningen, en er is meer tijd nodig om te herstellen van de behandeling, waardoor er meer medische kosten zijn *(30).*

5. ONDERZOEKSMETHODIEK

5.1 Voorbereiding

5.1.1. Opstellen van de brief

Voor de herkenbaarheid werd geopteerd voor hetzelfde briefhoofd als die van de brieven die gebruikt worden in de huisartspraktijk. De aanspreking is niet gepersonaliseerd. De brief beslaat één A4-pagina, is geschreven in duidelijke taal en is op maat van de doelgroep.

Indienen van het project aan de Commissie Medische Ethiek.

Op 12 april 2012 besliste de Ethische Commissie om mijn onderzoek goed te keuren, mits de volgende aanpassingen: de contactgegevens van de verantwoordelijke onderzoeker moeten vermeld worden op het informed consent.

5.1.2.Selectie van de onderzoekpopulatie.

In maart 2012 werd het aantal patiënten tussen 45 en 75 jaar, met een GMD in de huisartspraktijk, geteld. Er zijn 790 patiënten in het bestand van de solopraktijk, die aan de voorwaarden voldoen. Van de 790 mensen uit de leeftijdsgroep van 45 tot 75 jaar zijn er 510 (68,3%) gewoon verzekerd zijn, en 280 (31,7%) hebben het omniostatuut. Er werden op toevallige wijze 200 personen geselecteerd.

Inclusiecriteria: alle mannen en vrouwen tussen 45 en 75 jaar met GMD in de huisartspraktijk van Dr. Dirk Van de Velde, Eeklo.

Exclusiecriteria: mensen die sinds april 2011 al een vragenlijst in het kader van GMD Plus hebben ingevuld. Dit is een zeer beperkt aantal, namelijk 22 personen. Directe familie van de huisarts, omdat de kans op een niet neutrale houding ten opzichte van de uitnodigingsbrief groter is.

De twee groepen, met en zonder vragenlijst, werden vergeleken om na te gaan of de meegestuurde preventievragenlijst een meerwaarde heeft of een barrière is. Aan al de mensen die niet hebben geantwoord op de eerste uitnodigingsbrief wordt, na 3 maanden, een tweede brief, met vragenlijst opgestuurd. Zij krijgen een tweede kans om zich te melden voor het preventieconsult. De mensen, die op de tweede oproep hebben gereageerd, werden gevraagd waarom ze niet hadden geantwoord op de eerste oproep.

5.2 Timing

oktober- november 2011	Keuze onderwerp
december 2011	Indienen onderwerp
december 2011- maart 2012	Verzamelen eerste literatuurgegevens
maart 2012	Vraag goedkeuring Ethisch Comité
12 april 2012	Goedkeuring Ethisch Comité
4 juni 2012	Eerste schriftelijke oproep 200 personen
4 september 2012	Einde eerste oproep
10 september 2012	Tweede schriftelijke oproep 83 personen
1 december 2012	Einde onderzoeksfase
januari 2013	Verwerken van onderzoeksgegevens
februari – maart 2013	Vergelijking conclusies met andere studies
april 2013	Afwerken Masterproef
1 mei 2013	Indienen Masterproef

5.3 Bijhouden van de resultaten

Verzamelen van de informed consenten en vragenlijsten. Registratie van iedereen die gereageerd heeft op de eerste oproep, en dit in de groepen ' brief met preventievragenlijst' en 'brief zonder preventievragenlijst'. In de groep van mensen die een uitnodigingsbrief met preventievragenlijst kregen, registreren we hoeveel mensen deze vragenlijst volledig hebben ingevuld, en hoeveel mensen moeilijkheden hadden om de vragenlijst in te vullen. Tot slot gaan we na hoeveel mensen de vragenlijst niet hebben ingevuld. Registratie van de tijdsduur van het eerste preventieconsult. Registratie van iedereen die gereageerd heeft op de tweede oproep. Registratie van de reden(en) waarom ze de eerste oproep niet hadden beantwoord.

5.4 Evaluatie

De cijfergegevens en de toepassing van die gegevens in de huisartspraktijk werden achteraf besproken met de praktijkopleider. Doel is na te gaan of de schriftelijke oproep voor een preventieconsult in deze drukke solopraktijk een geschikte manier is om de kwaliteit van preventie te verbeteren.

6. RESULTATEN

Er zijn twee mogelijke reacties op elke schriftelijke oproep:

1. 'Responder': patiënt die heeft gereageerd op de oproep.

2. 'Non- Responder': patiënt die niet gereageerd heeft op de oproep.

6.1 Eerste oproep

200 personen kregen een eerste schriftelijke oproep.

6.1.1 In een eerste stap kijken we na hoe groot de respons is van de 200 mensen die werden uitgenodigd.

Resultaat:

Deze eerste oproep levert een hoog aantal responders op, namelijk 117 op 200 mensen. Dit is 58,5%.

De groep van 200 mensen bestond uit 99 mannen en 101 vrouwen. Dus die oproep was bijna gelijk verdeeld tussen de mannen en de vrouwen. Het aantal responders is bij de mannen 56 op 99, of 56,6%, en bij de vrouwen 61 op 101, of 60,4%.

Het verschil in respons tussen man en vrouw is bijna gelijk in de algemene populatie.

Tabel Eerste oproep, responders volgens geslacht, met en zonder vragenlijst

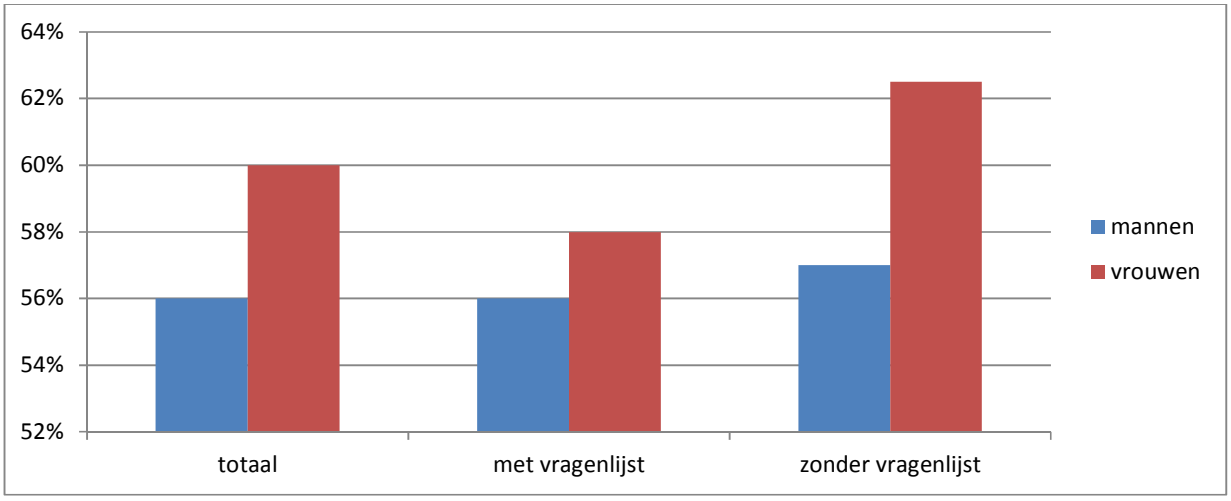
	100 met vragenlijst	100 zonder vragenlijst	Totaal 200
RESPONDERS	57% (57/100)	60% (60/100)	58,5% (117/200)
man	56,4% (31/55)	56,8% (25/44)	56,6% (56/99)
vrouw	57,8% (26/45)	62,5% (35/56)	60,4% (61/101)

Er is geen significant verschil in respons tussen de groepen met en zonder vragenlijst ($p = 0.66$).

Met vragenlijst antwoordt 57% en zonder vragenlijst antwoordt 60%.

De meegezonden vragenlijst is geen barrière en geen stimulans voor de respons op de schriftelijke uitnodiging naar een preventieconsult in de algemene populatie.

De responsgraad is niet afhankelijk van het geslacht, noch bij de personen met vragenlijst ($p=0,88$), noch bij de personen zonder vragenlijst ($p= 0,56$).



Figuur Eerste oproep, % responders volgens geslacht, totaal, met en zonder vragenlijst.

6.1.2. In een tweede stap kijken we na hoe de meegezonden vragenlijst door de mensen vooraf werd voorbereid en ingevuld.

100 mensen kregen een uitnodigingsbrief met een preventievragenlijst. Er waren 57 responders. Zij werden uiteindelijk opgesplitst in 3 groepen:

1) 8 personen, of 14%, hebben de vragenlijst volledig ingevuld, en ze hadden geen vragen over de vragenlijst en ze ondervonden geen moeilijkheden bij het invullen.

2) 17 mensen, of 30%, hebben de vragenlijst niet op voorhand ingevuld, en hebben dit niet nagekeken, en waren van plan om dit samen met de huisarts te doen.

3) 32 mensen, of 56%, hadden veel vragen, en vulden de vragenlijst niet volledig in. Er diende tijdens het preventieconsult bijkomende gegevens in het dossier gezocht worden, zoals de vaccinatiegegevens.

Tabel Hoeveel van de 57 responders hebben de meegezonden preventievragenlijst ingevuld?

Volledig ingevulde vragenlijst	Helemaal niet ingevulde vragenlijst	Onvolledig ingevulde vragenlijst
14% (8/57)	30% (17/57)	56% (32/57)

6.1.3 In een derde stap gaan we na of een vooraf meegestuurde preventievragenlijst tijdbesparend is voor het preventieconsult?

Naar de onderzoekende arts toe is de vragenlijst niet tijdbesparend, omdat die vragenlijst grondig moet overlopen worden met de patiënt, en dat vraagt eenzelfde tijdsbesteding als het samen invullen van de vragenlijst tijdens het eerste preventieconsult. De gemiddelde tijd van een eerste preventieconsult was 20 minuten.

Alleen bij de groep die al zelf de vragenlijst volledig had ingevuld duurde het eerste preventieconsult minder lang, namelijk gemiddeld 3 minuten minder.

Maar dat gaat over een klein aantal: 14%.

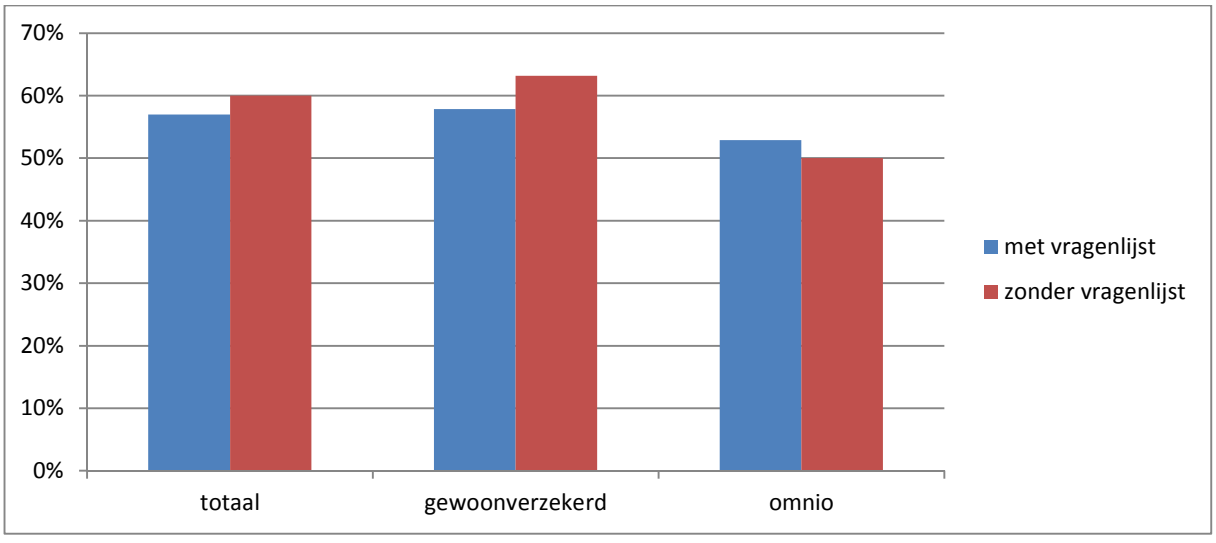
Het voordeel van de preventievragenlijst is dat mensen vooraf navraag konden doen in eigen familie over familiale antecedenten van kanker en cardiovasculaire aandoeningen.

6.1.4 Een vierde stap is het vergelijken van de respons tussen de groep ' gewoon verzekerden' en 'omnio'.

Tabel Eerste oproep, vergelijking respons groep 'gewoon verzekerden' en groep 'omnio'.

	100 met vragenlijst	100 zonder vragenlijst	200 totaal
Gewoon:	57,8% (48/83)	63,2% (51/82)	60% (99/165)
Omnio:	52,9% (9/17)	50% (9/18)	51,4% (18/35)
totaal	57% (57/100)	60% (60/100)	58,5% (117/200)

De responsgraad is niet afhankelijk van de verzekeringsstatus. Dit geldt voor de mensen met vragenlijst (p=0,71) en voor de mensen zonder vragenlijst (p=0.33).

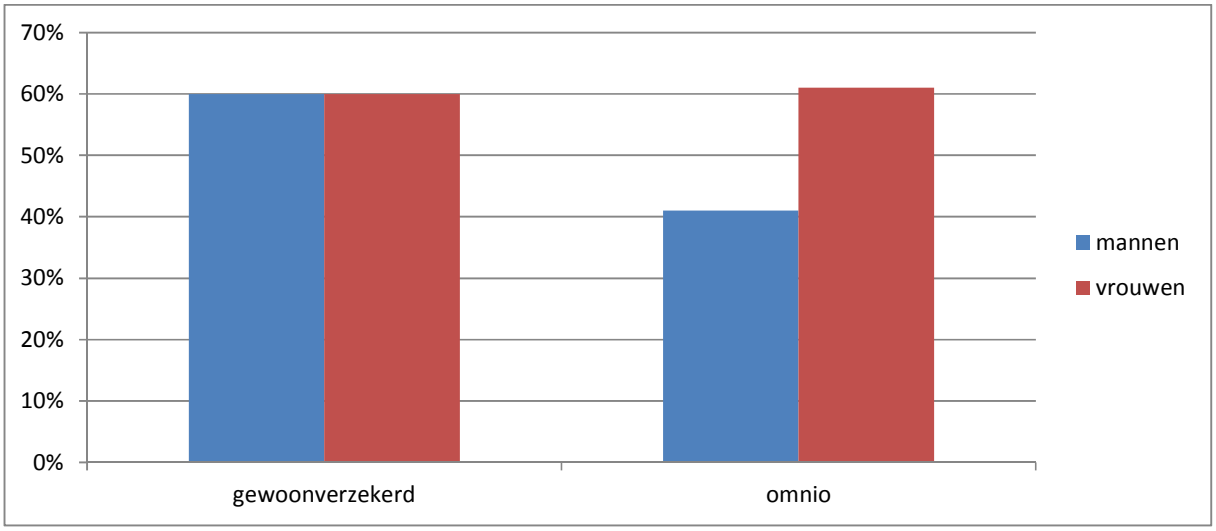


Figuur Eerste oproep, vergelijking respons groep 'gewoon verzekerden' en groep 'omnio'

6.1.5 als vijfde stap onderzoeken we de respons van mannen en vrouwen binnen de groep 'gewoon verzekerden', en binnen de groep 'omnio'.

Tabel Eerste oproep, respons mannen en vrouwen, binnen de groep 'gewoon verzekerd' en 'omnio'

	100 met vragenlijst	100 zonder vragenlijst	200 totaal
Gewoon:	57,8% (48/83)	63,2% (51/82)	60% (99/165)
man	57,8% (26/45)	62,2% (23/37)	59,8% (49/82)
vrouw	57,9% (22/38)	62,2% (28/45)	60,2% (50/83)
Omnio:	52,9% (9/17)	50% (9/18)	51,4% (18/35)
man	50% (5/10)	28,6% (2/7)	41,2% (7/17)
vrouw	57,2% (4/7)	63,6% (7/11)	61,1% (11/18)



Figuur Eerste oproep, respons mannen en vrouwen, binnen de groep 'gewoon verzekerd' en 'omnio'

Conclusies na eerste oproep

De meeste afspraken werden gemaakt binnen de eerste vier weken na de schriftelijke oproep. De meegezonden preventievragenlijst heeft geen meerwaarde voor de respons en deze vragenlijst is geen barrière en geen stimulans voor de respons op de schriftelijke uitnodiging naar een preventieconsult.

Voor de onderzoekende arts was de vragenlijst niet tijdbesparend, omdat die vragenlijst grondig moet overlopen worden met de patiënt, en dat vraagt eenzelfde tijdsbesteding als het samen invullen van de vragenlijst tijdens het eerste preventieconsult.

Het voordeel van de vragenlijst is dat mensen vooraf navraag konden doen in eigen familie over familiale antecedenten van kanker en cardiovasculaire aandoeningen.
Bij de 'gewoon verzekerden' is er geen verschil in respons tussen mannen en vrouwen zowel voor wat betreft de totale respons, als voor de respons in de groep met en zonder vragenlijst.
Bij de 'omnio' is de respons bij de vrouwen het hoogst: 61,1 %. Bij de mannen is dat maar 41,2%. Dus de wat lagere respons in de groep 'omnio' komt vooral door de mannelijke populatie.

6.2. Tweede oproep

6.2.1. Eerste stap

Bij de eerste schriftelijke oproep was de vragenlijst geen barrière, maar ook geen stimulans voor de responsgraad op de uitnodiging naar het preventieconsult. Daarom besloten we om bij een tweede oproep iedereen een uitnodigingsbrief met preventievragenlijst te sturen. Zo konden de patiënten zich voorbereiden en informeren over familiale antecedenten, op vlak van kanker en cardiovasculaire aandoeningen.
We nodigden de 83 non- responders van de eerste oproep uit:
40 vrouwen en 43 mannen.
66 'gewoon verzekerden' en 17 'omnio'.
Op de tweede oproep hebben 15 mensen gereageerd.

6.2.2. Tweede stap is de responsgraad van de tweede oproep vergelijken volgens geslacht en statuut verzekerde

Tabel Tweede oproep, respons volgens geslacht en statuut verzekerde

Totaal aantal responders tweede oproep	18,1% (15 / 83)
man	11,6% (5 / 43)
vrouw	25% (10 / 40)
Statuut	
' gewoon verzekerd'	18,2% (12 / 66)
'omnio'	17,6% (3 / 17)

6.2.3. Derde stap: welke verklaring hebben de responders van de tweede oproep op het feit dat ze de eerste oproep niet hebben beantwoord?

Tabel De aangehaalde verklaringen van de responders van tweede oproep.

Nr.	verklaring	Aantal/%
1.	"ik doe dat niet mee"	2/15 (13,3%)
2.	"ik had niets ontvangen"	2/15 (13,3%)
3.	"ik ben dat vergeten"	7/15 (46,7%)
4.	"geen tijd gehad, te druk"	2/15 (13,3%)
5.	"ik ben dat verloren"	1/15 (6,7%)
6.	"schrik voor geen anonimiteit"	1/15 (6,7%)

Conclusies na de tweede oproep:

De tweede oproep levert een beperkte meerwaarde op, want er zijn slechts 18,1 % responders. 25% van de vrouwen en 11,6% van de mannen reageert op de tweede oproep. De responsgraad van 'gewoon verzekerden' en 'omnio' is gelijk. De meest aangehaalde verklaring op de vraag waarom de eerste oproep niet beantwoord werd, is: "ik ben het vergeten" : 46,7%.

6.3. Responsgraad na twee oproepen.

De eerste oproep had 117 responders. 83 mensen kregen een tweede schriftelijke oproep, en daarvan waren er 15 responders. In totaal, na twee schriftelijke oproepen, hebben 132 mensen van de 200 die werden uitgenodigd positief gereageerd. Er zijn dus 66% responders.

Conclusie na twee oproepen:

68 personen op 200 zijn non- responder na twee oproepen. Dat is 34%. In de groep 'gewoon verzekerden' zijn er 32,7% non- responder (54 op 165 mensen). In de groep 'omnio' is 40% non- responder (14 op 35 mensen).

6.4. Uitbreiding van het onderzoekproject.

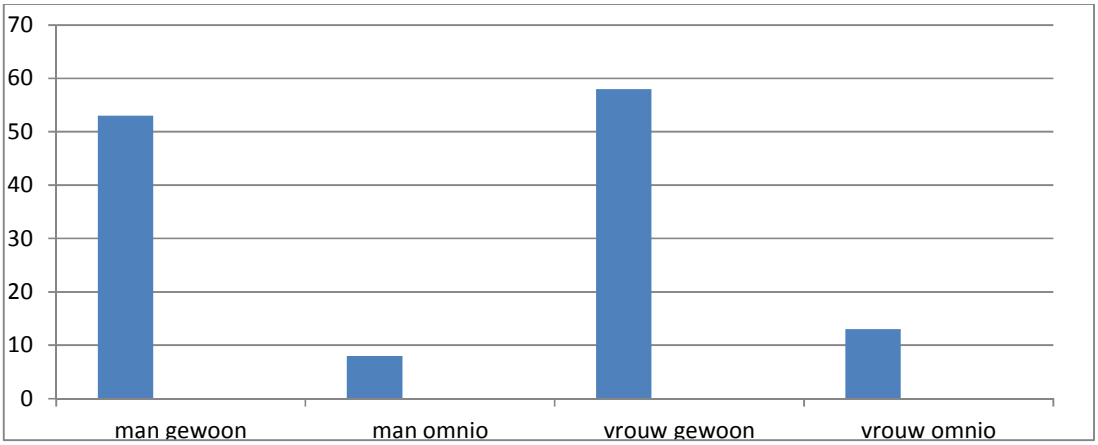
Tijdens het eerste preventieconsult werd, samen met de patiënt, de GMD Plus vragenlijst overlopen en volledig ingevuld. Ik nam ruim de tijd om alle informatie te verzamelen, klinisch onderzoek te doen, en uitleg te geven aan de patiënten. Indien ik vaststelde dat er aanvullende onderzoeken dienden te gebeuren, of als er een vaccinatie diende te worden uitgevoerd, dan werd daarvoor een vervolgafspraak gegeven.

De preventieconsulten leverden een grote hoeveelheid gegevens op en het is nuttig om enkele resultaten uit deze preventieconsulten weer te geven.

132 responders werden onderzocht: 61 mannen en 71 vrouwen.

Bij de mannen zijn er 53 'gewoon verzekerd' en 8 'omnio'.

Bij de vrouwen zijn er 58 'gewoon verzekerd' en 13 'omnio'.



Figuur 132 responders, verdeeld volgens geslacht en verzekeringsstatus.

Onderzoek in de algemene groep, in de groep 'gewoon verzekerd en in de groep 'omnio' naar de volgende parameters:

6.4.1. Gemiddelde leeftijd van de mensen die de oproep tot het preventieconsult hebben beantwoord.

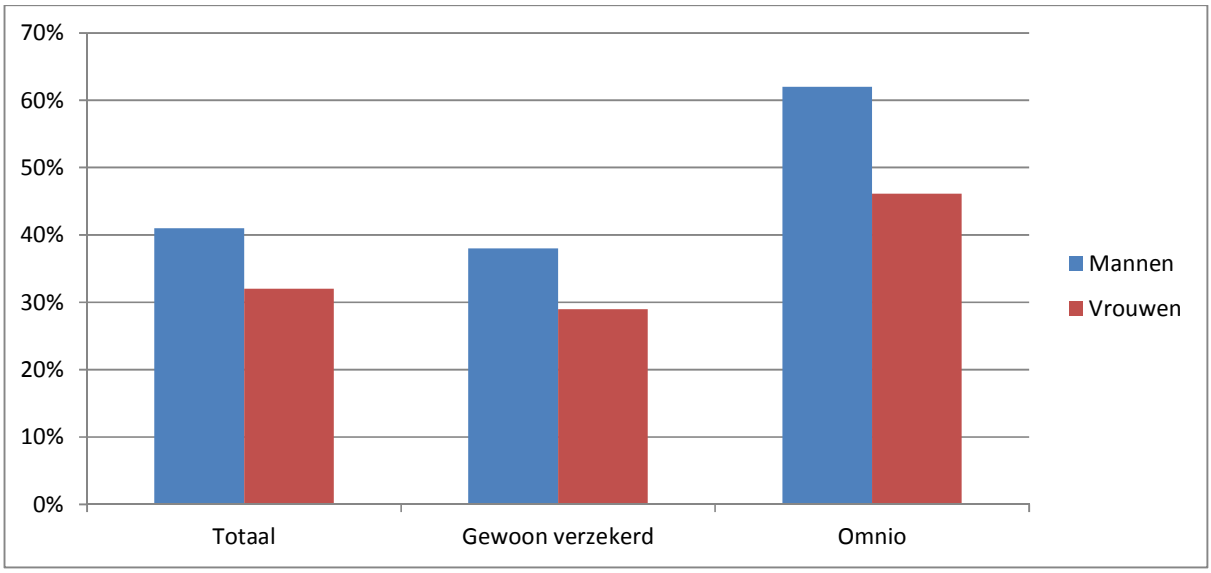
De gemiddelde leeftijd in de algemene populatie is: vrouwen 61jaar en mannen 63 jaar.

6.4.2. Body Mass Index hoger dan 25

Tabel Personen met Body Mass Index hoger dan 25.

Mannen totaal	25/61	40,9%
'gewoon verzekerd'	20/53	37,7%
'omnio '	5/8	62,5%
Vrouwen totaal	23/71	32,3%
'gewoon verzekerd'	17/58	29,3%
'omnio'	6/13	46,1%

Het aantal 'gewoon verzekerden' met BMI>25 verschilt niet significant van het aantal 'omnio' met BMI>25 (p=0,09).



Figuur % personen met BMI hoger dan 25

6.4.3 Voeding en beweging.

6.4.3.a. Voeding

Iedereen beweert voldoende fruit en groenten te eten in de groep 'gewoon verzekerd'. In de groep 'omnio' eten 5 op 21 mensen (23,8%) onvoldoende fruit en groenten.

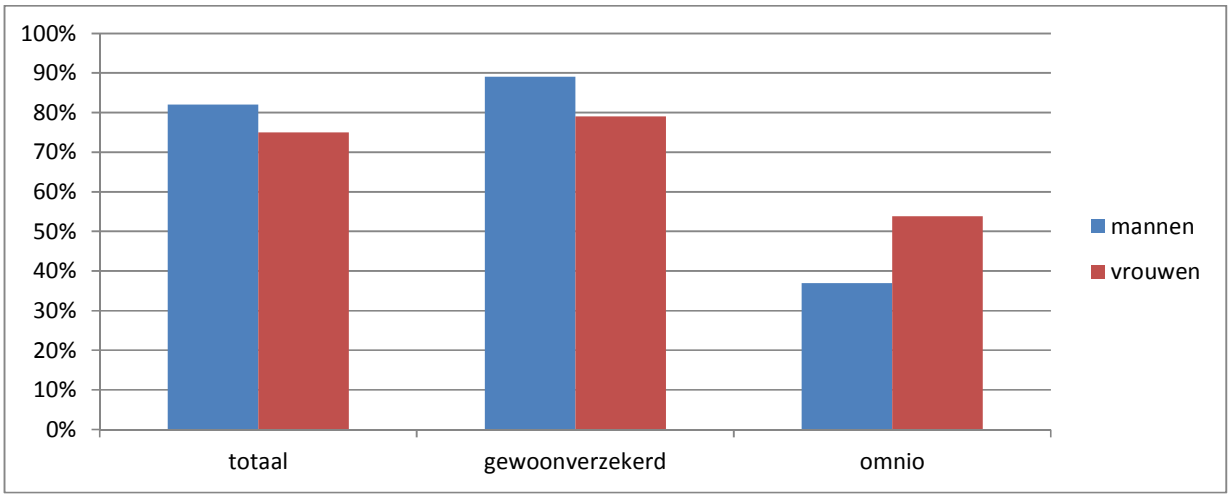
Er zijn significant meer 'gewoon verzekerden' die aangeven voldoende fruit en groenten te eten ($p < 0.05$), in vergelijking met de groep 'omnio'.

6.4.3.b. Beweging

Tabel Personen die voldoende beweging hebben.

Mannen totaal	50/61	81,9%
'gewoon verzekerd'	47/53	88,6%
'omnio'	3/8	37,5%
Vrouwen totaal	53/71	74,6%
'gewoon verzekerd'	46/58	79,3%
'omnio'	7/13	53,8%

Meer mensen in de groep 'gewoon verzekerden' beweren voldoende te bewegen in vergelijking met de groep 'omnio'. Het verschil is bijna significant (p= 0,06).



Figuur Voldoende beweging; % van de mannen en vrouwen uit totale populatie, 'gewoon verzekerden' en 'omnio'.

6.4.4. Rookgedrag

Tabel Rookgedrag van mannen en vrouwen, totaal en 'gewoon verzekerden' en 'omnio'

Mannen totaal	20/61	32,8%
'gewoon verzekerd'	16/53	30,2%
'omnio'	4/8	50%
Vrouwen totaal	12/71	16,9%
'gewoon verzekerd'	8/58	13,8%
'omnio'	4/13	30,8%

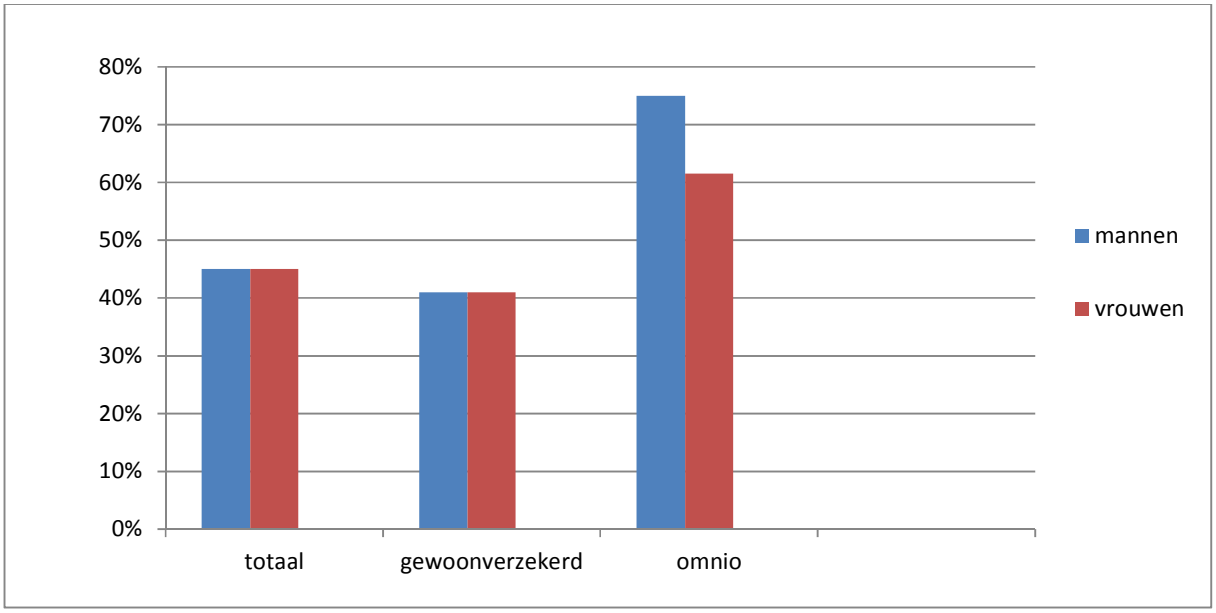
Er is geen significant verschil (p= 0,13) in rookgedrag tussen 'gewoon verzekerden' en 'omnio'.

6.4.5 Hypercholesterolemie (>190 mg/dL).

Tabel Hypercholesterolemie bij mannen en vrouwen, totaal en in groep 'gewoon verzekerden' en 'omnio'

Mannen totaal	28/61	45,2%
'gewoon verzekerd'	22/53	41,5%
'omnio'	6/8	75%
Vrouwen totaal	32/71	45,1%
'gewoon verzekerd'	24/58	41,4%
'omnio'	8/13	61,5%

Er zijn significant minder 'gewoon verzekerden' met hypercholesterolemie dan 'omnio'(p=0,03).



Figuur % mannen en vrouwen, totaal en in groep 'gewoon verzekerden' en 'omnio', met hypercholesterolemie.

6.4.6. Hypertensie

Tabel Hypertensie bij mannen en vrouwen, totaal en in groep 'gewoon verzekerd' en 'omnio'

Mannen totaal	32/61	52,4%
'gewoon verzekerd'	27/53	50,9%
'omnio'	5/8	62,5%
Vrouwen totaal	44/71	61,9%
'gewoon verzekerd'	35/58	60,3%
'omnio'	9/13	69,2%

Er is geen significant verschil in hypertensie tussen 'gewoon verzekerden' en 'omnio' (p= 0,35)

6.4.7 Diabetes

Tabel Diabetes bij mannen en vrouwen, totaal en in groep 'gewoon verzekerd' en 'omnio'

Mannen totaal	8/61	13,1%
'gewoon verzekerd'	7/53	13,2%
'omnio'	1/8	12,5%
Vrouwen totaal	5/71	7%
'gewoon verzekerd'	4/58	6,9%
'omnio'	1/13	7,7%

Er is geen significant verschil in diabetes tussen beide groepen (p=0.96).

6.4.8 Vaccinatiestatus tetanos

Tabel Vaccinatiegraad tetanos bij mannen en vrouwen, totaal en in groep 'gewoon verzekerden' en 'omnio' met hypertensie.

Mannen totaal	32/61	50,8%
'gewoon verzekerd'	29/53	54,7%
'omnio'	3/8	37,7%
Vrouwen totaal	14/71	19,7%
'gewoon verzekerd'	12/58	20,7%
'omnio'	2/13	11,1%

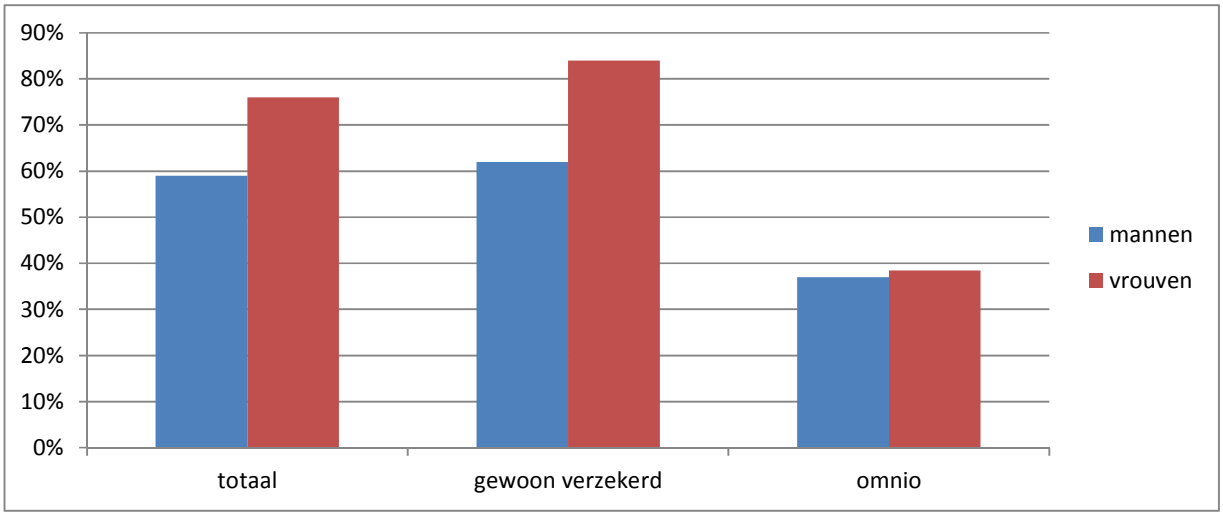
Er is geen significant verschil in vaccinatiegraad voor tetanos tussen 'gewoon verzekerden' en 'omnio' (p=0,24).

6.4.9 Vaccinatiegraad griep

Tabel Vaccinatiegraad griep bij mannen en vrouwen, totaal en in groep 'gewoon verzekerd' en 'omnio'.

Mannen totaal	36/61	59,0%
'gewoon verzekerd'	33/53	62,3%
'omnio'	3/8	37,7%
Vrouwen totaal	54/71	76,1%
'gewoon verzekerd'	49/58	84,5%
'omnio'	5/13	38,5%

Meer 'gewoon verzekerden' zijn gevaccineerd tegen griep, en het verschil met 'omnio' is duidelijk significant (p= 0.001).



Figuur Vaccinatiegraad griep bij mannen en vrouwen, totaal en in groep 'gewoon verzekerd' en 'omnio'

6.4.10. Is persoon al zelf geconfronteerd met kanker?

Tabel Mannen en vrouwen, totaal en in groep 'gewoon verzekerd' en 'omnio', die al persoonlijk geconfronteerd zijn geweest met kanker

Mannen totaal	17/61	27,9%
'gewoon verzekerd'	15/53	28,3%
'omnio'	2/8	25%
Vrouwen totaal	23/71	32,4%
'gewoon verzekerd'	18/58	31%
'omnio'	5/13	38,5%

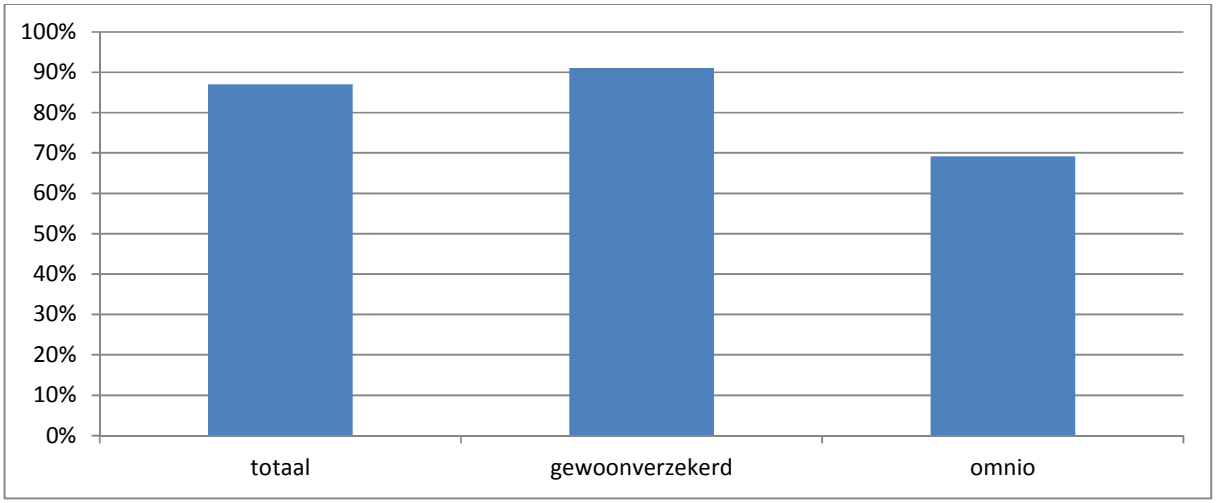
Er is geen significant verschil tussen 'gewoon verzekerden' en 'omnio' (p=0,74).

6.4.11. Preventieve onderzoeken in het kader van borstkanker bij vrouwen.

Tabel Vrouwen, 'gewoon verzekerd' en 'omnio', die de jongste twee jaar gescreend zijn op borstkanker

Vrouwen totaal	62/71	87,3%
'gewoon verzekerd'	53/58	91,4%
'omnio'	9/13	69,2%

Significant meer 'gewoon verzekerden' lieten zich screenen op borstkanker (p=0,03).



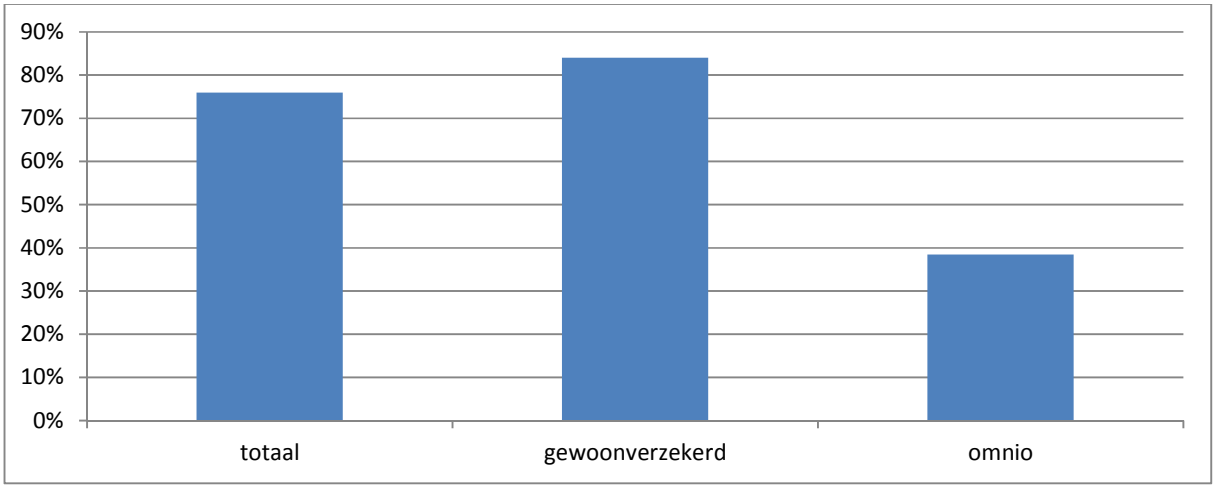
Figuur % vrouwen, gewoon verzekerd en omnio, die de jongste twee jaar gescreend zijn op borstkanker.

6.4.12 Preventieve onderzoeken in het kader van cervixkanker.

Tabel Vrouwen, 'gewoon verzekerd' en 'omnio', die de jongste drie jaar gescreend zijn op cervixkanker.

Vrouwen totaal	54/71	76%
'gewoon verzekerd'	49/58	84,5%
'omnio'	5/13	38,5%

Sterk significant meer 'gewoon verzekerden ' hebben zich laten screenen op cervixkanker ($p < 0.001$).



Figuur % vrouwen, 'gewoon verzekerd' en 'omnio', die de jongste drie jaar gescreend zijn op cervixkanker.

6.4.13 . Onderzoeken naar dikdarmkanker screening

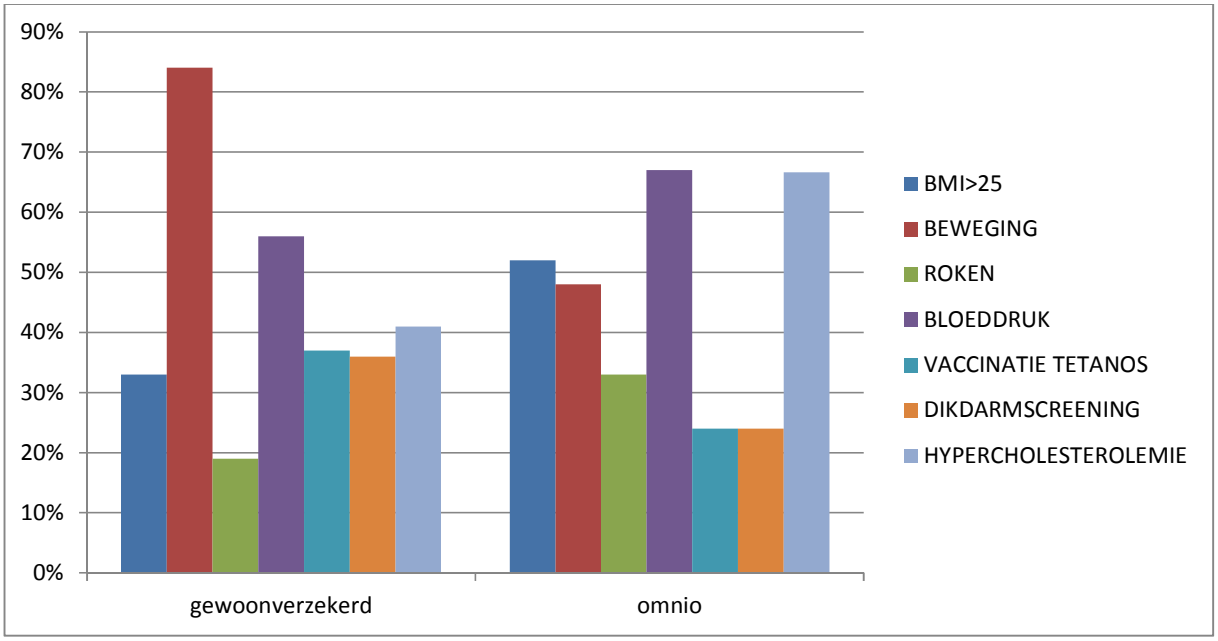
Tabel Mannen en vrouwen, 'gewoon verzekerd' en 'omnio', die gescreend zijn op dikdarmkanker.

Mannen totaal	20/61	32,8%
'gewoon verzekerd'	18/53	34%
'omnio'	2/8	25%
Vrouwen totaal	25/71	35,2%
'gewoon verzekerd'	22/58	37,3%
'omnio'	3/13	23,1%

Er is geen significant verschil (p= 0,27).

6.4.14. Overzicht van de gecontroleerde parameters in de groep 'gewoon verzekerd' versus 'omnio' groep (met vermelding van significantie).

parameter	'gewoon verzekerd' mannen en vrouwen	'omnio' mannen en vrouwen	Significant verschil indien p<0,05
Body Mass Index>25	37/111 (33,3%)	11/21 (52,3%)	P= 0,09
Voeding (voldoende fruit en groenten)	111/111 (100%)	16/21 (76,2%)	**P=0,05**
Beweging	93/111 (83,8%)	10/21 (47,6%)	P= 0,06
Rookgedrag	21/111 (18,9%)	7/21 (33,3%)	P= 0,13
Hypercholesterolemie	46/111 (41,4%)	14/21 (66,6%)	**P= 0,03**
Bloeddruk >140/90	62/111 (55,8%)	14/21 (66,6%)	P= 0,35
Vaccinatie tetanos	41/111 (36,9%)	5/21 (23,8%)	P= 0,24
Vaccinatie griep	82/111 (73,9%)	8/21 (38%)	**P= 0,001**
Diabetes	11/111 (9,9%)	2/21 (9,5%)	P= 0,96
Borstkankerscreening	53/58 (91,4%)	9/13 (69,2%)	**P= 0,03**
Cervixkankerpreventie	49/58 (84,5%)	5/13 (38,5%)	**P=0,01**
Dikdarmscreening	40/111 (36%)	5/21 (23,8%)	P= 0,27
Kanker in anamnese	33/11 (29,7%)	7/21 (33,3%)	P= 0,74



Figuur Overzicht van de parameters bij groep 'gewoon verzekerd' en groep 'omnio'.

Conclusie: De 'omnio'groep scoort voor alle gecontroleerde parameters slechter dan de groep 'gewoon verzekerden'.

7. DISCUSSIE

7.1 Interpretatie van de cijfers

Het aantal responders na twee schriftelijke oproepen is 66%, of 132 op 200 mensen.
Bijna 90% van de responders reageert in de eerste vier weken na de eerste of tweede oproep.
De gemiddelde leeftijd van de responders is 61jaar bij vrouwen en 63 jaar bij mannen. In een literatuuroverzicht zien wij dat de responsgraad op een schriftelijke oproep tot preventie consult in andere studies varieert tussen 35% *(12)* tot 87,1% *(35).*

De responsgraad op de eerste oproep is veel hoger dan op de tweede oproep.
De eerste oproep is door 117 van de 200 mensen beantwoord. Dat is 58,5%.

Bij de 'gewoon verzekerden' is er geen verschil in respons tussen mannen en vrouwen, zowel voor wat betreft de totale respons, als voor de respons in de groep met en zonder vragenlijst.
Bij de 'omnio' is de respons bij de vrouwen het hoogst: 61,1 %.
Bij de 'omnio'- mannen is dat maar 41,2%.
Dus de wat lagere respons in de groep 'omnio' komt vooral door de mannelijke populatie. Maar omdat die groep klein is (17 mannen) in ons onderzoek lijkt het gevaarlijk om dit resultaat te extrapoleren. De responsgraad is 8,6% hoger in de groep 'gewoon verzekerden' dan in de groep 'omnio'.

De meegestuurde preventievragenlijst is geen barrière en geen stimulans voor de respons op de schriftelijke uitnodiging naar een preventieconsult.
Voor de onderzoekende arts was de vragenlijst niet tijdbesparend, omdat die vragenlijst grondig moet overlopen worden met de patiënt, en dat vraagt bijna eenzelfde tijdsbesteding als het samen invullen van de vragenlijst tijdens het eerste preventieconsult. Het voordeel van de vragenlijst is dat mensen vooraf navraag konden doen in eigen familie over familiale antecedenten van kanker en cardiovasculaire aandoeningen. Maar misschien is er nog verder onderzoek nodig om de hindernissen en moeilijkheden die patiënten ondervinden bij het zelf invullen van de lijsten na te kijken en te evalueren.
De meest aangehaalde verklaringen op de vraag waarom de eerste oproep niet beantwoord werd, zijn: "ik ben dat vergeten"-46,7% of "geen tijd gehad"-13,3% of "ik heb niets ontvangen"-13,3% of "ik wilde in eerste instantie dat niet meedoen"-13,3%.

In andere studies stonden volgende verklaringen voor het niet deelnemen aan een preventieconsult:

- Tijdsgebrek en het vergeten van de uitnodiging *(7).*
- De patiënten begrijpen het nut niet van dat onderzoek: vinden dat ze zich nu al goed laten opvolgen…. ' ik ga wel op tijd als ik iets voel', 'vroeger werd dit ook niet gedaan'; 'op onze leeftijd is dit niet meer nodig' *…(31).*
- In één studie had de populatie die niet op preventieraadpleging komt andere karakteristieken dan de populatie die wel op preventieraadpleging is gekomen: meer patiënten geven een relatief slechtere levensstijl aan. Bij deze mensen ontbreekt vaak de motivatie en de wil om aan hun gezondheid te werken *(32).* Patiënten die medicatie nemen voor hypertensie en/of hypercholesterolemie zijn ook meer aanwezig in de groep van mensen die niet op de preventieraadpleging komen. Dit zijn patiënten die regelmatig hun huisarts raadplegen voor het verlengen van de medicatie.
- De patiënt heeft het gevoel optimaal opgevolgd te zijn waardoor hij de preventieraadpleging niet nuttig acht *(33).*

De tweede schriftelijke oproep na 3 maanden werd door slechts 15 op 83 mensen beantwoord. Dat is 18%. De tweede oproep levert een beperkte meerwaarde op.

Er blijven dus enkele vragen.
Kan het zijn dat het interval tussen eerste en tweede oproep te kort was?
Zouden er meer responders zijn geweest indien we de tweede oproep na zes maanden hadden gedaan?
Of is het interessanter om in een eerste oproep meer mensen aan te schrijven en geen tweede oproep te doen? Zo worden er meer mensen bereikt en moet er niet nagekeken worden wie al of niet heeft gereageerd. En zo wordt er tijd bespaard en zijn er meer mensen op de hoogte dat het preventief consult bestaat.

25% van de vrouwen en 11,1% van de mannen hebben gereageerd op de tweede oproep. Of het zin heeft om alleen naar de vrouwen, die op de eerste oproep niet hebben gereageerd, een rappel te sturen kan blijken uit een verder onderzoek.

Het aantal non-responders op de twee oproepen samen is 68 personen op 200. Dat is 34% in totaal, of 32,7% bij de 'gewoon verzekerden' en 40% bij de 'omnio' patiënten.
In ons onderzoeksproject waren de mensen toevallig gekozen. Het percentage van 'omnio'patiënten was bijna tweemaal minder dan het percentage 'omnio' patiënten in de huisartsenpraktijkpopulatie. Daarom kunnen wij de responsgraad van het onderzoek niet extrapoleren naar de volledige praktijk.
Hadden we meer 'omnio'patiënten uitgenodigd in ons onderzoek, dan zou het totaal aantal non-responders waarschijnlijk hoger zijn.

Uit analyse van onze onderzoeksgegevens blijkt dat de mensen in onze praktijk niet optimaal gescreend zijn op vlak van preventie. Bij veel patiënten is het vaccinatieschema niet in orde. Er moet nog veel aandacht gaan naar het aanwakkeren van interesse bij de mensen voor gezonde levensstijl en voor het verminderen van hun cardiovasculaire risico's. Dit komt overeen met het onderzoek van Verdonck *(34)* en Ruymbeke *(35).*

De 'omnio' patiënten zijn meer kwetsbaar dan de groep 'gewoon verzekerd'. Hadden wij in ons onderzoek meer mensen van de 'omnio'-groep uitgenodigd, dan was de score van die groep misschien nog slechter. Maar er is bijkomend onderzoek nodig om de gegevens uit het GMD Plusconsult specifiek te vergelijken in die twee groepen.

7.2. Positieve resultaten van het onderzoeksproject voor de praktijk.

De vrij hoge responsgraad toont aan dat het schriftelijk uitnodigen van patiënten naar een preventieconsult in onze praktijk zeker zinvol is.

Door dit onderzoek is het aantal GMD Plus dossiers in de praktijk enorm gestegen, en is de inhoudelijke kwaliteit van de 132 patiëntendossiers sterk verbeterd: wij hebben alle ontbrekende gegevens in die dossiers ingevuld en alle responders waren goed gemotiveerd en ze werden verder opgevolgd in verband met hun individueel preventieplan. Op basis van de GMD Plus consulten werden vervolgafspraken gemaakt. Daardoor is de vaccinatiestatus voor tetanos sterk verbeterd, zijn de cardiovasculaire risico's goed geschat, is dikdarmkankerscreening uitgevoerd en werden alle vrouwen onderzocht op cervixkanker.

De mensen die hebben gereageerd waren heel tevreden met de mogelijkheid om hun risico's voor een bepaalde ziekte in te schatten en ze waren akkoord om, indien nodig, preventieve maatregelen te starten.

Ook voor mij was het een interessante ervaring. Ik leerde veel mensen beter kennen en ik kon goed peilen naar hun leefwijze en hun visie over gezondheid. Ik kan nu hun globaal risico beter schatten. Voor mij waren die consulten helemaal anders gestructureerd dan gewone raadplegingen.

Dat was nuttig om de communicatievaardigheden rond het preventieconsult te oefenen.

Het oproepen van patiënten voor een GMD Plus consult en het verwerken van de medische gegevens heeft me veel geleerd over de zwaktes in het opvolgen van patiënten, en hun dossiers.

7.3 Negatieve resultaten van het praktijkproject.

De preventie consulten eisen extra tijd van de arts en een goede planning. Het eerste preventieconsult duurt gemiddeld 20 minuten. Er zijn vaak vervolgconsulten nodig voor bijkomende onderzoeken zoals bloedafname, uitstrijkje, dikdarmscreening en nadien nog een consult om de resultaten van die onderzoeken te bespreken en de risico's in te schatten. Het zorgt voor extra werkbelasting en het is dan ook moeilijk vol te houden in een drukke solopraktijk zonder secretaresse en extra personeel.

De kosten van een schriftelijke oproep zijn relatief beperkt, (enveloppes en postzegels), maar kunnen een rem zijn, zeker indien meer mensen worden aangeschreven.

De 'omnio' groep reageerde het minst op de schriftelijke oproep. Het is echter die groep die het slechtst scoort op de gezondheidsparameters. Deze patiënten stellen soms zelfs consulten voor een acuut probleem uit. Meestal nemen zij minder initiatief in verband met preventie en het is ook moeilijk om deze mensen te motiveren om hun levensstijl te veranderen. Er is dus extra werk en aandacht nodig om die mensen wakker te maken in verband met hun ongezonde levensstijl, om hen te bereiken en ze naar een preventieraadpleging te krijgen.

Conclusie.

Door dit onderzoek wordt preventie nu structureel toegepast in deze huisartspraktijk, met extra aandacht voor de 'omnio' patiënten.

8. BESLUITEN

Gmd Plus is een goede manier om samen met de patiënt zijn of haar risico's voor bepaalde ziekten in te schatten, de gegevens van de bestaande medische dossiers na te kijken en vaccinaties en ontbrekende onderzoeken in orde te brengen. Dat is ook het moment om de mensen bewust te maken voor bepaalde problemen zoals roken, overgewicht, alcohol, cardiovasculaire risico's en om hen te motiveren voor een gezonde levensstijl.

Dit onderzoeksproject was echt relevant voor onze praktijk, omdat er te weinig aandacht was voor preventie en omdat er bijna geen GMD Plus dossiers waren opgestart.

In onze huisartspraktijk blijkt de schriftelijke oproep een goede manier om de patiënten te informeren en te motiveren voor een preventieconsult.

De totale responsgraad is 66%. Dit is een hoge responsgraad.
De responsgraad op de tweede oproep is zeer laag: 18% en die vereist nog meer tijd van de arts en vergt meer administratie om de non-responders te selecteren.

Bijna de helft van de personen was de eerste oproep vergeten. Anderen verklaarden niets te hebben ontvangen, of waren de uitnodiging kwijt, of wilden in eerste instantie niet deelnemen.

Met behulp van dit onderzoeksproject zijn er een aantal leerpunten die het handelen in de praktijk kunnen verbeteren.
In plaats van een tweede oproep te doen lijkt het nuttiger om meer mensen aan te schrijven bij de eerste oproep en hen op de hoogte te brengen van de mogelijkheid om een persoonlijk, individueel preventie plan op te stellen.
Gebrek aan tijd en extra druk zijn voor de arts beperkende factoren om preventie uit te bouwen.
Er is dan ook, om optimaal te werken, nood aan een administratieve of verpleegkundige ondersteuning in de praktijk. We moeten in de huisartspraktijk tijdens de gewone raadpleging de patiënten informeren over de mogelijkheid tot het komen naar een preventieconsult. Als blijkt dat de patiënt geïnteresseerd is, dan kan er een afspraak vastgelegd worden.

Door het vervangen van vrije consulten door afspraken kunnen wij tijd maken voor preventie. Een drukke solopraktijk heeft echt nood aan een secretariaat om het administratieve uit handen te nemen van de arts.

De arts kan zich dan concentreren op medische zaken en preventie

Graag bereiken we natuurlijk net die mensen die niet met preventie bezig zijn. Een oproep per brief is misschien niet de meest ideale werkwijze. Er is nood aan een betere begeleiding van 'omnio'-patiënten. Zij scoren op de meeste onderzochte parameters slechter dan de mensen uit de groep 'gewoon verzekerden'.

Als wij systematisch patiënten zullen oproepen voor GMD Plus consulten, dan zullen de patiënten zelf meer en meer vragende partij worden. En zo zal preventie meer en meer geïntegreerd worden in de praktijk.

Het actieplan is al gedeeltelijk geïmplementeerd en kan werkzaam blijven in de praktijk.

9. REFERENTIES LITERATUUR

1. Wyffels P, Van Herck J, Govaerts F, Baeten R, Jacobs L, Smets A, et al. Gezondheidsgids. Handleiding voor preventie in de huisartsenpraktijk. Berchem: Domus Medica vzw; 2010.
2. Thijs G, Van Nuland M, Govaerts F, Op de grens tussen 'cure' en 'care', begeleiding van gedragsverandering door de huisarts. Huisarts Nu, mei 2005, 34(4).
3. Nielen M, et al. Eerste ervaringen met het PreventieConsult Cardiometabool Risico. Huisarts en Wetenschap (2011) Volume: 54, Issue: 8, p. 414-419.
4. Dekker JM, Alsemma M et al., NHG-Standaard PreventieConsult module Cardiometabool Risico. Huisarts Wet 2011; 54(3):138-55.
5. Nielen M, Van der Meer V, Schellevis F, NivelRapport: evaluatie pilot Preventie Consult cardiometabool risico, 2010.
6. Debruyne L, De Bacquer D, et al., Hoe kan screening van personen met een familiale anamnese van prematuur coronair lijden worden verbeterd? Tijdschrift voor Geneeskunde, Volume 62, nr. 21, 2006 p.1506.
7. Pauwels Liesbet, Introductie van de Gezondheidsgids in de praktijk, Masterproef Huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen, 2010-11.
8. van de Kerkhof R, Godefrooij M, et al., cardiometabole risicofactoren opgespoord met preventieconsult. Ned. Tijdschr. Geneeskd. 2010;154:A 1860.
9. B magazine , oktober 2007, derde jaargang, nummer 2.
10. Van Rossum L, Van Rijn AF, Verbeek A, Van Oijen M, Laheij R, Fockens P, Jansen J, Adang E, Dekker E (2009). Colorectal cancer screening comparing no screening, immunochemical and guaiac faecal occult blood test: a costeffectiveness in: Colorectal Cancer: To screen or not to screen? That is the question. ISBN: 978-90-9024297-2. Doctoral thesis to obtain the degree of doctor Radboud University Nijmegen, 2009b.
11. Drs. Sarah Hoeck, Dr. Ir. Sofie Van Roosbroeck, Prof. Dr. Guido Van Hal, Pilootproject bevolkingsonderzoek naar dikdarmkanker, Februari 2011.
12. Musschoot M., Is er een toekomst voor een globaal medisch en preventiedossier?, Masterproef Huisartsgeneeskunde, Universiteit Gent, Promotor: Prof. Dr. Willems S., Co-promotor: Dr. Schrans D., 2009.
13. Feys C. en Fouvry J., Implementatie van de preventiemodule (op basis van de Gezondheidsgids): Wat is de responsratio en wat vindt de patiënt hiervan? Masterproef huisartsgeneeskunde, KUL 2011- 2012.

14. Behmann M, et al., Job Satisfaction Among Primary Care Physicians, Results of a Survey, Dtsch Arztebl Int. 2012 March; 109(11): 193–200. Published online 2012 March16. Doi:10.3238/arztebl.2012.0193.

15. Colémont A., Vinck J., De inzet van Limburgse huisartsen in preventie, Tijdschr. voor Geneeskunde, 58, nr. 6, 2002.

16. Brand M.J en Bijmolt T.H.A, Schriftelijke enquêtes in het jaarboek van de Nederlandse Vereniging van Marktonderzoekers, NVvM, 1993-1994, november 2004.

17. Walter U, Flick U, Neuber A, et al. Putting prevention into practice: qualitative study of factors that inhibit and promote preventive care by general practitioners, with a focus on elderly patients. BMC Fam Pract 2010;11:68.

18. Cohen SJ, Halvorson HW, Gosselink CA. Changing physician behavior to improve disease prevention. Prev Med 1994;23:284-91.

19. Jallinoja P., et al.The dilemma of patient reponsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. Scand J Prim Health Care, 2007 Dec; 25(4): 244-249.

20. Calvocoressi, L., Stolar, M., Kasl, S.V., Claus, E.B., & Jones, B.A. (2005). Applying recursive partitioning to a prospective study of factors associated with adherence to mammography screening guidelines. American Journal of Epidemiology,2005, 162 (12), 1215-1224.

21. Rauscher, G.H., Hawley, S.T., Earp, J.A. (2005). Baseline predictors of initiation vs. maintenance of regular mammography use among rural women. Preventive Medicine, June 2005, 40 (6), 822-830.

22. Halabi, S., et al. Factors associated with repeat mammography screening. The Journal of Family Practice 2000, 49 (12), 1104-1112.

23. Jensen JD, King AJ, Guntzviller LM, Davis LA. Patient- provider communication and low-income adults: age, race, literacy, and optimism predict communication staisfaction. Patient Educ Couns 2010, 79:30 -35.

24. Edwards AG, et al., Personalised risk communication for informed decision making about taking screening tests, Cochrane Database Syst Rev, 2006 Oct 18; (4): CD001865.

25. Van Cauwenberge S., Hoe armer, hoe ongezonder, Lokaal, Tijdschrift van Vereniging Vlaamse Steden en Gemeenten, 16 oktober 2010, p. 26-29.

26. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2009: With Special Feature On Medical Technology. Hyatsville, MD: National Center for Health Statistics: 2010.

27. Whitehead M, Dahlgren G, What can be done about inequalities in health?, The Lancet, Volume 338, Issue 8774, Pages 1059 - 1063, 26 October 1991.

28. De Boyser K., Levecque K., et al. (2007). "Sociale ongelijkheid in gezondheid: een historiek van federale en Vlaamse beleidsverantwoordelijken." Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid, 49(3): s.p.

29. Avalosse H., Gillis O., Cornelis K., Mertens R., Sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid: vaststellingen op basis van de gegevens van de ziekenfondsen , CM informatie september 2009, p.3-14.

30. Poppe A., Verlinde E., Prof. Willems S., Prof. De Maeseneer J., Gebruik van huisartsenzorg bij financieel kwetsbare welzijnszorggebruikers, SWVG, Feiten en Cijfers, 2011-31.

31. Mannaerts A., Hoe kunnen we zinvolle preventie beter integreren? Implementatie van het preventiesjabloon in EMD en toepassing van het preventieconsult in eerste lijn, Masterproef Huisartsgeneeskunde, KUL, 2012.

32. De Koning JS et al., Deprivation and systematic stroke prevention in general practice. Eur J Publ Health 2003; 13:340 6.

33. Verhaegen S., Is de implementatie van de preventiemodule kwaliteitsverbeterend voor een huisartsenpraktijk?, Masterproef Huisartsgeneeskunde KULeuven.

34. Verdonck A., Hoe goed denkt de patiënt opgevolgd te worden? Kan deze opvolging verbeterd worden door het GMD+? Masterproef Huisartsgeneeskunde, KULeuven, 2012.

35. Ruymbeke T., Impact van de invoering van het preventieplan op de screening naar colorectaal kanker, Masterproef Huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen, 2011.

10.BIJLAGEN

Bijlage 1. Goedkeuring door ethisch comité

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
Dr. Sara WILLEMS

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

V**oorzitter:**
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be

UW KENMERK	ONS KENMERK	DATUM	KOPIE
	2012/209	12-apr-12	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Actief aanbieden van een preventieconsult onder de vorm van GMD plus (MANAMA Dr. Nadzeya Kavalevich).

Belgisch Registratienummer: B670201213936

* Adviesaanvraagformulier dd. 20/03/2012 (volledig ontvangen dd. 27/03/2012)
* Begeleidende brief dd. 27/03/2012
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier
* Protocol
* Diverse
  - Uitnodiging met gdm plus formulier
  - Uitnodiging zonder gdm plus formulier

Advies werd gevraagd door:
Dr. S. WILLEMS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 6/04/2012. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 6/04/2013, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 6/04/2012. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 6/04/2013, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 17/04/2012

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 17/04/2012

° *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
° *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt.*
Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.,
die het resultaat zijn van dit onderzoek.
° *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de*
originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.

° *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en*
toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.
° *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
° *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

Universitair Ziekenhuis Gent Wendy Van de Velde
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent 09/332 56 13
www.uzgent.be wendy.vandevelde@uzgent.be **./.**

CONTACT	**TELEFOON**	**FAX**	**E-MAIL**
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be

UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2012/209	12-apr-12	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2012/209

° *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
° *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in*
mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.
° *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The*
investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.
° *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with*
the dutch documents.
° *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
° *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee
Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent - Beheer en algemene directie
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

Bijlage 2. Onderzoeksprotocol

TITEL

Actief aanbieden van een preventieconsult, onder de vorm van GMD Plus.

INLEIDING

Ik wil onderzoeken hoe een schriftelijke oproep tot het invullen en bespreken van een medische vragenlijst, in het kader van GMD plus en preventie, beantwoord wordt door de bedoelde populatie.
Dit onderzoek is een concrete toepassing van het GMD Plus in één huisartsenpraktijk.

ONDERZOEKSVRAAG

Hoe wordt gereageerd door patiënten, die een GMD hebben bij een huisarts, op een schriftelijke vraag tot het invullen van een vragenlijst, en hoeveel patiënten nemen contact op met de onderzoeker om deze preventieve vragenlijst te overlopen en te bespreken?
Welke barrière is er bij de patiënten die een eerste oproep niet hebben beantwoord?

ONDERZOEKSPOPULATIE

De leeftijd van de populatie is dezelfde als deze die bedoeld wordt door het GMD Plus, namelijk tussen 45 en 75 jaar oud.
Inclusiecriteria:
200 willekeurig door de huisarts geselecteerde patiënten, die een DMD hebben in de huisartsenpraktijk van dr. Van de Velde Dirk, en behorend tot de leeftijdsgroep van 45 tot 75 jaar. Zowel mannen als vrouwen.
Exclusiecriteria:
Mensen die sinds april 2011 reeds een vragenlijst in het kader van GMD Plus hebben ingevuld. Dit is een zeer beperkt aantal, omdat er door de huisarts Dr. Van de Velde Dirk bewust is gewacht op deze masterproef om actief en structureel over te gaan tot het contacteren van patiënten om de vragenlijst in het kader van GMD Plus in te vullen.
Directe familie van de huisarts, omdat de kans op een niet neutrale houding ten opzichte van de uitnodigingsbrief groter is.

A. ONDERZOEKSOPZET

Er wordt een oproepingsbrief opgesteld
Er worden 200 patiënten , met een GMD bij dr. Van de Velde Dirk, huisartsenpraktijk, willekeurig geselecteerd, binnen de leeftijdsgroep van 45 tot 75 jaar.
De 200 personen worden ingedeeld in 2 groepen:
Groep a: 100 personen krijgen de oproepingsbrief toegestuurd, samen met een toestemmingsformulier tot deelname, een informed consent, én een medische preventie vragenlijst.
Er wordt in het schrijven gevraagd om de vragenlijst in te vullen, en dan de onderzoeker te contacteren voor het overlopen van deze vragenlijst, én het aanvullen van de gegevens, om een individueel preventieplan op te stellen.
Groep b: 100 personen krijgen uitsluitend een oproepingsbrief met de vraag
telefonisch een afspraak te maken met Dr. Nadzeya Kavalevich, om samen met haar een medische preventievragenlijst in te vullen.

Drie maanden na het versturen van de eerste oproepingsbrief wordt er een tweede oproepingsbrief gestuurd naar de patiënten, die niet hebben gereageerd op het eerste schrijven.
Zes maanden na de start van het onderzoek wordt de onderzoeksfase gestopt.

ONDERZOEKSMIDDELEN

Ik beschik over een lijst van GMD- houdende patiënten uit de huisartsenpraktijk van dr. Van de Velde Dirk
Ik beschik over de vragenlijst van het GMD Plus en preventiekaarten van Domus Medica.
Schriftelijke uitnodiging.
Gesprek met de patiënt over de inhoud van de vragenlijst
Gesprek met de patiënten, die pas reageren op een tweede oproepingsbrief, om na te gaan welke barrière ze hebben ondervonden.
Literatuurgegevens over oproep tot preventieve onderzoeken.
Verwerken van de responsgegevens.
Formuleren van conclusies.

Bijlage 3. Informed consent

Onderzoeksproject:
Actief aanbieden van een preventieconsult, onder de vorm van GMD Plus

Geachte heer, mevrouw,

In het kader van haar master- na- masteropleiding in de huisartsgeneeskunde doet Dr Nadzeya Kavalevich een onderzoek naar de gezondheid van personen, die als patiënt een GMD (medisch dossier) hebben in de huisartsenpraktijk van Dr. Dirk Van de Velde in Eeklo.

Dr. Nadzeya Kavalevich is sinds 1 oktober 2011 huisarts-in-opleiding in de huisartsenpraktijk van dr. Van de Velde Dirk. Haar onderzoek staat onder toezicht van de Universiteit Gent, afdeling huisartsgeneeskunde.
200 mensen, tussen 45 en 75 jaar oud, en uit het patiëntenbestand, met GMD, bij Dr. Van de Velde Dirk, werden willekeurig geselecteerd. Zij krijgen een schriftelijke uitnodiging tot het invullen van een medische vragenlijst, waarin wordt gepeild naar hun gezondheidstoestand. Deze vragenlijst is in bijlage bijgevoegd. De vragenlijst kadert in een preventieplan, GMD Plus genaamd.

U bent één van de 200 mensen die werden aangeschreven, en uitgenodigd worden om deze vragenlijst zo goed mogelijk in te vullen.

Na het invullen van uw vragenlijst, wordt gevraagd telefonisch (op 09 377 74 54) een afspraak te maken met Dr Kavalevich, om samen met haar de vragenlijst te overlopen en verder in te vullen.
Uw deelname aan het project is volledig vrijwillig.
U bent dus niet verplicht deel te nemen.

Doel van het onderzoek van Dr. Kavalevich is na te gaan hoe een actieve, schriftelijke oproep tot preventie beantwoord wordt door de mensen uit de huisartsenpraktijk.

Indien u toestemt om deel te nemen aan het onderzoek van Dr. Kavalevich, zal zij gegevens uit uw medisch dossier nakijken om de vragenlijst correct te kunnen beantwoorden.

Al deze gegevens blijven volstrekt vertrouwelijk en ze worden anoniem verwerkt; dit is in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer en het beroepsgeheim.

Door dit formulier te ondertekenen, verklaart u zich akkoord deel te nemen aan de studie.

U kan zich ten allen tijde terugtrekken uit de studie, en dit heeft geen enkele negatieve invloed op de samenwerking met uw huisarts Dr. Dirk Van de Velde en Dr. Nadzeya Kavalevich.

Indien u nog bijkomende vragen hebt over het onderzoek kan u contact opnemen met onderstaande onderzoeker, of met uw huisarts.

Nog te vermelden is dat de deelname aan dit onderzoek voor u gratis is.

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en danken u daarvoor!

Met vriendelijke groet,

Dr Nadzeya Kavalevich
Huisarts-in- opleiding
Van Wassenhovestraat 1
9900 Eeklo
Tel 09 377 74 54

Dr Dirk Van de Velde
huisarts
tel 09 377 74 54

Bijlage 4. Toestemmingsformulier

Studie: Actief aanbieden van een preventieconsult onder de vorm van GMD Plus.

Naam patiënt :

Ik bevestig dat Dr. KAVALEVICH NADZEYA mij uitgebreid heeft geïnformeerd over de aard en het doel van deze studie.

Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.
Ik heb ook begrepen dat het de bedoeling is dat ik een medische vragenlijst invul, en dan een telefonische afspraak maak met dr. Nadzeya Kavalevich om deze vragenlijst samen te bekijken en verder aan te vullen.

Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en anoniem worden gemaakt of gecodeerd. In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en bij codering zal ik toegang krijgen tot mijn verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de universiteit van Gent en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/ GCP, én volgens de verklaring van Helsinki, ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies.

In geen geval is de goedkeuring door de onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van de Universiteit Gent toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de juiste wetten en voorschriften.
Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten. Dit omdat de wet voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet worden afgesloten , ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer.
Ik verklaar hierbij dat ik deelneem aan de studie van Dr. Nadzeya Kavalevich.
Hierbij geef ik mijn akkoord om zelf eerst de medische vragenlijst (GMD Plus) in te vullen en dan een afspraak te maken met Dr. Kavalevich om deze medische vragenlijst samen te overlopen en aan te vullen.

DOOR DE PATIENT TE ONDERTEKENEN EN PERSOONLIJK TE DATEREN:

DATUM

HANDTEKENING PATIENT

VERKLARING VAN DE ONDERZOEKER betreffende de geïnformeerde toestemming van de patiënt

Ondergetekende heeft de bijzonderheden van dit klinisch onderzoek, zoals beschreven staat in het informatieformulier voor de patiënt, volledig uitgelegd aan bovengenoemd patiënt.

Datum:

handtekening informerende arts, Dr. Nadzeya Kavalevich, huisarts in opleiding

Handtekening huisarts, Dr. Van de Velde Dirk.

Bijlage 5. Eerste oproepingsbrief met GMD Plus formulier

Eeklo, datum

Betreft: onderzoeksproject van dr. Nadzeya Kavalevich:
actief aanbieden van een preventieconsult, onder de vorm van GMD Plus.

Geachte heer, mevrouw,

Beter voorkomen dan genezen!

In onze huisartsenpraktijk willen we extra aandacht besteden aan het voorkomen van ziektes, aan preventie.

Dr. Nadzeya Kavalevich, die met mij samenwerkt in mijn praktijk, maakt een thesis over preventie in de geneeskunde.
Daarvoor wil ze 200 patiënten uitnodigen om een medische vragenlijst in te vullen, in het kader van een preventieplan.

Deze vragenlijst peilt naar uw eet-, en rookgewoonten, detectie van kanker, vaccinaties en gezondheidstoestand.

We nodigen u graag uit om een telefonische afspraak te maken met Dr. Nadzeya Kavalevich, (telefoon 09 377 74 54) om samen met haar die vragenlijst in te vullen.

Deze afspraak wordt buiten de gewone consultaties gepland en is dus uitsluitend bedoeld voor het opstellen van uw preventieplan.

De consultatie waarin de bespreking gebeurt van uw vragenlijst is voor u gratis.

Laat ons bouwen aan een gezond leven. We maken er samen werk van!

Met vriendelijke groet,

Dirk Van de Velde, huisarts Nadzeya Kavalevich, huisarts- in- opleiding

Bijlage 6. Eerste oproepingsbrief met GMD Plus formulier

Eeklo, datum

Betreft: onderzoeksproject van dr. Nadzeya Kavalevich:
actief aanbieden van een preventieconsult, onder de vorm van GMD Plus.

Geachte heer, mevrouw,

Beter voorkomen dan genezen!

In onze huisartsenpraktijk willen we extra aandacht besteden aan het voorkomen van ziektes, aan preventie.

Dr. Nadzeya Kavalevich, die met mij samenwerkt in mijn praktijk, maakt een thesis over preventie in de geneeskunde.
Ze nodigt 200 patiënten uit om een medische vragenlijst in te vullen, in het kader van een preventieplan (GMD Plus).

U vindt in bijlage deze vragenlijst, die peilt naar uw eet-, en rookgewoonten, detectie van kanker, vaccinaties en gezondheidstoestand.

Wat wordt er aan u gevraagd?

- Dat u de bijgevoegde vragenlijst aandachtig leest en invult.
- en dan telefonisch contact opneemt met Dr. Nadzeya Kavalevich (tel. 09 377 74 54).

Dan maken we een afspraak voor een consultatie waarin we deze vragenlijst samen bekijken en verder invullen. Breng ook de twee officiële documenten, namelijk het informed consent en het toestemmingsformulier mee aub.

Deze afspraak wordt buiten de gewone consultaties gepland en is dus uitsluitend bedoeld voor het opstellen van het preventieplan.

De consultatie waarin de bespreking gebeurt van uw vragenlijst is voor u gratis.

Laat ons bouwen aan een gezond leven. We maken er samen werk van!

Met vriendelijke groet,

Dirk Van de Velde, huisarts Nadzeya Kavalevich, huisarts- in- opleiding

Bijlage 7. Tweede oproepingsbrief met GMD Plus formulier

Betreft: onderzoeksproject van dr. Nadzeya Kavalevich:
actief aanbieden van een preventieconsult, onder de vorm van GMD Plus.

Geachte heer, mevrouw,

In juni werd u aangeschreven om deel te nemen aan een onderzoeksproject van dr. Nadzeya Kavalevich.(zie bijgevoegde brief op keerzijde)

Ruim 60% van de aangeschreven personen reageerde positief op de brief, en nam contact op voor het preventieconsult.

Misschien hebt u de eerste oproep uit het oog verloren, en daarom sturen we alsnog een tweede oproep.

Maar, we willen duidelijk stellen dat u zich absoluut niet verplicht moet voelen om deel te nemen aan de studie!

Indien u wenst deel te nemen, kan u telefonisch contact opnemen met onze praktijk.

Bijgevoegd:

- de eerste oproep, met uitleg over de studie
- de medische vragenlijst, die meegebracht dient te worden naar het consult.

Met vriendelijke groet,

Dirk Van de Velde, huisarts Nadzeya Kavalevich, huisarts- in- opleiding

VRAGENLIJST IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT EN HUISARTS

INDIVIDUEEL PREVENTIEPLAN

domus medica

Naam: ..... M/V Geboortedatum: ...../...../..... Datum: ...../...../.....

Vul dit blauwe gedeelte in. Twijfelt u aan een antwoord, vraag dan raad aan uw huisarts.			Dit groene gedeelte vult uw huisarts in.	
Hoe oud bent u? ..... jaar		A	A+	
Hebt u een te hoge bloeddruk?	☐ ja ☐ nee ☐ onbekend	B	B+	Totaalchol./HDL-bepaling en SCORE ☐
Neemt u medicatie voor een te hoge bloeddruk?	☐ ja ☐ nee			Creatinine ☐ Proteïnurie ☐
Hebt u diabetes (suikerziekte)?	☐ ja ☐ nee	D	D+	
Hebt u een hart- of vaatziekte (gehad)?	☐ ja ☐ nee	E	E+	Hoog cardiovasculair risico ☐
Heeft uw vader of broer een hart- en vaatziekte voor zijn 55 jaar (gehad)?	☐ ja ☐ nee	F	F+	Totaalchol./HDL-bepaling en SCORE ☐
Heeft uw moeder of zus een hart- en vaatziekte voor haar 65 jaar (gehad)?	☐ ja ☐ nee			
Rookt u?	☐ ja ☐ nee	C	C+	Rookstop ☐
Eet u dagelijks groenten en fruit?	☐ ja ☐ nee			Voedingsadvies ☐
Komt u aan 30 minuten lichaamsbeweging per dag?	☐ ja ☐ nee			Bewegingsadvies ☐
Wat is uw lengte en gewicht?	lengte ☐ m gewicht ☐ kg		Buikomtrek ☐ cm	BMI=kg/m² ☐
Heeft uw arts u ooit gesproken over verhoogde suiker in uw bloed?	☐ ja ☐ nee		≥65 jaar	
Had u verhoogde suiker tijdens de zwangerschap of tijdens een ziekenhuisopname?	☐ ja ☐ nee		≥45 jaar en 1x ja of BMI ≥25	
Voor vrouwen: bent u bevallen van een baby van 4,5 kg of meer?	☐ ja ☐ nee		Buikomtrek: vrouw >88 cm, man >102 cm	
Heeft uw vader, moeder, broer of zus diabetes?	☐ ja ☐ nee			Nuchtere glykemie ☐
Is uw vaccinatie tegen tetanus meer dan 10 jaar geleden?	☐ ja ☐ nee ☐ onbekend		10-20 jaar geleden	Booster dT/10 jaar ☐
			>20 jaar volledig schema	dT 0-6 ☐
			>20 jaar onvolledig schema of onbekend	dT 0-1-12 ☐
Bent u hart- of longpatient?	☐ ja ☐ nee		Ja of 65+ of D+ of nierlijden	Griepvaccinatie/1 jaar ☐
			Ja of 50+ of D+ of leverlijden of alcohol	Pneumokokkenvaccinatie 1x/5 jaar ☐
Hebt u geen milt meer of een ziekte waardoor de milt niet goed werkt?	☐ ja ☐ nee		Ja	Pneumokokkenvaccinatie 1x/5 jaar ☐
Voor alle vrouwen: komt er borstkanker of eierstokkanker voor in uw familie?	☐ ja ☐ nee		Ja	Risico-inschatting ☐
Voor vrouwen vanaf 50 jaar: is uw laatste mammografie meer dan 2 jaar geleden?	☐ ja ☐ nee datum ☐		70-75 jaar en lage comorbiditeit	
			50-69 jaar	Screeningsmammografie/2 jaar ☐
Voor vrouwen van 25 tot en met 64 jaar: is uw laatste uitstrijkje meer dan 3 jaar geleden?	☐ ja ☐ nee datum ☐		Ja	Uitstrijkje/3 jaar ☐
Komen darmkanker of -poliepen voor bij uw vader, moeder, broer of zus?	☐ ja ☐ nee		Ja	Risico-inschatting ☐
			Nee en 50-74 jaar	FOBT/1-2 jaar ☐
Drinkt u alcohol? Zo ja, hoeveel glazen per week?	☐ ja ☐ nee ☐ glazen/week			AUDIT afnemen ☐
Hebt u het voorbije jaar meer gedronken (alcoholhoudende dranken) of geneesmiddelen ingenomen dan u wilde?	☐ ja ☐ nee		Ja	Bespreken risico's en afbouwopties ☐
Hebt u het voorbije jaar het verlangen of de noodzaak gevoeld om te stoppen met drinken of geneesmiddelen innemen?	☐ ja ☐ nee		Ja	Bespreken risico's en afbouwopties ☐
			Bevraag enkel bij patiënten met risico op depressie: werd u de voorbije twee weken vaak gehinderd door depressieve gevoelens of hopeloosheid? Of had u weinig interesse of plezier in de dingen die u deed? (1 x ja) Wens tot hulp? ☐	