Het GMD+ in onze praktijk

Dr. Sarah Vanhulsel, KULeuven

Promotor: Prof. Dr. Paul De Cort , KULeuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

April 2013

Abstract

Context:

De laatste jaren besteden de media steeds meer aandacht aan preventie in de gezondheidszorg. De huisarts speelt hierin een centrale rol. Om de huisartsen hierin te ondersteunen, stelt Domus Medica een vragenlijst ter beschikking die aansluit bij haar preventiegids. Voor de aanvang van deze masterproef werd hier nog geen gebruik van gemaakt in mijn opleidingspraktijk. De artsen in deze opleidingspraktijk vinden het belangrijk om de best mogelijke preventie aan te bieden. Gezien de praktijk groeit, wordt het ook steeds belangrijker om alle informatie te noteren in het medische dossier van elke patiënt.

Onderzoeksvraag:

Is het gebruiken van het GMD+ in onze praktijk nuttig? Dit toetsen we aan de hand van de volgende 4 punten. Vooreerst wordt nagegaan wat de voor- en nadelen van screening zijn. Ten tweede onderzoeken we of het GMD+ een goed screeningsinstrument is. Dit doen we door na te gaan of de gezondheidsgids evidence-based is en of er voldaan wordt aan de criteria van Wilson en Jugner. Ten derde kijken we zowel in de literatuur als in dit onderzoek na of het GMD+ een haalbaar instrument is: zijn de vragen verstaanbaar voor de patiënten en is het voor de artsen niet te tijdrovend? Tenslotte wordt bekeken wat de resultaten voor de praktijk zijn: hoeveel actieplannen worden er opgesteld en ingeschreven in het EMD?

Methode (literatuur & registratiewijze):

Via een literatuuronderzoek wordt geprobeerd een antwoord te formuleren op de eerste 3 vragen. Er wordt een instrument (een Excel-tool) gemaakt om het opstellen van actieplannen te versnellen en te vereenvoudigen. Vervolgens start men in de praktijk met het afnemen van de vragenlijsten bij patiënten die op raadpleging komen. Begin juli 2012 worden alle patiënten met een GMD tussen de 45 en 75 jaar aangeschreven per post. Begin december 2012 wordt deze onderzoeksfase afgesloten en worden de actieplannen kwantitatief geanalyseerd.

Resultaten:

1) Screening kan erg zinvol zijn. Soms wordt echter vergeten dat het ook een negatieve impact kan hebben. Een goede communicatie met de patiënt is belangrijk.
2) De gezondheidsgids is evidence-based en de meerderheid van de onderwerpen voldoen aan de criteria van Wilson en Jugner.
3a) Alle vragen die door verschillende patiënten niet of foutief beantwoord worden, zijn opgelijst, samen met de mogelijke verklaringen hiervoor.
3b) Volgens de literatuur is tijd een van de belangrijkste struikelblokken. Het zelfgemaakte Excel-document heeft zeker geholpen om actieplannen op te stellen en kort te overlopen. Tijd blijft echter een probleem.
4) 39,9% van de doelgroep kreeg tijdens de duur van dit onderzoek een persoonlijk preventie-actieplan.

Conclusies:

De invoering van het GMD+ is nuttig geweest voor deze praktijk. Wel dient opgemerkt te worden dat het GMD+ misschien niet moet beschouwd worden als een éénmalige preventieraadpleging, maar eerder als een proces, waarbij er bij elk patiëntencontact even melding gemaakt wordt van de actieplannen.

E-mail: sarahvanhulsel@hotmail.com

ICPC-code: A97.01 Preventief onderzoek/consult

Inhoud

Abstract 1
Inleiding 4
Themakeuze 4
Doelstelling 4
Onderzoeksvraag 4
Literatuuronderzoek 5
Zoekstrategie 5
Wat zijn de voor- en nadelen van screening en primaire preventie? 6
Is het GMD+ een goed screeningsinstrument? 8
Is het GMD+ een haalbaar instrument: literatuur? 9
Opkomst 9
Implementatie in de praktijk 10
Onderzoeksmethodiek 12
Vereisten 12
Zelf ontwikkelen instrument voor GMD+ 13
Programmeren 16
Afname en registratie GMD+ 17
Resultaten 19
1 Oproepen (GMD, brieven) 19
Fase 2 19
Fase 3 19
2 Bevragen 19
Begrijpbaarheid vragenlijst 19
IT 20
Tijd 20
3 Actieplannen: grafieken 21
Deelnemers: leeftijd en geslacht 21
Bloeddruk 21
Diabetes 21
Hart- of vaatziekte 22
Roken 23
Lichaamsbeweging en gezonde voeding 23
Body Mass Index 24
Tetanusvaccinatie 25
Uitstrijkje en mammografie 26
Alcohol 26

Depressieve gevoelens 30
4 Uitvoering, na-meting 31
Discussie 33
1 Oproepen (GMD, brieven) 33
2 Bevragen 33
Begrijpbaarheid vragenlijst 33
IT 34
Tijd 35
3 Actieplannen: opmerkingen 36
Deelnemers: leeftijd en geslacht 36
Hypertensie 36
Diabetes 36
Hart- of vaatziekte 36
Roken 36
Lichaamsbeweging en gezonde voeding 37
Body Mass Index 37
Tetanusvaccinatie 37
Uitstrijkje en mammografie 38
Alcohol 38
Depressieve gevoelens 38
4 Uitvoering 38
Tijdswinst 38
Praktische problemen 39
Follow-up 39
Na de studie 39
Besluit 40
Sterktes en zwaktes 40
Is het gebruiken van het GMD+ in onze praktijk nuttig ? Antwoorden op de 4 onderzoeksvragen 40
Wat zijn de voor-en nadelen van screening? 40
Is het GMD+ een goed screeningsinstrument? 40
Is het GMD+ een haalbaar instrument? 41
Resultaten voor de praktijk: kwantitatieve analyse 41
Algemene bedenkingen 42
Referenties 43
Dankwoord 45
Bijlagen 46

Inleiding

Themakeuze

De laatste jaren besteedt de media steeds meer aandacht aan preventie. De huisarts speelt hierin een centrale rol. Als beheerder van het globaal medisch dossier vonden de artsen in mijn opleidingspraktijk het belangrijk om de best mogelijke preventie aan te bieden. Dit wordt echter nog niet op een systematische manier gedaan. Gezien de praktijk groeit, wordt het ook steeds belangrijker om alle informatie te noteren in het dossier.
Sinds 2011 stelt Domus Medica een vragenlijst ter beschikking die aansluit bij hun preventiegids. Hier werd voor de aanvang van deze masterproef nog geen gebruik van gemaakt in deze opleidingspraktijk. We vroegen ons af of de vragenlijst een meerwaarde zou kunnen betekenen in de praktijk.

Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is om het GMD+ te integreren in de praktijk. De voorwaarden hiertoe zijn dat het snel en gebruiksvriendelijk is. Aan de hand van de resultaten van dit onderzoek zullen we besluiten of het gebruik van het GMD+ een meerwaarde betekent voor onze praktijk.

Onderzoeksvraag

Is het gebruiken van het GMD+ in de praktijk nuttig? Om dit te beoordelen wordt antwoord gegeven op de volgende 4 vragen:

1. Wat zijn de voor- en nadelen van screening?
2. Is het GMD+ een goed screeningsinstrument?
3. Is het GMD+ een haalbaar instrument?
    a. voor de arts: hoeveel tijd kost het om de actieplannen op te stellen? Dit wordt onderzocht in de literatuur en nagegaan in de eigen praktijk.
    b. voor de patiënt: kwantitatieve analyse van verkeerde en niet ingevulde antwoorden
4. Wat zijn de resultaten voor de praktijk? De resultaten zullen kwantitatief geanalyseerd worden.

Literatuuronderzoek

Zoekstrategie

Om een antwoord te vinden op de eerste onderzoeksvraag: "Wat zijn de voor- en nadelen van screening?" zoeken we naar literatuur die de voor- en nadelen van screening en preventie belicht. We maken hiervoor gebruik van de Cebam-search met de termen "*screening*", "*preventive*", "*preventie*", "*prevention*". Een Cochrane-search met de zoektermen "*prevention*" en "*screening*" levert respectievelijk 1473 en 482 resultaten op. Gezien de grote hoeveelheid artikels wordt deze zoekactie verfijnd. De zoekterm "*prevention primary care*" resulteert in 47 artikels, "*primary care screening*" levert 64 resultaten op en "*systematic prevention*" levert er 119 op.
Gezien huisartsen de doelgroep van deze masterproef zijn, wordt er ook gezocht in de specifieke huisartsenliteratuur. Huisarts en wetenschap toont 309 resultaten voor "*screening*" en 91 voor "*systematische preventie*".
Al de bekomen resultaten worden vervolgens overlopen en geselecteerd op basis van titel. De artikels moeten over algemene preventie gaan en niet slechts 1 deelaspect onderzoeken (bv. screening van colonkanker). Indien het onderwerp op basis van de titel niet helemaal duidelijk is, wordt ook de abstract gelezen.
Om de zoektocht te vervolledigen, zochten we tenslotte op PubMed. Via de filter werden enkel "systematic reviews" en "free full text" geselecteerd. De zoekterm "screenings geeft 50198 titels. De zoektermen worden uiteindelijk verfijnd tot "primary care screening prevention" hetgeen 195 resultaten oplevert. Bij de artikels die op basis van titel en abstract nuttig lijken, wordt ook steeds gekeken naar de "related articles".

Om een antwoord te formuleren op de algemene onderzoeksvraag: "Is het gebruiken van het GMD+ in de praktijk nuttig?" volgen we de volgende strategie:
De basis van deze thesis is de gezondheidsgids van Domus Medica. Deze wordt dus eerst grondig doorgenomen. Vervolgens zoeken we de richtlijnen over de besproken onderwerpen via de website van de NHG-standaarden en de Domus Medica richtlijnen. Via de zoekfunctie van de ICHO-website voor masterproeven zoeken we met de termen "*preventie*", "*GMD*" en "*gezondheidsgids*". Het eindwerk van de 7^{e}-jaars geneeskunde uit 2011 over het GMD+ wordt opgevraagd.

Wat zijn de voor- en nadelen van screening en primaire preventie?

Deze alinea probeert een antwoord te formuleren op de eerste onderzoeksvraag.

Screening en preventie zijn niet meer weg te denken uit onze huidige maatschappij. De start wordt reeds voor onze geboorte gegeven met levensstijladviezen aan de moeder, echografies, Down-screening. Na de geboorte neemt Kind en Gezin het over.

Screening heeft als doel om ziektes op te sporen bij mensen die op het moment van de screening klachtenvrij zijn. De doelstelling hierbij is om morbiditeit te voorkomen of een grotere kans op genezing te bekomen met minder invasieve therapieën. (1)

Preventie heeft als doel ziektes te voorkomen.

De doelstellingen van preventie en screening kunnen enkel aangemoedigd worden. Er is echter ook een keerzijde aan de medaille.

Screening vergt heel wat tijd en inspanning van artsen of andere gezondheidswerkers, terwijl de kans dat er een ziekte of risicofactor opgespoord wordt laag is. Bovendien is er ook steeds een kost aan verbonden. Primaire preventie is 4 keer zo kosteneffectief als secundaire preventie. Vaccinatie is hier een zeer duidelijk voorbeeld van. (2) Dit geldt echter niet voor alle aandoeningen: Fleming et al. concluderen in hun systematic review dat primaire preventie door gedragsverandering slechts een zeer beperkt effect heeft op cardiovasculaire aandoeningen. Zij raden dan ook aan om de tijd en het geld dat hieraan gespendeerd wordt te gebruiken voor patiënten met een hoger risico. (3) Niet elke aandoening is geschikt om opgenomen te worden in een screeningsprogramma. Wilson en Jugner stelden tien criteria op waaraan een goed screeningsprogramma moet voldoen (4):

1. *Relevant*: de op te sporen ziekte moet tot de belangrijke gezondheidsproblemen behoren.
2. *Behandelbaar*: de ziekte moet behandelbaar zijn met een algemeen aanvaarde behandelingsmethode.
3. *Voorzieningen*: er moeten voldoende voorzieningen voorhanden zijn om de diagnose te stellen.
4. *Herkenbaar*: er moet een herkenbaar latent stadium bestaan wil de opsporing de moeite lonen.
5. *Natuurlijk verloop*: het natuurlijk verloop van de op te sporen ziekte moet bekend zijn.
6. *Wie is ziek?* Er moet overeenstemming bestaan over wie als ziek moet worden beschouwd.
7. *Opsporingsmethode*: er moet een bruikbare opsporingsmethode bestaan.
8. *Aanvaardbaarheid*: de opsporingstest moet aanvaardbaar zijn voor de bevolking.
9. *Kosten-baten*: de kosten moeten evenredig zijn met de baten.
10. *Continuïteit*: het proces van opsporing dient continu te zijn.

Screening gebeurt bij mensen zonder klachten. Slechts een klein aantal deelnemers zal dus effectief een voordeel uit de screening halen, doordat symptomen vroeger opgespoord worden

en de behandeling sneller kan opgestart worden of minder invasief is. De meerderheid van de mensen zal geen baat ondervinden. (1)(5) Het is belangrijk om er voor te zorgen dat deze groep zo weinig mogelijk schade ondervindt. (6)
De mensen uitnodigen om deel te nemen aan een screeningstest kan angst of stress uitlokken: ze worden geconfronteerd met het feit dat ook zij een risico hebben op een bepaalde aandoening waar ze anders niet bij stil staan. Verder kan de uitslag van een screeningsonderzoek schade berokkenen: een goede uitslag kan een vals gevoel van veiligheid geven, waardoor de patiënt langer zal wachten om met symptomen naar de arts te komen. Een (vals) positieve uitslag kan op zijn beurt stress en angst induceren. (5) De bijkomende onderzoeken die verbonden zijn aan een positieve uitslag kunnen op hun beurt zorgen voor ongemakken, stress en nevenwerkingen. Het mag verder ook zeker niet de bedoeling zijn om een "gezonde patiënt" een ziektegevoel aan te praten op basis van enkele risicofactoren of een positieve test. (7)

Het is dus belangrijk om de patiënt vooraf te informeren over de doelstellingen, de screeningsmethodes en de mogelijke uitkomsten en de gevolgen daarvan en de zin of onzin van een behandeling. De arts moet realistische verwachtingen scheppen, zodat de patiënt beseft dat geen enkele test 100% zekerheid biedt. (1) Op basis van deze informatie kan de patiënt dan zelf een beslissing nemen. De manier waarop deze informatie gepresenteerd wordt, kan de patiënt sterk beïnvloeden. De arts kan vooral aangeven hoe groot de kans op ziekte is (negatieve framing). De patiënt zal hierdoor sneller geneigd zijn om een behandeling op te starten dan wanneer de arts de nadruk legt op het aantal mensen dat gezond zal blijven (positieve framing). Een goede risicocommunicatie moet dus de twee aspecten belichten. Volgend voorbeeld uit een artikel van Huisarts en Wetenschap zorgt ervoor dat de patiënt zo weinig mogelijk beïnvloed wordt: *"Als een groep van 100 personen zoals u 10 jaar gevolgd wordt, dan –zo blijkt uit onderzoek- zullen 22 van die personen een hart of vaatziekte ontwikkelen en 78 personen niet. Ik weet niet of u een van die 78 bent of een van die 22."* (8)
Een cochrane review relativeert het framing-effect. Uit de 35 studies die geïncludeerd werden, blijkt dat framing slechts een minimaal effect heeft op het gedrag van de patiënten. (9)
Een andere mogelijkheid om de patiënt te informeren en te helpen bij de beslissing om een weloverwogen keuze te maken zijn decision aids. Ze helpen bij het afwegen van de voor- en nadelen van een screening of behandeling en informeren over kansen en wetenschappelijke onzekerheid. Zo kunnen ze bijvoorbeeld helpen om de keuze te maken tussen wel of geen PSA-screening. (10) Werken met decision aids zorgt ervoor dat de patiënten meer kennis hebben en minder beslissingsstress ervaren en dat ze een actievere rol spelen in het maken van een beslissing. De tevredenheid van de patiënten achteraf is even groot met of zonder deze hulpmiddelen. (11)

Is het GMD+ een goed screeningsinstrument?

Deze alinea probeert een antwoord te geven op de tweede onderzoeksvraag.
In zijn masterproef beschrijft Tom Desmet dat de kennis van de richtlijnen over preventie-onderwerpen laag is. Er zijn zeer veel richtlijnen ter beschikking over preventieve geneeskunde in de eerste lijn. Heel wat artsen zien door de bomen het bos niet meer. (12)
Het GMD + probeert hierop een antwoord te bieden door een relatief eenvoudig instrument aan te bieden aan de huisartsen. Domus Medica biedt drie hulpmiddelen aan: een handleiding die gebaseerd is op aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering en/ of internationale guidelines, een vragenlijst voor de patiënt met een gedeelte voor interpretatie door de arts en een afsprakenkaartje. (13)

Het GMD+ is de preventiemodule van Domus Medica. Patiënten tussen de 45 en de 75 jaar oud met een globaal medisch dossier kunnen er aan deelnemen. De bedoeling is om samen met de patiënt een preventieplan op maat uit te stippelen. De patiënt beantwoordt een aantal screeningsvragen over verschillende topics. De antwoorden hierop bepalen het verdere beleid van de arts. De onderwerpen die gescreend worden, zijn de volgende:
- cardio-vasculair risico
- rookstop
- gezonde voeding
- fysieke activiteit
- diabetes
- vaccinaties (tetanus/difterie, influenza, pneumokokken)
- borstkanker
- baarmoederhalskanker
- colorectale kanker
- alcohol
- depressieve klachten

Domus Medica stelde ondertussen reeds een tweede, aangepaste versie van zijn preventiemodule voor. Dankzij de derderbetalersregeling die van toepassing is op het GMD+, is het voor de patiënt kosteloos. (14)
De gezondheidsgids, die de spil is van het GMD+, werd in 2011 kritisch onder de loep genomen door een groep studenten onder leiding van Prof. Dr. P. De Cort. Per onderwerp hebben zij onderzocht of het thema up-to-date is met de bestaande evidence en of de gestelde vragen kunnen beschouwd worden als een goede screeningsmethode. (15)
De themata van de gezondheidsgids worden op basis van de tien criteria van Wilson en Jugner beoordeeld. Rookstop, opsporing van diabetes en screening voor baarmoederhalskanker halen tien op tien. De topics gezonde voeding, vaccinaties, borstkanker en colorectale kanker scoren goed op 9 van de 10 bovenstaande punten. Hart- en vaatziekten, fysieke activiteit kregen

meerdere opmerkingen. Alcohol en slaap- en kalmeermiddelen werden op minstens één criterium negatief beoordeeld. (15) Dit laatste onderwerp vinden we niet meer terug in de meest recente versie van de gezondheidsgids. Het onderwerp depressieve klachten werd pas in de tweede versie van de gezondheidsgids toegevoegd, waardoor dit niet bestudeerd werd in dit onderzoek.
We kunnen hieruit concluderen dat de gids kan beschouwd worden als een handig hulpmiddel voor de arts om de patiënt wetenschappelijk onderbouwde preventie op maat aan te bieden. De vragenlijst biedt houvast aan arts en patiënt om dit op een gestructureerde manier te doen. We dienen echter in ons achterhoofd te houden dat het geen perfect instrument is, zoals hoger besproken werd.

De tweede onderzoeksvraag *"Is het GMD+ een goed screeningsinstrument?"* is hiermee dan ook beantwoord. We kunnen de gezondheidsgids als wetenschappelijk beschouwen aangezien hij gebaseerd is op quaternaire bronnen. Niet alle onderwerpen die behandeld worden, voldoen aan alle criteria van Wilson en Jugner.
Volgens enkele masterproeven kan het GMD+ wel degelijk een meerwaarde hebben in de praktijk. Enkele HAIO's concluderen dat het GMD+ een significante verbetering gaf in de opvolging van meerdere van de preventiethema's (16)(17) en in de invulling van het EMD over deze onderwerpen. (18)

Is het GMD+ een haalbaar instrument: literatuur?

Opkomst

Bij een screening is het uiteraard de bedoeling dat zo veel mogelijk mensen van de doelgroep deelnemen. De respons van de patiënten hangt sterk af van het medium dat gebruikt wordt om de mensen op te roepen.
Liesbet Pauwels ging na hoe doeltreffend het is om vragenlijsten met bijbehorende informatiefolders uit te delen in de praktijk. Ze concludeert dat een vierde van de doelgroep reageert op de uitnodiging. Twee vijfde is te motiveren als ze nadien nog eens telefonisch verwittigd worden. Er dient hierbij opgemerkt te worden dat het gaat over patiënten die reeds op raadpleging kwamen. Het is niet duidelijk of het rondzenden van brieven naar alle patiënten die in aanmerking komen een even hoge responsratio geeft. (19)
De responsratio met een oproepbrief in een andere masterproef bedroeg 33.3%. De opkomst is hoger bij een schriftelijke én mondelinge uitnodiging dan bij enkel een schriftelijke. (16)
Eline Tratsaert heeft in haar onderzoek een respons van 20,19% na een schriftelijke uitnodiging. (20)
Eind 2009 startte men in 16 huisartsenpraktijken met de Nederlandse tegenhanger van het GMD+: Preventieconsult Cardiometabool risico. Zij gebruiken een ander systeem om patiënten op te roepen. In dit programma worden enkel de patiënten met een verhoogd risico

verwezen naar hun huisarts. Patiënten dienen eerst een online risicoschatting in te vullen om hun risico in te schatten. Uit de eerste resultaten blijkt dat een derde van de mensen die uitgenodigd werden per brief het online formulier invulden, en slechts 2.5% (1% van de doelpopulatie) van de mensen die op de hoogte gebracht werden via folders in de wachtzaal. 64% van de personen die het formulier invulden, had een verhoogd risico en ongeveer de helft (142/392) hiervan bezocht zijn huisarts. Bij 1 op 5 van hen werd een cardiometabole aandoening vastgesteld. (21)

Verschillende studies onderzochten reeds interventies om de deelname aan screeningsprogramma's te vergroten. Volgende interventies zijn volgens onderzoek effectief: Interventies die zich richten op zowel de patiënten als de zorgverleners, interventies die deelnemers actief benaderen, interventies waarbij gebruik gemaakt wordt van een elektronische databank en tenslotte interventies die in de dagelijkse zorgverlening geïmplementeerd worden. Geschreven of telefonische uitnodigingen voor een (vaste) afspraak verhogen de uptake. (22)(23) De telefonische variant is duurder dan de geschreven. Uitnodigingen die gevolgd worden door een reminder verhogen de uptake, maar ook de kost ten opzichte van een eenmalige uitnodiging**.** (22) Voor sommige groepen is het zinvol om de financiële barrières te verminderen. Reminders voor de artsen verhogen eveneens de uptake. (23) Vele artikels zijn het er over eens dat de beschikbare evidence erg heterogeen is en moeilijk met elkaar te vergelijken is, waardoor het moeilijk is om een eenduidige conclusie te trekken. (22)(23)(24)(25)

Er dient opgemerkt te worden dat niet enkel het aantal gescreende patiënten van belang is, maar dat de geïnformeerde deelname van patiënten steeds belangrijker wordt. (23)(25)

Implementatie in de praktijk

Lenie Jacobs onderzoekt in haar masterproef wat de plus- en minpunten zijn van het GMD+ in de praktijk. Hiervoor doet ze een onderzoek bij de huisartsen van de wachtkring Malle-Zoersel. Zij concludeert dat de gids een wetenschappelijk onderbouwd, volledig en gebruiksvriendelijk instrument is om op een systematische manier aan preventie te doen. Toch slaagt slechts minder dan de helft van de ondervraagde artsen erin om het ook daadwerkelijk te gebruiken in de praktijk en preventieplannen op te stellen. De tijd die de huisartsen aan het opstellen van de actieplannen besteden, verschilt van 5 minuten tot 30 minuten. (26)

Tijdsgebrek en hoge werkdruk zijn een van de belangrijkste factoren waardoor het moeilijk wordt om aan preventie te doen in een drukke huisartsenpraktijk. (2) Tot deze conclusie komt men ook in andere masterthesissen waarin de gezondheidsgids of een deel ervan geëvalueerd wordt. De tijd die door de meeste HAIO's besteed wordt aan een preventieconsult, is vaak veel langer dan bij een gewoon consult. Een HAIO beschrijft dat ze 1 uur voorziet per consultatie. (16) In een ander praktijkproject wordt er 45 minuten per consult voorzien. (17) In een andere manama wordt er 30 minuten voor deze patiënten voorzien, maar slechts ¼ van de

preventieconsultaties is ook afgerond binnen deze tijdsspanne. (20) Nog een andere HAIO neemt een dubbele tijdsspanne ten opzichte van de normale raadplegingen. (18) In een andere studie duurde de preventieve raadplegingen bijna 1 uur voor individuele patiënten. Bij koppels ging het sneller. De gemiddelde tijdsduur was 43 minuten. (27) Het is niet realistisch om voor elke patiënt hieraan zo veel tijd te spenderen buiten het kader van een onderzoek. Een aantal HAIO's stellen zich terecht de vraag of het wel haalbaar is om hun project verder te zetten wanneer hun onderzoek afgelopen is.

Een grote groep patiënten komen niet uitsluitend voor de bespreking van hun preventiedossier, maar ook voor andere problemen, zelfs indien er uitdrukkelijk gevraagd wordt om dit niet te doen. Dit vormt een bijkomende moeilijkheid. In een studie komt 44% ook voor andere vragen (16), in een andere praktijk komt bijna 50% ook voor andere klachten (20).

Naast tijd, zijn een gebrek aan kennis, een gebrek aan skills en de arts die zelf niet gelooft in het nut van de screening, de belangrijkste barrières bij de artsen voor het invoeren van een screeningsprogramma in de eerste lijn. (2) Een onderzoek uit België toont aan dat LOK's een goede plaats zijn om artsen te informeren en te motiveren**.** (25) Gekwalificeerde sprekers over de gezondheidsgids zouden de twee laatste barrières kunnen verminderen.

Patiënten geven eveneens tijdsgebrek, "de zin er niet van inzien", aan als hun belangrijke drempels. Verder komen ook eigen desinteresse en te weinig initiatief van de arts op de lijst voor. Een cochrane review over het invoeren van preventie in de eerste lijn stelt vast dat multifacettaire interventies, die verschillende barrières tegelijkertijd aanpakken, effectiever maar ook duurder zijn dan enkelvoudige interventies. (24)(28) De meeste interventies hebben bovendien slechts een klein tot matig effect. (24)

Een van de doelstellingen van deze masterproef is om deze barrières in onze praktijk zo veel mogelijk te overwinnen door de andere collega's in de praktijk uitleg te geven over de werking van de gezondheidsgids en een instrument te ontwikkelen waardoor het opmaken van actieplannen gemakkelijker en sneller gaat.

Onderzoeksmethodiek

Vereisten

Het is de bedoeling om al onze patiënten die in aanmerking komen voor het GMD+ de kans te geven om deel te nemen. Concreet betekent dit dat er 531 patiënten een uitnodiging krijgen. Zoals in de literatuur beschreven, is het een uitdaging om deze preventieconsulten af te werken binnen de tijdsspanne van 1 raadpleging.
De vereisten om dit project te doen slagen, werden op de vergadering in de praktijk besproken. De barrières in onze praktijk bleken erg gelijklopend met diegene die beschreven werden in de literatuur: de artsen waren onvoldoende op de hoogte van de inhoud en de werking van het GMD+, tijdsgebrek bleek de grootste struikelblok. De facilitators in deze praktijk waren dat alle artsen het belangrijk vonden om de preventie in de praktijk op punt te stellen en om alles goed in te geven in het dossier. Gezien de praktijk gegroeid is van een solo-praktijk naar een duo-praktijk met HAIO, is het invullen van het EMD steeds belangrijker. Een extra motivator was dat ze hulp kregen bij de opstart van het project: ze moesten de werking van de instrumenten niet zelf uitzoeken en ze konden bij problemen steeds bij mij terecht. Uiteindelijk werden er 4 voorwaarden als essentieel beschouwd:
- *uitleg* over de zin van de gezondheidsgids en hoe hem te gebruiken.
- een instrument ontwikkelen zodat de actieplannen zo snel mogelijk opgesteld worden: *tijd*
- het moet duidelijk zijn bij welke patiënt er al een GMD+ werd uitgevoerd
- de actieplannen moeten duidelijk in het *medisch dossier* komen, zodat ze nadien vlot uitgevoerd kunnen worden

Verder zou het project - indien mogelijk - ook aan volgende punten moeten voldoen:
- ook patiënten die niet speciaal voor het preventieconsult komen, zouden een *screening* moeten krijgen, hoewel een aparte raadpleging hiervoor toch te verkiezen is.
- het programma dat helpt bij het opstellen van de actieplannen moet beschikbaar zijn op *alle computers* en vanzelf synchroniseren.
- de antwoorden moeten gelinkt zijn met *het dossier van de patiënt*.
- de *kostprijs* mag niet te hoog zijn.

Zelf ontwikkelen instrument voor GMD+

Een van de vereisten voor de implementatie van het GMD+ is dat het snel en gebruiksvriendelijk is. Ik stelde op een vergadering in de praktijk de gezondheidsgids en de hulpmiddelen van Domus Medica voor. De papieren versie werd door de artsen in onze praktijk te omslachtig bevonden. De voornaamste struikelblokken in onze praktijk waren dat het te veel tijd in beslag nam om uit te zoeken welke actieplannen moeten opgesteld worden. Verder vonden de artsen het lastig om bij bepaalde actieplannen telkens de gezondheidsgids erbij te nemen, bijvoorbeeld om de AUDIT-vragenlijst af te nemen. Wanneer de actieplannen opgesteld zijn, moet alles nog eens ingetypt worden in het dossier. Ook dit is te tijdrovend wanneer de arts dit zelf moet doen. Over de vragenlijst waren er geen opmerkingen.

De conclusie van de eerste vergadering is dus dat er een instrument moet ontwikkeld worden dat niets verandert aan de wetenschappelijkheid van het GMD+. De vragen en de manier om tot een actieplan te komen moeten ongewijzigd blijven. De interpretatie van de vragen en het opstellen van de actieplannen moet zo veel mogelijk geautomatiseerd worden. De opgestelde plannen moeten gemakkelijk overgebracht kunnen worden in het dossier van de patiënt. De ingevulde vragenlijsten moeten op elke computer in de praktijk beschikbaar zijn.

Aangezien ik dit zelf wilde doen, is het bestand ontwikkeld met eenvoudige en niet-gespecialiseerde methodes. Ik maakte een bestand in Excel 2010 dat geopend kan worden vanop elke computer in de praktijk. Voor de synchronisatie gebruikte ik Dropbox.

De arts dient de leeftijd, naam en geslacht van de patiënt in te geven. De naam kan nadien gemakkelijk verwijderd worden voor statistisch onderzoek, maar is nuttig als de vragenlijst van een bepaalde patiënt moet opgevraagd worden.
Het document is zo opgesteld dat het eerst automatisch nagaat of de leeftijd van de patiënt binnen de juiste grenzen valt. Indien dit niet het geval is, zegt het programma dat de patiënt niet in aanmerking komt. De mogelijkheid bestaat wel om toch verder te gaan met de vragenlijst, indien gewenst.
De vragen die niet van toepassing zijn voor een individuele patiënt, zullen niet meer zichtbaar zijn. Zo zullen de vragen over mammografie en PAP-testen verdwijnen bij een man. De vragen over het uitstrijkje zullen ook niet getoond worden aan vrouwen die niet meer in de screeningsleeftijd vallen. Dit om fouten door snelheid of onzorgvuldigheid te vermijden.

De vragenlijst van Domus Medica bestaat bijna allemaal uit meerkeuzevragen. In het document zijn alle mogelijke keuzes voorgeprogrammeerd, zodat de arts niet per ongeluk iets verkeerd kan ingegeven. De vakjes zijn vooraf ingevuld met het niet-afwijkende, “gezonde” antwoord. Dit zorgt ervoor dat het ingeven van de vragen sneller gaat omdat er bij de meeste

patiënten niet veel meer moet veranderd worden. Het standaard antwoord kan uiteraard veranderd worden indien gewenst.
Het programma stelt vervolgens automatisch de actieplannen op. Hij doet dit identiek aan de manier waarop de arts het zou moeten doen volgens de GMD+ vragenlijst van Domus Medica. Dat wil zeggen dat voor bepaalde acties ook rekening gehouden wordt met de leeftijd, het geslacht en antwoorden op andere vragen. *Indien een patiënt geen familieleden met colorectale kanker heeft en boven de 50 jaar is, zal het programma aangeven dat een FOBT aangeboden mag worden, indien hij jonger is, zal het programma hierover niets zeggen.* Af en toe wil de vragenlijst dat de arts voor de interpretatie ook met andere aandoeningen rekening houdt, waarnaar niet getoetst wordt in de vragenlijst. Om het programma toe te laten deze zelf in rekening te brengen, zonder dat de arts er moet over nadenken, zijn er enkele vragen toegevoegd.
De vragenlijst van Domus Medica werd dus een beetje aangepast. Zo is er nu ook een vraag die nagaat of er miltproblemen zijn. De lay-out ziet er ook anders uit, zodat hij er visueel meer uitziet zoals het Excel-document. Deze aanpassing bleek nuttig om de antwoorden vanop het blad gemakkelijker over te brengen naar het document.
Voor de vraag over alcohol werd het document zo ingesteld dat, indien de patiënt op de eerste vraag over alcohol antwoordt dat hij nooit alcohol drinkt, er geen andere vragen over dit topic verschijnen. Indien de patiënt (af en toe) wel alcohol drinkt, verschijnen de twee volgende vragen ook. Het programma houdt bij hoeveel punten de patiënt scoort op deze vragen en welk geslacht de patiënt heeft. Indien de score voor mannen 5 of meer is, worden alle vragen van de AUDIT beschikbaar. Voor vrouwen is dit reeds vanaf 4 punten. Ook bij de AUDIT kan er enkel gekozen worden uit de vooraf bepaalde keuzemogelijkheden.

De computer maakt alle actieplannen. Deze preventieplannen worden getoond in het roze vakje bovenaan. Dit kan integraal gekopieerd worden naar de “follow-up” in het medisch dossier. Bij de volgende raadpleging ziet de arts meteen welke actieplannen nog niet uitgevoerd zijn.
Het ingeven van de vragen, het kopiëren van de actieplannen en een aanduiding in het dossier maken dat het GMD+ afgenomen is, duurt gemiddeld 1 minuut en 21 seconden bij vragenlijsten die volledig ingevuld zijn. Wanneer er in het dossier ook nagegaan wordt of de vragen correct ingevuld zijn of wanneer de vragenlijsten niet volledig ingevuld zijn, neemt dit uiteraard meer tijd in beslag. In onze praktijk wordt de “follow-up” gebruikt om de arts te herinneren aan alle nodige onderzoeken of bloednames. Het is dus een logische keuze om ook de actieplannen hier bij te voegen.

Om het uitvoeren van de actieplannen te vergemakkelijken, werd een apart document ontworpen voor de AUDIT. De flowchart voor borstkanker en colonkanker werd ook

duidelijk op het bureaublad gezet. Om het berekenen van de SCORE te versnellen, installeerden we een programma van Pfizer. Dit programma haalt de gegevens die nodig zijn voor de berekening automatisch uit het dossier. Nadien wordt de berekende score ook automatisch in het EMD opgeslagen. Voordien werden de papieren score-tabellen hiervoor gebruikt.

In juni 2012 kwam er voor het medisch programma Health-One een tool ter beschikking voor het GMD+. Deze tool is zeer uitgebreid en oogt zeer mooi. We besloten om bij enkele patiënten beide methodes te gebruiken om te kijken welke voor onze praktijk de meest praktische is. De nieuwe tool heeft als voordeel dat alle antwoorden geregistreerd staan in het dossier en niet alleen de actieplannen. Het nadeel is dat het een erg omslachtige tool is en dat het veel tijd inneemt. Een oplossing is om enkel de oorspronkelijke vragen van het GMD+ te beantwoorden, maar deze staan niet meer duidelijk aangeduid. De tool is veel uitgebreider dan de gezondheidsgids.
We besloten om te blijven werken met het Excel-bestand als screeningsmethode en om de actieplannen op te stellen. De tool in Health-One gebruiken we enkel als hulpmiddel bij het uitvoeren van de actieplannen, bijvoorbeeld om de motivatie tot rookstop in te schatten of om meer in detail na te gaan wat de voedingsgewoontes zijn.

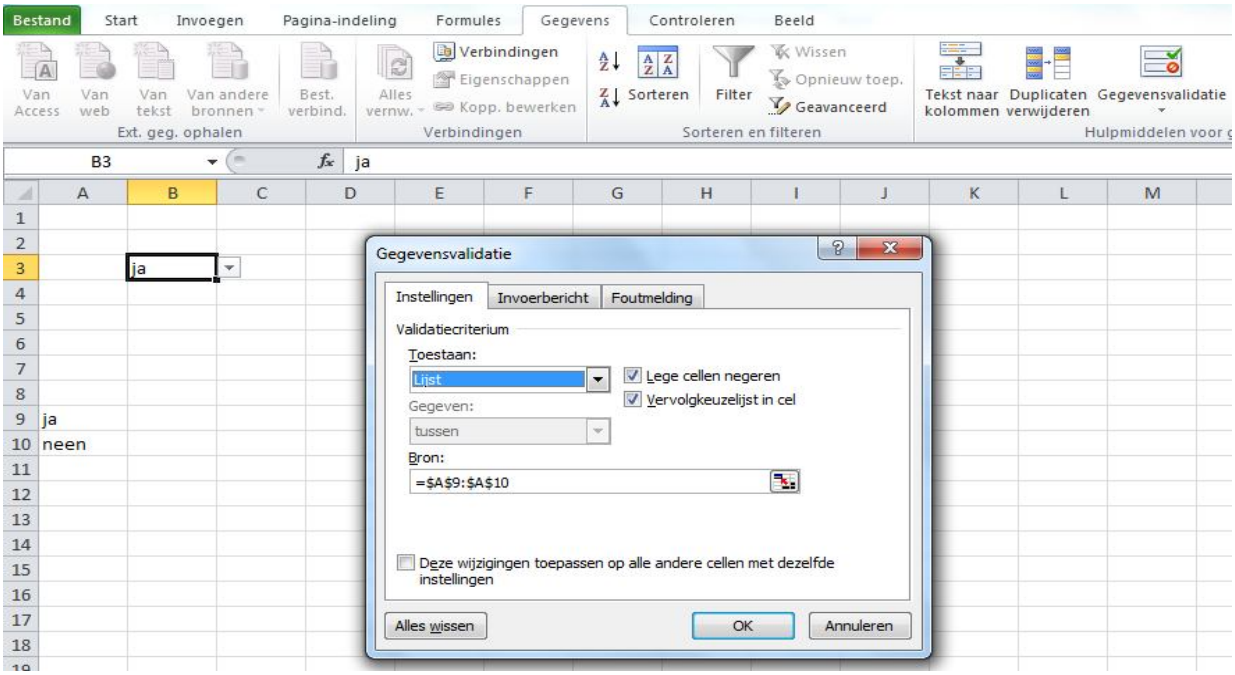
Programmeren

De vereisten voor het programma werden bij aanvang reeds vastgelegd. Het programma moest het mogelijk maken om tussen vooraf bepaalde antwoorden te kiezen, het moest een automatische interpretatie van de antwoorden geven en de actieplannen moesten in de follow-up van het medisch dossier terecht komen. Verschillende methodes werden in overweging genomen. In Health-One kan er gewerkt worden met zelf opgestelde vragenlijsten. Het voordeel hiervan is dat de antwoorden meteen in het EMD staan. Het nadeel is dat Health-One geen interpretatie van de antwoorden geeft, en dat de antwoorden nog steeds moeten gekopieerd worden naar de follow-up. Excel was de tweede mogelijkheid, omdat het een relatief eenvoudig programma is en omdat ik het reeds af en toe gebruikte tijdens mijn studies. Het grootste minpunt is dat het niet automatisch geïntegreerd staat in het EMD. Een derde optie was om een professioneel programma te schrijven dat aan alle voorwaarden zou voldoen. Het was echter een voorwaarde om het zelf te kunnen schrijven, waardoor de laatste optie weg viel.

We kozen ervoor om een document te maken in Excel. Er wordt gewerkt met een beperkt aantal formules. Dit zorgt er soms voor dat formules lang worden, en waarschijnlijk op een meer professionele manier kunnen geschreven worden. Het is echter niet de bedoeling om professionele code te schrijven, maar om zelf een document te maken dat werkt, tijd bespaart en nog kan aangepast worden indien nodig. Het zou ons te ver leiden om alle gebruikte formules grondig uit te leggen. Een kort overzicht van de twee meest voorkomende methodes geeft echter weer dat met een beperkt aantal functies reeds heel wat geïmplementeerd kan worden.

De meest gebruikte formule is de volgende:
ALS(logische-test;waarde-als-waar;waarde-als-onwaar)
ALS(C5=”ja”;”rookstop aanbevelen”;””)
Bij de logische test ga je na of cel voldoet aan een bepaalde voorwaarde. Voorbeeld: Rookt u. Het antwoord hierop wordt aangeduid in cel C5. De logische test is hier: Staat er in C5 het woord “ja”? Indien er in de cel C5 het woord “ja” staat, dan verschijnt er “rookstop aanbevelen”. Indien er iets anders in de cel staat, verschijnt er niets. C5 verwijst dus naar een cel in het document; alles tussen “” is letterlijke tekst.
Ook wanneer er voldaan moet worden aan meerdere voorwaarden, kan de formule gebruikt worden.
ALS(A5>55;ALS(F5=”neen”;”FOBT aanbevelen”;”risico inschatten”);””)
De test is hier: is de patiënt ouder dan 55? Indien dit zo is, wordt er een nieuwe voorwaarde opgesteld. Als het antwoord op de vraag over coloncarcinoom in de familie ‘neen’ is, toont het programma de tekst ‘FOBT aanbevelen’; indien het antwoord ‘ja’ is, wordt er het advies

gegeven om het risico op coloncarcinoom in te schatten. Indien de patiënt jonger is dan 55 jaar, gebeurt er niets.
De tweede functie waar frequent gebruik van gemaakt wordt, zorgt ervoor dat er in een bepaalde cel enkel vooraf bepaalde antwoorden mogelijk zijn.



Onderaan in het document worden de antwoorden opgesomd die toegestaan zijn. Vervolgens wordt de cel geselecteerd waaraan de beperkingen opgelegd worden. Met de knop “gegevensvalidatie” kunnen er restricties opgelegd worden. Bij instellingen wordt ervoor gekozen om enkel een lijst toe te staan. Bij “bron” wordt ingegeven waar de lijst met toegelaten antwoorden staat. Vervolgens kan bevestigd worden door op OK te klikken.

Het document bewijst dat het mogelijk is om als arts zelf programma’s te schrijven die de praktijk verder kunnen automatiseren.

Afname en registratie GMD+

De afname en registratie zijn onder te verdelen in 3 fases.
Fase 1: In de eerste fase wordt het programma getest op praktijkmedewerkers en familie. Initieel werd alles met de papieren versie nagekeken. Deze vragenlijsten worden niet allemaal verwerkt in “resultaten”. Dit omdat de proefpersonen niet allemaal een GMD hebben in onze praktijk en omdat ze niet allemaal in de juiste leeftijdscategorie vallen.
In deze fase wordt ook al nagegaan welke patiënten voldoen aan de voorwaarden voor het GMD+. Via het medisch programma Health-One wordt er een lijst gemaakt van alle patiënten tussen 45 en 75 jaar die ook een GMD hebben in de praktijk. Om niet alle adressen met de hand te moeten schrijven, wordt gebruik gemaakt van de mogelijkheid in Word om uit de bekomen lijst namen en adressen te extraheren en op enveloppen te printen.

Fase 2 start begin mei, na goedkeuring van de ethische commissie. Ondertussen hebben alle artsen in de praktijk het programma onder de knie en zijn de reeds opgespoorde fouten in het programma opgelost. In fase 2 liggen de vragenlijsten in de wachtzaal en hangt er een uitnodiging op om deel te nemen. In deze fase nemen 85 mensen deel.
Fase 3 start midden juli 2012 wanneer er via de post een uitnodiging verzonden wordt om deel te nemen aan het GMD+. Hierin wordt uitgelegd wat het doel is van de screening en hoe de patiënten kunnen deelnemen. Ook de vragenlijst wordt mee verstuurd. In de brief wordt gevraagd om op raadpleging te komen en een klevertje van het ziekenfonds mee te nemen. Via het medische dossier maken we een lijst van alle patiënten met een GMD in onze praktijk die tussen 45 en 75 jaar oud zijn. De lijst bevat 531 namen. De patiënten die in fase 2 reeds deelnamen, worden uiteraard niet meer verwittigd. Er worden aan het begin van deze fase dus 446 brieven verstuurd. Tijdens fase 3 blijven de vragenlijsten ook nog in de wachtzaal liggen, waardoor fase 2 en 3 door elkaar lopen. We kiezen hiervoor omdat het onze bedoeling is om zoveel mogelijk patiënten te screenen en omdat we in de thesis niet onderzoeken hoe de mensen het best gemotiveerd worden om deel te nemen. Deze fase duurt 4,5 maanden.
We vragen aan de patiënten die deelnemen om de vragenlijst eerst zelf op papier in te vullen, thuis of in de wachtzaal. Zo kunnen de patiënten vooraf al over de vragen nadenken. Dit bespaart tijd voor de artsen. Bij de laatste 153 vragenlijsten worden de vragen gemarkeerd die niet ingevuld werden of niet correct beantwoord werden. Bij de meeste onderwerpen worden enkel de niet ingevulde vragen aangeduid, omdat we niet in het dossier kunnen nagaan wat het “correcte antwoord” is. Vragen die gaan over de eetgewoontes, beweging, familiale voorgeschiedenis, alcohol en tetanusvaccinatie kunnen niet gecontroleerd worden. Ook de laatste mammografie en het laatste uitstrijkje konden meestal niet geverifieerd worden in het dossier. In dat geval nemen we aan de het antwoord van de patiënt correct is als de vraag ingevuld werd. Bij enkele andere vragen werden zowel de opengelaten vragen als de “verkeerde antwoorden” aangeduid. De vragen die peilen naar hypertensie, medicatie voor hypertensie, voorgeschiedenis van hart- en vaatziekten, vastgestelde diabetes werden systematisch nagekeken of ze correct ingevuld werden. Lengte en gewicht werden niet steeds nagemeten indien ze correct leken.

De voorbereiding van fase 3 duurt erg lang. Er moet een namenlijst gemaakt worden en de uitnodigingen, de vragenlijsten en de informed consent moeten naar de drukker gebracht worden. Het printen van de enveloppen is het meest tijdrovend. Nadien worden alle brieven geplooid, in de enveloppen gestoken en naar de post gebracht. Het is praktisch niet haalbaar om dit als arts zelf te organiseren zonder hulp van een secretaresse of HAIO. Financieel vergt dit eveneens een inspanning: er moeten 435 enveloppen en postzegels gekocht worden en de drukker moet betaald worden.

Resultaten

1 Oproepen (GMD, brieven)

In onze praktijk komen er 531 patiënten in aanmerking om deel te nemen aan het GMD+.

Fase 2

85 patiënten die voldoen aan de voorwaarden, nemen in deze fase deel aan de preventiemodule. Dit is 16% van het totale doelpupliek. Deze fase duurt 2 maanden.

Fase 3

In de derde fase worden alle patienten met een GMD+, tussen de 45 en 75 jaar oud die nog niet deelnamen, geïnformeerd over ons praktijkproject. Dit zijn er nog 446.
Bij het afsluiten van het onderzoek (7 maanden na de start van fase 2), bespraken we met 212 uit onze praktijk hun preventieprofiel. Dit betekent dat 39,9% van de geselecteerde populatie op dat moment een preventieactieplan heeft.

Drie patiënten (1,4%) komen specifiek op raadpleging voor het GMD+, zonder dat ze andere klachten of vragen hebben.

2 Bevragen

Begrijpbaarheid vragenlijst

Op de 153 vragenlijsten die het laatst werden ingevuld, werden de vragen gemarkeerd die open gelaten waren of “verkeerd” ingevuld waren. De onderzochte vragenlijsten werden ingevuld door 61 mannen en 92 vrouwen. In 49 percent van de onderzochte vragenlijsten werden alle vragen ingevuld en werden er geen fouten ontdekt.

Aantal vragen verkeerd of niet ingevuld	**Mannen**		**Vrouwen**		**Totaal**	
0	27	*44,26%*	48	*52,17%*	75	*49,02%*
1	18	*29,51%*	20	*21,74%*	38	*24,84%*
2	5	*8,20%*	10	*10,87%*	15	*9,80%*
3-4	10	*16,39%*	7	*7,61%*	17	*11,11%*
≥5	1	*1,64%*	7	*7,61%*	8	*5,23%*
TOTAAL	61	*100%*	92	*100%*	153	*100%*

De volgende vragen werden minstens 10 keer open gelaten of verkeerd geantwoord:

- *Hoe lang is uw tetanusvaccinatie geleden?* In 17% van de vragenlijsten werd de vraag over tetanusvaccinatie open gelaten (7 mannen en 19 vrouwen).
- *Had u verhoogde suiker tijdens de zwangerschap of tijdens een ziekenhuisopname?* Deze vraag werd door 27,9% van de mannen en door 2,2% van de vrouwen niet beantwoord.
- *Heeft uw vader, moeder, broer of zus diabetes?* Enkel mannen hadden moeite met deze vraag (24,6% verkeerd/ open gelaten).
- *Hebt u een hart- of vaatziekte (gehad)?* 9,8% van de vrouwen en 1,6% van de mannen maakten hierop fouten. De meest voorkomende fout was een onterechte “ja”, gevolgd door het openlaten van de vraag. Er werd geen enkele keer “neen” geantwoord door patiënten die een hart-of vaatziekten hebben.
- *Heeft uw moeder of zus een hart- of vaatziekte voor haar 65 jaar (gehad)?* 3 mannen (4,9%) en 7 vrouwen (7,6%) vulden deze vraag niet in.
- *Komen darmkanker of -poliepen voor bij uw vader, moeder, broer of zus?* 4 mannen (5,6%) en 9 vrouwen (9,8%) kenden het antwoord op deze vraag niet.

IT

Het ontwikkelde Excel-document werd in 100% van de gevallen gebruikt om de actieplannen op te stellen.

Tijd

Het ingeven van de vragen in het Excel-document, het kopiëren van de actieplannen naar de follow-up in het medisch dossier en een aanduiding in het dossier maken dat het GMD+ afgenomen is, duurt gemiddeld 1 minuut en 21 seconden bij vragenlijsten die volledig ingevuld zijn.

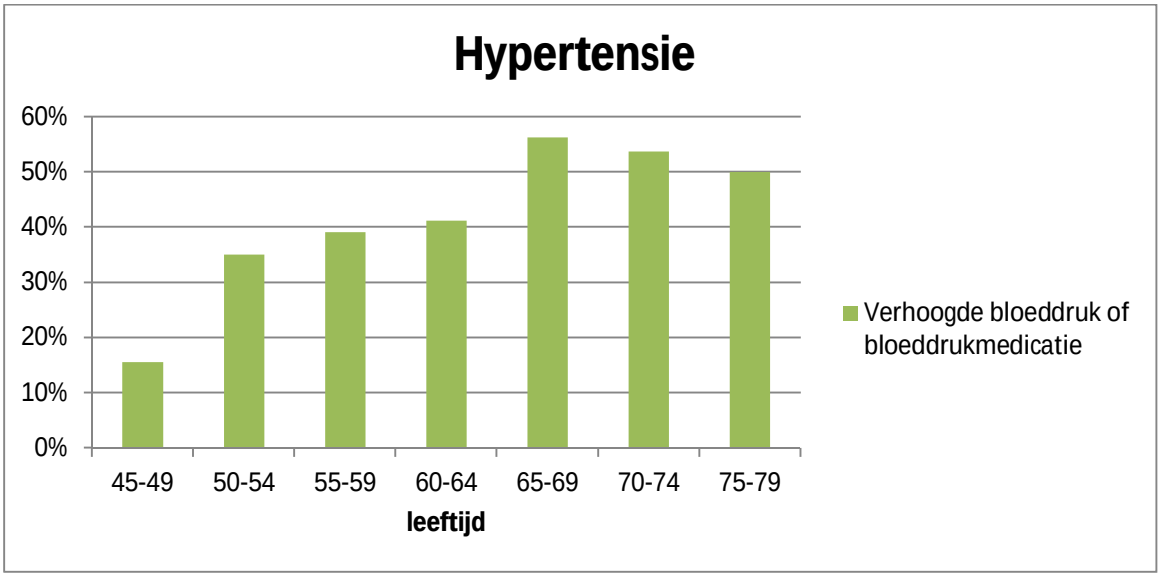
3 Actieplannen: grafieken

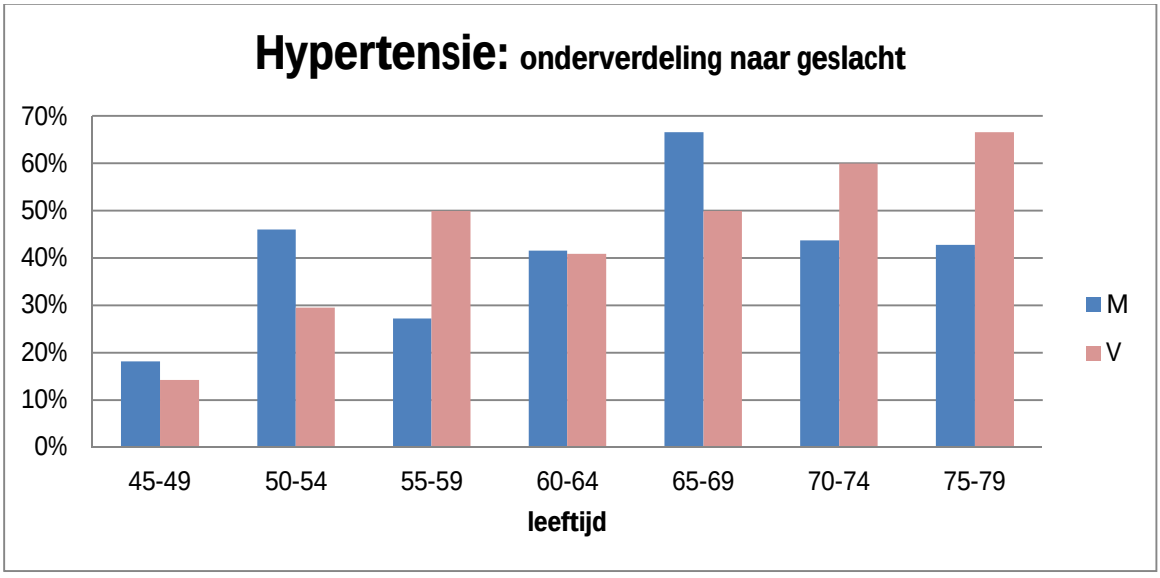
Deelnemers: leeftijd en geslacht

Aan het onderzoek nemen 82 mannen en 130 vrouwen deel. Dit zijn 46,1% van de vrouwen en 32,9% van de mannen die een uitnodiging kregen. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers is 60,6 jaar. De mediaan bedraagt 62 jaar.

Bloeddruk

41% van de ondervraagde populatie heeft een verhoogde bloeddruk of neemt bloeddrukmedicatie. De grafiek toont het percentage patiënten met hypertensie per leeftijdsblok.



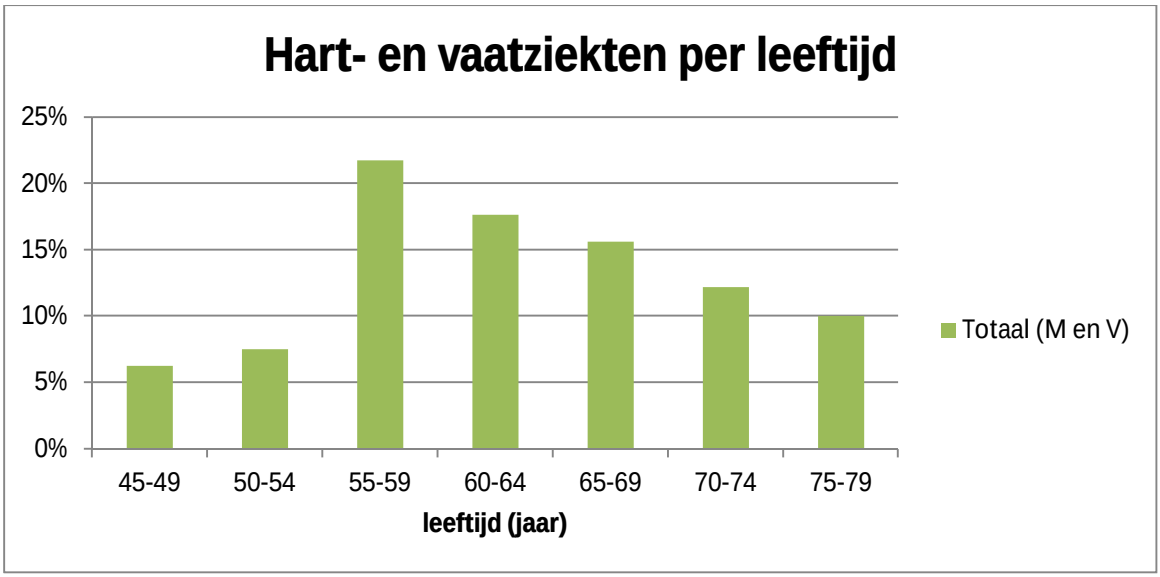


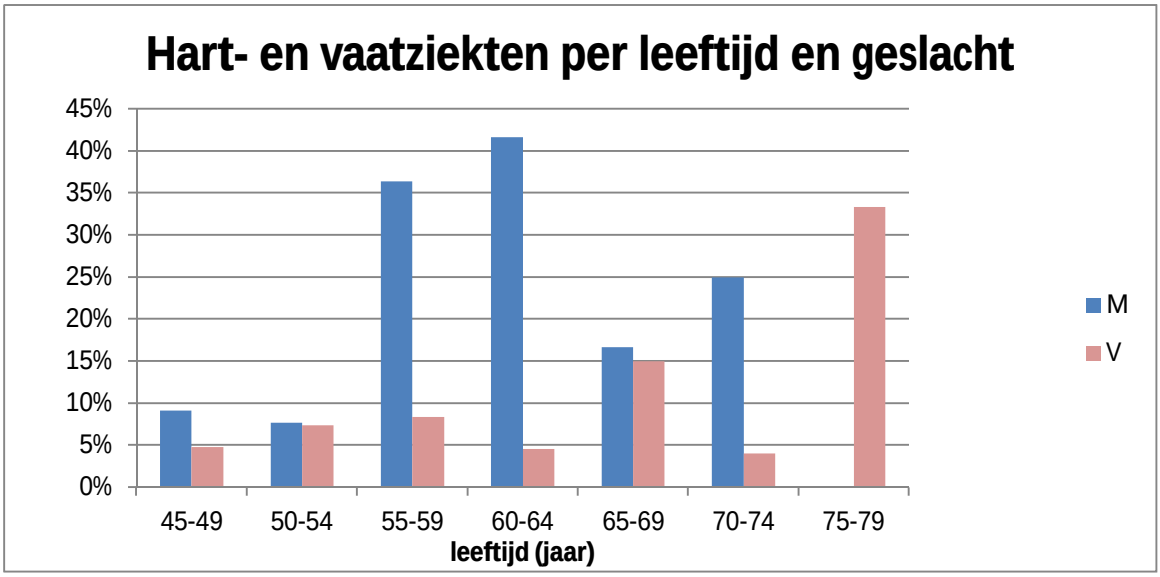
Diabetes

6,10% van de ondervraagde mannen en 5,38% van de vrouwen lijden aan diabetes mellitus.

Hart- of vaatziekte

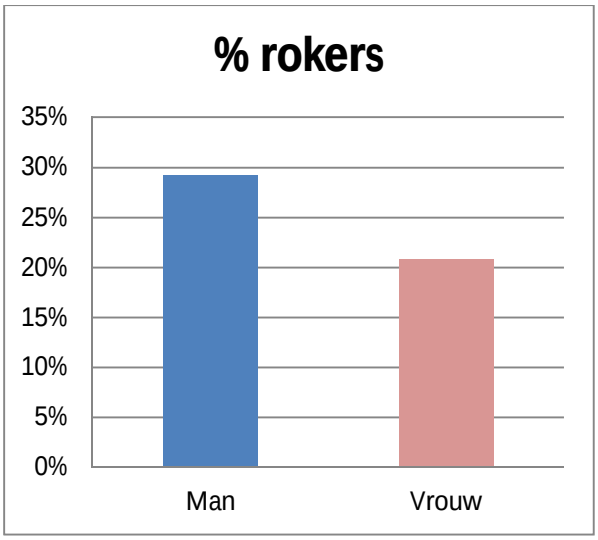
21% van de mannen en 8% van de vrouwen hebben een voorgeschiedenis van hart- of vaatziekten.





Roken

51 van de 212 patiënten geven aan dat ze roken. 29,3% van de mannen rookt, bij de vrouwen is dit 20,8%.



Lichaamsbeweging en gezonde voeding

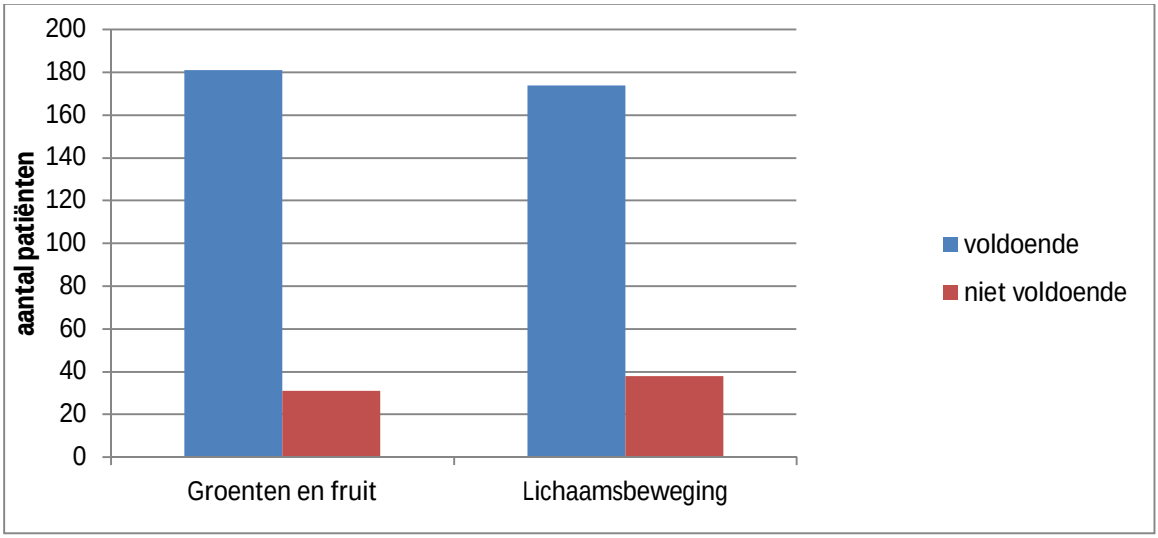
De vragen die hier gesteld werden zijn:

- *Eet u dagelijks groenten en fruit?*

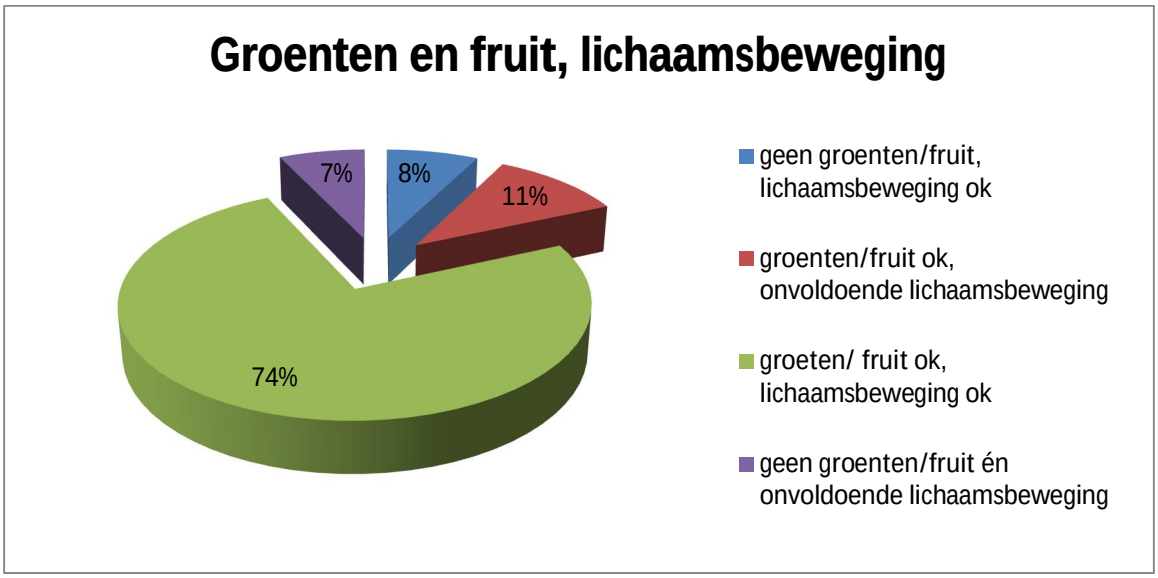
14,7% eet niet dagelijks groenten en fruit.

- *Komt u aan 30 minuten lichaamsbeweging per dag?*

17,9% zegt dat hij/zij niet aan voldoende lichaamsbeweging per dag komt. De vraag werd zo gesteld, zonder verder uitleg. Het is dus mogelijk dat de interpretatie van “lichaamsbeweging” voor verschillende patiënten erg kan verschillen.



Het taartdiagram toont dat 74% van de ondervraagden zowel op de vraag over groenten en fruit als op de vraag over bewegen goed scoren. 7% eet onvoldoende groeten en fruit én beweegt te weinig.



Met ongezonde voeding wordt bedoeld dat de vraag over groenten en fruit met "neen" beantwoord werd. Onvoldoende lichaamsbeweging betekent dat de vraag over lichaamsbeweging met " neen" beantwoord werd door de patiënt.

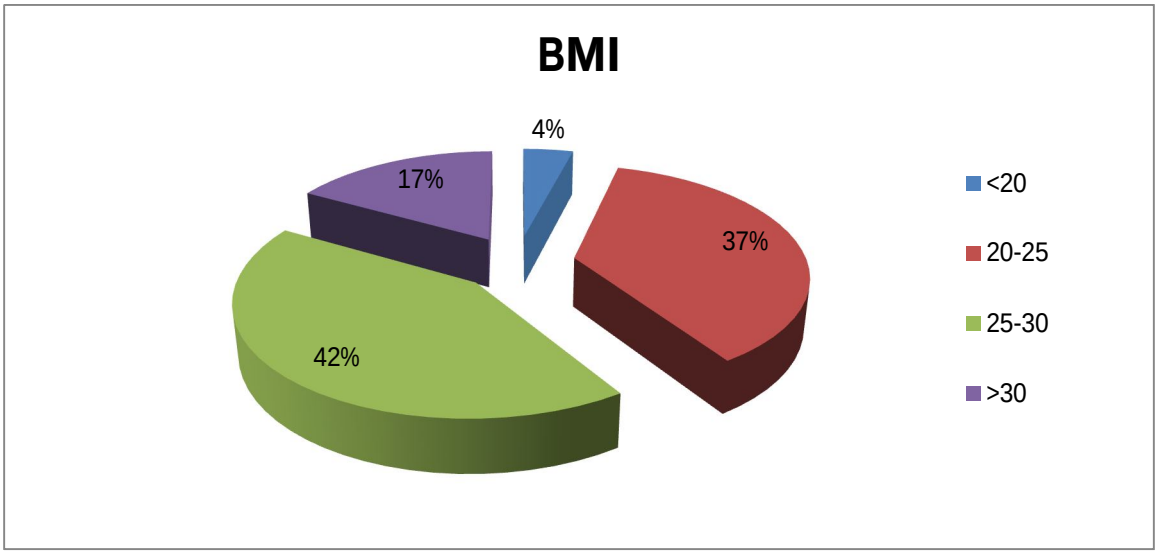
Body Mass Index

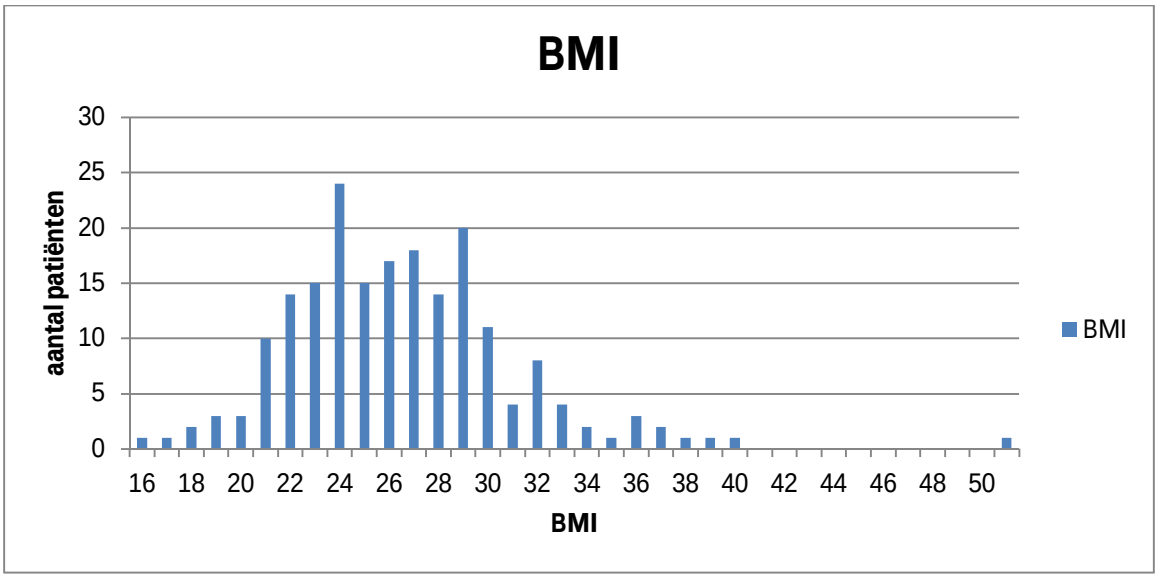
De BMI vormt een Gauss-curve. De gemiddelde BMI is 26,5. De mediaan ligt op 26.

4% heeft een BMI onder de 20. Bij de helft van deze patiënten is er sprake van ondergewicht (BMI<18,5).

37% bevindt zich in de "gezonde range" tussen 20 en 25.

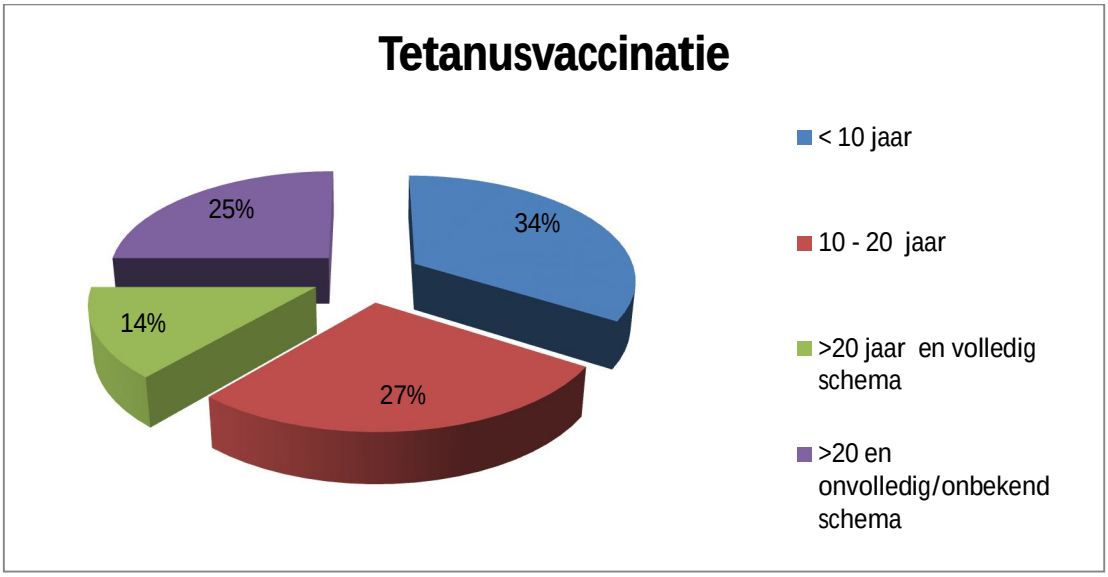
42% kampt met licht overgewicht en bij 17% kunnen we spreken van obesitas.





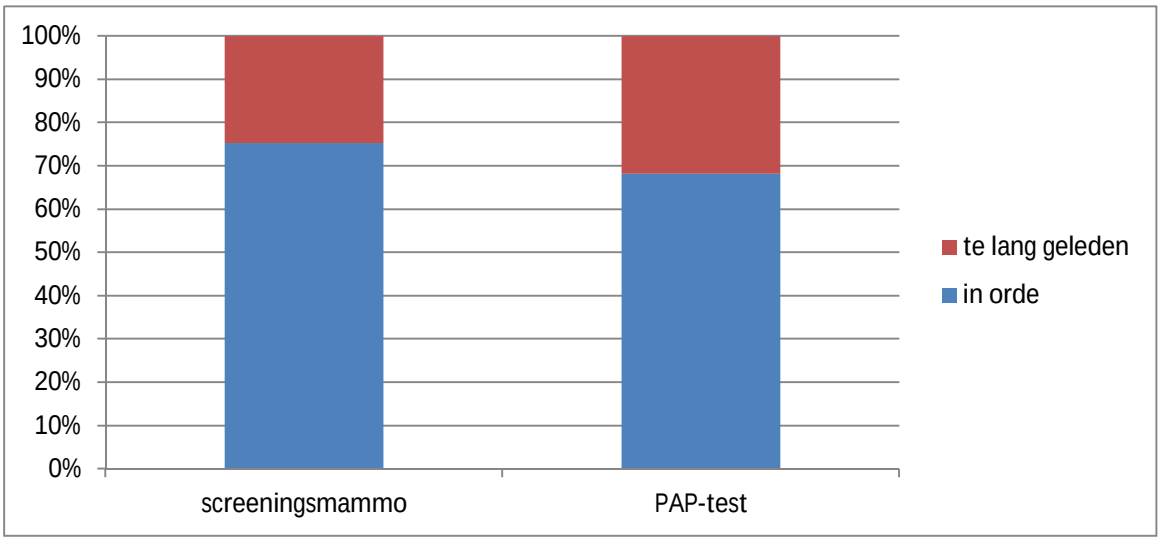
Tetanusvaccinatie

34% bleek in orde te zijn met zijn/ haar tetanusvaccinatie. Bij 27,4% was de inenting tegen tetanus tussen de 10 en de 20 jaar geleden. 13,7% herinnert zich dat ze ooit een volledig schema gekregen hebben, maar de tetanusvaccinatie is meer dan 20 jaar geleden. 25% weet niet of ze ooit tegen tetanus ingeënt zijn en de laatste inenting is meer dan 20 jaar geleden.



Uitstrijkje en mammografie

Alle vrouwen tussen 50 en 69 jaar kunnen gratis een screeningsmammografie krijgen om de 2 jaar. Er zijn 81 vrouwen in deze leeftijdsgroep die het GMD+ invulden. Voor 24,7% van die vrouwen was hun laatste screeningsmammo meer dan 2 jaar geleden. 75,3% was in orde met de screening naar borstkanker. 1 patiënt uit deze leeftijdsgroep had geen mammografie laten maken de laatste 2 jaar, hoewel er borst-of eierstokkanker in haar familie voorkomt.
Bij alle vrouwen tussen 25 en 64 jaar wordt nagegaan of hun laatste uitstrijkje meer dan 3 jaar geleden is. Bij 31,7% van de ondervraagde doelgroep is dit zo. 68,3% is dus in orde met hun uitstrijkje.



Alcohol

Het GMD+ peilt naar alcoholgebruik. Hiervoor worden de eerste 3 vragen van de AUDIT-vragenlijst gebruikt. De eerste vraag peilt naar hoe vaak de deelnemers alcohol drinken.

31,6% van de deelnemers antwoordt “nooit” op deze vraag. 11,3% drinkt minder dan maandelijks. 24,5% drinkt 2 tot 4 keer per maand één of meerdere glaasjes. 17,9% consumeert 2 tot 3 keer per week alcohol en 14,6% gebruikt vier keer per week of vaker alcohol.



nooit	≤1 /maand	2-4 /maand	2-3 /week	≥4 /week	
67	24	52	38	31	**212**
31,6%	11,3%	24,5%	17,9%	14,6%	**100%**

Er zijn meer vrouwen (36,9%) die nooit alcohol drinken dan mannen (23,3%).



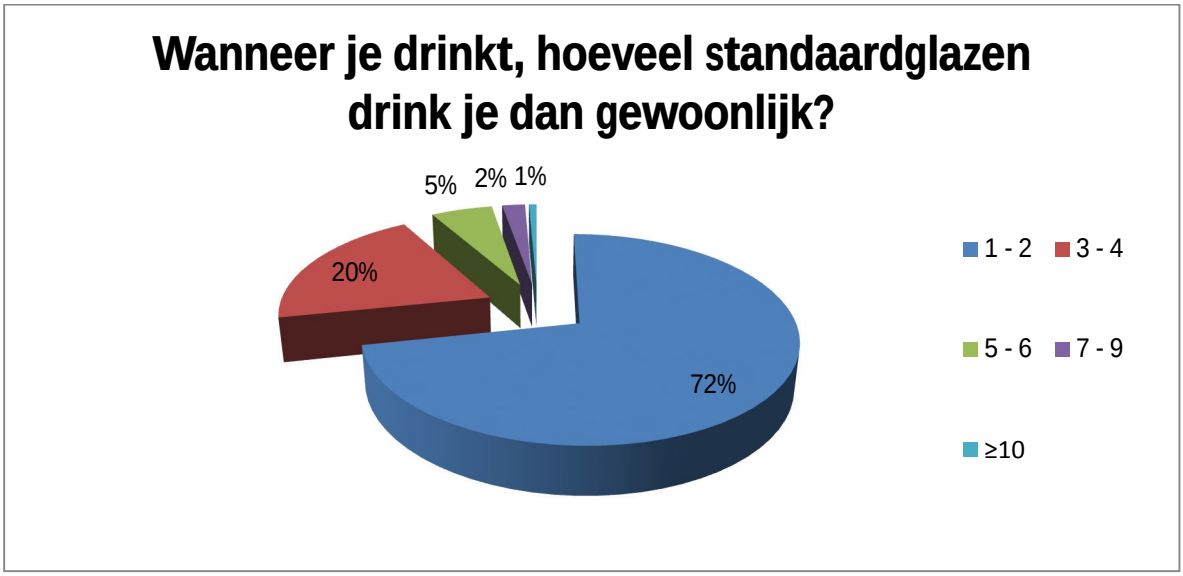


nooit	≤1 /maand	2-4 /maand	2-3 /week	≥4 /week	Mannen
19	8	25	3817	13	**82**
23,3%	9,8%	30,5%	20,7%	15,9%	**100%**

nooit	≤1 /maand	2-4 /maand	2-3 /week	≥4 /week	Vrouwen
48	16	27	21	18	**130**
36,9%	12,3%	20,8%	16,2%	13,8%	**100%**

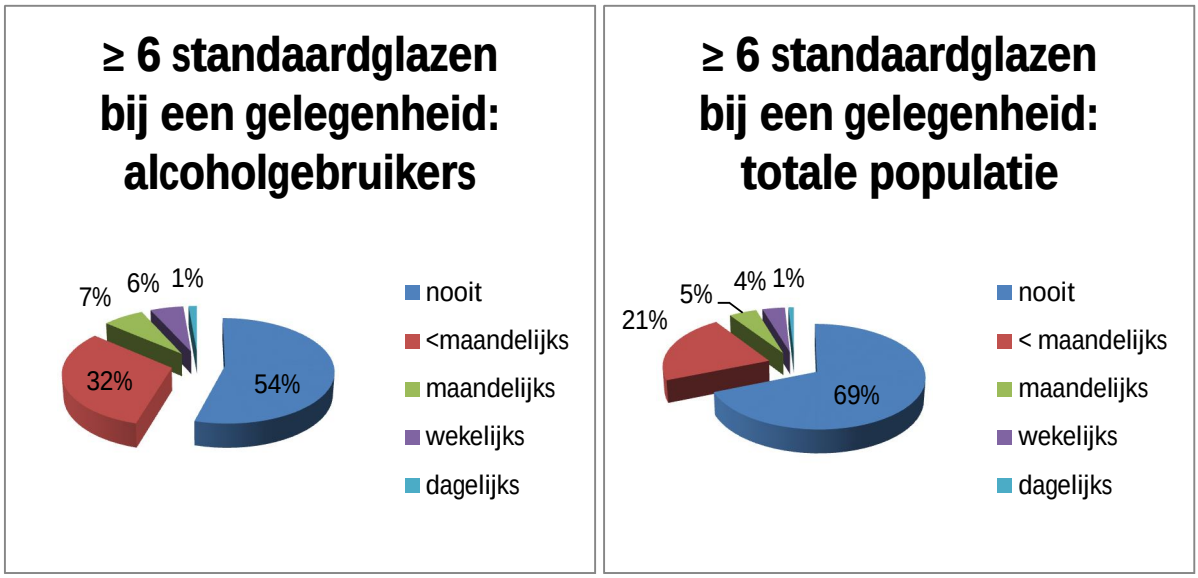
145 patiënten drinken alcohol. In de grafieken wordt deze groep aangeduid met de term “alcoholgebruikers”. Alleen aan deze groep worden ook de volgende vragen gesteld:
"Wanneer je drinkt, hoeveel standaardglazen drink je dan gewoonlijk?" en "Hoe vaak gebeurt het dat je 6 of meer standaardglazen drinkt bij een enkele gelegenheid?".

71,1% houdt het bij 1 of 2 standaardglazen wanneer ze drinken. 20% drinkt er gewoonlijk 3 of 4. 5,5% geeft aan dat ze meestal 5 tot 6 consumpties alcohol drinken. Als ze drinken dan consumeert 2,1% 7 tot 9 standaardglazen en 0,7% geeft aan om dan gewoonlijk 10 of meer glazen alcohol te drinken.



1-2	3-4	5-6	7-9	≥10	
104	29	8	3	1	**145**
71,7%	20%	5,5%	2,1%	0,7%	**100%** (van de alcoholgebruikers)

In de populatie van personen die aangeeft alcohol te drinken, drinkt 54,5% nooit 6 of meer standaardglazen per gelegenheid. Bij 31,7% gebeurt dit minder dan maandelijks, bij 6,9% maandelijks. 5,5% zegt dat ze wekelijks zes of meer consumpties alcohol gebruiken op een gelegenheid. 1,4% antwoordt dat dit dagelijks voorkomt.
Dit betekent dat in de totale populatie (alle deelnemers van het GMD+ en dus niet enkel de alcoholgebruikers) er 68,9% nooit meer dan 6 standaardglazen per keer drinkt en dat 0,9% dit dagelijks doet.



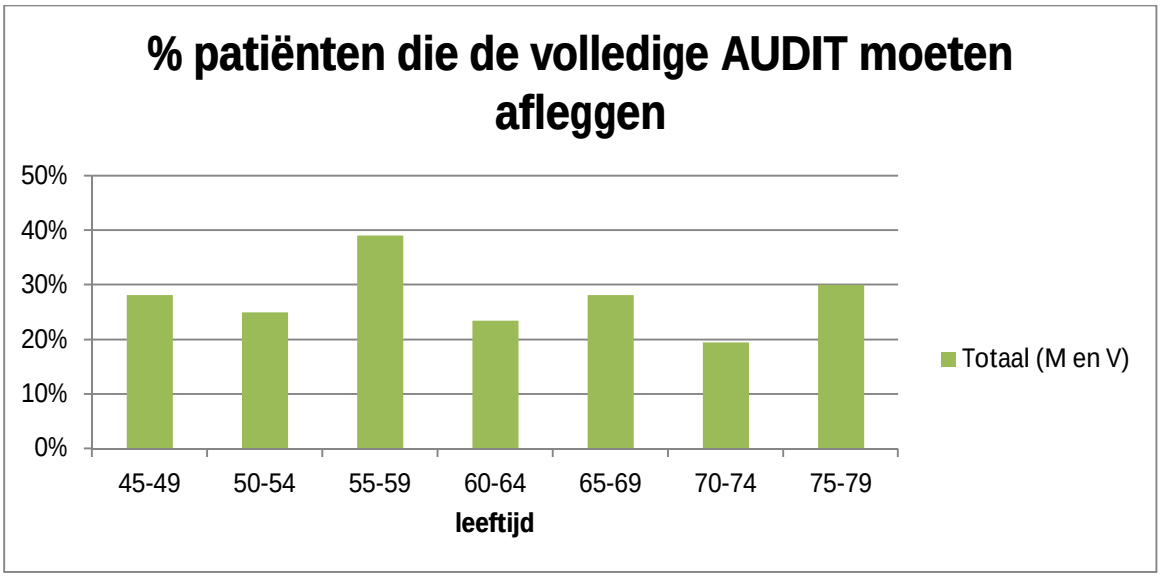
Hoe vaak gebeurt het dat je 6 of meer tandaardglazen drinkt bij een enkele gelegenheid?

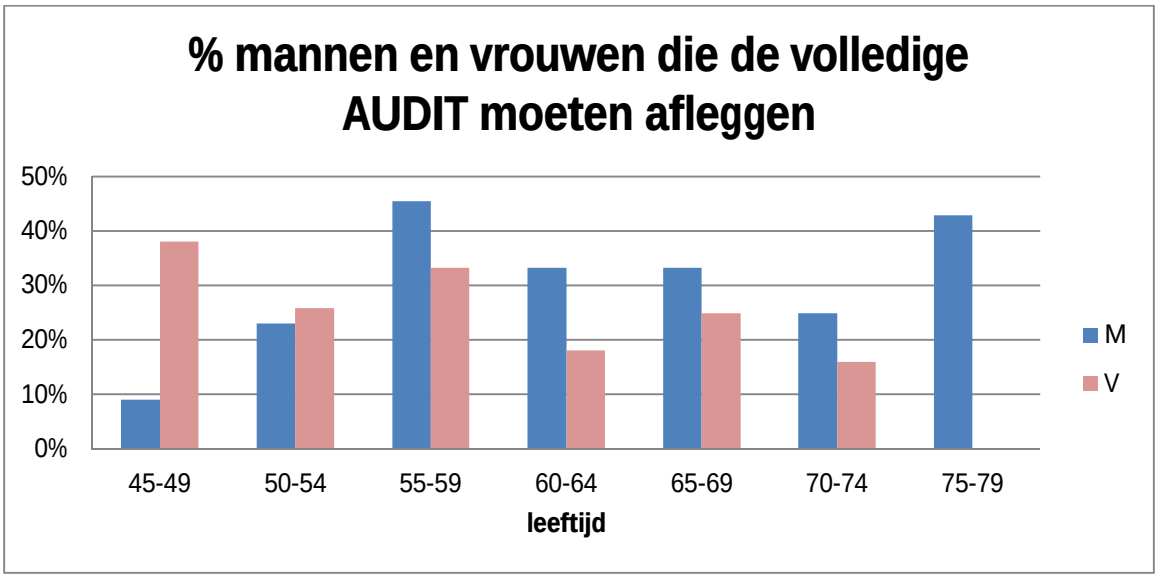
	nooit	**<maandelijks**	**maandelijks**	**wekelijks**	**dagelijks**	
alcoholgebruikers	79	46	10	8	2	**212**
% alcoholgebruikers	54,5%	31,7	6,9%	5,5%	1,4%	**100%**
% van iedereen	31,6% + 37,3%	21,7%	4,7%	3,8%	0,9%	**100%**

Mannen moeten de volledige AUDIT afleggen als ze 5 punten of meer scoren op de eerste drie vragen; vrouwen dienen alle vragen te beantwoorden vanaf 4 punten. Mannen mogen dus iets meer drinken dan vrouwen.

29,3% van alle mannen moet een volledige AUDIT afleggen. Deze mannen behaalden een gemiddelde score van 6,88 op de eerste 3 vragen.

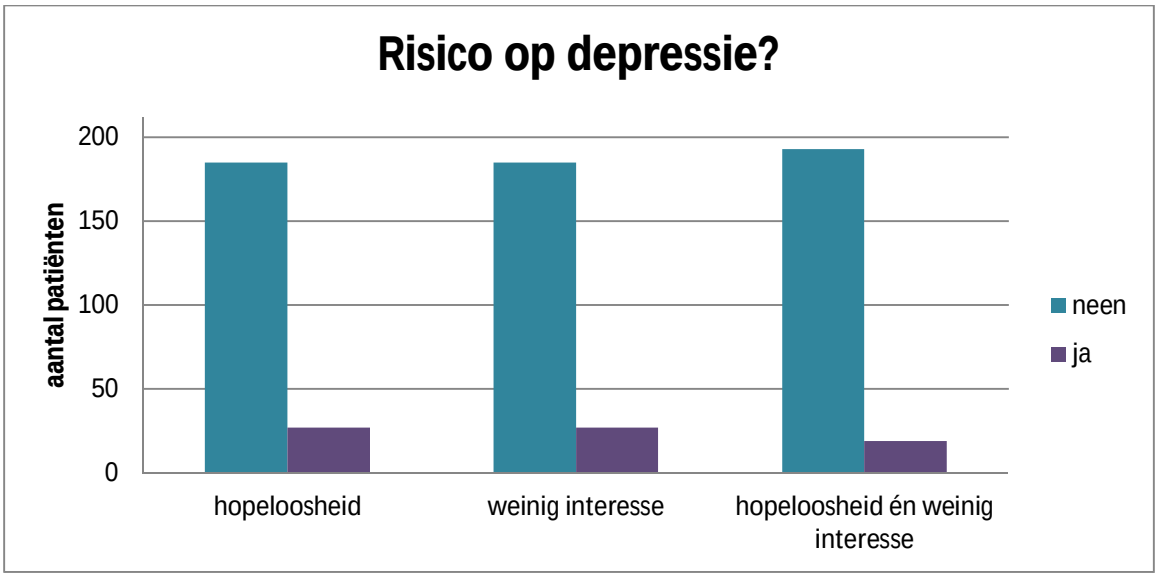
24,6% van alle vrouwen moet een volledige AUDIT afleggen. Deze groep van vrouwen scoort gemiddeld 5,15 op de eerste 3 vragen.





Depressieve gevoelens

Werd u de voorbije twee weken vaak gehinderd door depressieve gevoelens of hopeloosheid?
12,7% gaf aan dat dit inderdaad het geval was.
Werd u de voorbije twee weken vaak gehinderd door weinig interesse of plezier in de dingen die u deed?
Ook op deze vraag scoorde 12,7% positief.
9% van de patiënten gaf op beide vragen een positief antwoord. 83,5% van de deelnemers antwoordde op beide vragen “neen”.



4 Uitvoering, na-meting

Alle patiënten die deelnamen aan het GMD+, hebben een persoonlijk actieplan in de follow-up van hun dossier staan.
De grootste vooruitgang werd bekomen bij de onderwerpen die voordien nooit op een centrale plaats in het medisch dossier vermeld werden:
- rookstatus: bij 100% van de deelnemers is de rookstatus bekend en opgeschreven in het EMD.
- gezonde voeding: er is een melding in het dossier bij alle patiënten die onvoldoende groenten en fruit eten.
- fysieke activiteit: bij alle patiënten die onvoldoende bewegen, is dit genoteerd in de follow-up.
- vaccinaties (tetanus/difterie): bij alle patiënten is er een aanduiding wanneer de tetanusvaccinatie moet gegeven worden. De gegeven vaccins worden nu op een vaste plaats in het dossier genoteerd.
- alcohol: er is enkel een vermelding bij patiënten die de AUDIT volledig moeten invullen
- depressieve klachten: patiënten die “at risk” zijn, worden aangeduid.
- BMI: de BMI staat bij alle patiënten die deelnamen in de follow-up.

Voordien werd van de volgende onderwerpen soms wel en soms geen melding gemaakt in de follow-up:
- cardio-vasculair risico: bij een hoog cardiovasculair risico wordt dit zo aangegeven. Alle andere patiënten vanaf 50 jaar hebben een melding in hun dossier om de arts te herinneren dat de cholesterol en de SCORE nog bepaald moeten worden. Achter deze melding wordt de

score ingegeven als ze berekend werd. Voordien werd de SCORE soms wel berekend, maar ze werd nooit op een centrale plaats genoteerd.
- borstkanker: voor alle patiënten die in aanmerking komen voor screening, staat ingegeven dat ze zich dit jaar moeten laten screenen of wanneer ze hun laatste mammo gehad hebben.
- baarmoederhalskanker: de datum van de laatste PAP test is ingegeven, indien gekend. Patiënten die niet in orde zijn met hun uitstrijkje, staan aangeduid.
- colorectale kanker: alle patiënten die een FOBt of een risico-inschatting moeten krijgen, hebben hier een actieplan voor.
- vaccinaties (griep/pneumokokken): alle patiënten die hiervoor in aanmerking komen, hebben hier een actieplan voor.

Diabetes was voordien ook reeds gekend en gecentraliseerd in het dossier. Risicopatiënten worden en werden hier ook jaarlijks op gescreend. Het GMD+ heeft voor dit onderwerp dus geen voordeel gehad in onze praktijk.

De bevraagde familiale voorgeschiedenis wordt gebruikt om correcte actieplannen op te stellen, maar wordt op zich niet mee gekopieerd naar het dossier.

Discussie

1 Oproepen (GMD, brieven)

Het oproepen kostte veel tijd en moeite. Bovendien is er ook steeds een kost aan verbonden (drukker, postzegels, enveloppen). Het is bijna niet haalbaar om zelf elk jaar uitnodigingen te versturen als arts, indien je hiervoor niet ondersteund wordt door een secretaresse of een HAIO. Dit is de reden waarom er geen herinneringsbrieven gestuurd werden. Telefonisch opnieuw oproepen is te arbeidsintensief.
Een oproepingsbrief vanuit de overheid zou een alternatief kunnen zijn. Praktijken die een onthaal hebben, zouden mensen in de wachtzaal ook meer kunnen aansporen om de vragenlijsten in te vullen.
De oproepingsbrief zou duidelijker moeten vermelden dat een aparte raadpleging wenselijk is als de patiënt uitgebreidere informatie wil bekomen over zijn of haar individueel preventiedossier.
Verder zijn we wel tevreden over het aantal gescreende patiënten (bijna 40% van de doelpopulatie), gezien dit aantal hoger lag dan de cijfers die we in de literatuur terugvonden. We denken dat de vrij hoge responsratio te danken is aan het feit dat we de actieplannen maakten tijdens normale raadplegingen in plaats van tijdens -verplichte- aparte raadplegingen.

2 Bevragen

Begrijpbaarheid vragenlijst

Minder dan 50% van de vragenlijsten wordt volledig en foutloos ingevuld. Hierbij merken we nog op dat slechts enkele vragen kunnen geverifieerd worden. Wanneer we het correcte antwoord niet kennen, nemen we aan dat het antwoord van de patiënt juist is.
Enkele opmerkingen bij de vragen die het frequentst niet of foutief ingevuld worden:

- *Hoe lang is uw tetanusvaccinatie geleden?*

Slechts 34% bleek in orde te zijn met zijn/ haar tetanusvaccinatie. Bij 27,4% volstaat het een rappelvaccin te geven. 13,7% heeft 2 herhalingsvaccins nodig. Een vierde moest een volledig schema krijgen. Dit percentage ligt waarschijnlijk te hoog. Maar alle patiënten die zich niet konden herinneren dat ze hier ooit voor ingeënt waren, werden in deze categorie geplaatst. In het dossier is een plaats voorzien om dit te noteren, maar deze mogelijkheid werd voordien nooit gebruikt. Aangezien het niet voor alle patiënten evident is om zich hun tetanusvaccinatie te herinneren (in 17% van de vragenlijsten wordt deze vraag opengelaten), lijkt het inderdaad nodig dat de arts deze gegevens goed bewaart in zijn dossier. Dit is sinds de start van het GMD+ het geval in onze praktijk.

- *Had u verhoogd suiker tijdens de zwangerschap of tijdens een ziekenhuisopname?*

Deze vraag wordt vooral door de mannen (27,9%) niet beantwoord. De vraagstelling werd letterlijk overgenomen uit de vragenlijst van Domus Medica. Een andere formulering is hier wenselijk en zou het aantal blanco's van de mannen waarschijnlijk sterk beperken. Men zou er twee aparte vragen van kunnen maken.

- *Heeft uw vader, moeder, broer of zus diabetes?*

Uitsluitend mannen (24,6%) hadden het moeilijk met deze vraag. De verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de voorafgaande vraag enkel voor vrouwen is (*"Voor vrouwen: Bent u bevallen van een baby van 4,5 kg of meer?"),* waardoor sommige mannen er misschien van uit gaan dat de volgende vraag in hetzelfde blokje ook enkel voor vrouwen is. Ook dit dient aangepast te worden. Een mogelijkheid is om de volgorde van de vragen om te keren.

- *Hebt u een hart- of vaatziekte (gehad)?*

De meest voorkomende fout was een onterechte "ja". Sommige patiënten denken onterecht dat ze hartpatiënt zijn. Alle patiënten in deze categorie zijn ooit al op raadpleging bij een cardioloog geweest. De perceptie van de patiënten verschilt dus soms van deze van de arts.

Reflectie: Enkel een volledig en correct ingevulde vragenlijst kan aanleiding geven tot het opstellen van correcte actieplannen. De vragen worden echter in minder dan 50% volledig en foutloos ingevuld. De vraag stelt zich hoe dit percentage verbeterd kan worden. We vragen ons af of er betere resultaten kunnen bekomen worden door het herformuleren van de vragen of doordat de arts meer tijd besteedt aan het overlopen en uitleggen van de vragen. Dit kan onderwerp zijn voor een nieuw onderzoek.

IT

Ik ontwikkelde zelf een instrument om het opstellen van actieplannen vlotter te laten verlopen. Het uiteindelijke programma is geschreven in excel. We gebruikten het programma voor al onze GMD+-patiënten. Het schrijven van zo'n programma nam enorm veel tijd in beslag. Dit komt uiteraard ook doordat ik niet gewoon ben om te programmeren en hier ook niet voor opgeleid ben, waardoor ik veel tijd nodig had om uit te zoeken hoe alles werkte. Het vergemakkelijkt nadien de raadplegingen wel. We vragen ons af of het een meerwaarde zou zijn indien Domus Medica, naast zijn papieren versie van de gezondheidsgids, ook een elektronische versie zou aanbieden, die geüpdatet wordt indien nodig. Zij zouden eventueel met de producenten van de verschillende medische programma's kunnen onderhandelen dat de resultaten ook rechtstreeks in het dossier ingevoegd kunnen worden op een centrale plaats. Dit zou de drempel voor sommige artsen misschien kunnen verlagen?

Health-one heeft een tool beschikbaar gesteld in het EMD, maar deze is omslachtig. Sommige firma's bieden een programma aan op tablet, maar dit is relatief duur (maandelijkse huur van € 69 plus €150 installatiekosten). (29)

Het lukte niet om met de Excel-tool een rechtstreekse link te maken met het EMD. De actieplannen dienen dus steeds gekopieerd te worden.

Reflectie: In onze praktijk wordt het Excel-document beschouwd als een pluspunt. Verder onafhankelijk onderzoek lijkt nodig om te onderzoeken of een elektronische versie effectief een meerwaarde betekent.

Tijd

Zoals reeds vermeld bij "Onderzoeksmethodiek - Vereisten", is het de bedoeling om ook patiënten die niet enkel voor het preventieconsult komen, een *screening* aan te bieden, hoewel een aparte raadpleging hiervoor toch te verkiezen is. Slechts 3 patiënten kwamen alleen voor de preventiescreening op raadpleging.

Enkele patiënten kwamen voor het GMD+ en de verlenging van de chronische medicatie, maar de meerderheid had nog 1 of meerdere klachten. Dat zorgt er voor dat er heel weinig tijd over blijft om de actieplannen in te voeren en te bespreken met de patiënten. Toch verkiezen we om het GMD+ meteen af te nemen en dit niet uit te stellen tot een volgende raadpleging, aangezien we zo veel mogelijk mensen willen bereiken. Het voordeel hiervan is dat, na enkele maanden, 39,9% van de doelgroep een actieplan heeft in de computer. Hierbij zitten ook patiënten die preventie niet belangrijk genoeg vinden om er speciaal voor op raadpleging te komen. Het nadeel is dat, door gebrek aan tijd, niet alle artsen steeds de tijd vinden om de vragen te overlopen, meteen in te geven in de PC en de actieplannen te bespreken met de patiënt. Dit is jammer omdat de actieplannen dan ook pas bij de volgende raadpleging met de patiënt kunnen besproken worden en dat er geen verdere uitleg kan gevraagd worden bij opengelaten vragen.

Het laten invullen en bespreken van de informed consent blijken alle artsen als een last te ervaren. De patiënten betalen hun raadpleging en dienen nog te handtekenen op een apart prestatiebriefje voor het GMD+, zodat dit met de derdebetalersregeling kan aangerekend worden. Dit roept bij vele patiënten vragen op die de arts nog dient te beantwoorden. Het zou handiger zijn als de arts de raadpleging en GMD+ beide op het zelfde prestatiebriefje kan aanrekenen via derde betaler. Begin 2012 was er veel verwarring of dit nu mocht of niet. Ook na telefonisch contact met de CM en de Voorzorg bleef dit onduidelijk. Volgens de site van het RIZIV is de oude regeling om alles in derde betaler aan te rekenen nog van toepassing. Zij vermelden wel: "Weldra zal echter een nieuwe reglementering worden goedgekeurd." (14) Om geen fouten te maken, besloten we om aparte prestatiebriefjes te schrijven.

Reflectie: Tijd blijft één van de grote struikelblokken. Dit komt zowel naar voren in het literatuuronderzoek als in mijn eigen praktijkonderzoek. Misschien is het zinvol om het GMD+ te beschouwen als een episodisch project dat loopt over een jaar of langer in plaats van alles in één raadpleging af te werken. De bedoeling zou dan zijn om bij elk patiëntencontact terug te komen op een aspect van het GMD+ zoals bijvoorbeeld het bespreken van de vragen, het opstellen van actieplannen, het bespreken van (één van de) actieplannen, het uitvoeren van (één van de) actieplannen.

3 Actieplannen: opmerkingen

Deelnemers: leeftijd en geslacht

Het percentage van de uitgenodigde vrouwen (46,1%) die deelnamen aan het GMD+ ligt hoger dan het percentage mannen (32,9%). Het is een gekend gegeven dat vrouwen frequenter hun huisarts consulteren dan mannen.

Hypertensie

41% van de ondervraagde populatie heeft een verhoogde bloeddruk en/of neemt bloeddrukmedicatie in. Een verhoogde bloeddruk definiëren we als een systolische bloeddruk ≥140 mmHg en/of elke diastolische bloeddruk ≥90 mmHg bij patienten die geen antihypertensieva gebruiken.(30) Deze cijfers liggen veel hoger dan die van de Intego-databank waar men spreekt van een prevalentie van hypertensie van 13,4%. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de Intego-databank de prevelantie op basis van de jaarlijkse contactgroep van 2008 berekende en wij enkel de groep tussen 45 en 75 jaar ondervroegen.(31) Onze gemiddelde populatie is dus waarschijnlijk ouder. In onze praktijk zien we dat in de jongste leeftijdsgroep (45-49 jaar) de prevalentie het laagst ligt.

Diabetes

6,10% van de ondervraagde mannen en 5,38% van de vrouwen lijden aan diabetes mellitus. Deze cijfers zijn hoger dan diegenen die we kunnen terugvinden in de Intego-databank, waar men spreekt over een incidentie van 4,9%. (31) Ook hier geldt weer de opmerking over de verschillende groepen die onderzocht werden.

Hart- of vaatziekte

Volgens de definitie van Domus Medica zijn hart- en vaatziekten: “ziekten van het hart of van eender welke arterie. Tot de hart- en vaatziekten behoren coronaire hartziekten, cerebrovasculaire ziekten en perifere vaatziekten veroorzaakt door atherosclerosis.” (32) NHG defineert hart- en vaatziekten als volgt: “hartinfarct, angina pectoris, hartfalen, herseninfarct, transient ischaemic attack (TIA), aneurysma aortae en perifeer arterieel vaatlijden.” (33) We gebruiken de definitie van de NHG-standaard en, hoewel het niet correct is volgens de standaarden, werden ook de patiënten met VKF aangeduid als hart- en vaatziekte.

Roken

51 van de 212 patiënten geven aan dat ze roken. 29.3% van de mannen rookt; bij de vrouwen is dit 20,8%. Dit ligt in de lijn van de cijfers uit 2008 die te vinden zijn in de Intego-databank. Die geven aan dat 28% van de mannen (ouder dan 15 jaar) en 18% van de vrouwen (ouder

dan 15 jaar) roken. (34) De richtlijn van Domus Medica stelt dat het percentage rokers in België de laatste jaren tussen de 25-30% ligt. (32)

Lichaamsbeweging en gezonde voeding

14,7% eet niet dagelijks groenten en fruit. Dit cijfer is vrij hoog, aangezien 1 stuk fruit of een beetje groenten per dag al voldoende zijn om "ja" te antwoorden op deze vragen. Wanneer we de vergelijking met de literatuur maken zien we dat deze cijfers realistisch kunnen zijn: 64% van de bevolking eet dagelijks fruit en 85% eet dagelijks groenten. (35)
17,9% zegt dat hij/zij niet aan 30 minuten lichaamsbeweging per dag komt. Volgens de gezondheidsenquête van 2008 bij de Belgische bevolking houdt 26% er enkel sedentaire activiteiten op na en komt slechts 38% van de bevolking aan 30 minuten lichaamsbeweging per dag. (35) Onze resultaten in de praktijk zijn dus veel beter. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de vraag over lichaamsbeweging gesteld werd, zonder verdere uitleg of navraag van wat er met lichaamsbeweging bedoeld wordt. Het is dus mogelijk dat de interpretatie van "lichaamsbeweging" voor patiënten erg kan verschillen.
Je kan je hierbij de vraag stellen of deze vraag in de gezondheidsgids nog zinvol is als screeningsvraag. De arts dient aan deze vraag waarschijnlijk meer tijd en uitleg te besteden om correcte antwoorden te bekomen.

Body Mass Index

Voor de BMI zien we dat er zowel bij de mannen als bij de vrouwen een Gauss-curve gevormd wordt. We stellen vast dat deze curve zijn hoogtepunt bereikt rond een BMI van 26,5. Dit is hoger dan de bovengrens van het normale. 59,2% heeft een BMI boven 25. De onderzochte populatie nijgt dus duidelijk naar overgewicht. In 2004 toonde een onderzoek aan dat de gemiddelde BMI van de volwassen bevolking van het Vlaamse Gewest 24,9 bedroeg. (36) Onze populatie scoort slechter. Hetzelfde onderzoek geeft ook weer dat het aantal personen met overgewicht met de leeftijd toeneemt tot 55-64 jaar. Dit zou een verklaring kunnen zijn waarom onze patiënten hoger scoren. Onze cijfers zijn verontrustend, aangezien de levensverwachting bij obesitas ongeveer 6 jaar minder is en het risico op diabetes, hart- en vaatziekten, galstenen en sommige vormen van kanker toeneemt. (37)

Tetanusvaccinatie

Slechts 34% bleek in orde te zijn met zijn/ haar tetanusvaccinatie. Bij 27,4% volstaat het een rappelvaccin te geven. 13,7% heeft 2 herhalingsvaccins nodig. Een vierde moest een volledig schema krijgen. Dit percentage ligt waarschijnlijk te hoog, maar alle patiënten die zich niet konden herinneren dat ze hier ooit voor ingeënt waren, werden in deze categorie geplaatst. In het dossier is een plaats voorzien om dit te noteren, maar deze mogelijkheid werd voordien

nooit gebruikt. Ook het pneumokokkenvaccin en het griepvaccin wordt tegenwoordig genoteerd op de daarvoor voorziene plaats.

Uitstrijkje en mammografie

Bij 24,7% van de vrouwen tussen 50 en 69 jaar vrouwen was hun laatste screeningsmammo meer dan 2 jaar geleden. 75,3% was in orde met de screening naar borstkanker. Dit is beter dan de gemiddelde cijfers uit 2010-2011 van de Intego databank. De deelnamegraad in Vlaanderen bedroeg toen 50,2%. (38)

Bij 31,7% van de ondervraagde vrouwen, jonger dan 65 is het meer dan 3 jaar geleden dat er een uitstrijkje werd genomen. We maakten van deze gelegenheid gebruik om de patiënten te informeren dat dit ook bij de huisarts kan uitgevoerd worden. De praktijk is heel lang een solo-praktijk geweest. De arts die er toen alleen werkte, nam zelden uitstrijkjes.

Alcohol

Het GMD+ peilt naar alcoholgebruik. Hiervoor worden de eerste 3 vragen van de AUDIT-vragenlijst gebruikt. De bekomen cijfers kunnen uiteraard niet gecontroleerd worden. Volgens de Intego-databank kampt 12% van de 55-plussers met een problematisch alcoholgebruik. (39) Omdat zij de CAGE vragenlijst gebruiken ter screening, is vergelijken moeilijk.
24,6% van de vrouwen en 29,3% van de mannen moet de AUDIT volledig invullen. Dit betekent nog niet dat hun alcoholgebruik problematisch is.

Depressieve gevoelens

Op de vragen: *"werd u de voorbije twee weken vaak gehinderd door depressieve gevoelens of hopeloosheid?" en "werd u de voorbije twee weken vaak gehinderd door weinig interesse of plezier in de dingen die u deed?"* gaf 9% "ja" als antwoord op beide vragen. Deze patiënten zijn "at risk" voor een depressie. Dit wil niet zeggen dat al deze mensen een depressie hebben of zullen krijgen, maar wel dat het psychisch welzijn van deze mensen de afgelopen 2 weken laag lag. Dankzij het GMD+ staat ook dit in het dossier, terwijl hier vroeger nooit centraal een melding over gemaakt werd.

4 Uitvoering

Tijdswinst

Om het opzoeken in de papieren versie van de gezondheidsgids tot een minimum te herleiden werd de audit, de risico-inschatting voor coloncarcinoom en borstkanker in een Excel-document op het bureaublad gezet. Om de SCORE op een snelle manier te kunnen berekenen werd de e-risk calculator van pfizer geïnstalleerd.

Praktische problemen

- Een aantal patiënten vulden de papieren versie van het GMD+ wel in, maar staken het in de brievenbus en kwamen niet op raadpleging. Deze patiënten werden niet geïncludeerd in de studie. Zij tekenden geen informed consent en er kon hen geen uitleg gegeven worden.
- Bij het uitvoeren van de actieplannen in de praktijk bleken er een paar praktische problemen. We hadden bijna geen FOBt-testen ter beschikking in de praktijk, deze vroegen we aan bij ons labo.
- We hadden geen voorraad van Tedivax-vaccins. Dit betekende dat we deze eerst moesten voorschrijven aan de patiënt. Onze praktijk schreef zich daarom in op VaccinNet, waardoor we nu online vaccins kunnen bestellen en er steeds een aantal op voorraad zijn in de koelkast. Deze taak wordt vervuld door onze secretaresse. De artsen moeten enkel de namen opschrijven van de patiënten die een inenting gehad hebben. Terwijl deze studie liep hadden we hier een tijd lang problemen mee, aangezien er een tijd geen Tedivax-vaccins geleverd konden worden. We wisten ook niet hoe lang dit probleem zou duren. Dat is jammer, omdat het vaccin dan niet meteen kon toegediend worden bij de bespreking van het preventiedossier. Momenteel is dit probleem opgelost en verloopt dit erg vlot.

Follow-up

De meeste patiënten komen niet speciaal terug voor het uitvoeren van hun actieplannen. Gezien de gegevens in de follow-up van het medische dossier staan, wordt de arts bij elke raadpleging herinnerd aan de specifieke werkpunten voor de patiënt. Hierdoor kan de uitvoering van het GMD+ plaatsvinden over een langere periode.
Bovendien is het zeker nuttig dat de ondervraagde gegevens in het EMD staan, aangezien de praktijk geëvolueerd is van een solo- naar een duo-praktijk met HAIO. Goede registratie in het dossier helpt mee om de continuïteit te waarborgen.

Na de studie

Na het beëindigen van de studie, wordt het GMD+ nog steeds gebruikt. Het is wel al duidelijk dat dit reeds moeizamer verloopt. Voor 27 patiënten maakten we nog actieplannen aan in de 3 maanden na het beëindigen van de studie. Dit getal ligt niet zo hoog. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn: 1. steeds meer geïnteresseerde patiënten hebben reeds een GMD+

2. tijdens de griepperiode werden de vragenlijsten uit de wachtzaal verwijderd
3. de studie is beëindigd

Besluit

Sterktes en zwaktes

De masterproef heeft zijn sterktes en zijn beperkingen.
Voor de studie studie werden de onderzochte gegevens op willekeurige plaatsen in het dossier genoteerd. Hierdoor is het bijna onmogelijk om te bepalen welke gegevens reeds ergens genoteerd waren. Een exacte voor- na-meting kon om deze reden niet gebeuren.
Dit is een praktijkproject; er kunnen dus enkel uitspraken gedaan worden over de resultaten in onze praktijk gedurende de periode van de studie. Er kunnen geen uitspraken gedaan worden over de resultaten voor de praktijk op lange termijn.
De sterktes van deze masterproef zijn, dat het GMD+ in onze praktijk geïntroduceerd werd en dat het ook na de verzameling van de gegevens nog steeds uitgevoerd wordt. Dit kan onder meer door onze aanpak om zo veel mogelijk patiënten te screenen op korte tijd en door het programma dat geschreven werd. Een nadeel aan dit programma is, dat het moet geüpdatet worden als er een nieuwe versie van de gezondheidsgids verschijnt en het is niet duidelijk wie dat zal doen.
Preventie staat terug op de agenda in de praktijk. Dit is zeker een pluspunt. 40% van de doelgroep heeft deelgenomen aan het GMD+. De patiënten leren zo dat er voor deze onderwerpen interesse bestaat in de praktijk en dat de huisarts ook voor preventie een aanspreekpunt is.

Is het gebruiken van het GMD+ in onze praktijk nuttig ? Antwoorden op de 4 onderzoeksvragen

Wat zijn de voor-en nadelen van screening?

Dit wordt uitgebreider besproken in de literatuurstudie. De voordelen van screening en preventie zijn duidelijk: ziektes opsporen bij mensen die op het moment van de screening klachtenvrij zijn om morbiditeit te voorkomen of een grotere kans op genezing te bekomen met minder invasieve therapieën. Preventie heeft als doel ziektes te voorkomen. Gezien er echter ook nadelen aan preventie zijn is het vooral belangrijk hierover open te communiceren met de patiënt en realistische verwachtingen te scheppen, zodat de patiënt beseft dat geen enkele test 100% zekerheid biedt.

Is het GMD+ een goed screeningsinstrument?

Uit de literatuur concluderen we dat we de gezondheidsgids als wetenschappelijk kunnen beschouwen aangezien hij gebaseerd is op quaternaire bronnen. Niet alle onderwerpen die behandeld worden, voldoen aan alle criteria van Wilson en Jugner, zoals reeds in de

literatuurstudie besproken werd. De vragenlijst die erbij hoort, zorgt ervoor dat artsen een praktisch instrument hebben waar ze op kunnen terugvallen.

Is het GMD+ een haalbaar instrument?

Voor de arts: hoeveel tijd kost het om de actieplannen op te stellen? Dit wordt onderzocht in de literatuur en nagegaan in onze eigen praktijk.

Uit de literatuur: Tijd bleek één van de grootste struikelblokken.

In de eigen praktijk: We kozen ervoor om de patiënten niet te verplichten om hiervoor apart op raadpleging te komen, om de drempel voor de patiënten zo laag mogelijk te houden. Bovendien was het de bedoeling om het GMD+ af te nemen op een manier die ook na het beëindigen van deze thesis kan verdergezet worden. Het nadeel van deze methode is dat je niet vooraf weet welke patiënten de vragenlijst van de gezondheidsgids zullen meebrengen, en dat het dus onmogelijk is om hiervoor extra tijd in te plannen.

Met het Excel-document verloopt het maken van actieplannen veel sneller, maar tijd blijft een van de grote drempels.

Conclusie: Uit de literatuur en dit praktijkproject blijkt dat het moeilijk haalbaar is om het GMD+ grondig en volledig uit te voeren op één raadpleging. Uit de literatuurstudie komt naar voren dat het belangrijk is om de patiënt correct te informeren over wat hij kan verwachten van de screening om zo realistische verwachtingen te scheppen. Het verzamelen van gegevens via de vragenlijst is moeilijker dan verwacht: minder dan 50% wordt volledig en foutloos ingevuld. De kwaliteit van de actieplannen zou waarschijnlijk verbeteren indien er meer tijd en aandacht besteed wordt aan het uitleggen en bespreken van de vragen. Nadien dienen de actieplannen opgesteld te worden. Vervolgens dienen deze actieplannen besproken te worden met de patiënt en -indien de patiënt er mee instemt- ook uitgevoerd te worden. Bovendien komt de meerderheid van de patiënten niet uitsluitend voor het preventieconsult, maar hebben ze nog andere vragen en problemen. Het GMD+ dient dus meestal uitgevoerd te worden tijdens een normale raadpleging.

Voor de patiënt: kwantitatieve analyse van verkeerde of niet ingevulde antwoorden

We weten welke vragen het vaakst niet of verkeerd werden ingevuld. In de discussie werden de mogelijke redenen hiervoor en de mogelijke oplossingen besproken. Het zou zinvol zijn om deze en andere oplossingen uit te voeren, te testen in de praktijk en vervolgens te analyseren of er verbetering opgetreden is.

Resultaten voor de praktijk: kwantitatieve analyse

De dossiers van onze patiënten werden aangevuld en alle deelnemers kregen actieplannen. De resultaten tonen dat er zeker nog ruimte voor verbetering is in onze praktijk in heel wat thema's, zoals vaccinatiestatus, mammografie, uitstrijkjes,.. Voor vele andere thema's is

vooral het weten belangrijk: BMI is gekend, we weten wie rookt, niet voldoende beweegt, te veel alcohol drinkt. Die thema's kunnen op een rustig moment aangekaart worden met de patiënt.
De kwantitatieve analyse is terug te vinden bij "resultaten".

Algemene bedenkingen

Ik denk dat het GMD+ de patiënten zeker ten goede komt, het dossier is nu beter in orde voor de onderwerpen waar we naar screenen . Tot deze conclusie komen we in onze praktijk, maar reeds verschillende HAIO's concludeerden hetzelfde. De huisarts lijkt de correcte persoon om dit uit te voeren.
Gezien tijd de belangrijkste struikelblok is, zou hulp vanuit de overheid of andere instanties misschien welkom zijn. Aan welke hulp de meeste artsen precies nood hebben, zou een onderwerp kunnen zijn voor verder onderzoek. In onze praktijk vonden we het oproepen van patiënten een tijdrovende bezigheid. Verder onderzoek zou kunnen nagaan of er misschien een mogelijkheid bestaat om vanuit de overheid patiënten op te roepen om deel te nemen aan het preventieconsult. Verder zou het financiële aspect (een of 2 prestatiebriefjes?) zo eenvoudig mogelijk moeten zijn en duidelijk gecommuniceerd moeten worden naar de artsen. De artsen in onze praktijk vonden het een last om 2 prestatiebriefjes uit te schrijven. In onze praktijk werd de elektronische hulp van het Excel-document erg gewaardeerd. Wij vroegen ons af of een elektronische versie van het GMD+ geen meerwaarde zou kunnen betekenen in vele praktijken.

Het GMD+ is zeker een nuttig instrument, maar het is absoluut niet haalbaar om het volledig en grondig uit te voeren op één raadpleging. De arts moet realistische verwachtingen scheppen over de screening, de screeningsvragen bespreken, actieplannen opstellen, de actieplannen overlopen en met de patiënt bespreken welke uitgevoerd zullen worden en tot slot de actieplannen ook effectief uitvoeren. De raadpleging zou veel langer zijn dan normaal, zoals verschillende HAIO's reeds aantoonden, en hiervoor is de huidige financiële vergoeding (€10,65) ontoereikend. Bovendien komen patiënten zelden enkel voor hun preventiedossier op raadpleging, waardoor ook andere onderwerpen aan bod komen op de preventieve consultatie.
Het GMD+ zou dus niet moeten beschouwd worden als een opgave die tijdens één raadpleging volledig moet behandeld worden, maar eerder als een continue proces: bij elk patiëntencontact kan er één van de stappen uitgevoerd worden en één van de actieplannen besproken worden.

Referenties

1 Buntinx F. Screening versus diagnostiek: complexe problemen. Huisarts Wet 2004,47(5):234-234
2 Eisner D, Zoller M, Rosemann T, Huber CA, Badertscher N, Tandjung R. Screening and prevention in Swiss primary care: a systematic review. Int J Gen Med 2011, 4: 853–870.
3 Fleming P, Godwin M. Lifestyle interventions in primary care: systematic review of randomized controlled trials. Can Fam Physician. 2008;54(12):1706-13.
4 Wilson JMG, Jugner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: WHO, 1968.
5 Doust J, Mannes P, Bastian H, Edwards AGK. Interventions for improving understanding and minimising the psychological impact of screening. Cochrane Database Syst Rev 2007, 4:CD001212.
6 Orde van Geneesheren. Eed van Hippocrates. Beschikbaar op: http://www.ordomedic.be/nl/orde/artseneed/eed-hippocrates/. Geraadpleegd: 27 feb 2013
7 Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standpunt over medische check ups bij mensen zonder klachten. 2006 Beschikbaar via: http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/Medisch-inhoudelijke-standpunten/Medische-check-ups.htm. Geraadpleegd: 11 maart 2013
8 Van der Weijden T, Timmermans D, Wensing M. Dus alles is goed dokter? Hoe informeer ik mijn patiënten over grote en kleine risico's. Huisarts Wet 2006;49:550-53.
9 Akl EA, Oxman AD, Herrin J, Vist GE, Terrenato I, Sperati F, et al. Framing of health information messages. Cochrane Database Syst Rev 2011,12:CD006777.
10 Zaat J. Patiënten weloverwogen laten beslissen kan. Huisarts Wet 2002,1:34-34
11 Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, Col NF, Eden KB, Holmes-Rovner, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev 2011,10:CD001431.
12 Desmet T. Preventie in de huisartsgeneeskunde [masterproef]. Leuven: KULeuven;2008
13 Domus Medica Gezondheidsgids. Handleiding voor preventie in de huisartsenpraktijk. 2011. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/documentatie/gezondheidsgids.html. Geraadpleegd: 11 maart 2013
14 Site RIZIV. GMD, preventiemodule en derdebetalersregeling. Beschikbaar op: http://www.riziv.fgov.be/care/nl/doctors/collaboration/dmg-gmd/index.htm. Geraadpleegd: 12 maart 2013
15 De Cort P et al. De gezondheidsgids van Domus Medica: een kritische beschouwing [eindwerk] Leuven: KULeuven;2011
16 Musschoots M. Is er een toekomst voor een globaal medisch en preventie dossier (GMPD)? [masterproef]. Gent: UGent;2009
17 Verdonck A. Preventie: Hoe goed denkt de patiënt opgevolgd te worden? Kan deze opvolging verbeterd worden door het GMD+? [masterproef] Leuven: KULeuven, 2013
18 De Clerck K. Invoeren van een "Preventie-call" in de huisartsenpraktijk [masterproef]. Antwerpen: UA;2012
19 Pauwels L. Introductie van de Gezondheidsgids in de praktijk [masterproef]. Antwerpen: UA; 2011
20 Tratsaert E. Implementatie van de GezondheidsGids van Domus Medica in de praktijk. [masterproef] Gent: Ugent;2010
21 Blanker M. Aanpak van het PreventieConsult Cardiometabool risico. Huisarts Wet 2011,8:420-421
22 Walter U, Krauth C, Wienold M, Dreier M, Bantel S, Droste S. Verfahren zur Steigerung der Teilnahmerate an Krankheitsfrüherkennungsprogrammen (Interventions for increasing uptake in screening programmes). GMS Health Technol Assess 2006, 2: doc16
23 Jepson R, Clegg A, Forbes C, Lewis R, Sowden A, Kleijnen J. The determinants of screening uptake and interventions for increasing uptake: a systematic review. Health Technol Assess 2000, 4(14).
24 Hulscher MEJL, Wensing M, van der Weijden T, Grol R. Interventions to implement prevention in primary care. The Cochrane Database Syst Rev 1997, 1: CD000362.
25 Boffin N, Cornelis E, Hubens V, Laperche J, Spinnewijn B, Vaes B, et al. Rapid Assessment: Cardiovasculaire Primaire Preventie in de Belgische Huisartspraktijk - bijlage voor hoofdstuk 5. Good Clinical Practice. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg 2007, KCE reports 52 Suppl.
26 Jacobs L. De gezondheidsgids. Perceptie en ervaring van de huisartsen te Malle en Zoersel [masterproef]. Gent: UGent;2010
27 Bosmans T. Introductie van de Gezondheidsgids in de praktijk: vergelijking van een actieve met een passieve aanpak [masterproef] Leuven: KULeuven;2012
28 Cornuz J, Ghali WA, Di Carlantonio D, Pecoud A, Paccaud F. Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. Fam Pract 2000, 17(6): 535-40.
29 Site Domus Medica. Fikse ledenkorting op tablet PC toepassing van Science Tribune. Beschikbaar op:

http://domus-medicabe.webhosting.be/documentatie/gezondheidsgids/4324-fikse-ledenkorting-op-tablet-pc-toepassing-van-science-tribune.html Geraadpleegd: 12 maart 2013
30 De Cort P, Christiaens T, Philips H, Goossens M, Van Royen P. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Hypertensie. Huisarts Nu 2009;38:340-61.
31 Team Gegevensverwerking en Resultaatsopvolging. Chronische aandoeningen: incidentie en prevalentie [Online publicatie]. Brussel: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Afd. Informatie en Ondersteuning, [geraadpleegd op 22 maart 2013], Beschikbaar op: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Zorgaanbod-en-verlening/Artsen/Chronische-aandoeningen--incidentie-en-prevalentie/
32 Boland B, Christiaens T, Goderis G, et al. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Globaal Cardiovasculair risicobeheer. Huisarts Nu 2007;36:339-69
33 NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (tweede herziening). Huisarts Wet 2012; 55(1):14-28.
34 Team Gegevensverwerking en Resultaatsopvolging. Rookgedrag bij volwassenen [Online publicatie]. Brussel: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Afd. Informatie en Ondersteuning, Beschikbaar op: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Gezond-leven-en-milieu/Tabak-alcohol-drugs/Rookgedrag-bij-volwassenen/. Geraadpleegd: 27 feb 2013
35 Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Gezondheidsenquête door Interview, België 2008. Beschikbaar op: https://www.wiv-isp.be/epidemio/epinl/index4.htm. Geraadpleegd: 27 feb 2013
36 Team Gegevensverwerking en Resultaatsopvolging. Body Mass Index bij volwassenen [Online publicatie]. Brussel: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Afd. Informatie en Ondersteuning, Beschikbaar op: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Gezond-leven-en-milieu/Voeding-en-beweging/Body-Mass-Index-bij-volwassenen/. Geraadpleegd: 27 feb 2013.
37 Van Binsbergen JJ, Langens FNM, Dapper ALM, et al. NHG-Standaard Obesitas. Huisarts Wet 2010:53(11):609-25.
38 Team Gegevensverwerking en Resultaatsopvolging. Deelnamegraad aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker [Online publicatie]. Brussel: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Afd. Informatie en Ondersteuning, [geraadpleegd op 21 maart 2013], Beschikbaar op: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Ziekten/Borstkankeropsporing/Deelnamegraad-aan-het-bevolkingsonderzoek-naar-borstkanker/
39 Team Gegevensverwerking en Resultaatsopvolging. Deelnamegraad aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker [Online publicatie]. Brussel: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Afd. Informatie en Ondersteuning, [geraadpleegd op 21 maart 2013], Beschikbaar op: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Gezond-leven-en-milieu/Tabak-alcohol-drugs/Alcoholgebruik-bij-volwassenen/

Dankwoord

Graag zou ik nog enkele mensen bedanken voor hun hulp en steun bij de verwezenlijking van deze masterproef. Vooreerst gaat mijn dank uit naar mijn promotor, prof. Dr. Paul De Cort, voor de nuttige aanwijzingen en aanvullingen, tijdens elke fase van mijn project.
Verder wil ik graag mijn praktijkopleider Dr. Tom Foidart en Dr. Christel van der Geer danken voor hun begeleiding in de praktijk en hun medewerking aan mijn onderzoek. Ook onze secretaresse Greet Vandervoort verdient een bedankje voor haar hulp bij het opstellen van de namenlijst en voor haar aanmoedigingen bij het tot stand brengen van deze masterproef.
Verder zou ik graag mijn ouders willen bedanken voor de hulp bij het nalezen van dit werk.
Tot slot verdient mijn echtgenoot, Igor Desfossés een dankuwel voor zijn niet aflatende steun.

Bijlage 1: vragenlijst voor de patiënten

Naam:……	M / V	Leeftijd:……	
Hebt u een te hoge bloeddruk?	O ja	O neen	
Neemt u medicatie voor een te hoge bloeddruk?	O ja	O neen	
Hebt u diabetes (suikerziekte)?	O ja	O neen	
Hebt u een hart- of vaatziekte (gehad)?	O ja	O neen	
Heeft uw vader of broer een hart- of vaatziekte voor zijn 55 jaar (gehad)?	O ja	O neen	
Heeft uw moeder of zus een hart- of vaatziekte voor haar 65 jaar (gehad)?	O ja	O neen	
Rookt u?	O ja	O neen	
Eet u dagelijks groenten en fruit?	O ja	O neen	
Komt u aan 30 minuten lichaamsbeweging per dag?	O ja	O neen	
Wat is uw lengte?	.....cm		
Wat is uw gewicht?	.....kg		
Heeft uw arts u ooit gesproken over verhoogde suiker in uw bloed?	O ja	O neen	
Had u verhoogde suiker tijdens de zwangerschap of tijdens een	O ja	O neen	
Voor vrouwen: Bent u bevallen van een baby van 4,5 kg of meer?	O ja	O neen	
Heeft uw vader, moeder, broer of zus diabetes?	O ja	O neen	
Hoeveel jaar is je vaccinatie tegen tetanus geleden?	O minder dan 10	O tussen 10 en 20	O meer dan 20
Bent u hart- of longpatient?	O ja	O neen	
Bent u nierpatient?	O ja	O neen	
Hebt u geen milt meer of een ziekte waardoor de milt niet goed werkt?	O ja	O neen	
Voor vrouwen: Komt er borstkanker of eierstokkanker voor in uw familie?	O ja	O neen	
Voor vrouwen vanaf 50 jaar : Is uw laatste mammografie meer dan 2 jaar	O ja	O neen	datum:.....
Voor vrouwen van 25 tot 64 jaar: Is uw laatste uitstrijkje meer dan 3 jaar	O ja	O neen	datum:.....
Komen darmkanker of -poliepen voor bij uw vader, moeder, broer of zus?	O ja	O neen	
Hoe vaak drink je alcohol?	O nooit		
	O minder dan 1 keer per maand		O 2-4 keer per maand
	O 2-3 keer per week		O 4 keer per week of meer
Wanneer je drinkt, hoeveel standaardglazen drink je dan gewoonlijk op een dag?	O 1-2	O 3-4	O 5-6
	O 7-9	O 10 of meer	
Hoe vaak gebeurt het dat je ≥6 standaardglazen drinkt bij één enkele gelegenheid?	O nooit	O minder dan maandelijks	
	O maandelijks	O wekelijks	O dagelijks
Werd u de voorbije twee weken vaak gehinderd door depressieve gevoelens of hopeloosheid?	O ja	O neen	
Werd u de voorbije twee weken vaak gehinderd door weinig interesse of plezier in de dingen die u deed?	O ja	O neen	

Bijlage 2: uitnodiging patiënten

HUISARTSENPRAKTIJK
DOKTER TOM FOIDART
DOKTER CHRISTEL VAN DER GEER
DOKTER SARAH VANHULSEL

PASTOOR VAN NEYLENSTRAAT 5
2440 GEEL
014 58 16 03

Geachte meneer/ mevrouw,

De laatste jaren wordt er in de media steeds meer aandacht aan preventie besteed. De huisarts speelt hierin een centrale rol. Als beheerder van uw globaal medisch dossier, willen we bewaken dat u de best mogelijke preventie aangeboden krijgt.

Concreet

Om in onze praktijk de preventie te optimaliseren, willen we voor al onze patiënten tussen de 45 en de 75 jaar een individueel preventieplan opstarten. We willen dit doen aan de hand van de bijgevoegde vragenlijst. De topics die aan bod komen, zijn:

- risico op hart- en vaatziekten
- rookstopbegeleiding
- gezonde voeding
- fysieke activiteit
- diabetes (suikerziekte)
- vaccinaties (tetanus/difterie, influenza, pneumokokken)
- borstkanker
- baarmoederhalskanker
- colorectale kanker (darmkanker)
- alcohol
- depressieve klachten

De vragenlijst geeft uw arts de kans om uw preventiedossier op een gestructureerde manier in orde te brengen en alles systematisch bij te houden in het elektronisch dossier.

Wat moet u doen?

U vult de bijgevoegde vragenlijst thuis zo volledig mogelijk in en u maakt vervolgens een afspraak bij uw huisarts. De arts zal samen met u de vragen overlopen en dit resulteert in een preventieplan op maat. De gegevens zullen genoteerd worden in uw dossier.
Indien u ermee akkoord gaat, zal u anoniem kunnen deelnemen aan een studie over het GMDplus in onze praktijk.

Is het mogelijk om een klevertje van het ziekenfonds mee te brengen?

Uiteraard kunt u voor bijkomende inlichtingen contact opnemen met onze praktijk.

Met vriendelijke groeten,

Dr. Foidart Dr. van der Geer Dr. Vanhulsel

WWW.AFSPRAKEN.BE

WWW.DOKTERFOIDART.BE
WWW.DOKTERVANDERGEER.BE

Bijlage 3: informed consent

HUISARTSENPRAKTIJK
DOKTER TOM FOIDART
DOKTER CHRISTEL VAN DER GEER
DOKTER SARAH VANHULSEL

PASTOOR VAN NEYLENSTRAAT 5
2440 GEEL
014 58 16 03

Informatie voor de patiënten over het GMDplus en de masterproef: "Het gebruik van het GMDplus in onze praktijk"

De laatste jaren wordt er in de media steeds meer aandacht aan preventie besteed. De huisarts speelt hierin een centrale rol. Als beheerder van uw globaal medisch dossier, willen we bewaken dat u de best mogelijke preventie aangeboden krijgt.

Om in onze praktijk de preventie te optimaliseren, willen we voor al onze patiënten tussen de 45 en de 75 jaar, een individueel preventieplan opstellen. We willen dit doen aan de hand van een vragenlijst. De topics die aan bod komen zijn:

- risico op hart- en vaatziekten
- rookstopbegeleiding
- gezonde voeding
- fysieke activiteit
- diabetes (suikerziekte)
- depressieve klachten
- vaccinaties (tetanus/difterie, influenza, pneumokokken)
- borstkanker
- baarmoederhalskanker
- colorectale kanker
- alcohol

Het doel van deze studie is om de preventie in onze praktijk te verbeteren. Aan alle patiënten tussen de 45 en 75 jaar met een GMD in onze praktijk wordt de mogelijkheid geboden om een individueel preventieplan te laten opstellen en dit te bespreken met hun arts.

Alle gegevens zullen ook anoniem statistisch verwerkt worden. Uw identiteit en deelname aan deze studie worden strikt vertrouwelijk behandeld. De persoonlijke gegevens die zullen verwerkt worden in de studie bevatten geen naam, adres of andere identificatie. Het doel is om na te gaan of de vragenlijst in onze praktijk een meerwaarde biedt. De antwoorden op de vragen en de actieplannen worden kwantitatief geanalyseerd. Dit kadert in de masterproef van dr. Vanhulsel.

Toestemmingsformulier van de patiënt voor het verwerken van de persoonlijke gegevens met betrekking tot de gezondheid

Ik, ondertekende, (naam patiënt) .....

bevestig dat ik vrijwillig deelneem aan de studie.

Mijn arts heeft mij ingelicht over deze studie. Deze informatie was verstaanbaar voor mij. Ik heb mijn vragen kunnen stellen en mijn arts heeft hierop duidelijk geantwoord.

Ik geef mijn toestemming dat mijn persoonlijke gegevens, in het bijzonder de gegevens die in het kader van deze studie verzameld worden, elektronisch bewaard en geëvalueerd worden.

- Deze gegevens mogen opgenomen worden in mijn elektronisch medisch dossier bij mijn huisarts.
- Deze gegevens mogen anoniem gebruikt en geanalyseerd worden in de studie.

Datum: .....

Handtekening patiënt: .....

Bijlage 4: screenshot van het programma in excel

	[redacted]			
	GMD+ 2012: Totaalchol./HDL-bepaling en SCORE(-); Creatinine en proteïnurie; BMI=27,28; nuchtere glycemie bepalen; Vaccineren: dT 0-1-12; laatste PAP ok 2011;			
	Geslacht (M of V)	V		GMD+
	Hoe oud bent u?	48	a	
	Hebt u een te hoge bloeddruk?	ja	B+	Totaalchol./HDL-bepaling en SCORE;
	Neemt u medicatie voor een te hoge bloeddruk?	ja		Creatinine en proteïnurie;
	Hebt u diabetes (suikerziekte)?	neen	d	
	Hebt u een hart- of vaatziekte (gehad)?	neen	e	
	Heeft uw vader of broer een hart- of vaatziekte voor zijn 55 jaar (gehad)?	ja	F+	Totaalchol./HDL-bepaling en SCORE;
	Heeft uw moeder of zus een hart- of vaatziekte voor haar 65 jaar (gehad)?	neen		
	Rookt u?	neen	c	
	Eet u dagelijks groenten en fruit?	ja		
	Komt u aan 30 minuten lichaamsbeweging per dag?	ja		
	Wat is uw lengte? (in cm)	168		
	Wat is uw gewicht? (in kg)	77	**BMI:**	27,28
	Buikomtrek?	0		
	Heeft uw arts u ooit gesproken over verhoogde suiker in uw bloed?	neen		
	Had u verhoogde suiker tijdens de zwangerschap of tijdens een ziekenhuisopname?	neen		
	Voor vrouwen: Bent u bevallen van een baby van 4,5 kg of meer?	neen		
	Heeft uw vader, moeder, broer of zus diabetes?	ja		nuchtere glycemie bepalen;
	Is uw vaccinatie tegen tetanus ... jaar geleden?	20 en onvolledig/onbekend schema		Vaccineren: dT 0-1-12;
	Bent u hart- of longpatient?	neen		
	Bent u nierpatient?	neen		
	Hebt u geen milt meer of een ziekte waardoor de milt niet goed werkt?	neen		
	Voor alle vrouwen: Komt er borstkanker of eierstokkanker voor in uw familie?	neen		
			<datum>	
	Voor vrouwen van 25 tot en met 64 jaar: Is uw laatste uitstrijkje meer dan 3 jaar	neen	2011	laatste PAP ok 2011;
	Komen darmkanker of -poliepen voor bij uw vader, moeder, broer of zus?	neen		
1	Hoe vaak drink je alcohol?	2-4 /maand	2	
2	Wanneer je drinkt, hoeveel standaardglazen drink je dan gewoonlijk op een dag?	1-2	0	2
3	Hoe vaak gebeurt het dat je ≥6 standaardglazen drinkt bij één enkele gelegenheid?	Nooit	0	
	Bevraag enkel bij patiënten met risico op depressie:			
	- Werd u de voorbije twee weken vaak gehinderd door depressieve gevoelens of hopeloosheid?	neen		
	- Werd u de voorbije twee weken vaak gehinderd door weinig interesse of plezier in de dingen die u deed?	neen		
	GEBRUIK VAN ALCOHOL: AUDIT *(vragen verschijnen wanneer een scorebepaling nodig is)*			
4		NOG IN TE VULLEN		
5		Nooit		
6		Nooit		
7		Nooit		
8		Nooit		
9		Nooit		
10		Nooit		