GMD+

Viaene Simon, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Paul De Cort, KU Leuven, Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde

Co-promotoren: Dr. Rik Baeten, Domus Medica, preventie coördinator

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract:

GMD+

Haio: Viaene Simon **Promotor: Prof. Dr. Paul De Cort**
KU Leuven **Co-promotor: Dr. Rik BaetenPraktijkopleider: Dr. Louis Jr. De Haes**

Context:

Voor dit praktijkproject was er geen uniforme aanpak van preventie binnen de opleidingspraktijk. Er werd ons de 'GMD+-tablet' van Medicale Time Management/ Science Tribune voorgesteld: een tablet-computer met vragen op, gebaseerd op de gezondheidsgids. Er werd besloten hiermee aan de slag te gaan om een geïntegreerde preventie aanpak in de praktijk te introduceren.

Onderzoeksvragen: Deel 1 van deze masterproef beantwoord vraag 1 en 2, Deel 2 vraag 3 en 4.

1. Wat werd reeds onderzocht in voorgaande masterproeven van 2008 t.e.m. 2013 over de items van de gezondheidsgids?
2. Kunnen we enkele conclusies trekken voor de verschillende items van de gezondheidsgids gebaseerd op een literatuuronderzoek van deze masterproeven?
3. Kan de tablet van Medical Time Managment helpen om preventie op een meer systematischer en meer uniforme manier toe te passen in onze praktijk?
4. Hoe scoren we in onze praktijk op vlak van preventie ten opzichte van andere praktijken waar dergelijke praktijkverbeterende projecten werden uitgevoerd en beschreven in een masterproef?

Methode:

Deel 1: Er werd een literatuuronderzoek gedaan van alle masterproeven van 2008 t.e.m. 2013 die handelen over items uit de gezondheidsgids: Hart- en vaatziekten, rookstopbegeleiding, alcoholgebruik, voedingsadvies, fysieke activiteit, Diabetes type 2, vaccinatie, screenen naar colorectale-, borts- en baarmoederhalskanker en depressie. Ook masterproeven die een preventieconsult implementeren werden geïncludeerd. Uit deze selectie werden cijfers i.v.m. responsratio, incidentie en tevredenheid gehaald.

Deel 2: Van juni tot november in 2013 nodigden vier artsen patiënten tussen 45 en 55 jaar met een GMD uit tot het invullen van de tablet met nadien een consult bij de HAIO. Na de registratieperiode werden enkele items retrospectief nagegaan: Tetanus/difterie vaccinatie status, colorectale-, borst- en baarmoederhalskankerscreening en de adviezen en planning opgemaakt tijdens het preventieconsult. De resultaten uit Deel 1 en Deel 2 werden naast elkaar gelegd.

Resultaten:

Deel 1: 52 masterproeven die over GMD+ gerelateerde onderwerpen gaan werden geselecteerd. Hiervan gingen er 22 over de implementatie van het preventieconsult in de praktijk. Dit werd in 72% van de gevallen als positief ervaren. De responsratio is het hoogst bij aanspreken van de patiënt en versturen van een oproepbrief. Hiermee werd respectievelijk 34,8% en 25,2% bereikt. Bij gemiddeld 18,4% van de onderzochte populatie werd een hoog cardiovasculair risico gevonden. De prevalentie van rokers binnen deze studies was gemiddeld 22%. Bij 9,3% van de ondervraagden werd risicogebruik van alcohol (AUDIT ≥5) vastgesteld. 23,8% van de populatie was in orde met de colorectale kankerscreening voor de praktijkverbeterende projecten en 78,4% erna. Voor borstkanker was gemiddeld 60,2% van de vrouwen in orde, het praktijkproject gaf een gemiddelde verbetering van 10,7%. Voor baarmoederhalskankerscreening was 62,8% in orde en gaven de praktijkprojecten gemiddeld een verbetering van 17,1%. Er waren slechts 2 mastervroeven over life-style factoren als voeding en beweging. Over depressie, diabetes type 2 en vaccinatie werden niet voldoende cijfers gevonden.

Deel 2: 40 patiënten vulden de vragenlijst op de tablet in. Hiervan kwamen 26 (65%) naar het preventieconsult. 14 (35%) patiënten waren in orde met hun vaccinatiestatus, na het praktijkproject waren dit er 31 (77,5%). Van diegene die in aanmerking kwamen voor een FOBT had voor het project niemand de test uitgevoerd, na de studie waren dit er 14 (58,3%). 61,9% van de vrouwen die participeerden waren in orde met hun borstkankerscreening, na het praktijkproject was dit 95,2%. Voor cervixkanker screening was 47,6% van de vrouwen in orde.

Conclusie:

We leren dat we in ons praktijkproject beter als gemiddeld scoorden voor de responsratio, de verbetering van onze vaccinatiestatus en de borstkankerscreening. We scoorden duidelijk minder goed dan het gemiddelde van de andere masterproeven op Tetanus/Difterie vaccinatie-status en de screening naar cervixkanker. Ook werd voor het praktijkproject duidelijk veel minder aan colorectale kankerscreening gedaan dan in andere praktijken.

Het literatuuronderzoek leert ons dat reeds veel onderzoek werd gedaan naar items uit de gezondheidsgids. Onderzoek naar het bevragen en de aanpak van levenstijl (roken, beweging, dieet, gemoedstoestand) heeft echter zeer weinig aandacht in de onderwerpen van masterproeven.

Inhoudstafel:

- Abstract
- Inhoudstafel
- Inleiding
  - *Context: Preventie binnen de eerste lijn*
  - *Praktijkschets*
  - *Onderzoeksvraag*
  - *Doelstellingen*
- Dankwoord

Deel 1: Literatuuronderzoek Masterproeven i.k.v. de Gezondheidsgids

- Methode
- Resultaten
  - *Algemeen*
  - *Cardiovasculair risico*
  - *Roken*
  - *Alcoholgebruik*
  - *Lifestyle: voedingsgewoonten, beweging*
  - *Screening naar Diabetes mellitus type 2*
  - *Vaccinatiestatus*
  - *Screening naar colorectale kanker*
  - *Screening naar borstkanker*
  - *Screening naar baarmoederhalskanker*
  - *Depressie*
- Bespreking / Tekortkomingen

Deel 2: Praktijkverbeterend project d.m.v. een interventieonderzoek met de GMD+-tablet van Medical Time Managment

- Methode
- Resultaten
  - *algemeen*
  - *Vaccinatie tetanus/difterie*
  - *Fecaal occulte bloedtest*
  - *Mammografie en cervixuitstrijkje*
  - *Advies en planning*
- Besluit

- Discussie
- Referenties
- Bijlagen

Inleiding:

Preventie binnen de eerste lijn:

Gezondheidswerkers voelen intuïtief aan dat preventieve geneeskunde van groot belang is binnen de moderne geneeskunde. Ze worden in het dagelijkse werk geconfronteerd met ziekten die reeds in een gevorderd stadium zitten of met chronisch progressieve ziekten waar enkel nog aan levenskwaliteit kan gewerkt worden. Daarom zoeken we binnen de geneeskunde steeds manieren om vroeger in te grijpen in het ziekteproces door vroegdetectie of, nog vroeger, door het wegwerken van risicofactoren en zo de ziekte te vermijden. (1)

Reeds in het begin van de negentiende eeuw werd er al aan preventieve geneeskunde gedaan onder vorm van vaccinaties. Zo werden achtereenvolgens vaccins tegen de pokken, rabies, tyfus, cholera, pest en later ook tuberculose, pertussis, poliomyelitis en nog vele andere infectieziekten ontwikkeld. Onder meer door het toedienen van deze vaccins op grote schaal zag men bij sommige van deze ziekten drastische incidentiedaling en mortaliteitsreductie. (2)

De grote voordelen van preventieve geneeskunde werden echter pas duidelijk na de tweede wereldoorlog. Toen werden er grote longitudinale epidemiologische studies opgezet naar de impact van risicofactoren. Eén van de bekendste is de Framingham studie rond cardiovasculair risico. Deze loopt nog steeds en levert tot op heden nog bruikbare inzichten. (3, 4)

In de jaren ’80 verschenen publicaties van internationale’ task forces ‘ over preventieve gezondheidszorg zoals de Canadian Task Force on Preventive Health-care en later ook de U.S. Preventive Services Task Force(1, 5, 6).

In de Vlaamse huisartsenwereld werd deze evolutie opgepikt in de toenmalige Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Huisartsen (WVVH). In de commissie preventie leidde dit tot het ontstaan van de preventiekaart (7,8,9). Deze is samen met ‘het preventiepakket’ en de brochure ‘Gezondheid een gids om er samen iets aan te doen’ de eerste voorloper van de gezondheidsgids zoals wij hem nu kennen. De inzichten werden samengevat in een boek dat met Europese subsidie naar alle Vlaamse huisartsen werd verdeeld (10). Ook in Nederland verschenen dergelijke publicaties. (11)

In Vlaanderen ontstonden tal van horizontale initiatieven (de lokale preventieprojecten) en ook vanuit Vlaams beleidsniveau werd vooral de kankerscreening (cervix- en borstkanker) uitgebouwd. De noodzaak groeide om dit alles voor de patiënten, maar ook voor beleidsmakers en hulverleners, overzichtelijk te houden. Met de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen, het onstaan van de LOGO’s en de gezondheidsconferenties werd hier een kader voor gemaakt. De huisarts lijkt voor de implementatie van individuele preventie het best geplaatst. (12) Vandaar dat werk werd gemaakt van een praktijkondersteunende richtlijn: De Gezondheidsgids.

Domus Medica en VIGeZ (Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie) ontwikkelden in 2009 de gezondheidsgids als praktische tool. Het opzet is om via een vragenlijst tot een profiel van de patiënt te komen waarvoor een preventieplan kan opgesteld

worden. Deze vragenlijst werd eerst uitgetest in een pilootproject te Malle-Zoersel. (13) In 2010 werd de gezondheidsgids in heel Vlaanderen en Brussel verspreid. In april 2011 kwam er een erkenning van het Riziv met een vergoeding verbonden aan het GMD: het GMD+. Deze vergoeding loopt 5 jaar waarna een evaluatie volgt. (14)

Praktijkschets:

De huisartsenpraktijk waar het onderzoek plaatsvond is een landelijk gelegen groepspraktijk te Dilsen-Stokkem. Twee huisartsen die gemiddeld reeds 16 jaar als soloarts werkten en één arts die 10 jaar in een duopraktijk werkte besloten samen de groepspraktijk 'Het Kruispunt' op te richten in 2004. In de afgelopen 10 jaar kwam er een secretariaat en werd het een opleidingspraktijk voor huisartsen in opleiding (HAIO). Maar ook stagiairs geneeskunde volgen er regelmatig hun opleiding. Eén van die HAIO's associeerde zich nadien ook. Op het moment van het onderzoek werken er dus 4 huisartsen en één HAIO voltijds in de praktijk.

In deze praktijk wordt enkel op afspraak gewerkt. Dat kan via de website (www.hetkruispunt.be), telefonisch of aan het secretariaat te maken. De huisartsen werken voor eigen rekening en de patiënten rekenen dus ook steeds af bij de arts. Er is een Economisch Samenwerkings Verband (E.S.V.) opgericht die de gemeenschappelijke kosten van de praktijk verrekent, zoals huur, secretariaat, renovatie en materiaal. De GMD's en andere subsidies worden gepoold binnen de ESV. Het praktijkgebouw wordt gehuurd.

De praktijk kreeg de laatste jaren de ambitie om van een H.O.E.D. (huisartsen onder één dak) of kostendelende samenwerking naar een meer integrale samenwerking met een gezamenlijke visie, reputatie en manier van werken te groeien. Dit Manama-project, om tot een meer integrale aanpak van preventie binnen de praktijk te komen, is een van de éérste initiatieven daartoe. Zo hopen we ook de patiënten vertrouwd te maken met een éénduidige aanpak en wordt het wisselen van huisarts binnen de praktijk op termijn gefacilliteerd.

Onderzoeksvragen

Proces:

Eerst waren er binnen onze groepspraktijk enkele gesprekken met de collega's over een mogelijk manama project. Hieruit bleek dat het GMD+, of preventie in bredere zin, door elke huisarts anders wordt ingevuld. Rond dezelfde tijd werd ons de 'GMD+-tablet' van Medicale Time Management/ Science Tribune voorgesteld.

Dit is een tablet-computer met een software programme die in de wachtzaal aan de patiënt wordt gegeven. Er staan vragen op, gebaseerd op de gezondheidsgids. Hierdoor komt er dan een selectie van gezondheidsitems die aandacht vragen naar boven die dan met de patiënt verder besproken kunnen worden. Er werd ook beloofd dat de antwoorden op deze vragen geïntegreerd in het elektronisch medisch dossier zouden worden. Zo zou de arts bij het openen van het dossier meteen zien dat de tablet is ingevuld en de aandachtspunten kunnen raadplegen. In deel 2: Methode meer hierover.

Uit overleg met mijn promotor en co-promotor bleek dat er reeds zeer veel masterproeven over de Gezondheidsgids, het GMD+ of onderdelen ervan waren geschreven. Anders dan weer een literatuuroverzicht te maken, besloten we enkel de masterproeven te bekijken en

hier een overzicht van trachten te maken. Deel 1 van deze masterproef geeft dus een overzicht van masterproeven in de afgelopen jaren die met de gezondheidsgids te maken hebben.

Dit gaf de volgende onderzoeksvragen:

1. Wat werd reeds onderzocht in voorgaande masterproeven van 2008 tot en met 2013 over de items van de gezondheidsgids?
2. Kunnen we enkele conclusies trekken voor de verschillende items van de gezondheidsgids gebaseerd op een literatuuronderzoek van deze masterproeven?

3. Kan de tablet van Medical Time Managment helpen om preventie op een meer systematischer en meer uniforme manier toe te passen in onze praktijk?
4. Hoe scoren we in onze praktijk op vlak van preventie ten opzichte van andere praktijken waar dergelijke praktijkverbeterende projecten werden uitgevoerd en beschreven in een masterproef?

In Deel 1 van deze masterproef wordt een antwoord op de eerste vragen gezocht. De 3e en 4e vraag, in Deel 2, het praktijkverbeterend project.

Doelstellingen:

Voor mezelf:
beter inzicht in preventieve geneeskunde verwerven en de verschillende manieren achterhalen om deze toe te passen in een huisartsen-setting.

Voor de praktijk:
integratie van preventieve geneeskunde met een meer uniforme en evidenced based aanpak. Dit op een zo kosten baten efficiënt mogelijke manier.

Als Masterproef:
een naslagwerk maken met een overzicht van behaalde resultaten in andere masterproeven van afstuderende huisartsen omtrent de gezondheidsgids. Dit kan dienen als aanzet tot een evaluatie van de gezondheidsgids en verdere aanpassingen hiervan.

Dankwoord

Bij deze wil ik graag mijn promotor, Professor Paul De Cort bedanken voor het klankbord dat ik kon gebruiken. Bedankt voor het geduld. Ook Dr. Rik Baeten heeft lang moeten wachten op een tekst maar zijn feedback en vooral het gesprek voor het kiezen van de concrete aanpak heeft ook mee vorm gegeven aan het eindproduct.
Daarnaast bedank ik natuurlijk ook mijn collega's en de medewerkers van de praktijk waar ik 2 jaar met plezier gewerkt heb. Uiteraard dank ik ook mijn familie. Niet alleen omdat ze mij moesten missen maar ook voor hun professioneel advies na het lezen en herlezen van teksten die ik doorstuurde. Ook de hulp van mijn vader, Mark Viaene, bij het schrijven van de inleiding apprecieer ik enorm.
In het bijzonder bedank ik mijn vrouw en zoon die in de maanden dat ik aan deze masterproef werkte mij 's avonds vaak moesten missen.

Deel 1:

Literatuuronderzoek Masterproeven i.k.v. de Gezondheidsgids 2008-2013

Methode:

Op de site van het ICHO (Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding) bevindt zich een databank met alle masterproeven vanaf 2008. Deze kan geraadpleegd worden via drie zoekmotoren: op auteur, op icpc-code (international classification of primary care) of via trefwoorden. Na verschillende pogingen om tot een lijst te komen van masterproeven gerelateerd aan preventie bleek het heel moeilijk om een brede selectie te verkrijgen. Daarom werd een alternatief gezocht om tot een volledige lijst te komen die alle items van de gezondheidsgids dekt.

Eerst werden de Abstractboeken van 2008 tot en met 2013 opgevraagd. Daaruit werden alle titels van alle masterproeven overlopen, als deze voldeden aan de inclusiecriteria werd het abstract gelezen. Ook hierop werden inclusie en exclusie criteria toegepast (zie verderop). Dan werden de teksten opgezocht op auteur via de icho-site (www.ich-info.be/masterproeven). Van de masterproeven van 2008 tot en met 2011 waren slechts een beperkt aantal teksten beschikbaar (**figuur 2**). De meeste volledige teksten werden bekomen na een mail van zowel mezelf als het ICHO naar de auteurs. Spijtig genoeg was er slechts in beperkte mate respons op de mails waardoor sommige masterproeven dus uit de boot vielen. Ikzelf verstuurde 28 mails en kreeg slechts 1 antwoord met de volledige tekst in bijlage. Een belangrijke reden dat er niet werd geantwoord was dat het enige gekende e-mailadres niet meer actief was.

Figuur 1 vat de selectiemethode samen. In totaal werden dus 53 thesissen weerhouden en doorgenomen. Deze werden uitgezet in een excel-tabel om bruikbare gegevens te kunnen vergelijken. (**zie bijlage 1**).

Belangrijk is ook om te vermelden dat niet enkel masterproeven die over implementatie van de gehele gezondheidsgids werden geïncludeerd. Ook studies van een onderdeel als rookstopbegeleiding, cervixkankerscreening, etc. werden geïncludeerd. Slechts 22 van de 52 proeven gingen over de gezondheidsgids als geheel. Ook werden in deze 22 proeven telkens andere items van de gezondheidsgids besproken of uitgelicht.

Het vergelijken van de resultaten van praktijkprojecten waar slechts een deel van de preventie-items uit de gezondheidsgids besproken werden met die projecten waar de volledige gezondheidsgids werd geïmplementeerd is moeilijk. Vandaar dat de onderzoeksvragen waar hier een antwoord wordt op gezocht (zie inleiding) niet over de gezondheidsgids in zijn geheel gaan. Er kunnen dus ook geen conclusies worden getrokken over de gezondheidsgids wel de onderwerpen binnen de gezondheidsgids.

Inclusiecriteria bij lezen titels:

Inclusie:

"preventie", "GMD+", "screening", "screenen", "gezondheidsgids", "preventiefolder", "patiëntenfolders", "cardiovasculair risico", "bortkanker", "mammografie", "cervixkanker/baarmoederhalskanker", "Uitstrijkje", "colo-rectale kanker/dikkedarmkanker", "iFOB", "levensstijl", "roken", "Alcoholmisbruik", "Voedingsadvies", "hart- en vaatziekten", "Aanzetten tot beweging", "diabetes mellitus", "vaccinaties", "psychische klachten", "suïcidaliteit", "obesitas", "overgewicht".

Inclusie- en exclusiecriteria bij lezen abstracten:

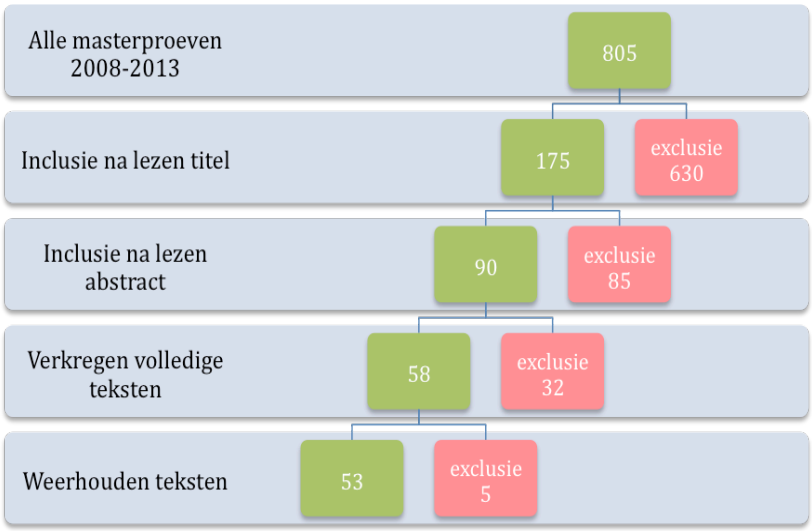
Inclusie:

- Onderzoeksvraag die te maken heeft met de implementatie van items uit de gezondheidsgids in een huisartsenpraktijk.
- Onderzoeksvraag naar implementatie van het GMD+.
- Screening binnen de patiëntenpopulatie naar items die ook in de gezondheidsgids worden besproken zijnde: hart- en vaatziekten, rookstop, Alcoholgebruik, Voeding, Fysieke activiteit, Diabetes Mellitus Type 2, Vaccinaties tegen tetanus/difterie/Kinkhoest, Influenza, Pneumokokken, Colorectale kanker, Borstkanker, baarmoederhalskanker en Depressie/suïcidaliteit.

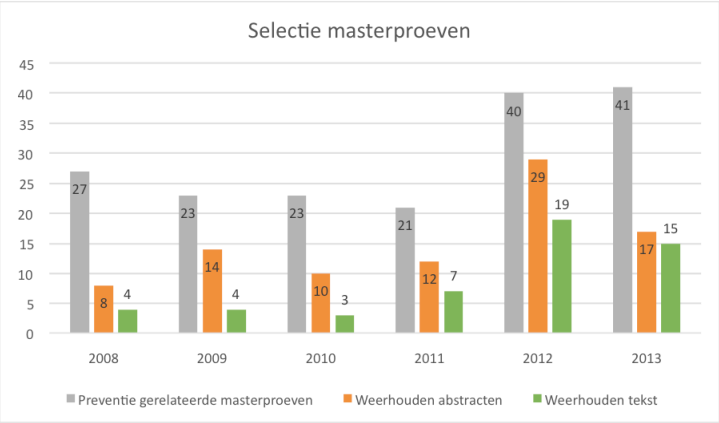
Exclusie:

- n < 50 personen
- Screening naar ziekten of problemen die niet in de gezondheidsgids van Domus Medica worden besproken. Een voorbeeld hiervan is chronische nierinsufficiëntie.
- Onderzoeken die werden uitgevoerd bij reeds gekende chronische zieken (tertiaire preventie). Zo werden onderzoeken naar opvolging van diabetes patiënten niet geïncludeerd.
- Buiten de leeftijdsgroep 45-75j.
- Geen GMD houdende patiënten.
- Onderzoekopzet buiten de huisartsenpraktijk.
- Geen full-tekst verkregen. (Er werd via het ICHO en in sommige gevallen persoonlijk gemaild naar de auteurs met de vraag of de masterproef beschikbaar kon worden gesteld).
- Geen bruikbare gegevens uit tekst af te leiden.

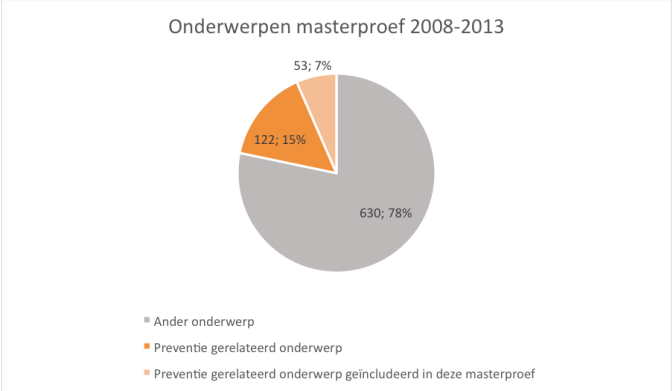
Figuur 1: selectiemethode masterproeven



Vanaf 2012 waren nagenoeg alle teksten beschikbaar, vandaar dat er relatief meer masterproeven konden weerhouden worden uit 2012 en 2013 dan uit de voorgaande jaren. (**figuur 2**) Ook valt op dat van alle masterproeven sinds 2008 een zeer substantieel deel te maken heeft met preventiegeneeskunde (**figuur 3**). Maar liefst 22% (n= 175) van de in totaal 805 werken handelt over onderwerpen verbonden met de gezondheidsgids.



Figuur 2: weergave van de geïncludeerde masterproeven per jaar.



Figuur 3: Fractie van preventiegerelateerde masterproeven (oranje 15% + lichtoranje 7%= 23%) en deze welke in deze masterproef werden weerhouden (licht oranje 7%)

Resultaten:

Algemeen

Van de 52 geïncludeerde werken zijn er 22 (42,3%) praktijkverbeterende projecten waarbij er óf een introductie was van de gezondheidsgids, óf een preventieconsult waar de gezondheidsgids de basis voor was, óf van de preventieve vragenlijst verbonden met de gezondheidsgids werd onderzocht. (nr. 6, 12, 14, 18, 21, 22, 24, 26, 29-31, 33, 34, 37, 40-46 en 52)

Algemene ervaring van de gezondheidsgids binnen de praktijk:

Bij 16 van de 22 (72%) concludeerden de auteurs dat deze introductie een positieve invloed had binnen de praktijk. Dit met de kanttekening dat de individuele cijfers van de betrokken masterproeven soms anders zouden doen vermoeden. Zo werd bij 2 masterproeven een negatieve conclusie getrokken (nr. 6 en nr. 41). Deze hadden echter betere resultaten behaald dan andere. De auteurs besloten echter dat de introductie van het preventieconsult te arbeidsintensief (nr. 6) en te kostelijk was (nr. 41) voor een verderzetting binnen de praktijk.

Twee masterproeven concludeerden een positieve impact op aantal geregistreerde preventie-items in het medisch dossier. Ze konden echter geen invloed vinden op de kwaliteit van zorg. (nr. 24 en nr. 33) Bij 2 andere kon er geen sprake zijn van positieve of negatieve impact wegens het onderzoeken van andere factoren: Welke populatie wordt bereikt? (nr. 34) Responsratio bij verwijzing naar preventiecentrum? (nr. 45).

Onderzoekspopulatie

De totale geïncludeerde populatie van alle 22 studies bedraagt 4895 (n=4895). De kleinste individuele onderzoekspopulatie bedroeg 51 personen (nr. 6), de grootste 847 (nr. 22). In 21 onderzoeken werden zowel vrouwen als mannen geïncludeerd en geen enkele studie vermelde een significant verschil in verdeling tussen de geslachten. Eén masterproef was specifiek op vrouwen gericht (nr. 42).

De gescreende leeftijdscategorie is in de helft van de gevallen (11/22) 45 tot 75 jaar, of de doelgroep van het GMD+. Zes masterproeven onderzoeken een subcategorie tussen 45 en 75 jaar. Vier van de 22 includeerden ook een populatie jonger dan 45 jaar. Eén masterproef vermelde niet specifiek wat de leeftijdscategorie was van de geïncludeerde populatie.

Praktijkprofiel

De verschillende praktijkprofielen deel ik op in 4 categorieën: Solo, Duo, Groep en Groep+. 'Solo' staat uiteraard voor een solopraktijk, waar weliswaar een Huisarts in opleiding (HAIO) werkt. 'Duo' staat voor een praktijk met 2 vaste huisartsen. 'Groep' voor een praktijk met 3 of meer artsen. 'Groep+' staat voor grote multidisciplinaire groepspraktijken zoals wijkgezondheidscentra en praktijken van Geneeskunde voor het Volk.

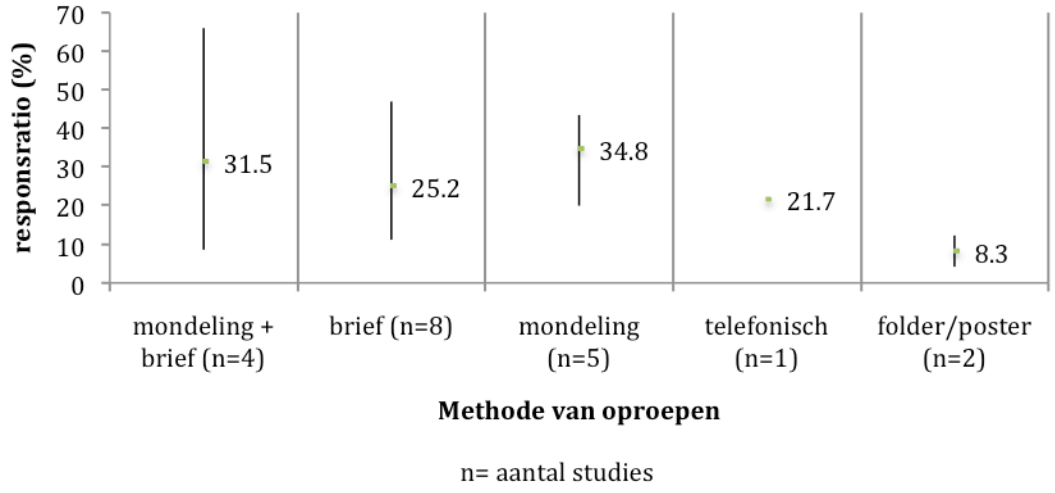
Type	Aantal op 22
Solo	4
Duo	4
Groep	9
Groep+	2
Niet vermeld	3

Responsratio

Er werd nagegaan in de verschillende studies wat de responsratio was bij verschillende methoden van uitnodiging om op preventieconsult te komen. **Figuur 4** geeft hier een overzicht van. Vier studies gebruikte een methode van mondeling overtuigen én een brief, zonder duidelijk onderscheid te maken in de responsratio tussen de twee. De gemiddelde respons bedroeg hier 31,5%. In acht studies werd enkel een oproepingsbrief verstuurd. In vijf projecten werden de patiënten mondeling en opportunistisch gevraagd op consult te komen door de arts. In één masterproef werden patiënten uit de doelgroep opgebeld. In twee studies werd enkel gebruik gemaakt van een folders of poster in de wachtzaal.

De beste methode lijkt op basis van deze resultaten het mondeling aanspreken van de patiënt (gemiddeld 34,8% respons). Het versturen van een brief wordt echter vaak als minder arbeidsintensief ervaren en heeft relatief ook een behoorlijke respons van gemiddeld een kwart van de patiënten.

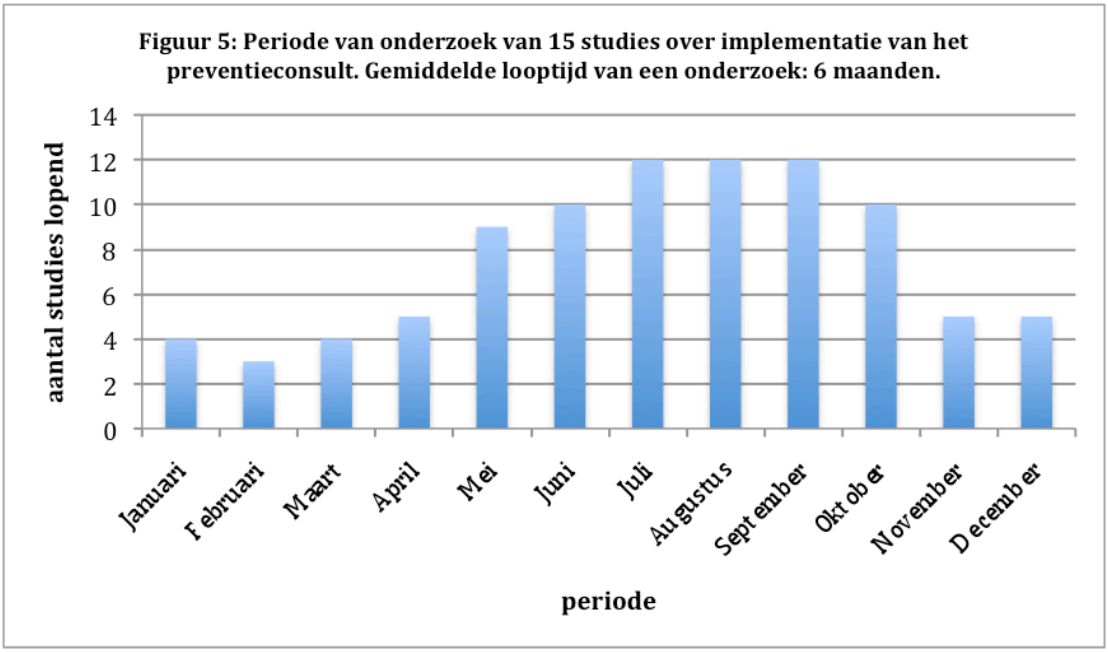
Figuur 4: Gemiddelde responsratio (%) op uitnodiging voor preventieconsult volgens verschillende methodes. De deviatie laat de verdeling tussen hoogste en laagste respons ratio zien.



Tijdsinvestering:

Een veel gehoorde en gelezen drempel voor het implementeren van een preventieconsult is de tijdsinvestering. Vandaar werd ook nagegaan, in de doorgenomen manama projecten, wat er van tijdsinvestering werd vermeld. Tien van de tweeëntwintig preventieconsult gerelateerde proeven vermelden de tijdsbesteding voor het implementeren van het preventieconsult. Hierbij worden ook eventuele consulten bij de verpleegster meegeteld. Als we het gemiddelde van de tijdsinvesteringen in deze masterproeven berekenen komen we op 35,5 min. voor iedere patiënt.

Omdat het ons ook interessant leek te kijken in welke seizoenen het meest aan preventie gedaan wordt hebben we ook dit proberen uit de verschillende masterproeven te halen. Logischerwijs beginnen de meeste HAIO's met hun praktijkproject na de goedkeuring door de ethische commissie in Februari. Hierdoor is de waarde van deze cijfers mogelijk niet relevant. Toch zien we een duidelijke trend om de studieperiode in de zomermaanden te laten doorgaan. **Figuur 5** laat per maand zien hoeveel van deze 15 er onderzoek deden. Dit kan mogelijk toe te schrijven zijn aan de mindere werkbelasting door infectieziekten die in de wintermaanden meer voorkomen. Van alle proeven die een introductie van het preventieconsult als onderwerp hadden vermelden er 15 de periode waarin het onderzoek liep. De gemiddelde tijd waarover een studie liep was 6 maanden (min.: 2 maanden, max.: 12 maanden).



Cardiovasculair risico

Voor het cardiovasculair risico te bepalen stelt de gezondheidsgids een 3-stappen plan als richtlijn. Als eerste moet men het risicoprofiel van alle patiënten tussen 40 en 75 jaar inschatten volgens het ABCDEF-model. A staat voor leeftijd (> 50j.), B voor bloeddruk, C voor cigaret (≥1/d), D voor diabetes mellitus type 2, E voor (cardiovasculair) event en F voor familiale event (<55j. bij vader/boer, <65j. bij moeder/zus).

In stap twee worden de patiënten ingedeeld in 4 risicocategorieën.

- Groep 1: HOOG risico: E+ (persoonlijk event) of D+ (diabetes type 2)
- Groep 2: LAAG risico: ABCDEF negatief
- Groep 3: LAAG risico met toekomstige dreiging: rokers < 50j. zonder bijkomende risicofactoren.
- Groep 4: ONBEPAALD: A+ (> 50j.), B+ (hypertensie of behandeling voor bloeddruk) of F+ (familiaal event).

Bij groep 4 dient steeds een totaalcholesterol en HDL-cholesterol bepaling in het bloed te gebeuren om ze verder te kunnen indelen volgens de SCORE-tabel. Zo wordt groep 4 verder onder verdeeld in Laag, Matig en Hoog cardiovasculair risico.

Stap 3 is de behandeling en opvolgingsstrategie. Deze is afhankelijk van de voorgaande indeling. De drie stappen vormen de richtlijn van Domus Medica voor de Vlaamse huisartsen over preventie van cardiovasculaire events.

Uit 11 van de 52 weerhouden masterproeven kunnen er gegevens over het cardiovasculair risico gehaald worden. In deze studies werd nagegaan welk percentage van de onderzochte populatie een verhoogd cardiovasculair risico heeft. Onder verhoogd risico worden mensen van Groep 1 en Groep 4 (Hoog cardiovasculair risico) geklasseerd. Gemiddeld heeft 18,4% (standaarddeviatie: 6,4) van de gescreende populatie (n=456 (som van aantal vermelde responders)) een hoog cardiovasculair risico.

Slechts 4 van de 11 studies vermeldden het percentage deelnemers met een verhoogde bloeddruk. Ook is er een sterke variatie tussen het vermelde aantal percentages. Zo is het gemiddeld percentage van patiënten met een te hoge bloeddruk 24,7%, maar vinden we een standaarddeviatie van 23,3. Dit maakt deze gegevens niet bruikbaar.

Twee studies vermeldden de ratio totaal cholesterol/HDL cholesterol. Deze is in de eerste studie in 55% van de gevallen (n=16) te hoog (> 3,5) en in de andere in 45,5% van de gevallen (n=132).

Roken

De gezondheidsgids van Domus Medica beveelt aan de rookstop begeleiding aan te pakken volgens de vijf A's strategie:

- **A**sk: het identificeren van de rokers en hun rookgedrag (hoeveel, hoelang, stoppogingen, afhankelijkheid van de roker)
- **A**dvise: adviseer de roker om te stoppen, eventueel aanhalen van gezondheidstoestand van roker of omgeving.
- **A**sses: evalueer de wil om te stoppen en bepaal in welke fase, beschreven door het model van Prochaska en Di Clemente, de patiënt zich bevindt.
- **A**ssist: ondersteun de roker die klaar is om te stoppen met het opstellen van een **rookstopplan**, het geven van **praktisch advies**, **ondersteuning** aanbieden naar follow-up of adviezen, **adviseren** ook sociale ondersteuning te voorzien, **medicamenteuze behandeling**.
- **A**rrange follow-up: door vervolgafspraken vast te leggen of door te verwijzen naar een tabacoloog.

In de masterproeven wordt duidelijk dat het reeds misloopt bij de eerste A: 'Ask'. De registratie van de rookstatus is bij veel studies ondermaats. Zo wordt slechts bij 6% (nr. 7) tot 10% (nr. 11) de rookstatus vermeld in het dossier.

In de geïncludeerde studies werd bij 9 van de 52 cijfers over roken gevonden (nr. 7,11,19, 35, 39, 41, 45, 46 en 50). De totaal geïncludeerde populatie bedraagt 1954 personen (n= 1954). Vier masterproeven gingen enkel over rookstop begeleiding (nr. 7, 11, 35 en 50). Twee andere hadden als doel de rookstatus van hun patiëntenpopulatie beter te registreren (nr. 19 en 39). De overige drie studies behoorden tot een implementatie van het preventieconsult met daarbij ook registratie van de rookstatus bij de geïncludeerde populatie (nr. 41, 45 en 46).

De onderzochte leeftijdscategorieën variëren van 4 jaar (nr. 41), 50 tot en met 54 jaar, tot iedereen ouder dan 9 jaar (nr. 35).

De gemiddelde prevalentie van aantal rokers binnen de onderzochte populatie is 22% met standaarddeviatie (SD) 7,0 (berekend met Excel). In drie studies werd vermeld of er een verandering in motivatiefase (beschreven door Prochaska en DiClemente) was in positieve zin. Twee studies gebruikten de korte interventietechniek: aanspreken op duidelijke, kordate maar empathische manier en op maat van de patiënt. Hier werd een verbetering in motivatie genoteerd in 20% (nr. 7) en 38,5% (nr. 39). De derde studie deed een intensieve begeleiding van 3 consulten bij rokers (nr. 35), hier werd een vooruitgang van de motivatie in 50% van de rokers vastgesteld.

Alcoholgebruik

De gezondheidsgids vermeldt dat ongeveer 10% van de actieve Belgische bevolking een problematisch alcoholgebruik vertoont. Ze beveelt een screening met de AUDIT-vragenlijst aan. Binnen de 52 masterproeven die hier besproken worden heb ik in 6 ervan cijfers gevonden over problematisch alcoholgebruik. (nr. 18, 30, 37, 41, 46 en 52)

De totaal gescreende populatie binnen deze 6 masterproeven bedraagt 446 (n=446). Deze geven een gemiddelde prevalentie van 9,3% (SD: 10) van de populatie met een AUDIT score ≥5 voor mannen en ≥4 voor vrouwen. Deze kan dus wijzen op een problematisch gebruik van alcohol.

Lifestyle: voedingsgewoonten, beweging

De gezondheidsgids beveelt ook aan om met onze patiënten over hun voedingsgewoonten en dagelijkse fysieke activiteit te spreken. Deze zijn na alcoholconsumptie en rookgedrag belangrijke gezondheidsbeïnvloedende factoren. (15) We zien echter zeer beperkt onderzoek hiernaar binnen de masterproeven. Slechts 2 van de 52 weerhouden werken gaan expliciet over bespreken en/of aanpakken van lifestyle factoren als voeding en beweging.(nr. 20 en 25)

In de eerste studie gaat de auteur na bij 145 personen of door een informatiefolder over voeding er ook daadwerkelijk een verandering in kennis over gezonde voeding kan bewerkstelligt worden. De conclusie hierbij is dat 58,8% van de ondervraagden beter scoort op hun kennis over gezonde voeding enkele maanden na het verdelen van de folder. Een kanttekening bij dit onderzoek is echter dat slechts 25% van de doelgroep de folder had gelezen. (nr. 20)

De tweede studie deed een uitgebreid onderzoek naar de verschillende vragenlijsten voor levensstijl factoren. Ze testen deze bij 55 personen tussen 45 en 75 jaar. Hierbij besloten de auteurs dat voor voeding geen gestandaardiseerde vragenlijst bestaat. Wel is er de actieve voedingsdriehoek (www.vigez.be/voeding) die een handige tool is om patiënten te adviseren. Bovendien bevelen ze de 'Weet wat je eet-test' aan als meest praktische test voor in de praktijk, eveneens aangeboden door Vigez. Voor het bevragen van beweging beveelt deze masterproef de GPPAQ-vragenlijst aan (General Practice Physical Activity Questionnaire). (nr. 25)
Als resultaten bekomen ze dat slechts 8 van de 55 personen, of 14,5%, er een slechte voedingsgewoonte op nahoudt. Ook vermelden ze dat op gebied van beweging ongeveer 1 op 3 ondervraagden voldoende beweegt volgens het advies van de gezondheidsgids. De anderen (65%) voldoet echter niet en moet aangezet worden tot meer beweging. (nr. 25)

Screening naar Diabetes Mellitus type 2

Deze screening gebeurt nog steeds met het bepalen van de nuchtere glycemie. Indien de patiënt tweemaal ≥ 126mg/dl heeft krijgt hij/zij de diagnose diabetes mellitus type 2. Een waarde tussen 100-126 mg/dl wordt beschouwd als gestoord en dient strikter opgevolgd te worden.
Vele MANAMA studies omtrent diabetes mellitus type 2 gaan over patiënten die reeds gediagnosticeerd zijn of het opsporen en correct noteren van de aandoenind in het EMD ervan. Het screenen ernaar is echter slechts zeer beperkt onderzocht. Ook konden sommige masterproeven niet verkregen worden in full-tekst. Vandaar dat er in de 52 hier besproken masterproeven slechts 2 cijfers over prevalentie bevatten. (nr. 30 en 41)
Een studie (nr. 29) ging de tevredenheid van de patiënt na en zijn socio-economische kenmerken bij de introductie van een preventieconsult. Van de onderzochte populatie

werd een ‘abnormale glycemie’ gerapporteerd bij 10%. (nr. 30) Of hiermee ook een gestoorde glycemie (100-126 mg/dl) wordt bedoeld is onduidelijk.

De andere studie (n= 106) vermelde bij 2,9% van de gescreende populatie een glycemie van meer dan 6 mmol/L (= 108 mg/dl). Dit onderzoek vond plaats in een forfaitaire groepspraktijk. (nr. 41)

Daar het om twee verschillende onderzoeksvragen gaat in deze studies en de populaties sterk verschillen zijn de cijfers hier neergeschreven ter volledigheid. Ze kunnen niet gebruikt worden om gemiddelden te bereken van enige waarde.

Vaccinatiestatus

In de gezondheidsgids en in de vragenlijst van het GMD-plus komen ook de vaccinatie tegen tetanus/difterie/kinkhoest, inluenza en pneumokokken aan bod. Vaccinaties zijn, zoals reeds in de inleiding besproken, een heel oude vorm van preventieve zorg die zijn nut al meermaals bewezen heeft. Om kosten baten zo efficiënt mogelijk te maken zal wel steeds een selectie van de doelgroep nodig zijn voor de meeste vaccinaties. Zo is het tetanus/difterie vaccin (Tedivax pro Adulto) bij iedereen om de 10 jaar geïndiceerd. De influenza (seizoensgriep) en pneumokokken vaccinatie enkel vanaf 65 jaar tenzij er comorbiditeit is (zie ook www.domusmedica.be/richtlijn-influenza).

In dit overzicht van de masterproeven over de gezondheidsgids beperken we ons tot het bespreken van de tetanus/difterievaccinatie (Td). Dit o.w.v. het feit dat een reeds gekende chronische ziekte een exclusiecriterium was. Hierdoor zijn mogelijk studies met patiënten die in aanmerking komen voor de pneumokokken of influenza vaccinatie uit de boot gevallen.

Uit 8 studies zijn resultaten van Td-vaccinatie gehaald (nr. 14, 18, 23, 37, 40, 41, 44 en 52). Deze studies includeerden in totaal 1019 patiënten (n= 1019). Zes van deze acht studies includeerden de leeftijdscategorie 45-75 jaar. De overige twee includeerden iedereen > 18 jaar (nr. 23) of tussen 50 en 54 jaar (nr. 41).

In deze populatie stelden de auteurs vast dat gemiddeld 44,5% (SD: 8,8) van de geïncludeerde populatie in orde is met hun Td-vacinatie.

De verbetering van dit percentage van mensen waarvan de vaccinatiestatus in orde is door het praktijkproject werd in 3 van de 8 genoteerd. (nr 14,18 en 23) Twee hiervan roepen patiënten schriftelijk op tot preventieconsult (nr. 18 en 23). Dit gaf een verbetering van respectievelijk 11,7% (nr. 18) en 4,8% (nr. 23) van de vaccinatiestatus die in orde is binnen de gescreende populatie. In de derde studie werden patiënten telefonisch opgeroepen. In deze bekwam men een stijging van 15% van de patiënten die in orde waren met hun vaccinatiestatus. (nr. 14)

In de studie van De Decker Kenny (nr. 23) werd bovendien geconstateerd dat slechts 13,8% van de ondervraagde populatie (n=502) zijn of haar vaccinatiestatus kende. Dit bewijst dat de huisarts een belangrijke registratierol heeft. Zoals de gezondheidsgids ook aanbeveelt is Vaccinnet hiervoor de beste plaats.

Screenen naar colorectale kanker

Volgens de gezondheidsgids dient bij iedere patiënt ouder dan 40 jaar nagegaan worden wat hun risico op colorectale kanker en hun screeningsstatus is. Indien er geen verhoogd risico is door persoonlijke of familiale antecedenten dient tweejaarlijks een fecaal occult bloedtest (FOBT) te gebeuren. In 2013 startte een Vlaams bevolkingsonderzoek waarbij

patiënten met de post een immunologische FOBT krijgen. Een positieve test wordt steeds gevolgd door een coloscopie.

Voor 2013 was het enkel de huisarts die deze screeningstest aanbood aan de patiënt. De besproken masterproeven gaan dus enkel over deze screening door de huisarts.

In de 52 geïncludeerde manama-eindwerken vond ik er 6 die over colorectale kankerscreening gingen (nr. 8, 28, 31, 38, 48 en 49). Bovendien waren er 7 eindwerken die het preventieconsult implementeerden waarbij ook cijfers over colorectale kankerscreening vermeld werden (nr. 14, 18, 37, 40, 41, 44 en 46). Deze 13 studies onderzochten in totaal een populatie van 1562 mannen en vrouwen. Allemaal in de leeftijdcategorie > 40 jaar.

Uit vijf studies (n=309) kan een gemiddelde van 23,8% (SD= 17) patiënten die in orde zijn met de screening naar colorectalekanker d.m.v. FOBT. Door de praktijkverbeterende projecten stijgt dit percentage naar 78,5% (SD= 21,2).

Colorectale kankerscreening	Voor introductie praktijkverbeteringspoject	Na introductie praktijkverbeteringsproject
Percentage van geïncludeerde populatie in orde	23,8 (SD:17)	78,5 (SD:21,2)

Van deze uitgevoerde FOBTs was gemiddeld 7,3% positief (SD= 6,8). Over hoeveel coloscopies hierbij werden uitgevoerd of wat de uitkomst was van de coloscopies werd te weinig materiaal gevonden in de geselecteerde studies.

Screenen op borstkanker

Over borstkankerscreening kon uit 9 masterproeven cijfers worden verzameld. Deze bereikten een populatie van 757 patiënten (nr. 1, 12,14, 17, 18, 26, 36, 40 en 44). Drie van deze studies gingen enkel en alleen over borstkankerscreening. (nr. 1, 17 en 36). Ze probeerden de vrouwelijke populatie aan te zetten tot screening d.m.v. aanschrijven, infoavond, opportunistisch aanspreken en een recall-brief. Gemiddeld 60,2% (SD= 26,3) van de vrouwen waren in orde met hun screening naar borstkanker.

In drie masterproeven (nr. 14, 17 en 36) werd een vergelijk gemaakt van percentage vrouwen die in orde waren voor en na het invoeren van het praktijkproject. Twee hiervan bekwamen een verbetering met 19,3% (nr. 14) en met 30,8% (nr. 36). De derde had echter een verslechtering van mammografiescreening van 18% (nr. 17). We kunnen dus stellen dat door het manama project in te voeren er een gemiddelde verbetering op borstkankerscreening van 10,7% (SD=25,5) werd vastgesteld.

Screenen op baarmoederhalskanker

Alle seksueel actieve vrouwen tussen 25 en 65 jaar wordt aanbevolen om elke drie jaar een uitstrijkje te laten uitvoeren. De overheid is momenteel plannen aan het maken om vrouwen in deze leeftijdscategorie aan te schrijven die meer dan 3 jaar geen uitstrijkje lieten uit voeren. Momenteel echter is er nog een belangrijke taak voor de huisarts weggelegd. Deze bestaat erin alle vrouwen die in aanmerking komen aan te spreken en

te informeren. Zeker bij afwijkende bevindingen of aangepast screeningschema is het vooral de huisarts of de gynaecoloog die de patiënt hiervan op de hoogte brengt.

Uit de 52 geselecteerde masterproeven kunnen we uit 17 ervan cijfers over cervixkanker halen. Van deze 17 gingen er 7 enkel over cervixkankerscreening (nr. 2, 3, 10, 15, 27, 47 en 51). Tien andere gingen over het preventieconsult en/of de GMD+ vragenlijst (nr. 12, 18, 24, 26, 30, 37, 40, 41, 44 en 52). Al deze studies includeerden hun doelgroep binnen de aanbevolen leeftijdscategorie om te screenen, nl. tussen 25 en 65 jaar. De studies die over preventie in het algemeen gaan includeerden echter vaak een veel bredere populatie ofwel een overwegend oudere tussen 45 en 75 jaar.

Over het totaal aantal personen dat in deze zeventien studies werd geïncludeerd kan geen uitspraak worden gedaan. Verschillende studies vermelden namelijk niet het verschillend aantal mannen en vrouwen. Aangezien er geen mannen in aanmerking komen weten we dus niet precies de onderzochte aantallen vrouwen.

Deze masterproeven leren ons dat er binnen de gescreende populatie gemiddeld 62,8% (SD= 21,3) van de vrouwen in orde is met hun baarmoederhalsscreening. In 4 studies kan ook een vergelijking worden teruggevonden van dit percentage voor en na het praktijkverbeterend project (nr. 3, 10, 24 en 27). Zo vond ik dat het invoeren van een praktijkverbeterend project gemiddeld een verbetering van participatie aan baarmoederhalskanker van 17,1% (SD= 23,4) bewerkstelligt.

Depressie

Omdat dit onderwerp te verschillend aan bod komt in de masterproeven van 2009 tot en met 2013 werd beslist hier geen cijfers of conclusies over te verzamelen.

Bespreking/tekortkomingen:

Bespreking resultaten:

In dit eerste deel bespraken we enkele bevindingen uit 52 masterproeven die over GMD+ gerelateerde onderwerpen gaan. Hiervan gingen er 22 over de implementatie van het preventieconsult in de praktijk. Dit werd in 72% van de gevallen als positief ervaren. De responsratio is het hoogst bij persoonlijk aanspreken van de patiënt en versturen van een oproepbrief. Hiermee werd respectievelijk 34,8% en 25,2% bereikt. De combinatie van deze twee methoden gaf een responsratio van 31,5%. Bij het gebruik van folders of een poster om patiënten op te roepen werd de laagste respons gevonden: 8,3%. De preventieconsulten en de oproepen hierover worden vooral in de zomermaanden georganiseerd.

Bij gemiddeld 18,4% van de onderzochte populatie werd een hoog cardiovasculair risico gevonden. De prevalentie van rokers binnen deze studies was gemiddeld 22%. Bij 9,3% van de ondervraagden werd risicogebruik van alcohol (AUDIT ≥5) vastgesteld.

Over life-style factoren als voeding en beweging kon ik slechts 2 masterproeven vinden. Deze onderzochten de beste vragenlijsten om dit te bevragen en het effect van informatiefolders op de kennis en het gedrag van de patiënten.

Verder werden ook cijfers over de participatiegraad aan kankerscreening gezocht. Zo was 23,8% van de populatie in orde met de colorectale kankerscreening voor de praktijkverbeterende projecten en 78,4% erna. Voor borstkanker was gemiddeld 60,2% van de vrouwen in orde, het praktijkproject gaf een gemiddelde verbetering van 10,7%. Voor baarmoederhalskankerscreening was 62,8% in orde en gaven de praktijkprojecten gemiddeld een verbetering van 17,1%.

Over depressie, diabetes type 2 en vaccinatie werden niet voldoende cijfers gevonden.

Tekortkomingen:

Deze literatuurstudie heeft zeker enkele tekortkomingen:

- *Geselecteerde proeven:*
  Zoals reeds eerder vermeld zijn er heel wat masterproeven niet weerhouden omdat er geen full-tekst verkrijgbaar was. Dit kan mogelijk een invloed hebben op de hier berekende gemiddelden en percentages.
- *Populaties:*
  Iedere masterproef die hier besproken werd hanteerde specifieke inclusiecriteria. Deze verschilden regelmatig.
- *Praktijken:*
  De masterproeven werden grotendeels uitgevoerd in groepspraktijken maar ook daar verschilde de setting. In de ene praktijk was er bijvoorbeeld een verpleegster, in de andere niet en weer een ander werd het project enkel door de HAIO uitgevoerd terwijl in vele alle collega's meededen. Dit heeft mijn inziens effect op de behaalde cijfers.
- *Tijd:*
  Er ontbrak tijd om meer analyses te doen op de geselecteerde masterproeven en meer in detail te beschrijven wat individuele bevindingen of resultaten waren.
- *Onvolledigheid:*
  Veel studies zijn onvolledig in het vermelden van kenmerken of cijfers.
- *Persoon:*
  De analyses in een dergelijk literatuuronderzoek dienen idealiter door meerdere personen te gebeuren en op gestandaardiseerde wijze. Ik was echter alleen en o.w.v. bovenvermelde verschillen tussen de masterproeven onderling was dit soms moeilijk en tijdrovend.

Algemeen besluit:

In dit deel van de masterproef trachtte ik op twee onderzoeksvragen te antwoorden:

- Wat werd reeds onderzocht in voorgaande masterproeven van 2008 tot en met 2013 over de items van de gezondheidsgids?
- Kunnen we enkele conclusies trekken voor de verschillende items van de gezondheidsgids gebaseerd op een literatuuronderzoek van deze masterproeven?

De eerste vraag wordt beantwoord in de resultaten. Algemeen maakt preventie een belangerijk deel uit van de onderwerpen in de masterproeven. Maar liefst 23% van alle masterproeven tussen 2008 en 2013 handelen over preventie. (**figuur 3**)

Onderstaande tabel geeft weer in hoeveel van de 52 weerhouden masterproeven er cijfers gevonden werden voor elk gezondheidsgids item.

Gezondheidsgids Item	Aantal masterproeven behandelen dit item
Het preventieconsult integreren	22
Cardiovasculair risico	11
Roken	9
Alcoholgebruik	6
Voeding en/of Beweging	2
Screening Diabetes Mellitus type 2	2
Vaccinatie	8
Screening naar Colonkanker	13
Screening naar borstkanker	9
Screening naar baarmoederhalskanker	17
Depressie	0 (te divers)

We kunnen dus stellen dat preventieve zorg en de integratie ervan over het algemeen goed werd onderzocht in de afgelopen jaren in masterthesissen. Toch zien we wel specifieke domeinen binnen de preventieve geneeskunde die minder aandacht krijgen. Zo zijn er relatief minder gegevens te vinden binnen de masterproeven over de bevraging van alcoholgebruik, lichaamsbeweging en voedingsgewoonten dan screening naar kanker. Het feit dat ook over de screening naar DM-2 weinig cijfers zijn gevonden ligt mogelijk aan de exclusiecriteria zoals reeds eerder aangehaald.

Op de tweede vraag moeten we om de redenen aangehaald in ‘tekortkomingen’ zeer voorzichtig zijn. Ik denk niet dat we per item conclusies kunnen trekken. Wat valt uit dit onderzoek dan wel te concluderen? Ik denk dat deze masterproef een goed idee geeft over wat reeds onderzocht is rond de preventiemodule en de gezondheidsgids in de HAIO eindwerken van de afgelopen jaren.

Deze literatuurstudie kan hierdoor een basis vormen voor verder onderzoek. Zo zou onderzocht kunnen worden welke van deze praktijken de projecten heeft verder gezet. Bij keuze van een masterproef onderwerp laat deze studie zien waar zich nog lacunes bevinden in het praktijkonderzoek. Ook kunnen de cijfers als referentie dienen voor komende praktijkprojecten. Hierbij dient wel steeds in acht worden genomen dat de cijfers uit studies met een zeer uiteenlopende opzet komen.

Deel 2

Praktijkverbeterend project d.m.v. een interventieonderzoek met de GMD+-tablet van Medical Time Managment

Context, praktijkbeschrijving en onderzoeksvraagvorming:

Het onderzoek vond plaats in een landelijk gelegen groepspraktijk. Deze praktijk is een 15-tal jaar geleden ontstaan uit drie soloartsen die zich als HOED-praktijk georganiseerd hebben. Er is uitbreiding gekomen nadat ze een HAIO-opleidingspraktijk werden. Momenteel werken er vier vaste huisartsen en één HAIO. Er zijn 2 halftijdse secretaressen zonder medische bijscholing. Er wordt gewerkt met het electronisch medisch dossier (EMD) Medidoc van de firma Corilus. Er wordt enkel op afspraak gewerkt die telefonisch of elektronisch via de website (www.hetkruispunt.be) kan gemaakt worden.

Zoals reeds in de inleiding besproken werd in onze groepspraktijk nog niet aan preventieve zorg gedaan op een uniforme en gestandaardiseerde manier. Zo wordt het GMD+ door elke individuele arts op eigen wijze ingevuld/toegepast. Iedere arts sprak op zijn manier de patiënt aan en besprak indien er tijd was eventueel enkele preventieve items. Als startende HAIO werd mij al snel duidelijk dat er sterke verschillen in follow-up tussen patiënten zaten.

In de praktijk leeft de ambitie om naar een meer integrale samenwerking te groeien waar niet enkel kosten, gebouw en personeel maar ook kennis en expertise wordt gedeeld. Het GMD+ leek de HAIO en zijn PO een ideaal aangrijpingspunt om een uniformiteit te creeëren. Samen met de collega's werd besloten een uniform systeem uit te werken met zo weinig mogelijk tijdverlies maar waarmee toch een zinvoller preventiebeleid in de praktijk kon worden gevoerd.

In die periode werd ons in de praktijk de GMD+ tablet van Medical Time Managment (een divisie van Science Tribune; zie ook www.gmdplus.be) voorgesteld. Deze tablet was een manier om patiënten op een vlotte manier de vragenlijst verbonden aan het GMD+ te laten invullen. De vertegenwoordigers beloofden ook dat de antwoorden hiervan uiteindelijk ook geïntegreerd konden worden in ons elektronisch medisch dossier (EMD). Zo konden we bij een volgende patiëntencontact onmiddellijk enkele aandachtspunten zien via alerts in hun dossier.

NOTA: Deze belofte, dat de resultaten geïntegreerd worden in het EMD, werd echter nooit uitgevoerd. Na verschillende gesprekken met Science Tribune en Corilus, de provider van ons EMD, werd duidelijk dat dit niet gerealiseerd zal worden de komende jaren. Hierdoor heb ik het concept van de masterproef moeten aanpassen. Zo heb ik zelf gegevens uit de vragenlijst in de dossiers ingebracht wat natuurlijk veel arbeidsintensiever is.

Uiteindelijk werd een praktijkproject opgestart met de GMD+-Tablet van Science Tribune. Zie verderop bij Methode hoe.

Doel:

Met dit onderzoek willen we nagaan of de introductie van een uniform preventiebeleid gebaseerd op het GMD-plus tot een verbetering van de kwaliteit van zorg leidt.

Er wordt een vergelijking gemaakt tussen de in onze behaalde resultaten en de resultaten uit andere masterproeven beschreven in Deel 1 van deze mastrproeven. Zo proberen we een antwoord te vormen op volgende onderzoeksvragen:

1. Kan de tablet van Medical Time Managment helpen om preventie op een meer systematischer en meer uniforme manier toe te passen in onze praktijk?
2. Hoe scoren we in onze praktijk op vlak van preventie ten opzichte van andere praktijken waar dergelijke praktijkverbeterende projecten werden uitgevoerd en beschreven in een masterproef?

Methode:

In een afgebakende periode (Juni-November 2013) nodigden de vier vaste artsen patiënten tussen 45 en 55 jaar met een GMD (globaal medisch dossier) uit op opportunistische basis. Er werd hun gevraagd na het consult een korte vragenlijst in te vullen in de wachtzaal. Bovendien vroeg de arts mondeling aan de patiënt om nadien op preventieconsult te komen. Na het invullen gaf de patiënt de tablet terug aan de secretaresse die hem/haar een folder meegaf (**Bijlage 2**) waarin een korte uitleg staat en ook een uitnodiging tot een preventieconsult bij de HAIO. Als de patiënt ingaat op de uitnodiging kreeg hij/zij een consultatie van 30 minuten bij de HAIO.

De Haio ging tijdens dit consult samen met de patiënt na welke punten er aandacht verdienen. Dit op basis van de resultaten van de vragenlijst op de tablet. Er werd een gerichte (familiale) anamnese gedaan. Zo wordt een preventieplanning opgesteld en genoteerd in het medisch dossier.

Bovendien werd BMI (body mass index) berekend, BD (bloeddruk) gemeten, Cardiovasculair risico en vaccinatiestatus nagegaan. Indien er geen recente glycemie en lipidenprofiel beschikbaar is werd een nuchtere bloedname aanbevolen. Op indicatie werd ook een FOBT meegegeven, een uitstrijkje en/of mammografie gepland. Ook werd bij een verhoogde bloeddruk een thuismonitorring gepland. Er werd advies gegeven aan de patiënt over levenstijlfactoren die aandacht nodig hadden.

De gegevens van de tablet werden verzameld in een programma ‘GMD+’ op de server van de praktijk. Elke arts kan deze resultaten consulteren via dit programma dat los staat van het EMD. Dit programma genereerd een overzicht van de aandachtspunten die uit de vragenlijst naar voor komen. De arts kan de aandachtspunten aanklikken en verder invullen en specifiëren zodat uiteindelijk tot een planning kan worden overgegaan. Zo zal het programma o.a. vragen naar een recente bloeddruk en cholesterolemie om het cardiovasculair risico te bepalen.

Er werd uitdrukkelijk geen gebruik gemaakt van dit preventieprogramma ‘GMD+’ van Science Tribune tijdens het preventieconsult. Deze masterproef kan dus ook geen oordeel vellen over de bruikbaarheid hiervan.

De keuze om het GMD+-programma verbonden aan de tablet niet te gebruiken werd unaniem beslist in de praktijk. Dit omdat het de bedoeling van de tablet was om de gegevens van de vragenlijst te intregreren in het elektronisch dossier. Aangezien men reeds bloeddruk

en andere parameters die verband houden met preventie in het EMD noteerd zou het opnieuw noteren in het preventieprogramma alleen extra tijd vergen. Enkel de vragenlijst en de gegeven antwoorden dienen als leidraad voor het preventieconsult.

Na de periode van registratie werd door retrospectief onderzoek van de gegevens uit de tablet en gegevens uit het EMD tabellen gegenereerd. Er werd gekeken naar de tetanus-difterie vaccinatie, de screening op colon-, borst- en baarmoederhalskanker. Bovendien werd gekeken naar specifieke planning en/of advies die werd gegeven na het preventieconsult. De resultaten zij hier verderop weergegeven.

Resultaten:

Algemeen

In vijf maanden dat de studie liep vulden 40 patiënten met een GMD tussen 45 en 55 jaar de tablet in. De gemiddelde leeftijd van deze populatie was 50 jaar (SD: 3). Er deden 19 mannen en 21 vrouwen mee. Er werd niet geregistreerd hoeveel mensen er werden aangesproken die weigerden de tablet in te vullen. De artsen vermelden echter geen enkel geval. Van de 40 mensen die de tablet invulden kwamen er 26 op preventieconsult. Dit is dus een responsratio van 65%. De gemiddelde tijd tussen het invullen van de vragenlijst en het preventieconsult bedroeg 17 dagen (SD: 20). Deze resultaten worden weergegeven in onderstaande tabel.

Totaal aantal patiënten	40
Gemiddelde leeftijd	50 (SD: 3)
mannen	19 (47,5%)
vrouwen	21 (52,5%)
Preventieconsult	26 (65%)
Tijd tussen vragenlijst en preventieconsult	17 dagen (SD:20)

De vier artsen, verder arts A,B,C of D genoemd, hebben elk opportunistisch mensen aangesproken die in aanmerking kwamen.

Aantal personen tussen 45 en 55 jaar de vragenlijst laten invullen van Juli 2013 t/m November 2013:

- Arts A: 7
- Arts B: 24
- Arts C: 6
- Arts D: 3

De jongste arts (A) ziet weinig patiënten in de doelpopulatie van 45-55 jaar. Zij ziet meer kinderen en jonge gezinnen. De discrepantie tussen artsen B, C en D in aantal geïncludeerde personen is moeilijker te verklaren. Arts B is de praktijkopleider en was hierdoor meer betrokken met het masterproef project. De andere artsen gaven: ‘vergeten’, ‘weinig tijd’, ‘patiënten kunnen volgens mij niet overweg met tablet’, ‘ik doe preventie bij sommige patiënten al’, ‘geloof zelf niet echt in het project’ als redenen waarom ze zo weinig patiënten aanspraken.

Vaccinatie tetanus/difterie:

Van de 40 personen die de vragenlijst invulden was bij 28 (70%) de vaccinatiestatus gekend. Er waren 14 (35%) personen in orde met de vaccinatie tegen tetanus en difterie. Als de vaccinatiestatus ongekend was voor arts en patiënt werd de patiënt als niet in orde beschouwd met zijn vaccinatiestatus. Zo waren 26 (65%) personen niet in orde.

Van de personen die niet in orde waren met hun vaccinatiestatus kwamen er 19 op de preventieraadpleging. Hiervan werden 15 (79%) personen gevaccineerd op de raadpleging zelf. Er waren 3 personen die een vaccinatie weigerden uit ongeloof in vaccinatie of angst. De 4^{e} persoon die niet werd ingeënt had meerdere aandachtspunten waardoor de vaccinatie vergeten werd. Van de andere 7 patiënten die niet in orde waren (26-19=7) zijn er slechts 2 (28,6%) gevaccineerd door de arts op het consult waarna de vragenlijst werd ingevuld.

Vaccinatiestatus gekend	In orde	Niet in orde		
70% (n=28)	35% (n=14)	65% (n=26)		
			aantal	gevaccineerd
		Op preventieconsult	19	15 (79%)
		Gewoon consult	7	2 (28,6%)
Na preventieconsult	77,5% (14+17)	22,5% (9)		

Fecaal occult bloed test (FOBT):

Van de 40 patiënten die de GMD+-vragenlijst invulden kwamen er 24 in aanmerking voor een fecaal occulte bloedtest. Er was geen enkele patiënt die reeds in orde was met zijn screening naar colorectale kanker. Van deze 24 kwamen 17 patiënten op preventieconsult waar ze een immunologische FOBT meekregen met uitleg. Hiervan werden 12 (70,5%) testen ook effectief uitgevoerd door de patiënt. Buiten het preventieconsult werden nog 2 (28,5%) FOBTs uitgevoerd bij de overige 7 die in aanmerking kwamen. In totaal waren na het project van de 24 personen die in aanmerking komen dus 14 in orde (58,3%) met hun screening naar colorectale kanker.

Mammografie en cervixuitstrijkje:

Zoals reeds vermeld participeerden 21 vrouwen aan het invullen van de tablet. Hiervan waren er 13 (61,9%) in orde met hun screening naar borstkanker. Van de 8 vrouwen die niet in orde waren kwamen er 6 op preventieconsult. Deze kregen een verwijsbrief mee voor een mammografie en lieten deze ook allemaal uitvoeren. Bij de één van de twee vrouwen die niet op preventieconsult kwamen werd wel onmiddellijk na het invullen van de GMD+ vragenlijst een mammografie teruggevonden. Na het project waren dus 20 van de 21 vrouwen (95,2%) in orde met hun screening naar borstkanker.

In de praktijk voeren slechts 2 artsen uitstrijkjes uit (de vrouwelijke artsen), de andere lieten dit door de gynaecoloog doen of verwezen naar een collega. Ook niet alle gynaecologen in de omgeving sturen een verslag na afname van een cervicale wisser. Om deze redenen besloten we enkel na te gaan of de datum van het laatste uitstrijkje gekend is of niet door patiënte of in haar dossier. De patiënten die op preventieconsult kwamen en niet in orde

waren met hun screening naar baarmoederhalskanker werden geadviseerd een uitstrijkje uit te voeren.

Van de 21 vrouwen was bij 12 de datum van het laatste uitrijkje gekend (57,1%). Hiervan waren slechts 2 niet in orde. De 9 andere vrouwen gaven in de vragenlijst aan dat hun uitstrijkje meer dan 3 jaar geleden was maar dat ze de datum niet kenden. In totaal waren dus 10 vrouwen (47,6%) in orde met de screening naar cervickanker. De andere 11 waren dit niet (52,4%), hiervan kwamen 5 op preventieconsult waar ze dus advies kregen een uitstrijkje te laten uitvoeren. Dit werd ook in hun dossier genoteerd onder planning. Het is niet duidelijk hoeveel van de vrouwen die niet op preventieconsult kwamen werd geadviseerd een uitstrijkje te laten uitvoeren.

Advies en planning:

Tijdens het preventieconsult werden ook de aandachtspunten naar levensstijl overlopen die uit de vragenlijst naar voor kwamen. Hieronder staan de verschillende adviezen die gegeven werden en de planning die gemaakt werd tijdens het consult. In totaal werden 27 adviezen of verdere planning meegegeven met de patiënten.

Preventieconsult	26
Adviezen	
Gewichtsreductie	3
Aandacht depressieve kenmerken	3
Pillendoos voor verhoging therapietrouw	1
Planning	
Nuchtere bloedname	2
Afspraak dieëtist	1
Mammografie	5
Cervix uitstrijkje	6
Vaccinatie tedivax	2
Rookstop begeleiding	2
Genetische counseling i.v.m. Borstkanker	1
Thuis bloeddrukmonitorring	1
Totaal adviezen + planning	27

Besluit:

In dit tweede deel van de masterthesis probeerden we een antwoord te formuleren op de twee volgende vragen:

- Kan de tablet van Medical Time Managment helpen om preventie op een meer systematischer en meer uniforme manier toe te passen in onze praktijk?
- Hoe scoren we in onze praktijk op vlak van preventie ten opzichte van andere praktijken waar dergelijke praktijkverbeterende projecten werden uitgevoerd en beschreven in een masterproef?

Een eerste en heel belangrijke vaststelling is de lage participatiegraad. Er zijn in de 5 maanden durende onderzoeksperiode honderden patiënten die beantwoorden aan de

inclusiecriteria (GMD-houders tussen 45 en 55 jaar oud) op raadpleging gekomen. Slechts 40 hiervan werden gevraagd de tablet in te vullen door 4 artsen. Dit is dus slechts hooguit enkele percent van de gehele populatie. We kunnen ons dus de vraag stellen of dit wel zinvolle preventie is. Bovendien is er het feit dat er een grote discrepantie was tussen de verschillende artsen in het gebruik van de GMD+-tablet.

Op basis van deze studie kan dus op de eerste vraag enkel ontkennend geantwoord worden. De tablet is niet het juiste middel gebleken. Wel dient vermeld dat de uitkomst ervan mogelijk anders was geweest mochten alle antwoorden op de tablet rechtstreeks in het EMD geconsulteerd kunnen worden. De artsen vermeldden dat dit voor hun een grote teleurstelling was dat er geen integratie mogelijk was.

Momenteel is de samenwerking met Medical Time Managment (Science Tribune) dan ook stopgezet. Preventie gebeurd nog steeds op niet systematische wijze in de praktijk. De artsen zijn zich wel bewuster van preventieve zorg en de verschillende items binnen de gezondheidsgids. Ook was er voor de deelnemende patiënten een duidelijke verbetering van enkele preventieve items.

Om de tweede onderzoeksvraag te kunnen beoordelen vergeleken we enkele resultaten uit het literatuuronderzoek in deel 1 met de behaalde resultaten in ons praktijkonderzoek. Onderstaande tabel laat de verschillen zien.

	Masterproeven	Eigen praktijkproject
Responsratio (mondelinge uitnodiging)	34,8%	65%
Vaccinatie tetanus/difterie in orde	44,5%	35%
Verbetering vaccinatiestatus na praktijkproject	+ 4,8-11,7%	+ 42,5%
Patiënten in orde met colorectale screening	23,8%	0%
Patiënten in orde met colorectale screening na praktijkproject	78,5% (+54,7)	58,3% (+58,3)
In orde met borstkankerscreening	60,2%	61,9%
Verbetering borstkankerscreening door het praktijkproject	+ 10,7%	+ 33,3%
In orde met cervixkanker screening	62,8%	47,6%

Uit deze tabel leren we dat we in ons praktijkproject voor de responsratio, de verbetering van onze vaccinatiestatus en de borstkankerscreening scoorde beter als het gemiddelde van de andere masterproeven. We scoorden echter ook duidelijk minder goed dan het gemiddelde op het percentage dat in orde was met zijn/haar Tetanus/Difterie vaccinatie of met de screening naar cervixkanker. Ook werd voor het praktijkproject duidelijk veel minder aan colorectale kankerscreening gedaan dan in andere praktijken.

Referenties

1. U.S. Preventive Services Task Force; Guide to Clinical Preventive Services; Diane Pub Co; 1989. p.294
2. Stanley A. Plotkin, Walter A. Orenstein, Paul A. Offit; Vaccines; Elsevier Health Sciences; 2008 p.1725
3. D'Agustino RB Sr., Vasan RS, Pencina MJ, e.a.; General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. Circulation. 2008 Feb 12; 117(6): 743-53
4. Dawber TR, Moore FE, Mann GV; Coronary heart disease in the Framingham study. Am J Public Health 1957; 47(4 Part 2):4-24
5. Spitzen WO, e.a. Task Force report; The periodic health examination. Can. Med. Assoc. J. 1979; 121: 3-45
6. Canadian task force on preventive health care; The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care; Health Canada, 1994. p.1009
7. Van Muilwijk F.; De preventiekaart. In: Jaarboek huisartsgeneeskunde. Utrecht: Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, 1988
8. Wijnen, G., Schillemans, L. en Hermann, I., Introductie van de WVVH-preventiekaart in de huisartsenpraktijk (1993), in: Huisarts Nu, 22:1(17-21)
9. Commissie Preventie WVVH; Algemene preventie in de huisartsenpraktijk. Huisarts Nu 1986; 15:79-83
10. Commissie Preventie WVVH (red); Algemene preventie in de huisartsenpraktijk. Prima Linea . WVVH afdeling Publicaties. 1990 p.392
11. K. Schaapveld, R.A. Hirasing. Ned. Inst. Voor Preventieve gezondheidszorg TNO; Preventiegids, een praktisch overzicht van preventieprogramma' voor huisartsen, verloskundigen en medewerkers van de jeugdgezondheidszorg. 1993; p.197
12. Commissie preventie WVVH; Project Preventiepakket WVVH, eindrapport 1995-1998; inleiding
13. Baeten Rik. Pilootproject Gezondheidsgids Malle-Zoersel. 2009. www.vigez.be
14. Domus Medica; Determinanten voor gebruik gezondheidsgids en GMD+ bij huisartsen. 2014; p. 3
15. Vandenberghe S, Avonts D, Willems S. Preventieve interventies door een equity-bril. Een gelijke gezondheidswinst voor iedereen? Huisarts Nu 2013;42:233-8

Bijlagen:

Bijlage 1: Geïncludeerde masterproeven gerelateerd aan de gezondheidsgids

Referentie nummer	*Jaar*	*Titel*	*Auteur*
1	2006-2008	Optimaliseren van de participatiegraad voor borstkankerscreening in een groepspraktijk te Houthalen-Helchteren	Claes Elke
2	2007-2008	Cervixkankerscreening: Implementatie van de Domus Aanbeveling in een groepspraktijk... En waarom vrouwen zich niet laten screenen.	Claeys Sofie
3	2006-2008	Cervixkankerscreening in de huisartsenpraktijk	Vercruysse Klaas
4	2006-2008	Cardiovasculair screeningsproject in een Vlaamse huisartsenpraktijk: onderzoek naar het nut van motivationeel interview en begeleiding bij hoogrisicopatiënten	Cools Ruben
5	2007-2009	Het Vlaams bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Kan de implementatie van de aanbeveling voor goede medische praktijkvoering voor borstkankerscreening van Domus Medica het in de huisartsenpraktijk mogelijk maken om een deelnamegraad van 75% te bereiken?	De Pelsemaeker Aline
6	2007-2009	Is er een toekomst voor een globaal medisch preventie dossier? (GMPD)	Melissa Musschoot
7	2007-2009	Naar een betere aanpak van roken in de huisartsenpraktijk: een kwaliteitsverbeterend project	Van Dalem Freia
8	2007-2009	Praktische implementatie van de screening naar coloncarcinoom in de huisartsenpraktijk	Vandenabeele Tine
9	2008-2010	Welke factoren beïnvloeden de deelname aan colorectale kankerscreening bij systematische invoer in een huisartsenpraktijk?	Nijs Sofie
10	2008-2010	Impact van call-recall op de participatiegraad voor cervixkankerscreening in een huisartsenpraktijk	Reekmans Isabel
11	2008-2010	Implementatie van de aanbeveling 'rookstop' in de praktijk.	Veuskens Kelly
12	2009-2011	Screening(folder) in de huisartspraktijk	Gielen Filip
13	2009-2011	Het beheer van het cardiovasculair risico in een huisartspraktijk: een vergelijk van 3 methodes op vlak van resultaten en praktische haalbaarheid	De Waele Eva
14*	2009-2011	Introductie van de gezondheidsgids in de praktijk	Pauwels Liesbeth
15	2009-2011	Naar een betere organisatie en follow-up bij cervixkankerscreening in de huisartsenpraktijk	Colliers Annelies
16	2009-2011	Pop ups in preventie: een praktijkverbeterend project over pneumokokkenvaccinatie bij volwassenen.	Geijsels Marieke
17	2009-2011	Praktijkproject: optimaliseren borstkankerscreening	Snoep Laurens
18	2009-2011	Invoeren van een "preventie-call" in de huisartsenpraktijk	De Clerck Karen
19	2010-2012	Het rookgedrag van de Marokkaanse mannen in de opleidingspraktijk Borgerhout.	Al-Neama Ashraf
20	2010-2012	De invloed van een educatieve folder op de kennis van de bevolking in verband met hun levenstijl	Alsafadi Marwan
21	2010-2012	Introductie van de Gezondheidsgids in de praktijk: vergelijking van een actieve met een passieve aanpak	Bosmans Tine
22	2010-2012	Het algemeen preventieconsult: een zorg voor iedereen?	Cosyn Eva; Vandenberghe Stijn
23	2010-2012	Kwaliteitsverbeterend project: Verhogen van de vaccinatiegraad door het verbeteren van de boostervaccinaties voor tetanus en difterie door middel van sensibilisatie van de patiënten en registratie door de huisartsen.	De Decker Kenny
24	2010-2012	De brug tussen preventie en EMD - 'Kan informatisering een meerwaarde bieden bij de implementatie van de gezondheidsgids in de praktijk?'	Demuynck Lieselotte

25	2010-2012	Ontwikkeling en eerste evaluatie van een vragenlijst rond levenstijl voor het preventieconsult	Deroy Emilie; Jacobs Katrien
26	2010-2012	Implementatie van de preventiemodule (op basis van de gezondheidsgids): Wat is de responsratio en wat vindt de patiënt hiervan?	Feys Charlotte; Fouvry Joke
27	2010-2012	Baarmoederhalskankerscreening: kan een oproepbrief de respons-ratio verhogen?	Mazereel Sofie
28	2010-2012	Opsporing van de doelgroep voor screening op colorectaal carcinoom in de huisartspraktijk	Mertens Thomas
29	2010-2012	Toepassing van de gezondheidsgids in onze praktijk.	Morreel Stefan
30	2010-2012	Wat is de tevredenheid van 45-55 jarige patienten die voor de eerste maal een systematisch preventieconsult aangeboden krijgen?	Rowies Dries
31	2010-2012	Impact van de invoering van het preventieplan op de screening naar colorectaalkanker	Ruymbeke Tine
32	2010-2012	Hoe kan een call recall methode, vertrekkende van de bekende gegevens in het EMD, de GMD+ status van de patiënt vervolledigen?	Tadevosian Loretta
33	2010-2012	implementatie van de gezondheidsgids van domus medica in de praktijk	Tratsaert Eline
34	2010-2012	Is de implementatie van de preventiemodule kwaliteitsverbeterend voor een huisartsenpraktijk?	Verhaegen Stijn
35	2010-2012	Implementeren van een zorgplan rookstop in de huisartsenpraktijk	Verheyen Nelle
36	2010-2012	Rol van de huisarts bij participatie van vrouwen in Borstkankerscreening	Shala Futur
37	2010-2012	Preventie: Hoe goed denkt de patiënt opgevolgd te worden? Kan deze opvolging verbeterd worden door het GMD+?	Verdonck Anneleen
38	2011-2013	Praktische implementatie van colorectale kanker screening in de eerste lijn: een kwaliteitsverbeterend project in een landelijke groepspraktijk.	Beerens Gerlinde
39	2011-2013	Registratie van rookgedrag en rookstopbegeleiding in een huisartspraktijk	Borremans Maxime
40	2011-2013	Heeft de organisatie van een preventieconsult in kader van het GMD-plus een invloed op het cardiovasculair risicobeheer in de praktijk?	Laure Carnol
41	2011-2013	Hoe organiseer je het gebruik van het GMD plus in een fofaitair werkenden groepspraktijk op het platteland?	Cools Inge
42	2011-2013	Het gebruik van de preventiemodule in het EMD.	De Jonghe Eline
43	2011-2013	Implementatie van het GMD+ in de huisartsenpraktijk	Delanoye Andreas
44	2011-2013	Actief aanbieden van een preventieconsult onder de vorm van GMD plus	Kavalevich Nadzeya
45	2011-2013	Hoe organiseer je het gebruik van het GMD+ in een stedelijke groepspraktijk met ondersteuning van het preventiecentrum regio Turnhout	Lambrechts Tom
46	2011-2013	GMD-plus: een recept voor de praktijk	Mennes Stijn
47	2011-2013	Cervixkankerscreening: een taak van de huisarts?	Peeters Jo
48	2011-2013	De opvolging van patiënten met een positieve test op occult bloed in de faeces. Wat loopt er mis? Wat kan er beter?	Theunis Emilie
49	2011-2013	Systematische screening naar colorectale kanker een kwaliteitsverbeternd project.	Vandenheede Debbie
50	2011-2013	Rookstop: hoe op een efficiënte manier rokers aanzetten tot stoppen met roken?	Verbeke Hanne
51	2011-2013	Screening naar baarmoederhalskanker in de huisartsenpraktijk: patiëntgebonden factoren	Verheyen Nina
52	2011-2013	Implementatie van het GMD+: een rol voor de verpleegkundige?	Vernooij Thomas

Bijlage 2: informatiefolder voor patiënt

Het preventieconsult

Maak nu een afspraak!

Voor iedereen tussen 45 en 75j. zonder specifieke klachten.

Vrijblijvend maar sterk aanbevolen door zowel de overheid als uw huisarts.

Samen met de arts zoeken en eventueel opvolgen van aandachtspunten voor uw gezondheid om te voorkomen in plaats van te genezen.

Testen op vroegtijdige tekens van kanker om er zo snel mogelijk bij te zijn.



Dr. Van De Beek C.

Dr. Claes A.

Dr. De Haes W.

Dr. Verbeeck T.

Dr. Viaene S. (HAIO)

Deze nieuwe aanpak van preventieve zorg in onze praktijk kadert in een onderzoeksproject die bij de opleiding van onze HAIO Viaene Simon hoort. Hij gebruikt hiervoor resultaten en gegevens van de vragenlijst en uit het preventieconsult. Deze gegevens worden uiteraard anoniem verwerkt.

Indien je als patiënt toch wenst dat jouw gegevens niet in dit onderzoek verwerkt worden kan je dit steeds aan één van de medewerkers van onze praktijk melden.

Dit onderzoek heeft als doel de organisatie van preventieve zorg te optimaliseren in deze maar ook andere praktijken. Het werd voorgelegd en goedgekeurd bij het Ethisch Comitée verbonden aan het ICHO (interuniversitair centrum voor huisartsen opleiding).
Promotor : Prof. Dr. Paul De Cort verbonden aan K.U.Leuven
Co-promotor: Dr. Rik Baeten verbonden aan Domus Medica
Faculteit geneeskunde K.U.Leuven

Beste Patiënt(e),

u hebt zojuist onze elektronische vragenlijst ingevuld. Dit kadert in wat we '**preventieve geneeskunde**' noemen. Hierbij proberen we zo vroeg mogelijk ziekteprocessen of risicofactoren op te sporen en aan te pakken. Zo kunnen we u de beste kans op genezing geven in geval van ziekte en advies geven om gezonder te leven.

De vragenlijst helpt ons een beter zicht te krijgen op wat bij u de persoonlijke aandachtspunten zijn. Toch is het regelmatig invullen hiervan alleen niet voldoende. Daarom vragen we u hier in onze praktijk **een afspraak** te maken. Vermeld hierbij dat het om een preventieconsult gaat.

Wat houdt het preventieconsult in?

- Een afspraak bij Dr. Viaene Simon van ongeveer *20 min.*
- Bespreking van resultaten van de vragenlijst met aanvullende vragen van de dokter.
- Nazicht van u dossier en vaccinatiestatus.
- Plannen van aanpak van eventuele aandachtspunten.
- Het consult wordt *gratis* aangeboden, u dient enkel een *klevertje* van de ziekenkas en u *identiteitskaart* mee te nemen.

Let op: tijdens het preventieconsult worden géén klachten behandeld. Ook worden geen voorschriften noch resultaten van onderzoeken meegegeven.