Technologische en verpleegkundige ondersteuning in het preventieconsult: baat het of schaadt het?

AUDENAERT TINE, Universiteit Gent

Promotor: Dr. Willems S., Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Vanden Bussche P., Universiteit Gent

Praktijkopleider: Dr. Galmart A.

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Inhoud

Abstract 4

Inleiding 5

Motivatie 6

Onderzoeksvragen 6

Literatuurstudie: patiëntentevredenheid inzake het opnemen van taken door de praktijkverpleegkundige 7

Inleiding 7

Vraagstelling 8

Methode 8

Resultaten 9

Discussie 11

Literatuurstudie: gebruik van een tabletcomputer in de huisartsenpraktijk 12

Inleiding 12

Vraagstelling 12

Methode 12

Resultaten 13

Discussie 16

Praktijkproject 17

Inleiding 17

Vraagstelling 17

Methode 18

Setting 18

Voorbereiding 18

Doelpopulatie en uitnodiging 18

Data collectie en –analyse 19

Ethische implicaties 20

Resultaten 20

Wat is de responsratio van patiënten bij eenmalige schriftelijke uitnodiging voor een preventieconsult? 20

Hoe ervaren patiënten het gebruik van een tabletcomputer binnen de consultatie? 22

Kan delegatie van bepaalde onderdelen van het preventieconsult aan de praktijkverpleegkundige de uitvoering van preventie in de praktijk verbeteren? 23

Discussie 28
Opzet van het project en implementatie 28
Resultaten 28
Toekomst 31
Verdere aanpak binnen onze praktijk 32
Besluit 33
Dankwoord 34
Referenties 35
Bijlagen 37

Abstract

Context: Het voorkomen van ziektes en het bevorderen van de algemene gezondheid van een patiënt zijn belangrijke taken van een huisarts. In 2010 ontwikkelde Domus Medica de Gezondheidsgids, een instrument dat de huisarts in staat stelt om een individueel preventieplan op te stellen voor elke patiënt. Om de invoering van een preventieconsult in onze praktijk zo optimaal mogelijk te laten verlopen werd beroep gedaan op de praktijkverpleegkundige en werd gebruik gemaakt van een tablet PC toepassing.

Onderzoeksvragen: Wat is de responsratio van patiënten bij eenmalige schriftelijke uitnodiging voor een preventieconsult? Hoe ervaren patiënten het gebruik van een tabletcomputer binnen de consultatie? Kan delegatie van bepaalde onderdelen van het preventieconsult aan de praktijkverpleegkundige de uitvoering van preventie in de praktijk verbeteren?

Methode: In eerste instantie werd via een literatuuronderzoek nagegaan hoe patiënten het opnemen van huisartsgeneeskundige taken door een verpleegkundige in de huisartspraktijk ervaren. Daarnaast werd ook bestudeerd wat de ervaringen zijn met het gebruik van een tabletcomputer in de huisartspraktijk. Rekening houdend met deze resultaten werd een draaiboek opgesteld om het verloop van het preventieconsult in onze praktijk te structureren. Patiënten tussen 45 en 75j werden per leeftijdscategorie uitgenodigd. De interventie liep gedurende een periode van 9 maanden. Er werd een voor- en nameting uitgevoerd.

Resultaten: Uit het literatuuronderzoek blijkt dat patiënten vaak erg tevreden zijn over een consultatie bij een verpleegkundige. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn de duur van de consultatie, de hoeveelheid aan gegeven informatie en de betere opvolging van patiënten. Patiënten blijken vast te houden aan de hiërarchische structuur waarbij zij de arts wensen te consulteren in geval van ernstige problemen.

Elektronische datacollectie blijkt even accuraat te zijn als de pen-papiermethode. Verschillende studies tonen aan dat 52-97% van de patiënten de voorkeur geeft aan elektronische datacollectie. Er dient rekening gehouden te worden met kwetsbare groepen (ouderen, lage scholingsgraad, comorbiditeit), zij zouden meer moeite kunnen hebben bij de bediening van touchscreencomputers.

In totaal kwamen 136 patiënten op preventieconsult (23,8%). Het preventieconsult zorgde voor een significante verbetering van alle preventieve indicatoren. De patiënten ondervonden zelden problemen bij het gebruik van de tablet PC toepassing. Bijna alle patiënten gaven aan dat de verpleegkundige voldoende tijd vrijmaakte en dat de informatie die door haar gegeven werd, goed begrijpbaar was. Een ruime meerderheid van de patiënten (92%) had geen voorkeur voor de verpleegkundige dan wel voor de arts.

Conclusie: Tijdens dit kwaliteitsverbeterend praktijkproject werd preventie op een succesvolle manier in onze praktijk geïntegreerd. Patiënten zijn zeer tevreden over het gebruik van een tabletcomputer in de huisartspraktijk. Ook de hulp van een verpleegkundige wordt door hen goed onthaald. Ondanks de taakdelegatie naar de praktijkverpleegkundige en het gebruiken van een tablet PC toepassing blijft het preventieconsult een zekere tijdsinvestering vragen.

Trefwoorden: taakdelegatie – praktijkverpleegkundige – tabletcomputer – preventie

Inleiding

De laatste jaren wordt er in België steeds meer aandacht geschonken aan preventie. Door de oprichting van de zorgtrajecten (diabetes en chronische nierinsufficiëntie) en de invoering van het Globaal Medisch Dossier Plus (GMD+) wordt de huisarts gestimuleerd om het preventieaanbod in de huisartsenpraktijk te concretiseren. Domus Medica heeft in 2010 de Gezondheidsgids ontwikkeld, een tweede editie kwam uit in 2011 en recent werd de derde uitgave gelanceerd. De Gezondheidsgids is een instrument om de huisarts te ondersteunen in zijn preventieve taak en het laat hem/haar toe een geïndividualiseerd preventieplan voor de patiënt op te stellen. Preventie wordt steeds belangrijker omdat er vastgesteld wordt dat het aantal chronische aandoeningen zoals cardiometabole ziekten, hart- en vaatziekten, diabetes mellitus, kanker en chronische nierinsufficiëntie aanzienlijk toenemen. Door risicofactoren voor deze chronische aandoeningen te reduceren bij gezonde personen (primaire preventie) wordt een belangrijke impact op de mortaliteit bekomen[1]. De huisarts is, door zijn centrale en coördinerende rol, een sleutelfiguur in de vroegtijdige opsporing, preventie en behandeling van chronische ziekten.

Tot voor de start van dit praktijkproject werd preventie in onze praktijk enkel op een opportunistische wijze toegepast. Er was geen duidelijke structuur over welke topics aan bod kwamen tijdens een dergelijke consultatie. Al snel groeide het idee om een gestructureerd algemeen preventieconsult te laten doorgaan in de praktijk. Uit onderzoek blijkt echter dat, na de implementatie van de Gezondheidsgids in de praktijk, problemen zoals tijdsgebrek en de praktische uitvoering van het preventieplan blijven bestaan[2]. Er werd op zoek gegaan naar mogelijkheden om op deze problemen in te spelen.

In augustus 2012 werd er door Science Tribune, in samenwerking met Domus Medica, een tablet PC toepassing van de Gezondheidsgids gelanceerd. Deze applicatie is op een zodanige manier geconfigureerd dat de tablet gebruikt wordt om de preventieve vragenlijst op een interactieve en zeer eenvoudige manier door de patiënt te laten invullen. De verwerking van de gegevens gebeurt volgens de protocollen van de Gezondheidsgids. Bij het oproepen van de verwerkte gegevens stelt het programma voor welke bijkomende onderzoeken er moeten gebeuren. Door het gebruik van deze toepassing zou de tijdsinvestering, die de arts normaliter moet doen om de papieren vragenlijst samen met de patiënt te overlopen en de gegeven antwoorden te interpreteren, sterk dalen[3].

In onze huisartsenpraktijk is er ook een praktijkverpleegkundige werkzaam. Zowel in Nederland als in het Verenigd Koninkrijk hebben praktijkverpleegkundigen een belangrijke taak in de eerstelijnsgezondheidszorg. Praktijkverpleegkundigen hebben er aparte consultaties en nemen een deel van de chronische zorg van patiënten op zich. Uit een focusgroepanalyse blijkt dat huisartsen ervan overtuigd zijn dat er een belangrijke taak (zowel administratief als minimaal medisch-technisch) is weggelegd voor de praktijkverpleegkundige bij het beheren van preventiedossiers[4]. Zo groeide het idee om de verpleegkundige een deel van het preventieconsult op zich te laten nemen.

Motivatie

Als huisartsen worden we meer en meer met preventie geconfronteerd. Er worden verschillende richtlijnen gepubliceerd, maar ook patiënten worden dagelijks in contact gebracht met het belang van preventie o.a. via reclame, tv-uitzendingen en preventiecampagnes.

Tijdens de eerste maanden als HAIO bleek dat preventieve taken in onze praktijk vaak slechts op vraag van de patiënt uitgevoerd werden. Enkel voor de griepvaccinaties werd jaarlijks een uitnodigingsbrief gestuurd (systematische preventie). Overige preventie-items werden bij gelegenheid aangehaald, doch vaak werden zij ook vergeten. Vermoedelijk speelden tijdsgebrek en een gebrek aan organisatievermogen hierin een belangrijke rol. Ook de registratie van risicofactoren in het EMD gebeurde niet steeds systematisch. Hieruit ontstond het idee om een preventieconsult aan te bieden.

Er bleken echter reeds meerdere MANAMA-thesissen geschreven te zijn over de implementatie van een preventieconsult in de huisartspraktijk. Daarom werd op zoek gegaan naar thema's die nog niet bestudeerd werden. Als duopraktijk (praktijkopleider + huisarts-in-opleiding) hebben we het grote voordeel een praktijkverpleegkundige in dienst te hebben. Tot voor de start van dit praktijkproject stond zij, naast administratieve taken, o.a. in voor INR-opvolging, bloedafnames, ECG-afnames, diabeteseducatie, wondzorg,… De verpleegkundige ging met plezier de nieuwe uitdaging aan.

Daarnaast werd op zoek gegaan naar een manier om de tijdsinvestering tot een minimum te beperken. Tijdens de start van het praktijkproject werd veel reclame gemaakt rond een tablet PC toepassing die de huisarts zou ondersteunen bij de implementatie van de Gezondheidsgids in de huisartspraktijk.

Het gebruik van een tabletcomputer in de huisartsenpraktijk is een relatief nieuwe trend, waarbij de gebruiksvriendelijkheid naar oudere patiënten toe, in vraag gesteld kan worden. Kunnen patiënten de tablet gemakkelijk bedienen? Hoe staan zij tegenover het gebruik van elektronische applicaties binnen de huisartsenpraktijk? Ook de houding van patiënten ten aanzien van taakdelegatie naar praktijkverpleegkundigen toe, werd tot op heden nog weinig bestudeerd.

Onderzoeksvragen

1. Wat is de responsratio van patiënten bij eenmalige schriftelijke uitnodiging voor een preventieconsult?
2. Hoe ervaren patiënten het gebruik van een tabletcomputer binnen de consultatie?
3. Kan delegatie van bepaalde onderdelen van het preventieconsult aan de praktijkverpleegkundige de uitvoering van preventie in de praktijk verbeteren?
    a. Hoe tevreden zijn patiënten over het verpleegkundig preventieconsult?
    b. Hoe ervaart de verpleegkundige het consult met betrekking tot tijdsinvestering en moeilijkheden bij het beantwoorden van vragen van patiënten?
    c. Wat is de status van het EMD (registratie van gegevens) voor en na het preventieconsult?

Literatuurstudie: patiëntentevredenheid inzake het opnemen van taken door de praktijkverpleegkundige

Inleiding

Taakdelegatie is één van de strategieën om de organisatie van de huisartspraktijk te moderniseren. Heel wat huisartsgeneeskundige taken zijn sterk gestandaardiseerd. Ze kunnen mits voldoende opleiding en supervisie gedelegeerd worden aan praktijkverpleegkundigen[5]. In 2008 werd door de Brusselse welzijn- en gezondheidsraad een onderzoek uitgevoerd naar de nood aan een opleiding tot 'assistent in de huisartspraktijk'. Hieruit blijkt dat artsen voornamelijk administratieve taken willen doorschuiven naar de praktijkverpleegkundige, eerder dan puur medische taken. De invulling van het individuele takenpakket wordt vooral bepaald door de persoonlijke visie van de individuele arts[6]. Deze bevindingen worden bevestigd door Dr. Dirickx die in zijn MANAMA een exploratieve studie uitvoerde naar taakdelegatie binnen de Vlaamse huisartsenpraktijk. Belangrijke remmende factoren die uit dit onderzoek naar boven kwamen zijn enerzijds de praktische bezwaren (gebrek aan financiële ondersteuning, praktijkruimte, tijdsinvestering…) en anderzijds de vrees voor een verwaterend arts-patiënt contact[4].

Dr. Lenders ging in haar MANAMA-project na wat het effect is van de introductie van praktijkverpleegkundigen op de kwaliteit van zorg. Zij kwam tot het besluit dat er geen negatief effect is op de kwaliteit van zorg wanneer meer taken worden opgenomen door de praktijkverpleegkundige[7]. In de literatuur zijn vooral studies te vinden die het effect nagaan op chronische pathologieën zoals diabetes, cardiovasculair risico en COPD. In Nederland ging Den Engelsen in een retrospectieve studie de kwaliteit van de geleverde diabeteszorg na. Er werd een vergelijking gemaakt tussen de resultaten voor en na de introductie van een praktijkverpleegkundige. Na de introductie van praktijkverpleegkundigen werd een duidelijke verbetering van alle onderzochte parameters (HbA1c, lipidenprofiel, voetonderzoek, jaarlijkse onderzoeken) vastgesteld met uitzondering van de fundoscopie. Taakdelegatie naar praktijkverpleegkundigen leidt tot een significante verbetering van de diabeteszorg[8]. Nog in Nederland onderzocht Voogdt-Pruis et al. in een randomised-controlled trial de effectiviteit van een praktijkverpleegkundige op het cardiovasculair risicomanagement. In zes huisartsenpraktijken werden patiënten gerandomiseerd tussen praktijkverpleegkundige of huisarts. Na 1 jaar werden de cardiovasculaire risicofactoren opnieuw bepaald. In beide groepen werd een verbetering van de risicofactoren aangetroffen, doch de verbetering was groter is de groep van de praktijkverpleegkundigen. Er kon enkel een significant verschil aangetoond worden voor de daling van het totale cholesterol. In de groep van de huisartsen werd er wel een groter aantal 'missings' aangetroffen. Praktijkverpleegkundigen bereiken minstens even goede en soms zelfs betere resultaten dan huisartsen en zij volgen parameters strikter op[9]. Deze resultaten worden bevestigd in een Cochrane review waarbij er geen verschillen aangetoond konden worden tussen artsen en verpleegkundigen voor wat betreft de gezondheidsuitkomst van de patiënten. Er kan tot op heden echter geen effect aangetoond worden op harde eindpunten zoals morbiditeit en mortaliteit[10].

In de MANAMA-thesis van Dr. Miek Smeets werd het uitbesteden van preventieve taken aan de praktijkverpleegkundige bestudeerd. De belangrijkste factoren die hierin een rol spelen zijn communicatie, taakverdeling, de arts als juridisch eindverantwoordelijke, attitude van artsen, infrastructuur, opleiding en werkbelasting/werkinhoud. De meeste factoren kunnen zowel een remmende als een bevorderende factor zijn afhankelijk van hun invulling. Meer specifiek voor preventie werden te weinig tijd en/of te weinig interesse en motivatie van artsen en patiënten als remmende factor genoemd. Positieve feedback van patiënten werd dan weer als positief beschreven[11]. Smeets oppert dat of de factoren als remmend dan wel bevorderd ervaren worden, onder meer afhankelijk is van de organisatie van de gezondheidszorg en de mate waarin taakdelegatie ingeburgerd is in de praktijk. Factoren die de taakdelegatie in de Belgische context niet eenvoudig maken zijn o.a. het ontbreken van een opleiding, het ontbreken van een taakomschrijving en het ontbreken van een juridisch kader. Via focusgroepen trachtte Dr. Smeets na te gaan wat de noodzakelijke voorwaarden zijn om een verpleegkundig preventieconsult in de praktijk te implementeren. Goede afspraken rond communicatie, richtlijnen en rolverdeling bleken naast het opbouwen van een vertrouwensvolle relatie tussen artsen en verpleegkundigen essentiële bouwstenen te zijn[11].

Deze MANAMA's bestudeerden de rol van praktijkverpleegkundigen vanuit het artsenperspectief met name de impact op de kwaliteit van zorg en beïnvloedende factoren bij de taakdelegatie naar praktijkverpleegkundigen toe.

Vraagstelling

Met deze literatuurstudie wordt nagegaan hoe patiënten het uitbesteden van huisartsgeneeskundige taken aan praktijkverpleegkundigen ervaren.

Methode

Er is geen literatuuronderzoek gedaan naar de hiervoor genoemde onderwerpen die andere HAIO's reeds bestudeerd hebben. Door vooraf hun MANAMA's door te nemen werd er een beter zicht gekregen op nog resterende onderzoeksvragen.

Om de patiëntentevredenheid na te gaan inzake het uitvoeren van huisartsgeneeskundige taken door een praktijkverpleegkundige werd een doorgedreven literatuurstudie uitgevoerd. De bronnen werden systematisch doorlopen volgens het watervalprincipe. De bronnen die bestudeerd werden zijn: Domus Medica, NHG Standaarden, Cochrane database en PubMed. In de primaire bronnen konden geen artikels weerhouden worden. Uit de Cochrane database werd 1 artikel weerhouden. PubMed leverde de overige artikels aan. De gehanteerde zoektermen zijn 'nurse practitioner', 'practice nurses', 'general practice', 'primary care', 'family physician', 'family practice', 'patient satisfaction', 'consumer satisfaction'. Nadien werden via snowballing nog gerelateerde artikels gezocht.

Enkel studies in het Engels of Nederlands werden geïncludeerd. De volledige tekst van het artikel diende vrij verkrijgbaar te zijn. Er werden voornamelijk recente artikels geïncludeerd.

Resultaten

In vele landen worden meer en meer taken binnen de huisartsgeneeskundige praktijk opgenomen door een praktijkverpleegkundige. Deze evolutie is onder meer gegroeid uit het dreigende huisartsentekort en een toenemende verschuiving van de zorg vanuit het ziekenhuis naar de eerste lijn. Deze veranderingen brengen echter belangrijke consequenties mee voor de patiënten die, door de introductie van verpleegkundigen, geen exclusief contact meer hebben met hun huisarts. Er is echter weinig onderzoek gebeurd naar hoe patiënten deze veranderingen ervaren. Men gaat er vanuit dat de patiëntentevredenheid een belangrijke rol kan spelen in de compliantie van voorgestelde behandelingen en dus rechtstreeks een gevolg heeft op de algemene gezondheid van patiënten[12].

Uit een Cochrane review blijkt dat patiënten vaak meer tevreden zijn over een consultatie bij een verpleegkundige in vergelijking met een arts. Dit zou verklaard kunnen worden door de langere consultatieduur, de hoeveelheid van gegeven informatie en de betere opvolging (meer opvolgconsultaties) van patiënten. Een hogere patiëntentevredenheid betekende echter niet dat de voorkeur van de patiënt voor een zorgverlener veranderde. De voorkeur bleek vooral samen te hangen met de aard van het probleem[10].

Laurant et al. ging in Nederland na hoe patiënten de zorg ervaren van praktijkverpleegkundigen in vergelijking met huisartsen en wat de determinerende factoren zijn die deze ervaringen bepalen. Dit cross-sectionele onderzoek onderzocht door middel van een enquête de voorkeur en de tevredenheid van patiënten. Patiëntenkarakteristieken werden nagegaan om eventuele determinerende factoren op te sporen. Uit deze enquête werd geconcludeerd dat patiënten voor de medische zorg een voorkeur geven aan de arts. Voor educatie en routine zorgaspecten werd door de helft van de patiënten geen voorkeur aangeduid of werd een voorkeur gegeven aan de verpleegkundige (tabel 1)[13].

Table 2 Patients' preference, expressed as a percentage (n = 101)

	No preference	Nurse practitioner	General practitioner
Medical care and treatment (n = 96)	17·7	5·2	77·1
Discussing physical complaints (n = 97)	14·4	6·2	79·4
Discussing emotional problems (n = 82)	26·8	28·0	45·1
Information about disease and prognosis (n = 93)	20·4	17·2	62·4
Education about medications (n = 94)	29·8	19·1	51·1
Referral to other health care providers/services (n = 93)	32·3	9·7	58·1
Information and advice to deal with disease (n = 96)	33·3	36·5	30·2
Follow-up of disease (n = 96)	21·9	30·2	47·9

Tabel 1: Patiëntenvoorkeur met betrekking tot de noodzakelijke zorg (Laurent et al. 2008)

Ook in het Verenigd Koninkrijk wordt de theorie bevestigd dat patiënten vasthouden aan de hiërarchische structuur van de gezondheidszorg. Via semigestructureerde interviews voor en na de consultatie probeerde men de visie van patiënten ten aanzien van de rol van praktijkverpleegkundigen en artsen in de eerstelijnsgezondheidszorg na te gaan. Patiënten wensten een arts te consulteren wanneer zij dachten een ernstig probleem te hebben. Bij minder ernstige problemen, zoals griep of een verkoudheid, gingen zij er vanuit dat ook een verpleegkundige deze zorg op zich kon nemen[14].

In Nieuw-Zeeland werd aan de hand van semigestructureerde telefonische interviews nagegaan wat de patiëntentevredenheid is ten aanzien van praktijkverpleegkundigen. Dit onderzoek toonde aan dat patiënten tevreden zijn met de geleverde zorg, ze voelen zich gewaardeerd en ze beschouwen de verpleegkundigen als competente medewerkers in de huisartsenpraktijk[12]. Patiënten gaven de voorkeur aan verpleegkundigen voor persoonlijke ondersteuning en het uitvoeren van technische prestaties zoals een uitstrijkje, vaccinaties en een bloedafname[14]. Persoonlijke of familiale ondersteuning werden ook bij Laurant et al. beter ervaren bij de verpleegkundige in vergelijking met de arts. Ook het nemen van voldoende tijd wordt beschouwd als een van de voordelen van een praktijkverpleegkundige. Onderlinge variatie in voorkeur kon vooral verklaard worden door individuele patiëntenkarakteristieken dan wel door arts/verpleegkundige/praktijkkarakteristieken. Het is echter nog onduidelijk welke patiëntenkarakteristieken de tevredenheid bepalen (tabel 2)[13].

Table 3 Patients' satisfaction with primary care, expressed as mean score (95% CI of the mean), including results of mixed repeated measurement analysis, expressed as mean difference (95% CI of the mean) and level of significance (p-value)

	Nurse practitioner	General practitioner	Mean difference (95% CI); p-value
Overall satisfaction score	4·4 (4·15–4·61)	4·1 (3·86–4·38)	0·24 (0·02–0·46); p = 0·03
Continuity			
Knows which symptoms have been discussed before	4·4 (4·41–4·48)	4·3 (3·95–4·55)	0·18 (−0·15–0·51); p = 0·29
Cooperation			
Knows what other provider has done/treatment is	4·3 (4·07– 4·62)	4·5 (4·24–4·77)	−0·17 (−0·07–0·40); p = 0·16
Relation and communication			
Shows understanding of what the patient says	4·5 (4·23–4·73)	4·4 (4·07–4·66)	0·11 (−0·20–0·42); p = 0·48
Takes enough time to talk	4·5 (4·29–4·76)	4·1 (3·22–4·99)	0·40 (0·13–0·66); p = 0·004
Information and advice			
Gives opportunity to ask questions	4·6 (4·31–4·81)	4·4 (4·14–4·71)	0·11 (−0·15– 0·37); p = 0·41
Says clearly what s/he is doing	4·6 (4·33–4·85)	4·3 (4·01–4·60)	0·24 (−0·07– 0·55); p = 0·13
Medical care			
Treatment helps to reduce symptoms	4·1 (3·70–4·41)	4·1 (3·73–4·36)	0·05 (−0·26– 0·36); p = 0·75
Provides advice that can actually be implemented	4·3 (3·99–4·55)	4·2 (3·87–4·49)	0·05 (−0·25–0·34); p = 0·75
Support			
Reassures the patient with regard to symptoms	4·3 (4·03–4·54)	4·0 (3·68–4·26)	0·36 (0·08–0·65); p = 0·01
Helps to cope with the disease	4·3 (4·03–4·59)	4·0 (3·69–4·31)	0·34 (0·06–0·62); p = 0·02
Attends to the impact of the disease on daily life	4·3 (4·05–4·59)	3·9 (3·62–4·23)	0·40 (0·09–0·71); p = 0·01
Provides support for patient's relatives	4·0 (3·62–4·45)	4·0 (3·59–4·38)	0·18 (−0·18–0·54); p = 0·33
Involves patient's relatives in treatment	3·8 (3·34–4·25)	3·7 (3·24–4·12)	0·16 (−0·22–0·54); p = 0·41

Note: Higher score reflects better evaluation of care.

Tabel 2: Patiëntentevredenheid in de eerstelijnsgezondheidszorg (Laurant et al. 2008)

Een andere studie uit Nieuw-Zeeland onderzocht hoe patiënten teamwork in een huisartsenpraktijk ervaren. Hieruit blijkt dat patiënten de tijd die verpleegkundigen besteden aan de zorg voor hun patiënten als voornaamste voordeel beschouwen. Goede onderlinge communicatie en vertrouwen tussen de verschillende teamleden is de belangrijkste factor voor de kans op slagen. Daar waar artsen de verpleegkundigen beschouwen als lid van het team met hun eigen taken, zagen de patiënten de verpleegkundigen eerder als een soort rapporteur naar de arts toe. Het autonoom nemen van beslissingen bleek een brug te ver. Mogelijks heeft dit te maken met het feit dat patiënten de capaciteiten van de verpleegkundige moeilijk kunnen inschatten[15]. Dit blijkt ook uit de studie van Halcomb et al. Patiënten hebben het moeilijk met het begrip 'praktijkverpleegkundige' en ze kunnen moeilijk inschatten wat hun rol is. Vaak worden verpleegkundigen en secretaresses door elkaar gehaald[12].

Discussie

Vooral in onze buurlanden Nederland en het Verenigd Koninkrijk werd onderzoek gedaan naar de introductie van praktijkverpleegkundigen in de eerste lijn. In deze landen hebben praktijkverpleegkundigen al jaren een belangrijk aandeel in de gezondheidszorg. In België zien we nu pas dat verpleegkundigen een taak in de eerste lijn beginnen op te nemen. De afgelopen jaren zien we een duidelijke evolutie binnen de eerstelijnsgezondheidszorg waarbij er meer en meer multidisciplinaire groepspraktijken ontstaan. Toch blijft de vraag bestaan of huisartsen klaar zijn om een deel van hun takenpakket te delegeren naar een verpleegkundige. Om hieraan te kunnen voldoen moeten verpleegkundigen ook bereid zijn te werken in de eerste lijn. Een duidelijk omschrijving van het takenpakket van een eerstelijnsverpleegkundige is noodzakelijk en één van de eerste stappen die genomen zal moeten worden, is het creëren van een specifieke opleiding. Daarnaast dienen ook de juridische implicaties en de financiering verder onderzocht te worden.

Verpleegkundigen leveren minstens even goede kwaliteit van zorg als huisartsen. Zij blijken beter in staat om protocollen op te volgen waardoor ze betere resultaten genereren in vergelijking met huisartsen. Onderzoek werd vooral uitgevoerd in de opvolging van chronische pathologieën. Preventie is echter ook een taak die gedelegeerd kan worden naar een praktijkverpleegkundige. Een preventieconsult gebaseerd op de Gezondheidsgids van Domus Medica lijkt een ideale manier om de verpleegkundige aan de hand van een gestructureerde vragenlijst (protocol) een deel van de consultatie te laten overnemen.

Uit de literatuurstudie blijkt dat patiënten openstaan voor teamwork in de eerste lijn. Ze wensen de keuze te behouden om te kiezen voor arts of verpleegkundige. Opvallend zijn de steeds terugkerende factoren waarom patiënten naar de verpleegkundige wensen te komen zoals persoonlijke ondersteuning en technische prestaties.

Verpleegkundigen zouden meer tijd vrij maken voor de patiënten. Een mogelijke verklaring hiervoor kan gezocht worden in de opleiding. Verpleegkundigen krijgen tijdens hun opleiding mee om zowel met patiënten te praten als om klinische taken uit te voeren. Ze zijn vaak ook langer bij de patiënt tijdens hun verzorging. Artsen zijn eerder van het 'voorbijgaande' type[14].

Of de introductie van praktijkverpleegkundigen in de huisartsenpraktijk een effect heeft op de werkdruk van de huisarts zal verder onderzocht moeten worden. Op heden zijn er geen conclusieve studies ter beschikking en voorlopig geldt dan ook dat praktijkverpleegkundigen eerder beschouwd moeten worden als een aanvulling eerder dan een vervanging van de huisarts[16].

Hoewel er nog maar weinig inzicht is in factoren die de voorkeur en tevredenheid van patiënten beïnvloeden, zijn er een aantal strategieën die de introductie van veranderingen in de praktijk zouden kunnen bevorderen. De perceptie en kennis van patiënten wordt beïnvloed door onder andere nieuwsartikels, multimedia, informatieblaadjes, communicatie van ervaringen van andere patiënten, brieven van de huisarts/overheid,… Huisartsen hebben de taak om de relatie tussen patiënt en verpleegkundige te bevorderen[13]. In België zal hier in de toekomst verder over nagedacht moeten worden.

Literatuurstudie: gebruik van een tabletcomputer in de huisartsenpraktijk

Inleiding

Nu touchscreentechnologie meer en meer toegankelijk wordt onder de vorm van tabletcomputers, iPads en smartphones zal deze technologie ook kunnen gebruikt worden in de huisartspraktijk. Dit geldt zowel voor het beantwoorden van gezondheidsgerelateerde vragen als voor het geven van gezondheidsadviezen aan patiënten.

Bij de zoektocht naar manieren om preventieve geneeskunde in de eerste lijn te implementeren, komt het potentieel van informatisering en automatisering in vele studies naar voor. Het vereist echter een goede kennis en een grote aanvaarding van de artsen. Ook technisch gezien in het niet eenvoudig om richtlijnen te automatiseren. De kosteneffectiviteit van de interventies wordt vaak in vraag gesteld[17].

De eerste aanzet tot informatisering en automatisering gebeurde in onze buurlanden enkele jaren geleden. In Nederland werd een online tool ontwikkeld om een risicostratificatie van cardiometabole aandoeningen uit te voeren[18]. De respons op het invullen van de vragenlijst bleek laag, doch door de populatie persoonlijk aan te schrijven werd een duidelijk hogere respons verkregen[19]. In Frankrijk verscheen eind jaren ’90 het EsPeR-project (Estimation Personalisée de Risques). Een internettoepassing die verschillende risico’s calculeert door informatisering van de richtlijnen en die tot doel heeft de arts te ondersteunen tijdens de consultatie. Tijdens de evaluatie van het project bleek dat informatisering van volledige richtlijnen vaak heel moeilijk is en dat dit meestal slechts voor een deel van de richtlijn werkt[20]. Dr. Demuynck stelt dat geen van de bovenstaande projecten een duidelijke meerwaarde kon aantonen van het preventieve beleid ten aanzien van het klassieke beleid[17].

Hess stelt dat tabletcomputers die door de patiënt bediend worden een nieuwe uitdaging vormen, die artsen kan helpen bij het uitvoeren van preventieve taken[21].

Vraagstelling

Welke rol kunnen tabletcomputers spelen in de huisartsenpraktijk? Is het gebruiksvriendelijk in een sterk uiteenlopende patiëntenpopulatie? Wat zijn de voor- en nadelen?

Methode

De literatuurstudie werd aangevat door de verschillende bronnen systematisch te doorlopen volgens het watervalprincipe. De bronnen die bestudeerd werden zijn: Domus Medica, NHG Standaarden, Cochrane database en PubMed. Er konden enkel artikels uit PubMed weerhouden worden. De gehanteerde zoektermen zijn ‘touch screen computer’, ‘computerized questionnaires’, ‘touch screen’, ‘primary care’, ‘family physician’, ‘family practice’, ‘screening’, ‘prevention’, ‘feasibility’, ‘acceptability’. Nadien werden via snowballing nog gerelateerde artikels gezocht.

Enkel studies in het Engels of Nederlands werden geïncludeerd. De volledige tekst van het artikel diende vrij verkrijgbaar te zijn. Er werden voornamelijk recente artikels geïncludeerd.

Resultaten

Accuraatheid

Bliven et al. heeft aangetoond dat de informatie verkregen via een computer even accuraat is als de pen-papiermethode. In hun onderzoek vergeleken ze de resultaten van een HRQOL assessment[1] via het internet met deze via pen-papiermethode. De studie vond plaats in een polikliniek cardiologie van een groot stedelijk ziekenhuis in de Verenigde Staten. Patiënten vulden de vragenlijst in met behulp van een touchscreencomputer en nadien/of voorafgaand via de pen-papiermethode. Er kon geen significant verschil tussen beiden aangetoond worden[22].

Patiëntenvoorkeur

Verschillende studies tonen aan dat 52-97% van de patiënten de voorkeur geeft aan elektronische datacollectie in vergelijking met de pen-papiermethode[23]. Bliven et al. rapporteerde dat 82% van de patiënten de voorkeur geeft aan elektronische registratie. Achtennegentig procent zou opnieuw de software wensen te gebruiken. De voorkeur is niet significant gerelateerd aan leeftijd, geslacht, ras, vroegere computerervaring, geschooldheid, visus, leesniveau,…[22]. Dit wordt bevestigd door een RCT die uitgevoerd werd in een mammografisch centrum. Onafhankelijk van de leeftijd verkozen vrouwen het gebruik van een touchscreencomputer[23].

Gebruiksvriendelijkheid

Al mag de informatie die gegeneerd wordt door de tabletcomputer nog vergelijkbaar zijn met de pen-papiermethode, toch moet dit ook in een eerstelijnspraktijk ingevoerd kunnen worden. Met andere woorden zal een heel uiteenlopende patiëntenpopulatie (o.a. oudere patiënten, patiënten met een lagere scholing, patiënten met een hoge graad van comorbiditeit, …) in staat moeten zijn om deze tabletcomputer te bedienen.

Bliven et al. bestudeerde verschillende patiëntenkarakteristieken die een invloed zouden kunnen hebben op de gebruiksvriendelijkheid van een (tablet)computer. Hoewel in zijn studie tot 50% van de patiënten voordien geen ervaring had met het gebruik van een computer, kon er geen significant verschil aangetoond worden in het vervolledigen van de elektronische vragenlijst. Ook voor de scholingsgraad kon geen significant verschil aangetoond worden. Achtennegentig procent van de patiënten vond de computer ‘zeer gemakkelijk’ tot ‘gemakkelijk’ in gebruik. Geen enkele patiënt rapporteerde dat hij het ‘zeer moeilijk’ vond. Via een vragenlijst werd nagegaan of patiënten in de toekomst hulp nodig zouden hebben bij het gebruik van de computer. Bij analyse konden er geen significante predictoren weerhouden worden[22].

Hess et al. ontwikkelde in de Verenigde Staten een studie waarbij aan patiënten werd gevraagd een vragenlijst rond screening in te vullen aan de hand van een tabletcomputer. Nadien werd aan de patiënten gevraagd welke problemen zij ondervonden bij het gebruik van de tablet. De overgrote meerderheid van patiënten (84%) ondervond geen problemen, terwijl slechts 3% majeure problemen ondervond. Men onderzocht welke indicatoren het gebruiksgemak van een tabletcomputer in de eerste lijn bepalen.

[1] Health-related quality of life

Via multivariate analyse van de patiëntenkarakteristieken kwam men tot de conclusie dat een toenemende leeftijd, bepaalde rassen (Aziaten, Afro-Amerikanen), lagere scholingsgraad en de aanwezigheid van belangrijke comorbiditeit, significante predictoren zijn die het gebruiksgemak bepalen (tabel 3)[21].

Table 3. Multivariable Predictors of Reporting Difficulty Using the Functional Assessment Screening Tablet*

Characteristic	Total population (*n*=10,999)	Age ≥65 (*n*=1,707)
Age	1.05 (1.05–1.05)	1.05 (1.03–1.07)
Gender (female ref)		1.1 (.9–1.4)
Race		
Native American	1.7 (.8–3.4)	0.7 (.2–3.3)
Asian	2.3 (1.8–2.9)	2.0 (1.3–3.4)
African American	1.4 (1.2–1.6)	1.8 (1.4–2.3)
Caucasian (ref)	1.0	1.0
Other	2.1 (1.4–3.0)	3.1 (1.2–7.8)
Education		
≤High school/GED	3.0 (2.6–3.4)	2.7 (2.2–3.4)
≥Some college (ref)	1.0	1.0
Marital Status (single† ref)	0.7 (0.6–0.7)	0.8 (0.6–0.9)
Comorbid medical conditions		
0 (ref)	1.0	1.0
1–2	1.3 (1.2–1.5)	1.4 (.99–1.9)
≤3	1.7 (1.5–2.1)	1.8 (1.3–2.6)

**Difficulty measured as "Some" or "A lot". Odds ratio (95% confidence interval)*
†Single: single, widowed, or divorced

Tabel 3: Voorspellende predictoren die het gebruiksgemak van een tabletcomputer bepalen (Hess et al. 2008)

Als conclusie stelt Hess dat het gebruik van tabletcomputers bij het afnemen van een vragenlijst belangrijke kansen kan bieden, maar er dient extra aandacht besteed te worden aan kwetsbare groepen. Tot 1/3 van de patiënten in een kwetsbare groep kan problemen ervaren bij het gebruik van een tabletcomputer (tabel 4)[21].

Table 2. Patient Reports of Difficulty Using the Functional Assessment Screening Tablet*

Characteristic Age (mean±SD)	Total population (*n*=10,999)				Age ≥65 (*n*=1,707)			
	None† 45±16	Some† 57±16	A lot† 66±16	*p* value <0.001	None† 72±6	Some† 74±7	A lot† 77±7	*p* value <0.001
Gender				0.9				0.01
Female	5,715 (84)	865 (13)	238 (3)		596 (57)	307 (29)	147 (14)	
Male	3,516 (84)	522 (12)	143 (3)		420 (64)	164 (25)	73 (11)	
Race				<0.001				<0.001
Native American	31 (72)	8 (19)	4 (9)		4 (57)	2 (29)	1 (14)	
Asian	685 (86)	94 (12)	20 (3)		41 (59)	16 (23)	13 (19)	
African American	1,471 (74)	393 (20)	127 (6)		124 (38)	130 (40)	72 (22)	
Caucasian	6,840 (86)	864 (11)	218 (3)		841 (65)	316 (25)	132 (10)	
Other	204 (84)	28 (11)	12 (5)		6 (40)	7 (47)	2 (13)	
Ethnicity				0.4				0.7
Hispanic	241 (81)	43 (14)	13 (4)		23 (62)	11 (30)	3 (8)	
Non-Hispanic	8,990 (84)	1,344 (13)	368 (3)		993 (59)	460 (28)	217 (13)	
Education				<0.001				<0.001
≤High School	1526 (63)	643 (27)	243 (10)		316 (42)	279 (37)	153 (20)	
≥Some College	7,705 (90)	744 (9)	138 (2)		700 (73)	192 (20)	67 (7)	
Marital status				<0.001				<0.001
Single/widowed/divorced	4,271 (80)	800 (15)	243 (5)		419 (50)	270 (32)	145 (17)	
Married	4,960 (87)	587 (10)	138 (2)		597 (68)	201 (23)	75 (9)	
Comorbid medical conditions				<0.001				<0.001
0	4518 (92)	335 (7)	67 (1)		177 (73)	41 (17)	25 (10)	
1–2	3,879 (81)	735 (15)	178 (4)		588 (61)	374 (29)	98 (10)	
≥3	834 (65)	317 (25)	136 (11)		251 (50)	156 (31)	97 (19)	

**Due to rounding, percents may not sum to 100%*
†Amount of reported difficulty with the FAST computers

Tabel 4: Gerapporteerde graad van moeilijkheid in functie van verschillende patiëntenkarakteristieken (Hess et al. 2008)

In Australië werd in 2012 een cross-sectionele studie opgezet die de aanvaardbaarheid van elektronische datacollectie rond preventie-items wil nagaan bij patiënten in de eerstelijnsgezondheidszorg[24]. De resultaten van deze veelbelovende studie zijn tot op heden nog niet gekend.

Voordelen

Touchscreencomputers zijn draagbaar, licht en zouden patiënten meer privacy kunnen geven bij het invullen van een vragenlijst in vergelijking met de pen-papiermethode. Tevens zou het gebruik van een tabletcomputer leiden tot minder onderrapportering en er zouden minder ontbrekende antwoorden zijn[23]. Patiënten zouden ook gevoelige vragen meer naar waarheid beantwoorden wanneer deze via de computer worden gesteld[25]. Gecomputeriseerde vragenlijsten laten toe om bepaalde patronen na te leven/te detecteren zodat onnodige vragen niet gesteld worden en er verzekerd wordt dat relevante vragen wel beantwoord worden[21]. Automatische verwerking van de antwoorden in het elektronisch medisch dossier verlicht zowel arts als patiënt[26].

Nadelen

De leesbaarheid van vragen op een computerscherm kan problemen geven. Zowel de klaarheid, het contrast, het lettertype en de grootte van de letters kunnen er toe leiden dat patiënten problemen ondervinden. Daarnaast speelt ook de vraagstelling een rol bij de interpretatie van de vragen[23]. Deze problemen kunnen zich echter ook voordoen bij een papieren vragenlijst.

Kosten

Elektronische datacollectie brengt in eerste instantie vaak een grotere kostprijs met zich mee in vergelijking met papieren datacollectie. Automatische verwerking van resultaten zorgt er voor dat er minder mankracht nodig is. Dit geldt eveneens voor de voorbereidingen die gepaard gaan met papieren datacollectie[22]. Een studie heeft aangetoond dat bij zeer grote volumina het gebruik van een touchscreencomputer goedkoper is dan een papieren versie. Natuurlijk spelen ook de aanwezigheid van personeel, benodigdheden, vereiste snelheid van het verkrijgen van resultaten en het risico op fouten een rol bij de keuze[23].

Toekomst?

In de literatuur is er toenemende interesse in computergebaseerde gezondheidsrisico-inschattingen waarbij de patiënt tijdens zijn wachttijd in de wachtzaal een vragenlijst invult. Het interactieve programma print het risicorapport uit voor de arts en voor de patiënt. Deze techniek laat toe om enkel screening uit te voeren die van toepassing is voor de individuele patiënt en zorgt ervoor dat de patiënt voorafgaand aan de consultatie al stilstaat bij zijn gezondheidsrisico's[25,27].

Discussie

Deze literatuurstudie geeft een overzicht van de accuraatheid, het gebruiksgemak en de voor- en nadelen van het gebruik van een tabletcomputer in de eerste lijn.

Het is onduidelijk of bij patiënten die problemen ondervinden bij het hanteren van een touchscreencomputer, deze problemen kunnen verminderen door herhaling of grondige begeleiding, dan wel of deze problemen permanent zullen blijven bestaan. Dit is van essentieel belang om het succes van computergeassisteerde vragenlijsten in de toekomst te voorspellen[21]. Bliven stelt dat de aanwezigheid van een technicus mogelijks de resultaten kan beïnvloeden, zeker bij patiënten die nog nooit een computer gebruikt hebben. Met de toenemende groei van de informatisering wordt verwacht dat deze problemen echter minder frequent voorkomen[22]. In de toekomst zal ook onderzoek moeten gebeuren over hoe visuele-, lees- en taalbarrières het best worden opgevangen[21]. Deze beperkingen zullen ook optreden indien patiënten gevraagd wordt om een papieren vragenlijst in te vullen. Het voordeel van een computer is dat het beeld en het lettertype aangepast kan worden. Ook het luidop voorlezen van vragen kan voor een computer geen probleem vormen.

Hess stelt dat het gebruik van gecomputeriseerde vragenlijsten in de eerste lijn kunnen helpen om preventiestrategieën te verbeteren. Deze tools laten de arts toe om een meer effectieve en aanbevolen screening uit te voeren. Tevens kan het mineure fysische of mentale problemen aan het licht brengen[21]. Door gebruik te maken van een gecomputeriseerde vragenlijst zou men de arts in staat stellen om meer zorg te leveren in minder tijd en met minder personeel[25]. In de toekomst zal nagegaan moeten worden hoe artsen de meerwaarde van een tabletcomputer inschatten[21].

Zoals blijkt zal met de toenemende toegankelijkheid tot informatisering, het aandeel van computers in patiëntenzorg toenemen en dit zowel naar het bekomen van informatie als bij het geven van gezondheidsadviezen.

Rhodes stelt vast dat patiënten, die gezondheidsinformatie kregen via de tabletcomputer, zich na 1 week de gegeven informatie beter kunnen herinneren in vergelijking met andere patiënten. Redenen die hiervoor aangehaald worden zijn onder meer dat de gezondheidsinformatie werd uitgeprint voor de patiënt, dat er door de arts meer aandacht besteed werd aan de resultaten of dat patiënten de resultaten actiever gingen bevragen bij de arts en tot slot dat patiënten door de afname van de vragenlijst bewuster met hun gezondheid bezig waren. Opvallend was dat een uitprint van gegeven gezondheidsinformatie werd gevraagd door de patiënt en vaak werden ook meerdere kopieën gevraagd om uit te delen aan familie/vrienden. Zo waren er maar 32% rokers, maar 50% van de patiënten vroeg informatie voor zichzelf of voor anderen over hoe men kan stoppen met roken[25]. Dit zou naast het individuele gezondheidsvoordeel voor de patiënt, idealiter ook een effect kunnen hebben voor andere patiënten.

Deze literatuurstudie biedt ons inzicht in hoe computers een belangrijke en veelbelovende rol kunnen spelen in patiëntenzorg. Het kleine aantal geïncludeerde studies toont dat dit onderzoek nog in zijn kinderschoenen staat. Aanvullend onderzoek zoals de studie van Yoong is vereist. Tevens moet nagegaan worden wat de ervaring is van clinici ten aanzien van het gebruik van deze computers, wat determinerende factoren zijn die bepalen of patiënten moeilijkheden ondervinden bij het gebruik van de tablet en of deze moeilijkheden verminderen in de loop van het gebruik.

Praktijkproject

Inleiding

In 2010 introduceerde Domus Medica de Gezondheidsgids, een evidence-based en praktijkgericht instrument dat de huisarts in staat moet stellen om voor elke patiënt een preventieplan op maat te ontwikkelen. In de Gezondheidsgids komen verschillende thema's aan bod: cardiovasculaire preventie, voeding en beweging, rookstopbegeleiding, peilen naar alcoholgebruik, screening naar diabetes, screening naar cervix-, borst- en darmkanker, peilen naar depressie en vaccinaties (tetanus, influenza, pneumokokken). Voor patiënten tussen 45 en 75 jaar kan deze preventiemodule aangeboden worden in de vorm van het GMD plus.

Tot voor de start van dit praktijkproject lag de nadruk in onze praktijk op case-finding eerder dan een systematische aanpak. Preventieve check-ups en routine bloedafnames werden uitgevoerd zonder duidelijke systematiek. Bepaalde topics werden reeds goed gedocumenteerd in het elektronisch medisch dossier. Andere topics zoals screenen naar darmkanker gebeurden zelden en enkel op indicatie. Dit praktijkbevorderend project wil een systematischere vorm van screening introduceren in de praktijk aan de hand van preventieconsultaties.

In onze praktijk is een verpleegkundige werkzaam die voor de opstart van dit praktijkproject al heel wat taken voor haar rekening nam. Haar takenpakket bestaat onder meer uit de opvolging van diabetespatiënten, controle van INR, bloedafnames, pre-operatieve onderzoeken,… Gezien onze positieve ervaringen groeide het idee om de verpleegkundige een deel van het preventieconsult op zich te laten nemen.

Tevens werd, tijdens de periode dat ik een geschikt onderwerp voor dit praktijkproject aan het zoeken was, veel reclame gemaakt rond een applicatie (software) die draait op een tablet PC. Deze applicatie laat de patiënt toe om op een interactieve en zeer eenvoudige manier de preventieve vragenlijst van de Gezondheidsgids in te vullen. De verwerking van de gegevens gebeurt volgens de protocollen van de Gezondheidsgids en bij het oproepen van de gegevens stelt het programma voor welke bijkomende onderzoeken er moeten gebeuren. Uit voorgaande MANAMA-projecten blijkt dat het doornemen van de vragenlijst met de patiënt veel tijd in beslag neemt. We vroegen ons af of deze software applicatie dit zou kunnen beperken.

Vraagstelling

1. Wat is de responsratio van patiënten bij eenmalige schriftelijke uitnodiging voor een preventieconsult?
2. Hoe ervaren patiënten het gebruik van een tabletcomputer binnen de consultatie?
3. Kan delegatie van bepaalde onderdelen van het preventieconsult aan de praktijkverpleegkundige de uitvoering van preventie in de praktijk verbeteren?
    a. Hoe tevreden zijn patiënten over het verpleegkundig preventieconsult?
    b. Hoe ervaart de verpleegkundige het consult met betrekking tot tijdsinvestering en moeilijkheden bij het beantwoorden van vragen van patiënten?

c. Wat is de status van het EMD (registratie van gegevens) voor en na het preventieconsult?

Methode

Setting

De implementatie van de preventieconsultaties zal gebeuren in een solopraktijk in Wetteren, Oost-Vlaanderen. De praktijk bestaat uit een huisarts, een huisarts-in-opleiding en een verpleegkundige. Als elektronisch medisch dossier wordt Accrimed (Corilus) gebruikt.

Voorbereiding

Zoals hoger reeds vermeld bleek preventie een topic dat in onze praktijk nog onvoldoende aandacht kreeg. Tijdens één van de vergadermomenten rond het praktijkverbeterend project werd een visgraatanalyse opgemaakt (zie bijlage 1). Hieruit bleek dat tijdsgebrek, onvoldoende middelen en onvoldoende systematisering de belangrijkste barrières vormden waarom een preventieconsult nog niet werd uitgevoerd in de praktijk. Met deze factoren in het achterhoofd concludeerden we dat er vooral nood was aan een duidelijke strategie en uniforme aanpak binnen de praktijk. Daarom werd een draaiboek opgesteld waarin beschreven werd hoe patiënten zouden uitgenodigd worden en wie welke taken op zich zou nemen tijdens het preventieconsult (zie bijlage 2).

Doelpopulatie en uitnodiging

Patiënten tussen 45 en 75 jaar komen in aanmerking voor het GMD+. Via een zoekopdracht in het elektronisch medisch dossier werden alle patiënten tussen 45 en 75 jaar met een GMD opgezocht. De verkregen lijst met patiënten werd door de artsen overlopen waarna palliatieve patiënten en patiënten met een te grote fysieke/mentale handicap, werden geëxcludeerd. Zo werden 571 patiënten, 228 mannen (40%) en 343 vrouwen (60%), geselecteerd voor het preventieconsult. Om een betere spreiding van patiënten te garanderen werd beslist om patiënten per leeftijdscategorie uit te nodigen. De patiënten werden opgedeeld in categorieën van 5 jaar (45-49j, 50-54j, 55-59j, 60-64j, 65-69j, 70-75j) en maandelijks werd één categorie schriftelijk uitgenodigd. Praktisch gezien werd er beslist om oudere patiënten later uit te nodigen zodat het preventieconsult gecombineerd zou kunnen worden met de jaarlijkse griepvaccinatie (zie tabel).

Maandelijkse uitnodiging	Leeftijdscategorie	Aantal patiënten
April	60 – 64j	78
Mei	55 – 59j	84
Juni	50 – 54j	123
Juli	45 – 49j	145
Augustus	65 – 69j	74
September	70 – 75j	67

In de uitnodiging werd kort omschreven welke onderwerpen aan bod zullen komen in het preventieconsult en er werd besproken dat het onderzoek kadert binnen een praktijkverbeterend project (zie bijlage 3). Aan de patiënten werd gevraagd om telefonisch een afspraak vast te leggen zodat de consultaties konden plaats vinden op een moment dat de verpleegkundige in de praktijk aanwezig was. Concreet was dit op maandagvoormiddag, woensdagvoormiddag of –avond en zaterdagvoormiddag. De preventieconsultaties werden alleen uitgevoerd door de huisarts-in-opleiding.

Data collectie en –analyse

Vooraf vond een voormeting plaats waarbij alle individuele dossiers manueel geopend werden in Accrimed. Hierbij werd voor elke patiënt nagegaan welke parameters reeds in het elektronisch medisch dossier opgenomen waren en of ze op een uniforme manier gecodeerd waren. De registratie van de volgende parameters werd nagegaan: bloeddruk, lengte, gewicht, BMI, buikomtrek, rookstatus, ethylgebruik, niveau van lichaamsbeweging, vaccinatiestatus (griep, tetanus, pneumokokken), recente bloedafname met nuchtere glycemie, cholesterolratio en creatinine (<1 jaar geleden), uitgevoerde FOB testen[2] of colonoscopie, uitgevoerde uitstrijkjes en mammografieën voor vrouwen, persoonlijke medische voorgeschiedenis (diabetes, hypertensie, hart- en vaatziekten, longlijden) en familiale medische voorgeschiedenis. Voor bepaalde items zoals rookstatus, ethylgebruik,… is het belangrijk dat zij ook geregistreerd worden indien zij niet aanwezig zijn, zodat je als huisarts weet dat het al nagevraagd is.

Het praktijkproject liep van april 2013 tot en met december 2013. De patiënt werd eerst door de praktijkverpleegkundige gezien. De praktijkverpleegkundige had als voornaamste taken het opmeten van gewicht, lengte, bloeddruk en buikomtrek, het geven van levensstijl- en bewegingsadvies, het uitleggen en meegeven van afnamestalen voor de FOB-testen en het uitvoeren van bloedafnames. In de praktijk werd beslist om een bloedafname uit te voeren indien de laatste bloedafname meer dan 1 jaar geleden was. Volgens het protocol van de Gezondheidsgids is dit strikt genomen niet noodzakelijk. Nadien kregen patiënten de kans om met behulp van een tabletcomputer de vragenlijst in te vullen. De tijdsduur voor het invullen van de vragenlijst en het consult bij de verpleegkundige werd geschat op ± 20 minuten. Nadien stroomde de patiënt door naar de arts die de resultaten met de patiënt besprak en de nog uit te voeren taken op zich nam. Hiervoor werd ± 30 minuten vrijgehouden per patiënt. Na afloop van het consult werd de patiënt gevraagd om in de wachtzaal een enquête (zie bijlage 4) in te vullen. De enquête had als voornaamste doelstellingen na te gaan hoe patiënten het gebruik van een tabletcomputer ervaren en hoe zij de rol van een praktijkverpleegkundige binnen het preventieconsult zien.

Na de interventie vond een manuele nameting van de onderzochte parameters plaats. Voor de verwerking van de resultaten zijn de ruwe data uit de tevredenheidenquêtes en de gegevens van de registratielijsten gebruikt. Deze gegevens werden in een Excel-bestand genoteerd en na afloop van het praktijkproject werd een beschrijvende analyse van resultaten uitgevoerd. De verpleegkundige werd geïnterviewd om na te gaan hoe zij dit project ervaren had.

[2] Faeces occult bloed

Ethische implicaties

Elke patiënt kreeg uitleg over de opzet van het preventieconsult en werd gevraagd een informed consent in te vullen (zie bijlage 5). De persoonlijke informatie werd afzonderlijk bewaard zodat de anonimiteit van de gegevens gegarandeerd kon worden.

Resultaten

1. Wat is de responsratio van patiënten bij eenmalige schriftelijke uitnodiging voor een preventieconsult?

Via een zoekopdracht in het medisch dossier werden alle patiënten met een GMD tussen 45 en 75j geselecteerd. Na exclusie van palliatieve patiënten en patiënten met een ernstige fysieke en/of mentale handicap werden 571 patiënten opgenomen in de studiepopulatie. Tijdens een periode van 9 maanden (april – december) werden patiënten uitgenodigd voor deelname aan het preventieconsult.

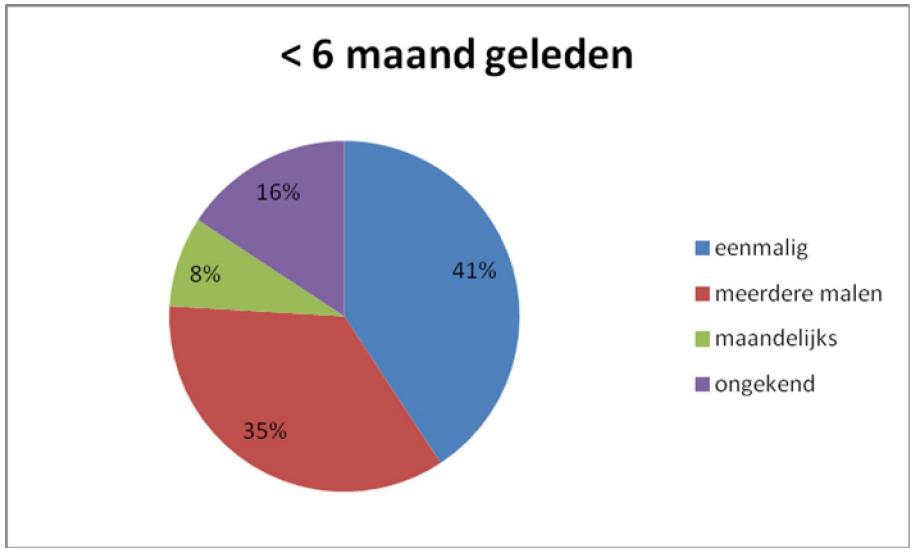
Binnen de looptijd van het project hebben 136 patiënten gereageerd op de oproepingsbrief (23,8%). In totaal namen 48 mannen (35,3%) en 88 vrouwen (64,7%) deel aan het preventieconsult. De hoogste respons werd waargenomen in de leeftijdscategorie van 65 – 69j. De categorie van 60 – 64j kende de laagste respons. In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de responsratio per leeftijdscategorie.

Leeftijdscategorie	Aantal uitgenodigde patiënten	Aantal deelnemende patiënten	Responsratio
45 – 49j	145	31	21,4%
50 – 54j	123	25	20,3%
55 – 59j	84	23	27,4%
60 – 64j	78	15	19,2%
65 – 69j	74	27	36,5%
70 – 75j	67	15	22,4%

Aan de hand van de enquête die na het preventieconsult werd afgenomen, werd er getracht een zicht te krijgen op andere socio-demografische kenmerken van de patiëntenpopulatie. Er werd navraag gedaan naar het opleidingsniveau, het recht op verhoogde tegemoetkoming/OMNIO-statuut[3] en de frequentie van consulteren bij de huisarts. Enkele enquêtes werden onvolledig of niet ingevuld. Hierdoor kunnen we niet voor alle patiënten over de correcte gegevens beschikken, 8 enquêtes werden geëxcludeerd voor verdere verwerking.

In de uitgenodigde patiëntenpopulatie (571 patiënten) zijn er 49 patiënten die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming/OMNIO statuut (8,6%). In onze praktijk houden wij ons eraan om bij deze patiënten de derde betalersregeling toe te passen. Volgens de enquête namen er 5 patiënten deel aan het preventieconsult die recht hadden op een verhoogde tegemoetkoming (10% van de uitgenodigde patiëntenpopulatie). Bij 2 van deze patiënten was de laatste consultatie bij de huisarts meer dan 6 maanden geleden. De overige 3 waren meerdere keren op consultatie geweest tijdens de afgelopen 6 maanden.

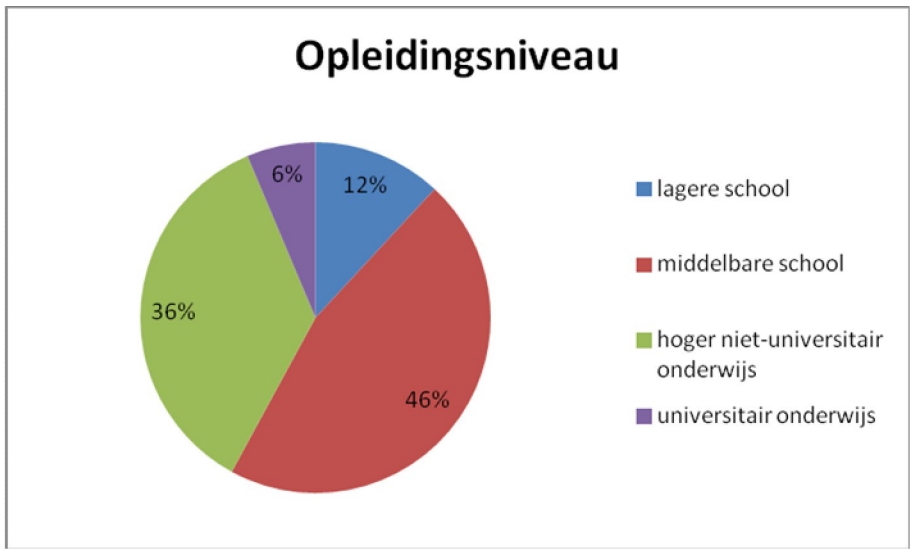
Van de 128 patiënten was het bij 20 patiënten (15,6%) meer dan 6 maanden geleden dat zij op consultatie kwamen bij de huisarts. De overige patiënten waren allen minstens één keer op consultatie geweest. Negen van hen kwamen maandelijks op consultatie, bij 44 patiënten was dit eenmalig. Achtendertig patiënten hadden meerdere consultaties gehad. Bij 17 patiënten werd deze vraag niet ingevuld.



Figuur 1: Frequentie van consulteren bij de huisarts

[3] Het Omnio-statuut is een uitbreiding van de verhoogde tegemoetkoming voor medische prestaties (arts, tandarts, kinesist, apotheker, hospitalisatie,…) door het ziekenfonds. De persoonlijke bijdrage (of het remgeld) die de patiënt voor die prestaties betaalt, is dan merkelijk lager. Omnio is bedoeld voor arbeiders, bedienden, zelfstandigen, werklozen… met een moeilijke financiële gezinssituatie. Het criterium voor het Omnio-statuut is het jaarlijks bruto belastbaar gezinsinkomen.

Eén derde van de patiënten die deelnamen aan het preventieconsult volgde een hogere niet-universitaire studie. Bijna de helft van de patiënten ging naar school tot het middelbaar.



Figuur 2: Opleidingsniveau binnen de studiepopulatie

2. Hoe ervaren patiënten het gebruik van een tabletcomputer binnen de consultatie?

Uit de anonieme enquêtes blijkt dat alle patiënten de tabletcomputer een goed instrument vinden om de vragenlijst van het preventieconsult in te vullen. Slechts 1 patiënt gaf aan moeite te ondervinden om de tabletcomputer te bedienen. Negentien patiënten hadden extra hulp nodig bij het invullen van de vragenlijst. Uit het interview met de verpleegkundige bleek dat deze hulp voornamelijk nodig was op inhoudelijk vlak. Sommige vragen werden niet goed begrepen door patiënten. Concreet hadden de meeste patiënten problemen bij de vraag over het roken. Eerst werd gevraagd of de patiënt rookt of gerookt heeft. Indien op deze vraag 'ja' werd geantwoord, kreeg de patiënt de vraag 'hoeveel sigaretten rookt u'. Patiënten die gestopt zijn met roken keerden dan vaak terug naar de voorgaande vraag. De vraag 'hoe lang bent u gestopt met roken' komt pas achter de vraag naar de hoeveelheid.
Vier patiënten, respectievelijk 2 in de leeftijdscategorie van 60-64j, 1 bij de 55-59-jarigen en 1 bij de 70-75-jarigen, zouden de vragenlijst liever op papier invullen.

De vragenlijst	Ja	Nee	Ik weet het niet	NVT	?
De tabletcomputer is een goed instrument om deze vragenlijst in te vullen	128 (100%)	-	-	-	-
Ik kan de tabletcomputer goed bedienen	126 (98,4%)	1	-	-	1
Ik heb extra hulp moeten vragen aan de verpleegkundige bij het invullen van de vragenlijst	19 (14,8%)	107 (83,6%)	-	-	2
Het invullen van de vragenlijst neemt te veel tijd in beslag	1	127	-	-	-
Ik begrijp de vragen uit de vragenlijst	126	2	-	-	-
Ik vind het lastig dat ik elke vraag moet beantwoorden	4 (3%)	124 (97%)	-	-	-
Ik zou de vragenlijst liever op papier invullen	4 (3%)	121 (94,5%)	1	-	2
Op een papieren vragenlijst zou ik één of meerdere vragen open gelaten hebben	2	121	2	-	3

3. Kan delegatie van bepaalde onderdelen van het preventieconsult aan de praktijkverpleegkundige de uitvoering van preventie in de praktijk verbeteren?

a) Hoe tevreden zijn patiënten over het verpleegkundig preventieconsult?

Na het preventieconsult werd aan de patiënten een enquête meegegeven die toetste naar de tevredenheid over het consult in zijn geheel, over het gebruik van de tabletcomputer en over de tevredenheid over de taak van de verpleegkundige binnen het preventieconsult. De vragenlijst werd volledig ingevuld door 128 van de 136 patiënten (respons rate: 94%).

Bijna alle patiënten gaven aan dat de verpleegkundige voldoende tijd vrijmaakte en dat de informatie die door haar gegeven werd, goed begrijpbaar was. Een ruime meerderheid van de patiënten (92%) had geen voorkeur voor verpleegkundige dan wel voor arts. Drie patiënten geven de voorkeur aan de arts voor het uitvoeren van de onderzoeken. Opvallend is dat slechts 1 van deze 3 patiënten ook vindt dat de arts de onderzoeken beter zou kunnen uitvoeren.

De consultatie bij de verpleegkundige	Ja	Nee	Ik weet het niet	NVT	?
De verpleegkundige neemt voldoende tijd voor de consultatie	127	-	-	-	1
Ik begrijp de informatie die de verpleegkundige geeft	127	-	-	-	1
Ik vind dat de onderzoeken door de verpleegkundige goed werden uitgevoerd	126	-	-	1	1
Ik zou deze onderzoeken liever door de arts laten uitvoeren	3 (2,3%)	118 (92,1%)	3 (2,3%)	3 (2,3%)	1
Ik denk dat de arts de onderzoeken beter kan uitvoeren dan de verpleegkundige	3 (2,3%)	111 (86,7%)	7 (5,5%)	4 (3,1%)	3

b) Hoe ervaart de verpleegkundige het consult met betrekking tot tijdsinvestering en moeilijkheden bij het beantwoorden van vragen van patiënten?

Een gemiddelde consultatie duurde ongeveer 20 minuten. De consultatie werd aangevat met een uitleg over het doel van de studie en het informed consent van de patiënt werd besproken. Er werd een globaal overzicht gegeven van het verloop van de volledige consultatie. De taak van de verpleegkundige bestond uit het bekomen van de parameters (lengte, gewicht, BMI, buikomtrek en bloeddruk) en indien nodig stond zij ook in voor de bloedafnames. De verpleegkundige merkte op dat bij oudere patiënten de duur van de consultatie toenam enerzijds door de beperkte mobiliteit (bv. trager omkleden) en anderzijds doordat deze oudere patiënten vaak hun complexere voorgeschiedenis (in vergelijking met jongere patiënten) deelden met de verpleegkundige.
Naast het opnemen van de parameters, had de verpleegkundige ook de taak om het levensstijladvies met de patiënten te bespreken. Als diabeteseducator ondervond zij hier relatief weinig problemen mee. Op vragen rond productsamenstelling was het soms moeilijker te antwoorden, doch mits een snelle zoekopdracht via het internet, werden de vragen nog gemakkelijk beantwoord. Patiënten die meer levensstijladvies nodig hadden, hadden doorgaans een langere consultatie bij de verpleegkundige. Bij het bespreken van deze items merkte zij op dat de vragen rond voeding en beweging vaak een grote weerstand opriepen bij de patiënt. Men ging snel op zoek naar excuses waarom bepaalde activiteiten niet konden uitgevoerd worden (bv. geen tijd, moe na het werk, pijnklachten,…). De verpleegkundige had tijdens de consultaties niet het gevoel dat patiënten bereid waren om hun bewegingspatroon aan te passen. Zij stelt dat het zinvoller zou zijn om de patiënten vaker terug te zien en te begeleiden. Voor haar is verandering creëren een proces. Op het gebied van voeding zijn er wel verschillende patiënten die gevraagd hebben door welke producten ze de minder goede producten die ze nu gebruiken, zouden kunnen vervangen. Zij merkte ook de grote onwetendheid op van patiënten rond bepaalde voedingswaren bv. fruitsap zonder toegevoegd suiker, zou volgens vele patiënten suikervrij zijn. Ook hier beklemtoont zij het belang van een goede opvolging van patiënten zodat een gelijkmatige verandering in levensstijl bekomen kan worden. Aan sommige patiënten adviseerde zij het advies van een diëtiste in te winnen, doch rond het begrip ‘diëtiste’ hangt nog steeds een negatieve connotatie.

Tot slot gaf de verpleegkundige ook de uitleg rond screening naar colorectaalkanker. Tijdens dit deel van de consultatie ondervond zij weinig problemen. Zij merkte op dat patiënten het een zeer nuttig onderzoek vonden en dat zij wel degelijk bereid waren om de staalafname thuis uit te voeren.
De consultatie bij de verpleegkundige werd afgerond met de uitleg over het gebruik van de tabletcomputer om de vragenlijst in te vullen. Oudere patiënten (voornamelijk zij die thuis geen computer hadden) dachten onmiddellijk dat zij de tabletcomputer niet zouden kunnen bedienen. Bij deze patiënten bleef de verpleegkundige nog even in de buurt terwijl de patiënt de vragenlijst invulde. Eens de patiënten begonnen waren aan de vragenlijst, merkten zij vaak dat het eigenlijk heel gemakkelijk was. Er waren weinig patiënten die problemen ondervonden met het touchscreen. Ook de leesbaarheid bleek geen problemen te geven (zelfs bij patiënten die hun leesbril niet mee hadden). De verpleegkundige merkte op dat patiënten op de vraag “drinkt u alcohol” vaak even schrikten. De patiënten gaven haar de uitleg dat zij de indruk hadden dat wanneer zij op deze vraag ‘ja’ antwoordden, dat ze een ‘te’ regelmatige gebruiker waren. Later speelde de verpleegkundige hier al op in, door te zeggen dat er na deze vraag nog verduidelijkende vragen volgden om het effectieve gebruik na te gaan. Ook bij vragen rond roken werd vaak negatief geantwoord door de patiënt, doch bij navraag bleek dat zij ofwel vroeger gerookt hadden, maar dat het voor hen al te lang geleden was ofwel dat zij nu nog rookten maar het aantal onvoldoende vonden om hierover te spreken. We kwamen echter in de problemen op het moment dat er patiënten te laat op de afspraak waren, wanneer er veel telefoons moesten beantwoord worden of wanneer de verpleegkundige ondertussen ook nog andere taken moest vervullen. Het stoorde haar meer dat de agenda van de arts hierdoor uitliep dan wel dat zij achterop geraakte met haar werk.
In de toekomst wenst zij dit project zeker verder te zetten mede gezien de positieve respons van patiënten op het aanbieden van een jaarlijks preventieconsult binnen onze huisartsenpraktijk.

c) Wat is de status van het EMD (registratie van gegevens) voor en na het preventieconsult?

Alle registraties van de gekozen parameters verbeterden voor de patiënten die op preventieconsult kwamen. Sommige parameters werden vooraf al zeer goed bijgehouden zoals onder meer influenza vaccinatie, bloeddrukregistratie en uitgevoerde mammografieën. In de volgende tabel worden de gekozen parameters weergegeven voor en na bij de groep van patiënten die op preventieconsult zijn gekomen.

Parameter	Gekend voor consult	Gekend na consult
Recent labo (<1j geleden)	77	136
Lengte	21	136
Gewicht	89	136
Buikomtrek	0	136
Bloeddruk	123	136
Uitstrijkje	24	57
Mammografie	67	76
Tetanusvaccinatie	40	135
Rookstatus	23	136
Ethylgebruik	7	136
Familiale voorgeschiedenis	29	136

Bij alle 136 patiënten werd de lengte, het gewicht en de buikomtrek gemeten. Na het preventief consult kenden we ook van alle deelnemende patiënten hun levensstijl (gezonde voeding en beweging), hun rookstatus en ethylgebruik.

Honderdenvijf patiënten kwamen qua leeftijd (50-75j) in aanmerking voor screening naar coloncarcinoom. Zeven patiënten hadden reeds een colonoscopie ondergaan die het toepassen van de FOB-test niet meer rechtvaardigde. Twee patiënten werden onmiddellijk verwezen voor een colonoscopie omwille van familiale antecedenten. De overige patiënten (n=96) kregen allen de uitleg van de verpleegkundige en kregen het nodige materiaal mee naar huis voor staalafname. Negentig procent van de patiënten (n=87) bracht de stalen terug. Er werden 16 positieve FOB-testen gevonden (18,4%). Deze patiënten werden verwezen voor een colonoscopie. Bij 11 patiënten werd minstens

één poliep aangetroffen, bij 1 patiënt werd een adenocarcinoom gedetecteerd, bij 1 patiënt werd een ulceratie aangetroffen en de overige 3 onderzoeken waren normaal.

Bij twee patiënten werd een nieuwe diagnose van diabetes mellitus type 2 gesteld. Beide patiënten werden geëduceerd over een gezonde levensstijl en bij 1 patiënt werd omwille van het zeer hoge HbA1c onmiddellijk opgestart met metformine. Bij een andere patiënt werd omwille van het verhoogde cardiovasculaire risico een lage dosis aspirine opgestart (asaflow).

Er werd bij alle 136 patiënten nagegaan of zij nog in orde waren met hun tetanusvaccinatie. Bij 40 patiënten (29,4%) was de tetanusstatus gekend. In totaal werden 24 rappels toegediend, werd primo-vaccinatie gestart bij 23 patiënten en werd bij 20 patiënten hun laatste vaccinatiedatum in het dossier gezet. Vierentwintig patiënten gingen de status thuis nakijken en afhankelijk van de gegevens een rappel laten toedienen.

Discussie

Opzet van het project en implementatie

Tijdens de voorbereidende vergadermomenten werd een strategie ontwikkeld met betrekking tot de uitnodiging van patiënten en tevens werd een draaiboek opgesteld met het verloop van het preventieconsult in de praktijk. Uit literatuuronderzoek blijkt dat een schriftelijke uitnodiging meer patiënten bereikt, maar dat een mondelinge uitnodiging meer patiënten overtuigt[28]. Met deze gegevens werd er initieel beslist om patiënten eerst een brief te sturen. Patiënten die binnen een maand niet gereageerd hadden, zouden telefonisch gecontacteerd worden met de bedoeling hun interesse na te gaan. Omwille van tijdsgebrek en onvoldoende duidelijke afspraken over wie deze taak op zich zou nemen, is de recall-fase in het water gevallen. Op deze manier hebben we mogelijks een deel van de geïnteresseerde patiënten niet bereikt.

De praktijkverpleegkundige had onder meer de taak om een registratie uit te voeren van enkele thema's zoals o.a. de tijdsbesteding, moeilijkheden die patiënten ondervonden tijdens het gebruik van de tablet, moeilijkheden die de verpleegkundige had tijdens het consult,… Omdat de verpleegkundige op het moment van de consultaties niet altijd de computer met de registratiefiche ter hare beschikking had, kon zij deze registratie niet goed uitvoeren. Op deze manier zijn er heel wat objectieve gegevens verloren gegaan. We hebben getracht dit te compenseren door een interview te laten plaatsvinden.

De consultaties in kader van het preventieconsult werden alleen uitgevoerd door de huisarts in opleiding (HAIO) en niet door de praktijkopleider (PO). Voor sommige patiënten zou dit een belemmering geweest kunnen zijn om een afspraak te maken.

Resultaten

In totaal werden 571 patiënten per brief aangeschreven en uitgenodigd voor het preventieconsult. Tijdens de registratieperiode (9 maanden) kwamen 136 patiënten tussen 45 en 75 jaar op afspraak. Dit betekent dat bijna ¼ van de doelpopulatie inging op de uitnodiging. Dit deelnamepercentage valt binnen de te verwachten respons. Tijdens een Nederlands pilootproject 'Preventieconsult Cardiometabool risico' (2009) werd met behulp van een uitnodigingsbrief een respons bekomen van 33%[29]. In vorige MANAMA-projecten was de respons ratio vergelijkbaar met dit praktijkproject. Men kan zich de vraag stellen of zo'n beperkt deelnemingspercentage veel te betekenen heeft op harde eindpunten zoals mortaliteit op bevolkingsniveau. Vergelijken we deze participatiegraad met de gewenste participatiegraad bij screeningsprogramma's ingericht door de Vlaamse Overheid (borstkankerscreening, cervixkankerscreening en darmkankerscreening), dan zal dit waarschijnlijk slechts weinig betekenis hebben. Het voordeel voor de individuele persoon blijft echter wel behouden.

In totaal namen 48 mannen (35,3%) en 88 vrouwen (64,7%) deel aan het preventieconsult. Vergeleken met de doelpopulatie zien we een overrepresentatie van vrouwen (respectievelijk 60%) en een onderrepresentatie van mannen (respectievelijk 40%). In de literatuur is het onduidelijk of er een verschil is in interesse tussen mannen en vrouwen. Ook in andere MANAMA-projecten heerst hier onduidelijkheid over[28,30].

Opvallend in deze studie is dat er in de leeftijdscategorie van 65 – 69j een hogere participatiegraad is (36,5%) in vergelijking met de overige leeftijdscategorieën. Ook in de literatuur werd al aangetoond dat de participatiegraad het laagst is in de jongste en de oudste leeftijdscategorieën. Men ziet een toename tot de leeftijd van 69j en vanaf dan daalt het deelnemingspercentage opnieuw[31,32]. Een duidelijke verklaring voor het verschil in vergelijking met de andere leeftijdscategorieën kan echter niet gegeven worden. Mogelijks is het moment van uitnodiging een bepalende factor geweest.

De socio-economische klasse van patiënten werd ingeschat aan de hand van het OMNIO-statuut. In onze praktijk waren er 8,6% van de uitgenodigde patiënten geregistreerd als patiënten met een verhoogde tegemoetkoming. Van deze patiënten ging 10% in op de uitnodiging om deel te nemen aan het preventieconsult. In vergelijking met de totale respons ratio (23,8%) op dit praktijkproject, kan er vastgesteld worden dat er een duidelijke ondervertegenwoordiging is van deze groep. Zelfs in een praktijk met een beperkt aantal patiënten met recht op een verhoogde tegemoetkoming kan men vaststellen dat er een sociale ongelijkheid ontstaat. Deze bevindingen stroken met literatuurgegevens die bevestigen dat patiënten met een lagere socio-economische status moeilijker te bereiken zijn voor deelname aan preventieonderzoeken. In het MANAMA-project van Dr. Vandenberghe en Dr. Cosyn, dat werd uitgevoerd in nabijgelegen steden/dorpen, kon echter geen verschil aangetoond worden in responsratio tussen patiënten met en zonder recht op verhoogde tegemoetkoming. Zij concludeerden dat een schriftelijke uitnodiging voor een algemeen preventieconsult de sociale ongelijkheid niet vergroot[30]. Verder onderzoek naar deze sociale ongelijkheid is noodzakelijk, zowel in praktijken met een beperkt aandeel aan patiënten met een OMNIO statuut als in praktijken met een groot aandeel aan deze patiënten (bv. wijkgezondheidscentra).

Tijdens het uitvoeren van het preventieconsult bleek dat vele patiënten reeds één of meerdere preventieve onderzoeken ondergaan hadden. Zo had meer dan de helft van de patiënten al een nuchtere bloedafname gehad in het afgelopen jaar. Ook het aantal vrouwen die in de laatste twee jaar een screeningsmammografie hadden gehad (83,6%), was duidelijk verschillend met de responsratio in het bevolkingsonderzoek naar borstkanker door de Vlaamse Overheid (in de periode 2011-2012 was dit slechts 51,2% van de vrouwen uit de beoogde doelgroep)[33]. Door deze waarnemingen krijgen we de indruk dat vooral gezonde patiënten reageerden op de uitnodiging. In de literatuur wordt onder meer gesproken over het ‘healthy screenee effect’ of de ‘worried well’. Dit wil zeggen dat vooral gezonde, hoog opgeleide, welvarende en bewust levende mensen eerder geneigd zijn deel te nemen aan gezondheidsscreening dan personen met een laag opleidingsniveau, een lage socio-economische status of een ongezond leefpatroon. Dit wordt mede bevestigd door het feit dat er een groter deelnemingspercentage is onder patiënten die frequenter de huisarts bezochten in vergelijking met patiënten waar het laatste consult meer dan 6 maanden geleden was. Ondanks deze bevindingen konden er ook voor deze patiëntengroep nog belangrijke preventieve acties ondernomen worden.

De invoering van dit praktijkverbeterend project heeft in onze praktijk geleid tot een significante verbetering in registratie van bepaalde parameters/onderzoeken in het elektronisch medisch dossier (EMD). Het is zo dat deze factoren vaak wel gekend waren door de praktijkopleider, maar dat ze niet altijd geregistreerd waren of dat ze niet op de juiste plaats in het EMD stonden. Anderzijds werden normale resultaten vaak niet genoteerd. Toch is het belang van een correcte notatie van deze gegevens niet te onderschatten. Een zo

volledig mogelijke en correcte notatie van gegevens laat toe om efficiënter te werken en met meerdere collega's een goede follow-up van de patiënten te garanderen. Toch zegt een optimale registratie niets over het beleid en is een goed EMD niet de enige voorwaarde om aan een goede preventieve geneeskunde te doen.

Uit de nameting kwamen enkele pijnpunten aan bod in onze samenwerking met andere gezondheidszorgwerkers. Zoals ook reeds in andere MANAMA-projecten aangehaald wordt, werd ook in dit project vastgesteld dat de samenwerking met gynaecologen nog steeds bijzonder moeizaam loopt. Heel veel vrouwen hadden een uitstrijkje gehad bij de gynaecoloog, doch de resultaten ervan zijn ons niet gekend. Dezelfde opmerking geldt voor de tetanusvaccinaties. Vele patiënten worden gevaccineerd via de arbeidsgeneesheer en ondanks het feit dat we voor de registratie van vaccins een zeer geschikt platform tot onzer beschikking hebben (Vaccinnet), wordt hier de dag van vandaag slechts weinig gebruik van gemaakt.

Dit praktijkproject heeft getracht om de implementatie van een preventieconsult in de huisartspraktijk te vergemakkelijken door de patiënten gebruik te laten maken van een tabletcomputer om de vragenlijst van de Gezondheidsgids in te vullen. De resultaten van de tevredenheidsenquête stemmen overeen met de bevindingen uit de literatuur. Patiënten ondervinden relatief weinig problemen met de bediening van een touchscreencomputer. Initiële weerstanden, zeker bij patiënten die thuis geen computer hebben, verdwijnen snel indien ze een korte begeleiding krijgen tijdens de eerste vragen. In dit onderzoek konden geen duidelijke verschillen aangetoond worden tussen de zogenaamde kwetsbare groepen (met name toenemende leeftijd, lagere scholingsgraad en belangrijke comorbiditeit) en de overige patiënten vermits er slechts een heel klein deel van de studiepopulatie problemen ondervond met de tabletcomputer.

Om de efficiëntie te bevorderen zou het in de toekomst echter noodzakelijk zijn dat de gegevens, die door de patiënt ingevuld worden op de tabletcomputer, rechtstreeks in het elektronisch medisch dossier opgenomen kunnen worden. Tot op heden dient dit nog steeds afzonderlijk geregistreerd te worden, wat veel tijd in beslag neemt.

Uit voorgaand onderzoek is al meermaals bevestigd dat het preventieconsult een tijdsrovende activiteit is. Daarom werd beslist om de praktijkverpleegkundige een deel van het takenpakket op zich te laten nemen. Delegatie van bepaalde onderdelen van het preventieconsult naar de verpleegkundige is een effectieve manier gebleken om de preventieve zorg voor de patiënt te verbeteren. Er kunnen echter geen uitspraken gedaan worden over de kwaliteit van de preventieve zorg door de verpleegkundige in vergelijking met de huisarts vermits in dit onderzoek geen controlegroep aanwezig was. De tevredenheidsenquête laat ons wel toe om de visie van de patiënt hierop te kennen. De patiënten waren algemeen zeer tevreden over het consult bij de verpleegkundige. De resultaten uit de enquête zijn vergelijkbaar met de bevindingen in de literatuur. Patiënten vinden dat de verpleegkundige voldoende tijd neemt en dat zij, net zoals de arts, in staat is om bepaalde taken/handelingen op zich te nemen. Slechts enkele patiënten hadden het onderzoek liever door de arts laten uitvoeren. Dit hing echter niet noodzakelijk samen met het feit dat zij dachten dat de arts het onderzoek beter zou kunnen uitvoeren. In de enquête werd echter niet gevraagd wat de reden is voor patiënten om deze stelling aan te duiden.

Het preventieconsult blijft ondanks deze maatregelen nog steeds veel tijd in beslag nemen. Met initiatieven zoals het creëren van een nomenclatuurnummer (GMD+ 102395), Impulseo II en III tracht de overheid een duwtje in de rug te geven door hiervoor wat meer financiële middelen vrij te maken. Toch lijkt deze tijdsinvestering zeker de moeite waard gezien de bereikte resultaten en de gemaakte preventieve oppuntstellingen/planningen naar de toekomst toe.

Tijdens dit praktijkproject werden 2 patiënten met diabetes gediagnosticeerd en werden maar liefst 16 patiënten met een positieve FOB test doorgestuurd voor colonoscopie. Bij één patiënt werd een adenocarcinoom vastgesteld dat curatief behandeld werd, bij 11 patiënten werd minstens één poliep weggenomen. Deze pathologieën zouden in een curatief kader vermoedelijk pas ontdekt zijn in een later stadium waarbij mogelijks reeds complicaties opgetreden waren. Tijdens het preventieconsult werd duidelijk dat het identificeren van risicopatiënten een heel belangrijke taak is van de huisarts. Een grondige en gerichte familiale anamnese is één van de belangrijkste peilers bij deze identificatie.

Op individueel vlak is dit preventieconsult voor vele patiënten een succesverhaal te noemen. Om op populatieniveau iets te veranderen is het echter noodzakelijk om de participatiegraad te doen toenemen. Hoe kunnen patiënten gemotiveerd worden tot deelname en hoe kunnen ook patiënten uit de lagere socio-economische klassen beter bereikt worden? Op populatieniveau vormen de lancering van de nieuwe bevolkingsonderzoeken naar dikke darmkanker en baarmoederhalskanker hierin een eerste aanzet. Toenemende publiciteit rond deze topics zorgt voor een toename van beschikbare informatie voor patiënten. Opnieuw dient men ook hier rekening te houden met het feit dat meestal de ‘worried-well’ beter bereikbaar zijn voor deze informatie. Echter deze bevolkingsonderzoeken beperken zich tot screening naar kanker, terwijl we met ons preventieconsult een totaalpakket van preventieve acties trachten te bespreken en aan te pakken. Zowel in de literatuur als in andere MANAMA-projecten werd reeds meermaals nagegaan wat de meest effectieve methode is om patiënten te bereiken. Als conclusie stelt Dr. Tratsaert dat een schriftelijke uitnodiging meer mensen bereikt, maar dat een mondelinge uitnodiging meer mensen overtuigt[28]. De combinatie van beide technieken zou de ideale benadering zijn. Om de participatiegraad bij patiënten met een lagere socio-economische klasse te verhogen zou men een toename kunnen vaststellen indien patiënten niet cash hoeven te betalen en indien patiënten persoonlijk geadresseerde brieven/persoonlijk contact hadden over de preventieonderzoeken[34,35]. Dit werd tijdens dit praktijkproject al toegepast en toch bleef de sociale ongelijkheid verder bestaan. Aanvullend onderzoek is dus nog steeds noodzakelijk.

Toekomst

De gezondheidszorg in ons land zal de komende decennia met grote uitdagingen geconfronteerd worden. Hierbij kan vooral gedacht worden aan de gevolgen van de vergrijzing en sterke toename van patiënten met multi-morbiditeit, kwetsbare ouderen, patiënten met complexe zorgvragen en toenemende sociale ongelijkheid in de gezondheidszorg. Preventie van chronische ziekten zal de komende jaren dan ook een steeds grotere uitdaging worden in de eerstelijnsgezondheidszorg. Door de toenemende werkbelasting van de huisarts, kan taakdelegatie aan een praktijkverpleegkundige een belangrijke manier zijn om deze uitdaging aan te gaan. Momenteel speelt de visie van de individuele huisarts een zeer belangrijke rol in de omschrijving van de taken van een praktijkverpleegkundige/assistente. Uit het onderzoek van Verlinden in 2008 bleek dat artsen

vooral administratieve taken wensten door te schuiven[6]. Wil men echter de werkbelasting van de huisarts beperken, dan zal het in de toekomst noodzakelijk zijn om ook andere taken uit handen te geven. Tot op heden is er nog steeds onzekerheid over de manier waarop patiënten zouden reageren wanneer taken gedelegeerd worden naar een verpleegkundige. Uit dit praktijkproject blijkt dat patiënten over het algemeen zeer tevreden zijn over een consult bij de verpleegkundige en dat zij niet weigerachtig staan tegenover het feit dat een verpleegkundige bepaalde taken binnen de huisartsenpraktijk op zich neemt. Uit de literatuurstudie blijkt dat patiënten voor de medische zorg een voorkeur geven aan de arts, voor educatie en routine zorgaspecten willen patiënten ook bij de verpleegkundige opgevolgd worden[13]. Een mogelijke factor die de voorkeur van patiënten zou kunnen beïnvloeden is de twijfel bij de patiënt over de kennis en de ervaring van de verpleegkundige. In België komen weinig patiënten bij hun huisarts in contact met een verpleegkundige, laat staan dat zij bepaalde huisartsgeneeskundige taken op zich zou nemen. De huisarts zal in toekomst de belangrijke taak hebben om de patiënt te informeren, te begeleiden en te ondersteunen in zijn/haar relatie met een praktijkverpleegkundige. Momenteel staat het onderzoek naar taakdelegatie in de Belgische huisartsenpraktijk nog in zijn kinderschoenen. Aanvullend onderzoek is dus zeker noodzakelijk.

Verdere aanpak binnen onze praktijk

Dit praktijkbevorderend project heeft heel wat verbeteringen teweeg gebracht binnen de praktijk. De invoering van een systematische vorm van preventieconsult betekende een vooruitgang in de algemene registratie van gegevens in het elektronisch medisch dossier. Risicofactoren, vaccinaties, familiale voorgeschiedenis en te plannen onderzoeken op een gestructureerde manier noteren in het EMD biedt tal van voordelen. Door het consult volgens een vast stramien uit te voeren, krijg je als arts ook een bepaalde voeling met de materie waardoor je ze ook gemakkelijker gaat inlassen tijdens een gewone consultatie. Zo zullen ook andere patiënten er voordeel bij hebben. Op praktijkniveau heeft dit project voor een aantal patiënten een belangrijke gezondheidswinst opgeleverd. Dit is voor ons een belangrijke stimulans om hier verder mee door te gaan. Ook de praktijkopleider zal in de toekomst preventieconsultaties beginnen uitvoeren. Naar de toekomst toe wensen we vooral de patiënten te bereiken die tot op heden nog geen preventieconsult hebben gehad. De overige patiënten kunnen verder opgevolgd worden via het opgestelde preventieplan. Door de tabletcomputer ter beschikking te stellen in de wachtzaal hopen we de patiënten warm te kunnen maken om de vragenlijst in te vullen en een afspraak te maken voor de bespreking van de resultaten. Naast dit preventieconsult zien we ook het belang in van een goede opvolging van het levensstijladvies. Zoals onze verpleegkundige het zo goed verwoordde is ‘verandering creëren’ inderdaad een proces waarbij veelvuldige contacten en stimuli belangrijk zijn. Als huisarts hebben we hierin een belangrijk rol aangezien wij patiënten op frequente basis zien en hen telkens opnieuw kunnen bevragen en begeleiden. Toch moeten we er ons ook van bewust zijn dat vele andere factoren (zowel op persoonlijk, familiaal en werkgerelateerd vlak) mee bepalen of een patiënt er toe bereid is en/of in staat is om deze verandering te creëren.

Besluit

In dit praktijkverbeterend project werden patiënten op een systematische manier uitgenodigd om deel te nemen aan een preventieconsult in een drukke solopraktijk in Wetteren. Het doel van de interventie bestond erin de Gezondheidsgids van Domus Medica op een systematische manier in te voeren en de preventieve zorg voor de individuele patiënt te verbeteren. Om de tijdsinvestering tot een minimum te beperken werd enerzijds de hulp van een praktijkverpleegkundige ingeschakeld en anderzijds werd een tablet PC toepassing gebruikt.

De literatuurstudie toonde aan dat patiënten over het algemeen zeer tevreden zijn over taakdelegatie van huisartsgeneeskundige taken naar een praktijkverpleegkundige. In dit praktijkproject werden deze resultaten bevestigd, ook de verpleegkundige kreeg heel wat positieve feedback.

Nu touchscreentechnologie meer en meer in het maatschappijbeeld aanwezig is, nemen ook de mogelijkheden van hun gebruik binnen de huisartspraktijk toe. Er werd echter nog weinig onderzoek gedaan naar hoe patiënten (van alle leeftijden) de introductie van deze technologie ervaren. Dit praktijkproject bevestigt dat patiënten zelden problemen ondervinden bij het gebruik van een touchscreencomputer.

Door de praktijkverpleegkundige een deel van taken binnen het preventieconsult op zich te laten nemen, wordt de werkbelasting van de huisarts aanzienlijk verminderd. De invoering van het preventieconsult heeft geleid tot een significante verbetering in registratie en de ontdekking van enkele risicofactoren/ziektes binnen onze patiëntenpopulatie. Ondanks de belangrijke tijdsinvestering die een preventieconsult met zich meebrengt, lijkt het zeker en vast de moeite waard om dit in de toekomst verder te zetten.

Dankwoord

Bij het tot stand komen van deze MANAMA gaat mijn dank in de eerste plaats uit naar mijn promotor, Dr. Sara Willems, en mijn co-promotor, Dr. Piet Vanden Bussche. Zij hebben mij begeleid in mijn zoektocht naar een boeiend onderwerp dat op praktijkniveau een belangrijke impact heeft gehad. Hun aanvullingen, inzichten en feedback zorgden ervoor dat ik dit praktijkverbeterend project succesvol heb kunnen afronden.

Daarnaast wens ik ook mijn collega en praktijkopleider, Dr. Ann Galmart, te bedanken voor de medewerking, de begeleiding en het ter beschikking stellen van de nodige infrastructuur en personeel.

Ann Blondia, onze praktijkverpleegkundige, wens ik te bedanken voor de enthousiaste medewerking. Ik mocht alles aan haar vragen en zij bleef zich met evenveel plezier inzetten. Zonder haar had dit project niet kunnen slagen.

Mijn zus Marijke voor de hulp bij het opstellen en versturen van de brieven en voor de hulp bij de gegevensverwerking.

Tot slot wens ik Annelies, mijn ouders en familie te bedanken voor hun morele steun en het nalezen van deze thesis.

Referenties

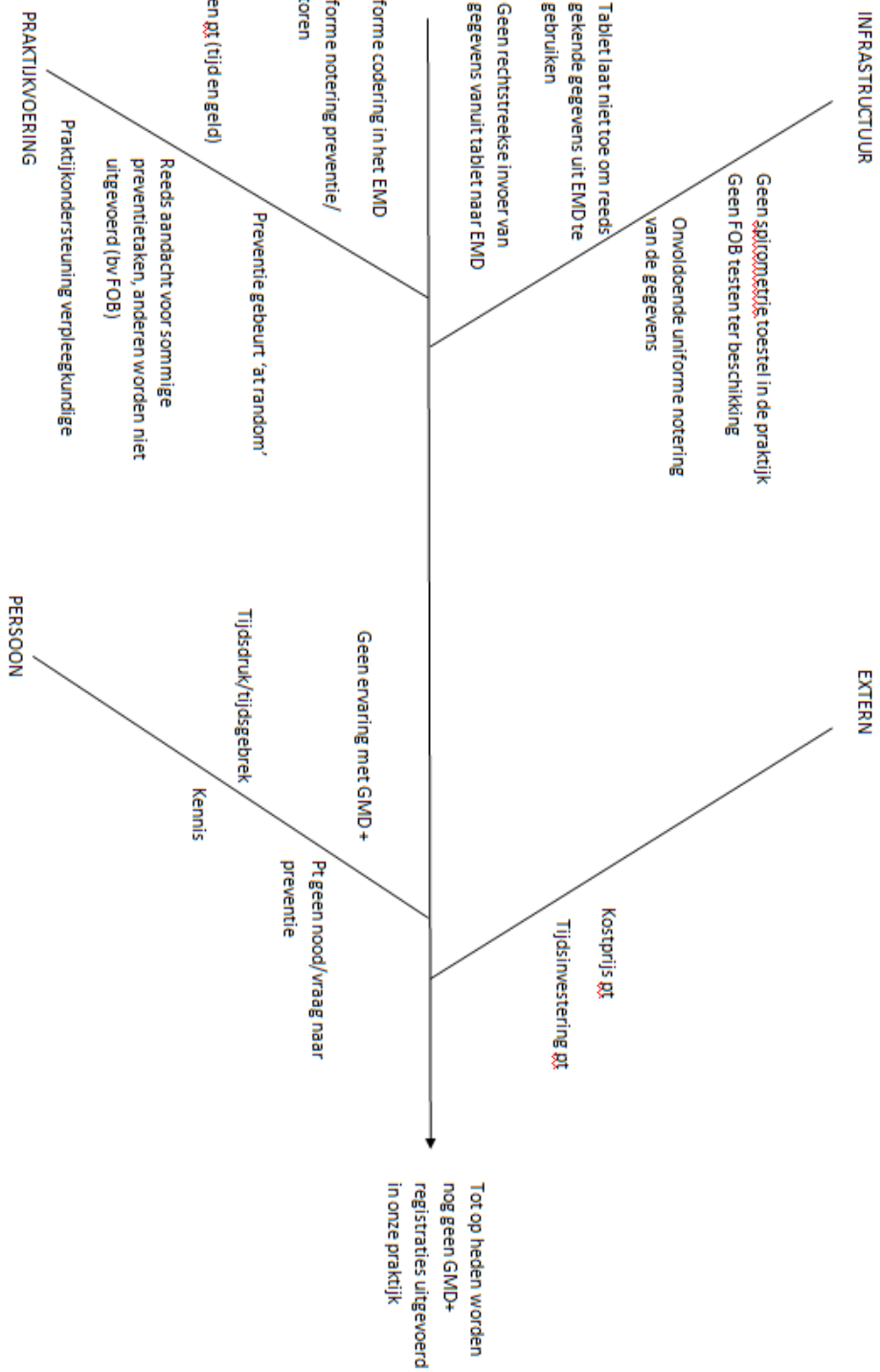
1. Vlaams agentschap Zorg & Gezondheid. Algemene sterftecijfers. Beschikbaar via: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Sterftecijfers/Algemene-sterftecijfers/Vermijdbare-sterfte. (Laatst geraadpleegd op 02/02/2014).
2. Jacobs L, Christiaens T, Piessens V. De gezondheidsgids. Perceptie en ervaring van de huisartsen te Malle en Zoersel. Gent: Faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen Universiteit Gent.
3. GMD plus. http://www.gmdplus.be. (Laatst geraadpleegd op 02/02/2014).
4. Dirickx B, De Lepeleire J, Viaene M. Taakdelegatie in de Vlaamse huisartsenpraktijk. Een exploratieve studie. HANU 2011; 40(10):417-24.
5. Hoeree T, Grouwels D, Cuypers R, Heyrman J. De huisartspraktijk herbekeken: een visiedocument. Berchem: Domus Medica, project HUSAM, 2006
6. Verlinden C. Bevraging in verband met de nood aan opleiding 'assistent huisartspraktijk'. BWR. 2008
7. Lenders N, Aertgeerts B. Kan de praktijkverpleegkundige een meerwaarde bieden in de preventieve taak van de huisarts? Opstellen van een methode met toetsing in de praktijk door middel van tetanusvaccinatie. Leuven, MANAMA 28/05/2011.
8. Den Engelsen C, Soedamag-Muthu S, Oosterheert N. Et al. Improved care of type 2 diabetes patients as a result of the introduction of a practice nurse: 2003-2007. Prim Care Diabetes 2009; 3(3): 165-71.
9. Voogdt-Pruis H, Beusmans G, Gorgels A. et al. Effectiveness of nurse-delivered cardiovascular risk management in primary care: a randomized trial. Br J Gen Pract 2010; 60: 40-46.
10. Laurant M, Reeves D, Hermens R. et all. Substitution of doctors by nurses in primary care (review). Issue 1. Cochrane Database of Syst Rev, 2009.
11. Smeets M, Aertgeerts B, Ronse J. Hoe samen met de praktijkverpleegkundigen de uitdagingen van preventie aangaan. Leuven, MANAMA 2013.
12. Halcomb EJ, Peters K, Davies D. A qualitative evaluation of New Zealand consumers perceptions of general practice nurses. BMC Fam Pract. 2013 Feb 22; 14-26.
13. Laurant M, Hermans R, Braspenning J. et al. An overview of patients' preference for, and satisfaction with, care provided by general practitioners and nurse practitioners. J Clin Nurs. 2008 Oct;17(20):2690-8.
14. Redsell S, Stokes T, Jackson C, Hastings A, Baker R. Patients' accounts of the differences in nurses' and general practitioners' roles in primary care. J Adv Nurs. 2007 Jan;57(2):172-80.
15. Pullon S, McKinlay E, Stubbe M. et al. Patients' and health professionals' perceptions of teamwork in primary care. J Prim Health Care. 2011 Jun 1;3(2):128-35.
16. Laurant M, Hermans R, Braspenning J. et al. Impact of nurse practioners on workload of general practioners: randomized controlled trail. BMJ 2004;328:927-30.
17. Demuynck L, Willems S. De brug tussen preventie en EMD 'Kan informatisering een meerwaarde bieden bij de implementatie van de gezondheidsgids in de praktijk?' Gent; MANAMA 2012.
18. Dekker J, Alssema M, Janssen P. et al, 2011. NHG-standaard het preventieconsult module cardiometabool risico. Huisarts en wetenschap, volume 3, 138-55.

19. Nielen M, van der Meer V, Assendelft W, Schellevis F. 2011. Eerste ervaringen meet het preventieconsult cardiometabool risico. Huisarts en wetenschap 8(54); 414-9.
20. Colombet I, Aguirre-Junco AR, Zunino et al. 2005. Electronic implementation of guidelines in the EsPeR system: a knowledge specification method. International journal of medical informatics, Issue 74, 597-604.
21. Hess R, Santucci A, McTigue K et al. Patient difficulty using tablet computers to screen in primary care. J Gen Intern Med. 2008 Apr;23(4):476-80
22. Bliven B, Kaufman S, Spertus J. Electronic collection of health-related quality of life data: validity, time benefits, and patient preference. Qual Life Res. 2001;10(1):15-22.
23. Aiello E, Taplin S, Reid R. et al. In a randomized controlled trial, patients preferred electronic data collection of breast cancer risk-factor information in a mammography setting. J Clin Epidemiol. 2006 Jan;59(1):77-81
24. Yoong S, Carey M, Sanson-Fisher R. et al. Touch screen computer health assessment in Australian general practice patients: a cross-sectional study protocol. BMJ Open. 2012 Jul 2;2(4).
25. Rhodes K, Lauderdale D, Stocking C. et al. Better health while you wait: a controlled trial of computer-based intervention for screening and health promotion in the emergency department. Ann Emerg Med. 2001 Mar;37(3):284-91.
26. Boneveski B, Sanson-Fisher R, Campbell E. et al. Randomized controlled trial of a computer strategy to increase general practitioner preventive care. Prev Med. 1999 Dec;29(6 Pt 1):478-86.
27. Ahmad F, Hogg-Johnson S, Skinner H. Assessing patient attitudes to computerized screening in primary care: psychometric properties of the computerized lifestyle assessment scale. J Med Internet Res. 2008 Apr-Jun; 10(2): e11
28. Tratsaert E, Christiaens T, Provoost S. Implementatie van de Gezondheidsgids van Domus Medica in de praktijk. Gent; MANAMA 2012.
29. Assendelft J, Nielen M, Hettinga M. et al. Bridging the gap between public health and primary care in prevention of cardiometabolic diseases; background of and experiences with the Prevention Consultation in The Netherlands. Fam Pract. 2012 Apr;29 Suppl 1:i126-i131.
30. Vandenberghe S, Cosyn E, Willems S, Vanden Bussche P. Het algemeen preventieconsult: een zorg voor iedereen? Gent; MANAMA 2012.
31. Frederiksen B, Jorgensen T, Brasso K. et al. Socioeconomic position and participation in colorectal cancer screening. Br J Cancer 2010 Nov; 103(10): 1496-501.
32. Pornet C, Dejardin O, Morlais F. et al. Socioeconomic and healthcare supply statistical derterminants of compliance to mammography screening programs: a multilevel analysis in Calvados, France. Cancer Epidemiol. 2010 Jun; 34(3): 309-15.
33. Vlaams agentschap Zorg & Gezondheid. Deelnamegraad aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. 2014. Beschikbaar via: http://www.zorg-en-ezondheid.be/Cijfers/Ziekten/Borstkankeropsporing/Deelnamegraad-aan-het-bevolkingsonderzoek-naar-borstkanker/. (Laatst geraadpleegd op 25/02/2014).
34. Spadea T, Bellini S, Kunst A. et al. The impact of interventions to improve attendance in female cancer screening among lower socioeconomic groups: a review. Prev. Med. 2010 Apr; 50(4): 159-64.
35. Saywell R, Champion V, Skinner C. et al. A cost-effectiveness comparison of three tailored interventions to increase mammography screening. Women's Health. 2004; 13(8): 909-18.

Bijlagen

1. Visgraatanalyse
2. Draaiboek
3. Uitnodigingsbrief
4. Enquête
5. Informed consent

Bijlage 1: visgraatanalyse



Bijlage 2: Draaiboek

VERSLAG INTERN OVERLEG - DRAAIBOEK

1. Uitnodigen patiënten
    - Uitnodiging via leeftijdscategorie (5j) per brief
        - Start maart/april?
        - Halfweg maand voordien – brief versturen naar alle patiënten in de leeftijdscategorie met een GMD met uitzondering van geëxcludeerde patiënten
            - Voorwaarde: alle patiënten met een GMD uit dossier kunnen halen
            - Exclusiecriteria opstellen
    - Patiënt kan telefonische afspraak (zoals in brief beschreven) maken met vermelding preventieconsult
        - Bij voorkeur op maandag, woensdag of zaterdagvoormiddag (+ 1 extra variabele avond)
        - Telefonisch wordt meegedeeld of men nuchter dient te komen (ifv recente bloedafname)
    - Patiënt krijgt afspraak
    - Patiënt wordt na 1 maand telefonisch gecontacteerd indien geen respons met de vraag of hij/zij graag nog een afspraak wil maken of hij/zij geen interesse heeft
2. Voorbereiding
    - Artsen kijken na in dossier van de patiënt welke onderzoeken (bloedafname, FOB, coloscopie,…) al gebeurd zijn adhv checklist
3. Preventieconsult
    - Pt komt binnen en gaat naar vpk
    - Vpk voert nummer tablet in – koppelt naam van pt aan het nummer – voert nummer in in accrimed
    - Vpk: lengte, gewicht, buikomtrek, bloeddruk
    - Korte uitleg over gebruik tablet (drukken op correct antwoord, als je het niet weet kan je ook voor die optie kiezen, als je klaar bent mag je terug binnenkomen, bij vragen mij verwittigen)
    - Pt vult vragenlijst in in de wachtzaal
    - Vpk leest gegevens in in programma
    - Resultaten worden gegeneerd
    - Vpk heeft zicht op ‘probleemgebieden’ van pt (wordt aangegeven in oranje/rode balkjes in hulpprogramma)
    - Vpk voert enkele taken uit
        - Bloedafname (indien niet recent en geïndiceerd)
        - Uitleggen FOB test – meegeven van afnamestalen
        - Levensstijl en bewegingsadvies
    - Pt schuift door naar arts
    - Arts roept opnieuw gegevens van de pt op
    - Overlopen van de ingevulde vragen – detectie probleemgebieden

- Gecodeerd ingeven in dossier
- Taken van de arts
    - Bespreken CVR
    - Rookstop + alcohol
    - Borstca/cervixca/colorectaal ca
    - Vaccinaties
    - Depressie
- Opstarten medicamenteuze behandeling zo nodig
- Plannen ev aanvullende onderzoeken
    - Uitstrijkje
    - Spirometrie
    - Coloscopie
    - …
- Pt krijgt enquête (gebruiksvriendelijkheid tablet/rol vpk/verwachtingen preventieconsult) mee om nog even in te vullen in de wachtzaal, anoniem, papier kan in doos in wachtzaal gedeponeerd worden
- Pt dient stalen voor FOB (zo nodig) binnen te brengen indien de 3 afnames gebeurd zijn
- Pt moet telefonisch contact opnemen voor resultaten (bloedafname, FOB,…)
    - In functie van resultaat zal ev nieuwe afspraak gegeven worden of telefonische geruststelling gebeuren

PLANNING

- ✓ Proefdraaien met enkele ptn om te zien hoe alles loopt, waar ondervindt vpk problemen, waar heeft pt problemen, hoe vlot het voor de artsen -> aanpassen draaiboek ifv bevindingen
- ✓ Opstellen checklist artsen
- ✓ Opstellen logboek verpleegkundige: tijdsregistratie, checklist waar ptn moeilijkheden ondervinden, welke moeilijkheden/beperkingen ondervindt zij zelf
- ✓ Opstellen enquête pt
- ✓ Opstellen uitnodigingsbrief pt
- ✓ Nakijken folders/preventieadviezen die ev met de pt meegegeven kunnen worden

DOELSTELLINGEN MANAMA-PROJECT

- ✓ Voordelen/nadelen inschakelen verpleegkundige hulp – haalbaarheid – kosteneffectiviteit

    Meten adhv logboek vpk

- ✓ Tevredenheidenquête pt: vpk vs arts/tablet vs papier

    Analyseren enquêtes

- ✓ Responsrate pt

Bijlage 3: Uitnodigingsbrief



Dr. Ann Galmart
Dr. Tine Audenaert (HAIO)
Spoorweglaan 171
9230 WETTEREN
Tel 09/369.20.50
e-mail: praktijk@dokteranngalmart.be
website: www.dokteranngalmart.be

Beste patiënt/patiënte,

Zoals reeds aangekondigd in januari, gaan wij dit jaar van start met het GMD+. Het GMD+ is een uitbreiding van het globaal medisch dossier voor patiënten tussen 45 en 75 jaar en omvat een preventieve medische check-up. Via deze brief willen we u graag uitnodigen voor zo een preventieconsult.

Preventie heeft als doel om bepaalde ziektes of risico's vroegtijdig op te sporen en te behandelen. Aan de hand van een interactieve vragenlijst zullen wij uw persoonlijke en familiale risicofactoren overlopen en bespreken. Er zullen verschillende thema's aan bod komen zoals levensstijl, risico op hart- en vaataandoeningen, vaccinaties,… Met de bekomen resultaten kunnen we een individueel preventieplan opstellen ter verbetering van uw gezondheid.

Het preventieconsult kadert binnen een goede medische zorg en wordt erkend door het RIZIV. Tevens zal Dr. Tine Audenaert, in het kader van haar afstudeerproject, een onderzoek doen over het verloop van het preventieconsult in onze praktijk.

Het preventieconsult vindt plaats op vrijwillige basis. Als u liever niet op preventieconsult wenst te komen, zal dit uiteraard geen gevolgen hebben voor uw verdere behandeling en relatie met uw huisarts.

Omdat het uitvoeren van een preventieconsult wel wat tijd kost, zullen we patiënten uitnodigen per leeftijdsgroep. Het kan dus zijn dat u iets later/vroeger een uitnodiging ontvangt dan andere familieleden/kennissen.

Indien u interesse heeft, mogen wij u dan vragen een telefonische afspraak te maken op 09/369.20.50 met vermelding dat het om een preventieconsult gaat. Met vragen kan u ook steeds op dit nummer terecht.

Alvast bedankt voor uw interesse!

Dokter Ann Galmart
Dokter Tine Audenaert

Bijlage 4: tevredenheidenquête

Beste patiënt/patiënte,

U bent net op consultatie gekomen voor een preventieconsult. Zoals u weet voert Dr. Tine Audenaert een onderzoek over het verloop van dit consult in onze praktijk. Daarom zouden wij u willen vragen om deze enquête in te vullen. De verwerking van de resultaten zal anoniem gebeuren.

Hieronder vindt u enkele stellingen, gelieve bij elke stelling aan te duiden welk antwoord het best uw mening weergeeft.

Geslacht: M V

Leeftijdscategorie: 45-49 50-54 55-59 60-64 65-69 70-75

Opleidingsniveau: Lagere school Middelbare school Hoger niet-universitair onderwijs Hoger universitair onderwijs

Laatste consultatie bij de huisarts: Minder dan 6 maand Meer dan 6 maand

In geval van minder dan 6 maand: Eenmalig Meer dan 1 keer, maar niet maandelijks Maandelijks

Ik betaal voor een consultatie bij de huisarts: 1 euro Het volledige bedrag (€ 24,15)

De uitnodiging	Ja	Nee	Ik weet het niet	Niet van toepassing
Ik begrijp de informatie in de uitnodigingsbrief				
De vragenlijst	Ja	Nee	Ik weet het niet	Niet van toepassing
De tabletcomputer is een goed instrument om deze vragenlijst in te vullen				
Ik kan de tabletcomputer goed bedienen				
Ik heb extra hulp moeten vragen aan de verpleegkundige bij het invullen van de vragenlijst				
Het invullen van de vragenlijst neemt te veel tijd in beslag				
Ik begrijp de vragen uit de vragenlijst				
Ik vind het lastig dat ik elke vraag moet beantwoorden				

Ik zou de vragenlijst liever op papier invullen				
Op een papieren vragenlijst zou ik één of meerdere vragen open gelaten hebben				
De consultatie bij de verpleegkundige	Ja	Nee	Ik weet het niet	Niet van toepassing
De verpleegkundige neemt voldoende tijd voor de consultatie				
Ik begrijp de informatie die de verpleegkundige geeft				
Ik vind dat de onderzoeken door de verpleegkundige goed werden uitgevoerd				
Ik zou deze onderzoeken liever door de arts laten uitvoeren				
Ik denk dat de arts de onderzoeken beter kan uitvoeren dan de verpleegkundige				
De consultatie bij de huisarts	Ja	Nee	Ik weet het niet	Niet van toepassing
De arts neemt voldoende tijd voor de consultatie				
Ik begrijp de informatie die de arts geeft				
Beschouwingen	Ja	Nee	Ik weet het niet	Niet van toepassing
Ik heb nu een beter zicht op mijn gezondheidsproblemen				
Deze consultatie is een goede motivatie om mijn levensstijl aan te passen				
Een jaarlijkse preventieconsultatie is zinvol				
Ik zou deze consultatie aanraden aan vrienden en familie				

Hartelijk dank voor uw medewerking. U kunt deze vragenlijst deponeren in de doos in de wachtkamer.

Dr. Ann Galmart
Dr. Tine Audenaert

Bijlage 5: Informed consent

Informatie en Toestemmingsformulier voor de patiënt

TITEL : Invoering van het GMD+ in de praktijk: een kwaliteitsverbetering?

INFORMATIE VOOR DE PATIËNT

Geachte patiënt,

In het kader van haar master-na masteropleiding huisartsgeneeskunde doet Dr. Tine Audenaert een onderzoek naar de invoering van het GMD+ in de praktijk. Dit onderzoek gebeurt in de periode van maart 2013 tot en met oktober 2013, onder toezicht van de Universiteit Gent.

Met dit onderzoek willen we nagaan of het organiseren van een preventieconsult een meerwaarde kan zijn binnen onze huisartsenpraktijk. Op patiëntenniveau is het de bedoeling om de patiënt bewuster te maken van het belang van preventie. Op praktijkniveau wordt nagegaan of er een verbeterde registratie, opvolging en bespreking van preventie-items gebeurt. Tevens willen we nagaan in welke mate een deel van taken, kaderend in het preventieconsult, uitgevoerd kunnen worden door de praktijkverpleegkundige. Tot slot wensen we een beeld te krijgen van de meerwaarde van het gebruik van een tabletcomputer bij het afnemen van de vragenlijst.

Indien U toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek zal u uitgenodigd worden om een vragenlijst in te vullen op de tabletcomputer. Deze vragenlijst is gebaseerd op de Gezondheidsgids van Domus Medica. De resultaten van de vragenlijst zullen door de praktijkverpleegkundige worden nagekeken en zij zal (zo noodzakelijk) een deel van de uit te voeren onderzoeken op zich nemen. Vervolgens bespreekt u de resultaten met de arts en zal er een individueel preventieplan opgesteld worden. Achteraf zal u gevraagd worden een enquête in te vullen. Deze enquête geeft de arts een idee over de ervaringen van de patiënt tijdens het preventieconsult.

Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld en anoniem verwerkt worden, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer.

Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken zonder dat dit gevolgen heeft voor uw verdere behandeling en relatie met uw huisarts.

Deelname aan deze studie zal voor u geen therapeutisch voordeel met zich meebrengen.

Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan de studie. Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u contact opnemen met onderstaande onderzoekers of uw behandelende huisarts.

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Tine Audenaert

TOESTEMMINGSFORMULIER

Naam patiënt: ……..

1. Ik bevestig dat Dr.……(naam informerende arts in blokletters) mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.
2. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.
3. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.
4. Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar het persoonlijke dossier) of gecodeerd (terugkoppeling naar uw persoonlijke dossier door uw behandelende arts is nog mogelijk). In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en bij codering zal ik toegang krijgen tot mijn verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.
5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.
6. Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van UZ Gent en regelgevende instanties toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke medische gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften.
7. Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten. Dit daar de wet voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer.
8. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Door de patiënt te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Datum…… Handtekening……

Patiënt

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de patiënt.

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

Datum…… Handtekening……

Informerende arts