Een beamer in de wachtzaal, louter voor praktijkinfo of ook een plaats binnen de gezondheidseducatie?

Dr. Simon Hanssens, UGent

Promotor: Prof. Dr. An De Sutter, UGent

Co-promotor: Dr. Diego Schrans, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Een beamer in de wachtzaal, louter voor praktijkinfo of ook een plaats binnen de gezondheidseducatie?

Huisarts-in-opleiding: Simon Hanssens (UGent)
Academiejaar: 2015-2016
Promotor: An De Sutter (UGent)
Co-Promotor: Diego Schrans (UGent)
Praktijkopleider: Nele Van de Wiele

Context: De wachtzaal is een plaats waar niemand aan ontsnapt bij een doktersbezoek. Vaak is dit een ruimte die de nodige frustratie met zich meebrengt, zowel voor de arts als voor de patiënt. De patiënt ziet de wachttijd als verloren tijd, de arts ervaart de stress van de volle wachtzaal. We kunnen deze wachttijd aanwenden voor gezondheidseducatie.
Recent werd bij ons in de praktijk een projector aangekocht die we in de wachtzaal gebruiken om praktijkgerichte informatie aan patiënten mee te delen. Maar kunnen we via deze weg ook aan gezondheidseducatie doen?

Onderzoeksvraag: Heeft de projector een plaats binnen de gezondheidseducatie? In welke mate bereikt een boodschap van gezondheidseducatie de patiënten in de wachtzaal indien deze wordt geprojecteerd? Gaat andere - praktijkgerichte - informatie verloren als deze gecombineerd worden geprojecteerd?

Methode: Tijdens twee periodes van anderhalve week werden twee verschillende presentaties, zonder en mét gezondheidseducatie, geprojecteerd in de wachtzaal. Patiënten werd gevraagd een vragenlijst in te vullen. Deze bestond uit een eerste pagina met vragen over de inhoud van de presentatie en een tweede pagina met vier stellingen waarmee gepeild werd naar de mening van de patiënten. De antwoorden werden geanalyseerd in Excel door middel van kruistabellen en Chi-kwadraattoetsen.

Resultaten: Er werden in totaal 143 vragenlijsten weerhouden. De deelnemers merkten erg weinig verschil tussen de twee presentaties, ondanks de toevoeging van een significant deel rond gezondheidseducatie c.q. rookstop. Van alle patiënten die langer dan de doorlooptijd van de presentatie in de wachtzaal doorbrachten bereikten we 25 procent met de boodschap van gezondheidseducatie.
De percentages correct benoemende presentatie-onderwerpen zijn sterk gelijklopend over beide presentaties, wat leidt tot de belangrijkste vaststelling van dit onderzoek, dat praktijkgerichte informatie niet verloren gaat bij het toevoegen van gezondheidseducatie.

Conclusie: Een projectie in de wachtzaal is een geschikte manier om zowel een boodschap van praktijkinformatie als één van gezondheidseducatie te verspreiden. We zullen deze gecombineerde presentatievorm dan ook blijven gebruiken in de praktijk.

Contact: simonhanssens@gmail.com

Inleiding

De wachtzaal is een plaats waar niemand aan ontsnapt bij een doktersbezoek. Vaak is dit een ruimte die de nodige frustratie met zich meebrengt, zowel voor arts als voor patiënt. De patiënt ziet de wachttijd als verloren tijd, de arts ervaart de stress van de volle wachtzaal[1].

Eenmaal binnen bij de arts, ervaart de patiënt nog steeds een zekere tijdsdruk, zodat louter een hoofdklacht besproken wordt. De vragen die de patiënt dan achterwege laat zijn deze met betrekking tot gezondheidspreventie en gezondheidseducatie[2]. Ook heeft de huisarts door deze tijdsdruk vaak niet de tijd om uitgebreid op deze vragen in te gaan.

Er gebeurden reeds studies omtrent de wachtzaal in de eerste lijn, maar deze gaan vooral over wachttijden of de wachtervaringen van de patiënten[1-2].
Is het niet beter deze verloren gewaande tijd positief aan te wenden en actief te gaan gebruiken?
Patiënten die een bezigheid hebben tijdens het wachten zijn duidelijk meer tevreden over hun doktersbezoek, los van de absolute duur van de wachttijd[1].

Op welke manier kan de tijd in de wachtzaal nuttig worden aangewend?
We kunnen deze wachttijd aanwenden voor gezondheidseducatie. Patiënten zijn vragende partij naar informatie uit betrouwbare bron[3]. Comite et al. toonden aan dat dit de patiëntentevredenheid ook enkel ten goede kan komen[4]. Een andere studie in het Verenigd Koninkrijk toonde aan dat 82% procent van de patiënten in een huisartsenpraktijk posters in de wachtzaal opmerken en dat tot 95% van de patiënten rapporteren dat ze deze ook effectief gelezen hebben[5].
Verder bevordert dit type interventie de arts-patiënt communicatie en zou dit tot meer “shared decision making" leiden[4].

Recent werd bij ons in de praktijk een projector aangekocht die we in de wachtzaal gebruiken om praktijkgerichte informatie aan patiënten mee te delen.

In dit onderzoek wordt de vraag gesteld of deze projector ook een plaats heeft binnen de gezondheidseducatie, zoals reeds eerder onderzocht werd bij posters[4-5]. In welke mate bereikt een boodschap van gezondheidseducatie de patiënten in de wachtzaal indien deze wordt geprojecteerd? Gaat andere - praktijkgerichte - informatie verloren als deze gecombineerd worden geprojecteerd?

Methode

Praktijkschets

Dit onderzoek werd gevoerd in ‘Huisartsenpraktijk Elyzeese Velden’ te Elyzeese Velden 19, 9000 Gent. Het is een praktijk in een stedelijke omgeving, in een erg diverse buurt, het Rabot. Er zijn medio 2016 9062 patiëntendossiers waarvan 3140 patiënten geregistreerd zijn met een GMD.

Er werken vier artsen bijgestaan door één secretaresse. Er is een online agendasysteem waarbij patiënten niet enkel telefonisch maar ook elektronisch een afspraak kunnen maken. Alle patiëntengegevens worden bijgehouden in het elektronisch medisch dossier Windoc.
De wachtzaal van de praktijk is U-vormig. Er zijn geen posters aanwezig, alleen een projector die voor deze studie begon uitsluitend praktijkinfo projecteerde. De indeling is zodanig dat alle patiënten ten allen tijde de projectie kunnen bekijken (zie bijlage 5).

Literatuur

Er werd een literatuurstudie gevoerd zowel naar gezondheidseducatie in het algemeen, als specifiek naar gezondheidseducatie in de wachtzaal. Engelstalige en Nederlandstalige artikels werden met de zoekmotor Pubmed opgezocht. Volgende zoektermen werden gebruikt, al dan niet in combinatie met elkaar: “waiting room”, “health education”, “health promotion”, “disease prevention”, “general practice”, “primary care”, “ambulatory healthcare”, “posters”, “notice-boards”. De geselecteerde artikels werden in aanmerking genomen op voorwaarde dat er minstens een abstract van beschikbaar was en ze na 1990 werden gepubliceerd.
Er werd gekeken hoe frequent de publicaties geciteerd werden en ook de referenties werden gecontroleerd op artikels die mogelijks geen deel uitmaakten van de resultaten van de zoekopdrachten.

Bij het aanmaken van het gezondheidseducatieve deel van de presentatie werd gebruik gemaakt van de folder “Stoppen met roken. Het kan!” van Tabakstop, de presentatie “Rookstop in de huisartsenpraktijk” van Domus Medica, de folder “Sta eens stil bij je motivatie om te stoppen met roken” van Lokaal Gezondheidsoverleg (LOGO) Vlaams Brabant en de websites van bovengenoemde organisaties.

Studie

Deze studie is een open observationele (niet gerandomiseerde) studie. Patiënten kregen in de wachtzaal een presentatie te zien.
Tijdens twee afgebakende periodes van telkens anderhalve week werden twee verschillende presentaties vertoond in de wachtzaal.
Gedurende de eerste periode werd (zoals voorheen) uitsluitend praktijkinfo geprojecteerd. De vormgeving van de presentatie werd aangepast en onderwerpen werden beperkt tot:
1. Het nieuwe (online) afspraaksysteem
2. Gebruik van de huisartsenwachtpost ‘s avonds en in het weekend
3. Registratie van het globaal medisch dossier
4. Aanwezigheid van een huisarts in opleiding in de praktijk
5. (Herinnering tot) gebruik van de parkeerkaart bij parkeren voor de praktijk
6. Een overzicht van de medewerkers in de praktijk

Deze onderwerpen werden telkens gedurende één of twee dia’s belicht, met een totale duur van de presentatie van 5 minuten voor een totaal van 14 dia’s.

Gedurende een tweede periode, één week na het beëindigen van de eerste periode, werd deze presentatie aangevuld met een gezondheidseducatief stuk omtrent rookstop. Er werden vijf dia’s bijgevoegd voor een totaal van 19 dia’s (zie bijlage 6 voor beide presentaties).

Tijdens deze twee periodes van anderhalve week werden patiënten door drie artsen van de praktijk gevraagd om vrijwillig een vragenlijst in te vullen met betrekking tot de presentatie die in de wachtzaal vertoond werd. Indien ze hiermee instemden werden ze in de studie geïncludeerd. Wie te weinig tijd had doorgebracht in de wachtzaal om de presentatie volledig gezien te hebben werd geëxcludeerd. Er gebeurde geen randomisatie van de deelnemers. Patiënten die tijdens de tweede periode op consultatie kwamen en reeds tijdens de eerste periode een vragenlijst ingevuld hadden, konden dit opnieuw doen tijdens de tweede periode.

De inclusiecriteria waren als volgt:
Mannen en vrouwen boven de 18 jaar die het Nederlands machtig zijn en meer dan de doorlooptijd van de presentatie doorbrachten in de wachtzaal. Voorts dienden ze alleen te consulteren gezien er vanuit gegaan werd dat de aanwezigheid van een partner een te grote afleiding met zich mee zou brengen.
Patiënten werden geëxcludeerd uit de studie indien het voor hen de eerste consultatie in de praktijk betrof of ze wilsonbekwaam waren.

Bij begin van de consultatie werd de patiënten gevraagd om deze vragenlijst na afloop in te vullen. De verwachte duur van het invullen van deze vragenlijst werd geschat op minder dan vijf minuten.

De vragenlijst bestaat uit twee bladzijden, na enkele oriënterende vragen (e.g. is het de eerste keer dat presentatie gezien wordt?) volgt enerzijds een pagina met vragen over de inhoud van de presentatie:

- Welke onderwerpen kwamen bod (antwoord in vrije tekst)?
- Enkel praktijkinformatie of ook gezondheidseducatie (meerkeuzeantwoord)?
- Merkte men verschillend met de vorige keer dat de presentatie gezien werd (meerkeuze en vrije tekst)?

En anderzijds een tweede pagina met vier stellingen waarmee gepeild wordt naar de mening van de patiënten:

- “De presentatie was informatief”
- “Een presentatie is een goede manier om praktijkinformatie mee te delen”
- “Een presentatie vertonen is een goede manier om aan gezondheidseducatie te doen”
- Intentie van de patiënt om een onderwerp van de presentatie met de arts te bespreken

Deze worden gescoord door middel van een 6-punts Likertschaal, dit om de deelnemers te verplichten tot een positieve of negatieve keuze.

De antwoorden werden geanalyseerd in Excel door middel van kruistabellen en Chi-kwadraattoetsen.

Deze studie werd goedgekeurd door het Ethisch Comité van het UZGent[6].

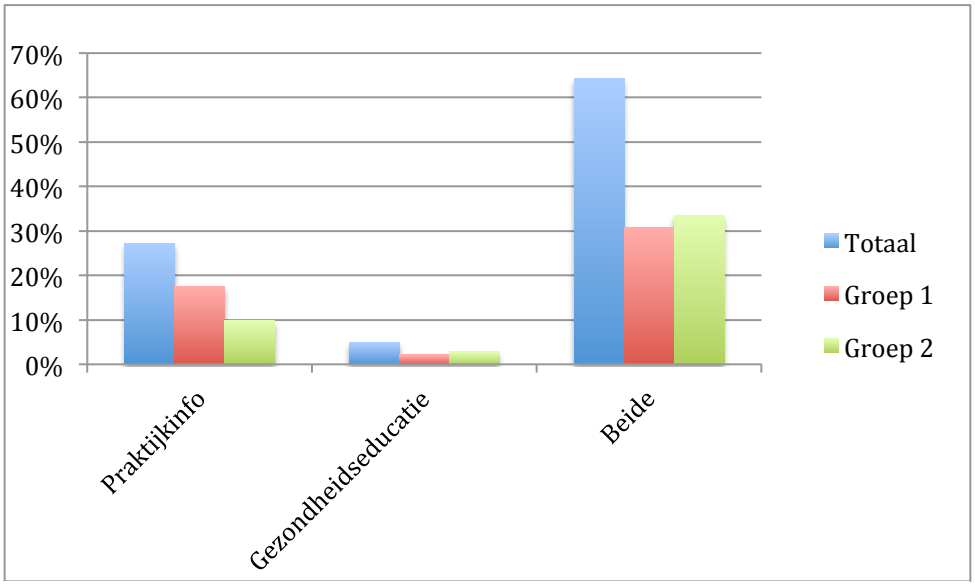
Resultaten

Bij ongeveer 600 patiëntencontacten tijdens de twee periodes werd bekeken of patiënten aan de inclusiecriteria voldeden. Over de beide periodes werden in totaal 150 vragenlijsten ingevuld. Na exclusie, steeds omwille van eerste consultatie in de praktijk, werden 143 vragenlijsten weerhouden. 75 tijdens de eerste presentatie ("groep 1"), waarbij enkel praktijkinfo geprojecteerd werd. En 68 tijdens de tweede presentatie ("groep 2"), nadat gezondheidseducatie aan de presentatie was toegevoegd. Zes van de deelnemers uit de eerste groep (8%) vulden de vragenlijst een tweede keer in tijdens de looptijd van de tweede presentatie.
De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 40 jaar, 68 (48%) mannen en 75 (52%) vrouwen.

Van alle deelnemers konden er 59 (41%) niet bevestigen dat ze de presentatie volledig hadden gezien, hoewel ze wel langer dan de doorlooptijd van de presentatie in de wachtzaal doorbrachten. In totaal 32 (20%) deelnemers zagen de presentatie meermaals; één iemand beweerde de presentatie zesmaal gezien te hebben.

Voor 98 deelnemers (69%) was het niet de eerste keer dat ze een presentatie in de wachtzaal bekeken. Hier dient duidelijk het verschil gemaakt te worden met de groep deelnemers (slechts 8%) die zowel in groep 1 als groep 2 zitten (cfr. supra). In het eerste geval betreft het deelnemers die reeds presentaties zagen op een moment dat de studie nog niet liep. In het tweede geval (8%) betreft het mensen die tijdens de studie de twee verschillende studiepresentaties te zien kregen en dan ook tweemaal de vragenlijst invulden.
Van wie meldde reeds presentaties gezien te hebben voor de start van de studie (zoals hierboven uitgelegd: 98 deelnemers, 69%), merkte slechts de helft (48 deelnemers, 49%) een verschil tussen de vorige presentaties en de studiepresentatie.

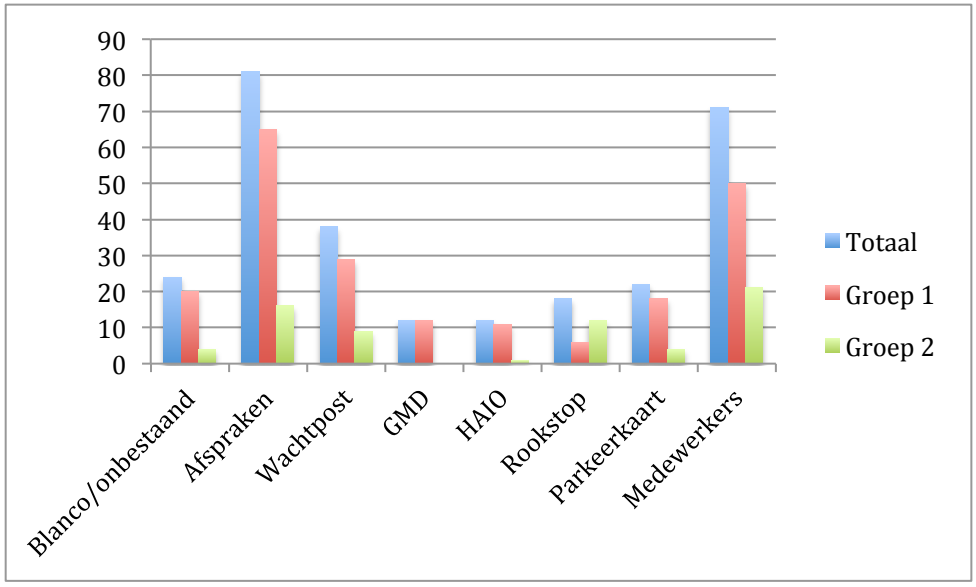
Onderstaande grafiek toont wat de deelnemers antwoordden op de vraag over wat de presentatie handelde: praktijkinformatie, gezondheidseducatie of beide.



Grafiek 1 (percentage)

Van alle deelnemers zijn er 44 in groep 1 (31%) en 48 in groep 2 (34%) die beweren dat de presentatie zowel over praktijkinformatie als gezondheidseducatie handelt.

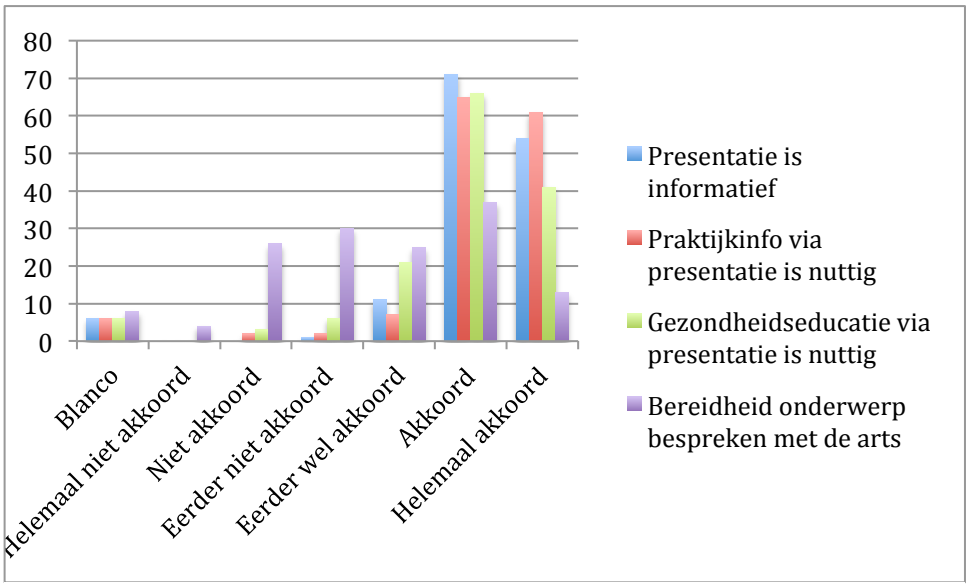
De specifieke onderwerpen die men zich herinnerde (vrije tekst) zijn samengevat in grafiek 2.



Grafiek 2 (aantallen)

Als we de door de deelnemers gerapporteerde presentatie-onderwerpen vergelijken tussen groep 1 en groep 2, kan er geen significant verschil tussen beide worden aangetoond (p=0,77).

De scores uit de Likertschaal waarmee de opinies van de deelnemers werden getoetst zijn samengevat in grafiek 3.



Grafiek 3 (aantallen)

Indien we de negatieve antwoorden samentellen (som van “Helemaal niet akkoord”, “Niet akkoord” en “Eerder niet akkoord”) met betrekking tot de stelling die peilt naar de bereidheid van de patiënten om een onderwerp vanuit de presentatie met de arts aan te kaarten, komen we aan 60 deelnemers (42%).

Indien we de negatieve en positieve antwoorden vergelijken (enerzijds de som van “Helemaal niet akkoord”, “Niet akkoord” en “Eerder niet akkoord” en anderzijds de som van “Helemaal akkoord”, “Akkoord” en “Eerder wel akkoord”) met betrekking tot de stellingen die bevragen of patiënten een presentatie in de wachtzaal een goede manier vinden om praktijkinformatie mee te delen of om aan gezondheidseducatie te doen, kunnen we geen significant verschil tussen beide aantonen ($p=0,16$).

Er kon geen significant verschil aangetoond worden in welke onderwerpen werden onthouden tussen mannen en vrouwen, tussen leeftijdsgroepen (> 50 jaar versus < 50 jaar) of tussen wie de presentatie éénmaal zag of wie ze meermaals zag. Ook in de meningen omtrent de vier stellingen kon tussen bovenstaande groepen geen significant verschil aangetoond worden.

Bespreking

Bij de deelnemers waren de verhoudingen tussen mannen en vrouwen (48 vs 52%) evenwichtig en ook de verdeling van het aantal deelnemers tussen groep 1 en groep 2 (52 vs 48%) was in balans.

Het meest opvallende resultaat is dat de deelnemers erg weinig verschil merkten tussen de twee presentaties, ondanks de toevoeging van een significant deel rond gezondheidseducatie c.q. rookstop. Zowel tijdens de eerste (31%) als tijdens de tweede (34%) presentatie is het merendeel van de deelnemers ervan overtuigd dat er zowel informatie als educatie aan bod komt, hoewel dit alleen tijdens de tweede presentatie effectief zo was (cfr. grafiek 1). Dit ondanks de duidelijk vernoemde voorbeelden bij beide keuzes op de vragenlijst.

Verder is het benoemen van de in de presentatie behandelde onderwerpen niet eenvoudig voor de deelnemers. Rookstop, veruit het meest aanwezige en uitvoerig behandelde onderwerp tijdens de tweede presentatie (5 van de 19 dia’s!), kan slechts door 25 procent van de deelnemers (van groep 2) effectief aangehaald worden als een onderwerp van de presentatie. In schril contrast hiermee staat dat maar liefst 50 procent (van groep 2) kan benoemen dat de medewerkers in een dia aan bod kwamen en 46 procent herinnert zich de uitleg over het (nieuwe) afsprakensysteem. Deze resultaten zijn sterk gelijklopend met percentages uit de eerste groep, wat leidt tot de belangrijkste vaststelling van dit onderzoek, dat praktijkgerichte informatie niet verloren gaat bij het toevoegen van gezondheidseducatie. Er kon dan ook geen statistisch significant verschil aangetoond worden tussen de antwoorden op de vraag naar presentatie-onderwerpen tussen groep 1 en groep 2; met exclusie van het onderwerp rookstop.

De vraag in welke mate een boodschap van gezondheidseducatie de patiënten in de wachtzaal bereikt kan beantwoordt worden door te kijken naar wat de mensen effectief neerschreven bij de vraag over welke onderwerpen de presentatie handelde. Van groep 2 is slechts 25 procent van de deelnemers in staat op te schrijven dat rookstop een onderwerp van de presentatie was.
Van alle patiënten die langer de doorlooptijd van de presentatie in de wachtzaal doorbrachten kunnen we stellen dat we 25 procent bereikt hebben met de boodschap van gezondheidseducatie. In de literatuur vinden we veel hogere cijfers terug, van 65 tot 92 procent (4,5). Het betreft hier steeds posters met één enkel onderwerp, die vaak een sterk visueel verschil in de wachtzaal veroorzaakten en in beide gevallen is niet duidelijk of de deelnemers antwoordden op meerkeuzevragen of de antwoorden zelf dienden te noteren (zoals hier het geval is).

Tot slot is het opvallend dat patiënten weinig bereid zijn om wat ze zien tijdens een presentatie in de wachtzaal, aan te kaarten met hun arts. Maar liefst 42% van de deelnemers heeft een negatieve mening bij deze stelling. Vermoedelijk werd deze vraag geïnterpreteerd als enkel van toepassing op rookstop zelf.
Wel zijn de deelnemers positief over de projector in de wachtzaal als medium om praktijkinformatie mee te delen of om aan gezondheidseducatie te doen, respectievelijk 93% en 90% van de deelnemers zijn hiervoor te vinden.

In de toekomst kan bekeken worden welke invloed meerdere onderwerpen van gezondheidseducatie hebben of wat de optimale duur van een dergelijke presentatie is. Ook een combinatie van projector, posters en folders kan in aanmerking genomen worden.

Besluit

Deze studie probeerde een antwoord te bieden op twee vragen. Bereikt een boodschap van gezondheidseducatie de patiënten in de wachtzaal, indien deze wordt geprojecteerd? En gaat dit dan niet ten koste van andere - praktijkgerichte - informatie?

We hebben deze twee vragen kunnen beantwoorden. We kunnen stellen dat we 25 procent van de patiënten bereikt hebben met onze boodschap van gezondheidseducatie (rookstop).
Het toevoegen van deze boodschap had geen negatieve impact op wat patiënten zich nog herinnerden op het vlak van praktijkinfo.
We zullen deze gecombineerde presentatievorm dan ook blijven gebruiken in de praktijk.
We concluderen dat een projectie in de wachtzaal een geschikte manier is om zowel een boodschap van praktijkinformatie als één van gezondheidseducatie te verspreiden.
In hoeverre deze boodschap dan ook echt verandering teweegbrengt bij de patiënt is een interessante vraag voor de toekomst.

Literatuurlijst

1. Dansky KH, Miles J. Patient satisfaction with ambulatory healthcare services: waiting time and filling time. Hosp Health Serv Adm. 1997 Summer;42(2):165-77.
2. Wolff LS, Massett HA, Weber D, Mockenhaupt RE, Hassmiller S, Maibach EW. Opportunities and barriers to disease prevention counseling in the primary care setting: a multisite qualitative study with US health consumers. Health Promot Int. 2010 Sep;25(3):265-76.
3. Wicke DM, Lorge RE, Coppin RJ, Jones KP. The effectiveness of waiting room notice-boards as a vehicle for health education. Fam Pract. 1994 Sep;11(3):292-5.
4. Comite F, Gallagher TC, Villagra V, Koop CE. Patient education as medical intervention: a pilot study. HMO Pract 1998;12(1):17-23.
5. Ward K, Hawthorne K. Do patients read health promotion posters in the waiting room? A study in one general practice. Br J Gen Pract. 1994 Dec;44(389):583-5.
6. Matthys D. Advies voor monocentrische studie met als titel: Een beamer in de wachtzaal, louter voor praktijkinfo of ook een plaats binnen de gezondheidseducatie? Commissie voor medische ethiek UZ Gent. 2016.

Part I : Trial related part of the protocol

1 Title of the trial

Een beamer in de wachtzaal, louter voor praktijkinfo of ook een plaats binnen de gezondheidseducatie?

2 Objective of the study

Het doel van deze observationele studie is de evaluatie van het gebruik van een projector in de wachtzaal (van de huisartsenpraktijk) voor gezondheidseducatie.

3 General information

3.1 Investigator(s)

naam: An De Sutter
functie: Professor
dienst: Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
telefoonnummer: 09 332 61 04
e-mail: An.DeSutter@UGent.be

naam: Diego Schrans
functie: Assistent
dienst : Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
telefoonnummer: 09 332 36 12
e-mail: Diego.Schrans@UGent.be

naam: Simon Hanssens
functie: HAIO Huisartsenpraktijk Elyzeese Velden
telefoonnummer: 09 225 30 45
e-mail: Simon.Hanssens@Ugent.be

naam: Nele Van de Wiele
functie: Huisarts Huisartsenpraktijk Elyzeese Velden
telefoonnummer: 09 225 30 45
e-mail: huisartsengent@gmail.com

naam: Elke De Cang
functie: Huisarts Huisartsenpraktijk Elyzeese Velden
telefoonnummer: 09 225 30 45
e-mail: huisartsengent@gmail.com

4 Introduction

Een doktersbezoek omvat meer dan enkel een consultatie bij de arts zelf. Het stramien dat de patiënt doorloopt begint bij het maken van een afspraak, gevolgd door het bezoek bij de dokter en eindigt met een (eventuele) vervolgafspraak. Zo komt de patiënt ook in de wachtzaal terecht. Vaak is dit een ruimte die de nodige frustratie met zich meebrengt, zowel voor arts als voor patiënt. De patiënt ziet dit als verloren tijd, de arts ervaart de stress van de volle wachtzaal.
Eenmaal dan binnen bij de arts, ervaart de patiënt nog steeds een zekere tijdsdruk, zodat vaak enkel een hoofdklacht besproken wordt. De vragen die de patiënt dan vaak achterwege laat zijn deze met betrekking tot gezondheidspreventie en gezondheidseducatie (1). Ook heeft de huisarts door deze tijdsdruk vaak niet de tijd om uitgebreid op deze vragen in te gaan.
Er zijn meerdere manieren om met dit probleem om te gaan, één ervan is om de wachtzaal actief te gaan gebruiken.
Er gebeurden reeds studies omtrent de wachtzaal in de eerste lijn, maar deze gaan vooral over wachttijden of de wachtervaringen van de patiënten. Zo zullen patiënten die een bezigheid hebben tijdens het wachten, duidelijk meer tevreden zijn over hun doktersbezoek, los van de absolute duur van de wachttijd (2).

Misschien kan de tijd in de wachtzaal nuttig worden aangewend?
Er zijn meerdere mogelijkheden om deze wachtzaalactiviteit in te vullen. We kunnen deze wachttijd aanwenden voor gezondheidseducatie. Patiënten zijn vragende partij naar informatie uit betrouwbare bron (3). Comite et al. toonden aan dat dit de patiëntentevredenheid dan ook enkel ten goede kan komen (4). Een andere studie in het Verenigd Koninkrijk toonde aan dat 82% procent van de patiënten in een huisartsenpraktijk posters in de wachtzaal opmerken en dat tot 95% van de patiënten rapporteren dat ze deze ook effectief gelezen hadden (5).
Verder bevordert dit type interventie de arts-patiënt communicatie en zou dit tot meer ‚shared decision making' leiden (4).

Recent werd bij ons in de praktijk een projector aangekocht die we in de wachtzaal gebruiken om praktijkgerichte informatie aan patiënten mee te delen.

In dit onderzoek wordt de vraag gesteld of deze projector ook een plaats heeft binnen de gezondheidseducatie, zoals reeds eerder onderzocht werd bij posters (4,5). In welke mate bereikt een boodschap van gezondheidseducatie de patiënten in de wachtzaal, indien deze wordt geprojecteerd? Gaat andere - praktijkgerichte - informatie verloren indien deze gecombineerd worden geprojecteerd?

Indien dit onderzoek een positief resultaat heeft, is het de bedoeling deze interventie langdurig in de praktijkvoering te integreren.
.

<u>Literatuurlijst</u>

1. Wolff LS, Massett HA, Weber D, Mockenhaupt RE, Hassmiller S, Maibach EW: Opportunities and barriers to disease prevention counseling in the

primary care setting: a multisite qualitative study with US health consumers. Health Promot Int. 2010 Sep;25(3):265-76.
2. Dansky KH, Miles J: Patient satisfaction with ambulatory healthcare services: waiting time and filling time. Hosp Health Serv Adm. 1997 Summer;42(2):165-77.
3. Wicke DM, Lorge RE, Coppin RJ, Jones KP: The effectiveness of waiting room notice-boards as a vehicle for health education. Fam Pract. 1994 Sep;11(3):292-5.
4. Comite F, Gallagher TC, Villagra V, Koop CE: Patient education as medical intervention: a pilot study. HMO Pract 1998;12(1):17-23.
5. Ward K, Hawthorne K: Do patients read health promotion posters in the waiting room? A study in one general practice. Br J Gen Pract. 1994 Dec;44(389):583-5.

5 The present study

5.1 Study design

Het betreft een observationele studie.
Patiënten zullen in de wachtzaal een presentatie te zien krijgen.

Er zullen tijdens afgebakende periodes verschillende presentaties vertoond worden in de wachtzaal telkens met praktijkinfo, gecombineerd met geen, één of meerdere gezondheidseducatieboodschappen.
Tijdens deze periodes zullen patiënten door de drie artsen van de praktijk gevraagd worden om vrijwillig een vragenlijst in te vullen met betrekking tot de presentatie die in de wachtzaal vertoond werd. Indien ze hiermee instemmen worden ze in de studie geïncludeerd.

Bij begin van de consultatie zal hun gevraagd worden om deze vragenlijst na afloop in te vullen. De verwachte duur van het invullen van deze vragenlijst is minder dan vijf minuten.

5.2 The subjects

5.2.1 Number of subjects

Alle patiënten die vrijwillig de vragenlijst invullen, zullen geïncludeerd worden.

5.2.2 Inclusion criteria

- Mannen als vrouwen boven de 18 jaar
- Nederlands machtig
- Meer dan doorlooptijd presentatie doorgebracht in de wachtzaal
- Consulteren alleen

5.2.3 Exclusion criteria

- Eerste consultatie in de praktijk
- Wilsonbekwaam

5.2.4 Possible advantages and risks for the subjects

Risico's:
- Geen risico's.

Voordelen:
- Er zijn geen onmiddelijke voordelen aan deze studie verbonden. Het betreft een louter observationele studie.

6 Randomisation / blinding

Deze studie is een open, observationele (niet gerandomiseerde) studie.

7 Study analysis

7.1 Sample size calculation

Sample size is aantal vrijwillige deelnemers.

7.2 Analysis of the samples

Op basis van de bekomen sample size zal beslist worden welke statische analyse zal uitgevoerd worden.

7.3 Statistical analysis

Wordt uitgevoerd met SPSS.

Part II : General part of the protocol

8 Independent Ethics Committee (IEC) / Institutional Review Bord (IRB)

This trial can only be undertaken after full approval of the protocol and addenda has been obtained from the IEC/IRB. This document must be dated and clearly identify the protocol, amendments (if any), the informed consent form and any applicable recruiting materials and subject compensation programs approved.
During the trial, the following documents will be sent to the IEC/IRB for their review:

- reports of adverse events that are serious, unexpected and associated with the investigational drug
- all protocol amendments and revised informed consent form (if any).

Amendments should not be implemented without prior review and documented approval / favorable opinion form the IEC/IRB except when necessary to eliminate an immediate hazard to trial subjects or when the change involves only logistical or administrative aspects of the trial.
Reports on, and reviews of the trial and its progress will be submitted to the IEC/IRB by the investigator at intervals stipulated in their guidelines.
At the end of the trial, the investigator will notify the IEC/IRB about the trial completion.

9 ICH/GCP guidelines

This trial will be conducted in accordance with the protocol, current ICH-GCP guidelines and applicable law(s).
Good Clinical Practice (GCP) is an international ethical and scientific quality standard for designing, conducting, recording and reporting trials that involve the participation of human subjects. Compliance with this standard provides public assurance that the rights, safety and well-being of trial subjects are protected, consistent with the principles that have their origin in the Declaration of Helsinki, and that the clinical trial data are credible.

10 Subject information and informed consent

Prior to entry in the trial, the investigator must explain to potential subjects or their legal representatives the trial and the implication of participation. Subjects will be informed that their participation is voluntary and that they may withdraw consent to participate at any time. Participating subjects will be told that their records may be accessed by competent authorities and by authorized persons without violating the confidentiality of the subject, to the extent permitted by the applicable law(s) and/or regulations. By signing the Informed Consent Form (ICF), the subjects or legally acceptable representatives are authorizing such access.

After this explanation and before entry to the trial, written, dated and signed informed consent should be obtained from the subject or legally acceptable representative. The ICF should be provided in a language sufficiently understood by the subject. Subjects must be given the opportunity to ask questions.
The subject or legally acceptable representative will be given sufficient time to read the ICF and to ask additional questions. After this explanation and before entry to the trial, consent should be appropriately recorded by means of either the subject's or his/her legal representative's dated signature or the signature of an independent witness who certifies the subject's consent in writing. After having obtained the consent, a copy of the ICF must be given to the subject.
In case the subject or legally acceptable representative is unable to read, an impartial witness must attest the informed consent.
Subjects who are unable to comprehend the information provided or pediatric subjects can only be enrolled after consent of a legally acceptable representative.

11 Case Report Forms

The source documents are to be completed at the time of the subject’s visit. The CRFs are to be completed within reasonable time after the subject’s visit.
The investigator must verify that all data entries in the CRFs are accurate and correct. If certain information is Not Done, Not Available or Not Applicable, the investigator must enter "N.D." or "N.AV." or "N.AP", respectively in the appropriate space.

12 Direct access to source data / documents

The investigator will permit trial-related monitoring, audits, IRB/IEC review, and regulatory inspection(s), providing direct access to source data/documents.

13 Data handling and record keeping

The investigator and sponsor specific essential documents will be retained for at least 20 years. At that moment, it will be judged whether it is necessary to retain them for a longer period, according to applicable regulatory or other requirement(s).

Bijlage 2: Advies commissie voor medische ethiek

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
Prof. dr. An DE SUTTER
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0424	27-jan-16	Zie "CC"

BETREFT Advies voor monocentrische studie met als titel:
Een beamer in de wachtzaal, louter voor praktijkinfo of ook een plaats binnen de gezondheidseducatie?
(Manama Simon Hanssens)

Belgisch Registratienummer: B670201524553

Fase (Phase): NVT/NA

* Adviesaanvraagformulier dd. 31/03/2015 (versie 1.0) - (volledig ontvangen dd. 10/04/2015)
* Protocol
* Antwoord onderzoekers
  Ontvangen via mail dr. Simon Hanssens dd. 29/05/2015 in antwoord op opmerkingen EC dd. 13/04/2016
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier
  versie 2 (ontvangen 29/05/2015)
* Vragenlijsten

Advies werd gevraagd door: Prof. dr. A. DE SUTTER ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 29/05/2015. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 28/05/2016, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 29/05/2015. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 28/05/2016, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 16/06/2015
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 16/06/2015

Muriel Fouquet
Tel: 09/332 33 36
Muriel.fouquet@uzgent.be

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0424	27-jan-16	Zie "CC"

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

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

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

Prof. dr. A. DE SUTTER - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Bijlage 3: Vragenlijst

Vragenlijst

Is dit de eerste keer dat je deze vragenlijst invult?
- Ja
- Neen

In de wachtzaal wordt een presentatie vertoond. Heb je deze volledig bekeken (of meermaals bekeken)?
- Niet volledig
- Volledig
- Meermaals: …. maal

Is dit de eerste keer dat je deze presentatie ziet?
- Ja
- Neen

Wat weet je nog van de presentatie? Over wat gaat de presentatie? (Welke onderwerpen werden aangekaart?)

……

……

……

……

Had de presentatie te maken met de praktijk (bijvoorbeeld vakantiedagen van de artsen) of met gezondheidseducatie (bijvoorbeeld stoppen met roken, de griepepidemie). Of met beide?
- Praktijkinformatie
- Gezondheidseducatie
- Beide

Is er (indien van toepassing) een verschil met de vorige keer dat je de presentatie zag?
- Ja
- Neen

Zo ja, wat zijn de verschillen met de vorige keer dat je de presentatie zag?

……

……

Tot slot nog enkele stellingen:

- De presentatie was informatief.

○ Helemaal niet akkoord	○ Niet akkoord	○ Eerder niet akkoord	○ Eerder wel akkoord	○ Akkoord	○ Helemaal Akkoord

- Een presentatie is een goede manier om praktijkinformatie mee te delen (bijvoorbeeld vakantiedagen van de artsen).

○ Helemaal niet akkoord	○ Niet akkoord	○ Eerder niet akkoord	○ Eerder wel akkoord	○ Akkoord	○ Helemaal Akkoord

- Een presentatie vertonen is een goede manier om aan gezondheidseducatie te doen (bijvoorbeeld info over stoppen met roken).

○ Helemaal niet akkoord	○ Niet akkoord	○ Eerder niet akkoord	○ Eerder wel akkoord	○ Akkoord	○ Helemaal Akkoord

- Ik ben van plan een onderwerp van de presentatie met de arts te bespreken

○ Helemaal niet akkoord	○ Niet akkoord	○ Eerder niet akkoord	○ Eerder wel akkoord	○ Akkoord	○ Helemaal Akkoord

Bedankt voor je tijd!

Bijlage 4: Patiëntenbrief

HUISARTSENPRAKTIJK
ELYZEESE VELDEN

Informatie voor de patiënt:

Project:
Een beamer in de wachtzaal, louter voor praktijkinfo of ook een plaats binnen de gezondheidseducatie?

Beschrijving en doel van het project.
U heeft in de wachtzaal reeds een presentatie gezien.
Dr. Hanssens voert een onderzoek uit naar het gebruik van een projector in de wachtzaal. Meer bepaald naar het gebruik ervan voor gezondheidseducatieve boodschappen. Zo kan in de wachtzaal nuttige informatie meegedeeld worden over specifieke onderwerpen die voor u van belang kunnen zijn.
Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om hierover een vragenlijst voor ons in te vullen. Dit zal ongeveer vijf minuten van uw tijd in beslag nemen.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan dit ziekenhuis, en zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies.

Toestemming en weigering
Het staat u volkomen vrij om deel te nemen of niet.
U kunt weigeren de vragenlijst in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op uw verdere behandeling en de relatie met de behandelende artsen.
Als u toestemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

Voordelen
Deze studie biedt geen medisch of ander voordeel voor uzelf
Kosten
Uw deelname aan de studie brengt geen bijkomende kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

Vertrouwelijkheid
Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke gegevens en antwoorden tijdens deze studie worden geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar uw persoonlijke dossier). In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw anonimiteit aldus verzekerd zijn.

Verzekering:
De experimentenwet van 7/05/2004 verplicht ons om deelnemers aan wetenschappelijke projecten te verzekeren voor de deelname en het risico (hoe klein ook) dat men loopt. De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag. Indien dit toch zou voorkomen, wat echter zeer zeldzaam is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.

Toestemmingsverklaring

Ik verklaar hierbij op een voor mij begrijpelijke wijze mondeling en schriftelijk te zijn ingelicht over de aard, de methode en het doel van deze studie.

Ik stem erin toe deel te nemen aan het wetenschappelijk onderzoek.

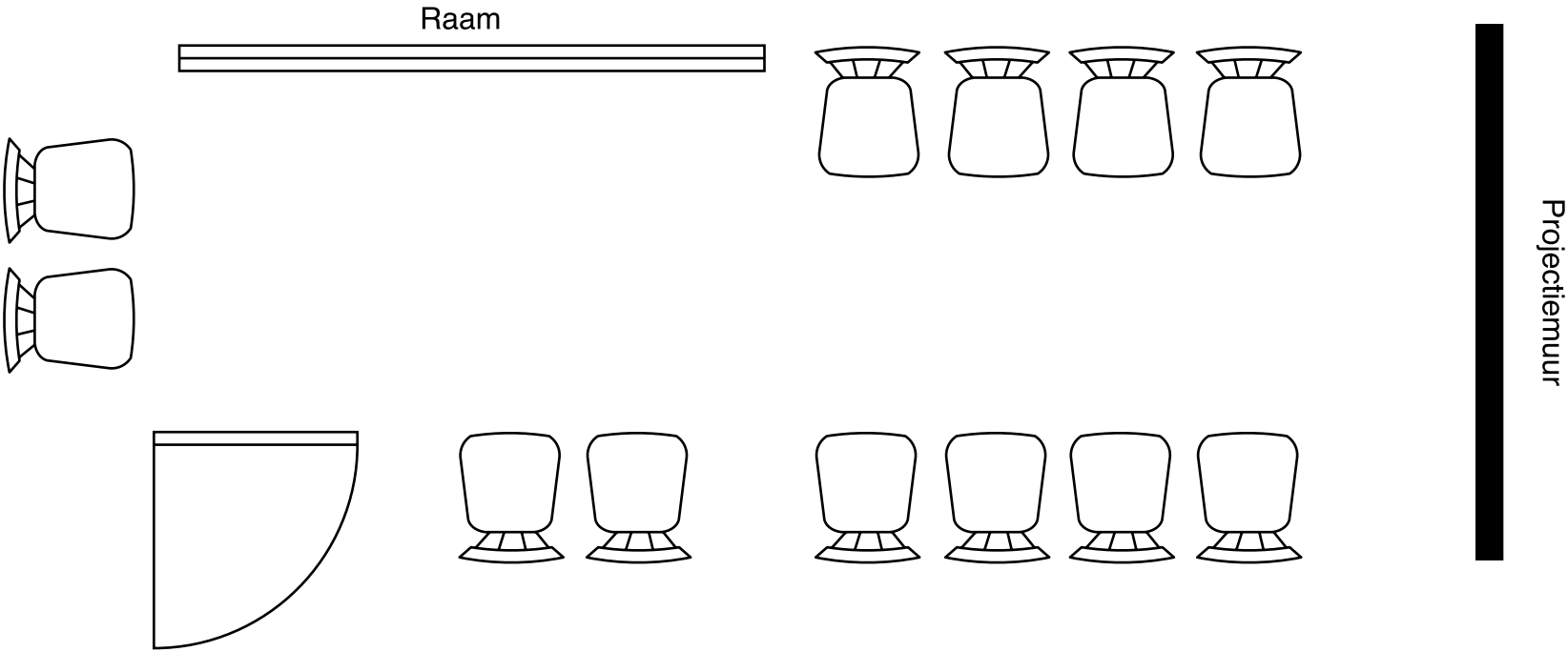
Ik ben er mij van bewust dat dit project ter beoordeling en controle aan het Ethisch Comité van het UZ Gent werd voorgelegd en ik deze goedkeuring niet moet beschouwen als een motivatie tot deelname aan deze studie.

Ik ben ervan op de hoogte dat deelname aan deze studie geen bijkomende kosten meebrengen en dat er geen financieel voordeel aan verbonden is.
De patiënt kan zich op elk moment terugtrekken tot op het ogenblik dat de gegevens in de database worden bewaard zonder hiervoor een verklaring te hoeven afleggen en zonder dat dit op enigerlei wijze invloed zal hebben op de verdere behandeling en de relatie met de arts.

Gelezen en goedgekeurd,

Naam arts:	Naam Patiënt:
Datum:	Datum:
Handtekening	Handtekening

Bijlage 5: Diagram wachtzaal



Bijlage 6: Presentaties

HUISARTSENPRAKTIJK
ELYZEESE VELDEN

MEDEWERKERS



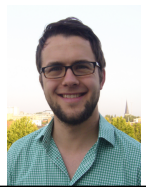
DR. NELE VAN DE WIELE



DR. ELKE DE CANG

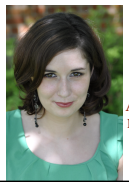


DR. CELINE DEBRUYNE



DR. SIMON HANSSENS

HAIO



CARMEN BUYSSE

ADMINISTRATIEF MEDEWERKSTER

NIEUWE COLLEGA HUISARTS

Sinds september versterkt **Dr. Celine Debruyne** onze praktijk.

Daardoor ontstaan er enkele wijzigingen in ons uurrooster.

Sinds september werken wij UITSLUITEND OP AFSPRAAK.



UURROOSTER

	OCHTEND	MIDDAG	AVOND
Maandag	Dr. Van de Wiele & Dr. Hanssens	Dr. De Cang & Dr. De Bruyne	Dr. De Cang & Dr. De Bruyne
Dinsdag	Dr. Van de Wiele, Dr. De Cang & Dr. Hanssens	Dr. Van de Wiele & Dr. De Bruyne	Dr. Van de Wiele & Dr. De Bruyne
Woensdag	Dr. De Bruyne & Dr. Hanssens	Dr. De Cang & Dr. De Bruyne	Dr. De Cang & Dr. Hanssens
Donderdag	Dr. De Cang & Dr. De Bruyne	Dr. Van de Wiele & Dr. Hanssens	Dr. Van de Wiele & Dr. Hanssens
Vrijdag	Dr. Van de Wiele & Dr. Hanssens	Dr. De Bruyne & Dr. Hanssens	Afwisselend

Sinds 31 augustus werken wij
uitsluitend op afspraak

Een afspraak maken kan nu ook via **internet**.

Uiteraard kan u zoals vroeger ook bellen om een afspraak vast te leggen.

ONLINE AFSPRAKEN MAKEN

Vanaf heden zelf afspraken maken :

- via onze website : **www.huisartsingent.be**
  -> klik 'afspraken'

- via de Mobile App **"MijnOnlineAgenda"**
  -> zie info op onze website of beschikbare folder



mijnonlineagenda

Maak voortaan ook afspraken met je smartphone



Windows Phone Store



Google Play



App Store

Download de app nu GRATIS

BELANGRIJK

Uw afspraak annuleren
Minstens twee uur op voorhand verwittigen.
Bij niet tijdig verwittigen zal de arts een boete aanrekenen van € 5,00.
Dit bedrag zal niet terugbetaald worden door de mutualiteit.

Goed om te weten
Komt u met 2 of voor een bepaald onderzoek, gelieve dit te vermelden zo kunnen wij extra tijd vrijmaken.

AANDACHT

Bent u met de wagen ?

Plaats uw parkeerschijf zichtbaar achter uw voorruit (max. 2 uur)



ZIEK 'S NACHTS OF TIJDENS HET WEEKEND.

- Vermijd de spoedopname als het niet echt nodig is
- Contacteer de huisarts van wacht

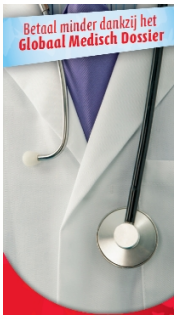
09 236 50 00

WAAR?



Martelaarslaan 305

Globaal Medisch Dossier (GMD)



- Afsluiten is volledig gratis
- Geldig bij alle artsen in de praktijk
- 30% meer terugbetaling door de mutualiteit
- Jaarlijks te vernieuwen
- Gelieve hiervoor een klevertje en uw sis-kaart mee te brengen

Huisarts In Opleiding (HAIO)

De huisarts-in-opleiding (haio) is een gediplomeerd arts (master geneeskunde) die zich twee jaar specialiseert in de huisartsgeneeskunde.

De haio is betrokken bij alle activiteiten van deze praktijk en overlegt dagelijks met de praktijkopleider.

Een haio werkt aan dezelfde (terugbetalings) tarieven als uw huisarts zelf.

UNIVERSITEIT GENT

Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding

Volgende slides werden bijgevoegd tijdens de tweede periode:



Waarom stoppen met roken

- Effecten op het lichaam op **korte termijn**:
  - Slechte lichamelijke conditie
  - Hoesten
  - Verkleurde tanden, vieze adem, verlies van smaak
- Op **lange termijn**:
  - Veroorzaakt hart- en vaatziekten
  - Astmatische klachten en bronchitis
  - Longkanker
  - Losse tanden
  - Negatieve effecten op voortplanting

WAAROM STOPPEN MET ROKEN

- Financieel voordeel:
  - Wie 10 sigaretten per dag rookt, kan **1000 euro per jaar besparen door te stoppen met roken**.
- Denk ook aan je omgeving!
  - Het is immers bewezen dat meeroken de oorzaak kan zijn van heel wat ziektes bij niet-rokers, zoals een hartinfarct of longkanker.
- Persoonlijke redenen: Hieronder staat een lijst met veelgehoorde motieven. Wat zijn de jouwe?
  - Ik ga trots zijn op mezelf.
  - Ik ga gezonder zijn.
  - Ik geef mijn kinderen het goede voorbeeld.
  - Mijn huis blijft schoner.

WAT HOUDT U TEGEN?

- De moeite van het stoppen:
  - **Lichamelijke verslaving** aan nicotine
    - Zeven seconden na inhalatie heeft de nicotine een effect ter hoogte van de hersenen
    - Na een week is het effect van de nicotine uit het lichaam verdwenen
  - De **geestelijke verslaving** (gevoel niet zonder te kunnen) blijft over:
    - Dit is erg persoonsafhankelijk
    - De behoefte om te roken neemt af naarmate u langer niet rookt

INTERESSE?

Ben je geïnteresseerd om te stoppen met roken? Aarzel dan niet om een afspraak te maken met één van de artsen of dit tijdens de consultatie te vermelden.



Bekijk je liever zelf de opties?

- Surf dan naar **www.tabakstop.be**
- Of bel **0800 111 00**
- voor gratis informatie, advies en begeleiding