Starten met het GMD+: Oproepen van de patiënten na het invullen van de vragenlijst op een tablet. Effect op detectie van depressie.

Lamaire Tine, Ugent

Promotor: Schoenmakers Birgitte, KULeuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde 2014-2015

ABSTRACT

INLEIDING

Preventie en gezondheidspromotie zijn belangrijke taken in de huisartsenpraktijk. De gezondheidsgids van Domus Medica, met als belangrijkste onderdeel het GMDplus, ondersteunt artsen om deze taken op een gestructureerde manier aan te bieden. Toch blijft de implementatie hiervan moeilijk. Bovendien wordt het aanbieden van een gestructureerd preventief consult in vraag gesteld. Vanaf oktober 2013 wordt de GMDplus-vragenlijst in onze praktijk afgenomen met behulp van een tablet. Nadien worden alle patiënt uitgenodigd voor een preventieconsult op maat.

METHODE

Onderzoeksvragen

Preventie wordt te weinig toegepast in de praktijk. Daarom wordt in dit onderzoek bepaald hoeveel patiënten uit de doelgroep bereikt worden met de GMDplus-vragenlijst. Daarnaast wordt onderzocht of deze vragenlijst een nuttig instrument is voor de detectie van depressie.

Populatie

Alle patiënten tussen 45 en 75 jaar, zowel mannen als vrouwen, die consulteren (in de praktijk of tijdens een huisbezoek) worden uitgenodigd om de GMDplus-vragenlijst in te vullen.
Indien één of meerdere modules hiervan afwijkend zijn, wordt de patiënt schriftelijk uitgenodigd op het preventieve consult. Hieronder vallen ook de patiënten die, volgens de GMDplus-vragenlijst, een verhoogd risico hebben op depressie.
Bij palliatieve patiënten en ernstig dementerende patiënten wordt de vragenlijst niet afgenomen. Patiënten die na het afnemen van de vragenlijst veranderen van huisarts, worden niet uitgenodigd op het preventieconsult.

Uitkomstmaten

De responsratio voor het invullen van de GMDplus-vragenlijst en de responsratio voor deelname aan het preventieconsult worden gemeten om na te gaan hoeveel patiënten bereikt worden. Om het nut van screening voor depressie te onderzoeken, worden het aantal nieuw gediagnosticeerde depressies en het aantal opgestarte behandelingen bepaald. Dat zijn de primaire uitkomstmaten. Het aantal besproken modules is een secundaire uitkomstmaat. Die parameter wordt gebruikt om te onderzoeken of na het afnemen van de vragenlijst het uitvoeren van preventieve taken stijgt.

Design van de studie

Het betreft een interventionele studie met voor- en nameting.

RESULTATEN

De responsratio voor het preventieconsult bedraagt 12,7%. De registratie en opvolging van cardiovasculaire risico, diabetes mellitus type II, rookstatus, screening voor coloncarcinoom en vaccinatiestatus (Tetanus, Pneumokokken) stijgen. De registratie van mammografie en uitstrijkjes stijgen. Het effect op levensstijl (voeding, beweging, rookstatus, alcohol) en detectie van depressie is minder duidelijk.

CONCLUSIE

Het afnemen van de GMDplus-vragenlijst met behulp van de tablet wordt verdergezet. Het preventieconsult is een meerwaarde voor de praktijk: registratie en opvolging van preventieve taken stijgt.

1. VOORWOORD 5
2. INLEIDING 6
3. METHODE 8
LITERATUUR 8
POPULATIE 8
OPZET VAN DE STUDIE 8
VERLOOP VAN DE STUDIE 8
GMDPLUS-VRAGENLIJST 9
PREVENTIECONSULT 9
DEPRESSIE 11
ETHISCH COMITÉ 11
4. RESULTATEN 12
RESPONRATIO INVULLEN VAN DE VRAGENLIJST 12
POPULATIE 13
AANTAL BESPROKEN MODULES 13
DEPRESSIE 14
5. DISCUSSIE 16
RESPONSRATIO INVULLEN GMDPLUS-VRAGENLIJST 16
GEBRUIK TABLET 16
MODULES 17
6. CONCLUSIE 20
7. REFERENTIELIJST 21
8. BIJLAGE 24

1. VOORWOORD

Hierbij wil ik alle mensen bedanken die mij geholpen hebben om deze thesis neer te schrijven. Bijzondere dank gaat uit naar mijn promotor Prof. Dr. Schoenmakers en mijn praktijkopleiders.

2. INLEIDING

Preventie en gezondheidspromotie zijn belangrijke taken in de huisartsenpraktijk. De gezondheidsgids van Domus Medica, met als belangrijkste onderdeel het GMDplus, ondersteunt artsen om deze taken op een gestructureerde manier aan te bieden.[1] De overheid voorziet een vergoeding om preventie toe te passen.[2] Toch blijft de implementatie hiervan moeilijk. Bovendien wordt het aanbieden van een gestructureerd preventief consult in vraag gesteld.

Er zijn heel wat belemmeringen om preventieve aanbevelingen in de praktijk om te zetten. Zowel patiënt- als artsgebonden factoren en het gezondheidssysteem spelen een belangrijke rol.[3-6] (cf. bijlage 1)

Het gebruik van een gestructureerde checklist of vragenlijst helpt huisartsen bij het aanbieden van preventieve zorg. Internationaal onderzoek toont aan dat na gebruik van een checklist de uitvoering van een aantal onderzoeken stijgt.[4, 7] (cf. bijlage 2) De vragenlijst is eenvoudig, er is geen bijkomende opleiding nodig. Andere voordelen zijn de lage tijdsinvestering en de individualiseerbaarheid. De arts beslist zelf over taakdelegatie naar de verpleegkundige en de verspreiding over één of meerdere consultaties. Herhaling, het kookboekgeneeskundegevoel, stijging van de werkbelasting en een onduidelijk effect op de patiënttevredenheid zijn dan weer nadelen.[3-8] Dat is ook het geval bij het afnemen van de GMDplus-vragenlijst.[8]

Het nut van die gestructureerde aanpak wordt in vraag gesteld. Krogsboll et al. onderzochten het effect van een systematische benadering op mortaliteit en morbiditeit.[9] Deze Cochrane review kan geen effect aantonen op totale mortaliteit, cardiovasculaire mortaliteit, mortaliteit ten gevolge van kanker of cardiovasculaire morbiditeit. Er is een grotere diagnose van kanker en risicofactoren zoals hypercholesterolemie en hypertensie, maar de overleving stijgt niet na behandeling. Ook Boulware et al. kunnen geen effect op mortaliteit aantonen.[7]

In de GMDplus-vragenlijst wordt bijkomend gepeild naar depressie aan de hand van twee screeningsvragen.[10]
Het nut van screenen naar depressie of angststoornis in een laagrisicogroep binnen de eerstelijn is evenwel omstreden.
De Cochrane review van Gilbody et al. toont geen effect op de detectie, de behandeling of de outcome van depressie bij het screenen met behulp van een vragenlijst.[11] Complexere screeningsmethodes zijn betrouwbaarder, maar dat gaat ten koste van het gebruiksgemak. Gilbody et al. concluderen dat een betere diagnose niet leidt tot een verhoogde graad van behandeling. Bovendien zijn de uitkomsten op lange termijn onduidelijk.[12]
De US Preventive Task Force en de Canadian Preventive Service verdedigen wel het gebruik van een preventieve depressie-vragenlijst.[13] Screening is verantwoord indien er adequate therapie en follow-up voor handen is. Het number needed to screen (NNS) bedraagt 110. Een eenduidig 'screeningsmodel' ontbreekt, maar alle screeningsmethodes zijn kosten effectief.

De doelen van dit Manama-project zijn: (1) Bepalen van de responsratio voor het invullen van de GMDplus-vragenlijst en deelname aan het preventieconsult. (2) Meten van het aantal besproken

modules. (3) Nagaan of screening voor depressie met behulp van de GMDplus-vragenlijst leidt tot een verhoogde detectie.

3. METHODE

LITERATUUR

Ter voorbereiding van dit project wordt eerst de literatuur geraadpleegd. Aan de basis van het onderzoek ligt de gezondheidsgids van Domus Medica. Bijkomend wordt via het watervalsysteem gezocht naar informatie betreffende:

- het nut van een preventief consult
- het nut van een preventieve vragenlijst
- het nut van screening naar depressie
- het gebruik van vragenlijsten bij de screening naar depressie

Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de richtlijnen van Domus Medica en NHG, de Cochrane Database en Pubmed. Artikels uit Huisarts&Wetenschap en HaNu worden geraadpleegd.
Om meer zicht te krijgen op het gebruik van de GMDplus-vragenlijst in Vlaanderen, wordt de databank met Manama-projecten op de ICHO-website geraadpleegd.
De gebruikte zoektermen zijn: Gezondheidsgids, preventieconsult, preventiemodule, GMDplus, prevention, general practitioner, general health check, health questionnaire, questionnaire, Beck Depression Inventory

POPULATIE

Alle patiënten tussen 45 en 75 jaar, zowel mannen als vrouwen, die consulteren (in de praktijk of tijdens een huisbezoek) worden uitgenodigd om de GMDplus-vragenlijst in te vullen. (cf. bijlage 3) Indien één of meerdere modules actie(s) vereisen, wordt de patiënt schriftelijk uitgenodigd op het preventieve consult. (cf. bijlage 4) Hieronder vallen ook de patiënten die, volgends de GMDplus-vragenlijst, een verhoogd risico hebben op depressie.
Bij palliatieve patiënten en patiënten met ernstige dementie wordt de vragenlijst niet afgenomen. Patiënten die na het afnemen van de vragenlijst veranderen van huisarts, worden niet uitgenodigd op het preventieve consult.

OPZET VAN DE STUDIE

Het betreft een interventionele studie met voor- en nameting.
Via case-finding worden patiënten uitgenodigd om de vragenlijst in te vullen. Daarna worden de patiënten schriftelijk uitgenodigd om deel te nemen aan het preventieconsult.
Primair in het onderzoek gaan we de responsratio voor het invullen van de GMDplus-vragenlijst, de responsratio voor deelname aan het preventieconsult, het aantal nieuw gediagnosticeerde depressies en het aantal opgestarte behandelingen voor depressie na.
Het aantal opgestarte actieplannen per module is een secundaire uitkomstmaat.

VERLOOP VAN DE STUDIE

Deze studie verloopt in twee fases.
De eerste fase loopt van 15/10/2013 t.e.m. 15/11/2013. Alle patiënten uit de doelgroep die consulteren, worden na case-finding aangesproken door de arts om na de consultatie de GMDplus-vragenlijst in te vullen. Het afnemen gebeurt met behulp van een tablet in aanwezigheid van de

huisarts-in-opleiding (HAIO). Om alle data vlot te verwerken wordt een sjabloon voor het GMDplus-consult aangemaakt in HealthOne (software voor het elektronisch medisch dossier).
Nadien worden de data uit de tablet handmatig ingevoerd in dat sjabloon.

De tweede periode loopt van 11/08/2014 t.e.m. 17/10/2015. Gedurende de eerste vijf weken worden de patiënten met één of meerdere afwijkende module(s) schriftelijk uitgenodigd. Dat gebeurt gefaseerd. Gedurende 4 opeenvolgende weken worden 50 patiënten uitgenodigd, in de vijfde week worden 16 patiënten uitgenodigd. In totaal worden 216 patiënten uitgenodigd. Voor het plannen van de preventieconsulten worden in totaal 10 weken voorzien. Per week worden 3 namiddagen voorbehouden voor het uitvoeren van het preventieconsult. Per patiënt wordt een half uur voorzien. Het verloop van het consult wordt door de arts gedocumenteerd in het preventieconsult sjabloon in HealthOne.

GMDPLUS-VRAGENLIJST

Elke patiënt uit de doelgroep wordt na hun consult mondeling uitgenodigd om de vragenlijst in te vullen. Dat gebeurt onder begeleiding van de HAIO. De preventieve vragenlijst wordt afgenomen met behulp van een tablet. De vragen worden gerangschikt per onderwerp en vormen een module.
Volgende modules maken deel uit van de vragenlijst:

- Cardiovasculair risico
- Diabetes mellitus
- Maligniteit: borstkanker, baarmoederhalskanker, darmkanker
- Alcoholgebruik
- Rookstop
- Voeding
- Fysieke activiteit
- Vaccinaties: Difterie/Tetanus/Kinkhoest, Pneumokokken, Influenza
- Depressie
- Therapietrouw
- Kans op afhankelijkheid (slaapmiddelen)
- Spirometrie
- Osteoporose

De volledige vragenlijst is raadpleegbaar in de bijlage. (cf. bijlage 3)

PREVENTIECONSULT

Na het verwerken van de resultaten worden alle patiënten met één of meerdere afwijkende modules uitgenodigd voor het preventieconsult. Enkel de modules die deel uitmaken van de preventiegids worden besproken in deze studie:

- Cardiovasculair risico
- Diabetes mellitus
- Maligniteit: borstkanker, baarmoederhalskanker, darmkanker
- Alcoholgebruik
- Rookstop
- Voeding
- Fysieke activiteit
- Vaccinaties: Difterie/Tetanus/Kinkhoest, Pneumokokken

- Depressie

De onderwerpen: griepvaccinatie, therapietrouw, afhankelijkheid, spirometrie en osteoporose worden, indien nodig, met de patiënt besproken. Die gegevens worden niet gebruikt voor studiedoeleinden.
Daarnaast mogen patiënten steeds vragen stellen met betrekking tot preventie.
De uitkomstmaten worden beschreven in tabel 1.

Aan het begin van het consult wordt de patiënt uitgebreid ingelicht over het doel en de opzet van de studie. De informed consent wordt verkregen. (cf. bijlage 5)

Cardiovasculair risico	Interventie nodig	Ja/nee
	Levensstijladvies	Ja/nee/nvt
	Medicatieschema aanpassen	Ja/nee/nvt
	Opvolgingsfrequentie aanpassen	Ja/nee/nvt
Diabetes Mellitus	Interventie nodig	Ja/nee
	DMII	Ja/nee
	Gestoorde glucose tolerantie	Ja/nee
	Levensstijladvies	Ja/nee/nvt
	Medicatieschema aanpassen	Ja/nee/nvt
	Opvolgingsfrequentie aanpassen	Ja/nee/nvt
Roken	Status	Roker/niet-roker/ex-roker
	Aanpassen dossier	Ja/nee
	Actie	Ja/nee
	Rookstopadvies	Ja/nee/nvt
	Motivationele fase	Precontemplatie Contemplatie Preparatie Actie Onderhoud
Tetanus vaccinatie	Interventie nodig	Ja/nee
	Uitgevoerd	Ja/nee/nvt
	Toegediend	Ja/nee/nvt
	Gepland	Ja/nee/nvt
	Geweigerd	Ja/nee/nvt
Pneumokokken vaccinatie	Interventie nodig	Ja/nee
	Uitgevoerd	Ja/nee/nvt
	Toegediend	Ja/nee/nvt
	Gepland	Ja/nee/nvt
	Geweigerd	Ja/nee/nvt
Alcohol	Interventie nodig	Ja/nee
	Audit-score	Numeriek
	Opvolging huisarts	Ja/nee/nvt
	Verwijzing	Ja/nee/nvt
Levensgewoontes	Voedingsadvies nodig	Ja/nee
	Bewegingsadvies nodig	Ja/nee
Depressie	Screening positief	Ja/nee
	Gekend	Ja/nee
	Actie nodig	Ja/nee
	Start opvolging	Ja/nee
	Aanpassen opvolging	Ja/nee
	Verwijzing	Ja/nee
	BDI	Numeriek
Mammografie	Doelgroep	Ja/nee
	Interventie nodig	Ja/nee
	Advies	Ja/nee/nvt
	Risicobepaling	Ja/nee
Uitstrijkje	Doelgroep	Ja/nee
	Interventie nodig	Ja/nee
	Advies	Ja/nee/nvt
Screening Dikkedarmkanker	Doelgroep	Ja/nee
	Uitgenodigd populatie-onderzoek	Ja/nee

	Deelname populatie-onderzoek	Ja/nee
	Advies iFobt	Ja/nee/nvt
	iFobt afgenomen	Ja/nee/nvt
	Verwijzing coloscopie	Ja/nee/nvt
	Resultaat coloscopie	Normaal Poliep Tumoraal

Tabel 1: Uitkomstmaten

DEPRESSIE

Screening naar depressie gebeurt aan de hand van twee vragen:

1. *Heb je de laatste tijd gevoelens van hopeloosheid, desinteresse of overdreven moeheid?*
2. *Mis je de laatste tijd plezier in je werk, de activiteiten in je vrije tijd, en/of je contacten met familie en vrienden?*

Indien de patiënt positief antwoordt op één van deze twee vragen, wordt de BDI-vragenlijst aangeboden. De Beck Depression Inventory (BDI) is een vaak gebruikte manier van zelfrapportage om depressie te diagnosticeren en de ernst te bepalen.[38] Voor de studie wordt gebruik gemaakt van een gevalideerde Nederlandse vertaling (BDI-II-NL, cf. bijlage 6). Deze bestaat uit 21 vragen over cognitieve, affectieve, somatische en vegetatieve klachten passend bij depressie. Aan de hand van de score wordt de ernst ingeschat:

1. minimaal (0 – 13)
2. licht (14 - 19)
3. matig ernstig (20 - 28)
4. ernstig (29 – 63).

ETHISCH COMITÉ

Deze studie werd goedgekeurd door het ethisch comité. (cf. bijlage 7)

4. RESULTATEN

RESPONRATIO INVULLEN VAN DE VRAGENLIJST

Tijdens de onderzoeksperiode consulteren 606 patiënten uit de doelgroep. Hiervan vullen, na mondelinge uitnodiging, 231 personen de vragenlijst in. De respons ratio bedraagt 38% voor het invullen van de GMDplus-vragenlijst op de tablet.

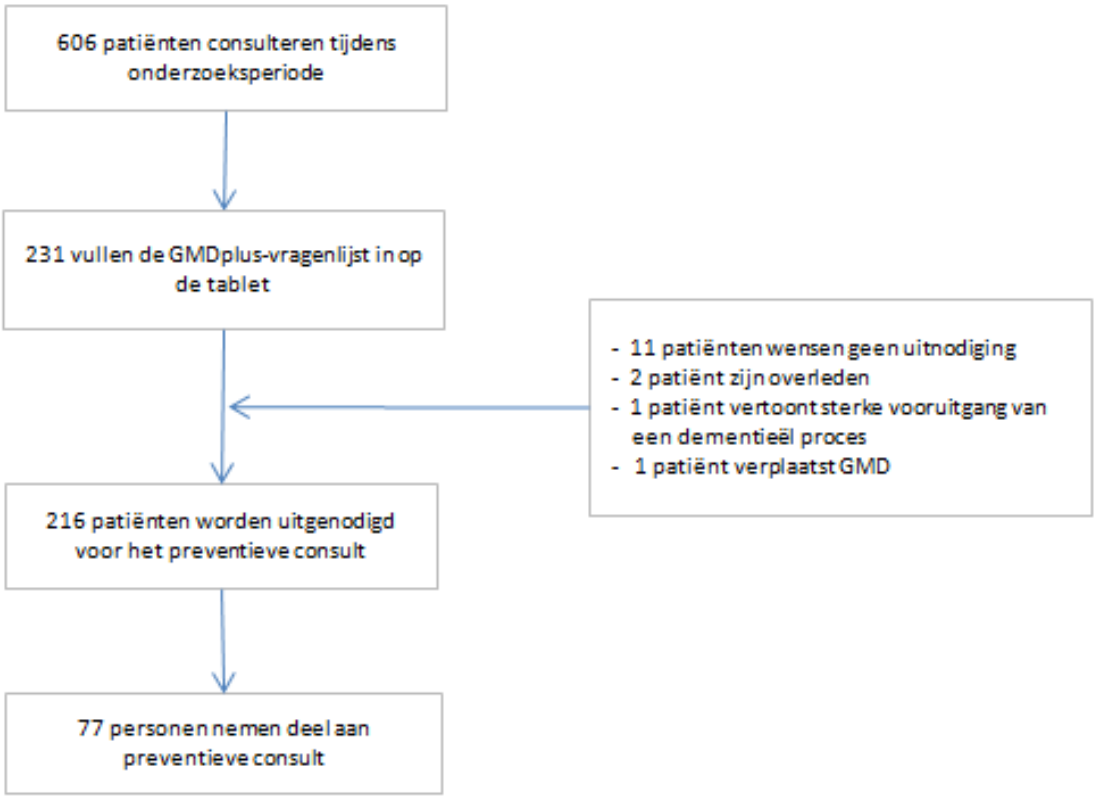


DIAGRAM ONDERZOEKSPOPULATIE

Er worden 216 patiënten schriftelijk uitgenodigd om deel te nemen aan het preventieconsult. In totaal nemen 77 mensen deel aan het preventieconsult. De respons ratio bedraagt 36%. Dat is 12,7% van alle uitgenodigde patiënten. Na het afsluiten van de studie nemen nog 7 patiënten deel aan de studie: 1 patiënte vraagt spontaan om het consult, 6 patiënten worden aangesproken door de arts.

Tabel 2. Responsratio	
Patiënten uit de doelgroep op consultatie	606
Patiënten GMDplus-vragenlijst ingevuld	231
Patiënten uitgenodigd op preventieconsult	216
Preventie-consulten	77
Respons Rate invullen tablet	38%
Respons Rate deelname preventieconsult	36%

POPULATIE

Er nemen 77 patiënten deel aan het preventieconsult. De gemiddelde leeftijd bedraagt 61 jaar: 64 voor de mannen en 58 voor de vrouwen. Er nemen 41 vrouwen en 36 mannen deel aan het onderzoek.

Tabel 3. Kenmerken				
Uitgenodigd		216		
Neemt deel		77		
	Man	41		
	Vrouw	36		
Gemiddelde leeftijd (jaar)		61		
	Man	64		
	Vrouw	58		
Leeftijdsverdeling (jaar)		45-49	11	28%
		50-54	10	37%
		55-59	13	30%
		60-64	10	25%
		65-69	11	29%
		70-75	22	81%

AANTAL BESPROKEN MODULES

Gemiddeld worden 3,63 modules per patiënt besproken. Bij de mannen bedraagt dat 3,24 en bij de vrouwen 4,08. Tabel 4 geeft aan hoeveel maal elke module besproken wordt.

Tabel 4. Frequentie bespreking per module	
Cardiovasculair risico	34
Diabetes mellitus	16
Borstkanker	5
Baarmoederhalskanker	5
Darmkanker	45
Alcoholgebruik	1
Rookstop	10
Levensstijl	47
Tetanus	57
Pneumokok	39
Depressie	12

Bij 34 patiënten wordt het cardiovasculaire risico besproken. Bij 31 personen hiervan wordt een levensstijladvies gegeven. De medicatie wordt bij 3 patiënten (met hoog CVR) aangepast: 2 patiënten krijgen een statine voorgeschreven, 1 patiënt acetylsalicylzuur. Twee patiënten (met hoog CVR) weigeren een aanpassing van de therapie. De frequentie van de opvolging wordt bij 2 patiënten (met matig CVR) verhoogd. Negen patiënten met een laag CVR nemen een statine in. In alle dossiers wordt het risico op hart- en vaatziekten genoteerd: hoog risico (20), matig risico (14) en laag risico (43).

Twee patiënten zijn gekend met diabetes mellitus type II, 14 met gestoorde nuchtere glucose. Bij alle patiënten wordt het beleid aangepast: 14 patiënten ontvangen levensstijladvies, de opvolging wordt bij 5 patiënten aangepast, de diabetespas wordt aangevraagd bij 2 diabetespatiënten.

Bij alle rokers (10) wordt rookstopadvies op maat aangeboden. Eén patiënt gaat over tot actie. Twee patiënten zitten in de preparatiefase. Geen enkele patiënt wenst verdere opvolging bij de huisarts.

Vaccinatie tegen Tetanus is onvoldoende bij 57 patiënten. Tijdens het preventieconsult worden 32 vaccinaties toegediend en 14 dossiers gecorrigeerd. Inenting wordt door 4 patiënten geweigerd. Bij het afsluiten van het onderzoek staan nog 7 vaccinaties gepland.

Negenendertig personen komen in aanmerking voor vaccinatie tegen Pneumokokken. Hiervan hebben 5 personen het vaccin reeds ontvangen, dat stond bij 4 patiënten in het dossier genoteerd. Het vaccin wordt toegediend bij 15 patiënten. Bij het afsluiten van het onderzoek staan nog 8 vaccinaties gepland. Elf patiënten weigeren vaccinatie.

Bij 1 patiënt is het risico op alcoholmisbruik verhoogd. De AUDIT-score is niet afwijkend bij die patiënt.

Van de 35 deelnemende vrouwen komen er 22 in aanmerking voor een mammografie. Hiervan nemen 17 vrouwen deel aan het bevolkingsonderzoek. Aan de overige 5 personen wordt deelname geadviseerd. Bij 4 patiënten wordt een verdere risicobepaling gedaan. Eén patiënte heeft nood aan een aangepast opvolgingsschema, wat al voor de studie op punt stond.

Vijfentwintig patiënten komen in aanmerking voor deelname aan het bevolkingsonderzoek voor baarmoederhalskanker. Bij 20 vrouwen gebeurt die opvolging correct. De overige 5 vrouwen krijgen advies en voorlichting. Geen van deze 5 patiënten laten een uitstrijkje nemen.

Er komen 65 patiënten in aanmerking voor screening naar darmkanker. Zevenendertig personen werden uitgenodigd voor het bevolkingsonderzoek en hiervan namen 20 personen deel. Alle patiënten ouder dan vijftig waarbij nog geen iFobt is uitgevoerd, krijgen informatie over de test. Bij het afsluiten van het onderzoek is een iFobt afgenomen bij 6 patiënten uit die laatste groep.

Levensgewoontes worden bij 47 personen besproken. Het voedings- en bewegingspatroon worden respectievelijk bij 12 en 15 patiënten besproken. Twintig patiënten krijgen gecombineerd advies.

DEPRESSIE

Screening voor depressie is positief bij 12 patiënten. Bij 6 personen was die diagnose reeds gesteld. De BDI-score wordt bij 3 patiënten (niet-gediagnosticeerd) afgenomen. Dat leidt bij 2 personen tot aanpassen van de therapie: 1 patiënt wordt verwezen, voor de andere patiënt wordt medicatie en opvolging door de huisarts opgestart.

Cardiovasculair risico	
Risico besproken	34
Levensstijl	31
Medicatie aanpassen	3
Opvolging aanpassen	2
Diabetes	
Diabetes	2
GNG	14
Levensstijl besproken	14
Medicatie aanpassen	0
Opvolging aanpassen	5
Opstarten diabetespas	2
Roken	
Roker	10
Ex-roker	12
Rookstop besproken	10
Start Rookstop	1
Preparatiefase	2
Tetanus	
Niet in orde	57
Tetanus toegediend	32
Aanpassen van dossier	14
Tetanus geweigerd	4
Toediening gepland	7
Pneumokok	
Doelpopulatie	39
In orde	4
Toegediend	15
Aanpassen van dossier	1
Geweigerd	11
Toediening gepland	8
Alcohol	
Screening positief	1
Noodzaak aan actie	0
Mammografie	
Doelpopulatie	22
In orde	17
Advies mammografie	5
Risicobepaling	4
Uitstrijkje	
Doelpopulatie	25
In orde	20
Advies uitstrijkje	5
ColonCarcinoom	
Doelpopulatie	65
Populatie-onderzoek	20
Advies	45
iFobt afgenomen	6
Levensgewoontes	
Beproken	47
Beweging en voeding	20
Beweging	15
Voeding	12
Depressie	
Screening positief	12
Depressie gekend	6
BDI afgenomen	3
Aanpassen therapie	2

Tabel 5. Besproken modules

5. DISCUSSIE

Dit onderzoek, waarin de patiënten via case-finding werden uitgenodigd, toont aan dat de responsratio voor het invullen van de preventieve vragenlijst op de tablet 38% bedraagt. De responsratio, na schriftelijke uitnodiging, voor deelname aan het preventieconsult bedraagt 36%. De registratie en opvolging van cardiovasculaire risico, diabetes mellitus type II, screening voor coloncarcinoom en vaccinatiestatus (Tetanus, Pneumokokken) stijgen. De registratie van rookstatus, mammografie en uitstrijkjes stijgen. Het effect op levensstijl (voeding, beweging, rookstatus, alcohol) en detectie van depressie is minder duidelijk.

RESPONSRATIO INVULLEN GMDPLUS-VRAGENLIJST

De responsratio voor het invullen van de vragenlijst is lager dan vergelijkbare studies waarin patiënten mondeling via case-finding worden geselecteerd. De responsratio in de onderzoeken, die geen gebruik maken van de tablet, varieert van 35% tot 58%.[14-17]
Een belangrijke beperking in het onderzoek is het gedrag van de artsen. Slechts drie van de vijf dokters in de praktijk nodigden alle patiënten consequent uit. Enkele redenen hiervoor zijn: vergetelheid, beperkte interesse in het project of tijdsgebrek. Dat wordt ook vermeld in de studie van Tratsaert.[18]
Anderhalf jaar na het opstarten van de GMDplus-vragenlijst heeft 75% van de patiënten tussen 45 en 75 jaar de vragenlijst ingevuld. Herhaald aanbrengen van het onderwerp en verhoogde aandacht voor preventie bij arts en patiënt spelen hierin een belangrijke rol.
Het gebruik van de tablet wordt, gezien de goede resultaten op lange termijn, verdergezet in de praktijk.

RESPONSRATIO DEELNAME PREVENTIECONSULT

De responsratio voor het preventieconsult is vergelijkbaar met andere studies, waarin de responsratio varieert van 11-58%.[14-28] In die studies worden de patiënten, net als in deze studie, schriftelijk uitgenodigd om deel te nemen aan het preventieconsult.
Na het afsluiten van de studie nemen nog patiënten deel, hun gegevens worden niet opgenomen in de verwerking van de resultaten. Ze melden zich spontaan aan of worden door de arts aangesproken. Ze geven aan dat ze dit vergeten zijn, geen tijd hebben of dit wensen te combineren met een normale consultatie
Opvallend is het hoge deelnamecijfer bij patiënten tussen 70-75. Patiënten uit die groep vertonen vaker chronische ziektes, waardoor ze vaker op raadpleging komen. Dat is een mogelijke verklaring voor de hoge resultaten.
Patiënten worden ongeveer 9 maanden na het invullen van de vragenlijst uitgenodigd op de raadpleging. Mogelijk heeft dat een negatief effect op de respons.

GEBRUIK TABLET

Patiënten reageren positief op de introductie van de tablet. Het overzetten van de data is arbeidsintensief, het tablet-programma is niet automatisch gekoppeld aan HealthOne. Eerdere

studies vermelden de goede betrouwbaarheid, maar kunnen geen meerwaarde in tijd voor het gebruik van de tablet aantonen.[21,23] De studie van Audenaert toont aan dat depressie vaker wordt bevraagd bij het gebruik van de tablet. De onderzoeker vermeldt ook, net zoals wij ervaren, dat de vraag rondom alcoholgebruik verkeerd wordt geïnterpreteerd. Patiënten ervaren de vraag 'Drinkt u alcohol' als negatief.[21] Die vraag wordt anders geformuleerd in de papieren vragenlijst.
Ondanks die beperkingen wordt het gebruik van de tablet verdergezet.

MODULES

Het bespreken van het cardiovasculaire risico leidt tot een verbetering van correcte medicatie-inname, opvolging van de patiënt en registratie van het risicoprofiel. Dat is consistent met de eerder uitgevoerde onderzoeken van Hoorens en De Clerck.[24,28]
Alle patiënten in de groep met een hoog CVR risico nemen geneesmiddelen in. Toch wordt bij 3 patiënten het medicatieschema aangepast, 2 patiënten worden intensiever opgevolgd. Het is onduidelijk waarom ze incorrect werden opgevolgd.
Opvallend is de overbehandeling in de groep met een laag CVR: 9 patiënten nemen onterecht een statine in. Die groep bestaat voornamelijk uit jonge, mannelijke rokers met een familiale voorgeschiedenis. Dat wordt ook aangehaald in de studie van Lambrechts.[25]

Na het doornemen van de module verbetert de opvolging van diabetespatiënten en patiënten met GNG. Opvolging van diabetespatiënten is een pijnpunt binnen de praktijk.

Na het preventieconsult stijgt de registratie van de rookstatus significant. Dat wordt ook aangetoond in de studies van Dejonghe, De Clerck en Demuynck. [14, 28, 29]
Van de deelnemers rookt 12%, dat is lager dan het Belgische gemiddelde van 24% uit 2004.[30] Rokers nemen minder vaak deel aan het preventieconsult.[31]
Het effect van het preventieconsult op rookstop is moeilijk aan te tonen. Tijdens de studieperiode stopt 1 patiënt met roken. Het is onduidelijk of het preventieconsult een voordeel inhoudt. Na afloop van het onderzoek raadplegen 2 patiënten, die eerder langskwamen op het preventieconsult, i.v.m. rookstopbegeleiding.

Zowel de registratie als toediening van het tetanusvaccin stijgen na het preventieconsult. Artsen binnen de praktijk hadden weinig aandacht voor de vaccinatiestatus, dat wordt beter voor alle leeftijdsgroepen na het preventieconsult. Daarnaast wordt het vaccin dikwijls toegediend op spoed of bij een andere arts. Dat wordt in de verwijsbrief vermeld, maar niet overgezet in het dossier. Naar de toekomst speelt de nieuwe medische software een belangrijke rol: er is een duidelijke registratiemodule voor vaccinaties en een rappel kan worden ingesteld.

Ook voor het pneumokokkenvaccin stijgt de registratie en de toediening. Ondanks een praktijkverbeterproject van een HAIO enkele jaren terug, is de vaccinatie- en registratiegraad laag. Een belangrijk deel van de doelpopulatie weigert vaccinatie. Aangehaalde redenen hiervoor zijn: beperkt effect, kostprijs en beschikbaarheid (patiënten moeten het zelf ophalen bij de apotheek).

Deze studie toont geen effect van de alcoholmodule op de registratie en detectie van overmatig gebruik.

De prevalentie van problematisch alcoholgebruik bedraagt 12%.[32] Dat wordt niet weerspiegeld in de resultaten. Net als rokers, nemen die patiënten minder deel aan het preventieconsult. Dat komt ook naar voor in de studie van Verhaegen.[15]
Er is geen betere registratie van problematisch alcoholgebruik, in tegenstelling tot de studie van De Clerck en Vanhulsel.[27, 28] Die studies maken geen gebruik van de tablet. Hoewel bij het gebruik van de tablet de vragen minder kunstmatig overkomen, zorgt de manier van vraagstelling voor problemen.[27] De vraag "Gebruikt u alcohol?" komt zeer agressief over. Vermoedelijk wordt niet alle gebruik van alcohol correct geregistreerd. Dat wordt ook opgemerkt in de studie van Audenaert.[21]
Twee patiënten, gekend met alcoholgebruik, worden niet geregistreerd met behulp van de vragenlijst.
De uitgevoerde studie stelt de bruikbaarheid van de alcoholmodule in vraag.

Het preventieconsult biedt geen meerwaarde bij de georganiseerde screening naar borstkanker. Zevenenzeventig procent van de patiëntes neemt deel aan het tweejaarlijkse programma voor borstkankerscreening. Hoewel hoger dan het Belgische gemiddelde, 50,2%, is dat gelijklopend met andere Manama-projecten rondom het gebruik van de GMDplus-vragenlijst. De responsratio voor de georganiseerde screening varieert van 75-83%.[21,23,27] Dat weerspiegelt de deelname van de 'worried well' aan dit preventieconsult. Aanspreken van patiënten die niet deelnemen aan het populatie-onderzoek heeft een beperkt effect. Die patiëntes geven aan dat ze dat een ongemakkelijk onderzoek vinden, er niet in geloven of een te drukke agenda hebben.
Het consult maakt 'het risico op borstkanker' bespreekbaar. Voor enkele patiënten was dat de ideale gelegenheid om 'de familiale kans' op borstkanker te bespreken.
Hoewel het effect op de deelname aan het bevolkingsonderzoek beperkt is, maakt die module het risico op kanker bespreekbaar.

Hetzelfde is zichtbaar bij de afname van cervix-uitstrijkjes. De deelname binnen de praktijk is veel hoger dan het Belgische gemiddelde: 80% vs 59%, maar vergelijkbaar met andere studies.[34] Vanhulsel en Audenaert noteren een deelname van 68% en 83%.[21,27] Die hoge resultaten worden wellicht ook verklaard door het profiel van één van de artsen: vrouwelijk met interesse voor gynaecologie. Ook hier is het aanspreken van de patiënten weinig van nut.

Advies voor afname iFOBT heeft enkel een effect in de groep die niet wordt uitgenodigd voor het populatie-onderzoek.
Achtenveertig procent van de Vlamingen neemt deel aan het preventieve onderzoek naar dikkedarmkanker.[35] In de praktijk bedraagt de deelname 54%. Na het preventieconsult stijgt de afname en registratie binnen de groep die niet uitgenodigd werd voor het bevolkingsonderzoek. In de groep die uitgenodigd werd voor het bevolkingsonderzoek is dat effect niet zo groot. Mogelijks omdat die mensen reeds een rappel hadden ontvangen. In tegenstelling tot uitstrijkje en borstkankeronderzoek, is de prevalentie gelijklopend met de Vlaamse bevolking. De onbekendheid van het onderzoek is hiervan een mogelijke oorzaak. Net zoals bij borstkanker was dat voor enkele patiënten de ideale gelegenheid om hun vragen omtrent het familiale risico te stellen.

Aanpassen van voeding en beweging is de eerste stap bij het aanpakken van diabetes, overgewicht en het verlagen van het CVR. In dit onderzoek komt naar voor dat bij vele patiënten de levensstijl

voor verbetering vatbaar is. Het meten van gedragsverandering was geen doel van dit onderzoek. Het is onduidelijk welk effect het voedings- en bewegingsadvies heeft op lange termijn.[36,37]

DEPRESSIE

De diagnose van depressie stijgt na het preventieconsult. Opvallend is dat 3 patiënten weigeren om de BDI-vragenlijst in te vullen. Ondanks een positieve screening, geven ze aan geen depressieve kenmerken te ervaren. Schaamte, angst, ontkenning, gebrek aan vertrouwen in de HAIO zijn hiervoor mogelijke verklaringen. Eén patiënte, met milde depressie volgens BDI, gaf aan dat dit een goede manier is om dat onderwerp bespreekbaar te maken.
Door het lage aantal patiënten is het onmogelijk om uitspraken te doen over de waarde van screening naar depressie in die doelgroep.

6. CONCLUSIE

Het gebruik van de tablet om de GMDplus-vragenlijst af te nemen wordt verdergezet binnen de praktijk: De responsratio voor het preventieconsult is vergelijkbaar met andere studies en het gebruiksgemak is hoog.

Dit onderzoek toont aan dat er enkele blinde vlekken zijn binnen de praktijk. Uitstrijkjes en mammografie worden goed opgevolgd. Vaccinaties en levensstijladvies verdienen meer aandacht.

Het nut van het preventieconsult is minder duidelijk bij het geven van levensstijladvies, bevragen van alcoholmisbruik en depressie. Verder onderzoek naar de plaats van die modules binnen het preventieconsult is nodig.

7. REFERENTIELIJST

1. Baeten R, Govaerts F, Jacobs L, Smets A, Smets K, Teughels S, et al. Gezondheidsgids: Domus Medica; 2011.

2. RIZIV. Nomensoft. Internetsite RIZIV. Beschikbaar via https://www.riziv.fgov.be/webprd/appl/pnomen/DetailNomen.aspx?lg=N&id=102395#top . Geraadpleegd 2015 april 4.

3. Walter U, Flick U, Neuber A, Fischer C, Hussein RJ, Schwartz FW. Putting prevention into practice: qualitative study of factors that inhibit and promote preventive care by general practitioners, with a focus on elderly patients. BMC family practice. 2010;11:68.

4. Dubey V, Mathew R, Iglar K, Moineddin R, Glazier R. Improving preventive service delivery at adult complete health check-ups: the Preventive health Evidence-based Recommendation Form (PERFORM) cluster randomized controlled trial. BMC family practice. 2006;7:44

5. Geense WW, van de Glind IM, Visscher TL, van Achterberg T. Barriers, facilitators and attitudes influencing health promotion activities in general practice: an explorative pilot study. BMC family practice. 2013;14:20.

6. Brotons C, Bjorkelund C, Bulc M, Ciurana R, Godycki-Cwirko M, Jurgova E, et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. Preventive medicine. 2005 May;40(5):595-601. PubMed PMID: 15749144. Epub 2005/03/08.

7. Boulware LE, Marinopoulos S, Phillips KA, Hwang CW, Maynor K, Merenstein D, et al. Systematic review: the value of the periodic health evaluation. Annals of internal medicine. 2007;146(4):289-300.

8. Morreel S, Van Peer W, Verhoeven V. Combining multiple prevention strategies in one health questionnaire: a pilot study. International Journal of Prevention and Treatment. 2012;1(3):44-48

9. Krogsboll LT, Jorgensen KJ, Gronhoj Larsen C, Gotzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. Bmj. 2012;345:e7191.

10. Mitchell AJ, Coyne JC. Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? Br J Gen Pract 2007;57:144-51

11. Gilbody S, House AO, Sheldon TA. Screening and case finding instruments for depression. The Cochrane database of systematic reviews. 2005(4):CD002792.

12. Gilbody S, House AO, Sheldon TA. Routinely administered questionnaires for depression and anxiety: systematic review. BMJ 2001;322:406

13. US Preventive Task Force. Screening for depression in alults and older adults in primary care. An updated review. Beschikbaar via: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Topic/recommendation-summary/depression-in-adults-screening. Geraadpleegd 2015 april 1.

14. Demuynck L. De brug tussen preventie en EMD 'Kan informatisering een meerwaarde bieden bij de implementatie van de gezondheidsgids in de praktijk?' Masterproef Huisartsgeneeskunde 2012.

15. Verhaegen S. Is de implementatie van de preventiemodule kwaliteitsverbeterend voor een huisartsenpraktijk? Masterproef Huisartsgeneeskunde 2012.

16. Feys C, Fouvry J. Implementatie van de preventiemodule (op basis van de gezondheidsgids) in de huisartsenpraktijk: Wat is de responsratio en wat vindt de patiënt hiervan? Masterproef Huisartsgeneeskunde 2012.

17. Kavalevich N. Actief aanbieden van een preventieconsult, onder de vorm van gmd plus. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2013.

18. Tratsaert E. Implementatie van de GezondheidsGids van Domus Medica in de praktijk. Masterproef huisartsgeneeskunde 2012.

19. Pauwels L. Introductie van de Gezondheidsgids in de praktijk. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2011.

20. Ruymbeke T. Impact van de invoering van het preventieplan op de screening naar colorectaalkanker. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2012.

21. Audenaert T. Technologische en verpleegkundige ondersteuning in het preventieconsult: baat het of schaadt het? Masterproef huisartsgeneeskunde 2014.

22. Adriaensens I. Gebruik van een regionaal preventiecentrum in een landelijke huisartsenpraktijk: Blijft de organisatie binnen de eigen praktijk belangrijk?

23. Verleysen J. Nieuwe hoop vor GMD+: een digitale versie? Masterpreof Huisartsgeneeskunde 2014.

24. Hoorens S. Optimalisatie van de GMD+ registratie door introductie van een preventieconsult. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2014.

25. Schippers W, Lambrechts T. Het GMD+ in een groepspraktijk met behulp van het Preventiecentrum Regio Turnhout. Met speciale aandacht voor vroegtijdige opsporing van COPD dmv spirometrie. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2014.

26. Delanoye A. Implementatie van het GMD+ in de huisartspraktijk. Bestuderen van methodes voor actieve patiënten rekrutering en kenmerken van de participerende populatie. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2013.

27. Vanhulsel S. Het GMD+ in onze praktijk. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2013.

28. De Clerck K. Optimaliseren van preventie in de huisartspraktijk door gebruik te maken van een "call" en de medische vragenlijst van de gezondheidsgids. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2012.

29. De Jonghe E. Het gebruik van de preventiemodule in het elektronisch medisch dossier. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2013.

30. Gailly J. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering : stoppen met roken. Berchem: Domus Medica 2005

31. Mennes S. GMD-plus: een recept voor de praktijk. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2013.

32. Michels J, Hoeck S, Dom G, Goossens M, Van Hal G, Van Royen P. Problematisch alcoholgebuik: aanpak door de huisarts. Huisarts Nu 2011;40:S137-S160.

33. Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Deelnamegraad aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Beschikbaar via: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Ziekten/Borstkankeropsporing/Deelnamegraad-aan-het-bevolkingsonderzoek-naar-borstkanker/ . Geraadpleegd 2015 april 4.

34. Smeets F, Verhoeven V, Baay M et al. Cervixkankerscreening. Huisarts Nu 2011; 40:S64-S88

35. Onderzoek naar dikkedarmkanker. Professionelen. Beschikbaar via: https://www.bevolkingsonderzoek.be/dikkedarmkanker/professionelen-professionelen. Geraadpleegd 2015 april 4.

36. Vallenpint D. Het GMD+ kritisch bekeken: heeft het afnemen ervan een invloed op de levensstijl? Masterproef Huisartsgeneeskunde 2014.

37. Boonen S. “Actieve voedings- en bewegingsbegeleiding van patiënten met hypercholesterolemie. Lukt het mensen te motiveren tot een gezondere levensstijl en wat zijn de effecten op het cholesterolgehalte?”. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2014.

38. Beck A, Ward C, Mendelson M . Beck Depression Inventory (BDI). Arch Gen Psychiatry 1961; 4 (6): 561–571

8. BIJLAGE

BIJLAGE 1: Tabel met patiënt-, arts- en praktijkgebonden kenmerken die de implementatie van preventie bemoeilijken.

	Belemmerende factoren

Patiënt[4]	- Weinig motivatie
	  o Indien geen symptomen, weinig wil tot veranderen
	  o Zien gedrag als sociaal geaccepteerd (vb. alcoholgebruik)
	- Financieel: onvoldoende of niet terugbetaald
	- Lage verwachtingen van preventie
	- Oudere patiënten hebben meer weerstand tegenover preventie
	- Verwachten dat artsen het werk doen
	- Weerstand tegenover screeningstest

Arts[4]	- Onvoldoende kennis van preventieve aanbevelingen en richtlijnen
	- Onvoldoende kennis over motivationele technieken en gesprekstechnieken
	  o Overbodige technische onderzoeken worden uitgevoerd [5]
	- Onderschatting van het effect van preventie
	- Hoge werkdruk
	- Oudere patiënt (hoeveel valt er nog te winnen?)
	- Lage compliantie van de patiënt
	- Eigen overtuigingen en gedrag:
	  o Rokende artsen bieden minder rookstopadvies [5]
	  o Sedentaire artsen bieden minder bewegingsadvies [5]
	  o Weinig geloof in preventie

Gezondheidszorgsysteem[4]	- Geen of onvoldoende terugbetaling
	- Fragmentatie van de zorg[6]
	  o Zowel nationale programma's als onderzoeken binnen de eigen praktijk
	  o Samenwerking met andere disciplines
	  o Verschillende instanties betrokken bij screening en opvolging
	- Te weinig services
	- Lange wachttijden
	- Te weinig continuïteit
	- Nadruk op aanpak van acute gezondheidsproblemen
	- Te weinig kennis over preventieve mogelijkheden in de algemene populatie
	- Risicogroepen moeilijk te bereiken
	- Geen remindersysteem (medische software, recall)
	- Steun van de overheid vb. Opheffen van rookverbod in de café's [6]

BIJLAGE 2:

Dubey. et al.	- Tanden poetsen - Meten van de bloeddruk - Navragen van alcoholgebruik - Navragen van rookgewoonten, rookstop bespreken - Tetanus immunisatie - Foliumzuur aanraden - Mammografie, uitstrijkje, fecaal occulte bloedtest
Morreel et al.	Significant: - Geplande cardiovasculaire screening - Gewicht, middelomtrek, BMI > 30 - Screening voor diabetes - Mammografie - Uitstrijkje - iFobt Niet significant: - Bloeddruk, antihypertensiebehandeling, voorgeschiedenis cardiovasculaire ziekte, familiale cardiovasculaire ziekten - Screening voor diabetes, opvolging van GNG, macrosomie, familiale geschiedenis voor diabetes - Roken - Lengte, gewicht - Hart-, long- of nierziekte - Griepvaccin - Familiale borst of ovariumkanker, familiale colorectale kanker - Colonoscopie - Alcohol abusus
Boulware et al.	- Afnemen uitstrijkje - Screenen naar hypercholesterolemie - Afname occult faecale bloedtest

BIJLAGE 3: De tablet maakt gebruik van de GMDplus-vragenlijst opgesteld door Medical Time Management. De modules: osteoporose en gehoorsdaling worden na de studieperiode toegevoegd. Die onderwerpen worden niet besproken tijdens het preventieconsult.

1. *Bent u man of vrouw?*
2. *Hoe oud bent u?*
3. *Heb u een te hoge bloeddruk?*
4. *Neemt u medicatie voor een te hoge bloeddruk?*
5. *Hebt u diabetes (suikerziekte)?*
6. *Welk type diabetes heeft u?*
7. *Hebt u een hart- of vaatziekte (gehad)? (hartinfarct, beroerte, vaatvernauwing)*
8. *Heeft uw vader of broer een hart- en vaatziekte (gehad) voor zijn 55 jaar?*
9. *Heeft uw moeder of zuster een hart- en vaatziekte (gehad) voor haar 65 jaar?*
10. *Rookt u ?*
11. *Eet u dagelijks groenten?*
12. *Komt u aan 30 minuten lichaamsbeweging per dag?*
13. *Lengte en gewicht?*
14. *Heeft uw arts u ooit gesproken over verhoogde suiker in uw bloed?*
15. *Had u verhoogde suiker tijdens uw zwangerschap ?*
16. *Had u verhoogde suiker tijdens een ziekenhuisopname?*
17. *Bent u bevallen van een baby van 4,5 kg of meer?*
18. *Heeft uw vader, moeder, broer of zus diabetes (suikerziekte)?*
19. *Is uw vaccinatie tegen tetanus meer dan 10 jaar geleden?*
20. *Bent u longpatiënt?*
21. *Heeft U borstkanker (gehad)?*
22. *Komt borstkanker of eierstokkanker voor in uw familie?*
23. *Is uw laatste mammografie meer dan 2 jaar geleden?*
24. *Is uw laatste uitstrijkje meer dan 3 jaar geleden?*
25. *Komt er darmkanker voor bij uw vader, moeder, broer of zus?*
26. *Gebruikt u alcoholische dranken? (bier, wijn, sterke drank)*
27. *Hoeveel glazen per week?*
28. *Heeft u het voorbije jaar meer geneesmiddelen ingenomen dan u wilde?*
29. *Heeft u het voorbije jaar het verlangen of de noodzaak gevoeld om te stoppen met geneesmiddelen innemen?*
30. *Vergat u al eens om uw medicijnen in te nemen?*
31. *Neemt u regelmatig slaappillen of kalmeermiddelen?*
32. *Hoelang rookt(e) u regelmatig (= vanaf 1 sigaret per dag)?*
33. *Bent u gestopt met roken?*
34. *Hoelang bent u gestopt?*
35. *Hoeveel sigaretten rookt(e) u per dag?*
36. *Hoeveel maal probeerde u reeds te stoppen?*
37. *Neemt (nam) u uw eerste sigaret minder dan 30 minuten nadat u wakker wordt?*
38. *Neemt (nam) u een sigaret omdat*
    A) het effect van de vorige is uitgewerkt of
    B) omdat het u een goed gevoel geeft
39. *Hoe oud was u toen de kanker geconstateerd werd?*
40. *Heeft uw moeder, vader, zus, broer, zoon of dochter borstkanker (gehad)?*
41. *Hoe oud was deze persoon toen de kanker geconstateerd werd?*

42. *Heeft uw grootvader, grootmoeder, oom, tante, nicht, neef, halfbroer of halfzus borstkanker (gehad)?*
43. *Hoe vaak drink je alcohol?*
44. *Hoeveel glazen drink je op de dag dat je alcohol drinkt?*
45. *Hoe vaak gebeurt het dat je zes glazen of meer drinkt bij één enkele gelegenheid?*
46. *Hoe vaak had je het afgelopen jaar het gevoel dat je, van zodra je begon, niet meer kon stoppen met drinken?*
47. *Hoe vaak ben je er door te drinken het afgelopen jaar niet in geslaagd om te doen wat er van je verwacht werd?*
48. *Hoe vaak heb je het afgelopen jaar behoefte gehad aan alcohol om jezelf er weer bovenop te helpen na een avondje stappen?*
49. *Hoe vaak heb je het afgelopen jaar schuld of berouw gevoeld nadat je gedronken had?*
50. *Hoe vaak kon je je het afgelopen jaar de gebeurtenissen van de avond voordien niet meer herinneren?*
51. *Raakte jezelf of een ander ooit gewond ten gevolge van je drinkgedrag?*
52. *Heeft een vriend, dokter of andere gezondheidsmedewerker zich ooit zorgen gemaakt over je drinken of je aangeraden minder te drinken?*
53. *Werd u de voorbije twee weken vaak gehinderd door depressieve gevoelens of hopeloosheid?*
54. *Werd u de voorbije twee weken vaak gehinderd door weinig interesse of plezier in de dingen die u deed?*
55. *Heeft u last van kortademigheid of chronische hoest of overdreven slijmproductie?*
56. *Werd u in het verleden op het werk blootgesteld aan stof of chemicaliën, rook of dampen?*
57. *Eet u dagelijks fruit?*
58. *Bent u hartpatiënt?*
59. *Bent u leverpatiënt?*
60. *Bent u nierpatiënt?*
61. *Hebt u de indruk dat u minder goed hoort?*
62. *Voelt u zich vanwege een gehoorprobleem in verlegenheid gebracht als u nieuwe mensen ontmoet?*
63. *Ondervindt u door uw gehoorprobleem moeilijkheden als u met uw gezinsleden praat?*
64. *Ervaart u problemen met het horen/begrijpen van mensen uit uw directe omgeving (collega's, vrienden, ...)?*
65. *Voelt u zich als gevolg van uw gehoorverlies beperkt in uw dagelijkse activiteiten?*
66. *Ervaart u als gevolg van een gehoorprobleem moeilijkheden tijdens bezoeken aan vrienden, familieleden of buren?*
67. *Ervaart u als gevolg van een gehoorprobleem moeilijkheden in de bioscoop, het theater of een concert?*
68. *Levert uw gehoorprobleem u soms een conflict op met uw gezinsleden?*
69. *Ervaart u als gevolg van een gehoorprobleem moeilijkheden bij het luisteren naar de televisie of radio?*
70. *Heeft u het gevoel dat problemen met uw gehoor uw persoonlijke of sociale leven beperken of verstoren?*
71. *Ervaart u als gevolg van een gehoorprobleem moeilijkheden als u met familieleden of vrienden naar een restaurant gaat?*

BIJLAGE 4: Uitnodiging Preventieconsult

Huisartsenpraktijk
Dr Dirk Mertens
Dr Marleen Piccard
Dr Thomas Mertens
Dr Tine Lamaire
Stationsstraat 166 3920 Lommel
Tel 011/54.36.83 Fax 011/55.11.42

Lommel, 6/08/2014

Beste Patiënt,

Een tijdje terug hebt u, in het kader van mijn eindwerk, de GMDplus-vragenlijst ingevuld op een tablet. Hierin werd o.a. gepeild naar: vaccinatiestatus voor Tetanus, kans op hart- en vaatziekten, kans op suikerziekte, ... Na de verwerking van uw antwoorden blijkt dat we bij u enkele preventieve zaken op punt kunnen stellen.

U kan hiervoor een afspraak maken op het telefoonnummer 011/54.36.83. Bellen kan elke voormiddag tussen 8 uur en 12 uur.

Met vriendelijke groeten,

Dr. Mertens Dirk
Dr. Piccard Marleen
Dr. Mertens Thomas
Dr. Lamaire Tine

BIJLAGE 5: Informed consent: deelname preventie-consult, deelname onderzoek depressie

Informed conscent deelname preventieconsult:

Beste Patiënt,

Onze huisarts-in-opleiding (HAIO), dr. Lamaire Tine, voert in het kader van haar opleiding een onderzoek uit. Het onderzoek richt zich op de vragenlijst die u een tijdje geleden hebt ingevuld.

In het onderzoek wordt nagegaan hoeveel patiënten deelnemen aan het preventie-consult en hoeveel persoonlijke preventieplannen worden opgesteld. Graag nodigen we u uit om deel te nemen aan het onderzoek, dat is natuurlijk niet verplicht. Patiënten die niet-deelnemen aan de studie ontvangen dezelfde opvolging en behandeling als patiënten die deelnemen. Er zijn geen risico's verbonden aan dit onderzoek. Indien u instemt, worden data uit de GMDplus-vragenlijst en uit het preventie-consult verwerkt om in de studie te gebruiken. Dat valt steeds onder het beroepsgeheim. Tijdens het preventie-consult wordt gevraagd of u wil deelnemen aan deze studie. Indien u met vragen zit, kunt u steeds bij uw arts terecht.

Starten met het GMD+: Oproepen van de patiënten na het invullen van de vragenlijst op een tablet. Effect op detectie en behandeling van depressie.

HAIO: Dr. Lamaire Tine

Promotor: Dr. B. Schoenmakers

Praktijkopleider: Dr. M. Piccard

Praktijk: Stationsstraat 166, 3920 Lommel

011/54.36.83

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en [indien aanwezig] de risico's en belasting van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgave van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer: ……..

Datum: …… Handtekening deelnemer: ….……

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker: ……..

Datum: …… Handtekening onderzoeker: .……

BIJLAGE 5: Informed Consent deelname onderzoek i.v.m. depressie

Beste Patiënt,

Onze huisarts-in-opleiding (HAIO), dr. Lamaire Tine, voert in het kader van haar opleiding een onderzoek uit. Het onderzoek richt zich op de vragenlijst die u een tijdje geleden hebt ingevuld.

In het onderzoek wordt nagegaan hoeveel patiënten deelnemen aan het preventie-consult en hoeveel persoonlijke preventieplannen worden opgesteld. Graag nodigen we u uit om deel te nemen aan het onderzoek, dat is natuurlijk niet verplicht. Patiënten die niet-deelnemen aan de studie ontvangen dezelfde opvolging en behandeling als patiënten die deelnemen. Er zijn geen risico's verbonden aan dit onderzoek. Indien u instemt, worden data uit de GMDplus-vragenlijst en uit het preventie-consult verwerkt om in de studie te gebruiken. Dat valt steeds onder het beroepsgeheim. Tijdens het preventie-consult wordt gevraagd of u wil deelnemen aan deze studie. Indien u met vragen zit, kunt u steeds bij uw arts terecht.

Uit de vragenlijst kwam naar voor dat u mogelijks lijdt aan een depressie. Daarom nodigen we u graag uit voor een gesprek over dat onderwerp. We gaan na of er daadwerkelijk sprake is van een depressie. Als er sprake is van depressieve symptomen, wordt besproken hoe die best aangepakt worden.

In het kader van haar opleiding onderzoekt onze huisarts-in-opleiding (HAIO), dr. Lamaire Tine, het nut van screening naar depressie aan de hand van de GMDplus-vragenlijst. Daarvoor wordt bij alle patiënten die positief screenen voor depressie een tweede vragenlijst, de BDI-vragenlijst, afgenomen. Dat dient om de diagnose van depressie te ondersteunen en de therapie te bepalen. De patiënt wordt volgens de huidige richtlijnen behandeld en/of verwezen. Graag nodigen we u uit om deel te nemen aan het onderzoek, dat is natuurlijk niet verplicht. Patiënten die niet deelnemen aan de studie ontvangen dezelfde opvolging en behandeling als patiënten die deelnemen. Er zijn geen risico's verbonden aan dit onderzoek. Indien u instemt, worden data uit de GMDplus-vragenlijst en uit het preventie-consult verwerkt om in de studie te gebruiken. Dat valt steeds onder het beroepsgeheim. Tijdens het preventie-consult wordt gevraagd of u wil deelnemen aan deze studie. Indien u met vragen zit, kunt u steeds bij uw arts terecht

Starten met het GMD+: Oproepen van de patiënten na het invullen van de vragenlijst op een tablet. Effect op detectie en behandeling van depressie.

HAIO: Dr. Lamaire Tine

Promotor: Dr. B. Schoenmakers

Praktijkopleider: Dr. M. Piccard

Praktijk: Stationsstraat 166, 3920 Lommel

011/54.36.83

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en [indien aanwezig] de risico's en belasting van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgave van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer: ……..

Datum: …… Handtekening deelnemer: ….……

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker: ……..

Datum: …… Handtekening onderzoeker: ……

BIJLAGE 6: Beck Depression Inventory, Nederlandstalig

Deze vragenlijst bestaat uit een aantal uitspraken die in groepen bij elkaar staan (A t/m U). Lees iedere groep aandachtig door. Kies dan bij elke groep die uitspraak die het best weergeeft hoe u zich de afgelopen week tot en met vandaag heeft gevoeld. Omcirkel het cijfer dat voor de door u gekozen uitspraak staat. Als in een groep meerdere uitspraken even goed op u van toepassing lijken, omcirkel dan het cijfer van elk van die uitspraken. Let erop dat u alle uitspraken van een bepaalde groep leest, voordat u een keuze maakt.

A. 0. Ik voel me niet verdrietig.
1. Ik voel me verdrietig.
2. Ik ben voortdurend verdrietig en ik kan het niet van me afzetten.
3. Ik ben zo verdrietig of ongelukkig dat ik het niet meer kan verdragen.

B. 0. Ik ben niet bijzonder moedeloos over de toekomst.
1. Ik ben moedeloos over de toekomst.
2. Ik heb het gevoel dat ik niets heb om naar uit te zien.
3. Ik heb het gevoel dat de toekomst hopeloos is en dat er geen kans op verbetering is.

C. 0. Ik voel me geen mislukking.
1. Ik heb het gevoel dat ik vaker iets verkeerd heb gedaan dan een gemiddeld iemand.
2. Als ik op mijn leven terug kijk, zie ik alleen maar een hoop mislukkingen.
3. Ik heb het gevoel dat ik als mens een volledige mislukking ben.

D. 0. Ik beleef overal net zoveel plezier aan als vroeger.
1. Ik geniet niet meer zoals vroeger.
2. Ik vind nergens nog echte bevrediging in.
3. Ik heb nergens meer voldoening van.

E. 0. Ik voel me niet bijzonder schuldig.
1. Ik voel me vaak schuldig.
2. Ik voel me meestal schuldig.
3. Ik voel me voortdurend schuldig.

F. 0. Ik heb niet het gevoel dat ik ergens voor gestraft word.
1. Ik heb het gevoel dat ik nog wel eens gestraft zal worden.
2. Ik verwacht dat ik gestraft zal worden.
3. Ik heb het gevoel dat ik nu gestraft word.

G. 0. Ik voel me niet teleurgesteld in mezelf.
1. Ik ben teleurgesteld in mezelf.
2. Ik walg van mezelf.
3. Ik haat mezelf.

H. 0. Ik heb niet het gevoel dat ik slechter ben dan iemand anders.
1. Ik heb kritiek op mezelf vanwege mijn zwakheden of fouten.
2. Ik geef mezelf steeds de schuld van mijn gebreken.
3. Ik geef mezelf de schuld van al het slechte dat er gebeurt.

I. 0. Ik overweeg absoluut niet om een eind aan mijn leven te maken.
1. Ik overweeg wel eens om een eind aan mijn leven te maken, maar ik zou dat nooit doen.
2. Ik zou een eind aan mijn leven willen maken.
3. Ik zou een eind aan mijn leven maken als ik de kans krijg.

J. 0. Ik huil niet meer dan normaal.
1. Ik huil nu meer dan vroeger.
2. Ik huil nu voortdurend.
3. Ik kon vroeger wel huilen, maar nu kan ik het niet meer, ook al wil ik het wel.

K. 0. Ik erger me niet meer dan anders.
1. Ik raak sneller geërgerd of geprikkeld dan vroeger.

2. Ik erger me tegenwoordig voortdurend.
3. Ik erger me helemaal niet meer aan dingen waaraan ik mij vroeger ergerde.

L. 0. Ik heb mijn belangstelling voor andere mensen niet verloren.
1. Ik heb nu minder belangstelling voor andere mensen dan vroeger.
2. Ik heb mijn belangstelling voor andere mensen grotendeels verloren.
3. Ik heb mijn belangstelling voor andere mensen helemaal verloren.

M. 0. Ik neem nu nog net zo gemakkelijk beslissingen als vroeger.
1. Ik stel het nemen van beslissingen meer uit dan vroeger.
2. Ik heb meer moeite met het nemen van beslissingen.
3. Ik kan helemaal geen beslissingen meer nemen.

N. 0. Ik heb niet het gevoel dat ik er minder goed uitzie dan vroeger.
1. Ik maak me er zorgen over dat ik er oud en onaantrekkelijk uitzie.
2. Ik heb het gevoel dat mijn uiterlijk blijvend veranderd is, waardoor ik er onaantrekkelijk uitzie.
3. Ik geloof dat ik er lelijk uitzie.

O. 0. Ik kan mijn werk ongeveer even goed doen als vroeger.
1. Het kost me extra inspanning om ergens aan te beginnen.
2. Ik moet mezelf er echt toe dwingen om iets te doen.
3. Ik ben helemaal tot niets meer in staat.

P. 0. Ik slaap even goed als vroeger.
1. Ik slaap niet zo goed als vroeger.
2. Ik word ’s morgens één tot twee uur eerder wakker dan gewoonlijk en kan moeilijk weer in slaap komen.
3. Ik word uren eerder wakker dan vroeger en kan dan niet meer in slaap komen.

Q. 0 .Ik word niet sneller moe dan anders.
1. Ik word eerder moe dan anders.
2. Ik word moe van bijna alles wat ik doe.
3. Ik ben te moe om ook maar iets te doen.

R. 0. Ik hen niet minder eetlust dan anders.
1. Ik heb minder eetlust dan vroeger.
2. Ik heb veel minder eetlust dan vroeger.
3. Ik heb helemaal geen eetlust meer.

S. 0. Ik ben zo goed als niet afgevallen de laatste tijd.
1. Ik ben meer dan 2 kilo afgevallen.
2. Ik ben meer dan 4 kilo afgevallen.
3. Ik ben meer dan 6 kilo afgevallen.

T. 0. Ik maak me niet meer zorgen over mijn gezondheid dan anders.
1. Ik maak me zorgen over lichamelijke problemen, bijvoorbeeld als ik ergens pijn voel, als mijn maag van streek is, als ik last heb van verstopping etc...
2. Ik maak me veel zorgen over mijn lichamelijke problemen en het valt niet mee om aan iets anders te denken.
3. Ik maak me zoveel zorgen over mijn lichamelijke problemen dat ik aan niets anders meer kan denken.

U. 0. Ik ben me niet bewust dat er de laatste tijd iets is veranderd aan mijn belangstelling voor seks.
1. Ik heb minder belangstelling voor seks dan vroeger.
2. Ik heb tegenwoordig veel minder belangstelling voorseks.
3. Ik heb mijn belangstelling voor seks helemaal verloren.

Tel nu alle punten uit de vragenlijst op (de punten staan voor elke uitspraak).

De scores:
0-9: geen of minimale depressie
10-14: rand
15-20: licht
21-30: matig
31-40: diepe
41-63: zeer ernstig

Dit is de Nederlandse versie van de “Beck Depression Inventory” die vertaald en aangepast is aan de Nederlandse situatie. (Bouman,TK, Luteijn F,Albersnagel F.A., van der Ploeg F.A.E. Enige ervaringen met de Beck Depression Inventory. Gedrag – Tijdschrift voor psychologie. 1985; 13: 13-24.).

BIJLAGE 7: Goedkeuring etisch comité.

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK VAN DE UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN KULEUVEN
U.Z. GASTHUISBERG
HERESTRAAT 49
B-3000 LEUVEN (BELGIUM)

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Professor Bert Aertgeerts
Diensthoofd vakgroep Huisartsgeneeskunde
Academisch centrum voor Huisartsgeneeskunde
Kapucijnenvoer 33 blok 1 bus 7001
3000 Leuven

ONS KENMERK ML10547
LEUVEN, 23 juni 2014

Starten met het GMD+: Oproepen van de patiënten na het invullen van de vragenlijst op een tablet. Effect op detectie van depressie.

B322201421397 – S56649

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

De Commissie Medische Ethiek van de Universitaire Ziekenhuizen K.U.Leuven heeft vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering van 21 mei 2014.

De Commissie is van oordeel dat de voorgestelde studie wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. In het kader van de gesprekken met Prof. Schotsmans (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek) aangaande dergelijke studies geeft de Commissie dan ook een gunstig advies over dit onderzoeksproject.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Een ledenlijst wordt bijgevoegd.

De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Aandachtspunten: (indien van toepassing)

Indien er een Clinical Trial Agreement is, kan de studie in ons centrum pas aangevat worden wanneer dit Clinical Trial Agreement goedgekeurd en ondertekend werd door de gedelegeerd bestuurder van UZ Leuven.

Studies met geneesmiddelen en sommige studies met "medische hulpmiddelen" dienen door de opdrachtgever aangemeld te worden bij het FAGG.

SECRETARIAAT:
Tel +32 16 34 86 00 Fax +32 16 34 86 01 ec@uzleuven.be ec-submission@uzleuven.be www.uzleuven.be/ec

ONS KENMERK ML10547
UW KENMERK
LEUVEN, 23 juni 2014

Studies met geneesmiddelen mogen slechts aanvangen op voorwaarde dat de minister (FAGG) geen bezwaren heeft kenbaar gemaakt binnen de wettelijke termijnen zoals beschreven in art.13 van de Belgische wet van 7/5/2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.
Voor bepaalde studies met medische hulpmiddelen gelden eveneens wettelijke termijnen (zie KB van 17/3/2009).
Voor meer informatie hieromtrent verwijzen we naar de website van het FAGG www.fagg-afmps.be

Gelieve ook rekening te houden met de regelgeving van het ziekenhuis betreffende weefselbeheer.

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk. 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.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door U waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan de commissie medische ethiek moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Indien de studie niet binnen het jaar beëindigd is, vereist de ICH-GCP dat een jaarlijks vorderingsrapport aan de commissie wordt bezorgd.

Tenslotte verzoeken wij U ons mee te delen indien een studie niet wordt aangevat, of wanneer ze wordt afgesloten of vroegtijdig onderbroken (met opgave van eventuele reden). Gelieve het (al dan niet vroegtijdig) stopzetten van een studie binnen de door de wet vastgelegde termijnen mee te delen en een Clinical Study Report aan de Commissie te bezorgen.

Met collegiale groeten,

Prof. Dr. Walter VAN DEN BOGAERT
Voorzitter Commissie Medische Ethiek
UZ K.U.LEUVEN

Prof. dr. W. Van den Bogaert
Voorzitter
Commissie Medische Ethiek van de UZ KULeuven

Cc CTC Clinical Trial Center

Cc Promotor
Prof. B. Schoenmakers

Student
Lamaire Tine

Cc Mevr. An Stockmans, Administratieve coordinator ICHO vzw