# Het gebruik van de gezondheidsgids in een GMDplus - arme praktijk. Van preventie een plus maken!

Dr. Margriet Pintelon, UGent

Promotor: Prof. Dr. Sara Willems, UGent

Co-promotor: Dr. Peter Decat, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

# WOORDJE VOORAF

Met dit dankwoord wil ik mij richten naar allen die mij geholpen hebben hij het uitvoeren van dit praktijkproject en bij het schrijven van deze MaNaMa-scriptie.

Vooreerst wil ik mijn promotor en copromotor Prof Dr. S. Willems en Dr. Peter Decat bedanken. Ik wil ze bedanken voor hun hulp omtrent de opzet en het design voor dit project, de begeleiding bij het uitvoeren van het project, hulp bij het interpreteren van de resultaten en het nalezen van dit manuscript. Met hun hulp heb ik een zelfgekozen project in de huisartspraktijk tot een goed einde kunnen brengen!

Mijn speciale dank gaat uit naar mijn praktijkopleider Dr. Michel Lebrun, voor het brainstormen omtrent het onderwerp, het uitvoeren van het project en het enthousiasme om hieraan deel te nemen.

Verder wil ik Dr. Charles Rysenaer en de secretaresse Catheline Lebrun bedanken voor de deelname aan het project. Hun medewerking aan het project was essentieel voor het welslagen.

Ten slotte wil ik mijn vriend bedanken voor zijn niet-aflatende steun bij het uitvoeren van dit project en voor het nalezen van dit manuscript.

# INHOUDSTAFEL


Woordje vooraf ..... 3

Abstract ..... 3

I. Inleiding ..... 4

1. Achtergrond ..... 4

2. Keuze van het onderwerp ..... 6

3. Doelstelling ..... 6

4. Onderzoeksvragen ..... 6

II. Literatuuronderzoek ..... 7

1. Zoekstrategie ..... 7

2. Wat zijn de elementen voor een goed gebruik van het EMD? ..... 8

3. Preventieve EMD-tools: welke bestaan er en wat is de meerwaarde hiervan? ..... 10

4. Wat is de meest effectieve wijze om patiënten uit te nodigen voor een preventief onderzoek? Wat is er meer specifiek gekend over uitnodiging via email? ..... 12

5. Welke preventie-items dienen in het dossier genoteerd te worden en waarom? ..... 16

III. Methodologie ..... 18

1. FOCUS-procedure ..... 18

2. Opstellen van het praktijkproject ..... 19

2.1 Setting ..... 19

2.2 Doelgroep ..... 19

2.3 Interventie: ..... 20

2.4 Evaluatie van het project: meten is weten! ..... 22

IV. Resultaten ..... 24

1. Resultaten visgraatdiagram ..... 24

2. De Karakteristieken van de doelpopulatie ..... 25

3. De karakteristieken van de patiënten die deelnamen aan het preventieconsult ..... 26

4. Beoordeling van de registratie van de preventie-items in het EMD ..... 27

V. Bespreking ..... 29

1. Beperkte respons voor het preventieconsult ..... 29

2. Email een waardevol uitnodigingsmiddel ..... 30

3. Betere registratie ..... 31

4. Twijfels omtrent de waarde van het GMD+ ..... 32

5. Beperkingen van deze studie ..... 33

VI. Conclusie ..... 34

VII. Referenties ..... 35
VIII. Appendix ..... 38
Appendix 1: uitnodigingsbrief ..... 39
Appendix 2: informed consent ..... 41

# ABSTRACT

**Context**: In 2010 werd de Gezondheidsgids van Domus Medica voorgesteld. Dit is een hulpmiddel voor vele huisartsen om preventie op een gestandaardiseerde en wetenschappelijk onderbouwde manier in hun praktijk te organiseren. Aan de hand van deze Gezondheidsgids willen we in dit project een preventief beleid in de praktijk implementeren. De patiënten werden uitgenodigd voor een individueel preventieconsult of GMD+.

**Onderzoeksvragen**: Is het gebruik van e-mail een efficiënte manier om patiënten uit te nodigen voor dit onderzoek? Is er een betere registratie in ons dossier van de verschillende preventieparameters na de implementatie van het GMD+?

**Methode**: Alle patiënten met een GMD tussen 45 en 75 jaar werden op een actieve of passieve methode uitgenodigd om deel te nemen aan het preventieconsult. Actief via email of op voorstel van de secretaresse bij het plannen van een jaarlijks bloedonderzoek. Passief via brochures in de wachtzaal. De karakteristieken van de doelpopulatie, de determinanten tot het al dan niet deelnemen aan het preventieconsult en de registratie van preventie-items in het elektronisch medisch dossier (EMD) werden geëvalueerd.

**Resultaten**: De doelpopulatie bestond uit 568 proefpersonen. Eén vierde (146 of 25,7%) gaf hun emailadres. Het geslacht en het type tegemoetkoming bepaalden het al dan niet opgeven van een emailadres. Mannen waren anderhalf keer meer geneigd om hun emailadres op te geven dan vrouwen (OR 1,50; CI 1,02-2,20; p= 0,04). Patiënten met een verhoogde tegemoetkoming gaven minder frequent een emailadres op (OR 0,29; CI 0,15-0,57; P <0,001). Van de 568 patiënten kwamen er 33 patiënten (5,8%) op preventieconsult. Enkel de leeftijd was bepalend voor het al dan niet komen op preventieconsult (OR 1,05; 1,004- 1,098; P=0,034). Oudere patiënten kwamen vaker op preventieconsult. Na de interventie was er bij de deelnemers een significante toename van alle preventieve items in het dossier. Voor elk item was er een registratie van minstens 75%.

**Conclusie**: Er was slechts een beperkte deelname aan dit project. Email is door zijn vele voordelen en geringe nadelen een waardevolle uitnodigingsmethode. Toch moet extra aandacht besteed worden aan de uitnodiging van financieel minder gegoeden aangezien deze groep door email minder goed bereikt wordt. Na de implementatie van het GMD+ was er een significant betere registratie van de verschillende preventieparameters.

# I. INLEIDING

## 1. Achtergrond

Preventie is een 'hot topic'. Dit wordt bewezen door de vele Manama scripties hieromtrent en de themanummers omtrent preventie die in het Vlaamse medisch tijdschrift 'Huisarts Nu' en het Nederlandse 'Huisarts en Wetenschap' dit jaar verschenen. De aandacht voor preventie is de laatste jaren dan ook enorm gestegen.

Algemeen betekent preventie dat men op voorhand iets doet om problemen achteraf te voorkomen. Preventie verbetert de gezondheid van het individu en de bevolking en voegt kwaliteitsvolle jaren toe aan het leven zonder daarbij schade te berokkenen aan de rest van de samenleving (1). Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen drie soorten preventie:

Primaire preventie: voorkomen dat mensen ziek worden of een aandoening ontwikkelen. Bv. poliovaccinatie voorkomt kinderverlamming.

Secundaire preventie: ziekten en aandoeningen zo snel mogelijk opsporen om een ernstigere ziektetoestand te vermijden. Bv. borstkankerscreening

Tertiaire preventie: voorkomen dat een ziekte zich opnieuw manifesteert of leidt tot nog zwaardere complicaties of de dood. Bijvoorbeeld: aangepaste levensstijl aannemen na een hartinfarct om te vermijden dat men opnieuw een hartinfarct doormaakt.

Het doel van preventie is zoals hierboven reeds aangehaald gezondheidswinst. Door een steeds toenemend aantal chronische zieken beseft men dat men ziektes niet enkel moet genezen, maar dat ze ook voorkomen moeten worden. Het toenemend aantal chronische zieken brengt immers ook een almaar toenemende kost met zich mee. Dit is een belangrijk gegeven in een tijd waarin de gezondheidszorg steeds meer geconfronteerd wordt met financiële uitdagingen.

In dit verhaal van toenemende aandacht voor preventie staat de huisarts centraal. Twee derden van de bevolking consulteert zijn huisarts immers minstens één keer per jaar en 90% minstens één keer per vijf jaar (2). Daarnaast is de huisarts de beheerder van het globaal medisch dossier. Deze twee gegevens maken de huisarts de ideale draaischijf waarrond preventie georganiseerd kan worden. Het handelen van de arts dient zich dan ook te verleggen van de curatieve naar de preventieve zorg.

De laatste jaren zijn er internationaal dan ook verschillende richtlijnen ontstaan omtrent preventie om de huisarts hierin te ondersteunen. Vaak behelzen ze één thema bv cardiovasculair risico of screening naar borstkanker. Sommige bieden een meer complete preventieve check-up aan bv

de NHS Health Check Program in de het Verenigd Koninkrijk. Dit programma richt zich op de preventie van diabetes, beroerte, hartziektes, nierziektes en dementie (3).

In België werd een overkoepelend programma samengesteld. In 2010 werd de Gezondheidsgids van Domus Medica voorgesteld. De Gezondheidsgids is een instrument voor de huisarts die de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen implementeert in combinatie met richtlijnen voor goede medische praktijkvoering. Door de Gezondheidsgids te gebruiken bij patiënten van 45 tot 75 jaar wordt voldaan aan de voorwaarden van de preventiemodule van het GMD+ (globaal medisch dossier plus) en kan de huisarts de betreffende nomenclatuur toepassen (4). De gezondheidsgids behelst de volgende domeinen:

- opsporen van tabak- en alcoholgebruik;
- stimuleren van gezonde voeding en beweging;
- borstkankeropsporing;
- darmkankeropsporing;
- cervixkankeropsporing;
- vaccinaties voor volwassenen;
- opsporen van depressie;
- cardiovasculair risicobeheer
- preventie van diabetes.

De aangeboden preventie is wetenschappelijk onderbouwd, zinvol en past binnen het Vlaamse beleid. Sinds het uitgeven van de gezondheidsgids is dit in Vlaanderen de standaard en houvast voor vele huisartsen om aan preventie te doen op een gestandaardiseerde en wetenschappelijk onderbouwde manier.

Sinds het uitgeven van de gezondheidsgids hebben vele huisartsen deze geïmplementeerd in de praktijk of liever hebben ze geprobeerd deze te implementeren met het oog op verbeteren van de kwaliteit van zorg. Er blijkt namelijk een grote kloof tussen theorie en praktijk. In Vlaanderen zou slechts 20% van de artsen het GMD+ gebruiken (5). Ook in verschillende praktijkprojecten, waarvan later enkele voorbeelden volgen, bleek de implementatie niet altijd zo eenvoudig.

In ons praktijkproject willen we het preventiebeleid op punt stellen door gebruik te maken van de Gezondheidsgids. Hiervoor willen we gebruik maken van een preventiesjabloon.

## 2. Keuze van het onderwerp

Het onderwerp werd gekozen op basis van de interesse van de praktijkopleider en mezelf. De praktijkopleider besefte dat tijdens de consultaties er niet altijd evenveel aandacht aan preventie wordt besteedt, dit voornamelijk door tijdsgebrek. Preventie gebeurt voornamelijk opportunistisch: op vraag van de patiënt of wanneer dit te maken heeft met een ziektebeeld. De vele herinneringen voor preventie-onderzoeken die bij het openen van het dossier tevoorschijn kwamen, waren dan ook een wake-up call om het preventiebeleid in de praktijk op orde te stellen. Na enkele maanden in de praktijk te werken, werd het voor mij ook duidelijk dat er veel preventieve items in het dossier ontbraken, maar ook hoe moeilijk het is om op een klein tijdsbestek aan preventie te doen en hiervoor blijvende aandacht te hebben. Het preventief beleid in de praktijk op punt stellen door het gebruiken van de Gezondheidsgids van Domus Medica leek ons dan ook het ideale praktijkproject.

## 3. Doelstelling

Implementeren van het GMD+ in de praktijk aan de hand van een elektronisch preventiesjabloon.

## 4. Onderzoeksvragen

1. Is het gebruik van e-mail om patiënten uit te nodigen een efficiënte manier om patiënten uit te nodigen voor dit onderzoek?
2. Is er een betere registratie in ons dossier van de verschillende preventieparameters na de implementatie van het GMD+?

# II. LITERATUURONDERZOEK

Op basis van de literatuur wordt gezocht naar het antwoord op de volgende vragen:

1. Wat zijn de elementen voor een goed gebruik van het EMD?

In dit project wordt de registratie van preventie-items voor en na het project geëvalueerd. Met deze vraag willen we nakijken welke elementen nodig zijn voor een goede gebruik van het EMD.

2. Preventieve EMD-tools: welke bestaan er en wat is de meerwaarde hiervan?

In dit project maken we gebruik van het preventiesjabloon van HealthOne. Met deze vraag zoeken meer informatie hieromtrent op en kijken we of dit nuttig zou kunnen zijn in ons project.

3. Wat is de meest effectieve wijze om patiënten uit te nodigen voor een preventief onderzoek? Wat is er meer specifiek gekend over uitnodiging via email?

Om de patiënten uit te nodigen voor ons project zoeken we wat de meest effectieve uitnodigingsmethoden zijn. Aangezien we de patiënten graag via email zouden uitnodigen, wordt hier meer informatie over opgezocht.

4. Welke preventie-items dienen in het dossier genoteerd te worden en waarom?

Om ons project te evalueren zoeken we preventie-items die niet in het dossier mogen ontbreken. We zullen deze items voor en na het project bekijken en hiermee het succes van de ingevoerde registratie trachten te evalueren.

## 1. Zoekstrategie

Er werd naar literatuur gezocht via Pubmed en Google Scholar. Voor de verschillende onderzoeksvragen werden de volgende zoekstrategieën gebruikt.

1. Wat zijn de elementen voor een goed gebruik van het EMD?

De informatie voor deze onderzoeksvraag werd gezocht in de desbetreffende richtlijn van Domus Medica.

2. Preventieve EMD-tools: welke bestaan er en wat is de meerwaarde hiervan?

De volgende zoektermen werden in Pubmed en Google Scholar gebruikt: general practitioner, primary care, family practice, prevention, screening, electronic decision support, clinical decision

support system. Vervolgens werd ook informatie gevonden in Manama-thesissen van enkele collega's waarin preventieve EMD-tools werden ontwikkeld of gebruikt.

3. Wat is de meest effectieve wijze om patiënten uit te nodigen voor een preventief onderzoek? Wat is er meer specifiek gekend over uitnodiging via email?

De volgende zoektermen werden in Pubmed en Google Scholar gebruikt: prevention, participation, general practitioner, primary care, family practice, e-mail, invitation, electonic mail. Vervolgens baseerde ik mij ook op de Manama-thesissen van enkele collega's. In hun thesissen werd het preventieconsult ingevoerd in hun praktijk en werden de verschillende mogelijkheden tot uitnodigen van de patiënten bestudeerd.

4. Waarom zijn familiale anamnese, risicofactoren en vaccinaties belangrijk voor de kwaliteit van preventie?

De informatie voor deze onderzoeksvraag werd in de desbetreffende richtlijnen van Domus Medica gezocht.

## 2. Wat zijn de elementen voor een goed gebruik van het EMD?

Elke arts heeft als taak een medisch dossier van zijn patiënt bij te houden en te beheren. Het medisch dossier is een instrument om de kwaliteit van dagelijkse zorgverlening te ondersteunen. Het zorgt immers voor een betere medicatiebewaking, preventie- en vaccinatiebeheer, continuïteit van zorg bij chronische ziektes en geeft een 'kerndossier' per patiënt (6). Volgens een RIZIV-enquête in 2007 maken reeds 74% van de Belgische huisartsen gebruik van het elektronisch medisch dossier of EMD (7).

Ondanks de vele voordelen en het algemeen gebruik van het EMD werd integratie van informatie in het EMD in vorige masterthesissen (8) vaak als een knelpunt gezien. Dit is voornamelijk het geval wanneer de informatie verspreid of niet systematisch genoteerd wordt in het dossier. Dit vraagt natuurlijk veel administratief werk en bijgevolg tijd van de arts. In een studie van Domus Medica in 2013 onderzocht men de barrières tot een goed gebruik van het EMD (9). Ze kwamen tot de volgende zes barrières.

1. Attitude

Er is een sterk gebrek aan interesse voor gebruik van en opleiding in EMD bij huisartsen. Oorzaken hiervan zijn aversie van informatica, desinteresse, geen tijd, onkunde, schrik voor problemen en angst voor controle. Het gebruik van het EMD vraagt dan ook een proces van

verandering bij de huisarts, waarbij weerstanden en oude denkpatronen moeten worden omgevormd.

2. Kennis, vaardigheden en opleiding

Er is een beperkte IT-basiskennis, wat voor problemen zorgt bij EMD-gebruikers. Daarnaast is er een gebrek aan opleiding na de universiteit.

3. Tijd en efficiëntie

Het gebruik van EMD/IT in brede zin (aankoop, gebruik tijdens de raadpleging, opleiding, omzetten van papieren dossiers naar elektronische) wordt als zeer tijdsintensief beschouwd en is nauwelijks haalbaar zonder secretariaatsassistentie.

4. Kwaliteit van zorg

Over het algemeen zijn de meeste artsen het met elkaar eens dat het gebruik van het EMD de kwaliteit van zorg verbetert. Zo vermijdt men onnodige onderzoeken, kunnen noodzakelijke handelingen worden gepland, kunnen gegevens met andere zorgverstrekkers worden gedeeld en kan men wetenschappelijk onderzoek doen. Er stelt zich echter wel een belangrijk probleem: de kwaliteitswinst door het EMD-gebruik wordt pas later duidelijk.

5. Kost

De aanschaf en het onderhoud van hard- en software worden door veel huisartsen ervaren als een kost die weinig voordelen oplevert. Wegens de hoge kostprijs vertrouwen ze weinig toe aan IT-firma's. Dit leidt tot problemen (geen back-up of hardware problemen) en ergernis.

6. Software

Artsen zijn ontevreden over de gebruiksvriendelijkheid van hun pakket. Er is een gevoel dat de EMD's zitten opgescheept met ballast uit het verleden wat hun aanpassing aan nieuwe eisen bemoeilijkt en de gebruiksvriendelijkheid vermindert. Een gebruiksvriendelijk programma bevat 3 factoren: een eenvoudige en evidente users interface, het zoveel mogelijk automatisch verlopen van een aantal processen en een zeer vlotte manier om data op de correcte manier te registreren.

Uit deze barrières kunnen we dan ook de noodzakelijke elementen voor een goed gebruik van het EMD halen: een positieve attitude van de arts ten opzichte van het gebruik van het EMD, voldoende kennis omtrent het gebruik, een gebruiksvriendelijk pakket met een aankoop en onderhoud aan aanvaardbare kostprijs en een efficiënt tijdsgebruik. Indien voor deze barrières oplossingen worden aangereikt, zal er een beter gebruik zijn van het EMD en dus impliciet een betere registratie. Enkele oplossingen die het KCE en Domus Medica aanreiken en die van cruciaal belang zouden kunnen zijn, worden hieronder opgesomd:

- Huisartsenkringen kunnen een IT-coördinator inschakelen die opleidingen en ondersteuning in IT-gebruik aanbiedt.
- Artsen moeten een inspanning doen om zich de basisvaardigheden van hun pakket eigen te maken. Bijvoorbeeld door deelname aan usersgroepen en IT-opleidingen.
- Gebruiksvriendelijke EMD's met strengere eisen voor de kwaliteit van EMD-pakketten.
- Secretariaatsassistentie inschakelen, waarvoor een opleiding en financiële vergoeding voorzien is.
- Afspraken maken met externe IT-service voor onderhoud, hulp bij problemen, back-up.
- Kostenbatenanalyse van de verschillende EMD-pakketten en verschillende vormen van IT-ondersteuning aanbieden aan huisartsen.

# 3. Preventieve EMD-tools: welke bestaan er en wat is de meerwaarde hiervan?

De vragenlijst van de Gezondheidsgids is ondertussen geïntegreerd in verschillende medische programma's waaronder het medisch programma HealthOne, waarmee in onze praktijk gewerkt wordt. De antwoorden van de patiënt kunnen nu meteen elektronisch geregistreerd worden, elementen uit het medisch dossier worden opgehaald (bv laatste bloeddruk wordt automatisch ingevuld), gezondheidsrisico's worden berekend en een overzicht van de preventieve acties kan worden weergegeven. Dit klinkt veelbelovend! In dit project zal het preventiesjabloon van HealthOne dan ook gebruikt worden. Wat is hierover gekend en bestaan er ook andere tools die getest zijn?

Elektronische beslissingsondersteunende systemen worden sinds enkele jaren in verschillende domeinen gebruikt. Zo worden ze gebruikt om fouten in het medicatievoorschrift te voorkomen, om een meer verantwoord antibioticabeleid te volgen, om diagnoses te stellen, om aandoening op te volgen en als reminders voor preventieve onderzoeken. Op preventief vlak worden voornamelijk studies teruggevonden omtrent het gebruik van deze beslissingsondersteunende systemen in de preventie van cardiovasculaire ziektes, maar ook in het screenen naar familiale kanker of de behandeling van obesitas (10).

Verschillende elektronische beslissingsondersteunende systemen voor preventie van cardiovasculaire ziekten werden reeds ontwikkeld en worden wijd verspreid gebruikt. Zo werd in het Verenigd Koninkrijk een calculator ontwikkeld, de QRISK2, die het risico op hartziektes en beroerte in de komende tien jaar voorspelt (11).

Een mooi voorbeeld komt uit Nieuw-Zeeland. Men onderzocht wat de impact is van een elektronisch beslissingsondersteunend systeem 'PREDICT-CVD' op de documentatie van het cardiovasculaire risico en de risicofactoren in het EMD (12). Dit programma haalde informatie omtrent het cardiovasculair risico uit het EMD en berekende het 5-jaars risico op cardiovasculaire sterfte. Er werd bovendien een evidence based aanbeveling tot therapie aangereikt. Voor het gebruik van dit hulpmiddel was van slechts 2,8% van de patiënten hun cardiovasculair risico gekend. Dit verviervoudigde tot 10,7% na het gebruik van de PREDICT-CVD. Ook de documentatie van alle relevante risicofactoren steeg significant.

Een gelijkaardige studie werd in Australië opgezet (13). Een softwarepakket werd ontwikkeld die het CVR van de patiënt berekent en een aangepaste behandeling voorstelt volgens de Australische richtlijnen. Deze tool leidde tot het meer meten van cardiovasculaire risicofactoren en het aanvragen van labotesten bij een groot deel van de patiënten (73%). Het zorgde ook bij 10% van de patiënten met een hoog cardiovasculair risico voor het opstarten van medicatie of aanpassen van de therapie. Over het algemeen waren de artsen zeer tevreden over de tool: het zorgde ervoor dat ze op een systematische manier aan preventie konden doen.

In twee systematische reviews (14, 15) werd gekeken wat het effect is van deze beslissingsondersteunende systemen op het handelen van de zorgverlener of op de gezondheid van de patiënt in vergelijking met de standaard zorg. In twee derden van de studies werd een verbetering gezien in het handelen van de arts, waaronder in diagnostiek, preventieve zorg, behandeling, medicatiedosering of voorschrijven van medicatie. Het effect op de gezondheid van de patiënt werd onvoldoende onderzocht of gaf inconsistente resultaten. De belangrijkste kenmerken van een succesvol beslissingsondersteunend systeem waren een elektronisch systeem, dat gemakkelijk te gebruiken is in het dagelijks handelen en dat op het gekozen tijdstip en plaats geraadpleegd kan worden.

Naast deze internationale voorbeelden werd in enkele scripties het gebruik van een beslissingsondersteunend systeem zoals het preventiesjabloon of de preventiecalculator reeds geëvalueerd.

In de masterscriptie van Dr. Mannaerts (16) werd een alternatief preventiesjabloon ontwikkeld. Het gebruik van dit preventiesjabloon werd door de artsen in de eigen praktijk positief onthaald. Het resulteerde in een meer systematische en gecontroleerde aanpak van preventie en de artsen hadden de beleving dat er meer bewust en vaker preventie besproken werd en preventieve acties uitgevoerd. Toch moest opgemerkt worden dat de registratie nog steeds op een variabele en niet consequente manier gebeurde. De resultaten werden niet altijd in het preventiesjabloon genoteerd, maar tijdens een gewone consultatie. Het niet gebruiken van het sjabloon enerzijds

en doordat er geen vergelijking kon gemaakt worden met een nulmeting anderzijds kon er geen uitspraak gedaan worden over het effect van het preventiesjabloon op de registratie.

In de Manama-thesis van Dr. Demuynck (17) werd ook een vergelijkbare 'preventiecalculator' ontwikkeld. Deze calculator integreert de gegevens van een vragenlijst en informatie uit het dossier om een individueel preventieplan op te stellen. Er werd van verschillende preventieve items, bv rookstatus, cardiovasculair risico en tetanusvaccinatie een duidelijke verbetering in de registratie gezien. Een verbetering in het preventief beleid kon echter niet worden aangetoond.

Als besluit kunnen we stellen dat het gebruik van een EMD-tool aanbevolen kan worden. Het is tijdbesparend, informatie kan snel teruggevonden worden, het geeft een beter overzicht over alle preventieve onderzoeken en acties en leidt zelfs tot een betere registratie. Of dit leidt tot een beter preventief beleid of gezondheid van de patiënt moet verder onderzocht worden.

## 4. Wat is de meest effectieve wijze om patiënten uit te nodigen voor een preventief onderzoek? Wat is er meer specifiek gekend over uitnodiging via email?

In voorgaande manamascripties omtrent het preventieconsult werd de beste manier om patiënten uit te nodigen reeds uitvoerig onderzocht. Zo werden de patiënten op verschillende methodes uitgenodigd voor het preventieonderzoek. Er werd gebruik gemaakt van een schriftelijke uitnodiging via een brief, een mondelinge uitnodiging, een brief na een consult of enkele maanden na het consult en flyers en posters in de wachtzaal. Hieronder volgen enkele voorbeelden.

In de manama van Dr. Cosyns en Dr. Vandenberghe (18) werd de Gezondheidsgids in de praktijk geïmplementeerd. Er werd voor gekozen om de patiënten schriftelijk uit te nodigen. In deze studie bedroeg de respons 20,19%. Determinanten die significant gecorreleerd waren aan het al of niet ingaan op de uitnodiging, waren de woonplaats en het aantal consultaties in het voorgaande jaar. Patiënten uit een voorstedelijk gebied (OR 2.26) en patiënten die frequenter op consultatie komen (OR 1.053 per bijkomende consultatie) hadden een grotere kans om in te gaan op de uitnodiging.

Dr. Delanoye (19) nodigde de patiënten op drie verschillend manieren uit om deel te nemen aan het preventieconsult: mondelinge motivatie, een uitnodigingsbrief na consult en een uitnodigingsbrief drie maand of langer na het laatste huisartscontact. De totale respons bedroeg 17,2%. De opkomst per groep verschilde niet significant van elkaar. Na mondelinge motivatie kwam 16,7% (n=10) op preventieconsult, bij een uitnodiging na consult 15,0% (n=9) en na een uitnodigingsbrief drie maand of langer na het laatste contact 20,3% (n=12).

Dr. Tratsaert (8) nodigde de patiënten op twee manieren uit: eerst was er een opportunistische fase waarbij de patiënten die op consultatie kwamen mondeling werden uitgenodigd, nadien volgde een systematische fase waarbij de patiënten een brief kregen toegestuurd. Bij de mondelinge uitnodiging kwam 35% (16/46) op preventieconsult, na het ontvangen van de brief 18% (16/87). Uiteindelijk kwam één vierde van de 50 – 60 jarigen op preventieconsult. Ze concludeerde dat een systematische aanpak meer mensen bereikt, maar dat een mondelinge aanpak meer mensen overtuigt.
Tijdens een eerste ronde systematisch schriftelijk uitnodigen en de non-responders in tweede tijd mondeling (telefonisch) uitnodigen leek haar de meest aangewezen aanpak.

In Nederland werd er gelijkaardig aan de Gezondheidsgids een PreventieConsult cardiometabool risico ontwikkeld. In een pilot studie werd gekeken hoe ze dit het best kunnen implementeren in de praktijk. Er werden verschillende uitnodigingsmethodes vergeleken. De patiënten werden actief of passief uitgenodigd om online een risicoschatting uit te voeren. Personen met een verhoogd risico kregen het advies om een consultatie bij de huisarts te maken.

Bij de ‘actieve variant’ werden patiënten schriftelijk uitgenodigd, terwijl bij de ‘passieve variant’ patiënten via posters en folders in de wachtkamer opgeroepen werden om de risicoschatting uit te voeren. Van de patiënten die aan actieve uitnodiging kregen, vulden 33% de risicoschatting in ( 512/1583). Van de patiënten die op een passieve manier werden uitgenodigd, vulde slechts 1% de risicoschatting in (96/8313).

Een van de conclusies van deze pilootstudie was dan ook dat de meest effectieve manier om mensen uit te nodigen voor het preventieconsult cardiometabool risico is door patiënten aan te spreken tijdens het spreekuur of door het aanschrijven van patiënten door de huisarts. De in de pilot gebruikte passieve benadering werd niet effectief beschouwd en bleek ook weinig respons op te leveren.

In de internationale literatuur vonden we een studie van Saywell (20) en een gelijkaardige Cochrane review (21) waarin men de participatie aan borstkankerscreening wil verhogen. In deze studies werden verschillende uitnodigingsmethoden vergeleken ten opzichte van geen interventie. De volgende interventies werden met elkaar vergeleken: een telefonische uitnodiging, een brief, een brief in combinatie met een telefonische uitnodiging en geen interventie (of gewone zorg). In de Cochrane review vond men dat een brief (OR 1,66), een brief in combinatie met een telefonische uitnodiging (OR 2,53) en een telefonische uitnodiging (OR 1,94) allen effectief waren. De studie van Saywell gaf gelijkaardige resultaten. Beide studies kwamen dan ook tot het besluit

dat elke interventie effectiever was dan geen interventie en dat de gecombineerde interventie het beste resultaat gaf.

Uit de literatuur kunnen we dus concluderen dat een actieve aanpak meer resultaat oplevert en dat een gecombineerde aanpak te verkiezen valt. Aangezien elke actieve methode effectief is, verwachten we dan ook dat het gebruik van email effectiever zal zijn dan geen interventie. Of het effectiever is dan een brief of een telefoontje, wordt hieronder bekeken.

In deze voorgaande studies werd in tegenstelling tot onze studie email niet gebruikt om de patiënten uit te nodigen. Email wordt in het dagelijks leven nochtans door vele mensen gebruikt en biedt volgens ons dan ook de mogelijkheid om patiënten op deze manier uit te nodigen voor het preventieconsult. Daarom werd in de literatuur opgezocht wat hierover gekend is.

In België hadden in 2013 80% van de huishoudens (minstens één persoon tussen 16 en 74 jaar) met kinderen en 93% van de huishoudens zonder kinderen thuis toegang tot internet (22). Ondanks dit wijd verspreide gebruik van internet wordt email in de gezondheidszorg nog niet frequent gebruikt. Uit onderzoek bleek dat slechts 5-10% van de artsen op deze manier met zijn patiënten communiceert. Nochtans zouden mensen die email gebruiken graag elektronisch toegang hebben tot hun arts. In een onderzoek van Sittig et al. (23) hadden slechts 6% van de actieve internetgebruikers reeds een email naar hun arts gestuurd, maar zou 65% graag elektronisch contact hebben met hun arts. Email zouden ze het liefst gebruiken voor herhalingsvoorschriften, niet-dringende vragen, het verkrijgen van labo-resultaten en andere testresultaten (24). Een ander gebruik is de opvolging van patiënten met chronische ziektes (25). In de huidige praktijk wordt het internet echter voornamelijk gebruikt voor het maken van afspraken. Op vlak van preventie zou email gebruikt kunnen worden om preventieve informatie te verschaffen, om mensen uit te nodigen voor een preventief onderzoek zoals bijvoorbeeld voor een uitstrijkje of als herinnering aan een gepland onderzoek (26, 27).

Het gebruik van email ziet er dus veelbelovend uit: vele mensen zijn bereikbaar via het internet en velen willen een elektronisch contact met hun arts. Ondanks de mogelijke voordelen, mogen we ook de potentiële nadelen niet uit het oog verliezen. Hieronder vindt u een opsomming, beperkt tot de preventieve zorg.

Mogelijke voordelen (26, 28):

- Gebruiksgemak qua tijd en ruimte: de email kan overal en op elk tijdstip verstuurd of gelezen worden.

- Meer mensen kunnen bereikt worden: mensen die veraf wonen, mensen die niet vaak op consultatie komen en mensen met fysieke handicap die niet gemakkelijk tot de arts kunnen komen.
- Er kan een onbeperkte hoeveelheid informatie verstuurd worden, met eventueel een link naar extra informatie of met een bijlage.
- Het gebruik van email kan kosten besparen.
- Een email kan gebruikt worden als herinnering voor een afspraak of preventief onderzoek.
- Een email vergroot de betrokkenheid en verantwoordelijkheid van de patiënten.

Nadelen aan het gebruik van email (26, 28):

- Door een ongelijke toegang tot internet en email worden bepaalde groepen minder bereikt zoals ouderen of mensen uit een lagere sociale klasse.
- Er rijzen vragen omtrent privacy, vertrouwelijkheid en het misbruiken van gegevens van patiënten.
- Technische problemen zijn altijd mogelijk.

De interesse van de patiënten en de vele voordelen lijken veelbelovend voor ons project. Belangrijk is nu te weten of er evidentie is omtrent het gebruik van email voor het uitnodigen voor preventieve onderzoeken.

In een Cochrane review (27) onderzocht men of het versturen van een email met informatie over gezondheidspromotie en ziektepreventie in vergelijking met een standaard methode (bijvoorbeeld een brief of standaard zorg) een effect had op de patiënten, de zorgverleners of de gezondheidszorg. Zes RCT's met in totaal 8327 patiënten werden geïncludeerd. Men vond geen verschil in deelname aan preventieve onderzoeken bij gebruik van een email versus een brief (OR 0.93; 95% CI 0.69 tot 1.24). Er werd ook geen verschil gevonden in het begrijpen van de inhoud van de email versus de brief. Uit deze review kunnen we concluderen dat het gebruik van email in ons project een evenwaardig resultaat kan opleveren als het gebruik van een brief.

# 5. Welke preventie-items dienen in het dossier genoteerd te worden en waarom?

In de richtlijn 'Het elektronisch medisch dossier' van Domus Medica geeft men een aanbeveling waaruit een EMD dient te bestaan (6). Het EMD dient uit drie delen te bestaan: een administratief gedeelte, een medisch gedeelte en een ondersteunend gedeelte. Het medische gedeelte bestaat uit de medische voorgeschiedenis, de zorgcontacten en resultaten. Het luik medische voorgeschiedenis bevat familiale en persoonlijke voorgeschiedenis, chronische medicatie, risicofactoren, allergieën of intoleranties en de vaccinatiestatus.

Familiale en persoonlijke voorgeschiedenis, risicofactoren, allergieën of intoleranties en de vaccinatiestatus zijn dus de preventieve items die niet in het dossier mogen ontbreken. In dit project opteren we om slechts enkele van deze items, die ook aanwezig zijn in de vragenlijst van het GMD+, te evalueren. Dit zijn de familiale voorgeschiedenis, risicofactoren en vaccinatiestatus. In de Manama-thesis van Dr. Eline Tratsaert (8) werden tevens deze parameters onderzocht. Waar voor het project een zeer beperkte registratie werd gezien, werd er nadien op elk domein een verbetering in de registratie gezien. Het lijkt ons dan ook interessant om dezelfde parameters te gebruiken om het huidig project te evalueren. Wat is nu het belang van deze parameters?

Familiale antecedenten

De familiale antecedenten bepalen het risico op bepaalde aandoeningen en bijgevolg het beleid. De relevante familiale aandoening na te kijken volgens het GMD+ zijn darmkanker, borstkanker, diabetes en cardiovasculaire aandoeningen.

In de screening voor darmkanker hebben patiënten met darmkanker in 20-25% van de gevallen een familielid die ook aangetast is. De aanwezigheid van eerstegraadsverwanten en de leeftijd waarop ze de kanker kregen, bepaalt dan ook of er een colonoscopie dient te gebeuren of eerder een fOBT (29).

In de screening naar borstkanker wordt het risico op borstkanker aan de hand van de familiale antecedenten opgesteld. Op basis van het aantal verwanten, de graad van verwantschap en de leeftijd waarop ze borstkanker kregen, worden de vrouwen ingedeeld in normaal, bescheiden en hoog risico op borstkanker met een eigen te volgen beleid (30).

Een eerstegraadsverwant met diabetes type 2 geeft ook een verhoogd risico op diabetes. Jaarlijks screenen vanaf 45 jaar aan de hand van een nuchtere glycemie is dan ook aanbevolen (31).

Een familiale anamnese van cardiovasculaire aandoeningen op jongere leeftijd bepaalt dan weer het cardiovasculair risico. Bij een positieve familiale anamnese wordt het cardiovasculair risico, gevonden via de SCORE-tabellen, met anderhalf vermenigvuldigd (4).

Risicofactoren

Risicofactoren zoals roken, alcohol en SCORE-risico mogen niet in het dossier ontbreken. Het SCORE-risico bepaalt het risico op sterfte door hart- en vaatziekten in de komende 10 jaar. Dit wordt bepaald door de leeftijd, bloeddruk, rookstatus, diabetes, persoonlijk event, familiale voorgeschiedenis en cholesterolwaarden. Het alcoholgebruik zegt iets over het risico op alcoholafhankelijkheid met de bijhorende lichamelijke risico's (bijvoorbeeld leverschade, hart- en vaatziektes), psychische risico's (bijvoorbeeld angst en depressie) en maatschappelijke problemen (werkverzuim, geweld, echtscheidingen) (32).

Vaccinaties

In een tijd waar vaccinaties zowel door arbeidsgeneesheren, spoedartsen, consultatiebureau's, CLB-artsen als huisartsen gegeven worden, is het de taak van de huisarts om als centrale figuur een overzicht omtrent de vaccinatiestatus van de patiënt te behouden (33). Zo voorkomt men overbodige vaccinaties of vermijdt men het doormaken van de ziekte. In dit preventie-item wordt tetanus bekeken.

# III. METHODOLOGIE

## 1. FOCUS-procedure

Het onderwerp van dit praktijkverbeteringsproject werd gekozen op basis van eigen interesse en op basis van de noodzaak in de praktijk. Momenteel is de preventie opportunistisch georganiseerd en is er geen georganiseerde preventie onder de vorm van het GMD+. Door het invoeren van het GMD+ willen we de preventie in de praktijk op een gesystematiseerde en georganiseerde manier laten verlopen.

Er werd volgens de FOCUS-procedure een vergadering georganiseerd waarbij de twee huisartsen, de HAIO (mezelf) en de secretaresse aanwezig waren. Het probleem werd gedefinieerd als: onvoldoende patiënten tussen 45 en 75 jaar krijgen preventieve zorg, onder de vorm van het GMD+ aangeboden.

De koppen werden samen gestoken om mogelijke oorzaken hiervan te identificeren. Eerst bekeken we hoe het proces nu verloopt. Op huisbezoek gebeurt momenteel geen preventie. Tijdens de consultaties gebeurt preventie enkel wanneer er expliciet naar gevraagd wordt. De preventieve items die dan aan bod komen zijn afhankelijk van het individuele risico (bv cardiovasculair risico berekenen bij cardiaal belaste familie).

Aan de hand van een visgraatanalyse werden mogelijke problemen geïdentificeerd. Hoewel we het probleem voorheen definieerden als: te weinig patiënten krijgen preventieve zorg onder de vorm van het GMD+ aangeboden, wordt als eindpunt van de visgraat ‘preventieve items genoteerd in het EMD’ gekozen. De preventieve zorg kunnen we immers pas evalueren en meten aan de hand van de gegevens die in het EMD genoteerd staan.




Figuur 1: flowchart van het verloop van preventie voor het project in de praktijk

# 2. Opstellen van het praktijkproject

## 2.1 Setting

Het praktijkverbeteringsproject gaat door in een huisartspraktijk in Gentbrugge. Dit is een praktijk waarbij in 2013 en 2014 1700 patiënten een GMD hebben. Dit was tot voor kort een praktijk met één huisarts en één HAIO. Sinds enkele maanden is er een tweede huisarts geassocieerd. Er is een secretaresse, zij voert geen verpleegkundige handelingen uit. Er zijn drie consultatieruimtes en twee wachtzalen.

## 2.2 Doelgroep

Het GMD+ wordt enkel aanbevolen en terugbetaald bij patiënten met een GMD tussen 45 en 75 jaar. Op basis daarvan werden de in- en exclusiecriteria gekozen.

Inclusiecriteria:

- Alle patiënten met een GMD tussen 45 en 75 jaar (in deze leeftijdscategorie gebeurde het meeste onderzoek naar screening en wordt de beste risico-baten verhouding gezien)

Exclusiecriteria:

- Alle patiënten zonder GMD en/of die niet in de leeftijdsgroep vallen
- Patiënten met een levensverwachting van minder dan 10 jaar
- Patiënten die onmogelijk op consultatie kunnen komen

## 2.3 Interventie:

***Actieve en passieve uitnodiging***

Actieve uitnodiging

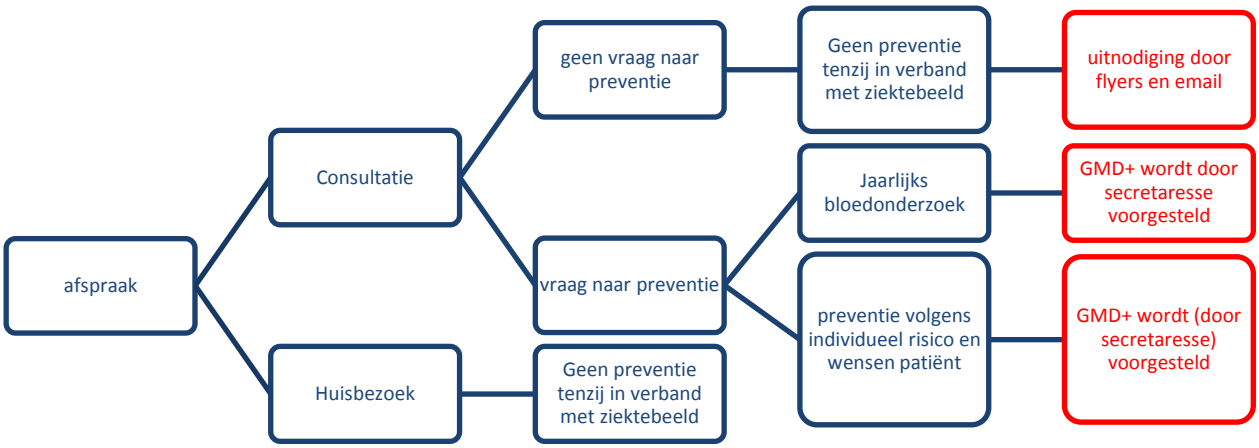
1. Om het project haalbaar te houden voor de toekomst willen we de interventie zo beperkt mogelijk houden. Er werd gekozen om een uitnodiging te versturen via email. Deze keuze berust niet enkel op basis van literatuur, maar ook op overleg tussen de collega's. Twee maanden voor de start van het project werd een brief in de wachtzaal opgehangen met de vraag aan de patiënten om hun emailadres. Er werd in deze brief uitgelegd dat deze brief zou gebruikt worden om hun uit te nodigen voor een onderzoek en niet aan derden zou doorgegeven worden.

   In de email (bijlage 1) wordt uitgelegd waarom een preventieconsult nodig is en wat dit inhoudt. Met deze email trachten we de kennis bij de patiënten omtrent preventie te vermeerderen en hun motivatie te verhogen. In de email wordt gevraagd om voor het preventieconsult een aparte afspraak te maken. De eerste e-mails werden verstuurd op 17 juni 2014. Een reminder werd gestuurd op 6 augustus.
2. Naast deze uitnodiging per email, wordt aan alle patiënten die een afspraak maken voor een algemene check-up of jaarlijks bloedonderzoek, door de secretaresse gevraagd of dit een preventieconsult mag worden. Zij geeft een infobrochure mee (met dezelfde tekst als de email). Indien de afspraak over de telefoon verloopt, geeft zij mondelinge informatie omtrent het preventieconsult conform de uitleg in de brochure. Deze uitnodiging start vanaf 8 september.

Passieve uitnodiging

3. Infobrochures (met dezelfde uitleg) omtrent het preventieconsult zullen te vinden zijn in de wachtzaal vanaf 8 september.

Deze campagne start vanaf juni. Om een te grote vraag aan GMD+ consultaties te vermijden zullen de uitnodigingen gespreid worden over de tijd: we versturen eerst de e-mails, daarna de uitnodiging via de secretaresse en de infobrochures.




figuur 2: flowchart van hoe de uitnodiging verloopt tijdens het project

***Preventieconsult:***

- Wat is de inhoud van deze consultatie?

Voor het preventieconsult wordt een consultatie van 30 minuten voorzien. Voor de inhoud van dit preventieconsult baseren we ons op de gezondheidsgids uitgegeven door Domus Medica. Deze gezondheidsgids behandelt 11 preventieve items: het bepalen van het cardiovasculair risico, rookstopbegeleiding, gezonde voeding, advies fysieke activiteit, opsporen van diabetes, vaccinaties tegen tetanus/difterie, influenza en pneumokokken, vroegtijdig opsporen van borstkanker, screening op baarmoederhalskanker, screening op colorectale kanker, peilen naar het gebruik van alcohol en depressieve klachten.

Tijdens deze consultatie overlopen we de vragenlijst samen met de patiënt, verrichten we onderzoeken (bv bloeddruk, klinisch onderzoek) en vullen ontbrekende gegevens aan. Alle informatie wordt geïntegreerd in het elektronisch medisch dossier.

Vervolgens stellen we samen een concreet en individueel actieplan op dat bestaat uit: te plannen onderzoeken (indien nodig bv. bloedafname, uitstrijkje, darmonderzoek…) en/of afspraken om de gezondheidsdoelstellingen te realiseren (indien nodig bv. tetanusvaccinatie, voedingsadviezen, rookstopbegeleiding…).

Indien de arts een meer uitgebreid klinisch onderzoek nodig acht (bv inspectie van de mond) wordt dit ook uitgevoerd. Indien de patiënt nog andere onderzoeken vraagt (bv elektrocardiogram, PSA) wordt dit met de patiënt besproken en volgens het medisch oordeel van de arts uitgevoerd.

- Welke vergoeding wordt er gevraagd?

Conform de vaststaande tarieven wordt 10,8 euro voor deze prestatie aangerekend extra bovenop het normale ereloon voor de raadpleging. Bij patiënten met een verhoogde tegemoetkoming wordt dit via de derdebetalersregeling geregeld.

- Wie voert deze consultaties uit?

Om het voortduren van het project in de toekomst te garanderen wordt beslist dat deze preventieconsulten door de drie artsen worden uitgevoerd.

***Resultaten noteren in het EMD***

Sinds kort bestaat er een preventiesjabloon in het computerprogramma waarmee in de praktijk gewerkt wordt (HealthOne). Hierin zijn alle elementen van het GMD+ vervat. Dit preventiesjabloon zal door alle artsen gebruikt worden om de resultaten te noteren. Na het doorlopen van de module krijg je een samenvatting van elk item en de te plannen acties. Deze samenvatting wordt ook uitgeprint en meegegeven aan de patiënt.

## 2.4 Evaluatie van het project: meten is weten!

***Gegevens verzamelen***

De verschillende determinanten (geslacht, leeftijd, socio-economische status, frequentie artsenbezoeken en aantal chronische medicaties) werden in het EMD teruggevonden. De socio-economische status werd bepaald op basis van het al dan niet hebben van een verhoogde tegemoetkoming. Het aantal artsenbezoeken en het aantal chronische medicaties is het aantal vanaf 1 januari 2013 tot de start van het project. Daarnaast werden het geven van een e-mailadres en deelname aan het preventieconsult genoteerd.

Het computerprogramma HealthOne waarmee wij werken, werkt met items bv het item gewicht. Deze items kunnen in verschillende consultaties ingevoerd worden. Het voordeel is dat men zo op het desbetreffende item kan zoeken. Een nadeel is dat er verschillende gelijkaardige items zijn waaronder de informatie teruggevonden kan worden (bv taille meting en middelomtrek). Voor de verschillende preventie- items zal de informatie voor de voormeting in het EMD op de volgende manier gezocht worden:

- Familiale voorgeschiedenis: hart- en vaatziekten, diabetes, borst-of ovariumkanker of darmkanker ingevuld onder het item *familiale voorgeschiedenis*, met leeftijd en graad van verwantschap
- Risicofactoren: item *cardiovasculair risico*, item *roker* of *tabak*, item *alcoholverbruik* ingevuld tot één jaar geleden.
- Vaccinatie tetanus: onder analyserooster *vaccin.* Vaccinatie meer dan 10 jaar geleden of niet ingevuld.

Voor de nameting worden de items in het preventiesjabloon van HealthOne teruggevonden.

***Analyses***

1. Bij de statistische verwerking zal een binaire logistische regressie gebruikt worden om de determinanten van het al dan niet geven van een emailadres te bepalen. Ook zal deze test gebruikt worden om onder diegene die een emailadres geven de determinanten om op preventieconsultatie te komen te bepalen.
2. De participatiegraad van de verschillende methodes van uitnodiging en zijn determinanten (geslacht, leeftijd, socio-economische status en frequentie artsenbezoek) worden bekeken.
3. Beoordeling van de registratie van preventie-items in het EMD. Van enkele preventie-items (bv familiale anamnese) wordt de aanwezigheid in het EMD voor en na het preventieconsult bekeken. Dit is een manier om het al dan niet slagen van de interventie te beoordelen en geeft een idee over de verbetering in kwaliteit van zorg. Hiervoor zullen we ons beperken tot enkele preventie-items die volgens de literatuur niet in het dossier mogen ontbreken..
    - Familiale voorgeschiedenis (hart- en vaatziekten, diabetes, borst- of ovariumkanker, darmkanker)
    - Risicofactoren (SCORE risico, rookstatus, ethyl)
    - Vaccinatiestatus (tetanus)

    Tijdens de statistische verwerking zal hiervoor de McNemar en de Wilcoxontest gebruikt worden.

.

# IV. RESULTATEN

## 1. Resultaten visgraatdiagram

Aan de hand van een visgraatanalyse werden mogelijke oorzaken voor het niet noteren van preventieve items in het EMD in onze praktijk geïdentificeerd. Uit deze visgraatanalyse kunnen we opmaken dat er vele factoren zijn die het al dan niet uitvoeren van preventie (en dus noteren in het EMD) beïnvloeden. De meeste factoren zijn afkomstig van de arts en zouden dus te beïnvloeden moeten zijn. Enkele resultaten:

Arts-gerelateerde factoren:

- Aan preventie doen kost voor de arts veel moeite
- Eén arts gelooft er niet in: als je een goede huisarts bent staan preventieve items volgens hem immers in je dossier, het GMD+ heeft geen meerwaarde.
- Angst om extra geld te vragen voor iets dat tot je normale job behoort
- Gebrek aan systematiek
- Tijdsgebrek

Middelen-gerelateerde factoren:

- Er is geen praktijkassistente die een deel van de administratie kan overnemen
- Voorheen was er geen PC-ondersteuning (sinds korte tijd is er een preventiesjabloon in HealthOne)
- Er is een slechte verbinding tussen de verschillende elektronische diensten: bv vaccinaties invoeren in vaccinnet vanuit het computerprogramma is zeer omslachtig.

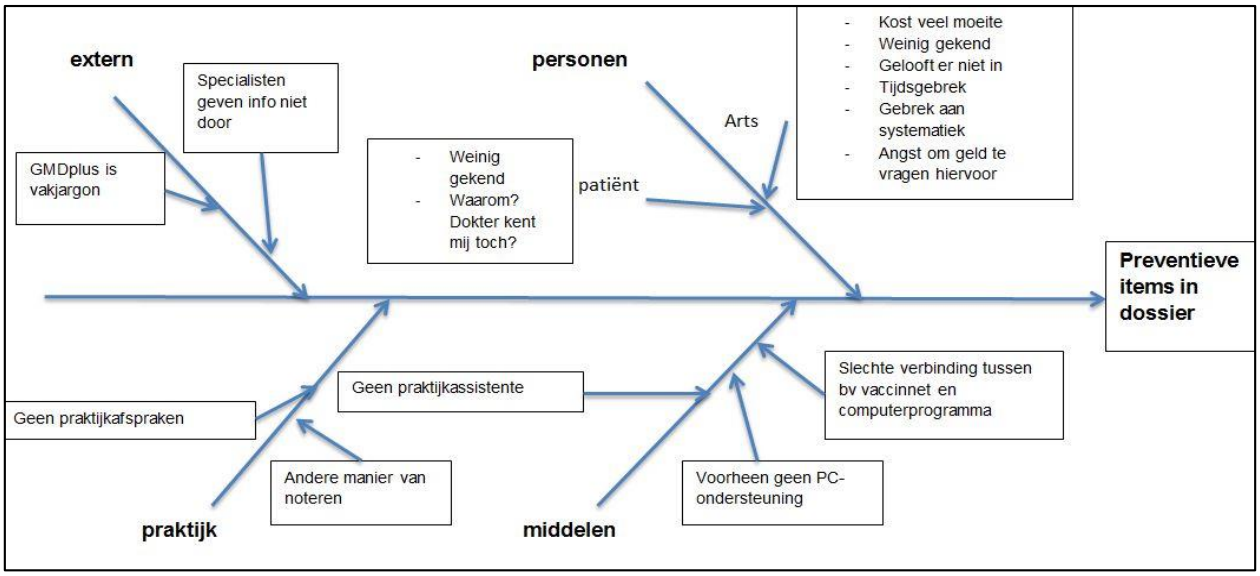
Praktijk-gerelateerde factoren:

- Er is geen éénvormigheid in noteren in het dossier: preventieve items worden op verschillende plaatsen, onder verschillende items genoteerd.
- Er zijn geen praktijkafspraken omtrent preventie

Externe factoren:

- de specialist die een onderzoek doet (bv een uitstrijkje) en waarvan het resultaat ons niet bereikt.

De gegevens uit deze visgraat werden in het achterhoofd gehouden bij het opstellen van een methodologie.




## 2. De Karakteristieken van de doelpopulatie

De doelpopulatie bestond uit alle patiënten met een GMD tussen 45 en 75 jaar met een levensverwachting van minstens tien jaar en die niet enkel op huisbezoek gezien worden. Uiteindelijk bestond de doelpopulatie uit 568 proefpersonen. Daarvan waren er 293 vrouwen (51,6%) en 275 mannen (48,4%). De gemiddelde leeftijd bedroeg 59,25 jaar.

Honderd patiënten (17,6%) hadden een verhoogde tegemoetkoming, 468 (82,2%) patiënten hadden een normale tegemoetkoming.

Sinds 1 januari 2013 tot op het moment van het starten van het project was de doelpopulatie gemiddeld 7,2 keer (mediaan 6) op consultatie gekomen. De patiënten hadden gemiddeld 3,8 (mediaan 3) chronische medicatie in hun dossier staan.

Tijdens de voorbereidende fase op het onderzoek gaf een vierde (146 of 25,7%) van deze personen hun emailadres. Aan de hand van een binaire logistische regressie werd gekeken welke de bepalende factoren zijn voor het geven van hun emailadres of niet. De onderzochte determinanten waren: leeftijd, geslacht, recht op een verhoogde tegemoetkoming of niet, het aantal consultaties sinds 1 januari 2013 en het aantal chronische medicatie. Enkel het geslacht en het type tegemoetkoming bepalen het al dan niet opgeven van een emailadres. Mannen waren anderhalf keer meer geneigd om hun emailadres op te geven dan vrouwen (OR 1,50; CI 1,02-2,20), dit was een significant resultaat (p= 0,04). Patiënten met een verhoogde tegemoetkoming gaven minder frequent een emailadres op dan patiënten met een normale tegemoetkoming (OR

0,29; CI 0,15-0,57; P <0,001). De leeftijd, het aantal consultaties en het aantal chronische medicatie waren niet bepalend voor het al dan niet opgeven van een emailadres.

*Tabel 1: determinanten voor het geven van een emailadres*

| | ODDS RATIO | 95% CI | P-waarde |
|---|---|---|---|
| Geslacht | 1,499 | 1,019; 2,204 | 0,040 |
| Tegemoetkoming | 0,293 | 0,150; 0,572 | 0,000 |
| Leeftijd | 1,014 | 0,989; 1,039 | 0,270 |
| Aantal consultaties | 1,006 | 0,971; 1,043 | 0,723 |
| Aantal chronische medicatie | 1,022 | 0,967; 1,080 | 0,450 |

Uiteindelijk kwamen van de 146 patiënten die hun emailadres hadden opgegeven er slechts 24 (16,4%) op preventieconsult. Ook hier werd gekeken of geslacht, leeftijd, tegemoetkoming, het aantal consultaties sinds 1 januari 2013 en het aantal chronische medicatie bepalen of men op het preventieconsult komt of niet. Geen enkele variabele was hier bepalend voor het al dan niet komen op preventieconsult.

*Tabel 2: determinanten voor het komen op preventieconsult, patiënten die een email gekregen hebben*

| | ODDS RATIO | 95% CI | P-waarde |
|---|---|---|---|
| Geslacht | 1,688 | 0,654; 4,359 | 0,280 |
| Tegemoetkoming | 1,896 | 0,431; 8,346 | 0,397 |
| Leeftijd | 1,059 | 0,996; 1,126 | 0,067 |
| Aantal consultaties | 0,987 | 0,892; 1,092 | 0,801 |
| Aantal chronische medicatie | 0,909 | 0,779; 1, 061 | 0,228 |

## 3. De karakteristieken van de patiënten die deelnamen aan het preventieconsult

Van de 568 patiënten kwamen er uiteindelijk 33 patiënten (5,8%) op preventieconsult. De gemiddelde leeftijd was 61,7 jaar. Van deze 33 patiënten waren er 19 mannen (57,6%) en 14 waren vrouwen (42,4%). Zevenentwintig patiënten (81,8%) hadden een normale tegemoetkomging, 6 patiënten hadden recht op een verhoogde tegemoetkoming (18,2%). Gemiddeld kwamen deze patiënten sinds 1 januari 2013 5,8 keer (mediaan 5) op consultatie en staan in hun dossier onder chronische medicatie gemiddeld 3,5 (mediaan 3) medicamenten vermeld.

Determinanten voor het al dan niet deelnemen aan het preventieconsult, ten opzichte van de volledige populatie werden onderzocht aan de hand van een binaire logistische regressie. Hieruit bleek dat enkel de leeftijd bepalend was voor het al dan niet komen op preventieconsult (OR 1,05; CI 1,004- 1,098; P=0,034). Hieruit kunnen we opmaken dat oudere patiënten vaker op preventieconsult kwamen.

*Tabel 3: determinanten voor het komen op preventieconsult, de doelpopulatie*

| | ODDS RATIO | 95% CI | P-waarde |
|---|---|---|---|
| Geslacht | 1,434 | 0,700; 2,937 | 0,324 |
| Tegemoetkoming | 1,028 | 0,406; 2,607 | 0,953 |
| Leeftijd | 1,050 | 1,004; 1,098 | 0,034 |
| Aantal consultaties | 1,022 | 0,961; 1,086 | 0,487 |
| Aantal chronische medicatie | 0,947 | 0,847; 1,059 | 0,340 |

De patiënten werden op een actieve (via email of uitnodiging door de secretaresse bij vraag naar jaarlijks bloedonderzoek) of passieve manier (flyers in de wachtzaal) uitgenodigd. Vierentwintig patiënten kwamen op consultatie na het krijgen van de email (72,7%), drie patiënten kwamen na uitnodiging door de secretaresse bij vraag naar het jaarlijks bloedonderzoek (9,1%). Zes personen kwamen na het lezen van de flyer in de wachtzaal (18,2%).

## 4. Beoordeling van de registratie van de preventie-items in het EMD

De registratie van de verschillende preventie-items in het EMD werd voor en na het project bekeken. Voor de interventie is er een geringe registratie van de gekozen items in het dossier. De items diabetes, colorectaal carcinoom, borstcarcinoom in de familiale voorgeschiedenis en alcoholgebruik werden geen enkele keer geregistreerd. De rookstatus en de cardiovasculaire ziekte in de familiale voorgeschiedenis werden gering geregistreerd (respectievelijk twee en één keer). Slechts één item behaalde een registratie van meer dan 10%, namelijk tetanusvaccinatie. De registratie van tetanusvaccinatie was het hoogst met een registratie van 39% voor de interventie.

Na de interventie wordt er een grote toename van alle preventieve items in het dossier gezien. Voor elk item wordt nu een registratie van minstens 75% teruggevonden. Het item borst- en ovariumkanker haalt zelfs een registratiepercentage van 100%. Voor alle items was dit verschil tussen de voor- en nameting zoals verwacht statistisch zeer significant.

*Tabel 4: registratie van de verschillende preventie-items voor en na de interventie*

| | Geregistreerd voor de interventie | Geregistreerd na de interventie | Verschil | P-waarde |
|---|---|---|---|---|
| Cardiovasculaire ziekte geregistreerd bij familiale voorgeschiedenis | 1/33 (3%) | 28/33 (85%) | +82% | <0,001 |
| Diabetes geregistreerd bij familiale voorgeschiedenis | 0/33 (0%) | 25/33 (76%) | +76% | < 0,001 |
| Colorectaal carcinoom geregistreerd bij familiale voorgeschiedenis | 0/33 (0%) | 28/33 (85%) | +85% | < 0,001 |
| Borstcarcinoom en ovariumcarcinoom geregistreerd bij familiale voorgeschiedenis | 0/14 (0%) | 14/14 (100%) | +100% | < 0,001 |
| Cardiovasculair risico | 1/33 (3%) | 26/33 (79%) | +76% | < 0,001 |
| Rookstatus | 2/33 (6%) | 29/33 (89%) | +83% | < 0,001 |
| Alcoholgebruik | 0/33 (0%) | 29/33 (89%) | +89% | < 0,001 |
| Tetanusvaccinatie in orde/geregistreerd | 13/33 (39%) | 32/33 (97%) | +58% | < 0,001 |

# V. BESPREKING

## 1. Beperkte respons voor het preventieconsult

In de maanden april- mei- juni, werd een affiche opgehangen in de wachtzaal met de vraag om emailadressen op te geven. Er werd vermeld dat dit emailadres enkel zou gebruikt worden om de patiënten uit te nodigen voor een preventief onderzoek en niet aan derden zou doorgegeven worden. Al snel gaven enkele patiënten hun emailadres. In de doelpopulatie waren dit 146 patiënten (25,7%). Hun emailadres geven, kon hier dus geïnterpreteerd worden als interesse in het preventieconsult en dat ze een uitnodiging hiervoor willen krijgen. Indien er geen interesse was, zouden ze hun emailadres immers niet geven. Toch zijn er van de 146 patiënten die hun emailadres hadden opgegeven en een email gekregen hebben, slechts 24 personen op consultatie gekomen. Dit is toch een grote discrepantie?! Wat is de oorzaak hiervan?

In de statistische verwerking konden er geen determinerende factoren (beperkt tot geslacht, leeftijd, verhoogde tegemoetkoming, aantal chronische medicatie en aantal consultaties) tot het wel of niet deelnemen geïdentificeerd worden. Andere determinerende factoren (bv rookstatus, CVR) konden niet onderzocht worden omdat de gegevens van de totale populatie niet gekend waren.

Kunnen we hieruit besluiten dat mensen wel de kans willen krijgen tot allerlei mogelijke onderzoeken, maar de motivatie om iets aan hun gezondheid te veranderen niet altijd aanwezig is? Werd de inhoud of het doel van het preventieconsult niet goed uitgelegd in de email? Denken de mensen dat ze al gezond zijn en dus geen verdere acties nodig hebben? Om hierop een antwoord te krijgen zou een rondvraag bij de patiënten die niet gekomen zijn moeten gebeuren. Een dergelijke rondvraag werd georganiseerd door Dr. Priem (34). Zij onderzocht wat patiënten weerhoudt om deel te nemen aan het preventieconsult. In haar studie bleken de volgende drie factoren belangrijk te zijn: geen uitnodiging of reminder hebben gekregen, reeds goed zorg dragen voor zijn eigen lichaam of voldoende opgevolgd worden door de arts en tenslotte niet weten wat het preventieconsult is of wat het precies inhoudt. Misschien waren dit ook de oorzaken in onze studie?

In ons project kwam uiteindelijk slechts 5,8% van de patiënten uit de doelpopulatie op preventieconsult. In vergelijking met ander manama-projecten is dit een lage opkomst. In het project van dr. Cosyns en Dr. Vandenberghe (18) werd een respons van 20% gezien, in het project van dr. Delanoye 17,2% (19) en bij dr. Tratsaert (8) kwam één vierde van de populatie op consultatie, wat dus ver boven onze participatiegraad ligt.

Deelnemers in vorige studies bleken vaak de ‘worried well’ te zijn, diegene die bezorgd zijn om hun gezondheid en daardoor ook gezond leven en het minst preventieve acties nodig hebben. Wij kunnen dit niet opmaken uit onze resultaten. Diegene die op preventieconsult kwamen, waren gemiddeld twee jaar ouder dan de doelpopulatie, meer mannen en kwamen gemiddeld 1,5 keer minder op consultatie in het voorbijgaande jaar. Uit dit laatste gegeven zou men kunnen opmaken dat dit de ‘worried well’ zijn. Of deze populatie werkelijk gezonder is dan de doelpopulatie kon niet achterhaald worden omwille van praktische redenen.

## 2. Email een waardevol uitnodigingsmiddel

In deze studie werd email, naast flyers en een uitnodiging van de secretaresse bij vraag naar een jaarlijks bloedonderzoek, gebruikt om patiënten uit te nodigen om deel te nemen aan het preventieconsult.

Het gebruik van email werd in dit project positief ontvangen. De voordelen waren dan ook enorm: het is gebruiksvriendelijk, het is kostenbesparend, er is de mogelijkheid om een herinnering te sturen en de mogelijkheid om mensen die veraf wonen of niet vaak op consultatie komen te bereiken. Verrassend genoeg werden ook oudere patiënten evengoed met email bereikt als jongere patiënten.

Naast deze vele voordelen konden we wel opmerken dat het gebruik van email de financieel minder gegoede klassen benadeelt. In de statistische verwerking bleek dat mensen met een verhoogde tegemoetkoming minder vaak een emailadres opgeven. In een project zoals het onze is het juist vaak die groep die we willen bereiken, waar nog de meeste gezondheidswinst te boeken valt. Dat deze groep door het gebruik van email minder goed bereikt wordt, is dus een gegeven waarmee rekening gehouden moet worden bij het gebruik van email in de toekomst.

De meeste deelnemers aan het preventieconsult kwamen na het krijgen van een uitnodiging via een actieve methode: een email of een uitnodiging via de secretaresse. Van de patiënten die een actieve uitnodiging kregen kwam uiteindelijk 18% op consultatie ( 27/149). Toch is dit laatste cijfer niet volledig correct, gezien het niet geweten is aan hoeveel patiënten de secretaresse het GMD+ heeft voorgesteld. Aangezien dit slechts een klein aantal is, zal dit het bovenstaande percentage vermoedelijk niet drastisch veranderen.

Van diegene die een emailadres hadden opgegeven, kwam uiteindelijk 16,4% (24/146) op consultatie. Dit komt overeen met de participatiegraden in andere manamascipties waar men participatiegraden tussen 15 en 25% behaalde (8, 19). Toch kunnen we het gebruik van email

niet volledig gelijkstellen aan andere actieve methoden omwille van bias: de mensen die hun emailadres gaven waren reeds geïnteresseerd in het preventieonderzoek.

Van de patiënten die op een passieve manier werden uitgenodigd (via een flyer in de wachtzaal) kwam slechts 1,4% (6/ 419) op preventieconsultatie. Een opmerking hierbij is dat in het korte tijdsbestek van onze studie het mogelijk is dat deze 419 personen niet allemaal in onze wachtzaal gezeten hebben en dus niet op de hoogte waren van dit project. Men kan in dan ook besluiten dat een actieve aanpak meer mensen bereikt dan een passieve. Dit komt overeen met bevindingen van andere onderzoeken. In de toekomst zou de actieve aanpak dan ook alle personen uit de doelpopulatie moeten bereiken door bv diegene die geen emailadres opgeven een brief te sturen, want in deze studie wordt slechts een vierde (149/568) van de patiënten actief benaderd.

## 3. Betere registratie

Voor de interventie was er een zeer beperkte registratie van de preventieve items in het dossier. Enkel de registratie van tetanusvaccinatie had een percentage boven de 10% (39%), sommige andere items werden zelfs geen enkele keer teruggevonden in het dossier. De goede registratie van tetanusvaccinatie kan verklaard worden door een praktijkproject hieromtrent enkele jaren geleden waar bij een groot deel van de patiënten hun tetanusvaccinatie op punt gesteld werd. Na het project zien we een forse toename in de registratie van alle items. Deze toename was zoals verwacht significant voor alle items.

De resultaten in deze studie zijn gelijkaardig met de resultaten van Dr. Tratsaert (8). In de basismeting werd in haar studie voor bijna geen enkel item een registratie in het EMD van minstens 75% gehaald. Dankzij de preventieconsulten werd dit percentage in de nameting wel voor bijna alle items bereikt. In onze studie wordt voor elk item na het project een registratie van minstens 75% teruggevonden. Het item borst- en ovariumkanker haalt zelfs een registratiepercentage van 100%.

Aan de hand van deze resultaten kunnen we dan ook besluiten dat ons project succesvol is geweest. Toch kunnen we enkele opmerkingen maken bij deze resultaten.
In de voormeting was er van sommige items een zeer geringe registratie. Tot de verdediging vermeld ik hier dat wanneer men een patiënt vraagt bv is er borstkanker in de familie? En deze reageert negatief, wordt de afwezigheid van bepaalde aandoeningen vaak niet in het dossier genoteerd. Dus afwezigheid hier in het dossier kan geïnterpreteerd worden als ‘niet genoteerd’ of ‘bevraagd, maar negatief’. Door wat men navraagt, ook indien dit negatief is, te noteren in het

dossier, bekomt men een meer volledig dossier. Dit is natuurlijk een zeer omslachtig werk en kan veel tijd in beslag nemen. Het EMD zou hier een oplossing kunnen bieden door bv automatische sjablonen te creëren waar je de belangrijkste antecedenten en risicofactoren kan aankruisen, alles wat men niet aankruist verschijnt als negatief in het dossier.

Een tweede opmerking is dat we voor de voormeting de items zochten in de voorgeschiedenis. Voor de nameting zochten we deze items in het preventiesjabloon van HealthOne. Het is logisch dat deze na het project beter ingevuld is, aangezien men het sjabloon enkel moet volgen en de opties moet aanklikken. Mocht de opzet van het project geweest zijn dat men deze informatie in de voorgeschiedenis moest invoeren, zou dit meer tijdrovend geweest zijn en verwachten we dat de toename in registratie niet zo groot zou geweest zijn. In de toekomst zou het wenselijk zijn dat HealthOne een manier bedenkt om de informatie verkregen uit het preventiesjabloon rechtstreeks in de voorgeschiedenis weer te geven.

# 4. Twijfels omtrent de waarde van het GMD+

Uit het visgraatdiagram blijkt dat vele barrières tot het niet uitvoeren van preventie (al dan niet onder de vorm van het GMD+) nog steeds vanuit onszelf komen. Een belangrijke barrière van mijn collega tot het niet gebruiken van het GMD+, is het ‘niet geloven‘ in het GMD+ of andere georganiseerde preventieprogramma’s. Als je een goede huisarts bent, staan (of zouden toch moeten) de gegevens die het GMD+ bevat reeds in het dossier? Dus wat is de meerwaarde hiervan? Zal dit extra gezondheid opleveren voor mijn patiënten? En hoe mag ik extra geld vragen voor iets dat reeds tot mijn normale taken behoort?

Deze mening van mijn collega wordt ook door menig anderen gedeeld. Een gekende barrière tot de implementatie van preventief onderzoek is het ontbreken van bewijs van (kosten)effectiviteit (35, 36). In een artikel in huisarts en wetenschap (37) vroeg men zich af hoe groot de bereidheid is om het preventieconsult te implementeren en of er voldoende bewijs is dat het preventieconsult kosteneffectief is? Men vond dat men overwegend positief stond tegenover het preventieconsult, maar deze houding was wel gebonden aan enkele randvoorwaarden en een grote belemmerende factor was gebrek aan informatie omtrent (kosten)effectiviteit.

In een recente Cochranereview (38) onderzocht men de voor- en nadelen van preventieve programma’s op de morbiditeit en mortaliteit. Men kwam tot de conclusie dat uitgebreide preventieve programma’s de morbiditeit en mortaliteit niet verminderen. Het zorgde wel voor een toename in het aantal nieuwe diagnoses. De nadelen van screenen werden niet bestudeerd of gerapporteerd.

Deze informatie doet wel wat vragen rijzen omrent het nut van het GMD+. Het betekent immers veel meer inzet en werk voor de arts, maakt meerdere patiënten 'ziek' en heeft anderzijds zijn nut nog niet bewezen… . Is dit een modegril dat men misschien over enkele jaren beslist om weer af te schaffen? Of moeten we het GMD+ meer richten naar de kwetsbare groepen, bijvoorbeeld naar mensen uit een lage socio-economische klasse, de groep die we met preventie het liefst willen bereiken?

## 5. Beperkingen van deze studie

1. De grootste beperking van deze studie is de kleine sample size. Slechts 33 patiënten gingen in op de uitnodiging en kwamen op preventieconsultatie. Dit maakt dat er een beperkt aantal conclusies gemaakt kunnen worden en dat er slechts enkele statistisch significante resultaten zijn.
2. Een tweede beperking is het feit dat enkele van de resultaten gebaseerd zijn op de groep die inging op de uitnodiging. Hierdoor kunnen we de waarde van de interventie ten opzichte van de volledige doelpopulatie niet beoordelen. Zo werd de registratie van de preventie-items enkel bekeken bij de deelnemers, maar werd er niet gekeken naar het effect op de volledige populatie.
3. Verder werd er niet gekeken of de kwaliteit van de geleverde preventieve zorg bij de betrokken patiënten effectief verbeterd is. Zo werd er bijvoorbeeld niet gekeken hoeveel vrouwen een uitstrijkje lieten afnemen of hoeveel statines er gestart zijn.

# VI. CONCLUSIE

In dit kwaliteit verbeterend project werd aan de hand van de Gezondheidsgids van Domus Medica preventie geïmplementeerd in de praktijk.

Een actieve uitnodiging via email bleek een waardevolle uitnodigingsmethode: het had vele voordelen en geringe nadelen. Verrassend genoeg werden ook oudere patiënten evengoed met email bereikt als jongere patiënten. Na het krijgen van een email kwam 18% van de patiënten op preventieconsult. Dit komt overeen met andere actieve uitnodigingsmethoden, maar mag toch niet volledig gelijkgesteld worden aan elkaar omwille van bias. Er moet extra aandacht besteed worden aan de uitnodiging van financieel minder gegoeden aangezien deze groep door email minder goed bereikt wordt en het vaak juist deze groep is die we willen bereiken. Ook zouden diegene die geen emailadres opgegeven hebben op een actieve manier uitgenodigd dienen te worden bijvoorbeeld via een brief of een sms om een grotere participatiegraad te bereiken.

Bij diegene die op preventieconsult kwamen bleek het project op vlak van registratie een succes. Na de implementatie van het GMD+ was er een significant betere registratie van de verschillende preventieparameters. In de nameting werd voor elk item een registratiepercentage van minstens 75% teruggevonden.

Verrassend genoeg was er slechts een beperkte deelname aan het project. Uiteindelijk kwam slechts 5,8% van de doelpopulatie op preventieconsult. Discrepant was hier het aantal mensen die hun emailadres opgaven om uitgenodigd te worden en diegene die echt op consultatie kwamen. Voor mij is de echte uitdaging dan ook de mensen warm maken, motiveren voor preventie.

# VII. REFERENTIES


1. Conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg, werkgroep preventie. 2010 [updated 11 december 2010]. Beschikbaar via: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Vlaamse-bevoegdheden/conferentie-eerstelijnsgezondheidszorg/.

2. 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;40(5):595-601.

3. NHS Health check. Beschikbaar via: http://www.nhs.uk/Conditions/nhs-health-check/Pages/NHS-Health-Check.aspx.

4. Baeten R gF, Jacobs L, et al. Gezondheidsgids. Handleiding voor preventie in de huisartsenpraktijk. 2014.

5. Annemans L. De prijs van uw gezondheid. Is onze gezondheidszorg in gevaar? 2014.

6. Verdonck P. SJ, Steenackers J. . Het elektronisch medisch dossier. Huisarts Nu. 2004.

7. RIZIV. Enquête informatisering praktijkvoerende huisartsen. 2007. Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/care/nl/doctors/promotionquality/study_computer/pdf/study_computer.pdf

8. Tratsaert E. Implementatie van de Gezondheids Gids van Domus Medica in de praktijk 2010.

9. Van der Stighelen V BP, Geudens L, Van Pottelbergh H, Baeten R, Claessens H et al. ICT-tools en gebruik van EMD door de huisarts. Hefbomen en barrières bij het gebruik van EMD en elektronische communicatie door huisartsen. 2013. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/images/ONDERZOEKSRAPPORT_Onderzoek_ICT-tools_en_gebruik_van_EMD_door_de_huisarts_-_DOMUS_MEDICA_2012.pdf.

10. Naureckas SM, Zweigoron R, Haverkamp KS, Kaleba EO, Pohl SJ, Ariza AJ. Developing an electronic clinical decision support system to promote guideline adherence for healthy weight management and cardiovascular risk reduction in children: a progress update. Translational behavioral medicine. 2011;1(1):103-7.

11. Q-RISK 2014. Beschikbaar via: http://www.qrisk.org/.

12. Wells S, Furness S, Rafter N, Horn E, Whittaker R, Stewart A, et al. Integrated electronic decision support increases cardiovascular disease risk assessment four fold in routine primary care practice. European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation : official journal of the European Society of Cardiology, Working Groups on Epidemiology & Prevention and Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology. 2008;15(2):173-8.

13. Peiris DP, Joshi R, Webster RJ, Groenestein P, Usherwood TP, Heeley E, et al. An electronic clinical decision support tool to assist primary care providers in cardiovascular disease risk management: development and mixed methods evaluation. Journal of medical Internet research. 2009;11(4):e51.
14. Garg AX, Adhikari NK, McDonald H, Rosas-Arellano MP, Devereaux PJ, Beyene J, et al. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: a systematic review. JAMA : the journal of the American Medical Association. 2005;293(10):1223-38.
15. Kawamoto K, Houlihan CA, Balas EA, Lobach DF. Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success. Bmj. 2005;330(7494):765.
16. Mannaerts A. Hoe kunnen we zinvolle preventie beter integreren? Implementatie van het preventiesjabloon in EMD en toepassing van het preventieconsult in eerste lijn. 2012.
17. Demuynck L. De brug tussen preventie en EMD - 'Kan informatisering een meerwaarde bieden bij de implementatie van de gezondheidsgids in de praktijk? 2012.
18. Cosyn E., Vandenberghe S. Het algemeen preventieconsult: een zorg voor iedereen? 2012.
19. Delanoye A. Implementatie van het GMD+ in de huisartspraktijk. Bestuderen van methodes voor actieve patiënten rekrutering en kenmerken van de participerende populatie. 2013.
20. Saywell RM, Jr., Champion VL, Skinner CS, Menon U, Daggy J. A cost-effectiveness comparison of three tailored interventions to increase mammography screening. Journal of women's health. 2004;13(8):909-18.
21. Bonfill X, Marzo M, Pladevall M, Marti J, Emparanza JI. Strategies for increasing women participation in community breast cancer screening. The Cochrane database of systematic reviews. 2001(1):CD002943.
22. FOD Economie. Beschikbaarheid van internet in het huishouden. 2013. Beschikbaar via: http://economie.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/arbeid_leven/ict/.
23. Sittig DF, King S, Hazlehurst BL. A survey of patient-provider e-mail communication: what do patients think? International journal of medical informatics. 2001;61(1):71-80.
24. Couchman GR, Forjuoh SN, Rascoe TG. E-mail communications in family practice: what do patients expect? The Journal of family practice. 2001;50(5):414-8.
25. Atherton H, Sawmynaden P, Sheikh A, Majeed A, Car J. Email for clinical communication between patients/caregivers and healthcare professionals. The Cochrane database of systematic reviews. 2012;11:CD007978.

26. Car J, Sheikh A. Email consultations in health care: 1--scope and effectiveness. Bmj. 2004;329(7463):435-8.
27. Sawmynaden P, Atherton H Fau - Majeed A, Majeed A Fau - Car J, Car J. Email for the provision of information on disease prevention and health promotion. (1469-493X (Electronic)).
28. Freed DH. Patient-physician e-mail: passion or fashion? The health care manager. 2003;22(3):265-74.
29. Govaerts F DL, Wyffels P. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Screenen op colorectale kanker bij personen zonder verhoogd risico. . Huisarts Nu. 2008(37):341-61.
30. Garmyn B GF, Van de Vyver N, Teughels S, Tjalma W, Van Hal G, Goelen G, Van Limbergen E, Verslegers I, Van Goethem M. Borstkankerscreening. Huisarts Nu. 2007.
31. Wens J SP, Nobels F, Feyen L, Van Crombrugge P, Bastiaens H, Van Royen P. Aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering. Diabetes mellitus type 2. 2005.
32. Michels J HS, Dom G, Goossens M, Van Hal G, Van Royen, P. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. Problematisch alcoholgebruik aanpak door de huisarts. Huisarts Nu.2011(40):137-60.
33. Dillen J. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. Preventie van tetanus en difterie bij volwassenen: vaccinatie en profylactische aanpak. Huisarts Nu. 2001;2001(30):146-57.
34. Priem M. Wat weerhoudt patiënten ervan om deel te nemen aan het preventieconsult? 2010.
35. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. Lancet. 2003;362(9391):1225-30.
36. 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.
37. Wyers CE WC, Evers SMAA, Ruwaard D. Heeft het preventieconsult de toekomst? Huisarts Wet. 2014;57(6):286-189.
38. Krogsboll LT, Jorgensen KJ, Gotzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. JAMA : the journal of the American Medical Association. 2013;309(23):2489-90.

# VIII. APPENDIX

**Appendix 1:** uitnodigingsbrief

**Appendix 2:** informed consent

# Appendix 1: uitnodigingsbrief

Gentbrugge, 25/6/2014

Beste patiënt,

**Wist u dat….**



- in Vlaanderen één op drie mensen sterft als gevolg van hart- en vaatziekten?
- In Vlaanderen één op negen vrouwen borstkanker krijgt voor de leeftijd van 75 jaar. Dit komt neer op jaarlijks 5374 vrouwen, waarvan er 1321 vrouwen sterven per jaar.
- in Vlaanderen 5000 mensen dikke darmkanker krijgen en er hiervan jaarlijks 1750 mensen aan sterven?

**En wist u dat door het vroegtijdig opsporen van**

- Een te hoge bloeddruk, te hoge cholesterol, suikerziekte en roken en deze te behandelen er minder hart- en vaatziekten zijn? Dit geeft voor gevolg dat er minder mensen sterven aan hart- en vaatziekten.
- Borstkanker er in Vlaanderen jaarlijks **330 mensen minder sterven** aan borstkanker?
- Dikke darmkanker er in Vlaanderen jaarlijks **288 mensen minder sterven** aan dikke darmkanker?

Met deze informatie in het achterhoofd willen we u graag **uitnodigen voor het opstellen van een individueel preventieplan** (men noemt dit ook wel het GMD plus). Beter voorkomen dan genezen!

**Wat is een individueel preventieplan?**

Een individueel preventieplan is een reeks preventieve maatregelen die u helpen om gezond te blijven. Wij houden hierbij rekening met uw persoonlijke en familiale voorgeschiedenis. Dit preventieplan bepaalt welke gezondheidsrisico's u op langere termijn loopt, welke ziektes vroegtijdig opgespoord kunnen worden en of leefstijlaanpassingen en vaccinaties nodig zijn.

**Waarom is een individueel preventieplan nodig?**

Veel aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten, kanker, … worden pas zichtbaar wanneer ze al veel schade aangericht hebben, en die schade vaak niet meer te herstellen is. Door deze ziektes vroegtijdig op te sporen, ook wel **screening** genoemd, kunnen we voorkomen dat ze al te veel schade berokkenen.

In een normale consultatie komen vaak acute problemen aan bod en is er niet altijd voldoende tijd voor deze screening. Met het individueel preventieplan willen we hier extra aandacht aan besteden.



**Hoe start ik een individueel preventieplan op?**

Omdat het opstellen van een individueel preventieplan wel even duurt, maakt u hiervoor best **een aparte afspraak**. Deze afspraak kunt u bij alle drie de artsen maken. Gelieve bij het maken van de afspraak te vermelden dat het voor het opstellen van het preventieplan (of GMD plus) is.

**Hoe verloopt deze consultatie?**



Tijdens de consultatie stellen we u specifieke vragen (bv. omtrent levensstijl en ziektes in de familie) en verrichten we onderzoeken (bv. bloeddruk, klinisch onderzoek).

Vervolgens stellen we samen een concreet en individueel actieplan op dat bestaat uit te plannen onderzoeken (indien nodig bv. bloedafname, urineonderzoek, uitstrijkje, …) en/of afspraken om de gezondheidsdoelstellingen te realiseren (indien nodig bv. tetanusvaccinatie, voedingsadviezen, rookstopbegeleiding…).

Tijdens deze consultatie kunnen ook voorschriften voor uw chronische medicatie gevraagd worden, maar we vragen u om geen nieuwe klachten aan te brengen zodat we ons kunnen focussen op uw preventieplan.

**Wat zijn de voordelen van dit individueel preventieplan?**

Het preventieplan is volledig **individueel** en dus afgestemd op uw persoon. Afhankelijk van uw individuele gezondheidstoestand zullen sommige preventieve acties nodig zijn en andere niet.

**Voor wie is een individueel preventieplan interessant?**

**Iedereen tussen 45 en 75 jaar** kan een individueel preventieplan laten samenstellen.

**Hoeveel kost een individueel preventieplan?**

De kost voor het opmaken van het individueel preventieplan wordt volledig door het ziekenfonds terugbetaald. Voor de raadpleging betaalt u het normale bedrag.

**Waarom moet je een toestemmingsformulier ondertekenen?**

Dit project kadert in de thesis van dokter Pintelon. In dit project zal het individueel preventieplan in de praktijk ingevoerd worden. In een studie hieraan gekoppeld, zal de registratie van de gegevens in verband met het individueel preventieplan geëvalueerd worden. Dit wil zeggen dat we bepaalde gegevens uit uw dossier (bv uw rookstatus) voor en na het project zullen bekijken en evalueren. Daarnaast zullen ook verschillende uitnodigingsmethoden (bv uitnodiging per email of per flyer) voor dit individueel preventieplan met elkaar vergeleken worden.

Om uw gegevens te mogen verwerken hebben we uw toestemming nodig. Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie anoniem verwerkt worden. Het staat u volkomen vrij om deel te nemen of niet. U kunt natuurlijk ook een preventieplan laten opstellen zonder dat we uw gegevens mogen gebruiken.

Heeft u nog vragen, dan kan u hiervoor altijd terecht bij één van de artsen.

Met vriendelijke groeten,

Dokters Van Houtteplein

Dr. Michel Lebrun Dr. Charles Rysenaer Dr. Margriet Pintelon

# Appendix 2: informed consent

**Informatie voor de patiënt**

Project:

Het gebruik van de gezondheidsgids in een GMD+-arme praktijk. Van preventie een plus maken!

Beschrijving en doel van het project.
In onze praktijk loopt momenteel een project om preventie op een georganiseerde manier in de praktijk te laten verlopen. In het kader daarvan kwam u langs om een individueel preventieplan op te stellen.

Aan dit project is een studie van Dr. Pintelon gekoppeld. Deze studie heeft twee doelstellingen. Als eerste wil men de registratie van de gegevens in verband met het individueel preventieplan evalueren. Dit wil zeggen dat bepaalde gegevens uit uw dossier (bv uw rookstatus of familiale voorgeschiedenis) voor en na het project bekeken en geëvalueerd zullen worden. Daarnaast wil men een vergelijking maken van de verschillende uitnodigingsmethoden voor het individueel preventieplan. Zo zal vergeleken worden of er meer mensen een afspraak maken voor het opstellen van het individueel preventieplan na het krijgen van een flyer in de wachtzaal, een email of een uitnodiging door de praktijkassistente.

Wij zouden u dan ook vriendelijk toestemming willen vragen om enkele gegevens uit uw dossier te mogen gebruiken voor deze studie.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent.

Toestemming en weigering
Het staat u volkomen vrij om deel te nemen of niet.
U kunt weigeren deel te nemen 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 direct 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 en klinische gegevens 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**

Mevrouw/De Heer.....

Adres.....

Stemt erin toe deel te nemen aan het wetenschappelijk onderzoek.

□ Akkoord
□ Niet akkoord

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 studies.

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 studies 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, Datum:…….

Dr. …….. Naam Patiënt……

(Stempel en handtekening) (Naam en handtekening)